

**Die psychische Belastung bei Pflegekindern:
Vorhersage ihrer posttraumatischen Symptomatik und
Adaption eines neuen Instruments zur Erfassung ihrer allge-
meinen psychischen Belastung**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität

München

vorgelegt von

Eva-Maria G. Groh

München, 2010

Erstgutachterin: Prof. Dr. Rita Rosner

Zweitgutachter: Prof. Dr. Willi Butollo

Tag der mündlichen Prüfung: 08. Juli 2010

Für Johanna.

Dank

... meiner Doktormutter, Prof. Dr. Rita Rosner, für kontinuierliche Betreuung, ein offenes Ohr, großes Verständnis und Kritik zur rechten Zeit.

... allen Pflegemüttern und Pflegevätern, die wissen, wie es wirklich läuft und was getan werden kann – die an die Chance glauben, die jedes Kind verdient hat. Und allen Pflegekindern, die mir Zeit geschenkt und ein wenig von ihren ganz eigenen Geschichten erzählt haben.

... meiner Mitstreiterin Phine Arnold, einfach dafür, dass sie Teil des Projekts war und Höhen und Tiefen mit mir durchlebt hat. Wir wachsen an unseren Herausforderungen.

... Dr. Heinz Kindler und dem Deutschen Jugendinstitut, die das Projekt erst möglich gemacht haben und allen kooperierenden Jugendämtern und Institutionen, welche die Studie mit Begeisterung und Offenheit unterstützt haben. Dank auch Rudi Merod und der DGVt für die großzügige finanzielle Unterstützung des Projekts – und Rudi ganz besonders dafür, dass er daran geglaubt hat.

... meiner Kollegin Maria für Rat und Tat bezüglich Formatierung, Veröffentlichung und 1 001 Frage: „Wie viel genug ist genug?“ und „Kann man das so sagen?“ und „Ich würd das noch so mit rein nehmen – was denkst Du?“ Can für super-wertvolles feedback und Muffin-gestützte Besprechungen. Und meiner besten, liebsten und „gernsten“ Kollegin Gabriele, die im selben Boot saß. In diesem Fall war geteiltes Leid wirklich halbes Leid.

... Dr. Hagl und Dr. Wanka dafür, dass sie Evidenzargument waren („Ja, frau überlebt es tatsächlich.“)

... der Donnerkatze, die jedes unbedeutende Wort in seiner Entstehung mit feliner Gelassenheit begleitet hat. Und meinen Freunden Becca, Chrissie, ER, Kerstin, Lale, Leif, Mic, Mone, Rita M., Romy und Yo dafür, dass sie immer und immer wieder gefragt haben „wie läuft's?“

... meiner Patentante für großes Engagement bei der Aquse der Nicht-Pflegekinder. Und an dieser Stelle eine Entschuldigung an alle, die sie übermäßig unter Druck gesetzt hat, die Fragebögen auszufüllen (sie kann SEHR überzeugend sein). Danke, Tantchen. Danke allen Nicht-Pflegekind-Müttern. Außerdem Onkel Ludwig für Rechtschreib- und Satzzeichen-Check.

... BeGoTrade und meinem Vater für technischen und druckerischen support sowie einer Menge storage space für Sicherungskopien.

... Prof. Dr. Norbert Bischof für ein „rezeptives Feld“.

... meinen Geschwistern. Meiner Schwester, die mir ihre Meinung sagt und meinem Bruder, der dafür sorgt, dass ich mich nicht zu ernst nehme.

... meiner Mutter für... ALLES.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	4
Einleitung	7
1. Theoretischer Hintergrund, aktuelle Forschung	10
1.1 Pflegekinder und Pflegefamilien	10
1.1.1 Die Geschichte des Pflegekinderwesens	11
1.1.2 Das Pflegekinderwesen in Deutschland	12
1.1.2.1 Der Begriff der Kindeswohlgefährdung	12
1.1.2.2 Die aktuelle Praxis in Deutschland: Strömungen im Pflegekinderwesen	15
1.1.2.3 Die aktuelle Praxis: Unterbringung – dauerhaft oder mit Rückführung?	18
1.1.2.4 Faktoren, die Erfolg und Misserfolg einer Pflegschaft beeinflussen	19
1.1.3 Das Pflegekind und seine Belastung	22
1.1.3.1 In der Herkunftsfamilie	23
1.1.3.2 Während der Heraus- oder Inobhutnahme	26
1.1.3.3 Nach der Heraus- oder Inobhutnahme	28
1.1.3.4 Studienergebnisse zur allgemeinen Belastung von Pflegekindern	34
1.1.4 Die Rolle der Pflegeeltern	41
1.2 Trauma und PTBS bei Kindern und Jugendlichen	46
1.2.1 Die Geschichte der PTBS	47
1.2.2 Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung	48
1.2.3 Epidemiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung	57
1.2.3.1 Prävalenzen und Ursachen für unterschiedliche Prävalenzwerte	57
1.2.3.2 Ereignis- und PTBS-Lebenszeitprävalenzen, PTBS-Risiko nach Trauma	60
1.2.3.3 Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung	65
1.2.4 Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung	69
1.2.4.1 Erklärungskonzepte	70
1.2.4.2 Risiko- und Schutzfaktoren, Vulnerabilität und Resilienz	75
1.3 Theoretische Synthese und Hinführung zur Fragestellung	86
2. Methode	95
2.1 Design der Studie und Ziele der Untersuchung	95
2.2 Beschreibung der Stichprobe	96
2.2.1 Art der Rekrutierung, Rücklauf und Durchführung der Erhebung	97
2.2.2 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe der Pflegekinder	99
2.2.2.1 Soziodemographische Beschreibung	99
2.2.2.2 Beschreibung der Pflegefamilien: Zusammensetzung und Klima	102

2.2.2.3	Beschreibung der Hilfe-Geschichten und der aktuellen Pflege-Situation ...	106
2.2.3	Beschreibung psychischer Symptomatik der Pflegekinder	113
2.2.3.1	Die psychische Belastung der Pflegekinder, ermittelt mit der CBCL	113
2.2.3.2	Dissoziative Symptomatik der Pflegekinder, ermittelt mit der CDC	115
2.2.3.3	Belastung der Pflegekinder, ermittelt mit der ACC	116
2.2.3.4	Ereignissprävalenz und tatsächliche Traumatisierung der Pflegekinder	118
2.2.3.5	PTBS-Prävalenz der Pflegekinder und Schweregrad ihrer PTBS	125
2.2.3.6	Erlebte Traumatisierung in der Kindheit, nach dem CTQ	127
2.2.4	Beschreibung der Stichprobe der Nicht-Pflegekinder	130
2.2.4.1	Soziodemographische Beschreibung der Nicht-Pflegekinder	130
2.2.4.2	Symptombelastung der Nicht-Pflegekinder nach der CBCL	132
2.2.4.3	Symptombelastung der Nicht-Pflegekinder nach der ACC	133
2.3	Beschreibung der Instrumente	135
2.3.1	Abschnitt 1: Fragebogenbatterie für Pflegeeltern	136
2.3.1.1	Die Child Behavior Checklist für 4-18 Jahre (CBCL/4-18)	136
2.3.1.2	Die Child Dissociative Checklist (CDC)	139
2.3.1.3	Die Assessment Checklist for Children (ACC)	140
2.3.1.4	Die Familienklimaskalen (FKS)	142
2.3.2	Abschnitt 2: Interview mit den Pflegekindern	145
2.3.2.1	Der ressourcenorientierte Anfang und Abschluss	145
2.3.2.2	Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern/Jugendlichen (IBS-KJ)	146
2.3.2.3	Der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	149
2.3.3	Abschnitt 3: Das explorative Interview mit den Pflegeeltern	151
2.4	Statistische Auswertung der Daten	153
2.4.1	Schreibweisen	153
2.4.2	Statistische Verfahren	153
2.4.3	Fehlende Daten	157
3.	Ergebnisse	157
3.1	Vorhersage der posttraumatischen Belastung	158
3.1.1	Die Bedeutung von Geschlecht und kindlicher Auffälligkeit	158
3.1.2	Die Bedeutung jugendamtsbedingter Variablen	162
3.1.3	Die Bedeutung pflegefamilienrelevanter Variablen	165
3.1.4	Die Bedeutung pflegschaftsrelevanter Variablen	169
3.1.5	Die Bedeutung kindlicher Traumatisierung	172
3.2	Die Überprüfung der ACC	176
3.2.1	Die testtheoretische Überprüfung der ACC	176
3.2.1.1	Rohwertverteilung der Items, Itemschwierigkeit, Schiefe und Exzess	176
3.2.1.2	Analyse der Itemschwierigkeiten	184

3.2.1.3	Berechnung der Trennschärpen	191
3.2.1.4	Überprüfung der Homogenität	206
3.2.2	Dimensionalitätsprüfung der ACC	207
3.2.3	Die klinische Nützlichkeit der Assessment Checklist for Children	207
4.	Diskussion	212
4.1	Vorhersage der PTBS bei Pflegekindern (zu Forschungsaspekt 1)....	212
4.2	Adaption der ACC (zu Forschungsaspekt 2).....	220
4.3	Diskussion von Methode und Einschränkungen der Studie	223
	Zusammenfassung	227
	Literatur	231
	Anhang.....	250
	Anhang 1: Erhebungsmaterial und Instrumente.....	251
	Anhang 2: Ergänzendes Material und Tabellen	264
	Anhang 4: Verzeichnis der Abbildungen	270
	Anhang 5: Verzeichnis der Tabellen	271
	Anhang 6: Curriculum Vitae.....	275

Einleitung

Pflegekinder? Pflegekinder. Im psychosozialen und im juristischen Bereich wurde und wird in Deutschland umgedacht: Pflegekinder, Pflegeeltern, die Pflegekinderhilfe und die damit verbundenen Fragestellungen und Problematiken finden in jüngster Zeit vermehrt Aufmerksamkeit.

Eine der bedeutendsten Entwicklungen im Pflegekinderwesen in jüngster Zeit liegt darin, dass die Kooperation des psychosozialen und juristischen Bereichs zunehmend in den Vordergrund rückt. Die Expertise des jeweils anderen wird beachtet und in die eigene Arbeit eingebaut. Dies zeigt sich in der Rechtsentwicklung. Hier vollzieht sich ein Wandel des Pflegekindverhältnisses weg vom obrigkeitsstaatlichen Erlaubnis- und Aufsichtsverfahren hin zum kooperativen Beratungs- und Unterstützungsverhältnis. Änderungen der Kindschaftsrechtsreform zeugen davon, dass sich der Fokus mehr und mehr auf die Pflegekinder selbst und deren bestmögliche Förderung und Unterstützung richtet. Am Beispiel des Umgangsrechts, also des Rechts der leiblichen Eltern auf Kontakt zu ihrem fremduntergebrachten Kind, wurde deutlich, wie sehr in Deutschland um die bestmögliche Regelung für das Kind „gerungen“ wird. Auch die höchstrichterliche Rechtsprechung in Gestalt des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und des Bundesverfassungsgerichtes haben sich verstärkt und teils auch kritisch mit „dem Pflegekind“ sowie den deutschen Praktiken auseinandergesetzt (Projektgruppe Pflegekinderhilfe, persönliche Kommunikation, August/September 2007). In Zusammenhang damit gewinnen der psychosoziale Bereich mit all seinen Facetten (zum Beispiel Unterstützung, Förderung, Diagnostik oder Prävention und Therapie), die wissenschaftliche Forschung per se und besonders die psychologische Forschung zu relevanten Themen wie etwa Traumatisierung und Traumafolgestörungen mehr und mehr an Bedeutung.

Pflegekinder sind in diesem juristischen wie wissenschaftlichen Verständnis alle diejenigen Kinder und Jugendlichen, die zeitweise oder dauerhaft nicht in ihrer Herkunftsfamilie, sprich bei den leiblichen Eltern, sondern in einer anderen Familie leben und dort betreut, erzogen und versorgt werden. Speziell für den psychosozialen Bereich, für Beratung, Therapie und Förderung, ergibt sich daraus ein komplexes Betätigungsfeld (auch aufgrund der Nähe zum juristischen Bereich), in dem Betreuung, Erziehung, Versorgung und Unterstützung entsprechend koordiniert werden müssen. Diese Komplexität zeigt sich beispielsweise schon allein in der Vielfalt an Gründen, die für eine Fremdplatzierung ermittelt werden konnten. Sie reichen von hochkonflikthafter Scheidung und Trennung, Vernachlässigungen mit und ohne Suchterkrankungen der

leiblichen Eltern, Tod eines leiblichen Elternteils, über Ablehnung des Kindes durch Stiefvater/Stiefmutter und Misshandlung durch ein Stiefelternteil bis hin zu Misshandlung durch einen leiblichen Elternteil oder sexuellen Missbrauch (K. Thrum, Projektgruppe Pflegekinderhilfe des DJI, persönliche Kommunikation, August/September 2007). Und in jedem Fall bringen die Ereignisse, die als Gründe für die Herausnahme genannt werden, unterschiedlichste Konsequenzen mit sich – mit denen bestmöglich (zum Wohle des Kindes) umgegangen werden muss. Umsichtiger Einbezug entsprechender wissenschaftlicher Erkenntnisse ist dafür unerlässlich. Selbstredend, dass die Vorgehensweisen dabei einer ständigen Überprüfung unterzogen bleiben, soll kontinuierliche Verbesserung der Methoden und Richtlinien erreicht werden.

Die Wissenschaft unterstützt das. Internationale Forschung, allen voran die der USA, liefert schon heute Erkenntnisse, die in gewissem Ausmaße auch auf Deutschland übertragbar sind. Grundsätzlich macht die bisherige Forschung im Pflegekinderbereich zwei bedeutsame Aussagen: Es zeigt sich einerseits, dass Pflegekinder teils eine vulnerablere Untergruppe von Kindern und Jugendlichen ausmachen, die besonderer Förderung und Unterstützung bedürfen, und andererseits wird deutlich, dass, bedingt durch verschiedene, auch verfahrenstechnische, Entwicklungen, die Belastung von Pflegekindern teilweise zunimmt (H. Kindler, Projektgruppe Pflegekinderhilfe des DJI, persönliche Kommunikation, August/September 2007). Dennoch schränken allein große Unterschiedlichkeiten der jeweiligen Gesundheitssysteme und juristischen Verfahrensweisen der verschiedenen Länder, in welche die Hilfemaßnahmen eingebaut und vor deren Hintergrund sie zu interpretieren sind, die Übertragbarkeit der Ergebnisse erheblich ein. So kann internationale Forschung zwar der Anregung und Überprüfung dienen, aber natürlich nationale Forschung keinesfalls ersetzen.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich für den deutschsprachigen Raum im internationalen Vergleich betrachtet kaum entsprechende Forschungsergebnisse und Studienveröffentlichungen finden, führte das Deutsche Jugendinstitut e.V. (DJI) in Kooperation mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojekts zur Pflegekinderhilfe in Deutschland vorliegende Untersuchung durch. Sie war angegliedert an das Projekt „Pflegekinderhilfe“ des DJI in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF). Für eine vorhergehende DJI/DIJuF-Studie wurden deutschlandweit an vier Orten über 400 Pflegekinder unter anderem zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in Bereichen wie schulischer, psychischer oder physischer Entwicklung und Gesundheit oder Verhaltensauffälligkeiten befragt (DJI & DIJuF Projektantrag Pflegekinderhilfe in Deutschland 2006, persönliche Kommunikation, Au-

gust/September 2007). Unter anderem ergab sich bei der Befragung der Sachbearbeiter, dass das Thema der *hochbelasteten Pflegekinder* für gut ein Drittel der Jugendamtsmitarbeiter als eines der Zentralen in der Arbeit mit Pflegekindern gilt (H. Blüml, Zwischenergebnisse der Strukturerhebung 2006. Projekt Pflegekinderhilfe, persönliche Kommunikation, August/September 2007). Daran knüpft die DJI-LMU-Studie an.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden für die Münchner Teilstudie Pflegekinder und ihre Pflegeeltern hinsichtlich verschiedener Aspekte befragt: potenziell traumatische Ereignisse in der Herkunftsfamilie, aktuelle Posttraumatische Belastungsstörung und Symptomschwere/-verlauf, mögliche Risikofaktoren, verfahrenstechnische Aspekte wie z.B. Umgang mit den leiblichen Eltern, Dauer des Verfahrens oder Status der Unterbringung. Ziel ist die Untersuchung der aktuellen Belastung der Pflegekinder, vor allem bezogen auf die Posttraumatische Belastungsstörung. Die Bedeutung verschiedener Variablen, die aus der Pflegekinderforschung für das Gelingen oder Misslingen von Pflegschaften bekannt sind, wird untersucht. Die praktische Relevanz dieser Studie liegt in dem Beitrag, den sie zur Aufklärung der Situation deutscher Pflegekinder leistet und den Implikationen, die sich daraus für die Arbeit mit ihnen ableiten lassen.

1. Theoretischer Hintergrund, aktuelle Forschung

Nachfolgend werden die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Studie und aktuelle Forschungsergebnisse referiert. Die Darstellung konzentriert sich auf die in Zusammenhang mit dem Thema relevanten Ergebnisse: Im ersten Teil solche, die sich mit Pflegekindern, Pflegefamilien und ihren besonderen Bedürfnissen und Belastungen befassen. Anschließend werden Inzidenzraten und Prävalenzen sowie Erkenntnisse zu Epidemiologie und Ätiologie der Traumafolgestörung *PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung)* dargestellt. Es werden Forschungsergebnisse für Erwachsene berichtet, da sie für das grundlegende Verständnis von Bedeutung sind. Im Anschluss daran erfolgt jeweils die Darstellung der für Kinder und Jugendliche wichtigen Erkenntnisse. Den Abschluss bildet eine kurze Zusammenfassung der Inhalte samt Synthese der beiden Teile und Überleitung zur aktuellen Studie.

1.1 Pflegekinder und Pflegefamilien

Untersuchungen zu Pflegekindern und ihrer Entwicklung in den Ersatzfamilien liegen in weitaus geringerer Anzahl vor als dies beispielsweise für Adoptivkinder der Fall ist – diese wenigen Studien aber zeigen mit großer Übereinstimmung, dass die Situation des Pflegekindes eine besondere und schwierige ist (Wild & Berglez, 2002). Dass Kinder in einer stabilen, sicheren und das Wachstum fördernden familiären Umwelt am besten gedeihen, ist hinreichend bekannt. Das betonen auch Wild und Berglez (2002). In Fällen, in denen die Herkunftsfamilie dies nicht gewährleisten kann, setzt dann die Jugendhilfe an. Es darf dabei jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass Pflegefamilien- oder Heimunterbringung per se einen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung darstellt (Fantuzzo & Perlman, 2007).

Es wird nachfolgend ein Überblick über die geschichtliche Entwicklung des Pflegekinderwesens gegeben. Im Anschluss daran wird das Pflegekinderwesen in Deutschland beschrieben, insbesondere werden der Begriff des *Kindeswohls* als ein zentraler Leitgedanke deutscher Jugendhilfe und die aktuelle Praxis des deutschen Pflegekinderwesens dargestellt. Danach wird auf Pflegekinder, ihre Belastungen und Bedürfnisse sowie auf Ergebnisse empirischer Studien dazu eingegangen, bevor abschließend die Bedeutung/Rolle der Pflegeeltern thematisiert wird.

Die Formulierungen „das Pflegekind“, „die Pflegemutter“ und „die leiblichen Eltern“ schließen alle Formen, beispielsweise die geschiedene Pflegemutter und den alleinstehenden Pflegevater oder die verlassene leibliche Mutter und den verwitweten

leiblichen Vater, mit ein. Der Einfachheit halber wird auf wechselnde Bezeichnungen verzichtet, sofern eine Unterscheidung nicht zwingend nötig oder sinnvoll ist.

1.1.1 Die Geschichte des Pflegekinderwesens

Das Phänomen, dass Kinder nicht immer oder nur von ihren leiblichen Eltern aufgezogen und versorgt werden (können), ist alt. Sarah Blaffer Hrdy geht in ihrem Buch „Mother Nature – Maternal instincts and how they shape the human species“ von 2000 eben darauf ein. Sie nennt diese Helfer *allothers*, was nichts anderes bedeutet als *nicht die (biologische) Mutter* und stellt dar, wie sehr Mütter und Kinder von derartiger Hilfe/Unterstützung durch Fremde bei der Aufzucht profitieren können – im Falle von *homo sapiens* und seinen Vorfahren ebenso wie im Falle seiner nächsten tierischen Verwandten (Blaffer Hrdy, 2000). Diese Art der Hilfe ist, in einer ihrer Ausdrucksformen, mittlerweile in Form des Pflegekinderwesens institutionalisiert und folgt gewissen Regeln und Normen. Eine ausführliche Darstellung der geschichtlichen Entwicklung des Pflegekinderwesens findet sich bei Blandow (2004) – nachfolgend werden die wichtigsten Aspekte aus Blandows Arbeit ausgeführt, so dass für vorliegende Arbeit ein grundlegendes Verständnis der Entwicklung des Pflegekinderwesens geschaffen wird.

Bereits in der Bibel finden sich entsprechende Aufzeichnungen von Findel- und Pflegekindern (beispielsweise Moses) und eine erste Art der geregelten institutionellen Fürsorge gab es schon im Altertum und im Mittelalter. In den Fällen, in denen keine Verwandten die Verantwortung für ein (Waisen- bzw. Findel-) Kind übernehmen konnten, zeigte sich die Kirche verantwortlich und finanzierte diese Hilfe durch Almosen, die wohlhabendere Bürger gaben. Seit dem Beginn der Neuzeit, die Formen der Produktion und damit die Stellung der Arbeit und die Wahrnehmung der Armut veränderten sich, wurden im Falle von Findelkindern oder Waisen verstärkt genaue Nachforschungen angestellt, ob sich für das Kind nicht doch verantwortliche Verwandte ausfindig machen lassen würden. Die Auswirkungen des 30jährigen Krieges in all ihrer Verwüstung führten zu überfüllten Waisenhäusern und verstärkten somit das Bestreben, Kinder bei Verwandten oder anderen Familien unterzubringen, unter Umständen bereits damals gegen ein geringes Entgelt/Ziehgeld.

Der noch zu Zeiten der Industrialisierung praktizierten Ausbeutung von Kindern als Arbeitskräften allgemein, wovon auch Waisen- oder Findelkinder betroffen waren, wurde im Zeitalter der Aufklärung entgegengewirkt. Es wurde eine Systematisierung und Standardisierung der Pflege von Kindern angestrebt – die Schwierigkeiten, geeignete Familien zu finden und Kinder gut unterzubringen, wurden auch damals schon deutlich. Mit Beginn des 20. Jahrhunderts nahmen diese Standards immer konkretere

Formen an und schlossen Vorgaben zu Bekleidung, Erziehung, gesundheitlicher Versorgung, etc. mit ein. Die damals geschaffenen Strukturen wurden zur Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland beibehalten, wenn auch in die Dienste der speziellen Ideologie der damaligen Zeit gestellt (beispielsweise waren Fragen der Blutsverwandtschaft von entsprechender Bedeutung).

Nach 1945 fanden im Pflegekinderwesen verschiedene schnell aufeinander folgende Veränderungen statt. Zunächst war der Aufbau eines geordneten Pflegekinderwesens (neben all den anderen Aufgaben, die nach Ende des Krieges zu bewältigen waren) nicht von zentraler Bedeutung. Und das damalige Pflegekinderwesen arbeitete mit dem, was an Strukturen und Einrichtungen bereits etabliert war. Im allgemeinen Aufschwung ab ca. 1950 ging es immer mehr darum Kinder aus Familien, die ihnen nicht das bieten konnten, was für eine positive Entwicklung nötig war, in solche zu bringen, die es konnten. Eine Balance zwischen Heimunterbringungen, Unterbringungen in Pflegefamilien und Verbleib in der Herkunftsfamilie (bei angemessener Unterstützung der leiblichen Eltern) sowie entsprechende rechtliche Regelungen wurden in den folgenden Jahren gesucht und gefunden. Aktuell sind in der Praxis des Pflegekinderwesens zwei Strömungen zu beobachten, die anhand der Bedeutung, die sie der Pflegefamilie beimessen, unterschieden werden können: die Pflegefamilie als Ersatzfamilie einerseits und als Ergänzungsfamilie andererseits (siehe dazu auch unten).

1.1.2 Das Pflegekinderwesen in Deutschland

Nachfolgend referiert werden die wichtigsten Elemente des Pflegekinderwesens in Deutschland: Der Begriff des Kindeswohls als zentraler Leitgedanke deutscher Jugendhilfe. Einige Herausforderungen, die für die Arbeit der Jugendhilfe gelten, da die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit auch vor dem Hintergrund eben dieser praktischen und konzeptionellen Aspekte des Pflegekinderwesens in Deutschland zu sehen sind. Die aktuelle Praxis, also die beiden bereits erwähnten Strömungen und die sich daraus ergebenden Folgen. Anschließend werden Unterbringung und Rückführung sowie Erfolg von Maßnahmen und erfolgsvermittelnde oder -verhindernde Faktoren thematisiert.

1.1.2.1 Der Begriff der Kindeswohlgefährdung

Die Jugendhilfe in Deutschland orientiert ihr Handeln am *Kindeswohl*. Im Falle einer Gefährdung des Kindeswohls wird der Staat aktiv. Hier greift das sogenannte staatliche Wächteramt (Kunkel, 2008). Dabei ist es Aufgabe der Jugendhilfe, die Balance zu wahren zwischen ihrem eigenen Eingreifen im Rahmen des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung, so wie er in § 8a des Achten Buches des Sozialgesetzbuchs

ches festgeschrieben ist, und dem im Grundgesetz festgehaltenen Recht leiblicher Eltern darauf, ihr Kind selbst zu erziehen. Kasten 1 gibt diesen §8a SGB VIII wieder.

Kasten 1: §8a SGB VIII (Jugendrecht, 2007, S. 18)

- (1) ¹Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. ²Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. ³Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten.
- (2) ¹In Vereinbarung mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass deren Fachkräfte den Schutzauftrag nach Absatz 1 in entsprechender Weise wahrnehmen und bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen. ²Insbesondere ist die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte bei den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung abzuwenden.
- (3) ¹Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. ²Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.
- (4) ¹Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. ²Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

Es wird deutlich, dass die *Herausnahme* bzw. *Inobhutnahme*¹ nur eine der Möglichkeiten im Rahmen der Jugendhilfe ist, die den Behörden laut Gesetz zur Verfügung stehen – oftmals kommt sie dann zum Einsatz, wenn andere Möglichkeiten (so wie in Absatz 1 und 2 des §8a SGB VIII festgehalten), erfolglos verlaufen sind. Für das betroffene (dann Pflege-) Kind bedeutet dieses Vorgehen in der Praxis mitunter, dass es eine gewisse Zeit in Verhältnissen gelebt hat, die einer problemlosen kindlichen Entwicklung eindeutig abträglich gewesen sein können. Da eine Inobhutnahme bzw. Herausnahme meist die *ultima ratio* darstellt, ist in solchen Fällen davon auszugehen,

¹ Wird ein Kind aufgrund einer akuten Gefährdung kurzfristig aus der Herkunftsfamilie genommen, so spricht man von einer Inobhutnahme. Kann eine Fremdunterbringung des Kindes vorbereitet werden, dann spricht man von einer Herausnahme des Kindes.

dass bis zum Zeitpunkt der Fremdunterbringung schwere Kindeswohlgefährdung (etwa in Form von physischer Misshandlung oder sexuellem Missbrauch, emotionaler wie körperlicher Vernachlässigung oder wiederholter Gewalterfahrung zwischen den Eltern) vorgelegen haben kann, mitunter auch in für das Kind traumatisierendem Ausmaße.

Die ebenfalls in Absatz 1 des §8a SGB VIII erwähnten so genannten *gewichtigen Anhaltspunkten* einer Gefährdung des Kindeswohls sind von besonderer Bedeutung. Einerseits stellen sie die Ursachen dar, mit denen ein Einschreiten des Staates begründet werden kann und muss, andererseits sind sie für Sachbearbeiter Orientierungspunkte, wenn es um die nachfolgende Wahl der Maßnahmen und die Gestaltung der Hilfen geht. Wird eine Kindeswohlgefährdung „festgestellt“, so handelt es sich dabei jedoch genau genommen nicht um eine Tatsachenbeschreibung (im juristischen Sinne), sondern vielmehr um eine (zwangsläufig) hypothetische Einschätzung eines gewissen Risikos auf Basis relevanter Daten/Informationen (Schöne, 2006) – eben der gewichtigen Anhaltspunkte. Tabelle 1 gibt eine mögliche Merkmalsliste wieder, wie sie Hannemann (2008) in Anlehnung an den Deutschen Verein² zusammengestellt hat.

Diese gewichtigen Anhaltspunkte werden in der Praxis sehr sorgfältig geprüft und als Hinweise auf mögliche Kindeswohlgefährdung, nicht jedoch als Beweis derselben, gewertet. Hier wird die Nähe zum juristischen Bereich und den darin geltenden definitiven Feinheiten deutlich. Fest steht, dass die Untersuchung von Gefährdungsfällen in der heutigen Praxis einerseits oftmals mit wenig detaillierten und gesicherten Informationen beginnt und andererseits die Merkmalslisten, die es bisher gibt, nicht so gründlich durch Forschungsergebnisse belegt sind, wie dies wünschenswert wäre (Kindler & Lillig, 2006).

Vor dem Hintergrund der oben referierten Zusammenhänge ist es zentrales Anliegen der Jugendhilfe zu vermeiden, Kinder zu Unrecht oder zu früh von ihren leiblichen Eltern zu trennen, ohne zuvor alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft zu haben (Rahmenvorgabe 1). In der Praxis wird genau dieses Vorgehen jedoch auch kritisch diskutiert, da es mitunter zu Lasten der betroffenen Kinder geht und die zweite Rahmenaufgabe der Jugendhilfe, nämlich das Kind rechtzeitig aus der Gefahrensituation zu holen, nicht immer erfüllt werden kann. Aktuell orientieren sich die Organe der deut-

² Beim Deutschen Verein handelt es sich um den Zusammenschluss der freien und öffentlichen Träger, die in der Bundesrepublik Deutschland soziale Arbeit leisten. Aufgabe des Deutschen Vereins ist nicht praktische Sozialarbeit, sondern vielmehr politisches Engagement, Förderung der wissenschaftlichen Forschung, Gutachtertätigkeiten, Veröffentlichungen oder auch Erarbeiten von Empfehlungen für die Praxis der freien und öffentlichen sozialen Arbeit.

schen Jugendhilfe dennoch an den bereits erwähnten gewichtigen Anhaltspunkten, auch wenn sie bis dato nicht in endgültiger (empirisch belegter) Version sondern nur in Form von Definitionsversuchen, als Merkmalslisten, vorliegen.

Tabelle 1: Gewichtige Anhaltspunkte (nach Hannemann, 2008, S. 230-231)

Bereich	gewichtige Anhaltspunkte
kindbezogen	nicht plausibel erklärbare Verletzungen (auch Selbstverletzungen) körperliche oder seelische Krankheitssymptome (Einnässen, Ängste, Zwänge, etc.) unzureichende Flüssigkeits- und/oder Nahrungszufuhr Fehlen notwendiger ärztlicher Versorgung und Behandlung für das Lebensalter mangelnde Aufsicht Hygienemängel (Körperpflege, Kleidung, etc.) unbekannter Aufenthalt (Weglaufen, Streunen, etc.) fortgesetzte unentschuldigte Schulversäumnisse Gesetzesverstöße
familien- und umfeldbezogen	Gewalttätigkeit in Familie und Lebensumfeld sexuelle oder kriminelle Ausbeutung des Kindes oder Jugendlichen psychisch kranke oder suchtkranke, körperlich oder geistig beeinträchtigte Eltern traumatisierende Lebensereignisse (Verlust eines Angehörigen, Unglück, etc.) schädigendes Erziehungsverhalten und mangelnde Entwicklungsförderung soziale Isolation der Familie
bezogen auf mangelnde Bereitschaft zur Mitwirkung	Kindeswohlgefährdung durch Erziehungs- oder Personensorgeberechtigte nicht abwendbar fehlende Problemeinsicht unzureichende Kooperationsbereitschaft mangelnde Bereitschaft, Hilfen anzunehmen bisherige Unterstützungsversuche waren unzureichend

1.1.2.2 Die aktuelle Praxis in Deutschland: Strömungen im Pflegekinderwesen

Es finden sich in Deutschland, wie bereits erwähnt, unterschiedliche Strömungen im Pflegekinderwesen, die je nach Einrichtung oder Amt bzw. von Sachbearbeiter zu Sachbearbeiter, sehr verschieden sein können. Die Tatsache, dass es diese verschiedenen Strömungen im Pflegekinderwesen gibt, bedingt Unterschiede in der Art und

Weise wie *Pflegekindschaftsverhältnisse* geregelt werden. Davon betroffen sein können etwa die Bedeutung der leiblichen Familie oder die Versorgung der Pflegekinder beispielsweise mit Therapieangeboten. Denn es gibt neben dem Verständnis der *Pflegefamilie als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie* außerdem einerseits (die Rolle der Herkunftsfamilie betreffend) ein eher *exklusives Modell* und ein eher *inklusives Modell* und andererseits (das Selbstverständnis der Jugendämter betreffend) eine eher *diagnostisch-fürsorgende*, eher *dienstleistungsorientierte* oder eher *fachlich-beratende Orientierung* der Einrichtung (Eckert-Schirmer, Hoch, Lüscher & Ziegler, 1998) – Tabelle 2 liefert einen Überblick über die jeweiligen Ausrichtungen und damit verbundenen Folgen für die Praxis.

Die Implikationen, die sich aus der Modellorientierung des Amtes oder Sachbearbeiters und dem jeweiligen Selbstverständnis ergeben, beeinflussen Pflegekind, Pflegefamilie und leibliche Eltern. Beispielsweise haben im Rahmen des exklusiven Modells, da das Pflegekind in die Pflegefamilie integriert und die Herkunftsfamilie „ersetzt“ werden soll, Besuchs-/Umgangskontakte zu den leiblichen Eltern auch einen geringeren Stellenwert. Für den Alltag des Pflegekindes kann dies bedeuten, dass, können die leiblichen Eltern die von der Pflegefamilie festgesetzten „Kontakt-Bedingungen“ nicht erfüllen, weitere Umgangskontakte weder von Seiten des Amtes noch der Pflegeeltern unterstützt werden. Besonders dann, wenn ein diagnostisch-fürsorgendes Selbstverständnis den Entscheidungen zugrunde liegt und Beschränkungen der Besuchskontakte als angemessenes Mittel zur Regelung eines Pflegeverhältnisses gesehen werden. Der Alltag dieses Pflegekindes unterscheidet sich dann in wichtigen Punkten erheblich von dem eines Pflegekindes, dessen Sachbearbeiter sein Handeln mehr am inklusiven Modell und einem dienstleistungsorientierten Selbstverständnis ausrichtet. Konflikte, verursacht durch modell-theoretische Faktoren, können außerdem entstehen, wenn die Orientierung des Amtes den Zielen der Pflegeeltern unähnlich oder gar entgegengesetzt ist (z.B. wollen die Pflegeeltern dem Kind den Kontakt zur Herkunftsfamilie erhalten, der Sachbearbeiter gibt aber diesbezüglich keine Unterstützung, da er das exklusive Modell vertritt). Dies ist insofern von Bedeutung, als dass es Befunde gibt, die dafür sprechen, dass gerade die Art und Weise, wie die Pflegschaft von den Pflegeeltern erlebt wird, zum Gelingen/Misslingen derselben beitragen kann (siehe unten).

Tabelle 2: Ausrichtungen der Jugendhilfe (nach Eckert-Schirmer, et al., 1998; Köckeritz, 2006)

Ausrichtung	Implikationen
Pflegefamilie als Ersatzfamilie	dauerhafte Unterbringung des Kindes in der Pflegefamilie Übernahme aller Elternverantwortung durch die Pflegeeltern Unterstützung der Herkunftseltern bei der Ablösung vom eigenen Kind
Pflegefamilie als Ergänzungsfamilie	Rückführung grundsätzlich angestrebt Übernahme all der Aufgaben durch die Pflegeeltern, die durch die Herkunftseltern aktuell nicht erfüllt werden können Unterstützung des Pflegekindes und der Herkunftseltern durch die Pflegefamilie Förderung regelmäßiger Besuchskontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie
exklusives Modell	Pflegefamilie als Ersatzfamilie Pflegefamilie als in sich abgeschlossene Einheit weitgehender Ausschluss der Herkunftsfamilie Ziel der vollständigen und langfristigen Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilie Pflegefamilie „setzt“ Bedingungen der Kooperation mit der Herkunftsfamilie fest
inklusives Modell	Pflegefamilie als Ergänzungsfamilie Einschluss der Herkunftsfamilie Ziel der Erweiterung des familiären Systems des Pflegekindes
diagnostisch-fürsorgendes Selbstverständnis	Fürsorgeorientierung, exklusives Modell Schutz des Pflegekindes zum Ziel Eingriffe in Sorgerecht und Beschränkung der Besuchskontakte sind adäquate Mittel
dienstleistungsorientiertes Selbstverständnis	Dienstleistungsorientierung, inklusives Modell Einbindung der Herkunftseltern zum Ziel Förderung der Verantwortlichkeit der Herkunftseltern
fachlich-beratendes Selbstverständnis	Dienstleistungsorientierung, exklusives Modell Einbezug der Herkunftseltern Orientierung der Maßnahmen an Bedürfnissen und Gefährdung des Pflegekindes

Zusätzlich zu Modellorientierung und Selbstverständnis sind Entscheidungen im Rahmen eines Pflegeverhältnisses natürlich von juristischen Tatsachen und Gesetzen beeinflusst, auf Basis derer sie getroffen werden. Diese Fakten bieten das Bezugssystem, vor dem beispielsweise Umgangsrecht und Gefährdungslage durch den Sachbearbeiter oder das Familiengericht, meist unter Zuhilfenahme eines entsprechend qualifizierten Gutachters, gegeneinander abzuwägen sind. Für eine detaillierte Darstellung bedeutsamer juristischer Aspekte elterliche Sorge und Umgang betreffend, sei auf Peschel-Gutzeit (2008) verwiesen. Grundsätzlich können sich so entstandene (juristisch bedingte) Konflikte (von Anfang an) negativ auf eine Pflegschaft auswirken und im ungünstigsten Fall zu einem Abbruch der Pflege führen (siehe unten).

1.1.2.3 Die aktuelle Praxis: Unterbringung – dauerhaft oder mit Rückführung?

Generell ist die *Unterbringung in einer Pflegefamilie mit oder ohne Rückführung* eine Möglichkeit, die der Jugendhilfe im Rahmen familienersetzender Maßnahmen zur Verfügung steht. Unabhängig von Modellorientierung oder Selbstverständnis der verantwortlichen Jugendhilfe. Die Entwicklungen der letzten Jahre zeugen in der Praxis in Deutschland mehr von der Bevorzugung einer Unterbringung in einer Bereitschafts- oder Vollzeitpflegefamilie gegenüber der Heimunterbringung (Wild & Berglez, 2002). Dabei behalten die leiblichen Eltern im Falle einer Pflegschaft oft das Sorgerecht für ihr Kind und geben nur das Fürsorgerecht an die Pflegeeltern ab – in den meisten Fällen freiwillig. Erfolgen aber Inobhutnahme bzw. Herausnahme und Unterbringung des Kindes gegen den Willen der leiblichen Eltern, was in ungefähr 15% aller Fälle vorkommt (Wild & Berglez, 2002), so muss dies von einem Vormundschaftsgericht beschlossen werden. Das Gericht muss angerufen werden, weil dieses Verfahren den Entzug des elterlichen Sorgerechts mit einschließt. Ein Vorgehen, das wiederum nur gewählt wird, wenn der dringende Verdacht einer Gefährdung des Kindeswohls vorliegt (Wild & Berglez, 2002).

Die Bemühungen im Rahmen der Jugendhilfe in Deutschland sind meist darauf ausgerichtet das Kind soweit möglich mit den leiblichen Eltern vereint zu lassen und die Familie durch beispielsweise Erziehungshilfen zu unterstützen. Wird ein Kind jedoch tatsächlich fremduntergebracht, so wird die Rückführung zunächst oft als eines der angestrebten Ziele mit in den Hilfeplan aufgenommen. Es wird also versucht, die leiblichen Eltern so weit zu stützen und mit Hilfen zu versorgen, dass das Kind zu einem späteren Zeitpunkt aus der Pflegefamilie zurück in die Herkunftsfamilie kommen kann (etwa bekommt die leibliche Mutter die Auflage einen Alkoholkonsum mit entsprechender Therapie abzuschließen, bevor ihr Kind rückgeführt werden kann).

Die Frage nach der Gefahr erneuter Misshandlung oder Vernachlässigung bzw. des erneuten Missbrauchs durch die leiblichen Eltern ist ein weiterer wichtiger Aspekt, den die Jugendhilfe zu berücksichtigen hat, die Rückführung oder die Gestaltung der Umgangskontakte (während der Zeit der Fremdunterbringung) betreffend (Kindler & Lillig, 2004). Diese Gefährdungseinschätzung übernimmt in der Regel ein psychologischer Sachverständiger, der sein Gutachten unter Beachtung von §1666 BGB und §8a SGB VIII vornimmt. Kindler (2008a) liefert eine Darstellung einer solchen Gefährdungseinschätzung und der dabei zu beachtenden Punkte, beispielsweise Einschätzung der Kindeswohlgefährdung. Je nachdem, was ein derartiges Gutachten ergibt, wird in bestimmten Fällen von einer Rückführung gänzlich abgesehen. Wiemann (1997, 1999, zitiert nach Wild & Berglez, 2002) zufolge sollte eine Rückführung dann nicht mehr erfolgen, wenn a) das Kind durch die leiblichen Eltern misshandelt oder traumatisiert wurde, b) durch die Rückführung eine Verletzung von Primärbindungen frühkindlicher Art stattfindet und das Konfliktpotenzial während der Fremdunterbringung nicht reduziert werden konnte, c) seitens der leiblichen Eltern keine Einsicht bezogen auf die jeweils eigenen Anteile, die Grund für die Inobhutnahme des Kindes waren, beobachtbar ist und d) die leiblichen Eltern nicht bereit dazu sind, mit dem Kind über eigene Probleme zu sprechen.

1.1.2.4 Faktoren, die Erfolg und Misserfolg einer Pflegschaft beeinflussen

Im Rahmen der Jugendhilfe stellt sich auch die Frage nach Erfolg oder Misserfolg der jeweiligen Maßnahme, zumal eine Heim- oder Pflegefamilienunterbringung einen (von der Jugendhilfe geschaffenen) Risikofaktor für die kindliche Entwicklung per se darstellt. *Risiko- und Verlaufsprädiktoren*, die das Gelingen eines Pflegeverhältnisses verhindern oder beeinflussen können, sind somit von besonderer Bedeutung. Es sind bisher eine Reihe von *Faktoren, die den Erfolg/Misserfolg einer Pflegschaft beeinflussen können* bekannt und untersucht worden. Empirische Arbeiten dazu wurden beispielsweise von Trasler (1960) und George (1970) und qualitative Arbeiten von Holman (1975), Aldgate und Hawley (1986) oder Berridge und Cleaver (1987) durchgeführt. Die Faktoren werden auch heute noch als gültig angenommen.

Tabelle 3 fasst die wichtigsten der in den jeweiligen Studien gefundenen Prädiktoren zusammen. Bestimmte Faktoren wurden studienübergreifend bzw. methodenübergreifend gefunden, zum Beispiel der Prädiktor *Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Inpflegenahme*. Die Studien liefern aber auch bezogen auf manche Faktoren genau entgegengesetzte Ergebnisse (z.B. *Alter der Pflegemutter zum Zeitpunkt der Inpflegenahme*).

Tabelle 3: Risikofaktoren für Pflegeverhältnisabbrüche (nach Trasler, 1960; George, 1970; Holman, 1975; Aldgate & Hawley, 1986; Berridge & Cleaver, 1987)

Studie	Prädiktoren
Trasler (1960)	Vorgeschichte des Kindes (frühe Trennung von Eltern mit folgender Heimunterbringung) älteres Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Inpflegenahme älteres Alter der Pflegemutter zum Zeitpunkt der Inpflegenahme Anwesenheit anderer Kinder in der Pflegefamilie
George (1970)	Vorgeschichte des Kindes mit vorhergehender Betreuung durch soziale Dienste älteres Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Trennung von der leiblichen Mutter älteres Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Inpflegenahme Trennung von Geschwistern durch die Inpflegenahme jüngeres Alter der Pflegemutter zum Zeitpunkt der Inpflegenahme Anwesenheit leiblicher Kinder der Pflegeeltern in der Pflegefamilie (altersunabhängig) übereinstimmendes religiöses Bekenntnis zwischen Pflegeeltern und Pflegekind höhere Anzahl vorhergehender Unterbringungen
Holman (1975)	Orientierung am exklusiven oder inklusiven Modell und daraus sich ergebende Implikationen
Aldgate & Hawley (1986)	Verhalten des Kindes Fehlen befriedigender Bindungen zwischen Pflegekind und Pflegefamilie unzureichende Definition der Rolle der Herkunftsfamilie Veränderungen in der Pflegefamilie und damit verbundene Veränderungen des familiären Gleichgewichts in der Pflegefamilie
Berridge & Cleaver (1987)	länger andauernde Belastungsphase der Pflegefamilie (nicht zwangsläufig durch das Pflegekind verursacht) unterschiedliche Erwartungen bezogen auf die Dauer des Pflegeverhältnisses geringe Unterstützung der Pflegefamilie durch die Jugendhilfe Ausschluss der Herkunftsfamilie durch die Jugendhilfe ungenügende Information der Pflegeeltern über die Situation der leiblichen Eltern ungenügende Zusammenarbeit verschiedener beteiligter sozialer Dienste oder Helfer

Tabelle 4 gibt einen Überblick über verschiedene Risiko- und Verlaufsprädiktoren, die im Rahmen der Jugendhilfe in Deutschland von Relevanz sind. Hierzu gehören beispielsweise kindbezogen der *Stand der kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklung* oder umweltbezogen das *Ausmaß elterlicher Strafbelastung*.

Tabelle 4: Risiko- und Verlaufsprädiktoren, für das Gelingen eines Pflegeverhältnisses (George, 1970; Parker, 1966, zitiert nach Jordan, 2004; Kindler & Lillig, 2004; Korte, Pfeiffer & Salbach, 2005)

Bereich	Prädiktoren
ereignisbezogen	Art und Dauer des Traumas Schweregrad der Traumatisierung
kindbezogen	Vorhandensein einer peritraumatischen Dissoziation prämorbid Entwicklung und vorausgegangene traumatische Erlebnisse Stand der kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklung Verhältnis des Kindes zum Täter oder anderen Opfern Ausmaß evtl. auftretender Schuldgefühle beim Kind/Jugendlichen Beeinflussung der Bindungsentwicklung in der Pflegefamilie durch vorhergehende Misshandlung
umweltbezogen	Ausmaß elterlicher Strafbelastung Ausmaß elterlicher Stressbelastung bzw. emotionale Reaktion der Bezugspersonen Vorhandensein protektiver Faktoren Auswirkungen des traumatischen Ereignisses auf den Lebensalltag Bedeutung des Umgangs mit den leiblichen Eltern für die Entwicklung der Kinder in den Pflegefamilien
verfahrensbezogen	Unterbringung des Kindes gegen oder mit dem Willen der leiblichen Eltern Abwägen der Rechte der leiblichen Eltern Frage des Kindeswohls Ausmaß der zu erwartenden Schädigung des Kindes/Jugendlichen bei Wiederherausnahme aus der Pflegefamilie
pflegeverhältnisbezogen	Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie Vorgeschichte des Kindes/Jugendlichen Verhaltensauffälligkeiten Anwesenheit weiterer Kinder in der Pflegefamilie

Detaillierte Modelle zur Bedeutung einzelner Faktoren oder ihrer Interaktion gibt es nicht. Die absolute Anzahl der erlebten Unterbringungen gilt aber beispielsweise als wichtiger Prädiktor für Veränderungen im Verhalten des Kindes (Hussey & Guo, 2005), die dann wiederum andere kindbezogene Prädiktoren beeinflussen können. Man geht von einem positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl an Fremdunterbringungen (also der Stabilität der Fremdplatzierung) und der Schwere der kindlichen Verhaltensproblemen aus (Newton, Litrownik & Landsverk, 2000) und vermutet zudem einen Zusammenhang zwischen dem Grad der Verhaltensprobleme und der Stabilität der Unterbringung (Barber & Delfabbro, 2003; James, Landsverk & Sylmen, 2004).

In der Praxis werden bis dato in Ermangelung entsprechender Modelle eher individuelle Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls beachtet, so dass sich von Pflegefamilie zu Pflegefamilie sehr unterschiedliche Konstellationen von berücksichtigten Risiko- und Verlaufsprädiktoren ergeben können. Zusammenfassend lässt sich jedoch festhalten, dass, analog zu anderen Bereichen in denen Prognosen abgegeben werden, ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Risikofaktoren und dem positiven Verlauf angenommen wird: das heißt, der Verlauf eines Pflegeverhältnisses wird als umso günstiger prognostiziert, je weniger verschiedene Risikofaktoren in umso weniger Bereichen vorliegen.

1.1.3 Das Pflegekind und seine Belastung

Die Belastungen von Pflegekindern lassen sich in verschiedene Gruppen einteilen: solche, die während der Zeit in der Herkunftsfamilie erlebt werden, solche, die während der Herausnahme bzw. Inobhutnahme mit der anschließenden Fremdunterbringung erlebt werden und solche, mit denen das Pflegekind danach konfrontiert ist. Belastungen, die Risikofaktoren darstellen (können). Grundsätzlich wurden bei Anamnesen von Pflegekindern im Durchschnitt 14 Risikofaktoren gefunden – das sind weitaus mehr als etwa im Rahmen der Entwicklung von Risikokindern als für die Prognose ungünstig gelten (Wild & Berglez, 2002).

Einen generellen Überblick über die Resilienzforschung gibt etwa Rutter (1985). Nachfolgend werden die wichtigsten Faktoren, die das Leben des Pflegekindes beeinflussen/belasten können, referiert. Es wird deutlich, dass die Forschung bezogen auf die Zeit vor und nach der Fremdunterbringung im Vergleich zu der dazwischen viel weiter fortgeschritten ist. Erste Untersuchungen des Projektes Pflegekinderhilfe zur Phase der Herausnahme bzw. Inobhutnahme für den deutschen Raum werden hier ebenfalls dargestellt.

1.1.3.1 In der Herkunftsfamilie

Die familiäre Situation, in der ein Pflegekind bis zum Zeitpunkt seiner Fremdunterbringung in einer Pflegefamilie gelebt hat, kann von vielfältigen Belastungen gekennzeichnet gewesen sein. Informationen zu den Lebensbedingungen von Pflegekindern vor der Herausnahme lassen sich aus den jährlichen Berichten des Statistischen Bundesamtes zur Jugendhilfe gewinnen. So wurden im Jahre 2007 insgesamt 28 192 Kinder und Jugendliche im Rahmen einer vorläufigen Schutzmaßnahme durch die Jugendhilfe untergebracht, wobei sich beispielsweise 7 337 der Kinder und Jugendlichen vor der Inobhutnahme oder Herausnahme bei ihren Eltern aufgehalten hatten, 5 395 bei einem leiblichen Elternteil und dessen neuem Partner und 8 993 bei einem alleinerziehenden Elternteil und zwar dort jeweils unter Bedingungen, die für die Kinder und Jugendlichen eine Gefährdung darstellten (Statistisches Bundesamt, 2009b). Zum Jahresende 2007 standen dann 38 572 Kinder und Jugendliche unter Amtsvormundschaft (Statistisches Bundesamt, 2009b). Wie den Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe zu entnehmen ist, wurden dann in 2008 insgesamt 32 253 Kinder und Jugendliche, davon 2 554 in Bayern, im Rahmen einer *vorläufigen Schutzmaßnahme* durch die Jugendhilfe untergebracht – davon hatten 8 653 zuvor bei ihren leiblichen Eltern, 6 106 bei einem leiblichen Elternteil und einem neuen Partner und 10 159 bei einem alleinerziehenden Elternteil gelebt (Statistisches Bundesamt, 2009a). Zu den Gründen für diese Schutzmaßnahmen zählten Vernachlässigung (deutschlandweit in 4 017 Fällen, in Bayern in 366 Fällen), Anzeichen für Misshandlung (deutschlandweit in 3 066 Fällen, in Bayern in 331 Fällen) oder Anzeichen für sexuellen Missbrauch, der deutschlandweit in 628 Fällen und in Bayern in 69 Fällen vorlag (Statistisches Bundesamt, 2009a).

Darüber hinaus zeigen Studien, dass in den Herkunftsfamilien eine Vielzahl elterlicher Probleme Umwelt und Aufwachsen des Kindes formen. Neil, Beek & Schofield (2003) untersuchten beispielsweise 58 Kinder jünger als 12 Jahre, die dauerhaft in Pflegefamilien untergebracht worden waren und Hussey & Guo (2005) erhoben die Daten von 119 Pflegekindern zwischen 5 und 18 Jahren, die sich im Rahmen der Jugendhilfemaßnahmen in einem Behandlungsprogramm befanden. Tabelle 5 gibt eine Auswahl der in den Studien erhobenen Probleme wieder.

Zu den häufigsten Gründen für die, unter Umständen nur zeitweilige, Entfernung eines Kindes aus seiner Herkunftsfamilie zählen Vernachlässigung durch die leiblichen Eltern, Vorfälle von Misshandlung (seelischer wie körperlicher Art), sexueller Missbrauch oder (konflikthafte/schwierige) Trennung der leiblichen Eltern (Wild & Berglez, 2002) ebenso wie psychische Erkrankung der erziehenden Person(en), Drogen- oder Alkoholprobleme der leiblichen Eltern, Überforderung der Eltern (besonders im Fall

junger Mütter), der Tod eines oder des Elternteils bzw. die Inhaftierung der Hauptbezugsperson des Kindes gilt (Blandow, 2004). Beispielsweise ist die Erkrankung eines Elternteils an einer Psychose, bezogen auf die rund 6 000 Sorgerechtsentzüge, die in Deutschland jährlich erfolgen, in circa jedem dritten Fall die Ursache (Schwartländer, 2004). Ältere Studien weisen teilweise niedrigere Ergebnisse auf: Simms (1989) fand etwa in seiner Arbeit mit 113 Pflegekindern im Alter von 1 bis 72 Monaten (entspricht 6 Jahren), dass 50.4% der Kinder vernachlässigt, 11.5% misshandelt und 2.3% missbraucht worden waren.

Tabelle 5: Probleme der leiblichen Eltern (Neil, et al., 2003; Hussey & Guo, 2005)

Studie	Prävalenz
Neil, Beek & Schofield (2003)	
58 Pflegekinder, jünger als 12 Jahre	
psychische/psychiatrische Probleme der Mutter	55.0
Lernstörung	31.0
Substanzabhängigkeit	29.0
Hussey & Guo (2005)	
119 Pflegekinder, 5 bis 18 Jahre	
Alkoholproblematik	42.0
Drogenproblematik	76.5
Prostitution	8.4
Inhaftierung	20.2
psychische/psychiatrische Probleme	16.0
Obdachlosigkeit	9.2
Gewalt in der Ehe/Beziehung	7.6

Anmerkung: Angaben in Prozent.

Besonders das Thema Vernachlässigung gewinnt in letzter Zeit, auch in Deutschland, an Bedeutung. Im Rahmen einer Studie mit 16 teilnehmenden deutschen Jugendämtern ermittelten Mutke und die Kollegen ihrer Arbeitsgruppe die jeweilige Gefährdungslage der von den Jugendämtern betreuten Kinder (Mutke, 2001): Sie fanden für ihre Untersuchungsgruppe von 318 Kindern, dass 65.1% aller Kinder (entspricht 207 Pflegekindern) auf irgendeine Art und Weise vernachlässigt worden waren (Mehr-

fachnennungen waren möglich gewesen) und dass bei 50% der Kinder (entspricht 159 Pflegekindern) Vernachlässigung die zentrale Gefährdungskategorie darstellte. Außerdem wurde erhoben, welche Formen die Vernachlässigung angenommen hatte. Tabelle 6 gibt hierzu einen Überblick. Beispielsweise fand Mutke, dass 67% der vernachlässigten Kinder die intellektuelle Förderung gefehlt hatte und 55% nur unzureichende Gesundheitsvorsorge erhalten hatten (2001). In einer anderen Studie von Burns und Kollegen hatten knapp 64% der Kinder und Jugendlichen Vernachlässigung erfahren, 12% emotionale Misshandlung, knapp 37% körperliche Misshandlung und rund 13% sexuellen Missbrauch (Burns, et al., 2004).

Tabelle 6: Gefährdungslage und Art der Vernachlässigung (nach Mutke, 2001, S. 3)

	Prävalenz
Art der Gefährdungslage	
318 Pflegekinder, Mehrfachnennungen je Pflegekind möglich	
Vernachlässigung	65.1
seelische Misshandlung	36.8
körperliche Misshandlung	23.6
sexueller Missbrauch	16.7
Art der Vernachlässigung	
159 vernachlässigte Pflegekinder	
fehlende intellektuelle Förderung	67.0
fehlen notwendiger Spiel- und Erfahrungsmöglichkeiten	60.0
unangemessene Ernährung	> 60.0
mangelnde Zuwendung	56.0
unzureichende Gesundheitsvorsorge	55.0

Anmerkung: Angaben in Prozent.

Im Regelfall liegen jedoch mehrere dieser Belastungsfaktoren vor. Generell können Vernachlässigung und Misshandlung/Missbrauch die unterschiedlichsten Formen annehmen (Rosenthal, Motz, Edmonson & Groze, 1991). Kinder, die aus gefährdeten Familien kommen und dort die erste Zeit ihres Lebens verbracht haben, weisen ent-

sprechende Geschichten auf: So hat dann davon jeder fünfte Säugling schon zwei oder mehr Wechsel seines Lebensortes hinter sich und war etwa in Notaufnahmen (mit oder ohne leibliche Mutter), Mutter-Kind- oder Frauenhäusern untergebracht (Blandow, 2004). Diese Ereignisse können den *Typ-I-* bzw. *Typ-II-Traumata* der Typologie nach Terr (1991, zitiert nach Landolt, 2004) entsprechen, wenn sie für das Kind traumatisierenden Charakter haben. Eine mögliche Folge solch extremer (traumatischer) Ereignisse kann die Entwicklung einer kindlichen *Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)*³ sein – davon abgesehen können Faktoren wie beispielsweise stets hochregerte leibliche Eltern die Prozesse der reifenden Selbstorganisation beim Kind negativ beeinflussen (Naumann-Lenzen, 2003).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Pflegekinder in ihren Herkunftsfamilien einer Vielzahl von Belastungsfaktoren ausgesetzt gewesen sein können. Diese reichen von Vernachlässigung basaler Bedürfnisse bis hin zu schwerer absichtlicher Schädigung des Kindes, die sogar lebensbedrohliche Form annehmen kann. Außerdem wirken die in der Herkunftsfamilie gemachten Erfahrungen auf das weitere Leben des Kindes (siehe unten).

1.1.3.2 Während der Heraus- oder Inobhutnahme

Im Rahmen des Projektes Pflegekinderhilfe in Deutschland wurde in einer qualitativen Teilstudie ermittelt wie Pflegekinder den Übergang von der Herkunftsfamilie in die Pflegefamilie erleben (Sandmeir, 2008). Befragt wurden 14 Pflegekinder im Alter von 8 bis 14 Jahren, die seit mindestens einem Jahr in Pflegefamilien gelebt hatten. Kasten 2 fasst erste Erkenntnisse zusammen.

Eines der zentralen Ergebnisse von Sandmeir (2008) ist, dass die Kinder in den Entscheidungs- und Gestaltungsprozess oftmals nicht ausreichend eingebunden sind und dass sie in Zukunft informierter und aktiver mit einbezogen werden sollten. Unzureichende Vorbereitung, Kontrollverlust, Unklarheit über zukünftige Entwicklungen, etc. verleihen der ganzen Situation für die Kinder krisenhaften, wenn nicht gar potenziell traumatisierenden, Charakter. Zwar liegen noch keine umfangreichen Untersuchungen zu dieser speziellen Krise der Pflegekinder vor. Die Vermutung liegt aber nahe, dass Art und Weise, wie Pflegekind und Pflegeeltern bzw. Sachbearbeiter mit der Situation umgehen, für die weitere Anpassung des Pflegekindes zentral sein dürfte und dass die im Rahmen von Krisensituationen allgemein gültigen Aspekte (z.B. Anstreben von Sta-

³ Zur PTBS als möglicher Traumafolgestörung und ihrer Bedeutung bei Pflegekindern siehe unten (Punkt 1.2).

bilisierung durch Erklären der Situation und der aktuellen Abläufe) auch hier greifen dürften.

Kasten 2: Von Pflegekindern berichtete Belastungsfaktoren, erlebt während der Phase des Überganges von Herkunfts- in Pflegefamilie (Sandmeir, 2008)

bei Inobhutnahme	keine Vorbereitung keine Möglichkeit der Verabschiedung von den leiblichen Eltern keine Möglichkeit, sich auf die neue Situation einzustellen Unterbringung bei völlig unbekanntem Personen (Pflegeeltern)
bei mangelnder Information	keine Angaben zur Dauer des Verbleibs in der Pflegefamilie keine Information über zukünftige Entwicklungen Vertröstung in Form von Hinweisen auf Urlaubs- oder Erholungsphasen
während der ersten Nächte	Unsicherheit Fehlen eines eigenen Platzes/Bettes/Raumes in der Pflegefamilie (bei Inobhutnahmen und kurzfristiger Unterbringung fehlt auch der Pflegefamilie die Zeit zur Vorbereitung)
Kontakt zu anderen Kindern in der Pflegefamilie	Vorsicht beim Kontakt mit anderen Kindern Möglichkeit, sich an anderen Kindern zu orientieren erst nach einer Phase der Eingewöhnung ratsam
Alltag in der Pflegefamilie	Normen, Regeln und Verhaltensweisen der Herkunftsfamilie sind völlig unbedeutend und ungünstig völlig anderer Umgang mit Konflikten negative Reaktionen der Pflegeeltern auf Aggression oder distanzierendes Verhalten des Pflegekindes Erleben von Unsicherheit und Ängsten bei gleichzeitigem Bemühen, alles richtig zu machen
der Übergang an sich	Fehlen des Abschieds von der Herkunftsfamilie (besonders bei Inobhutnahme) Fehlen eines Begrüßungsrituals in der Pflegefamilie (besonders bei Inobhutnahme) fehlende Zeit der Pflegeeltern, um das Kind bei der Eingewöhnung zu begleiten (besonders bei Inobhutnahme) fehlende Offenheit und Transparenz des Vorgangs an sich

Wichtig ist in Zusammenhang mit den ersten Befunden von Sandmeir die Unterscheidung zwischen Herausnahme und Inobhutnahme: allein aufgrund der unterschiedlichen Qualität dieser beiden Verfahrensweisen kann das kindliche Erleben der Situation sehr verschieden sein. Der Zeitraum des Umbruchs kann sich von einigen Stunden bis hin zu Tagen erstrecken, etwa wenn ein Kind aufgrund einer akuten Gefährdungslage sofort aus der Herkunftsfamilie genommen werden muss (Inobhutnahme), alles sehr kurzfristig entschieden wird und noch kein Pflegeplatz gefunden werden konnte, so dass zunächst eine vorübergehende Unterbringung in einem Heim oder einer Bereitschaftspflegestelle und die endgültige Inpflegenahme erst einige Tage später erfolgt. In diesem Fall ist das Pflegekind dann also über einen (relativ langen Zeitraum großer Unsicherheit und Belastung ausgesetzt.

1.1.3.3 Nach der Heraus- oder Inobhutnahme

Die weitere Entwicklung eines Pflegekindes nach Herausnahme oder Inobhutnahme wird natürlich nachhaltig durch die Erfahrungen beeinflusst, die es in der Herkunftsfamilie und in der Zeit des Wechsels zwischen den Familien gemacht hat. Dabei sind die Zusammenhänge und Konstellationen mitunter recht komplex. Wie Korte, Pfeiffer & Salbach (2005) aufzeigen kann eine Fremdunterbringung beispielsweise sowohl traumatischen Charakter haben (längerfristige oder plötzliche Trennung von zentralen Bezugspersonen als schwerwiegendes Verlusterlebnis im Sinne eines Traumas), als auch befreienden und beschützenden (Beendigung eines Traumas, etwa im Falle sexuellen Missbrauchs). Führt man diesen Gedanken fort, so wird klar, dass, je nach Alter und Befindlichkeit bzw. bisheriger Erfahrung des Kindes, auch die Unterbringung an sich, beispielsweise in einem Heim oder bei ungenügend ausgebildeten oder für die speziellen Anforderungen des Kindes nicht geeigneten Pflegepersonen, traumatischen Charakter haben kann. Generell ist das Risiko für Pflegekinder jedoch sehr hoch, psychische oder psychiatrische Störungen zu entwickeln bzw. langfristig gesehen auf verschiedenen Bereichen schlechtere Entwicklungschancen zu haben (Racusin, Maerlender, Sengupta, Isquith, & Straus, 2005). Immerhin haben ca. 80% aller Kinder und Jugendlichen, die in das Pflegesystem treten und somit in eine Pflegefamilie kommen, in irgendeiner Form Probleme bezogen auf ihre Bildung oder Entwicklung oder emotionale bzw. physische Probleme oder solche, die mit der geistigen Entwicklung zu tun haben (Ellermann, 2007). Nicht zuletzt wird die größere Vulnerabilität von Pflegekindern auch darin deutlich, dass auch in Pflegefamilien Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch vorkommen können (Benedict, Zuravin, Brandt & Abbey, 1994; Hobbs, Hobbs & Wynne, 1999).

Vor diesem Hintergrund entwickelt sich also das Pflegekind und setzt sich mit verschiedenen Entwicklungsaufgaben auseinander. Dazu gehören a) die *Integration in die Pflegefamilie* und b) die *Organisation von Beziehungen*. Außerdem muss sich das Pflegekind c) unter Umständen mit einer Vielzahl von *Konsequenzen der Erfahrungen in der Herkunftsfamilie* auseinandersetzen, die je nach Erlebnissen/Geschichte des Kindes sehr unterschiedlich sein können und das soziale, psychische und gesundheitliche Befinden des Kindes prägen. Auf diese drei Aspekte wird nachfolgend eingegangen.

a) *Integration in die Pflegefamilie*

Die wichtigste und naheliegendste Herausforderung, mit der ein Pflegekind in der Pflegefamilie konfrontiert ist, ist die Integration in die Pflegefamilie selbst. Nienstedt und Westermann (1998) fassen die Entwicklung, die ein Pflegekind in seiner Pflegefamilie durchläuft, in ihrer Integrationstheorie wie folgt zusammen: In der ersten Phase zeigt sich das Pflegekind noch überangepasst und lebt erst in der zweiten Phase Trauer, Wut, Selbstvorwürfe, negative Erfahrungen und Aggressionen aus. Erlebt das Pflegekind die Pflegeeltern in dieser zweiten Phase als zuverlässig, Zuwendung gebend und vertrauenswürdig, geht das Pflegekind in einer dritten Phase schlussendlich eine Bindungsbeziehung zu den Pflegeeltern ein. Kritisch anzumerken ist dabei, dass die Theorie von Nienstedt und Westermann keine Angaben darüber macht, wie die Entwicklung verläuft, wenn das Pflegekind in Phase zwei die Pflegeeltern nicht als zuverlässige Bindungsfiguren erlebt. Eberhard und Eberhard (2000; zitiert nach Wild & Berglez, 2002) sind aber der Meinung, dass Kinder, die ein psychisches Trauma erlebt und solche, die wiederholt Trennungserfahrung gemacht haben, größere Probleme dabei haben sollten, sich von den leiblichen Eltern ein Stück weit abzulösen und zu den Pflegeeltern eine neue/weitere Eltern-Kind-Bindung aufzubauen. Studien sprechen dafür, dass gerade durch Vernachlässigungs- und Missbrauchserfahrungen die Fähigkeit zur Bindungsentwicklung negativ beeinflusst wird (Kindler & Lillig, 2004). Für das Pflegekind ergibt sich somit unter Umständen ein Teufelskreis aus geringem Selbstwertgefühl (als Folge negativer Erfahrungen in der Herkunftsfamilie und dort entwickelter unsicherer interner Repräsentationen im Zusammenhang mit negativen Bindungserfahrungen), Selbstzweifeln und großen Schwierigkeiten in (neuen) sozialen Situationen (bezogen auf Offenheit und Vertrauen anderen Menschen gegenüber), der es ihm schwer macht neue (Bindungs-) Beziehungen einzugehen und ein Entwicklungsrisiko darstellt (Ziegenhain, 2001).

b) Organisation alter und neuer zwischenmenschlicher Beziehungen

Die Organisation aller Beziehungen stellt eine wichtige Entwicklungsaufgabe dar, die der Integration in die Pflegefamilie immanent ist. Sie ist aber nicht nur für die Integration in die Pflegefamilie, sondern auch für den weiteren Umgang mit der Herkunftsfamilie und die sozialen Netze des Pflegekindes bedeutsam. Gelingt sie nicht, birgt auch das wieder gewisse Risiken für die Entwicklung des Kindes. Die Zeit nach der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie stellt das Pflegekind somit vor eine schwierige Aufgabe: in dieser Zeit „muss“ das Pflegekind a) in der Pflegefamilie leben und sich dort (s)einen Platz schaffen, b) zu der „neuen Familie“ und besonders zu den „neuen Eltern“ eine tragfähige Beziehung aufbauen, die – evolutionspsychologisch gesprochen – sein Überleben in der neuen Familie sichert, c) sich mit etwaigen „neuen Geschwistern“ auseinander setzen, d) sich im übrigen neuen sozialen Umfeld (Kindergarten, Schule, Sportverein, etc.) einleben und e) (oftmals) zu seinen leiblichen Eltern weiterhin Kontakt haben und somit zwischen den Familien(-welten) wechseln.

Für das Pflegekind entsteht dadurch nicht selten ein starker Loyalitätskonflikt (Wild & Berglez, 2002): Die Pflegeeltern, die dem Kind Sicherheit, Fürsorge, Schutz, Zuneigung, etc. bieten, vielleicht in einem Ausmaß, das dem Kind bisher völlig fremd war, auf der einen und die leiblichen Eltern, die immer die leiblichen Eltern sein werden, unabhängig von ihren sonstigen Fehlern und Versäumnissen, auf der anderen Seite. Zahlreiche Längsschnittstudien belegen, dass eine sichere Bindung als Schutzfaktor gilt (Grossman, Grossman & Waters, 2005). Ein Schutzfaktor, der solche Belastungen, wie sie etwa ein Pflegekind erlebt, zu verarbeiten helfen bzw. die Entwicklung neuer Beziehungen positiv beeinflussen kann. Bei (Pflege-)Kindern mit entsprechenden Erfahrungen (z.B. Vernachlässigung, Missbrauch, Misshandlung) und unsicherer bzw. desorganisierter Bindung ist dieser (Schutz-) Faktor jedoch nicht gegeben. Van IJzendoorn und Kollegen fanden in einer Metaanalyse (80 Studien, 6 282 Eltern-Kind-Dyaden, über 1 280 Kinder mit desorganisierter Bindung) bezogen auf eine Untergruppe von 5 Studien mit insgesamt 323 Teilnehmern, dass 48% der misshandelten Kinder desorganisiert gebunden waren. Über die Studien hinweg fand sich eine kombinierte Effektstärke von $r = .41$ (van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). Diese Bindungs-Problematiken der Pflegekinder gilt es zu erkennen und zu mildern, eine Aufgabe, die ein wichtiger Bestandteil der Arbeit von Pflegeeltern ist. Entsprechende Untersuchungen und Modelle zur Erklärung des Bindungsverhaltens bei Pflegekindern finden sich zum Beispiel bei Howe & Fearnley (2003).

Bisherige Erkenntnisse gehen davon aus, dass Loyalitätskonflikte für Pflegekinder umso schwieriger und belastender sind, je älter sie sind. Besonders für solche, die bereits älter als 6 Monate sind oder mangelhafte und/oder unkontinuierliche Pflege erlebt haben (Neil, et al., 2003), kann ein Loyalitätskonflikt sehr belastend sein. Erschwerend kommt hinzu, dass ältere Pflegekinder, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, oftmals Schuld oder Verantwortung gegenüber/für ihre Herkunftseltern empfinden (Zitelmann, 2001; Köckeritz, 2004). Diese Konflikte gilt es, im Rahmen des Lebens in der Pflegefamilie, zu bewältigen – zumal ein Loyalitätskonflikt dem Aufbau neuer Bindungen und Beziehungen, der als wesentlich für die positive Entwicklung des Pflegekindes angesehen wird, entgegenwirkt (Wiemann, 2000) und das Erleben von Schuld im Falle von Traumatisierung als prognostisch ungünstig gilt (siehe unten). Gerade eine unterstützende und positive Beziehung zu mindestens einem Elternteil bzw. einer wichtigen anderen Person (etwa einer Pflegemutter) wird jedoch als wichtiger Schutzfaktor angenommen, der die Entwicklung positiv beeinflussen kann⁴. Natürlich können auch Geschwister diese Rolle bis zu einem gewissen Grad erfüllen, beispielsweise gerade in hochkonflikthaften Familien.

Ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung und Organisation neuer Beziehungen können *Umgangskontakte*⁵ haben – jeder neue kann eine Auffrischung bestehender (Loyalitäts-) Konflikte bedeuten. Blandow (2004) stellt fest, dass im Rahmen der Umgangskontakte etwaige Konflikte zwischen Pflege- und Herkunftsfamilie sehr deutlich hervortreten und dass einer Befragung zufolge 20% der Pflegekinder durch die Umgangskontakte stark oder sehr stark belastet werden. Die Auswirkungen der im Sommer/Herbst 2009 erfolgten Neuerungen im deutschen Recht die sogenannte Umgangspflicht betreffend, sind zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit noch nicht absehbar. Grundsätzlich soll der Umgang dem Kind jedoch ermöglichen mit dem leiblichen Elternteil in Kontakt zu bleiben, da dies für eine Vielzahl von kindlichen Entwicklungen als bedeutsam angenommen wird, etwa für seine Persönlichkeitsentwicklung, für die Reduktion von Stress beim Kind oder den Erhalt bzw. die Weiterentwicklung der Beziehung zu besagtem Elternteil (Walter, 2009). Aktuell findet eine weitere Stärkung der Position des Kindes bezogen auf den Umgang statt, eine (weitere) Betonung der Tatsache, dass der Umgang den Bedürfnissen des Kindes dienlich sein soll. Dies ist

⁴ Siehe hierzu auch Punkt 1.1.4 zur Rolle der Pflegeeltern.

⁵ Unter „Umgang“ versteht man dem deutschen Recht nach jede Form des Kontakts, der zwischen einem Kind und seinem leiblichen Elternteil besteht, wenn es mit diesem Elternteil nicht in einer Familie lebt. Dies gilt für den von der Mutter geschiedenen Vater, der das Kind alle zwei Wochen sieht, ebenso wie für die leibliche Mutter, deren Kind bei einer Pflegefamilie lebt.

besonders bedeutsam, da erste Forschungsergebnisse darauf hin deuten, dass nicht die Quantität des Umgangs, sondern die Qualität desselben entscheidend für positive Folgen ist und dass außerdem Umgang per se nicht zwangsläufig positive Auswirkungen hat (Walter, 2009), wenn auch noch nicht abschließend geklärt ist, inwieweit Befunde, die für Kinder hochstrittiger Elternpaare gelten, auch auf Pflegekinder übertragen werden können.

c) *Umgang mit negativen Konsequenzen der Erfahrungen in der Herkunftsfamilie*

Langzeitstudien zur Entwicklung von Pflegekindern per se gibt es nur wenige. Allerdings existieren eine Reihe von Studien und Untersuchungen, die sich mit den (Langzeit-) Folgen, die aversive Umwelten für Kinder haben können, befassen. Eine entsprechende Übersicht findet sich zum Beispiel bei Repetti, Taylor & Seeman (2002). Bekannt ist, dass geringere Lebenserwartung oder höheres Krankheitsrisiko für beispielsweise chronische Krankheiten wie Diabetes oder Krebs die Folge traumatischer bzw. aversiver kindlicher Erfahrungen sein können und dass sich Personen mit entsprechenden Geschichten häufiger selbstschädigend verhalten, etwa bezogen auf Rauchergewohnheiten (Rohmann, 2008). Ebenfalls können hormonelle Stellgrößen des körpereigenen Stresssystems langfristig verändert sein, so beispielsweise die *Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse*, der *Katecholamin-Haushalt* oder der *Glukokortikoid-Haushalt*, was in einem geschwächten Immunsystem oder geringerer kognitiver Leistungsfähigkeit resultieren kann (Repetti, et al., 2002; Repetti, Taylor & Saxbe, 2007) – allerdings wurde in einer Kohortenstudie an Pflegekindern immerhin auch eine Resilienzquote von 22.1% gefunden (McGloin & Widow, 2001). Grundsätzlich kann man aber davon ausgehen, dass (gerade auch bei jüngeren Kindern) die Reaktion der Eltern/Bezugspersonen und der Zusammenhalt der Familie für die weitere Entwicklung des Kindes (mind.) genauso wichtig sein können, wie das Trauma an sich (Green, et al., 1991). Differenziertere Ergebnisse finden sich teilweise, wenn man die Befunde wie nachfolgend geschehen, je nach Form der erlebten Gefährdung getrennt betrachtet: *emotionale Misshandlung*, *Vernachlässigung*, *körperliche Misshandlung*, *sexueller Missbrauch*.

Das Konstrukt der *emotionalen Misshandlung* ist nicht eindeutig definiert, Untersuchungsergebnisse sind infolgedessen inkonsistent und wenig aussagekräftig (Rohmann, 2008). Weitestgehend wird davon ausgegangen, dass emotionale Misshandlung (auch genannt emotionaler Missbrauch bzw. seelische Misshandlung) primär durch die Eltern oder engsten Bezugspersonen erfolgt und immer auch vorhanden ist, wenn andere Formen der Misshandlung existieren. Je nach Studie/Definition fallen unter emotionalen Missbrauch beispielsweise Beleidigung, Erniedrigung, Herabsetzung, Demüti-

gung des Kindes, Schuldzuweisungen an das Kind bis hin zur Zuschreibung der Sündenbockrolle (sogenanntes *scapegoating*), aber auch gezieltes Ängstigen oder Bedrohen, Instrumentalisieren oder Ausbeuten des Kindes beziehungsweise emotionale Vernachlässigung in Form von Gleichgültigkeit oder Nichtbeachtung des Kindes (etwa keine Zuwendung, keine Ansprache, kein Lob, keine Anerkennung), seiner Bedürfnisse, Nöte, Unsicherheiten (Rohmann, 2008). Die Folgen derartiger Misshandlung werden in den Bereichen der Bindungsfähigkeit sowie der Affektregulation und Störung derselben am deutlichsten (Gloger-Tippelt & König, 2005; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008, beide zitiert nach Rohmann, 2008). Für das Pflegekind ergeben sich somit Konsequenzen etwa in Form von gestörter Affektregulation, die es dann in der Pflegefamilie zu thematisieren gilt bzw. die dort offensichtlich werden.

Vernachlässigung umfasst emotionale Misshandlung ebenso wie die kognitive/schulische, körperliche, medizinische, umfeldbezogene und erzieherische/soziale Mangel-/Fehlversorgung des Kindes. Die Grenzen zu physischer Misshandlung/sexuellem Missbrauch sind offen. Grundsätzlich geht man jedoch davon aus, dass Vernachlässigung bedeutet, dass a) ein gewisses Minimum einer bestimmten Bedürfniserfüllung unterschritten wird und b) dies länger (chronisch) erfolgt – beides sind jedoch relativ unscharfe Kriterien (Erickson & Egelan, 2002; Horwath, 2007; beide zitiert nach Rohmann, 2008). Die vorliegenden Befunde sind demnach bis dato noch ziemlich ungenau, weisen aber in die Richtung, dass Folgen der Vernachlässigung beispielsweise von Gedeihstörungen über Störungen des Essverhaltens bis hin zum Verhungern, von eingeschränkten kognitiven Kompetenzen bis hin zu langfristiger kognitiver Beeinträchtigung und schulischen Problemen bzw. geringeren Bildungschancen, von medizinischer Unterversorgung bis hin zu chronischer Erkrankung oder Behinderung und von fehlender Reife, Sozialisation, sozialer Vereinsamung oder Anschluss an gefährliche Gruppen (etwa antisoziale, delinquente, kriminelle) reichen können (Hildyard & Wolfe, 2002).

Zu den Folgen von *körperlicher Misshandlung* gehören zunächst die physischen Verletzungen, die das misshandelte Kind erleidet und die sich kurz-, mittel- oder langfristig auswirken können (beispielsweise blaue Flecken, angebrochener Arm, gebrochene Hüftknochen mit daraus folgender Hüftfehlstellung und lebenslanger Behinderung). Ein deutlicher Zusammenhang konnte für physische Misshandlung und antisoziales Verhalten (bis hin zu späterer Delinquenz mit Gewalttaten) gefunden werden (Widom, 2000; Kolko, 2002, zitiert nach Rohmann, 2008; Maas, Herrenkohl & Sousa, 2008), wobei ein positiver Zusammenhang zwischen Ausmaß/Stärke der Misshandlung und Ausmaß/Stärke der Delinquenz besteht. Gravierende internalisierende Störungen

können ebenso die Folge sehr früh erlebter Misshandlung sein (Keiley, Howe, Dodge, Bates, & Petit, 2001), wohingegen beobachtete Gewalt (etwa zwischen den Eltern) mehr zu externalisierenden Störungen führt (Rohmann, 2008). Kinder mit kombinierter Gewalterfahrung, die beides erlebten, waren einer Metaanalyse von Sternberg und Kollegen zufolge zwischen 28 und 50% von klinisch relevanten Folgen/Störungen betroffen (Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb & Guterman, 2006). Speziell auf die Posttraumatische Belastungsstörung bezogen, die misshandelte Kinder als eine mögliche Traumafolgestörung entwickeln können, wird eine Rate von 7 bis 36% (Runyon, et al., 2006, zitiert nach Rohmann, 2008) bzw. eine 1.9-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür (Widom, 1999) angegeben.

Zu den Folgen *sexuellen Missbrauchs* ist zu sagen, dass es keine für sexuellen Missbrauch spezifischen Symptome gibt – die häufig zu beobachtenden sexualisierten Verhaltensweisen sind zwar „typisch“, aber nicht eindeutig operationalisiert (Rohmann, 2008). Beispielsweise finden sich aber für Jungen vermehrt externalisierende und für Mädchen vermehrt internalisierende Symptome (Friedrich, Urquiza & Beilke, 1986). Eindeutig belegt sind PTBS-Raten bei sexuellem Missbrauch von bis zu 50% (Rohmann, 2008). Widom (1999, 2000) verweist besonders auf die Möglichkeit der Kumulation traumatischer Ereignisse und die folgende Ausbildung einer PTBS in späteren Lebensjahren bzw. auf die Vielfach-Belastung, der Kinder in sogenannten Multi-Problem-Familien ausgesetzt sind (wo sexueller Missbrauch dann nur eine Form der dort existierenden Belastung ist). Zudem weist die Forschung darauf hin, dass sexueller Missbrauch (und besonders damit in Zusammenhang stehende PTBS) für Kinder das Risiko erhöht, lebenslanglich an den Folgen desselben zu leiden (Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004; Deblinger, Mannarino, Cohen & Steer, 2006). Davon abgesehen wurden wiederholt Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen und (vermehrte) familiäre Konflikte als Langzeitfolgen von sexuellem Missbrauch belegt (DiLillo, 2001; Dong, Anda, Dube, Giles & Felitti, 2003; Liang, Williams & Siegel, 2006; zitiert nach Kim, Talbot & Cicchetti, 2009).

1.1.3.4 Studienergebnisse zur allgemeinen Belastung von Pflegekindern

Eine Reihe empirischer Studien untersuchte die Entwicklung von Pflegekindern in den verschiedensten Bereichen. Beispielsweise Verlust der leiblichen Eltern durch HIV (Halperin, 1993), verschiedene internalisierende bzw. psychische Probleme wie etwa Depression, geringer Selbstwert, Angst vor weiteren Trennungs- und Verlusterlebnissen, Lernprobleme (z.B. Klee & Halfon, 1987; Pilowsky, 1995, zitiert nach Garland, et

al., 2001) oder externalisierende Probleme wie etwa soziale und Verhaltensprobleme, delinquentes Verhalten oder aggressives Verhalten (Dubowitz, et al., 1994; Hoffart & Grinnel, 1994, zitiert nach Armsden, Pecora, Payne & Szatkiewicz, 2000).

Je nach Alter der Pflegekinder sind die Prävalenzraten unterschiedlich (Rosenfeld, et al., 1997). So scheint im Vorschulalter jedes dritte, im Schulalter dann nur noch jedes zweite Pflegekind auffällig (Wild & Berglez, 2002). McAuley und Trew (2000, zitiert nach Wild & Berglez, 2002) fanden beispielsweise im schulischen Bereich, dass Pflegekinder nach Urteil der Lehrer weniger gut angepasst und ängstlicher als die anderen Kinder der jeweiligen Klassen sind und mehr Leistungsprobleme haben und Coulling (2000) thematisiert, was erfolgreiche schulische Erziehung für Pflegekinder ausmacht. Ähnlich verhält es sich im psychiatrischen Bereich: In einer Untersuchung von Mendonca, Halfon und Berkowitz (1995, zitiert nach Wild & Berglez, 2002) hatten von den untersuchten Pflegekindern, über alle Altersstufen hinweg, ca. 33% eine Störung (auf Basis der Angaben von Sozialarbeitern oder Pflegeeltern) – wurde zusätzlich ein psychometrisches Maß (die Child Behavior Checklist, CBCL) zur Erhebung verwendet, hatten sogar 84% aller Pflegekinder eine Störung.

Tabelle 7 fasst Ergebnisse unterschiedlicher Studien zusammen, die Angaben zu den Prävalenzen diverser Störungen und Probleme für die Gruppe der Pflegekinder machen. Tabelle 8 gibt Ergebnisse aus Studien wieder, die speziell die Child Behavior Checklist (CBCL) zur Erfassung der Problembelastung bei Pflegekindern verwendet und entsprechende T-Werte angegeben haben.

Die Studien decken einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren ab: McCann und Kollegen (1996) untersuchten beispielsweise 134 Pflegekinder aus dem Raum Oxfordshire, von denen 67% mind. eine psychische Störung aufwiesen. Davon wiesen 78 detaillierter befragte Pflegekinder in 28% der Fälle Verhaltensprobleme/-störungen auf und in 7% oppositionelle Probleme/Störungen bzw. in 23% eine Major Depression. Garland und Kollegen (2001) fanden für 54% aller der von ihnen mit dem C-DISC-IV befragten Kinder und Jugendlichen mind. eine Diagnose, für 23% zwei oder mehr Diagnosen. Sie befragten 1 618 betreute Kinder und Jugendliche aus verschiedenen Sektoren (z.B. Jugendhilfe, Drogenhilfe, Jugendrecht), 426 davon aus der Jugendhilfe.

Tabelle 7: Prävalenzen verschiedener Störungen bei Pflegekindern

Studie	Prävalenz
Dimigen, Del Priore, Butler, Evans, Ferguson & Swan (1999)	
70 Pflegekinder, 5 bis 12 Jahre	
Diagnosen nach DSM-IV	
Verhaltensprobleme/-störung	35.7
depressive Störung	35.7
Aufmerksamkeitsprobleme	30.0
Dubowitz, et al. (1994)	
288 Pflegekinder, 4 bis 18 Jahre	
verwendetes Instrument: CBCL	
internalisierende Probleme	14.0
externalisierende Probleme	26.0
Auffälligkeit nach CBCL allgemein	26.0
Garland, et al. (2001)	
426 betreute Kinder und Jugendliche aus der Jugendhilfe, 6 bis 17 Jahre	
Diagnosen nach dem DSM-IV	
Diagnose mind. einer Störung	41.8
Verhaltensprobleme/-störung	16.1
oppositionelle Probleme/Störung	13.5
PTBS	1.7
McCann, James, Wilson & Dunn (1996)	
134 Pflegekinder, 13 bis 17 Jahre	
38 in institutioneller Unterbringung, 96 in Pflegefamilien	
Diagnosen nach DSM-III-R	
Diagnose mind. einer Störung (alle Pflegekinder)	67.0
Diagnose mind. einer Störung (Jugendliche in institutioneller Unterbringung)	96.0
Diagnose mind. einer Störung (Jugendliche in Pflegefamilien)	57.0

Anmerkung: Angaben in Prozent.

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 7: Prävalenzen verschiedener Störungen bei Pflegekindern (Fortsetzung)

Studie	Prävalenz
McCann, et al. (1996)	
78 detailliert befragte Pflegekinder, 13 bis 17 Jahre	
Diagnosen nach DSM-IV	
Verhaltensprobleme/-störung	28.0
oppositionelle Probleme/Störung	7.0
Majore Depression	23.0
McIntyre & Keesler (1986)	
158 Pflegekinder, 4 bis 18 Jahre	
verwendetes Instrument: CBCL	
Vorliegen irgendeiner Auffälligkeit auf den CBCL-Subskalen	48.7

Anmerkung: Angaben in Prozent.

Tabelle 8: Mittlere CBCL-t-Werte bei Pflegekindern

Studie	mittlerer t-Wert
Clark, et al. (1994)	
109 Pflegekinder, 7 bis 15 Jahre	
Problemskala (internalisierend)	60.79
Problemskala (externalisierend)	67.9
Problemskala (gesamt)	-
Courtney & Zinn (1997), zitiert nach Armsden, et al. (2000)	
259 Pflegekinder, 11 bis 17 Jahre	
Problemskala (internalisierend)	58.0
Problemskala (externalisierend)	62.0
Problemskala (gesamt)	-
Evans, et al. (1994)	
36 Pflegekinder, 5 bis 12 Jahre	
Problemskala (internalisierend)	67.0
Problemskala (externalisierend)	73.0
Problemskala (gesamt)	72.0

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 8: Mittlere CBCL-t-Werte bei Pflegekindern (Fortsetzung)

Studie	mittlerer t-Wert
Phillips (1997), zitiert nach Armsden, et al. (2000)	
39 Pflegekinder, 4 bis 18 Jahre, normale Pflege	
Problemskala (internalisierend)	56.0
Problemskala (externalisierend)	57.0
Problemskala (gesamt)	58.0
Phillips (1997), zitiert nach Armsden, et al. (2000)	
229 Pflegekinder, 4 bis 18 Jahre, spezialisierte Pflege	
Problemskala (internalisierend)	56.0
Problemskala (externalisierend)	61.0
Problemskala (gesamt)	61.0
Zima, et al. (2000)	
302 Pflegekinder, 6 bis 12 Jahre	
Problemskala (internalisierend)	52.7
Problemskala (externalisierend)	54.6
Problemskala (gesamt)	55.0

Allgemein lässt sich sagen, dass Pflegekinder zwischen drei und sieben mal so viele chronische Gesundheitsprobleme, Entwicklungsprobleme oder -verzögerungen und Probleme der emotionalen Anpassung aufweisen, wie dies für andere Kinder aus armen, und damit sozial benachteiligten und problematischen, Familien der Fall ist (Rosenfeld, et al., 1997). Je nach Studie liegen die Prävalenzen für psychische Probleme bei Pflegekindern zwischen 30 und 80% (Klee & Halfon, 1987). Grundsätzlich zeugen die Ergebnisse davon, dass bis zu 80% der Pflegekinder klinisch relevante Probleme in den Bereichen des Verhaltens, der Emotionen oder der Entwicklung allgemein aufweisen (Garland, Landsverk, Hough & Ellis-MacLeod, 1996; Pilowsky, 1995, zitiert nach Garland, et al., 2001). Meta-Analysen und Studien jüngerer Zeit fanden Prävalenzen von 20% für grundsätzlich irgendeine Störung mit verbundener Beeinträchtigung für Kinder/Jugendliche allgemein (Garland, et al., 2001). Jedoch gibt es auch gegenteilige Befunde. So fanden Armsden und Kollegen, die die Problembelastung bei Pflegekindern in Langzeitpflege zu drei Zeitpunkten (bei Aufnahme ins Sy-

stem, 12 Monate nach Aufnahme und bei Entlassung aus dem System bzw. im Alter von 18 Jahren) erfassten, beispielsweise zu allen drei Messzeitpunkten T-Werte im nicht-klinischen Bereich. Sie lagen zwar über der gesunden Kontrollgruppe, aber noch unter denen der klinisch auffälligen Kontrollgruppe (Armsden, et al., 2000).

Eine erste standardisierte Befragung von Pflegeeltern in Deutschland im Rahmen des „Projekts Pflegekinderhilfe“ ergab, dass bei einem Großteil der Pflegekinder diverse Belastungen und entsprechende Reaktionen darauf zu beobachten sind (Projektgruppe Pflegekinderhilfe in Deutschland, 2006). Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich in Tabelle 9. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass Pflegekinder in Deutschland nicht durchgängig als schwer belastete Gruppe gelten, dass aber die Mehrheit der Pflegekinder, aus Sicht der Pflegeeltern, in mindestens einem der Bereiche physische oder psychische Gesundheit oder Bildung Schwierigkeiten aufweist. Außerdem existiert in der Gruppe der Pflegekinder eine Untergruppe derer, die besonderer Unterstützung bedürfen. Das Risiko dieser Kinder und Jugendlichen erscheint nach ersten Schätzungen mindestens doppelt so hoch wie das vergleichbarer nicht-klinischer Stichproben bzw. das der Allgemeinbevölkerung (Kindler, 2006).

Tabelle 9: Belastungen deutscher Pflegekinder (nach Projektgruppe Pflegekinderhilfe in Deutschland, 2006)

Art der Belastung	Prävalenz
klinisch bedeutsame internalisierende Verhaltensstörungen wie Ängste oder sozialer Rückzug	30
körperliche Behinderung oder körperliche Beschwerden	30
klinisch bedeutsame externalisierende Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe oder Aggression	40
schulische Probleme, etwa Lernschwierigkeiten, Klassenwiederholungen oder Sonderschulbesuch	> 50

Anmerkung: Angaben in Prozent.

Ebenfalls im Rahmen des „Projekts Pflegekinderhilfe“ ermittelt wurden die Chancen von Pflegekindern bezüglich Bildung und Teilhabe. Tabelle 10 gibt einen Überblick hierzu. Pflegekinder gelten demnach als eindeutig benachteiligte (auch gefährdete) Gruppe. Allerdings weisen erste Forschungsergebnisse ebenfalls darauf hin, dass gezielte Erziehungsberatung bzw. Kinderpsychotherapie und Mentorenprogramme für (jugendliche) Pflegekinder positive Entwicklungen begünstigen (Kindler, 2008b).

Tabelle 10: Situation deutscher Pflegekinder bezogen auf Bildung und soziale Integration (nach Kindler, 2008b)

Art der Belastung	Prävalenz
Bildung: Schulschwierigkeiten SP 1 (Sonderbeschulung, Klassenwiederholung, Lernschwierigkeiten)	> 66
Bildung: Schulschwierigkeiten SP 2 (Sonderbeschulung, Klassenwiederholung, Lernschwierigkeiten)	68
Soziale Integration: Freundeskreis SP 1 (vier oder mehr FreundInnen)	33
Soziale Integration: Freundeskreis SP 2 (vier oder mehr FreundInnen)	33
Soziale Integration: Gruppen/Vereine SP 1	50
Soziale Integration: Gruppen/Vereine SP 2	65

Anmerkung SP 1: Tn aus vier westdeutschen Städten. Anmerkung SP 2: Tn aus zwei westdeutschen Städten (nicht Teil SP 1) und zwei ostdeutschen Städten. Angaben in Prozent.

Die Belastungen und Herausforderungen des Pflegekindes, wie es mit ihnen nach der Fremdunterbringung umgehen und eine positive Entwicklung durchmachen kann, sind nicht zuletzt vor den individuellen Hilfesgeschichten zu sehen – dem, was die Kinder in Zusammenhang mit den Maßnahmen der Jugendhilfe erleben, zum Beispiel Trennung von leiblichen Geschwistern oder Anzahl vorhergehender Fremdunterbringungen. Tabelle 11 gibt diesbezüglich Ergebnisse wieder (Projektgruppe Pflegekinderhilfe in Deutschland, 2006).

Tabelle 11: Hilfesgeschichten deutscher Pflegekinder (Projektgruppe Pflegekinderhilfe in Deutschland, 2006)

Eigenschaften der Hilfesgeschichten	Prozent
Unterbringung mit mind. einem leiblichen Geschwister zusammen	25.0
Inpflegegabe im ersten Lebensjahr	21.2
Inpflegegabe im zweiten Lebensjahr	13.0
Inpflegegabe im dritten Lebensjahr	11.4
Ausrichtung des Pflegeverhältnisses (dauerhaft)	89.0
mind. eine vorhergehende Fremdplatzierung	37.0

1.1.4 Die Rolle der Pflegeeltern

Pflegeeltern bewegen sich im Spannungsfeld zwischen Behörden (allen voran Jugendamt bzw. Vormund), leiblichen Eltern, Pflegekind, der eigenen Person, die von der Rolle des Pflegeelter zu trennen ist, der eigenen Familie (mit oder ohne eigene leibliche Kinder, mit oder ohne andere Pflegekinder, mit oder ohne eigenen Partner) und den Bedürfnissen des Pflegekindes. Die Rolle der Pflegeeltern ist also komplex. Denn jede dieser Parteien stellt unterschiedliche Anforderungen, denen Genüge getan werden muss. Beispielsweise steht eine neue (Pflege-) Mutter⁶ vor der schwierigen Aufgabe zu einem neuen (Pflege-) Kind eine Beziehung aufzubauen, für es zu sorgen und zu erreichen, dass sich das Kind diese Fürsorge auch „gefallen“ lässt (bei Pflegekindern mit meist überwiegend negativen/unsicheren bisherigen Bindungs- bzw. Beziehungserfahrungen eine schwierige Aufgabe), wobei immer eine alte (leibliche) Mutter präsent ist und die Beziehung beeinflusst. Für einen Überblick über die Dynamiken zwischen Pflegemutter und Pflegekind (und den Einfluss der leiblichen Mutter) sei auf Waterman (2001) verwiesen.

Die Pflegemutter ist also bei jedem (neuen) Pflegekind mit ganz individuellen Bedürfnissen und Problemen konfrontiert – einem Kind, das mehr als andere Kinder der Zuneigung, Liebe, Unterstützung und Fürsorge bedarf und bei dem, soweit möglich, die mitunter großen Defizite ausgeglichen werden sollen. Gelingen oder Misslingen dieser Aufgabe wird von einer Reihe von Faktoren beeinflusst, unter anderem: a) dem *Verhältnis zwischen Pflege- und leiblichen Eltern*, b) den *Beziehungsproblematiken des Pflegekindes*, durch c) bestimmte *Merkmale der Pflegeeltern* und d) *Erfahrungen der Pflegeeltern mit Ämtern und Behörden*. Diese Faktoren werden nachfolgend ausgeführt und sind außerdem in Kasten 3 am Ende dieses Kapitels überblicksartig zusammengefasst.

a) Bedeutung bestimmter Merkmale der Pflegeeltern

Es werden circa ein Drittel aller Pflegeverhältnisse vorzeitig abgebrochen (Richardson, Foster & McAdams, 1998), die Pflegekinder werden dann in anderen Pflegefamilien, oftmals jedoch in Heimen, untergebracht. Mögliche Faktoren, die zum Gelingen oder Misslingen einer Pflegschaft beitragen, wurden bereits referiert. In Verbindung damit wird auch deutlich, dass ganz bestimmte Eigenschaften der Pflegeeltern einen großen Einfluss auf eben jenes Gelingen oder Misslingen haben (können). Ri-

⁶ In der Literatur wie der Realität finden sich überwiegend Pflegemütter. Nachfolgend wird entweder von den Pflegeeltern oder der Pflegemutter gesprochen. Dies stellt keine Diskriminierung der Pflegeväter dar.

chardson, et al. (1998) betonen hierfür die Bedeutung von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften der Pflegeeltern, beispielsweise Kindzentrierung, Toleranz, Verständnis und Wille zur Selbstenthüllung. Es wurde bisher eine Reihe von Arbeiten zu Aspekten durchgeführt, die eine Entwicklung des Pflegeverhältnisses günstig beeinflussen können. Sie fanden auf Seiten der für die Erziehung relevanten Einstellungen und Verhaltensweisen bei Pflegeeltern zum Beispiel die realistische Einschätzung kindlicher und eigener Fähigkeiten, die große Flexibilität, die hohe Bereitschaft zur Aufnahme neuer Erfahrungen, die Erfahrung in der Erziehung leiblicher Kinder, die Vorerfahrung im Umgang mit schwierigen Kindern, das unterstützende/wenig rigide Erziehungsverhalten, die gute eigene Impulskontrolle und das höhere Alter der Pflegeeltern als relevante Merkmale (Simon & Altstein, 1987; Rhodes, Orme & Buehler, 2001).

b) Gestaltung des Verhältnisses zwischen Pflege- und leiblichen Eltern

Wie bereits erwähnt ist die rechtliche Position der Pflegeeltern beschränkt. Daraus können sich Konflikte ergeben, etwa wenn die leiblichen Eltern die Kooperation bei bestimmten, das Kind betreffenden, Maßnahmen verweigern. Davon abgesehen haben die Pflegeeltern meist auch die Aufgabe, den Kontakt zwischen Pflegekind und leiblichen Eltern zu ermöglichen, erhalten, fördern, kurz: das Pflegekind dabei zu unterstützen, mit seinen biologischen Eltern in Kontakt zu bleiben. Auch hier ergeben sich für die Pflegeeltern mitunter große Konflikte. Beispielsweise in den Fällen, in denen sie den Umgang zwar ermöglichen sollen/wollen, diesen aber als für das Pflegekind schädigend erleben, etwa weil der Kontakt von großem Ärger oder starker Feindseligkeit begleitet ist, oder weil der Umgang an sich das Pflegekind verstört (Wild & Berglez, 2002). Eine (zusätzliche) besondere Belastung ergibt sich für alle im familiären und Helfersystem beteiligten Personen, wenn die leiblichen Eltern an einer psychischen Störung leiden (Schwartländer, 2004) – gerade für die Pflegeeltern bergen die Umgangskontakte hier enormes Konfliktpotenzial, wenn beispielsweise der Umgang oder die Vorbereitung desselben direkten Kontakt oder direkte Kommunikation zwischen den (psychisch kranken) leiblichen Eltern und den Pflegeeltern erfordert.

c) Unterstützung des Pflegekindes bei zwischenmenschlichen Problemen

Ein wichtiger Teil der Aufgabe von Pflegeeltern liegt darin, das Pflegekind bei seiner weiteren Entwicklung in der Pflegefamilie zu unterstützen und begleiten, etwa beim Aufbau neuer tragfähiger, zwischenmenschlicher Beziehungen. Erfahrungen der Pflegekinder, die sie in den Herkunftsfamilien gemacht haben, führen nicht selten dazu, dass Pflegekinder gerade im zwischenmenschlichen Bereich mit besonderen Herausforderungen konfrontiert sind. Als Beispiel seien hier die Schwierigkeiten genannt, die

sexuell missbrauchte Kinder mit verschiedenen Formen gezeigter Zuneigung haben können, die in der Pflegefamilie normal und üblich sind, für das Kind aber mit früherem Missbrauch in Verbindung stehen – hier ist dann zunächst ein Umdenken und Anpassen der Pflegeeltern und -familie und der dort gezeigten Verhaltensweisen nötig. Nicht zuletzt um so zu erreichen, dass das Pflegekind langfristig in der Pflegefamilie angemessene Zuneigung erleben und zeigen kann (Mtezuka, 1995).

Probleme wie diese gilt es vor dem Hintergrund des schweren Verlustes und der Bedrohung bisheriger Beziehungen, die eine Fremdplatzierung immer mit sich bringt, zu lösen. Die Pflegemutter kann für das Pflegekind eine als zuverlässig erlebte Bezugsperson werden, die genau dabei helfen kann – ob und wie sich die Beziehung zwischen Pflegemutter und Pflegekind entwickelt hängt nicht zuletzt von der Sensitivität ab, mit der die Pflegemutter auf die Bedürfnisse des Pflegekindes einzugehen vermag (zur Bedeutung der Feinfühligkeit einer Pflegeperson sei auf die Forschung von Mary Ainsworth verwiesen). Die Anforderungen, die das Pflegekind dabei an die Pflegeeltern stellen kann, ergeben sich auch aus den erwähnten Belastungen des Pflegekindes. Alle referierten pflegekindlichen Belastungsfaktoren und Probleme, Symptome/Syndrome und Störungen tragen natürlich dazu bei, die Aufgabe der Pflegemutter zu erschweren.

Aber gerade das Fürsorgeverhalten der Pflegeeltern spielt eine große Rolle (Rushton, Mayes, Dance & Quinton, 2003). Das bereits beschriebene Muster des Beziehungstests im Rahmen der Integration des Pflegekindes stellt eben auch eine Belastung für die Pflegeeltern dar, die sich auf das Fürsorgeverhalten negativ auswirken kann. Dozier und ihre Arbeitsgruppe konnten zeigen, wie wichtig besonders emotionale Verfügbarkeit und Einstellung einer (neuen, zuverlässigen) Bezugsperson für die Bewältigung einer Trennung (etwa von leiblichen Eltern) und die Konsolidierung neuer Bindungen ist (Dozier, Stovall, Albus & Bates, 2001; Bernier & Dozier, 2003).

Alle bereits beschriebenen Herausforderungen des Pflegekindes sind somit ebenfalls Herausforderungen der Pflegeeltern, die sich in einem Teufelskreis gegenseitiger Beeinflussung wechselseitig beeinträchtigen und so das Gelingen einer Pflegerschaft erschweren können. Für eine überblicksartige Darstellung der Konsequenzen, einer Übertragung traumatischer Beziehungs- und Bindungserfahrungen des Pflegekindes in die Pflegefamilie siehe Hardenberg (2006). Nienstedt & Westermann (1998) betonen, dass gerade Pflegekinder, unabhängig von ihren Geschichten, die Sicherheit einer Ersatzfamilie brauchen, um traumatische Erfahrungen überwinden zu können. Diese Sicherheit zu gewähren ist Aufgabe der Pflegeeltern, unabhängig vom Ausmaß der Beziehungsproblematiken des jeweiligen Pflegekindes.

Der Integration in die Pflegefamilie und dem Aufbau einer positiven, unterstützenden Beziehung zur Pflegemutter/den Pflegeeltern nach der Herausnahme (wie oben bereits beschrieben) kommt aber auch deswegen große Bedeutung bei, weil der familiären Umwelt eine moderierende Funktion zugeschrieben wird. Untersuchungsergebnisse sprechen dafür, dass Familien mit hohem Funktionsniveau und guter Anpassung(-sfähigkeit) moderierend auf verschiedene Entwicklungsrisiken einwirken können, auch oder gerade bei Risikokindern (Masten & Shaffer, 2006; zitiert nach Burdzovic Andreas & Watson, 2009). Man geht davon aus, dass kompetente Familien auch kompetente Kinder haben (Cowen, et al., 1997, zitiert nach Burdzovic Andreas & Watson, 2009). Zu den Charakteristika solcher kompetenten Familien gehören unter anderem gute Erziehungsfähigkeiten und hoher Zusammenhalt (sog. Kohäsion) der Familie (Gorman-Smith, Tolan, Henry & Florsheim, 2000, zitiert nach Burdzovic Andreas & Watson, 2009). Ein existierender Zusammenhang konnte besonders für die Stärke der Kohäsion in der Familie und dem Ausmaß kindlicher externalisierender Problematiken gefunden werden (Kerig, 1995; Johnson, 2003, beide zitiert nach Burdzovic Andreas & Watson, 2009). Es liegt somit die Vermutung nahe, dass besonders Kinder, die bereits früh an Verhaltensproblemen leiden oder aus Risikogruppen stammen, von einer optimalen familiären Umwelt (gekennzeichnet durch hohen Zusammenhalt, große Nähe und emotionale Unterstützung sowie wenig Konflikte und wenig Streit in der Familie) profitieren können (Burdzovic Andreas & Watson, 2009).

d) Bedeutung der Erfahrungen der Pflegeeltern mit Ämtern und Behörden

Einige Studien aus dem englischsprachigen Raum fanden, dass besonders die Erfahrungen, die Pflegeeltern mit Einrichtungen und Ämtern machen, das Klima in der Pflegefamilie bzw. das Gelingen oder Misslingen einer Pflegschaft beeinflussen können. Diese Erfahrungen können etwa in Form von als unbefriedigend erlebter Zusammenarbeit mit den Sachbearbeitern, unsensiblen Vorgehen auf Seiten des Amtes, zu wenigen (unterstützenden) Angeboten für die Pflegefamilie oder gar herablassendem Verhalten der Sachbearbeiter gegenüber den Pflegeeltern auftreten (Rindfleisch, Bean & Denby, 1998; Triseliotis, Borland & Hill, 1998, beide zitiert nach Rhodes, et al., 2001; Denby, Rindfleisch & Bean, 1999; Rhodes, et al., 2001).

Rhodes und Kollegen (2001) befragten 252 aktive Pflegeeltern(-paare) und 86 frühere Pflegeeltern(-paare), die nicht mehr als solche tätig waren nach den Gründen, warum sie mit der Pflegschaft aufgehört hatten bzw. mit dem Gedanken spielten, dies bald zu tun. Fast 40% der Pflegeeltern berichteten davon, ungenügende Unterstützung durch die Behörden erhalten zu haben und ca. 33% berichteten von mangelhafter Kommunikation zwischen ihnen und den Sachbearbeitern. In der Studie zeigte sich

außerdem, dass die Pflegeeltern, die ihre Pflege Tätigkeit beendet hatten oder dies tun wollten, weniger zusätzliche Weiterbildung erhielten und zwar bezogen auf eine Reihe von Themen (z.B. Erziehung von Jugendlichen, Vermittlung von sogenannten *life skills* an Kinder/Jugendliche).

Kasten 3: Aspekte, die Gelingen oder Misslingen von Pflegschaften auf Seiten der Pflegeeltern beeinflussen

Waterman (2001)	Einschätzung der Qualität der Dynamiken zwischen Pflegeeltern, leiblichen Eltern und (Pflege-) Kind seitens der Pflegeeltern
Richardson, et al. (1998)	Kindzentrierung, Toleranz, Verständnis Wille zur Selbstenthüllung, Selbstdisziplin Reife und emotionelle Stabilität, hohe moralische Entwicklung
Simon & Altstein (1987)	realistische Einschätzung kindlicher und eigener Fähigkeiten
Rhodes, Orme & Buehler (2001)	große Flexibilität, hohe Bereitschaft zur Aufnahme neuer Erfahrungen Erfahrung in der Erziehung leiblicher Kinder, Vorerfahrung im Umgang mit schwierigen Kindern unterstützendes/wenig rigides Erziehungsverhalten gute eigene Impulskontrolle, höheres Alter der Pflegeeltern
Rindfleisch, Bean & Denby (1998) und Triseliotis, Borland & Hill (1998), zitiert nach Rhodes, Orme & Buehler (2001)	als unbefriedigend erlebte Zusammenarbeit mit den Sachbearbeitern der Ämter als unsensibel erlebtes Vorgehen des Amtes zu wenig (Unterstützungs-) Angebote für die Pflegefamilie als unklar erlebte Art der Sachbearbeiter ihre Erwartungen an die Pflegefamilie zu formulieren
Denby, Rindfleisch & Bean (1999)	als herablassend erlebtes Verhaltens der Sachbearbeiter gegenüber den Pflegeeltern
Rhodes, Orme & Buehler (2001)	Unzufriedenheit mit der Pflegschaft geringe erlebte Selbstwirksamkeit

1.2 Trauma und PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Für vorliegende Untersuchung sind neben den Erkenntnissen aus der Forschung zum Thema Pflegekinder auch die bisher zum Thema Trauma und *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* bei Kindern- und Jugendlichen gefundene Ergebnisse relevant. Befunde für Erwachsene werden hier insoweit referiert, als sie für das grundlegende Verständnis, vergleichende Darstellungen oder das Aufzeigen möglicher Konsequenzen kindlicher Traumata und der ihnen nachfolgenden Entwicklungen relevant sind. Bisherige Forschungsergebnisse, die sich mit Fragestellungen wie der Bedeutung dysfunktionaler oder funktionaler Bewältigungsmechanismen der Eltern für die Aufrechterhaltung der Symptomatik beim Kind/Jugendlichen, Angemessenheit bisheriger Diagnoseverfahren für die besondere Problemlage bei Kindern und Jugendlichen oder die unterschiedliche Bedeutung externalisierender und internalisierender Symptome für die Diagnostik befassen, werden an entsprechender Stelle berichtet. Detailliertere Ausführungen finden sich hierzu u.a. bei Weede Alexander, et al. (2005), Steil (2003), Steil & Straube (2002) und Schulte-Körne (2000).

Nachfolgend wird zuerst ein Überblick über die historische Entwicklung der PTBS gegeben. Danach folgt eine ausführliche Darstellung der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung nach den beiden Diagnosemanualen – dem *ICD (International Classification of Disease)* der Weltgesundheitsorganisation (*WHO*) und dem *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* der American Psychiatric Association (*APA*). Es wird die Akute Belastungsreaktion kurz erwähnt, da ihre prädiktiven Eigenschaften bezogen auf eine spätere PTBS von gewisser Bedeutung sind, auch wenn sie kritisch diskutiert werden. Im Anschluss werden Befunde zu Epidemiologie und Ätiologie der PTBS dargestellt.

Der Begriff Traumafolgestörung schließt als Oberbegriff alle Störungen ein, die nach einem Trauma möglicherweise auftreten können. Hierzu gehören z.B. Depression, Angststörungen, die Posttraumatische Belastungsstörung PTBS (die im DSM den Angststörungen zugeordnet ist, nicht jedoch im ICD) oder auch somatoforme Störungen. Die PTBS ist also nur eine der möglichen Traumafolgestörungen. Im theoretischen Teil wird hier jedoch ausschließlich von der PTBS berichtet, da sich vorliegende Studie gerade mit der Posttraumatischen Belastungsstörung als möglicher Reaktion von Pflegekindern auf traumatische Ereignisse in den Herkunftsfamilien befasst.

Entsprechende Ergebnisse aus der Forschung zur PTBS bei Erwachsenen finden sich an den jeweiligen Stellen, denn viele der Erkenntnisse, die bezogen auf die

Posttraumatische Belastungsstörung für Erwachsene gefunden wurden, gelten auch für Kinder und Jugendliche bzw. können auf Kinder und Jugendliche (mit entsprechender Einschränkung) übertragen werden. Für traumatische Ereignisse, die sich im Kindes- und Jugendalter ereignen, gilt natürlich auch was für *life events*, die sich in diesem Alter ereignen, generell gilt: Kinder sind verletzlicher. Entwicklungen in den Bereichen kognitiver, emotionaler und auch sozialer Fertigkeiten, eigentlich also die Entwicklung der gesamten Persönlichkeit, werden stärker und nachhaltiger beeinflusst, als dies in der Regel bei Erwachsenen der Fall ist. Ein genereller Überblick über die PTBS bei Kindern findet sich zum Beispiel bei Dyregrov und Yule (2006).

1.2.1 Die Geschichte der PTBS

Das Wissen um Traumafolgestörungen, also darum, dass erwachsene Menschen auf Belastungen der unterschiedlichsten Art reagieren, ist alt. Rituale, Praktiken und Methoden, die den Umgang mit schlimmen (traumatischen) Erlebnissen und den daraus folgenden Symptomen ermöglichen, eine Linderung der Symptome mit sich bringen und eine Verarbeitung der Erfahrung ermöglichen sollten, lassen sich früh in der Menschheitsgeschichte finden – Zeugnisse davon finden sich in Mythen oder religiösen Texten unterschiedlichster Art, in Dichtung und Kunst (Landolt, 2004, 2005). Auch erste Versuche systematischer Beschreibungen „typischer“ Reaktionen auf solche belastenden Ereignisse (für Erwachsene) lassen sich vergleichsweise früh finden. So berichtete etwa Erichsen im Jahre 1866 von Symptomen, die nach Zugunglücken beobachtbar waren (Erichsen, 1867, zitiert nach Landolt, 2004). DaCosta beschrieb 1871 ein Krankheitsbild, das er bei einem Soldaten nach dem Fronteinsatz hatte beobachten können (DaCosta, 1871, zitiert nach Landolt, 2004). Zu den Symptomen gehörten: Atemlosigkeit, Brustschmerzen, generelle Schwäche, Schlafstörungen, Schwindel, Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden. Eingang in die Historie der Psychologie fand hier das so genannte *soldier's heart*, *irritable heart*, *effort syndrome* oder *DaCosta-Syndrom* (Landolt, 2004, 2005).

Erste Untersuchungen und entsprechende Publikationen zum Thema Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen existieren aus der Zeit um den Zweiten Weltkrieg (Bodman, 1941; Carey-Trefzer, 1949; Mercer & Despert, 1943; alle zitiert nach Landolt, 2004). Zu den dort beschriebenen Symptomen gehören unter anderem kriegsbezogene Ängste, Alpträume, physische Reaktionen bei Konfrontation mit kriegsrelevanten Reizen, Vermeidungsverhalten bezogen auf bestimmte Reize, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Aggression und Gedächtnisprobleme (Landolt, 2005). Terr untersuchte später Kinder nachdem ihr Schulbus (und damit sie) entführt

worden waren (Terr, 1979, 1983; zitiert nach Landolt, 2004). Trotz der existierenden Befundlage nahm man lange Zeit an, dass Kinder überhaupt keine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln könnten, sondern nur kurzzeitig auf derartige traumatische Ereignisse reagieren würden (Landolt, 2005). Dahinter stand die Überlegung, dass Kinder schlimme, traumatische Ereignisse nicht als solche erleben oder verstehen und begreifen und demnach auch nicht mit einer Störung darauf reagieren. Eine Vermutung, die auch dadurch noch unterstützt wurde, dass methodologische Probleme (etwa unzureichende Untersuchungsmethoden oder bloßer Einbezug der Eltern- und Lehrerurteile bei fehlender Befragung der Kinder/Jugendlichen selbst) zu verzerrten Ergebnissen oder Einschätzungen führten (Landolt, 2005). Dies änderte sich erst, als Methodik und Konzeption entsprechende Fortschritte machten und die Ergebnisse erster Studien ganz eindeutig zeigten, dass Kinder und Jugendliche tatsächlich auf belastende oder traumatische Ereignisse reagieren. Trotzdem wurde die Störung für Kinder und Jugendliche erst in den Jahren 1987/1988 mit der entsprechenden Ausgabe des DSM (genauer des DSM-III-R) anerkannt (Landolt, 2005). Fragen wie etwa nach dem Zusammenhang und der Bedeutung von auslösendem Ereignis (Trauma) und Symptomen, der allgemeinen und spezifischen Vulnerabilität oder dem Einfluss von Modulatoren und Mediatoren sind Aspekte, die nach wie vor diskutiert werden (Hagl, 2008) – bezogen auf Kinder und Jugendliche wie auch auf Erwachsene.

1.2.2 Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung

In der heutigen Zeit erfolgt die Diagnose einer Belastungs- oder Anpassungsstörung nach den Kriterien zweier international anerkannter Diagnosemanuale: dem International Classification of Disease der WHO (aktuell in der zehnten Auflage, dem ICD-10 von 1993) oder dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (APA), aktuell in der vierten Auflage, dem DSM-IV-TR von 2003. In die Manuale aufgenommen worden war die Posttraumatische Belastungsstörung in ihrer heute gültigen Form in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts. Die Diagnosekriterien werden, wie für Erwachsene postuliert, auf Kinder übertragen, was für das DSM gleichermaßen wie das ICD gilt, für die akuten Reaktionen ebenso wie für die PTBS. Nachfolgend finden sich die Darstellungen der einzelnen Diagnosekriterien für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche. Das DSM gibt außerdem bei der PTBS einige Besonderheiten an, die für (kleinere) Kinder zutreffend sein können (siehe unten).

Grundsätzlich gilt, dass die Reaktion eines Kindes auf ein Trauma umso vielfältiger und unterschiedlicher ausfallen kann, desto jünger das Kind ist (Scheeringa, Zea-

nah, Drell & Larrieu, 1995; Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2003). Dies kann für die Diagnose von Relevanz sein. Denn einer Meta-Analyse von Fletcher zufolge sind die bei Kindern und Jugendlichen zu beobachtenden Symptome zwar die gleichen wie bei Erwachsenen (also etwa intrusives Erinnern, Wiedererleben, Vermeidung von an das Trauma erinnernden Reizen oder Konzentrationsprobleme bzw. Übererregung), doch sind sie in unterschiedlicher Häufigkeit zu beobachten (Fletcher, 1996, zitiert nach Salmon & Bryant, 2002). Zudem ist bei der Arbeit mit den beiden Manualen zu beachten, dass sie an entscheidenden Stellen Unterschiede aufweisen, so dass die Raten der Übereinstimmung der Diagnosen⁷ je nach Studie zwischen nur 35 und 75% liegen (Rosner & Powell, 2007; Rosner & Hagl, 2008).

Zunächst ist zu erwähnen, dass auf das Erleben eines traumatischen Ereignisses nicht zwangsläufig die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung folgt. In Abbildung 1 findet sich die Klassifikation der möglichen psychischen Reaktionen auf schwere Belastungen nach dem ICD-10 (nach Dilling, Mombour & Schmidt, 1991, zitiert nach Landolt, 2005). Es wird deutlich, dass die Reaktionen vielfältig sein können: Die *akute Belastungsreaktion* kann in den ersten Stunden nach einem traumatischen Ereignis auftreten, Symptome können Konzentrationsprobleme, das Gefühl von Unruhe, Desorientierung oder typischerweise auch dissoziative Zustände mit einschließen. Die akute Symptomatik kann in eine *Anpassungsstörung* übergehen, etwa eine depressive Störung, oder auch, was häufiger vorkommt, eine *posttraumatische Belastungsstörung* und schließlich, im Falle länger andauernder und/oder extremer Traumatisierung zu einer *andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung*⁸ werden, wobei typische Symptome hier beispielsweise eine (dann) grundsätzliche und umfassende allgemein misstrauische Haltung gegenüber der Umwelt, Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Leere oder ständiger Bedrohtheit wären (Landolt 2004, 2005).

⁷ Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird diese Problematik für die Auswertung der Ergebnisse ebenfalls relevant. Siehe dazu Punkt 3: Ergebnisse und Punkt 4: Diskussion.

⁸ Diese Diagnose sollte im Kindes- und Jugendalter nur sehr zurückhaltend vergeben werden.

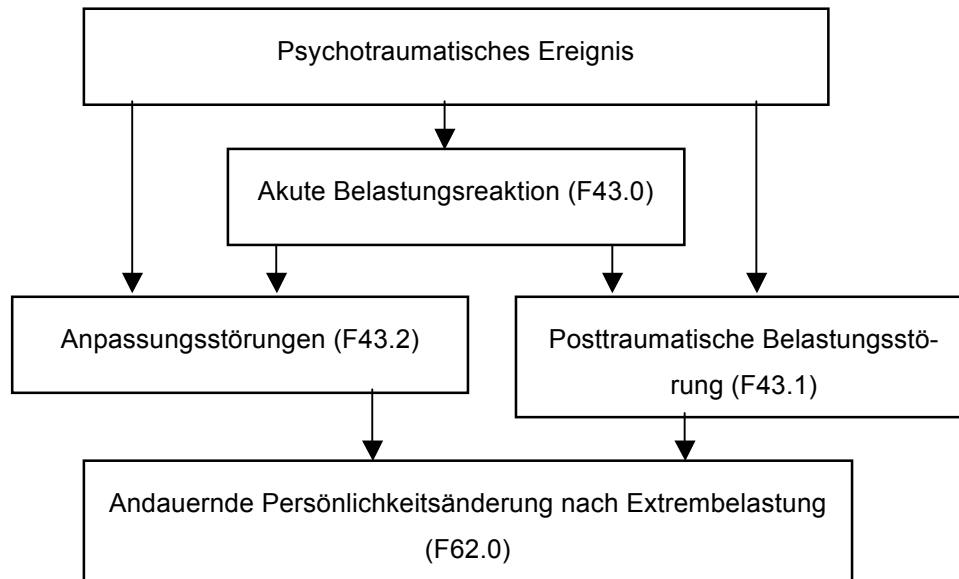


Abbildung 1: Reaktionen auf schwere Belastungen im ICD-10 (nach Landolt, 2005, S. 13)

Der Vollständigkeit halber wird an dieser Stelle kurz die Akute Belastungsreaktion bzw. -störung erwähnt, da die Symptomschwere der akuten Reaktion als einer der Prädiktoren für die spätere Ausbildung einer PTBS diskutiert wird. Kästen 4 und 5 liefern dann die Kriterien der PTBS.

So muss im Fall der Akuten Belastungsreaktion des ICD ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen belastendem Ereignis und Symptombeginn bestehen, Symptome einer Angststörung müssen vorhanden sein (Gruppe-1-Symptome). Gruppe-2-Symptome (z.B. Desorientierung, Aggression, Verzweiflung, sozialer Rückzug, etc.) sind fakultativ. Unterschieden wird in leichte (F43.00 – nur Symptome aus Gruppe 1), mittelgradige (F43.01 – zusätzlich max. zwei Symptome aus Gruppe 2) oder schwere (F43.02 – zusätzlich mind. vier Symptome Gruppe 2 oder dissoziativer Stupor) Verlaufsform. Die Remission erfolgt innerhalb weniger Stunden, ist eine Entfernung aus der belastenden Situation möglich (vgl. Korte, Pfeiffer & Salbach, 2005).

Die Acute Stress Disorder des DSM unterscheidet sich einerseits von der Akuten Belastungsreaktion im Zeitkriterium (das DSM beschreibt ein Anhalten der Symptomatik für einen Zeitraum von zwei Tagen bis zu vier Wochen) und andererseits hinsichtlich der Bedeutung, die den dissoziativen Symptomatiken (z.B. Einschränkung des Bewusstseins, dissoziative Fugues, Derealisations- oder Depersonalisationserleben, etc.) zugewiesen wird. Das Ausmaß dissoziativer Symptomatik variiert natürlich interindividuell.

Kasten 4 liefert die Diagnoseleitlinien für die Posttraumatische Belastungsstörung gemäß dem ICD-10. Sie werden hier nicht im Detail besprochen, es sei aber an dieser Stelle wieder auf die Unterschiede zwischen den Manualen verwiesen. Für die Posttraumatische Belastungsstörung gibt das DSM (Kasten 5) eine Unterteilung in Akute Posttraumatische Belastungsstörung (Symptombdauer weniger als drei Monate) und Chronische Posttraumatische Belastungsstörung (Symptome anhaltend auch nach den drei Monaten) an. Es wird ein Unterschied dahingehend vermutet, dass die akute PTBS überwiegend durch Intrusions-Symptome, die chronische PTBS hingegen hauptsächlich durch dissoziative Symptome, Numbing und Traurigkeit geprägt erscheint. Wie bereits erwähnt gibt das DSM einige Besonderheiten an, die bei kleineren Kindern zu beachten sein können. Diese sind in Kasten 5 hervorgehoben.

Es sei an dieser Stelle der Vollständigkeit halber erwähnt, dass Typ-I-Traumata in der Nomenklatur nach Terr (Terr, 1991; zitiert nach Landolt, 2004) eher eine Störung in Form der klassischen Ausprägung (Symptomtrias Wiedererinnern, Vermeidung, Übererregung) verursachen, Typ-II-Traumata (sequenzielle/wiederholte Traumatisierung) hingegen eher eine Störung mit dissoziativer Symptomatik, Störung der Impulskontrolle und heftigen Verleugnungstendenzen (Korte, et al., 2005). Infolgedessen wurde wiederholt der Vorschlag gemacht, eine Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, charakterisiert durch gestörte Affektregulation, beeinträchtigt Bewusstsein und Aufmerksamkeit, Somatisierung, selbstschädigendes Verhalten, dauerhafte Persönlichkeitsveränderungen und tiefgreifende Verunsicherung in den Bedeutungssystemen, zu postulieren (Herman, 2006).

Kasten 4: Diagnostische Kriterien der PTBS (F43.1) nach ICD-10 (WHO, 1993, S. 169)

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltvollen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Prämorbid Persönlichkeitsfaktoren wie bestimmte Persönlichkeitszüge (z.B. zwanghafte oder asthenische) oder neurotische Erkrankungen in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf verstärken, aber die letztgenannten Faktoren sind weder nötig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallen, flashbacks), oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines ausdauernden Gefühls von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Üblicherweise findet sich Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die den Leidenden an das ursprüngliche Trauma erinnern könnten. Selten kommt es zu dramatischen akuten Ausbrüchen von Angst, Panik oder Aggression, ausgelöst durch ein plötzliches Erinnern und intensives Wiedererleben des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf.

Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme oder übermäßiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen.

Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als 6 Monate nach dem Trauma). Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine dauernde Persönlichkeitsänderung über (siehe F62.0).

Diese Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatischen Ereignis von außergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine „wahrscheinliche“ Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als 6 Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden. Zusätzlich zu dem Trauma muss eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tragträumen oder Träumen auftreten. Ein deutlicher emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten, sind häufig zu beobachten, aber für die Diagnose nicht wesentlich. Die vegetativen Störungen, die Beeinträchtigung der Stimmung und das abnorme Verhalten tragen sämtlich zur Diagnose bei, sind aber nicht von erstrangiger Bedeutung.

Spätere, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, d. h. solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind unter F62.0 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) zu klassifizieren.

Kasten 5: Diagnostische Kriterien PTBS nach DSM-IV-TR, kinderspezifische Ergänzungen (APA, 2003, S. 520, Auszug – Hervorhebung durch die Autorin)

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
 - (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.**
- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- (1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
- Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.**
- (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
- Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.**
- (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation auftreten).
- Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.**
- (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
 - (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
 - (2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
 - (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
 - (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
 - (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
 - (6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
 - (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).
- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
 - (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
 - (3) Konzentrationsschwierigkeiten,
 - (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
 - (5) übertriebene Schreckreaktion.

Anmerkung: Kriterien E und F siehe APA (2003).

Aus der Tatsache, dass die Diagnose einer PTBS bei Kindern (bisher weitgehend) analog den Kriterien für Erwachsene gestellt wird, ergeben sich einige Überlegungen, die zu beachten sind. So können bei Kindern bestimmte Kriterien entwicklungsbedingt schlichtweg nicht angemessen sein. Das DSM trägt solchen altersabhängigen Unterschieden im Ansatz Rechnung und gibt für Kriterien A und B der PTBS für (jüngere) Kinder Ergänzungen an (siehe oben).

Doch es gibt bei der Diagnosestellung noch andere Schwierigkeiten, die beachtet werden müssen. Beispielsweise teilt man für Kinder und Jugendliche die Art des Traumas, ebenso wie für Erwachsene, nach Terr in Typ-I-Traumata (singuläre Ereignisse, plötzlich und unerwartet auftretend, mit akuter, vitaler Bedrohung einhergehend) und Typ-II-Traumata (kumulative Ereignisse, länger anhaltend oder sich über längeren Zeitraum erstreckend, mit geringer Vorhersagbarkeit) ein (Terr, 1991; zitiert nach Landolt, 2004). Für Kinder (und unter Umständen auch Jugendliche) gilt aber, dass sich Traumata, die Kinder erleben, ihrer Konstellation nach nicht immer gut nach Terrs Schema klassifizieren lassen (Korte, et al., 2005). Eventuell erlebt ein Kind also ein Trauma, das nicht als solches klassifiziert wird, weil es den gängigen Trauma-Normen nicht entspricht.

Außerdem beinhaltet das Kriterium A einen subjektiven (*die Person empfindet...*) und auch einen objektiven (*die Person erlebt ein Ereignis, bei dem...*) Aspekt. Ein Problem kann sich nun für kindliche Traumata daraus ergeben, dass Erwachsene einerseits den objektiven Aspekt als nicht „schlimm/schwer genug“ einschätzen und andererseits den subjektiven Aspekt vom Kind nicht ausreichend erfragen können. Für Elternurteile konnte gezeigt werden, dass Eltern die Symptomatik ihrer Kinder häufig unterschätzen. In Folge dessen kann es passieren, dass Teile der Kriterien, so wie sie für eine Diagnose nötig wären, nicht ermittelt werden – auch wenn sie vorliegen – und dass somit Kinder, die eine PTBS haben, die Diagnose nicht erhalten (sog. *falsch Negative*).

Hinzu kommt als weitere Schwierigkeit, dass ein Großteil der für die Diagnose einer PTBS nötigen Symptome nicht direkt beobachtbar ist (was gerade im Fall kleinerer Kinder von Vorteil wäre), sondern in Form von Selbstauskünften gegeben wird (z.B. bezogen auf die Vermeidung von Gedanken zum traumatischen Ereignis) – jüngere Kinder und Kinder mit entsprechenden Entwicklungsrückständen können dies nur eingeschränkt tun (Scheeringa, et al., 1995).

Scheeringa und einige Kollegen liefern genau hierzu Überlegungen, die einen Versuch darstellen spezifische Diagnoseleitlinien für Kinder im Säuglings- und Klein-

kindalter zu entwickeln bzw. die geltenden Kriterien anzupassen (Rosner & Hagl, 2008; Scheeringa, et al., 1995; Scheeringa & Zeanah, 2001; Scheeringa, Peebles, Cook & Zeanah, 2001; Scheeringa, et al., 2003; Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2005). Dem zugrunde liegt die Überlegung, dass einerseits gerade für das Vermeidungskriterium eine Kontrollmöglichkeit der Umwelt nötig ist: man muss vermeiden *können*, um *vermeiden* zu können und dass andererseits die Angemessenheit der Art der Symptomerhebung zu beachten ist: man muss sich verbal ausdrücken *können*, um sich *verbal ausdrücken* zu können. Speziell in den ersten drei Lebensjahren spielen die rapiden Entwicklungen im Leben eines Kindes, etwa im kognitiven, sprachlichen oder motorischen Bereich, eine große Rolle, wobei natürlich auch durch den jeweiligen Entwicklungsstand bestimmte Grenzen vorgegeben werden (Scheeringa & Zeanah, 2001).

Kasten 6 liefert eine überblicksartige Darstellung der Veränderungsvorschläge von Scheeringa und Kollegen (2003). Dieser Kriterienvorschlag stellt eine Weiterentwicklung des ursprünglichen von 1995 dar (Scheeringa, et al., 1995). Gemäß des Diagnosevorschlags von Scheeringa fällt das A2 Kriterium weg, aus Clustern B (Wiedererleben), C (Vermeidung/Eingeschränkter Affekt) und D (Übererregung) werden je nur mindestens ein Symptom benötigt, wobei die Symptome dem Alter gemäß angepasst bzw. ergänzt werden. Speziell für Cluster C bedeutet dies, dass die Vermeidungskriterien eingeschränkt erfüllt sein müssen. Neu hinzu kommt ein Symptomcluster *Neue Ängste und Aggression*, von dem ebenfalls ein Symptom erfüllt sein muss. Eine erste Überprüfung der veränderten Diagnosekriterien zeigte, dass zum Beispiel die Herabsetzung von drei auf ein benötigtes Symptom aus Cluster C eine Veränderung der Diagnoserate von 0% (nach DSM-Kriterien) auf 26% (nach Scheeringa-Kriterien) brachte (Scheeringa, et al., 2003). Entsprechende Studien anderer Forschungsgruppen erbrachten ähnliche Ergebnisse, die ebenfalls dafür sprechen, dass die veränderten Kriterien für Kleinkinder und junge Kinder besser geeignet erscheinen als die bisher verwendeten Kriterien für Erwachsene (Ippen, et al., 2004; Ohmi, et al., 2002; zitiert nach Scheeringa, et al., 2005).

Kasten 6: PTBS-Diagnosevorschlag nach Scheeringa, et al. (2003) – Hervorhebung durch die Autorin

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
- Kriterium A2 des DSM gestrichen ---**
- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- (1) wiederkehrende und eindringliche Erinnerungen an das Ereignis (**jedoch nicht zwangsläufig belastend**), die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können,
- Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.**
- (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis,
- Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.**
- (3) Objektive, sich im Verhalten manifestierende Elemente eines Flashbacks sind beobachtbar, wobei das Kind unter Umständen unfähig sein kann, den Inhalt der Erfahrung zu verbalisieren,
- (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind und eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens *eines* der folgenden Symptome liegt vor:
- (1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
- (2) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
- Beachte: Bei kleinen Kindern kann sich dies hauptsächlich in eingeschränktem Spiel zeigen.**
- (3) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
- Beachte: Bei kleinen Kindern kann sich dies hauptsächlich in sozialem Rückzug zeigen.**
- (4) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
- (5) **Verlust zuvor erworbener Fertigkeiten, zum Beispiel bezogen auf die Sauberkeitserziehung oder die Sprachentwicklung.**
- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens *eines* der folgenden Symptome liegt vor:
- (1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
- (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche **oder extreme Trotzanfälle und umständliches/irritiertes Verhalten**
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten,
- (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- (5) übertriebene Schreckreaktion.
- Neuer Cluster. Mindestens eines der folgenden Symptome ist gegeben:**
- (1) Neue Trennungsangst,**
- (2) Neue Aggression,**
- (3) Neue Ängste, die nicht in offensichtlichem Zusammenhang mit dem Trauma stehen, wie beispielsweise Angst davor, alleine zur Toilette zu gehen oder Angst vor der Dunkelheit.**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Diagnose der PTBS relativ eindeutig geregelt ist, dass aber entwicklungsbedingten Besonderheiten, die auch für die Diagnostik relevant sind, nicht ausreichend berücksichtigt werden. Der Einbezug eines etwas stärkeren entwicklungspsychologischen Fokus in die Diagnostik erscheint wünschenswert. Grundsätzlich zielen sämtliche Anpassungen in den Diagnose-richtlinien darauf ab, die Problematik, die sich daraus ergibt, dass viele der PTBS-Kriterien in Form von Schilderungen subjektiver Erfahrungen erfragt werden müssen, zu umgehen, da genau dies bei (kleineren) Kindern bzw. abhängig vom jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes problematisch sein kann (vgl. Korte, et al., 2005). Zusätzlich dazu sind Überlegungen etwaige methodische Schwierigkeiten bei der Befragung von Kindern und Jugendlichen betreffend immer dann mit zu berücksichtigen, wenn Erwachsene Kinder befragen, Erwachsene kindliches Erleben beurteilen oder Erwachsene (natürlich) kindliche Welten gestalten.

1.2.3 Epidemiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die *Epidemiologie* (von griech. *epi* „auf, über“, *demos* „Volk“, *logos* „Lehre“) befasst sich mit den Ursachen, der Verbreitung und den Folgen von Krankheit und Gesundheit in einer Population. Die *Prävalenz* (Anteil der aktuell Erkrankten in der Population) und die *Inzidenz* (Anteil der Neuerkrankten in einer Population) sind dabei wichtige Kennzahlen. Besonders die *Lebenszeitprävalenz* (das Lebenszeitrisiko irgendwann in seinem Leben eine bestimmte Krankheit zu entwickeln) ist in der Epidemiologie eine wichtige Größe. Es stellen sich in der Störungslehre bezogen auf die Epidemiologie, ganz grundsätzlich, aber immer auch die folgenden Fragen: Wie repräsentativ sind die Werte? Was bedeuten die schwankenden Angaben? Welche Gründe gibt es für die Unterschiede? Wie zutreffend sind die Erklärungen für die Werte? Deswegen ist es zunächst wichtig, sich mit den Ursachen für unterschiedliche Prävalenzwerte zu befassen, bevor danach eine Auseinandersetzung mit Ereignisprävalenz, PTBS-Lebenszeitprävalenz und PTBS-Risiko nach Trauma erfolgen kann. Dritter wichtiger Aspekt ist der Verlauf.

1.2.3.1 Prävalenzen und Ursachen für unterschiedliche Prävalenzwerte

Die in der Literatur zu findenden Prävalenz- und Inzidenzangaben für die PTBS bei Kindern und Jugendlichen (wie auch bei Erwachsenen) unterliegen Schwankungen und sind von Studie zu Studie etwas verschieden. Ursachen hierfür können zum Beispiel unterschiedliche Beschaffenheit der einzelnen Stichproben, der Einsatz unterschiedlicher Erhebungsmethoden oder unterschiedlicher Instrumente sein. Gerade bei jungen Kindern kommen kriteriumsimmante und die Befragung an sich betreffenden

Problematiken teils noch erschwerend hinzu (siehe oben). Abgesehen von solchen methodischen Ursachen liegt es im Fall der PTBS in der Natur der Sache, dass mit einem gewissen Dunkelfeld zu rechnen ist. Es werden nicht alle Traumata, etwa in Fällen sexueller Gewalt oder Gewalt in der Ehe, von Kindesmissbrauch oder auch -misshandlung erkannt, gemeldet oder geoffenbart und in die entsprechenden Statistiken oder Studien aufgenommen. Unterschiedlichen Studien mag es unterschiedlich gut gelingen in dieses Dunkelfeld vorzudringen, was ebenfalls zu unterschiedlichen Werten führt.

Verschiedene potenziell traumatisierende Ereignisse treten außerdem mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit auf, abhängig von beispielsweise Wohnort (Stadt v.s. Land), Berufsgruppe (Feuerwehrmann v.s. Grundschullehrerin), Art des Ereignisses (Kriegsgeschehen v.s. Verkehrsunfall) oder Geschlecht (weiblich v.s. männlich). Tabelle 12 liefert einen Überblick der Ereignisprävalenzen verschiedener Ereignisse aus dem Kinder- und Erwachsenenalter – die Darstellung bezieht sich auf die National Comorbidity Survey von Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson (1995, zitiert nach Hagl, 2008) und die Studie von Breslau und Kollegen (Breslau, et al., 1998). Es wird bezogen auf Tabelle 12 auch deutlich, dass Frauen und Männer unterschiedliche potenziell traumatisierende Ereignisse mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit erleben, etwa Vergewaltigungen (9.4 respektive 1.1 Prozent für Frauen respektive Männer bei Breslau, et al., 1998), was ebenso unterschiedliche Werte in unterschiedlichen Studien bedingen kann.

Neben der Frage, welche potenziell traumatisierenden Ereignisse überhaupt wie häufig auftreten, spielen auch eine Reihe von vermittelnden Elementen eine Rolle, etwa Geschlecht, sozialer Status, Umweltbedingungen oder andere Faktoren⁹. Breslau und Kollegen (1998) berichten von einer grundsätzlichen Wahrscheinlichkeit, eine PTBS nach Erleben eines Traumas zu entwickeln, von 9.2% (bzw. von 13.0% für Frauen und 6.2% für Männer). Es konnte wiederholt gezeigt werden, dass das Risiko eine PTBS zu entwickeln für Frauen mit Werten zwischen 10 und 13% fast doppelt so hoch ist wie für Männer mit Werten zwischen 5 und 6% (Korte, et al., 2005) – dies wäre ein Beispiel für einen geschlechtsspezifischen Unterschied.

Ebenfalls konnte gezeigt werden, dass ein zentraler Faktor, der über die Ausbildung einer PTBS mitentscheidet, die Art des erlebten Traumas ist. So erleben im Falle der Studie von Breslau, et al. (1998) beispielsweise 1.8% eine Vergewaltigung, 12.2% der Betroffenen bilden danach eine PTBS aus. Im Vergleich dazu erleben in derselben

⁹ Detaillierte Ausführungen zum Thema Risikofaktoren siehe unten.

Stichprobe 8.2% einen schweren Unfall, aber nur 1.3% entwickeln eine PTBS in Folge darauf (für eine vollständigere Darstellung der Ergebnisse siehe Tabelle 13). Somit ist also auch die Art des Ereignisses wichtig, wenn es darum geht, ob eine Person nach Erleben eines Traumas eine PTBS entwickeln wird oder nicht.

Tabelle 12: Prävalenzen unterschiedlicher traumatischer Ereignisse (Kessler, et al., 1995, zitiert nach Hagl, 2008; Breslau, et al., 1998)

Ereignis	Ereignisprävalenz		Ereignisprävalenz	
	Kessler, et al. (1995)		Breslau, et al. (1998)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Vergewaltigung	9.2	0.7	9.4	1.1
Kampfeinsatz	0.0	6.4	0.2	2.8
Bedrohung mit Waffe, Entführung	6.8	19.0	-	-
Bedrohung mit Waffe	-	-	16.4	34
schwer verprügelt worden sein	-	-	9.8	13.1
körperlicher Missbrauch (Kindheit)	4.8	3.2	-	-
schwere Vernachlässigung (Kindheit)	3.4	2.1	-	-
Naturkatastrophe/Feuer	15.2	18.9	-	-

Anmerkung: Angaben in Prozent.

Tabelle 13: Beispiele für Traumaarten, Traumahäufigkeiten und bedingtes PTBS-Risiko (nach Breslau, et al., 1998)

Art des Traumas	Häufigkeit des Traumas	PTBS-Risiko nach Trauma
Vergewaltigung	1.8	12.2
sexuelle Belästigung (keine Vergewaltigung)	2.0	10.8
Bedrohung mit einer Waffe	7.0	3.7
schwerer Unfall	4.8	6.2
schwerer Autounfall	8.2	1.3

Anmerkung: Angaben in Prozent.

1.2.3.2 Ereignis- und PTBS-Lebenszeitprävalenzen, PTBS-Risiko nach Trauma

Für die Einschätzung von Prävalenzen ist es ratsam, das Risiko für die jeweilige Population, irgendwann im Leben ein traumatisches Ereignis zu erleben (Ereignisprävalenz), die Lebenszeitprävalenz für PTBS und auch die Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Entwicklung nach Erleben irgendeines traumatischen Ereignisses (PTBS-Risiko nach Trauma) zu betrachten. Die meisten Menschen sind in ihrem Leben mindestens einmal mit einem potenziell traumatisierenden Ereignis konfrontiert – unter Umständen passiert dieses Ereignis eben in der Kindheit. Wittchen und Kollegen geben in ihrer Übersicht beispielsweise an, dass die Wahrscheinlichkeit irgendwann im Leben ein Trauma zu erleben (je nach Studie) bei 50 bis 90% liegt und die Wahrscheinlichkeit, irgendwann im Leben eine PTBS zu entwickeln je nach Studie

zwischen 5 und 12 % schwankt (Wittchen, et al., 2009). In Tabelle 14 findet sich eine detaillierte zusammenfassende Darstellung aktueller Studienergebnisse, die mit Erwachsenen durchgeführt wurden.

So fanden Kessler und Kollegen in ihrer National Comorbidity Survey von 1995 (NCS, Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995, zitiert nach Hagl, 2008) beispielsweise eine Ereignisprävalenz (Wahrscheinlichkeit, ein traumatisches Ereignis zu erleben) von 51.2% (Frauen) respektive 60.7% (Männer), eine PTBS-Prävalenz von 10.4% (Frauen) respektive 5.0% (Männer) und eine Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Entwicklung nach erlebtem Trauma von 20.4% (Frauen) respektive 8.2% (Männer). Kessler und Kollegen hatten über 5 800 Frauen und Männer im Alter von 15 bis 54 Jahren befragt. Eine weitere große Studie in den USA, befragt wurden über 2 100 Frauen und Männer im Alter von 18 bis 45 Jahren (Breslau, et al., 1998, zitiert nach Hagl, 2008) fand eine Ereignisprävalenz von 87.1% (Frauen) respektive 92.2% (Männer), eine PTBS-Prävalenz von 18.3% (Frauen) respektive 10.2% (Männer) und ein PTBS-Risiko von 13.0% (Frauen) respektive 6.2% (Männer)¹⁰.

Studien in Europa fanden zum Beispiel Lebenszeitprävalenzen von 2.9% respektive 0.9% für Frauen respektive Männer und eine Gesamt-Lebenszeitprävalenz von 1.9% (Alonso, et al., 2004), befragt worden waren über 21 400 Frauen und Männer über 18 Jahre in Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, den Niederlanden und Spanien. Für dieselbe Befragung ergab sich, dass speziell in Deutschland (befragt worden waren 1 323 Deutsche) 33.3% ein potenziell traumatisches Ereignis erlebt hatten und

¹⁰ Bemerkenswert hier die fast doppelt so hohen Prävalenzraten, deren Entstehungserklärung in den oben bereits genannten Ursachen zu suchen sein dürfte.

19.0% in den letzten 12 Monaten die Kriterien für eine PTBS (nach DSM-IV) erfüllt hatten (Darves-Bornoz, et al., 2008). Frans und Kollegen (2005) befragten über 1 800 Frauen und Männer im Alter von 18 bis 70 Jahren und fanden Werte von 7.4% respektive 3.6% für Frauen respektive Männer bezogen auf die Lebenszeitprävalenz PTBS. Frans und Kollegen berichten außerdem eine Ereignisprävalenz von 77.1% respektive 84.8% (Frauen respektive Männer) und Werte von 9.6% bzw. 4.2% (Frauen bzw. Männer) für das PTBS-Risiko nach Trauma (Frans, Rimmo, Aberg & Fredrikson, 2005).

Tabelle 14: Ergebnisse aktueller epidemiologischer Studien (nach Kessler, et al., 1995, zitiert nach Hagl, 2008; Alonso, et al., 2004; Frans, et al., 2005; Darves-Bornoz, et al., 2008)

Studie	Ereignisprävalenz		Prävalenz PTBS		PTBS-Risiko nach Trauma	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Alonso, et al. (2004)	-	-	2.9	0.9	-	-
Darves-Bornoz, et al. (2008)	60.5	67.0	-	-	-	-
Frans, et al. (2005)	77.1	84.8	7.4	3.6	9.6	4.2
Kessler, et al. (1995)	51.2	60.7	10.4	5.0	20.4	8.2

Anmerkung: Angaben in Prozent. Die Diagnosen erfolgten in allen Studien nach dem DSM.

Eine gewisse Relevanz haben die Ergebnisse zu z.B. Kindesmisshandlung oder sexuellem Missbrauch in der Kindheit aus Erwachsenen-Studien natürlich auch für den Kinder-Bereich. Beispielsweise die Studien, die Raten zwischen 27 und 38 Prozent für sexuellen Missbrauch von Frauen in ihrer Kindheit (vor dem Alter von 18 Jahren) ermitteln (Finkelhor, et al., 1990 oder Russell, 1983, zitiert nach Saigh, Green & Korol, 1996). Bezogen auf die bereits angestellten Überlegungen zum Dunkelfeld und den Schwierigkeiten, die es bei der Befragung von Kindern geben kann, könnte sich eine höhere retrospektiv berichtete Prävalenz für Missbrauch in der Kindheit in solchen Studien mit Erwachsenen etwa dadurch erklären lassen, dass die erwachsenen Frauen sich inzwischen trauen, den Missbrauch anzusprechen.

Studien zu Traumata und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen per se wurden zu einer Reihe von Fragestellungen durchgeführt, unter anderem zu Ereignissen wie Entführungen, Naturkatastrophen, Verkehrsunfällen (Landolt, 2005). Dass Kinder und Jugendliche Traumata erleben, ist relativ normal. So berichten in der Normalbevölkerung (je nach Studie) zwischen 25 und 40 Prozent der befragten Kinder von mindestens einem traumatischen Ereignis in ihrem bisherigen Leben (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Costello, et al., 2002; Schwab-Stone, et al., 1995, alle zitiert nach Kassam-Adams & Koplein Winston, 2004). Angaben zu Ereignisprävalenzen finden sich in Tabellen 15 und 16. Die Ereignisprävalenzen liegen bei den Kinderstudien teilweise unter den für Erwachsene gefundenen Werten. Diskutiert werden hierfür verschiedene Erklärungen. Ein möglicher Grund könnte sein, dass Kinder und Jugendliche beschützter leben als Erwachsene und somit generell weniger (potenziell) traumatische Ereignisse erleben. Allerdings sind Kinder, etwa im Fall von Misshandlung wiederum besonders wehrlos. Eine weitere Erklärung könnten die bereits angesprochenen methodologischen Probleme liefern, die zu fehlerhaften Messungen führen könnten, also einer grundsätzlichen Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenzen. Ein weiteres Problem der Erfassung von (potenziell) traumatischen Ereignissen in der Kindheit liegt darin, dass viele der Ereignisse im Geheimen geschehen, in Form von physischer und/oder sexueller Misshandlung bzw. sexuellem Missbrauch von Kindern (Foy, Madvig, Pynoos & Camilleri, 1996), was unter Umständen zu auch bei methodisch einwandfreier Erhebung zu einer Unterschätzung führen kann, da die Kinder die Vorfälle schlichtweg nicht berichten (dürfen).

Nicht alle in diesen Fällen betroffenen Kinder/Jugendlichen entwickeln auch eine PTBS. So liegt die Lebenszeitprävalenz (siehe Tabelle 15) für eine PTBS je nach Studie für Jugendliche bei 6.3% (Giaconia, et al., 1995), für Kinder im Alter von 12 bis 17 Jahren bei 1.6% (*Bremer Jugendstudie*; Essau, Conradt & Petermann, 1999), für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 bis 24 Jahren bei 1.3% (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000), für Jugendliche bei 9.0% (Elklit, 2002, zitiert nach Rosner, 2008). Untersuchungen traumatisierter Gruppen ergaben, dass teils über 50% der Kinder und Jugendlichen die Kriterien für eine PTBS-Diagnose erfüllen (Landolt, 2005). Studien weisen aber auch in die Richtung, dass zum Beispiel die während des Traumas erlebten Emotionen für die Entwicklung einer PTBS bei Kindern von zentraler Bedeutung sein können (Lonigan, Shannon, Taylor, Finch & Sallee, 1994).

Angaben zum PTBS-Risiko nach Trauma liefert auch Tabelle 15. Geschlechtsunterschiede finden sich hier ebenfalls wieder (z.B. bei Perkonig, et al., 2000). Widow (1999) fand in einer prospektiven Langzeitstudie zu den Folgen kindlicher Misshand-

lung/Vernachlässigung bzw. kindlichen Missbrauchs, dass die als Kinder entsprechend belasteten Erwachsenen eine um 1.75 höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, später eine PTBS zu entwickeln. Bezogen auf bestimmte Formen der Misshandlung ergaben sich folgende Werte: körperliche Misshandlung ($OR = 1.90$), sexueller Missbrauch ($OR = 2.34$) und Vernachlässigung ($OR = 1.72$) (Widow, 1999). Es stellt sich somit in diesem Zusammenhang die Frage, ob die in der Kindheit unter Umständen niedrigeren PTBS-Raten nach Trauma (im Vergleich zu denen der Erwachsenen) ihre eigentliche Bedeutung in einem für das spätere Erwachsenenleben erhöhten Gesamt-PTBS-Risiko haben.

Tabelle 15: Ereignis- und Lebenszeitprävalenzen und PTBS-Risiken nach Trauma für Kinder und Jugendliche (Giaconia, et al., 1995; Essau, et al., 1999; Perkonigg, et al., 2000; Elklit, 2002, zitiert nach Rosner, 2008)

Studie	Ereignisprävalenz	Lebenszeitprävalenz PTBS	PTBS-Risiko nach Trauma
Elklit (2002)*		9.0 (gesamt)	12.1
Jugendliche (13 bis 15 Jahre)	87.0 (weiblich) 78.0 (männlich)	12.3 (weiblich) 5.6 (männlich)	
Essau, Conradt & Petermann (1999)	22.5	1.6 (gesamt) 1.8 (weiblich) 1.6 (männlich)	7.3
<i>Bremer Jugendstudie</i>			
Kinder und Jugendliche (12 bis 17 Jahre)			
Giaconia, et al. (1995)	43.0	6.3 (gesamt) 10.5 (weiblich) 2.1 (männlich)	14.5
Jugendliche (im Alter von 18)			
Perkonigg, Kessler, Storz & Wittchen (2000)	15.5 (weiblich) 18.6 (männlich)	1.3 (gesamt) 2.2 (weiblich) 0.4 (männlich)	7.8 (gesamt) 14.5 (weiblich) 2.2 (männlich)
Jugendliche und junge Erwachsene (14 bis 24 Jahre)			

Anmerkung: Angaben in Prozent. *zitiert nach Rosner (2008).

Tabelle 16: Ereignis- und PTBS-Prävalenzen Kinder/Jugendliche

Studie	Ereignisprävalenz	PTBS-Prävalenz
Eisen, Goodman, Qin, Davis & Crayton (2007)		
328 Kinder und Jugendliche (3 bis 16 Jahre)		
Misshandlung	22.9	-
Missbrauch	17.7	-
Misshandlung und Missbrauch	8.8	-
Vernachlässigung	39.6	-
Kiser, Heston, Millsap & Pruitt (1991)		
89 Kinder und Jugendliche (keine Altersangabe)		
Diagnosen nach DSM-III-R		
Misshandlung und/oder Missbrauch	100.0	55.1
McLeer, Callaghan, Henry & Wallen (1994)		
26 Kinder (6 bis 16 Jahre)		
sexueller Missbrauch	100.0	42.3
McLeer, Deblinger, Atkins, Foa & Ralphe (1988)		
31 Kinder (3 bis 16 Jahre)		
von Autoren entwickeltes Instrument, Diagnose nach DSM-III-R		
sexueller Missbrauch	100.0	48.4
McLeer, Deblinger, Henry & Orvaschel (1992)		
92 Kinder (3 bis 16 Jahre)		
Diagnose nach DSM-III-R und K-SADS-E		
sexueller Missbrauch	100.0	43.9
Perkonigg & Wittchen (1997)		
3 021 Jugendliche und junge Erwachsene (14 bis 24 Jahre), Diagnosen nach DSM-IV		
mind. ein traumatisches Ereignis	17.0	-
Kindesmissbrauch	2.9	-

Anmerkung: Angaben in Prozent. Die Prävalenzen waren im Original für die Studie von Eisen, Goodman, Qin, Davis & Crayton (2007) als absolute Häufigkeiten angegeben und wurden von der Autorin für vorliegende Studie auf eine Kommastelle gerundet berechnet.

Unterschiede hinsichtlich der Verteilung zwischen den Geschlechtern fanden sich unter anderem auch in der Bremer Jugendstudie (Essau, et al., 1999). Hier zeigte sich, dass, abgesehen von der Eintretenswahrscheinlichkeit eines traumatischen Ereignisses von 22.5% und einer Lebenszeitprävalenz für PTBS von dann nur 1.6%, Jungen statistisch häufiger potenziell traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt, Mädchen aber

schwerer belastet sind. Ein Ergebnis, das sich mit den geschlechtsspezifischen Effekten deckt, die auch für Erwachsene bereits gefunden wurden (siehe oben). Perkonig und Kollegen fanden hingegen, dass Jungen eine höhere Ereignisprävalenz haben, und, sogar bei geringerem PTBS-Risiko, eine höhere PTBS-Lebenszeitprävalenz als Mädchen aufweisen (Perkonig, et al., 2000).

Die von Kessler, et al. (1995, zitiert nach Hagl, 2008) im NCS für Erwachsene gefundenen spezifischen Unterschiede, z.B. bezogen auf Geschlecht, dürften wohl auch auf Betroffene im Kinder- und Jugendlichenalter zutreffen – und unter Umständen eine Erklärung für diesen Widerspruch liefern. Im Fall von kindlichen Gewalterfahrungen sexueller oder körperlicher Natur im Vergleich zu beispielsweise der kindlichen Zeugenschaft eines Unfalls vielleicht sogar noch mehr als dies bei Erwachsenen zutrifft. Diese unter anderem auch von Kessler, et al. (1995, zitiert nach Hagl, 2008) gefundenen Unterschiede lassen sich aber eben nicht nur durch die Art des Traumas und das Geschlecht der betroffenen Person erklären. Die Bedeutung von Risikofaktoren ist gerade bei Kindern und Jugendlichen nicht zu unterschätzen. So gelten, analog der Erkenntnisse für Erwachsene, neben Art und Dauer des Traumas auch Schweregrad des Traumas, Vorhandensein einer peritraumatischen Dissoziation, Schuldgefühle seitens des Kindes, etc. als Prädiktoren für den Verlauf der Störung (Korte, et al., 2005) – detaillierte Ausführungen zum Thema Risikofaktoren finden sich unten.

1.2.3.3 Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung

Letzter wichtiger Punkt, mit dem sich die Epidemiologie befasst, ist, wie sich diejenigen, die eine bestimmte Störung ausgebildet haben, weiter entwickeln: die Frage nach dem Verlauf (also Dauer und mögliche komorbide Störungen). Für Erwachsene finden sich dazu zum Beispiel bei Kessler, et al. (1995, zitiert nach Hagl, 2008) Angaben. Bei den Personen in ihrer Stichprobe fanden sie eine durchschnittliche Störungsdauer von 36 Monaten. Breslau, et al. (1998) ermittelten in ihrer Studie eine durchschnittliche Störungsdauer von etwas über 24 Monaten, wobei aber mehr als ein Drittel der Befragten die Störung für mehr als 60 Monate (also über fünf Jahre lang) hatte. Auch hier können die schon genannte Faktoren eine Rolle spielen: Beispielsweise können die Schwere des Traumas oder das Geschlecht des Patienten die Dauer der Störung, also die Heilung, beeinflussen (Breslau, et al., 1998).

Abgesehen von der reinen Dauer der Krankheit ist auch die Frage nach den Komorbiditäten (welche anderen Störungen/Erkrankungen liegen zeitgleich noch vor) von Bedeutung. Grundsätzlich gilt PTBS als eine hoch-komorbide Störung (Perkonig & Wittchen, 1997). Kessler und Kollegen fanden in der National Comorbidity Survey zum

Beispiel bei rund 79% respektive 88% der Frauen respektive Männer, die einmal in ihrem Leben eine PTBS hatten, mindestens eine andere Störung aus dem Spektrum der Angststörungen, Depression und des Substanzmissbrauchs bzw. der Substanzabhängigkeit (Kessler, et al., 1995, zitiert nach Hagl, 2008). Eine nahe liegende Erklärung hierfür ist, dass (wie einführend erwähnt) die PTBS eben nur eine der möglichen Traumafolgestörungen ist und eine Person somit zum Beispiel eine PTBS und eine spezifische Phobie in Folge des Traumas entwickeln kann. Abgesehen davon konnten Brown, Fulton, Wilkeson & Petty (2002) nachweisen, dass ein Trauma grundsätzlich die Wahrscheinlichkeit verschiedener Störungen, zum Beispiel der Generalisierten Angststörung (GAS) oder der Major Depression (MD), erhöht – und zwar unabhängig von der Komorbidität mit einer PTBS.

Als weitere Erklärung für Komorbiditäten wird auch das Vorhandensein einer psychischen Störung bereits vor dem Erleben des traumatischen Ereignisses diskutiert. Eine solche Störung kann die Wahrscheinlichkeit, mit der nach dem Trauma eine PTBS entwickelt wird, erhöhen (Meta-Analysen zum von Beispiel Brewin, Andrews & Valentine, 2000 oder Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003, siehe Hagl, 2008). Auch gibt es Anzeichen dafür, dass bestimmte Persönlichkeitseigenschaften unabhängig von vorliegenden Störungen unter Umständen die Ausbildung einer PTBS nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses begünstigen (Breslau, Davis, Peterson & Schultz, 1997; zitiert nach Hagl, 2008).

Zum Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen ist anzumerken, dass die Reaktionen von Kindern und Jugendlichen unterschiedlich von und um einiges vielfältiger als die der Erwachsenen sind/sein können – und auch die interindividuellen Unterschiede können groß sein (Rosner, 2006). Mehr als bei Erwachsenen sind entwicklungspsychologische Aspekte sozialer, emotionaler und kognitiver Natur bei Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen (Korte, Pfeiffer & Salbach, 2005). Diese Komplexität und Vielschichtigkeit wird bei Kindern und Jugendlichen auch deutlich, wirft man einen Blick auf die Komorbiditäten. Essau, et al. (1999) berichten beispielsweise Komorbiditätsraten von 29.4% für somatoforme Störungen, von 23.5% für depressive Störungen und 23.5% für Störungen aus dem Spektrum des Substanzmissbrauchs. Perkonig und Kollegen fanden für die PTBS-Patienten ihrer Studie, dass 87.5% von ihnen mindestens eine weitere Diagnose aufwiesen und 77.5% erhielten zwei oder mehr komorbide Diagnosen (Perkonig, et al., 2000). Gerade bei jüngeren Kindern kann auch Trennungsangst als weitere Störung eine Rolle spielen (Gienjian, et al., 1995, zitiert nach Steil & Straube, 2002; Rosner, 2008). In einer Langzeitstudie zum Verlauf der PTBS bei Kindern und Jugendlichen ermittelten Yule und

Kollegen (Yule, et al., 2000, zitiert nach Rosner, 2008) eine PTBS-Prävalenz von 15% fünf bis sieben Jahre nach dem Ereignis (ein Schiffsunglück). Das Chronifizierungsrisiko der PTBS ist somit nicht zu unterschätzen (Rosner, 2008).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass jeder Mensch im Laufe seines Lebens irgendwann ein potenziell traumatisches Ereignis erlebt (zum Beispiel den Tod eines wichtigen Menschen). Wahrscheinlich aber wird er oder sie sogar mehrere erleben (zum Beispiel einen Autounfall und den Tod eines wichtigen Menschen). Männer erleben mehr traumatische Ereignisse als Frauen. Frauen entwickeln jedoch mit größerer Wahrscheinlichkeit eine PTBS, wenn sie ein traumatisches Ereignis erlebt haben, als Männer dies tun. Außerdem sind die Schwere des Ereignisses und die Art desselben entscheidend – so genannte *man made disaster*, also von Menschen verursachte traumatische Ereignisse, die Typ-II-Traumata nach Terr, sind schlimmer als beispielsweise eine Umweltkatastrophe in Form einer Überschwemmung, was Terr ein Typ-I-Trauma nennt (Terr, 1992; zitiert nach Landolt, 2004). Geschlecht der betroffenen Person und Art/Schwere des Ereignisses können – mit Einschränkungen – als Prädiktoren gesehen werden, ob eine Person eine PTBS entwickeln wird oder nicht. Mögliche Ursachen für sich von Studie zu Studie unterscheidende Angaben können methodologischer ebenso wie kultureller, gesellschaftlicher und umweltbedingter Natur sein.

Es existiert eine Vielzahl von Faktoren und Bedingungen in Zusammenhang mit einem Trauma, die in unterschiedlicher Kombination miteinander und Ausprägung an sich vorhanden sein können. Diese Vielzahl an Möglichkeiten darf mit als Ursache für die Unterschiedlichkeit der Ergebnisse von verschiedenen Studien gesehen werden, die doch alle Ereignisprävalenzen und PTBS-Prävalenzen erheben. Grundsätzlich jedoch ist festzuhalten, dass aktuellen epidemiologischen Studien zufolge die PTBS keine seltene psychische Störung ist. Der Verlauf einer PTBS mit einer durchschnittlichen Dauer zwischen 24 und 36 Monaten (in Einzelfällen aber auch viel länger) macht die Störung außerdem zu einem nicht zu unterschätzenden Problem (sowohl für Betroffene wie Angehörige und das beteiligte Umfeld). Weswegen auch den Faktoren, die Komorbiditäten oder Ausbildung einer PTBS grundsätzlich beeinflussen, große Bedeutung zukommt – hier wurden unter anderem bereits vorliegende Störungen, Persönlichkeitseigenschaften und die Dynamiken von Traumata und Traumafolgestörungen an sich erwähnt.

Tabelle 17 gibt in Anlehnung an Korte und Kollegen (2005) stellt überblicksartig verschiedene Besonderheiten dar, die in unterschiedlichen Altersgruppen zum Erscheinungsbild einer PTBS gehören und den Verlauf prägen können. Es wird erneut

deutlich, dass der Verlauf bei Kindern und Jugendlichen viel komplexer und vielschichtiger ist/sein kann, als dies bei Erwachsenen typischerweise der Fall ist.

Tabelle 17: PTBS-Symptomatik verschiedener Altersgruppen (nach Korte, et al., 2005)

Altersgruppe	Besonderheiten der PTBS-Symptomatik
Altersübergreifend	überangepasstes Verhalten Zurückgezogenheit/Schüchternheit Hemmung aggressiver Tendenzen oder zwanghaft-kontrollierte Verhaltensweisen
Jüngere Kinder (Vorschulalter)	ausgeprägtes Vermeidungs- und ängstliches Verhalten rezidivierende Panikattacken nach Konfrontation mit traumarelevanten Reizen Alpträume und Schlaf- und Angststörungen Entwicklungsrückschritte (Verlust bereits erworbener Fertigkeiten) regressive Verhaltensweisen (z.B. selektiver Mutismus, sekundäre Enuresis)
Ältere Kinder (Schulalter)	häufiger intrusives Erleben vegetative Übererregtheit Einschränkung der Wahrnehmungs- und Konzentrationsfähigkeit Erschütterung des Selbstwertes Einschränkung prozeduraler Gedächtnisleistung Abfall schulischer Leistung
Adoleszente, postpubertäre Jugendliche	sozialer Rückzug deutliche Beeinträchtigung zwischenmenschlicher Beziehungen feindselige oder misstrauische Haltung gegenüber der Umwelt tiefgreifende Verunsicherung des Bedeutungssystems (u.a. Angst, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Verlust bisheriger Lebensüberzeugungen) <i>survival-guilt-syndrom</i> (Überlebensschuld in Form ausgeprägter Schuldgefühle Impulskontrollverluste selbstverletzendes Verhalten Substanzmissbrauch

Anmerkung: Das Erscheinungsbild der Störung entspricht bei Jugendlichen weitgehend dem der Erwachsenen. Die hier aufgeführten Besonderheiten sind solche, die in ihrer extremen Form zum Beispiel nach besonders schwerer, komplexer oder langanhaltender Traumatisierung im Rahmen einer dauerhaften Persönlichkeitsveränderung (*komplexe PTBS*) auftreten können.

Kinder und Jugendliche weisen eine PTBS-Lebenszeitprävalenz auf, die denen der Erwachsenen-Studien mit den niedrigeren gefundenen Lebenszeitprävalenzen entspricht (z.B. Alonso, et al., 2004; Frans, et al., 2005). Das Ergebnis relativiert sich, bedenkt man, dass Erwachsene mehr Lebenszeit als Kinder /Jugendliche hinter sich haben, also mehr „Gelegenheit“ hatten, Traumata zu erleben und folglich eine PTBS zu entwickeln. Unabhängig von der Lebenszeitprävalenz ist zu beachten, dass die Prävalenz der Störung zwar immer mehr abnimmt, je länger das Trauma zurück liegt, dass sie aber auch Jahre später noch vergleichsweise hoch ist und die Belastung/Beeinträchtigung im Alltag bei den Kindern und Jugendlichen deutlich zu beobachten ist (Yule, et al., 2000, zitiert nach Rosner, 2008). Vor diesem Hintergrund scheint die Vermutung gerechtfertigt, dass Kinder und Jugendliche in unserer Zeit von PTBS ähnlich „schwer“ betroffen sind wie Erwachsene. Dies ist besonders bedeutsam, da bei Kindern/Jugendlichen die Zusammenhänge in Bezug auf PTBS eine gewisse Komplexität haben und Kinder und Jugendliche außerdem aufgrund der zu erfüllenden Entwicklungsaufgaben von größerer Vulnerabilität als Erwachsene betroffen sind.

1.2.4 Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die *Ätiologie* befasst sich mit den Ursachen von Krankheiten. Sie liefert die Modelle, die zu erklären suchen, warum jemand eine bestimmte Störung ausbildet. Wie auch bei der Epidemiologie stellen sich bei der Ätiologie bestimmte Fragen: Wie repräsentativ sind die Theorien? Was bedeuten die unterschiedlichen Modelle? Welche Gründe gibt es für die Unterschiede? Wie zutreffend sind die Erklärungen für die Entstehung der Symptome oder die Schwere der Störung? Zunächst sind deswegen nachfolgend die *Erklärungskonzepte* per se von Interesse. Im Anschluss daran werden *Risiko- und Schutzfaktoren, Vulnerabilität und Resilienz* genauer behandelt.

Im Rahmen der Ätiologie der PTBS bei Kindern und Jugendlichen muss zunächst auf einen wichtigen Punkt hingewiesen werden: In Fällen, in denen es nicht zur vollen Ausbildung einer PTBS kommt, kann eine subsyndromale Störung entstehen und die Entwicklung des Kindes/Jugendlichen beeinträchtigen. Die subsyndromale Störung kann, bei wiederholter Belastung oder gar Re-Traumatisierung, zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Störung mit klinischem Vollbild werden (vgl. Giaconia, et al., 1995). Zudem kann Traumatisierung an sich auch kumulativ erfolgen, durch mehrere Ereignisse, von denen jedes an sich noch nicht unbedingt (voll) traumatisierend für das Kind sein muss, die aber in ihrer Kombination zu einer weitreichenden Beeinträchtigung führen können, bis hin zur schließlichen Ausbildung einer klinischen Störung (vgl. Korte, et al., 2005).

1.2.4.1 Erklärungskonzepte

Die PTBS steht bei Kindern und Jugendlichen wie auch bei Erwachsenen in direktem Zusammenhang mit einem traumatischen Ereignis, das der Störung vorausgehen muss. Die Entwicklung und den Verlauf einer PTBS beeinflussen bei Kindern und Jugendlichen viele verschiedene Faktoren, die untereinander in einem komplexen Zusammenhang stehen (unter Umständen noch komplexer als bei Erwachsenen). Nachfolgend werden zunächst einige Erklärungsansätze kurz referiert, bevor zwei Modelle zur Traumabewältigung bzw. chronischen PTBS detaillierter dargestellt werden. Diese beiden Modelle wurden ursprünglich „für Erwachsene“ entwickelt, sind aber auf Kinder und Jugendliche übertragbar, wobei natürlich entwicklungs-psychologische Besonderheiten beachtet werden müssen. Dem Stand der aktuellen Forschung nach ist ein Zusammenspiel der Befunde aus unterschiedlichen Bereichen der Psychologie am besten geeignet, um die Entstehung der Reaktionen auf traumatische Ereignisse nachvollziehbar und erklärlich zu machen. Eine Synthese unterschiedlicher Erkenntnisse und Perspektiven aus unterschiedlichen Bereichen liefert sich ergänzende Modelle und Erklärungen, die das komplexe Feld der PTBS erklärlich machen. Methoden- und Theorienvielfalt und eine Nutzung dieser Vielfalt sind es, was der Komplexität am ehesten gerecht zu werden vermag. Nachfolgend finden sich die wichtigsten Theorien, Perspektiven und Modelle zu Belastungsreaktionen und -störungen bzw. der PTBS dargestellt. Hagl (2008) liefert hierzu einen Überblick über unterschiedliche Perspektiven und Konzepte.

Für das aktuelle Verständnis der PTBS sind mehrere Theorien bedeutsam, unter anderem: Aus dem Bereich der Lerntheorien die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1960, zitiert nach Hagl, 2008), welche von klassischen und operanten Konditionierungsprozessen bei der Ausbildung von Reaktionen auf Belastungen ausgeht, und die so genannte *Preparedness* von Seligman (1971, zitiert nach Hagl, 2008), welche von einer grundsätzlichen Bereitschaft ausgeht, auf bestimmte Reize leichter entsprechende Reaktionen, z.B. nach einer belastenden Situation, zu entwickeln.

Diese beiden grundlegenden Konzepte finden heutzutage Unterstützung im Bereich der Neurologie. Demnach spiegeln die Symptome der PTBS Veränderungen wieder, die aufgrund der traumatischen Erfahrung in den neurobiologischen Systemen der betroffenen Person erfolgen. In jüngerer Zeit gehen die Versuche in die Richtung, diese Veränderungen auf neurobiologischer Ebene mit konkreten, eine PTBS ausmachenden Symptomen in Zusammenhang zu bringen (Heim & Nemeroff, 2009). Es finden sich im Bereich der biologischen Psychologie auf neuroendokriner Ebene

Befunde zur akuten Reaktion auf Stress, sowie zur Reaktion auf chronischen und auch traumatischen Stress (Yehuda, 2004).

Auch die allgemeine Psychologie, hier speziell die Gedächtnisforschung und ihre Befunde zur Speicherung von Informationen in verschiedenen Kontexten oder die Besonderheiten von expliziten oder impliziten Gedächtnisinhalten, bringt Aspekte ein, die im Rahmen einer Erklärung der PTBS-Entwicklung nicht zu vernachlässigen sind (z.B. Shin, Rauch & Pitman 2005 oder McNally, 2006, siehe dazu Hagl, 2008). Für einen weiteren Überblick zum Stand aktueller Forschungsergebnisse sei an dieser Stelle auf Stein und Kollegen verwiesen (Stein, et al., 2009).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Erklärung der PTBS also beispielsweise Konzepte integriert, die die Störung möglichst ganzheitlich zu fassen vermögen und Theorien über die Bedeutung und das Zusammenspiel verschiedener Faktoren, wie etwa der Speicherung von Informationen im Gedächtnis, der Funktion bestimmter Lernprozesse und der Rolle hormoneller Botenstoffe in einer Stresssituation, kombinieren. Ergebnis derartiger Überlegungen sind dann Modelle zur Entstehung der PTBS – nachfolgend werden zwei davon dargestellt.

Abbildung 2 zeigt ein Modell der Traumabewältigung auf Basis der transaktionalen Stresstheorie. Das Schema verdeutlicht in welche Kategorien die jeweiligen Einflussfaktoren fallen (können) und welche Zusammenhänge es zwischen ihnen geben kann. Dem Modell nach beeinflussen Merkmale des Traumas (z.B. Art), Merkmale des Individuums (z.B. Geschlecht) und Merkmale des Umfelds (z.B. unterstützendes Umfeld) die kognitive Bewertung, das gezeigte Coping-Verhalten und die PTBS-Symptomatik, wobei die Bewertung außerdem auch das Coping-Verhalten und dieses dann wiederum die Symptomatik beeinflusst (Landolt, 2004). Dieses Modell der Traumabewältigung wird insofern zu einem Modell der PTBS, als dass die betroffene Person im Falle nicht erfolgter Bewältigung eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt.

Bei der Anwendung dieses Modells auf Kinder und Jugendliche ist zu beachten, dass jeder einzelne Faktor abhängig vom Entwicklungs- und Lebensalter des Kindes/Jugendlichen gesehen werden muss. Beispielsweise verfügen jüngere Kinder noch über so genanntes „magisches Denken“ und eine andere Vorstellung von Tod (Merkmale des Individuums), was wiederum Einfluss auf die Bewertung haben kann, die sich dann wiederum in der Reaktion auf das Ereignis – dem Coping-Verhalten – spiegeln bzw. zur Symptomatik werden kann.

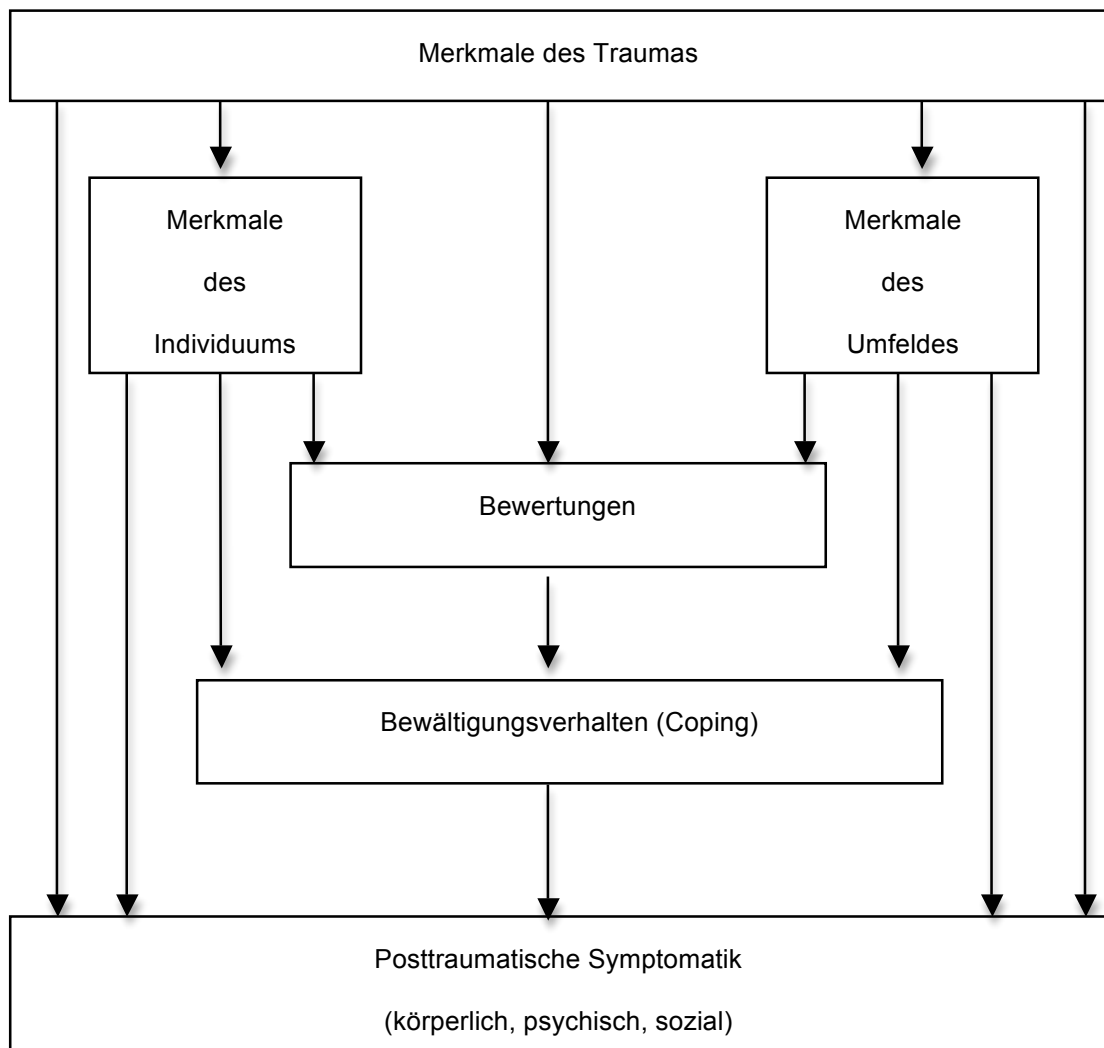


Abbildung 2: Modell transaktionaler Traumabewältigung (nach Landolt, 2004, S. 58)

Ein weiteres Modell zur chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung wurde von Ehlers (1999, zitiert nach Rosner, 2008) entwickelt. Die Übertragbarkeit auf Kinder und Jugendliche wird durch eine Reihe entsprechender Untersuchungsergebnisse belegt (Rosner, 2008). Abbildung 3 zeigt dieses Modell der PTBS von Ehlers.

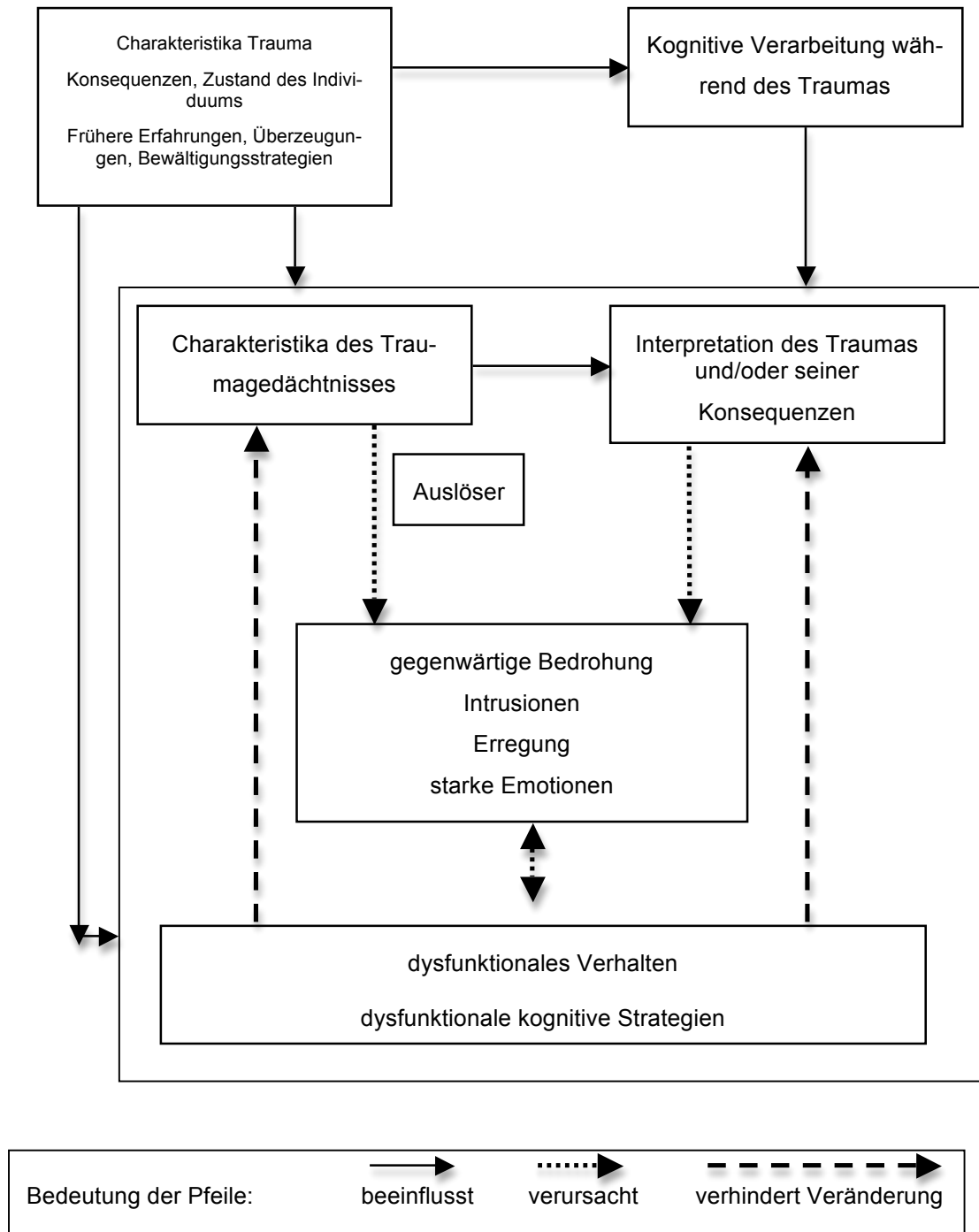


Abbildung 3: Modell der chronischen PTBS (nach Ehlers, 1999, zitiert nach Rosner, 2008; Ehlers & Clark, 2000; Modifikationen in der Darstellung durch die Autorin)

Im Rahmen der Annahmen des Modells von Ehlers wird davon ausgegangen, dass das traumatische Ereignis nur ungenügend im Gedächtnis elaboriert und mit dem autobiographischen Gedächtnis verknüpft wird. Zudem erfolgt eine Reihe dysfunktionaler Bewertungs- und Einschätzungsprozesse des Ereignisses und seiner Folgen (z.B. „ich bin jetzt nirgends mehr sicher“). Dies führt in Kombination mit Primings- und Konditionierungsprozessen dazu, dass Symptome des Wiedererlebens leicht ausgelöst werden können. Das wiederum begünstigt den Einsatz von kognitiver Vermeidung, so dass eine weitere Verarbeitung und auch Veränderung der Gedächtnisinhalte verhindert wird. Es erfolgt außerdem eine sehr negative Bewertung von Ereignis und Folgen (also auch der Symptome) durch die betroffene Person, was zusammen mit dem Wiedererleben ein Gefühl von Bedrohung entstehen lässt. Die Person reagiert darauf mit dysfunktionalen Verhaltensweisen und kognitiven Strategien (zum Beispiel Grübeln, Vermeidung, Dissoziation), die die aktuelle Bedrohung verringern sollen. Sie führen aber im Gegenteil vielmehr zu einer Aufrechterhaltung (Meiser-Stedmann, 2002; Rosner, 2008).

Bei einer Übertragung der Modellannahmen auf Kinder (und Jugendliche) müssen die bereits erwähnten Faktoren Entwicklungs- und Lebensalter berücksichtigt werden. Das im Rahmen der Ausführungen zum transaktionalen Traumabewältigungsmodell von Landolt (siehe oben) schon angeführte magische Denken bei Kindern beispielsweise spielt auch im Modell von Ehlers eine Rolle, da es die kognitive Verarbeitung während des Traumas und die spätere Interpretation beeinflussen kann. Auch die Reaktion der Umwelt (bei Landolt die Merkmale des Umfeldes) spielt bei dem Modell von Ehlers eine Rolle. Je jünger ein Kind ist, umso wichtiger sind die primären Bezugspersonen für das Kind, wenn es darum geht, das Geschehene zu bewerten, interpretieren und einzuordnen. Je nachdem, wie die Reaktion der Umwelt ausfällt (beispielsweise verständnisvoll und das Ereignis erklärend oder abweisend und das Ereignis tabuisierend), werden Interpretation des Traumas, aber auch das Befinden des Kindes, seine Bewältigungsversuche oder seine Vorstellungen bezogen auf Ereignis und zukünftige Entwicklungen beeinflusst.

Speziell für die Ätiologie der PTBS bei Kindern und Jugendlichen erscheint zudem das Konzept von Pynoos und Kollegen bedeutsam. Sie haben die Reaktion von Kindern und Jugendlichen auf ein traumatisches Ereignis mehr vor den Hintergrund einer Entwicklungsperspektive gesetzt (Pynoos, 1994; Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995; Pynoos, Steinberg & Goenjian, 1996; Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999; alle zitiert nach Meiser-Steman, 2002). Demnach sind für die kindliche Reaktion die vier Faktoren a) proximale Trauma-Erinnerungs-Hinweise, z.B. physiologische Reaktionen,

b) proximale sekundäre Stressoren, z.B. Veränderungen in der Familie, c) die Umwelt des Kindes, z.B. elterliche oder schulische Einflüsse und d) kindliche Faktoren, z.B. genetische Disposition, bedeutsam (Meiser-Stedman, 2002).

1.2.4.2 Risiko- und Schutzfaktoren, Vulnerabilität und Resilienz

Die oben genannten Modelle machen deutlich, welche unterschiedlichen Faktoren an Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS bei Kindern und Jugendlichen von Relevanz sein können. Es gibt allgemein gesprochen eine Vielzahl von Faktoren, die bei der PTBS-Entwicklung eine Rolle spielen: Faktoren, die in der Person ebenso wie in der Umwelt zu suchen sind. Solche Faktoren, die positiven und solche Faktoren, die negativen Einfluss haben können. Die Psychologie spricht in diesem Zusammenhang von so genannten *Risiko- oder Schutzfaktoren*, wenn es sich um Faktoren handelt, die in der Umwelt verortet sind (exogen) und von *Vulnerabilitäten* oder *Resilienzen*, wenn es sich um Faktoren handelt, die in der Person selbst verortet sind (endogen). Im Rahmen der Bemühungen darum Erklärungen für die Entwicklung einer PTBS zu finden, ist das Konzept der Risiko-/Schutzfaktoren bzw. Vulnerabilitäten/Resilienzen von zentraler Bedeutung. Wenn die grundsätzlich bedingenden Aspekte erfüllt sind (im Falle der PTBS das Erleben eines traumatischen Ereignisses), dann gilt als Risikofaktor/Vulnerabilität, was die Ausbildung der Störung begünstigen oder unterstützen kann, also das Risiko erhöht. Dementsprechend gilt als Schutzfaktor/Resilienz, was die Ausbildung der Störung verhindern oder abmildern kann, also das Risiko senkt. Abbildung 4 liefert hierzu eine schematische Darstellung.

	exogen (Umwelt)	endogen (Person)
risikoerhöhend	Risikofaktor (z.B. fehlende Unterstützung seitens Familie)	Vulnerabilität (z.B. geringe Intelligenz)
risikosenkend	Schutzfaktor (z.B. Unterstützung seitens Familie vorhanden)	Resilienz (z.B. normale/hohe Intelligenz)

Abbildung 4: Schema zu Risiko-/Schutzfaktoren und Vulnerabilität/Resilienz

Da es sich bei Risiko-/Schutzfaktoren bzw. Vulnerabilitäten/Resilienzen meist um jeweils komplementäre Konstrukte handelt, werden nachfolgend nur die Risikofaktoren/Vulnerabilitäten thematisiert. Die Abwesenheit von Risikofaktor bzw. Vulnerabilität -A bedeutet mehr oder weniger die Anwesenheit von Schutzfaktor bzw. Resilienz +A. Ist beispielsweise Person XY bezogen auf den Risikofaktor Geschlecht keine Frau (-A), so ist sie sicher ein Mann (+A).

Einen Überblick über einige mögliche Risikofaktoren liefert Tabelle 18 (nach Rosner, 2008). Die Darstellung folgt dabei der auch in der Forschung gängigen Unterteilung der Risikofaktoren in a) solche, die schon vor dem traumatischen Ereignis existiert haben, b) solche, die dem traumatischen Ereignis immanent oder während des Ereignisses in der Person anzutreffen sind und c) solche, die für die Zeit nach dem Ereignis beobachtet werden können. Dem Verlauf des Traumas folgend spricht man von den a) prätraumatischen, b) peritraumatischen und c) posttraumatischen Risikofaktoren.

Tabelle 18: Mögliche Risikofaktoren für Kinder und Jugendliche (nach Rosner, 2008)

Art der Risikofaktoren	Risikofaktoren
prätraumatisch	jüngeres Alter, weibliches Geschlecht niedriger sozioökonomischer Status psychiatrische Vorerkrankung Funktionsniveau, Vortraumatisierung
peritraumatisch	Schwere des Ereignisses wahrgenommene Lebensgefahr Art des Ereignisses Tod/Verletzung einer bekannten Person Intensität der unmittelbaren emotionalen Reaktion Verlust von Ressourcen (z.B. Verlust des Zuhauses)
posttraumatisch	akute Belastungsstörung dysfunktionale Bewältigungsstrategien Psychopathologie (Depression, Ängstlichkeit) PTBS der Eltern fehlende soziale Unterstützung (des Kindes/der Eltern) weitere belastende Lebensereignisse

Als gut belegte Risikofaktoren gelten für Kinder das weibliche Geschlecht und die Vorbelastung (Landolt, 2004). Nicht eindeutig sind die Befunde zum kindlichen Entwicklungsstand per se als Risikofaktor, denn junges Alter wird kontrovers diskutiert, sowohl als Schutzfaktor (kleine Kinder erfassen das Ausmaß/den Schweregrad des Ereignisses nicht in seiner Vollständigkeit) als auch als Risikofaktor (kleine Kinder sind vulnerabler, da ihre Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist). Nachfolgend findet sich ein Überblick über einige wichtige Erkenntnisse zum Thema. Die Schätzungen der Effektstärken einzelner Risikofaktoren für Kinder und Jugendliche sind denen der Erwachsenen vergleichbar (Siddaway, et al., 2007, zitiert nach Rosner, 2008) – sie werden nachfolgend für verschiedene Faktoren berichtet. Die Einteilung erfolgt ebenfalls in prä-, peri- und posttraumatische Risikofaktoren.

a) Prätraumatische Risikofaktoren

Zu den prätraumatischen Risikofaktoren gehören diejenigen Faktoren, die das Risiko erhöhen, im Falle des Erlebens eines traumatischen Ereignisses später eine PTBS zu entwickeln, die aber schon vor dem Eintritt des Ereignisses völlig unabhängig davon existent waren (z.B. weibliches Geschlecht). Es zählen auch solche Faktoren dazu, die unter Umständen primär dazu beitragen, dass eine Person überhaupt (oder erneut) ein Trauma erlebt. So kann beispielsweise bereits früher erlebte Traumatisierung spätere Reviktimisierung, also das erneute Erleben eines Traumas, begünstigen (Hagl, 2008). Die prätraumatischen Risikofaktoren allgemein lassen sich unterteilen in solche, die zu den demographischen Daten gehören, solche, die mit früheren traumatischen Ereignissen zu tun haben, solche, die die psychische Gesundheit der Person betreffen, solche, die mit Persönlichkeitsmerkmalen und Copingstrategien und solche, die mit neurobiologischen Faktoren in Verbindung stehen.

Demographische Daten – Unter anderem weibliches Geschlecht, Alter und sozioökonomischer Status (SES) gehören zu den demographischen Daten, die als Risikofaktoren gelten. Bezogen auf den Faktor (weibliches) Geschlecht sind die gefundenen Effekte (z.B. in der Meta-Analyse für Erwachsene von Brewin, et al., 2000) allerdings eher schwach ($r = .13$) und die durchgeführten Studien weisen verschiedene methodische Probleme auf (Gavranidou & Rosner, 2003). Neueste Meta-Analysen bestätigten allerdings, dass der Geschlechtseffekt auch dann bestehen bleibt, wenn man die Art des erlebten Ereignisses kontrolliert (Tolin & Foa, 2006). Eine Meta-Analyse mit Kindern und Jugendlichen, die traumatisch verunfallt waren, ergab beispielsweise, dass es immerhin einen Zusammenhang von $r = .18$ für weibliches Geschlecht und die Entwicklung einer PTBS nach dem Unfall gab (Cox, Kenardy & Hendrikz, 2007). Olf, Langeland, Draijer und Gersons (2007) stellen in ihrer Arbeit ver-

schiedene Elemente dar, die der größeren Vulnerabilität von Frauen zugrunde liegen, wie beispielsweise Art des Traumas, Alter zum Zeitpunkt des Ereignisses oder stärkere wahrgenommene Bedrohung während der Ereignisse. Der für den SES gefundene Effekt (wieder bei Brewin, et al., 2000) ist im Gegensatz dazu etwas höher ($r = .14$), wobei auch diesem Effekt sehr unterschiedliche Effekte in den einzelnen Studien zugrunde liegen. Wittchen und Kollegen nennen außerdem noch ein geringes Bildungsniveau als Risikofaktor, jedoch ohne Angaben zu den tatsächlichen Effektstärken (Wittchen, et al., 2009).

Frühere traumatische Ereignisse – In den Meta-Analysen von Brewin, et al. (2000) und einer weiteren für Erwachsene von Ozer, et al. (2003) wurden Misshandlungserfahrung in der Kindheit, negative Erfahrungen in der Kindheit anderer Art und grundsätzliche traumatische Erfahrung (bei Brewin und Kollegen) respektive frühere traumatische Erfahrungen und traumatische Erfahrungen in der Kindheit (bei Ozer und Kollegen) betrachtet. Gefunden wurden Effekte in Höhe von $r = .14$ und $r = .19$ bzw. $r = .12$ (Brewin, et al., 2000) respektive $r = .17$ (Ozer, et al., 2003). Cox und Kollegen (2007) fanden für frühere traumatische Ereignisse als Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS nach einem Unfall ein $r = .08$ für die Kinder und Jugendlichen in ihrer Meta-Analyse.

Psychische Gesundheit – Die psychische Gesundheit betreffend gilt eine vorhergehende bzw. eine bereits existierende eigene psychische Störung ebenso wie eine familiäre (Vor-) Belastung als risikoerhöhend. Die gefundenen Effekte liegen hier bei $r = .13$ (für familiäre Vorbelastung bei Brewin, et al., 2000) oder $r = .17$ (Ozer, et al., 2003). In der Meta-Analyse von Ozer und Kollegen findet sich der Hinweis, dass besonders Depression als prätraumatische Störung von besonderer Bedeutung sein kann. Für den Zusammenhang zwischen prätraumatisch vorliegender Psychopathologie und PTBS nach Unfällen fanden Cox, et al. (2007) etwa ein $r = .22$ in ihrer Studie.

Persönlichkeitsmerkmale und Copingstrategien – Persönlichkeitsmerkmale werden in Zusammenhang mit den Copingstrategien (also den Mechanismen und Strategien, die eine Person hat, um ein Ereignis zu „bewältigen“) genannt, weil eine klare Trennung nicht immer machbar erscheint.¹¹ Detailliertere Ausführungen dazu finden sich unter b) Peritraumatische Risikofaktoren, da diese Theorien am Ereignis und z.B. der Bewertung desselben ansetzen. Das Fehlen entsprechender Copingmechanismen

¹¹ Die Problematik stellt sich, vereinfacht, folgendermaßen dar: Ist das Vermögen einer Person, in stressigen Situationen/kritischen Momenten ruhig bleiben zu können, eine Fähigkeit (also etwas Angeborenes, ein Persönlichkeitsmerkmal) oder eine Fertigkeit (also etwas Erlerntes, eine Copingstrategie)? Oder vielleicht eine Kombination? Wie groß ist dann der Anteil der angeborenen Fähigkeit im Vergleich zu den später erlernten Fertigkeiten?

kann jedoch als prätraumatischer Risikofaktor gelten. Die Untersuchung sogenannter „harter“ Persönlichkeitsmerkmale wie Intelligenz (untersucht zum Beispiel bei Brewin, et al., 2000) fällt leichter – aber selbst hier stellt sich dann die Frage nach den Anteilen der fluiden und kristallinen Intelligenz und ihrer jeweiligen Beteiligung an der Art und Weise, wie eine Person mit einem ganz bestimmten traumatischen Ereignis umgeht. Grundsätzlich gilt geringe Intelligenz jedoch als die Vulnerabilität erhöhend. Wittchen und Kollegen führen in ihrer Übersicht Neurotizismus und ein niedriges Selbstwertgefühl als zwei weitere Persönlichkeitsmerkmale auf, die prätraumatisch existente Risikofaktoren darstellen (Wittchen, et al., 2009).

Neurobiologische Faktoren – Grundsätzliche genetische Unterschiede, mit dem Geschlecht in Zusammenhang stehende neurobiologische bzw. hormonelle Unterschiede und eine über die Lebensspanne hinweg individuell verschiedene Konfrontation mit stressigen/belastenden Ereignissen in der individuellen Entwicklung (beispielsweise chronisch streitende Eltern) führen dazu, dass die neurobiologischen Systeme von Personen sich ganz unterschiedlich entwickeln. Bezogen auf traumatische Ereignisse stellen sie dann unterschiedliche Risikokonstellationen dar. Ein Beispiel für ein solches neurobiologisches System ist die HPA-Achse¹² mit dem ACTH (Adrenocorticotropes-Hormon, auch Corticotropin) als relevantem Hormon. Damit in Verbindung stehen wiederum die Glucocorticoide, welche selbst Einfluss auf Stoffwechsel, Immunsystem und Gehirn haben (Heim & Nemeroff, 2009). Man nimmt an, dass akuter Stress zu einer Aktivierung der HPA-Achse führt, was dann Auswirkungen auf die anderen Elemente des Systems hat. Eine langdauernde Aktivierung der HPA-Achse kann langfristig gesehen beispielsweise Veränderungen im Immunsystem der betroffenen Person bewirken. Ein Geschlechtsunterschied findet sich in diesem Zusammenhang etwa bezogen auf Dauer und Ausmaß der Aktivierung der HPA-Achse: Frauen zeigen im Falle von Stress höhere und längere Aktivierung als Männer (Heim & Nemeroff, 2009). Im Sinne negativen und positiven Feedbacks findet eine gegenseitige Beeinflussung statt, hier sind dann langfristige Veränderungen bei langdauernder Traumatisierung mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Grundlegende genetische Unterschiede können zum Beispiel bezogen auf die Rezeptoren für bestimmte (Stress-) Hormone manifest werden oder die Leichtigkeit, mit der die körpereigene Homöostase in den Botenstoffsystemen auch im Falle traumatischen Stresses wiederhergestellt werden kann. Für eine ausführlichere Darstellung der Forschung, etwa bezogen auf bestimmte Hormone oder Rezeptoren sei auf Heim & Nemeroff (2009) verwiesen.

¹² Steht für Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (engl.: Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis).

b) Peritraumatische Risikofaktoren

Wie bereits erwähnt stellt die Art des *Coping* (des Umgangs mit dem traumatischen Ereignis) einen wichtigen Faktor dar, wenn es darum geht, ob sich eine PTBS entwickelt oder nicht. Weitere Risikofaktoren in der Phase während des traumatischen Ereignisses sind bestimmte Eigenschaften des Ereignisses/der Situation an sich, die im Folgenden unter *Eigenschaften des Traumas* zusammengefasst werden. Ebenso ein Risikofaktor ist das *Erleben während des Traumas*.

Coping – Vor allem die Notfallpsychologie und die Stressforschung befassen sich mit den Faktoren, die die Art des Umgangs, den eine Person mit einer Krise/einem traumatischen Ereignis findet, risikoerhöhend oder -senkend bezogen auf die Wahrscheinlichkeit einer späteren Störungsentwicklung machen. Nachfolgend werden einige Konzepte kurz dargestellt: das transaktionale Stress-Coping-Modell von Lazarus und Folkman (1984) und Modelle, wie sie von Beck, Rush, Shaw & Emery (1996) oder Meichenbaum (1985) entwickelt wurden.

Das transaktionale Stress-Coping-Modell von Lazarus und Folkman (1984) geht von einer Beziehung zwischen dem Stressor (etwa einem potenziell traumatischen Ereignis) und der Bewältigung aus. Diese Beziehung ist wechselseitig. So kann, ohne eine entsprechende unmittelbare Einschätzung des Ereignisses durch die betroffene Person (*primary appraisal*), das Ereignis nicht als stresserregend klassifiziert werden. Wird das Ereignis aber gemäß dieser ersten Einschätzung als bedrohlich klassifiziert, zumindest aber als herausfordernd, so erfolgt in einem zweiten Schritt die Einschätzung der vorhandenen (eigenen) Bewältigungsmöglichkeiten (*secondary appraisal*). Von dieser Einschätzung hängt dann ab, wie mit dem Ereignis umgegangen, wie darauf reagiert, wie es also bewältigt wird. Linearität liegt hier nicht vor, denn der Erfolg einer angewandten Copingstrategie wird ständig überprüft und unter Umständen wird eine im Moment angewandte Strategie gegen eine andere ausgetauscht oder durch sie ergänzt: Handlungen, Emotionen und Kognitionen beeinflussen sich wechselseitig (Dross, 2001). Führt nun das *secondary appraisal* dazu, dass die Person die vorhandenen Reaktionsmöglichkeiten als nicht ausreichend einschätzt und in Folge dessen in der Situation Hoffnungslosigkeit oder Angst erlebt (beides Elemente des A2-Kriteriums, siehe oben), kann dieses unzureichende Coping einen Risikofaktor darstellen, eine PTBS zu entwickeln.

Mehr kognitiv orientierte Konzepte, wie etwa von Beck, et al. (1996) oder Meichenbaum (1985), betonen die Bedeutung krisenimmanenter Bedingungen, die eine depressive Verstimmung begünstigen, also etwa Selbstzweifel oder Niedergeschla-

genheit. Solche Selbstzweifel können in Kombination mit Rückzugsverhalten und wiederholten Erfahrungen von Hilflosigkeit (die Situation nicht verändern zu können), von Kontrollverlusterlebnissen und der Erfahrung, dass Versuche, sich aus der negativen Situation zu befreien, nicht gelingen (z.B. im Fall von Kindesmisshandlung) nun zur Aktivierung oder Entwicklung dysfunktionaler kognitiver (Coping-) Muster führen. Diese Muster äußern sich dann wiederum in Form von Übergeneralisierung, Personalisierung oder dichotomer Denkweisen (Alles-oder-Nichts), die das weitere Coping beeinflussen und Risikofaktoren darstellen können.¹³

Eigenschaften des Traumas – Erkenntnisse hierzu finden sich nicht nur in Forschungsarbeiten zu zivilen und militärischen Traumata, sondern auch im Bereich der Arbeit von Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (so genannte BOS-Strukturen), zu denen beispielsweise Rettungsdienst, Feuerwehr oder Polizei gehören. Grundsätzlich orientieren sich die Überlegungen zu Eigenschaften des Traumas, die als Risikofaktoren gelten können, an den Traumakriterien (siehe oben). Es wird ein so genannter Dosis-Effekt (englisch: *dose-response-relationship*) angenommen: je mehr der Faktoren in umso stärkerem Ausmaß erfüllt sind, umso risikoreicher. Ein Ereignis von besonderer Schwere oder besonderer Art, kann somit in Kombination mit anderen Bedingungen, wie etwa langer Dauer, hoher Intensität, erlebtem Verlust (einer nahen Person, einer Ressource, etc.), schlimmem Ausmaß (etwa schwere/groteske Verletzungen) und mangelnder Kontrollierbarkeit in seiner Gesamtheit ein sehr facettenreiches Risikofaktoren-Gefüge darstellen (Hagl, 2008). Erlebt eine Frau zum Beispiel einen Autounfall (Erleben eines potenziell traumatischen Ereignisses und eigener Lebensgefahr), bei dem sie ihren Mann verliert (Tod eines bedeutsamen Anderen, Verlust einer Ressource) und bei dem ihr Kind schwer verletzt wird (Vorhandensein/Beobachten schwerer Verletzung einer anderen Person), bei dem die Rettungsmaßnahmen lange dauern (lange Dauer des Traumas), weil sie im Fahrzeug eingeklemmt ist und sie sich selbst nicht befreien kann (Erleben von Hilflosigkeit, Angst), dann entsteht sehr schnell ein komplexes Risiko-Gefüge. Diese Komplexität zeigt sich auch in den Untersuchungen zum Thema. Brewin und Kollegen fanden z.B. für die Traumaschwere in ihrer Meta-Analyse Werte zwischen $-.14$ und $.76$ (Brewin, et al., 2000). Für Kinder wurde studienübergreifend ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schwere der Exposition während des Traumas und der Schwere der PTBS bzw. des späteren PTBS-Risikos gefunden (Foy, et al., 1996).

¹³ An dieser Stelle sei daran erinnert, dass die Depression die häufigste Traumafolgestörung ist und auch in Komorbidität mit der PTBS anzutreffen ist.

Erleben während des Traumas – Dem subjektiven Erleben während des Traumas kommt große Bedeutung bei. Wie aus den Kriterien zur Diagnose der PTBS deutlich wird (Kriterium A2: Erleben intensiver Furcht, Angst, Hoffnungslosigkeit) ist das Erleben zentrales Element traumatischer Ereignisse. Hier spielen auch Eigenschaften des Traumas eine Rolle, die Bewertung des Ereignisses und damit subjektives Erleben maßgeblich beeinflussen. In Zusammenhang mit dem Erleben während des Traumas erwähnenswert sind: wahrgenommene Lebensgefahr (Ozer und Kollegen fanden 2003 ein $r = .26$) und Erleben intensiver Emotionen, also Kriterium A2 (Ozer und Kollegen fanden, bei kleiner Studienzahl 2003, ein $r = .26$). Weathers und Keane (2007) gehen davon aus, dass weniger das Vorhandensein einer intensiven emotionalen Reaktion Prädiktor für die PTBS-Entwicklung ist, sondern dass vielmehr das Fehlen einer solchen Reaktion Prädiktor dafür ist, dass die Person keine PTBS entwickeln wird.

Die peritraumatische Dissoziation ist von allen untersuchten Faktoren, die während des Erlebens eines Traumas als Risikofaktoren eine Rolle spielen (können), die mit den bisher höchsten gefundenen Effektstärken. So fanden Ozer, et al. (2003) für die Vorhersage von PTBS durch peritraumatische Dissoziation ein $r = .35$ und Breh und Seidler (2005) eine mittlere Effektstärke von $r = .36$ für den Zusammenhang zwischen peritraumatischer Dissoziation und PTBS. Für einen fundierten Überblick über Phänomenologie und Forschung zur peritraumatischen Dissoziation siehe Hagl (2008).

Ehlers und Clark (2000) gehen davon aus, dass bestimmte traumaspezifische Eigenheiten der Informationsverarbeitung und -speicherung die Entwicklung einer PTBS begünstigen: zu sehr *data-driven processing* (also „rein“ perzeptuelle Verarbeitung) führt – im Gegensatz zu *conceptual processing* (konzeptueller Verarbeitung) – dazu, dass Personen, während sie ein Trauma erleben, durch sensorische Reize überwältigt werden. Deswegen können sie die Informationen nicht ausreichend konzeptuell einbinden und haben in Folge dessen mit den teils stark fragmentierten Erinnerungen zu kämpfen (Hagl, 2008). Diese fragmentierten Erinnerungen, die dann unter Umständen in Form von Intrusionen ins Bewusstsein treten.

c) *Posttraumatische Risikofaktoren*

Unter posttraumatischen Risikofaktoren versteht man solche, die – nach dem Ende des Traumas – eine Anpassung, die unabhängig von Art und Schwere des Traumas in jedem Fall erfolgen muss, beeinträchtigen oder gar verhindern. Dazu gehören unter anderem die *Entwicklung einer Akuten Belastungsstörung*, die *Reaktion des sozialen Umfeldes*, *soziale Unterstützung* und die *kognitive Verarbeitung des Traumas und posttraumatisches Coping*.

Entwicklung einer Akuten Belastungsstörung – Die Art der anfänglichen, initialen Symptomatik, in ihrer extremsten Ausprägung dann folglich in Form einer Akuten Belastungsstörung (ABS) vorliegend, wird als Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS nach dem Erleben eines Traumas gesehen. Harvey und Bryant (1998) betrachteten die Vorhersagekraft der einzelnen ABS-Symptome einerseits und der vier Cluster Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung und Dissoziation andererseits. Sie fanden für die einzelnen Symptome Depersonalisation, Wiedererleben, emotionale Taubheit und motorische Unruhe ebenso wie für den Cluster Dissoziation die höchste Vorhersagekraft (im Sinne einer späteren PTBS-Entwicklung). Die Entwicklung einer Akuten Belastungsreaktion als Risikofaktor zu sehen ist jedoch nicht unumstritten, da PTBS-Entwicklung auch bei Personen zu beobachten ist, die keine ABS entwickelt hatten. So kommt Bryant (2003) zu dem Schluss, dass unter Umständen die drei für die ABS-Diagnose notwendigen Dissoziations-Symptome einen zu hohen Grenzwert darstellen, der zu wenig sensitiv ist.

Reaktionen des sozialen Umfelds, soziale Unterstützung – Die gezeigte soziale Unterstützung seitens der Umwelt kann als multidimensionales Konstrukt gesehen werden, das den Trost, die Hilfe und/oder die Information umfasst, die die betroffene Person erhält, und zwar von Einzelnen und/oder Gruppen in formalem oder informellem Rahmen (Wallston, et al., 1983, zitiert nach Flannery, 1990), wobei der Kontakt verbal oder non-verbal erfolgen kann (Lehman, et al., 1986, zitiert nach Flannery, 1990). Die Unterstützung kann sich dann auf verschiedene Bereiche beziehen, etwa auf Zuhören und das Geben von Ratschlägen, konkrete sachbezogene Unterstützung oder auch auf soziale Unterstützung (Cook & Bickman, 1990).

Bezogen auf die Rolle des sozialen Umfelds für die posttraumatische Verarbeitung/Anpassung haben Untersuchungen mit Erwachsenen ergeben, dass das Ausmaß erlebter sozialer Unterstützung wichtig ist (Wittchen, et al., 2009), und dass, wie Brewin und Holmes (2003) zeigen konnten, die fehlende soziale Unterstützung als besonderer Risikofaktor für PTBS gelten kann. In ihrer Meta-Analyse fanden Brewin und Kollegen (2000) einen mittleren Effekt von $r = .40$ für die fehlende soziale Unterstützung und Ozer und Kollegen (2003) immerhin eine mittlere gewichtete Effektstärke von $r = -.28$ für die wahrgenommene soziale Unterstützung (im Sinne von: je mehr wahrgenommene soziale Unterstützung, desto weniger PTBS). Natürlich ergibt sich eine gewisse Ungenauigkeit dadurch, dass „erlebte“ soziale Unterstützung eine rein subjektive Sache ist, die je nach Disposition, Persönlichkeitseigenschaften oder aktuellen Bedürfnissen der Person, variieren kann.

Dem sozialen Umfeld kommt bei Kindern (und Jugendlichen) besondere Bedeutung bei. Für den Umgang mit traumatischen Ereignissen, die Qualität des Copings seitens des Kindes/Jugendlichen und somit für Entwicklung und Verlauf/Aufrechterhaltung einer PTBS sind die Reaktionen der Eltern von zentraler Bedeutung (Pfefferbaum, et al., 1997, zitiert nach Copping, Warling, Benner & Woodside, 2001; Landolt, 2005). Eigene Symptombelastung oder gar psychiatrische Erkrankung seitens der Eltern/Bezugsperson erhöht das kindliche Risiko, eine Störung zu entwickeln (Foy, et al., 1996; Landolt, et al., 2003). Zu beachten ist, dass Eltern sowohl dadurch belastet/traumatisiert sein können, weil sie das Ereignis mit ihrem Kind zusammen erlebt haben (z.B. am Steuer des Unfallwagens), als auch, weil sie von dem Ereignis erfahren haben, das ihr Kind erlebt hat z.B. bei Bekanntwerden von sexuellem Missbrauch des Kindes (Rosner, 2008).

Die Art, wie die Eltern das Ereignis bewerten, beispielsweise als „gefährlich und schlimm“ oder als „harmlos und unbedeutend“, ist für die Reaktion des Kindes wichtig und je jünger das Kind ist, umso wichtiger ist die elterliche Bewertung (Rosner, 2008). Das liegt daran, dass das Kind seine eigene subjektive Bewertung aufgrund der ihm vorliegenden Informationen vornimmt. Wichtigste Informationsquelle sind jedoch Eltern/Bezugsperson, die somit indirekt beeinflussen können wie die weitere Entwicklung des Kindes nach dem Trauma verläuft. Abgesehen davon gelten erlebte Angst und Hilflosigkeit während des Traumas als die Risikofaktoren mit der höchsten Vorhersagekraft (Landolt, 2004), ähnlich gewichtige Effekte haben bisherigen Befunden zufolge nur empfundene Schuldgefühle (Joseph, Brewin, Yule & Williams, 1993, zitiert nach Landolt, 2004).

Kognitive Verarbeitung des Traumas und posttraumatisches Coping – Dieser Faktor schließt an die Überlegungen an, die unter b) Peritraumatische Risikofaktoren: Erleben während des Traumas (bezogen auf das Modell von Ehlers und Clark, 2000) bereits angestellt wurden. Logischerweise wird die kognitive Verarbeitung des Traumas nach „Ende“ desselben bedingt und (mit) beeinflusst von der Art und Weise der peritraumatischen Verarbeitung des Traumas. Kurz gesagt führt die oben bereits erwähnte, unzureichende Verarbeitung dem Modell nach zu der akuten Symptomatik nach dem Trauma, auf welche die Person mit dysfunktionalen Versuchen der Bewältigung (zum Beispiel Coping durch Vermeidung der angst- oder erinnerungsauslösenden Reize) reagiert. Dies verhindert aber eine funktionale (kognitive) Verarbeitung und trägt so zur Aufrechterhaltung oder Verstärkung der Symptomatik und schlussendlich unter Umständen zur Ausbildung einer PTBS bei (Hagl, 2008).

Neben Bewertung und peritraumatisch erlebten Emotionen sind es bei Kindern und Jugendlichen besonders Coping-Strategien, die eine PTBS-Entwicklung beeinflussen. Für Auswahl und Effektivität von Bewältigungsstrategien ist die Reife des Kindes (intellektuell-kognitiv und emotional-affektiv) bedeutsam – so kann für das Kleinkind eine längeranhaltende Trennung von der primären Bezugsperson traumatisierend sein, der Jugendliche bewältigt dies gut. Ebenso kann ein Kleinkind, wird es Zeuge eines gewalttätigen Vorfalls, davon nicht beeinträchtigt sein, der Jugendliche hingegen dies als Trauma erleben. Zur Bedeutung spezifischer Coping-Strategien liegen jedoch keine ausreichenden Studien vor (Landolt, 2005). Erste Ergebnisse weisen aber darauf hin, dass zumindest die Vermeidung traumarelevanter Reize das Risiko für eine längere Dauer der PTBS zu erhöhen scheint (Aaron, Zaglul & Emery, 1999, zitiert nach Landolt, 2004). Seitens der Bezugsperson zeigt sich, dass einerseits das Coping der Eltern/Bezugsperson Vorbildcharakter hat und andererseits die Reaktion der Eltern/Bezugsperson auf das Ereignis an sich – bezogen auf die Glaubwürdigkeit, die die Eltern dem Kind zusprechen, beispielsweise im Falle sexuellen Missbrauchs – eine Rolle spielen (Rosner, 2008).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Reihe von Modellen existiert, die – jedes für sich – verschiedene Aspekte der Entwicklung und Aufrechterhaltung der PTBS unterschiedlich gut zu erklären vermögen. Der Schlüssel zu einem vollständige(re)n Verständnis der PTBS mag in ihrer Kombination liegen. Bezogen auf Risiko- und Schutzfaktoren und ihre Vorhersagekraft lässt sich festhalten, dass zu einer Reihe von Faktoren solide Ergebnisse bestehen. Für die Ätiologie der PTBS sind gerade die Verknüpfung/Interaktion einzelner prä-, peri- und posttraumatischer Risikofaktoren von Bedeutung. Für Kinder und Jugendliche ähneln die Befunde denen der Erwachsenen, wobei eine besondere Beachtung bestimmter kindlicher Besonderheiten, z.B. der kognitiven Reife, erfolgen muss.

1.3 Theoretische Synthese und Hinführung zur Fragestellung

Von theoretischer Relevanz sind für die hier vorliegende Studie Erkenntnisse aus zwei Forschungsbereichen: der eine befasst sich mit Pflegekindern und ihrer Situation, der andere mit der Posttraumatischen Belastungsstörung, einer möglichen Traumafolgestörung.

Bezogen auf die Situation der Pflegekinder wurde deutlich, dass sie vergleichsweise komplex ist. Die Idee, Kinder unter bestimmten Umständen in Pflege zu geben/nehmen, ist zwar nicht neu (Punkt 1.1.1) und das Pflegekinderwesen per se steht in Deutschland auch unter einem zentralen Leitgedanken, dem des Kindeswohls (Punkt 1.1.2.1). Es entstehen aber beispielsweise bezogen auf die jeweiligen Einzelfälle einerseits bedingt durch amts- bzw. behördenspezifisch unterschiedliche Orientierung, etwa am exklusiven bzw. inklusiven Modell (Punkt 1.1.2.2), und andererseits bedingt durch gewisse verfahrensimmanente Besonderheiten, etwa das Vorhandensein bzw. Fehlen der Möglichkeit einer Rückführung (Punkt 1.1.2.3) sehr unterschiedliche Konstellationen. Außerdem sind von Fall zu Fall Faktoren, die den Erfolg oder Misserfolg einer Pflegschaft beeinflussen, zum Beispiel das Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Herausnahme oder die Anzahl der früheren Unterbringungen, in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination gegeben (Punkt 1.1.2.4).

Hinzu kommen auf Seiten des Pflegekindes eine Reihe von Belastungen, etwa in Form von konkreten Risikofaktoren oder speziellen Erfahrungen in der Herkunftsfamilie. Wie unter Punkt 1.1.3.1 referiert gehören hierzu besonders solche Erfahrungen, die das Pflegekind noch in der Herkunftsfamilie gemacht hat und die zu einer Herausnahme geführt haben (zum Beispiel Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch), welche ebenfalls von individuell unterschiedlicher Dauer, Intensität und Ausprägung waren und somit individuell spezifisch wirken. Im Vergleich dazu sind die Erkenntnisse, die bis dato zur Phase der Herausnahme an sich vorliegen, relativ gering (Punkt 1.1.3.2) – erste Befunde sprechen jedoch dafür, dass auch diese Phase einen Zeitraum darstellt, der für das Pflegekind gewisse Risiken zu bergen scheint. Über die Herausforderungen, die sich dem Pflegekind nach der Herausnahme, also in der Pflegefamilie, stellen, ist mehr bekannt (Punkt 1.1.3.3): So werden hier die Integration in die Pflegefamilie an sich, die Organisation alter und neuer zwischenmenschlicher Beziehungen und der Umgang mit den in der Herkunftsfamilie gemachten Erfahrungen als besonders bedeutend angesehen.

Konkrete Untersuchungen, die sich mit der psychosozialen Situation bzw. der psychischen Gesundheit von Pflegekindern befassen (Punkt 1.1.3.4) kommen zu dem

Ergebnis, dass es sich bei den Pflegekindern um eine vergleichsweise belastete Gruppe handelt. Studien liegen zu unterschiedlichsten Fragestellungen vor. Untersuchungen berichten beispielsweise Prävalenzen für mindestens eine vorliegende psychischen Störung (diagnostiziert nach dem DSM) zwischen rund 42 und 67 Prozent (z.B. McCann, et al., 1996; Garland, et al., 2001). Als gängiges psychometrisches Maß ist die Child Behavior Checklist ein Instrument, das in einer Vielzahl von Studien zur psychischen Gesundheit von Pflegekindern Verwendung gefunden hat. Hier finden sich teilweise Ergebnisse in einem unbedenklichen Bereich (mittlere T-Werte der Studien zwischen 52 und 58; z.B. Zima, et al., 2000; Phillips, 1997, zitiert nach Armsden, et al., 2000) genauso wie solche im klinisch auffälligen Bereich (mittlere T-Werte zwischen rund 61 und 73; z.B. Evans, et al., 1994). Hier spiegelt sich die bereits erwähnte Komplexität wider. Zudem finden sich Belege für die stärkere Belastung von Pflegekindern in zum Beispiel sozialen und schulischen Bereichen.

Dies konnte speziell für Pflegekinder in Deutschland bestätigt werden. Im Rahmen des „Projekts Pflegekinderhilfe“ zeigte sich, dass die Pflegekinder als belastete Gruppe gelten dürfen. So fanden sich beispielsweise im Rahmen der Studie klinisch bedeutsame externalisierende Verhaltensauffälligkeiten in 40 Prozent, schulische Probleme in über 50 Prozent der Fälle (Projektgruppe Pflegekinderhilfe in Deutschland, 2006) und Schulschwierigkeiten wie Klassenwiederholung oder Lernschwierigkeiten in über 66 Prozent der Fälle (Kindler, 2008b).

Gerade in Zusammenhang mit diesen Problemen und Auffälligkeiten, die Pflegekinder in den unterschiedlichsten Bereichen aufweisen, ist die Betrachtung der Rolle, welche die Pflegeeltern haben, besonders bedeutsam. In der Literatur finden sich Untersuchungen, die sich mit Faktoren auf Seiten der Pflegeeltern befassen, die zum Gelingen bzw. Misslingen einer Pflegschaft beitragen (Punkt 1.1.4). Zu den bedeutsamsten zählen hier u.a. das Verhältnis zwischen Pflegeeltern und leiblichen Eltern, welches wiederum das Verhältnis zwischen Pflegeeltern und Pflegekind nachhaltig beeinflussen kann, die Art und Weise, wie die Pflegeeltern das Pflegekind bei Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen unterstützen und wie sensibel und empathisch sie generell ihm gegenüber sind, bestimmte Merkmale der Pflegeeltern, wie etwa eigene Erziehungserfahrung oder Vorerfahrung mit schwierigen Kindern und die Erfahrungen, die Pflegeeltern mit den an der Pflegschaft beteiligten Ämtern und Behörden machen.

Bei der Auseinandersetzung mit der theoretischen Literatur zur Posttraumatischen Belastungsstörung, dem zweiten für vorliegende Arbeit relevanten theoretischen Bereich, ist zunächst auffällig, dass zwar ein Bewusstsein um Folgen traumatischer

Ereignisse an sich alt, die PTBS selbst aber noch vergleichsweise jung ist und gerade für Kinder und Jugendliche erst seit etwas mehr als 30 Jahren ernsthaft thematisiert wird (Punkt 1.2.1). Nichtsdestoweniger liegen in Form der Diagnosemanuale *ICD* und *DSM* umfassende und strukturierte Diagnosevorschläge für Erwachsene wie Kinder und Jugendliche sowohl für die akute Reaktion auf ein traumatisches Ereignis als auch die spätere, also die posttraumatische, Reaktion vor (Punkt 1.2.2). Von Bedeutung ist bei Kindern und Jugendlichen, dass sich die Reaktionen auf das Trauma vielfältiger als bei Erwachsenen zeigen können und die in den Manualen gängigen Diagnoserichtlinien manchen Nachteil haben (z.B. Probleme bei der Diagnostik der Intrusionssymptome bei kleinen Kindern, die nur eingeschränkt zu Selbstauskunft und Introspektion fähig sind). Dem Rechnung trägt ein alternativer Diagnosevorschlag von Scheeringa und Kollegen (Scheeringa, et al., 2003), der beispielsweise den Aspekt neuer kindlicher Trennungängste oder Aggressionen infolge des Traumas hervorhebt.

Bei der Betrachtung epidemiologischer Erkenntnisse zur PTBS (Punkt 1.2.3.1) fällt auf, dass Ereignisse, nach denen Menschen eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, vielseitig (z.B. Verlust einer wichtigen Person, Misshandlung, Vergewaltigung) und Auftretenshäufigkeiten/-wahrscheinlichkeiten teils sehr unterschiedlich sind. Dafür gibt es eine Reihe von Erklärungen, unter anderem Geschlechtsunterschiede oder von Ereignis zu Ereignis verschiedene bedingte Traumawahrscheinlichkeiten. So ist zum Beispiel das PTBS-Risiko nach einer Vergewaltigung ungefähr doppelt so hoch wie nach einem Verkehrsunfall (Breslau, et al., 1998). Epidemiologische Studien belegen außerdem grundsätzliche Ereignisprävalenzen zwischen 50 und über 90 Prozent (Punkt 1.2.3.2), je nach Studie, und zwar für Europa ebenso wie Nordamerika (z.B. Breslau, et al., 1998; Frans, et al., 2005). Bei Kindern und Jugendlichen finden sich teils niedrigere Prävalenzen um die 20 Prozent (z.B. Essau, Conradt & Petermann, 1999; Perkonig, et al., 2000) und teils mit denen der Erwachsenen vergleichbare Prävalenzen. Bezogen auf vorliegende Studie von besonderem Interesse sind Untersuchungen zur PTBS-Prävalenz nach Misshandlung oder Missbrauch. Hier finden sich Raten von über 42 bis über 55 Prozent (z.B. Kiser, et al., 1991; McLeer, et al., 1992). Zusätzlich muss erwähnt werden, dass die PTBS als Störung an sich aufgrund des teils langen Verlaufs von über 60 Monaten nicht unterschätzt werden sollte (Punkt 1.2.3.3) und auch, dass ein Trauma bzw. eine vorliegende PTBS mit einer Vielzahl anderer Störungen einher gehen kann (z.B. Angststörungen oder Depressionen). Bezogen auf Kinder und Jugendliche sind beim Verlauf der PTBS mögliche Besonderheiten in der Symptomatik ebenso wie die sehr hohen Komorbiditätsra-

ten (z.B. über 87 Prozent mit mind. einer weiteren Diagnose bei Perkonig, et al., 2000) zu beachten.

Erklärungskonzepte, die sich mit der Entstehung und Aufrechterhaltung der Posttraumatischen Belastungsstörung befassen (Punkt 1.2.4.1) beziehen unter anderem Konditionierungs- bzw. Lernprozesse, Befunde aus der Neuropsychologie und der Gehirn- bzw. Gedächtnisforschung mit ein. Ein sehr umfassendes Modell chronischer PTBS ist das von Ehlers und Clark (Ehlers, 1999, zitiert nach Rosner, 2008; Ehlers & Clark, 2000), welches nicht nur Charakteristika des Traumas und des Individuums, sondern u.a. auch die kognitive Verarbeitung während des Traumas berücksichtigt. Merkmale des Umfeldes, welche in diesem Modell nicht erscheinen, sind in einem anderen Modell des Traumas bzw. der Traumabewältigung integriert. Das Modell der transaktionalen Traumabewältigung (nach Landolt, 2004) vermag in Kombination mit dem von Ehlers und Clark, für Kinder und Jugendliche erweitert durch das Konzept von Pynoos und Kollegen, das zum Beispiel besonders mit dem Trauma in Zusammenhang stehende Veränderungen in der Familie als bedeutsam betont, Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS zu erklären. Hier spielen zudem Risiko- und Schutzfaktoren bzw. die Resilienz und Vulnerabilität des Individuums eine wichtige Rolle (Punkt 1.2.4.2), wobei eine Unterteilung in prä- (z.B. Geschlecht oder frühere traumatische Ereignisse), peri- (z.B. Eigenschaften des Traumas) und posttraumatische (z.B. Reaktion des sozialen Umfeldes) Faktoren logisch erscheint.

Die Betrachtung dieser beiden einzelnen theoretischen Bereiche macht deutlich, dass die Untersuchung kombinierter Fragestellungen zum Thema Pflegekinder und PTBS naheliegend erscheint. Verschiedene Studien, dabei handelt es sich sowohl um internationale Studien wie auch solche aus dem deutschsprachigen Raum, befassen sich genau damit. Je nach Fragestellung finden sich jedoch nur wenige oder keine Forschungsergebnisse zu Traumafolgestörungen, die ganz gezielt nur Pflegekinder untersuchen. Die bereits unter Punkt 1.2 referierten Erkenntnisse zu den Zusammenhängen zwischen Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung und PTBS gelten natürlich auch für Pflegekinder und sind auf sie übertragbar (denn das Pflegekind ist eben auch ein misshandeltes, missbrauchtes bzw. vernachlässigtes Kind). Zudem befasst sich Trauma-Forschung eben mit dem Trauma und nur bedingt mit der Lebenssituation der Traumatisierten. Denn für die Forschung ist das (traumatische) Ereignis bedeutsam und nicht, wie das Kind danach lebt: in der Studie wird das Kind als sexuell missbrauchtes Kind, nicht als Pflegekind geführt. Pflegekinder-Trauma-Forschung wird mitunter zudem, wie Punkt 1.1 deutlich macht, im Fall von Pflegekindern und ihrer kom-

plexen rechtlichen Situation nicht immer einfach und die Studiendurchführung dadurch erschwert sein.

Dennoch ist für vorliegende Arbeit gerade interessant, welche Ergebnisse Studien gefunden haben, die ganz gezielt Pflegekinder und PTBS betrachtet haben. Die Ergebnisse sprechen teils dafür, Pflegekinder tatsächlich als Gruppe mit speziellen Bedürfnis- und Risikokonstellationen zu sehen, was auch an ihrer besonderen Belastung deutlich wird. Andere Studien weisen für Pflegekinder Ergebnisse vor, die denen misshandelter Nicht-Pflegekinder ähneln. Tabelle 19 liefert eine überblicksartige Zusammenfassung beispielhafter Befunde. Für eine Übersicht über die entsprechende Forschung sei zum Beispiel auch auf Oswald, Heil & Goldbeck (2009) und Oswald & Goldbeck (2010) verwiesen.

Milburn, Lynch & Jackson (2008) erhoben beispielsweise die Diagnosen für 121 Kinder und Jugendliche (0 bis 17 Jahre, erstmalig in Pflege). Annähernd 30% der Pflegekinder wiesen eine trauma-bezogene Störung auf (Akute Belastungsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung oder Anpassungsstörung). Höhere Prävalenzen fanden sich beispielsweise bei Perry, Conrad, Dobson, Schick & Runyan (2000) oder auch bei Dubner & Motta (1999). Pflegekinder und solche, die das System der Jugendhilfe als Erwachsene verlassen, haben signifikant mehr psychische und psychiatrische Probleme als die vergleichbare Allgemeinbevölkerung (McMillen, et al., 2005; Roller White, et al., 2009) und zwar nicht nur (aber auch) in Zusammenhang mit posttraumatischer Symptomatik. Immerhin fast 55% aller Befragten in einer großen Studie mit erwachsenen Ex-Pflegekindern hatten psychische Probleme, u.a. PTBS (Bruskas, 2008). Das spiegelt sich zum Beispiel auch im höheren Risiko ehemaliger Pflegekinder wider, Suizidversuche zu begehen (Roller White, et al., 2009). In einer aktuellen Studie von Haight, Black und Sheridan (2010) zeigte sich zum Beispiel, dass in diesem Fall 60 bzw. 40% der Pflegekinder ($N = 15$, 7 – 15 Jahre, $M = 9.6$) aus Haushalten mit Methamphetamin-abhängigen Eltern zur Prä- bzw. Postmessung PTBS-Werte mehr als 1 *SD* vom Mittelwert entfernt hatten (PTBS erhoben anhand der CBCL-PTBS-Subskala von Sim, et al., 2005). Kolko und Kollegen fanden beispielsweise bei über 19% der 483 fremduntergebrachten Pflegekinder ihrer Studie posttraumatische Stresssymptome, erhoben anhand der Trauma Symptom Checklist for Children, *TSCC* (Kolko, Hurlburt, Zhang, Barth, Leslie & Burns, 2010).

Tabelle 19: Prävalenzen trauma-bezogener Störungen bei Pflegekindern

Studie	Prävalenz
Dubner & Motta (1999)	
150 Kinder und Jugendliche (8 bis 19 Jahre), je 50 sexuell missbraucht, physisch misshandelt, ohne bekannte Misshandlungs-/Missbrauchserfahrung	
Diagnosen nach Child Post-Traumatic Stress Disorder-Reaction Index (CPTSD-RI) und dem Childhood PTSD Interview (CPI)	
PTBS (Gruppe sexueller Missbrauch)	64
PTBS (Gruppe physische Misshandlung)	42
PTBS (Gruppe ohne bekannte Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrung)	18
Perry, et al. (2000)	
138 Kinder und Jugendliche (7 bis 17 Jahre)	
Diagnosen nach (CPTSD-RI) und Trauma Symptom Checklist for Children	
klinisch relevante PTBS-Symptomatik	86
McMillen, et al. (2005)	
406 jugendliche Pflegekinder (mittleres Alter von 17 Jahren)	
Diagnosen nach DSM-IV	
PTBS-Lebenszeitprävalenz	14
Milburn, Lynch & Jackson (2008)	
121 Kinder und Jugendliche (0 bis 17 Jahre)	
Diagnose nach ICD-10	
Anpassungsstörung, Akute Belastungsstörung oder PTBS	29
Fechter-Leggett & O'Brien (2010)	
1068 ehemalige Pflegekinder (18 bis 49 Jahre, $M = 30.5$)	
Diagnose nach DSM-IV	
PTBS	22
Keller, Salazar & Courtney (2010)	
732 fast erwachsene Pflegekinder (17 bzw. 18 Jahre, $M = 17.4$)	
Diagnose nach DSM-IV	
PTBS	15
Oswald, Fegert & Goldbeck (2010)	
20 Pflegekinder (7 bis 16 Jahre, $M = 10.4$)	
Diagnose nach DSM-IV	
PTBS	15

Anmerkung: Angaben in Prozent, durch die Autorin auf ganze Zahlen gerundet.

Aus den bereits referierten Besonderheiten, die für Pflegekinder gelten, folgt unter anderem, dass bestimmte Faktoren, die für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen grundsätzlich als Risikofaktoren angesehen werden (wie etwa generelle psychische Auffälligkeit), bei Pflegekindern einerseits recht häufig und andererseits auch in einer Stärke bzw. einem Umfang gegeben sein können, die ein deutliches Entwicklungsrisiko darstellen. Zudem sind bei Pflegekindern eine Reihe von spezifischen Problemen und Risikofaktoren (etwa durch die Fremdunterbringung bedingt) anzutreffen. Dies bedeutet, dass Pflegekinder als sehr vulnerable Gruppe, bezogen auf die in den Herkunftsfamilien erlebten Traumata und die Entwicklung von Traumafolgestörungen als Folge davon, gelten dürfen. Genau hier setzt vorliegende Untersuchung an, in deren Rahmen zwei Aspekte betrachtet wurden:

Forschungsaspekt Eins befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen diagnostizierter Posttraumatischer Belastungsstörung bei Pflegekindern und verschiedenen, aus der bisherigen Forschung im Pflegekinderbereich als relevant bekannten, Variablen. Geklärt werden soll inwieweit diese Variablen einen Einfluss auf die symptomale Belastung bzw. die PTBS-Schwere der Pflegekinder haben.

Die theoretische Forschung sowohl aus dem Trauma- wie auch dem Pflegekinderbereich legt die Vermutung nahe, dass bestimmte bedeutsame pflegekinderspezifische Variablen auch für die weitere Entwicklung des Pflegekindes, hat dieses ein Trauma in der Herkunftsfamilie erlebt, wichtige Einflussgrößen sein können. Abbildung 5 am Ende dieses Kapitels zeigt das bereits dargestellte Modell von Ehlers (siehe oben) erweitert um bzw. konkretisiert durch pflegekinderspezifische Aspekte. Hervorgehoben finden sich die jeweils im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten Größen.

So erscheint für den Pflegekinderbereich zum Beispiel bezogen auf die *Charakteristika des Traumas* nicht nur das Ausmaß der kindlichen Traumatisierung (im Sinne der in der Traumaforschung allgemein bekannten *dose-response-relation*) sondern auch (begründet durch die Pflegekinderforschung) die reine Anzahl an Gründen für die Herausnahme (welche widerspiegelt, wie viele verschiedene Formen der Traumatisierung vorgelegen haben) bedeutsam. Durch die Pflegekinderforschung fundiert lassen sich der *Zustand des Individuums* im Modell von Ehlers als aktuelle klinisch relevante internalisierende, externalisierende und dissoziative Symptomatik und *frühere Erfahrungen* zum Beispiel durch die Anzahl vorheriger Unterbringungen des Pflegekindes fassen. *Bewältigungsstrategien* finden im speziellen Fall des Pflegekindes beispielsweise in Form der erhaltenen psychosozialen Unterstützung Eingang in das Modell und die vorliegende Untersuchung. Bezogen auf *erlebte gegenwärtige Bedrohung* (im Sin-

ne von erlebter Unsicherheit) kann der Status der Unterbringung (dauerhaft oder zeitweilig) für das Pflegekind von Bedeutung sein, ebenso wie die Frage nach dem elterlichen Einverständnis bezüglich der Fremdunterbringung. *Auslöser* für psychische und auch psychosomatische Reaktionen kann im Fall des Pflegekindes beispielsweise der Umgangskontakt sein.

Über eventuelle für Pflegekinder spezifische *kognitive Verarbeitung* während des Traumas, spezifische *Charakteristika des Traumagedächtnisses* und spezifische *Interpretationen des Traumas und seiner Konsequenzen* können, begründet durch die Pflegekinderforschung, noch keine fundierten Hypothesen formuliert werden. Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass gerade der Interpretation der Konsequenzen des Traumas (z.B. Herausnahme des Kindes, Zerfallen der Herkunftsfamilie, evtl. strafrechtliche Ermittlungen bzw. Untersuchungen durch die Behörden, etc.) im Falle der Pflegekinder und ihrer weiteren psychischen Entwicklung zentrale Bedeutung zukommen dürfte.

Im Fall des Pflegekindes, die Pflegekinderforschung betont die Bedeutung von Jugendamt und auch Pflegefamilie, erscheint es angemessen, das Modell von Ehlers um eine Umwelt-Komponente, wie sie etwa im transaktionalen Modell von Landolt als *Merkmale der Umwelt* oder bei Pynoos als *proximale sekundäre Stressoren* bzw. *Umwelt* enthalten ist (siehe oben), zu erweitern. Diese spezielle Umwelt des Pflegekindes, zusammengesetzt aus Pflegefamilie, Herkunftsfamilie, Behörden, wird durch Jugendamt und Pflegefamilie selbst beeinflusst: wie informiert und unterstützt das Jugendamt die Pflegefamilie, wie sehr fühlt sich die Pflegemutter aber auch überfordert, hilflos oder gestresst (z.B. weil das Jugendamt nicht präsent genug ist) und welche Rahmenbedingungen gibt die Pflegefamilie selbst vor, etwa durch die eigenen leiblichen Kinder. Forschungsaspekt Eins untersucht diese Modellkonstellation.

Forschungsaspekt Zwei befasst sich mit der Validierung der Assessment Checklist for Children (ACC), einem speziell auf Pflegekinder und ihre teils besonderen Symptomatiken abgestimmten und eigens für den Pflegekinderbereich entwickelten Instrument. Im Rahmen der Untersuchung soll überprüft werden wie die psychometrischen Eigenschaften einer deutschen Version der ACC grundsätzlich zu beurteilen sind und ob die ACC mit dem bisher auch im Pflegekinderbereich in Deutschland vorzugsweise verwendeten Maß (der Child Behavior Checklist, CBCL) vergleichbar ist.

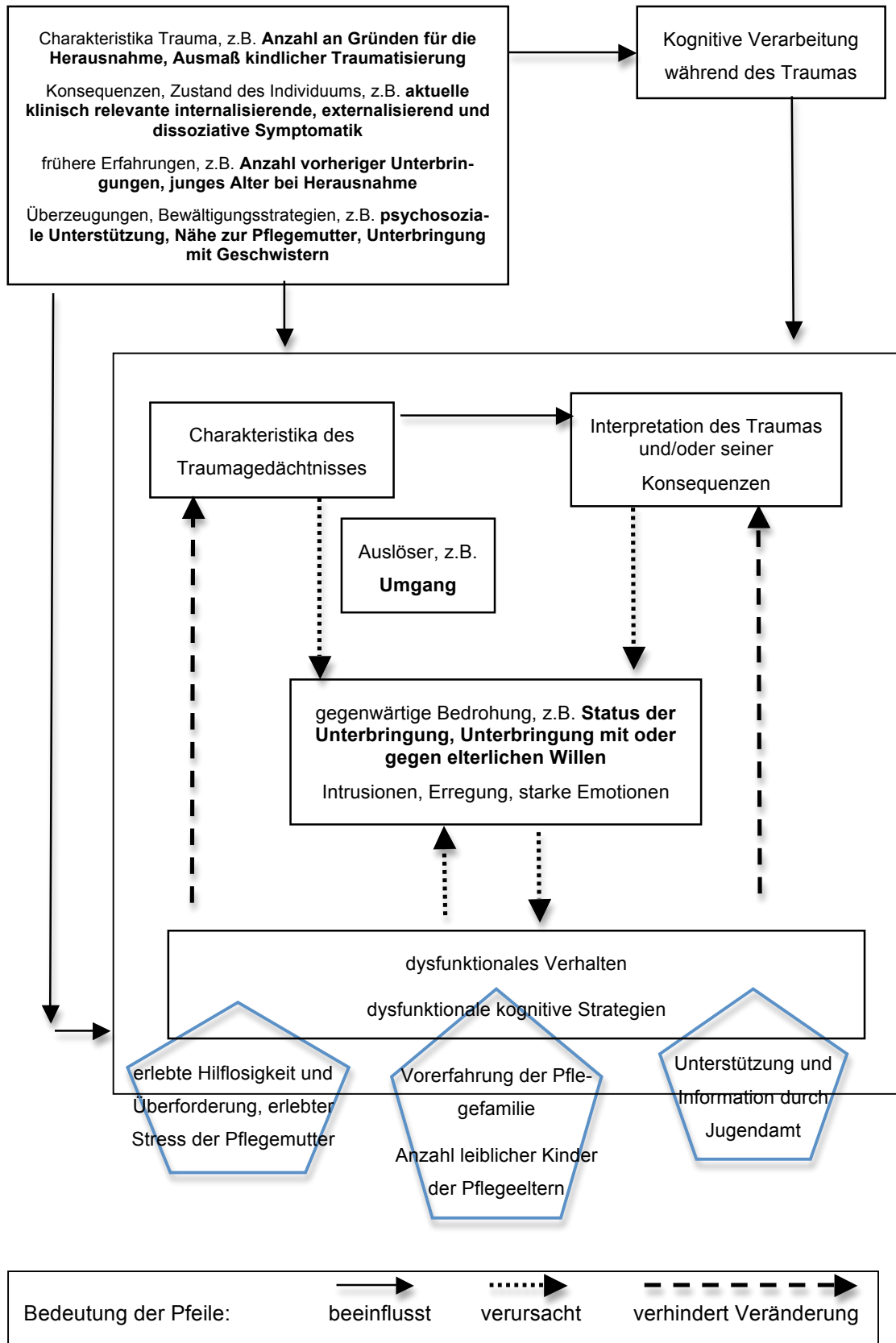


Abbildung 5: Modell der PTBS für Pflegekinder (in Anlehnung an Ehlers & Clark, 2000; Landolt, 2004; Spezifikation für Pflegekinder durch die Autorin)

2. Methode

Der Ethikkommission der Psychologischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München wurde das Design der Studie vorgelegt, Design und Vorgehen der Studie wurden geprüft und für ethisch-moralisch unbedenklich erklärt. Nachfolgend wird zwar von „dem Pflegekind“ aber „der Pflegemutter“ die Rede sein – die Interviewtermine wurden in den meisten Fällen von den Pflegemüttern begleitet und auch die Pflegeelternangaben wurden in den meisten Fällen von den Pflegemüttern gemacht, weshalb der Einfachheit halber eine Unterscheidung nachfolgend unterlassen wird.

2.1 Design der Studie und Ziele der Untersuchung

74 fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 10 und 18 Jahren sowie deren Pflegeeltern wurden einmalig befragt (Instrumente siehe unten). Die Interviews fanden im Zeitraum von Januar 2008 bis August 2009 statt. Es wurden unter anderem Informationen zu folgenden Punkten gesammelt: Grund der Fremdunterbringung, traumatische Vorkommnisse in der Herkunftsfamilie, vergangene und aktuelle Belastung des Pflegekindes, Vorkommen und Ausmaß von PTBS-Symptomen, bisherige psychosoziale Versorgung/Therapieerfahrung des Pflegekindes, Art des Umgangs, subjektiv erlebte Belastung der Pflegeeltern. Arnold (2010) befasst sich im Rahmen ihrer Arbeit mit der Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Pflegekindern, ihrer psychische Belastung, posttraumatische Symptomatik und den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten. Die Auswertung der Daten erfolgte für die hier vorliegende Teilstudie des Projekts bezogen auf die nachfolgend aufgeführten Fragestellungen:

Fragestellung 1

Welchen Beitrag leisten Geschlecht, die aktuell vorliegende klinisch relevante internalisierende und externalisierende Symptomatik des Pflegekindes und die aktuell vorliegende klinisch relevante dissoziative Symptomatik zur Klärung der Varianz der aktuellen PTBS-Symptombelastung (Fragestellung 1a) und der aktuell vorliegenden Schwere der PTBS (Fragestellung 1b) beim Pflegekind?

Fragestellung 2

Welche Relevanz haben jugendamtsbedingte Variablen, z.B. theoretische Ausrichtung des Amtes oder die von der Pflegemutter erlebte Unterstützung/Information durch das Jugendamt für die Klärung der Varianz der aktuellen PTBS-Symptombelastung (Fragestellung 2a) und der aktuell vorliegenden Schwere der PTBS (Fragestellung 2b) beim Pflegekind?

Fragestellung 3

In welchem Ausmaß wird die Varianz der aktuellen PTBS-Symptombelastung (Fragestellung 3a) und der aktuell vorliegenden Schwere der PTBS (Fragestellung 3b) beim Pflegekind durch die Nähe zwischen der Pflegemutter und dem Pflegekind, dem Alter des Pflegekindes bei der Herausnahme, bisher erhaltene psychosoziale Unterstützung, vorhandene Kontakte zu den leiblichen Eltern und dem Klima in der Pflegefamilie erklärt?

Fragestellung 4

Welche Relevanz haben pflegschaftsrelevante Variablen, die zum Gelingen oder Misslingen von Pflegschaften beitragen, zum Beispiel die Anzahl vorhergehender Unterbringungen des Pflegekindes oder die Anzahl vorhergehender Pflegschaften der Pflegefamilie, für die Klärung der Varianz der aktuellen PTBS-Symptombelastung (Fragestellung 4a) und der aktuell vorliegenden Schwere der PTBS (Fragestellung 4b) beim Pflegekind?

Fragestellung 5

Welchen Beitrag leisten die Anzahl an Gründen für die Herausnahme und das Ausmaß kindlicher Traumatisierung für die Klärung der Varianz der aktuellen PTBS-Symptombelastung (Fragestellung 5a) und der aktuell vorliegenden Schwere der PTBS (Fragestellung 5b) beim Pflegekind?

Fragestellung 6

Welche Ergebnisse liefert die testtheoretische Überprüfung der deutschen Version der Assessment Checklist for Children (ACC)?

Welche Aussagen können bezüglich der klinischen Nützlichkeit der deutschen Version der Assessment Checklist for Children (ACC), eines eigens für den Pflegekin-derbereich entwickelten Instruments getätigt werden?

2.2 Beschreibung der Stichprobe

In zwei Erhebungswellen wurden Pflegefamilien mit mindestens einem Pflegekind im Alter von 10 bis 18 Jahren, kontaktiert, über die Studie informiert und um ihre Mitarbeit gebeten. Die erste Kontaktaufnahme erfolgte, um datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu genügen, indirekt (siehe Punkt 2.2.1). Es gab drei grundsätzliche Ausschlusskriterien: das Pflegekind war nicht zur Teilnahme bereit, das Pflegeverhältnis hatte noch keine sechs Monate bestanden, es lag eine schwere geistige Behinderung des Pflegekindes vor.

2.2.1 Art der Rekrutierung, Rücklauf und Durchführung der Erhebung

Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen erfolgte die Kontaktaufnahme nicht direkt, sondern wurde von bestimmten Einrichtungen (Jugendämter, Pflegeelternverbände, Pflegefamiliendienste, u.ä.) übernommen. Tabelle 20 liefert eine Aufstellung dieser Einrichtungen. Die Einrichtungen erhielten postalisch Materialien (zum Beispiel Handzettel), die sie an die Pflegefamilien in ihrem Zuständigkeitsbereich verteilten.

Die interessierten Pflegefamilien meldeten sich entweder direkt bei den Untersucherinnen oder bei den Einrichtungen, die dann die Kontaktdaten der Pflegefamilie an die Untersucherinnen¹⁴ weitergaben. Die Untersucherinnen nahmen daraufhin telefonisch Kontakt mit den Pflegefamilien auf. Im Rahmen des Erstkontaktes wurden die Pflegefamilien erneut über das Ziel der Untersuchung und den Ablauf des Interviews informiert. Etwaige Fragen zur Studie wurden beantwortet. Waren die Pflegeeltern und das Pflegekind zur Teilnahme bereit wurde ein Interviewtermin vereinbart. Anhand eines zuvor erstellten Erstkontaktbogens (Anhang 1B) wurden außerdem telefonisch die ersten demographischen Daten erhoben. Pflegefamilien, die grundsätzlich nicht interessiert waren, meldeten sich nicht und machten auch keine Angaben zu den Gründen hierfür. Eine systematische Auswertung der Non-Responder war folglich nicht möglich. Die teilnehmenden Pflegeeltern erhielten keine Aufwandsentschädigung, die Pflegekinder erhielten jedoch jeweils einen Gutschein über 15,00 Euro, der vom DJI finanziert wurde.

Die Interviews fanden in den bei den Pflegefamilien zuhause statt und liefen praktisch wie folgt ab¹⁵: Nach einer allgemeinen Vorstellung übergab die Untersucherin den Pflegemüttern die Fragebogenbatterie, bestehend aus Child Behavior Checklist (CBCL), Child Dissociative Checklist (CDC), Assessment Checklist for Children (ACC) und den Familienklimaskalen (FKS), welche sie bearbeiteten während die Untersucherin und das Pflegekind in einem Nebenraum die kindliche Testbatterie, bestehend aus einigen ressourcenorientierten Anfangsfragen, dem Interview zu Belastungsstörungen für Kinder und Jugendliche (IBS-KJ), dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) und ressourcenorientierten Abschlussfragen, bearbeiteten. Nach Abschluss der Befragung des Pflegekindes interviewte die Untersucherin die Pflegemutter ohne Beisein des Pflegekindes. Das Gespräch folgte einem im Rahmen der vorliegenden Arbeit entwic-

¹⁴ Die Erstkontakte und Interviews wurden zu annähernd gleichen Teilen von zwei Untersucherinnen, Eva-Maria G. Groh und Phine Arnold, durchgeführt.

¹⁵ Eine Beschreibung aller Instrumente findet sich unter Punkt 2.3.

kelten halbstandardisierten Interview¹⁶. Die Besuche an sich dauerten zwischen 2 und rund 5 Stunden. Es erfolgten in der Regel keine Zweitkontakte. Ausnahmen hiervon waren zwei Pflegemütter, die Rückmeldung zu den Ergebnissen der Auswertung der Fragebogenbatterie erbeten hatten. Diese Rückmeldungen erfolgten telefonisch.

Tabelle 20: Beteiligte Jugendämter und Einrichtungen

Name der Einrichtung	Adresse
Jugendamt Freising	Landshuter Str. 31, 85350 Freising
Jugendamt München (Stadt)	Prielmayerstr. 1, 80335 München
Jugendamt Ebersberg	Eichthalstr. 1 - 3, 85560 Ebersberg
Jugendamt Dachau	Weiheweg 16, 85221 Dachau
Jugendamt Starnberg	Strandbadstr. 2, 82319 Starnberg
Jugendamt Fürstenfeldbruck	Münchner Str. 32, 82256 Fürstenfeldbruck
Jugendamt Landsberg am Lech	Von-Kühlmann-Str. 15, 86899 Landsberg am Lech
Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstelle der Kath. Jugendfürsorge der Diözese Regensburg e.V.	Weißenburgstr. 17, 93055 Regensburg
PFAD Erding	Wendelsteinstr. 5, 85659 Forstern
Interessengemeinschaft der Pflege- und Adoptivfamilien im Landkreis	
Pflegeelternstammtisch Fürstenfeldbruck	Buchenstraße 10, 82278 Althegnenberg
PFAD FÜR KINDER - Pflege- und Adoptivfamilien Landshut e.V.	Leithenstr. 5, 84032 Pfetrach
Landesverband der Pflege- und Adoptivfamilien in Bayern e.V.	Steubstr. 6, 86551 Aichach
PFAD FÜR KINDER - Pflege- und Adoptivfamilien im Fünf-Seen-Land	Bachhauserstr. 2, 82335 Berg
Fluchtpunkt	Landsberger Straße 289, 80687 München
Verein für Jugendpflege und Jugendhilfe e.V.	
SCHNELLE HILFE	Mendelssohnstrasse 2, 81241 München
Jugendhaus München e.V.	
Krisenhilfe	Ulmenstr. 4, 83065 Baierbrunn
Inselhaus Wolfratshausen	Beuerberger Str. 1, 82515 Wolfratshausen
Gemeinnützige Kinder- u. Jugendhilfe GmbH	

¹⁶ Die einzelnen Instrumente werden nachfolgend vorgestellt (siehe Punkt 2.3). Die Instrumente finden sich im Anhang, an entsprechender Stelle erfolgen die jeweiligen Hinweise.

2.2.2 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe der Pflegekinder

Es liegen für alle 74 Fälle fast vollständige Daten vor. Bei fehlenden Item-Werten wurden diese genau dann durch den *Mittelwert (M)* der jeweiligen Skala ersetzt, wenn mindestens 80% der restlichen Items der jeweiligen Skala beantwortet worden waren. Es wurden keine Fälle im Rahmen der Datenauswertung nachträglich ausgeschlossen.

2.2.2.1 Soziodemographische Beschreibung

Aus einigen Pflegefamilien nahmen mehrere Pflegekinder teil: aus 12 Familien je 2 und aus 2 Familien je 3 Pflegekinder. So ergab sich eine Summe von 74 teilnehmenden Pflegekindern aus 58 teilnehmenden Pflegefamilien mit 58 teilnehmenden Pflegemüttern/-vätern bzw. Pflegeelternpaaren. Zu den leiblichen Eltern lagen keine Informationen aus erster Hand vor. Die Pflegeeltern erhalten von den Jugendämtern, wenn überhaupt, nur sehr spärliche Informationen die leiblichen Eltern ihrer Pflegekinder betreffend. Allerdings lassen sich aus entsprechenden Angaben zur Geschichte des Pflegekindes mit gewissen Einschränkungen Rückschlüsse auf die leiblichen Eltern ziehen, etwa beim Grund für die Herausnahme des Kindes aus seiner Herkunftsfamilie.

Die Beschreibung der Stichprobe erfolgt für die Pflegekinder und die Pflegeeltern nachfolgend separat. Bezogen auf das Alter der Pflegeeltern lässt sich festhalten, dass die Pflegemütter im Mittel ca. 50 Jahre alt waren ($M = 50.2$, $SD = 6.2$, $Min. = 39$ Jahre, $Max. = 69$ Jahre) und die Pflegeväter im Mittel ca. 53 Jahre ($M = 52.9$, $SD = 7.7$, $Min. = 37$ Jahre, $Max. = 70$ Jahre). Abbildung 6 zeigt die Altersverteilung der Pflegeeltern.

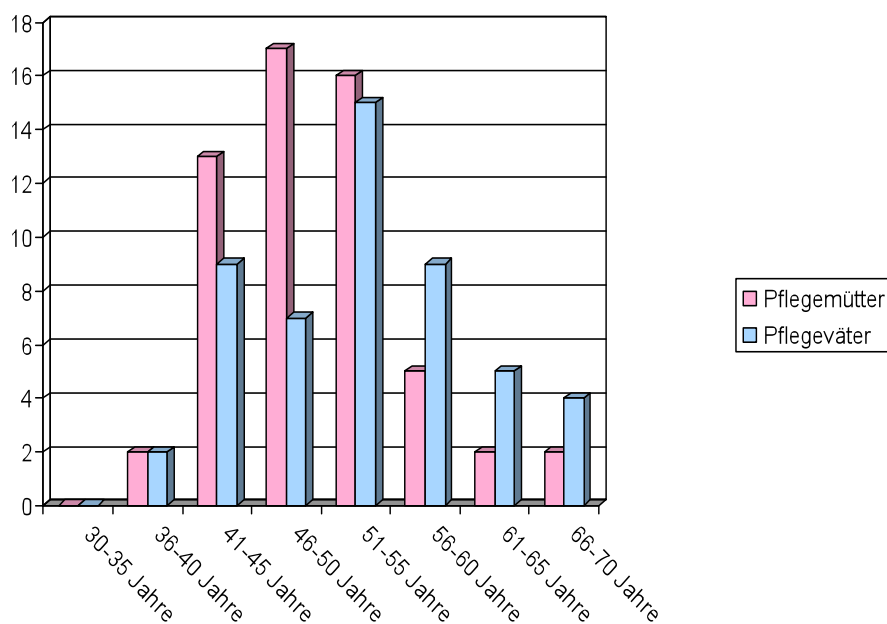


Abbildung 6: Altersverteilung der Pflegeeltern (absolute Häufigkeiten auf der y-Achse)

Die Mehrheit der Pflegefamilien bestand aus Zwei-Eltern-(Pflege-)Familien, mit insgesamt 50 befragten Pflegeelternpaaren (siehe Tabelle 21). Der Anteil von insgesamt 8 alleinerziehenden Pflegemüttern und -vätern (7 Pflegemütter, 1 Pflegevater) entsprach 13.8% der teilnehmenden Pflegefamilien – zum Vergleich: Der für Gesamtdeutschland ermittelte Anteil an Ein-Eltern-Familien 2008 lag bei 18% (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2008). Die beruflichen Tätigkeiten der Pflegeeltern fielen mehrheitlich in die Bereiche der Beschäftigungen, die nach einer Lehre/Ausbildung oder einem abgeschlossenen Studium ergriffen werden. Nur vier der Pflegemütter waren Pflegekräfte von Beruf, alle anderen Pflegemütter wie -väter übten die Pfl egetätigkeit nebenberuflich aus (Tabelle 21). Bezogen auf die Zusammensetzung der Pflegefamilien ist zu erwähnen, dass über drei Viertel der Pflegeeltern (78%) eigene Kinder hatten. Im Mittel hatten die Pflegeeltern der vorliegenden Studie zwei eigene Kinder ($M = 2.0$, $SD = 1.5$, $Min. = 0$, $Max. = 6$). In immerhin 13 Pflegefamilien (22%) hatten die Pflegeeltern jedoch keine leiblichen Kinder bekommen.

Tabelle 21: Soziodemographische Merkmale der Pflegeeltern

Gesamtstichprobe Pflegefamilien		
N = 58		
	Pflegemütter	Pflegeväter
	n = 57	n = 51
Familienstand		
verheiratet	50 (88%)	50 (98%)
getrennt lebend/geschieden	7 (12%)	1 (2%)
Art der beruflichen Tätigkeit		
Hausfrau/-mann	2 (4%)	2 (4%)
Pflegekraft	4 (7%)	0 (0%)
Tätigkeit nach Lehre oder Ausbildung	31 (54%)	31 (61%)
Tätigkeit nach Studium	18 (32%)	18 (35%)
keine Angabe	2 (4%)	0 (0%)

Anmerkung: Die Prozentwerte wurden gerundet.

Die exakte Ermittlung der verwandtschaftlichen Beziehungen zu Halb- und die Abgrenzung zu Stiefgeschwistern waren bei einigen Pflegekindern aufgrund der verworrenen Beziehungsgeschichten und rasch wechselnden Verhältnisse der leiblichen Elternteile mit jeweils neuen Partnern nicht eindeutig bestimmbar. Da für die Studie leibliche Geschwister im Sinne von bedeutenden Anderen oder wichtigen Bezugspersonen für das Pflegekind relevant sind, ist die Wahrnehmung des Pflegekindes, widergespiegelt in der Aussage „Das ist meine Schwester“ oder „Das sind meine Brüder“ wichtiger als der Grad der (Bluts-)Verwandtschaft. Die nachfolgend referierten Zahlen beziehen sich also auf die von Pflegekindern selbst gemachten Angaben gegenüber Pflegeeltern oder Untersucherinnen. So waren 15 der Pflegekinder (entspricht 20%) Einzelkinder. Die Mehrheit der Pflegekinder (mehr als 70%) hatte jedoch leibliche Geschwister. Grundsätzlich hatten die Pflegekinder der vorliegenden Studie im Mittel zwei leibliche Geschwister ($M = 1.8$, $SD = 1.6$), wobei die Anzahl hier von 0 bis maximal 9 reichte. Bei einem Pflegekind konnten die Pflegeeltern keine definitive Auskunft darüber geben, ob leibliche Geschwister existierten oder nicht.

Von den in der Studie befragten 74 Pflegekindern waren 39 weiblich und 35 männlich. Das sind 52.7 respektive 47.3 Prozent. Die Pflegekinder waren zwischen 10 und 18 Jahren alt ($M = 13.3$, $SD = 2.5$), wobei die Mädchen zum Zeitpunkt des Interviews im Mittel 13.3 Jahre ($SD = 2.4$) und die Jungen im Mittel ebenfalls 13.3 Jahre ($SD = 2.6$) alt waren. Abbildung 7 zeigt die Altersverteilung der teilnehmenden Pflegekinder.

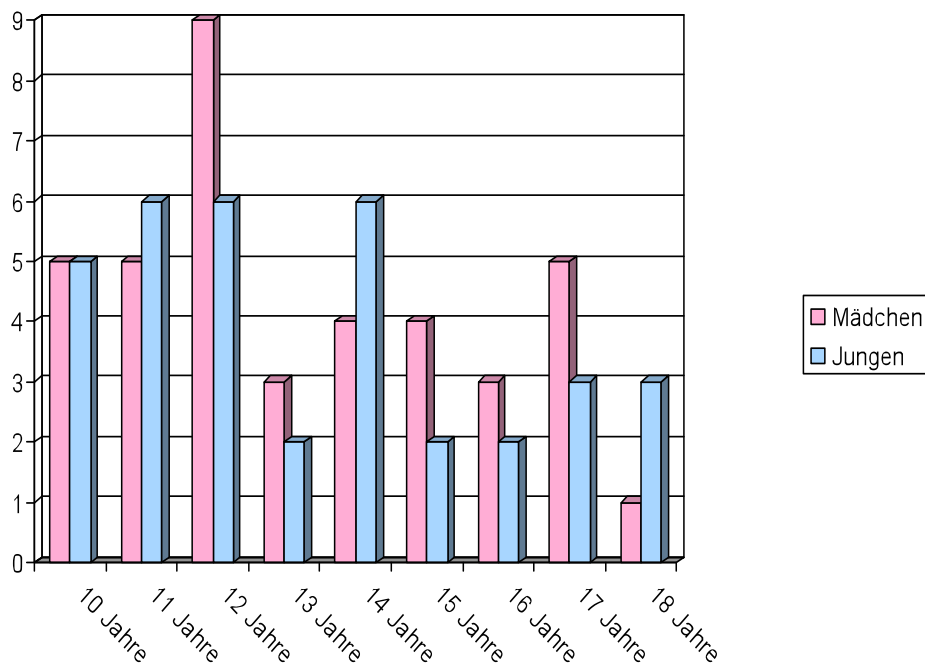


Abbildung 7: Altersverteilung der Pflegekinder (absolute Häufigkeiten auf y-Achse)

Die Schulbildung der Pflegekinder betreffend ist festzuhalten, dass 18 der Pflegekinder eine Sonderschule besuchten, das entspricht etwas über 24% der teilnehmenden Jungen und Mädchen. Etwas über 55% der Kinder und Jugendlichen hatten bis zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens eine Klasse wiederholen müssen. Außerdem hatten knapp 69% der Pflegekinder (entspricht 51 Mädchen und Jungen) Lern- und Schulprobleme (Tabelle 22). Im Vergleich mit den für andere deutsche Pflegekinder berichteten Gegebenheiten (Sandmeir, 2006; Kindler, 2008b) lagen bei den Pflegekindern vorliegender Studie schulische Probleme wie Lernschwierigkeiten oder Sonderbeschulung signifikant häufiger vor (beobachteter Anteil 91%, Testanteil 65%, $p = .000$).

Tabelle 22: Schulbildung der Pflegekinder

Gesamtstichprobe Pflegekinder	
<i>N</i> = 74	
besuchte Schularart	
Besuch einer Sonderschule/-gruppe	18 (24%)
Besuch der Regelschule	56 (76%)
wiederholte Klassen	
keine Klasse wiederholt	33 (45%)
bisher eine oder mehr Klassen wiederholt	41 (55%)
Lernprobleme	
Lern-/Schulprobleme	51 (69%)
keine Lern-/Schulprobleme	22 (30%)
keine Angabe	1 (1%)

Anmerkung: Bei den Regelschulen erfolgte keine Unterscheidung in Haupt- und Realschule bzw. Gymnasium. Der Fokus lag allein darauf, ob das Pflegekind eine Einrichtung besuchte, die besondere Förderung bot oder nicht. Die Prozentwerte wurden gerundet.

2.2.2.2 Beschreibung der Pflegefamilien: Zusammensetzung und Klima

Für die Beschreibung der Pflegefamilien wird a) die Zusammensetzung der Pflegefamilien an sich und b) das Klima in den Pflegefamilien berichtet. Unter Punkt b) werden auch Ergebnisse referiert, die aus Teilen des Elterninterviews stammen. Das

sind zum Beispiel die erlebte Nähe zwischen Pflegemutter und Pflegekind oder das Erleben der Pflegschaft auf Seiten der Pflegemutter (vermittelt durch das Jugendamt).

a) Zusammensetzung der Pflegefamilien

Tabelle 23 beschreibt die Zusammensetzung der 58 besuchten Pflegefamilien. Wie bereits deutlich geworden ist, waren in über 85% der Fälle beide Pflegeeltern in der Pflegefamilie. In den restlichen knapp 15% der Fälle waren die Pflegeeltern geschieden oder getrennt und das Pflegekind war weiterhin in der Pflegefamilie verblieben. In knapp 45% der Pflegefamilien lebten zum Zeitpunkt der Erhebung auch eigene¹⁷ Kinder der Pflegeeltern. Grundsätzlich lebte im Mittel ein leibliches Kind der Pflegeeltern in der Pflegefamilie ($M = .99$, $SD = 1.2$), wobei in den Familien, in denen leibliche Kinder lebten, die Anzahl von 1 bis maximal 4 reichte.

Tabelle 23: Zusammensetzung der Pflegefamilien

Gesamtstichprobe Pflegefamilien	
N = 58	
Pflegeeltern in der Pflegefamilie	
Pflegeelternpaar	50 (86%)
nur Pflegemutter	7 (12%)
nur Pflegevater	1 (2%)
Anzahl eigener Kinder der Pflegeeltern in der Pflegefamilie lebend	
0	32 (55%)
1	10 (17%)
2	8 (14%)
3	7 (12%)
4	1 (2%)

Anmerkung: Die Prozentwerte wurden gerundet.

¹⁷ An dieser Stelle ist von „eigenen“ und nicht von „leiblichen“ Kinder der Pflegeeltern die Rede, da die Fälle, in denen ein früheres Pflegekind adoptiert worden war und somit wie ein „eigenes Kind“ zu sehen ist, hier mit eingeschlossen sind.

Das jeweils befragte Pflegekind war in knapp 52% der Fälle das erste Pflegekind in der Pflegefamilie (gewesen) – das sind 38 Mädchen und Jungen. In knapp 38% der Fälle berichteten die Pflegefamilien von 1 bis 4 früheren Pflegschaften. Pflegefamilien, mit Bereitschaftspflegeplätzen¹⁸, nannten höhere Anzahlen bisheriger Pflegschaften: in einem Fall berichtete die Pflegemutter von 14 vorhergehenden Pflegschaften, in einem anderen sogar von 29 bisherigen Pflegschaften. Im Mittel war die aktuelle Pflegschaft für die Pflegefamilien die dritte gewesen ($M = 3.0$, $SD = 4.2$).

Knapp 60% der Pflegekinder waren in den Pflegefamilien zum Zeitpunkt der Erhebung nicht mit fremden Pflegekindern zusammen, die anderen knapp 40% waren in ihren Pflegefamilien mit jeweils 1 bis 4 fremden Pflegekindern untergebracht. Im Mittel waren die Pflegekinder mit einem anderen Pflegekind in der Familie untergebracht ($M = .66$, $SD = 1.0$). Bezogen auf die leiblichen Geschwister der befragten Pflegekinder wurde deutlich, dass in 24 Fällen (entspricht 32% der befragten Pflegekinder) leibliche Geschwister zusammen untergebracht wurden. Es gaben 13 Mädchen und 11 Jungen an, mit jeweils mindestens einem leiblichen Geschwister in der Pflegefamilie untergebracht worden zu sein. Genauer gesagt waren 19 der Pflegekinder (entspricht 26%) mit einem und 5 Pflegekinder (entspricht 7%) mit zwei leiblichen Geschwistern in der Pflegefamilie. Für ein Pflegekind lag die Angabe nicht vor. Die Pflegekinder dieser Studie waren nicht signifikant häufiger zusammen mit mindestens einem leiblichen Geschwister untergebracht worden (beobachteter Anteil 32%, Testanteil 25%, $p = .092$), als andere Gruppen deutscher Pflegekinder (vgl. Sandmeir, 2006).

Zur Art der Unterbringung oder Wohnsituation von leiblichen Geschwistern konnten keine genauen Angaben gesammelt werden sofern sie nicht ebenfalls in der besuchten Pflegefamilie untergebracht worden waren. Da in vielen Fällen jedoch selbst an der Richtigkeit dieser sehr spärlichen Informationen gezweifelt werden musste, wurden sie in vorliegender Studie nicht ausgewertet.

14 Pflegekinder (7 Mädchen und 7 Jungen) lebten nur mit leiblichen Kindern der Pflegeeltern zusammen in den Pflegefamilien (entspricht 19%). Insgesamt 5 Pflegekinder (7%), 3 Mädchen und 2 Jungen, waren in ihren Pflegefamilien Einzelkinder. Das heißt, in diesen Pflegefamilien waren weder leibliche Kinder der Pflegeeltern, noch leibliche Geschwister des jeweiligen Pflegekindes noch andere/fremde Pflegekinder untergebracht.

¹⁸ Unter Bereitschaftspflegeplatz versteht man einen Pflegeplatz, an dem vom Jugendamt kurzfristig ein Kind untergebracht werden kann (die Pflegemutter hat sozusagen Bereitschaftsdienst). Meist verbleibt das Kind an diesem Bereitschaftspflegeplatz nur so lange, bis eine geeignete Dauerpflegefamilie gefunden werden kann. Dies kann einige Tage bis hin zu Wochen dauern.

b) Klima, erlebte Nähe in den Pflegefamilien und die Rolle des Jugendamtes

Mithilfe der Familienklimaskalen (FKS) wurde das Familienklima in den Pflegefamilien untersucht. Aus den FKS wurden die Unterskalen A (Zusammenhalt), B (Offenheit) und C (Konfliktneigung) respektive I (Organisation) und J (Kontrolle) verwendet, die sich in die Dimension 1 (D1, Beziehungsdimension) respektive Dimension 3 (D3, systemerhaltende und -verändernde Dimension) zusammenfassen lassen.

Der Wert der Beziehungsdimension, beurteilt durch die Pflegemütter¹⁹, lag im Mittel bei 40 ($M = 40.2$, $SD = 2.7$) wohingegen die Pflegemütter auf Dimension 3 (systemerhaltend und -verändernd) einen etwas niedrigeren Mittelwert von knapp 36 erzielten ($M = 35.9$, $SD = 4.2$). Die Betrachtung der STEN-Werte für die einzelnen Skalen zeigt, dass die Pflegemütter mit ihren Antworten insgesamt eher in den mittleren Bereichen der Skalen lagen ($M_{FKS \text{ Skala A}} = 4.7$, $SD_{FKS \text{ Skala A}} = 1.8$; $M_{FKS \text{ Skala B}} = 5.7$, $SD_{FKS \text{ Skala B}} = 1.5$; $M_{FKS \text{ Skala C}} = 5.7$, $SD_{FKS \text{ Skala C}} = 1.9$; $M_{FKS \text{ Skala I}} = 5.7$, $SD_{FKS \text{ Skala I}} = 1.8$; $M_{FKS \text{ Skala J}} = 6.8$, $SD_{FKS \text{ Skala J}} = 1.8$).

Pflegemütter schätzten auf einer Likert-Skala von 0 bis 10 die Nähe bzw. Enge der Beziehung zwischen dem Pflegekind und sich selbst ein ($M = 8.5$, $SD = 1.6$). Keine der Pflegemütter nannte hier Werte auf dem unteren Drittel (also von 0 bis 3). Die Korrelation zwischen der erlebten Nähe und dem Gesamtwert der Dimension 1 der FKS (Beziehungsdimension) war wider den Erwartungen nicht signifikant ($r = .05$, *n.s.*), jedoch war die Korrelation zwischen der erlebten Nähe und dem Gesamtwert der Skala A (Zusammenhalt) signifikant ($r = .22$, $p < .05$, einseitig). Sechs Pflegemütter konnten keine Aussage über die Enge der Beziehung zwischen sich und dem Pflegekind machen. Insgesamt, das zeigt auch der Mittelwert von fast 9, wurde die Nähe zwischen den Pflegekindern und den Pflegemüttern als sehr groß eingeschätzt.

Im Rahmen der Untersuchung wurden die Pflegemütter für jede Pflegschaft (also zu jedem das jeweilige Pflegekind betreffende Verfahren) zur Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und ihrem dadurch vermittelten subjektiven Erleben der Pflegschaft befragt. Sie schätzten auf Likert-Skalen von 0 bis 10 die fünf Bereiche ein: Unterstützung des Jugendamtes, das Ausmaß der vom Jugendamt vermittelten Informationen, eigene erlebte Hilflosigkeit, Überforderung und den erlebten Stress in Verbindung mit der Pflegschaft und dem Verhalten des jeweiligen Jugendamtes. Es konnten hierzu Daten für alle 74 Pflegschaften gesammelt werden.

¹⁹ Die Pflegeväter hatten die FKS ebenfalls zur Beantwortung erhalten. Da im Rahmen der Studie jedoch insgesamt nur wenige Pflegeväter dann tatsächlich die FKS beantwortet hatten, wurden nur die FKS-Daten der Pflegemütter, von denen in allen Fällen die Daten vorlagen, ausgewertet.

Es ist zunächst zu erwähnen, dass es bei jeder Frage einige Pflegemütter gab, welche die jeweilige Skala um den Wert Null zu erweitern wünschten. So berichteten 6 Pflegemütter (8%) von Null Unterstützung seitens ihres jeweiligen Sachbearbeiters beim Jugendamt und 6 Pflegemütter (8%) von Null Transparenz/Information seitens des Jugendamtes. Immerhin gaben jedoch auch 19 Pflegemütter (26%) die erlebte aktuelle Hilflosigkeit mit Null an, außerdem 18 Pflegemütter (24%) die aktuelle Überforderung mit Null und 8 Pflegemütter (11%) die aktuelle Stressbelastung mit Null.

Bezogen auf die erlebte Unterstützung durch das Jugendamt gab die Mehrheit der Pflegemütter Werte an, die auf dem oberen Drittel der Skala lagen. Von den Pflegemüttern nannten 47 (also knapp 64%) Werte von 8 bis 10 ($M_{\text{erlebte Unterstützung}} = 7.0$, $SD_{\text{erlebte Unterstützung}} = 3.4$). Ähnlich verhielt es sich für die erlebte Informationsgabe, hier gaben 41 Pflegemütter (also 55%) Werte von 8, 9 oder 10 an ($M_{\text{erlebte Information}} = 6.8$, $SD_{\text{erlebte Information}} = 3.4$). Im Gegensatz dazu gaben die Pflegemütter für die aktuelle erlebte Hilflosigkeit mehrheitlich Werte auf dem unteren Drittel der Skala an (Werte von 0 bis 3, $M_{\text{erlebte Hilflosigkeit}} = 3.1$, $SD_{\text{erlebte Hilflosigkeit}} = 3.2$), und zwar in 46 Fällen (62%). Ebenso verhielt es sich für die aktuelle Überforderung, hier gaben die Pflegemütter in 45 Fällen (knapp 61%) Werte von 0 bis 3 an ($M_{\text{erlebte Überforderung}} = 3.2$, $SD_{\text{erlebte Überforderung}} = 3.2$). Für die Stressbelastung gaben 50% der Pflegemütter (in 37 Fällen also) Werte im unteren Drittel an (Werte von 0 bis 3, $M_{\text{erlebte Stressbelastung}} = 4.2$, $SD_{\text{erlebte Stressbelastung}} = 3.4$).

2.2.2.3 Beschreibung der Hilfe-Geschichten und der aktuellen Pflege-Situation

Nachfolgend wird eine Beschreibung der *Hilfe-Geschichten*²⁰ der Pflegekinder und ihrer aktuellen Situation gegeben. Wichtige Variablen sind hier unter anderem beispielsweise a) das Alter der Kindes zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie oder die Gründe, die zu einer Fremdunterbringung geführt haben, b) die Ausrichtung der jeweiligen Pflegschaft (dauerhaft oder zeitweilig), die Anzahl vorhergehender Unterbringungen und die Vorerfahrung des Pflegekindes in anderen Pflegefamilien per se, c) der Kontakt zur Herkunftsfamilie und d) die bisherige psychosoziale Unterstützung bzw. Therapieerfahrung. Diese werden nachfolgend referiert.

Einsicht in die Jugendamts-Akten der jeweiligen Pflegekinder war im Rahmen der Studie nicht möglich. Die hier berichteten Ergebnisse stützen sich somit auf die Infor-

²⁰ Unter Hilfe versteht man im Rahmen der Jugendhilfe alle Maßnahmen, die von Seiten der Jugendhilfe zum Wohl des Kindes getroffen werden können, z.B. die Vermittlung einer ambulanten Erziehungshilfe, besondere Förderungsmaßnahmen oder eben Fremdunterbringung. Hilfe-Geschichte bezeichnet demnach die individuelle Historie der gesamten für ein Kind getroffenen Maßnahmen und die damit in Zusammenhang stehenden Aspekte, die eine Hilfe-Geschichte definieren.

mationen, die von den Pflegemüttern geben wurden. Sie wiederum hatten ihre Information entweder durch Aktenkenntnis oder durch den jeweiligen Sachbearbeiter selbst erhalten.

a) *Alter des Pflegekindes bei der und Gründe für die Herausnahme*

Im Mittel waren die Pflegekinder etwas älter als 6 Jahre gewesen als sie aus ihren Herkunftsfamilien genommen worden waren ($M = 73.1$, $SD = 57.5$, Angabe in Monaten). Das Alter der Pflegekinder zum Zeitpunkt der Herausnahme (Abbildung 8) ist aber fast über die ganze Zeitspanne bis zur Volljährigkeit verteilt ($Min. = 0$ Monate, $Max. = 16$ Jahre). Kinder können zu jedem Alter Pflegekind werden, solange sie noch nicht volljährig sind. Nichtsdestotrotz lässt sich für vorliegende Gruppe von Pflegekindern feststellen, dass es einige Altersgruppen gibt, in denen mehr Kinder fremduntergebracht worden waren als in anderen. Abbildung 8 liefert eine detaillierte Darstellung des Alters, zu dem die Pflegekinder aus ihren Herkunftsfamilien genommen wurden. Nachfolgend werden die drei Gruppen näher beschrieben, in denen die meisten Pflegekinder aus vorliegender Studie fremduntergebracht worden waren.

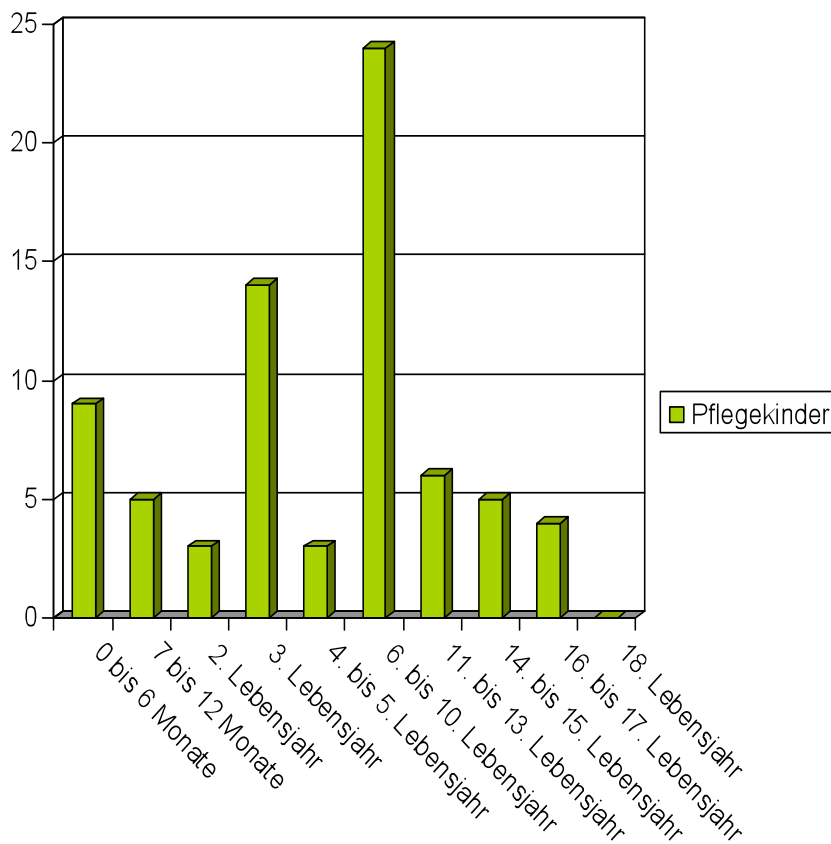


Abbildung 8: Altersverteilung Pflegekinder bei Herausnahme (absolute Häufigkeiten auf y-Achse)

Die erste große Gruppe bilden die Pflegekinder, die noch während ihres ersten Lebensjahres aus der Herkunftsfamilie genommen wurden (14 Kinder, entsprechen knapp 19%). Hier handelt es sich um Kinder, deren leibliche Mütter unter Umständen schon beim Jugendamt bekannt waren und von ihm betreut wurden oder solche Mütter, die kurz nach der Geburt des Kindes mit den Behörden in Kontakt kamen. In all diesen Fällen wurde innerhalb des ersten Lebensjahres des Kindes deutlich, dass die leiblichen Eltern nicht in der Lage waren bzw. sein würden, den Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden, und dass eine Fremdunterbringung nötig war. Die zweite Gruppe bilden die 17 (Klein-)Kinder, die im Alter von 13 bis 48 Monaten (also im zweiten und dritten Lebensjahr) in einer Pflegefamilie untergebracht wurden – vor dem Kindergartenbesuch (23%). Inwiefern entsprechende Untersuchungen, die mit dem Eintritt in den Kindergarten in Zusammenhang stehen, in diesen Fällen unter Umständen zur Entdeckung von Missständen in der Herkunftsfamilie beigetragen haben, konnte nicht erhoben werden. Die dritte große Gruppe bilden 24 Kinder, die im Grundschulalter (6. bis 10. Lebensjahr) waren, als sie aus ihrer Herkunftsfamilie genommen wurden (32%) – inwieweit eventuell hier die Einbindung in die Schulgemeinschaft einen Teil dazu beitrug die Missstände aufzudecken, konnte ebenfalls nicht eruiert werden.

Auch die Gründe für die Herausnahmen aus den Herkunftsfamilien, darunter Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, Drogenproblematik oder Tod der leiblichen Eltern, wurden erhoben. Eine vollständige Darstellung der einzelnen Gründe für die Herausnahmen aus den Herkunftsfamilien für die Pflegekinder vorliegender Studie findet sich in Anhang 2C. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass in nur knapp 30% der Fälle (also bei 22 Kindern und Jugendlichen) nur jeweils ein Grund gegeben war – die Mehrheit der Pflegekinder wurde bei Vorliegen mehrerer Gründe für eine Herausnahme untergebracht. In die Auswertung aufgenommen wurden nur solche Angaben der Pflegeeltern, die für zuverlässig gelten durften, beispielsweise weil etwas in der Akte des Kindes notiert war und die Pflegeeltern dies mitgeteilt bekommen hatten bzw. die Akte kannten. Angaben hingegen, die für nicht ausreichend bestätigt gehalten werden mussten, etwa im Sinne naheliegender Vermutungen oder Andeutungen seitens des Jugendamtes, wurden nicht berücksichtigt²¹.

So ergibt sich für die Pflegekinder der vorliegenden Studie, wie schon gesagt, ein Grund für die Herausnahme in knapp 30% der Fälle. In knapp 31% der Fälle (bei 23 Pflegekindern) lagen zwei Gründe für die Herausnahme vor. In 27% der Fälle (bei

²¹ Da aufgrund des Datenschutzes eine Akteneinsicht nicht möglich war, kann kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden (siehe oben).

20 Kindern und Jugendlichen) lagen drei Gründe, in knapp 8% der Fälle vier Gründe (bei 6 Pflegekindern), bei 2 Pflegekindern (in knapp 3% der Fälle) fünf und bei einem Pflegekind sogar sechs Gründe für die Herausnahme vor.

Bei 52 Kindern und Jugendlichen, also in etwas über 70% der Fälle, lag Vernachlässigung vor – entweder als alleiniger Grund für die Herausnahme oder aber in Kombination mit anderen Gründen. Sexueller Missbrauch wurde als alleiniger Grund für eine Herausnahme in keinem Fall genannt, kam aber in Kombination mit anderen Gründen in immerhin 8% der Fälle (bei 6 Pflegekindern) vor. Körperliche Misshandlung als Grund für die Herausnahme wurde bei 24 Kindern und Jugendlichen (entspricht etwas über 32% der Fälle) angegeben. Elterlicher Substanzkonsum (Alkohol-, Drogen-, Medikamentenkonsum) und damit verbundene Abhängigkeiten waren bei 29 Pflegekindern, also in fast 40% der Fälle, allein oder in Kombination mit anderen Gründen genannt worden, Tod der leiblichen Eltern in immerhin fast 18% der Fälle (bei 13 Pflegekindern), psychische Krankheit der leiblichen Eltern in fast 34% der Fälle (bei 25 Kindern und Jugendlichen insgesamt, davon in 6 Fällen, bei knapp 8%, als alleiniger Grund) und Auffälligkeiten des Kindes in 20% der Fälle (bei 15 Kindern und Jugendlichen und zwar immer in Kombination mit anderen Gründen).

Ein Vergleich mit in anderen Studien berichteten Herausnahmegründen zeigte bezogen auf den Herausnahmegrund *Vorliegen psychischer Probleme der leiblichen Eltern*, dass dieser Grund in vorliegender Studie signifikant seltener als z.B. bei Neil, et al. (2003) vorgelegen hatte (beobachteter Anteil 34%, Testanteil 55%, $p = .000$). Bezogen auf vorliegende grundsätzliche *Substanzabhängigkeit* der leiblichen Eltern zeigte sich jedoch, dass diese bei den Eltern der Pflegekinder aus der aktuellen Studie signifikant häufiger vorlag (beobachteter Anteil 39%, Testanteil 29%, $p = .038$) als etwa bei Neil, et al. (2003).

Wurden die Arten von Abhängigkeiten der leiblichen Eltern differenzierter betrachtet, etwa im Vergleich mit den von Hussey und Guo (2005) berichteten, so zeigte sich dass in vorliegender Stichprobe sowohl *Alkoholabhängigkeit* signifikant seltener (beobachteter Anteil 30%, Testanteil 42%, $p = .020$) als auch *Drogenabhängigkeit* signifikant seltener (beobachteter Anteil 13.5%, Testanteil 76.5%, $p = .000$) vorgelegen hatten.

Eine genauere Betrachtung der Herausnahmegründe aus dem Bereich Vernachlässigung bzw. Misshandlung oder sexueller Missbrauch im Vergleich mit den Daten von Mutke (2001) zeigte, dass *Vernachlässigung* bei den Pflegekindern der aktuellen Studie nicht signifikant häufiger vorgelegen hatte (beobachteter Anteil 70.3%, Testan-

teil 65.1%, $p = .210$). Auch *Misshandlung* hatte nicht signifikant häufiger vorgelegen (beobachteter Anteil 32.4%, Testanteil 23.6%, $p = .053$). *Sexueller Missbrauch* hatte jedoch in der aktuellen Studie signifikant seltener vorgelegen (beobachteter Anteil 8.2%, Testanteil 16.7%, $p = .029$) als in der Erhebung von Mutke (2001).

Es zeigte sich zudem, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter bei Herausnahme und der Anzahl an berichteten Gründen für die Herausnahme zu beobachten war ($r = -.085$, *n.s.*). Die sich abzeichnende negative Tendenz spricht für die Tatsache, dass Kinder mit zunehmendem Alter und wachsender Selbstständigkeit unter Umständen manche Gründe, die zu einer Herausnahme führen können, kompensieren oder abwenden können (beispielsweise kann ein Teenager fehlende Versorgung mit Nahrung bis zu einem gewissen Grad selbst ausgleichen).

b) Ausrichtung der Pflegschaft, frühere Unterbringungen und Vorerfahrung des Pflegekindes in anderen Pflegefamilien

Nahezu alle Pflegekinder (65 Kinder und Jugendliche) der Stichprobe waren, wie Tabelle 24 zu entnehmen ist, in den Pflegefamilien auf Dauer untergebracht (fast 88%). Das waren nicht signifikant mehr als für deutsche Pflegekinder an anderer Stelle, z.B. bei Sandmeir (2006), berichtet wird (beobachteter Anteil 88%, Testanteil 89%, $p = .428$). Für die Mehrheit der Kinder (57 Pflegekinder, entsprechen 77%) erfolgte die Unterbringung auch mit dem Willen der leiblichen Eltern. Außerdem war die aktuelle Unterbringung in einer Pflegefamilie für knapp 76% der Pflegekinder zugleich auch die erste Unterbringung (in 56 Fällen), sie hatten keine vorherigen Unterbringungen in anderen, das heißt von amtlicher Seite als solche eingesetzten, Pflegefamilien erlebt.

In den anderen 18 Fällen, in denen die Pflegekinder vorhergehend in anderen Pflegefamilien gelebt hatten, wenn sie also schon zuvor von Seiten des Jugendamtes untergebracht worden waren, spiegelt sich die gängige Praxis wieder, ein Kind in einer Notsituation zunächst in einer Bereitschaftspflegefamilie unterzubringen. Pflegekinder, die vorhergehende Pflegeabbrüche erlebt hatten, weil beispielsweise die damalige Pflegemutter mit dem Kind überfordert gewesen war und das Kind deswegen in eine weitere Pflegefamilie vermittelt werden musste, wurden ebenfalls zu den Pflegekindern mit Vorgeschichten in anderen Pflegefamilien gezählt. Es zeigte sich, dass die Art der aktuellen Unterbringung der Pflegekinder (dauerhaft oder zeitweilig) nicht in Zusammenhang stand mit etwaigen früheren Unterbringungen der Kinder und Jugendlichen in anderen Pflegefamilien ($r = .115$, *n.s.*).

Tabelle 24: Charakteristika der aktuellen Unterbringung der Pflegekinder

	Gesamtstichprobe Pflegekinder
	N = 74
Dauer der aktuellen Unterbringung	
dauerhafte Unterbringung	66 (88%)
zeitweilige Unterbringung	9 (12%)
Art der aktuellen Unterbringung	
mit elterlichem Willen	58 (77%)
gegen elterlichen Willen	17 (23%)
Vorgeschichte des Pflegekindes in anderen Pflegefamilien	
Vorgeschichte in anderen Pflegefamilien	18 (24%)
keine Vorgeschichte in anderen Pflegefamilien	56 (76%)

Anmerkung: Die Prozentwerte wurden gerundet.

Abgesehen von einer möglichen Vorgeschichte in anderen Pflegefamilien wurde für die Kinder und Jugendlichen außerdem die Anzahl vorhergehender Unterbringungen generell erfragt. Die Pflegekinder hatten zwischen keiner und 8 vorhergehenden Unterbringungen erlebt. Im Mittel war die jeweils aktuelle Unterbringung für das Pflegekind die zweite insgesamt ($M = 1.7$, $SD = 1.1$). Immerhin 39 Pflegekindern (knapp 53%) war überhaupt keine andere Unterbringung widerfahren. Sie waren also aus der Herkunftsfamilie herausgenommen und direkt in die Pflegefamilie gebracht worden, in der sie zum Zeitpunkt der Studie lebten. Mehrere vorhergehende Unterbringungen ergaben sich für die Pflegekinder (insgesamt 35 Kinder und Jugendliche, also 47%), die schon in anderen Pflegefamilien gelebt hatten (siehe oben) und für die, die beispielsweise einige Zeit in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen (z.B. Kinderheimen, Schutzstellen, etc.) verbracht hatten sowie für die, die zunächst (auch inoffiziell) bei Verwandten untergebracht und später in eine/die aktuelle Pflegefamilie überführt worden waren. Konkret hatten 26 Pflegekinder eine, 6 Pflegekinder zwei, 2 Pflegekinder drei und 1 Pflegekind acht vorhergehende Unterbringungen erlebt (das entspricht 35, 8, 3 und 1 Prozent aller Pflegekinder). Der Extremfall von 8 vorhergehenden Unterbringungen ist im Rahmen der vorliegenden Daten als Ausnahmefall zu sehen.

c) Häufigkeit des Kontaktes zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie und bisherige psychosoziale Unterstützung

In vorliegender Studie hatte die Mehrheit der Pflegekinder nach der Fremdunterbringung weiterhin Kontakt zu den leiblichen Eltern, und zwar in 45 Fällen (knapp 61%). Hierzu zählten sowohl der typische Umgang (begleitet oder unbegleitet), als auch Telefonkontakt, Kontakt mithilfe neuer Medien, wie etwa E-Mails, SMS oder Chats sowie die klassischen Formen der Kommunikation, beispielsweise über Briefe oder Geburtstagskarten. Gründe für keinen Kontakt waren unter anderem Tod der leiblichen Eltern, Kontaktverweigerung seitens des Pflegekindes, Unauffindbarkeit der leiblichen Eltern oder auch Unzuverlässigkeit der leiblichen Eltern. Die Häufigkeit des Kontakts war dabei sehr unterschiedlich und reichte von wöchentlich bis hin zu unregelmäßigen Besuchen, seltener als jährlich (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Häufigkeit des Kontakts zur Herkunftsfamilie

	Pflegekinder, die Kontakt haben
	<i>n</i> = 45
Häufigkeit des Kontakts/Umgangs	
wöchentlich	9 (20%)
monatlich	12 (27%)
vierteljährlich	9 (20%)
halbjährlich	1 (2%)
jährlich	1 (2%)
weniger als jährlich (unregelmäßig)	10 (22%)
weniger als jährlich (regelmäßig)	3 (7%)

Anmerkung: Die Prozentwerte wurden gerundet.

Von den 74 Pflegekindern hatten 51 (entspricht knapp 69%) außerdem bis zum Zeitpunkt des Interviews psychosoziale Unterstützung bzw. Therapieerfahrung in irgendeiner Form erhalten (Häufigkeit der Maßnahmen siehe Tabelle 26). Bezogen auf die Art der Maßnahmen ist zu sagen, dass 39 der 51 Pflegekinder mit Unterstützung (entspricht knapp 77%) eine einzige Form erlebt hatten, z.B. Verhaltenstherapie in 5

Fällen (knapp 10%) oder Spieltherapie in 17 Fällen (33%). Es hatten 8 Kinder und Jugendliche zwei Maßnahmen (knapp 16%), 2 Pflegekinder drei Maßnahmen (4%) und 2 Pflegekinder vier Maßnahmen (4%) erhalten. Betrachtet man die Häufigkeit der Maßnahmen an sich als Einzelmaßnahme oder in Kombination mit anderen, so ist zu sagen, dass die Mehrheit der Pflegekinder Spieltherapie hatte (in 29 Fällen, entspricht 57%). Davon abgesehen hatten 5 Pflegekinder (10%) Verhaltenstherapie. Eine vollständige Darstellung der Maßnahmen und in welchen Kombinationen sie vorlagen liefert Anhang 2A. Es zeigte sich, dass zwischen der Häufigkeit des Kontakts zur Herkunftsfamilie und dem Erhalt von psychosozialer Unterstützung ein negativer Zusammenhang bestand, der jedoch nicht signifikant wurde ($r = -.119$, *n.s.*).

Tabelle 26: Häufigkeit der psychosozialen Maßnahmen für die Pflegekinder

Pflegekinder, die Unterstützung hatten	
<i>n</i> = 51	
Häufigkeit der Maßnahme	
1 x pro Woche	30 (59%)
1 x alle zwei Wochen	6 (12%)
1 x alle drei Wochen	1 (2%)
1 x alle vier Wochen	1 (2%)
keine Angabe	13 (26%)

Anmerkung: Die Prozentwerte wurden gerundet.

2.2.3 Beschreibung psychischer Symptomatik der Pflegekinder

Die psychische Beeinträchtigung der Pflegekinder, bei ihnen aktuell vorliegende Symptomatiken und das Ausmaß der Belastung wurden mithilfe der Child Behavior Checklist (CBCL), der Child Dissociative Checklist (CDC), dem Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ) und dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) erhoben. Diese Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

2.2.3.1 Die psychische Belastung der Pflegekinder, ermittelt mit der CBCL

Mithilfe der Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL) wurde für die Pflegekinder das Ausmaß an Belastung bzw. psychischer Beeinträchtigung ermittelt. Die CBCL deckt in

ihrer Funktion als Breitbandmaß eine Reihe von Problemen und Störungsbildern ab (siehe auch Punkt 2.3). Die Ergebnisse werden getrennt nach internalisierenden Problemen, externalisierenden Problemen und Gesamtschwere der Problematik wiedergegeben. Insgesamt hatten die Pflegekinder vorliegender Studie einen mittleren CBCL-Gesamtrohwert von 34.3 ($SD = 24.8$) und einen mittleren CBCL-Gesamt-T-Wert von knapp 61 ($M = 60.8$, $SD = 9.7$). Der mittlere Gesamtrohwert für die internalisierende Problemskala lag bei 8.6 ($SD = 6.9$) mit einem mittleren T-Wert der internalisierenden Problemskala von 57.6 ($SD = 9.6$), der mittlere Gesamtrohwert für die externalisierende Problemskala lag bei 12.4 ($SD = 11.2$) mit einem mittleren T-Wert der externalisierenden Problemskala von 59.0 ($SD = 10.9$).

Für die Auswertung kann eine Unterscheidung in unauffälliges, im Grenzbereich liegendes oder klinisch relevantes Ausmaß der Belastung angegeben werden. Abhängig von Alter (jünger als 12 Jahre bzw. 12 Jahre und älter) und Geschlecht unterscheiden sich die jeweiligen Grenz-Rohwerte (siehe auch Punkt 2.3.1.1), so dass eine differenzierte Darstellung der CBCL-Ergebnisse möglich ist. Die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe der Pflegekinder finden sich in Tabelle 27 zusammengefasst. Hier erfolgt nur die Unterscheidung nach dem Alter, da diese für die weitere Auswertung in der Studie ausreichend ist. Ergebnisse nach Alter und Geschlecht getrennt dargestellt finden sich für besonders Interessierte zusätzlich in Anhängen 2F und 2G.

Es ergaben sich für die Gesamtstichprobe insgesamt für über 50% der Pflegekinder auf der internalisierenden Skala der CBCL unauffällige Werte, für knapp ein Viertel von ihnen Werte im Grenzbereich (24%) und in etwas über 20% der Fälle eine klinisch relevante Schwere internalisierender Probleme. Auf der externalisierenden Skala des CBCL unauffällige Werte hatten fast 60% und Werte im Grenzbereich rund 16% der Pflegekinder. Klinisch relevante Werte auf der externalisierenden hatten über 25% von ihnen. Die Pflegekinder der vorliegenden Studie hatten somit in rund 47% der Fälle unauffällige Werte auf der Gesamt-Skala des CBCL, in rund 22% der Fälle Werte im Grenzbereich und in über 30% der Fälle klinisch relevante Werte erzielt.

Die hier ermittelte Belastung der Pflegekinder war ähnlich der in anderen Studien gefundenen. So ergab beispielsweise ein Vergleich mit McIntyre und Kessler (1986) bezogen auf klinisch relevante Symptomatiken auf irgendeiner der CBCL-Subskalen, dass Kinder und Jugendliche der aktuellen Studie nicht signifikant weniger Symptomatik aufwiesen (beobachteter Anteil 43.2%, Testanteil 48.7%, $p = .205$). Der Vergleich mit Dubowitz und Kollegen (1994) ergab, dass die Münchener Pflegekinder auf der internalisierenden Problemskala der CBCL signifikant auffälliger waren (beobachteter Anteil 22%, Testanteil 14%, $p = .048$), nicht jedoch auf der externalisierenden Pro-

blemskala der CBCL (beobachteter Anteil 26%, Testanteil 26%, $p = .536$). Auch auf der CBCL-Gesamtskala waren sie nicht signifikant auffälliger gewesen (beobachteter Anteil 31%, Testanteil 26%, $p = .192$).

Tabelle 27: Symptombelastung der Pflegekinder nach der CBCL

	Pflegekinder		
	< 12 Jahre <i>n</i> = 21	>= 12 Jahre <i>n</i> = 53	gesamt <i>N</i> = 74
CBCL Skala Internalisierend			
unauffällige Pflegekinder	11 (52%)	29 (55%)	40 (54%)
Pflegekinder mit Symptom- schwere im Grenzbereich	5 (24%)	13 (25%)	18 (24%)
Pflegekinder mit klinisch rele- vanter Symptomschwere	5 (24%)	11 (21%)	16 (22%)
CBCL Skala Externalisierend			
unauffällige Pflegekinder	10 (48%)	33 (62%)	43 (58%)
Pflegekinder mit Symptom- schwere im Grenzbereich	3 (14%)	9 (17%)	12 (16%)
Pflegekinder mit klinisch rele- vanter Symptomschwere	8 (38%)	11 (21%)	19 (26%)
CBCL Skala Gesamt			
unauffällige Pflegekinder	10 (48%)	25 (47%)	35 (47%)
Pflegekinder mit Symptom- schwere im Grenzbereich	3 (14%)	13 (25%)	16 (22%)
Pflegekinder mit klinisch rele- vanter Symptomschwere	8 (38%)	15 (28%)	23 (31%)

Anmerkung: Die Prozentwerte wurden gerundet.

2.2.3.2 Dissoziative Symptomatik der Pflegekinder, ermittelt mit der CDC

Für die Pflegekinder wurde mithilfe der Child Dissociative Checklist (CDC) das Ausmaß der Belastung mit dissoziativer Symptomatik ermittelt. Die Kinder und Jugendlichen der vorliegenden Studie hatten einen mittleren Gesamtwert der CDC von 4.4 ($SD = 4.6$, $Min. = 0$, $Max. = 20$). Es zeigte sich, dass bei 67 der Pflegekinder keine dissoziativen Belastungen vorlagen, das entspricht rund 91% der Kinder und Jugendlichen. Eine gemäß der CDC klinisch relevante dissoziative Symptomatik wiesen rund 10% (also 7 Pflegekinder) auf.

Im Rahmen der Auswertung ergab sich interessanterweise jedoch, dass von allen 74 Pflegekindern nur 14 (rund 19%) einen tatsächlichen CDC-Summenwert von 0 aufwiesen. Folglich zeigten rund 72% der Pflegekinder (53 Kinder und Jugendliche) in irgendeiner Form dissoziative Symptome, welche jedoch die klinische Relevanz bei einem cut-off-Wert von 12 nicht erreicht hatten.

Es zeigte sich außerdem, dass der CDC-Summenwert mit den Werten der CBCL-Problemskalen und der CBCL-Gesamtskala signifikant positiv korrelierte (CDC-Summenwert und Gesamtrohwert der internalisierenden CBCL-Problemskala, $r = .413$, $p < .01$, zweiseitig; CDC-Summenwert und Gesamtrohwert der externalisierenden CBCL-Problemskala, $r = .571$, $p < .01$, zweiseitig; CDC-Summenwert und CBCL-Gesamtskala, $r = .628$, $p < .01$, zweiseitig).

2.2.3.3 Belastung der Pflegekinder, ermittelt mit der ACC

Für die Skalen der ACC wurden jeweils der Mittelwert vorliegender Stichprobe, die Standardabweichung, das Minimum und das Maximum ermittelt, Tabelle 28 liefert eine Übersicht der Werte. Es fällt auf, dass die Pflegekinder auf den Skalen 1, 9 (sowie 9a und 9b) und 10 Mittelwerte von maximal .40 (gerundet) erzielten, also sehr niedrig lagen. Das spricht für eine sehr niedrige Symptomatik der Pflegekinder dieser Studie in den Bereichen sexualisiertes Verhalten, selbstverletzende und suizidale Verhaltensweisen und Pica. Der mittlere absolute klinische Wert lag bei knapp 25 ($M = 24.59$, $SD = 17.29$), wobei die Werte hier zwischen 1 und 95 lagen.

Nach den von Tarren-Sweeney (2007) angegebenen cut-off-Werten erfolgte eine Beurteilung der von den Pflegekindern erzielten Gesamtsummenwerte der ACC. Demnach wiesen knapp 40% der Pflegekinder eine klinisch relevante Symptomatik auf (siehe auch Tabelle 29). Dabei zeigte sich, dass sich die Anzahl der Mädchen in der Gruppe der Pflegekinder mit unauffälligen ACC-Werten ebenso wenig signifikant von der der Jungen unterschied ($\chi^2(1) = .500$, $p = .597$, $w = .125$, $1 - \beta = .11$) wie sie es in der Gruppe der Pflegekinder mit ACC-Werten im Grenzbereich tat ($\chi^2(1) = .692$, $p = .581$, $w = .231$, $1 - \beta = .13$). Auch in der Gruppe der Pflegekinder mit klinisch relevanter ACC-Symptomschwere lagen keine signifikanten Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen vor ($\chi^2(1) = .310$, $p = .711$, $w = .10$, $1 - \beta = .09$). Für weitere Ergebnisse bezogen auf die ACC im Rahmen vorliegender Studie sei auf Punkt 3.2 verwiesen.

Tabelle 28: Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima der Pflegekinder auf den ACC-Skalen

Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Gesamtwert Skala 1 (Sexuelles Verhalten)	.35	1.15	0	8
Gesamtwert Skala 2 (Pseudomaturität)	1.87	2.50	0	15
Gesamtwert Skala 3 (Non-Reziprozität)	4.24	3.87	0	15
Gesamtwert Skala 4 (Indiskriminiertheit)	5.00	3.21	0	15
Gesamtwert Skala 5 (Unsicherheit)	5.41	4.72	0	17
Gesamtwert Skala 6 (Ängstlich-Misstrauisch)	2.69	2.63	0	15
Gesamtwert Skala 7 (Anormale Schmerzreaktion)	1.04	1.21	0	5
Gesamtwert Skala 8 (Essverhalten)	1.18	1.63	0	8
Gesamtwert Skala 9 (Selbstverletzung)	.36	1.18	0	7
Gesamtwert Skala 9a (Selbstverletzung)	.35	1.18	0	7
Gesamtwert Skala 9b (Pica Index)	.01	.12	0	1
Gesamtwert Skala 10 (Suizidale Verhaltensweisen)	.12	.44	0	2
Gesamtwert Skala AI (andere Items)	2.43	2.13	0	8
Absoluter Klinischer Wert (Summe der Skalenwerte 1 bis AI)	24.59	17.29	1	95
Gesamtwert Skala NS (negatives Selbstbild)	3.06	3.45	0	15
Gesamtwert Skala NZ (niedrige Zuversicht)	4.76	3.78	0	13
Gesamtwert Skala SW (Selbstwert)	8.54	6.92	0	26

Anmerkung: *M* und *SD* auf 2 Dezimalstellen gerundet.

Tabelle 29: Symptombelastung der Pflegekinder nach der ACC

Klinische Bedeutsamkeit des ACC-Gesamtwerts	Pflegekinder		
	weiblich <i>n</i> = 39	männlich <i>n</i> = 35	gesamt <i>N</i> = 74
unauffällige Pflegekinder	18 (46%)	14 (40%)	32 (43%)
Pflegekinder mit Symptom- schwere im Grenzbereich	8 (21%)	5 (14%)	13 (18%)
Pflegekinder mit klinisch rele- vanter Symptomschwere	13 (33%)	16 (46%)	29 (39%)

Anmerkung: Werte bis 20 → unauffällig; Werte von 21 bis 26 → Grenzbereich; Werte von 27 bis 204 → klinisch auffällig. Die Prozentwerte wurden gerundet.

2.2.3.4 Ereignisprävalenz und tatsächliche Traumatisierung der Pflegekinder

Mithilfe der Ereignisliste des Interviews zu Belastungsstörungen für Kinder und Jugendliche (IBS-KJ) wurde ermittelt welche potenziell traumatisierenden Ereignisse die Pflegekinder schon erlebt hatten. Befragt wurden die Pflegekinder selbst, die Ergebnisse stützen sich also auf die Erinnerungen der Kinder und Jugendlichen. Für jedes Ereignis wurde angegeben, in welcher Form die Konfrontation erfolgt oder ob sie überhaupt gegeben gewesen war (z.B. „ich habe es mit angesehen“ oder „das ist mir noch nie passiert“). Wenn sich das Pflegekind nicht sicher war, ob es die entsprechende Erfahrung schon gemacht hatte, so war auch dies als eine Antwortmöglichkeit im Interview vorgegeben („ich bin nicht sicher“).

Nachfolgend werden hier für alle Ereignisse nur die Fälle aufgeführt, in denen die Pflegekinder im Fall des jeweiligen Ereignisses im Sinne eines erlebten Traumas (also „ist mir passiert“ oder „habe es mit angesehen“) geantwortet hatten (Tabelle 30)²². Die Darstellung erfolgt in den Tabellen für Mädchen, Jungen und die Pflegekinder insgesamt. Nachfolgend werden die Ergebnisse für die Pflegekinder insgesamt berichtet und, wo erforderlich, erläutert. Für eine Gegenüberstellung von Mädchen und Jungen sei ebenfalls auf Tabelle 30 verwiesen.

Ereignis 1, eine *Katastrophe (Überschwemmung, schwerer Sturm, Erdbeben)*, hatten 16 (22%) der Pflegekinder erlebt. Dabei handelte es sich etwa um eine Überschwemmung (des nachbarlichen Hauses, als der ganze Keller unter Wasser stand),

²² Eine detaillierte Darstellung der einzelnen Ereignisse 1 bis 17, die durch die Ereignisliste des IBS-KJ erhoben werden, kann bei der Autorin angefordert werden.

einen Sturm (Kyrill) oder ein Erdbeben (in diesem Fall eine kleine tektonische Verschiebung, die ein Kind im Urlaub miterlebt hatte). Ein *Feuer oder eine Explosion* (Ereignis 2) hatten 3 Kinder und Jugendliche (4%) selbst erlebt (z.B. einen Brand in dem Kinderheim, in dem das Kind untergebracht gewesen war). Ereignis 3, einen *Verkehrsunfall (mit Auto, Bus, LKW, Schiff, Zug oder Flugzeug)*, hatten 14 (19%) erlebt (z.B. während sie in einem Auto saßen oder als sie von einem Auto angefahren wurden). Einen *schlimmen Unfall (in der Schule, zu Hause, beim Spielen)*, Ereignis 4, hatten 31 Kinder und Jugendliche (42%) selbst erlebt. Und Ereignis 5, der *Kontakt mit gefährlichen Stoffen (Chemikalien, Gase, Strahlung, Gifte)*, hatten 3 der Pflegekinder (4%) erlebt.

Bezogen auf Ereignis 6, *physische Gewalt (Schlagen, Treten, Stoßen, Beißen, ein Überfall oder Prügel)*, zeigte sich, dass 37 (50%) der Pflegekinder derartiges selbst erlebt hatten und 10 (13%) es beobachtet hatten. *Gewalt mit einer Waffe (Gürtel, Riemen, Flasche, Messer, Pistole, Bombe)*, Ereignis 7, hatten 14 Kinder und Jugendliche (19%) selbst erlebt und 2 (3%) hatten derartiges beobachtet. Ereignis 8, *sexuelle Nötigung/Gewalt*, hatten 13 der Pflegekinder (18%) erlebt und 2 (3%) beobachtet.

Bezogen auf Ereignis 9, *Kampf-/Kriegserfahrung*, zeigte sich, dass immerhin 1 Pflegekind (1%) derartiges erlebt hatte. Die Auswertung der Erlebnisse der Pflegekinder erfolgte nach den Angaben des IBS-KJ, so dass für Ereignis 9 nur tatsächliche Kriegs- oder Kampferfahrung erhoben wurde. Als Antwort auf die Frage nach Ereignis 9 („Hast Du schon mal in einer Gegend gelebt, in der gekämpft wurde oder in der Krieg war?“) hatten jedoch auch 2 Pflegekinder mit „Ja“ geantwortet und sich dabei auf den „Kampf“ zwischen den leiblichen Eltern bezogen, den sie in der Herkunftsfamilie erlebt oder beobachtet hatten. Dies wurde im Rahmen der vorliegenden Auswertung jedoch nicht im Sinne von Kampf- oder Kriegserfahrung gewertet.

Vernachlässigungserfahrung (nicht genug Essen, Trinken, Kleidung, kein Zuhause, allein gelassen Werden), Ereignis 10, hatten 13 Kinder und Jugendliche (18%) selbst erlebt, 1 Pflegekind (1%) beobachtet. Ereignis 11, *Kontakt mit Sterbenden, Hungernden, Obdachlosen, Vernachlässigten*, hatten 6 Pflegekinder (8%) erlebt, 5 (7%) beobachtet. In den Fällen, in denen die Kinder und Jugendlichen von eigenen Erlebnissen berichteten, handelte es sich meist um sterbende Verwandte (etwa Großeltern oder leibliche Eltern) oder Obdachlose, die sie auf der Straße gesehen hatten.

Ereignis 12, *gezwungen, an einem Ort gegen den eigenen Willen zu bleiben (Entführung)*, betreffend zeigte sich, dass immerhin 2 der Pflegekinder derartiges erlebt (3%) und ebenfalls 2 (3%) schon davon erfahren hatten. Es wurden hier nur Ereignisse

gewertet, bei denen eine tatsächliche Entführung stattgefunden hatte, wie beispielsweise im Fall des Jungen, der vom leiblichen Vater entführt worden war (sog. Verbringung des Kindes). Ähnlich wie bei Ereignis 9 beantworteten einige Kinder die Frage nach Ereignis 12 („Bist Du schon mal gezwungen worden, irgendwo gegen Deinen Willen zu bleiben, also eine Entführung?“) positiv, und bezogen das auf Situationen und Ereignisse, die sich im Rahmen ihrer (Hilfe-)Geschichten ergeben hatten, z.B. zeitweilige Unterbringung im Kinderheim (in dem das Kind gegen seinen Willen untergebracht/festgehalten worden war). Diese Ereignisse stellten im eigentlichen Sinn keine Entführungen dar, hatten dem Erleben der Kinder nach aber vergleichbare Qualität. Bezöge man diese Aussagen der Pflegekinder mit ein, so hätten nicht nur 2 von ihnen sondern 10 die Erfahrung machen müssen, irgendwo gegen den eigenen Willen festgehalten worden zu sein. Für die Auswertung im Rahmen der Studie wurden diese Kinder aber so gewertet, dass sie nie eine Entführung erlebt hatten.

Ereignis 13, *lebensgefährliche Verletzung oder Krankheit*, hatten 8 der Kinder und Jugendlichen (11%) selbst erlebt, 5 (7%) beobachtet. Außerdem hatten Ereignis 14, *Kontakt mit gewaltsamem Tod oder Leichen*, 5 von ihnen (7%) gehabt, 1 Pflegekind (1%) hatte es beobachtet. In diesen Fällen handelte es sich um Kinder/Jugendliche, die Leichen gesehen hatten, zum Beispiel die verstorbenen Großeltern und oder verstorbene leibliche Eltern. Den Tod einer nahe stehenden Person, Ereignis 15, hatten 31 (42%) bereits erlebt, 1 Pflegekind (1%) hatte beobachtet. Eine *schwere Verletzung (absichtlich oder unabsichtlich herbeigeführt)*, Ereignis 16, hatten 10 Kinder und Jugendliche (14%) selbst erlebt, 3 (4%) beobachtet. Ereignis 17, *ein anderes schlimmes, beängstigendes Ereignis*, hatten 12 von ihnen (16%) erlebt, 1 Pflegekind (1%) beobachtet.

Wider den Erwartungen korrelierte das Geschlecht in keinem Fall mit dem Erleben eines der 17 IBS-KJ-Ereignisse signifikant. Es fanden sich für eine Reihe von Ereignissen signifikante Korrelationen zwischen $-.330$ und $.394$ (Anhang 2D liefert eine komplette Darstellung). In zwei Fällen waren negative Korrelationen zu beobachten. Ereignisse 4 (*Schlimmer Unfall*) und 7 (*Gewalt mit einer Waffe*) korrelierten zu $r = -.255$ ($p = .028$; zweiseitig) und Ereignisse 4 (*Schlimmer Unfall*) und 10 (*Vernachlässigungserfahrung*) korrelierten zu $r = -.330$ ($p = .004$; zweiseitig) jeweils signifikant negativ miteinander. Dies deutet darauf hin, dass den befragten Kindern die Unterscheidung zwischen den drei Phänomenen sehr klar war. Entgegen den Erwartungen korrelierten Ereignisse 6 und 7 (physische Misshandlung und Gewalt mit einer Waffe) nicht miteinander. Den Erwartungen entsprechend miteinander korrelierten sexueller Missbrauch

und physische Misshandlung ($r = .312$, $p = .007$; zweiseitig) und Vernachlässigungserfahrungen (Ereignis 10) mit den meisten anderen Ereignissen (insgesamt mit sechs).

Tabelle 30: Prävalenzen potenziell traumatisierender Ereignisse der Pflegekinder

Art des Erlebens	Pflegekinder		
	weiblich <i>n</i> = 39	männlich <i>n</i> = 35	gesamt <i>N</i> = 74
Ereignis 1 – Katastrophe (Überschwemmung, schwerer Sturm, Erdbeben)			
Ist mir passiert	7 (18%)	9 (26%)	16 (22%)
Habe es mit angesehen	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ereignis 2 – Feuer oder Explosion			
Ist mir passiert	1 (3%)	2 (6%)	3 (4%)
Habe es mit angesehen	4 (10%)	2 (6%)	6 (8%)
Ereignis 3 – Verkehrsunfall (mit Auto, Bus, LKW, Schiff, Zug oder Flugzeug)			
Ist mir passiert	7 (18%)	7 (20%)	14 (19%)
Habe es mit angesehen	2 (5%)	3 (9%)	5 (7%)
Ereignis 4 – Schlimmer Unfall (in der Schule, zu Hause, beim Spielen)			
Ist mir passiert	14 (36%)	17 (49%)	31 (42%)
Habe es mit angesehen	6 (15%)	4 (11%)	10 (14%)
Ereignis 5 – Kontakt mit gefährlichen Stoffen (Chemikalien, Gase, Strahlung, Gifte)			
Ist mir passiert	2 (5%)	1 (3%)	3 (4%)
Habe es mit angesehen	0 (0%)	2 (6%)	2 (3%)
Ereignis 6 – Physische Gewalt (Schlagen, Treten, Stoßen, Beißen, ein Überfall oder Prügel)			
Ist mir passiert	20 (51%)	17 (49%)	37 (50%)
Habe es mit angesehen	6 (15%)	4 (11%)	10 (13%)
Ereignis 7 – Gewalt mit einer Waffe (Gürtel, Riemen, Flasche, Messer, Pistole, Bombe)			
Ist mir passiert	5 (13%)	9 (26%)	14 (19%)
Habe es mit angesehen	1 (3%)	1 (3%)	2 (3%)

Anmerkung: Die Nummerierung der Ereignisse richtet sich nach der im IBS-KJ. Die Prozentwerte wurden gerundet.

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 30: Prävalenzen potenziell traumatisierender Ereignisse der Pflegekinder (Fortsetzung)

Art des Erlebens	Pflegekinder		
	weiblich <i>n</i> = 39	männlich <i>n</i> = 35	gesamt <i>N</i> = 74
Ereignis 8 – Sexuelle Nötigung/Gewalt			
Ist mir passiert	10 (26%)	3 (9%)	13 (18%)
Habe es mit angesehen	0 (0%)	2 (6%)	2 (3%)
Ereignis 9 – Kampf-/Kriegserfahrung			
Ist mir passiert	1 (3%)	0 (0%)	1 (1%)
Habe es mit angesehen	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ereignis 10 – Vernachlässigungserfahrung (nicht genug Essen, Trinken, Kleidung, kein Zuhause, allein gelassen Werden)			
Ist mir passiert	7 (18%)	6 (17%)	13 (18%)
Habe es mit angesehen	0 (0%)	1 (3%)	1 (1%)
Ereignis 11 – Kontakt mit Sterbenden, Hungernden, Obdachlosen, Vernachlässigten			
Ist mir passiert	1 (3%)	5 (14%)	6 (8%)
Habe es mit angesehen	3 (8%)	2 (6%)	5 (7%)
Ereignis 12 – Gezwungen, an einem Ort gegen den eigenen Willen zu bleiben (Entführung)			
Ist mir passiert	0 (0%)	2 (6%)	2 (3%)
Habe es mit angesehen	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ereignis 13 – Lebensgefährliche Verletzung oder Krankheit			
Ist mir passiert	6 (15%)	2 (6%)	8 (11%)
Habe es mit angesehen	2 (5%)	3 (9%)	5 (7%)
Ereignis 14 – Kontakt mit gewaltsamem Tod oder Leichen			
Ist mir passiert	2 (5%)	3 (9%)	5 (7%)
Habe es mit angesehen	1 (3%)	0 (0%)	1 (1%)

Anmerkung: Die Nummerierung der Ereignisse richtet sich nach der im IBS-KJ. Die Prozentwerte wurden gerundet.

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 30: Prävalenzen potenziell traumatisierender Ereignisse der Pflegekinder (Fortsetzung)

Art des Erlebens	Pflegekinder		
	weiblich <i>n</i> = 39	männlich <i>n</i> = 35	gesamt <i>N</i> = 74
Ereignis 15 – Tod einer nahe stehenden Person			
Ist mir passiert	15 (39%)	16 (46%)	31 (42%)
Habe es mit angesehen	1 (3%)	0 (0%)	1 (1%)
Ereignis 16 – Schwere Verletzung (absichtlich oder unabsichtlich herbeigeführt)			
Ist mir passiert	4 (10%)	6 (17%)	10 (14%)
Habe es mit angesehen	1 (3%)	2 (6%)	3 (4%)
Ereignis 17 – Anderes schlimmes, beängstigendes Ereignis			
Ist mir passiert	5 (13%)	7 (20%)	12 (16%)
Habe es mit angesehen	1 (3%)	0 (0%)	1 (1%)

Anmerkung: Die Nummerierung der Ereignisse richtet sich nach der im IBS-KJ. Die Prozentwerte wurden gerundet.

Es wurden die berichteten Ereignisse dahingehend befragt, ob es sich dabei um traumatische Ereignisse gehandelt hatte (Vorgehens siehe Punkt 2.3.2.2). Die Auswertung der Antworten der Pflegekinder ergab, dass nach DSM (Kriterien A1 und A2 erfüllt) insgesamt 30 (entspricht 41% aller Pflegekinder) und nach ICD (nur Kriterium A1 erfüllt) 33 (entspricht 45% aller Pflegekinder) traumatische Ereignisse erlebt hatten (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Trauma-Prävalenzen der Pflegekinder ermittelt mit dem IBS-P-KJ

erfüllte Kriterien	Pflegekinder		
	weiblich <i>n</i> = 39	männlich <i>n</i> = 35	gesamt <i>N</i> = 74
A1 und A2 erfüllt (DSM)	13 (33%)	17 (49%)	30 (41%)
A1 erfüllt (ICD)	15 (39%)	18 (51%)	33 (45%)

Anmerkung: Die Prozentwerte wurden gerundet.

Es lag keine signifikante Korrelation zwischen dem Geschlecht und Trauma vor. Die Korrelation zwischen Trauma nach DSM und Trauma nach ICD war erwartungsgemäß signifikant positiv ($r = .920, p = .000$; zweiseitig). Es zeigte sich kein Geschlechtsunterschied. Mädchen und Jungen kamen in der Gruppe der Pflegekinder, die Traumata nach DSM oder ICD erlebt hatten, gleich häufig vor (bei Traumata nach DSM: $\chi^2(1) = .533, p = .585, w = .13, 1 - \beta = .11$; bei Traumata nach ICD: $(\chi^2(1) = .273, p = .728, w = .09, 1 - \beta = .08)$).

Im Vergleich zu den in anderen Untersuchungen berichteten Trauma-Prävalenzen zeigte sich, dass die Kinder und Jugendlichen der vorliegenden Studie signifikant mehr traumatische Ereignisse erlebt hatten, als beispielsweise Essau, Conradt & Petermann (1999) gefunden hatten (beobachteter Anteil_{A1 und A2 erfüllt} 40.5%, Testanteil 22.5%, $p = .000$). Jedoch war die Prävalenz der traumatischen Ereignisse in vorliegender Studie nicht signifikant verschieden von der, die beispielsweise Giaconia, et al. (1995) berichten (beobachteter Anteil_{A1 und A2 erfüllt} 41%, Testanteil 43%, $p = .380$). Eine nach dem Geschlecht getrennte Betrachtung zeigt, dass sowohl die Mädchen als auch die Jungen der aktuellen Studie signifikant mehr traumatische Ereignisse erlebt haben, als dies etwa bei Perkonig und Kollegen (2000) der Fall war (für Mädchen: beobachteter Anteil_{A1 und A2 erfüllt} 33.3%, Testanteil 15.5%, $p = .005$; für Jungen: beobachteter Anteil_{A1 und A2 erfüllt} 48.6%, Testanteil 18.6%, $p = .000$). Allerdings hatten die Mädchen und Jungen der vorliegenden Studie jeweils signifikant weniger traumatische Ereignisse erlebt, als Elklit (2002, zitiert nach Rosner, 2008) berichtet (Mädchen: beobachteter Anteil_{A1 und A2 erfüllt} 33%, Testanteil 87%, $p = .000$; Jungen: beobachteter Anteil_{A1 und A2 erfüllt} 49%, Testanteil 78%, $p = .000$).

Es zeigte sich bei einem Vergleich der Prävalenzen, wenn nur Kriterium A1 erfüllt sein musste, ein ähnliches Bild. Die Kinder und Jugendlichen der vorliegenden Studie hatten auch in diesem Fall signifikant mehr traumatische Ereignisse erlebt, als Essau, Conradt & Petermann (1999) gefunden hatten (beobachteter Anteil_{A1 erfüllt} 44.6%, Testanteil 22.5%, $p = .000$). Die Prävalenz der traumatischen Ereignisse in vorliegender Studie war auch bei Trauma-Diagnosen nach ICD nicht signifikant verschieden von der, die Giaconia, et al. (1995) berichten (beobachteter Anteil_{A1 erfüllt} 45%, Testanteil 43%, $p = .435$). Sowohl die Mädchen als auch die Jungen der aktuellen Studie hatten signifikant mehr traumatische Ereignisse erlebt, als dies etwa bei Perkonig und Kollegen (2000) der Fall war (für Mädchen: beobachteter Anteil_{A1 erfüllt} 38.5%, Testanteil 15.5%, $p = .000$; für Jungen: beobachteter Anteil_{A1 erfüllt} 51.4%, Testanteil 18.6%, $p = .000$). Allerdings hatten die Mädchen und Jungen der vorliegenden Studie auch bei ICD-Diagnosen jeweils signifikant weniger traumatische Ereignisse erlebt, als Elklit

(2002, zitiert nach Rosner, 2008) berichtet (Mädchen: beobachteter Anteil_{A1} erfüllt 38%, Testanteil 87%, $p = .000$; Jungen: beobachteter Anteil_{A1} erfüllt 51%, Testanteil 78%, $p = .000$).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die hier gefundenen Prävalenzen traumatischer Ereignisse den in anderen Untersuchungen gefundenen ähneln. Die von den Pflegekindern berichteten Ereignisprävalenzen liegen in einem Bereich, der dem für Kinder und Jugendliche bekannten entspricht. Abhängig von den zum Vergleich herangezogenen Studien wird deutlich, dass die Traumatisierung der Pflegekinder aus der vorliegenden Studie jedoch größer als die von Nicht-Pflegekindern ist (etwa im Vergleich zu Perkonig, et al., 2000 oder Essau, Conradt & Petermann, 1999).

2.2.3.5 PTBS-Prävalenz der Pflegekinder und Schweregrad ihrer PTBS

Um die PTBS-Prävalenz unter den Pflegekindern, die ein traumatisches Ereignis berichtete hatten, zu ermitteln wurde das IBS-P-KJ entsprechend der Kriterien des DSM und des ICD ausgewertet. Die Auswertung der von den Pflegekindern gemachten Angaben zu beobachtbaren Symptomen wurde zusätzlich nach den von Scheeringa vorgeschlagenen, veränderten Kriterien vorgenommen. Tabelle 32 liefert einen Überblick, wie viele Pflegekinder nach welchen Diagnosekriterien eine PTBS-Diagnose erhalten. Die Darstellung erfolgt für Mädchen, Jungen und die Gesamtheit der Pflegekinder, nachfolgend erläutert werden nur die Ergebnisse für alle Pflegekinder.

So hatten den DSM-Kriterien zufolge 4 der 74 Pflegekinder (5.4%) eine PTBS-Diagnose zum Zeitpunkt des Interviews, alle waren Mädchen. Nach den Kriterienvorgaben des ICD bekamen insgesamt 16 Pflegekinder (22%) eine PTBS-Diagnose, 10 Mädchen (14%) und 6 Jungen (8%). Nach dem Kriterienkatalog von Scheeringa bekamen 10 der Pflegekinder (14%) eine PTBS-Diagnose.

Das Interview wurde in 6 Fällen nicht vollständig geführt, obwohl ein Trauma berichtet worden war. Da jedoch im Laufe der weiteren Befragung diese Pflegekinder zunehmend belastet reagierten (in 2 Fällen bin hin zu dissoziativen Symptomen), wurden die Interviews vorzeitig beendet, entweder sofort nachdem die Ereignisliste vollständig oder nachdem die Items für Kriterium B abgefragt worden waren. Aufgrund der von den Pflegekindern gezeigten Symptomatik während der Interviews wurde in diesen Fällen eine Verdachtsdiagnose für PTBS vergeben. Ebenfalls wurde eine Verdachtsdiagnose in einem Fall vergeben, in dem die ICD-PTBS-Diagnose nur deswegen nicht vergeben wurde, weil Kriterium E1 nicht erfüllt war, wobei aber für alle anderen Kriterien entsprechende Symptomatik vorlag. Somit konnte für 7 der Pflegekinder (10%) der Verdacht auf eine PTBS vergeben werden.

Es zeigte sich, dass die Pflegekinder vorliegender Studie signifikant mehr PTBS hatten, als etwa für die Kinder und Jugendlichen in der Studie von Perkonig, et al., (2000) berichtet wird (beobachteter Anteil_{PTBS DSM} 5%, Testanteil 1.3%, $p = .016$), was sich bei Diagnosen nach ICD noch deutlicher zeigte (beobachteter Anteil_{PTBS ICD} 21.6%, Testanteil 1.3%, $p = .000$). Auch im Vergleich mit der *Bremer Jugendstudie* (Essau, 1999) zeigte sich, dass die Pflegekinder signifikant mehr PTBS-Diagnosen hatten (beobachteter Anteil_{PTBS DSM} 5%, Testanteil 1.6%, $p = .031$), was im Falle der Diagnosen nach ICD ebenfalls noch deutlicher wurde (beobachteter Anteil_{PTBS ICD} 21.6%, Testanteil 1.6%, $p = .000$). Erste Ergebnisse deuten somit darauf hin, dass es sich bei der Gruppe der Pflegekinder dieser Studie um Kinder und Jugendliche handelt, die stärker von der Posttraumatischen Belastungsstörung betroffen sind, als dies für die Allgemeinbevölkerung gilt. Für weitere Ausführungen zum Thema Prävalenz und PTBS-Belastung bei Pflegekindern sei auf Arnold (2010) verwiesen, denn dort finden sich weitere Auswertungen und Ergebnisse zur vorliegenden Stichprobe.

Tabelle 32: PTBS-Prävalenzen nach DSM, ICD, Scheeringa und Verdachtsfälle

PTBS-Diagnose nach	Pflegekinder		
	weiblich $n = 39$	männlich $n = 35$	gesamt $N = 74$
DSM-IV	4 (10%)	0 (0%)	4 (5%)
ICD-10	10 (26%)	6 (17%)	16 (22%)
Scheeringa	7 (18%)	3 (9%)	10 (14%)
PTBS-Verdachtsfälle	3 (8%)	4 (11%)	7 (10%)

Anmerkung: Die Prozentwerte wurden gerundet.

Um die allgemeine Belastung der Pflegekinder zu erheben, wurde für jedes dieser Pflegekind ermittelt, wie viele PTBS-Hauptsymptome vorlagen, unabhängig von einer abschließend vergebenen PTBS-Diagnose. In der Stichprobe der 74 Pflegekinder insgesamt lagen im Mittel 3 Symptome ($M = 2.7$, $SD = 4.0$, $Min. = 0$, $Max. = 15$) vor.

Darüber hinaus erlaubt das IBS-KJ die Berechnung des Schweregrads der PTBS anhand der Schwere der Symptome. Zur Berechnung des Schweregrades wurden die von den Pflegekindern gemachten Angaben zu Häufigkeit und Intensität der jeweiligen Symptome und der daraus gebildete Mittelwert verwendet (siehe auch Punkt 2.3.2.2). Für die Kinder und Jugendlichen, welche die Diagnose einer Posttraumatischen Bela-

störung erhalten hatten, wurden sowohl die Anzahl an Symptomen als auch der Schweregrad der Symptomatik ermittelt. Erfolgte die PTBS-Diagnose nach DSM, so hatten die 4 Pflegekinder im Mittel 13 Symptome ($M = 12.8$, $SD = .90$) und eine mittlere Schwere der PTBS von 3 ($M = 2.8$, $SD = .60$). Bei Diagnosen nach ICD hatten die 16 Pflegekinder im Mittel 9 Symptome ($M = 8.9$, $SD = .74$) und eine mittlere Schwere der PTBS von 1 ($M = .70$, $SD = 1.3$). Eine vergleichende Einordnung des Schweregrades ist mit dem IBS-KJ noch nicht möglich, es fehlt an deutschen Normen.

Die Interpretation des Schweregrades erfolgt eher auf den Einzelfall bezogen und vor der individuellen Geschichte des jeweiligen Kindes. Steil und Fücksel (2006) nahmen jedoch an einer Stichprobe von $N = 113$ eine erste Organisation der PTBS-Schweregrade in Quartilen vor. Aus vorliegender Stichprobe fielen in die dort gefundene 1. Quartile (Schweregrad von 0.0 bis 0.18) bei erfüllten A1- und A2-Kriterien 70 und bei erfülltem A1-Kriterium 57 Pflegekinder, in die 2. Quartile (Schweregrad von 0.19 bis 0.41) 0 Pflegekinder in beiden Fällen, in die 3. Quartile (Schweregrad 0.42 bis 0.65) ebenfalls 0 Pflegekinder in beiden Fällen und in die 4. Quartile (Schweregrad 0.66 bis 3.12) bei erfüllten A1- und A2-Kriterien 4 Pflegekinder (wobei zwei dieser Pflegekinder Schweregrade größer als 3.12 hatten, nämlich 3.17 und 3.43) und bei erfülltem A1-Kriterium 17 Pflegekinder (wobei drei dieser Pflegekinder Schweregrade größer als 3.12 hatten, nämlich 3.17, 3.18 und 3.43).

Bei erfolgter PTBS-Diagnose nach DSM korrelierte die ermittelte PTBS-Schwere signifikant positiv mit der PTBS-Schwere bei Diagnose nach ICD ($r = .484$, $p < .01$). Außerdem korrelierte die ermittelte PTBS-Schwere bei PTBS-Diagnose nach DSM signifikant positiv mit dem Wert der externalisierenden Problemskala der CBCL ($r = .291$, $p < .05$) und dem CBCL-Gesamtwert ($r = .256$, $p < .05$). Interessant ist, dass die ermittelte PTBS-Schwere bei PTBS-Diagnose nach ICD, abgesehen von der oben berichteten Korrelation mit der ermittelten PTBS-Schwere bei PTBS-Diagnose nach DSM, weder mit den CBCL-Skalen noch der CDC noch der Dimension 1 der Familienklimaskalen in signifikantem Zusammenhang stand.

2.2.3.6 Erlebte Traumatisierung in der Kindheit, nach dem CTQ

Es wurde für die Pflegekinder mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) das Ausmaß bestimmter Arten von Traumatisierung in der Kindheit erhoben. Die Auswertung des CTQ erlaubt es die klinische Bedeutung für die fünf Skalen *Emotionale Vernachlässigung*, *Emotionale Misshandlung*, *Körperliche Vernachlässigung*, *Körperliche Misshandlung* und *Sexueller Missbrauch* zu ermitteln. Die Pflegekinder der vorliegenden Studie hatten einen Mittelwert von 13 auf der Skala emotionale Vernachlässigung.

gung ($M = 13.2$, $SD = 5.7$), einen Mittelwert von knapp 8 auf der Skala emotionale Misshandlung ($M = 7.9$, $SD = 3.7$), einen Mittelwert von fast 10 auf der Skala körperliche Vernachlässigung ($M = 9.5$, $SD = 4.2$), einen Mittelwert von 7 auf der Skala körperliche Misshandlung ($M = 7.1$, $SD = 3.6$), einen Mittelwert von fast 6 auf der Skala sexueller Missbrauch ($M = 5.5$, $SD = 2.0$). Die Beurteilung der Skalenwerte erfolgte gemäß dem in Deutschland üblichen Vorgehen anhand amerikanischer cut-off-Werte von Bernstein und Fink (1998). In Tabelle 33 finden sich die Ergebnisse zur klinischen Bedeutung der Skalen des CTQ ausführlich dargestellt.

Tabelle 33: Klinische Bedeutung der Skalen des CTQ

Klinische Bedeutung der Skala	Pflegekinder		
	weiblich $n = 39$	männlich $n = 35$	gesamt $N = 74$
Emotionale Vernachlässigung			
kein bis minimal	12 (31%)	13 (37%)	25 (34%)
minimal bis mittel	7 (18%)	9 (26%)	16 (22%)
mittel bis schwer	8 (21%)	6 (17%)	14 (19%)
schwer bis extrem	10 (25%)	6 (17%)	16 (22%)
fehlend	2 (5%)	1 (3%)	3 (4%)
Emotionale Misshandlung			
kein bis minimal	20 (51%)	23 (66%)	43 (58%)
minimal bis mittel	10 (26%)	9 (26%)	19 (26%)
mittel bis schwer	4 (10%)	0 (0%)	4 (5%)
schwer bis extrem	2 (5%)	2 (6%)	4 (5%)
fehlend	3 (8%)	1 (3%)	4 (5%)

Anmerkung: Die Beurteilung erfolgte mangels deutscher Normen dem üblichen Vorgehen entsprechend der amerikanischen Normen.

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 33: Klinische Bedeutung der Skalen des CTQ (Fortsetzung)

Klinische Bedeutung der Skala	Pflegekinder		
	weiblich <i>n</i> = 39	männlich <i>n</i> = 35	gesamt <i>N</i> = 74
Körperliche Vernachlässigung			
kein bis minimal	13 (33%)	17 (49%)	30 (41%)
minimal bis mittel	7 (18%)	4 (11%)	11 (15%)
mittel bis schwer	8 (21%)	7 (20%)	15 (20%)
schwer bis extrem	9 (23%)	5 (14%)	14 (19%)
fehlend	2 (5%)	2 (6%)	4 (5%)
Körperliche Misshandlung			
kein bis minimal	25 (64%)	26 (74%)	51 (69%)
minimal bis mittel	5 (13%)	4 (11%)	9 (12%)
mittel bis schwer	4 (10%)	3 (9%)	7 (10%)
schwer bis extrem	3 (8%)	2 (6%)	5 (7%)
fehlend	2 (5%)	0 (0%)	2 (3%)
Sexueller Missbrauch			
kein bis minimal	32 (82%)	33 (94%)	65 (88%)
minimal bis mittel	2 (5%)	1 (3%)	3 (4%)
mittel bis schwer	3 (8%)	0 (0%)	3 (4%)
schwer bis extrem	2 (5%)	0 (0%)	1 (1%)
fehlend	0 (0%)	1 (3%)	1 (1%)

Anmerkung: Die Beurteilung erfolgte mangels deutscher Normen dem üblichen Vorgehen entsprechend der amerikanischen Normen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass von den Pflegekindern fast 22% schwere bis extreme emotionale Vernachlässigung erfahren hatten, fast 19% der Pflegekinder schwere bis extreme körperliche Vernachlässigung. Schwere bis extreme emotionale Misshandlung hatten dagegen nur 4 der Pflegekinder (5%) erlebt, 43 von ihnen (58%) keine bis minimale. Es hatten 5 der Pflegekinder (7%) schwere bis extreme, jedoch auch 51 (69%) keine bis minimale körperliche Misshandlung erfahren. Von den 74 Pflegekindern hatten 65 (88%) keinen bis minimalen, 7 der Pflegekinder minimalen bis extremen sexuellen Missbrauch erlebt.

2.2.4 Beschreibung der Stichprobe der Nicht-Pflegekinder

Die Rekrutierung der Nicht-Pflegekinder erfolgte direkt durch Ansprechen der Familien aus dem Freundes- und Bekanntenkreis der Untersucherin sowie durch weitere Anwerbung durch Familien, die bereits an der Studie teilgenommen hatten. So konnten die Daten für 69 Mädchen und Jungen im Alter von 10 bis 18 Jahren erhoben werden, die aus der Normalbevölkerung stammen. Da die Nicht-Pflegekinder die Kontrollgruppe zur testtheoretischen Auswertung der ACC ausmachen, wurden den Familien nur die CBCL und die ACC zur Beantwortung gegeben. Es liegen für alle 69 Fälle alle Daten vor. Im Rahmen der Datenauswertung wurden keine Fälle nachträglich ausgeschlossen. Eine Aufwandsentschädigung erfolgte im Falle der Kontrollgruppe nicht. Wie bei den Pflegefamilien nahmen aus den Familien der Kontrollgruppe in einigen Fällen ebenfalls mehrere Kinder teil: aus 18 Familien nahmen je 2 und aus 3 Familien je 3 Kinder teil. So ergab sich eine Summe von 69 teilnehmenden Kindern aus 45 teilnehmenden Familien mit 45 teilnehmenden Müttern.

2.2.4.1 Soziodemographische Beschreibung der Nicht-Pflegekinder

Von den Kindern und Jugendlichen, die keine Pflegekinder waren, insgesamt 69 an der Zahl, waren 34 weiblich und 35 männlich. Das sind 49 respektive 51 Prozent. Die Kinder waren zwischen 10 und 18 Jahren alt, mit einem mittleren Alter von 13 Jahren ($M = 13.4$, $SD = 2.4$), wobei die Mädchen zum Zeitpunkt des Interviews im Mittel knapp 13 Jahre ($M = 12.9$, $SD = 2.5$) und die Jungen im Mittel knapp 14 Jahre ($M = 13.9$, $SD = 2.2$) alt waren. Abbildung 9 zeigt die Altersverteilung der teilnehmenden Kinder nach Geschlecht getrennt dargestellt.

Die Schulbildung der Kinder und Jugendlichen betreffend ist festzuhalten, dass in keinem Fall der Besuch einer Sonderschule vorlag, sondern alle eine Regelschule (Grundschule, Hauptschule, Realschule oder Gymnasium) besuchten. Mindestens eine Klasse wiederholen müssen hatten bis zum Zeitpunkt der Erhebung 9 Kinder und Jugendliche, das entspricht 13% der Gruppe der Nicht-Pflegekinder. Außerdem hatten knapp 25% der Kinder und Jugendlichen (entspricht 17 Mädchen und Jungen) Lern- und Schulprobleme (Tabelle 34).

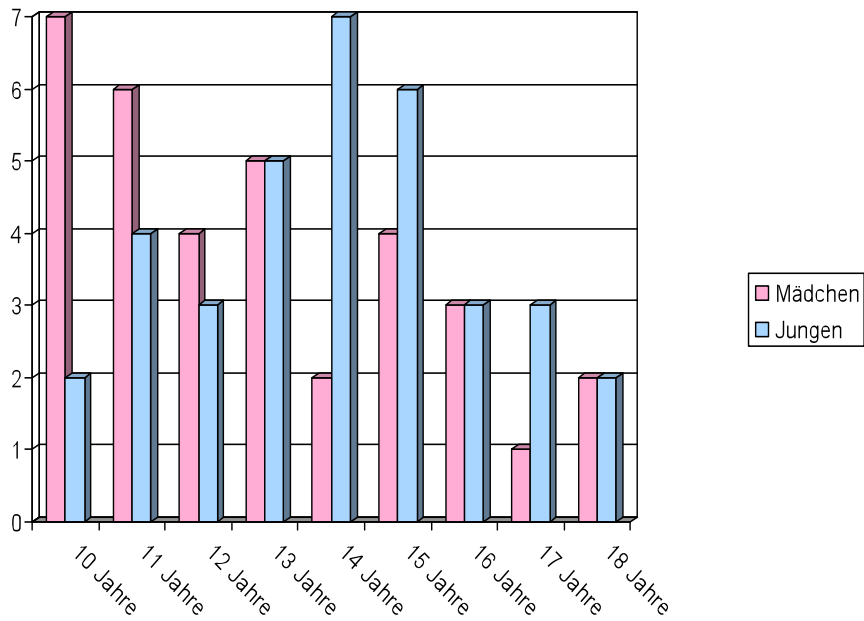


Abbildung 9: Altersverteilung der Nicht-Pflegekinder (absolute Häufigkeiten auf der y-Achse)

Tabelle 34: Schulbildung der Nicht-Pflegekinder

Gesamtstichprobe Nicht-Pflegekinder	
N = 69	
besuchte Schulart	
Besuch einer Sonderschule/-gruppe	0 (0%)
Besuch der Regelschule	69 (100%)
wiederholte Klassen	
keine Klasse wiederholt	60 (87%)
bisher eine oder mehr Klassen wiederholt	9 (13%)
Lernprobleme	
Lern-/Schulprobleme	17 (25%)
keine Lern-/Schulprobleme	52 (75%)

Anmerkung: Die Prozentwerte wurden gerundet.

2.2.4.2 Symptombelastung der Nicht-Pflegekinder nach der CBCL

Die Ergebnisse werden auch für die Nicht-Pflegekinder getrennt nach internalisierenden Problemen, externalisierenden Problemen und Gesamtschwere der Problematik wiedergegeben. Bezogen auf die Unterscheidung in unauffälliges Ausmaß der Belastung, Ausmaß im Grenzbereich liegend oder klinisch relevantes Ausmaß der Belastung finden sich die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe der Nicht-Pflegekinder in Tabelle 35 zusammengefasst.

Tabelle 35: Symptombelastung der Pflegekinder nach der CBCL

	Nicht-Pflegekinder		
	< 12 Jahre	>= 12 Jahre	gesamt
	<i>n</i> = 19	<i>n</i> = 50	<i>N</i> = 69
CBCL Skala Internalisierend			
unauffällige Nicht- Pflegekin- der	18 (95%)	43 (86%)	61 (88%)
Nicht-Pflegekinder mit Sym- ptomschwere im Grenzbe- reich	1 (5%)	3 (6%)	4 (6%)
Nicht-Pflegekinder mit kli- nisch relevanter Symptom- schwere	0 (0%)	4 (8%)	4 (6%)
CBCL Skala Externalisierend			
unauffällige Nicht- Pflegekinder	19 (100%)	45 (90%)	64 (93%)
Nicht-Pflegekinder mit Sym- ptomschwere im Grenzbe- reich	0 (0%)	1 (2%)	1 (1%)
Nicht-Pflegekinder mit kli- nisch relevanter Symptom- schwere	0 (0%)	4 (8%)	4 (6%)
CBCL Skala Gesamt			
unauffällige Nicht- Pflegekinder	19 (100%)	47 (94%)	66 (96%)
Nicht-Pflegekinder mit Sym- ptomschwere im Grenzbe- reich	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Nicht-Pflegekinder mit kli- nisch relevanter Symptom- schwere	0 (0%)	3 (6%)	3 (4%)

Anmerkung: Die Prozentwerte wurden gerundet.

Insgesamt hatten die Nicht-Pflegekinder vorliegender Studie einen mittleren CBCL-Gesamtrohwert von 7.8 ($SD = 8.6$) und einen mittleren Gesamt-t-Wert von knapp 45 ($M = 44.7$, $SD = 6.9$). Der mittlere Gesamtrohwert für die internalisierende Problemskala lag bei 3.4 ($SD = 3.8$) mit einem mittleren t-Wert der internalisierenden Problemskala von 48.5 ($SD = 8.2$), der mittlere Gesamtrohwert für die externalisierende Problemskala lag bei 4.4 ($SD = 6.0$) mit einem mittleren t-Wert der externalisierenden Problemskala von 48.1 ($SD = 8.4$).

Es ergaben sich für die Gesamtstichprobe insgesamt für über 60% der Nicht-Pflegekinder auf der internalisierenden Skala der CBCL unauffällige Werte, für jeweils vier von ihnen Werte im Grenzbereich (6%) und eine klinisch relevante Schwere internalisierender Probleme (ebenfalls 6%). Auf der externalisierenden Skala des CBCL unauffällige Werte hatten fast 65% und Werte im Grenzbereich hatte nur ein Nicht-Pflegekind (1%). Klinisch relevante Werte auf der externalisierenden Skala hatten nur 6% von ihnen. Die Nicht-Pflegekinder der vorliegenden Studie hatten somit in über 95% der Fälle unauffällige Werte auf der Gesamt-Skala des CBCL, in keinem Fall Werte im Grenzbereich und nur in 4% der Fälle klinisch relevante Werte erzielt.

2.2.4.3 Symptombelastung der Nicht-Pflegekinder nach der ACC

Auch für die Nicht-Pflegekinder wurden für die jeweiligen ACC-Skalen Mittelwert, Standardabweichung, Varianz, Minimum und Maximum ermittelt. Es lagen alle Daten vor, Tabelle 36 gibt sie wieder. Es fällt auf, dass die Nicht-Pflegekinder auf immerhin 12 der ACC-Skalen einen Mittelwert kleiner 1 erzielten, die Symptomausprägung hier also jeweils sehr gering oder gar nicht (im Fall von Skala 10) vorhanden war. Der mittlere absolute klinische Wert lag für die Nicht-Pflegekinder bei fast 6 ($M = 5.61$, $SD = 5.83$), wobei die Werte hier zwischen 0 und 28 lagen. Nach den cut-off-Werten (Tarren-Sweeney, 2007) der ACC-Gesamtsummenwerte wies nur ein Nicht-Pflegekind (1%) eine klinisch relevante Symptomschwere auf (siehe Tabelle 37).

Tabelle 36: Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima der Nicht-Pflegekinder auf den ACC-Skalen

Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Gesamtwert Skala 1 (Sexuelles Verhalten)	.20	.68	0	4
Gesamtwert Skala 2 (Pseudomaturität)	.52	.98	0	4
Gesamtwert Skala 3 (Non-Reziprozität)	.78	1.26	0	6
Gesamtwert Skala 4 (Indiskriminiertheit)	1.06	1.31	0	6
Gesamtwert Skala 5 (Unsicherheit)	1.33	1.76	0	9
Gesamtwert Skala 6 (Ängstlich-Misstrauisch)	.61	.84	0	3
Gesamtwert Skala 7 (Anormale Schmerzreaktion)	.29	.67	0	4
Gesamtwert Skala 8 (Essverhalten)	.16	.44	0	2
Gesamtwert Skala 9 (Selbstverletzung)	.04	.27	0	2
Gesamtwert Skala 9a (Selbstverletzung)	.03	.241	0	2
Gesamtwert Skala 9b (Pica Index)	.01	.12	0	1
Gesamtwert Skala 10 (Suizidale Verhaltensweisen)	.00	.00	0	0
Gesamtwert Skala AI (andere Items)	.61	.94	0	4
Absoluter klinischer Wert (Summe Skalenwerte 1 - AI)	5.61	5.83	0	28

Anmerkung: *M* und *SD* auf 2 Dezimalstellen gerundet.

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 36: Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima der Nicht-Pflegekinder auf den ACC-Skalen (Fortsetzung)

Skala	M	SD	Min.	Max.
Gesamtwert Skala NS (negatives Selbstbild)	.55	.95	0	4
Gesamtwert Skala NZ (niedrige Zuversicht)	1.61	1.78	0	7
Gesamtwert Skala SW (Selbstwert)	2.26	2.34	0	9

Anmerkung: *M* und *SD* auf 2 Dezimalstellen gerundet.

Tabelle 37: Symptombelastung der Nicht-Pflegekinder nach der ACC

Klinische Bedeutsamkeit des ACC-Gesamtwerts	Pflegekinder		
	weiblich <i>n</i> = 34	männlich <i>n</i> = 35	gesamt <i>N</i> = 69
unauffällige Nicht-Pflegekinder	33 (97%)	33 (94%)	66 (96%)
Nicht-Pflegekinder mit Symptomschwere im Grenzbereich	1 (3%)	1 (3%)	2 (3%)
Nicht-Pflegekinder mit klinisch relevanter Symptomschwere	0 (0%)	1 (3%)	1 (1%)

Anmerkung: Werte bis 20 → unauffällig; Werte von 21 bis 26 → Grenzbereich; Werte von 27 bis 204 → klinisch auffällig. Die Prozentwerte wurden gerundet.

2.3 Beschreibung der Instrumente

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde eine Reihe von Instrumenten eingesetzt. Es sollten möglichst viele der Aspekte von Interesse abgedeckt werden, ohne dass die Pflegeeltern oder die Pflegekinder durch Umfang und Dauer der Erhebung überfordert wurden. Die Auswahl der Instrumente basierte auf theoretischen ebenso wie praktischen Überlegungen:

Die praktischen Überlegungen waren u.a. ob eine Bearbeitung der Fragebogenbatterie für die Pflegeeltern in der angesetzten Zeit möglich sein würde, ob die Pflegekinder, von denen mit großer Wahrscheinlichkeit einige Entwicklungs- und/oder Lernschwierigkeiten haben würden, das IBS-P-KJ und den CTQ würden verstehen können

oder ob der Umfang und die Verschiedenheit der Instrumente Pflegeeltern und Pflegekinder abschrecken würden. Die theoretischen Überlegungen waren u.a. ob und welche Instrumente Pflegeeltern wie -kindern „zumutbar“ sein würden, welche Instrumente die relevanten Fragestellungen am besten thematisieren würden, welche Instrumente auch am besten zueinander passten und unter Umständen einander validieren könnten. Natürlich bedingten diese Überlegungen der praktischen und der theoretischen Art einander, bei der Konzeption einer Studie und ihrer Testbatterie handelte es sich von daher um einen rekursiven Prozess.

Schlussendlich erschien eine Dreiteilung der Erhebung am sinnvollsten und die Instrumente bzw. Datenerhebung wurde in drei Abschnitte gegliedert (Darstellung der Instrumente siehe unten): Abschnitt 1 stellte eine Fragebogenbatterie für die Pflegeeltern dar, bestehend aus der Child Behavior Checklist (CBCL), der Child Dissociative Checklist (CDC), der Assessment Checklist for Children (ACC) und einem Teil der Familienklimaskalen (FKS), die sie eigenständig beantworteten – was zwischen 30 und 60 Minuten dauerte. Abschnitt 2, der während der Besuche zeitlich parallel zu Abschnitt 1 lief, bestand aus dem Gespräch der Interviewerin mit dem Pflegekind, in dessen Rahmen das Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen, in der Version für die Posttraumatische Belastungsstörung (IBS-P-KJ) und der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) durchgeführt wurden. Abschnitt 3 stellte schließlich das Interview mit den Pflegeeltern dar, das im Anschluss an Abschnitte 1 und 2 durchgeführt wurde – was ebenfalls zwischen 30 und 60 Minuten dauerte. Diese Unterteilungen machten es möglich, die angesetzte reine maximale Erhebungszeit von 2 Stunden in dem meisten Fällen einzuhalten. In einigen Fällen dauerten die Besuche bei den Pflegefamilien länger (maximal 5 Stunden), weil beispielweise Wartezeiten oder Pausen zwischen den einzelnen Abschnitten nötig waren.

2.3.1 Abschnitt 1: Fragebogenbatterie für Pflegeeltern

Wie bereits erwähnt, beantworteten die Pflegeeltern eine Fragebogenbatterie, welche aus vier Instrumenten bestand. Diese Instrumente thematisierten einerseits die vergangene wie aktuelle Befindlichkeit des Pflegekindes und etwaige Symptomatiken und andererseits die Pflegefamilie an sich. Nachfolgend finden sich diese vier Instrumente dargestellt.

2.3.1.1 Die Child Behavior Checklist für 4-18 Jahre (CBCL/4-18)

Die *Child Behavior Checklist (CBCL) Ages 4-18* von Achenbach und Edelbrock (1983, zitiert nach Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers & Heim, 1998) und Achenbach (1991a, zitiert nach Döpfner, et al., 1998) liegt in einer deutschen Bearbeitungs-

version, dem *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen*, nachfolgend CBCL, vor (Döpfner, et al., 1998). Die CBCL ist ein 113 Items umfassender Elternfragebogen. Die Dauer der Beantwortung beträgt zwischen 15 und 20 Minuten, eine relativ einfache Formulierung der Items unterstützt die gute Verständlichkeit der Fragen.

Erfasst werden auf einer dreistufigen Skala (0 = *nicht zutreffend*, 1 = *etwas oder manchmal zutreffend*, 2 = *genau oder häufig zutreffend*) Kompetenzen, emotionale Auffälligkeiten, körperliche Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren. Die CBCL liefert eine globale Einschätzung der Psychopathologie und eine Einschätzung etwaiger Symptome aus dem depressiven und Angstspektrum, dem Bereich somatischer Beschwerden, von Problemen im sozialen Bereich und dem der Kognition/Gedanken, von Schwierigkeiten in den Bereichen der Aufmerksamkeit/Hyperaktivität, Aggression oder anderer anti-sozialer Verhaltensweisen (Achenbach & Rescorla, 2001, zitiert nach Tarren-Sweeney, 2007). Insgesamt erfolgt eine Auswertung auf acht Subskalen (Syndromskalen 1. Ordnung) und drei Syndromskalen 2. Ordnung (siehe Tabelle 38). Davon abgesehen kann aus 118 Items (die beiden Items 2. *Allergie* und 4. *Asthma* wurden davon ausgeschlossen, weil sie in amerikanischen Studien nicht zwischen klinischer und Feldstichprobe unterschieden; Döpfner, et al., 1998) ein CBCL-Gesamtwert gebildet werden.

Für eine vergleichsweise differenzierte Betrachtung der kindlichen Symptomatik bzw. Auffälligkeit und für entsprechende Vergleiche werden die zwei Syndromskalen 2. Ordnung *Internalisierende Auffälligkeiten*, *Externalisierende Auffälligkeiten* und der *CBCL-Gesamtwert* verwendet. Für die Auswertung gelten je nach Geschlecht, Alter (< bzw. \geq 12 Jahre) und Skala teils leicht unterschiedliche cut-off-Werte. So ist z.B. ein Mädchen im Alter von 11 Jahren mit einem Rohwert auf der Internalisierenden Skala von 10 noch nicht, ein Junge im gleichen Alter mit gleichem Wert auf der gleichen Skala jedoch bereits klinisch auffällig. Grundsätzlich ist eine differenzierte Interpretation für den Einzelfall also gut möglich. Davon abgesehen wird eine Ausprägung auf den Syndromskalen mit einem t-Wert \geq 70 als klinisch auffällig bewertet, wobei ein Grenzbereich für t-Werte von 67 bis 70 festgelegt wurde (Döpfner, et al., 1998). Für die beiden Syndromskalen 2. Ordnung *Internalisierende Auffälligkeiten*, *Externalisierende Auffälligkeiten* und den *CBCL-Gesamtwert* liegt der Cut-off-Wert für klinische Auffälligkeit bei einem t-Wert $>$ 63, wobei auch hier ein Grenzbereich für die t-Werte von 60 bis 63 festgelegt wurde (Döpfner, et al., 1998). Anhand dieser t-Werte kann ebenfalls leicht eine vergleichende Einordnung entweder des Einzelfalls oder einer Gesamtstichprobe erfolgen.

Tabelle 38: Skalen der CBCL (nach Döpfner, et al., 1998)

Syndromskalen 2. Ordnung	aus folgenden Syndromskalen 1. Ordnung gebildet
Internalisierende Auffälligkeiten	1) Sozialer Rückzug 2) Körperliche Beschwerden 3) Ängstlich/Depressiv
Gemischte Auffälligkeiten	4) Soziale Probleme 5) Schizoid/Zwanghaft 6) Aufmerksamkeitsprobleme
Externalisierende Auffälligkeiten	7) Dissoziales Verhalten 8) Aggressives Verhalten

Reliabilität und Validität der CBCL gelten als belegt (Doll, 1998, zitiert nach Taren-Sweeney, 2007a), sie ist standardisiert und an einer großen Gesamtstichprobe von Kindern und Jugendlichen aus verschiedensten sozioökonomischen Schichten normiert (James, 2004). Eine Überprüfung der Reliabilität des CBCL-Gesamtauffälligkeitwerts lieferte sehr gute Ergebnisse (Remschmidt & Walter, 1990; zitiert nach Döpfner, Schmeck & Berner, 1994). Untersuchungen zur internen Konsistenz lieferten gute bis sehr gute Werte von .85 oder größer (Döpfner, et al., 1994). Eine Überprüfung der faktoriellen Validität der deutschen Version des CBCL von Remschmidt und Walter (1990; zitiert nach Döpfner, et al., 1994) konnte die Faktorenstruktur der englischen Version nicht replizieren – als Erklärung führen die Autoren a) das Vorliegen vieler Faktoren mit Eigenwert > 1 und b) viele Mehrfachladungen an. Döpfner, Schmeck, Berner, Lehmkuhl & Postka (1994; zitiert nach Döpfner, et al., 1994) fanden jedoch Faktorenstrukturen, die der amerikanischen ähnlich sind und über 40% der Varianz aufzuklären vermochten. Eine Studie zur diskriminanten Validität der deutschen Version der CBCL an 4 116 Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren ergab sehr gute Ergebnisse für die deutsche Form der CBCL, die sich nicht viel von der englischen Originalversion unterscheidet (Schmeck, et al., 2001).

Vorteile der CBCL liegen darin, dass sie nachweislich zwischen klinisch auffälligen und nicht auffälligen Kindern unterscheiden kann (Sim, et al., 2005). Sowohl konvergente als auch diskriminante Validität gelten als gegeben (Döpfner, et al., 1994). Die CBCL fand schon in einer Reihe von Studien mit Pflegekindern Verwendung (z.B. Friedrich, Urquiza & Beilke, 1986; Horwitz, Balestracci & Simms, 2001; Zima, et al.,

2000; James, Landsverk & Sylmen, 2004; Hussey & Guo, 2005), so dass ihre Nützlichkeit auch für diesen Bereich als gegeben angesehen werden kann. In jüngster Zeit wurde die Nützlichkeit der CBCL in einer Studie für Pflegekinder explizit bewiesen (Albrecht, et al., 2001, zitiert nach Tarren-Sweeney, Hazell & Carr, 2004). Andererseits wird jedoch auch diskutiert, ob die CBCL für die speziellen Problematiken der Pflegekinder tatsächlich geeignet ist (Rosenfeld, et al., 1997).

2.3.1.2 Die Child Dissociative Checklist (CDC)

Die Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers & Trickett, 1993; Putnam & Peterson, 1994) ist ein Instrument zur Erhebung dissoziativer Symptomatiken bei Kindern im Alter von 5 bis 12 Jahren und schließt an die Forschung zu dissoziativen Symptomen und Störungen bei Kindern an (Putnam, 1993). Sie liegt auch in einer deutschen Version vor. Die CDC liegt in mehreren Versionen vor, unter anderem einer 16-Item- und einer 20-Item-Version, befragt werden Eltern oder Erzieher, grundsätzlich Erwachsene, die nicht für das Trauma (etwa in Form von Misshandlung oder sexuellem Missbrauch) verantwortlich sind. Die Einschätzungen erfolgen auf einer dreistufigen Skala (0 = *nicht zutreffend*, 1 = *etwas oder manchmal zutreffend*, 2 = *genau zutreffend*). In den sechs nicht durch faktorenanalytische Methoden gewonnenen Subskalen werden verschiedene dissoziative Phänomene erhoben, unter anderem: dissoziative Amnesie, Halluzinationen, plötzliche Veränderungen im Verhalten und auf Fertigkeiten bezogen (Ohan, Myers & Collett, 2002).

Bisherige Untersuchungen zu psychometrischen Kennwerten der CDC ergaben gute bis sehr gute Werte für die interne Reliabilität bei klinischen und nicht-klinischen Stichproben, moderate Werte für die Retest-Reliabilität bei klinischen und nicht-klinischen Gruppen über ein Jahr hinweg (Ohan, et al., 2002) und geringe bis moderate Werte für konvergente Validität (Strand, Sarmiento & Pasquale, 2005). Grundsätzlich gelten die Werte der CDC für Retest-Reliabilität und diskriminanten Validität als angemessen (Friedrich, Jaworski, Huxsahl & Bengtson, 1997). So konnten Putnam, et al. (1993) für die 16-Item-Version die interne Konsistenz mit einem Cronbach's α von .95 ($N = 181$) und eine Retest-Reliabilität nach einem Jahr von $r = .65$ ($p = .0001$, $N = 55$) nachweisen. Sie konnten außerdem zeigen, dass die 20-Item-Version gegenüber der 16-Item-Version keine signifikante Verbesserung der Reliabilität oder der Sensitivität und Spezifität aufweist (Putnam, et al., 1993).

Die Auswertung der CDC erfolgt durch die Bildung eines Summenwertes über alle Items hinweg. Kinder, die einen Gesamtsummenwert von 12 oder größer erhalten, werden, bezogen auf die Dissoziationssymptome, als „erhöht“, Kinder mit einem Ge-

samtsummenwert kleiner 12 als „normal“ eingestuft (Putnam, Helmers, Horowitz & Trickett, 1995). Die CDC wurde unter anderem eingesetzt, um die Dissoziation bei Kindern nach sexuellem Missbrauch (Putnam, et al., 1993; Putnam, et al., 1995) bzw. von bei Vorliegen einer Diagnose von MPD (Multiple Personality Disorder) oder DDNOS (Dissociative Disorder Not Otherwise Specified) sowie bei jugendlichen Psychatriepatienten und jugendlichen Sexualstraftätern (Friedrich, et al., 2001) zu erheben. Die CDC konnte in all diesen Bereichen mit zufriedenstellenden Werten für Reliabilität und Validität (inhaltlich wie divergent oder konstruktbezogen) überzeugen.

2.3.1.3 Die Assessment Checklist for Children (ACC)

Die Assessment Checklist for Children (ACC; Tarren-Sweeney & Hazell, 2004, zitiert nach Tarren-Sweeney, 2006; Tarren-Sweeney, 2007b) ist ein Elternfragebogen, entwickelt um Verhaltensweisen, affektive Zustände und Befindlichkeiten, Eigenschaften und die Art und Weise, wie Kinder zu anderen Personen in Beziehung treten, zu erfassen (siehe Anhang 1B). Die ACC zielt speziell auf Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 4 und 16 Jahren ab, die sich in Maßnahmen der Jugendhilfe befinden. Die Besonderheit der ACC liegt darin, dass sie ein neu entwickeltes Instrument ist, das gezielt auch solche Bereiche bei Pflegekindern erfasst, die durch andere, bisher gebräuchliche Instrumente (z.B. die CBCL) nicht abgedeckt werden, die aber für Pflegekinder typisch sein können – hierzu können beispielsweise Angst- und Dissoziationsreaktionen auf Traumata, bindungsbezogene Schwierigkeiten, selbstverletzende oder nicht altersangemessene sexuelle bzw. sexualisierte Verhaltensweisen gehören (Tarren-Sweeney, 2007b).

Die Entwicklung der ACC folgte dem gängigen Vorgehen und stellt eine Kombination aus induktiven und deduktiven Strategien dar (Tarren-Sweeney & Hazell, 2006; Tarren-Sweeney, 2008): beispielsweise wurden Items auf Basis von Literatur und Forschung aber auch auf Basis von Experteneinschätzung (etwa einer Gruppe von Pflegeeltern) generiert. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die ACC erstmals für den Gebrauch im deutschsprachigen Raum adaptiert, die üblichen Schritte bei der Adaption fremdsprachiger Instrumente wurden dabei beachtet (also Übersetzung ins Deutsche, Rückübersetzung ins Englische, Begleitung dieses Vorgangs durch eine Englisch-Muttersprachlerin, Erprobung der deutschen Version an einer Pilotstichprobe). Die Einschätzung erfolgt bei der ACC, wie bei der CBCL, auf einer dreistufigen Skala (0 = *nicht zutreffend*, 1 = *etwas oder manchmal zutreffend*, 2 = *genau zutreffend*) und die 120 Items werden zu zehn sogenannten klinischen und zwei Selbstwertskalen zusammengefasst (siehe Tabelle 39).

Tabelle 39: Skalen der ACC (nach Tarren-Sweeney, 2006, 2007b)

Bereich	Skalen
Klinisch	1) Sexual behavior (Sexuelle Verhaltensweisen)
	2) Pseudomature interpersonal behavior (Frühreife interpersonelle Verhaltensweisen)
	3) Non-reciprocal interpersonal behavior (Nicht-reziproke interpersonelle Verhaltensweisen)
	4) Indiscriminate interpersonal behavior (Indiskriminante interpersonelle Verhaltensweisen)
	5) Insecure interpersonal behavior (Unsichere interpersonelle Verhaltensweisen)
	6) Anxious – Distrustful (Ängstlichkeit/Misstrauen)
	7) Abnormal pain response (Abnorme Schmerzreaktion)
	8) Food maintenance (Nahrungsvorsorge)
	9) Self-injury (Selbstverletzung)
	10) Suicide discourse (Verlauf suizidaler Entwicklung)
Selbstwert	11) Negativer Selbstwert
	12) Niedriges Selbstvertrauen

Diese 12 Skalen wurden faktorenanalytisch gefunden (Tarren-Sweeney, 2006) und zwar durch Item- und Faktorenanalysen der ACC-Werte von 412 australischen Pflegekindern (Tarren-Sweeney, 2008). Zur Auswertung der ACC kann ein absoluter klinischer ACC-Gesamt-Wert ermittelt werden, der sich aus der Summe der Skalen 1 bis 10 (andere Items) ergibt. Die mithilfe von ROC-Analysen ermittelten Grenzwerte stellen sich wie folgt dar: Summenwerte größer 26 (ohne die beiden Selbstwert-Skalen) werden als klinisch relevant, Werte zwischen 21 und 26 als Grenzwerte angesehen (Tarren-Sweeney & Hazell, 2006; Tarren-Sweeney, 2007b). Werte bis einschließlich 20 gelten dementsprechend als klinisch unbedenklich. Aus den beiden Selbstwertskalen kann ein Gesamt-Selbstwert-Skalenwert gebildet werden (aus der Summe der Skalen NS und NZ sowie dem Item 45), der jedoch nicht klinisch beurteilt wird. Die mit dem 10-Faktoren-Modell erklärte Varianz (49% aufgeklärte Varianz durch 88 Items) ist mit der anderer Instrumente, die sich auf Elternurteile stützen, vergleichbar (Tarren-Sweeney, 2008). Faktoren höherer Ordnung wurden im Rahmen bisher durchgeführter

weiterer faktorenanalytischer Untersuchungen nicht gefunden und es liegt die Vermutung nahe, dass die ACC nicht über Faktoren höherer Ordnung verfügt (Tarren-Sweeney, 2007b).

Die ACC hat akzeptable Werte die Validität und interne Reliabilität betreffend (Tarren-Sweeney & Hazell, 2006; Tarren-Sweeney, 2008). In bisherigen Studien konnten für die ACC unter anderem sehr gute Konstruktvalidität gemessen mit dem CBCL (von $r = .89$ für Jungen bis $r = .90$ für Mädchen) und gute Kriteriumsvalidität gemessen am Kriterium Sensitivität für Risiko (korrigiertes $R^2 = .29$) gefunden werden (Tarren-Sweeney, 2007b). Auch für die einzelnen Skalen der ACC bewegt sich die Kriteriumsvalidität, gemessen an externen Kriterien wie vorangegangene psychiatrische Diagnose oder vorangegangene therapeutische Beratung bzw. Behandlung, in einem guten bis sehr guten Bereich, die Werte von Cohens d liegen hier zwischen $.42$ und $.84$ (Tarren-Sweeney, 2007b). Für die interne Konsistenz werden Werte für Cronbach's α von $.70$ bis $.96$ berichtet (Tarren-Sweeney, 2006; Tarren-Sweeney & Hazell, 2006).

Eingesetzt wurde die ACC bisher unter anderem bei der Untersuchung anormalen Essverhaltens bei Pflegekindern (Tarren-Sweeney, 2006), allgemeiner psychischer Auffälligkeiten bei Pflegekindern (Tarren-Sweeney & Hazell, 2006) oder auch bei der Untersuchung von Geschwistern bzw. der Rolle, die Geschwisterbeziehungen für Pflegekinder und ihre Entwicklung haben (Tarren-Sweeney & Hazell, 2004). Es zeigte sich grundsätzlich, dass die Konstruktvalidität der ACC nicht nur durch gute faktorielle und konkurrente Validität belegt werden konnte, sondern dass zudem die Kriteriumsvalidität der ACC gegeben ist: a) die ACC-Werte sind hoch sensitiv gegenüber der Risikoexposition der Pflegekinder, b) die ACC-Werte differenzieren stark nach dem Alter, zu dem die Kinder in Pflege kamen und c) die ACC differenziert zwischen Pflegekindern, die in Behandlung kommen und solchen, bei denen dies nicht der Fall ist (Tarren-Sweeney, 2006).

2.3.1.4 Die Familienklimaskalen (FKS)

Bei den Familienklimaskalen (FKS; Schneewind, Beckmann & Hecht-Jackl, 1984) handelt es sich um die deutsche Bearbeitung der Family Environment Scale (FES; Moos, 1974; Moos und Moos, 1981, zitiert nach Schneewind, et al., 1984), die zur Ermittlung der perzipierten Familienumwelt vor dem Hintergrund eines umweltpsychologischen Ansatzes dienen (Cierpka, 2003). Auf Basis eines sozialpsychologischen Modells werden insgesamt drei Dimensionen auf zehn Subskalen erfasst (siehe Tabelle 40), wobei für die Untersuchungseinheit der Familie als Ganzes zwischen drei Versionen (Real-, Ideal- und Erwartungsversion) gewählt werden kann (Cierpka, 2003).

Tabelle 40: Dimensionen und Subskalen der FKS (nach Schneewind, Beckmann & Hecht-Jackl, 1984; Cierpka, 2003)

Dimension	Subskalen	
1) Beziehung	A) Kohäsion	Zusammenhalt, gegenseitige Unterstützung
	B) Offenheit	Ausmaß der Toleranz spontaner Gefühlsäußerungen
	C) Konfliktneigung	Stimmung der Spannungen und ärgerlicher Expressivität oder der Problemlösung und des harmonischen Miteinanders
2) Persönlichkeitsreife	D) Selbstständigkeit	Ausmaß der Freiheit, eigene Wünsche zu realisieren und Akzeptanz derselben
	E) Leistungsorientierung	Bedeutung von Erfolg und Leistung in der Familie
	F) Intellektuelle und kulturelle Orientierung	Aufgeschlossenheit gegenüber intellektuellen und kulturellen Inhalten
	G) Aktive Freizeitgestaltung	in Form von Unternehmungen und dem Ausmaß von Sozialkontakten und Interessen
	H) Moralisch-religiöse Normen und Werte	Ausmaß der Orientierung an religiösen und kirchlichen Grundsätzen
3) Systemerhaltung	I) Organisation	Ausmaß von Ordnung, Planung, eindeutiger Regelung der Verantwortung innerhalb der Familie
	J) Kontrolle	Umfang und Verbindlichkeit familiärer Regeln, Überwachung der Regeln und Sanktionierung regelwidrigen Verhaltens

Anmerkung: Dimensionen 1 und 3 wurden im Rahmen der vorliegenden Studie erhoben.

Eine Interpretation der FKS orientiert sich nach Schneewind, et al. (1984) an folgenden Überlegungen: Die *Beziehungsdimension* (Dimension 1) gibt den Umfang persönlicher Beziehungen der Individuen in der Familie zu anderen Personen an. Manifest wird dies in Form wechselseitiger Unterstützung, der Spontaneität und der Offenheit der interindividuellen Kommunikation sowie der Gruppensolidarität. Die *persönliche Entwicklungs- und Zielerreichungsdimension* (Dimension 2) gibt das Ausmaß an Möglichkeiten und Anreizen wieder, welche die Umwelt dem Individuum bezüglich Selbstverwirklichung, Selbstachtung und Entwicklung persönlicher Interessen und Wertorientierungen bietet. Manifest werden diese in Form individueller Autonomie, Aufgeschlossenheit gegenüber kultureller Anregungsgehalte der Umwelt und aktiver Gestaltung

und Nutzung eigenen Lebenspotenzials. Die *systemerhaltende und systemverändernde Dimension* (Dimension 3) gibt das Ausmaß an, in dem ein Familiensystem gegenüber innovativen und systemverändernden Kräften Widerstand zeigt. Manifest wird diese systemerhaltende Tendenz in Form von höherer Kontrolle und Ordnung und konservativer Interpretation von Regeln. Im Gegensatz dazu zeigt sich eine mehr systemverändernde Tendenz in Form von höherer Toleranz und Flexibilität und großzügiger Interpretation von Regeln. Im Rahmen vorliegender Studie wurden die Dimensionen 1 und 3 erhoben, wobei eine Version für Mütter und eine für Väter verwendet wurde.

Normwerte für die FES existieren für 500 Familien, u.a. solche mit vorliegender Alkoholproblematik oder diagnostizierter Essstörung in der Familie (Cierpka, 2003). Untersuchungen im deutschsprachigen Raum ergaben für die Familienklimaskalen gute Werte interner Konsistenz (Cierpka, 2003). Angaben zu Reliabilität, Validität und ökonomischen Gesichtspunkten finden sich bei Benninghoven, Cierpka und Thomas (2003), wo unter anderem eine Retest-Reliabilität von $r = .40$ bis $r = .60$ für drei Jahre und auch eine interne Konsistenz von $r = .45$ bis $r = .86$ berichtet werden.

Im englischen Sprachraum wurden die FES beispielsweise zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen familiären Konflikten, Stressbelastung und Substanzabhängigkeit bei Jugendlichen (Skeer, McCormick, Normand, Buka & Gilman, 2009), zur Untersuchung des Familienklimas in Familien mit suizidalen prä-adoleszenten Kindern/Jugendlichen (Campbell, Milling, Laughlin & Bush, 1993) oder Jugendlichen mit oppositioneller Verhaltensproblematik (Greene, et al., 2002), zur Untersuchung von Kindern, die ein erhöhtes Risiko für Angststörungen hatten (Hirshfeld-Becker, et al., 2004), zur Untersuchung der psychosozialen Anpassung nach Schädel-Hirn-Traumata (Kaplan, 1991) oder der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen mütterlicher Belastung und familiärem Funktionsniveau bei Mädchen mit Anorexia Nervosa (Sim, et al., 2009) eingesetzt. Es zeigte sich, dass die FES zur Messung des in einer Familie herrschenden Klimas gut geeignet sind und mit einer Vielzahl an Störungsbildern in Zusammenhang gesetzt werden können.

Auch die Themengebiete, bei denen die FKS eingesetzt werden können, sind vielseitig. Das Instrument wurde beispielsweise im deutschen Sprachraum bei der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Familie und Prädiktoren für lebenslange Delinquenz (Seiffge-Krenke, Roth & von Irmer, 2006) oder der Überprüfung der Zusammenhänge verschiedener Risikoindikatoren für depressive Symptome in der frühen Adoleszenz (Wiesner, Bittner, Silbereisen & Reitzle, 2000) verwendet. Anwendung finden die FKS also u.a. in den Bereichen der Pädiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsy-

chosomatik und der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie (z.B. Frey & Röthlisberger, 1996; Seiffge-Krenke, 1998; Seiffge-Krenke & Schmidt, 1999; Schmitt, 2000), wo die FKS aufgrund ihrer klinischen Nützlichkeit eingesetzt werden. Die Befunde gleichen denen der für die englische Originalversion gefundenen.

Im Rahmen von Studien, die von der Thematik her der hier vorliegenden ähneln, wurden die FES/FKS etwa bei der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen vom Kind erlebter familiärer Umwelt, sexuellem Missbrauch in der Kindheit und späterer Angst- bzw. Depressionssymptomatik bei erwachsenen Frauen (Yama, Tovey & Fogas, 1993) oder der Untersuchung von Anpassung und Identitätsbildung bei Adoptivkindern (Kelly, Tower-Thyrum, Rigby & Martin, 1998) und der Rolle der Geschwisterbeziehungen in hochkonflikthaften Familien (Caya & Liem, 1998) eingesetzt. Ebenfalls wurden die FES eingesetzt um zu untersuchen, wie sich eine Inpflegenahme auf das kindliche Funktionsniveau auswirkt (Horwitz, Balestracci & Simms, 2001). Über die Studien hinweg zeigte sich beispielsweise, dass hohe Konfliktneigung in der Familie einer positiven Entwicklung, z.B. der Kinder, eher abträglich ist. Bei diesen Studien zeigte sich ebenfalls, dass eine Messung des Familienklimas oder auch des familiären Zusammenhalts und der Konfliktneigung mit den FES/FKS reliabel und valide ist.

2.3.2 Abschnitt 2: Interview mit den Pflegekindern

Während die Pflegeeltern eine Fragebogenbatterie beantworteten führten die Untersucherinnen die Erhebung der Pflegekinderdaten jeweils in Form eines Interviews mit dem betreffenden Pflegekind durch. Die Dauer der gesamten Befragung des Pflegekindes belief sich auf 30 bis 90 Minuten, je nach Alter und kognitiven Fähigkeiten des Pflegekindes bzw. Umfang der Dinge, die das Pflegekind zu berichten hatte. Das Gespräch war in vier Teile, den ressourcenorientierten Erstkontakt, das IBS-P-KJ, den CTQ und den ressourcenorientierten Abschluss, untergliedert – die einzelnen Instrumente werden nachfolgend dargestellt.

2.3.2.1 Der ressourcenorientierte Anfang und Abschluss

Beim ressourcenorientierten Anfang und Abschluss, welche den Rahmen für das Gespräch mit dem Pflegekind darstellten, handelt es sich um einen Katalog von Fragen, die dazu dienen, Ressourcen und Stärken des Pflegekindes zu ermitteln. Dieser Katalog an Fragen ist in einen Anfangs- und einen Abschlussteil untergliedert, so dass er IBS-P-KJ und CTQ einrahmt. Ziel dieser Aufteilung ist es, dass zu Beginn des Gesprächs nicht nur allgemeine Fragen gestellt werden, die üblicherweise dazu genutzt werden, eine Rapportbildung zwischen Pflegekind und Interviewerin zu ermöglichen, sondern dass diese Fragen und somit auch schon das Gespräch, da sie sich auf Res-

sources und Stärken des Pflegekindes konzentrieren, in gewisser Weise stabilisierend wirken – dies erschien im Rahmen der Konzeption der Fragen und dem Design der Studie besonders im Hinblick auf später für das Pflegekind angesprochene belastende Fragen, etwa zu traumatischen Ereignissen, nötig. Der zweite Teil des ressourcenorientierten Fragenkatalogs, der den Abschlussteil bildet, greift Elemente aus dem Anfangsteil auf. Damit wird erreicht, dass durch Wiederholung der Stärken, die am Anfang angesprochen wurden, eine Verstärkung derselben erfolgt. Außerdem bietet eine derartige Wiederholung Sicherheit und macht zudem deutlich, dass das Gespräch abgeschlossen ist („Wir haben ja am Anfang schon darüber gesprochen, wer ... Und kannst Du mir jetzt am Ende noch sagen, wer auch ...“).

Der Fragenkatalog wurde von der Autorin im Rahmen der Studie zusammengestellt. Die Fragen an sich beziehen sich auf in der systemisch-therapeutischen Arbeit gängige, ressourcen- und stärkenorientierte Fragen. Beispiele für Fragen aus dem Anfangsteil (Anhang 1C) sind „Was kannst Du besonders gut?“ oder „Wer ist Deine beste Freundin/Dein bester Freund? Und warum ist sie/er das?“. Beispiele für Fragen aus dem Abschlussteil (Anhang 1D) sind „Was hilft Dir Dich wieder besser zu fühlen, wenn Du mal traurig bist?“ und „Was tun Deine Pflegeeltern um Dich zu unterstützen und Dir zu helfen?“. Im Rahmen der Untersuchung dauerten die durch den Anfangs- und Abschlussteil initiierten Gespräche zwischen 5 und 10 Minuten, abhängig davon, wie viel die Pflegekinder zu berichten hatten. Völlig unabhängig vom Anfangsteil wurde den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen zu Beginn des Interviews erklärt, dass sie jederzeit die Möglichkeit hatten, das Interview zu beenden oder eine Pause zu machen.

2.3.2.2 Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern/Jugendlichen (IBS-KJ)

Bei den Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ; Steil & Füchsel, 2006) handelt es sich um strukturierte klinische Interviews, die der Erfassung der Symptomatik bzw. Diagnostik von Belastungsstörungen dienen: Einerseits das Interview zur akuten Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen (IBS-A-KJ) und andererseits das Interview zur posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen (IBS-P-KJ). Das Instrument geht auf die Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA; Nader, Kriegler, Blake & Pynoos, 1994, zitiert nach Steil & Füchsel, 2006) zurück, dessen deutsche Adaptation es darstellt (Steil & Füchsel, 2006). Für vorliegende Studie wurde das IBS-P-KJ verwendet, nachfolgende Darstellung bezieht sich eben darauf (Steil & Füchsel, 2006).

Zu Beginn des Interviews wird dem Kind ein Kalenderblatt²³ vorgelegt und es wird nach einer Reihe von Ereignissen befragt, die sich in diesem Zeitraum zugetragen haben (können). Zum Beispiel fragt man nach Ferien, Ausflügen oder Dingen, die in der Schule passiert sind. Nachdem die zeitliche Orientierung (des Kindes) erfolgt ist, wird ihm eine Ereignisliste vorgelegt, anhand derer ermittelt wird, welche potenziell traumatisierenden Ereignisse das befragte Kind schon erlebt hat. Die Ereignisse reichen von Naturkatastrophen, physischer, emotionaler oder sexueller Gewalt über Unfälle und Verletzungen bis hin zum Tod nahestehender Personen. Dabei wird unterschieden, welcher Art die Exposition war (*selbst erlebt, beobachtet, davon erzählt bekommen haben, sicher niemals erlebt haben*) oder ob sich das Kind nicht sicher ist, mit entsprechendem Ereignis schon konfrontiert gewesen zu sein (*sich nicht sicher sein*). Soweit möglich macht das interviewte Kind zu jedem vorgegebenen Ereignis entsprechende Angaben.

Sind die Ereignisexpositionen ermittelt, wird das Kind zu einem bis maximal drei der Ereignisse eingehender befragt. Ziel dieser Befragung ist es festzustellen, ob es sich dabei jeweils um eine traumatische Erfahrung des Kindes gehandelt hat oder nicht. Dabei werden Aspekte wie Eigen- oder Fremdgefährdung, Erleben des Kindes (zum Beispiel von Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken) für jedes Ereignis separat abgefragt und festgehalten.

Im Anschluss daran wird dem Kind bei vorliegendem Trauma und erfüllten Traukriterien der weitere Ablauf erklärt. Es werden Tafeln, die bei der Einschätzung von Schwere und Häufigkeit erlebter Symptome helfen anhand eines Beispiels (Bauchweh) erklärt. Wenn das Kind verstanden hat, wie die Häufigkeits- und Intensitätseinschätzungen im Interview erfolgen sollen, werden noch einmal grundlegende Dinge besprochen (beispielsweise, wie das Kind mitteilen kann, dass es eine Frage nicht verstanden hat, dass es eine Pause will oder dass es eine Frage nicht beantworten möchte). Es wird ebenfalls deutlich gemacht, dass das Kind das Interview jederzeit beenden kann. Hat das Kind diese Dinge verstanden, wird es zum traumatischen Ereignis bzw. den damit möglicherweise in Zusammenhang stehenden Symptomen befragt, wobei die Antworten von der Interviewerin in einen Antwortbogen eingetragen werden. In den Fällen, wenn das Kind sich bezogen auf die zeitliche Einordnung der Symptomatiken nicht sicher ist, kann zur Unterstützung der zeitlichen Orientierung auf den zuvor besprochenen Kalender zurückgegriffen werden.

²³ Im Rahmen der Studie wurden Kalenderblätter verwendet, die einen Überblick über die letzten 12 Monate gaben, ausgehend vom jeweiligen Zeitpunkt des Interviews. Diese Kalenderblätter entsprachen nicht dem im Manual der IBS-KJ enthaltenen Material.

Das IBS-KJ ist ein halbstrukturiertes klinisches Interview, mit dem alle DSM-Kriterien der PTBS erfasst werden können: Erleben eines traumatischen Ereignisses (A1), eigenes Erleben während des Ereignisses (A2), die 17 PTBS-Symptome (Cluster B, C und D), die Dauer (E) und der Leidensdruck (F). Für die CAPS-CA liegen adäquate Ergebnisse für Validität und Reliabilität vor (Nader, et al., 1996; Newman & Ribbe, 1996; beide zitiert nach Weems, Saltzman, Reiss & Carrion, 2003). Die CAPS-CA findet in der grundsätzlichen Untersuchung kindlicher PTBS Verwendung, so etwa bei der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen emotionaler Abstumpfung (*numbing*) und Übererregtheit (Weems, Saltzman, Reiss & Carrion, 2003) oder dem Ausmaß, in dem PTBS die spätere Entwicklung einer Angststörung beeinflusst (Cortes, et al., 2005). Die CAPS-CA findet auch in neuropsychologischen Untersuchungen Verwendung, etwa zu Unterschieden im präfrontalen Kortex kindlicher PTBS-Patienten (Richter, Carrion, Karchemskiy & Reiss, 2006). Grundsätzlich konnte die CAPS-CA in all diesen Studien ihre Nützlichkeit zur Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen belegen.

Das Interview erlaubt zusätzlich zur Erfassung der absoluten Symptomzahl die Einschätzung eines jeden Symptoms bzgl. Häufigkeit und Intensität (mithilfe der bereits erwähnten Einschätzungstabellen), so dass diese Indikatoren der Schwere der Belastung/Symptomatik als kontinuierliche Merkmale quantifizierbar sind. Die Ermittlung der Schwere der Symptomatik kann auf unterschiedliche Arten durchgeführt werden, unter anderem in Form des Summenmittelwertes aller Häufigkeits- und Intensitätsangaben (Steil & Fuchsel, 2006). Davon abgesehen können nach Abschluss des Interviews PTBS-Diagnosen gemäß ICD oder DSM ermittelt werden.

Bisherige Studien zur Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften des IBS-P-KJ lieferten zufrieden stellende Ergebnisse. So konnten ausreichende bis gute Trennschärfen für die Items des IBS-P-KJ gefunden werden (Steil & Fuchsel, 2006). Eine Bestimmung der internen Konsistenz anhand einer Stichprobe von 113 Kindern lieferte gute bis sehr gute Werte für Cronbach's α zwischen .53 und .91 (Steil & Fuchsel, 2006). Sensitivität und Spezifität des IBS-P-KJ gelten als vielversprechend (zum Beispiel im Vergleich zum Kinder-DIPS) zudem existieren erste Belege für tatsächliche divergente Validität, etwa gegenüber der CBCL (Steil & Fuchsel, 2006).

Eine wichtige Änderung ist an dieser Stelle zu erwähnen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wichen die Interviewerinnen von der im Manual des IBS-KJ vorgegebenen Verfahrensweise dann ab, wenn bei erfülltem A-Kriterium kein einziges Symptom des B-Clusters erfüllt war. In diesen Fällen wurden die Interviews teils vorzeitig von den Interviewerinnen beendet, vor allem bei entsprechenden Anzeichen von Unruhe oder

Belastung auf Seiten des Pflegekindes, da nicht abzusehen war, inwieweit negative Antworten in der Tat Verleugnung oder Vermeidungsverhalten des Pflegekindes darstellten und eine erneute Traumatisierung der Kinder und Jugendlichen vermieden werden sollte. Aufgrund des Studiendesigns, das den Interviewerinnen auch keinen Einblick in die Akten ermöglichte, standen keinerlei sonstige Informationen zur Verfügung, die eine Einschätzung der Belastung des jeweiligen Kindes bei weiterer Befragung in diesen Fällen erleichtert hätten. Als generelle Vorgehensweise wurde deswegen von Anfang an dieses Procedere, das von den Vorgaben von Steil & Füchsel (2006) abweicht, für die aktuelle Studie festgelegt.

2.3.2.3 Der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Beim Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein, et al., 1994, zitiert nach Sarchiapone, Carli, Cuomo & Roy, 2007; Bernstein & Fink, 1998, zitiert nach Bader, Hännny, Schäfer, Neuckel & Kuhl, 2009) handelt es sich um ein in seiner Kurzversion 28 Items umfassendes Instrument zur retrospektiven Erhebung von fünf verschiedenen Arten der Misshandlung, die in der Kindheit vorkommen können: emotionale und körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch/sexuelle Gewalt sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung. Der Fragebogen ist ein Selbstberichtverfahren, das Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ebenso wie Erwachsenen vorgelegt werden kann. Der CTQ erfasst die in der Kindheit erlebten Misshandlungen und (je nach verwendeter Version des Instruments) eine möglicherweise vorliegende Bagatelisierung/Leugnung des Erlebten und mögliche kindliche Inkonsistenzerfahrungen. Die Antwort erfolgt für alle Items auf einer Likert-Skala (1 = *überhaupt nicht* bis 5 = *sehr häufig*). Für die Auswertung des CTQ werden fünf Skalen gebildet (siehe Tabelle 41), wobei die Werte jeder Skala zwischen 5 und 25 liegen können. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt auch für den deutschsprachigen Raum anhand der amerikanischen Werte oder eben deskriptiv.

Bisherige psychometrische Untersuchungen ergaben für die englische Kurzversion des Childhood Trauma Questionnaire beispielsweise Werte für Cronbach's α von .92 für die Skala sexueller Missbrauch oder .66 für die Skala körperliche Vernachlässigung (Bader, et al., 2009). Eine Retest-Reliabilität von $r = .86$ wurde beispielsweise für 2-6 Monate gefunden (Bernstein & Fink, 1998; zitiert nach Bader, et al., 2009). Die Fünf-Faktoren-Struktur konnte an einer Reihe von unterschiedlichen Stichproben gefunden und somit belegt werden (Bernstein, et al., 2003; Paivio & Cramer, 2004; Thombs, et al., 2007; alle zitiert nach Bader, et al., 2009). Konvergente und diskriminante Validität wurden zudem durch eine Reihe von Verfahren (etwa Childhood Trauma Interview, Fink, et al., 1995; Child Maltreatment Interview, Briere, 1992; durch Urteil

behandelnder Psychotherapeuten, Bernstein, et al., 2003; alle zitiert nach Bader, et al., 2009) bestätigt. Bader und Kollegen (2009) selbst fanden für die 28-Item-Kurzversion Werte für Cronbach's α von .82 bis .90 und nur für die Skala körperliche Vernachlässigung ein Cronbach's α von .49 in ihrer Studie. Sie fanden auch akzeptable bis hohe korrigierte Trennschärfen der Items (.30 bis .60 bzw. größer .60) und konnten die Konstruktvalidität des CTQ bestätigen (Bader, et al., 2009).

Tabelle 41: Skalen und jeweils erfasste Aspekte des CTQ

Skala	Aspekt
Emotionale Vernachlässigung	erlebte Vernachlässigung psychischer Grundbedürfnisse (etwa nach Liebe, Zugehörigkeit und Unterstützung) in der Herkunftsfamilie
Emotionale Misshandlung	erlebte Abwertung, Ablehnung oder verbale Verletzung durch Personen der Herkunftsfamilie
Körperliche Vernachlässigung	erlebte mangelhafte Fürsorge und Versorgung in der Herkunftsfamilie
Körperliche Misshandlung	körperliche Gewalterfahrungen, verursacht durch die Herkunftsfamilie
Sexueller Missbrauch	sexuelle Erfahrungen jeglicher Art, die von einem Erwachsenen initiiert wurden

Für den CTQ wurden unter anderem die Zusammenhänge zwischen CTQ-Ergebnissen und komplexer PTBS (Spitzer, Chevalier, Gillner, Freyberger, & Barnow, 2006) oder erlebter Misshandlung in der Kindheit, Stressverarbeitung und Drogenabstinenz (Hyman, Paliwal & Sinha, 2007) untersucht, zwischen Misshandlung und Missbrauch in der Kindheit (erhoben mit dem CTQ), Aggression bei Kokainabhängigen, die einen Suizidversuch unternommen hatten (Roy, 2009), Substanzabhängigkeiten, suizidalem Verhalten und Achse-I-Diagnosen (Martinotti, et al., 2009), zwischen erlebten kindlichen Traumata und Zwangssymptomen (Mathews, Kaur & Stein, 2008), generellem Suizidverhalten (Sfoggia, Pacheco & Grassi-Oliveira, 2008), Suizidverhalten bei Patienten mit unipolarer Depression (Sarchiapone, Carli, Cuomo & Roy, 2007), zwischen erlebter emotionaler Misshandlung und späterer „dating violence“ (Wekerle, et al., 2001) oder erstmaligen schizophrenen Episoden (Ücok & Bikmaz, 2007). Der CTQ fand auch Verwendung in einer Studie zur Erfassung der kindlichen Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrung von Jugendhilfe-Mitarbeitern (Festinger & Baker, 2009). Es fanden sich gute Belege für die klinische Nützlichkeit des CTQ und generell gesprochen positive Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der kindlichen Traumatisierung

und der Schwere der jeweiligen untersuchten Symptome oder Störungen, etwa höhere Werte des CTQ bei versuchtem Suizid (Sfoggia, Pacheco & Grassi-Oliveira, 2008; Ücok & Bikmaz, 2007; Sarchiapone, Carli, Cuomo & Roy, 2007) oder höhere Werte des CTQ bei höherer PTBS-Belastung (Mathews, Kaur & Stein, 2008). Baker und Maiorino (2010) stellen in ihrer Übersicht die aktuelle Forschung zur CTQ dar und kommen zu dem Schluss, dass der CTQ einerseits klinisch relevant ist, andererseits aber in einigen Punkten verbessert werden könnte, z.B. bezogen auf die Konsistenz.

2.3.3 Abschnitt 3: Das explorative Interview mit den Pflegeeltern

Im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit wurde ein halbstandardisiertes Interview zur Befragung der Pflegeeltern entwickelt (Anhang 1E). Die Konzeption dieser Fragen war theoriegeleitet. Es wurden testtheoretische Aspekte wie Verständlichkeit der Formulierung bzw. Eindeutigkeit der Fragen beachtet (siehe auch Bühner, 2006). Dieses Interview stellt Abschnitt 3 einer jeden Erhebung der Studie dar.

Das explorative Interview deckt inhaltlich eine Reihe von Aspekten ab, die sich im Rahmen der Pflegekinderforschung und auch der Forschung zu Risikogruppen allgemein als bedeutsam erwiesen haben. Dazu gehören folgende:

- Verfahrenstypische und juristische Aspekte (Häufigkeit des Kontakts zur Herkunftsfamilie, besondere Schwere des Verfahrens, lange Dauer desselben, unklare Unterbringungssituation, Einfluss des Jugendamtes bezogen auf die Wahrnehmung der Pflegschaft durch die Pflegeeltern)
- Art der Vorfälle in der Herkunftsfamilie, Gründe für die Herausnahme des Kindes, Umgang mit vermuteter oder bestätigter Traumatisierung des Pflegekinde, bisherige psychosoziale Versorgung der Kinder und Jugendlichen, Anzahl der Pflegekinder in der jeweiligen Familie
- für andere Stichproben und Risikogruppen gefundenen Risikofaktoren und deren Vorhandensein bei Pflegekindern
- Bedeutung und Beschafenehit der Beziehung zwischen Pflegekind und Pflegeeltern
- Ressourcen und Schutzfaktoren, eventuell solche, die speziell für die Gruppe der Pflegekinder identifizierbar sind
- Rolle der Herkunftsfamilie und ihr Einfluss auf die Pflegefamilie
- allgemeine demografische Angaben zu Pflegekindern, Pflegefamilien, den Pflegeeltern und ihren Erfahrungen als Pflegeeltern

Ziel der Interviewentwicklung war es, die theoretisch wichtigen Aspekte für die Pflegeeltern in möglichst konkrete und verhaltens- bzw. alltagsnahe Fragen zu „übersetzen“ und die Zusammenhänge auf eine Art und Weise zu erfragen, die den Pflegeeltern leicht verständlich und gut nachvollziehbar wären. Tabelle 42 stellt überblicksartig einige Bereiche und die dazu gehörigen im Interview integrierten Aspekte dar. Das vollständige Elterninterview selbst findet sich in Anhang 1E. Im Rahmen der Studie wurde auch überprüft, inwieweit die Pflegeeltern zu den jeweiligen Bereichen fundiert und zutreffend Auskunft geben können, oder ob beispielsweise durch Datenschutz, Schweigepflicht oder bestimmte Verfahrensformen eine Befragung von Pflegeeltern in dieser Form nur von geringer Nützlichkeit ist.

Tabelle 42: Beispiele für im explorativen Interview abgedeckte Aspekte

Bereich	Beispiel-Aspekt
Traumatisches Ereignis	Art des Ereignisses
	Existenz weiterer Opfer
	Ausmaß der Strafbelastung der leiblichen Eltern
Verfahren	bisherige Dauer des Verfahrens
	Ausmaß der Belastung des Pflegekindes durch das Verfahren
	Umgang seitens der Behörden mit den Erlebnissen des Pflegekindes
Pflegekind	Bezugspersonen des Pflegekindes und deren (emotionale) Reaktion auf die Erlebnisse des Kindes
	Vorhandensein von Triggern und Umgang damit seitens Pflegekind und Pflegeeltern
Herkunftsfamilie	Häufigkeit des Kontakts
	Auswirkungen des Umgangs mit den leiblichen Eltern auf die Entwicklung des Pflegekindes in der Pflegefamilie
Pflegefamilie	Vorgeschichte des Pflegekindes andere Pflegefamilien betreffend
	Umgang der Pflegefamilie mit den Erlebnissen des Pflegekindes
Psychosoziale Versorgung	Ausmaß bisheriger Versorgung (welche, wann, wie oft, wie verlaufen)
	Entfernung bis zur nächsten Behandlungsmöglichkeit
Pflegeeltern	erlebte Unterstützung seitens der Behörden
	Höhe der erlebten Stressbelastung
	Ausmaß erlebter Transparenz/Information seitens der Behörden

Wichtig zu erwähnen ist, dass einige der Fragen und Aspekte des explorativen Interviews schon in Form eines telefonischen Erstkontaktes behandelt werden. Dadurch wird gewährleistet, dass die Pflegemutter schon vor dem eigentlichen Besuch einen Eindruck davon bekommt, welcher Art die Fragen der Interviewerin sein werden (und somit keine unnötigen Befürchtungen entstehen). Zudem tragen die so schon vor dem eigentlichen Besuch gewonnenen Informationen dazu bei, dass die Interviewerin mit einigem Hintergrundwissen in die Pflegefamilie kommt. So erscheint sie weder der Pflegemutter noch dem Pflegekind zum Zeitpunkt des Interviews völlig „fremd“. Der Bogen für diesen telefonischen Erstkontakt findet sich in Anhang 1A.

2.4 Statistische Auswertung der Daten

2.4.1 Schreibweisen

Vorliegende Arbeit wurde gemäß den Richtlinien zur Manuskriptgestaltung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 2007; 3. überarbeitete und erweiterte Auflage) und der American Psychological Association (American Psychological Association, 2001) erstellt. Schreibweisen und Darstellung der Ergebnisse folgen dementsprechend den Vorgaben der Manuale.

Der Vorgabe, nur zwei Dezimalstellen zu berichten, wird weitestgehend entsprochen. Da sich im Rahmen der Auswertung gezeigt hat, dass manche Werte bzw. Effekte kleiner .01 sind und die Berechnungen mit SPSS Ergebnisse auf drei Dezimalstellen genau liefern, werden nachfolgend teils auch drei Dezimalstellen berichtet, vor allem um Runden (und damit verbundene Ungenauigkeiten) zu vermeiden.

2.4.2 Statistische Verfahren

Die Auswertung der Daten erfolgte mit SPSS, Version 17.0. Es wurde das Handbuch für die Version 10 und 11 von SPSS verwendet (Diehl & Staufienbiel, 2002). Zudem wurden eine Reihe von statistischen und methodischen Lehrbüchern herangezogen, um das statistische Vorgehen an den in der psychologischen Forschung üblichen Standards orientieren und die Diskussion der Ergebnisse entsprechend verankern zu können (Wittenberg & Cramer, 2003; Nunnally, 1967; Baur & Fromm, 2008; Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003; Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 1990; Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2000; Rudolf & Müller, 2004; Bühner, 2006; Bühner & Ziegler, 2009; Bortz, 2005). Die Beschreibung der Stichproben erfolgte deskriptiv. Für die graphische Überprüfung bestimmter Aspekte der Fragestellungen, zum Beispiel der Normalverteilung von Items oder Residuen wurden Histogramme oder Streudiagramme erstellt.

Die Unterschiede zwischen Gruppen wurden auf verschiedene Weise berechnet: Mit dem Chi-Quadrat-Test im Falle nominaler Daten, und in den Fällen, wenn in 50 oder mehr Prozent der Zellen die erwarteten Häufigkeiten kleiner fünf waren, mit dem exakten Test (nach Fischer). In den Fällen, in denen eine Normalverteilung der Variablen gegeben war, wurden t-Tests für unabhängige bzw. abhängige Stichproben gerechnet (z.B. der t-Test nach Welch). Waren die Variablen nicht normalverteilt, so wurden für unabhängige Stichproben der Mann-Whitney-U-Test und für abhängige Stichproben der Wilcoxon-Test verwendet. Für vergleichende Einordnungen der aktuellen Stichprobe erfolgten die Berechnungen mit dem Binomialtest. Für die Berechnung von Korrelationen wurden ebenfalls verschiedene Vorgehensweisen gewählt. In den Fällen, in denen Daten ordinalskaliert oder intervallskaliert und nicht-normalverteilt waren, wurden die Korrelationskoeffizienten nach Spearman und in den Fällen, in denen die Daten intervallskaliert und normalverteilt waren, nach Pearson berechnet.

Die Daten wurden mit dem *Kolmogorov-Smirnov-Test* (K-S-Test) auf ihre Normalverteilung hin überprüft. Zur Entscheidung, ob für die jeweiligen Variablen Normalverteilung vorlag oder nicht wurden sowohl die *extremsten Differenzen* als auch die *asymptotischen Signifikanzen* überprüft. Da der K-S-Test bei kleinen Stichproben extreme Abweichungen von der Normalverteilung braucht, um bei höheren Signifikanzniveaus die Normalverteilungsannahme zu verwerfen, wurden außerdem die Histogramme überprüft. Es zeigte sich, dass die Mehrheit der Variablen nicht normalverteilt war. In Anbetracht der Tatsache, dass es sich bei vorliegender Studie um eine Untersuchung mit Pflegekindern handelt, von denen jedoch viele klinisch nicht schwer belastet waren, ist dieser Befund nicht verwunderlich. Als Konsequenz der Ergebnisse der K-S-Tests wurden die nicht-normalverteilten Variablen dichotomisiert, was eine Möglichkeit ist bei nicht vorhandener Normalverteilung mit Daten zu verfahren (Tabachnick & Fidell, 2001, zitiert nach Hagl, 2008). Dieser Weg wurde dann gewählt, wenn, wie beispielsweise im Fall der Child Behavior Checklist, ausreichend Belege dafür vorhanden waren, dass das Instrument hinreichend überprüft ist und eine auf Basis des Instruments erfolgte Dichotomisierung in *klinisch relevant* und *klinisch nicht relevant* keine zusätzliche Verzerrung der Daten oder gar Datenverlust mit sich bringt. In den anderen Fällen, wenn metrische Variablen nicht normalverteilt waren, wurde die Quadratwurzel verwendet (Hagl, 2008). Eine erneut durchgeführte Überprüfung der Variablen auf Normalverteilung mit dem K-S-Test ergab, dass bei den metrischen Variablen dann dennoch nur bei einer (erlebte Stressbelastung der Pflegemutter) zusätzliche Normalverteilung gegeben war.

Für die Berechnung der multiplen Regressionen (Methode: Einschluss) wurden maximal 7 Prädiktoren verwendet. Diese Anzahl an Prädiktoren ist aufgrund der Stichprobengröße von $N = 74$ angemessen.

Die für die Überprüfung der Signifikanz der R^2 -Werte benötigten kritischen F -Werte wurden der F -Tabelle aus dem Anhang B in Bühner und Ziegler (2009) entnommen (ebd. S. 800-805). Alle Effektstärken und die Teststärken sowie die Berechnung der a priori benötigten Stichprobengrößen zur Absicherung der Effekte wurden mit G*Power berechnet. Der Konvention nach sollten Teststärken, damit der jeweilige Effekt als statistisch abgesichert gelten kann, einen Wert von .80 oder größer haben (Bühner & Ziegler, 2009).

Für die Bewertung der quadrierten multiplen Korrelationen (R^2) bzw. der Effektstärken (f^2) wurden die von Bühner & Ziegler (2009) berichteten Konventionen herangezogen: Es liegt bei einem R^2 bzw. einem f^2 von .02 ein kleiner, bei einem R^2 von .13 bzw. einem f^2 von .15 ein mittlerer und bei einem R^2 von .26 bzw. einem f^2 von .35 ein starker Effekt vor. Effekte zwischen .02 und .13 werden als gering bis moderat und zwischen .13 und .26 als moderat bis stark bezeichnet (Bühner & Ziegler, 2009).

Es gelten eine Reihe von Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit multiple Regressionen, oder vielmehr die dabei nötigen Signifikantstests, sinnvoll berechnet und die Ergebnisse interpretiert werden können. Nach Bühner und Ziegler (2009) gilt es folgende Voraussetzungen zu beachten und auf ihre Gültigkeit hin zu überprüfen:

- 1) zwischen den Variablen bestehen lineare Zusammenhänge
- 2) Homoskedastizität liegt vor
- 3) die Fehler sind normalverteilt
- 4) die Fehler korrelieren nicht (keine Autokorrelation)
- 5) das Modell ist vollständig spezifiziert
- 6) es liegt keine Kollinearität vor
- 7) die Reliabilität der Prädiktoren und des Kriteriums ist hoch
- 8) es liegt bei den verwendeten Variablen keine Varianzeinschränkung vor.

Zur Überprüfung der Voraussetzungen 1), 2) und 3) wurden Histogramme und Streudiagramme für die grafischen Überprüfungen sowie die jeweiligen berechneten Korrelationen zwischen Prädiktoren und Kriterium verwendet. Der Durbin-Watson-Koeffizient wurde zur Überprüfung der Autokorrelation (Voraussetzung 4) berechnet. Nach Fromm (2008) ist der Koeffizient zur Beurteilung der Autokorrelation geeignet

und kann Werte zwischen 0 und 4 annehmen. Man geht davon aus, dass bei Werten < 1 oder > 3 erhebliche Autokorrelation und bei einem Wert $= 2$ keine Autokorrelation vorliegt (Fromm, 2008). Bühner und Ziegler (2009) geben an, dass der *Variance Inflation Factor* (VIF) und die *Tolerance* nur bedingt geeignet sind, um vorliegende Kollinearität auch zu erkennen. Sie empfehlen stattdessen den *Konditionsindex* (CI) zur Einschätzung von Kollinearität. Zur Überprüfung von Voraussetzung 6) wurde deswegen im Rahmen vorliegender Arbeit der CI verwendet. Dabei wurden die von Bühner und Ziegler (2009) empfohlenen Grenzwerte herangezogen. Demnach spricht man bei einem $CI > 15$ von mäßiger, bei einem $CI > 30$ von starker Kollinearität. Aufgrund des Designs der Untersuchung konnten Voraussetzungen 5), 7) und 8) nicht überprüft werden. Auf sie wird im Rahmen der Ergebnisdarstellung nicht näher eingegangen. Implikationen, die sich daraus ergeben bzw. damit in Zusammenhang stehen, werden in der Diskussion aufgegriffen (siehe hierzu Punkt 4). Für die nachfolgend berichteten Fragestellungen wurden die übrigen Voraussetzungen überprüft – die Ergebnisse werden an entsprechender Stelle kurz referiert.²⁴

Für die testtheoretische Überprüfung der Assessment Checklist for Children wurden die gängigen statistisch nötigen Schritte durchgeführt, wie sie im Rahmen der Testtheorie üblich sind (vgl. Bühner, 2006). Insgesamt 14 Items (Items 19, 82, 85, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 108, 111, 114, 115 und 119), die im Rahmen vorliegender Studie keine Varianz aufwiesen, mussten aus verschiedenen Schritten der weiteren Überprüfung ausgeschlossen werden – es erfolgen an entsprechender Stelle der Ergebnisdarstellung jeweils Hinweise. Rechnerisch wurde die Normalverteilung der Items auch im Falle der testtheoretischen Überprüfung der ACC mit dem K-S-Test geprüft – da der Stichprobenumfang größer 50 war, wurde nicht die Shapiro-Wilks-Statistik verwendet (Bühner, 2006). Zur weiteren Analyse der Rohwertverteilung wurden für jedes Item der *Mittelwert* (M) und die *Standardabweichung* (SD) sowie die *Varianz* und außerdem die *Schiefe* und der *Exzess* ermittelt. Grundsätzlich spricht nach Bühner (2006) eine Schiefe mit negativem Vorzeichen für eine eher rechtssteile Verteilung, eine Schiefe mit positivem Vorzeichen eher für eine linkssteile Verteilung. Ein Exzess < 0 spricht für eine breitgipflige, ein Exzess > 0 für eine schmalgipflige Verteilung. Nehmen Schiefe und Exzess den Wert Null an, so deutet dies auf eine symmetrische Verteilung hin (Bühner, 2006). Da es sich bei der ACC um Rating-Skalen handelt, konnte der Mittelwert eines jeden Items auch als *Schwierigkeitsindex* des jeweiligen Items verwendet werden. Dieses Vorgehen ist akzeptiert, weil bei Rating-Skalen, wie eben

²⁴ Detailliertere Ausführungen zur Überprüfung der jeweiligen Voraussetzungen können bei der Autorin angefordert werden.

einer Likert-Skala, Intervalldatenniveau angenommen wird (Bühner, 2006): Werte von .50 gelten hier als optimal. Die *Trennschärfen*, genau genommen die Eigentrennschärfen, wurden als *Produkt-Moment-Korrelationen* (auch Pearson-Korrelation oder bivariante Korrelation) berechnet, da für Items und Skalen eine Intervallskalierung angenommen wurde (siehe oben). Es wurde dabei eine *Part-whole-Korrektur* durchgeführt, so dass also eine Überschätzung der Trennschärfe durch Korrektur der andernfalls vorhandenen partiellen Eigenkorrelationen (jeweiliges Item selbst mit der Skala) verhindert wurde (Bühner, 2006). Bei der Berechnung der Reliabilitätsanalysen wurden die 14 Items, die eine Varianz von Null aufwiesen, ausgeschlossen. Laut Wittenberg (1998) gilt ein Cronbach's $\alpha < .50$ als nicht ausreichend, ein Cronbach's α von .50 bis .69 als ausreichend, ein Cronbach's α von .70 bis .89 als zufriedenstellend und ein Cronbach's α von .90 oder größer als hoch. Die *Homogenität* der Skalen wurde als durchschnittliche Interkorrelation der Items für die jeweiligen Skalen ermittelt. Die Autokorrelation der Items wurde dabei berücksichtigt. Für die Homogenität gelten Werte von .20 bis .40 als akzeptabel (Bühner, 2006). Die Voraussetzungen zur Berechnung einer exploratorischen Faktorenanalyse wurden entsprechend den Angaben in Bühner (2006) überprüft.

2.4.3 Fehlende Daten

Fehlende Antworten in den Fragebögen wurden vor Durchführung der Interviews mit den Pflegemüttern erfragt. Wo auch auf Nachfragen keine Antwort möglich war, wurde das Item als nicht beantwortet vermerkt. Diese fehlenden Item-Werte wurden für die Auswertung genau dann durch den *Mittelwert* (M) der jeweiligen Skala ersetzt, wenn mindestens 80% der restlichen Items der jeweiligen Skala beantwortet worden waren. Wenn für eine Variable zur Berechnung dennoch nicht alle Fälle vorlagen, wurde mit paarweisem Fallausschluss gerechnet um die Nutzung der vorhandenen Daten zu maximieren. Dies hat zur Folge, dass n bei manchen Berechnungen von $N = 74$ abweicht. Es erfolgt an entsprechender Stelle jeweils ein Hinweis.

3. Ergebnisse

Im ersten Teil der Ergebnisdarstellung wird die Frage thematisiert, inwieweit sich verschiedene Variablen zur Vorhersage der aktuellen PTBS-Symptomatik und der PTBS-Schwere bei Pflegekindern eignen. Teil zwei referiert die Ergebnisse zur test-theoretischen Überprüfung der deutschen Adaption der Assessment Checklist for Children (ACC).

3.1 Vorhersage der posttraumatischen Belastung

Es wurde im Rahmen der Studie untersucht inwieweit sich die bei den Pflegekindern beobachtete posttraumatische Belastung durch verschiedene Variablen erklären lässt. Die aktuelle posttraumatische Belastung (das Kriterium) wurde für die Berechnungen in Form der drei Variablen *Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS*, *Schweregrad der PTBS-DSM* (Schweregrad der PTBS, Kriterien A1 und A2 sind erfüllt, die Diagnose erfolgt gemäß dem DSM) und *Schweregrad der PTBS-ICD* (Schweregrad der PTBS, nur Kriterium A1 ist erfüllt, die Diagnose erfolgt gemäß dem ICD) verwendet.

Besonders als Prädiktoren berücksichtigt wurden gerade solche Variablen, die als für Pflegeabbrüche relevant diskutiert werden. Davon abgesehen wurde der prädiktive Wert der allgemeinen psychischen Belastung der Pflegekinder (ermittelt mit der CBCL), der Belastung mit dissoziativer Symptomatik (ermittelt mit der CDC) und das Ausmaß kindlicher Traumatisierung (ermittelt mit dem CTQ) überprüft. Zur Ermittlung der Bedeutsamkeit verschiedener Variablenkombinationen wurden multiple lineare Regressionen berechnet. Nachfolgend werden die Ergebnisse für die einzelnen Fragestellungen dargestellt.

3.1.1 Die Bedeutung von Geschlecht und kindlicher Auffälligkeit

Die Kriterien *Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS* (Fragestellung 1a), *Schweregrad der PTBS-DSM* (Fragestellung 1b, Modell 1) und *Schweregrad der PTBS-ICD* (Fragestellung 1b, Modell 2) wurden anhand der klinisch relevanten internalisierenden (in Form der Quadratwurzel des Gesamtwertes der internalisierenden Problemskala der CBCL) und externalisierenden (in Form der Quadratwurzel des Gesamtwertes der externalisierenden Problemskala der CBCL) sowie der dissoziativen Symptomatik (in Form der Quadratwurzel des Gesamtsummenwertes der CDC) und des Geschlechts vorhergesagt.

Für Fragestellung 1a ergab sich ein $R = .226$ ($SE = 1.305$). Es wurden 5.1% der Varianz des Kriteriums *Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS* durch die Prädiktoren aufgeklärt. Keiner der Prädiktoren leistete einen signifikanten Beitrag (siehe Tabelle 43). Die Nullhypothese wurde beibehalten ($R^2 = .051$, $F(4, 69) = .931$, $p = .451$)²⁵. Die Effektstärke von $f^2 = .054$ kann als kleiner Effekt bezeichnet werden. Der Effekt konnte statistisch nicht abgesichert werden ($1 - \beta = .30$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die dann zur statistischen Absicherung des Effekts bei

²⁵ $n = 74$, da keine missing values.

einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 226$.

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab, dass lineare Zusammenhänge zwischen den Variablen vorhanden waren. Außerdem lagen weder Autokorrelation der Fehler (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 1.946) noch Kollinearität ($CI = 7.695$) vor. Homoskedastizität und Normalverteilung der Residuen waren nicht gegeben.

Tabelle 43: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 1a

Variable	B	SE B	β
(Konstante)	1.017	.491	
Geschlecht	-.059	.310	-.023
klinisch relevante internalisierende Symptomatik CBCL	-.295	.403	-.094
klinisch relevante externalisierende Symptomatik CBCL	.725	.397	.245
klinisch relevante dissoziative Symptomatik CDC	-.462	.722	-.090

Anmerkung: $R^2 = .051$; korrigiertes $R^2 = -.004$. $N = 74$.

Für Fragestellung 1b (Modell 1) ergab sich ein $R = .522$ ($SE = .333$). Es wurden 27.1% der Varianz des Kriteriums durch die Prädiktoren aufgeklärt. Dabei leisteten die Prädiktoren *klinisch relevante externalisierende Symptomatik CBCL* ($t(73) = 4.530$, $p < .01$) und *klinisch relevante dissoziative Symptomatik CDC* ($t(73) = -2.259$, $p < .05$) einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage (siehe auch Tabelle 44). Die Nullhypothese wurde abgelehnt ($R^2 = .273$, $F(4, 69) = 6.473$, $p = .000$)²⁶. Die Effektstärke von $f^2 = .372$ kann als starker Effekt bezeichnet werden. Der Effekt konnte statistisch abgesichert werden ($1 - \beta = .99$).

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab, dass lineare Zusammenhänge zwischen den Variablen vorhanden waren. Außerdem lagen weder Autokorrelation der Fehler (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 2.013)

²⁶ $n = 74$, da keine missing values.

noch Kollinearität ($CI = 7.695$) vor. Homoskedastizität war gegeben. Jedoch lag keine Normalverteilung der Residuen vor.

Tabelle 44: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 1b (Modelle 1 und 2)

Variable	B	SE B	β
1 (Konstante)	.197	.125	
Geschlecht	-.134	.079	-.177
klinisch relevante internalisierende Symptomatik CBCL	.003	.103	.003
klinisch relevante externalisierende Symptomatik CBCL	.459	.101	.531**
klinisch relevante dissoziative Symptomatik CDC	-.417	.185	-.277*
2 (Konstante)	.496	.245	
Geschlecht	-.132	.155	-.101
klinisch relevante internalisierende Symptomatik CBCL	.131	.201	.083
klinisch relevante externalisierende Symptomatik CBCL	.236	.198	.159
klinisch relevante dissoziative Symptomatik CDC	-.600	.360	-.232

Anmerkung: $R^2 = .271$ und korrigiertes $R^2 = .231$ für Modell 1; $R^2 = .062$ und korrigiertes $R^2 = .008$ für Modell 2; * $p < .05$; ** $p < .01$. $N = 74$.

Für Fragestellung 1b (Modell 2) ergab sich ein $R = .250$ ($SE = .650$) Es wurden 6.2% der Varianz des Kriteriums durch die Prädiktoren aufgeklärt. Es leistete keiner der Prädiktoren einen signifikanten Beitrag (siehe auch Tabelle 44). Die Nullhypothese wurde beibehalten ($R^2 = .062$, $F(4, 69) = 1.146$, $p = .342$)²⁷. Die Effektstärke von $f^2 = .066$ kann als kleiner Effekt bezeichnet werden, der auch statistisch nicht abgesichert werden konnte ($1 - \beta = .36$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die zur

²⁷ $n = 74$, da keine missing values.

statistischen Absicherung des Effekts bei einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 186$.

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab, dass lineare Zusammenhänge zwischen den Variablen vorhanden waren. Außerdem lagen weder Autokorrelation der Fehler (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 1.781) noch Kollinearität ($CI = 7.695$) vor. Homoskedastizität und Normalverteilung der Residuen waren nicht gegeben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Prädiktoren klinisch relevante internalisierende und externalisierende sowie dissoziative Symptomatik und das Geschlecht in vorliegender Studie nicht geeignet waren, die Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS (Fragestellung 1a) und den Schweregrad der PTBS-ICD (Fragestellung 1b, Modell 2) vorherzusagen. Mit knapp 5% aufgeklärter Varianz, bei einer Effektstärke von .054 und einer Teststärke von .30 kann das Modell aus Fragestellung 1a nicht als gut bewertet werden. Ähnliches verhält gilt für Modell 2 Fragestellung 1b – auch wenn Varianz (knapp 6%), Effektstärke ($r^2 = .066$) und Teststärke ($1 - \beta = .36$) etwas besser ausfallen, als dies für Fragestellung 1a der Fall ist.

Die Prädiktoren sind nach vorliegenden Ergebnissen jedoch dazu geeignet den Schweregrad der PTBS-DSM (Fragestellung 1b, Modell 1) vorherzusagen. Die durch das Modell aufgeklärte Varianz von 27%, bei einer Effektstärke von .37 und einer Teststärke von .99 zeugt von einer sehr hohen Modellgüte. Zudem waren einige wichtige Voraussetzungen einer multiplen Regression (Vorliegen von linearen Zusammenhängen zwischen den Variablen und Homoskedastizität, keine Autokorrelation der Fehler, keine Kollinearität) erfüllt.

Vor dem Hintergrund der hier vorliegenden Ergebnisse kann somit das Fazit gezogen werden, dass internalisierende, externalisierende und dissoziative Symptomatik sowie das Geschlecht bei Pflegekindern als Prädiktoren zur Vorhersage des aktuellen PTBS-Schweregrads (bei Diagnose nach DSM) bei Pflegekindern geeignet sind. Aufgrund der fehlenden Normalverteilung der Residuen muss jedoch beachtet werden, dass die hier berichteten Schätzungen der Regressionsgewichte und R inkorrekt sein können. Um diese Mängel zu beheben erscheint eine weitere Überprüfung des Modells an einer größeren Stichprobe angebracht.

3.1.2 Die Bedeutung jugendamtsbedingter Variablen

Zur Vorhersage der Kriterien *Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS* (Fragestellung 2a), *Schweregrad der PTBS-DSM* (Fragestellung 2b, Modell 1) und *Schweregrad der PTBS-ICD* (Fragestellung 2b, Modell 2) wurden fünf durch das Jugendamt bedingte Prädiktoren verwendet, die auf Seiten der Pflegemutter als relevant für das Gelingen einer Pflegschaft angesehen werden: Ausmaß aktuell erlebter Stressbelastung der Pflegemutter, Ausmaß wahrgenommener Information durch das Jugendamt auf Seiten der Pflegemutter, Ausmaß aktuell erlebter Überforderung der Pflegemutter, Ausmaß aktuell wahrgenommener Unterstützung durch das Jugendamt auf Seiten der Pflegemutter und Ausmaß aktuell erlebter Hilflosigkeit auf Seiten der Pflegemutter. Zudem wurden noch zwei Prädiktoren, die mit der theoretischen Ausrichtung des Jugendamtes in Verbindung stehen, untersucht: Art der Unterbringung des Pflegekindes (dauerhaft oder zeitweilig) und Vorhandensein von Kontakt zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie.

Für Fragestellung 2a ergab sich ein $R = .358$ ($SE = 1.279$). Die Prädiktoren klärten 12.8% der Varianz des Kriteriums auf, es leistete jedoch keiner der Prädiktoren einen signifikanten Beitrag (siehe auch Tabelle 45). Die Nullhypothese wurde nicht verworfen ($R^2 = .128$, $F(7, 66) = 1.386$, $p = .226$)²⁸. Die Effektstärke hatte den Wert $f^2 = .147$, es liegt somit ein moderater Effekt vor. Dieser konnte statistisch nicht abgesichert werden ($1 - \beta = .60$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die zur statistischen Absicherung des Effekts bei einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 105$.

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab, dass lineare Zusammenhänge zwischen fast allen Variablen vorhanden waren. Außerdem lagen weder Autokorrelation der Fehler (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 2.061) noch Kollinearität ($CI = 13.771$) vor. Die Residuen waren annähernd normalverteilt. Es lag jedoch keine Homoskedastizität vor.

²⁸ $n = 74$, da keine missing values.

Tabelle 45: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 2a

Variable	B	SE B	β
(Konstante)	-.268	.711	
Unterstützung	.134	.203	.098
Information	.268	.203	.192
Hilflosigkeit	.252	.195	.206
Überforderung	.041	.197	.033
Stressbelastung	.025	.200	.018
Unterbringung dauerhaft	-.096	.468	-.024
kein Kontakt zur Herkunftsfamilie	-.176	.317	-.066

Anmerkung: $R^2 = .128$; korrigiertes $R^2 = .036$. $N = 74$.

Für Fragestellung 2b (Modell 1) ergab sich ein $R = .153$ ($SE = .395$). Insgesamt 2.3% der Varianz wurden durch die Prädiktoren aufgeklärt, wobei keiner von ihnen einen signifikanten Beitrag leistete (siehe auch Tabelle 46). Die Nullhypothese wurde beibehalten ($R^2 = .023$, $F(7, 66) = .226$, $p = .978$)²⁹. Die Effektstärke hatte den Wert $f^2 = .024$, es liegt hier ein kleiner Effekt vor, der auch nicht statistisch abgesichert werden konnte ($1 - \beta = .12$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die zur statistischen Absicherung des Effekts bei einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 606$.

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab, dass lineare Zusammenhänge zwischen fast allen Variablen vorhanden waren. Außerdem lagen weder Autokorrelation der Fehler (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 2.043) noch Kollinearität ($CI = 13.771$) vor. Eine Normalverteilung der Residuen war jedoch nicht gegeben. Homoskedastizität lag annähernd vor.

²⁹ $n = 74$, da keine von missing values.

Tabelle 46: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 2b (Modelle 1 und 2)

Variable	B	SE B	β
1 (Konstante)	-.140	.220	
Unterstützung	.037	.063	.093
Information	.006	.063	.014
Hilflosigkeit	-.019	.060	-.053
Überforderung	-.003	.061	-.008
Stressbelastung	.033	.062	.084
Unterbringung dauerhaft	.095	.145	.082
kein Kontakt zur Herkunftsfamilie	.024	.098	.031
2 (Konstante)	.144	.365	
Unterstützung	-.012	.104	-.018
Information	.124	.104	.177
Hilflosigkeit	.057	.100	.094
Überforderung	.072	.101	.117
Stressbelastung	-.015	.103	-.021
Unterbringung dauerhaft	-.195	.240	-.098
kein Kontakt zur Herkunftsfamilie	-.132	.163	-.099

Anmerkung: $R^2 = .023$ und korrigiertes $R^2 = -.080$ für Modell 1; $R^2 = .085$ und korrigiertes $R^2 = .012$ für Modell 2. $N = 74$.

Für Fragestellung 2b (Modell 2) ergab sich ein $R = .292$ ($SE = .657$). Die Prädiktoren klärten 8.5% der Varianz auf, jedoch leistete keiner der Prädiktoren einen signifikanten Beitrag (siehe auch Tabelle 46). Die Nullhypothese wurde beibehalten ($R^2 = .085$, $F(7, 66) = .878$, $p = .529$)³⁰. Bei der gefundenen Effektstärke von $f^2 = .093$ handelt es sich um einen kleinen Effekt, der nicht statistisch abgesichert werden konnte ($1 - \beta = .39$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die zur statistischen Absicherung des Effekts bei einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 162$.

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab lineare Zusammenhänge zwischen fast allen Variablen. Außerdem lagen we-

³⁰ $n = 74$, da keine missing values.

der Autokorrelation der Fehler (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 1.924) noch Kollinearität (*CI* = 13.771) vor. Eine Normalverteilung der Residuen war jedoch nicht gegeben. Homoskedastizität lag annähernd vor.

Auf Grundlage der hier vorliegenden Daten wird keines der Modelle bestätigt. Bezogen auf Fragestellung 2b wird deutlich, dass sich die fünf Jugendamts-Prädiktoren und die beiden Prädiktoren, die mit der theoretischen Ausrichtung des Jugendamtes in Verbindung stehen, nicht gut zur Vorhersage der aktuellen PTBS-Schwere bei Pflegekindern eignen. Es wurden für Modell 1 nur 2% und für Modell 2 nur knapp 9% der Varianz aufgeklärt. Die dabei gefundenen Effektstärken von .02 bzw. .09 (bei aktuell gefundenen Teststärken von .12 bzw. .40) konnten auch nicht statistisch abgesichert werden.

Bezogen auf Fragestellung 2a (knapp 13% aufgeklärte Varianz, Effektstärke von knapp .15, aktuelle Teststärke von .60), wird auf den zweiten Blick deutlich, dass die insgesamt sieben Prädiktoren der Fragestellung 2 eher geeignet scheinen, die Anzahl aktueller PTBS-Symptome bei Pflegekindern vorherzusagen. So kann das Modell von Fragestellung 2a zwar vor dem Hintergrund der hier gefundenen Ergebnisse nicht als gültig angenommen werden, es erscheint jedoch legitim (da zur statistischen Absicherung des hier gefundenen Effekts nur knapp 30 weitere Pflegekinder befragt werden müssten), die Modellannahme für eine weitere Überprüfung beizubehalten. Unter anderem auch deswegen, weil wichtige Voraussetzungen einer multiplen Regression erfüllt waren (lineare Zusammenhänge zwischen Variablen, keine Autokorrelation der Fehler, keine Kollinearität und annähernd normalverteilte Residuen).

3.1.3 Die Bedeutung pflegefamilienrelevanter Variablen

Es wurde die Bedeutung von sechs Prädiktoren für die Aufklärung der Varianz der Kriterien *Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS* (Fragestellung 3a), *Schweregrad der PTBS-DSM* (Fragestellung 3b, Modell 1) und *Schweregrad der PTBS-ICD* (Fragestellung 3b, Modell 2) ermittelt: Alter des Pflegekindes bei Herausnahme aus der Herkunftsfamilie, Nähe zwischen Pflegekind und Pflegemutter (eingeschätzt von der Pflegemutter auf einer Skala von 1 bis 10), bisheriges Vorhandensein psychosozialer Unterstützung, vorhandener Kontakt zur Herkunftsfamilie, Gesamtwert der FKS-Skala A (Zusammenhalt) und Gesamtwert der FKS-Skala C (Konfliktneigung).

Für Fragestellung 3a ergab sich ein $R =$ von .378 ($SE = 1.282$). Es wurden 14.3% der Varianz des Kriteriums *Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS* durch die Prädiktoren aufgeklärt. Keiner der Prädiktoren leistete einen signifikanten Beitrag (siehe Tabelle 47). Die Nullhypothese wurde beibehalten ($R^2 = .143$, $F(6, 59) = 1.635$,

$p = .154$)³¹. Die Effektstärke von $f^2 = .167$ kann als moderater Effekt bezeichnet werden, welcher statistisch jedoch nicht abgesichert werden konnte ($1 - \beta = .64$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die zur statistischen Absicherung des Effekts bei einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 89$.

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression für Fragestellung 3a ergab, dass lineare Zusammenhänge nicht zwischen allen Variablen vorhanden waren. Es lag zwar keine Autokorrelation der Fehler vor (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 1.899) doch starke Kollinearität ($CI = 67.353$). Normalverteilung der Residuen und Homoskedastizität waren nicht gegeben.

Tabelle 47: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 3a

Variable	B	SE B	β
(Konstante)	-.120	3.546	
Alter bei Herausnahme	.005	.003	.223
Nähe	-.826	.574	-.185
psychosoz. Unterstützung	-.533	.357	-.187
Kontakt zur Herkunftsfamilie	.014	.360	.005
Gesamtwert FKS-Skala A	.303	.706	.061
Gesamtwert FKS-Skala C	.731	.531	.178

Anmerkung: $R^2 = .143$; korrigiertes $R^2 = .055$. $N = 66$.

Für Fragestellung 3b (Modell 1) ergab sich ein $R = .269$ ($SE = .406$). Es wurden 7.2% der Varianz des Kriteriums *Schweregrad der PTBS-DSM* durch die untersuchten Prädiktoren aufgeklärt, wobei keiner von ihnen einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage leistete (siehe Tabelle 48). Die Nullhypothese wurde nicht verworfen ($R^2 = .072$, $F(6, 59) = .768$, $p = .598$)³². Die Effektstärke $f^2 = .078$ kann als geringer bis moderater Effekt bezeichnet werden, der statistisch nicht abgesichert werden konnte ($1 - \beta = .31$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die zur statistischen Absicherung des

³¹ $n = 66$, aufgrund von missing values.

³² $n = 66$, aufgrund von missing values.

Effekts bei einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 182$.

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab, dass lineare Zusammenhänge nicht zwischen allen Variablen vorhanden waren. Es lag zwar hier keine Autokorrelation der Fehler vor (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 2.009) doch starke Kollinearität (*CI* = 67.353). Die Residuen waren nicht normalverteilt. Homoskedastizität war gegeben, jedoch waren Ausreißer zu beobachten.

Tabelle 48: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 3b (Modelle 1 und 2)

Variable	B	SE B	β
Modell 1			
(Konstante)	.156	1.123	
Alter bei Herausnahme	.0001	.001	.009
Nähe	-.237	.182	-.174
psychosoz. Unterstützung	.139	.113	.160
Kontakt zur Herkunftsfamilie	-.011	.114	-.013
Gesamtwert FKS-Skala A	.011	.223	.007
Gesamtwert FKS-Skala C	.151	.168	.121
Modell 2			
(Konstante)	-1.177	1.756	
Alter bei Herausnahme	.002	.001	.141
Nähe	-.500	.284	-.225
psychosoz. Unterstützung	-.227	.177	-.160
Kontakt zur Herkunftsfamilie	.067	.178	.051
Gesamtwert FKS-Skala A	.318	.349	.129
Gesamtwert FKS-Skala C	.539	.263	.264*

Anmerkung: $R^2 = .072$ und korrigiertes $R^2 = -.022$ für Modell 1; $R^2 = .150$ und korrigiertes $R^2 = .064$ für Modell 2; * $p < .05$. $N = 66$.

Für Fragestellung 3b (Modell 2) ergab sich ein $R = .388$ ($SE = .635$). Es wurden 15.0% der Varianz des Kriteriums *Schweregrad der PTBS-ICD* durch die Prädiktoren aufgeklärt, wobei nur der Prädiktor Gesamtwert FKS-Skala C einen signifikanten Beitrag leistete ($t(65) = 2.052$, $p = .045$; siehe auch Tabelle 48). Die Nullhypothese wurde nicht verworfen ($R^2 = .150$, $F(6, 59) = 1.741$, $p = .127$)³³. Die Effektstärke von $f^2 = .176$ kann als moderater Effekt bezeichnet werden. Der Effekt konnte statistisch jedoch nicht abgesichert werden ($1 - \beta = .67$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die zur statistischen Absicherung des Effekts bei einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 84$.

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab, dass lineare Zusammenhänge nicht zwischen allen Variablen vorhanden waren. Es lag keine Autokorrelation der Fehler vor (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 2.061) doch starke Kollinearität ($CI = 67.353$) vor. Eine Normalverteilung der Residuen lag nicht vor, Homoskedastizität war annähernd gegeben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass auf Grundlage der hier vorliegenden Daten keines der Modelle für Fragestellung 3 auf den ersten Blick zu bestätigen ist. Bezogen auf die Vorhersage der PTBS-Schwere (bei Diagnose nach DSM, Fragestellung 3b, Modell 1) wird vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten deutlich, dass sich die sechs Prädiktoren hierfür nicht gut zu eignen scheinen. Sie klären nur knappe 7% der Varianz auf (bei einer Effektstärke von knapp .08 und einer Teststärke von rund .30), wobei eine statistische Absicherung des Effekts nicht möglich war.

Die Prädiktoren erscheinen für die Vorhersage der aktuellen Symptomanzahl (Fragestellung 3a) und der aktuellen PTBS-Schwere (bei Diagnose nach ICD, Fragestellung 3b, Modell 2) besser geeignet. Zwar konnten die Effekte beider Fragestellungen ebenfalls nicht statistisch abgesichert werden ($1 - \beta = .67$ für Fragestellung 3b, Modell 2; $1 - \beta = .64$ für Fragestellung 3a), doch wurden in beiden Fällen um die 15% der Varianz aufgeklärt, wobei die Effektstärken bei rund .17 lagen.

Es können vor dem Hintergrund der hier gefundenen Ergebnisse weder die in Fragestellung 3a noch 3b (Modell 2) untersuchten Zusammenhänge als gültig angenommen werden. Es erscheint jedoch legitim, da zur statistischen Absicherung der hier gefundenen Effekte nur jeweils knapp 20 weitere Pflegekinder befragt werden müss-

³³ $n = 66$, aufgrund von missing values.

ten, die Modellannahme für eine weitere Überprüfung beizubehalten (zumindest in beiden Fällen keine Autokorrelation der Fehler vorgelegen hatte).

Einschränkungen für die Gültigkeit der hier berechneten Werte dieser Modelle ergeben sich jedoch dadurch, dass starke Kollinearität vorlag und zudem Normalverteilung der Residuen und Homoskedastizität nicht gegeben waren. Die Problematik der starken Kollinearität erscheint jedoch aus zwei Gründen vernachlässigbar: erstens war die üblicherweise beobachtbare Konsequenz hoher Kollinearität (hohe β -Gewichte werden in der entsprechenden Regressionsanalyse nicht, kleine hingegen schon signifikant) in vorliegenden Fällen weder für Fragestellung 3a noch 3b (Modell 2) zu beobachten und zweitens wird die Schätzung der aufgeklärten Varianz (R^2) von Kollinearität kaum beeinflusst. Da jedoch keine Homoskedastizität gegeben war, muss vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten von einer teils inkorrekten Schätzung der Varianz der Regressionsgewichte ausgegangen werden. Aufgrund der fehlenden Normalverteilung der Residuen muss zudem beachtet werden, dass die Regressionsgewichte und R inkorrekt sein können. Um diese Mängel zu beheben erscheint eine weitere Überprüfung des Modells an einer größeren Stichprobe angebracht. Die zudem nicht voll erfüllte Voraussetzung linearer Zusammenhänge zwischen allen Variablen kann im Rahmen dieser weiteren Überprüfung ebenfalls erneut kontrolliert werden.

3.1.4 Die Bedeutung pflegschaftsrelevanter Variablen

Die Kriterien *Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS* (Fragestellung 4a), *Schweregrad der PTBS-DSM* (Fragestellung 4b, Modell 1) und *Schweregrad der PTBS-ICD* (Fragestellung 4b, Modell 2) wurden anhand einer Reihe von Prädiktoren vorhergesagt, die als für Pflegschaften und ihr Gelingen relevant angesehen werden: Unterbringung des Pflegekindes mit oder gegen den elterlichen Willen, Anzahl leiblicher Kinder der Pflegeeltern, die in der Pflegefamilie leben, Anzahl bisheriger Unterbringungen des Pflegekindes, Anzahl bisheriger Pflegschaften der Pflegefamilie und Anzahl leiblicher Geschwister des Pflegekindes, die in derselben Pflegefamilie untergebracht sind.

Für Fragestellung 4a ergab sich ein $R = .073$ ($SE = 1.436$). Es wurden 0.5% der Varianz des Kriteriums *Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS* durch die Prädiktoren aufgeklärt, wobei keiner einen signifikanten Beitrag leistete (siehe Tabelle 49). Die Nullhypothese wurde beibehalten ($R^2 = .005$, $F(5, 68) = .073$, $p = .996$)³⁴. Die Effektstärke hat den Wert $f^2 = .005$, es liegt somit ein kleiner Effekt vor. Der Effekt

³⁴ $n = 74$, da keine missing values.

konnte statistisch nicht abgesichert werden ($1 - \beta = .07$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die zur statistischen Absicherung des Effekts bei einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 2\,572$.

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression, Fragestellung 4a, ergab, dass lineare Zusammenhänge nicht zwischen allen Variablen vorhanden waren. Es lagen weder Autokorrelation der Fehler (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 2.010) noch Kollinearität ($CI = 8.591$) vor. Normalverteilung der Residuen und Homoskedastizität waren nicht gegeben.

Tabelle 49: Darstellung multiple Regression Fragestellung 4a

Variable	B	SE B	β
(Konstante)	.767	.564	
Anzahl bisheriger Unterbringungen	.079	.254	.038
Anzahl leiblicher Kinder der Pflegeeltern in der Pflegefamilie	.008	.233	.004
Anzahl leiblicher Geschwister des Pflegekindes in der Pflegefamilie	-.010	.309	-.004
Anzahl an bisherigen Pflegschaften der Pflegefamilie	.052	.192	.033
Unterbringung mit oder ohne Willen der leiblichen Eltern	.164	.412	.052

Anmerkung: $R^2 = .005$; korrigiertes $R^2 = -.068$. $N = 74$.

Für Fragestellung 4b (Modell 1) ergab sich ein $R = .150$ ($SE = .389$) Es wurden 2.3% der Varianz des Kriteriums *Schweregrad der PTBS-DSM* durch die untersuchten Prädiktoren aufgeklärt, wobei keiner der Prädiktoren einen signifikanten Beitrag leistete (siehe Tabelle 50). Die Nullhypothese wurde beibehalten ($R^2 = .023$, $F(5, 68) = .314$, $p = .903$)³⁵. Die Effektstärke von $f^2 = .024$ kann als kleiner Effekt bezeichnet werden. Dieser Effekt konnte statistisch nicht abgesichert werden ($1 - \beta = .13$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die zur statistischen Absicherung des Effekts bei einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 541$.

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab, dass lineare Zusammenhänge nicht zwischen allen Variablen vorhanden waren. Es lagen weder Autokorrelation der Fehler (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 2.126)

³⁵ $n = 74$, da keine missing values.

noch Kollinearität ($CI = 8.591$) vor. Homoskedastizität war annähernd gegeben, es lagen jedoch Ausreißer vor. Normalverteilung der Residuen war nicht gegeben.

Tabelle 50: Darstellung der multiplen Regression Fragestellung 4b (Modelle 1 und 2)

Variable	B	SE B	β
1 (Konstante)	.035	.163	
Anzahl bisheriger Unterbringungen	-.006	.073	-.009
Anzahl leiblicher Kinder der Pflegeeltern in der Pflegefamilie	.014	.067	.026
Anzahl leiblicher Geschwister des Pflegekindes in der Pflegefamilie	-.046	.089	-.064
Anzahl an bisherigen Pflegschaften der Pflegefamilie	-.021	.056	-.046
Unterbringung mit oder ohne Willen der leiblichen Eltern	.125	.119	.136
2 (Konstante)	.104	.279	
Anzahl bisheriger Unterbringungen	.021	.125	.021
Anzahl leiblicher Kinder der Pflegeeltern in der Pflegefamilie	-.003	.115	-.004
Anzahl leiblicher Geschwister des Pflegekindes in der Pflegefamilie	-.079	.153	-.063
Anzahl an bisherigen Pflegschaften der Pflegefamilie	.115	.095	.146
Unterbringung mit oder ohne Willen der leiblichen Eltern	.108	.204	.069

Anmerkung: $R^2 = .023$; korrigiertes $R^2 = -.049$ für Modell 1; $R^2 = .031$; korrigiertes $R^2 = -.041$ für Modell 2. $N = 74$.

Für Fragestellung 4b (Modell 2) ergab sich ein $R = .175$ ($SE = .666$). Es wurden 3.1% der Varianz des Kriteriums *Schweregrad der PTBS-ICD* durch die Prädiktoren aufgeklärt, von denen jedoch keiner einen signifikanten Beitrag leistete (siehe Tabelle 50). Die Nullhypothese wurde beibehalten ($R^2 = .031$, $F(5, 68) = .431$, $p = .826$)³⁶. Die Effektstärke von $f^2 = .032$ kann als kleiner Effekt bezeichnet werden. Dieser konnte statistisch nicht abgesichert werden ($1 - \beta = .17$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die zur statistischen Absicherung des Effekts bei einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 407$.

³⁶ $n = 74$, da keine missing values.

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab, dass lineare Zusammenhänge nicht zwischen allen Variablen vorhanden waren. Es lagen weder Autokorrelation der Fehler (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 1.896) noch Kollinearität ($CI = 8.591$) vor. Normalverteilung der Residuen war nicht gegeben, jedoch lag annähernd Homoskedastizität vor.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass auf Grundlage der hier vorliegenden Daten die untersuchten Prädiktoren weder zur Vorhersage der aktuellen Symptomanzahl (Fragestellung 4a) noch zur Vorhersage der aktuellen PTBS-Schwere (Fragestellung 4b, Modell 1 bei Diagnose nach DSM; Fragestellung 4b, Modell 2 bei Diagnose nach ICD) geeignet sind.

Durch die Prädiktoren wurden, je nach Fragestellung, nur zwischen .05 und knapp 3% der Varianz aufgeklärt, wobei die Effektstärken zwischen .005 und knapp .03 lagen (bei entsprechenden Teststärken von .07 bis .17). Für die tatsächliche statistische Absicherung dieser Effekte wären zudem Stichproben von großem Umfang nötig ($N_{4b, \text{Modell 2}} = 407$, $N_{4b, \text{Modell 1}} = 541$, $N_{4a} = 2\,572$). Da außerdem weder lineare Zusammenhänge zwischen allen Variablen, noch Normalverteilung der Residuen noch Homoskedastizität wirklich gegeben waren, erscheint auch eine Überprüfung an einer größeren Stichprobe nicht angebracht (auch wenn weder Autokorrelation der Fehler noch Kollinearität vorgelegen hatten).

3.1.5 Die Bedeutung kindlicher Traumatisierung

Die Kriterien *Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS* (Fragestellung 5a), *Schweregrad der PTBS-DSM* (Fragestellung 5b, Modell 1) und *Schweregrad der PTBS-ICD* (Fragestellung 5b, Modell 2) wurden anhand von sechs Prädiktoren vorhergesagt: Anzahl an Gründen für die Herausnahme, Ausmaß der in der Kindheit erlebten emotionalen Vernachlässigung (in Form der Quadratwurzel der Skala emotionale Vernachlässigung des CTQ), Ausmaß der in der Kindheit erlebten emotionalen Misshandlung (in Form der Quadratwurzel der Skala emotionale Misshandlung des CTQ), Ausmaß der in der Kindheit erlebten körperlichen Vernachlässigung (in Form der Quadratwurzel der Skala körperliche Vernachlässigung des CTQ), Ausmaß der in der Kindheit erlebten körperlichen Misshandlung (in Form der Quadratwurzel der Skala körperliche Misshandlung des CTQ) und Ausmaß des in der Kindheit erlebten sexuellen Missbrauchs (in Form der Quadratwurzel der Skala sexueller Missbrauch des CTQ).

Für Fragestellung 5a ergab sich ein $R = .458$ ($SE = 1.233$). Es werden 20.9% der Varianz des Kriteriums *Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS* durch die

Prädiktoren aufgeklärt, wobei keiner einen signifikanten Beitrag leistete (siehe Tabelle 51). Die Nullhypothese wurde verworfen ($R^2 = .209$, $F(6, 59) = 2.603$, $p = .026$)³⁷. Die Effektstärke hat den Wert $f^2 = .264$, es liegt somit ein moderater Effekt vor, der auch statistisch abgesichert werden konnte ($1 - \beta = .86$).

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab, dass lineare Zusammenhänge zwischen fast allen Variablen vorhanden waren. Es lagen leichte Autokorrelation der Fehler (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 2.486) und hohe Kollinearität ($CI = 32.421$) vor. Jedoch waren weder Normalverteilung der Residuen noch Homoskedastizität gegeben.

Tabelle 51: Darstellung der multiplen Regression Fragestellung 5a

Variable	B	SE B	β
(Konstante)	-3.044	1.432	
Anzahl an Gründen für die Herausnahme	.025	.429	.007
Gesamtwert Skala emotionale Vernachlässigung CTQ (Quadratwurzel)	.134	.282	.082
Gesamtwert Skala emotionale Misshandlung CTQ (Quadratwurzel)	.070	.363	.032
Gesamtwert Skala körperliche Vernachlässigung CTQ (Quadratwurzel)	-.085	.335	-.040
Gesamtwert Skala körperliche Misshandlung CTQ (Quadratwurzel)	.576	.351	.259
Gesamtwert Skala sexueller Missbrauch CTQ (Quadratwurzel)	.939	.533	.241

Anmerkung: $R^2 = .209$; korrigiertes $R^2 = .129$. $N = 66$.

Für Fragestellung 5b (Modell 1) ergab sich ein $R = .291$ ($SE = .403$) Es wurden 8.4% der Varianz des Kriteriums *Schweregrad der PTBS-DSM* durch die untersuchten Prädiktoren aufgeklärt, keiner der Prädiktoren leistete einen signifikanten Beitrag (siehe Tabelle 52). Die Nullhypothese wurde beibehalten ($R^2 = .084$, $F(6, 59) = .907$, $p = .496$)³⁸. Die Effektstärke von $f^2 = .092$ kann als kleiner Effekt bezeichnet werden. Dieser konnte statistisch nicht abgesichert werden ($1 - \beta = .37$). Die mit G*Power ermittelte Stichprobengröße, die dann zur statistischen Absicherung des Effekts bei einem

³⁷ $n = 66$, aufgrund von missing values.

³⁸ $n = 66$, aufgrund von missing values.

α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 nötig wäre, hat den Umfang von $N = 155$.

Tabelle 52: Darstellung der multiplen Regression Fragestellung 5b (Modelle 1 und 2)

Variable	B	SE B	β
1 (Konstante)	-.316	.468	
Anzahl an Gründen für die Herausnahme	.062	.140	.059
Gesamtwert Skala emotionale Vernachlässigung CTQ (Quadratwurzel)	.000	.092	.001
Gesamtwert Skala emotionale Misshandlung CTQ (Quadratwurzel)	.019	.119	.029
Gesamtwert Skala körperliche Vernachlässigung CTQ (Quadratwurzel)	-.088	.109	-.134
Gesamtwert Skala körperliche Misshandlung CTQ (Quadratwurzel)	.170	.115	.252
Gesamtwert Skala sexueller Missbrauch CTQ (Quadratwurzel)	.037	.174	.031
2 (Konstante)	-1.895	.708	
Anzahl an Gründen für die Herausnahme	.094	.212	.053
Gesamtwert Skala emotionale Vernachlässigung CTQ (Quadratwurzel)	-.032	.139	-.039
Gesamtwert Skala emotionale Misshandlung CTQ (Quadratwurzel)	.163	.180	.146
Gesamtwert Skala körperliche Vernachlässigung CTQ (Quadratwurzel)	-.073	.166	-.067
Gesamtwert Skala körperliche Misshandlung CTQ (Quadratwurzel)	.160	.173	.142
Gesamtwert Skala sexueller Missbrauch CTQ (Quadratwurzel)	.681	.264	.345*

Anmerkung: $R^2 = .084$; korrigiertes $R^2 = -.009$ für Modell 1; $R^2 = .250$; korrigiertes $R^2 = .174$ für Modell 2. * $p < .05$. $N = 66$.

Für Fragestellung 5b (Modell 2) ergab sich ein $R = .500$ ($SE = .610$). Es wurden 25.0% der Varianz des Kriteriums *Schweregrad der PTBS-ICD* durch die Prädiktoren aufgeklärt werden, von denen nur der Prädiktor *Ausmaß des in der Kindheit erlebten sexuellen Missbrauch* (in Form der Quadratwurzel der Skala sexueller Missbrauch des CTQ; $t(65) = 2.584$, $p = .012$) einen signifikanten Beitrag leistete (siehe auch Tabelle

52). Die Nullhypothese wurde verworfen ($R^2 = .250$, $F(6, 59) = 3.279$, $p = .008$)³⁹. Die Effektstärke von $f^2 = .333$ kann als moderater bis starker Effekt bezeichnet werden. Dieser konnte statistisch abgesichert werden ($1 - \beta = .94$).

Die Überprüfung der Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression ergab, dass lineare Zusammenhänge zwischen fast allen Variablen vorhanden waren. Außerdem lagen leichte Autokorrelation der Fehler (*Durbin-Watson-Koeffizient* = 2.393) und hohe Kollinearität ($CI = 32.421$) vor. Jedoch waren weder Normalverteilung der Residuen noch Homoskedastizität gegeben

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass auf Grundlage der hier vorliegenden Daten das Ausmaß kindlicher Traumatisierung als Prädiktor zur Vorhersage der aktuellen PTBS-Symptomanzahl (Fragestellung 5a) und der aktuellen PTBS-Schwere (Fragestellung 5b, Modell 2 bei Diagnose nach ICD) geeignet ist.

Durch die Prädiktoren wurden knapp 21% (Fragestellung 5a) und 25% (Fragestellung 5b, Modell 2) der Varianz aufgeklärt. Die Effektstärken von rund .26 (Fragestellung 5a) und .33 (Fragestellung 5b, Modell 2) konnten statistisch abgesichert werden ($1 - \beta = .86$ für Fragestellung 5a; $1 - \beta = .94$ für Fragestellung 5b, Modell 2). Da in beiden Fällen lineare Zusammenhänge zwischen fast allen Variablen vorhanden waren und die Autokorrelation nur leicht war, sind wichtige Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression erfüllt. Es lag jedoch hohe Kollinearität ($CI = 32.421$) vor. Diese Problematik der starken Kollinearität erscheint jedoch auch hier aus den zwei bereits genannten Gründen vernachlässigbar: die üblicherweise beobachtbare Konsequenz hoher Kollinearität (hohe β -Gewichte werden in der entsprechenden Regressionsanalyse nicht, kleine hingegen schon signifikant) war in vorliegenden Fällen weder für Fragestellung 5a noch 5b (Modell 2) zu beobachten und außerdem wird die Schätzung der aufgeklärten Varianz (R^2) von Kollinearität kaum beeinflusst. Da keine Homoskedastizität gegeben war, muss vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten von einer teils inkorrekten Schätzung der Varianz der Regressionsgewichte ausgegangen werden. Aufgrund der fehlenden Normalverteilung der Residuen muss zudem beachtet werden, dass die Regressionsgewichte und R inkorrekt sein können. Um diese Mängel zu beheben erscheint eine weitere Überprüfung des Modells an einer größeren Stichprobe angebracht.

³⁹ $n = 66$, aufgrund von missing values.

Im Fall von Fragestellung 5b (Modell 1) wurden nur rund 8% der Varianz des Kriteriums aufgeklärt, wobei der Effekt von rund .09 statistisch nicht abgesichert werden konnte ($1-\beta = .37$). Da die Voraussetzungen zur Berechnung einer multiplen Regression nur teils gegeben waren (lineare Zusammenhänge zwischen fast allen Variablen, Homoskedastizität, keine Autokorrelation) und zur statistischen Absicherung des Effekts bei einem α -Fehler von .05 und einer Teststärke von .80 rund 80 weitere Pflegekinder nötig wären erscheint eine weitere Überprüfung von Modell 1 der Fragestellung 5b an dieser Stelle nicht angebracht, zumal für Fragestellung 5a und 5b (Modell 2) solide Ergebnisse vorliegen.

3.2 Die Überprüfung der ACC

3.2.1 Die testtheoretische Überprüfung der ACC

Die Überprüfung der ACC folgte dem in der klassischen Testtheorie üblichen Vorgehen. Zunächst wurde eine Itemanalyse durchgeführt, in Form einer Analyse der Rohwertverteilung der Items (siehe Punkt 3.2.1.1) und einer Analyse der Itemschwierigkeiten (siehe Punkt 3.2.1.2). Es folgten die Berechnung der Trennschärfen (siehe Punkt 3.2.1.3) und die Überprüfung der Homogenität (siehe Punkt 3.2.1.4).

3.2.1.1 Rohwertverteilung der Items, Itemschwierigkeit, Schiefe und Exzess

Für jedes der 120 Items der ACC wurden Histogramme erstellt und so zunächst graphisch auf Normalverteilung geprüft. Abbildung 10 zeigt ein solches Histogramm für eines der Items (Item 79). Die graphische Analyse zeigte für die Mehrheit der Items, dass sie linkssteil und nicht-normalverteilt verteilt waren (z. B. Item 79). Davon abgesehen waren die Items 2) *Zeigt aufmerksamkeitsuchendes Verhalten*, 5) *Kann sich nicht konzentrieren, hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne*, 7) *Ist anhänglich* und 18) *Leicht durch andere Kinder zu beeinflussen* symmetrisch und, der graphischen Analyse nach, annähernd normalverteilt. Ein Beispiel für das Histogramm eines solchen Items findet sich in Abbildung 11. Einen Sonderfall stellt Item 9) dar, welches auch symmetrisch zweigipflig, jedoch nicht normalverteilt ist (siehe Abbildung 12).

Die Items 19) *Isst aus dem Abfall*, 82) *Verlangt nach körperlicher Bestrafung*, 85) *Verursacht eigenes Erbrechen*, 99) *Verletzt sich absichtlich selbst mit Messern oder anderen Werkzeugen*, 100) *Schluckt absichtlich gefährliche Substanzen um sich selbst zu verletzen*, 101) *Küsst mit offenem Mund*, 102) *Onaniert/Masturbiert zu Hause im Beisein anderer*, 103) *Onaniert/Masturbiert in der Schule oder in der Öffentlichkeit*, 105) *Bittet darum verletzt zu werden*, 108) *Zeigt altersunangemessenes sexuelles Verhalten*, 111) *Zeigt anderen Kindern (nicht Geschwistern) die eigenen Geschlechtsteile*,

114) *Droht damit sich selbst zu verletzen*, 115) *Droht damit sich selbst zu töten* und 119) *Trinkt ungesunde Sachen (z.B. aus weggeworfenen Flaschen, aus der Toilettenschüssel)* hatten keine Varianz. Diese Items wurden deswegen aus allen nachfolgenden Schritten der Überprüfung ausgeschlossen.

Die rechnerische Überprüfung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung ergab, dass alle Items nicht-normalverteilt waren, in allen Fällen lag die Überschreitungswahrscheinlichkeit (p) unter .001, wobei die Items 19), 82), 85), 99), 100), 101), 102), 103), 105), 108), 111), 114), 115) und 119) von der Berechnung ausgeschlossen waren, da sie eine Varianz von Null aufwiesen (siehe oben).

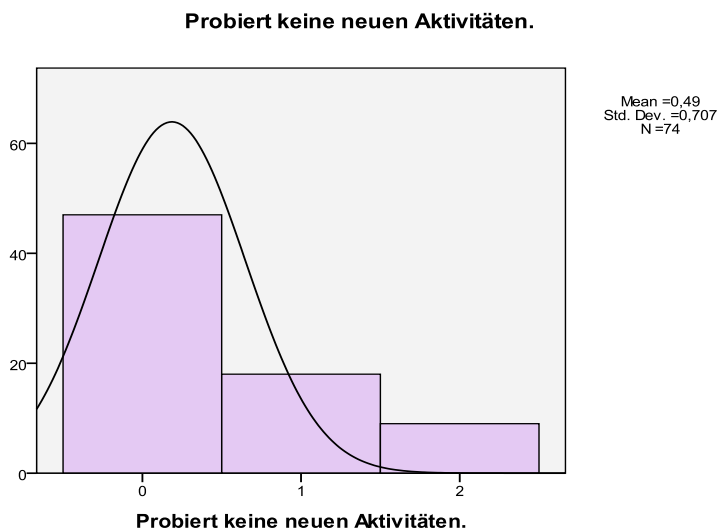


Abbildung 10: Histogramm Item 79) der ACC

Kann sich nicht konzentrieren, hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne

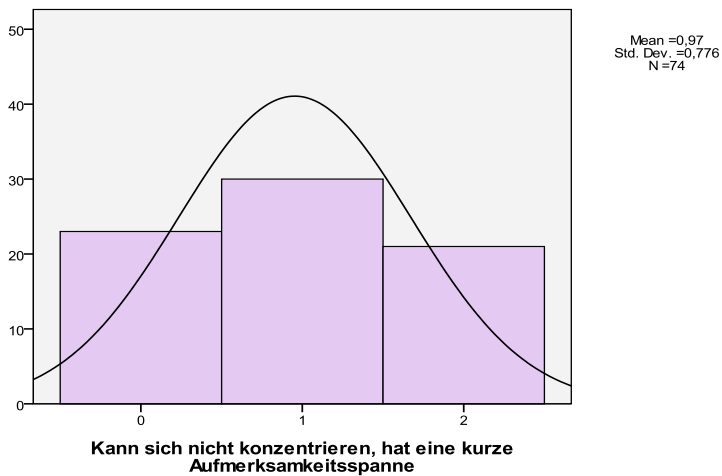


Abbildung 11: Histogramm Item 5) der ACC

Verlangt stark nach Zuneigung.

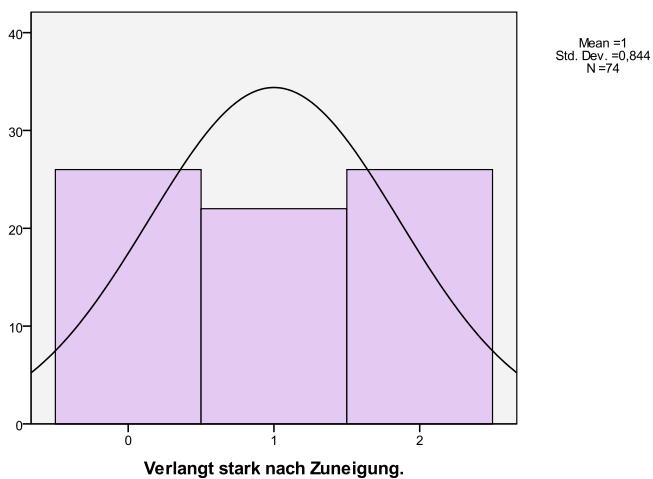


Abbildung 12: Histogramm Item 9) der ACC

Der mittlere Gesamtrawwert der ACC lag für die vorliegende Stichprobe bei knapp 25 ($M = 24.6$, $SD = 17.3$, $Min. = 1.0$, $Max. = 95.0$). Der Mittelwert (M), die Standardabweichung (SD) und die Varianz wurden für jedes Item ermittelt (Tabelle 53). Es ergaben sich in 14 Fällen Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzen von Null (siehe oben). Davon abgesehen lagen die Mittelwerte der restlichen Items der ACC zwischen .01 und 1.04 und die Varianzen zwischen .014 und .712 (siehe Tabelle 53).

Da die Items der ACC auf einer dreistufigen Skala von 0 – 1 – 2 bewertet wurden, also maximal einen Mittelwert von 2 annehmen können, sprechen die hier beobachteten Mittelwerte der Items von mindestens .01 und maximal 1.04 für eine eher geringe bis mittlere allgemeine Symptombelastung der Pflegekinder in vorliegender Studie. Im Rahmen dieser Untersuchung können somit über die Differenzierungsfähigkeit der ACC im Bereich höherer Merkmalsausprägung nur bedingt Aussagen getroffen werden.

Es wurden für die Items des ACC ebenfalls Schiefe und Exzesse berechnet (siehe Tabelle 57). Davon ausgeschlossen waren, wie schon berichtet, die 14 Items mit einer Varianz von Null (siehe oben). Die restlichen Items wiesen Schiefen von -.074 bis 8.602 auf. Es wiesen nur drei Items Schiefen mit negativem Vorzeichen auf, und zwar Items 2), 7) und 18). Die in diesen Fällen ermittelten Schiefen von -.074 und -.049 sowie -.025 sprechen für eine eher symmetrische Verteilung dieser Items. Die übrigen Items waren mehrheitlich linkssteil verteilt, sie hatten Schiefen mit positivem Vorzeichen. Exzesse wurden von -1.433 bis 74.000 ermittelt, wobei die Mehrheit der Items Exzesse > 0 hatte, was in diesen Fällen für eine schmalgipflige Verteilung spricht. Es wurden für zwei Items Exzesse ermittelt, die nahe am Wert Null lagen (-.085 für Item 79) und .088 für Item 21), siehe auch Tabelle 54) und für weitere neun Items Exzesse, die zwischen -.500 und .500 lagen, für die also auch eine eher symmetrische Verteilung angenommen werden kann.

Die Verteilung der Items und bestimmte Itemkennwerte bedingen, welche weiteren Analysemethoden bzw. Berechnungen möglich sind und haben Einfluss z.B. auf Ergebnisse besagter Berechnungen, etwa auf die Höhe von Korrelationen (Bühner, 2006). Im Fall der hier berichteten Schiefen der Items, die selbst im Falle durchgeführter α -Adjustierung zum Ausgleich zufälliger Signifikanzen des K-S-Tests (Bühner, 2006) weiterhin nicht-normalverteilt wären, ergeben sich folgende Konsequenzen: a) Verfahren, die eine Normalverteilung der Items als Voraussetzung nennen, sind nicht für die weitere Überprüfung der ACC im Rahmen vorliegender Studie geeignet und b) die Höhen der Trennschärfen, die sich bei der hier durchgeführten Analyse der ACC-Items ergeben werden, werden davon beeinflusst sein. Denn gerade wenn sich die Schiefen einzelner Items sehr stark unterscheiden, hat dies negativen Einfluss auf die maximal erreichbare Höhe der Korrelation dieser Items.

Tabelle 53: Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzen der ACC-Items

Item	M	SD	Varianz
1. Passt sich Veränderungen langsam an	.73	.764	.583
2. Zeigt aufmerksamkeitsuchendes Verhalten	1.04	.801	.642
3. Vermeidet Augenkontakt, außer er/sie ist in Schwierigkeiten	.32	.622	.387
4. Glaubt, dass er/sie gar nichts gut kann	.53	.667	.444
5. Kann sich nicht konzentrieren, hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne	.97	.776	.602
6. Wechselt oft die Freunde	.35	.629	.395
7. Ist anhänglich	1.03	.793	.629
8. Beschwert sich darüber, nicht liebenswert zu sein	.27	.580	.337
9. Verlangt stark nach Zuneigung	1.00	.844	.712
10. Mag sich selbst nicht	.35	.607	.368
11. Misstraut Erwachsenen	.39	.611	.374
12. Weint nicht	.64	.769	.591
13. Teilt nicht mit Freunden	.23	.538	.289
14. Zeigt keine Zuneigung	.30	.542	.294
15. Setzt sich nicht genügend für sich selbst ein	.54	.686	.471
16. Ist zu Hause leicht entmutigt	.35	.560	.313
17. Ist in der Schule leicht entmutigt	.57	.701	.491
18. Leicht durch andere Kinder zu beeinflussen	1.01	.802	.644
19. Isst aus dem Abfall	.00	.000	.000
20. Isst Dinge, die keine Lebensmittel sind	.01	.116	.014
21. Isst zu viel	.46	.725	.526
22. Ist gegenüber Männern allgemein ängstlich	.16	.497	.247
23. Ist zur Schlafenszeit ängstlich oder nervös	.04	.199	.039
24. Fürchtet, er/sie könnte missbraucht werden	.01	.116	.014
25. Fürchtet, er/sie könnte etwas Böses tun	.14	.344	.118
26. Fürchtet, dass Sie ihn/sie zurückweisen	.31	.521	.272
27. Schämt sich	.20	.429	.184
28. Fühlt sich wertlos oder minderwertig	.51	.646	.418
29. Kann sich nur schwer entscheiden	.77	.768	.590
30. Verletzt sich oft, „neigt zu Unfällen“	.22	.530	.281
31. Gibt zu leicht auf	.72	.750	.562
32. Verschlingt Essen	.42	.722	.521

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 53: Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzen der ACC-Items (Fortsetzung)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Varianz
33. Hat eine niedrige Meinung von sich selbst	.58	.662	.439
34. Hat einen imaginären Freund	.03	.163	.027
35. Hat Alpträume	.31	.572	.327
36. Verbirgt Gefühle	.73	.764	.583
37. Versteckt oder lagert Essen	.16	.469	.220
38. Umarmt Männer, die keine Verwandten oder Bezugspersonen sind	.05	.327	.107
39. Ist überzeugt, dass Freunde ihn/sie ablehnen werden	.26	.498	.248
40. Hat Angst verletzt zu werden	.36	.610	.372
41. Ihm/ihr fehlt Zuversicht	.59	.720	.518
42. Hat mangelndes Schuldbewusstsein oder fehlendes Einfühlungsvermögen	.69	.775	.601
43. Lacht, wenn er/sie verletzt ist oder Schmerzen hat	.12	.404	.163
44. Lebt in einer Fantasiewelt	.18	.449	.202
45. Hat ein niedriges Selbstwertgefühl	.72	.693	.480
46. Manipuliert oder „benutzt“ Freunde	.35	.607	.368
47. Spiele beinhalten gewalttätige oder ängstigende Themen	.22	.504	.254
48. Besitzergreifend, kann seine/ihre Freunde nicht mit anderen teilen	.42	.662	.439
49. Frühreif (spricht oder verhält sich wie Erwachsene)	.27	.531	.282
50. Ist lieber mit Erwachsenen als mit Gleichaltrigen zusammen	.16	.439	.193
51. Bevorzugt den Umgang mit älteren Kindern	.21	.468	.219
52. Weigert sich zu sprechen	.08	.275	.076
53. Verhält sich gegenüber Fremden „als ob sie Familie wären“	.12	.368	.136
54. Wehrt sich dagegen getröstet zu werden, wenn er/sie sich verletzt hat	.14	.382	.146
55. Riskiert körperliche Gesundheit; ist furchtlos	.26	.498	.248
56. Sagt, dass Freunde gegen ihn/sie sind	.28	.537	.288
57. Sagt, dass er/sie „böse“ oder „nicht gut“ ist	.12	.368	.136
58. Verheimlicht Dinge	.85	.839	.704
59. Scheint unsicher	.69	.661	.436
60. Erschrickt leicht	.34	.603	.364

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 53: Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzen der ACC-Items
(Fortsetzung)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Varianz
61. Stiehlt Essen	.14	.416	.173
62. Ist misstrauisch	.30	.591	.349
63. Denkt er/sie ist jemand oder etwas anderes	.05	.281	.079
64. Denkt andere Kinder sind besser als er/sie	.36	.538	.290
65. Ist zu folgsam (passt sich zu stark an)	.43	.684	.468
66. Ist zu dramatisch (unechte Emotionen)	.27	.604	.364
67. Ist zu freundlich zu Fremden	.29	.608	.370
68. Ist zu unabhängig	.27	.531	.282
69. Ist zu eifersüchtig	.36	.610	.372
70. Behandelt Sie, als ob Sie das Kind wären und er/sie der/die Erwachsene	.14	.416	.173
71. Versucht zu sehr es anderen Kindern recht zu machen	.55	.703	.494
72. Versucht zu sehr es Ihnen recht zu machen	.43	.681	.464
73. Bringt Freunde gegeneinander auf	.19	.488	.238
74. Gefühllos (zeigt kaum Besorgnis um andere)	.23	.511	.262
75. Ist sehr vergesslich	.68	.742	.551
76. Möchte wie ein Baby oder Kleinkind behandelt werden	.16	.439	.193
77. Ist vorsichtig oder wachsam	.39	.615	.379
78. Ist verschlossen, zurückgezogen	.46	.706	.498
79. Probiert keine neuen Aktivitäten	.49	.707	.500
80. Tritt nicht mit anderen Kindern in Kontakt	.19	.428	.183
81. Befürchtet, dass <u>Ihnen</u> etwas Schreckliches widerfahren wird	.31	.618	.382
82. Verlangt nach körperlicher Bestrafung	.00	.000	.000
83. Verübt Selbstmordversuche	.01	.116	.014
84. Beißt sich selbst	.03	.163	.027
85. Verursacht eigenes Erbrechen	.00	.000	.000
86. Verletzt sich selbst	.11	.455	.207
87. Schneidet sich oder reißt sich Haare aus	.01	.116	.014
88. Schneidet oder schlitzt seine/ihre Kleidung	.05	.228	.052
89. Beschreibt, wie er/sie sich töten würde	.01	.116	.014
90. Beschreibt oder imitiert sexuelle Verhaltensweisen	.01	.116	.014
91. Ist durch traumatische Erinnerungen belastet	.73	.833	.693

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 53: Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzen der ACC-Items (Fortsetzung)

Item	M	SD	Varianz
92. Zeigt keinen Schmerz bei körperlichen Verletzungen	.22	.504	.254
93. Zeigt extreme Reaktion bei Verlust eines Freundes oder bei Ablehnung durch andere Kinder	.36	.674	.454
94. „Flirtet“ mit Fremden	.11	.391	.153
95. Zwingt oder drängt andere Kinder zu sexuellen Interaktionen	.01	.116	.014
96. Hat „Blackouts“ oder zeitweisen Gedächtnisverlust	.19	.459	.210
97. Hat Panikattacken	.13	.422	.178
98. Schlägt sich auf den Kopf oder stößt den Kopf irgendwo an	.09	.376	.142
99. Verletzt sich absichtlich selbst mit Messern oder anderen Werkzeugen	.00	.000	.000
100. Schluckt absichtlich gefährliche Substanzen um sich selbst zu verletzen	.00	.000	.000
101. Küsst mit offenem Mund	.00	.000	.000
102. Onaniert/Masturbiert zu Hause im Beisein anderer	.00	.000	.000
103. Onaniert/Masturbiert in der Schule oder in der Öffentlichkeit	.00	.000	.000
104. Stochert in Wunden oder Verletzungen herum	.04	.259	.067
105. Bittet darum verletzt zu werden	.00	.000	.000
106. Schaukelt vor und zurück	.03	.232	.054
107. Sagt, sein/ihr Leben ist nicht lebenswert	.05	.228	.052
108. Zeigt altersunangemessenes sexuelles Verhalten	.00	.000	.000
109. Hat Geschlechtsverkehr mit einer gleich-altrigen Person	.11	.424	.180
110. Hat eine sexuelle Beziehung mit einem Erwachsenen	.04	.259	.067
111. Zeigt anderen Kindern (nicht Geschwister) die eigenen Geschlechtsteile	.00	.000	.000
112. Fängt unanständige Gespräche an, erzählt Witze über Sex	.01	.116	.014
113. Spricht über Selbstmord	.04	.199	.039
114. Droht damit sich selbst zu verletzen	.00	.000	.000
115. Droht damit sich selbst zu töten	.00	.000	.000
116. Wirft sich selbst gegen Wände, auf den Boden etc.	.03	.163	.027

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 53: Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzen der ACC-Items (Fortsetzung)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Varianz
117. Berührt oder küsst die Geschlechtsteile anderer Personen	.03	.232	.054
118. Versucht andere zu sexuellem Verhalten zu animieren	.03	.232	.054
119. Trinkt ungesunde Sachen (z.B. aus weggeworfenen Flaschen, aus der Toilettenschüssel)	.00	.000	.000
120. Sagt nicht, wenn er/sie körperlich verletzt ist	.07	.253	.064

3.2.1.2 Analyse der Itemschwierigkeiten

Die Analyse der Itemschwierigkeiten ergab, dass nur in 14 Fällen optimale Werte um .50 (genauer gesagt zwischen .41 und .59) erzielt wurden. Für 32 Items lagen die Werte zwischen .20 und .40 und vergleichsweise kleine Itemschwierigkeiten zwischen .01 und .19 fanden sich für 44 Items. Itemschwierigkeiten zwischen .60 und .99 fanden sich für 12 und vergleichsweise hohe Itemschwierigkeiten von 1.00 oder größer für vier Items. Tabelle 54 liefert einen Überblick über die Itemschwierigkeiten.

Auf den ersten Blick legen diese Werte nahe, nur 14 Items (nach strengen testtheoretischen Gesichtspunkten) als geeignet zu erachten. Besonders im Fall der Items mit sehr niedrigen Itemschwierigkeiten, die also über kaum Differenzierungsfähigkeit verfügen, stellt sich die Frage nach deren Nützlichkeit. Eine differenziertere Betrachtung der Items und ihrer Schwierigkeiten scheint deswegen unerlässlich (siehe unten).

Eine differenziertere inhaltliche Betrachtung der 14 Items mit Itemschwierigkeiten zwischen .41 und .59, die also sowohl im Sinne niedriger als auch hoher Merkmalsausprägung beantwortet wurden, zeigt, dass es sich dabei um Items handelt, die im weiteren Sinne mit Selbstwert und Zuversicht, z.B. Items 4), 15), 17) und 33) oder mangelndem Durchsetzungsvermögen, z.B. Items 65), 71) oder 72) bzw. mit im Ansatz bedenklichem Essverhalten, z.B. Items 21) und 32) zu tun haben. Es handelt sich bei diesen Themen durchaus um solche, die für Pflegekinder relevant sind und typische Herausforderungen darstellen, also auch typische Belastungen sein können. Dass diese Items gute Itemschwierigkeiten aufweisen, entspricht somit den Erwartungen.

Die Tatsache jedoch, dass im Rahmen vorliegender Studie von den 120 Items der ACC nur knappe 12% optimale Itemschwierigkeiten erzielen konnten, könnte zunächst auf eine eher schlechte testtheoretische Konstruktion der ACC hindeuten, bezogen auf die Itemauswahl. Dieser Eindruck wird durch die hier berichteten Ergebnisse

noch verstärkt, wenn man bedenkt, dass weitere knappe 12% der Items von der Analyse komplett ausgeschlossen wurden, weil sie in vorliegender Stichprobe Mittelwert und Varianz von Null gehabt hatten, also nicht differenzierten.

Dieses Urteil relativiert sich jedoch bei genauerer Betrachtung der restlichen Items. Die 16 Items mit Itemschwierigkeiten von .60 oder größer thematisieren inhaltlich sehr verschiedene Aspekte, z.B. Konzentrationsfähigkeit, Item 5) oder kindliche Anhänglichkeit, Item 7) bzw. Heimlichkeiten des Kindes, Item 58). Ähnlich verhält es sich mit den knapp 27% der Items, deren Schwierigkeiten zwischen .20 und .40 lagen. Auch die mit diesen Items thematisierten Inhalte sind vielseitig, z.B. Angst vor Ablehnung durch Freunde, Item 39) oder Schreckhaftigkeit, Item 60) bzw. Eifersucht, Item 69) oder kindliche Unabhängigkeit, Item 68). Es scheint sich folglich nicht um eine bestimmte Gruppe von Items zu handeln, die ein spezifischen Phänomen erfassen (z.B. nur kognitive Beeinträchtigungen des Kindes) deren Relevanz für die ACC insgesamt als fragwürdig gelten könnte. In Anbetracht der Stichprobengröße und evtl. vorliegender Verzerrung derselben ist es wahrscheinlicher, die Ursachen für die hier berichteten nicht optimalen Itemschwierigkeiten eben darin zu vermuten. Eine Entfernung dieser Items ist einzig auf Basis vorliegender Ergebnisse somit nicht indiziert.

Von mehr Interesse sind die 76 Items der ACC (entspricht über 63% aller Items), deren Schwierigkeit unter .40 lag. Hier lag ein sogenannter *Bodeneffekt* vor, es erzielen also auch solche Probanden mit eigentlich hoher Merkmalsausprägung niedrige Werte, weil das Item entsprechend schwer ist – dabei stellt sich das Problem, dass Items mit Bodeneffekt nicht mehr ausreichend differenzieren (Bühner, 2006). Und von diesen Items wiederum sind diejenigen besonders interessant, deren Werte zwischen .01 und .09 lagen (25 Items, entspricht über 20% aller Items). Inhaltlich betrachtet zeigt sich, dass es sich hierbei besonders um solche Items handelt, welche (auto-)aggressive oder suizidale Verhaltensweisen, z.B. Items 83), 87), 98) oder 104) oder sexualisiertes bzw. altersunangemessenes sexuelles Verhalten, z.B. Items 38), 90), 110) oder 117) und 118) befragen. Die übrigen Items mit Itemschwierigkeiten zwischen .10 und .19 erfragen etwa veränderte Schmerzwahrnehmung und dissoziations-nahe Phänomene, z.B. Items 43), 44) oder 96) oder auch Phänomene, wie Regression oder Parentifizierung, z.B. Item 76) bzw. sie erfragen Aspekte, die ebenfalls (auto-)aggressive oder suizidale Verhaltensweisen oder sexualisiertes bzw. altersunangemessenes sexuelles Verhalten beschreiben, z.B. Items 86) oder 94).

Vor dem Hintergrund der bisher berichteten Ergebnisse stellt sich also bezogen auf die 76 Items mit Itemschwierigkeiten kleiner .40 die Frage, ob sie aus der ACC entfernt werden sollen. Grundsätzlich für eine Entfernung dieser Items sprechen a) ihre

sehr niedrigen bis niedrigen Itemschwierigkeiten und b) die inhaltlichen Zusammenhänge, die zwischen diesen Items bestehen. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Inhaltsvalidität z.B. der Item-Komplexe (auto-)aggressive oder suizidale Verhaltensweisen bzw. sexualisiertes oder alters-unangemessenes sexuelles Verhalten für deutsche Pflegekinder nicht ausreichend gegeben ist.

Gegen eine übereilte Entfernung der Items sprechen einige Gründe. So ist die vorliegende Stichprobe relativ klein. Sie hat mit einem $N = 74$ keinesfalls den Umfang, der für eine tatsächliche Normierungsstichprobe angestrebt werden sollte. Kleine Stichproben können jedoch auch eingeschränkte Varianzen der beobachtbaren Antworten bedingen. Zudem muss angenommen werden, dass eine gewisse Verzerrung der Stichprobe per se vorgelegen hat (siehe oben). Vor diesem Hintergrund wird an dieser Stelle eine Entfernung bestimmter Items aus der ACC nicht endgültig empfohlen, bevor nicht die Trennschärfen mit berücksichtigt wurden, denn Itemschwierigkeit, Itemstreuung und Trennschärfe stehen miteinander in Zusammenhang (Bühner, 2006).

Tabelle 54: Schiefe, Exzess und Schwierigkeitsindizes der ACC-Items

Item	Schiefe	Exzess	Schwierigkeit
1. Passt sich Veränderungen langsam an	.505	-1.108	.73
2. Zeigt aufmerksamkeitsuchendes Verhalten	-.074	-1.433	1.04
3. Vermeidet Augenkontakt, außer er/sie ist in Schwierigkeiten	1.759	1.812	.32
4. Glaubte, dass er/sie gar nichts gut kann	.896	-.308	.53
5. Kann sich nicht konzentrieren, hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne	.047	-1.323	.97
6. Wechselt oft die Freunde	1.606	1.403	.35
7. Ist anhänglich	-.049	-1.401	1.03
8. Beschwert sich darüber, nicht liebenswert zu sein	2.059	3.150	.27
9. Verlangt stark nach Zuneigung	.000	-1.603	1.00
10. Mag sich selbst nicht	1.543	1.329	.35
11. Misstraut Erwachsenen	1.380	.887	.39
12. Weint nicht	.738	-.914	.64
13. Teilt nicht mit Freunden	2.317	4.464	.23
14. Zeigt keine Zuneigung	1.671	1.958	.30
15. Setzt sich nicht genügend für sich selbst ein	.896	-.381	.54

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 54: Schiefe, Exzess und Schwierigkeitsindizes der ACC-Items (Fortsetzung)

Item	Schiefe	Exzess	Schwierigkeit
16. Ist zu Hause leicht entmutigt	1.340	.887	.35
17. Ist in der Schule leicht entmutigt	.833	-.516	.57
18. Leicht durch andere Kinder zu beeinflussen	-.025	-1.440	1.01
19. Isst aus dem Abfall	-	-	.00
20. Isst Dinge, die keine Lebensmittel sind	8.602	74.000	.01
21. Isst zu viel	1.253	.088	.46
22. Ist gegenüber Männern allgemein ängstlich	3.079	8.459	.16
23. Ist zur Schlafenszeit ängstlich oder nervös	4.756	21.194	.04
24. Fürchtet, er/sie könnte missbraucht werden	8.602	74.000	.01
25. Fürchtet, er/sie könnte etwas Böses tun	2.179	2.823	.14
26. Fürchtet, dass Sie ihn/sie zurückweisen	1.417	1.109	.31
27. Schämt sich	2.090	3.796	.20
28. Fühlt sich wertlos oder minderwertig	.888	-.256	.51
29. Kann sich nur schwer entscheiden	.422	-1.180	.77
30. Verletzt sich oft, „neigt zu Unfällen“	2.466	5.073	.22
31. Gibt zu leicht auf	.522	-1.037	.72
32. Verschlingt Essen	1.416	.458	.42
33. Hat eine niedrige Meinung von sich selbst	.711	-.529	.58
34. Hat einen imaginären Freund	5.955	34.388	.03
35. Hat Alpträume	1.699	1.953	.31
36. Verbirgt Gefühle	.505	-1.108	.73
37. Versteckt oder lagert Essen	2.986	8.320	.16
38. Umarmt Männer, die keine Verwandten oder Bezugspersonen sind	5.955	34.388	.05
39. Ist überzeugt, dass Freunde ihn/sie ablehnen werden	1.797	2.495	.26
40. Hat Angst verletzt zu werden	1.471	1.113	.36
41. Ihm/ihr fehlt Zuversicht	.790	-.655	.59
42. Hat mangelndes Schuldbewusstsein oder fehlendes Einfühlungsvermögen	.608	-1.071	.69
43. Lacht, wenn er/sie verletzt ist oder Schmerzen hat	3.532	12.467	.12

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 54: Schiefe, Exzess und Schwierigkeitsindizes der ACC-Items (Fortsetzung)

Item	Schiefe	Exzess	Schwierigkeit
44. Lebt in einer Fantasiewelt	2.602	6.523	.18
45. Hat ein niedriges Selbstwertgefühl	.445	-.834	.72
46. Manipuliert oder „benutzt“ Freunde	1.543	1.329	.35
47. Spiele beinhalten gewalttätige oder ängstigende Themen	2.291	4.621	.22
48. Besitzergreifend, kann seine/ihre Freunde nicht mit anderen teilen	1.325	.524	.42
49. Frühreif (spricht oder verhält sich wie Erwachsene)	1.948	3.026	.27
50. Ist lieber mit Erwachsenen als mit Gleichaltrigen zusammen	2.993	8.770	.16
51. Bevorzugt den Umgang mit älteren Kindern	2.248	4.602	.21
52. Weigert sich zu sprechen	3.133	8.034	.08
53. Verhält sich gegenüber Fremden „als ob sie Familie wären“	3.170	10.306	.12
54. Wehrt sich dagegen getröstet zu werden, wenn er/sie sich verletzt hat	2.906	8.469	.14
55. Riskiert körperliche Gesundheit; ist furchtlos	1.797	2.495	.26
56. Sagt, dass Freunde gegen ihn/sie sind	1.765	2.304	.28
57. Sagt, dass er/sie „böse“ oder „nicht gut“ ist	3.170	10.306	.12
58. Verheimlicht Dinge	.290	-1.524	.85
59. Scheint unsicher	.436	-.710	.69
60. Erschrickt leicht	1.619	1.566	.34
61. Stiehlt Essen	3.258	10.529	.14
62. Ist misstrauisch	1.869	2.424	.30
63. Denkt er/sie ist jemand oder etwas anderes	5.714	34.604	.05
64. Denkt andere Kinder sind besser als er/sie	1.107	.223	.36
65. Ist zu folgsam (passt sich zu stark an)	1.306	.385	.43
66. ist zu dramatisch (unechte Emotionen)	2.111	3.181	.27
67. Ist zu freundlich zu Fremden	1.988	2.735	.29
68. Ist zu unabhängig	1.864	2.690	.27

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 54: Schiefe, Exzess und Schwierigkeitsindizes der ACC-Items (Fortsetzung)

Item	Schiefe	Exzess	Schwierigkeit
69. Ist zu eifersüchtig	1.471	1.113	.36
70. Behandelt Sie, als ob Sie das Kind wären und er/sie der/die Erwachsene	3.258	10.529	.14
71. Versucht zu sehr es anderen Kindern recht zu machen	.922	-.402	.55
72. Versucht zu sehr es Ihnen recht zu machen	1.347	.500	.43
73. Bringt Freunde gegeneinander auf	2.630	6.295	.19
74. Gefühllos (zeigt kaum Besorgnis um andere)	2.204	4.155	.23
75. Ist sehr vergesslich	.608	-.937	.68
76. Möchte wie ein Baby oder Kleinkind behandelt werden	2.808	7.628	.16
77. Ist vorsichtig oder wachsam	1.333	.735	.39
78. Ist verschlossen, zurückgezogen	1.228	.121	.46
79. Probiert keine neuen Aktivitäten	1.125	-.085	.49
80. Tritt nicht mit anderen Kindern in Kontakt	2.146	3.994	.19
81. Befürchtet, dass <u>Ihnen</u> etwas Schreckliches widerfahren wird	1.841	2.172	.31
82. Verlangt nach körperlicher Bestrafung	-	-	.00
83. Verübt Selbstmordversuche	8.602	74.000	.01
84. Beißt sich selbst	5.955	34.388	.03
85. Verursacht eigenes Erbrechen	-	-	.00
86. Verletzt sich selbst	4.026	14.606	.11
87. Schneidet sich oder reißt sich Haare aus	8.602	74.000	.01
88. Schneidet oder schlitzt seine/ihre Kleidung	4.026	14.606	.05
89. Beschreibt, wie er/sie sich töten würde	8.602	74.000	.01
90. Beschreibt oder imitiert sexuelle Verhaltensweisen	8.602	74.000	.01
91. Ist durch traumatische Erinnerungen belastet	.549	-1.340	.73
92. Zeigt keinen Schmerz bei körperlichen Verletzungen	2.335	4.776	.22

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 54: Schiefe, Exzess und Schwierigkeitsindizes der ACC-Items (Fortsetzung)

Item	Schiefe	Exzess	Schwierigkeit
93. Zeigt extreme Reaktion bei Verlust eines Freundes oder bei Ablehnung durch andere Kinder	1.616	1.197	.36
94. „Flirtet“ mit Fremden	3.851	14.874	.11
95. Zwingt oder drängt andere Kinder zu sexuellen Interaktionen	8.602	74.000	.01
96. Hat „Blackouts“ oder zeitweisen Gedächtnisverlust	2.451	5.585	.19
97. Hat Panikattacken	3.398	11.066	.13
98. Schlägt sich auf den Kopf oder stößt den Kopf irgendwo an	4.228	17.922	.09
99. Verletzt sich absichtlich selbst mit Messern oder anderen Werkzeugen	-	-	.00
100. Schluckt absichtlich gefährliche Substanzen um sich selbst zu verletzen	-	-	.00
101. Küsst mit offenem Mund	-	-	.00
102. Onaniert/Masturbiert zu Hause im Beisein anderer	-	-	.00
103. Onaniert/Masturbiert in der Schule oder in der Öffentlichkeit	-	-	.00
104. Stochert in Wunden oder Verletzungen herum	6.847	48.788	.04
105. Bittet darum verletzt zu werden	-	-	.00
106. Schaukelt vor und zurück	8.602	74.000	.03
107. Sagt, sein/ihr Leben ist nicht lebenswert	4.026	14.606	.05
108. Zeigt altersunangemessenes sexuelles Verhalten	-	-	.00
109. Hat Geschlechtsverkehr mit einer gleichaltrigen Person	3.993	15.113	.11
110. Hat eine sexuelle Beziehung mit einem Erwachsenen	6.847	48.788	.04
111. Zeigt anderen Kindern (nicht Geschwister) die eigenen Geschlechtsteile	-	-	.00
112. Fängt unanständige Gespräche an, erzählt Witze über Sex	8.602	74.000	.01
113. Spricht über Selbstmord	4.756	21.194	.04
114. Droht damit sich selbst zu verletzen	-	-	.00

--- Fortsetzung auf der nächsten Seite ---

Tabelle 54: Schiefe, Exzess und Schwierigkeitsindizes der ACC-Items (Fortsetzung)

Item	Schiefe	Exzess	Schwierigkeit
115. Droht damit sich selbst zu töten	-	-	.00
116. Wirft sich selbst gegen Wände, auf den Boden etc.	5.955	34.388	.03
117. Berührt oder küsst die Geschlechtsteile anderer Personen	8.602	74.000	.03
118. Versucht andere zu sexuellem Verhalten zu animieren	8.602	74.000	.03
119. Trinkt ungesunde Sachen (z.B. aus weggeworfenen Flaschen, aus der Toilettenschüssel)	-	-	.00
120. Sagt nicht, wenn er/sie körperlich verletzt ist	3.517	10.659	.07

3.2.1.3 Berechnung der Trennschärfen

Für die Berechnung der Trennschärfen wurde keine Neubildung der Skalen vorgenommen. Die hier überprüfte Zusammensetzung der einzelnen Skalen folgt der in der englischen Version der ACC angegebenen (Tarren-Sweeney, 2006). Auch bei der Berechnung der Reliabilitätsanalysen wurden die 14 Items mit einer Varianz von Null nicht berücksichtigt. Diese Items finden sich der Vollständigkeit halber an entsprechender Stelle in den Skalen dennoch mit aufgeführt.

Skala 1 umfasst die Items 90), 94), 95), 101), 108), 109), 110), 111), 112), 117) und 118). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden die Items 101), 108) und 111) (siehe oben), so dass die Reliabilitätsanalyse für Skala 1 mit acht und nicht mit elf Items durchgeführt wurde. Die hier mögliche Interpretation der Ergebnisse für Skala 1 ist somit nur eingeschränkt gültig. Für Skala 1 ($M = .35$, $SD = 1.152$) wurde ein Cronbach's α von .671 ermittelt. Dieses kann als ausreichend bewertet werden. Wie aus Tabelle 55 ersichtlich, wurden für vier der Items hohe Trennschärfen von über .50 gefunden. Die Determinationskoeffizienten r^2 dieser Items lagen zwischen .32 und .47 (gerundet) und können ebenfalls als gut beurteilt werden. Allerdings ergab sich für Item 90) eine sehr niedrige Trennschärfe von unter .10. Da der Determinationskoeffizient r^2 dieses Items den Wert .005 annimmt (gerundet), ist seine Nützlichkeit fraglich. Cronbach's α zeigte eine deutliche Verbesserung jedoch nur dann, wenn Item 94) weggelassen wurde (von .671 auf .744).

Tabelle 55: Trennschärpen und Cronbach's α für Skala 1 der ACC (Sexuelles und sexualisiertes Verhalten)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
90. Beschreibt oder imitiert sexuelle Verhaltensweisen	.069	.685
94. „Flirtet“ mit Fremden	.103	.744
95. Zwingt oder drängt andere Kinder zu sexuellen Interaktionen	.174	.675
101. Küsst mit offenem Mund	-	-
108. Zeigt altersunangemessenes sexuelles Verhalten	-	-
109. Hat Geschlechtsverkehr mit einer gleichaltrigen Person	.567	.582
110. Hat eine sexuelle Beziehung mit einem Erwachsenen	.663	.563
111. Zeigt anderen Kindern (nicht Geschwister) die eigenen Geschlechtsteile	-	-
112. Fängt unanständige Gespräche an, erzählt Witze über Sex	.174	.675
117. Berührt oder küsst die Geschlechtsteile anderer Personen	.682	.568
118. Versucht andere zu sexuellem Verhalten zu animieren	.682	.568

Für die weitere Analyse von Skala 1 wäre demnach zu empfehlen, bei größerer Stichprobe und unter Einbezug der hier noch ausgeschlossenen Items 101), 108) und 111), das Item 90) daraufhin zu überprüfen, ob es aus Skala 1 entfernt werden sollte. Auch Items 94), 95) und 112), die im Rahmen der vorliegenden Analyse niedrige Trennschärpen von .17 (gerundet) oder kleiner und Determinationskoeffizienten von .01 für Item 94) bzw. .03 für Items 95) und 112) aufwiesen, sollten dann abhängig von ihren neu ermittelten Trennschärpen bei Einbezug der ausgeschlossenen Items erneut überprüft werden.

Skala 2 umfasst die Items 49), 50), 51), 66), 68), 70), 73) und 96). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden in diesem Fall keine Items, so dass die Reliabilitätsanalyse für Skala 2 mit allen acht Items durchgeführt wurde. Für Skala 2 ($M = 1.70$, $SD = 2.166$) wurde ein ausreichendes Cronbach's α von .665 ermittelt. Wie aus Tabelle 56 ersichtlich, wurden für zwei der Items hohe Trennschärpen von über .50 gefunden. Für alle anderen Items bis auf eines lagen die Trennschärpen zwischen .29 und

.48, diese Werte sind akzeptabel. Die Determinationskoeffizienten r^2 dieser Items hatten ebenfalls akzeptable Werte zwischen .11 und .29 (gerundet). Da Cronbach's α keine Verbesserung zeigte, wenn eines dieser sieben Items weggelassen wurde, kann für Skala 2 eine relativ gute Item-Skala-Passung angenommen werden.

Ausnahme hiervon ist Item 96), für das eine negative Trennschärfe gefunden wurde. Die negative Trennschärfe ist nicht auf die Polung des Items zurückzuführen, dies wurde überprüft. Auf Basis vorliegender Daten sollte das Item aus der Skala entfernt werden, zumal der Determinationskoeffizient r^2 des Items nur einen Wert kleiner .001 hat (gerundet) und Cronbach's α eine deutliche Verbesserung zeigte, wenn Item 96) weggelassen wurde (von .665 auf .714). Da die Trennschärfe von -.015 jedoch sehr nahe am Wert Null liegt könnte eine mögliche Erklärung für die hier ermittelte negative Trennschärfe von Item 96) darin liegen, dass eine Teil-Stichprobe an Pflegemüttern aus der Gesamtstichprobe von $N = 74$ für Item 96) systematisch niedrigere Werte angegeben hat als der Rest dies tat. Bevor Item 96) endgültig aus Skala 2 entfernt wird sollte deswegen die Trennschärfe des Items an einer größeren Stichprobe erneut überprüft werden.

Tabelle 56: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 2 der ACC (Frühreif des Verhalten)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
49. Frühreif (spricht oder verhält sich wie Erwachsene)	.478	.601
50. Ist lieber mit Erwachsenen als mit Gleichaltrigen zusammen	.536	.594
51. Bevorzugt den Umgang mit älteren Kindern	.327	.641
66. ist zu dramatisch (unechte Emotionen)	.398	.624
68. Ist zu unabhängig	.298	.650
70. Behandelt Sie, als ob Sie das Kind wären und er/sie der/die Erwachsene	.502	.605
73. Bringt Freunde gegeneinander auf	.392	.625
96. Hat „Blackouts“ oder zeitweisen Gedächtnisverlust	-.015	.714

Skala 3 umfasst die Items 3), 13), 14), 42), 46), 47), 48), 54), 58), 62), 74) und 80). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden auch im Fall von Skala 3 keine Items. Für Skala 3 ($M = 4.24$, $SD = 3.873$) wurde ein zufriedenstellendes Cronbach's α von .780 ermittelt. Wie aus Tabelle 57 ersichtlich, wurden für drei der Items hohe Trennschärfen von .50 oder größer gefunden. Die Trennschärfen der übrigen Items lagen zwischen .24 und .49. Die Determinationskoeffizienten r^2 der Items hatten zufriedenstellende Werte von .08 bis .38 (gerundet). Wurde ein Item weggelassen, so verbesserte sich Cronbach's α in keinem Fall. Vor dem Hintergrund vorliegender Daten erscheinen keine Veränderungen an Skala 3 notwendig.

Tabelle 57: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 3 der ACC (Non-Reziprozität)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
3. Vermeidet Augenkontakt, außer er/sie ist in Schwierigkeiten	.400	.767
13. Teilt nicht mit Freunden	.283	.778
14. Zeigt keine Zuneigung	.490	.758
42. Hat mangelndes Schuldbewusstsein oder fehlendes Einfühlungsvermögen	.556	.748
46. Manipuliert oder „benutzt“ Freunde	.430	.764
47. Spiele beinhalten gewalttätige oder ängstigende Themen	.277	.778
48. Besitzergreifend, kann seine/ihre Freunde nicht mit anderen teilen	.325	.776
54. Wehrt sich dagegen getröstet zu werden, wenn er/sie sich verletzt hat	.458	.765
58. Verheimlicht Dinge	.615	.740
62. Ist misstrauisch	.500	.756
74. Gefühllos (zeigt kaum Besorgnis um andere)	.467	.761
80. Tritt nicht mit anderen Kindern in Kontakt	.242	.780

Skala 4 umfasst die Items 2), 6), 7), 9), 18), 38), 53) und 67). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden in diesem Fall keine Items, so dass die Reliabilitätsanalyse für Skala 4 mit allen acht Items durchgeführt wurde. Für Skala 4 ($M = 4.90$, $SD = 3.206$) wurde ein zufriedenstellendes Cronbach's α von .739 ermittelt. Die gerundeten Trennschärfen

schärfen lagen im Bereich von .22 bis .56 (siehe Tabelle 58) und die Determinationskoeffizienten r^2 im Bereich von .05 bis .31 (gerundet). Cronbach's α zeigte eine gewisse Verbesserung nur in dem Fall, in dem Item 38) weggelassen wurde (von .739 auf .743). Im Rahmen einer erneuten Überprüfung der Skala an einer größeren Stichprobe könnte, wenn sich diese Tendenz erneut zeigt oder gar verdeutlicht, die Überlegung angestrebt werden, Item 38) aus Skala 4 zu entfernen. Andere Veränderungen an Skala 4 erscheinen auf Basis vorliegender Daten nicht angebracht.

Tabelle 58: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 4 der ACC (Indiskriminatives Verhalten)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
2. Zeigt aufmerksamkeitsuchendes Verhalten	.555	.685
6. Wechselt oft die Freunde	.273	.740
7. Ist anhänglich	.526	.692
9. Verlangt stark nach Zuneigung	.559	.684
18. Leicht durch andere Kinder zu beeinflussen	.498	.699
38. Umarmt Männer, die keine Verwandten oder Bezugspersonen sind	.224	.743
53. Verhält sich gegenüber Fremden „als ob sie Familie wären“	.455	.720
67. Ist zu freundlich zu Fremden	.410	.716

Skala 5 umfasst die Items 26), 36), 39), 44), 52), 56), 59), 60), 65), 71), 72), 78), 81) und 93). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden im Fall von Skala 5 keine Items. Es wurde für Skala 5 ($M = 5.41$, $SD = 4.719$) ein zufriedenstellendes Cronbach's α von .824 ermittelt. Wie aus Tabelle 59 ersichtlich, wurden für sieben der Items hohe Trennschärfen von .50 oder größer gefunden. Die Trennschärfen der übrigen Items lagen zwischen .28 und .41 (gerundet). Die Determinationskoeffizienten der Items lagen zwischen .08 und .36 (ebenfalls gerundet). Da sich Cronbach's α zudem in keinem Fall verbesserte, kann Skala 5 vor dem Hintergrund der hier vorliegenden Ergebnisse als gut bewertet werden.

Tabelle 59: Trennschärpen und Cronbach's α für Skala 5 der ACC (Unsicherheit)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
26. Fürchtet, dass Sie ihn/sie zurückweisen	.566	.807
36. Verbirgt Gefühle	.405	.818
39. Ist überzeugt, dass Freunde ihn/sie ablehnen werden	.574	.807
44. Lebt in einer Fantasiewelt	.280	.823
52. Weigert sich zu sprechen	.379	.820
56. Sagt, dass Freunde gegen ihn/sie sind	.529	.809
59. Scheint unsicher	.633	.799
60. Erschrickt leicht	.504	.809
65. Ist zu folgsam (passt sich zu stark an)	.347	.821
71. Versucht zu sehr es anderen Kindern recht zu machen	.596	.802
72. Versucht zu sehr es Ihnen recht zu machen	.528	.807
78. Ist verschlossen, zurückgezogen	.369	.820
81. Befürchtet, dass <u>Ihnen</u> etwas Schreckliches widerfahren wird.	.367	.819
93. Zeigt extreme Reaktion bei Verlust eines Freundes oder bei Ablehnung durch andere Kinder	.386	.818

Skala 6 umfasst die Items 11), 22), 23), 24), 35), 40), 76), 77), 91) und 97). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden auch im Fall von Skala 6 keine Items. Für Skala 6 ($M = 2.69$, $SD = 2.626$) wurde ein ausreichendes Cronbach's α von .657 ermittelt. Wie aus Tabelle 60 ersichtlich, wurde nur für ein Item eine hohe Trennschärfe größer .50 gefunden. Die Trennschärpen der übrigen Items lagen zwischen .24 und .41 (gerundet). Dies zeigt sich auch bei den Determinationskoeffizienten, welche im Bereich von $r^2 = .05$ bis $r^2 = .26$ lagen. Da sich Cronbach's α in keinem Fall verbesserte erscheinen vor dem Hintergrund vorliegender Daten keine Veränderungen an Skala 6 nötig.

Tabelle 60: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 6 der ACC (Ängstlich-Misstrauisch)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
11. Misstraut Erwachsenen	.346	.628
22. Ist gegenüber Männern allgemein ängstlich	.308	.636
23. Ist zur Schlafenszeit ängstlich oder nervös	.298	.648
24. Fürchtet, er/sie könnte missbraucht werden	.242	.657
35. Hat Alpträume	.341	.629
40. Hat Angst verletzt zu werden	.509	.588
76. Möchte wie ein Baby oder Kleinkind behandelt werden	.334	.632
77. Ist vorsichtig oder wachsam	.244	.652
91. Ist durch traumatische Erinnerungen belastet	.411	.619
97. Hat Panikattacken	.346	.631

Skala 7 umfasst die Items 12), 43), 92) und 120). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden bei Skala 7 keine Items. Für Skala 7 ($M = 1.04$, $SD = 1.210$) wurde ein nicht ausreichendes Cronbach's α von .357 ermittelt. Wie aus Tabelle 61 ersichtlich, wurden für alle Items Trennschärfen kleiner .30 gefunden (gerundet). Zudem verbesserte sich Cronbach's α deutlich, wenn Item 12) weggelassen wurde (von .36 auf .44). Auch die Determinationskoeffizienten liegen nur in einem Bereich von $r^2 = .02$ bis $r^2 = .08$ (gerundet). Insgesamt kann Skala 7 vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse nicht als gut bewertet werden. Diese Bewertung relativiert sich, wenn man bedenkt, dass die Skala nur aus vier Items besteht und diese alle sehr unterschiedliche Schiefen, Exzesse und auch Itemschwierigkeiten aufweisen (siehe oben), wovon die Trennschärfe beeinflusst sein kann. Auch bezogen auf Skala 7 erscheint somit vor einer endgültigen Bewertung eine erneute Überprüfung an einer größeren Stichprobe ratsam.

Tabelle 61: Trennschärpen und Cronbach's α für Skala 7 der ACC (Anormale Schmerzreaktion)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
12. Weint nicht	.150	.443
43. Lacht, wenn er/sie verletzt ist oder Schmerzen hat	.287	.216
92. Zeigt keinen Schmerz bei körperlichen Verletzungen	.243	.233
120. Sagt nicht, wenn er/sie körperlich verletzt ist	.198	.325

Skala 8 umfasst die Items 21), 32), 37) und 61). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden bei Skala 8 keine Items. Für Skala 8 ($M = 1.18$, $SD = 1.633$) wurde ein ausreichendes Cronbach's α von .614 ermittelt. Wie aus Tabelle 62 ersichtlich, wurden für ein Item eine hohe Trennschärfe größer .50 gefunden. Die Trennschärpen der übrigen Items lagen zwischen .35 und .40 (gerundet). Cronbach's α verbesserte sich in keinem Fall. Die Determinationskoeffizienten liegen in einem akzeptablen Bereich von $r^2 = .12$ bis $r^2 = .28$ (gerundet). Cronbach's α verbesserte sich in keinem Fall und die Skala kann als gut bewertet werden, wobei aufgrund vorliegender Daten keine Veränderungen an der Skala angebracht erscheinen.

Tabelle 62: Trennschärpen und Cronbach's α für Skala 8 der ACC (Essensversorgung)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
21. Isst zu viel	.530	.424
32. Verschlingt Essen	.403	.547
37. Versteckt oder lagert Essen	.349	.579
61. Stiehlt Essen	.357	.581

Skala 9 umfasst Items 19), 20), 82), 84), 85), 86), 87), 88), 95), 98), 99), 100), 106), 116) und 119). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden im Fall von Skala 9 insgesamt sechs Items. Für Skala 9 ($M = .38$, $SD = 1.246$) wurde ein zufriedenstellendes Cronbach's α von .728 ermittelt. Für sechs der Items wurden hohe Trennschärpen grö-

ßer .50 gefunden (siehe Tabelle 63) und für ein Item lag die Trennschärfe bei .45 (gerundet). Die Determinationskoeffizienten dieser Items liegen in einem Bereich von $r^2 = .21$ bis $r^2 = .54$ (gerundet) und nehmen gute Werte an. Die Trennschärfen der beiden übrigen Items lagen bei -.034 bzw. -.035. Diese beiden Items sollten auf Basis vorliegender Ergebnisse aus der Skala entfernt werden. Die bereits für Skala 2 und das dort gefundene Item mit negativer Trennschärfe angestellten Überlegungen treffen jedoch auch hier wieder zu. Cronbach's α verbesserte sich erwartungsgemäß in den Fällen, wenn die Items mit negativer Trennschärfe weggelassen wurden (Verbesserung von .73 auf .77 bzw. auf .75). Vor dem Hintergrund der hier vorliegenden Daten können Cronbach's α und auch die Trennschärfen der Items, die nicht ausgeschlossen werden sollten, als gut bezeichnet werden und insgesamt gesehen kann somit auch Skala 9 als gut bewertet werden.

Tabelle 63: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 9 der ACC (Selbst-Verletzung)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
19. Isst aus dem Abfall	-	-
20. Isst Dinge, die keine Lebensmittel sind	-.035	.748
82. Verlangt nach körperlicher Bestrafung	-	-
84. Beißt sich selbst	.532	.693
85. Verursacht eigenes Erbrechen	-	-
86. Verletzt sich selbst	.666	.657
87. Schneidet sich oder reißt sich Haare aus	.564	.701
88. Schneidet oder schlitzt seine/ihre Kleidung	.586	.673
95. Zwingt oder drängt andere Kinder zu sexuellen Interaktionen	.564	.701
98. Schlägt sich auf den Kopf oder stößt den Kopf irgendwo an	.733	.621
99. Verletzt sich absichtlich selbst mit Messern oder anderen Werkzeugen	-	-
100. Schluckt absichtlich gefährliche Substanzen um sich selbst zu verletzen	-	-
106. Schaukelt vor und zurück	-.034	.771
116. Wirft sich selbst gegen Wände, auf den Boden etc.	.454	.702
119. Trinkt ungesunde Sachen (z.B. aus weggeworfenen Flaschen, aus der Toilettenschüssel)	-	-

Eine weitere Betrachtung der beiden Sub-Skalen 9a und 9b zeigt, dass die guten Werte von Skala 9 in Sub-Skala 9a wiederzufinden sind. Aus der Analyse von Skala 9a ausgeschlossen wurden die (82), (85), (99) und (100). Für Skala 9a ($M = .35$, $SD = 1.175$) wurde ebenfalls ein zufriedenstellendes Cronbach's α von .726 ermittelt. Für vier Items fanden sich hohe Trennschärfen von über .50 (siehe Tabelle 64) und für zwei weitere Trennschärfen von .49 (gerundet), die Determinationskoeffizienten liegen zwischen $r^2 = .24$ bis $r^2 = .51$ (gerundet), sind also akzeptabel. Es ergab sich für ein Item eine sehr niedrige negative Trennschärfe von -.033 – die oben bereits angestellten Überlegungen bzgl. Negativer Trennschärfen treffen auch auf dieses Item zu. Cronbach's α zeigte eine deutliche Verbesserung in dem Fall, wenn dieses Item weggelassen wurde (von .73 auf .78). Eine Entfernung dieses Items ergäbe sich logischer Weise aus den bereits für Skala 9 dargelegten Schilderungen.

Tabelle 64: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 9a der ACC (Selbst-Verletzungs-Index)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
82. Verlangt nach körperlicher Bestrafung	-	-
84. Beißt sich selbst	.490	.697
85. Verursacht eigenes Erbrechen	-	-
86. Verletzt sich selbst	.659	.645
87. Schneidet sich oder reißt sich Haare aus	.606	.697
88. Schneidet oder schlitzt seine/ihre Kleidung	.573	.669
98. Schlägt sich auf den Kopf oder stößt den Kopf irgendwo an	.714	.607
99. Verletzt sich absichtlich selbst mit Messern oder anderen Werkzeugen	-	-
100. Schluckt absichtlich gefährliche Substanzen um sich selbst zu verletzen	-	-
106. Schaukelt vor und zurück	-.033	.783
116. Wirft sich selbst gegen Wände, auf den Boden etc.	.490	.697

Aus der Analyse von Skala 9b ausgeschlossen wurden die Items (19) und (119), so dass die Reliabilitätsanalyse für Skala 9b mit nur zwei der vier Items durchgeführt wurde. Für Skala 9b ($M = .03$, $SD = .163$) wurde ein Cronbach's α von -.028 ermittelt.

Wie aus Tabelle 65 ersichtlich, wurden für beide Items sehr niedrige negative Trennschärfen von jeweils $-.014$ gefunden. Eine Verbesserung von Cronbach's α konnte deswegen nicht ermittelt werden (es lag hier eine Verletzung der Modellannahmen vor). Die Sub-Skala 9b kann vor dem Hintergrund der hier vorliegenden Daten nicht auf ihre Güte hin beurteilt werden.

Tabelle 65: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 9b der ACC (Pica-Index)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
19. Isst aus dem Abfall	-	-
20. Isst Dinge, die keine Lebensmittel sind	$-.014$	-
95. Zwingt oder drängt andere Kinder zu sexuellen Interaktionen	$-.014$	-
119. Trinkt ungesunde Sachen (z.B. aus weggeworfenen Flaschen, aus der Toilettenschüssel)	-	-

Skala 10 umfasst Items (83), (89), (105), (107), (113), (114) und (115). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden im Fall von Skala 10 drei Items. Für Skala 10 ($M = .12$, $SD = .436$) wurde ein ausreichendes Cronbach's α von $.505$ ermittelt. Wie aus Tabelle 66 ersichtlich, wurde nur für ein Item eine hohe Trennschärfe größer $.50$ gefunden. Für Items (83) und (113) lag die Trennschärfe unter $.40$ (gerundet). Für diese Items lagen die Determinationskoeffizienten in einem Bereich von $r^2 = .07$ bis $r^2 = .42$ (gerundet). Und für Item (89) lag die Trennschärfe bei $-.030$, wobei die bereits getätigten Überlegungen zur negativen Trennschärfe auch an dieser Stelle wieder greifen, ein Ausschluss des Items aus der Skala erscheint auf Basis vorliegender Daten im Zweifelsfalle angebracht. Cronbach's α verbesserte sich nur dann, wenn Item (89) weggelassen wurde (Verbesserung von $.51$ auf $.63$). Wurde Item (107) weggelassen, so nahm Cronbach's α einen negativen Wert an. Dies erklärt sich dadurch, dass in diesem Fall die durchschnittliche Kovarianz der übrigen Items negativ wurde. Da dies eine Verletzung der Modellannahme darstellt, erscheint eine erneute Überprüfung der Skala 10 dringend notwendig, bevor eine abschließende Bewertung erfolgen kann.

Tabelle 66: Trennschärpen und Cronbach's α für Skala 10 der ACC (Suizidalität)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
83. Verübt Selbstmordversuche	.269	.470
89. Beschreibt, wie er/sie sich töten würde	-.030	.627
105. Bittet darum verletzt zu werden	-	-
107. Sagt, sein/ihr Leben ist nicht lebenswert	.650	-.061
113. Spricht über Selbstmord	.378	.351
114. Droht damit sich selbst zu verletzen	-	-
115. Droht damit sich selbst zu töten	-	-

Skala AI (Andere Items) umfasst die Items 5), 30), 34), 55), 63), 75), 96), 102), 103) und 104). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden Items 102) und 103). Für Skala AI ($M = 2.43$, $SD = 2.127$) wurde ein ausreichendes Cronbach's α von .621 ermittelt. Die Trennschärpen der Items (siehe Tabelle 67) lagen in einem annehmbaren Bereich von .28 und .55 (gerundet) mit entsprechenden Determinationskoeffizienten zwischen .08 und .30 (gerundet), diese Werte gelten als gut. Einzig Item 34), welches eine sehr kleine Trennschärfe von .05 (gerundet) und ein r^2 von .002 (gerundet) aufwies, hatte keine guten Werte. Für Item 63) lag die Trennschärfe bei -.012. Cronbach's α verbesserte sich in zwei Fällen, wenn die Items 34) oder 63) weggelassen wurden (Verbesserung von .62 auf .63 bzw. auf .65). Vor einer endgültigen Bewertung der Skala sollte eine erneute Überprüfung erfolgen. Vor dem Hintergrund der hier referierten Ergebnisse erscheint ein Ausschluss von Item 63) aus der Skala angebracht. Diese Überprüfung sollte dann auch eine genaue Analyse von Item 34) einschließen um zu klären inwieweit verzerrte Schiefen, Exzesse oder sehr unterschiedliche Trennschärpen der einzelnen Items der Skala für die niedrigen Werte von Item 34) ursächlich verantwortlich sind, sollten diese weiterhin bestehen bleiben.

Skala NS (Negatives Selbstbild) umfasst die Items 4), 8), 10), 25), 27), 28), 33), 57) und 64). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden keine Items. Für Skala NS ($M = 3.06$, $SD = 3.452$) wurde ein zufriedenstellendes Cronbach's α von .87 ermittelt. Es wurden keine Items ausgeschlossen und die ermittelten Trennschärpen (siehe Tabelle 68) lagen für alle Items bis auf eines im Bereich guter Werte von .50 bis .81 (gerundet), bei entsprechend guten Determinationskoeffizienten von .25 bis .66 (gerundet). Nur ein Item (Item 27) wies eine kleine Trennschärfe von .21 (gerundet) und ein

$r^2 = .04$ auf. Zwar verbesserte sich Cronbach's α in dem Fall, wenn dieses Item weggelassen wurde. Da die Verbesserung jedoch nur minimal war (von .87 auf .88) kann nach vorliegender Überprüfung die Skala NS als sehr gut bezeichnet werden, wobei ein Ausschluss von Item 27) nicht notwendig erscheint.

Skala NZ (Niedrige Zuversicht) umfasst die Items 1), 15), 16), 17), 29), 31), 41) und 79). Aus der Analyse ausgeschlossen wurden keine Items. Für Skala NZ ($M = 4.76$, $SD = 3.780$) wurde ein zufriedenstellendes Cronbach's α von .82 ermittelt. Wie aus Tabelle 71 ersichtlich, wurden für sechs Items hohe Trennschärfen im Bereich von .50 bis .70 (siehe Tabelle 69) und Determinationskoeffizienten im Bereich von .25 bis .48 gefunden, sie dürfen als gut angesehen werden. Auch die Trennschärfen der beiden anderen Items von .44 und .38 und ihre Determinationskoeffizienten von .20 und .14 (gerundet) gelten als akzeptabel. Die Verbesserung von Cronbach's α in dem Fall, wenn Item 79) weggelassen wurde ist kaum bedeutsam (von .82 auf .822), so dass die Skala NZ insgesamt als sehr gut bewertet werden kann, an der keine Veränderungen vorzunehmen sind.

Tabelle 67: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala AI der ACC (Andere Items)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
5. Kann sich nicht konzentrieren, hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne	.444	.551
30. Verletzt sich oft, „neigt zu Unfällen“	.381	.570
34. Hat einen imaginären Freund	.047	.634
55. Riskiert körperliche Gesundheit; ist furchtlos	.438	.554
63. Denkt er/sie ist jemand oder etwas anderes	-.012	.647
75. Ist sehr vergesslich	.546	.500
96. Hat „Blackouts“ oder zeitweisen Gedächtnisverlust	.318	.589
102. Onaniert/Masturbiiert zu Hause im Beisein anderer	-	-
103. Onaniert/Masturbiiert in der Schule oder in der Öffentlichkeit	-	-
104. Stochert in Wunden oder Verletzungen herum	.281	.606

Tabelle 68: Trennschärpen und Cronbach's α für Skala NS der ACC (Negatives Selbstbild)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
4. Glaubt, dass er/sie gar nichts gut kann	.633	.851
8. Beschwert sich darüber, nicht lebenswert zu sein	.567	.856
10. Mag sich selbst nicht	.810	.831
25. Fürchtet, er/sie könnte etwas Böses tun	.496	.863
27. Schämt sich	.210	.881
28. Fühlt sich wertlos oder minderwertig	.772	.834
33. Hat eine niedrige Meinung von sich selbst	.703	.842
57. Sagt, dass er/sie „böse“ oder „nicht gut“ ist	.639	.854
64. Denkt andere Kinder sind besser als er/sie	.605	.852

Tabelle 69: Trennschärpen und Cronbach's α für Skala NZ der ACC (Niedrige Zuversicht)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
1. Passt sich Veränderungen langsam an	.614	.789
15. Setzt sich nicht genügend für sich selbst ein	.443	.813
16. Ist zu Hause leicht entmutigt	.592	.796
17. Ist in der Schule leicht entmutigt	.535	.801
29. Kann sich nur schwer entscheiden	.502	.806
31. Gibt zu leicht auf	.595	.792
41. Ihm/ihr fehlt Zuversicht	.695	.777
79. Probiert keine neuen Aktivitäten	.376	.822

Skala SW (Selbstwert) setzt sich aus den Skalen NS und NZ und dem Item 45) zusammen. Aus der Analyse ausgeschlossen wurden keine Items. Für Skala SW ($M = 8.54$, $SD = 6.916$) wurde ein hohes Cronbach's α von .90 ermittelt. Es wurden für 13 Items hohe Trennschärfen im Bereich von .50 bis .75 (siehe Tabelle 70) und entsprechende Determinationskoeffizienten von .26 bis .65 gefunden, welche als gut bzw. sehr gut gelten können. Und auch die restlichen Items erzielten akzeptable Trennschärfen zwischen .25 und .47 bei entsprechenden Werten für r^2 von .06 bis .22. Cronbach's α verbesserte sich in zwei Fällen (siehe Tabelle 70), wenn Items 27) oder 79) weggelassen wurden, da jedoch die Verbesserungen nur gering waren kann auch Skala SW vor dem Hintergrund der hier erfolgten Auswertung als sehr gut bezeichnet werden.

Tabelle 70: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala SW der ACC (Selbstwert)

Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbach's α , wenn Item weggelassen
1. Passt sich Veränderungen langsam an	.525	.894
4. Glaubt, dass er/sie gar nichts gut kann	.609	.891
8. Beschwerd sich darüber, nicht liebenswert zu sein	.472	.895
10. Mag sich selbst nicht	.705	.888
15. Setzt sich nicht genügend für sich selbst ein	.362	.899
16. Ist zu Hause leicht entmutigt	.507	.894
17. Ist in der Schule leicht entmutigt	.604	.891
25. Fürchtet, er/sie könnte etwas Böses tun	.411	.897
27. Schämt sich	.254	.900
28. Fühlt sich wertlos oder minderwertig	.691	.888
29. Kann sich nur schwer entscheiden	.599	.891
31. Gibt zu leicht auf	.550	.893
33. Hat eine niedrige Meinung von sich selbst	.717	.887
41. Ihm/ihr fehlt Zuversicht	.746	.886
45. Hat ein niedriges Selbstwertgefühl	.722	.887
57. Sagt, dass er/sie „böse“ oder „nicht gut“ ist	.519	.895
64. Denkt andere Kinder sind besser als er/sie	.603	.892
79. Probiert keine neuen Aktivitäten	.255	.903

3.2.1.4 Überprüfung der Homogenität

Die Homogenität der Skalen wurde, wie bereits erwähnt, als durchschnittliche Interkorrelation der Items für die jeweiligen Skalen ermittelt. Tabelle 71 stellt die mittleren Inter-Item-Korrelationen für die Skalen dar. Die Werte der Homogenität fallen für neun der Skalen (Skalen 2 bis 5 sowie Skalen 8 und 9a bzw. 9 und die Skalen NZ und SW) in den akzeptablen Wertebereich von .20 bis .40. Die gute Homogenität der neun Skalen ist vor dem Hintergrund der bereits berichteten Ergebnisse zu Itemschwierigkeit und Trennschärfe nicht verwunderlich, sondern spiegelt die dort referierten Zusammenhänge wieder. Für Skalen 2 bis 5 sowie Skalen 8 und 9a bzw. 9 und die Skalen NZ und SW kann folglich eine vorläufige abschließende positive Beurteilung auf Basis der hier vorliegenden Daten erteilt werden.

Tabelle 71: Mittlere Inter-Item-Korrelationen der Skalen der ACC

Skala	mittlere Inter-Item-Korrelation	Min	Max	Varianz
Skala 1	.196	-.044	1.00	.113
Skala 2	.202	-.157	.547	.032
Skala 3	.226	-.095	.561	.020
Skala 4	.263	.040	.614	.019
Skala 5	.260	-.175	.717	.027
Skala 6	.173	-.086	.490	.021
Skala 7	.164	-.012	.314	.011
Skala 8	.302	.080	.658	.057
Skala 9a	.306	-.030	.702	.079
Skala 9b	-.014	-.014	-.014	.000
Skala 9	.236	-.030	.702	.082
Skala 10	.159	-.028	.557	.073
Skala AI	.137	-.119	.484	.026
Skala NS	.417	.115	.766	.032
Skala NZ	.367	.120	.563	.013
Skala SW	.320	-.082	.766	.030

Für die anderen sieben Skalen fanden sich Werte, die unter bzw. über den Grenzwerten der Konvention liegen (siehe ebenfalls Tabelle 71). Skala 9b ist anhand der hier vorliegenden Ergebnisse bezogen auf ihre Homogenität ebenso wenig zu beurteilen, wie auf die Trennschärfe. Hier muss, bevor eine Aussage bezüglich Eignung

der Skala, Zusammensetzung und Güte getroffen werden kann, eine erneute Überprüfung an einer größeren Stichprobe erfolgen.

Bezogen auf die restlichen Skalen trifft zu, dass mit den bereits jeweils dargestellten Veränderungen, also eine erneute Überprüfung der Skalen an einer größeren Stichprobe und dann darauf begründetem etwaigem Ausschluss mancher Items mit geringer Passung, auch entsprechende Verbesserungen der Homogenität erzielt werden dürften. Ein Hinweis, dass dem so sein könnte, liefern auch schon die Werte für die minimalen und maximalen jeweiligen Inter-Item-Korrelationen der Skalen, die von $.18$ bis maximal 1.00 reichen.

3.2.2 Dimensionalitätsprüfung der ACC

Zur Überprüfung der Dimensionalität war die Berechnung einer exploratorischen Faktorenanalyse angestrebt. Zunächst wurde ermittelt, inwieweit die Voraussetzungen für die Berechnung einer exploratorischen Faktorenanalyse gegeben waren. Die grundsätzliche Voraussetzung, dass die Variablen intervallskaliert sein müssen, wurde als gegeben angenommen. Die zweite grundlegende Voraussetzung, dass die Stichprobe repräsentativ sein sollte, konnte nur mit Einschränkungen als zutreffend angenommen werden. Die dritte grundlegende Voraussetzung, dass die Anzahl der Fälle mindestens der der Variablen entspricht, war nicht gegeben.

Es folgte die Überprüfung weiterer Voraussetzungen einer explorativen Faktorenanalyse: Zunächst fand eine *Überprüfung des Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Kriteriums* statt, im Anschluss wurde eine *Überprüfung des Bartlett-Tests auf Sphärizität* durchgeführt. Beide Tests ergaben, dass die vorliegenden Daten zur Berechnung einer explorativen Faktorenanalyse nicht geeignet waren und somit eine Dimensionalitätsüberprüfung in Form einer exploratorischen Faktorenanalyse nicht durchgeführt werden konnte. Für die Bewertung der ACC im Rahmen der vorliegenden Studie ist demnach eindeutig festzuhalten, dass auf Grundlage der vorliegenden Daten keine Aussage über die Faktorenstruktur einer deutschen Version der Assessment Checklist for Children getroffen werden kann und dass diese Überprüfung an einer entsprechend großen Stichprobe dringend nachgeholt werden sollte.

3.2.3 Die klinische Nützlichkeit der Assessment Checklist for Children

Um die ACC mit der CBCL vergleichen zu können wurden beide Instrumente von den (Pflege-)Müttern für die 74 Pflegekinder und die 69 Nicht-Pflegekinder beantwortet. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden für beide Gruppen beide Instrumente ausgewertet. Für die Vergleiche wurden die jeweiligen (mittleren) Gesamt-Rohwert-

Summen der Instrumente verwendet. Zunächst wurden die mittleren Gesamt-Rohwert-Summen der Instrumente für die beiden Gruppen verglichen. Die Gruppe der Pflegekinder hatte einen CBCL-Mittelwert von rund 34 ($M = 34.32$, $SD = 24.80$, $SE = 2.88$) und einen ACC-Mittelwert von rund 25 ($M = 24.59$, $SD = 17.29$, $SE = 2.01$). Die Gruppe der Nicht-Pflegekinder hatte einen CBCL-Mittelwert von rund 8 ($M = 7.81$, $SD = 8.61$, $SE = 1.04$) und einen ACC-Mittelwert von rund 6 ($M = 5.61$, $SD = 5.83$, $SE = .70$). Der Levene-Test zur Prüfung der statistischen Signifikanz des Unterschieds zwischen den Gruppenvarianzen wurde sowohl für die CBCL ($F(91) = 30.55$, $p < .001$, $n_1 = 69$, $n_2 = 74$), als auch für die ACC ($F(90) = 36.62$, $p < .001$, $n_1 = 69$, $n_2 = 74$) signifikant. Der T-Test (nach Welch) für unabhängige Stichproben bei angenommener Varianzheterogenität ergab signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen der Gruppe der Pflegekinder und der Gruppe der Nicht-Pflegekinder sowohl für die CBCL als auch für die ACC. Genauer gesagt ergab sich für die CBCL ein $t(91) = -8.654$ ($p < .001$, $n_1 = 69$, $n_2 = 74$) und für die ACC ein $t(90) = -8.913$ ($p < .001$, $n_1 = 69$, $n_2 = 74$).

Danach wurde mit einem t-Test für abhängige Stichproben überprüft, ob sich der Mittelwert der ACC für die Gruppe der Pflegekinder signifikant von dem der CBCL unterscheidet. Die Korrelation zwischen den beiden Mittelwerten war signifikant positiv ($r = .75$, $p < .001$), die mittlere Differenz zwischen den beiden betrug 9.74 ($SD = 16.49$). Es zeigte sich, dass der Unterschied der Mittelwerte der Pflegekinder für die CBCL bzw. die ACC signifikant war und zwar bei einem $t(73) = 5.078$ ($p < .001$). Für die Nicht-Pflegekinder ergab sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten für die beiden Instrumente. Die Korrelation zwischen den beiden Mittelwerten war auch in diesem Fall signifikant positiv ($r = .75$, $p < .001$), die mittlere Differenz zwischen ihnen betrug 2.20 ($SD = 5.72$). Es zeigte sich, dass der Unterschied der Mittelwerte, den die Gruppe der Nicht-Pflegekinder für die CBCL bzw. die ACC erreicht hatte, signifikant war und zwar bei einem $t(68) = 3.2$ ($p < .01$).

In einem dritten Schritt wurde die Korrelation der ACC (genauer, des ACC-Gesamt-Summen-Rohwerts) mit einigen der anderen Instrumente dieser Studie ermittelt. Es fanden sich erwartungsgemäß keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der ACC und dem Geschlecht ($r = .058$, *n.s.*, $n = 74$) und der ACC und dem Alter des Pflegekindes zum Zeitpunkt des Interviews ($r = -.116$, *n.s.*, $n = 74$). Die im letzteren Fall gefundene negative Tendenz würde jedoch für die Vermutung sprechen, dass mit zunehmendem Alter des Pflegekindes eine gewisse grundsätzliche Besserung der Symptomatik einhergeht. Ebenso wenig fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen der ACC und dem Familienklima ($r_{\text{FKS Dimension 1}} = .030$, *n.s.*, $n = 72$; $r_{\text{FKS Dimension 3}} = -.015$, *n.s.*, $n = 73$).

Es fanden sich signifikant positive Zusammenhänge zwischen der ACC und der CBCL bzw. der CDC – den beiden anderen Instrumenten, die zur Erhebung der allgemeinen pflegekindlichen Symptomatik verwendet worden waren. Tabelle 72 gibt die gefundenen Korrelationen wieder. Insgesamt fanden sich vergleichsweise hohe signifikante Korrelationen. Der Zusammenhang zwischen der ACC und der CDC stellt nur auf den ersten Blick einen Widerspruch dar, denn dass sich ein positiver Zusammenhang zwischen zwei Instrumenten ergibt, die beide dissoziative Symptomatiken bei Kindern erfassen, ist naheliegend. Somit entspricht die Tatsache, dass Zusammenhänge zwischen der ACC und den beiden anderen Instrumenten gefunden wurden, den Erwartungen.

Tabelle 72: Korrelation der ACC mit CBCL und CDC

Variable	Korrelation	Signifikanz (zweiseitig)
Internalisierende Problemskala (CBCL)	.628	.000
Externalisierende Problemskala (CBCL)	.649	.000
Gesamtwert CBCL	.749	.000
Gesamtwert CDC	.740	.000

Anmerkung: $n = 74$.

Interessanterweise fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen der ACC und der erlebten Unterstützung durch das Jugendamt ($r = -.331$, $p = .004$, $n = 74$), der erlebten Information durch das Jugendamt ($r = -.240$, $p = .040$, $n = 74$), der von den Pflegemüttern berichteten erlebten Hilflosigkeit bezogen auf die Pflegschaft ($r = .245$, $p = .036$, $n = 74$) und der von den Pflegemüttern berichteten erlebten Stressbelastung bezogen auf die Pflegschaft ($r = .231$, $p = .047$, $n = 74$). Einzig mit der erlebten Überforderung mit der Pflegschaft korrelierte die ACC nicht signifikant ($r = .139$, $p = .239$, $n = 74$). Interessant war also, dass sich tatsächlich signifikant positive Zusammenhänge zwischen der ACC und vier der fünf jugendamtsbedingten Variablen fanden. Die zu beobachtenden negativen bzw. positiven Tendenzen der Zusammenhänge fielen entsprechend der Theorie aus. So wäre es beispielsweise zu erwarten, dass bei guter und zunehmender Unterstützung der Pflegemutter durch das Jugendamt eine abnehmende Symptombelastung beim Pflegekind zu beobachten sein kann, da vermittelt durch die gute Unterstützung der Pflegemutter das Pflegekind unterstützt und seine Entwicklung positiv beeinflusst wird.

Den Erwartungen entsprechend fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der ACC und einer Reihe von trauma- und PTBS-relevanten Variablen (siehe Tabelle 73). Da es sich bei der ACC um ein Breitbandmaß handelt (das zwar auf spezielle Problematiken und pflegekind-typische Symptome in Verbindung mit Traumatisierung abzielt), die ACC jedoch kein Instrument zur Erfassung kindlicher Traumatisierung per se ist, spricht dies für die Güte der ACC.

Tabelle 73: Korrelation der ACC mit verschiedenen trauma- und PTBS-relevanten Variablen

Variable	Korrelation	Signifikanz (zweiseitig)
Trauma nach DSM (Kriterium A1 und A2 erfüllt)	.064	.589
Trauma nach ICD (Kriterium A1 erfüllt)	.046	.697
PTBS-Diagnose nach DSM	.138	.241
PTBS-Diagnose nach ICD	.008	.947
Anzahl vorhandener PTBS-Hauptsymptome	.061	.608
in der Kindheit erlebte emotionale Vernachlässigung (CTQ)*	.118	.328
in der Kindheit erlebte emotionale Misshandlung (CTQ)**	.040	.745
in der Kindheit erlebte körperliche Vernachlässigung (CTQ)**	.189	.117
in der Kindheit erlebte körperliche Misshandlung (CTQ)***	.108	.368
in der Kindheit erlebter sexueller Missbrauch (CTQ)****	.017	.889
Schwere der PTBS, Diagnose nach DSM (IBS-KJ)	.124	.293
Schwere der PTBS, Diagnose nach ICD (IBS-KJ)	.009	.941

Anmerkung: $n = 74$ (wenn nicht anders gekennzeichnet); * $n = 71$; ** $n = 70$; *** $n = 72$; **** $n = 73$.

Den Erwartungen widersprechend fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der ACC und dem Alter des Pflegekindes zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie ($r = .038$, $p = .749$, $n = 73$). Für die ACC in ihrer Originalversion konnte gefunden werden, dass sie stark nach dem Alter, zu dem die Kinder in Pflege kamen, differenziert (siehe Punkt 2.3, Beschreibung der Instrumente). Dass sich für die deutsche Version diesbezüglich Zusammenhänge, die für die englische belegt sind,

nicht fanden, kann unter Umständen darauf zurückgeführt werden, dass im hier vorliegenden Fall einige Items aufgrund ihrer Varianz von Null zur Differenzierung nicht in dem Ausmaß betragen konnten, wie sie es in der Originalversion zu tun vermögen. Bei einer erneuten Überprüfung der ACC an einer größeren Stichprobe sollte der Zusammenhang zwischen der ACC und dem Alter des Pflegekindes zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie erneut untersucht werden.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die hier vorliegenden Ergebnisse für eine klinische Nützlichkeit der ACC sprechen. Pflegekinder und Nicht-Pflegekinder erzielen signifikant unterschiedliche mittlere ACC-Gesamt-Summenwerte. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die deutsche Version der ACC bezogen auf diskriminante und Konstruktvalidität erste gute Ergebnisse erzielt. Allerdings zeigte sich auch bezogen auf das Alter der Pflegekinder zum Zeitpunkt der Herausnahme, dass hier keine Zusammenhänge zu beobachten waren. Davon abgesehen können im Rahmen der ersten Erprobung einer deutschen Version der ACC Nützlichkeit, Ökonomie und sonstige testtheoretische Kriterien (wie Reliabilität, in Form der internen Konsistenz, und Validität, in Form der Inhalts- und der Konstruktvalidität) als zufriedenstellend beurteilt werden.

4. Diskussion

Die vorliegende Arbeit hat zwei zentrale Fragestellungen zum Thema. Einerseits untersucht sie wie geeignet verschiedene Variablen als Prädiktoren für die Vorhersage der PTBS bei Pflegekindern sind. Es werden eine Reihe von Variablen, unter anderem solche, die in der Arbeit mit Pflegekindern als bedeutsam für Erfolg oder Misserfolg des Pflegeverhältnisses gesehen werden, besonders berücksichtigt. Andererseits wird die Assessment Checklist for Children, ein Instrument zur Erfassung der psychischen Belastung von Pflegekindern, erstmalig für den deutschen Sprachraum adaptiert und auf seine testtheoretischen Eigenschaften und klinische Nützlichkeit hin untersucht. Hier werden die vorausgehend berichteten Ergebnisse der Studie, unter Einbezug der zu Beginn geschilderten theoretischen Grundlagen, diskutiert und bewertet. Es werden die beiden in der Studie untersuchten Fragestellungen getrennt besprochen, wobei zuerst die Ergebnisse diskutiert und danach Fazit und Hinweise auf weitere Forschungsmöglichkeiten gegeben werden. Abschließend werden erste Implikationen für die Praxis angeführt. Den dritten und letzten Punkt stellen die Diskussion der Methode und der Einschränkungen der Studie dar.

4.1 Vorhersage der PTBS bei Pflegekindern (zu Forschungsaspekt 1)

Die Forschung im Pflegekinderbereich befasst sich mit diversen Variablen, um zu ergründen, was Einfluss nimmt auf die Entwicklung von Pflegekindern. Im Rahmen vorliegender Studie konnte eine Vielzahl der Variablen aus den Bereichen Pflegekind, Pflegeeltern/-familie und Behörden, trotz Erschwernis in Form von Datenschutzbestimmungen und grundsätzlichem Desing der Studie, erhoben und in quantitativer Form in die Untersuchung mit aufgenommen werden. Von den aus der Literatur bereits bekannten Variablen wurden integriert: Risikofaktoren für Abbrüche von Pflegeverhältnissen (vgl. etwa George, 1970; Berridge & Cleaver, 1987; Kindler & Lillig, 2004; Korte, et al., 2005), konkret durch die Praxis bestimmte Vorgaben und Vorgehensweisen (z.B. Eckert-Schirmer, et al., 1998; Köckeritz, 2006; Hannemann, 2008), Merkmale und Eigenschaften der Pflegeeltern und -familie (vgl. z.B. Denby, et al., 1999; Rhodes, et al., 2001) und mit dem Pflegekind selbst in Zusammenhang stehende Variablen, etwa seine Belastungen, Erfahrungen, sein Zustand und sein Befinden, angefangen von kindlicher Auffälligkeit über Möglichkeiten der Teilhabe und Chancen auf Bildung bis hin zu Fragen der sozialen Integration (vgl. etwa Nienstedt & Westermann, 1998; Zitelmann, 2001; Wild & Berglez, 2002; Kindler & Lillig, 2004; Korte, et al., 2005).

Bezogen auf manche Variablen, die in der qualitativen Pflegekindforschung altbewährt, jedoch nicht unbedingt gut operationalisiert waren, wurde im Rahmen der Studie diese Komplikation durch möglichst konkrete Formulierung des tatsächlichen Item-Inhaltes und Hilfen zur Quantifizierung (Likert-Skalen in der Abstufung von 1 bis 10) gelöst. Für die Auswertung ergab sich daraus der Vorteil, dass für Likert-Skalen Intervalldatenniveau angenommen werden kann, so dass mehr Möglichkeiten in der Datenauswertung offen stehen (Bühner, 2006; Bühner & Ziegler, 2009).

Fasst man die bisherigen Forschungsergebnisse aus der Literatur zusammen, so zeigt sich, dass Pflegekinder als Gruppe gelten dürfen, die, je nach untersuchter Problematik oder Störung, je nach Fragestellung und Art der Untersuchung, bisweilen hoch belastet ist. Auch im Rahmen der hier vorliegenden Studie zeigte sich, dass die Belastungen der deutschen Pflegekinder nicht zu unterschätzen und mit bereits aus der Forschung bekannten Werten vergleichbar sind, etwa verdeutlicht an mit der CBCL erhobener pflegekindlicher Belastung oder Diagnostik der Pflegekinder nach dem DSM (vgl. McIntyre & Keesler, 1986; McCann, et al., 1996; Armsden, et al., 2000). Besonders den Erfahrungen, die vor Inpflegenahme in der Herkunftsfamilie gemacht wurden, wird im Rahmen der aktuellen Studie, wie auch in der Pflegekind-Literatur (Wild & Berglez, 2002; Neil, Beek & Schofield, 2003; Blandow, 2004; Hussey & Guo, 2005) eine bedeutende Rolle zugeschrieben. Nicht zuletzt deswegen, weil sie oft genug traumatischen Charakter haben können. Die Erfahrungen der Pflegekinder reichen von Vernachlässigung über Misshandlung bis hin zu Missbrauch – in vielen Fällen über einen längeren Zeitraum hinweg. Dieser Sachverhalt aus dem Leben von Pflegekindern konnte ebenfalls für die aktuelle Untersuchung bestätigt werden; es fanden sich Häufigkeiten und Belastungsmuster für die Münchener Pflegekinder, die mit denen aus anderen Studien vergleichbar sind (vgl. Mutke, 2001; Neil, Beek & Schofield, 2003; Hussey & Guo, 2005). Für die aktuelle Studie bedeutet dies, dass die Stichprobe der Pflegekinder nicht als „zu gesund“ oder „zu krank“ gelten, dass also auf Basis dieser Daten nicht von einer extremen Stichprobenverzerrung ausgegangen werden muss.

Aus der Traumaforschung ist bekannt, dass traumatische Ereignisse zum Leben gehören können und in gewissem Sinne „normal“ sind, auch wenn es zum Beispiel geschlechtsbedingte Unterschiede gibt (siehe z.B. Breslau, et al., 1998; Frans, et al., 2005; Darves-Bornoz, et al., 2008; Bender, 2010). Auch weiß man aus der Literatur, dass die Reaktionen, die Kinder und Jugendliche auf ein Trauma hin zeigen, sehr verschieden sein können (vgl. etwa Korte, et al., 2005), ebenso die Risikofaktoren für eine PTBS-Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Rosner, 2008). Im Rahmen der aktuellen Studie zeigte sich, dass auch im Fall dieser Pflegekinder die Reaktion und

der Umgang mit der erlebten Traumatisierung individuell sehr unterschiedlich waren. Typische geschlechtsbedingte Unterschiede bezogen auf die Art des erlebten Traumas fanden sich jedoch nicht, weibliche und männliche (Pflege-)Kinder erlebten gleich viele bzw. gleich ähnliche Traumata. Grundsätzlich sprechen die Daten auch den Aspekt der Traumatisierung und PTBS-Diagnose per se betreffend dafür, dass für die Münchener Stichprobe nicht von einer extremen Verzerrung ausgegangen werden muss, finden sich doch ähnliche Ergebnisse in anderen Studien (vgl. Kassam-Adams & Koplein Winston, 2004; Landolt, 2005; McMillen, et al., 2005; Milburn, Lynch & Jackson, 2008; Fechter-Leggett & O'Brien, 2010; Keller, Salazar & Courtney, 2010; Kolko, et al., 2010; Oswald, Fegert & Goldbeck, 2010). Die je nach Diagnose-Richtlinie (DSM bzw. ICD) in der aktuellen Studie gefundenen PTBS-Prävalenzen von 5 bzw. 22% fallen sehr genau in den Bereich, der sich auch bei McMillen und Kollegen (2005) oder, für vorliegende Studie besonders relevant, der anderen aktuellen deutschen Pflegekinderstudie von Oswald, Fegert und Goldbeck (2010) fand, so dass dies für die Validität der hier gefundenen Ergebnisse spricht.

Daran schließen sich nun zwei mögliche Überlegungen an. Einerseits könnte dieser Befund dafür sprechen, dass (deutsche) Pflegekinder durch PTBS doch nicht so schwer belastet sind wie angenommen, sondern dass die Kinder und Jugendlichen mit entsprechender Unterstützung, auch wenn sie vielleicht stärker traumatisiert sind (Trauma-Prävalenz der Münchener Pflegekinder bei 41 bzw. 45%, Ereignis-Prävalenzen von Studien zur Normalpopulation bei rund 16 bis 19% im Fall von Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000, oder rund 23% im Fall von Essau, Conradt & Petermann, 1999) ebenso zur (Spontan-)Remission fähig sind, wie es Nicht-Pflegekinder wären. Denn wie bereits erwähnt, die PTBS-Prävalenz lag bei 5 bzw. 22% – deutlich weniger, als in anderen Studien an misshandelten, vernachlässigten oder missbrauchten Kindern und Jugendlichen (PTBS-Prävalenzen von rund 42% oder mehr bei McLeer, et al., 1988; Kiser, et al., 1991; McLeer, et al., 1992; McLeer, et al., 1994). Andererseits stellt sich, unter Rückbezug auf die methodischen Einschränkungen der Studie und die Frage der falsch negativen Diagnosen gerade bei einer PTBS-Prävalenz von „nur“ 5% die Frage, ob die aktuelle Studie die tatsächliche Prävalenz nicht doch unterschätzt – immerhin fanden Oswald, Fegert und Goldbeck (2010) bei Diagnose nach DSM-IV eine PTBS-Prävalenz von 15%, vorliegende Studie hingegen, ebenfalls bei Diagnose nach DSM-IV, nur 5% (siehe oben). Im Rahmen der hier durchgeführten Untersuchung kann diese Frage noch nicht abschließend beantwortet werden – es ergeben sich aber sehr wohl Ansätze für die zukünftige Forschung (siehe unten).

Im Rahmen dieser Arbeit wurde nun überprüft in welchem Ausmaß sich die aktuell bei Pflegekindern vorliegende posttraumatische Symptomatik (in Form der aktuellen PTBS-Symptombelastung und vorliegenden Schwere der PTBS) vorhersagen lässt. Hierfür wurden als Prädiktoren das Geschlecht und die aktuell vorliegende klinisch relevante Symptomatik (internalisierend, externalisierend, dissoziativ) des Pflegekindes (*Fragestellung 1*), jugendamtsbedingte Variablen (*Fragestellung 2*), pflegfamilienrelevante Variablen (*Fragestellung 3*), pflegschaftsrelevante Variablen (*Fragestellung 4*) und die Anzahl an Gründen für die Herausnahme sowie das Ausmaß kindlicher Traumatisierung (*Fragestellung 5*) verwendet. Diese Auswahl an Variablen stellt einen auf Basis der Literatur und aktuellen Forschung basierenden Katalog dar, der die Situation des deutschen Pflegekindes widerzuspiegeln vermag, wobei Aspekte aus den drei wichtigsten in der Pflegekind-Literatur zu findenden Bereichen (pflegekind-, pflegfamilien- und verfahrens-bezogen) abgedeckt werden (vgl. Trasler, 1960; George, 1970; Holman, 1975; Aldgate & Hawley, 1986; Berridge & Cleaver, 1987; Eckert-Schirmer, et al., 1998; Newton, Litrownik & Landsverk, 2000; Barber & Delfabbro, 2003; James, Landsverk & Sylmen, 2004; Jordan, 2004; Kindler & Lillig, 2004; Hussey & Guo, 2005; Korte, Pfeiffer & Salbach, 2005; Köckeritz, 2006; Hannemann, 2008).

Konkret ergab sich, bezogen auf *Fragestellung 1*, dass die Prädiktoren geeignet waren den Schweregrad der PTBS (bei erfülltem A1- und A2-Kriterium) vorherzusagen. Die hier durch das Modell aufgeklärte Varianz und die dabei vorliegenden Effekt- und Teststärken zeugen von einer sehr hohen Güte dieses Modells, wobei auch wichtige methodische Voraussetzungen erfüllt waren (Fromm, 2008; Bühner & Ziegler, 2009; methodische Einschränkungen siehe unten). Für die Beantwortung von *Fragestellung 2* fanden sich in dieser Studie keine zufriedenstellenden Ergebnisse, die Prädiktoren scheinen nicht zur Vorhersage der aktuellen PTBS-Schwere bei Pflegekindern geeignet. Für *Fragestellung 3* und *Fragestellung 4* verhält es sich ähnlich, auch hier scheinen die Prädiktoren nicht geeignet. Zur Beantwortung von *Fragestellung 5* ist zu sagen, dass auf Grundlage der Ergebnisse das Ausmaß kindlicher Traumatisierung in der Herkunftsfamilie erwartungsgemäß als Prädiktor zur Vorhersage der aktuellen PTBS-Symptomanzahl und der PTBS-Schwere bei Pflegekindern geeignet ist. Im Rahmen der aktuellen Studie vermochten sie bis zu einem Viertel der Varianz aufzuklären, bei entsprechend guten beobachteten Effekt- und Teststärken (wobei zudem einige wichtige Voraussetzungen einer multiplen Regression erfüllt waren, siehe ebenfalls Fromm, 2008; Bühner & Ziegler, 2009; methodische Einschränkungen siehe unten).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass durch die aktuelle Studie einerseits die allgemein aktuell beim Pflegekind vorhandene psychische Symptomatik und anderer-

seits trauma-bezogene Variablen und die Traumatisierung, die das Pflegekind in der Herkunftsfamilie erlebt hat, als bedeutsam für die Vorhersage der PTBS bei Pflegekindern ermittelt werden konnten. Es bestätigen sich somit für die Pflegekinder Zusammenhänge, die aus der allgemeinen Traumaforschung bereits bekannt sind. Andere Variablen aus der Forschung im Pflegekinderbereich und Pflegewesen konnten durch diese Studie nicht als relevant bestätigt werden. Daraus jedoch ableitbare Ansätze zukünftiger Forschung erscheinen besonders verfolgenswert, da eben solche Variablen, die aus der Traumaforschung per se als bedeutsam bekannt sind (z.B. Verlust einer Person durch das Ereignis, Erhalt/Fehlen von sozialer Unterstützung, Reaktion der Eltern für Typ-I-Traumata, vgl. etwa Kultalahti & Rosner, 2008) und sich eigentlich auch in der Pflegekinderforschung bestätigt haben, in der aktuellen Studie nicht von Bedeutung waren – es liegt nahe, den Grund hierfür in den methodischen Einschränkungen dieser Studie zu sehen (siehe unten). Auf Basis der hier vorgelegten Ergebnisse scheint eine Veränderung oder Spezifizierung bisher gängiger Trauma-Modelle für Pflegekinder jedoch noch nicht nötig.

Aus den Ergebnissen und der Diskussion der aktuellen Studie lassen sich für die zukünftige Forschung einige mögliche Ansätze ableiten. Denn wie bereits erwähnt erschienen pflegekind-, pflegefamilien- und verfahrens-bezogene Variablen zunächst nicht geeignet, die aktuelle PTBS-Belastung bei Pflegekindern vorherzusagen. Es gab jedoch bei genauerer Überprüfung der Modelle Anzeichen dafür, dass manche der Prädiktoren unter Umständen doch zur Vorhersage geeignet sein könnten. Eine Überprüfung der a priori benötigten Stichprobengrößen zur Absicherung der Effekte (vgl. Bühner & Ziegler, 2009) ergab für *Fragestellung 2*, dass zur weiteren statistischen Absicherung des hier gefundenen (immerhin moderaten) Effekts nur knapp 30 weitere Pflegekinder und im Fall von *Fragestellung 3* nur knapp 20 weitere Pflegekinder hätten befragt werden müssen. Als Ansatzpunkt für die zukünftige Forschung erscheint es von daher legitim, diese beiden Modellannahme für eine weitere Überprüfung beizubehalten, da, auch wenn die aktuelle Studie keinen eindeutigen Beleg, so doch zumindest Hinweise dafür liefert, dass auch diese Variablen eine Rolle spielen (könnten). Weitere Forschungsbemühungen in diese Richtung scheinen somit gerechtfertigt – besonders da das in dieser Studie angestrebte $N = 100$ nicht und nur ein $N = 74$ erreicht wurde. Auch inhaltlich stellen sich die in Fragestellung 2 bzw. 3 untersuchten Aspekte als sehr aktuell heraus. McWey, Acock und Porter (2010) konnten z.B. zeigen, dass regelmäßige und konsistente Umgangsbesuche mit der leiblichen Mutter zu geringeren externalisierenden Problemen (gemessen mit der CBCL) bei Pflegekindern führten – bezogen

auf vorliegende Studie unterstützen solche Befunde die Forderung nach weiterer Untersuchung von Zusammenhängen, wie sie in *Fragestellung 2* und *Fragestellung 3* postuliert wurden.

Grundsätzlich finden sich weiterführende Ansätze für die zukünftige Forschung aber nicht nur in der endgültigen Überprüfung der in *Fragestellung 2* und *Fragestellung 3* postulierten Zusammenhänge. Ein zweiter Punkt liegt darin, dass anhand einer umfangreicheren Stichprobe dann ebenfalls logistische Regressionen gerechnet werden könnten (dieses für epidemiologische Studien eigentlich typische Verfahren konnte in vorliegendem Fall nicht angewendet werden, da die Voraussetzung von je mindestens 25 Fällen je Ausprägung des Kriteriums nicht gegeben war, vgl. Rudolf & Müller, 2004).

Zudem bestünde ein dritter Ansatzpunkt im Rahmen weiterer Forschung darin, die Interaktion der Variablen aus den unterschiedlichen Bereichen (pflegekind-, pflegefamilien-, verfahrens- und trauma-bedingt) zu betrachten. Bei Untersuchung einer ausreichend großen Stichprobe wäre eine Darstellung der Zusammenhänge und vor allem der Interaktion zwischen den Variablen und (möglicher latenter) Faktoren in Form eines *linearen Strukturgleichungsmodells (SEM)* möglich. Das komplexe Gefüge, in dem sich Pflegekinder (und alle, die mit ihnen zu tun haben) bewegen, könnte mithilfe linearer Strukturgleichungsmodelle wirklichkeitsgetreuer abgebildet werden, als dies nur mit den Modellen einer linearen Regression möglich ist (Byrne, 2009). Zudem würde es sich anbieten, die Überprüfung einer Konkretisierung der Trauma-Modelle für Pflegekinder per se anhand von *SEM* durchzuführen – das erweiterte Trauma-Modell könnte in Form eines Strukturgleichungsmodells spezifiziert und jeder einzelne Prädiktor in seiner Bedeutung ermittelt werden. Es wurden außerdem für diverse Variablen beta-Gewichte mit negativen Vorzeichen gefunden. Lineare Strukturgleichungsmodelle hätten auch den Vorteil, dass mit ihnen Zusammenhänge generell und unter Umständen eben auch Suppressionseffekte anders untersucht werden könnten.

Zukünftige Forschungsansätze ergeben sich auch noch aus einem weiteren Punkt. In der Trauma-Literatur wird sexueller Missbrauch als eine besondere Form von Misshandlung diskutiert. Dies begründet sich damit, dass sich sowohl der Kontext, in dem diese Art von Misshandlung (zumeist) erfolgt, als auch die psychischen Implikationen derselben anders darstellen, als dies für z.B. Vernachlässigung oder physische Misshandlung klassischerweise der Fall ist (Lev-Wiesel, 2008; Noll, 2008). Dieser Aspekt wurde im Rahmen der vorliegenden Studie nicht untersucht – es ist aber gerade im Hinblick auf die Entwicklung von Modellen zur Vorhersage der PTBS bei Pflegekindern wichtig zu klären, ob die Folgen sexuellen Missbrauchs überhaupt mit denen

der anderen Missbrauchsformen vergleichbar und folglich zusammen mit ihnen vorhersehbar sind, bevor eine Weiterentwicklung der hier untersuchten Zusammenhänge in Modellform erfolgen kann. Weierich und Nock (2008) fanden für die 12 bis 19 Jahren alten Teilnehmer ihrer Studie, dass der Zusammenhang zwischen selbstverletzendem Verhalten ohne Suizidabsicht (*nonsuicidal self-injury, NSSI*) und sexuellem Missbrauch durch Symptome aus den PTBS-Clustern Wiedererleben und Vermeidung vermittelt wird. Für die weitere Forschung stellt sich nun die Frage, inwieweit PTBS bzw. PTBS-Symptome unter Umständen auch im Fall von Pflegekindern moderierenden Einfluss haben, etwa auf bestimmte Belastungen oder die allgemeine Entwicklung des Pflegekindes – für diese Art der Untersuchung würden sich auch die bereits oben genannten SEM anbieten.

Auch für die Praxis lassen sich aus der aktuellen Studie einige Hinweise entnehmen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass traumatische Erlebnisse im Fall von Pflegekindern keine Seltenheit darstellen und dass die PTBS ein nicht zu vernachlässigender Faktor in der Entwicklung von Pflegekindern sein kann. Für die praktische Arbeit mit Pflegekindern ergibt sich aus den hier gefundenen Ergebnissen eine klare Empfehlung: Bei Eintritt der Kinder und Jugendlichen in die Pflegefamilie sollten im Rahmen der Diagnostik sowohl die allgemeine psychische Befindlichkeit des Pflegekindes als auch das Ausmaß der in der Herkunftsfamilie erlebten Traumatisierung ermittelt werden. Die im Rahmen der hier durchgeführten Studie verwendeten Instrumente, mit denen eben diese erhoben wurden, die Child Behavior Checklist (CBCL) und der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) stellen gängige Instrumente dar, die durch ihre Güte und Nützlichkeit überzeugen, als deutsche Versionen vorliegen und zudem für die SachbearbeiterInnen des Jugendamtes ökonomisch einsetzbar sein dürften.

Da bezogen auf die restlichen überprüften Variablen noch keine endgültige Bewertung abgegeben werden kann, entstehen daraus auch keine Implikationen für die Praxis. Aber gerade eine abschließende Klärung der Bedeutung, die jugendamtsrelevante Variablen haben, würde für die Praxis mit konkreten und zielführenden Hinweisen (i.S.v. dem Kindeswohl dienend, das Gelingen der Pflegschaft unterstützend) einhergehen, so dass auch von Seiten der Praktiker eine Unterstützung entsprechender Forschung wünschenswert erscheint. Die hier bisher gefundenen Ergebnisse sind nämlich hinsichtlich mehrerer Aspekte von zentraler Bedeutung:

Erstens liefern sie grundlegende Erkenntnisse darüber, dass die Belastung der Pflegekinder durchaus mit der anderer klinischer Gruppen vergleichbar sein dürfte. In

der Praxis bedeutet dies, dass Pflegekinder also ebenso sehr unterstützender, fördernder und therapeutischer Maßnahmen bedürfen, die dann auch in die Hilfepläne mit aufgenommen werden sollten. Dem voraus geht natürlich die Empfehlung, dass Pflegekinder, zu einem im Einzelfall angemessenen Zeitpunkt, bezüglich möglicher PTBS-Symptome diagnostiziert werden sollten. Da sich in der Traumaliteratur, unabhängig von der aktuell hier vorliegenden Studie und ihren Ergebnissen, immer wieder bestätigt, dass Mädchen/Frauen ein höheres PTBS-Risiko haben, auch wenn die Erklärung dafür noch nicht gefunden ist (Breslau, 2009), ist diese Empfehlung besonders für weibliche Pflegekinder von praktischer Relevanz.

An dieser Stelle schließt sich ein weiterer Punkt an. Aus der Forschung ist bekannt, dass zum Beispiel im Fall von eigener erlebter physischer Misshandlung das Risiko später selbst, etwa bei eigenen Kindern, körperlich misshandelnd tätig zu werden, 2- bis 3-fach erhöht ist (vgl. Milner, et al., 2010). Dieses Phänomen, dass Gewalt von Generation zu Generation weitergegeben wird, ist in der Literatur unter dem Begriff *Zyklus der Gewalt* (Catani, 2010) bekannt. Als Erklärung werden die Bindungstheorie und lerntheoretische Überlegungen diskutiert – Milner und Kollegen konnten nun jedoch zeigen, dass eben auch Trauma-Symptome vermittelnd zwischen eigener erlebter und später selbst verübter physischer Misshandlung wirken (Milner, et al., 2010). Die aktuelle Studie geht auf derartige Zusammenhänge nicht ein. Allerdings zeigen ihre Ergebnisse deutlich, dass deutsche Pflegekinder von den unterschiedlichsten Formen der Misshandlung betroffen sind, so dass sich für die Praxis der dringende Hinweis nötiger Präventionsarbeit ergibt, auch deswegen, weil zudem andere negative Entwicklungen durch Formen der Misshandlung begünstigt werden können (etwa erhöhen erlebte Vernachlässigung und Misshandlung das Risiko späterer Delinquenz, vgl. Grogan-Keylor, Ruffolo, Ortega & Clarke, 2008).

Drittens würden die bisher gefundenen Ergebnisse, bei weiterer Integration in und Überprüfung anhand eines Risikomodells, gerade in der Praxis etwa bezogen auf Auswahl passender Pflegefamilien, Gestaltung der Kontakte zu den leiblichen Eltern oder verfahrenstechnische Aspekte, einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Situation von Pflegekindern leisten. An dieser Stelle sei ebenfalls auf die Möglichkeiten verwiesen, die sich eröffnen, wenn man bedenkt, wie sich die Ergebnisse eines derartigen Risikomodells als Basis für die Entwicklung von Präventionsprogrammen oder für die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Pflegeeltern und SachbearbeiterInnen nutzen lassen würden.

Schließlich sei als letzter Aspekt die Möglichkeit der Entwicklung eines Maßnahmenkatalogs genannt, in dem die zentralen Forschungsbefunde zusammengefasst

werden könnten. Dieser Katalog fände, etwa in Form einer Informationsbroschüre für alle Betroffenen und Beteiligten, z.B. Eltern, Pflegeeltern, Sachbearbeiter, Juristen, psychosoziale Fachkräfte weite Verbreitung und würde somit durch Information und Psychoedukation zu einer Verbesserung der Lage, in der sich „das Pflegekind in Deutschland“ befindet, beitragen.

4.2 Adaption der ACC (zu Forschungsaspekt 2)

Zu den bereits in der Diskussion zu Forschungsaspekt 1 genannten Aspekten per se (wie traumatische Erfahrungen in der Kindheit) kommen solche belastenden Aspekte hinzu, die mit den ganz spezifischen (Langzeit-)Folgen der Erfahrungen von Pflegekindern zu tun haben (vgl. etwa Widom, 1999, 2000; Hildyard & Wolfe, 2002; Rohmann, 2008; Kim, et al., 2009) und unter denen Pflegekinder leiden. Da diese Erfahrungen der Pflegekinder und ihre Situation an sich natürlich auf ihr Leben und ihre Entwicklung generell wirken, zum Beispiel bezogen auf die allgemeine psychische Belastung von Pflegekindern, auf das Ausmaß der bei ihnen zu beobachtenden Verhaltensprobleme oder ihrer Erfolge im schulischen und sozialen Bereich (vgl. etwa Dubowitz, et al., 1994; McCann, et al., 1996; Dimigen, et al., 1999; Garland, et al., 2001; Kindler, 2008b), wurde ein entsprechender Fokus auch in die aktuelle Studie integriert. Dies war besonders naheliegend, da in der Literatur diskutiert wird, dass gängige Instrumente zur Erfassung der allgemeinen psychischen Belastung und generellen Beeinträchtigung, wie etwa die Child Behavior Checklist (CBCL), für Pflegekinder nicht optimal geeignet und spezifischere Instrumente nötig sein könnten (vgl. Rosenfeld, et al., 1997; Tarren-Sweeney, 2006, 2007b, 2008). Diese Entwicklung von spezifischeren Instrumenten wird genau deswegen als notwendig erachtet, weil die allgemeinen Instrumente nicht auf die typischen Probleme der Gruppe der Pflegekinder, die sich von denen anderer Risikogruppen unterscheiden, eingehen. Es stellt sich also besonders die Frage der *Inhaltsvalidität* dieser Instrumente (Bühner, 2006). Im Rahmen vorliegender Studie wurde deswegen als zweite Fragestellung die deutsche Adaption eines Instruments überprüft, das genau an diesem Kritikpunkt ansetzt.

Die kritische Überprüfung der Inhaltsvalidität der Assessment Checklist for Children (ACC) ergab, dass sie Items zu genau solchen Verhaltensweisen und Belastungen beinhaltet, die als für Pflegekinder typisch angenommen werden. Als Beispiel seien Items 19) *Isst aus dem Abfall*, 20) *Isst Dinge, die keine Lebensmittel sind* oder 37) *Versteckt oder lagert Essen* genannt (möglichen Folgen einer Form von Vernachlässigung: unangemessene oder unzureichende Ernährung).

Einschränkend ist zu erwähnen, dass bezogen auf die Nebengütekriterien in der Studie keine systematischen Erhebungen durchgeführt wurden. Vereinzelt und spontan (also von sich aus) bestätigten die teilnehmenden Pflegeeltern jedoch, dass das Instrument wirklich gut wiedergeben würde, welcher Art die Probleme der Pflegekinder seien. Dies, vor allem jedoch die Entwicklung der ACC (siehe oben, Beschreibung der Instrumente) und die Durchsicht der einzelnen Items sprechen dafür, dass die *Inhaltsvalidität* der ACC gegeben ist.

Es wurden im Rahmen der Überprüfung der ACC die in der klassischen Testtheorie üblichen Größen und Kennwerte beurteilt. Itemanalysen, Berechnung der Trennschärfen und die Überprüfung der Homogenität sowie der klinischen Nützlichkeit wurden durchgeführt und die Bewertung der jeweiligen Ergebnisse an den üblichen Richtlinien orientiert (Bühner, 2006).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass nur in 14 Fällen optimale Werte für die *Itemschwierigkeit* (um .50) gefunden wurden, dass bei der Beurteilung der berechneten *Trennschärfen* ein gravierendes Problem dadurch entstand, dass einige Items mit einer Varianz von Null in der vorliegenden Stichprobe aus den Berechnungen ausgeschlossen werden mussten (siehe auch Punkt 4.3), dass eine gute *Item-Skala-Passung* den Daten nach zwar nicht für alle, so aber immerhin im Fall der Skalen 2, 3, 5, 6, 8, 9, NS, NZ und SW vorlag, so dass an diesen Skalen (eigentlich) keine Veränderungen vorzunehmen sind (Forschungsempfehlungen für die anderen Skalen siehe unten), dass die *Homogenität* für die Mehrheit der Skalen als akzeptabel zu bezeichnen ist und für neun Skalen (2 bis 5, 8 und 9a bzw. 9, NZ und SW) folglich eine vorläufige abschließende positive Beurteilung auf Basis der hier vorliegenden Daten erteilt werden kann. Auch bezogen auf die *klinische Nützlichkeit* der ACC zeigten sich erste vielversprechende Ergebnisse (Differenzierung zwischen Pflegekindern und Nicht-Pflegekindern, erwartungsgemäß gute Korrelationen der ACC mit einigen der anderen Instrumente dieser Studie).

Insgesamt überzeugt die deutsche Version der ACC jedoch auf Basis der hier gefundenen Ergebnisse noch nicht vollständig. Auch wenn keines der Items nur aufgrund der nicht optimalen Itemschwierigkeit aus dem Instrument entfernt wurde, da für die endgültige Auswahl der Items, die in einem Instrument enthalten bzw. nicht enthalten sein sollen, vor allem entscheidend ist, dass die Merkmale der Stichprobe und das Testziel berücksichtigt werden (Bühner, 2006) sollte die ACC erneut kritisch hinsichtlich Itemschwierigkeiten und Trennschärfen überprüft werden. Gerade bezogen auf die Bewertung der Trennschärfe mussten in dieser Studie eine Reihe von möglichen beeinflussenden Größen berücksichtigt werden: zwar ist die Höhe der Trennschärfe ent-

scheidend, diese wird aber selbst wieder von der Varianz der Items beeinflusst (denn bei geringer Varianz kann Cronbach's α nicht maximal werden). Auch sehr unterschiedliche Schiefen der einzelnen Items können zu verzerrten Trennschärfen führen, da Items, sind ihre Schiefen sehr unterschiedlich, nicht maximal miteinander korrelieren können. Davon abgesehen können Ausreißer, extreme Streuung oder Teilstichproben in der jeweiligen Stichprobe ebenfalls zu einer Verzerrung der Trennschärfen führen (Bühner, 2006). Es können zudem auch Trennschärfen mit negativem Vorzeichen auftreten. Inhaltlich bedeutet dies, dass Probanden, die hohe Werte bei diesem Item haben, niedrige Werte auf der Skala insgesamt bekommen. Das einzelne Item ist dann nicht gut geeignet, die Skala an sich zu repräsentieren – Items mit negativer Trennschärfe sind für die jeweilige Skala somit ungeeignet (Bühner, 2006). Vor dem Hintergrund dieser Überlegung sind die im Rahmen der Studie hier ermittelten Trennschärfen deswegen teilweise nur eingeschränkt zu interpretieren, was auf alle Skalen zutrifft, aus denen Items entfernt wurden: Skalen 1, 9 (und folglich 9a und 9b), 10 und AI (andere Items). Hier ist weitere Überprüfung notwendig.

Auch die Tatsache, dass sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der deutschen ACC und dem Alter des Pflegekinds zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie fand – ein Zusammenhang, der für die Originalversion dokumentiert ist (vgl. Tarren-Sweeney, 2006) – stellt einen Kritikpunkt dar. Da die ACC in ihrer Originalversion eben nach dem Alter der Inpflegenahme differenziert, müsste ein ähnlicher Zusammenhang auch für die deutsche Version angenommen werden können. Dass sich für die deutsche Version diesbezüglich keine Zusammenhänge finden, kann unter Umständen auf die hier teils zu beobachtende Varianz von Null bei einigen Items zurückgeführt werden. Auch hier ist weitere Überprüfung notwendig, selbst wenn die Ergebnisse für eine mögliche klinische Nützlichkeit der ACC sprechen.

Die Adaption der ACC im Rahmen dieser Studie bedeutet für die Praxis, dass jetzt auch für den deutschen Sprachraum ein speziell für Pflegekinder entwickeltes Instrument zur Verfügung steht. Aufgrund der noch nicht ausreichenden und vom Umfang her zu geringen Befundlage existieren allerdings keine deutschen Normen. Die Praxis hätte somit aus der sofortigen Verwendung der ACC noch keinen ausreichenden Nutzen in allen Bereichen. So bräuchte es etwa eine Auswertung anhand offizieller deutscher Normen, damit entsprechende ACC-Ergebnisse z.B. im Rahmen eines juristischen Verfahrens Verwendung finden können. Allerdings spricht dies nicht gegen eine Verwendung der ACC im jeweiligen Einzelfall, welcher dem Erkenntnisgewinn und, in Kombination mit anderen Instrumenten, der differenzierten Erfassung der Symptomatik oder Auffälligkeit bei Pflegekindern dienen kann.

4.3 Diskussion von Methode und Einschränkungen der Studie

Die vorliegende Studie unterliegt einer Reihe von Einschränkungen, die sich aus Design, Methodik und Auswertung der Daten ergeben. Diese sollen hier abschließend diskutiert werden.

So ist zunächst bezogen auf das Design der Untersuchung anzumerken, dass durch den nötigen Datenschutz kein Einblick in die Akten der Pflegekinder genommen werden konnte. Angaben zu Geschehnissen in den Herkunftsfamilien konnten deswegen teils nur aus dritter Hand (von den Pflegemüttern) gewonnen werden. Zwar wurde versucht, die Aussagen der Pflegekinder (im Sinne von Angaben aus erster Hand) möglichst damit zu vergleichen, so dass Falschinformationen ausgeschlossen werden konnten. Es stellt sich jedoch die Frage, ob nicht beispielsweise Loyalität zu den leiblichen Eltern oder schlichtweg fehlerhafte Erinnerung an Ereignisse, die teilweise in sehr jungem Alter der Pflegekinder stattfanden, ebenfalls zu verzerrten oder nicht vollständigen Berichten, etwa bezogen auf den Grund der Herausnahme oder das Ausmaß der kindlichen Traumatisierung, geführt haben könnten. Eine gewisse Einschränkung bezogen auf die Ermittlung des Ausmaßes der tatsächlichen Traumatisierung der Pflegekinder und der Geschehnisse in den Herkunftsfamilien sowie damit in Zusammenhang stehend der tatsächlichen PTBS-Prävalenzen dürfte somit gegeben sein.

Durch das Design bestimmt ergibt sich noch eine weitere Einschränkung: Die Non-Responder konnten nicht ermittelt werden. Es liegen keine Angaben dazu vor, wie viele der potenziell als Teilnehmer geeigneten Pflegekinder und -familien sich aus welchen Gründen auch immer gegen eine Teilnahme an der Studie entschieden haben. In Anbetracht der Tatsache, dass sich vorliegende Untersuchung (auch) mit der Frage der Prävalenz der PTBS bei Pflegekindern grundsätzlich befasst, dass hier eine grundsätzliche Aussage darüber getroffen werden soll, wie sehr Pflegekinder durch die Posttraumatische Belastungsstörung betroffen sind und wie sie erklärt werden kann, wäre gerade die Auswertung dieser Angaben von großem Interesse gewesen. Es kann im Moment nämlich nicht ausgeschlossen werden, dass eine Sub-Gruppe an schwer PTBS-belasteten Pflegekindern zwar von der Studie wusste, jedoch nicht teilgenommen hat. Eine derartige Verzerrung der Stichprobe erscheint möglich, wenn man bedenkt, dass sich die Rekrutierung per se von Anfang an mehr als schwierig gestaltete, dass das angestrebte $N = 100$ gar nicht und das aktuelle $N = 74$ nur sehr schwer erreicht werden konnte, obwohl eine Vielzahl an Jugendämtern und Pflegekinderverbänden die Studie unterstützten, also weite Teile Ober- und Niederbayerns als potenzielle Einzugsgebiete für die Untersuchung zur Verfügung standen. Dem widersprechen zwar auf den ersten Blick die im Rahmen der Stichprobenbeschreibung auch durchgeführten

Vergleiche der aktuellen Stichprobe mit denen anderer Studien. Doch das ist noch kein Beleg dafür, dass nicht vielleicht doch eine Verzerrung der Stichprobe vorgelegen haben kann, weil einfach schwerer psychisch auffällige Pflegekinder systematisch nicht teilgenommen haben. Es lässt sich also doch nicht mit letzter Sicherheit sagen, ob die hier ermittelten Ergebnisse bezogen auf die Belastung der Pflegekinder nicht vielleicht etwas „zu gut“ sind.

Eine dritte Einschränkung ergibt sich aus der Art und Weise der Diagnostik der PTBS und der Art, wie sie im Rahmen der Arbeit erhoben wurde, also dem Interview an sich. Zunächst bringt es die Möglichkeit, eine Diagnose nach DSM oder ICD zu stellen (also mit oder ohne erfülltem A2-Kriterium) mit sich, dass auch in vorliegender Studie das bereits aus der Literatur bekannte Phänomen der unterschiedlichen Prävalenzen (je nach verwendetem Diagnosemanual) zu beobachten war (vgl. Rosner & Powell, 2007). Erschwerend kommt noch hinzu, dass im Interview mit den Pflegekindern zunächst nach traumatischen Ereignissen gefragt wurde, dann nach erfüllten Kriterien A1 und A2 und dann nach den restlichen Kriterien, wenn A1 und A2 erfüllt waren bzw. es wurde bei erfüllten Kriterien A1 und A2, jedoch nicht erfülltem Cluster B, das Interview beendet. Es ist anzunehmen, dass eine gewisse Anzahl an Pflegekindern, die zwar beispielsweise Cluster A nicht oder Cluster A schon, nicht aber Cluster B erfüllten, doch Symptome gehabt hätten (etwa aus Cluster C), wenn sie weiter interviewt worden wären. Es ergibt sich hier das Problem der falsch negativen Diagnosen. Eine Möglichkeit diese Problematik zu umgehen wäre gewesen, grundsätzlich alle Pflegekinder, egal ob sie Kriterien A1 und A2 als erfüllt angeben und welche weiteren Symptome sie nennen, als traumatisiert zu betrachten und komplett zu befragen. Im Rahmen der Studie wurde aufgrund der bereits dargestellten Überlegungen dieses Vorgehen jedoch nicht gewählt (zur Rationale hinter diesem Vorgehen siehe oben). An dieser Stelle muss jedoch die sich daraus ergebende Gefahr der potenziell falsch negativen Diagnosen und die daraus folgende Einschränkung erwähnt werden. Für die zukünftige Forschung sollte, wenn die Gefahr der falsch negativen Diagnosen verringert werden soll, ein anderes Vorgehen gewählt werden. Durch eine Kombination aus Akteineinsicht, eventueller Befragung der Herkunftsfamilie, Befragung der Pflegeeltern zu PTBS-Symptomen und wiederholter Befragung der Pflegekinder, optimalerweise durch eine nicht ganz fremde Interviewerin (etwa eine durch das Jugendamt installierte und in die Fälle einbezogene Sonderbeauftragte) und konkreter Befragung der Non-Responder zu Gründen für die Nicht-Teilnahme und PTBS-Symptomatik bei den jeweiligen Pflegekindern (eben auch im Falle von nicht erfolgter Teilnahme) könnte diese methodische Problematik der falsch negativen Diagnosen eingedämmt werden.

Speziell durch die Ereignisse 9 (Kampf-/Kriegserfahrung) und 12 (Entführung) der Ereignisliste des IBS-KJ wurde noch eine weitere Einschränkung der Studie deutlich. Die Problematik des subjektiven Erlebens ist in der PTBS-Forschung altbekannt und die Frage danach, wie subjektives und objektives Erleben des Traumas zu werten sind, welche Rolle sie haben, wird immer wieder neu diskutiert. Speziell im Falle der Pflegekinder zeigte sich jedoch, dass mit den strengen Vorgaben des Interviews und einer strengen Auswertung der Antworten der Pflegekinder gemäß des IBS-KJ eben wohl nicht alle Traumata erfasst werden können. Als Beispiel sei an den Jungen erinnert, der die Gewalt zwischen seinen leiblichen Eltern als „Krieg“ erlebt hat (weil es seiner Vorstellung von Krieg entsprach) und für den seine damalige Erfahrung nicht gut mit Ereignis 6 des IBS-KJ (Erfahrung physischer Gewalt, z.B. mit einem Riemen) zu beschreiben war. Nachvollziehbarer Weise ist rein von der Formulierung der Ereignisse her die Qualität im Erleben eines Kindes von z.B. Schlagen, Treten oder Beißen und Krieg (zwischen den Eltern) eine sehr verschiedene. In diesem Sinne dürfte sich eine gewisse Einschränkung auch aus eben diesem Sachverhalt ergeben, da sich die Frage stellt, wie treffend die Formulierung der Ereignisse, die als potenzielle Traumata erfragt werden, gerade die Erlebenswelt von Pflegekindern überhaupt wiederzuspiegeln vermag.

Eine letzte zentrale Einschränkung bezüglich der Auswertung zu Forschungsaspekt 1 ergibt sich aus diversen methodischen Problemen. So konnte die Überprüfung der Fragestellung weder durch die Berechnung von Strukturgleichungsmodellen noch von logistischen Regressionen erfolgen. Die Voraussetzungen waren in beiden Fällen nicht erfüllt (zu geringe Stichproben- bzw. Fallzahlen, siehe oben). Beide Arten der Datenauswertung wären aber für die Fragestellung besser geeignet gewesen als die verwendeten multiplen linearen Regressionen. Es kommt noch hinzu, dass auch einige der Voraussetzungen zur Berechnung von multiplen Regressionen (die in gewissem Sinne als drittbeste Variante der Datenauswertung gewählt werden mussten) gar nicht überprüft werden konnten und andere Voraussetzungen mitunter nur teilweise erfüllt waren. So muss eben bei vorliegender Heteroskedastizität und Autokorrelation von einer Verfälschung des Standardfehlers des Regressionskoeffizienten ausgegangen werden (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2000). Mit zunehmender Multikollinearität werden die Standardfehler der Regressionskoeffizienten ebenfalls unzuverlässiger und bei nicht gegebener Normalverteilung der Fehler sind die entsprechenden Prüfgrößen der Testverfahren strenggenommen nicht anwendbar (Backhaus, et al., 2000). Allgemein gesprochen muss deswegen davon ausgegangen werden, dass die hier gefundenen Ergebnisse, bei denen die eben angeführten Probleme zu beobachten

waren, nur unter Vorbehalt als gültig zu sehen sind und einer erneuten Überprüfung an einer größeren Stichprobe unterzogen werden sollten (unter der Bedingung, dass mehr der Voraussetzungen erfüllt sind). Denn allein schon eine größere Stichprobe könnte beispielsweise das Problem der Multikollinearität beheben (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003).

Bezogen auf Forschungsaspekt 2, die Beurteilung der ACC im Rahmen vorliegender Arbeit, ist eine erste wichtige methodische Einschränkung dadurch gegeben, dass einige der Items in dieser Stichprobe einen Mittelwert und eine Varianz von Null aufwiesen und aus allen nachfolgenden Schritten der Überprüfung ausgeschlossen werden mussten. Bezogen auf die erhobenen Itemmittelwerte und Varianzen, sowie die mehrheitlich linkssteile Verteilung der Items ist weiterhin einschränkend festzuhalten, dass die hier beobachteten Mittelwerte der Items für eine eher geringe bis mittlere allgemeine Symptombelastung der Pflegekinder sprechen, so dass von einer gewissen Verzerrung der Stichprobe ausgegangen werden muss. Für die testtheoretische Beurteilung der ACC bedeutet dies zudem, dass über die Differenzierungsfähigkeit der deutschen Version der ACC im Bereich höherer Merkmalsausprägung aufgrund der fehlenden Daten in diesem Bereich im Moment nur eingeschränkt Aussagen getroffen werden können.

Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt an der Überprüfung der deutschen Version der ACC ist das Fehlen der Dimensionalitätsüberprüfung in Form einer konfirmatorischen Faktorenanalyse. Da die Stichprobengröße nicht einmal annähernd den dafür nötigen Mindestumfang von $N = 250$ hatte, und zudem (wie gesagt) einige Items sogar aus der Analyse ausgeschlossen werden mussten, war dies schlichtweg nicht möglich. Eine solche konfirmatorische Faktorenanalyse sollte aber grundsätzlich Teil der testtheoretischen Überprüfung eines jeden Instrumentes sein. Darüber hinaus waren die Daten auch für die Berechnung einer exploratorischen Faktorenanalyse ungeeignet, welche in gewissem Sinne als vorläufiger Ersatz für die fehlende konfirmatorische Faktorenanalyse hätte dienen können. Für die Bewertung der ACC im Rahmen der Studie ist demnach eindeutig festzuhalten, dass auf Grundlage der vorliegenden Daten keine Aussage über die Faktorenstruktur einer deutschen Version der Assessment Checklist for Children getroffen werden kann und dass diese Überprüfung an einer entsprechend großen Stichprobe dringend nachgeholt werden sollte.

Zusammenfassung

2007 wurden insgesamt 28 192 Kinder und Jugendliche im Rahmen einer vorläufigen Schutzmaßnahme durch die Jugendhilfe in einer entsprechenden Maßnahme, zum Beispiel einer Pflegefamilie, untergebracht (Statistisches Bundesamt, 2009b). Zum Jahresende standen 38 572 Kinder und Jugendliche unter Amtsvormundschaft (Statistisches Bundesamt, 2009b). Zu den Gründen, die solche Schutzmaßnahmen 2008 nötig erscheinen ließen zählten Vernachlässigung (deutschlandweit in 4 017 Fällen, in Bayern in 366 Fällen), Anzeichen für Misshandlung (deutschlandweit in 3 066 Fällen, in Bayern in 331 Fällen) oder Anzeichen für sexuellen Missbrauch, der deutschlandweit in 628 Fällen und in Bayern in 69 Fällen vorlag (Statistisches Bundesamt, 2009a). Besonders Vernachlässigung gewinnt in letzter Zeit, auch in Deutschland, an Bedeutung. Mutke (2001) fand beispielsweise für 318 Pflegekinder, dass 65.1% auf irgendeine Art und Weise vernachlässigt worden waren (Mehrfachnennungen waren möglich gewesen) und dass bei 50% von ihnen Vernachlässigung die zentrale Gefährdungskategorie darstellte.

Grundsätzlich können all die Ereignisse, die zur Herausnahme eines Kindes aus seiner Herkunftsfamilie führen, den *Typ-I-* bzw. *Typ-II-Traumata* der Typologie nach Terr (1991, zitiert nach Landolt, 2004) entsprechen. Eine mögliche Folge solch extremer (traumatischer) Ereignisse kann die Entwicklung einer kindlichen *Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)* sein. Davon abgesehen können die Formen der Misshandlung vielfältig sein, und entsprechend vielseitig stellen sich einerseits die Folgen, Symptome und Belastungen der (dann) Pflegekinder und andererseits die Herausforderungen der Pflegefamilien dar. Allgemein gesprochen ist aus der Traumaforschung bekannt, dass Unterschiede existieren, zum Beispiel bezogen auf die Prävalenz bestimmter traumatischer Ereignisse, auf die Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Entwicklung nach einem bestimmten erlebten Trauma und auch bezogen auf die individuelle Reaktion und Entwicklung nach dem Trauma.

Die vorliegende Studie setzt dort an, wo sich die beiden Bereiche treffen. Es wurden 74 fremduntergebrachte Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 10 und 18 Jahren sowie deren Pflegeeltern befragt. Es wurden unter anderem Informationen zu folgenden Punkten gesammelt: Grund der Fremdunterbringung, traumatische Vorkommnisse in der Herkunftsfamilie, vergangene und aktuelle Befindlichkeit und Belastung des Pflegekindes, grundsätzliches Vorkommen und Ausmaß der Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), bisherige psychosoziale Versor-

gung und Therapieerfahrung des Pflegekindes, Beschaffenheit der Umgangskontakte mit den leiblichen Eltern, Ausmaß der subjektiv erlebten Belastung der Pflegeeltern. Dabei wurden eine Reihe von Instrumenten eingesetzt, um die aktuelle Befindlichkeit und Symptomatik der Pflegekinder möglichst vollständig erfassen zu können: Die Child Behavior Checklist (CBCL), Child Dissociative Checklist (CDC), Assessment Checklist for Children (ACC), die Familienklimaskalen (FKS), ressourcenorientierte Anfangsfragen für das Pflegekind, das Interview zu Belastungsstörungen für Kinder und Jugendliche (IBS-KJ), der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), ressourcenorientierten Abschlussfragen für das Pflegekind und ein halbstandardisiertes exploratives Interview für Pflegeeltern (H-EIP).

Im Rahmen der Arbeit wurden zwei Forschungsaspekte untersucht. Die aktuelle posttraumatische Belastung (in Form der Kriterien *Anzahl vorliegender Hauptsymptome einer PTBS*, *Schweregrad der PTBS-DSM* und *Schweregrad der PTBS-ICD*) sollte durch verschiedene Prädiktoren vorhergesagt werden, es sollte geklärt werden, wie viel Varianz die einzelnen Prädiktoren vorherzusagen vermögen. Berücksichtigt wurden gerade solche Variablen, die für Pflegeabbrüche relevant sind. Davon abgesehen wurde der prädiktive Wert der allgemeinen psychischen Belastung der Pflegekinder (ermittelt mit der CBCL), der Belastung mit dissoziativer Symptomatik (ermittelt mit der CDC) und das Ausmaß kindlicher Traumatisierung (ermittelt mit dem CTQ) überprüft. Zur Ermittlung der Bedeutsamkeit einzelner Variablenkombinationen wurden multiple lineare Regressionen berechnet. Der zweite Forschungsaspekt befasst sich mit der Adaption eines Instruments, das speziell für die Gruppe der Pflegekinder entwickelt deren psychische Belastung erfassen soll. Die Assessment Checklist for Children (ACC) wurde im Rahmen der Studie für den deutschen Sprachraum adaptiert und einer Überprüfung nach den Kriterien der klassischen Testtheorie unterzogen (u.a. Itemanalyse, Analyse der Rohwertverteilung der Items, Analyse der Itemschwierigkeiten, Berechnung der Trennschärfen, Überprüfung der Homogenität).

Es zeigte sich bezogen auf Forschungsaspekt 1, dass die aktuelle (internalisierende, externalisierende und dissoziative) Symptomatik sowie das Geschlecht einerseits und das Ausmaß kindlicher Traumatisierung in der Herkunftsfamilie sowie die Anzahl an Gründen für die Herausnahme andererseits als Prädiktoren zur Vorhersage der aktuellen PTBS bei Pflegekindern geeignet scheinen. Bezogen auf durch das Jugendamt bedingte Prädiktoren und solche, die durch die Pflegefamilie mit bedingt wer-

den, konnten keine eindeutigen Ergebnisse gefunden werden. Es ergaben sich jedoch Hinweise darauf, dass die Prädiktoren die PTBS beim Pflegekind eventuell vorherzusagen vermögen. Eine weitere statistischen Absicherung und Untersuchung des Sachverhalts erscheint angemessen. Einzig bezogen auf pflegschaftsrelevante Variablen zeigte sich, dass gemäß den hier vorliegenden Daten diese Prädiktoren nicht zur Vorhersage geeignet sein dürften.

Bezogen auf Forschungsaspekt 2 ergab sich, dass die Inhaltsvalidität der deutschen ACC gegeben sein dürfte. Es wurde nach eingehender Analyse keines der Items aus dem Instrument entfernt. Cronbach's α konnte für alle Skalen als ausreichend bis hoch beurteilt werden. Einige Skalen (1, 4, 7, 10 und AI) bedürfen den bisherigen Ergebnissen nach jedoch weiterer Überprüfung an einer größeren Stichprobe. Eine Skala (9b) konnte auf Grundlage der Daten dieser Studie nicht bewertet werden. Gute Item-Skala-Passung lag den Daten nach im Fall der Skalen 2, 3, 5, 6, 8, 9, NS, NZ und SW vor, so dass an diesen Skalen keine Veränderungen vorzunehmen sind. Die Homogenität war für neun der Skalen (Skalen 2 bis 5 sowie Skalen 8 und 9a bzw. 9 und die Skalen NZ und SW) als akzeptabel zu bezeichnen, so dass für diese Skalen eine vorläufig abschließende positive Beurteilung auf Basis der hier vorliegenden Daten erteilt werden konnte, die restlichen Skalen bedürfen erneuter Überprüfung an einer größeren. Die ersten Ergebnisse sprechen für eine klinische Nützlichkeit der ACC, Ökonomie und sonstige testtheoretische Kriterien (wie Reliabilität und Validität) konnten als zufriedenstellend beurteilt werden.

Die Studie unterliegt einer Reihe von Einschränkungen. Unter anderem durch das Design und den Datenschutz bedingt (ein Einblick in die Akten der Pflegekinder war nicht möglich und die Non-Responder konnten nicht ermittelt werden). Eine gewisse Einschränkung bezogen auf die Ermittlung des Ausmaßes der tatsächlichen Traumatisierung der Pflegekinder und der Geschehnisse in den Herkunftsfamilien könnte somit gegeben, eine Verzerrung der Stichprobe erscheint möglich sein. Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus der Diagnostik der PTBS selbst und der Art, wie sie im Rahmen der Arbeit erhoben wurde. Es ist anzunehmen, dass eine gewisse Anzahl an Pflegekindern falsch negative Diagnosen erhielten und zwar begründet durch die Diagnosestellung an sich (in Form der gültigen Abbruchkriterien). Zentrale methodische Einschränkungen bezüglich Forschungsaspekt 1 ergaben sich daraus, dass einige der

Voraussetzungen zur Berechnung multipler Regressionen gar nicht überprüft werden konnten und andere Voraussetzungen nur teilweise erfüllt waren.

Bezogen auf Forschungsaspekt 2, waren wichtige methodische Einschränkungen darin begründet, dass eine Reihe von Items Mittelwert und Varianz von Null aufwiesen und aus der Überprüfung ausgeschlossen werden mussten. Die hier für die ACC getroffenen Aussagen per se sind folglich nur eingeschränkt mit den bisherigen Ergebnissen zur Originalversion vergleichbar. Weiterer wichtiger methodischer Kritikpunkt an der Überprüfung der deutschen Version der ACC ist das Fehlen der Dimensionalitätsüberprüfung in Form einer konfirmatorischen Faktorenanalyse. Für die Bewertung der ACC im Rahmen der Studie ist demnach eindeutig festzuhalten, dass auf Grundlage der vorliegenden Daten keine Aussage über die Faktorenstruktur einer deutschen Version der Assessment Checklist for Children getroffen werden kann.

Für die zukünftige Forschung bieten sich auf Basis der hier gefundenen Ergebnisse eine weitere Überprüfung von Teilen der in Forschungsaspekt 1 untersuchten Fragestellungen an, besonders anhand von Strukturgleichungsmodellen bei Vorliegen einer größeren Stichprobe und für Forschungsaspekt 2, ebenfalls an einer umfangreicheren Stichprobe, eine Dimensionalitätsüberprüfung der ACC.

Literatur

- Aldgate, J. & Hawley, D. (1986). Helping Foster Families through disruption. *Adoption and Fostering*, 10, 9-44.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl (420), 21-27.
- American Psychiatric Association (APA). (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Dt. Bearb. v. Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. Göttingen: Hogrefe.
- American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 69-73.
- Armsden, G., Pecora, P., Payne, V. & Szatkiewicz, J. (2000). Children placed in long-term foster care: An intake profile using the Child Behavior Checklist/4-18. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 8 (1), 49-64.
- Arnold, P. (2010). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Pflegekindern: Psychische Belastung, posttraumatische Symptomatik und kindliche Verhaltensauffälligkeiten. Unveröffentlichte Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (1990). *Multivariate Analysemethoden* (6., überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (9., überarbeitete und erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Bader, K., Hanny, C., Schäfer, V., Neuckel, A. & Kuhl, Ch. (2009). Childhood Trauma Questionnaire – Psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Version. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38, 223-230.
- Baker, A. J. L. & Maiorino, E. (2010). Assessments of emotional abuse and neglect with the CTQ: Issues and estimates. *Children and Youth Services Review*, 32, 740-748.
- Barber, J. G. & Delfabbro, P. H. (2003). Placement stability and the psychosocial well-being of children in foster care. *Research on Social Work Practice*, 13, 415-431.

- Baur, N. & Fromm, S. (2008). *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene. Ein Arbeitsbuch* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1996). *Kognitive Therapie der Depression* (5. Auflage). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Bender, K. (2010). Why do some maltreated youth become juvenile offenders? A call for future investigation and adaptation of youth services. *Children and Youth Services Review*, 32, 466-473.
- Benedict, M. I., Zuravin, S., Brandt, D. & Abbey, H. (1994). Types and frequency of child maltreatment by family foster care providers in an urban population. *Child Abuse and Neglect*, 18, 577-585.
- Benninghoven, D., Cierpka, M., & Thomas, V. (2003). Überblick über familiendiagnostische Fragebogeninventare. In: M. Cierpka (Hrsg.). *Handbuch der Familiendiagnostik* (2. Auflage) (S. 487-510). Berlin: Springer.
- Bernier, A. & Dozier, M. (2003). Bridging the attachment transmission gap: The role of maternal mind-mindedness. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 355-365.
- Bernstein, D. P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire - A retrospective self-report. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation Harcourt Brace & Company.
- Berridge, D. & Cleaver, H. (1987). *Foster Home Breakdown*. Oxford: Blackwell.
- Blaffer Hrdy, S. (2000). *Mother Nature. Maternal instincts and how they shape the human species*. New York: Balantine Books.
- Blandow, J. (2004). *Pflegekinder und ihre Familien. Geschichte, Situation und Perspektiven des Pflegekinderwesens*. München: Juventa.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Auflage). Berlin: Springer.
- Breh, D. C., & Seidler, G. H. (2005). Zum Zusammenhang von peritraumatischer Dissoziation und PTSD: Eine Metaanalyse. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3 (3), 79-89.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10, 198-210.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55 (7), 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.

- Brewin, C. R. & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*, 339-376.
- Brown, E. S., Fulton, M. K., Wilkeson, A. & Petty, F. (2000). The psychiatric sequelae of civilian trauma. *Comprehensive Psychiatry, 41* (1), 19-23.
- Bruskas, D. (2008). Children in foster care: A vulnerable population at risk. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 21*, 70-77.
- Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 53*, 789-795.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2008). Alleinerziehende in Deutschland – Potenziale, Lebenssituationen und Unterstützungbedarfe. *Monitor Familienforschung. Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik, 15*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Burdzovic Andreas, J. & Watson, M. W. (2009). Moderating effects of family environment on the association between children's aggressive beliefs and their aggression trajectories from childhood to adolescence. *Development and Psychopathology, 21*, 189-205.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., et al. (2004). Mental health needs and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 960-970.
- Byrne, B.M. (2009). *Structural equation modeling with AMOS. Basic concepts, applications, and programming. 2nd edition*. New York: Routledge.
- Campbell, N. B., Milling, L., Laughlin, A. & Bush, E. (1993). The psychosocial climate of families with suicidal pre-adolescent children. *American Journal of Orthopsychiatry, 63*, 142-145.
- Catani, C. (2010). Krieg im Zuhause – ein Überblick zum Zusammenhang zwischen Kriegstraumatisierung und familiärer Gewalt. *Verhaltenstherapie, 20*, 19-27.
- Caya, M. L. & Liem, J. H. (1998). The role of sibling support in high-conflict families. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*, 327-333.
- Cierpka, M. (2003). *Handbuch der Familiendiagnostik* (2. Auflage). Springer-Verlag: Berlin.
- Clark, H. B., Prange, M. E., Lee, B., Boyd, L. A., McDonald, B. A. & Stewart, E. S. (1994). Improving adjustment outcomes for foster children with emotional and behavioral disorders:

- Early findings from a controlled study on individualized services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 207-218.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. & Aiken, L. S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (3rd edition). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cook, J. D. & Bickman, L. (1990). Social support and psychological symptomatology following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 541-555.
- Copping, V. E., Warling, D. L., Benner, D. G. & Woodside, D. W. (2001). A child trauma treatment pilot study. *Journal of Child and Family Studies*, 10, 467-475.
- Cortes, A. M., Saltzman, K. M., Weems, C. F., Regnault, H. P., Reiss, A. L. & Carrion, V. C. (2005). Development of anxiety disorders in a traumatized pediatric population: A preliminary longitudinal evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 29, 905-914.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A. & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (2), 99-112.
- Coulling, N. (2000). Definitions of successful education for the 'looked after' child: A multiagency perspective. *Support for Learning*, 15 (1), 30-35.
- Cox, C. M., Kenardy, J. A. & Hendrikz, J. K. (2008). A meta-analysis of risk factors that predict psychopathology following accidental trauma. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13 (2), 98-110.
- Darves-Bornoz, J.-M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.-M., Kovess-Masfety, V. et al. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (5), 455-462.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A. & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1474-1484.
- Denby, R., Rindfleisch, N. & Bean, G. (1999). Predictors of foster parents' satisfaction and intent to continue to foster. *Child Abuse and Neglect*, 23, 287-303.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Hrsg.). (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Diehl, J. M. & Staufenbiel, T. (2002). *Statistik mit SPSS. Version 10 + 11*. Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz.

- Dimigen, G., Del Priore, C., Butler S., Evans, S., Ferguson, L. & Swan, M. (1999). Psychiatric disorder among children at time of entering local authority care: Questionnaire survey. *British Medical Journal*, *319*, 675.
- Döpfner, M., Schmeck, K. & Berner, W. (1994). *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P. & Heim, K. (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18)* (2. Auflage mit deutschen Normen). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend-, und Familiendiagnostik.
- Dozier, M., Stovall, K. Ch., Albus, K. E. & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, *72*, 1467-1477.
- Dross, M. (2001). *Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Dubner, A. E. & Motta, R. W. (1999). Sexually and physically abused foster care children and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 367-373.
- Dubowitz, H., Feigelman, S., Harrington, D., Starr, R. Jr., Zuravin, S. & Sayer, R. (1994). Children in kinship care: how do they fare? *Children and Youth Services Review*, *16*, 85-106.
- Dyregrov, A. & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, *11*, 176-184.
- Eckert-Schirmer, J., Hoch, H. J., Lüscher, K. & Ziegler, F. (1998). Die Regulation von Familienbeziehungen durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz am Beispiel der jugendamtlichen und vormundschaftsrichterlichen Regulation von Pflegekindschaftsverhältnissen (§ 33 KJHG). *System Familie*, *11*, 27-30.
- Eisen, M. L., Goodman, G. S., Qin, J., Davis, S. & Crayton, J. (2007). Maltreated children's memory: Accuracy, suggestibility, and psychopathology. *Developmental Psychology*, *43*, 1275-1294.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 319-345.
- Ellermann, C. R. (2007). Influences on the mental health of children placed in foster care. *Family Community Health*, *30*, 23-32.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *27* (1), 37-45.

- Evans, M. E., Armstrong, M. I., Dollard, N., Kuppinger, A. D., Huz, S. & Wood, V. M. (1994). Development and evaluation of treatment foster care and family-centered intensive case management in New York. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 228-239.
- Fantuzzo, J. W., & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence [Special Issue: Domestic violence and children]. *The Future of Children*, 9, 21-32.
- Fantuzzo, J. W. & Perlman, S. (2007). The unique impact of out-of-home placement and the mediating effects of child maltreatment and homelessness on early school success. *Children and Youth Services Review*, 29, 941-960.
- Fechter-Leggett, M. O. & O'Brien, K. (2010). The effects of kinship care on adult mental health outcomes of alumni of foster care. *Children and Youth Services Review*, 32, 206-213.
- Festinger, T. & Baker, A. (in press). Prevalence of recalled childhood emotional abuse among child welfare staff and related well-being factors. *Children and Youth Service Review*.
- Flannery, R. B. Jr. (1990). Social support and psychological Trauma: A methodological review. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 593-611.
- Foy, D. W., Madvig, B. T., Pynoos, R. S. & Camilleri, A. J. (1996). Etiologic factors in the development of Posttraumatic Stress Disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34, 133-145.
- Frans, O., Rimmo, P. A., Aberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (4), 291-299.
- Frey, C. & Röthlisberger C. (1996). Aspekte der sozialen Entwicklung von Jugendlichen mit cystischer Fibrose. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 304-313.
- Friedrich, W. H., Urquiza, A. J. & Beilke, R. L. (1986). Behavior problems in sexually abused young children. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 47-57.
- Friedrich, W. N., Gerber, P. N., Koplin, B., Davis, M. Giese, J., Mykelbust, Ch., et al. (2001). Multimodal assessment of dissociation in adolescents: inpatients and juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13 (3), 167-177.
- Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huysahl, J. E. & Bengtson, B. S. (1997). Dissociative and sexual behavior in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 155-171.
- Fromm, S. (2008). Multiple lineare Regressionsanalyse. In N. Baur & S. Fromm. *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene. Ein Arbeitsbuch* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Garland, A. F., Hough, R., McCabe, K., Yeh, M., Wood, P. & Aarons, G. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 409-418.

- Garland, A. F., Landsverk, J. L., Hough, R. L. & Ellis-MacLeod, E. (1996). Type of maltreatment as a predictor of mental health service use for children in foster care. *Child Abuse & Neglect*, 20, 675-688.
- Gavranidou, M. & Rosner, R. (2003). The weaker sex? Gender and post-traumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 17 (3), 130-139.
- George, V. (1970). *Foster Care – Theory and Practice*. New York: Routledge + Kagan Paul.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K. & Cohen, E. (1995). Life events in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-1380.
- Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. G., Leonard, A. C., Gleser, G. C., et al. (1991). Children and disaster: Age, gender, and parental effects on PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 945-951.
- Green, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M. C., Goring, J. C. & Faraone, S. V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1214-1224.
- Grogan-Kaylor, A., Ruffolo, M. C., Ortega, R. M. & Clarke, J. (2008). Behaviors of youth involved in the child welfare system. *Child Abuse & Neglect*, 32, 35-49.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Waters, E. (Hrsg.). (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. Guilford: New York.
- Hagl, M. (2008). *Psychische Folgen von Verkehrsunfällen: Zur Rolle der peritraumatischen Dissoziation*. Berlin: Logos Verlag.
- Haight, W., et al., A mental health intervention for rural, foster children from methamphetamine-involved families: Experimental assessment with qualitative elaboration, *Children and Youth Services Review* (2010), doi: 10.1016/j.chilyouth.2010.06.024.
- Halperin, E. N. (1993). Denial in the children whose parents die of AIDS. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 249-257.
- Hannemann, A. (2008). §§ 8a und 42 SGB VIII (KJHG): Hilfe und Kontrolle nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz – was hat sich verbessert? *Praxis der Rechtspsychologie. Themenschwerpunkt Kinder in Gefährdungslagen: Risikoanalysen und Hilfen*, 18, 229-239.
- Hardenberg, O. (2006). Konsequenzen für die Pflegeeltern – Übertragung traumatischer Bindungs- und Beziehungserfahrungen in die Pflegefamilie. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *Bindung und Trauma – Konsequenzen in der Arbeit für Pflegekinder*, 85-101. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.

- Heim, Ch. & Nemeroff, Ch. B. (2009). Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrum, 14* (1), 13-24.
- Herman, J. L. (2006). *Die Narben der Gewalt* (2. Auflage). Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Hildyard, K. & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect, 26*, 679-695.
- Hirschfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Faraone, S. V., Segool, N., Buchwald, J. & Rosenbaum, J. F. (2004). Lack of association between behavioral inhibition and psychosocial adversity factors in children at risk for anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 161*, 547-555.
- Hobbs, G. F., Hobbs, C. J. & Wynne, J. M. (1999). Abuse of children in foster and residential care. *Child Abuse and Neglect, 23*, 1239-1252.
- Holman, R. (1975). The place of fostering in social work. *British Journal of Social Work, 1*, 3-29.
- Horwitz, S. M., Balestracci, K. M. B. & Simms, M. D. (2001). Foster care improves children's functioning. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 155*, 1255-1260.
- Howe, D. & Fearnley, S. (2003). Disorders in attachment in adopted and fostered children: Recognition and treatment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 8*, 369-387.
- Hussey, D. L. & Guo, S. (2005). Characteristics and trajectories of treatment foster care youth. *Child Welfare, 84*, 485-506.
- Hyman, S. M., Paliwal, P. & Sinha, R. (2007). Childhood maltreatment, perceived stress, and stress-related coping in recently abstinent cocaine dependent adults. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*, 233-238.
- James, S. (2004). Why do foster care placements disrupt? An investigation on reasons for placement change in foster care. *Social Service Review, 4*, 601-627.
- James, S., Landsverk, J. & Sylmen, D. J. (2004). Placement movement in out-of-home care: Patterns and predictors. *Children and Youth Services Review, 26*, 185-206.
- Jaritz, C., Wiesinger, D. & Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. *Trauma & Gewalt, 2*, 266-277.
- Jones, J. C. & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 10*, 299-328.
- Jordan, E. (2004). Abbrüche von Pflegeverhältnissen. *Praxis der Rechtspsychologie Themenschwerpunkt: Kindeswohlgefährdung, 14*, 398-411.
- Jugendrecht* (28. Auflage). (2007). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Kaplan, S. P. (1991). Psychosocial adjustment three years after traumatic brain injury. *The Clinical Neuropsychologist, 5*, 360-369.

- Kassam-Adams, N. & Koplein Winston, F. (2004). Predicting child PTSD: The relationship between Acute Stress Disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 403-411.
- Keiley, M. K., Howe, T. R., Dodge, K. A., Bates, J. E. & Petit, G. S. (2001). The timing of child physical maltreatment: A cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing problems. *Development and Psychopathology*, 13, 891-912.
- Keller, T. E., Salazar, A. M. & Courtney, M. E. (2010). Prevalence and timing of diagnosable mental health, alcohol and substance use problems among older adolescents in the child welfare system. *Child and Youth Services Review*, 32, 626-634.
- Kelly, M. M., Towner-Thyrum, E., Rigby, A. & Marin, B. (1998). Adjustment and identity formation in adopted and nonadopted young adults: Contributions of family environment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 497-500.
- Kim, J., Talbot, N. L. & Cicchetti, D. (2009). Childhood abuse and current interpersonal conflict: The role of shame. *Child Abuse and Neglect*, 33, 362-371.
- Kindler, H. (2008a). Gefährdungseinschätzung durch psychologische Sachverständige im Kontext von § 1666 BGB/§ 8a SGB VIII. *Praxis der Rechtspsychologie. Themenschwerpunkt Kinder in Gefährdungslagen: Risikoanalysen und Hilfen*, 18, 240-257.
- Kindler, H. (2008b). Pflegekinder nicht ins Hintertreffen geraten lassen. In Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *DJI Bulletin 81*, 22. München: DJI.
- Kindler, H. & Lillig, S. (2004). Psychologische Kriterien bei Entscheidungen über eine Rückführung von Pflegekindern nach einer früheren Kindeswohlgefährdung. *Praxis der Rechtspsychologie. Themenschwerpunkt Kindeswohlgefährdung*, 14 (2), 368-397.
- Kindler, H. & Lillig, S. (2006). Was ist unter „gewichtigen Anhaltspunkten“ für die Gefährdung eines Kindes zu verstehen? In Deutsches Jugendinstitut IKK (Hrsg.), *IKK-Nachrichten § 8a SGB VIII. Herausforderungen bei der Umsetzung*, S. 16-19.
- Kiser, L. J., Heston, J., Millsap, P. A. & Pruitt, D. B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: Relationship with post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 776-783.
- Klee, L. & Halfon, N. (1987). Mental health care for foster children in California. *Child Abuse and Neglect*, 11, 63-74.
- Köckeritz, Ch. (2004). *Entwicklungspsychologie für die Jugendhilfe. Eine Einführung in Entwicklungsprozesse, Risikofaktoren und Umsetzung in Praxisfeldern*. München: Juventa.
- Köckeritz, Ch. (2006). Konsequenzen für die Jugendhilfe – Vollzeitpflege zwischen Ideologie und Realität. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *Bindung und Trauma – Konsequenzen in der Arbeit für Pflegekinder* (S. 67-83). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K. & Burns, B. J. (2010). Osttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation. A national sample of in-home and out-of-home care. *Child Maltreatment*, 15, 48-63.
- Korte, A., Pfeiffer, E. & Salbach, H. (2005). Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter. Zur Problematik der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Kontext kinder- und jugendpsychiatrischer Begutachtungen. *Praxis der Rechtspsychologie. Themenschwerpunkt Posttraumatische Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter*, 15, 28-57.
- Kultalahti, T. K. & Rosner, R. (2008). Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 201-218.
- Kunkel, P.-Ch. (2008). Wächteramt und Garantenstellung, Inobhutnahme, geschlossene Unterbringung. *Praxis der Rechtspsychologie. Themenschwerpunkt Kinder in Gefährdungslagen: Risikoanalysen und Hilfen*, 18 (2), 139-147.
- Landolt, M. A. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M. A. (2005). Die posttraumatische Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Rechtspsychologie. Themenschwerpunkt Posttraumatische Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter*, 15, 10-27.
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Ribl, K., Timm, K., Sennhauser, F. H. & Gnehm, H. E. (2003). Inzidenz und Verlauf posttraumatischer Belastungsreaktionen nach Verkehrsunfällen im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung* 12 (3), 184-192.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lev-Wiesel, R. (2008). Child sexual abuse: A critical review of of intervention and treatment modalities. *Children and Youth Services Review*, 30, 665-673.
- Lonigan, Ch. J., Shannon, M. P., Taylor, Ch. M., Finch, A.J. & Sallee, F. R. (1994). Children exposed to disaster: II. Risk factors for the development of post-traumatic symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 94-105.
- Maas, C., Herrenkohl, T. I. & Sousa, C. (2008). Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9, 56-67.
- Martinotti, G., Carli, V., Tedeschi, D., Di Giannantonio, M., Roy, A., Janiri, L., et al. (2009). Mono- and polysubstance dependent subjects differ on social factors, childhood trauma, personality, suicidal behavior, and comorbid Axis I diagnoses. *Addictive Behaviors*, 34, 790-793.
- Mathews, C. A., Kaur, N. & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25, 742-751.

- McCann, J. B., James, A., Wilson, S. & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313, 1529-1530.
- McIntyre, A. & Keesler, T. Y. (1986). Psychological disorders among foster children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 297-303.
- McGloin, J. M. & Widow, C. S. (2001). Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and Psychopathology*, 13, 3-18.
- McLeer, S. V., Callaghan, M., Henry, D. & Wallen, J. (1994). Psychiatric disorders in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 313-319.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B. & Ralphe, D. L. (1988). Post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 650-654.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Henry, D. & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 875-879.
- McMillen, J. C., Zima, B. T., Scott, L. D., Auslander, W. F., Munson, M., Ollie, M. T., et al. (2005). Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 88-95.
- McWey, L. M., et al., The impact of continued contact with biological parents upon the mental health of children in foster care, *Children and Youth Services Review* (2010), doi: 10.1016/j.chilyouth.2010.05.003.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress bewältigen!* München: Ehrenwirth.
- Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5 (4), 217-232.
- Milburn, N. L., Lynch, M. & Jackson, J. (2008). Early identification of mental health needs for children in care: A therapeutic assessment programme for statutory clients of child protection. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13 (1), 31-47.
- Milner, J. S., Thomsen, C. J., Crouch, J. L., Rabenhorst, M. M., Martens, P. M., Dyslin, Ch. W., et al. (2010). Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk? *Child Abuse & Neglect*, 34, 332-344.
- Mtezuka, E. M. (1995). Zusammenleben mit sexuell mißbrauchten Kindern. In Arbeitsgemeinschaft zur Förderung von Pflegekindern (Hrsg.), *Pflegekinder in einer veränderten Welt* (S. 420-425). Münster: Votum Verlag.
- Mutke, B. (2001). Gefährdung des Kindeswohls – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *IKK-Nachrichten* 2 (S. 1-4). München: Deutsches Jugendinstitut .

- Naumann-Lenzen, M. (2003). Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 595-619.
- Neil, E., Beek, M. & Schofield, G. (2003). Thinking about and managing contact in permanent placements: The differences and similarities between adoptive parents and foster carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 401-418.
- Newton, R. R., Litrownik, A. J. & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1363-1374.
- Nienstedt, M. & Westermann, A. (1998). *Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien*. Münster: Votum.
- Noll, J. G. (2008). Sexual abuse of children – Unique in its effects on development? *Child Abuse and Neglect*, 32, 603-605.
- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Ohan, J. L., Myers, K. & Collett, B. R. (2002). Ten-year review of rating scales. IV: scales assessing trauma and its effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1401-1422.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Bulletin*, 133 (2), 183-204.
- Oswald, S. H., Heil, K. & Goldbeck, L. (2009). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology* (advance access published December 10, 2009), 1-11.
- Oswald, S. H., Fegert, J. M. & Goldbeck, L. (2010). Traumafolgestörungen bei Pflegekindern nach Misshandlung und Vernachlässigung. *Verhaltenstherapie*, 20, 37-44.
- Oswald, S. H. & Goldbeck, L. (2010). *Traumatisierung und psychische Auffälligkeiten bei Pflegekindern*. Manuskript eingereicht zur Publikation.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52-73.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (1), 46-59.
- Perkonig, A. & Wittchen, H.-U. (1997). Prevalence and comorbidity of traumatic events and Posttraumatic Stress Disorder in adolescents and young adults. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Hrsg.) *Post-traumatic stress disorder: a lifespan developmental perspective* (S. 113-133). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

- Perry, B. D., Conrad, D. J., Dobson, C., Schick, S. & Runyan, D. (2000). *The Children's Crisis Care Centre Model: A proactive, multidimensional child and family assessment process*. Zugriff am 07. Januar 2010 http://www.childtrauma.org/ctamaterials/cccc_paper.asp
- Peschel-Gutzeit, L. M. (2008). Elterliche Sorge und Umgang aus juristischer Sicht. *Praxis der Rechtspsychologie. Themenschwerpunkt Kinder in Gefährdungslagen: Risikoanalysen und Hilfen*, 18, 174-195.
- Projektgruppe Pflegekinderhilfe in Deutschland. (2006). Pflegekinder im Blick. In Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *DJI Bulletin 77* (S. 17-18). München: Deutsches Jugendinstitut.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse & Neglect*, 17, 39-45.
- Putnam, F. W., Helmers, K., Horowitz, L. A. & Trickett, P. K. (1995). Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19 (5), 645-655.
- Putnam, F. W., Helmers, K. & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17, 731-741.
- Putnam, F. W. & Peterson, G. (1994). Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation*, 7, 204-211.
- Racusin, R., Maerlender, A. C., Sengupta, A., Isquith, P. K. & Straus, M. B. (2005). Psychosocial treatment of children in foster care: A review. *Community Mental Health Journal*, 41, 199-221.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Saxbe, D. (2007). The influence of early socialisation experiences on the development of biological systems. In J. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization* (S. 124-152). New York: Guilford.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.
- Rhodes, K. W., Orme, J. G. & Buehler, C. (2001). A comparison of family foster parents who quit, consider quitting, and plan to continue fostering. *Social Service Review*, 75 (1), 84-114.
- Richardson, B., Foster, V. A. & McAdams, C. R. (1998). Parenting attitudes and moral development of treatment foster parents: Implications for training and supervision. *Child and Youth Care Forum*, 27, 409-431.
- Richert, K. A., Carrion, V. G., Karchemskiy, A. & Reiss, A. L. (2006). Regional differences of the prefrontal cortex in pediatric PTSD: an MRI study. *Depression and Anxiety*, 23, 17-25.
- Rohmann, J. A. (2008). § 8a SGB VIII: Psychologische Erkenntnisse, methodische Erfordernisse, Psychodiagnostik und Beurteilung hinsichtlich „gewichtiger Anhaltspunkte“ und „Abschätzung“ eines „Gefährdungsrisikos“ bei (evtl.) Kindeswohlgefährdung. *Praxis der Rechtspsychologie. Themenschwerpunkt: Kinder in Gefährdungslagen: Risikoanalysen und Hilfen*, 18, 196-228.

- Roller White, C., O'Brien, K., Pecora, P. J., English, D., Williams, J. R. & Phillips, C. M. (2009). Depression among alumni of foster care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 17, 38-48.
- Rosenfeld, A. A., Pilowsky, D. J., Fine, P., Thorpe, M., Fein, E., Simms, M. D., et al. (1997). Foster care: An update. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 448-457.
- Rosenthal, J. A., Motz, J. K., Edmonson, D. A. & Groze, V. K. (1991). A descriptive study of abuse and neglect in out-of-home placement. *Child Abuse and Neglect*, 15, 249-260.
- Rosner, R. (Hrsg.). (2006). *Psychotherapieführer Kinder und Jugendliche*. München: C.H. Beck.
- Rosner, R. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung. In F. Petermann. (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6., vollständig überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Rosner, R. & Hagl, M. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 205-209.
- Rosner, R. & Powell, S. (2007). Überschätzt die ICD-10 die PTBS-Prävalenz? Auswirkungen unterschiedlicher Diagnosekriterien auf Diagnoseraten der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Kriegstraumatisierung. *Trauma und Gewalt*, 1, 46-52.
- Roy, A. (2009). Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. *Archives of Suicide Research*, 13, 46-51.
- Rudolf, M. & Müller, J. (2004). *Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Göttingen: Hogrefe.
- Rushton, A., Mayes, D., Dance, C. & Quinton, D. (2003). Parenting late-placed children: The development of new relationships and the challenge of behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 389-400.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Saigh, P. A., Green, B. L. & Korol, M. (1996). The history and prevalence of Posttraumatic Stress Disorder with special reference to children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34, 107-131.
- Salmon, K. & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic Stress Disorder in children. The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22, 163-188.
- Sandmeir, G. (2008). Pflegekinder kommen zu Wort. In Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *DJI Bulletin* 82, 15-18. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Sarchiapone, M., Carli, V., Cuomo, Ch. & Roy, A. (2007). Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depression and Anxiety*, 24, 268-272.

- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A. & Zeanah, Ch. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (1), 52-60.
- Scheeringa, M. S. & Zeanah, Ch. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *International Society for Traumatic Stress Studies*, 799-815.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, Ch. H., Drell, M. J. & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, Ch. H., Myers, L. & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, Ch. H., Myers, L. & Putnam, F. W. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 899-906.
- Schmeck, K., Poustka, F., Döpfner, M., Plück, J., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (2001). Discriminant validity of the Child Behavior Checklist CBCL-4/18 in German samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 240-247.
- Schmitt, M. (2000). Mother-daughter attachment and family cohesion. *European Journal of Psychological assessment*, 16, 115-124.
- Schneewind, K. A., Beckmann, M. & Hecht-Jackl, A. (1984). *Das FK-Testsystem. Testmanual*. München: Ludwig-Maximilians-Universität, Department für Psychologie.
- Schone, R. (2006). Probleme und Hürden bei der Umsetzung des § 8a SGB VIII. In Deutsches Jugendinstitut IKK (Hrsg.), *IKK-Nachrichten § 8a SGB VIII. Herausforderungen bei der Umsetzung* (S. 20-23). München: Deutsches Jugendinstitut.
- Schulte-Körne, G. (2000). Belastungs- und Anpassungsstörungen. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie*, (S. 234–239). Stuttgart: Thieme.
- Schwartländer, B. (2004). Kinder psychisch kranker Eltern. *Praxis der Rechtspsychologie*, 14, 331-346.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). The highly structured climate in families of adolescents with diabetes: Functional or dysfunctional for metabolic control? *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 313-322.
- Seiffge-Krenke, I., Roth, M. & von Irmer, J. (2006). Prädiktoren von lebenslanger Delinquenz. Welche Bedeutung haben frühere familiäre Belastung, kindliche Delinquenz und maladaptive Copingstile zur Unterscheidung von Gefängnisinsassen mit unterschiedlicher Schwere der Delinquenz? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 178-187.

- Seiffge-Krenke, I. & Schmidt, C. (1999). Das leistungsorientierte Familienklima in Familien mit chronisch kranken Jugendlichen: Funktional oder dysfunktional für die medizinische Adaptation? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 1-8.
- Sfoggia, A., Pacheco, M. A. & Grassi-Oliveira, R. (2008). History of childhood abuse and neglect and suicidal behavior at hospital admission. *Crisis*, 29, 154-158.
- Sim, L., Friedrich, W. N., Hobart Davies, W., Trentham, B., Lengua, L. & Pithers, W. (2005). The Child Behavior Checklist as an indicator of posttraumatic stress disorder and dissociation in normative, psychiatric, and sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 697-705.
- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vamde Voort, J. L., Schak, K M. & Ellington, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 531-539.
- Simms, M. D. (1989). The foster care clinic: A community program to identify treatment needs of children in foster care. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 10, 121-128.
- Simon, R. J. & Altstein, H. (1987). *Transracial adoptees and their families: A study of identity and commitment*. New York, NY: Praeger Publishers.
- Skeer, M., McCormick, M. C., Normand, S.-L. T., Buka, S. L. & Gilman, S. E. (2009). A prospective study of familial conflict, psychological stress, and the development of substance use disorders in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 104, 65-72.
- Spitzer, C., Chevalier, C., Gillner, M., Freyberger, H. J. & Barnow, S. (2006). Complex posttraumatic stress disorder and child maltreatment in forensic inpatients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17, 204-216.
- Statistisches Bundesamt. (2009a). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Vorläufige Schutzmaßnahmen 2008*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2009b). *Statistisches Jahrbuch 2009*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steil, R. (2003). Posttraumatische Belastungsstörung. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen* (S. 275-310). Berlin: Springer.
- Steil, R. & Füchsel, G. (2006). *IBS-KJ. Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik der Akuten und der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Hogrefe: Göttingen.
- Steil, R. & Straube E. R. (2002). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 1-13.
- Stein, D. J., Cloitre, M., Nemeroff, Ch. B., Nutt, D. J., Seedat, S., Shalev, A. Y., et al. (2009). Cape Town Consensus on Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrum*, 14 (1), 52-58.

- Sternberg, K., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E. & Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review, 26*, 89-112.
- Strand, V. C., Sarmiento, T. L. & Pasquale, L. E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents. *Trauma, Violence and Abuse, 6*, 55-78.
- Tarren-Sweeney, M. (2006). Patterns of aberrant eating among pre-adolescent children in foster care. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*, 623-634.
- Tarren-Sweeney, M. (2007a). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review, 30*, 1-25.
- Tarren-Sweeney, M. (2007b). The Assessment Checklist for Children – ACC: A behavioral rating scale for children in foster, kinship and residential care. *Children and Youth Services Review, 29*, 672-691.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment, 13* (2), 182-198.
- Tarren-Sweeney, M. & Hazell, P. (2004). The mental health and socialization of siblings in care. *Children and Youth Services Review, 27*, 821-843.
- Tarren-Sweeney, M. & Hazell, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health, 42*, 89-97.
- Tarren-Sweeney, M. & Hazell, P. & Carr, V. J. (2003). Are foster parents reliable informants of children's behaviour problems? *Child: Care, Health & Development, 30*, 167-175.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bulletin, 132*, 959-992.
- Trasler, C. (1960). *In Place of Parents – A Study in Foster Care*. London.
- Ücok, A. & Bikmaz, S. (2007). The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 116*, 371-377.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225-249.
- Walter, E. (2009). Umgangspflicht aus psychologischer Sicht. *Praxis der Rechtspsychologie, Themenschwerpunkt Umgang, 19* (1), 17-32.
- Waterman, B. (2001). Mourning the loss builds the bond: Primal communication between foster, adoptive, or stepmother and child. *Journal of Loss and Trauma, 6*, 277-300.
- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress, 20* (2), 107-121.

- Weede Alexander, K., Quas, J. A., Goodman, G. S., Ghetti, S., Edelstein, R. S., Redlich, A. D., et al. (2005). Traumatic impact predicts long-term memory for documented child sexual abuse. *Psychological Science*, 16 (1), 33 – 40.
- Weems, C. F., Saltzman, K. M., Reiss, A. L. & Carrion V. G. (2003). A prospective test of the association between hyperarousal and emotional numbing in youth with a history of traumatic stress. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 166-171.
- Weierich, M. R. & Nock, M. K. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relationship between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 39-44.
- Wekerle, C., Wolfe, D. A., Hawkins, D. L., Pittman, A., Glickman, A. & Lovald, B. E. (2001). Childhood maltreatment, Post-traumatic stress symptomatology, and adolescent dating violence: considering the value of adolescent perceptions of abuse in a trauma mediational model. *Development and Psychopathology*, 13, 847-871.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1223-1229.
- Widom, C. S. (2000). Childhood victimization: Early adversity, later psychopathology. *National Institute of Justice Journal (Januar 2000)*, 2-9.
- Wiemann, I. (2000). Die Auflösung der Spezialdienste für Pflegekinder – ein grosser Qualitätsverlust. *Kindeswohl*, 14, 8-11.
- Wiesner, M., Bittner, I., Silbereisen, R. K. & Reitzle, M. (2000). Risikoindikatoren für depressive Symptome in der frühen Adoleszenz: Überprüfung eines Mediatormodells. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 29, 204-213.
- Wild, E. & Berglez, A. (2002). Adoptiv- und Pflegefamilien. In M. Hofer, E. Wild und P. Noack. *Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung* (S. 362-388). Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Gloster, A., Beesdo, A., Schönfeld, S & Perkonig, A. (2009). Posttraumatic Stress Disorder: Diagnostic and epidemiological perspectives. *CSN Spectrum*, 14 (1), 5-12.
- Wittenberg, R. (1998). *Grundlagen computerunterstützter Datenanalyse* (2. Auflage). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Wittenberg, R. & Cramer, H. (2003). *Datenanalyse mit SPSS für Windows* (3., neubearbeitete Auflage). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)* (2. korr. Aufl.; übersetzt und herausg. v. Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H.). Bern: Hans Huber.

-
- Yama, M. F., Tovey, S. L. & Fogas, B. S. (1993). Childhood family environment and sexual abuse as predictors of anxiety and depression in adult women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 136-141.
- Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (Suppl1), 29-36.
- Ziegenhain, U. (2001). Kindesvernachlässigung aus bindungstheoretischer Sicht. In Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *IKK-Nachrichten* (2), 6-8. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Zitelmann, M. (2001). *Kindeswohl und Kindeswille im Spannungsfeld von Pädagogik und Recht*. Münster: Votum Verlag.
- Zima, B., Bussing, R., Freeman, S., Yang, X., Belin, T. & Forness, S. (2000). Behavior problems, academic skill delays and school failure among school-aged children in foster care: Their relationship to placement characteristics. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 87-103.

Anhang

Anhang 1: Erhebungsmaterial und Instrumente

Anhang 2: Ergänzendes Material/Tabellen

Anhang 3: Lebenslauf

Anhang 4: Verzeichnis der Abbildungen

Anhang 5: Verzeichnis der Tabellen

Anhang 6: Curriculum Vitae

Anhang 1: Erhebungsmaterial und Instrumente

Anhang 1A: 3-seitiger Bogen für telefonischen Erstkontakt

Anhang 1B: Assessment Checklist for Children (ACC)

Anhang 1C: Ressourcenorientierter Anfangsteil für Interview mit Pflegekindern

Anhang 1D: Ressourcenorientierter Abschluss für Interview mit Pflegekindern

Anhang 1E: HEI-P - Interviewleitfaden für Interview mit Pflegeeltern

Anhang 1A: 3-seitiger Bogen für telefonischen Erstkontakt

Seite 1

Pflegekinderstudie
LMU München 2007-2009

Telefonischer Erstkontakt

Datum: _____

Code: _____
(1. Buchstabe Vorname Kind, 2. Buchstabe Nachname Familie, Geburtstag Kind)

Pflegeeltern

- (1) Telefonat mit () Pflegemutter () Pflegevater
- (2) Alter Pflegemutter: _____
- (3) Alter Pflegevater: _____
- (4) Ausbildung/Beruf Pflegemutter: _____
- (5) Ausbildung/Beruf Pflegevater: _____
- (6) Berufstätigkeit Pflegemutter aktuell: _____
- (7) Berufstätigkeit Pflegevater aktuell: _____

Pflegefamilie

- (8) Wievielte Pflegschaft: _____
- (9) Kinder in der Familie, davon
 - a. Leibliche Kinder der Pflegeeltern (Geschlecht, Geburtstag, Namen):
 - 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____

Seite 2

Pflegekinderstudie
LMU München 2007-2009

b. Geschwister des Pflegekindes (Geschlecht, Geburtstag, Namen):

1. _____

2. _____

3. _____

() Geschwister in anderer (Pflege-) Familie
untergebracht, und zwar:

c. Andere Pflegekinder (Geschlecht, Geburtstag, Namen):

1. _____

2. _____

3. _____

Pflegekind

(10) Name: _____

(11) Geburtstag: _____

(12) Geschlecht: _____

(13) Wievielte Unterbringung: _____

(14) Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der
Herkunftsfamilie: _____

Pflegeverhältnis

(15) Beginn: _____

(16) Unterbringung des Kindes () gegen oder () mit dem Willen der
leiblichen Eltern

(17) Eindeutigkeit der Unterbringungssituation:
() zeitweilige oder () dauerhafte Unterbringung

Seite 3

Pflegekinderstudie
LMU München 2007-2009

Mögliche Termine

Datum: _____

Datum: _____

Datum: _____

Datum: _____

Bester Wochentag: _____

Beste Uhrzeit: _____

Fragen, Anmerkungen, Wünsche des Gesprächspartners

Anhang 1B: Assessment Checklist for Children (ACC)

ACC, Seite 1

ACC Assessment Checklist for Children

Teil 1 Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, die Verhaltensweisen und Gefühle von Kindern beschreiben. Bitte kreisen Sie für jede Aussage die Ziffer ein, die Verhalten und Gefühle Ihres Kindes in den letzten 4 bis 6 Monaten am besten beschreibt.

- Kreisen Sie die 0 ein, falls die Aussage für Ihr Kind in den letzten 4 bis 6 Monaten nicht zutrifft.
 → Kreisen Sie die 1 ein, falls die Aussage für Ihr Kind in den letzten 4 bis 6 Monaten teilweise zutrifft.
 → Kreisen Sie die 2 ein, falls die Aussage für Ihr Kind in den letzten 4 bis 6 Monaten meistens zutrifft.

Bitte besprechen Sie Ihre Antworten nicht mit Ihrem Kind, da die Aussagen das Kind in Verlegenheit bringen oder ihm unangenehm sein könnten.

- | | | | |
|-------|---|-------|--|
| 0 1 2 | 1. Passt sich Veränderungen langsam an | 0 1 2 | 44. Lebt in einer Fantasiewelt |
| 0 1 2 | 2. Zeigt aufmerksamkeitssuchendes Verhalten | 0 1 2 | 45. Hat ein niedriges Selbstwertgefühl |
| 0 1 2 | 3. Vermeidet Augenkontakt, außer er/sie ist in Schwierigkeiten | 0 1 2 | 46. Manipuliert oder „benutzt“ Freunde |
| 0 1 2 | 4. Glaubt, dass er/sie gar nichts gut kann | 0 1 2 | 47. Spiele beinhalten gewalttätige oder ängstigende Themen |
| 0 1 2 | 5. Kann sich nicht konzentrieren, hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne | 0 1 2 | 48. Besitzergreifend, kann seine /ihre Freunde nicht mit anderen teilen |
| 0 1 2 | 6. Wechselt oft die Freunde | 0 1 2 | 49. Frühreif (spricht oder verhält sich wie Erwachsene) |
| 0 1 2 | 7. Ist anhänglich | 0 1 2 | 50. Ist lieber mit Erwachsenen als mit Gleichaltrigen zusammen |
| 0 1 2 | 8. Beschwert sich darüber, nicht liebenswert zu sein | 0 1 2 | 51. Bevorzugt den Umgang mit älteren Kindern |
| 0 1 2 | 9. Verlangt stark nach Zuneigung | 0 1 2 | 52. Weigert sich zu sprechen |
| 0 1 2 | 10. Mag sich selbst nicht | 0 1 2 | 53. Verhält sich gegenüber Fremden „als ob Sie Familie wären“ |
| 0 1 2 | 11. Misstraut Erwachsenen | 0 1 2 | 54. Wehrt sich dagegen getröstet zu werden, wenn er/sie sich verletzt hat |
| 0 1 2 | 12. Weint nicht | 0 1 2 | 55. Riskiert körperliche Gesundheit; ist furchtlos |
| 0 1 2 | 13. Teilt nicht mit Freunden | 0 1 2 | 56. Sagt, dass Freunde gegen ihn/sie sind |
| 0 1 2 | 14. Zeigt keine Zuneigung | 0 1 2 | 57. Sagt, dass er/sie „böse“ oder „nicht gut“ ist |
| 0 1 2 | 15. Setzt sich nicht genügend für sich selbst ein | 0 1 2 | 58. Verheimlicht Dinge |
| 0 1 2 | 16. Ist zu Hause leicht entmutigt | 0 1 2 | 59. Scheint unsicher |
| 0 1 2 | 17. Ist in der Schule leicht entmutigt | 0 1 2 | 60. Erschrickt leicht |
| 0 1 2 | 18. Leicht durch andere Kinder zu beeinflussen | 0 1 2 | 61. Stiehlt Essen |
| 0 1 2 | 19. Isst aus dem Abfall | 0 1 2 | 62. Ist misstrauisch |
| 0 1 2 | 20. Isst Dinge, die keine Lebensmittel sind | 0 1 2 | 63. Denkt er/sie ist jemand oder etwas anderes |
| 0 1 2 | 21. Isst zu viel | 0 1 2 | 64. Denkt andere Kinder sind besser als er/sie |
| 0 1 2 | 22. Ist gegenüber Männern allgemein ängstlich | 0 1 2 | 65. Ist zu folgsam (passt sich zu stark an) |
| 0 1 2 | 23. Ist zur Schlafenszeit ängstlich oder nervös | 0 1 2 | 66. Ist zu dramatisch (unechte Emotionen) |
| 0 1 2 | 24. Fürchtet, er/sie könnte missbraucht werden | 0 1 2 | 67. Ist zu freundlich zu Fremden |
| 0 1 2 | 25. Fürchtet er/sie könnte etwas Böses tun | 0 1 2 | 68. Ist zu unabhängig |
| 0 1 2 | 26. Fürchtet, dass Sie ihn/sie zurückweisen | 0 1 2 | 69. Ist zu eifersüchtig |
| 0 1 2 | 27. Schämt sich | 0 1 2 | 70. Behandelt Sie, als ob Sie das Kind wären und er/sie der/die Erwachsene |
| 0 1 2 | 28. Fühlt sich wertlos oder minderwertig | 0 1 2 | 71. Versucht zu sehr es anderen Kindern recht zu machen |
| 0 1 2 | 29. Kann sich nur schwer entscheiden | 0 1 2 | 72. Versucht zu sehr es Ihnen recht zu machen |
| 0 1 2 | 30. Verletzt sich oft, „neigt zu Unfällen“ | 0 1 2 | 73. Bringt Freunde gegeneinander auf |
| 0 1 2 | 31. Gibt zu leicht auf | 0 1 2 | 74. Gefühlos (zeigt kaum Besorgnis um andere) |
| 0 1 2 | 32. Verschlingt Essen | 0 1 2 | 75. Ist sehr vergesslich |
| 0 1 2 | 33. Hat eine niedrige Meinung von sich selbst | 0 1 2 | 76. Möchte wie ein Baby oder Kleinkind behandelt werden |
| 0 1 2 | 34. Hat einen imaginären Freund | 0 1 2 | 77. Ist vorsichtig oder wachsam |
| 0 1 2 | 35. Hat Alpträume | 0 1 2 | 78. Ist verschlossen, zurückgezogen |
| 0 1 2 | 36. Verbirgt Gefühle | 0 1 2 | 79. Probiert keine neuen Aktivitäten aus |
| 0 1 2 | 37. Versteckt oder lagert Essen | 0 1 2 | 80. Tritt nicht mit anderen Kindern in Kontakt |
| 0 1 2 | 38. Umarmt Männer, die keine Verwandten oder Bezugspersonen sind | 0 1 2 | 81. Befürchtet, dass <u>ihnen</u> etwas Schreckliches wiederfahren wird |
| 0 1 2 | 39. Ist überzeugt, dass Freunde ihn/sie ablehnen werden | | |
| 0 1 2 | 40. Hat Angst verletzt zu werden | | |
| 0 1 2 | 41. Ihm/ihr fehlt Zuversicht | | |
| 0 1 2 | 42. Hat mangelndes Schuldbewusstsein oder fehlendes Einfühlungsvermögen | | |
| 0 1 2 | 43. Lacht, wenn er/sie verletzt ist oder Schmerzen hat | | |

Bitte blättern, um Teil 2 zu vervollständigen.

ACC, Seite 2

ACC Assessment Checklist for Children**Teil 2** Bitte beachten Sie, dass die Anleitungen auf dieser Seite anders lauten.**Kreisen Sie auf dieser Seite**

- 0 nur ein, falls das Verhalten in den letzten 4 bis 6 Monaten **nicht aufgetreten ist**.
 → 1 nur ein, falls das Verhalten in den letzten 4 bis 6 Monaten **einmal aufgetreten ist**.
 → 2 nur ein, falls das Verhalten in den letzten 4 bis 6 Monaten **mehr als einmal aufgetreten ist**.

- | | |
|--|---|
| 0 1 2 82. Verlangt nach körperlicher Bestrafung | 0 1 2 101. Küsst mit offenem Mund |
| 0 1 2 83. Verübt Selbstmordversuch/e | 0 1 2 102. Onaniert/Masturbiert zu Hause im Beisein anderer |
| 0 1 2 84. Beißt sich selbst | 0 1 2 103. Onaniert/Masturbiert in der Schule oder in der Öffentlichkeit |
| 0 1 2 85. Verursacht eigenes Erbrechen | 0 1 2 104. Stochert in Wunden oder Verletzungen herum |
| 0 1 2 86. Verletzt sich selbst
(Bitte beschreiben) _____ | 0 1 2 105. Bittet darum verletzt zu werden |
| 0 1 2 87. Schneidet sich oder reißt sich Haare aus
(Bitte beschreiben) _____ | 0 1 2 106. Schaukelt vor und zurück (Bitte beschreiben) _____ |
| 0 1 2 88. Schneidet oder schlitzt seine/ihre Kleidung
(Bitte beschreiben) _____ | 0 1 2 107. Sagt, sein/ihr Leben ist nicht lebenswert |
| 0 1 2 89. Beschreibt, wie er/sie sich töten würde | 0 1 2 108. Zeigt altersunangemessenes sexuelles Verhalten (Bitte beschreiben) _____ |
| 0 1 2 90. Beschreibt oder imitiert sexuelle Verhaltensweisen | 0 1 2 109. Hat Geschlechtsverkehr mit einer gleichaltrigen Person |
| 0 1 2 91. Ist durch traumatische Erinnerungen belastet | 0 1 2 110. Hat eine sexuelle Beziehungen mit einem Erwachsenen (Bitte beschreiben) _____ |
| 0 1 2 92. Zeigt keinen Schmerz bei körperlichen Verletzungen | 0 1 2 111. Zeigt anderen Kindern (nicht Geschwister) die eigenen Geschlechtsteile |
| 0 1 2 93. Zeigt eine extreme Reaktion bei Verlust eines Freundes oder bei Ablehnung durch andere Kinder
(Bitte beschreiben) _____ | 0 1 2 112. Fängt unanständige Gespräche an, erzählt Witze über Sex |
| 0 1 2 94. „Flirtet“ mit Fremden | 0 1 2 113. Spricht über Selbstmord |
| 0 1 2 95. Zwingt oder drängt andere Kinder zu sexuellen Interaktionen | 0 1 2 114. Droht damit sich selbst zu verletzen |
| 0 1 2 96. Hat „Blackouts“ oder zeitweisen Gedächtnisverlust | 0 1 2 115. Droht damit sich selbst zu töten |
| 0 1 2 97. Hat Panikattacken
(wann?) _____ | 0 1 2 116. Wirft sich selbst gegen Wände, auf den Boden etc. (Bitte beschreiben) _____ |
| 0 1 2 98. Schlägt sich auf den Kopf oder stößt den Kopf irgendwo an | 0 1 2 117. Berührt oder küsst die Geschlechtsteile anderer Personen |
| 0 1 2 99. Verletzt sich absichtlich selbst mit Messern oder anderen Werkzeugen (Bitte beschreiben) _____ | 0 1 2 118. Versucht andere zu sexuellem Verhalten zu animieren (Bitte beschreiben) _____ |
| 0 1 2 100. Schluckt absichtlich gefährliche Substanzen um sich selbst zu verletzen (z.B. Medikamente, Gift)
(Bitte beschreiben) _____ | 0 1 2 119. Trinkt ungesunde Sachen (z.B. aus weggeworfenen Flaschen, aus der Toilettenschüssel) (Bitte beschreiben) _____ |
| | 0 1 2 120. Sagt nicht, wenn er/sie körperlich verletzt ist |

Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie alle Fragen auf beiden Seiten beantwortet haben**Name des Kindes:****Alter des Kindes:****Ihr Name:****Ihre Beziehung zum Kind:**

(z.B. Mutter, Vater, Tante, Pflegemutter, Großvater)

Anhang 1C: Ressourcenorientierter Anfangsteil für Interview mit Pflegekindern

Ressourcen-Interview 1

Pflegekind

- * Was sind Deine Hobbies?
- * Was kannst Du besonders gut?
- * Wer ist Deine beste Freundin/Dein bester Freund?
- * Was machst Du in Deiner Freizeit?
- * Zu wem hast Du ein besonders gutes Verhältnis?
- * Zu wem kannst Du gehen, wenn es Dir nicht gut geht?
- * Gibt es einen Menschen, auf den Du Dich immer verlassen kannst, egal was ist?
- * Helfen Dir Deine Geschwister, wenn Du Dich nicht gut fühlst?
- * Was machst Du in der Schule am liebsten?
- * Worin bist Du in der Schule so richtig gut?
- * Was macht Dir richtig viel Freude?
- * Welche Sache macht Dich zu etwas ganz Besonderem?

Anweisung:

Die Fragen werden der Reihe nach gestellt, es sei denn, eine Frage ist nicht angemessen, etwa wenn das Pflegekind keine (leiblichen) Geschwister hat.

Es soll die gesamte Befragung nicht länger als 10 Minuten dauern, die Fragen, die nach 10 Minuten nicht besprochen wurden, werden nicht mehr gestellt.

Anhang 1D: Ressourcenorientierter Abschluss für Interview mit Pflegekindern

Ressourcen-Interview 2

Pflegekind

- * Was hilft Dir Dich wieder besser zu fühlen, wenn Du mal traurig bist?
- * Was tust Du selbst, wenn Du Dich schlecht fühlst, damit es Dir wieder besser geht?
- * Welche anderen Menschen helfen Dir, damit Du Dich gut fühlst?
- * Was tun diese Menschen um Dich wieder fröhlich zu machen?
- * Was tun Deine Pflegeeltern um Dich zu unterstützen und Dir zu helfen?
- * Was gefällt Dir an Deiner jetzigen (Pflege-) Familie richtig gut?
- * etc.

Anweisung:

Die Fragen werden der Reihe nach gestellt, es sei denn, eine ist unpassend.

Die Fragen nach Pflegeeltern und Pflegefamilie werden entsprechend angepasst. Es wird also von „Eltern“ und „Familie“ gesprochen, wenn das Kind diese Begriffe eingeführt.

Wenn alle oben genannten Fragen gestellt sind, können u.U. weitere Fragen gestellt werden, die sich auf die im Ressourcen-Interview 1 gefundenen Faktoren beziehen.

Es kann ganz am Ende auch eine kurze Zusammenfassung der bisher gefundenen Ressourcen und Stärken gegeben werden.

Anhang 1E: HEI-P - Interviewleitfaden für Interview mit Pflegeeltern

H-EIP, Seite 1

**Das
Halbstandardisierte Explorative Interview für Pflegeeltern
H-EIP**

Fragen zum Ereignis

(1) Warum wurde das Kind aus der Herkunftsfamilie herausgenommen?

(Beispiele sind durch weitere Aspekte zu ergänzen, falls sie für den jeweiligen Fall relevant sind)

- a. Vernachlässigung
- b. Missbrauch
- c. Misshandlung
- d. Drogenabhängigkeit der Eltern
- e. Alkoholabhängigkeit der Eltern
- f. Medikamentenabhängigkeit der Eltern
- g. Tod der leiblichen Mutter
- h. Psychische Erkrankung der Mutter
- i. Auffälligkeiten des Kindes

(2) Wie lange befand sich das Kind unter diesen Umständen in der Herkunftsfamilie? (Angabe in Monaten)

(3) Gab es ein konkretes Ereignis?

(4) War das konkrete Ereignis einmal oder wiederholt?

(5) Wie alt war das Kind zum Zeitpunkt des konkreten Ereignisses?

(6) Gibt es weitere Opfer/Betroffene?

(7) Wie ist die verwandtschaftliche Beziehung des Kindes zu den anderen Opfern/Betroffenen?

- a. Schwester
- b. Bruder
- c. Halbschwester
- d. Halbbruder
- e. Mutter
- f. Vater
- g. Freund
- h. Freundin

(8) Steht das Kind mit diesen Opfern in Kontakt?

© Eva-Maria G. Groh (2010)

H-EIP, Seite 2

(9) Wie oft sieht das Kind die anderen Betroffenen?

- a. Nicht relevant
- b. Wöchentlich
- c. Monatlich
- d. Halbjährlich
- e. Jährlich
- f. Nie

(10) Liegt für die leiblichen Eltern eine Strafbelastung vor?

(11) Wie hoch ist die Strafbelastung der leiblichen Eltern auf einer Skala von 1 bis 10?

Verfahren

(12) Läuft derzeit noch ein juristisches Verfahren, von dem das Kind betroffen ist?

(13) Wie lang ist die bisherige Dauer des Verfahrens in Monaten?

(14) Wie hoch ist die zu erwartende Schädigung des Pflegekindes bei Wiederherausnahme aus der Pflegefamilie auf einer Skala von 1 bis 10 einzuschätzen?

(15) Wie hoch ist das Ausmaß der Belastung des Kindes durch das Verfahren auf einer Skala von 1 bis 10 einzuschätzen?

(16) Auf einer Skala von 1 bis 10, wie gut wird seitens der Behörden mit den Erlebnissen des Pflegekindes umgegangen?

Kind

(17) Wie ist die Vorgeschichte des Kindes allgemein?

(18) Erzählt das Kind vom Grund der Herausnahme?

(19) Welcher Art ist das verwandtschaftliche Verhältnis des Kindes zum Täter?

- a. Leibliches Kind
- b. Erweiterte Verwandtschaft
- c. Nachbarschaft
- d. Schutzbefohlenenverhältnis

© Eva-Maria G. Groh (2010)

H-EIP, Seite 3

- (20) Wie hoch ist das Ausmaß der Kindeswohlgefährdung auf einer Skala von 1 bis 10 einzuschätzen?**
- (21) Hat das Kind Schuldgefühle?**
- (22) Wie äußern sich die Schuldgefühle?**
- (23) Wie stark sind die Schuldgefühle auf einer Skala von 1 bis 10?**
- (24) Welche engen Bezugspersonen hat das Kind? (ggfs. ergänzen)**
- a. Pflegemutter
 - b. Pflegevater
 - c. Leibliches Kind der Pflegeeltern
 - d. Leibliches Geschwister des Pflegekindes
 - e. Leibliche Großeltern
- (25) Wie reagieren die Bezugspersonen emotional auf das Ereignis, das zur Herausnahme geführt hat?**
- (26) Welche protektiven Faktoren sind vorhanden, woraus zieht das Kind Kraft?**
- (27) Welche Trigger (darunter versteht man z.B. Dinge oder Situationen, die Symptome oder auch Erinnerungen an best. Ereignisse auslösen) hat das Kind?**
- (28) Wie wird mit Triggern umgegangen seitens**
- a. Kind/Jugendlicher
 - b. Pflegeeltern

Kontakt zur Herkunftsfamilie

- (29) Wie hoch ist die elterliche Stressbelastung auf einer Skala von 1 bis 10?**
- (30) Wie eng ist der Kontakt?**
- a. Wöchentlich
 - b. Monatlich
 - c. Vierteljährlich
 - d. Halbjährlich
 - e. Jährlich
 - f. Unregelmäßig
 - g. Regelmäßig

© Eva-Maria G. Groh (2010)

H-EIP, Seite 4

(31) Hat der Umgang mit den leiblichen Eltern Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes in der Pflegefamilie? (Bitte beschreiben)

Pflegefamilie

- (32) Welche Vorgeschichte hat das Kind andere Pflegefamilien betreffend?**
- (33) Wie wird in der Pflegefamilie mit den Erlebnissen des Pflegekindes umgegangen?**
- (34) Wie gut/eng ist die Beziehung zwischen Pflegeeltern und Pflegekind auf einer Skala von 1 bis 10?**
- (35) Wird der Lebensalltag des Pflegekindes durch seine Geschichte beeinflusst?**
- (36) Auf welche Art wird der Lebensalltag des Pflegekindes durch seine Geschichte beeinflusst?**
- (37) Wie sehr wird der Lebensalltag des Pflegekindes auf einer Skala von 1 bis 10 durch seine Geschichte beeinflusst?**

Psychosoziale Versorgung

- (38) Bisherige Versorgung**
- a. Welche war das?
 - b. Auf einer Skala von 1 bis 10, wie hilfreich war die Therapie?
 - c. Wann wurde sie begonnen?
 - d. Wie oft fand sie statt?
 - e. Läuft die Hilfe noch?
 - f. Wurde die Maßnahme abgebrochen?
 - g. Warum wurde die Maßnahme abgebrochen?
 - h. Verliep die Maßnahme erfolgreich?
 - i. Warum verlief die Maßnahme erfolgreich?
- (39) Wie groß ist die Entfernung bis zur nächstmöglichen Behandlungsstelle in Stunden Fahrtzeit?**
- (40) Wie hoch ist die Compliance (darunter versteht man die Bereitwilligkeit zur Mitarbeit und eigenes Engagement) des Kindes auf einer Skala von 1 bis 10 (gewesen)?**

© Eva-Maria G. Groh (2010)

H-EIP, Seite 5

Pflegeeltern

- (41) Auf einer Skala von 1 bis 10, wie hoch ist die erlebte Unterstützung seitens der Behörden?**
- (42) Auf einer Skala von 1 bis 10, wie hoch ist das erlebte Ausmaß an Information/Transparenz?**
- (43) Auf einer Skala von 1 bis 10, wie hoch ist die erlebte Hilflosigkeit?**
- (44) Auf einer Skala von 1 bis 10, wie hoch ist die erlebte Überforderung?**
- (45) Auf einer Skala von 1 bis 10, wie hoch ist die erlebte Stressbelastung?**

© Eva-Maria G. Groh (2010)

Anhang 2: Ergänzendes Material und Tabellen

Anhang 2A: Art der psychosozialen Unterstützung der Pflegekinder

Anhang 2B: Erweiterte Ergebnisdarstellung CBCL, Pflegekinder 10 und 11 Jahre

Anhang 2C: Erweiterte Ergebnisdarstellung CBCL, Pflegekinder 12 Jahre und älter

Anhang 2D: Signifikante Korrelationen der IBS-KJ-Ereignisse für die Pflegekinder

Anhang 2A: Art der psychosozialen Unterstützung der Pflegekinder

Anhang 2A, Teil 1

Maßnahme <i>n</i> = 51 Pflegekinder mit Unterstützung	Verhaltens- therapie	Spiel- therapie	analytische Therapie
Verhaltenstherapie	5 (9.8%)	2 (3.9%)	
Spieltherapie		17 (33.3%)	
analytische Therapie			5 (9.8%)
Gesprächstherapie		2 (3.9%)	
Frühförderung			
Klinikeinweisung			
Familientherapie			
sonstige Maßnahmen		8 (15.7%)	

Anhang 2A, Teil 2

Maßnahme <i>n</i> = 51 Pflegekinder mit Unterstützung	Gesprächs- therapie	Früh- förderung	Klinik- einweisung	Familien- therapie
Verhaltenstherapie				
Spieltherapie				
analytische Therapie				
Gesprächstherapie	8 (15.7%)			
Frühförderung		2 (3.9%)		
Klinikeinweisung			1 (2.0%)	
Familientherapie				1 (2.0%)
sonstige Maßnahmen				

Anmerkung: Sonstige Maßnahmen sind Ergotherapie, Logopädie, Kurztherapie (da nicht genauer durch die Pflegemutter bestimmt), Reittherapie und Krankengymnastik. Absolut gesehen kamen die jeweiligen Kombinationen wie folgt vor: Spieltherapie & Ergotherapie 1mal (2,0%), Spieltherapie & Logopädie 1mal (2,0%), Spieltherapie & Kurztherapie 1mal (2,0%), Ergotherapie & Logopädie 1mal (2,0%), Spieltherapie & Ergotherapie & Logopädie 2mal (3,9%), Spieltherapie & Ergotherapie & Reittherapie & Logopädie 1mal (2,0%) und Spieltherapie & Ergotherapie & Logopädie & Krankengymnastik 1mal (2,0%).

Anhang 2B: Erweiterte Ergebnisdarstellung CBCL, Pflegekinder 10 und 11 Jahre

Gesamtstichprobe Pflegekinder		
N = 74		
	weiblich < 12 Jahre <i>n</i> = 10	männlich < 12 Jahre <i>n</i> = 11
CBCL Skala Internalisierend		
Anteil unauffälliger Pflegekinder	6 (60.0%)	5 (45.5%)
Anteil Pflegekinder mit Symptomschwere im Grenzbereich	2 (20.0%)	3 (27.3%)
Anteil Pflegekinder mit klinisch relevanter Symptomschwere	2 (20.0%)	3 (27.3%)
CBCL Skala Externalisierend		
Anteil unauffälliger Pflegekinder	5 (50.0%)	5 (45.5%)
Anteil Pflegekinder mit Symptomschwere im Grenzbereich	3 (30.0%)	0 (0%)
Anteil Pflegekinder mit klinisch relevanter Symptomschwere	2 (20.0%)	6 (54.5%)
CBCL gesamt		
Anteil unauffälliger Pflegekinder	6 (60.0%)	4 (36.4%)
Anteil Pflegekinder mit Symptomschwere im Grenzbereich	2 (20.0%)	1 (9.1%)
Anteil Pflegekinder mit klinisch relevanter Symptomschwere	2 (20.0%)	6 (54.5%)

Anhang 2C: Erweiterte Ergebnisdarstellung CBCL, Pflegekinder 12 Jahre und älter

Gesamtstichprobe Pflegekinder		
N = 74		
	weiblich >= 12 Jahre n = 29	männlich >= 12 Jahre n = 24
CBCL Skala Internalisierend		
Anteil unauffälliger Pflegekinder	16 (55.2%)	13 (54.2%)
Anteil Pflegekinder mit Symptomschwere im Grenzbereich	8 (27.6%)	5 (20.8%)
Anteil Pflegekinder mit klinisch relevanter Symptomschwere	5 (17.2%)	6 (25.0%)
CBCL Skala Externalisierend		
Anteil unauffälliger Pflegekinder	17 (58.6%)	16 (66.7%)
Anteil Pflegekinder mit Symptomschwere im Grenzbereich	4 (13.8%)	5 (20.8%)
Anteil Pflegekinder mit klinisch relevanter Symptomschwere	8 (27.6%)	3 (12.5%)
CBCL gesamt		
Anteil unauffälliger Pflegekinder	14 (48.3%)	11 (45.8%)
Anteil Pflegekinder mit Symptomschwere im Grenzbereich	7 (24.1%)	6 (25.0%)
Anteil Pflegekinder mit klinisch relevanter Symptomschwere	8 (27.6%)	7 (29.2%)

Anhang 2D: Signifikante Korrelationen der IBS-KJ-Ereignisse für die Pflegekinder

Anhang 2D, Teil 1

Ereignis	3	4	5	6	7	8
2						
3				.253*		
4					-.255*	
5						
6	.253*					.312**
7		-.255*				
8				.312**		
9						
10		-.330**	.282*		.333**	.271*
12					.317**	
13			.300**			
14					.324**	
15				.254*		
16	.298*					

Anmerkung: Nicht-signifikante und Autokorrelationen nicht dargestellt; (Ereignisse: 2 Feuer, Explosion; 3 Verkehrsunfall; 4 schlimmer Unfall; 5 gefährliche Chemikalien; 6 physische Miss-handlung; 7 Gewalt mit Waffe; 8 sexueller Missbrauch; 9 Kriegserfahrung; 10 Vernachlässigung; 12 Entführung; 13 lebensgefährliche Verletzung; 14 gewaltsamer Tod; 15 Tod nahestehender Person; 16 absichtliche schwere Verletzung); * $p < .05$; ** $p = < .01$; zweiseitig.

Anhang 2D, Teil 2

Ereignis	9	10	12	13	14
2				.263*	
3					
4		-.330**			
5		.282*		.300**	
6					
7		.333**	.317**		.324**
8		.271*			
9					.394**
10			.345**	.230*	
12		.345**			
13		.230*			
14	.394**		.255*		
15					.245*
16					

Anmerkung: Nicht-signifikante und Autokorrelationen nicht dargestellt; (Ereignisse: 2 Feuer, Explosion; 3 Verkehrsunfall; 4 schlimmer Unfall; 5 gefährliche Chemikalien; 6 physische Miss-handlung; 7 Gewalt mit Waffe; 8 sexueller Missbrauch; 9 Kriegserfahrung; 10 Vernachlässigung; 12 Entführung; 13 lebensgefährliche Verletzung; 14 gewaltsamer Tod; 15 Tod nahestehender Person; 16 absichtliche schwere Verletzung); * $p < .05$; ** $p = < .01$; zweiseitig.

Anhang 4: Verzeichnis der Abbildungen

Kasten 1: §8a SGB VIII (Jugendrecht, 2007, S. 18)	13
Kasten 2: Von Pflegekindern berichtete Belastungsfaktoren, erlebt während der Phase des Überganges von Herkunfts- in Pflegefamilie (Sandmeir, 2008)	27
Kasten 3: Aspekte, die Gelingen oder Misslingen von Pflegschaften auf Seiten der Pflegeeltern beeinflussen	45
Abbildung 1: Reaktionen auf schwere Belastungen im ICD-10 (nach Landolt, 2005, S. 13)	50
Kasten 4: Diagnostische Kriterien der PTBS (F43.1) nach ICD-10 (WHO, 1993, S. 169) 52	
Kasten 5: Diagnostische Kriterien PTBS nach DSM-IV-TR, kinderspezifische Ergänzungen (APA, 2003, S. 520, Auszug – Hervorhebung durch die Autorin).....	53
Kasten 6: PTBS-Diagnosevorschlag nach Scheeringa, et al. (2003) – Hervorhebung durch die Autorin	56
Abbildung 2: Modell transaktionaler Traumabewältigung (nach Landolt, 2004, S. 58).....	72
Abbildung 3: Modell der chronischen PTBS (nach Ehlers, 1999, zitiert nach Rosner, 2008; Ehlers & Clark, 2000; Modifikationen in der Darstellung durch die Autorin)	73
Abbildung 4: Schema zu Risiko-/Schutzfaktoren und Vulnerabilität/Resilienz.....	75
Abbildung 5: Modell der PTBS für Pflegekinder (in Anlehnung an Ehlers & Clark, 2000; Landolt, 2004; Spezifikation für Pflegekinder durch die Autorin)	94
Abbildung 6: Altersverteilung der Pflegeeltern (absolute Häufigkeiten auf der y-Achse).....	99
Abbildung 7: Altersverteilung der Pflegekinder (absolute Häufigkeiten auf y-Achse).....	101
Abbildung 8: Altersverteilung Pflegekinder bei Herausnahme (absolute Häufigkeiten auf y-Achse).....	107
Abbildung 9: Altersverteilung der Nicht-Pflegekinder (absolute Häufigkeiten auf der y-Achse).....	131
Abbildung 10: Histogramm Item 79) der ACC.....	177
Abbildung 11: Histogramm Item 5) der ACC.....	178
Abbildung 12: Histogramm Item 9) der ACC.....	178

Anhang 5: Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Gewichtige Anhaltspunkte (nach Hannemann, 2008, S. 230-231)	15
Tabelle 2: Ausrichtungen der Jugendhilfe (nach Eckert-Schirmer, et al., 1998; Köckeritz, 2006)	17
Tabelle 3: Risikofaktoren für Pflegeverhältnisabbrüche (nach Trasler, 1960; George, 1970; Holman, 1975; Aldgate & Hawley, 1986; Berridge & Cleaver, 1987).....	20
Tabelle 4: Risiko- und Verlaufsprädiktoren, für das Gelingen eines Pflegeverhältnisses (George, 1970; Parker, 1966, zitiert nach Jordan, 2004; Kindler & Lillig, 2004; Korte, Pfeiffer & Salbach, 2005).....	21
Tabelle 5: Probleme der leiblichen Eltern (Neil, et al., 2003; Hussey & Guo, 2005).....	24
Tabelle 6: Gefährdungslage und Art der Vernachlässigung (nach Mutke, 2001, S. 3).....	25
Tabelle 7: Prävalenzen verschiedener Störungen bei Pflegekindern	36
Tabelle 8: Mittlere CBCL-t-Werte bei Pflegekindern	37
Tabelle 9: Belastungen deutscher Pflegekinder (nach Projektgruppe Pflegekinderhilfe in Deutschland, 2006).....	39
Tabelle 10: Situation deutscher Pflegekinder bezogen auf Bildung und soziale Integration (nach Kindler, 2008b).....	40
Tabelle 11: Hilfesgeschichten deutscher Pflegekinder (Projektgruppe Pflegekinderhilfe in Deutschland, 2006).....	40
Tabelle 12: Prävalenzen unterschiedlicher traumatischer Ereignisse (Kessler, et al., 1995, zitiert nach Hagl, 1998; Breslau, et al., 1998)	59
Tabelle 13: Beispiele für Traumaarten, Traumahäufigkeiten und bedingtes PTBS-Risiko (nach Breslau, et al., 1998).....	59
Tabelle 14: Ergebnisse aktueller epidemiologischer Studien (nach Kessler, et al., 1995, zitiert nach Hagl, 2008; Alonso, et al., 2004; Frans, et al., 2005; Darves-Bornoz, et al., 2008).....	61
Tabelle 15: Ereignis- und Lebenszeitprävalenzen und PTBS-Risiken nach Trauma für Kinder und Jugendliche (Giaconia, et al., 1995; Essau, et al., 1999; Perkonig, et al., 2000; Elklit, 2002, zitiert nach Rosner, 2008)	63
Tabelle 16: Ereignis- und PTBS-Prävalenzen Kinder/Jugendliche	64
Tabelle 17: PTBS-Symptomatik verschiedener Altersgruppen (nach Korte, et al., 2005) ..	68
Tabelle 18: Mögliche Risikofaktoren für Kinder und Jugendliche (nach Rosner, 2008) ...	76
Tabelle 19: Prävalenzen trauma-bezogener Störungen bei Pflegekindern	91
Tabelle 20: Beteiligte Jugendämter und Einrichtungen	98

Tabelle 21: Soziodemographische Merkmale der Pflegeeltern	100
Tabelle 22: Schulbildung der Pflegekinder	102
Tabelle 23: Zusammensetzung der Pflegefamilien.....	103
Tabelle 24: Charakteristika der aktuellen Unterbringung der Pflegekinder.....	111
Tabelle 25: Häufigkeit des Kontakts zur Herkunftsfamilie.....	112
Tabelle 26: Häufigkeit der psychosozialen Maßnahmen für die Pflegekinder	113
Tabelle 27: Symptombelastung der Pflegekinder nach der CBCL.....	115
Tabelle 28: Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima der Pflegekinder auf den ACC-Skalen	117
Tabelle 29: Symptombelastung der Pflegekinder nach der ACC.....	118
Tabelle 30: Prävalenzen potenziell traumatisierender Ereignisse der Pflegekinder	121
Tabelle 31: Trauma-Prävalenzen der Pflegekinder ermittelt mit dem IBS-P-KJ	123
Tabelle 32: PTBS-Prävalenzen nach DSM, ICD, Scheeringa und Verdachtsfälle.....	126
Tabelle 33: Klinische Bedeutung der Skalen des CTQ.....	128
Tabelle 34: Schulbildung der Nicht-Pflegekinder	131
Tabelle 35: Symptombelastung der Pflegekinder nach der CBCL.....	132
Tabelle 36: Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima der Nicht-Pflegekinder auf den ACC-Skalen	134
Tabelle 37: Symptombelastung der Nicht-Pflegekinder nach der ACC	135
Tabelle 38: Skalen der CBCL (nach Döpfner, et al., 1998).....	138
Tabelle 39: Skalen der ACC (nach Tarren-Sweeney, 2006, 2007b).....	141
Tabelle 40: Dimensionen und Subskalen der FKS (nach Schneewind, Beckmann & Hecht-Jackl, 1984; Cierpka, 2003).....	143
Tabelle 41: Skalen und jeweils erfasste Aspekte des CTQ	150
Tabelle 42: Beispiele für im explorativen Interview abgedeckte Aspekte	152
Tabelle 43: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 1a	159
Tabelle 44: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 1b (Modelle 1 und 2)	160
Tabelle 45: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 2a	163
Tabelle 46: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 2b (Modelle 1 und 2)	164

Tabelle 47: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 3a	166
Tabelle 48: Darstellung der multiplen Regression für Fragestellung 3b (Modelle 1 und 2)	167
Tabelle 49: Darstellung multiple Regression Fragestellung 4a.....	170
Tabelle 50: Darstellung der multiplen Regression Fragestellung 4b (Modelle 1 und 2) .	171
Tabelle 51: Darstellung der multiplen Regression Fragestellung 5a	173
Tabelle 52: Darstellung der multiplen Regression Fragestellung 5b (Modelle 1 und 2) .	174
Tabelle 53: Mittelwerte, Standardabweichungen und Varianzen der ACC-Items	180
Tabelle 54: Schiefe, Exzess und Schwierigkeitsindizes der ACC-Items.....	186
Tabelle 55: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 1 der ACC (Sexuelles und sexualisiertes Verhalten).....	192
Tabelle 56: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 2 der ACC (Frühreifes Verhalten)	193
Tabelle 57: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 3 der ACC (Non-Reziprozität) .	194
Tabelle 58: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 4 der ACC (Indiskriminatives Verhalten).....	195
Tabelle 59: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 5 der ACC (Unsicherheit).....	196
Tabelle 60: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 6 der ACC (Ängstlich- Misstrauisch)	197
Tabelle 61: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 7 der ACC (Anormale Schmerzreaktion).....	198
Tabelle 62: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 8 der ACC (Essensversorgung)	198
Tabelle 63: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 9 der ACC (Selbst-Verletzung)	199
Tabelle 64: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 9a der ACC (Selbst-Verletzungs- Index)	200
Tabelle 65: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 9b der ACC (Pica-Index).....	201
Tabelle 66: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala 10 der ACC (Suizidalität)	202
Tabelle 67: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala AI der ACC (Andere Items)	203
Tabelle 68: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala NS der ACC (Negatives Selbstbild)	204

Tabelle 69: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala NZ der ACC (Niedrige Zuversicht)	204
Tabelle 70: Trennschärfen und Cronbach's α für Skala SW der ACC (Selbstwert)	205
Tabelle 71: Mittlere Inter-Item-Korrelationen der Skalen der ACC	206
Tabelle 72: Korrelation der ACC mit CBCL und CDC	209
Tabelle 73: Korrelation der ACC mit verschiedenen trauma- und PTBS-relevanten Variablen	210

Anhang 6: Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Eva-Maria G. Groh
geboren am 25.03.1983 in Landshut

Weiterführende Ausbildung

- 10/2002 - 09/2007 Studium der Psychologie an der LMU München, Schwerpunktfächer im Studium: Familienpsychologie und Klinische Entwicklungspsychologie (Diplom-Note: 1.4)
- 09/2006 - 10/2004 Ausbildung zur systemischen Familientherapeutin bei Dr. Carole Gammer am Institut für Phasische Familientherapie
- 09/2007 - 03/2010 Promotion bei Frau Prof. Dr. Rita Rosner an der LMU München zum Thema Traumafolgestörungen bei Pflegekindern
- seit 09/2009 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) bei der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
- seit 06/2010 PiA im Isar-Amper-Klinikum Klinikum-München-Ost, Haus 71 (Mutter-Kind-Station)

Berufliche Erfahrung

- 05/2006 - 05/2008 Beschäftigung für Prof. Dr. Rita Rosner bei der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) als Vorstandssekretärin
- 04/2008 - 03/2010 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung für Psychologische Beratung und Intervention der LMU München, Fachschwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie
- seit 2010 Selbstständige Tätigkeit als Dozentin für Entwicklungs-, Arbeits- und Organisationspsychologie und Familienpsychologie

Publikationen

Groh, E.-M. & Schubert, J. (2008). The re-organization of familiar attachment structure in three to five year olds, as tested with a projective doll-play technique. International Journal of Psychology, 43 (3/4), 205.

Groh, E.-M. (2008). Buchbesprechung "Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie". Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 29 (4), 434-436.