

**Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Pflegekindern:  
Psychische Belastung, posttraumatische Symptomatik  
und kindliche Verhaltensauffälligkeiten**

Inaugural - Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Philosophie an der  
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von  
Josephine Arnold

Referent: Prof. Dr. Rita Rosner

Koreferent: P.D. Dr. Markos Maragkos

Tag der mündlichen Prüfung: 25.01.2010

## Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie den Pflegekindern und deren Pflegeeltern, die sich aktiv an der Studie beteiligt haben und sich zum Teil sehr viel Zeit für ein ausführliches Gespräch genommen haben. Ganz besonders gilt dies für die Pflegekinder, die in den Interviews über nicht immer besonders angenehme Erfahrungen berichtet haben. Weiterhin möchte ich mich auch bei den nachfolgend genannten Jugendämtern und Pflegeverbänden bedanken, die das Projekt vor allem durch die Vermittlung von interessierten Familien unterstützten:

- Jugendamt München (Stadt)
- Jugendamt Ebersberg
- Jugendamt Starnberg
- Jugendamt Freising
- Jugendamt Dachau
- Jugendamt Fürstenfeldbruck
- Jugendamt Landsberg am Lech
- Landesverband der Pflege- und Adoptivfamilien (PFAD) in Bayern e.V.
- Pflege- und Adoptivfamilien im Landkreis Erding (PFAD Erding)
- Pflegeelternstammtisch Fürstenfeldbruck
- Pflege- und Adoptivfamilien Landshut e.V. (PFAD Landshut)
- Pflege- und Adoptivfamilien im Fünf-Seen-Land (PFAD Starnberg)
- Fluchtpunkt Verein für Jugendpflege und Jugendhilfe e.V. in München
- SCHNELLE HILFE Jugendhaus München e.V.
- Krisenhilfe in München
- Inselhaus Wolfratshausen, Gemeinnützige Kinder- u. Jugendhilfe GmbH
- Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstelle der Kath. Jugendfürsorger der Diözese Regensburg e.V.

Weitere unterstützende Einrichtungen waren zum einen die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT) mit dem Geschäftsführer Dipl. Psych. Rudi Merod, die das Projekt großzügig in Form von Stipendien unterstützt hat, sowie das Deutschen Jugendinstitut

(DJI), Ansprechpartner Dr. Heinz Kindler. Das DJI hat für die vorliegende Arbeit Datensätze in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt, aber auch das Projekt in finanzieller Hinsicht gefördert. Das DJI vermittelte beispielsweise den Erstkontakt zu den Münchner Jugendämtern und übernahm den finanziellen Aufwand für die per Post versandte Erstinformation an die Pflegefamilien. Zudem stellte das DJI den Interviewerinnen Mittel für Fahrt- und Tagungskosten zur Verfügung und vergab an jedes Pflegekind als Dankeschön für die Teilnahme einen Amazon-Gutschein in Höhe von jeweils 15,- Euro.

Für die fachliche Unterstützung möchte ich mich bei meiner Doktormutter Prof. Dr. Rita Rosner ganz herzlich bedanken, die mir immer hilfreich zur Seite stand und mich in allen Angelegenheiten unterstützt und beraten hat. Weiterhin hat vor allem Dr. Maria Hagl durch ihre Anregungen und wertvollen Tipps zur wissenschaftlichen Abfassung der Arbeit beigetragen. Darüber hinaus möchte ich mich an dieser Stelle für die Geduld, Zeit und Mühe bedanken, die die Korrekturleser in meine Arbeit investiert haben. Herzlichen Dank an Stefan Grabrucker und Christian Arnold.

Erding, im Oktober 2009

Josephine Arnold

## Inhaltsverzeichnis

Prolog .....	9
1. Einleitung .....	10
2. Pflegekinderwesen .....	18
2.1 Geschichte des Pflegekinderwesens .....	18
2.2 Aktueller Stand des Pflegekinderwesens .....	23
2.2.1 Abgrenzung zur Adoption und weiteren Sonderformen der Pflegschaft .....	23
2.2.2 Pflegekinderwesen in Zahlen .....	25
2.2.3 Gründe für Fremdplatzierungen .....	29
2.2.4 Rechtliche Hintergründe .....	35
2.3 Grundlegende Forschungsfragen des Pflegekinderwesens .....	40
2.3.1 Bindungsforschung im Pflegekinderbereich .....	41
2.3.2 Eingliederung in die Pflegefamilie .....	43
2.3.3 Zwei divergente Ansätze: Ersatzfamilie bzw. Ergänzungsfamilie .....	46
2.4 Problembereiche in der Praxis des Pflegekinderwesens .....	55
2.4.1 Rückführung/Rückkehr in die Herkunftsfamilie .....	56
2.4.2 Abbruch von Pflegeverhältnissen .....	59
2.4.3 Besuchskontakte/Umgangskontakte zur Herkunftsfamilie .....	62
2.4.4 Traumatisierte Pflegekinder .....	72
2.4.4.1 Vernachlässigung .....	74
2.4.4.2 Misshandlung .....	76
2.4.4.3 Sexueller Missbrauch .....	81
2.4.5 Intergenerationelle Transmission .....	83
3. Die Posttraumatische Belastungsstörung .....	86
3.1 Historischer Überblick .....	86
3.2 Definition und Klassifikation .....	89
3.2.1 Einordnung der Störung .....	89
3.2.2 Das Ereigniskriterium .....	90
3.2.3 Die Hauptsymptomgruppen .....	91
3.2.4 Zeit- und Beeinträchtigungskriterien .....	93
3.2.5 Subsyndromale PTBS .....	95
3.2.6 Differentialdiagnosen .....	96
3.3. PTBS bei Kindern und Jugendlichen .....	97
3.3.1 Verlauf .....	101
3.3.2 Komorbidität .....	101
3.3.3 Epidemiologie .....	104

---

3.4 Ätiologische Modelle.....	108
3.4.1 Psychodynamische Modelle .....	108
3.4.2 Lerntheoretische Modelle .....	109
3.4.3 Kognitive Modelle .....	110
3.4.4 Biologische Modelle.....	114
3.4.5 Biopsychosoziale Modelle.....	118
3.5 Prädiktoren der PTBS.....	120
3.5.1 Merkmale des Traumas .....	120
3.5.2 Merkmale des Individuums .....	122
3.5.3 Merkmale des Umfeldes .....	125
3.5.4 Bewertungsprozesse .....	126
3.5.5 Bewältigungsstrategien.....	127
4. Fragestellungen und Hypothesen.....	130
5. Methode .....	136
5.1 Ziele und Studiendesign .....	136
5.2 Durchführung der Untersuchung.....	137
5.2.1 Beschreibung der Datenerhebung für die Stichprobe der LMU München.....	137
5.2.2 Beschreibung der Datenerhebung für die Stichproben des DJI.....	139
5.3 Stichprobenbeschreibung .....	140
5.3.1 Stichprobe der LMU München .....	140
5.3.2 Stichproben des DJI .....	142
5.4 Darstellung der Untersuchungsinstrumente.....	146
5.5.1 Erstkontaktfragebogen.....	147
5.5.2 Child Behavior Checklist (CBCL) .....	148
5.5.3 Child Dissociative Checklist (CDC) .....	150
5.5.4 Assessment Checklist for Children (ACC).....	150
5.5.5 Familienklima-Skalen (FKS) .....	151
5.5.6 Exploratives Interview.....	152
5.5.7 Ressourcenfragebogen 1.....	152
5.5.8 Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ) .....	153
5.5.9 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) .....	153
5.5.10 Ressourcenfragebogen 2.....	154
5.5 Auswertung .....	154
6. Ergebnisse .....	156
6.1 Traumaexposition und PTBS-Prävalenz in der LMU Stichprobe.....	157
6.1.1 Traumatische Ereignisse .....	157
6.1.2 PTBS-Kriterien nach dem DSM-IV.....	159

---

6.1.3 PTBS-Diagnosen.....	161
6.1.4 PTBS-Symptombelastung.....	164
6.2 Risikofaktoren der PTBS-Symptomatik.....	164
6.2.1 Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie .....	165
Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Herausnahme .....	165
6.2.2 Geschlechtsunterschiede bei verschiedenen Diagnosekriterien .....	165
6.2.3 Dauer des Pflegeverhältnisses und PTBS-Symptombelastung.....	166
6.2.4 Auswirkungen eines ungesicherten Verbleibs auf die PTBS-Symptombelastung .....	166
6.2.5 Anzahl der Fremdplatzierungen und PTBS-Symptombelastung .....	167
6.2.6 Besuchskontakte und PTBS-Symptombelastung.....	167
6.2.7 Auswirkungen der Anzahl der Herausnahmegründe und berichteten Ereignisse auf die PTBS-Symptombelastung .....	167
6.3 Risikofaktoren der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten .....	170
6.3.1 Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie .....	174
6.3.2 Geschlechtsunterschiede und Verhaltensauffälligkeiten .....	175
6.3.3 Dauer des Pflegeverhältnisses und Verhaltensauffälligkeiten.....	177
6.3.4 Auswirkungen eines ungesicherten Verbleibs auf die Verhaltensauffälligkeiten.....	177
6.3.5 Anzahl der Fremdplatzierungen und Verhaltensauffälligkeiten.....	178
6.3.6 Besuchskontakte und Verhaltensauffälligkeiten.....	178
6.3.7 Auswirkungen der Unterbringungsgründe und der berichteten traumatischen Erfahrungen auf die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten .....	179
6.4 Prädiktion der PTBS-Belastung .....	182
6.4.1 CBCL-PTBS-Subskala.....	182
6.4.2 Alternative CBCL-Screening-Items .....	184
6.4.3 Geschätzte PTBS-Prävalenz .....	189
7. Diskussion.....	191
7.1 Traumaexposition und PTBS-Prävalenz .....	191
7.1.1 Traumatische Ereignisse .....	191
7.1.2 PTBS-Kriterien nach dem DSM-IV.....	192
7.1.3 PTBS-Diagnosen.....	193
7.1.4 PTBS-Symptombelastung.....	195
7.2 Risikofaktoren der PTBS-Symptomatik.....	196
7.2.1 Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie .....	197
7.2.2 Geschlechtsunterschiede bei verschiedenen Diagnosekriterien .....	197
7.2.3 Dauer des Pflegeverhältnisses und PTBS-Symptombelastung.....	197

---

7.2.4 Auswirkungen eines ungesicherten Verbleibs auf die PTBS-Symptombelastung .....	198
7.2.5 Anzahl der Fremdplatzierungen und PTBS-Symptombelastung .....	199
7.2.6 Besuchskontakte und PTBS-Symptombelastung .....	199
7.2.7 Auswirkungen der Anzahl der Herausnahmegründe und berichteten Ereignisse auf die PTBS-Symptombelastung .....	200
7.3 Risikofaktoren der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten .....	201
7.3.1 Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie .....	202
7.3.2 Geschlechtsunterschiede und Verhaltensauffälligkeiten .....	203
7.3.3 Dauer des Pflegeverhältnisses und Verhaltensauffälligkeiten .....	204
7.3.4 Auswirkungen eines ungesicherten Verbleibs auf die Verhaltensauffälligkeiten .....	204
7.3.5 Anzahl der Fremdplatzierungen und Verhaltensauffälligkeiten .....	205
7.3.6 Besuchskontakte und Verhaltensauffälligkeiten .....	206
7.3.7 Auswirkungen der Unterbringungsgründe und der berichteten traumatischen Erfahrungen auf die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten .....	206
7.4 Prädiktion der PTBS-Belastung .....	208
7.4.1 CBCL-PTBS-Subskala .....	208
7.4.2 Alternative CBCL-Screening-Items .....	210
7.4.3 Geschätzte PTBS-Prävalenz .....	210
7.5 Methodische Einschränkungen .....	211
8. Zusammenfassung und Ausblick .....	213
Literaturverzeichnis .....	217
Anhang .....	239
A. Test auf Normalverteilung .....	239
B. Reliabilität .....	242
C. Interkorrelationen der einzelnen Skalen .....	244
D. Verzeichnis der Abbildungen .....	247
E. Verzeichnis der Tabellen .....	248
F. Erstkontaktfragebogen .....	251
G. Fragen der Ressourceninterviews .....	253
H. Exploratives Interview mit den Pflegeeltern .....	254

## Prolog

Magd Grusche hat das verlassene Kind aufgezogen. Die Mutter, die Gouverneursfrau, hatte es bei der Flucht vor einem Aufstand ‚vergessen‘. Sie fordert es jetzt mit Blick auf das Erbrecht des Knaben zurück.

AZDAK (Richter):

„Klägerin und Angeklagte! Der Gerichtshof hat euren Fall angehört und hat keine Klarheit gewonnen, wer die wahre Mutter dieses Kindes ist. Ich als Richter hab die Verpflichtung, daß ich für das Kind eine Mutter aussuch. Ich werd die Probe machen. Schauwa, nimm ein Stück Kreide. Zieh einen Kreis auf den Boden. (...) Stell das Kind hinein! (...) Klägerin und Angeklagte, stellt euch neben den Kreis, beide! Faßt das Kind bei der Hand. Die wahre Mutter wird die Kraft haben, das Kind aus dem Kreis zu sich zu ziehen. (...) Zieht! (...)“

AZDAK zu Grusche:

„Was ist mit dir? Du hast nicht gezogen.“

GRUSCHE :

„Ich hab’s nicht festgehalten. (...)“

AZDAK

„(...) Gut ich mach die Probe noch einmal, daß ich’s endgültig hab. (...) Zieht!“

*Wieder läßt Grusche das Kind los.*

GRUSCHE *verzweifelt*: „Ich hab’s aufgezogen! Soll ich’s zerreißen? Ich kann’s nicht.“

AZDAK *steht auf*:

„Und **damit** hat der Gerichtshof festgestellt, wer die wahre Mutter ist.

*Zu Grusche*: Nimm dein Kind (...)“

(Auszug aus B. Brecht: Der kaukasische Kreidekreis, S. 117f.)

## 1. Einleitung

Jedes neugeborene Kind ist ein aufregender Anfang. Was benötigt ein kleines Kind für eine gesunde Entwicklung? In erster Linie verlässliche, liebevolle und feinfühligere Bezugspersonen. Fast alle Eltern möchten gut für ihr Kind sorgen und es liebevoll aufwachsen lassen. In seltenen Fällen gelingt es Eltern aber leider nicht, Zuneigung für ihr Kind zu empfinden und diese angemessen auszudrücken. Sie können sich nicht in das Kind einfühlen und haben daher oft wenig Verständnis für dessen Bedürfnisse. Bisweilen machen auch Suchterkrankungen eine geordnete Betreuung und Feinfühligkeit gegenüber dem Kind unmöglich. Schwerwiegende Einschränkungen in der Fürsorge gegenüber einem Kind sind in unserer Gesellschaft nicht so häufig – aber auch nicht so selten, als dass man sie ignorieren könnte. Bei einer drohenden Vernachlässigung oder Misshandlung steht für das Kind und seine emotionale und kognitive Entwicklung zuviel auf dem Spiel. Was geschieht daher mit Kindern, wenn die leiblichen Eltern die Grundbedürfnisse nicht oder nur ungenügend befriedigen können? Dann ist die Hilfe anderer Erwachsener gefragt, die sich vorübergehend oder dauerhaft dem Kind annehmen und es in seiner Entwicklung fördern und unterstützen. Dies kann in Form von Heimerziehung erfolgen, oder aber in Form einer Familienpflege, in die gerade jüngere Kinder sehr häufig vermittelt werden. Die Erziehung von Kindern in Pflegefamilien ist dabei eine Form der Kinder- und Jugendbetreuung, bei der Kinder kurzfristig oder auf Dauer bei Erwachsenen leben, mit denen sie in der Regel nicht verwandt sind. Die Gründe für die Fremdunterbringung sind vielfältig. Zum Beispiel sind Vernachlässigung, Misshandlung, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit der Eltern bis hin zu sexuellem Missbrauch mögliche Vorkommnisse, die bedingen, dass ein Kind nicht mehr in seiner Ursprungsfamilie leben kann.

Die Medien berichteten in den letzten Jahren gehäuft von schwerwiegenden Vernachlässigungsfällen oder massiven Misshandlungen bis hin zum Tode einiger Kinder. Viele Menschen wurden aufgerüttelt und die bedrohten Kinder kommen verstärkt in den Fokus von Öffentlichkeit und Politik. Dabei werden viele Fälle in der Presse nicht bekannt, denn laut Polizeistatistik (Bundeskriminalamt, 2007) werden in Deutschland pro Woche zwei kleine Kinder, in der Regel von ihren leiblichen Eltern, getötet. Darüber hinaus werden pro Jahr ca. 4.000 aktenkundig gewordene Fälle von Kindesmisshandlungen registriert, wobei die Dunkelziffer noch weit höher liegen dürfte. Interessanterweise sind bei Misshandlung von Kindern mehr als vier von zehn Tatverdächtigen weiblich. Bei den übrigen angeführten Körperverletzungen sind dagegen acht bis neun von zehn Tatverdächtigen männlich.

Ein bekanntes und plakatives Beispiel, das lange durch die Medien ging und die Diskussion zum Kinderschutz und zur Trennung der Kinder von den leiblichen Eltern angeheizt hat, ist der Fall des zweijährigen Kevin:

„Am 24. Januar wird Kevin in Bremen-Nord geboren, sein Start ist schlecht. Die Mutter ist rauschgiftsüchtig und nach der Geburt werden Kevin und sie erst einmal stationär entgiftet. Bald kommen seine Eltern nicht mehr mit ihm zurecht und schon nach einigen Monaten besteht der Verdacht auf Kindesmisshandlungen. Die Polizei kommt zum ersten Mal und nach zwei weiteren Monaten wird Kevin mit mehreren Knochenbrüchen ins Krankenhaus gebracht. Die nächste Station ist ein Kinderheim, aber nach nur fünf Tagen muss Kevin wieder zurück zu seinen Eltern. Es kommt zu weiteren Begutachtungen, Einweisungen, Rückgaben und als der Leiter des Kinderheimes ihn nach einem Jahr wieder sieht, hat Kevin innerhalb dieses Jahres nur 500 Gramm zugenommen. Kevins Mutter stirbt und gegen den drogensüchtigen, arbeitslosen und vorbestraften Vater läuft jetzt ein Ermittlungsverfahren, da vermutet wird, dass er seine Frau getötet hat. Der Vater wird in der Psychiatrie behandelt, aber Kevin soll dennoch bald wieder mit ihm zusammen nach Hause kommen. Denn der zuständige Sachbearbeiter des Jugendamts hat mit dem Arzt des Vaters in der Psychiatrie gesprochen und dieser war der Meinung, es sei gut für den Vater, wenn Kevin bei ihm sei. Und so kommt es, dass das zweijährige unterernährte und malträtierte Kind einem drogensüchtigen Psychiatriepatienten anvertraut wird, gegen den ein Ermittlungsverfahren wegen Totschlags läuft.

Der Tod des Kindes ist elend und schmerzvoll. Als die Polizei später die in Mülltüten eingewickelte Leiche im Kühlschrank des Vaters findet, weist sie schwerste äußere Verletzungen auf, Knochenbrüche, Blutergüsse auch am Kopf. Die Leiche wird erst Wochen nach dem Tod gefunden, denn keiner hatte es für nötig befunden, einmal nach dem Kind zu schauen“ (aus Riedle, Gillig-Riedle & Ferber-Bauer, 2008, S. 29f.).

Dass dieser Fall keine Ausnahme darstellt, davon zeugen die jüngsten Presseveröffentlichungen, in denen der Tod der dreijährigen Sarah beschrieben wird, deren Eltern bereits vor fünf Jahren das Sorgerecht für zwei früher geborene Kinder entzogen worden war und die vor den Augen ihrer Eltern an Unterernährung gestorben ist (Przybilla, 2009).

Einzelfälle wie der Fall von Kevin oder Sarah, sowie weitere schicksalhafte Tode durch Vernachlässigung oder Gewalteinwirkung prägen die Debatte um den Kinderschutz. In vielen Fällen kann jedoch durch das rechtzeitige Eingreifen der Jugendämter ein Kind aus den desolaten Verhältnissen herausgenommen und in einer Pflegefamilie untergebracht werden. In der Regel handelt es sich somit bei Pflegekindern um Kinder, die bereits in ihrer frühesten Kindheit Gewalt und Vernachlässigung erfahren haben. Viele der Pflegekinder wurden bereits im Säuglingsalter schwer vernachlässigt und bekamen beispielsweise nur unregelmäßig zu essen und zu trinken. Sie wurden oftmals einfach stundenlang weggelegt und es wurde

kaum Augen- oder Körperkontakt zu ihnen aufgenommen. Auf deren Weinen oder Schreien wurde beständig nicht oder sogar mit verbaler und manchmal auch körperlicher Gewalt reagiert. Diese Kinder hatten aufgrund der oftmals vorliegenden schweren Persönlichkeitsstörung der Eltern hoch pathologische Beziehungsstrukturen. Sie lebten im permanenten Polarisieren von Gut und Böse und waren häufig extremen, nicht nachvollziehbaren Stimmungsschwankungen der Eltern unterworfen. Es geht also im Folgenden um kleine Kinder, die anders sind als gewöhnliche kleine Kinder und nicht verwechselt werden dürfen mit Kindern, die einmalig schlechte Erfahrungen gemacht haben. Pflegekinder sind eher Kinder, die nachts wach liegen, Alpträume und massive Ängste haben und sich nicht melden, weil sie längst die Hoffnung aufgegeben haben, dass jemand kommt und sie trösten könnte, die teilweise sogar Angst haben, dass jemand kommt und sie wieder anbrüllt oder schlägt, weil sie weinen.

In der Regel sind Pflegekinder aufgrund ihrer massiven Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen labiler und damit anfälliger für psychische, aber auch physische Erkrankungen. So postuliert insbesondere das Deutsche Jugendinstitut (DJI & DIJuF, 2006), dass Pflegekinder eine besonders vulnerable Untergruppe der Kinder und Jugendlichen in einer Gesellschaft darstellen. Dem kann man in Anbetracht der bisherigen Erkenntnisse von diversen Forschergruppen in vollem Umfang zustimmen (z.B. Fish & Chapman, 2004; Simmel, 2007; Taren-Sweeney, 2008). Die Prävalenzen psychischer Störungen sind bei Pflegekindern weit überdurchschnittlich (z.B. McCann, James, Wilson und Dunn, 1996) und entsprechen eher denen einer klinischen Stichprobe und weniger denen der Allgemeinbevölkerung (Stein, Evans, Mazumdar & Rae-Grant, 1996). Auch Plant und Siegel (2008) bestätigen, dass Pflegekinder signifikant mehr psychiatrische Diagnosen aufweisen, entwicklungsbeeinträchtigt sind, Verhaltensprobleme zeigen, sowie Lernschwierigkeiten und zum Teil schwerwiegende gesundheitliche Probleme haben. Eine mögliche Folgeerkrankung nach psychisch extrem belastenden Ereignissen ist die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Bei der PTBS handelt es sich um eine psychische Stressreaktion, die sich ausbilden kann, wenn die eigenen Bewältigungsmechanismen nicht mehr ausreichen, um das Erlebte adäquat zu verarbeiten. Nach Landolt (2004) zählt die PTBS insgesamt gesehen zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Daher ist ein vertieftes psychotraumatologisches Wissen von hoher Relevanz für alle Bereiche der klinischen Kinderpsychologie. Systematische Beschreibungen posttraumatischer Belastungssymptome im Pflegekinderbereich finden sich allerdings in der Fachliteratur nur selten, da bislang in Deutschland kaum repräsentative Untersuchungen zu diesem Thema durchgeführt worden sind.

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. (DJI) und das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) haben 2006 eine großangelegte internationale Literaturrecherche gestartet und dabei insgesamt 1800 Literaturstellen gesichtet, die vor allem in den letzten Jahren veröffentlicht worden sind. Eine Auswertung in einzelne Literaturnachweise pro Dekade belegt den exponentiellen Anstieg der verfügbaren Literatur im Pflegekinderbereich. Dabei liegen die Schwerpunkte der veröffentlichten Artikel allerdings nicht im Forschungsbereich, sondern geben oftmals die Ansichten der im Pflegekinderwesen tätigen Personen wieder, sind allgemeine Übersichtsarbeiten oder rein deskriptive Studien. Empirische Originalarbeiten beschäftigten sich vor allem mit Fragen der Rückführung, den Geschwistern von Pflegekindern, Sonderformen der Pflege, Fördermaßnahmen und Hilfen zur Erziehung sowie besonders ausführlich mit den Besuchs- und Umgangsregelungen zwischen den leiblichen Eltern und ihren in Pflegefamilien lebenden Kindern. Besonders in der deutschsprachigen Pflegehilfeforschung wird ein Mangel an empirisch gut abgesicherten Studien wahrgenommen. Daher ist eine mögliche Verzerrung der tatsächlichen Befundlage nicht auszuschließen. Studien aus dem Ausland sind hingegen nicht oder nur schwer auf deutsche Verhältnisse übertragbar, da die sozialen Bedingungen und die rechtlichen Voraussetzungen für eine Unterbringung in einer Pflegefamilie in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich sind. Zudem wurde aufgrund unangepasster Untersuchungsmethoden, die vorwiegend an den Eltern- oder Lehrerbeurteilungen orientiert waren, das Ausmaß kindlicher Belastungsreaktionen lange Zeit nicht wahrgenommen bzw. massiv unterschätzt (Landolt, 2004).

Im Rahmen der vorliegenden empirischen Studie wurden daher Pflegekinder auf das Vorliegen eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse und den möglichen Folgen einer Traumatisierung untersucht und mittels strukturiertem klinischen Interview selbst befragt. Hauptziel dieser Arbeit ist es, die Häufigkeit von PTBS und anderen psychischen Auffälligkeiten bei Pflegekindern zu ermitteln und in Bezug zu setzen zu den berichteten Erfahrungen der Kinder in ihren Ursprungsfamilien. Die Studie soll der Weiterentwicklung der Pflegekinderhilfe in Deutschland dienen. Wichtige Voraussetzung dafür ist, dass die Stärken und Schwächen von Pflegekindern bekannt sind. Auf der Grundlage eines vertiefenden Wissens, wie Pflegekinder mit eventuell vorhandenen Belastungserfahrungen in ihrem Leben umgehen und welche Hilfen benötigt werden, kann die Versorgung von Pflegekindern gefördert und damit gleichzeitig ihre Entwicklungschance deutlich verbessert werden.

Dass Pflegekinder auch nach deren Unterbringung in einer Pflegefamilie oftmals erheblicher Unterstützung bedürfen, zeigt der nachfolgende Bericht einer Pflegemutter. Diese schildert die vielfältigen Problemlagen mit denen sich Pflegeeltern nach der Aufnahme eines Kindes in ihre Familie plötzlich konfrontiert sehen. Ausführlich wird in der Falldarstellung auf die gesundheitlichen und schulischen Probleme der Kinder eingegangen, sowie die oftmals sehr

zögerlich verlaufenden Integrationsprozesse und die Probleme im Alltag beschrieben. Angesprochen wird auch der Umgang mit den leiblichen Eltern und die Schwierigkeiten in der Pubertät der Pflegekinder. Der Fallbericht wurde gewählt, um zu verdeutlichen, dass mit der Unterbringung eines gefährdeten oder misshandelten Kindes die Probleme nicht gänzlich gelöst sind, sondern dies lediglich eine Verbesserung der Situation des Kindes bedeutet. Realistisch betrachtet ist aber die Annahme, dass ein seit seiner frühesten Kindheit vernachlässigtes und misshandeltes Kind allein durch die Liebe und Zuwendung seiner „neuen“ Eltern nach Jahren seine Qualen vergisst und wie ein von Anfang an in Liebe aufgezogenes Kind aufwachsen kann, leider oft nur eine Illusion.

**von Sybille B., Pflegemutter:**

*„Weil wir selbst keine Kinder bekommen konnten, haben mein Mann und ich uns für ein Adoptivkind beworben. In dem Zusammenhang haben wir vom Jugendamt zum ersten Mal von der Möglichkeit gehört, ein Kind in Pflege nehmen zu können. Wir waren instinktiv sofort von dieser Idee überzeugt. Wir hatten auch nie Angst davor, dass es ja eigentlich nur eine Pflege auf Zeit ist und man die Kinder wieder abgeben muss. Das hat uns aber nicht abgeschreckt. Heute haben wir drei Pflegetöchter und eine Adoptivtochter, die zunächst als Pflegekind zu uns kam und später von uns adoptiert wurde. Die Große heißt Clara und ist heute 14, Julia ist 10 Jahre alt und die Zwillinge Vanessa und Isabel sind 8.“*

**Clara hält Harmonie nicht aus**

*Clara kam mit eineinhalb Jahren zu uns. Sie war damals schwer krank. Wegen einer bösartigen Tumorerkrankung hatte sie nur noch eine ganz geringe Lebenserwartung. Weil ich Krankenschwester bin und wir uns gleich dafür bereit erklärt haben, Clara in Pflege zu nehmen, ging alles sehr flott. Vom Erstgespräch bis zur Inpflegenahme hat es ungefähr nur sechs Wochen gedauert. Zur Vorbereitung haben wir an zwei Informationsabenden teilgenommen: einem über rechtliche Hintergründe und an einem zweiten über entwicklungspsychologische Themen.*

*Trotz der damals schlechten Prognose geht es Clara heute körperlich gut, psychisch allerdings überhaupt nicht. Sie ist hochgradig depressiv und macht zur Zeit eine Langzeittherapie, weil sie mit ihrer Vorgeschichte einfach nicht zurecht kommt.*

*Die leibliche Mutter von Clara hat selbst eine Heimkarriere hinter sich und insgesamt sechs Kinder von verschiedenen Männern. Wir hatten den Eindruck, dass sie eine Borderline-Störung hat. Clara hat siebeneinhalb Monate bei ihr gelebt. Aber nach der Diagnosestellung wollte ihre Mutter nichts mehr von ihr wissen, hat sie*

dann einfach fallen lassen und sich nicht mehr um sie gekümmert, nie mehr. Clara war monatelang allein in der Kinderklinik, bevor sie zu uns kam. Sie war im Bett fixiert, weil sie über eine Nasensonde ernährt wurde. Jeden Tag während der 30-tägigen Strahlentherapie bekam sie eine Vollnarkose. Der Vater von Clara hätte sie sehr gern behalten und hat unter dem Verhalten der Mutter sehr gelitten. Seit Clara zehn Jahre alt ist und die Probleme begannen größer zu werden, haben wir Kontakt zu ihm gesucht und auch aufgenommen. Seitdem sieht Clara ihren Vater einmal im Jahr. Sie liebt ihn, denn sie fühlt irgendwie, dass er sie liebt und sie zur Adoption freigegeben hat, damit sie bei uns sicher aufgehoben ist. Das ist für sie und für ihn ganz wichtig. Er kümmert sich sehr nett um sie, ist aber gesund distanziert. Er kommt ihr nicht zu nahe, er kommt uns nicht zu nahe, zeigt aber auch, dass er immer für sie da ist und sagt ihr das auch. Unsere Sprachregelung ist so: es gibt einen ersten Papa und einen zweiten Papa. Wenn Claras Vater ihr schreibt, unterschreibt er auch mit: Dein erster Papa. Ein sympathischer Mensch. Es ist gut, dass es ihn im Hintergrund gibt. Die Auseinandersetzung mit dem Verhalten ihrer Mutter überträgt Clara seit einigen Jahren auf mich. Einmal hat sie mich angeschrien: „Was muss ich mit Dir machen, damit Du mich auch wegschmeißt?!“ Als in der Pubertät dieser ganze Hass, die Wut und Enttäuschung aus ihr heraus brachen, haben wir die erste Therapie gemacht: stationär, viereinhalb Monate mit mir als Begleitperson und den drei anderen Kindern, die ich ja nicht allein lassen konnte. Nun ist Clara für ein Jahr in einer therapeutischen Einrichtung, damit wir sie heil durch die Pubertät bringen. Sie ist sehr intelligent, hat aber eine massive Bindungsstörung. Sie hält keine Harmonie aus. Sie muss dann einfach querschießen. Bei einem ihrer letzten Besuche hat sie gesagt, dass sie uns noch nie so vermisst hat wie jetzt, auch wenn sie sich in der Einrichtung sehr wohl fühlt. Wir haben aber auch bald gemerkt, wie ihre Kämpfe schon wieder angingen und sie in ihre alten Muster zurück fiel. Sie selbst formuliert es so: Wenn sie nicht da ist, dann hat sie eine wahnsinnige Sehnsucht, und wenn sie da ist, hält sie uns nicht aus.

### **Julia wird nie ohne Betreuung leben können**

Trotz all der Schwierigkeiten haben wir versucht, eine ganz „normale“ Familie zu sein und wollten unbedingt ein zweites Kind in Pflege nehmen, auch für Clara als Geschwisterkind. So haben wir, als Clara vier Jahre alt war, die damals sechs Wochen alte Julia in Pflege genommen. Ihre Mutter war 16, als Julia auf die Welt kam. Sie hat auf der Straße gelebt, sich prostituiert, war alkohol- und medikamentenabhängig und hat Drogen gespritzt. Sie ist fast durchgehend inhaftiert und alle ihre vier Kinder sind in Pflegefamilien untergebracht. Zu Julia sucht sie keinen Kontakt.

*Was wir nicht bedauern, weil uns der eine Besuch in der Justizvollzugsanstalt bei ihr in furchtbarer Erinnerung ist.*

*Das Jugendamt hat uns damals gesagt, sie vermitteln uns ein „gesundes“ Kind zur Clara dazu, so als „Ausgleich“. Wir haben aber bald gemerkt, dass Julia wie ihre Schwester Clara hyperaktiv ist. Außerdem leidet sie aufgrund einer fetalen, d.h. vorgeburtlichen Alkoholschädigung an einer Lernbehinderung und wird voraussichtlich niemals ohne Betreuung leben können. Sie ist ein absolut liebenswertes Kind, das wir nie mehr hergeben würden, das einen unglaublichen Charme hat. Die wickelt ihren Papa regelrecht um den Finger. Sie ist eine ganz eine Tolle! Aber sie ist mega-anstrengend. Julia schläft keine Nacht durch, weil sie Angstzustände hat und davon aufwacht. Wir bemühen uns gerade darum, für Julia den Behindertenstatus zu erlangen, damit sie auch auf lange Sicht gut versorgt ist – vielleicht in einer beschützten Werkstatt oder einer ähnlichen Einrichtung. Zurzeit ist sie in einer normalen Grundschule als Integrativkind. Die Lehrerin unterstützt uns sehr in unseren Bemühungen, Julia in ihrer gewohnten Umgebung zu belassen und nicht in eine weiter entfernt liegende Förderschule wechseln zu müssen.*

#### **Der Vater der Zwillinge macht uns das Leben schwer**

*Die heute siebenjährigen Zwillinge Vanessa und Isabel kamen mit zweieinhalb Jahren zu uns. Sie waren mit ihrer alkoholkranken Mutter zur dritten Entgiftung stationär in einer Suchtklinik, als die Klinik merkte, dass es für die Kinder besser wäre, vorübergehend bis zum Ende des Entzugs der Mutter anderweitig untergebracht zu sein. Deswegen gingen wir am Anfang von sechs Wochen Pflegezeit aus. Nach drei Wochen war klar, dass sie nicht zurück können. Da hatten wir sie schon so ins Herz geschlossen, dass wir unser Haus umgebaut haben, um sie behalten zu können. Anfangs waren sie absolut problemlos, allerdings eher überangepasst – wie Zinnsoldaten. Sie haben weder geweint noch gelacht, verhielten sich wie Puppen. Später stellte sich heraus, dass die Größere der Zwillinge vielfach von ihrem Vater und von ihrem Patenonkel missbraucht worden ist. Die kleine Schwester musste dabei zuschauen. Sie malt diese Szenen immer und immer wieder. Die Mutter hat Schweigegeld kassiert und sich Alkohol davon gekauft. Der Vater ist nach eineinhalb Jahren aus der Untersuchungshaft entlassen worden – freigesprochen wegen Mangel an Beweisen – und besteht nun auf seinem Umgangsrecht, weil er das komplette Sorgerecht hat. Nun müssen wir uns alle acht Wochen notgedrungen mit ihm, seiner neuen Frau und den Geschwistern der Zwillinge treffen. Das tun wir auf einer Autobahnraststätte, einem möglichst neutralen Ort, denn die Treffen sind für die Kinder und für uns emotional sehr anstrengend. Als ihnen die zweite Frau als*

---

*ihre neue Mutter vorgestellt wurde und der Vater ihnen sagte, dass er sie bald zu sich holen wird, waren die beiden ganz durcheinander. Sie werden mit Geschenken überhäuft und am Ende lässt der Vater ein Foto von ihnen auf seinem Schoß machen. Darüber hinaus fragt er sie nichts und sie erzählen auch nichts. Besonders für Vanessa, die missbraucht wurde, sind das schwierige Tage. Isabel ist eigentlich ein recht lebhaftes Kind, aber sie leidet an psychogenem Minderwuchs. D.h. solange sie nicht groß werden will, wird sie körperlich nicht wachsen. Sie möchte am liebsten ein Baby bleiben und braucht heute noch eine Windel. Der Vater hat sich auch darum bemüht, die Kinder bei uns zu Hause besuchen zu können. Wir haben zwar wenig Rechte, aber von unserem Hausrecht machen wir Gebrauch und werden ihn nie bei uns herein lassen. Wir möchten die Kinder so weit wie möglich vor ihm schützen.*

### ***Echte Unterstützung tut Not und gut***

*Mit den Erfahrungen, die wir gemacht haben, würde ich Menschen, die sich für die Aufnahme eines Pflegekindes interessieren, zu einer realistischen Einstellung raten. Denn die Hoffnung mancher Pflegeeltern, die denken, sie werden das kleine Wesen jetzt gut behandeln und in zehn Jahren sind alle Wunden und Schmerzen vergessen, erweist sich zu häufig als trügerisch.“ (DJI, 2009)*

## 2. Pflegekinderwesen

Das Pflegekinderwesen ist ein faszinierendes, wenn auch in der breiten Öffentlichkeit eher selten diskutiertes, da weniger bekanntes Thema. Im Zentrum stehen Kinder, die zwei Familien haben und Erwachsene aus zumeist zwei unterschiedlichen Familien, der Herkunftsfamilie des Kindes und der Pflegefamilie, die zwangsläufig aufeinander angewiesen sind. Im Vordergrund der Betrachtungen stehen in der Regel die betroffenen Kinder, gefolgt von den Rechten und Pflichten der Eltern und Herkunftseltern. Verantwortlich dafür, wie viel man Kindern und ihren Familien zumutet, ist der jeweilige „Zeitgeist“ und jede Epoche hat ihr eigenes mehr oder weniger strukturiertes und organisiertes Pflegekinderwesen hervorgebracht. Der nachfolgende Blick in die Geschichte des Pflegekinderwesens beschränkt sich auf wichtige Wendepunkte und Meilensteine in der Entwicklung und Ausdifferenzierung der verschiedenen Pflege- und Unterbringungsformen und trägt somit zu einem besseren Verständnis der gegenwärtigen Situation bei. Um einen kritischen Blick auf die gelebte Praxis werfen zu können, ist es vorteilhaft die „Lösungen“ der vergangenen Tage zu reflektieren und mögliche Weiterentwicklungen aufzuzeigen.

### 2.1 Geschichte des Pflegekinderwesens

In vielen Kulturen war das Aussetzen oder die Tötung eines Kindes keine Seltenheit und bis zum vierten Jahrhundert n.Chr. noch nicht einmal etwas Unrechtes! Kinder wurden getötet, um die Zahl der Geburten zu regulieren, die Erbfolge sicherzustellen oder auch aus rituellen und spiritistischen Gründen. Bis zum Ende des neunzehnten Jahrhunderts lässt sich die Kindstötung in nicht unerheblichem Ausmaß nachweisen (vgl. DeMause, 1992). Die Weggabe des Kindes aus der Familie lässt sich insofern auch als ein Fortschritt auffassen, da das Kind somit das Recht zu leben erhielt. Dass Kinder in der eigenen Familie aufwachsen, ist, entgegen der heutigen Vorstellung von der Aufgabe einer Familie und den Beziehungen in dieser, lange Zeit nicht selbstverständlich gewesen. In den vergangenen Jahrhunderten war die Erziehung eines Kindes in einer anderen Familie nichts ungewöhnliches (DeMause, 1992). Bekannte Beispiele dafür sind die Säugammen und Waisenhäuser des Mittelalters. Häufig gab es aber auch Ereignisse oder Vorkommnisse, wie Epidemien – aufgrund katastrophaler hygienischer Verhältnisse – oder kriegerische Auseinandersetzungen, die ein Aufwachsen bei den leiblichen Eltern unmöglich machten (Blandow, 2004).

Pflegekindschaftsverhältnisse hat es im historischen Rückblick vermutlich zu jeder Zeit gegeben (Heitkamp, 1995). Vom Altertum bis ins Mittelalter wurden Waisen oder Halbwaisen in der Regel durch die erweiterte Familie aufgefangen. Eine spezielle Fürsorge wurde erst dann

notwendig, wenn es keine Sippe mehr gab, die sich für jene Kinder verantwortlich fühlen konnte. Das frühe Christentum (Kirchenverordnungen des 4. Jahrhunderts) führte daher den Brauch ein, unversorgte Waisen in die Obhut ausgewählter Witwen zu geben (Röper, 1976). Etwa um dieselbe Zeit entwickelten sich auch die ersten kirchlichen Anstalten für Waisen und Findlinge, die häufig an Klöster angeschlossen waren. Hautprobleme jener frühen Zeit war eine extrem hohe Sterblichkeitsrate der Ziehkinder. Immer wieder wurden Anklagen laut, dass sich die Pflegeherren und Pflegefrauen am Erbe der Waisen vergriffen, die Arbeitskraft der Kinder ausbeuteten oder den häufig als Einmalzahlung geleisteten Ziehlohn nahmen und die Kinder verkommen ließen oder aus der Welt schafften. In die Geschichte sind jene Frauen auch als sogenannte „Engelmacherinnen“ oder „Engelsmütter“ eingegangen.

Weitere Aufzeichnungen über Pflegestellen gehen zurück auf das Jahr 1525 (Müller-Kohlenberg, 1999). Damals wurde in Ypern (heute Flandern; nördlicher Teil von Belgien) eine Reform des Armenwesens erlassen, in der unter anderem das Betteln verboten wurde, wodurch ein faktischer Arbeitszwang entstand. Die Kinder der armen Bevölkerungsschichten wurden zwangsweise in Pflegestellen vermittelt. Die Familien, die die Kinder aufnahmen, erhielten für ihre Pfl egetätigkeit eine geringe Vergütung. Bereits fünf Jahre später, im Jahre 1530, wurde dieser Versuch allerdings als „vollkommener Misserfolg“ (Scherpner, 1966) gewertet. Es wurde vor allem beklagt, dass die Kinder trotz des Pflegegeldes zum Betteln geschickt wurden und dass es an der religiösen Erziehung mangle. Um Abhilfe zu schaffen, wurden in geringem Umfang Anstalten mit sogenannten „Schulvätern“, die für eine größere Gruppe Kinder verantwortlich waren, eingerichtet. Schon bald wurde auch diese Form der Unterbringung kritisiert, mit dem Verweis auf die hohen Kosten dieser Einrichtungen. Die Verantwortlichen der Anstalten konnten in einer Denkschrift nachweisen, dass die Kosten geringer seien als in einer Pflegefamilie, was vor allem in der kostengünstigen Arbeitskraft der Kinder und Jugendlichen begründet lag. Diese mussten manufakturähnlich z.B. für die Seidenindustrie des 16. Jahrhunderts arbeiten. Das Modell wurde in modifizierter Form auch in England (Aufzeichnungen von 1571 in Norwich) und Frankreich (Aufzeichnungen von 1613 in Lyon) aufgegriffen (zitiert nach Müller-Kohlenberg, 1999). Sukzessive breiteten sich Heime in ganz Mitteleuropa aus und drängten das Ziehkinderwesen in privaten Haushalten zurück.

Ende des 18. Jahrhunderts kam es zu einer sehr populären Auseinandersetzung zwischen den beiden Polen Heimunterbringung und Pflegekinderwesen. Die Massenunterbringung der Kinder in den Heimen und die Ausbeutung ihrer Arbeitskraft wurden scharf kritisiert, zudem wurde auf die miserablen hygienischen Verhältnisse aufmerksam gemacht, die eine hohe Kindersterblichkeit in den Heimen zur Folge hatte (vgl. Salzmann, 1785/88). Die folgenden acht Punkte wurden den Anstalten und Heimen zum Vorwurf gemacht:

1. In den Anstalten lebten und arbeiteten unterschiedliche Gruppen zusammen: Kinder, Erwachsene und Alte, Gesunde und Kranke, Strafgefangene, etc.
2. Die hygienischen Verhältnisse waren absolut unzureichend: es gab kaum Waschmöglichkeiten, alles starrte vor Schmutz, die Kinder hatten keine eigene Wäsche und drei bis vier Kinder mussten sich einen Strohsack zum Schlafen teilen.
3. Die überstrenge Arbeitszucht und die Dauer des Arbeitstages wurden verurteilt. Den Kindern wurde die Bewegung an frischer Luft vorenthalten und durch die einseitigen Arbeitsbewegungen entstanden häufig Verkrüppelungen.
4. Schul- und Ausbildungszeiten wurden meist nur in geringem Umfang angeboten.
5. Es fand ein Übermaß an religiöser Erziehung statt.
6. Durch die Massenerziehung war keine Förderung der individuellen Anlagen möglich.
7. Eine Vorbereitung auf das Leben außerhalb des Heimes oder der Anstalt fand kaum oder gar nicht statt.
8. Schließlich wurde auch das bekannte ökonomische Argument vorgetragen, dass die Anstaltserziehung im Vergleich zur Pflegefamilie zu teuer sei.

Die Verfechter der Heime zeigten eine Reihe von Argumenten zugunsten der Anstalten auf und verwiesen auf die ihrer Meinung nach noch verheerenderen Zustände in den Pflegefamilien. Insgesamt gab es sechs Hauptkritikpunkte an den bestehenden Pflegeverhältnissen:

1. Nur die untersten Volksschichten seien bereit Pflegekinder überhaupt aufzunehmen. Das Motiv sei in erster Linie finanzieller Art und da auch die eigenen Kinder häufig ausgebeutet würden, sei dies für Pflegekinder in einem noch stärkeren Umfang zu erwarten.
2. Die Pflegekinder erhielten keine Ausbildung.
3. Der Schulunterricht sei noch schlechter als in den Heimen, da ein regelmäßiger Schulbesuch nicht sichergestellt werden könne.
4. Die hygienischen Verhältnisse seien in den Pflegefamilien vergleichbar, weshalb auch hier hohe Sterblichkeitsraten zu verzeichnen seien (jährlich gab es etwa 7% Todesfälle in Anstalten; gegenüber 5% in Pflegefamilien).
5. Es gäbe kaum Auswahl und Überwachung der Pflegefamilien, daher seien die meisten ungebildet und verroht.
6. Nicht alle Kinder seien für die Privaterziehung geeignet (Müller-Kohlenberg, 1999).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts setzte sich trotz der Gegenwehr der Heime allmählich das Prinzip der Pflegefamilien wieder durch. Überwiegend war dies allerdings auf finanzielle Gesichtspunkte zurückzuführen und weniger auf pädagogische. Noch 1907 besteht die Gruppe der Pflegemütter überwiegend aus den allerärmsten Bevölkerungsschichten, für die das Pflegegeld oft die einzige Einnahmequelle darstellte (Danziger, Hetzer & Löw-Beer, 1930). Trotz der Versuche das Pflegekinderwesen besser zu kontrollieren, blieben die meisten Maßnahmen wirkungslos und es herrschten wie zuvor katastrophale Verhältnisse. Die Regelungsbedürftigkeit in diesem Bereich erklärt auch die sehr detaillierten Ausführungen zum Pflegekinderwesen im 1922 verabschiedeten Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (RJWG). Der Ausbau der Familienpflege einschließlich ihrer Kontrolle führte einerseits zu einer qualitativen Verbesserung der Bedingungen in Pflegefamilien, andererseits aber auch zu einer staatlichen Einmischung in die Erziehung und Beziehung zwischen Eltern und Kindern.

Innerhalb der Pole Heimerziehung und Pflegekinderwesen war die Politik des Nationalsozialismus widersprüchlich. Einerseits wurde die Familienideologie propagiert, andererseits wurden die Erziehungsrechte der Familien eingeschränkt. Die Unterbringung von Kindern in Pflegefamilien ging zugunsten von Vermittlungen in Fürsorgeerziehungsheimen zurück. Wo die geforderten „rassenbiologischen“ Voraussetzungen oder die „politische Zuverlässigkeit“ nicht gegeben war, konnte es durchaus recht zügig zur Auflösung von Pflegeverhältnissen kommen (Blandow, 2004).

Nach dem Zweiten Weltkrieg änderten sich die Anforderungen erneut und es mussten schlagartig große Zahlen von Kriegswaisen versorgt werden, weshalb auch hier die Heimerziehung gegenüber Pflegefamilien den eindeutigen Vorzug erhielt. In der Nachkriegszeit gab es zudem einen großen Mangel an Pflegefamilien, weshalb man gezwungen war die teureren und zudem schlecht ausgestatteten Kinderheime zu belegen. Wurden Kinder in Pflegefamilien vermittelt, so ging es konsequenterweise darum, aus „erziehungsunfähigen“ oder „schlechten“ Familien in „gute“ Familien zu vermitteln. Insbesondere wurden auch Kinder von jungen unverheirateten Frauen in Pflegefamilien vermittelt, die fortan als Ersatzfamilien anerkannt wurden. Die leiblichen Eltern sollten sich zu jener Zeit tunlichst aus der Erziehung heraushalten und idealerweise auch auf Besuchskontakte verzichten. Erna Corte (1956) führt dazu aus:

*„Für die Pflegefrau bedeutet es eine Beeinträchtigung ihrer Opferfreudigkeit, wenn die Mutter des Kindes bei häufigen Besuchen immer neue Wünsche vorbringt, Weisungen erteilt und immer neue Wünsche vorbringt. [...] Die aufsichtsführende Stelle fühlt sich deshalb unter Umständen veranlasst, die Besuche der Mutter einzuschränken. Ein völliges Aufgehen in der Pflegefamilie hat sich fast nur in solchen Fällen feststellen lassen, in denen die Mutter sich bewusst zurückhielt*

---

*Fällen feststellen lassen, in denen die Mutter sich bewusst zurückhielt oder sich überhaupt nicht mehr um ihr Kind kümmerte.“ (Corte, 1956, S. 45)*

Ausdruck jenes Zeitgeistes fand sich auch in den Bemühungen der frühen 1950er Jahre, der Pflegeelternschaft einen eigenen Rechtsstatus in Anlehnung an das Adoptionsrecht zuzubilligen (Corte, 1956).

Die sogenannte Heimkampagne Ende der 1960er Jahre hob die bis dahin eher unbemerkten Verhältnisse in den Heimen wieder flutlichtartig in die Öffentlichkeit. Beispielsweise wurde von körperlichen Züchtigungen und längerem Einschließen in den Zellen als erzieherische Maßnahmen in den Heimen berichtet (Heitkamp, 1995). Mitte der 1970er Jahre gab es in der Jugendhilfe einige Umbrüche, die insbesondere darauf abzielten die in Verruf geratene Heimerziehung zu qualifizieren und die Ausgaben der Fremdunterbringung durch die Alternative der kostengünstigeren Pflegekinderplätze zu reduzieren (Blandow, 1999). Mit dem Slogan „Holt die Kinder aus den Heimen“ (Blandow, 2004) begann eine intensivere Bemühung um die Vermittlung von Kindern in Pflegefamilien. Im Dritten Jugendbericht (BMJFG, 1972) verlangt dann auch die Bundesregierung von den Jugendämtern die Werbung um Pflegefamilien auszubauen und diese intensiv auf ihre Aufgabe vorzubereiten, sowie diese zu begleiten. Die Pflegefamilie war somit wieder auf dem Vormarsch und allein in den Jahren zwischen 1969 und 1975 erhöhte sich die Zahl der Kinder in Pflegefamilien um 20.000, bei einem gleichzeitigen Rückgang von 17.000 Unterbringungen in Heimen (Blandow, 1980). Weiterhin wurden aber die Geburtse Eltern kaum beachtet und mit dem allgemeinen Hinweis auf das „Kindeswohl“ aus dem Hilfeprozess generell ausgeschlossen.

Mitte der 1980er Jahre kam es dann aufgrund des unmittelbar an der Praxisentwicklung orientierten Modellprojektes „Beratung im Pflegekinderwesen“ des Deutschen Jugendinstitutes (DJI, Handbuch 1987) zu einem verstärkten öffentlichen Interesse. Seither hat sich das Forschungsinteresse am Pflegekinderwesen merklich erhöht und eine rege Diskussion zu verschiedenen Problembereichen, etwa der Auswahl und Qualifizierung von Pflegeeltern, den verschiedenen Konzepten der Pflegefamilie als Ersatz- oder Ergänzungsfamilie, der Rückführung in die Herkunftsfamilie oder die Besuchskontakte zu den leiblichen Eltern, angestoßen. Vor allem aufgrund der Bemühungen des Deutschen Jugendinstitutes sind die leiblichen Eltern wieder mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Die Forschung und Praxis des Pflegekinderwesens wurde um die wichtige Frage, ob Besuchskontakte der Herkunftsfamilie die Entwicklung des Pflegekindes fördern oder einschränken, bereichert. Auch heute noch ist diese Diskussion ein zentraler Brennpunkt, um den sich die Praxisvertreter und Wissenschaftler verschiedener Professionen streiten.

Zusammenfassend lässt sich aufzeigen, dass die Geschichte des Pflegekinderwesens eng verknüpft ist mit der wechselvollen Geschichte der Heimerziehung. Die Frage der Finanzierung der Ersatzunterbringung, gleich ob in Heimen oder Pflegefamilien, überlagerte dabei zu allen Zeiten die pädagogische Argumentation und ist kennzeichnend für das Wechselspiel der verschiedenen Ideologien. Heutzutage gibt es zumindest innerhalb der Pflegefamilien ein Nachlassen der finanziellen Beweggründe, was sich vor allem in der Aufnahme von Pflegekindern in Mittelschichtsfamilien äußert. Dafür werden soziale und psychologische Motive zur Aufnahme eines Kindes immer wichtiger. Weiterhin herrscht ein bewussterer Umgang mit den Biographien der Kinder. Insgesamt hat sich das Pflegekinderwesen gerade durch die zunehmende Forschungsaktivität professionalisiert und spezialisiert. Im nächsten Abschnitt erfolgt daher eine kurze Übersicht über die heutigen Ausdifferenzierungen der Unterbringungsformen und ein aktueller Überblick über Zahlen, Daten und Fakten in der Gegenwart.

## **2.2 Aktueller Stand des Pflegekinderwesens**

Der Begriff „Pflegefamilie“ wird heutzutage zur Kennzeichnung des Sozialisationsortes, an dem das Pflegekind lebt, verwendet. Irrelevant ist dabei die Frage nach dem Familienmodell oder auch die Frage, ob es sich überhaupt um eine Familie im üblichen Sinne handelt oder um eine andere privat organisierte Lebensform zwischen Erwachsenen und Kindern. Die mit der Erziehung betrauten erwachsenen Menschen werden als „Pflegepersonen“ oder „Pflegeeltern“ bezeichnet. Unter „Pflegekinder“ sind entsprechend Kinder und Jugendliche zu verstehen, die nach den Normen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) in einer „anderen“, d.h. einer nicht mit ihrer Herkunftsfamilie identischen Familie, leben (Blandow, 1999). Die Vermittlung erfolgt in der Regel durch ein Jugendamt oder eine sonst legitimierte Institution. Der zugewiesene Sozialisationsort kann zeitlich befristet oder auf Dauer angelegt sein.

### **2.2.1 Abgrenzung zur Adoption und weiteren Sonderformen der Pflegschaft**

Gegenstandsbereich dieser Arbeit sind vorwiegend Dauer- bzw. Vollzeitpflegeverhältnisse. Kurzzeitpflegestellen, Tages- oder Wochenpflegestellen, Übergangs- oder Bereitschaftspflegestellen sowie Adoptionspflege sind nicht Schwerpunkt der Arbeit und werden daher der Vollständigkeit halber erwähnt, nicht aber vertiefend dargestellt.

Die Beziehungen zwischen Pflegeeltern und Pflegekind bzw. Adoptiveltern und Adoptivkind sind vergleichbar und ein Unterschied zwischen beiden Formen der Fremdunterbringung ist nicht mehr klar erkennbar (Müller-Schlotmann, 1997). Schink (1976) formuliert dazu deutlich: „In unserem Land dürfte es eine Anzahl an Pflegekindern geben, die zwar nicht rechtlich, dafür aber sozial von ihren Pflegeeltern ‚adoptiert‘ wurden.“ Klare Grenzen zwischen Adoptivfamilien und Pflegefamilien sind daher kaum noch zu ziehen. In Adoptivfamilien werden äh-

lich wie in Pflegefamilien ein Interesse des aufgenommenen Kindes zu seiner Herkunftsfamilie, Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und die Verschärfung von Konflikten insbesondere in der Pubertät beobachtet. Zudem zeigt sich in der Analyse von Gerichtsurteilen, dass die Kinder seltener aus der Pflegefamilie genommen werden, wenn sie längere Zeit dort gelebt haben. Die Regelung, wonach Kinder, die länger als zwei Jahre in der Pflegefamilie leben, grundsätzlich dort bleiben sollen, hat sich in der Rechtsprechung weitgehend durchgesetzt (Müller-Schlotmann, 1997). Daher gibt es zwischen einer Vollzeitpflege und einer Adoption vor allem rechtliche Unterschiede und Auswirkungen auf die Kontakte zur ursprünglichen Familie.

Verschiedene Formen von Pflegestellen werden primär nach der Dauer der Unterbringung differenziert, ihren rechtlichen Grundlagen, aber auch nach deren Anforderungsschwerpunkten unterschieden (Blandow, 2004).

Im KJHG wird die Dauerpflege oder auch Vollzeitpflege als zeitlich längerfristige Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie definiert. Dabei kann die Perspektive sowohl die Rückführung des Kindes in seine Ursprungsfamilie sein, als auch der Verbleib des Kindes in der Pflegefamilie bis zur Verselbstständigung.

In Kurzzeitpflegestellen werden Kinder für eine kurze, häufig festgelegte Dauer in eine Pflegefamilie vermittelt. In vielen Fällen ist eine Vorbereitung der Unterbringung möglich. Hauptgrund für die Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflegestelle ist ein zumeist absehbarer Zeitraum, in dem sich die Hauptpflegeperson nicht um das Kind kümmern kann, etwa ein Krankenhaus- oder Kuraufenthalt sowie die Ableistung einer überschaubaren Haftstrafe.

Als professionelle Form der Kurzzeitpflege hat sich die Bereitschafts- oder auch Übergangspflege herausgebildet. Diese nimmt auch kurzfristig Kinder für eine mehr oder weniger kurze Überbrückungszeit auf. Beispiele sind die plötzliche Erkrankung der Hauptpflegeperson oder eine aktuelle Familienkrise. Weiterhin werden aber auch solche Kinder vermittelt, die von ihren Eltern alleine gelassen oder misshandelt wurden und sehr kurzfristig untergebracht werden müssen. Bei einem Teil der Träger bedeutet Bereitschaftspflege die Erreichbarkeit der Pflegeperson rund um die Uhr und die Verpflichtung, ein Kind jederzeit, auch nachts, aufzunehmen.

In sozial-, sonder- oder auch sogenannten heilpädagogischen Pflegestellen werden zunächst schwer zu vermittelnde Kinder untergebracht. Dabei handelt es sich zumeist um Kinder mit Behinderungen, um Risikokinder mit einer extrem negativen Lebensgeschichte, Kleinkinder, die extrem vernachlässigt oder misshandelt wurden, Kinder, die unter häufigem und plötzlichem Wechsel der Bezugspersonen leiden und auch ältere Kinder mit häufigem Milieu- und Bezugspersonenwechsel, schwerwiegenden Entwicklungsdefiziten und massiven Verhal-

tenstörungen (Müller-Schlotmann, 1997). In der Regel wird für diese Unterbringungsform eine besondere pädagogische oder psychologische Vorbildung mindestens eines Pflegeelternanteils verlangt und die Leistungen werden mit einem erhöhten Erziehungsgeld honoriert.

Die dargestellten Differenzierungen der Pflegeformen sind zum Teil nicht überschneidungsfrei, da beispielsweise eine Kurzzeitpflegestelle oft genug den vorher vereinbarten Zeitrahmen übersteigt und sich im Laufe der Zeit zu einer Dauerpflege wandeln kann. Auch halten nicht alle Jugendämter die oben dargestellten Sonderformen der Unterbringung vor, so dass die konzeptionelle Ausgestaltung regional stark variieren kann. Das Spektrum an angebotenen Pflegeformen und die Arbeitsweisen der am Hilfeprozess beteiligten Personen sind vor allem regional recht unterschiedlich verteilt. Welche konkreten Bedingungen Pflegekinder und ihre beiden Familien vorfinden, ist daher sehr stark abhängig vom jeweiligen Wohnort, der Ausstattung und Auffassung des zuständigen Pflegekinderdienstes und dem Vorhandensein oder Fehlen von freien Trägern oder Selbsthilfegruppen. Wie sich die Unterbringung derzeit gestaltet und welche Unterbringungsformen hauptsächlich genutzt werden, wird daher im nächsten Kapitel ausführlich dargestellt.

### **2.2.2 Pflegekinderwesen in Zahlen**

Eine Bestandserhebung im Bereich des Pflegekinderwesens erfolgt jeweils alle fünf Jahre durch das statistische Bundesamt. Die nachfolgenden Zahlen beziehen sich auf den Stichtag 31.12.2005 und wurden 2007 in einer revidierten Fassung veröffentlicht. Die Angaben beziehen sich – soweit nicht anders vermerkt – immer auf das gesamte Bundesgebiet.

Im Bereich der Vollzeitpflege gibt es 50 364 Kinder, von denen der Großteil, nämlich 42 246 (83.9%), in einer Pflegefamilie untergebracht ist, während ein kleiner Teil der Kinder, insgesamt 8 118 (16.1%), bei Verwandten, in der Regel den leiblichen Großeltern, lebt (Statistisches Bundesamt, 2007). Anzumerken bleibt, dass nicht alle Verwandtenpflegen behördlich erfasst, finanziell gefördert und betreut sind, so dass von einer weit größeren Zahl an fremdunterbrachten Kindern ausgegangen wird (Blandow, 2004). Nach einer Schätzung von Walter (2004) leben in Deutschland insgesamt rund 72 000 Kinder ohne ihre Eltern bei Verwandten, in der Regel den Großeltern oder Tanten und Onkeln der Kinder. Diese Zahl übersteigt weit die vom statistischen Bundesamt genannten Werte und es ist unklar, ob diese Unterbringungsformen dauerhaft angelegt sind oder lediglich als kurzfristige familienunterstützende Maßnahme dienen.

Den Vollzeitpflegern stehen 53 624 Heimunterbringungen gegenüber. Dies entspricht einem in etwa ausgewogenen Verhältnis von 48.4% Pflegekindern zu 51.6% Heimkindern (Statistisches Bundesamt, 2007).

Betrachtet man die Unterbringungen in Pflegefamilien und Heimen noch differenzierter, so lassen sich einige interessante Unterscheidungsmerkmale zum Beispiel hinsichtlich der Altersverteilung ableiten (siehe Tabelle 1).

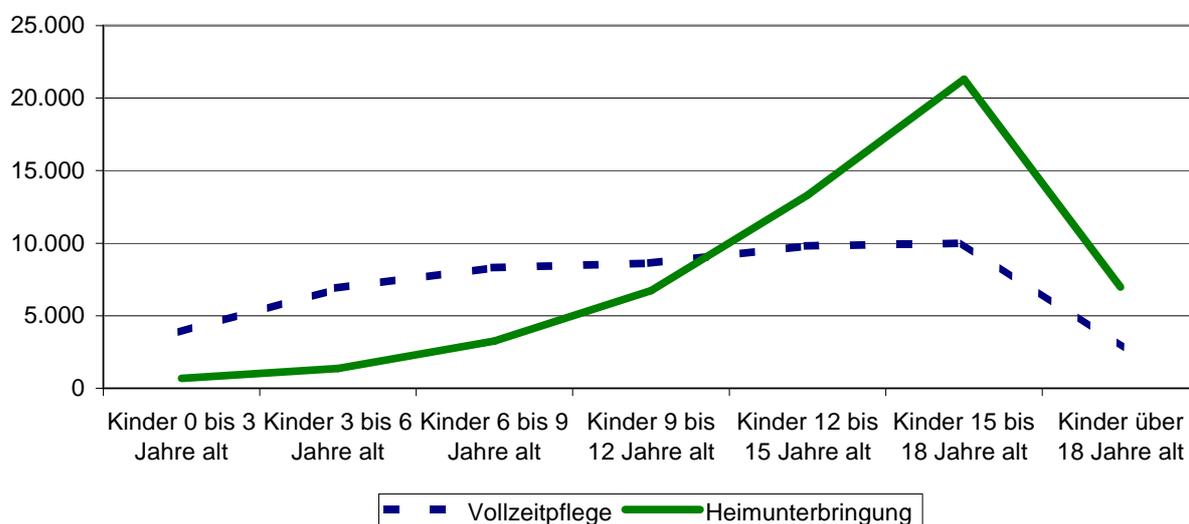
Tabelle 1: *Vergleich Vollzeitpflege vs. Heimerziehung in Bezug auf das Alter der Kinder*

	<b>Vollzeitpflege</b>	<b>Heimerziehung</b>
Kinder 0 bis 3 Jahre alt	3 863	681
Kinder 3 bis 6 Jahre alt	6 901	1 360
Kinder 6 bis 9 Jahre alt	8 324	3 265
Kinder 9 bis 12 Jahre alt	8 635	6 728
Kinder 12 bis 15 Jahre alt	9 805	13 307
Kinder 15 bis 18 Jahre alt	9 989	21 313
Kinder über 18 Jahre	2 847	6 970
<b>Insgesamt</b>	<b>50 364</b>	<b>53 624</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007

Die Zahlen bestätigen den bundesweiten Trend, Pflegefamilien eher für jüngere Kinder zu nutzen und die Heimerziehung eher für ältere Kinder zu verwenden (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: *Vergleich Vollzeitpflege vs. Heimerziehung in Bezug auf das Alter der Kinder*



Auffallend ist vor allem, dass Kinder bis 12 Jahre durchschnittlich mindestens doppelt so häufig, in einzelnen Altersgruppen sogar bis zu fünfmal so oft in Pflegefamilien untergebracht sind und erst im Alter von 12 bis 15 Jahren eine Trendwende zugunsten der Heimerziehung einsetzt. Im Alter von 15 bis 18 Jahren befindet sich der oder die fremdplatzierte Jugendliche allerdings mit doppelt so großer Wahrscheinlichkeit in einem Heim und nicht oder

nicht mehr in einer Pflegefamilie. Diese Entwicklung und Unterbringungspraxis ist aber für einzelne Bundesländer nicht einheitlich. Ferner differieren auch die Quoten für das Verhältnis von Unterbringung in einer Pflegefamilie und in einer Heimerziehung stark von Bundesland zu Bundesland. Beispielsweise liegt die Vermittlungsquote in Pflegefamilien in Berlin nur bei 32%, während 68% der Kinder in Heimen untergebracht sind, wohingegen in Schleswig-Holstein 56% der Kinder in Pflegefamilien leben (Blandow, 1999).

Weiterhin schwankt auch das Verhältnis von Verwandtenpflege im Verhältnis zu einer Fremdplatzierung in einer anderen Familie sehr stark zwischen den einzelnen Orten. In Bayern wurden beispielsweise nur 6% der Kinder bei ihren Großeltern oder anderen Verwandten untergebracht, im Vergleich zu 38% in Hamburg (Blandow, 1999). Ob eine bestimmte Gruppe von Kindern in dem einen oder dem anderen Teilsystem untergebracht wird, ist somit mehr eine Frage des Zufalls, der regionalen Gegebenheiten und der Amtspraxis und weniger eine Frage der fachlichen Differenzierung der unterschiedlichen Hilfeformen. Es bleibt zu berücksichtigen, dass die Art der Pflegeunterbringung vielfältige Auswirkungen mit sich bringt. Beispielsweise haben Kinder in Verwandtenpflege häufig mehr Kontakt zu ihren leiblichen Eltern und erleben weniger Umplatzierungen im Verlauf ihrer Kindheit, als dies bei Kindern in Pflegefamilien ohne verwandtschaftliches Verhältnis der Fall ist (Barber & Delfabbro, 2007).

Generell bietet das Leben in der Pflegefamilie vor allem für jüngere Kinder, die in ihren Familien keine angemessenen Sozialisationsbedingungen vorfinden, viele Vorteile. So werden gerade die Vertrautheit, Zuverlässigkeit, Ganzheitlichkeit, Affektivität und Bindung in den sozialen Beziehungen als entwicklungsförderlich angesehen (Biermann, 2001; Trede, 2002). Für Kinder unter sechs Jahren wird aus diesen Gründen in der Regel von Fachkräften der öffentlichen Jugendhilfe die Erziehung in einer Pflegefamilie der Heimerziehung vorgezogen.

Eine genauere Analyse der Schul- und Ausbildungsverhältnisse vor der Fremdplatzierung zeigt, dass ein Großteil der Kinder zu Beginn der Vollzeitpflege noch nicht zur Schule ging, wohingegen bei den heimuntergebrachten Kindern fast die Hälfte bereits in einer Grund- oder Hauptschule war. Diese Effekte korrelieren allerdings stark mit dem Alter der Kinder und sind durch die oben beschriebene Unterbringungspraxis, von jüngeren Kindern in Pflegefamilien, erklärbar. Nicht mit den Alterseffekten allein ist hingegen die Tatsache zu begründen, dass viermal so häufig Schulen für Behinderte oder Sonderschulen in der Gruppe der Heimkinder zu finden sind. Bei diesen Daten ist der Wirkzusammenhang unklar, da einerseits die längere Dauer in der vernachlässigenden Herkunftsfamilie zu einer schlechteren Entwicklung der Kinder beigetragen haben könnte, andererseits aber auch behinderte Kinder seltener von Pflegefamilien aufgenommen werden (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: *Schul- und Ausbildungsverhältnisse vor Beginn der Pflegerschaft bzw. Heimunterbringung*

	<b>Vollzeitpflege</b>	<b>Heimunterbringung</b>
Grundschule/ Hauptschule	26.1	46.9
Schule für Behinderte/ Sonderschule	5.1	20.4
Weiterführende Schule	4.5	12.7
Berufsschule	0.5	2.4
Nicht in einer Schule	63.9	17.7

Anmerkung: alle Angaben in Prozent. Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007.

Die Pflegekinder-Population unterscheidet sich aber auch hinsichtlich weiterer Merkmale deutlich von der Heimkinder-Population. Beispielsweise ist der Anteil der Mädchen in der Vollzeitpflege höher, wohingegen der Anteil nicht-deutscher Kinder weit niedriger liegt. In beiden Gruppen hat der Großteil der Kinder vor der Fremdplatzierung eine vorangegangene Hilfeform erhalten, beispielsweise eine ambulante Beratung in Erziehungsfragen oder eine vorläufige Schutzmaßnahme. Durch eine familienunterstützende Hilfe wird im Vorfeld versucht, die Erziehungsfähigkeit der Eltern zu fördern, um so eine kostenintensivere Fremdunterbringung zu vermeiden (Blandow, 2004). Weiterhin dauern Pflegeverhältnisse im Vergleich zu Heimunterbringungen durchschnittlich länger, was aber oftmals auch mit der früher begonnenen Hilfemaßnahme korrespondiert (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: *Vergleich Vollzeitpflege vs. Heimunterbringung in Bezug auf demographische Daten*

	<b>Vollzeit- pflege</b>	<b>Heimunter- bringung</b>
Anteil Mädchen	49.1	41.3
Anteil nicht-deutscher Kinder	5.0	8.2
Anteil der Kinder mit vorangegangener Hilfe	78.4	83.8
Dauer der durchschnittlichen Hilfe in Monaten	62.0	34.0
Familienstand des Sorgeberechtigten ledig	40.8	19.9*
Familienstand verheiratet, zusammenlebend	16.5	25.0*
Familienstand getrennt / geschieden	31.6	44.4*
Sorgerecht entzogen	39.9	19.5*

Anmerkung: alle Angaben in Prozent. \*diese Werte beziehen sich auf eine Grundgesamtheit von 61 806 und umfassen Heimunterbringungen sowie sonstige betreute Wohnformen. Quelle: Statistisches Bundesamt, 2007.

Es gibt in Pflegefamilien gut doppelt so oft Kinder von ledigen Müttern oder Vätern und deutlich weniger Kinder aus Trennungs- oder Scheidungsfamilien. Der Anteil an Familien, die verheiratet und immer noch zusammenlebend sind, ist in der Gruppe der heimuntergebrach-

ten Kinder deutlich größer. Den Eltern bzw. jungen Müttern von Pflegekinder ist demgegenüber mehr als zweimal so oft das Sorgerecht entzogen.

Aus den Zahlen des Statistischen Bundesamtes geht weiterhin hervor, dass drei Viertel der Kinder vor der Vermittlung in eine Pflegefamilie bereits eine andere, auch ambulante Hilfeform erhalten haben (Statistisches Bundesamt, 2007). Erzberger (2003) berichtet, dass Kinder, die in eine Pflegefamilie vermittelt werden, zumeist keine „unbeschriebenen Blätter“ mehr sind, da in nahezu jedem dritten Fall die Pflegefamilie bereits der zweite oder dritte Lebensortwechsel ist. Für etwa ein Viertel der Kinder ist es mindestens der vierte Wechsel. Bereits Säuglinge haben in 20% der Fälle mindestens zwei Lebensortwechsel hinter sich, wenn sie beispielsweise vorübergehend in einer Notaufnahmestelle oder in einem Mutter-Kind-Haus untergebracht waren.

Insgesamt deuten die Zahlen an, dass die wichtigste Funktion der Vollzeitpflege auch heute noch die Versorgung von kleinen Kindern aus als „erziehungsunfähig“ geltenden Familien ist, worauf die Zahlen der Sorgerechtsentzüge hinweisen. Der Heimerziehung kommt eher die Funktion zu, ältere Kinder und Jugendliche in einer befristeten Alternative unterzubringen und ihnen bis zur Verselbstständigung einen institutionellen Rahmen zu geben. Dabei weist Blandow (2004) ausdrücklich darauf hin, dass der Stellenwert, den die Familienpflege einnimmt, stark von der Amtspraxis und der in einer Region zur Verfügung stehenden Pflegefamilien abhängt. Schließlich müssen auch die Werthaltungen einzelner Fachkräfte, der Ursprungseltern und nicht zuletzt der Kinder oder Jugendlichen selbst berücksichtigt werden.

### **2.2.3 Gründe für Fremdplatzierungen**

Jedes Jahr werden etwa 10 000 bis 11 000 junge Menschen neu in eine Vollzeitpflegestelle vermittelt. Im Jahr 2006 wurden beispielsweise 10 209 Hilfen in einer Vollpflegestelle begonnen und 8616 Hilfen in einer Vollpflegestelle beendet (Statistisches Bundesamt, 2007).

Die Gründe für die Inpflegegaben werden bislang allerdings nicht vom Bundesamt für Statistik gezählt oder anderweitig offiziell erfasst. Es gibt jedoch einige Forschungsarbeiten, die sich mit den Anlässen für die Pflegeunterbringung befassen haben. Als wichtigster Hintergrund der Ergebnisse hat sich in der Regel eine schwierige, konflikthafte und von vielen Problemen belastete Familiensituation abgezeichnet. Am häufigsten wurden dabei psychische Krankheiten der Erziehungspersonen, Alkohol-, Drogen- oder auch Medikamentenabhängigkeit, konflikthafte Trennungssituationen, überforderte junge Mütter, seltener der Tod der Eltern sowie die Inhaftierung der Hauptbezugsperson des Kindes genannt. Ausschließlich wirtschaftliche oder gesundheitliche Probleme können im Einzelfall vorliegen, spielen aber in der Gegenwart kaum noch eine Rolle, sondern sind eher häufig zusätzlich anzutreffende Begleiterscheinungen (Erzberger, 2003; Walter 2004). Es sind allerdings weniger die familiären Hin-

tergründe an sich, die den eigentlichen Anlass für die Inpflegegabe bilden, sondern vielmehr die sich aus der familiären Lage ergebenden Betreuungsmängel oder Auffälligkeiten und Entwicklungsdefizite auf Seiten der Kinder. Viele Kinder sind stark vernachlässigt, was sich durch hygienische oder ernährungstechnische Versorgungsmängel ausdrückt. In einigen Fällen kommt es auch zu Kindesmisshandlung und sexuellen Missbrauch, der dann bei Bekanntwerden den Anlass zu einer Umplatzierung gibt. Üblicherweise kommt es zu einer Vielzahl der vorgenannten Probleme, die dann ein Eingreifen der Behörden erforderlich machen.

Barber und Delfabbro (2007) konnten in ihrer Untersuchung ebenfalls eine Reihe von familiären Problemen und Belastungen finden, die als Grund für die Inpflegegabe genannt wurden. Dabei wurden einerseits sehr häufig elterliches Versagen in Form von Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung des Kindes angegeben sowie eine allgemeine Erziehungsunfähigkeit. Andererseits wurde jedoch auch relativ oft kindliches Problemverhalten für die Weggabe des Kindes verantwortlich gemacht (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Gründe für Fremdplatzierungen nach Barber und Delfabbro (2007)

	<b>Fremdunterbringungsgrund</b>	<b>%</b>
Elterliches Fehlverhalten	Erziehungsunfähigkeit	32.3
	Vernachlässigung	28.1
	Emotionaler Missbrauch	26.8
	Körperliche Misshandlung	24.7
	Sexueller Missbrauch	11.5
	Unspezifischer Missbrauch/ Misshandlung	5.5
Familienprobleme	Auflösung der Familienstruktur	13.6
	Obdachlosigkeit	3.4
Kindliches Problemverhalten	Verhaltensprobleme des Kindes	60.0
	Kindliches Unvermögen (Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)	20.9
	Psychische Störung des Kindes	19.6

Anmerkung: alle Angaben in Prozent. Mehrfachnennungen waren möglich.

Auch Münder (2000) hat die Gefährdungslagen und Hintergründe untersucht, die Anlass waren, die Kinder von ihren leiblichen Eltern zu trennen und nennt als Hauptursache ähnlich der obigen Auflistung die Vernachlässigung, gefolgt von anderen Missbrauchs- oder Misshandlungsarten (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Gründe für Fremdplatzierungen nach MÜNCHEN (2000)

	<b>Fremdunterbringungsgrund</b>	<b>%</b>
Elterliches Fehlverhalten	Vernachlässigung	65.1
	Seelische Misshandlung	36.8
	Körperliche Misshandlung	23.6
	Elternkonflikte ums Kind	23.6
	Sexueller Missbrauch	16.7
Kindliches Problemverhalten	Autonomiekonflikte	12.9
Restkategorie	Sonstiges	23.3

Anmerkung: alle Angaben in Prozent. Mehrfachnennungen waren möglich.

Sehr detaillierte Unterbringungsgründe finden sich in den nachfolgenden Aufstellungen von Erzberger (2003) und Walter (2004).

Erzberger (2003) befragte in seiner Untersuchung die zuständigen Sozialarbeiter nach den Fremdplatzierungsgründen. Die Kategorie „Multiproblemfamilie“ stellte dabei eine Sammelkategorie dar und ist dementsprechend auch besonders stark belegt worden. D.h., diese Familien sind nicht wegen eines klar definierten Problems in das Hilfesystem gekommen, sondern aufgrund einer Kombination unterschiedlicher Problemlagen. Weitere Einzelprobleme, die zur Fremdunterbringung führten, sind psychische Krankheiten der Eltern bzw. eines Elternteils (18.8%), eine konflikthafte Trennung der Eltern, die entweder das Kind schwer beeinträchtigt oder für große Probleme bei dem erziehenden Elternteil sorgt (16.3%) sowie der Gebrauch von Alkohol (15.1%) und Drogen (11.7%). Die restlichen Nennungen, wie Tod der Eltern oder Inhaftierung, scheinen relativ selten als Unterbringungsgrund vorzukommen.

Ausgehend von der Problemlage der Familie wurde nach den festgestellten Betreuungsmängeln gefragt. Auch hier kam es zu einer Vielzahl von genannten Betreuungsmängeln, seltener existierte hingegen ein zentraler Betreuungsmangel. Die eher unspezifische Kategorie Überforderung (60.5%) und Vernachlässigung (46.4%) sind die am häufigsten genannten Betreuungsmängel. Misshandlung und Missbrauch scheinen in dieser Stichprobe nur eine untergeordnete Rolle zu spielen, was einerseits den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechen könnte, viel wahrscheinlicher aber den Sozialarbeitern nicht bekannt war oder möglicherweise im Sinne einer leichteren Vermittlungspraxis nicht bekannt werden sollte.

Die kritischen Lebenssituationen der Familie und die häufig daraus resultierenden Betreuungsmängel gehen normalerweise nicht spurlos an den Kindern und Jugendlichen vorbei. Als Folge wurde daher auch nach den Auffälligkeiten der Kinder gefragt. Hier konnte außer Verhaltensauffälligkeiten (38.4%) auch ein kritischer psychischer Zustand der Kinder (15.2%) relativ häufig festgestellt werden. Ins Auge sticht der große Prozentsatz der Kinder und Ju-

gendlichen, die nicht näher bezeichnete Auffälligkeiten besitzen (32.5%), aber auch diejenigen Kinder, die aus Sicht der Sozialarbeiter als unauffällig beschrieben werden (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: *Gründe für Fremdplatzierungen nach Erzberger (2003)*

	<b>Fremdunterbringungsgrund</b>	<b>%</b>
Problemlage der Familie	Multiproblemfamilie	41.8
	psychische Krankheit	18.8
	konfliktafte Trennung	16.3
	Alkohol	15.1
	Drogen	11.7
	Tod der Eltern	6.7
	Inhaftierung	2.1
	Organische Behinderung	2.1
	Sonstiges	16.7
Betreuungsmängel	Überforderung	60.5
	Vernachlässigung	46.4
	Anzeichen für Misshandlung	8.6
	Verlassen des Kindes	6.4
	Anzeichen für Missbrauch	5.2
	Anderes	17.6
Auffälligkeiten des Kindes	Verhaltensauffälligkeit	38.4
	Keine	24.9
	Kritischer psychischer Zustand	15.2
	Hospitalisierung	5.9
	Geistige Behinderung	3.8
	Körperliche Behinderung	2.1
	Chronische Krankheit	1.3
	Anderes	32.5

Anmerkung: alle Angaben in Prozent. Mehrfachnennungen waren möglich.

Die Angaben von Walter (2004) entstammen ebenfalls den Einschätzungen der betreuenden Sozialarbeiter. Auch hier zeichnet sich ein ähnliches Bild von den in den Familien vorherrschenden Problemen ab. Überforderung (88.7%) und Vernachlässigung (77.3%) belegen die Spitzenpositionen, gefolgt von finanziellen Notlagen (73.3%) und Erziehungsschwierigkeiten (69.0%). Gewalt in der Familie spielt eine relativ große Rolle (48.7%) und auch die Anzeichen für eine Kindesmisshandlung (20.7%) oder sexuellen Missbrauch (7.7%) werden verhältnismäßig oft angegeben (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Gründe für Fremdplatzierungen auf Seiten der abgebenden Familie nach Walter (2004)

	<b>Fremdunterbringungsgrund</b>	<b>%</b>
Probleme der abgebenden Familie		
	Überforderung	88.7
	Vernachlässigung	77.3
	Finanzielle Notlagen	73.3
	Erziehungsschwierigkeiten	69.0
	Trennung/Scheidung	63.0
	Alkoholmissbrauch	60.0
	Gewalt in der Familie	48.7
	Langzeitarbeitslosigkeit	48.3
	Verlassen des Kindes	47.3
	Unzureichender Wohnraum	36.7
	Soziale Isolierung	36.3
	Psychische Krankheit	35.0
	Missbrauch illegaler Drogen	31.3
	Wohnungslosigkeit	27.7
	Tod eines/beider Elternteils/e	24.3
	Chronische Krankheit	23.0
	Tablettenmissbrauch	21.3
	Inhaftierung eines Elternteils	21.0
	Anzeichen für Misshandlung	20.7
	Akute Krankheit	16.0
	Geistige Behinderung	10.3
	Anzeichen für sexuellen Missbrauch	7.7
	Körperliche Behinderung	4.3

Anmerkung: alle Angaben in Prozent. Mehrfachnennungen waren möglich.

Die Probleme der Pflegekinder befinden sich vor allem in den Bereichen Aufmerksamkeitsstörungen (55.3%) sowie in Entwicklungsverzögerungen (54.0%). Es ist anzunehmen, dass sich in Folge der massiven Vernachlässigungen desöfteren verzögerte Sprachentwicklungen (39.3%) und allgemeine Lernschwierigkeiten (47.3%) herausgebildet haben. Die Integration von vernachlässigten Kindern in die Gesellschaft gestaltet sich auch aufgrund der vorherrschenden Kontaktstörungen (36.0%) und Aggressionen (32.7%), die zum Teil auch gegen sich selbst gerichtet sein können (10.7%), äußerst schwierig. Im Kindergarten und in der Schule fallen diese Kinder daher häufig durch ihr unangepasstes Verhalten auf (41.3%). Die

genannten Gründe für die Fremdplatzierungen seitens der kindlichen Auffälligkeiten sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Gründe für Fremdplatzierungen auf Seiten der Kinder nach Walter (2004)

	<b>Fremdunterbringungsgrund</b>	<b>%</b>
Probleme der Pflegekinder	Aufmerksamkeitsstörungen	55.3
	Entwicklungsverzögerungen	54.0
	Lernschwierigkeiten	47.3
	Ängstlichkeit/Gehemmtheiten	41.3
	Verhaltensprobleme in Kindergarten/Schule	41.3
	Verzögerte Sprachentwicklung	39.3
	Kontaktstörungen	36.0
	Aggressivität/Wutanfälle	32.7
	Motorische Auffälligkeiten	23.7
	Schlafstörungen	23.7
	Verwahrlosungserscheinungen/Delinquenz	21.3
	Einnässen	18.0
	Autoaggressives Verhalten	10.7
	Körperliche Beeinträchtigung/Behinderung	10.7
	Einkoten	7.7
	Geistige Behinderung	7.7
	Anzeichen für Hospitalismus	7.0
	Chronische/psychosomatische Erkrankung	7.0
Suchtverhalten	6.3	

Anmerkung: alle Angaben in Prozent. Mehrfachnennungen waren möglich.

Insgesamt bestätigen die bisherigen Daten, dass Pflegekinder aus Familien kommen, die sich deutlich vom Bevölkerungsdurchschnitt unterscheiden. Häufig stehen im Hintergrund der Inpflegegaben sehr dramatische Zuspitzungen innerhalb der Familien und damit verbunden langjährige Leidenserfahrungen der Kinder. Vielfach haben Pflegeeltern in der Folge mit einem hohen Grad an Schädigung, Traumatisierung und Störung der Kinder zu rechnen. Blandow (2004) merkt jedoch an, dass es nicht in jedem Fall eine so hohe Dramatik gegeben haben muss. Beispielsweise können auch die Überforderung sehr junger Mütter, sowie eine chronische Erkrankung oder Behinderung der Eltern der Grund für ein begonnenes Pflegeverhältnis sein. Wichtig ist, die Kinder nicht pauschal als entwicklungs- oder verhaltensgestört zu stigmatisieren und nicht alle Ursprungsfamilien pauschal als erziehungsunfähig zu charakterisieren oder zu verurteilen, auch wenn dies statistisch gesehen für einen Großteil der Herkunftsfamilien zutreffend ist.

## 2.2.4 Rechtliche Hintergründe

Nachdem nun die Geschichte des Pflegekinderwesens sowie der aktuelle Stand der Entwicklungen skizziert wurden, ist wichtig zu wissen, auf welchen rechtlichen Grundlagen das heutige Pflegekinderwesen in Deutschland basiert. Denn die gesetzlichen Regelungen beeinflussen das Leben der Pflegeeltern, Ursprungseltern und Pflegekinder in nicht unerheblichem Maße und wirken auf deren Beziehungen untereinander ein (Blandow, 2004). Für die Rahmenbedingungen eines Pflegeverhältnisses sind die rechtlichen Hintergründe im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und im Sozialgesetzbuch (SGB) von ausschlaggebender Bedeutung. Das achte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB VIII) wird auch Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) genannt und ist das bedeutendste Werk für das Pflegekinderwesen. Darin sind beispielsweise Pflegekinderschutz und organisatorische Ausgestaltung von Pflegeverhältnissen geregelt (Blandow, 2004).

Zunächst gilt es die Voraussetzungen und Bedingungen für die Hilfen zur Erziehung ganz allgemein zu regeln. Dazu heißt es im Sozialgesetzbuch:

*„Ein Personensorgeberechtigter hat bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe, wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.“ (§ 27 Abs. 1 SGB VIII)*

In § 36 ist geregelt, dass die Entscheidung für eine bestimmte Art der Hilfe zur Erziehung durch Erstellung eines Hilfeplans und unter Einbezug der Personensorgeberechtigten zu treffen ist (§ 36 Abs. 2 SGB VIII). Dabei ist der Wunsch der Personensorgeberechtigten bei der Entscheidung für eine konkrete Pflegestelle nach Möglichkeit mit einzubeziehen (§ 36 Abs. 1 SGB VIII). Wird ein Pflegeverhältnis als nötige und geeignete Hilfe zur Erziehung in Betracht gezogen, so wird § 33 des SGB VIII zu dessen Ausgestaltung relevant:

*„Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen und seinen persönlichen Bindungen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie Kindern und Jugendlichen in einer anderen Familie eine zeitlich befristete Erziehungshilfe oder eine auf Dauer angelegte Lebensform bieten. Für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche sind geeignete Formen der Familienpflege zu schaffen und auszubauen.“ (§ 33 SGB VIII)*

Ein oftmals von Sozialarbeitern missverstandener und in der Praxis oft kritisierter Paragraph ist § 37, der im Namen des Kindeswohls zur Zusammenarbeit zwischen Ursprungseltern und Pflegeeltern aufruft:

*„Bei Hilfen ... soll darauf hingewirkt werden, dass die Pflegeperson oder die in der Einrichtung für die Erziehung verantwortlichen Personen und die Eltern zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zusammenarbeiten. Durch Beratung und Unterstützung sollen die Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie innerhalb eines im Hinblick auf die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen vertretbaren Zeitraums so weit verbessert werden, dass sie das Kind oder den Jugendlichen wieder selbst erziehen kann. Während dieser Zeit soll durch begleitende Beratung und Unterstützung der Familien darauf hingewirkt werden, dass die Beziehung des Kindes oder Jugendlichen zur Herkunftsfamilie gefördert wird. Ist eine nachhaltige Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie innerhalb dieses Zeitraums nicht erreichbar, so soll mit den beteiligten Personen eine andere, dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen förderliche und auf Dauer angelegte Lebensperspektive erarbeitet werden.“ (§ 37 Abs. 1 SGB VIII)*

Die im Gesetz geforderte Zusammenarbeit zum Wohl des Kindes ist allerdings nicht zwingend gleichzusetzen mit der Aufrechterhaltung persönlicher Kontakte oder mit der Stabilisierung der Herkunftseltern durch die Pflegeeltern. Den leiblichen Eltern sollte ein Umgangsrecht nur dann zustehen, wenn der persönliche Kontakt dem Wohl des betroffenen Kindes dient und das Kind diesen Kontakt wünscht (Diouani, 2004). Der Begriff des Kindeswohls ist vage und kann im privaten Familienalltag wie auch in der professionellen Praxis sehr unterschiedlich interpretiert werden. „Die Berufung auf das Wohl des Kindes ist das wohl am meisten gebrauchte und am meisten missbrauchte Argument, wenn es darum geht, Eingriffe von Seiten Erwachsener in das Leben eines Kindes zu rechtfertigen.“ (Hügli; zitiert nach Riedle et al., 2008, S. 25). Es gibt daher verschiedene Meinungen darüber, was für ein Kind gut ist und was nicht.

Salgo (2004) argumentiert gegen die bestehende Rechtsnorm des Umgangs der Pflegekinder mit ihren leiblichen Eltern, dass diese analog zu Scheidungskindern gehandhabt wird. Im Unterschied zu Kindern, deren Eltern sich trennen, sei in den meisten Pflegekinderfällen eine Herausnahme aufgrund der Gefährdung des Kindeswohls notwendig geworden. Das Pflegekind hat im Gegensatz zum Scheidungskind eine unterbrochene, oft gestörte oder allzu häufig überhaupt keine Beziehung zu den Eltern. Ohne stabile Bindung zu einer Bezugsperson aufzuwachsen bedeutet ein dauerhaft erhöhtes Angstlevel und ein allgemeines Misstrauen gegen die Umwelt. Auch später ist eine Beziehungsaufnahme, die von Vertrauen geprägt ist, nur schwer für diese Kinder möglich und beim Spielen und Erkunden sind sie beispielsweise massiv blockiert und daher auch in ihrer intellektuellen Entwicklung eingeschränkt (Hassenstein & Hassenstein, 2004). Auch Münder (2000) argumentiert gegen gesetzliche Gleichschaltungen der Regelungen zwischen Scheidungskindern und Pflegekindern. Als Hauptur-

sachen der Herausnahme aus der Ursprungsfamilie gilt die Vernachlässigung, die seelische und körperliche Misshandlung sowie der sexuelle Missbrauch. Diese traumatisierenden Erfahrungen beeinflussen die Eltern-Kind-Beziehung nachhaltig und sind daher mit Scheidungskindern nicht gleichzusetzen. Die Belastungen von Pflegekindern sind oftmals erheblich schwerwiegender und darum nicht mit Kindern aus Trennungs- oder Scheidungsfamilien vergleichbar.

Unter dem „vertretbaren Zeitraum“, wie es im Gesetzestext heißt, wird in der Praxis meist eine Spanne von zwei Jahren verstanden (Blandow, 2004). In dieser Zeit soll versucht werden, die Herkunftsfamilie für eine Rückführung des Kindes zu restabilisieren. Gudat (1987) sieht in dieser Rechtsprechung allerdings die Tendenz, ab einem gewissen Zeitpunkt die Bindung des Kindes an die Pflegefamilie auf Kosten der Beziehung zu den leiblichen Eltern zu schützen. Für ihn stellt diese Regelung daher aus familientherapeutischer Sicht ein partielles Scheitern des Pflegeverhältnisses dar. Je jünger das Kind ist, desto rascher ist allerdings eine Klärung der Gefahrenlage geboten (vgl. Zenz, 2001), da besonders Säuglinge und Kleinkinder extrem vulnerabel gegenüber psychischen und körperlichen Folgen von elterlichem Erziehungsunvermögen sind. Daher stellt sich bei jüngeren Kindern eher die Frage, ob die Zeitspanne von zwei Jahren nicht zu umfangreich gewählt ist.

Wie bereits weiter oben erläutert, enthält auch das Bürgerliche Gesetzbuch für das Pflegekinderwesen einige relevante Regelungen. Diese finden sich vor allem im Buch 4, dem Familienrecht. Beispielsweise werden die gesetzlichen Grundlagen zur Übertragung des Sorgerechtes im § 1630 genauer erläutert:

*„Geben die Eltern das Kind für längere Zeit in Familienpflege, so kann das Familiengericht auf Antrag der Eltern oder der Pflegeperson Angelegenheiten der elterlichen Sorge auf die Pflegeperson übertragen. Für die Übertragung auf Antrag der Pflegeperson ist die Zustimmung der Eltern erforderlich.“* (§ 1630 Abs. 3 BGB)

Da allerdings die Übertragung der elterlichen Sorge auf Pflegeeltern in der Praxis eher die Ausnahme ist, gibt es in Absatz 1 des § 1688 des BGB weitere Regelungen über Entscheidungsbefugnisse der Pflegepersonen:

*„Lebt ein Kind für längere Zeit in Familienpflege, so ist die Pflegeperson berechtigt, in Angelegenheiten des täglichen Lebens zu entscheiden sowie den Inhaber der elterlichen Sorge in solchen Angelegenheiten zu vertreten.“* (§ 1688 Abs. 1 BGB)

Pflegeeltern sind also berechtigt kleinere, alltägliche Entscheidungen, beispielsweise zu üblichen ärztlichen Behandlungen, für ihr Pflegekind selbst zu treffen. Ausgeschlossen sind da-

gegen schwerwiegende Entscheidungen von weitreichenderer Bedeutung für die Entwicklung des Kindes, so z.B. zur schulischen Laufbahn oder Berufswahl.

Laut § 1684 BGB hat:

*„das Kind ein Recht auf Umgang mit jedem Elternteil; jeder Elternteil ist zum Umgang mit dem Kind verpflichtet und berechtigt. Die Eltern haben alles zu unterlassen, was das Verhältnis des Kindes zum jeweils anderen Elternteil beeinträchtigt oder die Erziehung erschwert. Entsprechendes gilt, wenn sich das Kind in der Obhut einer anderen Person befindet. .... Eine Entscheidung, die das Umgangsrecht oder seinen Vollzug für längere Zeit oder auf Dauer einschränkt oder ausschließt, kann nur ergehen, wenn andernfalls das Wohl des Kindes gefährdet wäre. Das Familiengericht kann insbesondere anordnen, dass der Umgang nur stattfinden darf, wenn ein mitwirkungsbereiter Dritter anwesend ist. Dritter kann auch ein Träger der Jugendhilfe oder ein Verein sein; dieser bestimmt dann jeweils, welche Einzelperson die Aufgabe wahrnimmt.“ (§ 1684 BGB)*

Das Umgangsrecht ist also im Gesetzestext als Recht des Kindes gegenüber seinen Eltern definiert. Diese Umgangsregelung muss ferner Kindeswohl dienlich sein. Das Familiengericht kann in die Umgangsregelung eingreifen, wenn dies das Wohl des Kindes erforderlich macht. Es kann dann das Umgangsrecht langfristig einschränken oder aussetzen, wenn das Kindeswohl ansonsten gefährdet wäre.

Grundsätzlich sollte das Kind sein Recht auf Umgangskontakt wahrnehmen können. Doch dieses Recht darf nicht zum Unrecht und auch nicht zur Pflicht für das Kind werden. Erst recht darf es nicht zur Gefährdung oder Schädigung des Kindes beitragen. Das Kind braucht und erwartet in einer solchen Situation den Schutz seiner Pflegeeltern. Es ist darauf angewiesen, dass diese notfalls auch den Mut aufbringen, es vor dem Kontakt mit den leiblichen Eltern zu schützen, wenn sie dies für notwendig erachten. Leider wird den Pflegeeltern hier oft die Erfüllung ihres Auftrages vorgeworfen. Denn sie sollen dem Kind eine sichere Bindung ermöglichen, werden aber auf der anderen Seite abgestraft, wenn sich das Kind an sie klammert und bei ihnen Schutz vor der bedrohlichen Situation sucht. Je jünger ein Kind ist, desto größer ist leider auch die Gefahr, dass das Kind gegen seinen Willen von durchsetzungsbereiten Erwachsenen zur Umgangsregelung gezwungen wird. Hopp (2004) führt dazu aus, dass

*„keiner – weder Fachkräfte, noch Herkunftseltern, auch nicht die Pflegeeltern selbst haben ein schreiendes und sich anklammerndes Kind zum Umgang zu*

---

*zwingen. Keiner hat ein Recht, ein sich wehrendes Kind in das Auto ... zu packen, damit es zum Besuch gebracht werden kann“.* (Hopp, 2004, S. 209)

Von großer Bedeutung für Pflegeverhältnisse ist auch der § 1632 des BGB. Hier finden sich die grundlegenden Regelungen zur Herausgabe des Kindes:

*„Lebt das Kind seit längerer Zeit in Familienpflege und wollen die Eltern das Kind von der Pflegeperson wegnehmen, so kann das Familiengericht von Amts wegen oder auf Antrag der Pflegeperson anordnen, dass das Kind bei der Pflegeperson verbleibt, wenn und solange das Kindeswohl durch die Wegnahme gefährdet würde.“* (§ 1632 Abs. 4 BGB)

Die sorgeberechtigten Eltern haben somit grundsätzlich die Möglichkeit, ihr Kind aus der Pflegefamilie herauszunehmen. Pflegeeltern können auf ein Herausnahmeverlangen mit der Verbleibensanordnung reagieren und ihre Interessen vor dem Familiengericht vertreten. Allerdings ist die Begründung nach dem Kindeswohl wie schon weiter oben aufgeführt relativ schwammig und wird gerne von allen Beteiligten zur Untermauerung ihrer Argumente verwendet.

Das Kindeswohl und die Gefährdung desselbigen wird sowohl im achten Sozialgesetzbuch, wie auch im Bürgerlichen Gesetzbuch aufgegriffen und erläutert. Ist das Wohl eines Kindes gefährdet, so sind die zuständigen Behörden immer verpflichtet einzugreifen:

*„Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei 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. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten. (...) Besteht 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.“* (§8a SGB VIII)

*„Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Ver-*

*halten eines Dritten gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.“ (§ 1666 BGB)*

*„Maßnahmen, mit denen eine Trennung des Kindes von der elterlichen Familie verbunden ist, sind nur zulässig, wenn der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. ...Die gesamte Personensorge darf nur entzogen werden, wenn andere Maßnahmen erfolglos geblieben sind oder wenn anzunehmen ist, dass sie zur Abwendung der Gefahr nicht ausreichen.“ (§ 1666a BGB)*

Insgesamt zeigen diese Ausführungen zum Kindeswohl und zu den Gefährdungslagen, dass das Elternrecht zur Erziehung in Deutschland gesetzlich stark verankert ist. Nur eine massive Gefährdung des Kindeswohls rechtfertigt Maßnahmen, die die Elternrechte beschneiden und die dem Staat ermöglichen, seinem besonderen Schutzauftrag nachzukommen. Für die Familienpflege bedeutet das, dass der Herausnahme eines Kindes aus seiner Herkunftsfamilie schwerwiegende Gründe vorangehen müssen. Allerdings veranlassen aktuelle Fälle von Misshandlung, Vernachlässigung bis hin zur Verwahrlosung von Kindern erneute politische Diskussionen zu den rechtlichen Grundsätzen. Dreh- und Angelpunkt ist in diesen Debatten immer wieder der Zeitpunkt, ab dem das Jugendamt oder die Familiengerichte einschreiten sollen, um möglichst frühzeitig den Schutz eines Kindes zu gewährleisten. Denn Riedle et al. (2008) zufolge kommen immer wieder Kinder zu Schaden, weil Behörden es versäumen, sie rechtzeitig von ihren sie misshandelnden oder vernachlässigenden Eltern zu trennen. Andererseits ist es fraglich, ob eine alleinige Änderung der gesetzlichen Regelungen die Lösung des Problems bringt oder ob nicht vielmehr auch an den Einstellungen und Meinungen der beteiligten Akteure gearbeitet werden müsste:

*„Das Problem beim Kinderschutz ist nicht, dass es zu wenig Vorschriften gäbe und das Wohl des Kindes präziser definiert werden müsste. Das Problem ist, dass es Menschen gibt, die die Rohheit und Herzlosigkeit aufbringen, per Dienstweg ein kleines Kind seinem gewalttätigen, vorbestraften und drogensüchtigen Vater auszuliefern.“ (Riedle et al., 2008, S. 30)*

## **2.3 Grundlegende Forschungsfragen des Pflegekinderwesens**

Aufbauend auf dem geschichtlichen Wissen, dem aktuellen Stand und den rechtlichen Rahmenbedingungen soll im Folgenden eine kurze Übersicht zu den wichtigsten Erkenntnissen aus der Pflegekinderforschung gegeben werden. Zentrale Aspekte dabei sind die emotionalen Bindungsbeziehungen eines Pflegekindes, die es in seine Pflegefamilie quasi mitbringt und wie anhand der bisherigen Lebenserfahrungen die Integration in die neue Familie am

besten gelingen kann. Wie bereits im geschichtlichen Rückblick deutlich wurde, gibt es zwei grundsätzlich gegenläufige Theorien zum Konstrukt Pflegefamilie. Auf der einen Seite stehen die Befürworter der Ersatzfamilie, die die leibliche Familie weitestgehend aus dem Pflegeverhältnis ausklammern. Auf der anderen Seite befinden sich die Verfechter des Ergänzungsfamilienkonzeptes, die davor warnen, dass es zu massiven Identitätsstörungen der Kinder kommen kann, sollte die Herkunftsfamilie nicht entsprechend im Pflegeverhältnis berücksichtigt werden. Wie sich an den Hauptproblemen der Pflegekinderpraxis zeigen wird, haben diese beiden konträren Ansätze nicht nur theoretische Spuren in der Forschungslandschaft hinterlassen, sondern maßgeblich zu einigen Regelungen bezüglich der Umgangskontakte, Rückführungstendenzen, aber auch zu hohen Abbruchquoten beigetragen. Aufgrund der weitreichenden Auswirkungen auf die Ausgestaltung von Pflegeverhältnissen und da viele Probleme auf den unterschiedlichen Herangehensweisen beruhen, werden beide Ansätze im Anschluss an die Bindungs- und Integrationstheorien detailliert dargestellt.

### **2.3.1 Bindungsforschung im Pflegekinderbereich**

Die Bindungstheorie und auch die Untersuchung der verschiedenen Bindungstypen von Pflegekindern ist kein integraler Bestandteil der vorliegenden Arbeit. Trotzdem soll im Folgenden ein kurzer Überblick über den aktuellen Stand der Forschung bezüglich der Bindungstheorie im Pflegekinderbereich gegeben werden, um ein vertieftes Verständnis der Abläufe und Auswirkungen auf Pflegeverhältnisse zu ermöglichen.

Bereits um 1950 stellte Bowlby (1975), Kinderarzt und Psychoanalytiker, fest, dass der Mensch über ein biologisch angelegtes Bindungssystem verfügt. Jedes Baby kommt mit Verhaltensweisen auf die Welt, die es ihm unmittelbar ermöglichen, sich an andere Menschen zu binden. Zu diesen kindlichen Verhaltensweisen, die dem Bindungsaufbau dienen, gehören das Anklammern, Weinen, Brabbeln und Lächeln, sowie später das Krabbeln und Nachlaufen. Dabei wurde beobachtet, dass sich ein Kind umso besser entwickelt, je feinfühlicher die Bezugsperson auf die Signale des Kindes achtet und angemessen und prompt darauf reagiert. In den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde versucht die kindlichen Beziehungen zu den Eltern nach verschiedenen Bindungstypen zu klassifizieren. Studien, die sich mit den verschiedenen Verteilungen der Bindungsmuster in der Allgemeinbevölkerung beschäftigt haben, kommen zu dem Ergebnis, dass der überwiegende Teil (etwa 40%-60%) aller Kinder in der westlichen Welt sicher gebunden ist (Cappenberg, 2004). Ein weiterer großer Anteil von Kindern weist eine unsicher-vermeidende Bindung (etwa 20%-30%) oder einen unsicher-ambivalenten Bindungsstil (etwa 10%-20%) auf. Die Restgruppe (5%-15%) setzt sich aus Kindern zusammen, die einem vierten Bindungstyp zuzuordnen sind, der als desorganisiertes Bindungsverhalten klassifiziert wird und sich aus unterschiedlichen,

nicht stringenten Verhaltensweisen zusammensetzt. Diese Zahlen sind jedoch nicht repräsentativ für den Pflegekinderbereich, da Pflegekinder in der Regel keine Eltern haben, die in ihrem erzieherischen und vor allem emotionalen Verhalten gegenüber ihren Kindern einer Normalpopulation zuzuordnen sind. Aufgrund der Erziehungsunfähigkeit der Eltern haben diese Kinder oftmals traumatische Beziehungserfahrungen machen müssen und sind folglich zum Teil schwer bindungsgestört. Zudem sind Pflegekinder häufig auf die eine oder andere Art misshandelt worden.

Die unterschiedlichen Bindungsqualitäten lassen sich am deutlichsten in einer für das Kind stressreichen, angstbesetzten Situation erkennen, da in diesen Situationen das Bindungsverhaltenssystem aktiviert wird. Ein Kind, das in einer existenziellen Notsituation, in der es Todesangst erlebt, keine Bezugsperson hat, die ihm hilft, sondern im Gegenteil durch eben diese Bezugsperson in Angst und Verzweiflung gebracht wird, befindet sich jedoch in einem unauflösbaren Spannungszustand. Diese Situation führt bei längerem Andauern zu einem Zusammenbruch aller bekannten Strategien. Es hilft dem Kind nicht seine Gefühle zu vermeiden, wie es die unsicher-vermeidenden Kinder tun. Aber es nützt ihm auch nichts, überdauernd Bindungsverhalten zu zeigen, da die Bezugsperson, an die sich die Signale richten könnten, gerade die Quelle der Angst ist. Das Kind ist in einer kritischen Situation gefangen, in der es nur psychisch schwer verletzt werden kann. Diese Kinder entwickeln daher die innere Überzeugung, dass sie in der größten Not allein sind und dass ihnen niemand helfen kann oder helfen will. Diese überwältigende unauflösbare Situation stellt eine Art Grundsituation des desorientierten, desorganisierten Kindes dar. Dieser Bindungstypus zeigt sich beispielsweise im Fremde-Situations-Test (=Standardtest zur Aktivierung und Klassifizierung des Bindungsverhaltens anhand von Trennungs- und Wiedervereinigungsphasen mit den Eltern bzw. einem Elternteil; siehe Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) bei der Wiedervereinigung mit den Eltern durch eher erschrockenes Verhalten. Diese Kinder reagieren beim Anblick der Mutter oder des Vaters wie gelähmt, mit einem fast benommenen Gesichtsausdruck oder zeigen deutlich ihre Angst. Es kann zu Stereotypen kommen oder zu einem Erstarren und Einfrieren jeglicher Bewegung. Das desorganisierte Bindungsmuster, auch D-Bindung genannt, ist die häufigste anzutreffende Bindungsform bei misshandelten Kindern und muss in diesem Sinne als Ausdruck traumatisierender oder hochgradig inkonsistenter Beziehungserfahrungen bewertet werden (Cappenberg, 2004). Dornes (1997, 2000) geht in Populationen von misshandelten Kindern von Werten zwischen 55% bis zu 82% für desorganisiertes Bindungsverhalten aus.

Die Folgen einer Desorganisation im Bindungsverhalten sind fatal und wirken sich massiv und höchst schädigend auf den weiteren Lebensverlauf aus. Nach Scheuerer-Englisch (1998) kommt es zu einer Abwehr der Angst- und Ohnmachtsgefühle, die insgesamt vom Er-

leben des Kindes abgespalten werden. Weiterhin gilt als bestätigt, dass sie in ihrem Selbstwert und in ihrer Autonomieentwicklung beeinträchtigt sind und beispielsweise Kontakt und emotionale Beziehungen meiden. Aufgrund des niedrigen Selbstwertes sehen die Kinder sich nicht als schützenswert an und es kann zu extremen Äußerungen kommen, wie etwa, dass das Kind zu sich selbst sagt, es sei dumm oder es wäre besser, wenn es tot wäre. Vernachlässigten und misshandelten Kindern fehlt die sichere Basis, von der aus sie die Welt erkunden können. Daher ist für sie die Welt kein Abenteuerspielplatz, sondern ein Schlachtfeld, auf dem sich ständig unvorhergesehene und furchterregende Dinge ereignen können (Riedle et al., 2008). In Bezug auf die soziale Wahrnehmung und in ihren Beziehungen zu anderen Erwachsenen herrscht ein misstrauisches, feindseliges Verhalten vor, was eine angemessene Integration in eine Pflegefamilie, aber auch in eine Kindergartengruppe oder Schulklasse erschwert bzw. völlig verhindert.

### **2.3.2 Eingliederung in die Pflegefamilie**

Die bisherigen Beziehungserfahrungen eines Kindes haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Integrationsfähigkeit in eine Pflegefamilie. Für eine gelingende Eingliederung in eine neue Familie ist es entscheidend, welche Erfahrungen die Lebenswelt des Kindes mitgestaltet haben. Das Kind ist in seiner Entwicklung zumeist stark geprägt und die Biographie eines Pflegekindes ist häufig nicht nur durch die Trennung von den leiblichen Eltern gekennzeichnet. Da die Herkunftsfamilie in der Regel der primäre Sozialisationsort jedes Kindes ist und das Kind nur diese Umwelt kennt, werden alle weiteren Erfahrungen und Erlebnisse durch die bereits erworbenen Einstellungen gefiltert (Müller-Schlotmann, 1997). Vor allem für Pflegefamilien bedeutet dies, dass sie die bisherigen Lebensgeschichten der Kinder kennen sollten, um etwaige Fehlverhaltensweisen der Kinder leichter verstehen und akzeptieren zu können. Leider ist zu Beginn des Pflegeverhältnisses oft nicht genau bekannt, welche Erfahrungen das Kind bislang gemacht hat und eine Misshandlung des Kindes wird eher selten als Grund für die Inpflegegabe benannt. Allerdings lassen sich einige Formen von Misshandlung auch hinter den Kategorien Beziehungs- und Erziehungsprobleme vermuten. Weiterhin wird die Integration auch durch die Ungewissheit erschwert, die zu Beginn zahlreicher Pflegeverhältnisse vorherrscht. Sandmeir (2008) hat diesbezüglich einige exemplarische Aussagen von Pflegekindern zusammengestellt:

*„Das war dann eine Überraschung, dass die vom Jugendamt auf einmal unten gestanden sind und gesagt haben, dass ich mitkommen soll; Und die haben gesagt, dass ich jetzt weg komm von meiner Mama; Am Anfang wusste ich ja noch nicht warum ich da war“ (Sandmeir, 2008, S. 16).*

---

Nienstedt und Westermann (1998) erläutern nun in ihrer Theorie der Integration von Pflegekindern, dass diese nicht als ein reiner Eingewöhnungsprozess in die neue Familie und an die neue Situation missverstanden werden dürfe. Ihnen zufolge bestehe dann die Gefahr einer zwar äußerlichen Anpassung an die neue Umgebung, bei der das Kind aber letztlich in seiner Ursprungsfamilie verhaftet bleibt und ihre Selbstdefinitionen aufrechterhält und die bekannten Strukturen nicht hinterfragt. Eine gelungene Integration stellt demgegenüber die Entwicklung neuer tragfähiger familiärer Beziehungen dar, die die Grundlage bilden für die Korrektur der möglicherweise schon vorhandenen Selbstwertstörungen. Der Integrationsprozess vollzieht sich nach Nienstedt und Westermann (1998) in drei charakteristischen Phasen, die mehr oder weniger deutlich voneinander abgrenzbar sind.

Die erste Phase ist geprägt von einer passiven Anpassung des Kindes an die Wünsche und Erwartungen der Pflegeeltern. Das Kind entspricht den Normen zu Beginn des Pflegeverhältnisses oft in idealer Weise, was in der Regel aber lediglich eine oberflächliche Anpassung an die neue Umgebung darstellt. Häufig geht ein Pflegekind mit gemischten Gefühlen in eine neue Familie und der Anfang der Pflegebeziehung ist von Ambivalenzen, von positiven und negativen Erwartungen und von der Chance auf neue familiäre Beziehungsmöglichkeiten geprägt. Durch die Überanpassung des Kindes an die Normen und Werte der Pflegefamilie kann das Kind seine Unsicherheit in der Anfangszeit gut überwinden. Es besteht allerdings die Gefahr, dass die Angepasstheit des Kindes als bereits gelungene Integration missverstanden wird und bei später auftretenden Verhaltensauffälligkeiten Enttäuschungen entstehen, da diese dann als Rückschritt erlebt werden. Wichtig ist bereits in der ersten Phase, dass die Eltern sich vom Kind „an die Hand nehmen lassen“ (Nienstedt & Westermann, 1998) und das Kind dadurch auch Einfluss nehmen kann auf diejenigen, von denen es abhängig ist. Dadurch fühlt es sich von seinen neuen Eltern leichter angenommen.

In der zweiten Phase entstehen dann in der Regel Übertragungsbeziehungen, wobei die neuen Eltern mit den früheren elterlichen Bezugspersonen „verwechselt“ werden. In der Übertragung werden alle bereits erworbenen Beziehungsstörungen wieder mobilisiert und das Kind wiederholt gelernte Muster und weist früher vorhandene Symptome erneut auf. Durch die Aktivierung dieser Verhaltensmuster besteht die Möglichkeit, dass das Kind nun positive, korrektive Erfahrungen machen kann. Hardenberg (2006) führt dazu aus, dass es dem traumatisierten Pflegekind nicht hilft, dass es früher schreckliche Erfahrungen mit den leiblichen Eltern erlebte und heute positive mit wohlwollenden Pflegeeltern. Es ist im Gegensatz dazu gerade erforderlich, dass das Pflegekind seine traumatischen Erfahrungen in die Beziehung mit den Pflegeeltern überträgt. Nur dadurch ergibt sich die Chance der Verarbeitung. Daher sollten sich diese unbedingt fragen, mit welchen früheren Erlebnissen diese Verhaltensweisen zusammenhängen können, um möglichst angemessen auf die Verhal-

tensauffälligkeiten des Kindes reagieren zu können. Wichtig ist, dass das Verhalten der Kinder mit deren Augen gesehen wird, um die dahinter liegenden Absichten besser beurteilen und verstehen zu können. Beispielsweise kann es für die Pflegeeltern anfangs schwer verständlich sein, warum die Kinder anfangen zu schreien, wenn die Pflegemutter in die Badewanne gehen möchte. Mit dem Wissen, dass die leibliche Mutter bereits mehrfach versucht hat, sich in der Badewanne vor den Augen der Kinder zu ertränken, bekommt dieses ungewöhnliche Verhalten der Kinder plötzlich einen anderen Sinn. Auch dass viele Pflegekinder Lebensmittel horten oder soviel essen, bis sie sich anschließend übergeben müssen, wird vor dem Hintergrund der Deprivationserfahrungen für die Pflegeeltern verständlicher. Die Reaktionen der Pflegeeltern auf kindliches Problemverhalten sollten dabei niemals die grundlegende Beziehung zum Kind in Frage stellen. Auch andere Autoren weisen darauf hin, dass es nach einer Zeit der Angewohntheit in der neuen Familie oft vermehrt zu Verhaltensauffälligkeiten seitens des Kindes kommt (z.B. Pfeiffer, 1985) und dies einem ganz typischen Rhythmus entspricht.

In der dritten Phase kommt es dann normalerweise zur Regression, die eine Korrektur der prägenden Beziehungsstörungen in Gang setzt. Das Kind kehrt in frühkindliche Entwicklungsstufen zurück, wodurch es neue Eltern-Kind-Beziehungen entwickeln kann. Die Regression dient dabei der Herstellung einer angstfreien Nähe und schafft die Grundlage für eine wachsende Autonomie sowie die Entwicklung differenzierter Rollenbeziehungen. Das regressive Verhalten ist für das Kind eine Anpassungsstrategie, weil das babyhafte Agieren gewöhnlich eine bemutternde Resonanz hervorruft. Wichtig ist, dass die Pflegeeltern sich auch in dieser Phase an den Bedürfnissen des Kindes orientieren und dieses trotz der altersunangemessenen Reaktion nicht zurückweisen. Dadurch wird langfristig der Aufbau verlässlicher Eltern-Kind-Beziehungen in der Pflegefamilie ermöglicht.

Wichtig für das Verständnis und die Förderung einer raschen Integration ist, dass das Engagement der Pflegeeltern zur Zusammenarbeit mit den biologischen Eltern aus der Sicht des Kindes in der ersten Zeit nach der Fremdunterbringung auch als Koalitionsbildung der Elternsubsysteme gegen das Pflegekind verstanden werden kann und häufig von den Kindern auch so interpretiert wird (Müller-Schlotmann, 1997). Die Angst vor den bedrohlichen Eltern wird dadurch nicht genügend berücksichtigt und das Kind kann die Pflegeeltern nicht als schützende Basis wahrnehmen, wenn es weiterhin seinen größten Befürchtungen preis gegeben wird. Korrigierende Beziehungserfahrungen sind vor diesem Hintergrund kaum möglich und das Kind bleibt in der ersten Phase des Integrationsprozesses verhaftet. Aber gerade die Beziehungserfahrungen benötigt das Kind für eine gelungene Persönlichkeitsentwicklung am dringendsten. Die Pflegeeltern sollten das Kind daher mit seinen Ängsten annehmen, verfügbar für das Kind sein und sich ihm liebevoll zuwenden. Dabei geht es nicht um

ein Vergessen der traumatischen Erfahrungen, sondern um eine Verarbeitung, bei der das Kind erlebt, dass das, was ihm widerfahren ist, eben nicht das Normale ist. Es braucht mehr denn je Schutz, um die Erfahrung machen zu können, dass seine Bedürfnisse wahrgenommen und angemessen befriedigt werden (Cappenberg, 2004).

Anzumerken bleibt, dass Nienstedt und Westermann (1998) explizit darauf hinweisen, dass nicht alle Kinder in der Lage sind, sich auf neue Ersatzfamilien einzulassen. Aufgrund der Gewalterfahrungen oder der massiven Vernachlässigung in der Ursprungsfamilie können einerseits die Verhaltensweisen der Kinder für einige Familien nicht tragbar sein, andererseits können die engen familiären Bindungen für die Kinder schwer aushaltbar sein. Vor allem bei traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit können sich die Kinder nicht auf die neuen familiären Strukturen einlassen. Daher empfehlen die Autoren eine vorübergehende Unterbringung in einer Heimeinrichtung, um dem Kind einen Abstand von seinen bisherigen Erfahrungen zu ermöglichen und eventuell im Anschluss daran einen erneuten Beziehungsaufbau in einer Pflegefamilie zu wagen.

Interessanterweise scheint die Eingliederung in eine Pflegefamilie nicht allein vom Alter des Pflegekindes bei der Unterbringung abhängig zu sein. Tizard und Hodges (1978) fanden beispielsweise heraus, dass Kinder, die im Alter von vier Jahren in eine Pflegefamilie kommen, dort noch nachträglich intensive Bindungen an die neuen Bezugspersonen entwickeln und dass ihre sozial-emotionale Entwicklung auch dann noch rasch voranschreitet. Allerdings sind die ursprünglichen Beeinträchtigungen durch die traumatischen Erfahrungen in der Ursprungsfamilie nicht mehr völlig reversibel. So zeigten die Kinder im Alter von acht Jahren immer noch deutliche Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen. Wichtiger als das Vermittlungsalter scheint für die Entwicklung einer sicheren Bindung unter anderem die Bindungsrepräsentation der Pflegeeltern zu sein (Dozier, Stovall, Albus & Bates, 2001). Ältere Pflegekinder entwickelten trotz ihres anfänglich inkonsistenteren Verhaltens und ihrer Vermeidungstendenzen aufgrund der Qualität der Versorgung durch die Pflegeeltern sichereres Bindungsverhalten, wenn die Pflegeeltern selbst eine sicher-autonome Bindung aufwiesen. Auch Nowacki (2007) bestätigt in ihrer Studie, dass das Vermittlungsalter nicht der ausschlaggebende Punkt für ein gelungenes Pflegeverhältnis ist, sondern das Maß der Toleranz der Pflegeeltern gegenüber schwierigem, zum Teil regressivem Verhalten und Übertragungsphänomenen seitens des Kindes auf die Pflegeeltern. Auch ältere Kinder können demnach noch erfolgreich in eine Pflegefamilie integriert werden.

### **2.3.3 Zwei divergente Ansätze: Ersatzfamilie bzw. Ergänzungsfamilie**

Zur Bedeutung der Herkunftsfamilie existieren in der theoretisch-wissenschaftlichen Diskussion zwei kontroverse, sich gegenseitig ausschließende Einschätzungen. Nienstedt und

Westermann (1998) als Hauptvertreter des Ersatzfamilienkonzeptes plädieren dafür, dass die Herkunftseltern nach der Unterbringung ihres Kindes weitgehend aus der Pflegefamilie ausgeschlossen werden sollen, um dem Kind die Integration in die neue Familie zu erleichtern und die erlebten Traumata besser verarbeiten zu können. Das Ergänzungsfamilienmodell, wie es von Vertretern des DJI in den wissenschaftlichen Diskurs eingeführt wurde, vertritt genau die entgegengesetzte Meinung und weist darauf hin, dass die Herkunftsfamilie innerhalb des Pflegeverhältnisses angemessen und differenziert berücksichtigt werden sollte, um das Kind nicht seiner Herkunft und Identität zu berauben (Gudat, 1987). Beide Ansätze sind von ihrer Zielsetzung nahezu paradigmatisch gegensätzlich angelegt. In beiden Konzeptionen gewinnt die Herkunftsfamilie an Bedeutung, aber die abgeleiteten Schlussfolgerungen sind dabei völlig unterschiedlich. Ersatzfamiliale Vorstellungen gehen von einer Störung der leiblichen Eltern für die Entwicklung neuer, befriedigender Eltern-Kind-Beziehungen aus und versuchen daher die Herkunftseltern aus dem System auszuschließen. Die Ergänzungsfamilie betrachtet die Pflegefamilie eher als Störung im System der Herkunftsfamilie. Sie soll daher tendenziell Hilfe und Unterstützung zu einem möglichen Zusammenleben der Kernfamilie sein.

Im Folgenden werden beide Modelle differenziert dargestellt, bevor eine abschließende Bewertung der Ansätze erfolgt. Mit dem Projekt „Beratung im Pflegekinderwesen“ vom Deutschen Jugendinstitut (1987) wurde ein markanter Kontrapunkt zu den vergangenen Jahrzehnten gesetzt. Dem bis dahin vorherrschenden und von seinen Vertretern auch bis heute noch favorisierten Ersatzfamilienkonzept wurde nun das Ergänzungsfamilienkonzept gegenübergestellt. Hintergrund waren die Heimkampagnen der 70er Jahre und ein Mangel an Pflegefamilien. Daraus resultierte eine starke Fokussierung auf geeignete Familienpflegestellen und eine möglichst reibungslose Unterbringung der Kinder. Das DJI beklagte dann in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts genau diese eingeengte Sichtweise, die ausschließlich auf die Pflegefamilie zentriert war und versuchte den Blick für das Gesamtsystem zu öffnen. Das Ergänzungsfamilienkonzept orientiert sich vor allem an Methoden der systemischen Familientherapie und den Ergebnissen aus der Bindungsforschung. Das Konzept fokussiert nicht ausschließlich auf das Kind, sondern bezieht das erweiterte Eltern-Kind-Subsystem in die theoretischen Überlegungen mit ein. Dem Kind soll es ermöglicht werden, eigenständige Beziehungen zu beiden Elternpaaren aufrecht erhalten zu können. Die Herkunftseltern sollen zum Wohle des Kindes stärker in die jeweiligen Pflegeverhältnisse eingebunden werden. Die Kritik des DJI richtete sich schon allein gegen den Begriff Ersatzfamilie:

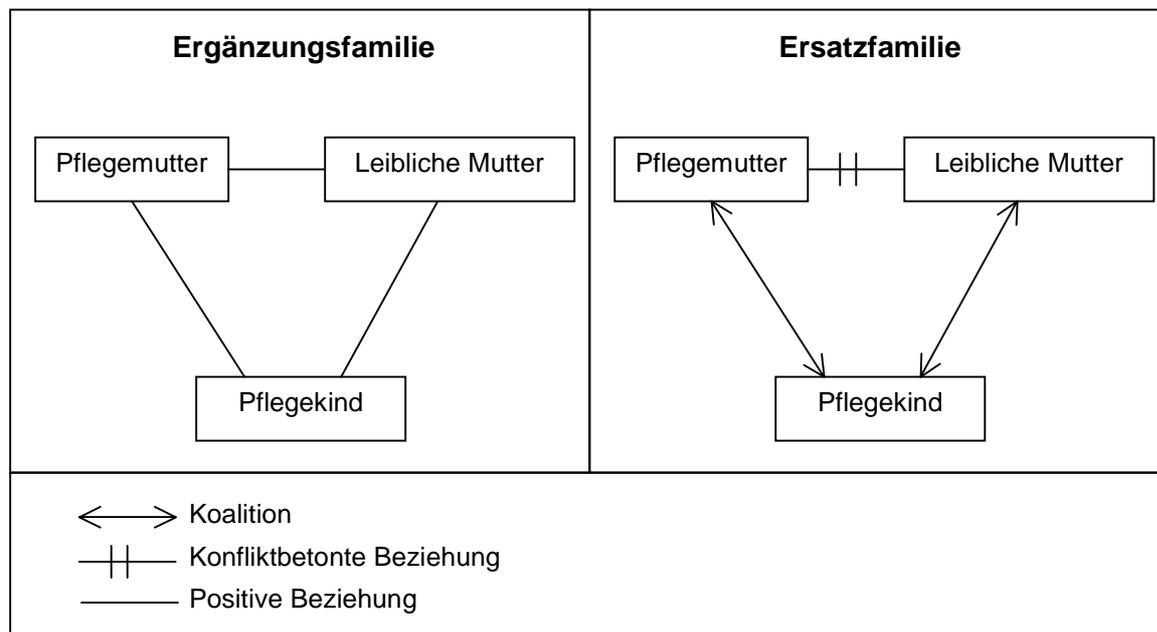
„[da dieser das Kind als ein] *freischwebendes Individuum betrachtet, ohne Bindung, ohne soziale Verankerung, ohne Geschichte, dessen bisheriger Lebenszusammenhang durch einen neuen ersetzt werden kann. Es wird betrachtet wie ein*

---

*falsch programmierter Computer, der jetzt eben noch einmal neu programmiert wird. Das entsprach der Denkweise der letzten Jahrzehnte. Es beinhaltet einen übertriebenen pädagogischen Optimismus, aber auch ein technologisch orientiertes Verständnis von Psychologie und Pädagogik“ (Gudat, 1981; zitiert nach Blandow, 2004, S. 61f.).*

Dieses „veraltete Bild“ einer Ersatzfamilie, die einem einzelnen, zusammenhanglos dastehenden Kind eine bisher dysfunktionale Familie durch eine funktionale zu ersetzen versucht, sollte korrigiert werden. Die Ergänzungsfamilie sollte nun vielmehr die bisherigen Bindungen des Kindes achten und die fehlende Funktionalität der Ursprungsfamilie ergänzen und diese somit unterstützen. Die leiblichen Eltern sind in dieser Sichtweise nicht mehr der „Anhang“ des Pflegekindes, sondern Erwachsene, die durch eigene Not gehindert werden, sich selbst vollständig um das Kind zu kümmern. Es wird daher eine Ausweitung auf ein erweitertes Elternsystem vorgeschlagen, in welchem beide die Sorge für das Kind zu unterschiedlichen Anteilen übernehmen. Der Hauptunterschied zur Ersatzfamilie wird darin gesehen, dass die Pflegeeltern und die leiblichen Eltern eine eigenständige Beziehung zueinander aufbauen. Der Konflikt wird so direkt zwischen den Erwachsenen thematisiert und eine Annäherung des Kindes an einen Erwachsenen bedeutet unter diesen Voraussetzungen nicht gleichzeitig den Verlust des anderen. Das Pflegekind trägt somit nicht mehr die Verantwortung für das Verhältnis der Erwachsenen untereinander (Gudat, 1987). Ziel der Bemühungen ist der Aufbau eines stabilen, funktionalen erweiterten Elternsystems. Der Hauptunterschied zum Ersatzfamilienkonzept besteht darin, dass die Pflegeeltern und die leiblichen Eltern tragfähige Beziehungen entwickeln, in denen sie in offener und durchschaubarer Weise die Betreuung des Kindes miteinander regeln. Daraus ergibt sich eine erweiterte Familienstruktur, die in Abbildung 2 nach Gudat (1987) graphisch dargestellt ist.

Abbildung 2: Darstellung der Strukturdiagramme der Ersatzfamilie und der Ergänzungsfamilie (nach Gudat, 1987)



Eine dauerhafte Konkurrenz um die Rolle als die „richtigen“ Eltern kann zu erheblichen Loyalitätskonflikten für das Pflegekind führen. Das Kind wird vor allem im Rahmen von Besuchskontakten jedes Mal damit konfrontiert, die unterschiedlichen und meist widersprüchlichen Verhaltenserwartungen von Pflegeeltern und Herkunftseltern erfüllen zu müssen (Minuchin, Minuchin & Colapinto, 2000). Diese Situation wird auch als „pathogenes“ oder „pathologisches“ Dreieck bezeichnet (Gudat, 1987). Es entsteht immer dann, wenn sich zwei Erwachsene miteinander in einem Konflikt um das Pflegekind befinden und beide eine Koalition mit dem Kind eingehen, die jeweils gegen den anderen Erwachsenen gerichtet ist. Typisch für eine solche Situation ist, dass sie verleugnet wird. In einer solch zerrissenen Situation kann das Pflegekind kein Gefühl für Sicherheit und keine unbeschädigte Identität entwickeln (Gudat, 1987).

Beim Ergänzungsfamilienkonzept steht die Betonung der Möglichkeit positiver Entwicklungschancen der Herkunftsfamilie stärker im Vordergrund. Das Versagen der Eltern wird nicht mehr als umfassend und dauerhaft definiert, sondern Änderungen sind prinzipiell möglich. Das Verständnis für die Erziehungsfehler in der Herkunftsfamilie ist hier deutlich größer als im Ersatzfamilienansatz. Die Herkunftseltern nehmen eine gewichtige Rolle ein und es wird großer Wert auf die Rückgliederungsoption für das Kind gelegt. Die Akzeptanz einer Bindung des Kindes an seine leiblichen Eltern und die Annahme, dass das Kind in der Lage ist, mehrere enge Bindungen zu verschiedenen Bezugspersonen einzugehen, fördern den Erhalt des Kontakts zu den Herkunftseltern. Das erweiterte Elternsystem trägt dazu bei Loyalitätskon-

flikte zu vermeiden, da die Pflegeeltern die Beziehungen zu den leiblichen Eltern unterstützen und diese nicht ablehnen. Langfristig sollen dadurch auch Identitätskrisen im Jugendalter verhindert werden (Müller-Schlotmann, 1997). Die Pflegefamilie ist als Familie auf Zeit konzipiert, bis die Ursprungsfamilie ihre Schwierigkeiten überwunden hat und sich selbst wieder der Erziehung der Kinder widmen kann.

Die Autoren betonen ferner, dass es nicht nur um einen neuen theoretischen Ansatz im Bereich des Pflegekinderwesens gehe, sondern vielmehr um einen fundamentalen paradigmatischen Wechsel. Gespräche zwischen Pflegeeltern, Herkunftseltern und Kind sollten zur Standardinterventionsform werden und nicht exotische Ausnahmen bleiben.

Die Vertreter des Ergänzungsfamilienkonzeptes gehen davon aus, dass auch Kinder, die eine unsichere und ambivalente Bindungsbeziehung zu ihren Eltern haben an diesen hängen und von einem totalen Abbruch der Beziehung tief betroffen sind.

Weiterhin wurde von Gudat (1987) betont, dass das Ergänzungsfamilienkonzept auch dann noch von Bedeutung ist, wenn sich die Geburtselementen bereits zurückgezogen haben, da sie im Kopf des Kindes weiterhin vorhanden sind und ihr Einfluss darum auch noch weiter wirken kann. Die Herkunftseltern sind und bleiben ein Teil seiner Lebensgeschichte, auch wenn es für das Kind manchmal schmerzlich sein kann dies anzuerkennen. Für die Entwicklung seiner Identität wird sich das Pflegekind mit seinen eigenen Eltern vergleichen, und sich die Frage nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden stellen. Dabei benötigt das Kind wahrheitsgemäße Informationen, vor allem über die Gründe, die zur Inpflegegabe geführt haben, damit sich das Kind nicht in die Rolle des Schuldigen oder des Sündenbocks begibt.

Zusammengefasst geht es im Ergänzungsfamilienmodell um die Übertragung von Ansätzen aus der systemischen Familientherapie. Denn jedes Pflegekind lebt in einem komplexen System von Bezugspersonen. Das konkrete Wohl des Kindes darf nicht isoliert betrachtet werden, sondern lässt sich nur dann verwirklichen, wenn es auch den erwachsenen Mitgliedern dieses Systems einigermaßen gut geht. Das Leitprinzip dieses Ansatzes lautet daher: Kindeswohl durch Erwachsenenwohl, Erwachsenenwohl durch Partnerschaft aller für das Kind relevanten Personen. Dem Kind sollen keine Bezugspersonen weggenommen werden, sondern neue hinzugefügt. Weiterhin zeichnet sich das Modell durch eine starke Betonung der Vermeidung von Loyalitätskonflikten und Identitätskrisen von Pflegekindern aus.

Widerstand gegen die Theorie der Ergänzungsfamilie kam vor allem von psychoanalytischer Seite. Das Hauptargument lautete, dass das frühkindliche Traumata nur aufgelöst werden könne, wenn dem traumatisierten Kind die Chance gegeben wird, sich aus einer alten angstbesetzten Bindung zu lösen und sich von den zerstörerischen Identifikationen zu befreien. Wortführer dieser Gegenwehr waren vor allem Nienstedt und Westermann, deren Position

jener Gudats nicht nur in der theoretischen Ausrichtung, sondern vor allem auch in der Praxis diametral entgegengesetzt war und ist. Im Zentrum ihres Ansatzes steht nicht die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, sondern Kontaktverbot der Eltern zum Schutz des Kindes und damit die Möglichkeit zum Aufbau neuer Eltern-Kind-Beziehungen in der Pflegefamilie. Die Begründung dafür war, dass „Kontakte zu den Eltern kann das Kind [...] nur so erleben, dass diejenigen, die hoch angstbesetzt sind [...] weiter Macht und Einfluss über das Kind und sein Leben haben“ (Nienstedt & Westermann, 1998). Damit wäre die Beziehungssicherheit des Kindes in der Pflegefamilie extrem bedroht. Daher sollen sich die Herkunftseltern schrittweise aus ihrer Elternrolle verabschieden, sich emotional vom Kind lösen und die Besuchskontakte deutlich reduzieren, um sich dann völlig zurückziehen. Besuchskontakte werden nur dann von den Autoren als sinnvoll erachtet, wenn das Kind in seiner frühen Kindheit sichere und befriedigende Beziehungen zu seinen leiblichen Eltern hatte und aufgrund von Schicksalsschlägen, wie beispielsweise dem Tod eines Elternteils oder einer chronischen Krankheit, nicht mehr in der Herkunftsfamilie leben kann.

Das primäre Ziel der Ersatzfamilie ist also die Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse über den Aufbau neuer verlässlicher Eltern-Kind-Beziehungen. Herkunftseltern können dazu am besten beitragen, indem sie sich vom Kind trennen und ihm damit die Möglichkeit geben, sich ganz auf eine neue Familie einzulassen (Müller-Schlotmann, 1997). Für den ersatzfamilialen Ansatz stellt daher gerade die Möglichkeit einer Rückführung eine Gefährdung für das Kind dar. Die Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen, wie massiver Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch, ist nur durch die dauerhafte Herausnahme aus den pathologischen Verhältnissen möglich. Die Pflegefamilie sieht sich als pädagogischen Schonraum, in dem das Kind den notwendigen Schutz vor den Erwartungen und Ansprüchen der Herkunftseltern erhält. Erst in der Sicherheit der Pflegeeltern ist das Kind in der Lage seine traumatischen Erfahrungen und Verletzungen zu verarbeiten. Die Pflegeeltern wollen vor allem die Beziehung zum Kind vor den Übergriffen und Einmischungen durch die Herkunftseltern schützen. Die biologischen Eltern sollen, sofern der Kontakt überhaupt als notwendig erachtet wird, eine weniger verbindliche Rolle gegenüber dem Kind einnehmen, wie sie etwa eine Tante oder ein Onkel innehaben.

Das weitere Festhalten an der Elternrolle dient Westermann (2004) zufolge in erster Linie dazu das eigene elterliche Versagen zu verleugnen. Durch die Umgangskontakte und die Rückführungsforderungen kann eine Scheinrealität einer glücklichen, vollständigen Familie aufrecht erhalten werden, die nach Meinung der Eltern nur durch äußere Bedingungen getrennt wurde.

Es ist allerdings auch keine Einzelmeinung von erziehungsunfähigen Eltern, dass Kinder nicht von ihren leiblichen Eltern getrennt werden dürfen. Ein besonders makaberer Vergleich

wird in einem Plädoyer von Mörsberger und Restemeier (1997) gezogen, wo es um die Tötung eines Kindes durch die Kindsmutter geht. Die Autoren ziehen darin Parallelen zwischen der Herausnahme eines Kindes aus der Herkunftsfamilie und der Amputation eines Körperteils:

*„Jede Kindesherausnahme stellt einen gravierenden Einschnitt in den familiären Zusammenhang dar, eine Operation, die nicht ohne äußerst belastende Nebenwirkungen vonstatten geht. Ich bleibe bei der Metapher: Die Herausnahme eines Kindes aus der Familie ist in psychischer Hinsicht vergleichbar mit der Amputation eines Körperteils.“* (Mörsberger & Restemeier, 1997, S. 94)

Dieser Vergleich zeigt Westermann (2004) zufolge den grundlegenden Irrtum in der vorherrschenden Sozialpädagogik und der gegenwärtigen Rechtssprechung. Die leiblichen Eltern gehen davon aus, dass das Kind ihnen wie ein Besitz gehört. Und so wie sie mit sich selbst durch Drogen- oder Alkoholkonsum rücksichtslos umgehen, meinen sie dies auch mit ihren Kindern tun zu dürfen. Das Kind betrachten sie als einen Teil von sich selbst, über den sie nach Belieben verfügen können. Dass das Kind seinen Eltern gehört, sehen jedoch nicht nur die leiblichen Eltern so. Auch viele professionelle Helfer sowie zum Teil die Pflegeeltern erachten es als vollkommen natürlich und selbstverständlich, dass ein Kind zu seinen leiblichen Eltern gehört oder zumindest zu seiner leiblichen Mutter. Es wird so getan, als bestünde von Anfang an eine Mutter-Kind-Beziehung, die durch nichts in Frage gestellt werden dürfe. Auch andere Autoren gehen davon aus, dass das Kind nicht per Geburt automatisch auf seine leiblichen Eltern fixiert ist, sondern dass eine Eltern-Kind-Bindung vor allem aus der täglichen Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse erwächst (z.B. Zenz, 1982). Auf Seiten des neugeborenen Kindes besteht die Bereitschaft zur Bindung zu jedem Menschen, der die Elternfunktion übernimmt. Die „Stimme des Blutes“ (Eil, 1998) ist dabei nachrangig, sehr viel wichtiger sind die psychischen Qualitäten, wie die Fähigkeit, die Bedürfnisse des Kindes wahrzunehmen, sensibel auf die Signale des Kindes zu achten und dem Kind Liebe zu geben und seine Liebe zu empfangen.

Eil (1998) kritisiert den Ansatz des Deutschen Jugendinstitutes vor allem vor dem Hintergrund, dass die oftmals „geringe menschliche Qualität dieser Eltern“, denen man das Kind wegnehmen musste, geleugnet wird: „Aber jede gute Idee kann zu einer schädlichen Ideologie werden, wenn sie die Wirklichkeit nicht mehr zur Kenntnis nimmt“. Das höchste Ziel in der Pflegekinderarbeit ist seiner Meinung nach die Glücksfähigkeit des Kindes wiederherzustellen, dafür bedarf es der Liebesfähigkeit der Pflegeeltern, da die leiblichen Eltern dies nicht in ausreichendem Maße ausdrücken könnten.

Die Argumentation von Westermann (2004) zielt in dieselbe Richtung und wirft dem Konzept des DJI vor, dass es nicht auf der Untersuchung oder Beschreibung der Wirklichkeit beruhe, sondern definiere, was man sich als Wirklichkeit wünscht:

*„Es ist eine Wunschvorstellung, wenn man davon ausgeht, dass leibliche Eltern, die selbst aus desolaten Familienverhältnissen stammen, die nicht arbeits- und beziehungs- und erziehungsfähig, die alkohol- oder drogenabhängig sind und die nicht für sich selbst sorgen können, reife, erwachsene und kooperationsfähige Menschen wären, die verantwortliche Entscheidungen für ein Kind treffen und im Interesse des Kindes mit den Pflegeeltern zusammenarbeiten könnten. (...) Denn es sind gewöhnlich nicht ´widrige Umstände´, die Eltern daran hindern, verantwortlich und rücksichtsvoll für ein Kind zu sorgen. Und es sind reine Wunschfantasien, dass Pflegeeltern ein vernachlässigtes, geschlagenes oder sexuell missbrauchtes Kind deswegen aufnehmen, weil sie den leiblichen Eltern helfen wollen. Die Motivation zur Aufnahme eines Kindes, dessen Eltern nicht in der Lage sind, verantwortlich für das Kind zu sorgen, beruht in erster Linie nicht auf dem Wunsch, Eltern zu helfen, damit sie das Kind möglichst bald wieder selbst erziehen können, sondern auf dem einfachen Wunsch, einem Kind zu helfen und selbst Eltern eines Kindes zu sein.“ (Westermann, 2004, S. 282)*

Die Jugendhilfe betrachtet das Problem von der falschen Seite, wenn sie das Ziel verfolgt den Kindern nicht die „geliebten“ Eltern wegnehmen zu wollen. Dabei bleibt unbeachtet, dass sich die Eltern den Kindern gegenüber rücksichtslos und unverantwortlich verhalten und das Kind zum Teil sogar existenziell gefährden. Würde man sich an den Eltern orientieren, so führt dies zu einem schwindenden Mitgefühl mit dem und einer verringerten Einfühlung in das Kind, dessen „klägliche Schreie nicht mehr gehört werden und dessen Verzweiflung und Todesangst man sich nicht vorstellen kann.“ (Westermann, 1998).

Wenn ein Pflegekind in seiner Herkunftsfamilie hingegen keine Deprivationen oder Miss-handlungen erleiden musste (was in Anbetracht der Herausnahmegründe als große Ausnahme gelten dürfte) und zudem während der Pflegezeit Kontakte mit seinen leiblichen Eltern haben konnte, dann bereitet es ihm keine Schwierigkeiten auch zwei Mütter und zwei Väter zu lieben. Benennungsschwierigkeiten haben die Kinder damit auch in den seltensten Fällen. Da ist der eine Vater eben der Papa und der andere der Papi oder der eine der Papa Hans und der andere der Papa Werner (Ell, 1998).

Westermann (2004) schließt jedoch die Möglichkeit einer doppelten Elternschaft generell aus und sieht das gesetzlich verankerte Zusammenarbeitsgebot höchst kritisch. Dem Autor zufolge kann ein Kind nicht zwei Mütter und zwei Väter haben und der Gesetzgeber nimmt da-

her mit seiner Forderung in Kauf, dass „ein Kind verrückt wird und schließlich gar nicht mehr weiß, wer es ist“. Nienstedt (2004) unterstreicht diese Aussage und weist eindrücklich darauf hin, dass dies eine an den leiblichen Eltern zentrierte Sichtweise ist, die das Erleben des Kindes nicht genügend berücksichtigt und zudem keinerlei wissenschaftliche Bestätigung erfahren habe. Riedle und Kollegen (2008) bezweifeln diese Sichtweise, da ein Kind wie alle Menschen viele Personen lieben kann. Es kann seine Pflegemutter lieben und gleichzeitig trotzdem positive Gefühle für seine leibliche Mutter, die Großeltern oder den leiblichen Vater haben. Nur weil ein Kind eine liebevolle Beziehung zu einer Person aufbaut, muss dies nicht gleich im Gegenzug bedeuten, dass die Liebe zu einer anderen Person verschwindet. Kinder in Dauerpflegeverhältnissen bauen in der Regel eine Bindung zu ihren Pflegeeltern auf. Auch wenn die Pflegemutter dabei die Hauptbezugsperson des Kindes wird, kann die Liebe zur leiblichen Mutter weiter bestehen. Das Bemühen um die Zuwendung des Kindes sollte daher nicht mit einer Olympiade verwechselt werden. Entscheidender als die Frage, ob das Kind beide Elternpaare liebt, ist vielmehr, ob das Kind von seinen leiblichen Eltern und von seinen Pflegeeltern bedingungslos und lebensbejahend geliebt wird. Dies ist leider, was die leiblichen Eltern anbelangt, nur selten der Fall, sonst kämen nicht so viele Pflegeverhältnisse zustande.

Es gibt einige wenige Studien, die die Sichtweise und Einstellung der Pflegekinder zu ihren Eltern direkt erfragt haben. Die Antworten der Kinder waren dabei breit gestreut, von vollständiger Verleugnung der Herkunftsfamilie bis hin zur Idealisierung der leiblichen Eltern mit dem Wunsch einer baldigen Rückkehr zu ihnen (Zitelmann, Schweppe & Zenz, 2004). Die Frage der doppelten Elternschaft stellt sich somit auf einem Kontinuum dar und ist abhängig von der individuellen Ausgestaltung der Beziehungen.

Insgesamt hebt das Ersatzfamilienmodell vor allem die leichtere Integration und die verbesserte Traumaverarbeitung hervor und sieht beide Faktoren nur als erfüllbar an, wenn auf die Zusammenarbeit mit den Herkunftseltern verzichtet wird. Die leiblichen Eltern werden typischerweise als erziehungsunfähig betrachtet und haben es in aller Regel in den ersten Monaten oder sogar Jahren nicht geschafft eine tragfähige Beziehung zu ihrem Kind herzustellen. Ohne diese macht aus der Sicht des Ersatzfamilienmodells eine Aufrechterhaltung der Kontakte allerdings wenig Sinn und die Eltern fungieren eher weiter in ihrer bedrohlichen und traumatisierenden Rolle.

Zusammenfassend lassen beide Konzeptionen die Entscheidungsfreiheit des Kindes außer Acht. Dabei kommt es gerade auf die individuelle Perspektive an. Welche Gründe haben zur Inpflegegabe geführt, welche Integrationsverläufe sind anhand der bisherigen Lebensgeschichte erwartbar, welche Möglichkeiten der Gestaltung der Kontakte sind individuell vorstellbar. All dies sind Faktoren, die einen Einfluss für die Entscheidung einer Ersatz- oder Er-

gänzungsfamilienkonzeption ausüben sollten. Die Auseinandersetzung um die ergänzungsfamiliale oder die ersatzfamiliale Konzeption ist somit keine Frage, die sich von außen beantworten lässt. Erst innerhalb eines Prozesses, der Zeit erfordert, kann das Kind seine Beziehungen zu den leiblichen und zu den Pflegeeltern klären. Die Beziehungen können in ihrer Intensität und Güte stark schwanken (Müller-Schlotmann, 1997). Außer den beiden theoretischen Konzepten über die Funktion der Pflegefamilie liegen derzeit kaum empirische Studien vor, die sich mit der Identitätsentwicklung von Pflegekindern befassen. Das Ersatzfamilienkonzept und das Ergänzungsfamilienkonzept haben die Theorie und Praxis des Pflegekinderwesens tief gespalten, wobei die meisten Pflegeeltern sich implizit oder auch explizit als Ersatzfamilie verstehen (vgl. Kötter, 1997; Müller-Schlotmann, 1997) und die Besuchs- oder Umgangskontakte vor allem aufgrund der Auflagen der Jugendämter durchführen. Eine umfangreiche aktuelle Studie zum Thema Identitätsentwicklung in Pflegefamilien wurde von Gehres und Hildenbrand (2008) vorgelegt. Sie versuchen anstatt der polarisierenden Konzepte eine differenzierte Position herauszuarbeiten und empirisch zu untermauern. Ihnen zufolge gibt es verschiedene Typen von Pflegeverhältnissen, die unterschiedliche Bindungsformen aufweisen und daher auch spezifische Ressourcen, aber auch Risiken bergen. Weiterhin sind die Biografieverläufe von Pflegekindern sehr unterschiedlich und lassen sich nicht einfach typisieren. Hinzu kommen noch außerfamiliale Einflüsse, die ebenfalls einen wichtigen Faktor in der Identitätsentwicklung einnehmen. Daher ist Gehres und Hildenbrand (2008) zufolge „der Aufenthalt in der Pflegefamilie kein isolierbarer, monokausal bestimmbarer Einflussfaktor auf den Identitätsbildungsprozess“. Letztlich sind beide Theorien als Ideologien zu verstehen und es wird auf eindrückliche Weise dargestellt, dass der Streit um die Ersatz- bzw. Ergänzungsfamilie eine wissenschaftliche Scheindiskussion ist, die der Realität von Pflegeverhältnissen nicht entspricht.

## **2.4 Problembereiche in der Praxis des Pflegekinderwesens**

Nachfolgend werden die Erkenntnisse zu den häufigsten Problemen in der Praxis dargestellt. Diese betreffen zum einen die Probleme im Zusammenhang mit einer möglichen oder praktizierten Rückführung in die Ursprungsfamilie, zum anderen aber auch die Regelungen zu den Besuchs- oder Umgangskontakten mit den leiblichen Eltern. Weiterhin sollen die Häufigkeiten und Bedingungen, die zu einem Scheitern von Pflegeverhältnissen beitragen, dargestellt werden. Das Hauptaugenmerk liegt dann auf den traumatischen Erfahrungen von Pflegekindern und den sich daraus ergebenden Verhaltensauffälligkeiten. Dabei werden die Auswirkungen von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch differenziert betrachtet. Interessant ist auch die Frage, ob Eltern, die ihre Kinder misshandeln, selbst in ihrer Kindheit misshandelt worden sind und sich die Misshandlung und Vernachlässigung als

Grundthema durch die Familiengeschichten hindurchzieht. Falls dem so ist, wird der Frage nachgegangen, welche Auswege es gibt, um den Teufelskreis zu durchbrechen und dem Leidenszyklus ein Ende zu bereiten.

#### **2.4.1 Rückführung/Rückkehr in die Herkunftsfamilie**

Die Pflegeeltern sind bezüglich des Themas Rückführung mit unterschiedlichen Anforderungen konfrontiert, da sie einerseits eine dauerhafte Bindungsbeziehung zum Pflegekind entwickeln sollen, andererseits aber auf Abruf trennungsbereit sein sollen. Sie übernehmen faktisch Elternpflichten, ohne die entsprechenden Rechte und vor allem Sicherheiten zu erhalten (Kaiser, 1995).

Die Definition Rückführung ist aber auch hinsichtlich der Ausgangslage uneindeutig. Denn Pflegekinder, die wieder in ihre Geburtsfamilie entlassen werden, finden häufig gar nicht mehr jene Konstellation vor, aus der sie herausgenommen wurden, da es beispielsweise neue Ehepartner oder Halbgeschwister geben kann oder auch die Wohnung gewechselt wurde (Blandow, 2004).

Da die Rückführung von Pflegekindern in ihre Ursprungsfamilien, trotz einiger Unschärfen in den Formulierungen und Hintergründen, ein gegenwärtig hoch geschätztes jugendhilfepolitisches Ziel ist und der Gesetzgeber die Rückkehr des Kindes in die Herkunftsfamilie als einen erfolgreichen Endpunkt eines Pflegeverhältnisses definiert hat, hat sich in den letzten Jahren gewissermaßen ein Wettstreit um hohe Rückführungsquoten entwickelt. Durchschnittlich erfolgt eine Rückführung in jedem dritten Fall mit einer großen Spannweite zwischen 6% und 42%. Im letzten Bericht des Statistischen Bundesamtes wird in 30.2% der Fälle nach Beendigung des Pflegeverhältnisses von einer Rückkehr zu den Eltern, Stiefeltern oder zu einem allein erziehenden Elternteil berichtet (Statistisches Bundesamt, 2007).

Eine detaillierte Betrachtung der Zahlen zeigt allerdings, dass die besonders hohen Rückkehrquoten nur für einen kleinen Teilbereich des Pflegekinderwesens gelten, nämlich vor allem für die Fälle, die von vornherein als vorübergehende Unterbringungen bestimmt waren. Gründe dafür waren u.a. junge Mutterschaft, alleinerziehende Elternteile, persönliche Notlage bzw. Krisen, ausgelöst durch Scheidung oder Tod des Partners. Im Gegensatz dazu gilt für Kinder, die aufgrund von Vernachlässigung, Misshandlung oder chronischer Erziehungsunfähigkeit der Eltern aus ihrer Ursprungsfamilie genommen wurden, eine sehr niedrige Rückkehrquote von ca. 10% (Blandow, 1999). Ebenso kommt das Deutsche Jugendinstitut in seiner Fallerhebung zur Erkenntnis, dass nur in 6.5% der Fälle eine Rückführung geplant ist (DJI & DIJuF, 2006). Bei dem, was gerne vom Jugendamt als "Rückführung" charakterisiert wird, handelt es sich also in vielen Fällen, insbesondere in Kurz- oder Bereitschaftspflegestellen, um eine von vornherein geplante Rückgabe des Kindes an die Geburtse Eltern.

Eine Rückführung wird besonders dann angestrebt, wenn die Trennung aufgrund gesundheitlicher Problemen der Eltern oder zumeist der Mutter stattfand und eine Stabilisierung des Gesundheitszustands erfolgt ist (Barber & Delfabbro, 2007). Unberücksichtigt bleiben dabei zumeist, dass auch noch andere Faktoren wie Vernachlässigung oder Verhaltensprobleme des Kindes vorlagen und sich weiter manifestieren können, bis eine erneute Herausnahme erforderlich wird. Ell (1998) hebt hervor, dass es nicht in erster Linie darauf ankommen sollte, ob sich die familiären Verhältnisse, die einst zur Herausnahme des Kindes geführt haben, positiv verändert haben, sondern vielmehr darauf geachtet werden sollte, ob die psychische Situation des Kindes eine Herausnahme aus der Pflegefamilie und eine Rückkehr zu den leiblichen Eltern noch ermöglicht. Denn jede Trennung einer Eltern-Kind-Beziehung, also auch die Trennung von den Pflegeeltern, stellt eine enorme Belastung für das Kind und ein Risiko für die kindliche Entwicklung dar (Zenz, 2002). Hassenstein und Hassenstein (2004) ergänzen diese Sichtweise und führen aus, dass Kinder, die aufgrund erzwungener Besuchskontakte Angst vor einer Trennung von ihren Pflegeeltern haben sehr häufig unter Schlaflosigkeit, Essensunlust und Erbrechen leiden. Sie können weiterhin zu Bettnässern werden, allgemein gesundheitlich abfallen, zu Unfällen sowie Infektionen neigen. Darüber hinaus sind sie oftmals geistesabwesend, grübelnd oder aggressiv und zeigen einen deutlichen Leistungsabfall in der Schule. Diese Pflegekinder hängen mit allen Fasern ihres Wesens an ihren psychologischen Eltern und wollen dort bleiben. Die sogenannte behutsame Rückführung, d.h. es werden Besuchskontakte zum Zwecke der „Umgewöhnung“ an die leiblichen Eltern angebahnt, hat sich in der Amtspraxis nicht bestätigt (Zwernemann, 2004). Im Gegenteil, die Pflegekinder fühlten sich zusätzlich von ihren Pflegeeltern verraten und lehnten auch bei der erneuten Fremdunterbringung den Kontakt zu den früher geliebten Pflegeeltern ab. Eine Rückführung gelang nur in seltenen Fällen, in denen positive Bindungen zu den leiblichen Eltern bestanden und während der Zeit des Pflegeverhältnisses aufrechterhalten werden konnten. In diesen Fällen war keine Umgewöhnung der Kinder notwendig.

Nach aktuellen Untersuchungen verringert sich die tatsächliche Chance (oder das Risiko) der Rückführung, egal ob mit oder ohne Besuchskontakte, je länger das Kind in Pflege bleibt. Rückführungen erfolgen häufig innerhalb einer Jahresfrist. Nach 18 bis 24 Monaten Pflegerschaft sinkt die Wahrscheinlichkeit besonders bei kleinen Kindern noch einmal dramatisch ab (Blandow, 1999). Der Grund dafür ist, dass der im Gesetz geregelte „vertretbare Zeitraum“ für eine Rückführung unklar definiert ist, in der Praxis der Rechtssprechung allerdings von einem höchstens zweijährigen Zeitraum ausgegangen wird (Blandow, 2004). Unklar bleibt weiterhin auch, ob auf jeden Fall der Versuch einer Restabilisierung der Herkunftsfamilie unternommen werden soll oder ob von vornherein ein Pflegeverhältnis auf Dauer eingerichtet werden kann, aufgrund der unter Umständen in der Hilfeplanung bereits festgestellten Aus-

sichtslosigkeit auf Erfolg der Hilfemaßnahmen. In der Praxis findet man eher selten eine ernsthafte Unterstützung der Herkunftsfamilie nach der Herausnahme des Kindes (vgl. Deutscher Verein, 2004). Nicht selten findet man eher die für alle Beteiligten paradoxe und belastende Situation, dass einerseits der Herkunftsfamilie vom Jugendamt signalisiert wird, es liege nur an ihr, ob es zu einer Rückführung des Kindes komme, andererseits den Pflegeeltern „augenzwinkernd“ mitgeteilt wird, dass mit einer Verbesserung der Lebensverhältnisse der Herkunftsfamilie wohl nicht zu rechnen ist und das Kind daher dauerhaft in der Pflegefamilie verbleiben kann. Die Entscheidung hinsichtlich des dauerhaften Verbleibs wird in der Praxis daher häufig der Eigendynamik des Pflegeverhältnisses überlassen.

Ein weiteres Problem bei der Arbeit mit den leiblichen Eltern und den Rückkehroptionen in die Ursprungsfamilie ist, dass es den Herkunftseltern häufig unverständlich bleibt, weshalb Pflegeeltern im Unterschied zu ihnen finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt bekommen, die, hätten die Herkunftseltern diese erhalten, die zur Unterbringung führende familiäre Krisensituation ihrer Meinung nach erheblich entschärft hätten. Tatsächlich zeigt sich aber in der Praxis, dass zwar häufig ökonomische Probleme vorlagen, aber die Familien darüber hinaus durch weitere Probleme vielfach belastet sind und oftmals auch entsprechende Hilfsangebote von außen die Situation nur geringfügig verbessern. Die Lebenssituationen dieser Familien sind von Unordnung, Diskontinuität und Mangelerfahrungen geprägt (Faltermeier, 2001).

Sollte es doch unter diesen Umständen in seltenen Fällen zu einer Rückführung kommen, so sind erneute Herausnahmen nicht selten. Beispielsweise berichten Jordan und Gütthoff (1997), dass nach erfolgter Rückführung es in 20% bis 30% der Fälle zu einer erneuten Herausnahme des Kindes aus seiner Ursprungsfamilie kommt. Salgo (2004) geht sogar von einem noch höheren Wert von ca. 50% aus, für den erneut eine andere Unterbringungsform nach der Rückkehr in die Herkunftsfamilie gefunden werden muss. Die Gefahr des Scheiterns der Rückführung ist insbesondere dann sehr groß, wenn das Kind in einer früheren Entwicklungsphase keine Bindung an die Herkunftsfamilie aufbauen konnte, eine allgemeine Erziehungsunfähigkeit der Eltern vorliegt oder eine zu starke Problembelastung der Eltern der Herausnahmegrund war (Festinger, 1996; Terling, 1999).

Taussig, Clyman und Landsverk (2001) fanden heraus, dass Jugendliche, die in ihre Herkunftsfamilien zurückgeführt wurden, mehr selbstdestruktives Verhalten, mehr Substanzgebrauch und ein erhöhtes Risikoverhalten zeigten, im Vergleich zu denjenigen, die in ihrer Pflegefamilie verblieben. Die rückgeführten Jugendlichen wurden zudem häufiger inhaftiert und blieben der Schule öfter fern. Aufgrund der größeren Verhaltensprobleme und einer geringeren allgemeinen Kompetenz weisen die Autoren auf eine kritische Prüfung der Rückkehroption hin. Zudem machen die Herkunftseltern häufig das Kind für die Trennung verantwortlich und verlangen in der Regel eine Veränderung im kindlichen Verhalten.

Fuller (2005) untersuchte hingegen die Prädiktoren für erneute Kindesmisshandlung seitens der Herkunftsfamilie nach einer Rückführung. Vor allem jüngere Kinder mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil, die bereits mehrfach umplatziert wurden und in ihrer Herkunftsfamilie viele Geschwister hatten, waren besonders bedroht, erneut misshandelt zu werden. Somit bedeuten Rückführungen für einen Teil der Kinder schlicht einen neuen Interimsaufenthalt, wenn sich herausstellt, dass die Re-Integration doch nicht gelingt.

Zusammenfassend sollten bei einer geplanten Rückkehr die Risikofaktoren für ein erneutes Scheitern der Eltern-Kind-Beziehung so gering wie möglich sein. Denn mit einem mehrfachen Wechsel der Unterbringung nehmen die Folgen für die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit dramatisch zu (vgl. Zenz, 2002) und die Abbruchquoten von Pflegeverhältnissen steigen kontinuierlich mit der Zahl der vorangegangenen Unterbringungen an.

#### **2.4.2 Abbruch von Pflegeverhältnissen**

In der Regel wird in der Literatur zwischen vier verschiedenen Beendigungsgründen von Pflegeverhältnissen unterschieden. Die positiv bewertete Verselbstständigung eines jungen Menschen, die Adoption durch die Pflegefamilie, die oft skeptisch betrachtete Rückkehr in die Herkunftsfamilie und der Abbruch eines Pflegeverhältnisses mit entweder anschließendem Heimaufenthalt oder der Suche nach einer neuen Pflegefamilie.

Der Begriff Abbruch ist, wie jener der Rückführung, sehr unscharf formuliert. Hinter ihm können sich eine Reihe von verschiedenen Problemsituationen verbergen. Der Soziale Dienst kann ein Pflegeverhältnis vorzeitig beenden und das Kind aus der Pflegefamilie nehmen, wenn er das Pflegeverhältnis für nicht mehr tragfähig hält und das Wohl des Kindes abermals bedroht sieht. Die Pflegeeltern können mit der Betreuung des Kindes oder der Gesamtsituation überfordert sein und die weitere Betreuung verweigern. Das Kind wird somit quasi an das Jugendamt „zurückgegeben“. Schließlich kann auch das Pflegekind oder der Jugendliche sich selbst weigern, weiterhin mit der Pflegefamilie zu leben und aktiv die Beendigung des Pflegeverhältnisses anstreben. In der Realität durchmischen sich diese drei Formen häufig und werden je nach Interessenschwerpunkt als Abbruch klassifiziert oder eben auch nicht. Letztlich sind es die geschilderten Unschärfen des Begriffs Abbruch, die eine Bestimmung von genauen Abbruchs-Quoten erheblich erschweren. Zudem deklariert der Soziale Dienst oft lieber andere Gründe, als den als Fehlvermittlung interpretierbaren Abbruch.

Blandow (1999) skizziert, dass die in der Literatur genannten Abbruchquoten zwischen 6% und 40% liegen. Dabei sind die Kriterien für einen Abbruch sehr unterschiedlich und häufig im Text nicht explizit genannt. Die dadurch bedingte Verzerrung der Angaben erschwert die Diskussion um Abbruchsgründe enorm. Weiterhin führt Blandow aus, dass die Abbruchquote aber gerade wesentlich durch Fehlvermittlungen bedingt ist. Ihm zufolge sei dies auch

nicht weiter verwunderlich, da die meisten Pflegeeltern nur unzureichend auf ihre Aufgabe vorbereitet würden und vor Vermittlung des Kindes häufig gerade mal ein Gespräch mit dem Jugendamt über das Kind und seine Beziehungen stattfindet.

Ob es zu einem Abbruch des Pflegeverhältnisses kommt, hängt somit ganz entscheidend davon ab, wie die Pflegeeltern auf die Inpflegenahme eines Kindes vorbereitet wurden und wie der Anbahnungsprozess verlaufen ist (Blandow, 2004). Häufig beklagen Pflegeeltern, dass sie nicht hinreichend auf das spezielle Kind vorbereitet wurden und sich zuwenig über seine bisherigen Lebensumstände informiert fühlen. Dies liegt zum einen sicher an den in den meisten Fällen tatsächlich nur spärlich vorliegenden Informationen, d.h. der Allgemeine Sozialdienst verfügt selbst nur über sehr wenig spezifische Informationen zum konkreten Kind. Andererseits fand Erzberger (2003) bei Befragungen von Pflegeeltern heraus, dass viele im Vorbereitungsprozess manches noch gar nicht hören wollen oder hoffen, dass es nicht so schlimm wird, wie von den Sozialarbeitern dargestellt.

Der Abbruch eines Pflegeverhältnisses ist daher immer ein Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels von wechselseitigen Bedürfnissen, Erwartungen und Werthaltungen. Bei der Herstellung einer neuen Bindung kommt es entscheidend auf das „Matching“ von Pflegekindern und Pflegepersonen an. Bereits 1972 stellte Blandow fest, dass vor allen die Pflegeeltern erfolgreicher sind, deren Aufnahmemotive sich eher an den Bedürfnissen des Kindes orientieren als an den eigenen. Weiterhin muss für das Kind hinreichend Raum zur eigenen Entwicklung gegeben sein. Pflegemütter, die mit der Aufnahme eines Pflegekindes in erster Linie versuchen aufgrund eigener Kinderlosigkeit ein Pflegekind „wie ein eigenes Kind“ aufzunehmen und ihre kulturelle Mutterrolle durch das Pflegekind auszuleben, sind nicht so erfolgreich. Weiterhin zählen auch wirtschaftliche Motive zu den eher ungünstigen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Inpflegenahme.

Ein Abbruch des Pflegeverhältnisses kann grundsätzlich zu jedem Zeitpunkt nach der Inpflegengebe erfolgen. Gehäuft findet jedoch der Zeitpunkt des Abbruchs in den beiden ersten Jahren nach Pflegebeginn statt (Blandow, 1999). Barber und Delfabbro (2007) konnten beispielsweise einen Wechsel von 40% innerhalb der ersten vier Monate der Fremdplatzierung nachweisen und stützen damit die These, dass das Pflegeverhältnis vor allem zu Beginn höchst instabil ist und weitere Fremdplatzierungen sehr häufig notwendig werden. Es wird davon ausgegangen, dass in diesen Fällen vor allem der Versuch, eine neue tragfähige Bindung zwischen dem Kind und den Pflegeeltern herzustellen, misslang. Ein Abbruch nach dem zweiten oder dritten Pflegejahr wird demgegenüber häufig mit den nicht erfüllten Erwartungen der Pflegeeltern an die Schulleistungen des Kindes in Verbindung gebracht. Manchmal kommt es auch zu Beendigungen der Pflegeverhältnisse nach sehr langer Zeit. Gründe dafür

sind in der Regel Adoleszenzkrisen, Ablösungskonflikte oder die aktive Suche des Pflegekindes nach seiner Herkunftsfamilie (Blandow, 1999).

Um die Abbruchgründe differenzierter darzustellen, werden häufig Daten aus der Vorgeschichte des Kindes und Merkmale der Struktur der Pflegefamilie genauer betrachtet. Überdurchschnittlich häufig bleibt ein sehr früh vermitteltes Kind (im ersten oder zweiten Lebensjahr) dauerhaft in der Pflegefamilie. Umgekehrt gilt bei Kindern aus krisenhaften Herkunftsfamilien, die in den ersten Lebensjahren diverse Beziehungsbrüche und Wechsel der Lebensorte mitgemacht haben, ein höheres Risiko für einen Abbruch des Pflegeverhältnisses. Weiterhin beschreibt Blandow (1999) zwei typische konflikthafte Situationen, die häufig zum abrupten Ende einer Pflegebeziehung führen:

*„Schließlich bedarf es auch keiner großen Phantasie sich vorzustellen, dass Pflegeeltern, die gleichzeitig für ein ´schwieriges´ Pflegekind und ein gleichaltriges eigenes Kind zu sorgen haben, überdurchschnittlich oft das Handtuch werfen, um Schaden vom eigenen Kind abzuwenden, oder dass Pflegeeltern, die nach einem ´wie eigenem Kind´ suchten, denen aber ein verhaltensauffälliges älteres Kind mit starker Bindung an die leibliche Mutter präsentiert wurde, sich nicht auf das Kind einstellen können.“ (Blandow, 1999, S. 767)*

In der Jugendhilfestatistik tauchen manchmal auch Beendigungen von Pflegeverhältnissen auf, die de facto keine sind, sondern nur durch Überleitungen an ein anderes Jugendamt oder in eine andere Hilfeart entstehen. Insgesamt wurden im Jahr 2006 34.3% der Pflegeverhältnisse abgeschlossen, wobei weitere 3.8% in eine Adoptionspflege übergangen, so dass für knapp 40% der Fälle ein „gutes“ Ende angenommen werden kann. Vorzeitige Beendigung auf Veranlassung des Sorgeberechtigten lag bei 9.4% vor, wovon ein Teil der Pflegekinder wieder in ihre Ursprungsfamilie zurückgekehrt ist, ein anderer Teil im Heim oder einer anderen Pflegefamilie untergebracht wurde. Die Beendigung aus sonstigen Gründen mit 11.5% kann tendenziell als Abbruch bewertet werden. Für die letzten beiden Kategorien „Abgabe an ein anderes Jugendamt“ sowie „Überleitung in eine andere Hilfeart“ können unterschiedlichste Gründe verantwortlich sein, so dass es hier schwierig ist eine Aussage hinsichtlich des Erfolges von Pflegeverhältnissen zu treffen. Teilweise verbirgt sich hinter der Überleitung in eine andere Hilfeart beispielsweise eine Heimunterbringung, so dass man von einem Scheitern der Pflegebeziehung ausgehen kann. Andererseits kann mit der Überleitung in eine andere Hilfeart auch lediglich eine ambulante Beratung in Fragen der Erziehung gemeint sein oder die Fortführung der bisherigen Hilfe bei Zuständigkeitswechsel des Jugendamtes, beispielsweise bedingt durch einen Umzug der Pflegefamilie. Die dargestellten Ergebnisse werden noch einmal in Tabelle 9 zusammengefasst.

Tabelle 9: *Beendigungsgründe von Pflegeverhältnissen (in Prozent)*

	<b>Vollzeitpflege</b>
Abschluss	34.3
Adoptionspflege	3.8
Vorzeitige Beendigung auf Veranlassung des Sorgeberechtigten bzw. Volljährigen	9.4
Sonstige Beendigung	11.5
Abgabe an ein anderes Jugendamt	16.7
Überleitung in eine andere Hilfeart	24.3

Anmerkung: Angaben beziehen sich auf eine Grundgesamtheit von 8 616 Pflegekindern und umfassen alle beendeten Pflegeverhältnisse im Jahr 2006. Quelle: Statistisches Bundesamt 2007

Insgesamt bleiben bei dem Versuch, die Beendigungsgründe für Pflegeverhältnisse zu eruieren, viele Unklarheiten. Je nachdem, auf welche Statistikanalysen man sich bezieht, wird eher von hohen Abbruchquoten oder eher niedrigeren Quoten berichtet.

#### **2.4.3 Besuchskontakte/Umgangskontakte zur Herkunftsfamilie**

In der Praxis gelten, abgesehen von den Problemen bei der Rückführung und dem möglichen Scheitern eines Pflegeverhältnisses, vor allem die Besuchskontakte aufgrund der unterschiedlichen Erwartungen der beiden Elternpaare, als sehr konflikt- und spannungsreich. Wird ein Kind in einer Pflegefamilie untergebracht, treffen zwangsläufig unterschiedliche Lebenslagen, Milieus, widersprechende Interessen und Erwartungen der beteiligten Eltern und Pflegeeltern aufeinander. Für die Kinder werden die Pflegeeltern zu wichtigen Bezugspersonen und dennoch bleiben sie Mitglied in ihrer Ursprungsfamilie. Anders als in der Adoptivfamilie, in der die rechtlichen Bedingungen klarer geregelt sind und die leiblichen Eltern unwiderruflich von ihrem Kind Abschied genommen haben, ist in einem Pflegeverhältnis die Begegnung der unterschiedlichen Parteien vorgesehen oder zumindest nicht generell auszuschließen. Pflegekinder sind einerseits abgegebene Kinder und andererseits aber auch Kinder, die von ihren Angehörigen besucht und zurückgefordert werden können. Auch können die Kinder selbst den Wunsch entwickeln, wieder zu den leiblichen Eltern zurückkehren zu wollen. Ein elfjähriger Junge aus unserer Studie sagte dazu einmal seiner Sozialarbeiterin im Jugendamt, sie solle doch dafür sorgen, dass seine Mama genauso mit ihm spielen könne, wie seine Pflegemama, so dass er endlich wieder nach Hause gehen kann. Häufiger jedoch sind die Kinder von ihren Eltern enttäuscht und zeigen ihre Abneigung in den Besuchskontakten. Die lange unterdrückten Vorwürfe können dann den Eltern lautstark an den Kopf geworfen werden, sofern die Pflegeeltern bereits als unterstützende Basis wahrgenommen werden. Ebenso kann es zwischen den beiden Familien zu harten Abrechnungen und Streitigkeiten kommen. Sätze wie „Ich hole mir mein Kind zurück“ oder „Sie kann ihr Kind wieder

abholen“, aber auch die Aufrechnungen, wer das Kind stärker liebt oder die größeren Geschenke macht, gestalten die Beziehungserhaltung recht schwierig und ein Teil der Konflikte ist somit bereits im Konstrukt Pflegefamilie vorprogrammiert. Immer wieder entzünden sich die umkämpften Themen, wann von wem in welcher Häufigkeit Besuchskontakte zugelassen werden sollten und wie diese zu gestalten sind.

Vor allem die Pflegeeltern mit einem ergänzungsfamilialen Standpunkt sind dabei sehr bemüht, die Kontakte zwischen den Herkunftseltern und dem Kind aufrechtzuerhalten. Wenn die Herstellung von Kontakt allerdings in einem verkrampften Bemühen endet und die Kinder von den Pflegeeltern quasi zu Umgangskontakten gezwungen werden, so verkehrt sich die Verantwortung für die Bindungen des Kindes an die Eltern. Die leiblichen Eltern, so wie vor allem die Kinder selbst, sollten ein Interesse an der Aufrechterhaltung der Beziehung zeigen, andernfalls können die Beziehungen nicht zur Förderung der kindlichen Entwicklung beitragen.

Ertmer (2004) ist der Ansicht, dass vieles im Bereich des Pflegekinderwesens zu einem Aushandlungsprozess geworden ist, der sich zwischen den Erwachsenen abspielt. Dabei werden seiner Meinung nach die Rechte der Eltern über die der Kinder gestellt. Auch bei Kindern ohne Rückkehroption wird zuerst die Frage nach den Besuchsansprüchen der leiblichen Eltern geklärt und durchgesetzt. Obwohl als Handlungsmaxime immer noch das Kindeswohl deklariert wird, fallen in seiner Amtspraxis häufig Sätze wie „Wir können doch die Eltern nicht doppelt bestrafen, erst das Gerichtsverfahren wegen der Kindesmisshandlung und nun auch noch eine völlige Trennung vom Kind“. Viele Fachkräfte sind der Meinung, dass auch misshandelte Kinder Kontakt zu ihren sie misshandelnden Eltern brauchen und verschließen die Augen vor der Erkenntnis, dass eine positive Bindung zwischen Kindern und Eltern nicht durch die biologische Elternschaft bestimmt ist.

Entgegen den zum Teil drastischen Forderungen der leiblichen Eltern werden in der Praxis Besuchskontakte nur sehr selten realisiert. Die Angaben zur Häufigkeit von Kontakten schwanken dabei erheblich. Insgesamt werden sie weit häufiger geplant, als tatsächlich durchgeführt. Gudat (1990) berichtet beispielsweise, dass von 73.3% der geplanten Besuchskontakte, nur 48.9% auch tatsächlich umgesetzt wurden. Weiterhin konnte er aufzeigen, dass von den Fällen, in denen Kontakt vereinbart wurde, zwei bis fünf Jahre später noch 67.4% Besuchskontakte hatten und ein Drittel derjenigen, die ursprünglich ihr Kind besuchen wollten, sich zwischenzeitlich zurückgezogen hatte. Auch in der aktuellen Fallerhebung des Deutschen Jugendinstitutes wird in mehr als drei Viertel aller Pflegeverhältnisse die Aufrechterhaltung des Kontaktes zur Herkunftsfamilie vorgesehen. Allerdings findet nur in etwa der Hälfte der geplanten Fälle auch tatsächlich ein Kontakt statt (DJI & DIJuF, 2006). Zudem ist der Besuchskontakt vielfach nur unregelmäßig, teils auch nur telefonisch. In etwa

30% der Fälle findet ein Umgang monatlich statt und in nur noch 11.5% der Fälle wöchentlich (Erzberger, 2003). Walter (2004) kommt zu ähnlichen Ergebnissen und berichtet, dass Mütter ihre Kinder in 27% der Fälle mindestens monatlich besuchen und Väter in 18% der Fälle. Weiterhin lässt sich feststellen, dass ältere Kinder häufiger von ihren Eltern besucht werden als jüngere und dass bei den jüngeren Kindern der Kontakt zu den leiblichen Eltern häufig völlig abbricht (Blandow, 2003). Auch Zwernemann (2004) berichtet von in der Praxis eher selten stattfindenden Besuchskontakten. Von den 178 untersuchten Kindern hatten in ihrer Untersuchung lediglich 23.0% regelmäßig mindestens monatlichen Kontakt zu ihren Eltern. Weitere 21.3% berichteten über unregelmäßige Besuchskontakte und der Großteil der Kinder mit 55.6% hatten keinerlei Umgang mehr zur Ursprungsfamilie.

Gudat (1990) fand zudem einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Grund der Inpflegegabe und der Planung, Realisierung bzw. Unterlassung von Besuchskontakten. Seltener geplant und auch häufiger abgebrochen wurden demnach Besuchskontakte bei Kindern, die misshandelt, sexuell missbraucht oder von der Mutter abgelehnt wurden. Häufigere Besuchskontakte gab es hingegen, wenn das Kind aufgrund von chronischen Krankheiten, Trennungs- oder Scheidungsproblematiken oder wegen Überforderungssituationen in Pflege gegeben wurde.

Vor allem seit der Kindschaftsrechtsreform 1998 wird vom Gesetzgeber die herausragende Bedeutung des Umgangs beider Elternteile für das Wohl und die Entwicklung des Kindes formuliert und gleichzeitig die Notwendigkeit der Kooperation beider Elternsubsysteme betont (BGB, 2007, §§ 1684ff). Salgo (2004) fordert allerdings, dass das Elternrecht nicht nur um seiner selbst Willen bestehen dürfe, sondern immer die gebotene Rücksicht auf das Kind nehmen muss. Die Ausübung elterlicher Rechte darf dabei niemals in eine Kindeswohlgefährdung ausarten. Dem Autor zufolge darf demnach ein Umgangsrecht nicht gegen den nachvollziehbaren Willen des Kindes durchgesetzt werden. Auch Hassenstein und Hassenstein (2004) teilen diese Auffassung und fordern, sofern ein Kind in Worten oder auf sonstige Weise seine Wünsche zu äußern vermag, auf diese unbedingt einzugehen. Es geht um die Verwirklichung der am wenigsten schädlichen Alternative für das Kind und nicht um Interessensbefriedigung der leiblichen Eltern. Daher wirft Ertmer (2004) die wichtige Frage auf, wem die Besuchskontakte wirklich nützen. Dies führt zum interessanten Punkt in der Gestaltung von Besuchs- oder Umgangskontakten, nämlich den unterschiedlichen Sichtweisen der drei hauptsächlich am Pflegeverhältnis beteiligten Personengruppen: den Herkunftseltern, den Pflegeeltern und den Pflegekindern selbst.

Nach Besuchskontakten sind viele Kinder völlig durcheinander und oft braucht es einige Tage, bis sie sich wieder beruhigt haben. Schofield, Beek und Sargent (2000) konnten zeigen, dass bei etwa einem Drittel der Kinder im Kontakt mit ihren leiblichen Eltern Stresssymptome vorlagen und dass sie sowohl vor als auch nach den Umgangskontakten ängstlich, aggressiv und verstört waren. Dabei sind Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit Besuchskontakten eher die Regel als die Ausnahme (Riedle et al., 2008). Manche Autoren behaupten auch, dass man den Kindern die Besuchskontakte nicht ersparen solle, weil ein auffälliges Verhalten lediglich Ausdruck des Trennungsschmerzes ist: „Das Erinnern tut weh, aber es hält das Kind lebendig“ (Wiemann, 2008). Diese Sichtweise ist allerdings problematisch, da niemand weiß, warum ein Kind nach den Besuchen aufgewühlt ist. Es könnte Trennungsschmerz sein, es könnte aber auch sein, dass es durch das Verhalten seiner Eltern völlig verunsichert und verängstigt wurde oder Angst hatte, wieder Opfer von Misshandlungen zu werden. Pflegekinder haben in der Regel körperliche und psychische Verletzungen erlitten. Das Konzept bei Pflegekindern aus den Besuchskontakten eine Art Therapie abzuleiten, um „lebendig“ zu bleiben, kann daher nicht überzeugen.

Auf der anderen Seite gibt es aber auch einige Kinder, die gerne den Kontakt zu ihren Eltern halten wollen. Aufgrund eigener Schwierigkeiten der Herkunftseltern können regelmäßige Termine jedoch oft nicht eingehalten werden. Dies dürfte bei einem Teil der Pflegekinder ab einem bestimmten Alter immer wieder zu enttäuschten Erwartungen und zu einer persönlichen Zurücksetzung des Kindes führen. Gleich, ob das Pflegekind Kontakt zu seinen leiblichen Eltern hat, oder nicht, häufig bleiben die Hoffnungen nicht nur für die abgebende Familie, sondern auch für das Kind erhalten, dass es von seinen Eltern noch geliebt wird und vielleicht irgendwann zu ihnen zurückkehrt.

Die Bedeutung der Besuchskontakte für die abgebenden Personen ist mangels entsprechender Forschung kaum dokumentiert. Einzelne Ergebnisse (z.B. Faltermeier, 2001) lassen allerdings vermuten, dass auch hier die Belastungen sehr hoch sein können. Die leiblichen Eltern fühlen sich den Pflegeeltern häufig unterlegen und müssen sich eingestehen, dass die Pflegeeltern dem Kind mehr bieten können. Nicht selten kommt es auch zu einem Rückzug, da ein weiteres Kind geboren wird oder ein neuer Partner auf den Abbruch der Beziehung drängt.

Die Herkunftseltern befinden sich nach der Inpflegegabe ihres Kindes in einer äußerst komplizierten Situation, denn die Trennung von ihrem Kind geschieht in der Regel nicht freiwillig, stellt für viele Eltern eine leidvolle Erfahrung dar und bedeutet nicht zuletzt eine Statusverletzung als fürsorgliche Eltern (Faltermeier, 2001). Die meisten Eltern haben das Gefühl, versagt zu haben und leiden unter der verlorengegangenen gesellschaftlichen Achtung und Anerkennung (Unzer, 2004). Von ihrer Umwelt erfahren sie wenig Verständnis für den

Schmerz, den die Trennung von ihrem Kind für sie unter Umständen bedeutet. Häufig mangelt es den Eltern auch an der Einsicht für die Notwendigkeit der Unterbringung und es fällt ihnen daher besonders schwer, die Vorstellungen und Kompetenz der Pflegeeltern anzuerkennen. Die eifersüchtige Reaktion vieler Eltern auf das gelingende Zusammenleben des Kindes mit den Pflegeeltern ist daher oftmals Ausdruck eigener verletzter Gefühle. Der permanente soziale Vergleich mit den zumeist sehr viel besser gestellten Pflegeeltern löst bei den Herkunftseltern Ohnmachtsgefühle aus. Daher werden diese pauschal abgewertet, ohne den Gewinn für das Kind erkennen und vor allem nicht akzeptieren zu können (Faltermeier, Glinka, Schefold, 2003).

Gudat (1987) geht davon aus, dass sich die Herkunftseltern auch deshalb so schnell aus der Beziehung mit dem Kind zurückziehen, da sie es gewohnt sind, die sozialen Verlierer zu sein und bei Schwierigkeiten leichter aufzugeben. Dem Autor zufolge reicht es in dieser Situation nicht, die Pflegeeltern aufzufordern, nicht mit den leiblichen Eltern zu konkurrieren, sondern es müsste ihnen auch gezeigt werden, wie dies möglich sein kann. Für ihn liegt die optimale Lösung des Problems in einem direkten, persönlichen Kontakt der beteiligten Akteure untereinander.

Ertmer (2004) stellt hingegen fest, dass es in den meisten Fällen bei den Besuchskontakten nur um die Bedürfnisse der leiblichen Eltern geht und die Bequemlichkeit der Sozialarbeiter vor die Kindesinteressen gestellt werden. Auf jeden Fall wurde seiner Ansicht nach fast immer der Hinweis auf die schweren Identitätskrisen, die das Kind in der Pubertät erleben werde, als Grund angeführt, Kontakt zu den leiblichen Eltern zu fördern, auch gegen den erklärten Widerstand des Kindes und bei Auffälligkeiten vor und nach den Kontakten. Beispielsweise geht das Deutsche Jugendinstitut davon aus, dass die Herkunftseltern unbedingt in das Pflegeverhältnis miteinbezogen werden sollten, um die eben genannten Krisen langfristig zu verhindern:

*„..., dass eine qualifizierte Arbeit mit Herkunftsfamilien...nicht nur für gelingende Rückführungen, sondern auch für die Beziehungssicherung, Besuchsgestaltung, Identität und den Selbstwert von auf Dauer untergebrachten Pflegekindern und für das (Mit-) Verantwortungsgefühl der Mitglieder der Herkunftsfamilie von großer Bedeutung sein kann.“ (DJI & DIJuF, 2006, S. 23)*

Die Pflegeeltern erleben die Kontakte der Angehörigen zum Kind überwiegend negativ und sehen sich dadurch mehr oder weniger großen Belastungen ausgesetzt. Die alltäglichen Routinen werden durchbrochen, Vorbehalte gegenüber den Geburtseltern werden wieder mobilisiert und in der Wahrnehmung der Pflegeeltern leiden die Pflegekinder unter diesen Besuchen. Pflegeeltern mit laufenden Besuchskontakten fühlen sich deutlich belasteter als

solche ohne oder mit inzwischen aufgegebenem Kontakt (Kötter, 1997). Dies gilt insbesondere für die Pflegeeltern die dem ersatzfamiliären Konzept entsprechen.

Erzberger (2003) fand in seiner Untersuchung das spannende Ergebnis, dass die Auslegung der Belastung durch die Besuchskontakte stark mit dem gesicherten dauerhaften Verbleib des Kindes in der Pflegefamilie in Zusammenhang steht. Stellen die Besuchskontakte durch die Herkunftseltern kein Risiko dar, da die Rückkehroption des Kindes ausgeschlossen wurde, so sind die Beurteilungen der Kontakte durch die Pflegeeltern insgesamt positiver. Ist aber eine Rückkehr nicht auszuschließen, so werden auch relativ unproblematische Kontakte als negativ beurteilt, da das Risiko einer Rückführung immer mitschwingt.

Pflegeeltern sollen den leiblichen Eltern gegenüber Verständnis zeigen und ihnen Achtung und Akzeptanz entgegenbringen. Dies soll dem Kind eine positive Beziehung zu beiden Elternsystemen frei von Loyalitätskonflikten ermöglichen. Diese neutrale Haltung von Pflegeeltern kann sich allerdings verheerend auf das Kind auswirken. Es ist letztlich eine So-tun-als-ob-Strategie, eine Doppelmoral und damit eine Unehrllichkeit, die das Kind schnell durchschaut (Salgo, 2004). Viele erfahrene Praktiker, aber auch Wissenschaftler haben diese Verhaltenserwartung an Pflegeeltern daher scharf kritisiert (z.B. Nienstedt und Westermann, 1998). Salgo (2004) spitzt diese Diskussion noch weiter zu und fordert: „Eine neutrale Haltung ist dem Staat und seinen Organen, wenn es um Fragen des Kindeswohls geht, versagt.“ Tatsächlich klingt eine wertschätzende und akzeptierende Haltung den leiblichen Eltern gegenüber nach Sozialarbeiterromantik, wenn man bedenkt, was die Herkunftseltern ihren Kindern in der Mehrzahl der Fälle angetan haben. Wie soll eine Pflegemutter die leibliche Mutter ihrer Tochter akzeptieren, wenn diese ihr Kind über Jahre hinweg in ein verdrehtes dunkles Loch gesperrt hat? Andererseits könnten sich Pflegekinder selbst herabgesetzt fühlen, wenn sie merken, dass ihr Eltern missachtet und verachtet werden (Riedle et al., 2008). Daher gilt auch hier für Pflegeeltern eine schmale Gratwanderung zwischen dem Respekt, den Sie den Herkunftseltern aufgrund deren Menschenwürde entgegenbringen sollten und andererseits der Unmöglichkeit, Misshandlungen eines Kindes durch seine Eltern gänzlich außer Acht zu lassen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die mit den Besuchskontakten in Zusammenhang stehenden Ängste und Konkurrenzgefühle nicht gänzlich aufhebbar sind. Die Voraussetzungen und Vorstellungen über die Kontaktgestaltung sind oft zu ungleich und die Personen zu verschieden für die Umsetzung einer einfachen Lösung. Ausgehend von den verschiedenen Perspektiven der beteiligten Akteure finden sich in der Literatur unterschiedliche Gründe für die Umsetzung von Besuchskontakten sowie zahlreiche Argumente, die für ein Kontaktverbot sprechen. Daher werden die wichtigsten Positionen knapp dargestellt.

Gudat (1987) gibt an, dass der Verlust von Bindungspersonen generell zu vermeiden ist. Ergänzend wird weiter ausgeführt, dass dies unter der stillschweigenden Annahme geschieht, dass das Kind vor der Inpflegegabe bereits Bindungen hatte. Dies trifft natürlich nicht für alle Pflegekinder zu. Dabei wird allerdings keineswegs angenommen, dass die bestehenden Bindungen durchwegs glückliche Eltern-Kind-Beziehungen waren. Aber auch die unsicher-ambivalenten Bindungen gilt es aus der Sicht von Gudat zu erhalten, da auch diese Kinder in sehr starkem Maße an ihren Eltern hängen und durch den Verlust in tiefster Weise betroffen wären. Gudats Fazit lautet daher, dass das Bemühen, für das Kind eine günstigere Erziehungsumwelt zu schaffen nicht auf Kosten der Bindung des Kindes an seine leiblichen Eltern realisiert werden darf.

Maywald (2001) wendet gegen die Argumentation von Gudat ein, dass sich Besuchskontakte am Wohl des Kindes orientieren müssten. Zu den Bedürfnissen des Kindes gehört aus bindungstheoretischer Sicht ein ungestörter Beziehungsaufbau zu seinen sozialen Eltern und zugleich auch die Achtung seiner Herkunft. Dies muss aber nicht zwangsläufig in Form einer realen Konfrontation mit den Herkunftseltern geschehen. Zenz (2001) hat im Gegenteil darauf hingewiesen, dass nach den neuesten Erkenntnissen der Psychotraumatologie eine schützende Distanz und Sicherheit vor den Tätern notwendig ist, um auf einer reflektierenden Ebene das Erlebte aufzuarbeiten. Auch Kötter und Cierpka (1997) gehen davon aus, dass sich Besuchskontakte nur kurzfristig positiv, langfristig jedoch eher negativ auf die Entwicklung des Pflegekindes in der Pflegefamilie auswirken. Ihnen zufolge komme es bei regelmäßigen Besuchskontakten der Herkunftseltern zu vermehrten Loyalitätskonflikten und damit verbundenen Verhaltensauffälligkeiten. Diese Ergebnisse stehen im Widerspruch zur These des Deutschen Jugendinstituts, nach der die Besuchskontakte Loyalitätskonflikte verhindern sollen. Nach den Ausführungen von Kötter und Cierpka führen die Kontakte lediglich zur Aufrechterhaltung der Illusion funktionaler Eltern-Kind-Beziehungen und der psychischen Stabilisierung der Herkunftseltern. Daher sei die Haltung des DJI sehr an den Bedürfnissen der Eltern ausgerichtet und eine eher belastende Haltung gegenüber dem Pflegekind. Zudem sieht Westermann (2004) in der Aufrechterhaltung der Beziehungen zu den Herkunftseltern einen fatalen Weg, den Kindern ihre Chance auf eine positive Korrektur ihrer Entwicklungsverläufe zu verbauen. Besuchskontakte können ihm zufolge die Funktion haben, dass sich die leiblichen Eltern langsam vom Kind verabschieden. Sie dienen daher in erster Linie den Eltern, die die Trennung vom Kind schrittweise vollziehen und sich aus ihrer Elternrolle allmählich lösen können. Wird ein Kind jedoch auf Dauer in eine Pflegefamilie vermittelt, weil es von seinen leiblichen Eltern misshandelt oder vernachlässigt wurde, so sind Besuchskontakte kontraindiziert. Sie verhindern den raschen Aufbau von neuen Eltern-Kind-Beziehungen in der Pflegefamilie und tragen nicht zur Bewältigung der traumatischen Erfah-

rungen bei. Die Aufrechterhaltung von Besuchskontakten dient also nur der Illusion von Eltern-Kind-Beziehungen, wobei fatalerweise die erlebten Verletzungen und das Scheitern der leiblichen Eltern verleugnet oder bagatellisiert werden. Die pathologischen Beziehungen werden somit weiterhin aufrechterhalten.

Zwernemann (2004) betrachtet das oft vorgetragene Argument der Identitätsbildung äußerst kritisch, da eine gesunde Identitätsentwicklung nur auf der Basis einer sicheren Bindung möglich ist und diese in den Fällen von Kindesmissbrauch und Vernachlässigung nicht gewährleistet ist. Die realistische Auseinandersetzung mit den leiblichen Eltern wurde gerade durch die dauernde und angstbesetzte Konfrontation mit diesen verhindert bzw. massiv erschwert. Zatti (1999) kommt bei ihrer Analyse von empirischen Studien sogar zu dem überraschenden Ergebnis, dass Pflegekinder wenig Bereitschaft zeigen, sich mit ihrer Herkunftsfamilie auseinander zu setzen und dass auch in der Pubertät die Wurzelsuche für sie kein vordringliches Thema sei.

Riedle und Kollegen (2008) kommen zu dem Schluss, dass die bisherigen Untersuchungen die Unverzichtbarkeit von Besuchskontakten nicht bestätigen können. Im Gegenteil weisen einige Studien höhere Raten an zusammenbrechenden Pflegeverhältnissen bei häufigen Besuchskontakten auf (z.B. Fratter, Rowe, Sapsford & Thoburn, 1991; Nowacki & Ertmer, 2004) und andere weisen eine höhere Beziehungsbelastung und Integrationschwierigkeiten bei Kontakten mit den Herkunftseltern nach (z.B. Kötter, 1997). Auch das Argument der Identitätsbildung wird von den Autoren kritisch betrachtet, da es bislang keine aussagekräftigen Untersuchungen darüber gibt, ob Pflegekinder besonders unproblematisch die Anforderungen des Lebens meistern, wenn sie als Kinder häufig ihre leiblichen Eltern gesehen haben (Riedle et al., 2008). Weiterhin führen sie an, dass nach den Ausführungen des Deutschen Jugendinstitutes alle, denen ein regelmäßiger Kontakt zu den Herkunftseltern nicht möglich ist (z.B. im Falle von Adoptionen) demnach in ihrem Leben keine sichere Identität entwickeln könnten. Dies ist jedoch nach allen vorliegenden Studien nicht der Fall. Häufige Kontakte zwischen einem Pflegekind und seinen leiblichen Eltern sind deshalb nicht zwingend für den Aufbau einer stabilen Identität erforderlich.

Eines der zentralsten Argumente gegen die Durchführung von Besuchskontakten ist, dass dadurch eine kritische Distanzierung von den traumatisierenden Bindungspersonen verhindert wird. Das Kind erlebt die Pflegeeltern, Mitarbeiter vom Jugendamt und Gericht als ebenfalls hilflos und ohnmächtig gegenüber den bedrohlichen Eltern, da diese das Kind nicht schützen können oder wollen. Die Besuchskontakte verharmlosen somit das, was das Kind in seiner Ursprungsfamilie erlebt hat. Die Besuchsregelungen führen zu einer vom Kind wahrgenommenen Kooperation der Helfer mit den leiblichen Eltern, was wiederum im Erle-

ben des Kindes zu einer Bagatellisierung der erlittenen körperlichen Verletzungen und psychischen Qualen führen muss (Cappenberg, 2004).

Hardenberg (2006) geht ebenfalls davon aus, dass der Aufarbeitungs- und Gesundungsprozess eines traumatisierten Pflegekindes nur gelingen kann, wenn die laufenden Besuchskontakte mit den leiblichen Eltern abgebrochen werden. Andernfalls ist eine notwendige kritische Distanzierung von den traumatisierenden Erwachsenen kaum möglich. Der Autor formuliert diese These noch etwas drastischer und sieht in den Besuchskontakten traumatisierter Pflegekinder eine Retraumatisierung, vor der es das Kind unbedingt zu schützen gilt.

Vielfach wird die Meinung vertreten, der Umgang des Pflegekindes mit seinen leiblichen Eltern sei sehr wichtig, komme jedoch dann nicht in Betracht, wenn Kinder von ihren Eltern körperliche Gewalt, sexuellen Missbrauch oder massive Vernachlässigung erfahren haben (z.B. Wiemann, 2008). So fordert Zwernemann (2004) in Fällen von sexuellem Missbrauch und schwerer Misshandlung einen Ausschluss von Kontakten, bis das Kind das Erlebte verarbeitet hat. In der Folge kann es für eine gesunde Identitätsentwicklung gerade notwendig sein, dass sich das Kind von den leiblichen Eltern distanziert. Vor dem Hintergrund von sexuellen Übergriffen oder auch massiven körperlichen Misshandlungen, löst die Konfrontation mit dem Verursacher bei vielen Kindern posttraumatische Belastungssymptome aus. In diesen Fällen kann man von einer extremen Gefährdung der Kinder durch die Umgangskontakte ausgehen. Daher wird von einigen Autoren bei nachgewiesenem Missbrauch oder Misshandlung ein generelles Umgangsverbot gefordert (z.B. Fegert, 2004; Fthenakis, Gödde, Reichert-Garschhammer & Walbinger, 2001).

Dies ist Riedle und Kollegen (2008) zufolge eine Haltung, die sozial anmutet, die aber leider in der Praxis nicht viel nützt. Denn wenn all die Eltern von Besuchskontakten ausgeschlossen werden sollen, deren Kinder früher Gewalt oder Vernachlässigung erfahren haben, dann bleibt kaum noch ein Kind übrig. Daher muss zum einen der Grad der früheren Vernachlässigung und Misshandlung betrachtet werden, als auch, wie die Eltern sich in den Kontakten ihrem Kind gegenüber verhalten. Vorherige Gewalterfahrungen sind ein Grund dafür, dass der Verlauf der Umgangskontakte gut beobachtet werden muss, sprechen aber nicht generell für ein Kontaktverbot.

Desöfteren werden Umgangskontakte auch in begleiteter Form vorgeschlagen, um die tatsächliche oder vermeintliche Bedrohung durch beispielsweise gewalttätige Eltern einzuschränken (Scheuerer-Englisch, 1998). Ein begleiteter Umgang kann das Kind durchaus vor den körperlichen Übergriffen der leiblichen Eltern schützen, nicht jedoch vor den psychischen Übergriffen. Verbale Bedrohungen, Schuldzuweisungen und Äußerungen, das Kind bald wieder zurückzuholen, können auf das Kind retraumatisierend wirken und ein Verharren

in früheren pathologischen Verhaltenweisen bedingen (Nienstedt & Westermann, 1998). An einen unbegleiteten Besuchskontakt ist Zwernemann (2004) zufolge erst wieder zu denken, wenn das Kind keine Ängste mehr hat. Das Schutzbedürfnis des Kindes muss dabei immer im Vordergrund stehen. Hierzu gehört auch, die Begleitung durch die Pflegeeltern bei Besuchskontakten, solange das Kind ihre Anwesenheit als Rückversicherung braucht. Begleiteter oder betreuter Umgang stellt jedoch oft nur eine Scheinlösung zu Lasten der betroffenen Kinder dar. Zwernemann (2004) führt diesbezüglich aus, dass in ihrer Amtspraxis in allen Fällen, in denen Besuche angeordnet wurden, eine schwerwiegende Schädigung des Kindes stattgefunden hat.

Gerade bei bereits traumatisierten Kindern gerät also die Regelung der Aufrechterhaltung der Besuchs- und Umgangskontakte unter erheblichen Rechtfertigungszwang. Doukkani-Bördner (2001) beschreibt dabei eine fatale, leider immer wieder anzutreffende Einstellung der beteiligten Akteure:

*„Solange die Verletzungen und Beeinträchtigungen des Kindes sichtbar sind, steht das Wohl des Kindes bei den beteiligten Richtern, Jugendämtern und anderen Helfern an erster Stelle. Sobald aber für das Kind in der Pflegefamilie eine Verbesserung seiner Situation eingetreten ist und es sich körperlich und seelisch zu erholen beginnt, verlagert sich das Mitgefühl der beteiligten Ämter und Gerichte schnell auf die leiblichen Eltern, deren äußere Situation in der Regel wesentlich schwieriger ist als die der Pflegefamilie. Hier sollen dann nach der Vorstellung mancher Jugendämter, Richter oder sogar Gutachter möglichst häufige Besuchskontakte mit dem Pflegekind helfen, die psychische Not der Herkunftsfamilie zu lindern.“* (Doukkani-Bördner, 2001, S. 9f.)

Das Mitleid mit den Eltern ist dabei menschlich verständlich, aber hinderlich für die richtige Entscheidung zugunsten des Kindes (Salgo, 2004). Weiterhin führt der Autor an, dass es auch zahlreiche positiv verlaufende Umgangskontakte bei auf Dauer angelegten Pflegeverhältnissen gibt. Es handelt sich allerdings in diesen Fällen nicht um traumatisierte oder schwer vernachlässigte Kinder. Solange es weiterhin zu Gefährdungen seitens der Eltern kommen kann, muss mit Rückschlägen in der kindlichen Entwicklung gerechnet werden und daher sind elterliche Umgangsrechte bei traumatisierten oder schwer vernachlässigten Kindern strikt zu beschränken.

Insgesamt deuten die bisherigen Befunde darauf hin, dass Kinder, die aufgrund traumatischer Erfahrungen in eine Pflegefamilie vermittelt wurden, in der Regel keine Besuchskontakte zu ihren leiblichen Eltern haben sollten, da diese der Traumaverarbeitung und dem Aufbau neuer Eltern-Kind-Beziehungen entgegenstehen.

Zusammenfassend haben Umgangskontakte zwischen Pflegekindern und ihren Herkunftsfamilien auf der einen Seite nutzbringende Faktoren, wie beispielsweise die Aufrechterhaltung der Eltern-Kind-Bindung, eine erleichterte Identitätsbildung und die Verarbeitung der Wirklichkeit. Kindler (2005) kommt nach einer Analyse der internationalen Literatur zu dem Schluss, dass regelmäßige Kontakte zu den leiblichen Eltern in der Mehrzahl der Fälle kindeswohldienlich sind oder etwas abgeschwächer formuliert, in ihrer Wirkung zumindest unschädlich gestaltet werden können. Andererseits gibt es auch belastende Faktoren der Elternbesuche wie etwa Loyalitätskonflikte des Kindes, negative Einstellung der Ursprungseltern zur Pflegefamilie, vermehrte Identitätskonflikte oder die Erfahrung schwerer Traumatisierungen in der Herkunftsfamilie mit dem Risiko der Retraumatisierung durch die Kontakte.

Wichtig ist auf jeden Fall, sehr genau auf die individuelle Situation zu achten und die Bedürfnisse des Kindes nicht aus den Augen zu verlieren. Die Frage des Umgangs sollte vor dem Hintergrund der kindlichen Entwicklung gesehen werden und kann nicht pauschal beantwortet werden. Es muss in die Überlegungen sowohl die Vorgeschichte, als auch der Entwicklungsstand des Kindes, seine versteckten oder offenen Ängste sowie der Wille des Kindes hinreichend berücksichtigt werden. Als besonders schwierig gestaltet sich die Frage der Besuchskontakte, da einerseits eine nüchterne wissenschaftliche methodische Grundhaltung gefragt ist und gleichzeitig der Umgang mit Kindern eine starke emotionale und ethische Verantwortung voraussetzt.

#### **2.4.4 Traumatisierte Pflegekinder**

Da ein großer Teil der Kinder länger als früher in der Herkunftsfamilie verbleibt und zudem meistens sehr unmittelbar aus der Familie in eine Pflegefamilie vermittelt wird, sind Pflegefamilien zunehmend mit Kindern konfrontiert, die in ihren ersten Lebensjahren verwirrende, oft auch traumatische Erfahrungen machen mussten. Meist gab es keine klassische Familienstruktur, sondern eine Patchworkfamilie, in der die Kinder hin und her gereicht wurden und daher häufig ambivalent an ihre Familien gebunden sind (Blandow, 2004). Pflegekinder sind zudem oft kumulierten psychosozialen Risiken und Verkettungen von Typ-II-Traumatisierungen ausgesetzt (Schmid, 2007). Einer Unterbringung gehen heutzutage in der Regel mehrere gescheiterte ambulante familienunterstützende Maßnahmen voraus und können bei späterer Herausnahme der Kinder insgesamt zu einer Verschärfung der Problemlagen führen und zu einer Schmälerung ihrer Entwicklungschancen beitragen (Zwernemann, 2004). Salgo (2004) sieht es als bestätigt an, dass Kinder in Deutschland nicht leichtfertig von ihren Eltern getrennt werden. Im Gegenteil wird in den letzten Jahren eher der Vorwurf laut, dass die Kinder- und Jugendhilfe zu lange wartet und passiv den Verlauf der Dinge zur Kenntnis nimmt.

Auch Nienstedt und Westermann (1998) gehen davon aus, dass bei Kindern, die vor allem auf Grund einer familiengerichtlichen Anordnung aus ihrer Ursprungsfamilie herausgenommen werden müssen, mehr oder weniger weit reichende traumatische Erfahrungen vorliegen. Die Biographien dieser Kinder sind geprägt durch Gewalterfahrungen, die sie in der Herkunftsfamilie erlebt haben. Dabei wurden die Interessen der Erwachsenen den kindlichen Interessen und Bedürfnissen gegenüber in der Regel rücksichtslos durchgesetzt: „Von traumatischen Erfahrungen sprechen wir dann, wenn von Eltern die elementarsten Bedürfnisse des Kindes nicht wahrgenommen und respektiert werden und wenn das Kind von seinen Eltern überwältigt wird und sie dadurch als Schutzobjekt verliert (Nienstedt & Westermann, 1998)“. Die körperlichen Verletzungen sind für das Kind oftmals nicht die entscheidenden Verletzungen, gravierender sind die psychischen Folgen, das enttäuschte Vertrauen zu den Eltern und die langfristigen Auswirkungen für die Beziehungsfähigkeit der Kinder. Die traumatischen Erfahrungen beeinflussen ganz massiv die Perspektive vieler Pflegekinder.

Bezüglich der Auswirkungen der Trennung zur Herkunftsfamilie gibt es unterschiedliche Sichtweisen. Einerseits klassifizieren Nienstedt & Westermann (1998) eine Trennung in der frühen Kindheit immer als traumatisches Erlebnis. Kötter (1997) ergänzt, dass die traumatische Wirkung von Trennungen bei kleinen Kindern leicht unterschätzt wird, da sie die Trauer meist nicht direkt zeigen, sondern sich diese in einer Verstärkung der Verhaltensprobleme äußert. Andererseits berichtet Hardenberg (2006), dass es viele Pflegekinder gibt, die nicht trauern, sondern sich gerettet fühlen. Um Trauer oder Schmerz über den Verlust der Beziehung zu empfinden, bedarf es zuvor einer irgendwie positiv bedeutsamen Beziehung. Einmal erworbene Bindungsbeziehungen sind aus Sicht der Bindungstheorie unbedingt schützenswert, allerdings nur, wenn es sich nicht um traumatisierende oder bedrohliche Bindungspartner handelt (Scheuerer-Englisch, 1998).

Ertmer (2004) ist der Ansicht, dass häufig so getan wird, als seien traumatisierte Pflegekinder die große Ausnahme. Als wenn die Kinder manchmal nur ein wenig missbraucht, ein wenig misshandelt oder vernachlässigt worden seien. Das Kernproblem ist, dass es für viele Menschen außerordentlich schwer ist, sich vorzustellen, wie Eltern-Kind-Beziehungen scheitern und zu einer Täter-Opfer Beziehung werden. Dabei fällt es vor allem nicht leicht, sich vorzustellen, wie ein Kind von den eigenen Eltern misshandelt wird.

Oftmals fallen der Umwelt die fortwährenden Misshandlungen und Vernachlässigungen und die sich daraus ergebenden Entwicklungsdefizite erst auf, wenn sich die dysfunktionale Familiendynamik bereits verfestigt hat und die Kinder schon etliche Misshandlungen erleiden mussten. Auch Ell (1998) beschreibt, wie schwer es für die Jugendämter sein kann, Beweise zusammenzutragen, dass das Wohl des Kindes nach § 1666 BGB gefährdet ist. Wie bereits weiter oben erläutert, können Eltern gemäß dieses Paragraphen gegenüber ihren Kindern

versagen, durch die missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch grobe Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen oder durch das schädigende Verhalten eines Dritten. Ist die Beweislage nach zumeist langer Erhebungsphase komplett, ist das Kind vielfach schon physisch und psychisch so stark geschädigt, dass es zunächst einer Heilpädagogik bedürfte. Dies deckt sich mit den Aussagen von Jacobi (2005), der einen eklatanten Unterschied in der offiziellen Kriminalstatistik und den tatsächlichen Kindesmisshandlungen vermutet.

In Anlehnung an Müller-Schlotmann (1997) wird im Folgenden zwischen vernachlässigten, misshandelten und sexuell missbrauchten Kindern differenziert, die sich durch unterschiedliche Merkmale charakterisieren lassen und sehr individuelle Verhaltensweisen zeigen.

#### **2.4.4.1 Vernachlässigung**

Kuppinger (1990) stellt fest, dass die Vernachlässigung von Kindern als häufigster Grund für die Herausnahme aus der Ursprungsfamilie genannt wird. Dem Autor zufolge werden etwa die Hälfte aller Pflegekinder wegen Vernachlässigung in Pflegefamilien vermittelt. Demgegenüber werden die Folgen von Vernachlässigung – gerade auch im Vergleich zur Misshandlung – in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen.

Vernachlässigung kann sich auf verschiedene Bereiche erstrecken, die Pflege, Ernährung, Gesundheitsvorsorge, Aufsicht oder Schutz beinhalten können. Durch einen Mangel in der Versorgung oder nicht ausreichende Erfahrung kann das Kind in seiner Entwicklung beeinträchtigt oder massiv geschädigt werden. Beispielsweise können durch ungenügende oder falsche Ernährung, unzureichende Hygiene und mangelnde Förderung der Bewegung des Kindes Krankheiten oder Krankheitsanfälligkeiten auftreten. Durch fehlende sensumotorische Anregungen kann es zu Entwicklungsverzögerungen kommen. Weiterhin kommt es durch die zu geringe Ansprache und Beschäftigung mit den Kindern in vielen Fällen zu Sprachdefiziten. Nicht selten können solche Kinder bei der Einschulung noch nicht richtig sprechen, kennen die Farben nicht oder können Alltagsgegenstände nicht richtig bezeichnen. Da die Eltern in der Regel versuchen, ihre eigenen Bedürfnisse zu realisieren und der Situation durch die Weigerung der Verantwortungsübernahme zu entfliehen, könnte man die Vernachlässigung auch als „stille Gewalt“ bezeichnen (Müller-Schlotmann, 1997).

Vernachlässigung stellt sich dem Kind gegenüber in erster Linie als eine Ablehnung dar, gegen die das Kind ohnmächtig ist, da ja gerade der direkte Austausch oftmals nicht vorhanden ist oder das Kind ignoriert wird und somit keine Gelegenheit hat, sich gegen die Situation aufzulehnen. Dabei ist es nachrangig, ob das Kind körperlich vernachlässigt, unzureichend versorgt, keine Anregung oder keinen Bewegungsspielraum erhält, unzureichend gekleidet oder nicht beaufsichtigt wird. Im Vordergrund steht immer, dass die Bedürfnisse des Kindes

ignoriert oder nicht wahrgenommen werden. Die Ablehnung des Kindes ist somit kein Ausnahmezustand, sondern die permanente Wirklichkeit für das Kind. Daher haben gerade Kinder aus vernachlässigenden Familien oft keine enge Bindung an ihre Eltern und sind auch im sozialen Umgang mit anderen eher gehemmt (Kötter, 1997).

Zu den Eigenschaften, die vernachlässigende Eltern klassifizieren, gehören nach Christ (1994) starke Abhängigkeitswünsche, allgemeine Hilflosigkeit im Umgang mit alltäglichen Problemen, Ohnmachtsgefühle, an der eigenen Situation etwas ändern zu können, sowie eine generelle Entscheidungsunfähigkeit in nahezu allen Bereichen. Die Familie hat typischerweise kaum Außenkontakte, wodurch wichtige Unterstützungssysteme wegfallen. Die klassische Vernachlässigungsfamilie ist durch die Beziehungslosigkeit der einzelnen Familienmitglieder zueinander gekennzeichnet. Die Eltern schwanken in der Paarbeziehung zwischen den beiden Polen Nähe und Distanz. Mal sind sie sehr eng und anklammernd und plötzlich wieder sehr distanziert, da ihnen die Nähe Angst macht und sie überfordert. Müller-Schlotmann (1997) zufolge ist die Arbeit mit vernachlässigenden Familien vor allem deshalb anspruchsvoll, da diese der festen Überzeugung sind, wert- und nutzlos zu sein und kaum eine Besserung der Situation erwarten. Die Eltern verhalten sich normalerweise absolut passiv und verlangen nach emotionaler Unterstützung und Bestätigung. Einerseits verhalten sie sich eher kindlich, empfinden aber gleichzeitig die Einmischung in ihren Kompetenzbereich als bedrohlich und reagieren daher sogar oftmals feindseitig auf Hilfsangebote von außen. Eine Änderung der Situation herbeizuführen ist daher für alle Beteiligten höchst herausfordernd und schwierig zu realisieren.

Vernachlässigte Kinder übernehmen die Hilflosigkeit und Isolation ihrer Eltern und fühlen sich nicht in der Lage, die Beziehung zu den Eltern zu beeinflussen. Auch spielen sie selten bis gar nicht mit gleichaltrigen Kindern und ziehen sich passiv in sich selbst zurück. Das Kind hat gelernt, dass es sich nicht auf andere Menschen verlassen kann. Besonders auffällig und erschreckend ist die emotionale Unterentwicklung der Kinder, die häufig weder Freude empfinden oder diese ausdrücken können. Sie können keine affektiven Bindungen eingehen oder aufrechterhalten. Die betroffenen Kinder übernehmen häufig die Ansichten der Eltern und betrachten sich selbst als unfähig und glauben an die Unveränderbarkeit der Situation. Wolff (1994) bezeichnet diesen Zustand auch als „Apathie-Nutzlosigkeits-Syndrom“. Daraus erwächst das Gefühl, den Erwartungen nicht gewachsen zu sein. Sie fühlen sich leicht überfordert und geben daher schnell auf. Häufig sind sie aggressiv gehemmt und reagieren mit Verstummen und Leistungsverweigerung. Andere Verhaltensstörungen betreffen beispielsweise das regelmäßige Einnässen von vernachlässigten Kindern, das häufig als regressiv geäußelter Wunsch, wieder klein und abhängig zu sein, interpretiert wird. Weiterhin spiegelt das Verhalten der Kinder Extrempositionen wieder zwischen auffallend distanzierterem oder

völlig distanzlosem Verhalten. Es ist absolut nicht an familiale Normen angepasst und ihm fehlt jeder Bezug, um Regeln und Normen wahrzunehmen und diese einzuordnen. Dies zeigt sich z.B. in sehr wechselhaft distanziertem Verhalten den Pflegeeltern gegenüber und plötzlich wieder absolut distanzlosem Verhalten gegenüber fremden Personen. Es kann nicht zwischen bedeutsamen und anderen Personen unterscheiden. So können diese Kinder auf der Straße andere Menschen ansprechen und mit diesen mitgehen wollen oder sich bei Besuchen von Freunden der Pflegeeltern auf den Schoß von kaum bekannten Personen setzen, was für alle Beteiligten, vor allem natürlich für die Pflegeeltern, höchst peinliche Situationen hervorrufen kann. Andererseits kommt es bei vernachlässigten Kindern sehr selten zu Loyalitätskonflikten den Ursprungseltern gegenüber, da menschliche Beziehungen generell von untergeordneter Rolle für diese Kinder sind. Weitere Probleme im Zusammenleben ergeben sich, da das Kind bei Unsicherheiten häufig nicht andere Familienmitglieder um Rat fragt, da es gelernt hat, dass Fragen nicht wahrgenommen werden und Antworten nicht ernst gemeint sind. Es glaubt nicht daran, dass das, was die Pflegeeltern sagen, wirklich Konsequenzen hat und nimmt viele Dinge daher gar nicht zur Kenntnis. Auch kommt es gehäuft zu Problemen bei der Reinhaltung von Wohnräumen, vor allem natürlich dem Kinderzimmer, und zu einer mangelhaften Körperhygiene, da das Kind kaum über entsprechende Erfahrung in diesen Bereichen verfügt (Müller-Schlotmann, 1997).

Die Gruppe der vernachlässigten Kinder ist Dornes (2005) zufolge zugleich die Subgruppe, die am stärksten von den Misshandlungsfolgen betroffen ist, da diese Kinder die meisten negativen und die wenigsten positiven Affekte in der sozialen Interaktion zeigen, über die geringsten Impulskontrollwerte verfügen und die niedrigsten Testergebnisse in IQ-Tests vorweisen. Diese Ergebnisse sind insofern alarmierend, da, wie bereits oben erörtert, Vernachlässigung die wahrscheinlich häufigste Form der Kindesmisshandlung darstellt (Engfer, 2000).

#### **2.4.4.2 Misshandlung**

Kindesmisshandlungen werden in der Öffentlichkeit breit diskutiert, dabei finden sie fast ausschließlich in der Abgeschlossenheit der Familie statt. Die Hemmschwelle, das Kind in aller Öffentlichkeit zu schlagen, ist in vielen Fällen zu groß. Dabei ist die Gewalt in der Familie fließend und bewegt sich zwischen den Polen der Gewaltlosigkeit bis hin zur lebensbedrohlichen Gewalt. In Deutschland liegt die Prävalenz körperlicher Misshandlungen zwischen 10 bis 15% (Wetzels, 1997). Bei klinischen Populationen erhöht sich die Rate aus der Allgemeinbevölkerung jedoch um das Drei- bis Sechsfache (Egle, Hoffmann & Joraschky, 2004). Dornes (2005) unterteilt den Missbrauch in die physische Misshandlung, definiert als häufige, nachhaltige und schwere körperlich Bestrafung mit dem Risiko der dauerhaften physischen

Verletzung und die emotionale Misshandlung, wie beispielsweise das ständige destruktive Kritisieren des Kindes, Drohungen, stundenlanges Einsperren oder Verächtlich machen und/oder demütigen. Die Demütigungen können dabei verschiedenste Formen annehmen, z.B. Hinknienlassen vor die Eltern oder der Zwang das Erbrochene wieder aufzuessen. Müller-Schlotmann (1997) sieht demzufolge in der Kindesmisshandlung vor allem eine extreme Form eines autoritären Erziehungsstils, der ihm zufolge in unserer Gesellschaft weit verbreitet ist.

Die Misshandlung setzt in den meisten Fällen sehr früh ein und bereits Säuglinge werden dadurch massiv geschädigt. Dornes (2005) greift die verbreitete These auf, dass schwierige Säuglinge bevorzugt Opfer von Misshandlungen werden, da die Eltern durch das Schreien der Kinder überfordert sind. Er zitiert Studien, die sich mit dem Interaktionsverhalten von drei Monate alten Säuglingen beschäftigen. Diese Kinder waren in ihrem Verhalten noch unauffällig und zeigten erst im weiteren Misshandlungsverlauf Verhaltensauffälligkeiten. Daher sind auch bereits im Säuglings- und Kleinkindalter viele Verhaltensstörungen eher die Folge als die Ursache der Misshandlungen. Zudem steigen in strukturell krisenhaften Entwicklungsphasen, wie dem Trotzalter, dem Schuleintritt oder der Pubertät die Misshandlungszahlen an. Jacobi (2005) geht davon aus, dass von seltenen Ausnahmen abgesehen Kindesmisshandlungen Wiederholungstaten sind. Daher ist für ihn die Vorstellung, dass man durch Erziehungshilfe, eine fürsorgliche oder psychotherapeutische Betreuung einer Misshandlungsfamilie das Problem löst, reines „Wunschdenken“. Je jünger das Kind ist, das misshandelt wird, umso schwerer sind im Durchschnitt auch seine bleibenden Schäden in Form von Hirnverletzungen oder Einbußen seines Sehvermögens (aufgrund von Schüttelattacken). Daher bleibt ihm zufolge nicht viel Zeit, um im Interesse des Kindes zu handeln und dieses vor weiteren Übergriffen zu schützen.

Jacobi (2005) untersuchte eine Stichprobe von Kindern, die von ihren Eltern chronisch misshandelt worden waren und erstellte eine Art Täterprofil der Eltern. Die misshandelnden Eltern gibt es ihm zufolge in jeder Altersstufe, allerdings waren vor allem Frauen unter 20 Jahre und Männer über 40 Jahre besonders brutal zu ihren Kindern. Weiterhin fand er heraus, dass Mütter ihre Kinder fast doppelt so häufig im Vergleich zu Vätern misshandelten. Auch bei der Schulbildung der Eltern kamen Misshandlungen bei nahezu jedem Ausbildungsabschluss vor, gehäuft jedoch im Sonderschüler- oder Hauptschulabschlussbereich, sowie bei Personen ohne einen Schulabschluss. Aufschlussreicher war der Faktor der sozialen Stellung der Familie. Bei Arbeitslosigkeit oder Sozialhilfebezug sowie dem Status eines ungelernten Arbeiters oder häufig wechselnden Stellen kam es überdurchschnittlich oft zu Misshandlungen der Kinder. Allerdings war auch hier ein höherer Status kein Garant, dass in der Familie keine Misshandlungen auftraten. Weitere belastende Faktoren, die eine Kindesmisshandlung

begünstigten, waren schwere somatische oder psychische Erkrankungen der Eltern. Alkohol spielte insofern eine Rolle, als häufig dadurch ein familiäres Szenario der Unbeherrschtheit geschaffen wurde. Seltener wurden durch Trunkenheit einzelne Misshandlungsakte aktiv herbeigeführt. Bei Drogenmissbrauch war vor allem die Entzugsphase die gefährlichste Periode für die Kinder. Vorstrafen aufgrund von Gewaltdelikten, nicht aber aus anderen Gründen wie beispielsweise Diebstahl, Hehlerei oder Betrug, erhöhten die Misshandlungsrate. Vor allem Personen, die als Kind selbst misshandelt wurden und in Folge dessen eine aggressiv-infantile Persönlichkeit entwickelten, gehörten häufig zu den Misshandlern.

Die Auslöser liegen oftmals in der Wut über die Nicht-Berücksichtigung der eigenen Bedürfnisse und in plötzlich auftretenden Belastungssituationen. Wenn sich die Eltern hoffnungslos überfordert fühlen und nicht mehr weiter wissen, drohen, brüllen, schlagen und terrorisieren sie ihre Kinder (Müller-Schlotmann, 1997). Als Stressoren werden die Belastung der elterlichen Beziehungen, struktureller Stress, zu dem die Wohnverhältnisse, die Anzahl der Kinder, Arbeitslosigkeit oder soziale Isolation gehören, genannt. Hinzu kommen dann noch die Belastungen und Enttäuschungen durch das Kind, als unerwünschtes oder als Problemkind. Die Untersuchungsergebnisse von Stöhr (1990) stützen diese Vermutungen, da in dieser Studie eine geringere Anzahl von Belastungen zu seltenerer Misshandlung der Kinder führte.

Misshandelnde Eltern sind dabei häufig dem Kind gegenüber ambivalent. Sie schwanken zwischen Liebe und Hass, zwischen Annahme und Ablehnung des Kindes. Das Kind wird geliebt und im nächsten Moment schlägt die Liebe wieder in Hass um. Im Nachhinein tut es misshandelnden Eltern nicht selten leid, wenn sie ihr Kind verletzt haben. Doch durch eine mangelnde Frustrationstoleranz und niedrige Impulskontrolle der Eltern wird die Misshandlungsdynamik in der Regel dauerhaft aufrechterhalten. Weiterhin fasst Dornes (2005) zusammen, dass Eltern, die ihre Kinder misshandeln, diese insgesamt negativer bewerten. Sie sehen das kindliche Problemverhalten als durch schlechte Charaktereigenschaften bedingt und sind der festen Überzeugung, dass das Problemverhalten absichtlich gegen sie gerichtet ist.

Müller-Schlotmann (1997) beschreibt die Dynamik folgendermaßen. Dem Kind fällt es schwer, das Wechselbad zwischen Ablehnung und Annahme durch die Ursprungseltern zu verstehen und es ist in höchstem Maße in Beziehungsfragen verunsichert. Während es bei der Vernachlässigung zu einer chronischen Ablehnung der kindlichen Bedürfnisse kommt, erfährt das misshandelte Kind die Ablehnung immer nur zeitweise. Es baut eine hochambivalente Bindung zu seinen Eltern auf. Bei der Unterbringung misshandelter Kinder geht es daher nicht um die Ablösung einer unbefriedigenden Beziehung durch eine emotional befriedigende, da die Verhältnisse vielschichtiger und komplexer sind. Diese Kinder sind häufig nicht dankbar, weil sie aus ihrer misshandelnden Ursprungsfamilie geholt wurden. Interessant ist

die schnelle Anpassungsfähigkeit der Kinder an die neue Familie und die Normalität zwischen Nähe und Distanz. Gerade in der Eingewöhnungsphase sind die Kinder höflich, interessiert und beteiligen sich am gemeinsamen Leben in der Pflegefamilie. Nach einer ruhigen Anfangsphase, in der in den meisten Fällen der Kontakt zu den leiblichen Eltern abgelehnt wird, folgt in der Regel die Auseinandersetzungsphase mit den früheren Eltern-Kind-Beziehungen. Es kommt zu aggressiven Auseinandersetzungen in der Pflegefamilie und die Verhaltensweisen der Pflegeeltern werden kritisiert. Dem misshandelten Kind fällt es schwer eine doppelte Elternschaft zu akzeptieren, da dies Ängste in ihm auslöst. Es interpretiert den Wunsch nach neuen Eltern als Ablehnung der leiblichen Eltern. Dies wiederum ruft die ambivalenten Gefühle zu den Ursprungseltern hervor. Das Kind wünscht sich eine ähnliche Beziehung zu seinen Herkunftseltern, wie es sie mit den Pflegeeltern erlebt und sucht die Schuld an der Trennung vor allem im eigenen Verhalten. Im Rückblick sieht das Kind die Möglichkeiten der Veränderung verzerrt und idealisiert in vielen Fällen seine Eltern.

Äußerliche Kennzeichen des chronisch misshandelten Kindes sind vielfache Hämatome, Schwellungen und Narben (Jacobi, 2005). Die Hämatome sind meist unterschiedlich groß, verschiedenen Alters und an völlig unterschiedlichen Stellen des Körpers gelegen. Von den chronisch misshandelten Kindern in Jacobis Stichprobe hatte die Hälfte über zehn Hämatome und einige Kinder wiesen sogar weit über 100 Hautblutungen auf. Schädelfrakturen hatten 20% der Kinder, periphere Frakturen ca. 30% und 8% hatten Rippenfrakturen. Dabei weist der Autor ausdrücklich darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit einer unfallbedingten Rippenfraktur eines Kleinkindes gegen 1% tendiert und dass vor allem Trümmer- und Sternfrakturen ein deutliches Indiz für eine kindliche Misshandlung sind. Die mentalen Folgen der körperlichen Misshandlungen waren gravierend. Die Sprachentwicklung der Kinder war massiv retardiert, viele Kinder hatten Verhaltensstörungen und waren aggressiv, ängstlich, stumm, litten unter Konzentrationsstörungen, Kopfweh, Distanzlosigkeit und zeigten vor allem in der Schule weitreichendes Problemverhalten. Weiterhin konnten viele Kinder die Nahrung nicht behalten und hatten Probleme mit Enuresis und/oder Enkopresis. Besonders eindrucksvoll war der Fall eines Kasper-Hauser-Syndroms in der Stichprobe der vorliegenden Arbeit. Der Junge wurde mit drei Jahren aus seiner Herkunftsfamilie herausgenommen und benahm sich wie ein Hund. Er hechelte beispielsweise und brachte seinen Pflegeeltern abends den Schlafanzug im Mund, hingegen konnte er kaum ein menschliches Wort sprechen, da er von seinen Eltern emotional und sprachlich komplett vernachlässigt war und mit den Hunden und Katzen der Familie in ein dunkles Zimmer gesperrt worden war.

Die Auswirkungen der Misshandlung zeigen sich somit deutlich in Verhaltensstörungen, in aggressivem oder autoaggressivem Verhalten, Störungen der Lern- und Kontaktfähigkeit, in psychosomatischen Störungen wie Angstträumen oder motorischer Unruhe, sowie in einer

misstrauischen Wachsamkeit gegenüber erneuten Angriffen. Von den Eltern übernehmen die Kinder oft die Impulsivität und mangelnde Frustrationstoleranz, so dass sie ohne jede Orientierung an den Konsequenzen und ohne jede Überlegung ihren Gefühlen und Gewaltphantasien freien Lauf lassen. Weitere Folgen der Kindesmisshandlung liegen vor allem in besonders aggressivem und feindseligem Verhalten, das gerade im Kindergarten und der Vorschule gehäuft auftritt und die Kinder vor eine Reihe von Problemen stellt. (Dornes, 2005). Misshandelte Kinder haben ein gestörtes Verhalten im Umgang mit Gleichaltrigen und sind daher auch bei ihren Kameraden unbeliebter. Sie sind normalerweise weniger einfühlsam und reagieren auf den Kummer der anderen mit Aggression statt mit Empathie. Die sozialen Beziehungen sind dadurch außerordentlich beeinträchtigt. Im Jugendalter fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen Kindesmisshandlung und späterer Gewaltdelinquenz. Weiterhin weisen misshandelte Kinder erhebliche Defizite in praktisch allen Entwicklungsbereichen auf. Sie sind oft hypermotorisch, in ihrem Neugier- und Explorationsverhalten eingeschränkt, können sich nicht konzentrieren, sind infolgedessen unaufmerksam und geben schnell auf. Sie begegnen neuen Bekanntschaften eher misstrauisch, daher fällt es ihnen schwerer, andere um Hilfe zu bitten. Insgesamt sind misshandelte Kinder in der Regel weniger intelligent, sprachlich gehandikapt und folglich auch schlechter in der Schule. Außerdem sind sie ängstlicher, depressiver, zeigen mehr Verhaltensauffälligkeiten und häufig auch Anzeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Cicchetti, Toth & Maughan, 2000; Scheeringa & Gaensbauer, 2000). Misshandelte Kinder haben ein größeres Risiko, sowohl für internalisierende, als auch externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, wobei die internalisierenden Probleme (somatische Beschwerden, depressive Verhaltensweisen, Angstsymptome, Suizidgedanken) häufiger bei Mädchen auftreten und die externalisierenden Probleme (Aggression, Delinquenz, antisoziales Verhalten) zumeist bei Jungen vorkommen (Bolger & Patterson, 2003). Auch Fergusson & Horwood (2001) fanden ein erhöhtes Risiko für externalisierende und internalisierende Störungen infolge regelmäßiger körperlicher Strafen. Insgesamt ist die Vulnerabilität durch frühe Stressfaktoren für einige psychische und psychosomatische Erkrankungen, wie beispielsweise depressive und Angsterkrankungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Suchterkrankungen, sowie eine Reihe von Persönlichkeitsstörungen bereits gut belegt (Übersicht bei Egle et al., 2004).

Aus der allgemeinen Protektionsforschung ist bekannt, dass mindestens eine gute Beziehung in der Vergangenheit und Gegenwart vorhanden sein muss, um die negativsten Auswirkungen ungünstiger Lebensumstände zu relativieren (Dornes, 2005). Um die schlimmsten Folgen der Kindesmisshandlung abzumildern, sollten daher, gerade bei bekannter Misshandlungsvorgeschichte des Kindes, möglichst frühzeitig langfristig stabile Pflegeelternbeziehungen aufgebaut werden.

#### 2.4.4.3 Sexueller Missbrauch

Sexueller Missbrauch wird in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003) als eine Handlung mit Körperkontakt sowie das Vorzeigen von pornographischem Material bzw. dessen Herstellung beschrieben. In der Definition von Kempe und Kempe (1980) wird der sexuelle Missbrauch darüber hinaus als die Inanspruchnahme von abhängigen, entwicklungsmäßig unreifen Kindern und Adoleszenten für sexuelle Handlungen, die sie nicht gänzlich verstehen, in die einzuwilligen sie in dem Sinne außerstande sind, beschrieben. Die Kinder besitzen demnach nicht die Fähigkeit den Umfang und die Bedeutung der Einwilligung zu erkennen und die Folgen der Handlungen abzuschätzen. Weiterhin fehlt ihnen noch das Wissen über die sozialen Tabus und die typische Aufteilung der Familienrollen. Enders (1998) geht noch weiter und betont, dass sexueller Missbrauch alles ist, was einem Kind vermittelt, dass es als Mensch nicht interessant und wichtig ist, sondern dass Erwachsene frei über sie/ihn als Objekt verfügen können:

*„Die Reduzierung auf den Status eines Sexualobjektes und die momentane Ohnmachtserfahrung des Opfers sind die zentralen Kriterien des sexuellen Missbrauchs, keinesfalls die vom Erwachsenenstandpunkt aus vorgenommene Feststellung eines objektiven Tatbestandes und möglicher Folgen.“ (Enders, 1998, S. 21)*

Der Täter nutzt beim Missbrauch zumeist seine Macht und Autorität, die im Widerspruch zur emotionalen Abhängigkeit des Kindes steht, um seine eigenen Bedürfnisse nach Zuneigung, Macht und Nähe in Form von sexuellen Handlungen zu befriedigen (Glöer & Schmiedeskamp-Böhler, 1990). Sexueller Missbrauch ist in seiner Ausprägung und Form dabei von Familie zu Familie sehr unterschiedlich. Nicht alle inzestuös missbrauchten Kinder werden mit körperlicher Gewalt zu sexuellen Handlungen gezwungen. Die dahinterliegende Dynamik verläuft weitaus subtiler. Die sexuelle Ausbeutung entwickelt sich meist langsam und ist vielfach mit der Übertragung einer Mitschuld auf die Kinder verbunden. Anfängliche „zufällige“ Berührungen werden vom Erwachsenen als lieb gemeint dargestellt und es folgt der Versuch einer spielerischen Gegenseitigkeit. Dem Kind wird durch Behauptungen, dass z.B. alle Väter dies mit ihren Kindern tun würden, die Normalität vorgespielt und durch Fragen, ob es dem Kind Spaß mache, wird diesem schon frühzeitig eine Mitverantwortung übertragen. Das Kind kann die fremden Handlungen nicht einordnen und genießt unter Umständen die zusätzliche Aufmerksamkeit. Später wird mit den Hinweisen, dass es sich nicht gewehrt habe, dem Kind unterstellt, es habe den sexuellen Missbrauch gewollt.

Familien mit Inzestvorfällen sind normalerweise so genannte Multi-Problem-Familien, in denen man zusätzlich noch körperliche Misshandlung, Vernachlässigung, Alkohol- oder Tablet-

tenabhängigkeit der Eltern, sowie Parentifizierung vorfindet (Draijer, 1990). Es scheint eine Unterteilung in sexuellen Missbrauch durch Verführung und durch Gewalt zu geben. Die Verführung findet man häufiger bei vernachlässigenden Familien, in denen das Kind nur Ablehnung durch seine Eltern erlebt und der sexuelle Kontakt die einzige Möglichkeit darstellt, Zärtlichkeit und Intimität zu erfahren. Bei einem eher gewalttätigen aggressiv-dominanten Missbraucher übernimmt das Kind manchmal eine Schutzfunktion gegenüber der Mutter. Ihr kommt im Rahmen des sexuellen Missbrauchs oft eine zentrale Rolle zu. Das Kind erwartet von der Mutter einerseits Hilfe und Unterstützung, andererseits schützt das Kind die Mutter aber auch dadurch, dass es ihr den Missbrauch nicht direkt mitteilt.

Üblicherweise wird den Kindern ein Redeverbot erteilt. Anfänglich kann dies noch über die Floskeln „Das bleibt aber unserer Geheimnis“ stattfinden, später wird den Kindern zum Teil massiv gedroht. Dem Kind wird beispielsweise eingeredet, dass niemand ihm glauben wird, dass es die Familie zerstört, wenn es über den Missbrauch spricht oder dass es ins Heim muss. Ihm wird somit die Verantwortung für den Erhalt der Familie, aber auch für das Befinden und Wohlergehen der Mutter auferlegt. Wenn das Kind nicht schweigt, wird mit dem Tod oder einer schlimmen Krankheit der Mutter Angst verbreitet. Das Kind kann sich daher niemandem anvertrauen, aus Angst vor den fatalen Folgen des Schweigebruchs. Die meisten Opfer sexuellen Missbrauchs leiden weit weniger an den möglicherweise vorhandenen körperlichen Verletzungen, als vielmehr an den psychischen Folgen des Vertrauensbruchs, unter dem Redeverbot, sowie an der eigenen emotionalen Verwirrung und den massiven Schuldgefühlen (Bauernfeind & Schäfer, 1992).

Die Folgen des sexuellen Missbrauchs sind nach Müller-Schlotmann (1997) sehr weit gefächert. Es kann zu psychosomatischen Erkrankungen, zu Selbst- und Fremdaggression, zu Schlaf- und Sprachstörungen kommen. Enuresis, Ängste und ein zwanghaftes oder sexualisiertes Verhalten finden sich vor allem in der Anfangszeit eines neubegonnenen Pflegeverhältnisses. Die Wahrnehmung seiner eigenen Gefühle und Bedürfnisse ist häufig blockiert, so dass sich das Kind schlecht von den Anforderungen und Bedürfnissen anderer abgrenzen kann. Das missbrauchte Kind fühlt sich schuldig für den sexuellen Missbrauch und deutet sein Verhalten als Auslöser für die vorgefallenen Ereignisse. Das Kind kann oftmals nicht erkennen und verstehen, dass es sich entwicklungsbedingt gar nicht gegen den Missbrauch zur Wehr setzen konnte. Die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung zu entwickeln ist für sexuell missbrauchte Kinder zwölf mal höher als in der Allgemeinbevölkerung, die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuches ist um das fünffache erhöht (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996). Als weitere Auffälligkeit sexuell missbrauchter Kinder findet man häufig die Strategie sich Öffentlichkeit zu schaffen, in dem beispielsweise Türen und Fenster weit geöffnet werden oder so oft wie möglich versucht wird das Haus zu verlassen. Die Kinder ha-

ben mitunter große Angst vor Situationen, in denen sie mit erwachsenen Personen allein in einem Raum sind.

Die Ergebnisse belegen die schwerwiegenden Folgen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Besonders fatal ist, dass nur etwa die Hälfte der Pflegeeltern vor Beginn des Pflegeverhältnisses über den sexuellen Missbrauch informiert waren (Henry, Cossett, Auletta & Egan, 1991). Aufgrund der Desinformation kann es aber zu weiteren sexuellen Übergriffen des Pflegekindes auf jüngere Pflegegeschwister kommen.

#### **2.4.5 Intergenerationelle Transmission**

Studien, die sich mit den Eltern von vernachlässigten, misshandelten oder zur eigenen Bedürfnisbefriedigung missbrauchten Kindern beschäftigen, finden regelmäßig „das Elend der Wiederholung“ (Nienstedt & Westermann, 1999). Daher stellt sich die Frage, ob traumatisierende Eltern selbst traumatisierte Kinder sind. Die These der intergenerationellen Transmission hat heute weite Verbreitung gefunden. Erste Ansätze finden sich bereits bei Freud (1920), der die Theorie des Wiederholungszwanges aufgestellt hat. Diese Theorie besagt, vereinfacht formuliert, dass traumatische Erfahrungen, die in der Kindheit passiv erlitten wurden, später aktiv wiederholt werden. Auch spätere psychoanalytisch orientierte Studien weisen nach, dass Erwachsene „ohne Ausnahme“ im selben Stil erzogen wurden, in dem sie später ihre Kinder behandeln (Steele & Pollock, 1968). Später formuliert Steele (1983) etwas vorsichtiger, dass Eltern, die ihre Kinder misshandeln „mit wenigen Ausnahmen“ selbst misshandelt oder vernachlässigt wurden. Auch Bowlby als Gründungsvater der Bindungstheorie meint, dass tyrannisierende Erwachsene die tyrannisierten Kinder von gestern seien (1977). Die zugrundeliegende Annahme ist, dass die Erfahrung, als Kind nicht verlässlich versorgt und beschützt zu werden, die Fähigkeit für ein Kind sorgen zu können zerstört oder zumindest nachhaltig beeinflusst. Eltern, die selbst nie Verständnis, Hilfe und Schutz gefunden haben, sind häufig nicht feinfühlig im Umgang mit ihren Kindern und ihnen fehlt oftmals die Möglichkeit zur Einnahme der Opferperspektive.

Herkunftseltern wollen ihren Kindern in der Regel gute Eltern sein, was ihnen aber aus den genannten Gründen oft nicht gelingt (Faltermeier, 2001; Faltermeier et al., 2003). Leibliche Eltern, die das Kind durch chronische Vernachlässigung oder durch Misshandlung im Säuglings- und Kleinkindalter traumatisiert haben, weisen einigen Autoren zufolge häufig selbst unverarbeitete traumatische Kindheitserfahrungen ähnlicher Qualität auf (z.B. Hardenberg, 2006). Durch die in der frühen Kindheit erlittenen Deprivationserfahrungen verfügen sie über keine verlässliche Bindungsrepräsentation. Diese schmerzhaften biographischen Erfahrungen setzen sich dann im Erwachsenenalter zumeist fort und bewirken ein unsicheres Bindungsverhalten zwischen den Eltern und ihren Kindern (Unzer, 2004). Auch Bender und Lö-

sel (2000) gehen von einem erhöhten Risiko für spätere Misshandlungen eigener Kinder, bei einer frühen Viktimisierung durch die Eltern, aus. Als Begründung führen sie an, dass eigene Erfahrungen von Misshandlungen und Missbrauch in der Kindheit zu einem uneinfühlsamen und feindseligen Verhalten beitragen. Aggressive Eltern reagieren demnach auf kindliches Schreien und Weinen nicht einfühlsam, sondern entweder mit gleichgültigen Affekten oder mit hoher Erregung und feindseligem Verhalten. Daraus erwächst die Gefahr, dass sich Misshandlungen über die Generationen hinweg fortsetzen und tradieren und innerhalb des Familiengefüges als Normalität betrachtet werden. Dies bedeutet im Umkehrschluss jedoch nicht, dass alle Eltern mit traumatischen Erfahrungen diese in der erfahrenen Form zwangsläufig an ihre Kinder weitergeben.

Das Hauptproblem bei der Ergründung des Zusammenhangs von weitergegebenen Misshandlungen ist, dass die meisten Studien retrospektive Designs verwenden. In diesen werden Eltern, die wegen Kindesmisshandlung auffällig geworden sind, befragt, ob sie als Kind selbst misshandelt wurden. Diese Art der Erhebung führt, abgesehen vom Problem der Zuverlässigkeit retrospektiver Erinnerungen (Dornes, 2000), häufig zu sehr viel höheren Transmissionsraten, als andere, beispielsweise prospektive Untersuchungsmethoden.

Exemplarisch soll der Unterschied an der Studie von Hunter und Kilstrom (1979) dargestellt werden. Sie befragten in halboffenen Interviews 255 Eltern von Frühgeborenen nach ihren Kindheitserfahrungen. Bei 49 von ihnen konnte relativ zuverlässig diagnostiziert werden, dass mindestens ein Elternteil in seiner Kindheit misshandelt oder vernachlässigt worden war. Die erste Nachuntersuchung nach einem Jahr ergab, dass zehn der 255 Eltern im Laufe des ersten Jahres ihr Kind misshandelt hatten. Davon waren neun Eltern in der Gruppe der als Kind selbst misshandelten. Eine rein retrospektive Betrachtungsweise ergibt somit zehn Misshandlungsfälle, von denen neun als Kind selbst misshandelt wurden – eine Transmissionsrate von 90%. Prospektiv betrachtet haben von den 49 misshandelten Eltern, nur neun (18%) die Misshandlung an ihr Kind weitergegeben, während die anderen 40 die Transmission erfolgreich unterbrechen konnten. Die Problematik retrospektiver Betrachtungsweisen liegt daher vor allem darin begründet, dass sie per Design die Fälle nicht erfassen können, die die Misshandlungserfahrungen nicht wiederholen, da diese Fälle nirgendwo auftauchen.

Ein weiteres methodisches Problem bei der Erhebung der Weitergabe von Misshandlungsraten ist der „Flase-Memory-Effect“ (z.B. Schacter, 2001). Erwachsene könnten sich demnach nicht an die zurückliegenden Misshandlungen erinnern oder bagatellisieren diese. Misshandeln solche Eltern dann ihre Kinder, besteht die Gefahr, sie als nicht misshandelt, aber misshandelnd zu klassifizieren, wodurch die intergenerationelle Transmissionsrate fälschlicherweise gesenkt wird.

Eine Meta-Analyse von Oliver (1993) kommt zu dem Ergebnis, dass etwa ein Drittel der Misshandlungsoffer die Misshandlungen an die Kinder weitergibt, bei einem weiteren Drittel das Risiko dazu besteht, falls die Lebensumstände schwierig sind oder werden und dass ein letztes Drittel sich erfolgreich vom Wiederholungszwang befreit hat. Weiter fand Dornes (2005) heraus, dass es keine Transmission spezifischer Misshandlungsmuster zu geben scheint, sondern eher das Misshandlungsthema an sich weitergegeben wird, d.h. physisch misshandelte Erwachsene misshandeln nicht bevorzugt wieder physisch, sondern mit etwa gleicher Häufigkeit emotional.

Es gibt also keinen Zirkel der Gewalt, der misshandelte Kinder unausweichlich dazu verurteilt, später selbst die eigenen Kinder zu misshandeln. Viele der im Kindesalter misshandelten und vernachlässigten Menschen quälen ihre Kinder nicht und werden auch nicht straffällig. Es gibt im Gegenteil sehr viele Menschen, die eine fürchterliche Kindheit hatten und die seelisch trotzdem nicht daran zerbrochen sind. Eine schreckliche Kindheit muss einen Menschen nicht für sein ganzes Leben schädigen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass es verschiedene Formen von traumatischen Erfahrungen geben kann, die Kinder unter Umständen erleiden müssen. Oftmals werden allerdings Aspekte oder gar die erlebten traumatischen Erfahrungen an sich von den leiblichen Eltern, aber auch von den Pflegeeltern aus unterschiedlichen Motiven heraus geleugnet (Hardenberg, 2006). Auch Nienstedt und Westermann (1998) gehen davon aus, dass sich in der Gruppe der fremdplatzierten Kinder Misshandlungserfahrungen und schwere Traumatisierungen häufen, auch wenn diese immer wieder verleugnet oder bagatellisiert werden und in den offiziellen Angaben über die Fremdplatzierungsgründe nur unzureichend genannt sind. Wird jedoch die kindliche Realität nicht oder nicht angemessen wahrgenommen, so ist es schwierig, dem Kind gerecht zu werden und ihm adäquat zu helfen. Um das Kind bei der Verarbeitung des Erlebten zu unterstützen, müssen die Pflegeeltern versuchen, sich vorzustellen, was die kindlichen Traumatisierungen im jeweiligen Alter des Kindes bedeuten. Da Säuglinge und Kleinkinder von ihren Eltern in höchstem Maße abhängig sind, können durch die Bezugsperson verursachte traumatische Erfahrungen zu existenziell erlebten Bedrohungen des Kindes führen. Die Folgen sind gravierend und haben zum Teil lebenslange Auswirkungen. Eine der häufigsten Erkrankungen nach schwerer Misshandlung oder Vernachlässigung ist die Posttraumatische Belastungsstörung, deren Symptome, Verlauf und Häufigkeit bei Pflegekindern im folgenden Kapitel ausführlich dargestellt werden soll.

### 3. Die Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist gekennzeichnet durch ein typisches Muster psychischer und physiologischer Symptome, die infolge traumatischer Erlebnisse, wie zum Beispiel schweren Unfällen, Kriegen, Naturkatastrophen oder anderen Gewalterfahrungen, auftreten. In diesem Kapitel wird das Störungsbild der PTBS ausführlich beschrieben. Nach einem kurzen historischen Überblick über die Entwicklung der Diagnose PTBS wird die Definition und Klassifikation sowohl allgemein für Erwachsene als auch speziell für Kinder dargestellt. Weiterhin wird auf die subsyndromale PTBS eingegangen und die Vorteile dieser alternativen Diagnosemöglichkeit herausgearbeitet. Differentialdiagnosen zur PTBS werden abschließend nur der Vollständigkeit halber erwähnt, um den Leser für verwandte Konstrukte zu sensibilisieren und die Abgrenzungen zur PTBS deutlich hervorzuheben.

#### 3.1 Historischer Überblick

Die ersten Beschreibungen der psychischen Auswirkungen traumatischer Ereignisse fanden sich bereits vor mehreren Jahrhunderten. Es gibt vereinzelt Aufzeichnungen über Menschen, die nach schweren Unfällen, Katastrophen oder Kriegserlebnissen psychische und physische Symptome entwickelten, die wir heute zur Posttraumatischen Belastungsstörung zählen. Saigh gibt einen guten Überblick über die ersten dokumentierten Symptome bis zur heutigen Klassifikation (Saigh, 1995). So zitiert er beispielsweise aus dem Tagebuch von Samuel Pepys, der, sechs Monate, nachdem er Zeuge des Londoner Großbrandes im Jahr 1666 wurde, schrieb:

*„Wie merkwürdig, dass ich bis zum heutigen Tag keine Nacht schlafen kann, ohne von großer Angst vor dem Feuer erfasst zu werden; und in dieser Nacht lag ich bis fast zwei Uhr morgens wach, weil mich die Gedanken an das Feuer nicht losließen.“* (zit. nach Saigh, 1995, S. 11).

In dieser Schilderung tauchen einige der für die PTBS typischen Symptome, wie z.B. die Schlafstörungen und das ungewollte Wiedererleben von bestimmten Aspekten des Traumas, auf.

Im 19. Jahrhundert wurde noch von einer psychovegetativen Ursache des Krankheitsbildes ausgegangen. Soldaten aus dem amerikanischen Bürgerkrieg, die entsprechende Reaktionen zeigten, erhielten die Diagnosen „irritable heart“ oder „effort syndrome“ (Da Costa, 1871).

Aufschwung erhielt die Traumaforschung vor allem in Kriegszeiten, in denen die Kliniker mit Tausenden von Kriegsopfern und deren Leiden konfrontiert wurden. Soldaten, die im Ersten

Weltkrieg in den Schützengräben kämpften, zeigten sehr ähnliche Symptome wie zuvor bereits die Soldaten aus dem amerikanischen Bürgerkrieg. Die Symptome waren zum Teil sehr drastisch. Viele konnten sich an nichts mehr erinnern, waren unfähig Gefühle zu erleben, schrien oder weinten, erstarrten oder wurden stumm. Zunächst wurde diese Symptomatik auf die Druckwellen zurückgeführt, die durch die Granatenexplosionen entstanden. Der britische Psychologe Myers (1940) nannte die Störung „Granatenkonkussion“ (shell concussion) und ging davon aus, dass sie neurologische Ursachen hatte. Er grenzte die Granatenkonkussion vom Granatenschock (shell shock) ab, der seiner Meinung nach eine psychisch verursachte Störung war. Bereits damals ging er davon aus, dass der Auslöser für diese Erkrankung eine extreme Belastung sein müsse. Diese Unterscheidung in Granatenkonkussion und Granatenschock wurde jedoch durch die Erkenntnis aufgegeben, dass es kaum Unterschiede in der Symptomatik zwischen Soldaten gab, die physische oder psychische Traumata erlebt hatten. Mit dem Ende des Krieges ebte auch das Forschungsinteresse an der Krankheit wieder ab.

Mit Beginn des Zweiten Weltkrieges wurde die Forschungstätigkeit wieder verstärkt aufgenommen. Die zurückgekehrten Soldaten litten unter ähnlichen Symptomen wie die Soldaten aus dem Ersten Weltkrieg. Wieder traten Gedächtnisstörungen, Unruhe, Aggression, Konzentrationsstörungen, Albträume und Depressionen auf. Im Ersten Weltkrieg wurde hauptsächlich ein „schwächerer Charakter“ für diese Symptomatik verantwortlich gemacht. Dieser Grund schien, bedingt durch die Erfahrungen von nunmehr zwei Weltkriegen, nicht mehr plausibel, um die vielen Betroffenen auch nur annähernd zu erklären. Es breitete sich die Erkenntnis aus, dass jeder Soldat zusammenbrechen konnte und dass die kriegsbedingten Symptome eher in Relation zur Heftigkeit der Kämpfe, als in Relation zum Charakter des Soldaten standen (Grinkler & Spiegel, 1945). Aber nicht nur bei den viel zitierten Soldaten bestand die Möglichkeit, eine posttraumatische Symptomatik zu entwickeln. Auch die Überlebenden der Konzentrationslager zeigten ähnliche psychische Auffälligkeiten (Eitinger, 1962).

Obwohl sich die Forschung schwerpunktmäßig mit der Untersuchung von Soldaten und Überlebenden aus den Konzentrationslagern beschäftigte, gibt es auch vereinzelte Studien, die die Auswirkungen von Kriegserlebnissen bei Kindern untersucht haben. So wurden beispielsweise britische Schulkinder im Alter von fünf bis 14 Jahren bezüglich ihrer Kriegserlebnisse und deren Folgen untersucht (Bodman, 1941). Bei ca. 8% der Kinder zeigten sich psychische Symptome, wie beispielsweise Albträume, kriegsbezogene Ängste, Vermeidungsverhalten, aggressives Verhalten sowie körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit kriegsbezogenen Reizen. Carey-Trefzer (1949) untersuchte nach Abschluss des Zweiten Weltkrieges wieder britische Schulkinder und fand bei 12.6% der Kinder kriegsbezogene Symptome.

Am Häufigsten wurden Alpträume und Ängste genannt, gefolgt von erhöhter Irritabilität, Schlafstörungen und Vermeidungsverhalten. Ferner zeichneten sich die betroffenen Kinder durch Konzentrations- und Gedächtnisprobleme aus und infolge dessen ließen sich auch Schulleistungsprobleme feststellen. Französische Kinder, die während des Zweiten Weltkrieges untersucht wurden, zeigten nahezu identische Symptome wie die britischen Kinder (Mercer & Despert, 1943).

Parallel zu den Studien über Kriegstraumatisierungen rückten die psychologischen Auswirkungen von Naturkatastrophen und Großschadensereignissen in den Fokus des Interesses. Beispiele für solche zivilen Katastrophen sind Brände, Wirbelstürme, Überschwemmungen oder Flugzeug- und Eisenbahnunglücke. So gibt es unter anderem eine sehr bekannte Studie von Adler (1943), der die Auswirkungen einer Brandkatastrophe in Boston darstellt. Die von ihm untersuchten Probanden zeigten als typische Reaktionen vor allem Intrusionen und Vermeidungsverhalten. Adler wies darauf hin, dass die durch das Feuer traumatisierten Menschen unter sehr ähnlichen Symptomen litten, wie die Soldaten im Zweiten Weltkrieg.

Auch gibt es einige wenige Studien, die sich speziell mit dem psychischen Befinden von Kindern nach einer Naturkatastrophe befassen. Exemplarisch sei hier die Studie von Bloch, Silber und Perry (1956) erwähnt, die die posttraumatischen Verhaltensweisen von 185 amerikanischen Kindern nach einem Wirbelsturm untersuchten. Wieder traten Symptome wie Hypersensibilität, Vermeidungsverhalten, Ängste und Alpträume auf. Zudem zeigten die traumatisierten Kinder ein verändertes Spielverhalten, das sich vor allem im Nachspielen der erlebten Situation ausdrückte.

Aufgrund der Erkenntnisse aus den beiden Weltkriegen und den wenigen Untersuchungen ziviler Katastrophen, kam es 1952 zur Aufnahme des Störungsbildes in die erste Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) DSM-I. Es wurde unter der Bezeichnung „Schwere Belastungsreaktion“ (Gross Stress Reaction) eingeführt (American Psychiatric Association, [APA] 1952). Allerdings fehlten zum damaligen Zeitpunkt operationale Kriterien für die Diagnosestellung. Das DSM-I beschreibt diese Reaktion vorsichtig als eine flüchtige Antwort auf schweren physischen oder emotionalen Stress, d.h., wenn es zu „starken physischen Anforderungen oder extremen Belastungen wie etwa bei Kriegsgefechten oder Naturkatastrophen“ (APA, 1952, S. 40) gekommen war.

In der zweiten Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen, DSM-II, wurde die „Gross Stress Reaction“ in „Transient Situational Disturbance“ (Vorübergehende Situationsabhängige Störung) umbenannt (APA, 1968). Auch dort fehlte noch eine Spezifizierung der Kriterien für die Diagnosevergabe.

Mitte der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts brach der Vietnamkrieg aus und wiederum konnte gezeigt werden, dass viele der Veteranen aufgrund ihrer Kriegserlebnisse nicht in der Lage waren, ihr normales Alltagsleben wieder aufzunehmen. Hinzu kam, dass sich das politische Klima in den USA vollständig gewandelt hatte und viele Soldaten bei ihrer Rückkehr mit heftiger Kritik und Ablehnung konfrontiert wurden. Die beharrlichen Kampagnen der Veteranen führten schließlich zur systematischen Erforschung der psychischen Folgen des Krieges. So beschäftigten sich bald viele Studien mit den Zusammenhängen zwischen dem Kampfgeschehen und den psychischen Symptomen der ehemaligen Soldaten (Horowitz & Solomon, 1975; Panzarella, Mantell & Bridenbaugh, 1978; Shatan, 1978).

Die Erkenntnisse aus all diesen Untersuchungen führten schließlich dazu, die fehlenden operationalen Kriterien der Störung im DSM-III (APA, 1980) zu ergänzen und ihr den derzeitigen Namen „Posttraumatische Belastungsstörung“ zu geben. Mit der Revision des DSM-III im Jahre 1987 wurde nun erstmals auch explizit erwähnt, dass bereits Kinder eine posttraumatische Störung entwickeln können. Zudem wurden auch kinderspezifische Symptome wie zum Beispiel das traumatische Spiel genannt (APA, 1987). In den 90er Jahren folgte schließlich die Aufnahme der PTBS Diagnose ins ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1993).

Die Geschichte der PTBS zeigt, dass die Störung nicht kontinuierlich untersucht wurde, sondern dass der Verlauf der Forschungstätigkeit durch viele Einbrüche gekennzeichnet war und dass vor allem durch Kriege und Katastrophen das Interesse an dieser Krankheit jedes Mal aufs Neue geweckt wurde. Dieser Verlauf verdeutlicht auch den enormen Einfluss, den die gesellschaftlichen Bedingungen auf die Erforschung und Behandlung der PTBS ausgeübt haben.

## **3.2 Definition und Klassifikation**

Das DSM-IV ist das am häufigsten verwendete Manual zur Klassifikation psychischer Störungen in der klinischen Forschung. Aus diesem Grund orientiert sich die vorliegende Untersuchung auch hauptsächlich an diesem diagnostischen Leitfaden. Falls es zwischen dem DSM-IV und der ICD-10 Abweichungen gibt, so wird auf diese Unterschiede eingegangen, wobei das Hauptaugenmerk auf dem DSM-IV liegt, um die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten.

### **3.2.1 Einordnung der Störung**

In den gängigen Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 wird die PTBS unterschiedlichen Oberbegriffen zugeordnet. Im DSM-IV wird die PTBS den Angsterkrankungen zuge-

rechnet (309.81), da Angst und Furcht die üblichen Reaktionen auf Extrembelastungen sind (APA, 1998). In der ICD-10-Klassifikation findet sich die PTBS hingegen unter „Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen“ (F43.1) eingeordnet.

Beide Systeme sind sich aber darin einig, dass es ein traumatisches Ereignis geben muss, um überhaupt von einer PTBS sprechen zu können (A-Kriterium). Auch stimmen die drei Hauptsymptomgruppen weitestgehend überein: das Wiedererleben (B-Kriterium), die Vermeidung (C-Kriterium) und ein erhöhtes Arousal (D-Kriterium). Im DSM-IV gibt es darüber hinaus noch ein Zeitkriterium (E-Kriterium) und schließlich das F-Kriterium, das sich auf den Leidensdruck der betroffenen Person bezieht.

Kritisch anzumerken ist, dass es für die ICD-10-Klassifikation getrennte Kriterien für die Forschung und die klinische Praxis gibt. Die hier genannten Kriterien beziehen sich auf die als verbindlich geltenden Forschungskriterien. In den allgemeinen ICD-10-Kriterien ist neben dem traumatischen Ereignis nur ein Intrusionssymptom zur Diagnosestellung notwendig, so dass nahezu alle Betroffenen eine PTBS zugewiesen bekommen würden. In der Forschungsliteratur überwiegt eindeutig die Verwendung der besser operationalisierten DSM-Kriterien, die auch dieser Arbeit zugrunde gelegt sind. Die Auswertung nach den ICD-10-Richtlinien erfolgt lediglich zum Vergleich der Prävalenzraten.

Erwachsene und ältere Kinder reagieren nach einer psychotraumatischen Erfahrung strukturell ähnlich und zeigen nahezu identische Symptome. Die einzelnen Kriterien werden im Folgenden ausführlich erläutert und es wird, sofern vorhanden, auch auf die Unterschiede zwischen den kindlichen und den erwachsenen Reaktionsweisen eingegangen.

### **3.2.2 Das Ereigniskriterium**

Das Hauptmerkmal des Störungsbildes ist nach dem DSM-IV die Ausbildung charakteristischer Symptome nach einem schwer belastenden Ereignis. Zu den Traumata, die das Störungsbild auslösen können, zählen entweder eine ernsthafte Bedrohung des eigenen Lebens bzw. der körperlichen Unversehrtheit oder die Bedrohung nahe stehender Personen, wie zum Beispiel der eigenen Kinder, der Eltern, des Lebenspartners oder naher Verwandter. Außerdem zählten die plötzliche Zerstörung des Wohnraums oder das Miterleben, wie eine andere Person schwer verletzt wird oder stirbt, dazu. Andere Beispiele, die das DSM-IV auflistet, sind Vergewaltigungen, Überfälle, Entführungen, Terroranschläge, militärische Gefechte, Naturkatastrophen (z.B. Überschwemmungen, Erdbeben, Brände), andere Unglücksfälle (z.B. Autounfälle, Flugzeugabstürze) oder absichtlich verursachte Katastrophen (z.B. Bombardements, Folter, Konzentrationslager). Um eine PTBS diagnostizieren zu können, muss dieses Ereignis (A1-Kriterium) von der Person zusätzlich als traumatisch erlebt werden (A2-Kriterium), d.h. es müssen Reaktionsweisen von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entset-

zen vorhanden gewesen sein. Bei Kindern können auch abweichende Reaktionsweisen vorliegen, die sich zum Beispiel durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

Das A1-Kriterium, auch Stressor-Kriterium genannt, gilt inzwischen als zu eng definiert, da mittlerweile viele Studien zeigen, dass sich auch nach objektiv geringgradigen Traumata eine massive PTBS-Symptomatik entwickeln kann (Ehlers, 1999). Dies bedeutet, dass in Zukunft voraussichtlich das A2-Kriterium stärker gewichtet wird und es verstärkt auf die subjektive Bedeutung ankommt, die jemand einem Ereignis zuschreibt. Für Kinder ist diese Weiterentwicklung hingegen fraglich, da bei ihnen die Reaktion auf ein Ereignis in nicht unerheblichem Maße von der Reaktion ihrer Bezugspersonen abhängig ist.

In der ICD-10 ist das Ereigniskriterium viel breiter definiert als im DSM und erlaubt dadurch einen größeren Interpretationsspielraum. Bei einem Trauma handelt es sich demnach um „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (WHO, 1993, S. 169). Im Gegensatz zum DSM-IV wird das subjektive Erleben (Kriterium A2) des Individuums bei der Traumatisierung in der ICD-10 nicht berücksichtigt.

### **3.2.3 Die Hauptsymptomgruppen**

Die PTBS ist durch drei wesentliche Symptomcluster gekennzeichnet, die wiederum in Abhängigkeit vom Individuum und der Art des Traumas in Gestalt unterschiedlicher Einzelsymptome zum Ausdruck kommen können. Diese drei Hauptsymptomgruppen sind das Wiedererleben (B-Kriterium), die Vermeidung traumaspezifischer Inhalte (C-Kriterium) und das erhöhte Erregungsniveau (D-Kriterium), auch Hyperarousal genannt.

Das Wiedererleben (B-Kriterium), das in Form von so genannten Intrusionen auftritt, stellt ein sehr typisches und zugleich wichtiges Symptom dar. Es handelt sich dabei um ungewollt wiederkehrende und belastende Erinnerungen an Aspekte der traumatischen Situation. Die Person kann die Erinnerungen an die Ereignisse nicht kontrollieren oder beeinflussen, sondern sie wird immer wieder von einer Welle der Erinnerung erfasst. Dieses Wiedererleben kann auf unterschiedlichen Ebenen ablaufen und alle Sinnesmodalitäten umfassen. Dabei entsprechen die Eindrücke denen, die die Person während der eigentlich traumatischen Situation durchlebt hat. Die Erinnerungen treten oft spontan auf oder werden durch Schlüsselreize, die mit dem Trauma assoziiert sind, ausgelöst. Zur Auslösung reichen beispielsweise bestimmte Gegenstände, Geräusche, Stimmen, Gerüche, Geschmäcke oder Körperempfindungen, die in der belastenden Situation besonders einprägsam waren. Die Intrusionen können im Wachzustand in Form von Flashbacks (Bilder der Geschehnisse), die sich plötzlich und sehr lebendig ins Bewusstsein drängen, auftreten. Bei jüngeren Kindern können auch

traumatische Spiele auftreten, in denen das Kind die Themen oder bestimmte Aspekte des Geschehens immer und immer wieder nachspielt. Sehr häufig tauchen die Intrusionen aber auch während des Schlafs als Albträume auf, in denen die Erinnerungen oft sehr verzerrt sind. Die Person hat den Eindruck, als ob sie das Ereignis im Hier und Jetzt wiedererlebt, da dem unkontrollierten Wiedererleben jeglicher zeitliche Bezug fehlt. Häufig werden ähnliche Gefühle oder körperliche Reaktionen wie in der traumatischen Situation selbst wahrgenommen. Im Unterschied zu Erwachsenen können bei Kindern auch beängstigende Träume ohne erkennbaren inhaltlichen Zusammenhang mit dem erlebten Trauma vorkommen. So träumen Kinder dann häufig von Geistern oder anderen bedrohlichen Phantasiegestalten. Die ständige Konfrontation mit den traumatischen Schlüsselreizen und die dadurch ausgelösten Erinnerungen gehen mit intensiver psychischer Belastung einher und lösen häufig physiologische Reaktionen wie Herzrasen, Zittern und Übelkeit sowie emotionale Reaktionen aus (APA, 1998; Ehlers, 1999).

Aufgrund der starken Belastung beim Wiedererleben, versucht die betroffene Person oftmals die Reize, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, zu vermeiden. Dieses Vermeidungsverhalten gehört neben einer emotionalen Taubheit (Numbing) zum Kriterium C. Die Reize, denen der Betroffene aus dem Weg gehen will, sind zumeist bestimmte Gedanken, Gefühle oder Orte, die die Erinnerung an das Trauma fördern können. Andererseits grübeln aber auch viele Menschen über das Trauma nach, z.B. wie es dazu kommen konnte, über die aufgetretenen Konsequenzen und wie man es hätte verhindern können. Dadurch entstehen häufig Schuld- und Schamgefühle. Die betroffene Person fühlt sich von ihren Mitmenschen, die das Trauma nicht erlebt haben, zudem entfremdet, wodurch Kontakte zu anderen aufgegeben werden und es sogar zu einem völligen Rückzug kommen kann. Auch vor dem Trauma bestehende Interessen sowie für wichtig erachtete Aktivitäten, Hobbys und Zukunftsperspektiven werden aufgegeben. Neben der Affektverflachung besteht auch eine Einschränkung der Gefühlsbandbreite, da es den betroffenen Personen schwerfällt, Gefühle wie Freude oder Liebe zu empfinden. Die Vermeidungssymptome gelten für Kinder und Erwachsene gleichermaßen und es wird im DSM-IV nicht ausdrücklich auf bestimmte Besonderheiten bei Kindern eingegangen (APA, 1998).

Das Kriterium D umfasst schließlich die Symptome des erhöhten Erregungsniveaus (Hyperarousal). Es wird angenommen, dass sich nach einem Trauma die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems senkt. Dies führt dazu, dass Belastungen früher und intensiver erlebt werden (Mikulincer, Glaubman, Wasserman & Porat, 1989). Dadurch ist die Person insgesamt reizbarer und reagiert häufiger mit inadäquaten Wutausbrüchen. Das erhöhte Erregungsniveau resultiert zudem auch in Konzentrations- und Schlafschwierigkeiten. Die Erregungssteigerung führt oft zu starken Schreckreaktionen, die schon durch sehr schwache

Reize ausgelöst werden und zu einem Gefühl der ständigen Bedrohung der eigenen Person beitragen können. Auch hier gelten die genannten Hyperarousalsymptome uneingeschränkt für Kinder und Erwachsene (APA, 1998).

Bei der Diagnosevergabe müssen nach dem DSM-IV außer dem A-Kriterium mindestens eines von fünf der dort genannten Einzelsymptome aus dem Bereich „Wiedererleben“ vorliegen, ebenso müssen mindestens drei von sieben aus dem „Vermeidungsbereich“ und mindestens zwei von fünf Symptomen aus dem Cluster „erhöhtes Arousal“ gegeben sein (siehe Abbildung 3).

### 3.2.4 Zeit- und Beeinträchtigungskriterien

Die oben genannten Hauptsymptome müssen über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen andauern (E-Kriterium), um eine PTBS diagnostizieren zu können. Sollten die Symptome über einen kürzeren Zeitraum bestehen (mindestens 2 Tage und höchstens 4 Wochen), so handelt es sich nach DSM-IV um eine Akute Belastungsstörung. Für die Diagnose gemäß ICD-10 bestehen hingegen keine Voraussetzungen bezüglich der Dauer der Störung.

Das letzte Kriterium aus dem DSM-IV bezieht sich auf das soziale und berufliche Umfeld des Betroffenen. Die Störung muss demnach klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in diesen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen (F-Kriterium).

Eine PTBS setzt normalerweise unmittelbar nach einem Trauma ein, sie kann sich aber auch erst mit einer Latenzzeit von Monaten oder Jahren entwickeln (verzögerter Beginn). Zusätzlich wird in Abhängigkeit von der Dauer der Störung die Unterscheidung in chronische oder akute PTBS getroffen. Psychische Beeinträchtigungen nach einem Trauma, die innerhalb von weniger als drei Monaten abklingen, werden als akute PTBS klassifiziert. Chronifizierte Folgen extremer Belastung werden diagnostiziert, wenn die Beeinträchtigung durch die Symptome über drei Monate andauert. In Abbildung 3 werden alle Kriterien des DSM-IV einschließlich der für Kinder geltenden Abweichungen noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Abbildung 3: *Die diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003)*

- 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 eindringlich 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 wieder erkennbaren Inhalt auftreten.

- (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, 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.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

*Bestimme, ob:*

**Akut:** Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern.

**Chronisch:** Wenn die Symptome länger als 3 Monate andauern.

*Bestimme, ob:*

**Mit verzögertem Beginn:** Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

### 3.2.5 Subsyndromale PTBS

Nach der Auflistung der PTBS-Kriterien ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass es unter Umständen auch schon mit weniger als den oben beschriebenen Symptomen zu einer Diagnosestellung bei Kindern und Erwachsenen kommen kann.

In der Forschung hat sich gezeigt, dass die Prävalenzen des Vollbildes einer PTBS relativ niedrig sind. Es wurden aber auch Traumatisierte untersucht, die keine vollständig ausgebildete PTBS hatten, sondern nur einen Teil der Symptomatik zeigten. Da die Betroffenen trotzdem unter starken Belastungen litten, im Vergleich zur Normalbevölkerung mehr komorbide Störungen und ein deutlich höheres Suizidalitätsrisiko aufwiesen (Marshall, Olfson, Hellman, Blanco, Guardino & Struening, 2001), wurde die Einführung eines weitergehenden Konzeptes notwendig.

Schützwohl und Maercker (1999) schlagen für dieses Konzept den Namen „partielle PTBS“ vor, das eine Unterform des Krankheitsbildes beschreibt. Es soll all diejenigen Betroffenen erfassen, die nicht die gängigen Diagnosekriterien erfüllen, während sie nachweislich unter klinisch bedeutsamen Symptomen leiden.

Stein, Walker, Hazen und Forde (1997) geben eine Operationalisierung des Begriffs der partiellen PTBS an. Dieser Forschergruppe zufolge müssen alle Kriterien A bis F vorliegen, allerdings genügt es, wenn in den Hauptsymptomgruppen (Kriterium B, C und D) nur jeweils ein Einzelsymptom vorliegt. Bei der offiziellen Definition der PTBS, wie sie im DSM-IV beschrieben ist, wird ebenfalls nur ein Einzelsymptom aus dem Bereich Wiedererleben, aber mindestens drei Symptome aus dem Vermeidungsbereich und mindestens zwei Symptome aus dem Cluster des erhöhten Arousal für die Vollbilddiagnose der PTBS benötigt.

Teegen, Domnick & Heerdegen (1997) prägten hingegen den Begriff der „teilweisen PTBS“, der sich bisher aber nicht durchsetzen konnte. Den gängigsten Begriff in der wissenschaftlichen Diskussion stellt derzeit die „subsyndromale PTBS“ dar (z.B. Blanchard, Hickling, Taylor, Loos & Gerardi, 1994; Wagner, Heinrichs & Ehler, 1998). Diese liegt vor, wenn neben dem Ereigniskriterium A, dem Zeitkriterium E, dem Leidens- oder Beeinträchtigungskriterium F und dem Intrusionskriterium B auch entweder das Vermeidungskriterium C oder das Hyperarousalkriterium D erfüllt sind. Es muss also nur noch entweder das Vermeidungs- oder das Arousal-kriterium vorhanden sein.

Es existieren jedoch auch Untersuchungen, in denen zusätzlich Fälle berücksichtigt wurden, die neben dem Stressorkriterium A und dem Zeitkriterium E lediglich ein weiteres Kriterium erfüllen (z.B. Teegen et al., 1997; Wagner, Heinrichs & Ehler, 1999).

Die Uneinigkeit bezüglich der Anzahl der Symptome und der Nomenklatur wird sich vermutlich erst im Zuge vermehrter Forschungstätigkeit aufklären.

### **3.2.6 Differentialdiagnosen**

Die Diagnose einer PTBS kann erst nach einer Dauer von mindestens vier Wochen vergeben werden (vgl. E-Kriterium der PTBS). Unmittelbare oder zumindest kurz nach dem Ereignis auftretende Reaktionen können mit einer „Akuten Belastungsstörung“ (DSM-IV; 308.3) klassifiziert werden. In der ICD-10 gibt es eine ähnliche Diagnose, die bereits direkt nach dem traumatischen Erlebnis gestellt werden kann und die initialen Reaktionsweisen erfasst: „Akute Belastungsreaktion“ (F43.0). Es gibt vielfältige konzeptuelle Überschneidungen zwischen einer akuten und einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die wichtigste Unterscheidung liegt, abgesehen vom Zeitkriterium, in der dissoziativen Symptomatik, die im DSM-IV zwingender Bestandteil einer Akuten Belastungsstörung ist.

Im Gegensatz zum DSM-IV gibt es in der ICD-10 darüber hinaus die Diagnose einer „andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ (F62.0), die in Folge von langdauernden oder wiederholten Traumata wie Folter, Gefangenschaft oder sexuellem Missbrauch auftreten kann. Das Störungsbild ist gekennzeichnet von einer feindseligen und misstrauischen Haltung gegenüber der Welt, sozialem Rückzug und einem andauernden Gefühl der Leere oder Hoffnungslosigkeit. Die Dauer dieses Krankheitsbildes beträgt mindestens zwei Jahre.

Für Stressoren mit geringerer Intensität und wenn nicht alle Kriterien der PTBS vollständig gegeben sind, besteht die Möglichkeit, eine „Anpassungsstörung“ (F43.2) nach ICD-10 zu diagnostizieren. Anpassungsstörungen treten vor allem nach entscheidenden Lebensveränderungen, belastenden Lebensereignissen oder schweren körperlichen Krankheiten auf. Die Anzeichen dieser Störung sind breit gefächert und umfassen unter anderem depressive

Symptome, Angst, Besorgnis sowie gewisse Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltags. Besonders bei Jugendlichen können auch Störungen des Sozialverhaltens, wie beispielsweise aggressives oder dissoziales Verhalten auftreten. Bei jüngeren Kindern kann sich die Störung auch durch regressive Verhaltensweisen, wie das Wiederauftreten von Bettnässen, Daumenlutschen oder Babysprache äußern (WHO, 1993).

### **3.3. PTBS bei Kindern und Jugendlichen**

Lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass Kinder von traumatischen Lebensereignissen nicht so stark betroffen sind wie Erwachsene. Einige Autoren mutmaßten sogar, dass Kinder nach traumatischen Ereignissen keine PTBS entwickeln, sondern allenfalls vorübergehende unspezifische Symptome zeigen würden (vgl. Garmezzy & Rutter, 1985). Inzwischen hat sich herausgestellt, dass dem nicht so ist. Es hat sich im Gegensatz zu dieser Vermutung sogar gezeigt, dass die Folgen eines Traumas um so größer sind, je jünger der Mensch ist (Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2003; Steil, 2003).

Dass die Diagnose einer PTBS für Kinder lange Zeit nicht oder nur selten gestellt wurde, liegt unter anderem an der Schwierigkeit der Erfassung der internalen Symptome. Es konnte nachgewiesen werden, dass Eltern signifikant die Symptome einer PTBS im Vergleich zum Selbstreport der Kinder unterschätzen. Dabei decken sich die Angaben zu den externalen Symptomen (z.B. Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme etc.) zwischen Eltern und deren Kindern weitgehend. Hingegen ist die Übereinstimmung zwischen den Eltern- und Kindurteilen für die internalen Symptome (z.B. Vermeidung, Gefühl einer eingeschränkten Zukunft) fast nicht gegeben, da die Eltern diese nicht adäquat einschätzen können und es folglich häufig zu einer massiven Unterschätzung der Symptombelastung kommt (Ladakakos, 2000).

Die posttraumatische Symptomatik äußert sich bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der entwicklungsbedingten Besonderheiten auf andere Art und Weise als bei Erwachsenen. Daher sind für diese Altersgruppen andere Diagnoserichtlinien erforderlich.

Seit Mitte der 1990er Jahre gibt es um die Forschergruppe von Sheeringa (z.B. Scheeringa, Peebles, Cook & Zeanah, 2001; Scheeringa, Zeanah, Drell & Larrieu, 1995; Scheeringa et al., 2003) weitergehende Untersuchungen zur Validität der Diagnosekriterien bereits ab dem Säuglingsalter. Da sehr junge Kinder in ihren kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten noch sehr eingeschränkt sind, ist eine Diagnosestellung in frühen Altersgruppen besonders schwierig. Viele Symptome, so z.B. die meisten Symptome aus den Bereichen Wiedererleben und Vermeidung, sind nur durch Befragungen der Betroffenen zu erfahren und kaum durch Verhaltensbeobachtungen zu erschließen. Daher sind die herkömmlichen Diagnosekri-

terien der PTBS in dieser Altersgruppe nicht sensitiv genug und folglich nur bedingt zur Diagnosestellung geeignet.

Aufgrund der Unzulänglichkeiten der DSM-IV Kriterien haben Scheeringa und Kollegen (1995; 2001) alternative PTBS Kriterien für das Säuglings- und Kleinkindalter entwickelt, die sensibel die entwicklungsbedingten Besonderheiten der Symptome abfragen, wie beispielsweise den Verlust bereits erworbener Fähigkeiten, insbesondere in den Bereichen Sprache und Sauberkeitserziehung. Weiterhin wurde die Anzahl der zur Diagnose notwendigen PTBS-Symptome in den einzelnen Clustern zum Teil reduziert. Außerdem wurde eine zusätzliche Symptomgruppe, welche neu auftretende Ängste, z.B. plötzlich auftretende Trennungsangst, Angst im Dunkeln oder Angst alleine auf die Toilette zu gehen sowie neue oder plötzlich auftretende aggressive Verhaltensweisen beinhaltet, hinzugefügt. Die Autoren argumentieren, dass die PTBS Prävalenzraten im Kindesalter ähnliche Werte annehmen, sobald die entwicklungs sensitiven Kriterien angewendet werden. Anhand exemplarischer Studien, in denen sowohl die DSM-IV Kriterien als auch die Alternativkriterien angewandt wurden, zeigte sich immer eine deutliche Unterschätzung der PTBS Prävalenz bei alleiniger Anwendung der DSM-IV Kriterien (Ohmi et al., 2002; Scheeringa & Zeanah, 2008; Scheeringa et al., 2003).

Auch andere Autoren kritisieren die klassischen DSM-IV Kriterien und schlagen für das Kindesalter eine modifizierte Diagnostik vor. Rosner und Hagl (2008) betrachten beispielsweise das Ereigniskriterium bei Vorschulkindern als nicht oder nur schwer anwendbar, da die kindliche Reaktion auf ein belastendes Ereignis durch die emotionale Reaktion der Bezugspersonen vermittelt wird. Das Gefühl der Bedrohung und die damit einhergehende Aufregung, Hilflosigkeit sowie Symptomentwicklung sind daher in starkem Maße abhängig von den Verhaltensweisen der Eltern. Weiterhin äußert sich die Belastung von Kleinkindern vorwiegend in Störungen des Affekts, Dysregulation des Essens oder Schlafens oder in aggressiven Verhaltensweisen. Auch Vermeidungssymptome sind im Kleinkindalter schwer zu erfassen. Aufgrund der Fremdbestimmung des Alltags ist es für Kinder oftmals nicht möglich Situationen zu vermeiden. Zudem verfügen jüngere Kinder häufig noch nicht über Selbstbeobachtungsfähigkeiten, um ihr eigenes verändertes Verhalten erkennen und berichten zu können.

Die neuen Diagnoserichtlinien (Scheeringa et al., 1995; Scheeringa et al., 2001) sind vor allem für Kinder unter vier Jahren geprüft und validiert worden. In einer Validierungsstudie (Scheeringa et al., 2003) für Kinder in einem etwas größeren Altersbereich von eineinhalb bis sechs Jahren zeigte sich, dass die neu hinzugefügte Kategorie kaum inkrementelle Validität beisteuerte, sondern lediglich das Erreichen der Diagnose PTBS erschwerte. Daher revidierten die Autoren ihre bisherigen PTBS-Kriterien und formulierten nachfolgenden Krite-

rienkatalog zur Diagnosestellung bei Kindern (siehe Abbildung 4). Die Abweichungen gegenüber der DSM-IV Diagnose sind jeweils kursiv markiert.

Abbildung 4: Die diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern nach Scheeringa et al. (2003)

- 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) *Wird zur Diagnose im Kindesalter nicht benötigt.*
- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- (1) wiederkehrende und eindringlich belastende (*nicht zwingenderweise 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 wieder erkennbaren Inhalt auftreten.
  - (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, 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) *Wird zur Diagnose im Kindesalter nicht benötigt.*
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). *Mindestens eines der folgenden Symptome liegt vor (im Gegensatz zu drei Symptomen im DSM-IV):*
- (1) *Wird zur Diagnose im Kindesalter nicht benötigt.*
  - (2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
  - (3) *Wird zur Diagnose im Kindesalter nicht benötigt.*
  - (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten (*bei kleinen Kindern zeigt sich dies häufig in einem eingeschränkten Spielverhalten*),
  - (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen (*bei kleinen Kindern*

*lässt sich ein sozialer Rückzug beobachten),*

(6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),

(7) *Wird zur Diagnose im Kindesalter nicht benötigt.*

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

(1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,

(2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche (*oder extreme Trotzanfälligkeit und Umständlichkeit*),

(3) Konzentrationsschwierigkeiten,

(4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),

(5) übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. *Wird zur Diagnose im Kindesalter nicht benötigt.*

Ältere Kinder und Jugendliche zeigen im wesentlichen ähnliche Symptome wie Erwachsene (Steil, 2003). Es treten belastende Erinnerungen an das Trauma auf und nachts werden die Kinder von Alpträumen geplagt. Bei Konfrontation mit ähnlichen Situationen oder Dingen, die an das Trauma erinnern, reagiert das unter PTBS leidende Kind mit körperlichen Symptomen der Erregung. Auch somatoforme Beschwerden wie Bauch- oder Kopfschmerzen können auftreten. Das Interesse für Dinge, die vor der Traumatisierung wichtig waren, kann vermindert sein. Weiterhin sind Konzentrationsprobleme sehr häufig, die eine schlechtere schulische Leistung verursachen können. Oft werden Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten angegeben und übermäßige Wachsamkeit sowie Schreckhaftigkeit berichtet. Möglicherweise geht das Kind auch von einer verkürzten Zukunftsperspektive aus („Ich werde sowieso nie die Schule beenden, nie heiraten und Kinder bekommen...“). Im Unterschied zum Erwachsenen spielen Kinder die traumatische Situation immer und immer wieder nach. Auch können regressive oder aggressive Verhaltensweisen beobachtet werden. Eine erhöhte Infektanfälligkeit in Folge einer Traumatisierung ist möglich. Kinder haben zudem häufiger als Erwachsene Angst vor der Dunkelheit, Monstern oder dem Alleinsein. Trennungsangst und anklammerndes Verhalten ist daher oft zu beobachten. Wie schon für das Säuglings- und Kleinkinderalter berichtet, kommt es auch bei älteren Kindern zu neu auftretenden aggressiven Verhaltensweisen. Gerade bei Jugendlichen wird zudem gehäuft selbstschädigendes Verhalten, wie z.B. Drogenmissbrauch oder Automutilation gezeigt.

### 3.3.1 Verlauf

Nach einem traumatischen Ereignis treten bei fast allen Betroffenen kurzzeitig einige posttraumatische Beschwerden auf. Bei der Mehrzahl der traumatisierten Personen remittieren die Symptome innerhalb weniger Tage oder Wochen (Maercker & Ehler, 2001).

Insgesamt besteht die größte Wahrscheinlichkeit für eine Remission der PTBS im Erwachsenenalter innerhalb der ersten zwölf Monate nach einem traumatischen Erlebnis. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes und Nelson (1995) geben an, dass ein Drittel der Betroffenen während des ersten Jahres wieder beschwerdefrei war, nach vier Jahren waren es ca. 50%. Bei einem Drittel zeigte sich hingegen ein chronischer Verlauf (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991). Dieser Befund war unabhängig davon, ob die Patienten eine Behandlung erhalten hatten oder nicht.

Zur Prognose bei kindlicher PTBS liegen bislang kaum prospektive Langzeitstudien vor. Verlässliche Daten über den langfristigen Verlauf bei kindlicher PTBS existieren daher bisher noch nicht. Es gibt allerdings vereinzelt Studien, die den Verlauf der PTBS bei Kindern über kürzere Zeiträume dokumentieren. Yule (1992a) fand beispielsweise ein Jahr nach einer Schiffskatastrophe, dass 50% der Kinder noch an einer PTBS litten. Shaw, Applegate und Schorr (1996) fanden zwei Jahre nach einem Hurrikan noch höhere PTBS-Prävalenzen von ca. 70%.

Eine aktuelle deutsche Studie, die sich prospektiv mit den Verläufen der PTBS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beschäftigt hat, stammt von Perkonig, Pfister, Stein, Hofler, Lieb, Maercker und Wittchen (2005). Darin wurden über 3000 Probanden unter anderem nach traumatischen Ereignissen und posttraumatischer Symptomatik befragt. Insgesamt erfüllten 1.3% die Kriterien nach DSM-IV und bei weiteren 4.4% lag eine subsyndromale Symptomatik vor. Etwas mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer zeigte auch nach 34 bis 50 Monaten (Zeitraum des zweiten Follow-ups) weiterhin eine klinisch relevante Symptomatik. Faktoren, die einen chronischen Verlauf begünstigten, waren vor allem das Erleben weiterer traumatischer Ereignisse sowie ein höheres Maß an Vermeidungssymptomen zum ersten Messzeitpunkt. Interessanterweise zeigte die Gruppe mit chronischem Verlauf auch ein erhöhtes Risiko weitere psychische Störungen, vor allem somatoforme und andere Angststörungen, zu entwickeln.

### 3.3.2 Komorbidität

Die PTBS weist vor allem im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen eine bemerkenswert hohe Komorbiditätsrate auf, d.h., dass neben der PTBS eine Reihe weiterer Störungen auftreten können. Scheeringa und Zeanah (2008) fanden beispielsweise Komorbiditätsraten von 89% bei traumatisierten Vorschulkindern.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche entwickeln eine Vielzahl diverser Symptome, die sich in verschiedenen Störungsbildern wiederfinden, etwa Traurigkeit, Angst, Unaufmerksamkeit, Schlafdefizite, Anspannung, Trotz und Aggressionen. Häufig werden diese Auffälligkeiten mit anderen Krankheitsbildern in Verbindung gebracht. Daher werden oft Angststörungen, vor allem Trennungsangst, Phobien, aber auch Zwangs- und Panikstörungen diagnostiziert. Angespannte und unaufmerksame oder aggressiv-trotzige Kinder werden des öfteren auch fälschlicherweise mit einer ADHS-Störung klassifiziert. Stimmungsschwankungen von leichter Entmutigung bis hin zu einer Major Depression mit Suizidgedanken sind ebenfalls häufige Begleiter bei einer PTBS, vor allem im Jugendalter (Linning & Kearney, 2004). Beispielsweise fanden Giaconia et al. (1995), dass 30% der von ihnen untersuchten Jugendlichen mit PTBS auch die Diagnosekriterien der Major Depression erfüllten. Drogenmissbrauch besteht komorbid bei etwa 20% der von PTBS betroffenen Kinder und Jugendlichen (Essau et al., 1999). Zur Erklärung des Drogen- oder auch Alkoholkonsums wird davon ausgegangen, dass Substanzmittelabusus für viele Betroffene eine Art Bewältigungsstrategie darstellt.

Im Vergleich zweier Gruppen misshandelter Jugendlicher im Alter von 8 bis 17 Jahren mit und ohne PTBS, hatte die zuerst genannte Gruppe signifikant häufiger komorbide Störungen aus dem Formenkreis der affektiven Störungen: Dysthymia und Major Depression. Marginal signifikant unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich der folgenden Angststörungen: Generalisierte Angststörung, Agoraphobie und spezifische Phobie (Linning & Kearney, 2004).

Scheeringa et al. (2003) fanden bei Vorschulkindern von drei bis sechs Jahren mit PTBS hohe Komorbiditätsraten für oppositionales Trotzverhalten (75%) und für Trennungsangst (63%) sowie für ADHS (38%). Im Gegensatz zu den Befunden bei Jugendlichen und Erwachsenen lag die Major Depression bei gerade mal 6% komorbide zur PTBS und damit kaum höher als bei Kindern ohne PTBS. In einer aktuellen Studie von Scheeringa und Zeanah (2008) bestätigten sich die Befunde für das oppositionale Trotzverhalten (61%) und ADHS (33%). Die komorbiden Werte für Trennungsangst lagen hingegen deutlich niedriger mit 21%, wohingegen die Ergebnisse für die Major Depression mit 43% mit den Werten Jugendlicher und Erwachsener vergleichbar sind. Wichtig zu erwähnen bleibt die Tatsache, dass kein Kind eine neue Störung entwickelte ohne auch gleichzeitig PTBS-Symptome zu haben und dass diejenigen Kinder, die eine PTBS entwickelten, in 89% der Fälle auch zugleich andere Störungsbilder aufwiesen.

Nader (2007) weist darauf hin, dass einige Störungen im Zusammenhang mit einer PTBS stark altersabhängig auftreten. Die Autorin führt dazu aus, dass Jugendliche typischerweise Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS), Störungen der Impulskontrolle, Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten, depressive Störungen, Phobien und Ängste entwickeln. Jüngere Kinder haben Nader zufolge vor allem unter den Symptomen Schuld,

Scham, Angst und niedrigem Selbstwert zu kämpfen. Die Angst richtet sich zum Beispiel gegen spezifische Dinge, die in der traumatischen Situation vorhanden waren, wie etwa bestimmte Geräusche, Gerüche oder Gegenstände, sie kann aber auch generell vorhanden sein und sich in plötzlich auftretender Angst vor der Dunkelheit, dem Alleinsein oder vor Monstern äußern. Aber auch Regression, Änderungen des Temperaments, Aggression, Enuresis, Enkopresis, Rachefantasien, veränderte Trauerverhaltensweisen, Glaube an Omen, externalisierende oder internalisierende Verhaltensprobleme und verzerrte Erinnerungseffekte können auftreten.

Die oben aufgeführten hohen Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Erkrankungen sind genauer betrachtet nicht sehr verwunderlich, da es zwischen der PTBS und den genannten komorbiden Störungen zum Teil sehr große Symptomüberlappungen in den Diagnosemanualen gibt. So findet man das Vermeidungs-Symptom nicht nur bei der PTBS, sondern auch bei den meisten anderen Angststörungen. Personen, die z.B. unter einer Generalisierten Angststörung leiden, klagen ebenfalls über ein erhöhtes Erregungsniveau. Auch Schlaflosigkeit findet sich nicht nur im Kriterienkatalog der PTBS, sondern beispielsweise auch bei einer Depression (APA, 1998).

Das Komorbiditätskonzept wird kritisiert, da Kinder und Jugendliche nach schweren und wiederholten traumatischen Erfahrungen (z.B. emotionalem oder sexuellem Missbrauch sowie schwerer Vernachlässigung) wegen der Breite der Symptomatik häufig neben der Diagnose einer PTBS eine Reihe weiterer Diagnosen (z.B. hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen) erhalten (Rosner & Hagl, 2008). Diese Diagnosen erfassen demzufolge jeweils einzelne Aspekte der zugrunde liegenden posttraumatischen Symptomatik und letztendlich kommt das Komorbiditätskonzept damit an seine Grenzen (Rosner & Hagl, 2008). Von einigen Autoren wird daher bezweifelt, dass die Diagnose PTBS die psychischen Veränderungen, wie sie nach schweren, chronischen Traumata in der Kindheit auftreten, angemessen beschreiben (z.B. Herman, 1993; van der Kolk, 2005). Kritisiert wird vor allem, dass eine große Symptomüberlappung zwischen den verschiedenen Störungen existiert, diese aber oftmals bei der Planung von Interventionen außer Acht gelassen wird und sich viele Untersuchungen nur auf eine spezifische Störung fokussieren. Es wird vermutet, dass die Behandlung einer einfachen PTBS nicht geeignet ist für komplexe Traumatisierungen oder PTBS mit verschiedenen komorbiden Störungen. Van der Kolk (2005) schlägt daher zur Beschreibung der Symptomatik für komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche die neue Diagnose der „Komplexen Traumafolgestörung in der Kindheit“ („developmental trauma disorder“) vor.

Das Konzept sieht neben dem Ereigniskriterium drei weitere Symptomgruppen vor. Die erste Kategorie umfasst Dysregulationen in verschiedensten Bereichen (z.B. affektiv, somatisch,

verhaltensbezogen, kognitiv), fehlgeleitete Regulationsmuster (z.B. Selbstverletzung, Desorganisiertheit, Vermeidung) und Entwicklungseinflüsse auf andere Störungen (z.B. Depression, Substanzmittelmissbrauch). Die zweite Symptomgruppe beinhaltet eine generalisierte negative Erwartungshaltung, beispielsweise bezüglich des Verlusts von protektiven Bezugspersonen und der Erwartung zukünftiger Viktimisierung. Das letzte Kriterium beschreibt die funktionalen Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen wie Schule, Familie oder Freundeskreis (van der Kolk, 2005).

### 3.3.3 Epidemiologie

Posttraumatische Belastungsstörungen gehören laut Landolt (2004) mit zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Dabei hängt die Häufigkeit der Prävalenz einer PTBS direkt mit der Häufigkeit des Erlebens eines traumatischen Ereignisses zusammen.

In der Bremer Jugendstudie berichten 22.5% der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren, dass sie irgendwann in ihrem bisherigen Leben ein traumatisches Ereignis erlebt haben (Essau et al., 1999). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine andere deutsche Studie, in der 26.0% der jungen Männer und 17.7% der jungen Frauen im Alter von 14 bis 24 Jahren im Raum München über mindestens ein traumatisches Erlebnis berichten (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000). Am häufigsten wurden körperliche Angriffe, schwerwiegende Verletzungen und Unfälle genannt. Eine amerikanische Studie zur Höhe der traumatischen Ereignisse in der Allgemeinbevölkerung deckte eine Rate von ca. 40% bei jungen Erwachsenen auf (Breslau et al., 1991).

Das Erleben eines traumatischen Ereignisses bedeutet allerdings nicht zwangsläufig die Entwicklung einer PTBS, was die im Vergleich zur Traumahäufigkeit verhältnismäßig niedrigen Prävalenzraten belegen. So liegt die Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung in der Studie von Perkonig et al. (2000) bei 2.2% für weibliche Jugendliche, bei 1.0% für männliche Jugendliche und insgesamt bei einem Wert von 1.3%. Die Studie von Essau et al. (1999) kommt mit einer Prävalenz der PTBS von 1.6% zu einem vergleichbaren Befund. Auch neuere Studien stützen die gefundenen Prävalenzraten. So konnten Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) eine Häufigkeit der PTBS Diagnose von 1.3% in der Allgemeinbevölkerung im Altersbereich von 14 bis 29 Jahren nachweisen.

Diese Ergebnisse, gewonnen aus Studien an der Allgemeinbevölkerung, dürfen aber nicht einfach auf Pflegefamilien übertragen werden, da in diesen traumatische Ereignisse weit häufiger vermutet werden. Ein weiterer wichtiger Punkt, der einen großen Einfluss auf die Prävalenzrate der PTBS ausübt, ist die Art des erlebten Ereignisses. Es wird davon ausgegangen, dass eine PTBS am ehesten nach Traumata auftritt, die massiv, plötzlich und uner-

wartet eintreten, die zu starker Hilflosigkeit und Kontrollverlust führen, lang anhaltend sind oder wiederholt auftreten und die von Menschen beabsichtigt sind (Dressing & Berger, 1991; Frommberger & Berger, 1998). Insbesondere körperliche und/oder sexuelle Gewalt und Kriegserlebnisse führen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu einer PTBS, wohingegen Unfälle oder Naturkatastrophen eher seltener eine PTBS auslösen (Ehlers, 1999). Landolt (2004) geht sogar davon aus, dass in Abhängigkeit von der Art des Ereignisses bis zu 100% der traumatisierten Kinder und Jugendlichen klinisch relevante psychische Störungen entwickeln können.

Studien, die speziell Kindesmisshandlungen im Fokus hatten, kommen auf deutlich höhere PTBS-Prävalenzraten als Studien, die in der Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurden. Famularo, Fenton, Kinscherff & Augustyn (1996) fanden beispielsweise bei 117 misshandelten Kindern mittels strukturierter Interviews eine PTBS-Prävalenz von 35%. Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman (1998) verglichen drei Gruppen von Kindern, die auf unterschiedliche Arten misshandelt worden waren (körperlich misshandelte Kinder, sexuell misshandelte Kinder und Kinder, die sowohl körperlich als auch sexuell misshandelt wurden), und berichteten von Prävalenzraten zwischen 18% und 58%. Demnach waren vor allem die Kinder besonders gefährdet, die sowohl körperlich als auch sexuell misshandelt worden waren. Zudem zeigte sich, dass misshandelte Mädchen öfter an posttraumatischen Symptomen litten als Jungen. Bei den Jungen trat dafür deutlich häufiger ein externalisierendes Problemverhalten auf.

Es gibt einige Studien, die sich mit dem Zusammenhang von traumatischen Kriegserlebnissen und deren Folgen bei Kindern und Jugendlichen auseinandersetzen. Die Prävalenz der PTBS schwankt dabei zwischen 27% (Saigh, 1991) und 74% (Kuterovac, Dyregrov & Stuvland, 1994). Im Durchschnitt ist somit etwa die Hälfte der Kinder nach Kriegstraumatisierungen von einer PTBS betroffen. Diese Schätzung wird zusätzlich durch weitere Studien bestätigt, in den die PTBS-Prävalenz bei 41% (Thabet & Vostanis, 1999) bzw. 52% (Smith, Perrin, Yule, Hacam & Stuvland, 2002) nach Kriegserlebnissen von Kindern und Jugendlichen liegt.

Unfälle sind für Kinder oftmals sehr bedrohlich oder beängstigend und können bei den Betroffenen daher ebenfalls PTBS-Symptome auslösen. In westlichen Ländern gehören Unfälle sogar zu den häufigsten Ursachen einer PTBS. Eine Reihe von Studien hat sich insbesondere mit den Folgen von Verkehrsunfällen bei Kindern beschäftigt. In einem Zeitraum von drei bis sechs Monaten nach dem Unfall kommen die meisten Autoren dabei auf ähnliche PTBS-Prävalenzraten von 14% (Di Gallo, Barton & Perry-Jones, 1997), 16% (Landolt, Vollrath, Timm, Gnehm & Sennhauser, 2005), 17% (Mirza, Bdadrinath, Goodyer & Gilmour, 1998) bzw. 22% (McDermott & Cvitanovich, 2000).

Es gibt zudem einige Studien, die sich mit den Folgen von Naturkatastrophen bei Kindern auseinandergesetzt haben. Dabei zeigte sich, dass das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung sehr stark vom Expositionsgrad abhängig ist. So hatten Kinder, die im Haupteingangsgebiet eines Wirbelsturmes lebten, deutlich höhere PTBS-Prävalenzen von 30%, im Vergleich zu denjenigen Kindern, welche nur am Rande der Wirbelsturmkatastrophe lebten 5% (Lonigan, Shannon, Finch, Daugherty & Saylor, 1991). Scheeringa und Zeanah (2008) verglichen nach dem Hurrikan Katrina die PTBS-Raten der Kinder, die evakuiert wurden, (43.5%) mit denjenigen, die sich während des Wirbelsturms noch in der Stadt befanden (62.5%). Auch hier war die Nähe zum traumatischen Stressor ausschlaggebend für eine höhere Störungsrate. Ähnlich verhält es sich in einer Untersuchung von Kindern und Jugendlichen, die ein starkes Erdbeben miterlebt haben. Auch hier war die Schwere der PTBS abhängig vom Grad der Exposition und schwankte zwischen 37% und 91% (Pynoos et al., 1993). Eine aktuelle Studie, ebenfalls zu den Auswirkungen eines Erdbebens, fand ähnlich hohe PTBS-Prävalenzen von 73% (Bulut, 2006). Zu berücksichtigen gilt bei diesen Prävalenzraten, dass nach einer Naturkatastrophe oftmals die Lebensgrundlagen zerstört sind, die Bewältigungsbemühungen der Überlebenden dadurch enorm erschwert werden und die psychischen Auswirkungen somit gravierender sein können als bei anderen Ereignissen.

Es gibt nur vereinzelt Studien, die speziell Traumatisierungen von Pflegekinder im Fokus haben. Eine davon stammt von Dubner und Motta (1999), die drei Gruppen von amerikanischen Pflegekindern untersuchten: physisch missbrauchte, sexuell missbrauchte und nicht missbrauchte Pflegekinder. Erwartungsgemäß waren die höchsten PTBS-Prävalenzraten in der Gruppe der sexuell missbrauchten Kinder mit einer Rate von 64% zu verzeichnen. Aber auch die Gruppe der physisch missbrauchten Kinder wies sehr hohe PTBS Prävalenzraten von 42% auf. Die dritte, nicht missbrauchte Gruppe der Pflegekinder wies immer noch Prävalenzraten von 18% auf, vergleichbar mit den Ergebnissen bei Kindern, die einen Unfall erlebt haben. Die Autoren führen die PTBS-Werte der dritten Gruppe auf andere Formen von Traumatisierungen zurück, etwa Zeuge von familiärer Gewalt oder schwere Vernachlässigung.

Eine weitere Studie im Pflegekinderbereich stammt von McMillen, Zima, Scott, Auslander und Munson et al. (2005). Die Autoren interviewten 373 amerikanische Jugendliche, die in einer Pflegefamilie lebten und fanden eine deutlich niedrigere PTBS-Lebenszeitprävalenz von 14%.

Die bisherigen Ergebnisse werden in Tabelle 10 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 10: *PTBS-Prävalenzraten bei Kindern und Jugendlichen*

<b>Studie</b>	<b>Studienhintergrund</b>	<b>PTBS-Prävalenz</b>
Essau et al. (1999)	Allgemeinbevölkerung	1.6%
Perkonig et al. (2000)	Allgemeinbevölkerung	1.3%
Maercker et al. (2008)	Allgemeinbevölkerung	1.3%
Famularo et al. (1996)	Kindesmisshandlungen	35%
Ackerman et al. (1998)	Kindesmisshandlungen	18% - 58%
Saigh (1991)	Kriegserlebnisse	27%
Kuterovac et al. (1994)	Kriegserlebnisse	74%
Thabet & Vostanis (1999)	Kriegserlebnisse	41%
Smith et al. (2002)	Kriegserlebnisse	52%
Di Gallo et al. (1997)	Unfälle	14%
Landolt et al. (2005)	Unfälle	16%
Mirza et al. (1998)	Unfälle	17%
McDermott & Cvitanovich (2000)	Unfälle	22%
Lonigan et al. (1991)	Naturkatastrophe (Wirbelsturm)	5% - 30%
Scheeringa & Zeanah (2008)	Naturkatastrophe (Wirbelsturm)	44% - 63%
Pynoos et al. (1993)	Naturkatastrophe (Erdbeben)	37% - 91%
Bulut (2006)	Naturkatastrophe (Erdbeben)	73%
Dubner & Motta (1999)	sexuell missbrauchte Pflegekinder	64%
Dubner & Motta (1999)	physisch missbrauchte Pflegekinder	42%
Dubner & Motta (1999)	nicht missbrauchte Pflegekinder	18%
McMillen et al. (2005)	Pflegekinder	14%

Einige Forscher (z.B. Scott & Stradling, 1994) haben sich mit der Frage beschäftigt, ob nicht mehrere eher gewöhnliche, aber trotzdem belastende Ereignisse sich zu einer traumatischen Erfahrung aufsummieren können. Diese Erweiterung des Trauma-Begriffs könnte gerade bei Pflegekindern eine wichtige Rolle spielen, da diese Gruppe wiederholt mit Ereignissen konfrontiert wird, die für sich genommen zum Teil nicht die Traumakriterien erfüllen, aber trotzdem in ihrer Gesamtheit zu posttraumatischen Leiden führen könnten. Derzeit gibt es diesbezüglich leider kaum valide Daten, da multiple Traumatisierungen speziell bei Pflegekindern kaum untersucht worden sind.

Im nächsten Kapitel wird der bisherige Erkenntnisstand zur Entstehung einer PTBS im Detail erläutert, sowie die vielfältigen Theorien zur Genese der PTBS dargestellt.

## 3.4 Ätiologische Modelle

Als zentrale Ursache für die Entstehung einer PTBS gilt das als traumatisch erlebte Ereignis. Viele epidemiologische Studien konnten allerdings zeigen, dass nicht jeder Traumatisierte notwendigerweise auch eine PTBS entwickelt (z.B. Kessler et al., 1995). Daraus folgt, dass neben dem Trauma noch andere Faktoren eine Rolle spielen, die die Entstehung dieser Störung begünstigen. Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurden daher viele theoretische Modelle entwickelt, die das Auftreten und die Aufrechterhaltung der PTBS-Erkrankung zu erklären versuchen. Im folgenden Abschnitt werden diese Erklärungsansätze dargestellt und ihr Beitrag zum Verständnis der verschiedenen Symptome hervorgehoben. In Bezug auf das Kindesalter gibt es bislang sehr wenige spezifische Modelle, daher werden im Folgenden der Vollständigkeit halber hauptsächlich Modelle vorgestellt, die sich auf das Erwachsenenalter beziehen.

### 3.4.1 Psychodynamische Modelle

Psychodynamische Modelle beruhen auf den Erkenntnissen der Psychoanalyse und ihres Begründers Sigmund Freud. Freud definierte das „Trauma“ im Sinne eines überwältigenden Reizgeschehens, welches eine normale psychische Abwehr nahezu unmöglich macht (Freud, 1920). Als Ausgangspunkt zur Ausbildung weiterer Traumafolgen hat Freud das Gefühl völliger Hilflosigkeit gegenüber dem traumatisierenden Ereignis identifiziert. Die Tatsache, dass die Psyche eines Menschen nach einem traumatischem Erlebnis überfordert ist, wird dadurch begründet, dass das Hilflosigkeitsgefühl für die Person nur sehr schwer auszuhalten ist. Einerseits versucht sie wiederkehrende Erinnerungen an das Ereignis zu unterdrücken, um sich so vor erneuten Traumatisierungen durch das Erinnern zu schützen. Andererseits entsteht eine Art Zwang, sich immer wieder mit den Geschehnissen auseinanderzusetzen und auf diese Weise die Hilflosigkeit durch eine neue Sicherheit zu ersetzen. Demzufolge wechseln sich bei einer traumatisierten Person zwei konträre Zustände ab: die Verleugnung (Vermeidung, Dissoziation) des Traumas und der Zwang, sich immer wieder erinnern zu müssen (Intrusionen). Nach psychoanalytischer Ansicht handelt es sich bei diesen gegensätzlichen Motivationen klassischerweise um einen „innerseelischen (=intrapsychischen) Konflikt“. Das psychodynamische Modell beschreibt die Posttraumatische Belastungsstörung somit als das Resultat einer misslungenen Abwehrreaktion. Dabei fokussieren die psychoanalytischen Modelle vor allem auf die Bedeutung des Erlebten für das eigene Selbst.

Die Aufarbeitung des Traumas erfolgt durch die Einsicht, welche Bedeutung – bewusst oder unbewusst – die traumatische Situation für das Individuum hat. Die Traumaverarbeitung ist

dann vollendet, wenn die Integration der traumatischen Erfahrung in das eigene Selbst erfolgen konnte. Die Person sollte dann in der Lage sein, Erinnerungen und Emotionen, die im Zusammenhang mit dem Trauma stehen, bewusst hervorzurufen, ohne in ihnen verhaftet zu bleiben.

Psychodynamische Modelle haben sich in der Forschung und Intervention bei PTBS bislang als wenig erfolgreich erwiesen und besitzen nur einen untergeordneten Stellenwert bei der Ableitung wirkungsvoller Therapieansätze.

### **3.4.2 Lerntheoretische Modelle**

Verschiedene Autoren schlagen vor, die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1960) heranzuziehen, um die Ätiologie der PTBS zu erklären (z.B. Kilpatrick, Veronen & Best, 1985; Keane, Zimering & Cadell, 1985; March, 1990). Nach dem Modell von Mowrer sind zwei verschiedene Arten von Lernprozessen für die Entstehung der Angst- und Vermeidungsreaktionen verantwortlich. Durch die klassische Konditionierung wird die Angstkomponente erlernt und durch die operante Konditionierung wird die Vermeidung aufrechterhalten.

In einem ersten, auf der klassischen Konditionierung beruhenden Lernschritt, wird ein neutraler Reiz aufgrund seiner räumlichen und zeitlichen Nähe mit einem traumatischen Stimulus assoziiert, der Angst und Unbehagen auslöst. In der Folge wird durch die Kopplung nun auch der neutrale Reiz aversiv erlebt und löst auch allein dargeboten eine Angstreaktion aus. Werden in diese Reaktionsketten weitere neutrale Stimuli eingebaut, so wird dies eine Konditionierung höherer Ordnung oder auch Stimulusgeneralisierung genannt, da sich das Reaktionsmuster immer mehr ausweitet. Angstreaktionen werden so in Zukunft von einer immer größer werdenden Paarung ursprünglich neutraler Reize ausgelöst. Der zweite Schritt der Theorie bezieht sich auf die operante Konditionierung. Durch eine Vermeidungsreaktion wird die Angst reduziert. Diese Verhinderung der Angstreaktion wirkt als negativer Verstärker, so dass das Vermeidungsverhalten aufrechterhalten wird.

Die Zwei-Faktoren-Theorie bietet mögliche Erklärungen für eine Reihe von Symptomen des Störungsbildes. Beispielsweise begründet sie die Angst in Situationen, die an das Trauma erinnern oder auch das für PTBS-Patienten typische Vermeidungsverhalten. Allerdings kann die Theorie nicht alle Symptome der Störung erklären. Zum Beispiel geht sie nicht darauf ein, warum es nach einem Trauma im Vergleich zu anderen Angststörungen, wie den Phobien, zu einer breiteren Stimulusgeneralisierung kommt. Foa, Steketee und Rothbaum (1989) vermuten, dass dieses Phänomen auf die Schwere des Traumas zurückzuführen sein könnte.

Ebenfalls kann mit dem Modell keine hinreichende Erklärung für das Wiedererinnern des Traumas, die Flashbacks oder Alpträume gefunden werden. Für diese Symptome scheint es keine erkennbaren Auslöser zu geben. Keane et al. (1985) argumentieren, dass zumindest die intrusiven Erinnerungen und Flashbacks durch unspezifische konditionierte Reize ausgelöst sein könnten.

Die Zwei-Faktoren-Theorie ließ sich in der Vergangenheit durch viele Studien bestätigen und ist trotz mancher Mängel ein brauchbarer Ansatz, um die Entstehung der PTBS näher zu beleuchten. Jedoch werden kognitive Aspekte in diesem rein behavioralen Modell völlig vernachlässigt. Daher sollen nun Theorien vorgestellt werden, die versuchen behaviorale und kognitive Elemente zu verbinden.

### **3.4.3 Kognitive Modelle**

Viele Autoren beschäftigten sich mit der Bedeutung bereits vor dem Trauma bestehender kognitiver Schemata über das Selbst und die Welt. Zurückzuführen ist dieser Ansatz auf Beck, Rush, Shaw und Emery (1986), die mit dem Modell dysfunktionaler kognitiver Schemata die Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression erklärten. Ihnen zufolge ist ein Schema ein kognitives Verarbeitungsmuster, das erlernt wurde und mit dessen Hilfe Lebensereignisse strukturiert und bewertet werden können. Da sich Becks Ansatz hauptsächlich auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression bezieht, wird dieses Modell hier nicht im Detail dargestellt.

Ein theoretisches Modell, das sich näher mit der Entstehung der PTBS beschäftigt hat, stammt von Janoff-Bulman (1985) und geht davon aus, dass grundlegende Annahmen über das Selbst und die Welt durch das Trauma erschüttert werden. Dieser Prozess wird von ihr auch „Shattered Assumptions“ genannt. Die von ihm postulierten Basisannahmen enthalten die folgenden Überzeugungen: persönlich unverletzlich zu sein, in einer gerechten und vorhersehbaren Welt zu leben und sich selbst in einem positiven Licht zu sehen. Nach einem Trauma ist die Basisannahme persönlicher Unverletzlichkeit zerstört und es manifestiert sich die Furcht vor einer Wiederholung des Traumas. Begleitet wird dieser Zustand von Angst, Hilflosigkeitsgefühlen und einer beständigen Furcht. Bei der zweiten Annahme, die Welt sei gerecht und vorhersehbar, werden die Traumaopfer mit dem Problem konfrontiert, dem Trauma eine Bedeutung zu geben. Es ist für die betroffene Person oft nicht nachvollziehbar, warum das Ereignis eingetreten ist und insbesondere, warum das Ereignis gerade ihr passiert ist.

Da Menschen normalerweise davon ausgehen, man verdiene, was man bekommt und man bekomme, was man verdient (Lerner, 1980), stellt sich nach einem Trauma die berechnete

Frage, was man getan hat, um dieses Schicksal zu erleiden. In den meisten Fällen einer Traumatisierung gelingt es den Opfern nicht, eine Antwort auf die Frage nach den Ursachen zu finden. Die Zerstörung der Basisannahme, die Welt sei gerecht und vorhersehbar, bedeutet für die Traumaopfer nicht nur den Verlust des Glaubens an das Gute in der Welt, sondern vielmehr den Verlust der Kontrolle über ihr eigenes Leben.

Die dritte Basisannahme über ein positives Selbst wird durch eine traumatische Erfahrung verändert, weil das Trauma negative Selbstbilder aktiviert. Traumaopfer nehmen sich in der traumatischen Situation als schwach, hilflos und ängstlich wahr. Diese Erfahrung der Schwäche und Hilflosigkeit kann ein Auslöser für die Änderung des positiven Selbstkonzeptes sein.

Hollon und Garber (1988) gehen bei ihren Überlegungen davon aus, dass nach einer traumatischen Erfahrung in der Regel eher eine Veränderung der Einzelinformation stattfindet, da es einfacher erscheint, die Vorstellung über ein Ereignis zu verändern als die gesamte Weltanschauung (z.B. „Vielleicht war es gar keine richtige Vergewaltigung“). Kommt es in einigen Fällen trotzdem zu einer Schemaveränderung (z.B. „Meine Nachbarschaft ist ein gefährlicher Ort“), so kann es ohne soziale Unterstützung oder Therapie zu maladaptiven und extremen Verallgemeinerungen kommen (z.B. „Die Welt ist ein sehr gefährlicher Ort. Ich bin nirgendwo mehr sicher und kann niemandem vertrauen“).

Eine weitere Theorie über die Entstehung der PTBS stammt von Foa und Riggs (1993). Die Autoren führen aus, dass durch ein Trauma nicht nur vorherige positive Überzeugungen erschüttert werden können, sondern dass es auch zu einer Verfestigung bereits vor dem Trauma bestehender negativer Überzeugungen kommen kann. Demnach wären sowohl Personen mit ausgeprägten Vorstellungen über die Sicherheit in der Welt und ihre persönliche Unverletzlichkeit als auch Personen mit ausgeprägten Ideen über die Gefährlichkeit der Welt und ihre eigene Unzulänglichkeit besonders gefährdet, eine PTBS zu entwickeln. Personen mit weniger starren Schemata haben im Vergleich dazu ein deutlich niedrigeres PTBS-Risiko.

Bezogen auf die Inhalte der Schemata unterscheiden sich die diversen Modelle voneinander. Alle Modelle stimmen aber darin überein, dass das Trauma in Diskrepanz zu den ursprünglichen Schemata steht, wodurch eine Veränderung dieser notwendig wird. Nach einer solchen Änderung ist typischerweise die Selbst- und Fremdwahrnehmung gestört. Es kommt daher häufig zu einer Abnahme an Intimität, zu herabgesetztem Vertrauen und zu Selbstbeschuldigungen (Resick & Schnicke, 1992).

Es ist durchaus denkbar, dass es verschiedener Erklärungsansätze bedarf, je nachdem, welches Ereignis erlebt wurde. So ist davon auszugehen, dass eine Vergewaltigung stärkere Auswirkungen auf das Selbstbild hat als beispielsweise eine Naturkatastrophe. Auch Kriege

dürften das kognitive Schema der Unverletzlichkeit stärker beeinflussen als zum Beispiel ein Verkehrsunfall. Daher ist es sinnvoll, mehrere Modelle für die Erklärung der PTBS zu betrachten und die Vorteile der einzelnen Ansätze miteinander zu verbinden.

So sind die oben beschriebenen Modelle insgesamt gut geeignet, Schuldgefühle, sozialen Rückzug, eingeschränkten Affekt und Symptome wie Ängstlichkeit oder Hilflosigkeit zu erklären. Allerdings können auch diese Modelle das intrusive Wiedererleben nicht befriedigend begründen.

Neben den Modellen, die hauptsächlich auf die Veränderung der kognitiven Schemata fokussieren, gibt es noch Informationsverarbeitungsmodelle, die von Netzwerkstrukturen des Gehirns ausgehen. Ein bedeutender Ansatz der Netzwerkmodelle stammt von Foa & Kozak (1986). Ausgangspunkt ihrer Überlegungen war das Konstrukt der Furchtstrukturen von Lang (1977), das als ein Netzwerksystem im Gedächtnis zu verstehen ist. Durch eine extreme Angst in der traumatischen Situation werden so bestimmte Stimuli mit physiologischen und emotionalen Reaktionen verbunden, die zusammen als Furchtstruktur im Gedächtnis gespeichert werden. Die einmal entstandene Struktur kann dann sehr leicht durch Hinweisreize ausgelöst werden, da sie zumeist sehr viele Elemente umfasst. Jede einzelne Reaktion, egal ob gedanklich, emotional oder physiologisch, kann nun als Schlüsselreiz die gesamte Furchtstruktur aktivieren. Damit lassen sich vor allem die Intrusionssymptome erklären, die auf der Aktivierung der kognitiven Ebene beruhen. Die Kognitionen aktivieren dann ihrerseits die Emotionen und die Körperreaktionen, die alle im Gedächtnis wechselseitig miteinander verbunden sind.

Pitman (1988) schloss sich den Modellvorstellungen Foas an und übernahm die Vorstellung, dass sich PTBS aus einem Netzwerk von Furchtstrukturen zusammensetzt. Vor allem die Symptome des Wiedererinnerns bei einer Konfrontation mit Stimuli, die an das Trauma erinnern, lassen sich mit dem Modell gut erklären. Ebenfalls lassen sich mit diesem Modell die Intrusionen gut begründen. Pitman vermutet hierzu, dass das PTBS-Netzwerk aufgrund besonders starker neurophysiologischer Verbindungen und durch die starke physiologische Erregung, dem Hyperarousal, in der Lage ist sich selbst zu aktivieren.

Beide Autoren gehen davon aus, dass der spontane Aufbau einer Furchtstruktur nicht pathologisch, sondern ein ganz gewöhnlicher und adaptiver Vorgang ist, der hilft zukünftige Gefahren schnell zu erkennen und einzuordnen. Allerdings bildet sich die Furchtstruktur bei PTBS-Patienten nicht so schnell zurück wie bei Menschen, die ein traumatisches Ereignis unbeschadet überstanden haben. Als Ursache wird angenommen, dass dies auf eine prämorbid bestehende leichte Erregbarkeit und einfachere Konditionierbarkeit zurückzuführen ist. Dar-

über hinaus werden auch die Größe und Stärke der Furchtstruktur angeführt, die wiederum mit der Dauer und Intensität des Traumas in Zusammenhang gebracht werden.

Im kognitiven Modell von Ehlers und Clark (2000) geht es hauptsächlich um die Erklärung der fortbestehenden Angstsymptome, sowie die Darstellung der Entwicklung von Intrusionen, Hyperarousal und Emotionen. Die Autoren gehen davon aus, dass sich Angst normalerweise auf die Wahrnehmung einer zukünftigen Bedrohung bezieht, während PTBS eine Störung ist, die durch die Erinnerung an ein bereits erlebtes Ereignis hervorgerufen wird. Um diesen Widerspruch zu erklären, gehen Ehlers und Clark davon aus, dass sich eine chronische PTBS nur dann entwickelt, wenn die Verarbeitung des traumatischen Ereignisses dazu führt, dass sich der Betroffene gegenwärtig stark bedroht fühlt. Für die Wahrnehmung einer gegenwärtigen Bedrohung werden zwei Prozesse angenommen. Zum Einen individuelle Charakteristika des Traumagedächtnisses und frühere Erfahrungen, Überzeugungen und Bewältigungsstrategien, die sich auf das Traumagedächtnis auswirken und zum Zweiten die Interpretation des Traumas und/oder seiner Konsequenzen, die sich vor allem aus der kognitiven Verarbeitung während der traumatischen Situation ableiten lassen. Das Gefühl der Bedrohung ruft Intrusionen, Erregung und starke Emotionen, wie beispielsweise Angst, Ärger, Scham und Trauer hervor. Dysfunktionale Verhaltensweisen und maladaptive kognitive Strategien führen zu einer Aufrechterhaltung der Störung.

Die Betroffenen entwickeln einen Attributionsstil, der die Welt generell als gefährlich einstuft (z.B. „Ich bin nirgends sicher, das nächste Unglück wird bestimmt bald eintreten; die Bedrohung kann überall sein“) und häufig wird zudem die eigene Person stark abgewertet (z.B. „Ich verdiene es, dass mir schlimme Dinge passieren; ich habe mich zum Schlechten verändert“). Auch Aspekte des eigenen Erlebens und Verhaltens während des Traumas sowie des Traumaverlaufs (erste Symptome, Reaktion anderer, körperliche, finanzielle, berufliche Konsequenzen des Traumas) werden negativ aufgefasst. Das intrusive Wiedererleben wird von den Betroffenen häufig als „Ich werde verrückt“ interpretiert. Die emotionale Taubheit wird ebenfalls sehr katastrophisierend ausgelegt: „Ich bin innerlich tot. Ich werde mich anderen nie wieder nahe fühlen.“, Die Missinterpretation der intrusiven Symptomatik konnte von Ehlers, Mayou und Bryant (2003) auch für Kinder nachgewiesen werden. Die Autoren konnten belegen, dass der Gedanke verrückt zu werden mit einer PTBS sowohl drei als auch sechs Monate nach dem Trauma in Verbindung stand.

Die Person versucht anhand verschiedener kognitiver Strategien wie Gedankenunterdrückung, Kontroll- und Sicherheitsstrategien, selektive Aufmerksamkeit auf Gefahrenreize oder Vermeidungsverhalten, das Gefühl der gegenwärtigen Bedrohung in den Griff zu bekommen. Langfristig sind diese Strategien jedoch kontraproduktiv, da sie einerseits selbst PTBS-Symptome erzeugen und andererseits einer Veränderung der negativen Interpretationen des

Traumata, sowie der Verarbeitung des Traumagedächtnisses entgegenstehen. Es gibt vereinzelt Studien, die sich mit der Gedankenunterdrückung bei Kindern beschäftigt haben (z.B. Aaron, Zaglul & Emery, 1999; Ehlers et al., 2003). Die Befunde stützen die Annahme, dass die kognitive Strategie der Gedankenunterdrückung auch im Kindesalter ein signifikanter Prädiktor für die Entwicklung einer PTBS ist. Weitere maladaptive Strategien, die bereits von Kindern eingesetzt werden, sind Ablenkung, sozialer Rückzug, Beschuldigungen anderer Personen, emotionszentrierte Strategien (Stallard, Velleman, Langford & Baldwin, 2001) und Grübeln, beispielsweise darüber, warum das Ereignis ausgerechnet einem selbst passiert ist, wie es hätte verhindert werden können oder wie Gerechtigkeit wieder hergestellt werden könnte (Ehlers et al., 2003).

Durch die spezifischen Charakteristika des Traumagedächtnisses begründen die Autoren, dass PTBS Patienten einerseits Schwierigkeiten haben das Trauma oder manchmal auch nur bestimmte Aspekte des Traumas willentlich abzurufen, während andererseits sich ständig unerwünschte Intrusionen aufdrängen. Die schwache Elaboration und Einbettung ins autobiografische Gedächtnis hat zur Folge, dass der semantische Abrufweg ins Gedächtnis erschwert wird. Die Erinnerung hat keinen zeitlichen Kontext und wird somit nicht mit späteren korrektiven Informationen verbunden. Intrusionen werden hingegen durch häufig nicht bewusste assoziative Gedächtnisverbindungen sowie einer gesenkten Wahrnehmungsschwelle für Traumassoziierte Reize (Priming) ausgelöst.

Aus der Arbeitsgruppe von Ehlers und Clark liegen mittlerweile eine Vielzahl von Befunden vor, die die einzelnen Aspekte des Modells unterstützen (z.B. Mayou, Ehlers & Bryant, 2002; Steil & Ehlers, 2000).

Zusammenfassend wird in den kognitiven Modellen davon ausgegangen, dass traumatisierte Menschen mit Hilfe der kognitiven Strategien versuchen ihre Symptome zu bewältigen. Da diese Kognitionen oder Verhaltensweisen aber zumeist dysfunktionaler Natur sind, halten sie gleichzeitig die Störung aufrecht und können zu einer Chronifizierung beitragen. Durch kognitive Vermeidung, also den Versuch nicht an das Geschehene zu denken, wird beispielsweise eine Elaboration des Traumagedächtnisses verhindert. Auf der Verhaltensebene verhindern ein übertriebenes Sicherheitsverhalten und die Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern, eine Veränderung der Interpretation des Traumas.

#### **3.4.4 Biologische Modelle**

Die biologischen PTBS-Modelle versuchen die Symptomatik durch Veränderungen in verschiedenen psychophysiologischen, neurohormonellen und neuroanatomischen Systemen

zu erklären. Das Trauma wird als Auslöser der Veränderungen betrachtet und die PTBS-Symptome gelten als Folge der Dysregulation unterschiedlicher neurobiologischer Systeme.

Frühe neurokognitive Arbeiten gehen beispielsweise davon aus, dass eine lang anhaltende Traumatisierung einen Einfluss auf die Regulation im limbischen System hat, insbesondere dem Locus coeruleus. Van der Kolk, Greenberg, Boyd und Krystal (1985) sind der Meinung, dass es durch das Trauma zu einer Überempfindlichkeit der Noradrenalinrezeptoren kommt. Ausdruck dieser Hypersensitivität sind dann die Symptome der PTBS, wie beispielsweise das erhöhte Erregungsniveau, die leichte Reizbarkeit, die erhöhte Schreckhaftigkeit oder auch die Intrusionen. Die Rezeptoren reagieren so sensitiv, da durch eine körperliche Umstellung infolge des Traumas zuerst ein Noradrenalinmangel vorherrscht. Dieser äußert sich in den negativen Symptomen der Abstumpfung (Numbing) und der Einschränkung der affektiven Reagibilität. Den Autoren zufolge kommt es nach einer Traumatisierung auch zu einer verstärkten Aktivierung der zentralnervösen Opiatrezeptoren, was sich auf das Opfer analgetisch, also schmerzlindernd auswirkt. Zudem könnte durch die übermäßige Freisetzung der endogenen Opiate auch das Symptom der emotionalen Taubheit erklären werden.

Kolb (1987) geht ebenfalls von einer anhaltenden Dysregulation im limbischen System aus. Seiner Meinung nach führt die Überstimulation zu einer Schädigung kortikaler und neuronaler Strukturen. Er vergleicht diesen Vorgang mit den Schäden im auditorialen System nach lang anhaltender Lärmbelastung. In welchem Ausmaß die neuronalen Funktionen beeinträchtigt werden, hängt dabei sowohl von der Intensität als auch von der Dauer der traumatischen Belastung ab. Tatsächlich konnte nachgewiesen werden, dass Stress zu neuronalem Zelluntergang führen kann, der sich neuroanatomisch vor allem in einer hippocampalen Atrophie widerspiegelt (Bremner, Randall & Capelli, 1995; McEwen, 1998). Der Hippocampus übernimmt eine wichtige Funktion bei der Verarbeitung von komplexen Lern- und Gedächtnisprozessen. Eine stressbedingte hippocampale Atrophie könnte somit dazu beitragen, dass traumaspezifische Reize nicht im expliziten Gedächtnis (Hippocampus), sondern im impliziten Gedächtnis (Amygdala) als zusammenhangslose Sinneseindrücke gespeichert werden. Dadurch ließen sich die Amnesien, einzelne Aspekte der traumatischen Situation von PTBS Patienten, erklären.

Yule (1999) fasste die Ergebnisse mehrerer Studien zusammen, die einen kurvilinearen Zusammenhang zwischen der noradrenergen Aktivität im Zentralnervensystem und der Gedächtniskonsolidierung fanden. Bei sehr niedriger und sehr hoher Noradrenalinausschüttung sind diese Prozesse gestört, was sich auch in den für PTBS-Patienten typischen Amnesien äußern kann.

Ehlert, Wagner, Heinrichs und Heim (1999) gehen vor allem von einer Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse aus. Auf der Neurotransmitterebene wird ebenfalls von den Entgleisungen im noradrenergen System, sowie den endogenen Opiaten ausgegangen. Zusätzlich dazu wird von den Autoren in Stresssituationen die Freisetzung von Cortisol aus der Nebennierenrinde als Ergebnis der hypothalamischen Stimulation postuliert. Cortisol als Endprodukt der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse übt nachhaltige Effekte auf viele Organe des Körpers aus. Es beeinflusst sowohl den Körperstoffwechsel, das Immunsystem, als auch das Gehirn. Ebenso werden der Eiweiß-, Kohlenhydrat- und Fetthaushalt durch Cortisol mitgesteuert. Querverbindungen bestehen darüber hinaus zur unspezifischen Immunabwehr und zur Entzündungshemmung. Das Nebennierenrindenhormon Cortisol spielt darüber hinaus eine wichtige Rolle bei komplexen Prozessen, wie Aufmerksamkeit, Vigilanz oder auch der Gedächtniskodierung.

Bei chronischem Stress, wie er bei Personen mit psychotraumatischen Störungen vorliegt, würde man eine dauerhafte Erhöhung des Cortisolspiegels erwarten. Das Gegenteil ist allerdings der Fall. Da der Cortisolspiegel bei Personen mit PTBS niedriger ist, wird auch von einer paradoxen Regulation der Stressachse gesprochen. Bremner (1999) erklärt diesen inkonsistenten Befund, indem er in der Akutphase nach einer Traumatisierung von einem initial hohen Cortisolspiegel ausgeht, der dann im weiteren Verlauf der PTBS aufgrund der Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse zu einer gedrosselten Produktion von Cortisol führt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durch eine Traumatisierung Veränderungen in verschiedenen psychophysiologischen Systemen beobachtet werden können. Bislang konnten die Befunde noch nicht in ein übergeordnetes Modell integriert werden und auch eine Verbindung mit anderen ätiologischen Modellen zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS steht noch aus.

Es gibt vereinzelt Studien, die sich speziell mit den biologischen Veränderungen bei psychisch traumatisierten Kindern beschäftigen. Dabei gehen die meisten Autoren davon aus, dass der kindliche Organismus besonders vulnerabel auf chronischen Stress reagiert, da sich die Gehirnstrukturen noch in der Entwicklung befinden und es daher vielleicht sogar zu irreversiblen, neurobiologischen Abnormalitäten kommen kann (Bremner, 2003; Pine, 2003; Van der Kolk, 1998). Bei traumatisierten Kindern wird, analog zu den bereits oben beschriebenen Befunden an Erwachsenen, von einer Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse ausgegangen (De Bellis et al., 1994). Bezüglich der Cortisolspiegel ist die Befundlage inkonsistent. So fanden einige Autoren bei Kindern und Jugendlichen mit einer PTBS signifikant erniedrigte Cortisolspiegel (Goenjian et al., 2003; King, Mandansky, King, Fletcher & Brewer, 2001). Dagegen ließ sich in anderen Studien ein erhöhter

---

Cortisolspiegel nachweisen (Carrion, Weems & Ray, 2002; De Bellis, Keshavan & Clark, 1999).

Eine aktuelle Studie von Bruce, Fisher, Pears und Levine (2009) verglich die Morgencortisolspiegel von Pflegekindern mit Kindern, die aus Familien mit niedrigem Einkommen stammen, aber nicht misshandelt worden sind. Die fremduntergebrachten Kinder hatten signifikant niedrigere Morgencortisolspiegel im Vergleich zur Kontrollgruppe. Vertiefende Untersuchungen in der Pflegekindergruppe förderten zudem folgende Ergebnisse zutage: Niedrige Cortisolspiegel am Morgen sind mit schwerer physischer Vernachlässigung verknüpft, wohingegen hohe Cortisolwerte mit schwerem emotionalen Missbrauch korrelieren. Die Art der Misshandlung und/oder Vernachlässigung könnte daher als Erklärung für die oben beschriebenen inkonsistenten Befunde bezüglich des Cortisolspiegels herangezogen werden.

Desweiteren gehen Himpel und Hüther (2004) davon aus, dass Stress in früher Kindheit neben einer erhöhten Ängstlichkeit zu deutlicher kognitiver Einschränkung führt. Neben den kognitiven Defiziten kommt es auch zu einer Reihe weiterer neurobiologischer Veränderungen infolge übermäßiger Stresserfahrungen. Die Autoren führten verschiedene Gründe an, warum es auch nach einer Beseitigung der primären Stressoren weiterhin zu einer überdurchschnittlich hohen Belastung der Kinder kommt. Erstens gehen sie davon aus, dass aufgrund der häufigen Stresssituationen, die das Kind bereits erlebt hat, die Stressreaktion sehr viel schneller und leichter in Gang gesetzt wird (erhöhte Stress-Sensibilität). Zweitens sind diese Kinder aufgrund kognitiver und anderer Defizite weniger gut in der Lage, auf neue Situationen effiziente Strategien anzuwenden (eingeschränkte Strategiewahl). Sie reagieren ängstlich und sind leicht überfordert. Drittens neigen sie zur Ausbildung kurzfristig erfolgreicher, langfristig jedoch ungeeigneter Bewältigungsformen, z.B. zu apathischen, möglichst unauffälligem Verhalten (Anwendung gelernter maladaptiver Strategien). Dieses in der stressreichen Umgebung als hilfreich empfundene Verhalten ist aber weniger dienlich bei der Bewältigung anderer Lebenssituationen. So können auch scheinbar geringfügige Belastungen zu massiven Stressoren werden.

Die bisherigen Untersuchungen geben somit erste Hinweise, dass bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen neurobiologische Veränderungen vorliegen. Wie diese genau aussehen und wie sie interpretiert werden können, ist allerdings noch nicht abschließend geklärt. Insgesamt betrachtet befindet sich die Forschung zu den biologischen Auffälligkeiten, insbesondere bei Kindern, noch im Anfangsstadium und es bedarf daher weiterer prospektiver Studien.

### 3.4.5 Biopsychosoziale Modelle

Im biopsychosozialen Modell von Barlow (1988) werden biologische, psychologische und soziale Faktoren für die Genese einer PTBS verantwortlich gemacht. Damit liegt ein integratives Modell vor, das es ermöglicht zu erklären, warum nicht alle Betroffenen nach einem traumatischen Ereignis eine PTBS entwickeln und wovon die Dauer und Intensität der Symptomatik abhängen.

Nachdem in einigen Studien eine familiäre Häufung gefunden werden konnte (Barlow, 1988; Jones & Barlow, 1990), wird der biologischen Vulnerabilität eine grundlegende Rolle bei der Entstehung einer PTBS zugesprochen. Diese genetische Prädisposition manifestiert sich in einer labilen neurobiologischen Reagibilität und in Form einer autonomen Übererregung. Durch ein traumatisches Ereignis wird diese Vulnerabilität aktiviert, es kommt zu intensiven Alarmreaktionen bis hin zu Panikattacken. Es wird vermutet, dass die Alarmreaktion zuerst adaptiven Charakter besitzt. Durch die Verknüpfung externer und interner Stimuli kann es später auch ohne eine objektive Bedrohungssituation zu einer erlernten Alarmreaktion kommen. Dieser Teil des Modells weist einige Parallelen zu den Konditionierungstheorien auf.

Die psychologische Komponente besteht aus internalen oder externalen Kontrollüberzeugungen. Wird ein traumatisches Ereignis als unvorhersehbar und unkontrollierbar erlebt, also external attribuiert, so kommt es zu einer ängstlichen Besorgnis, die sich leicht zu einer chronischen Übererregtheit wandelt. Bei einer internalen Kontrollüberzeugung, also dem Gefühl das Trauma beeinflussen oder bewältigen zu können, wird trotz einer möglicherweise vorliegenden biologischen Vulnerabilität nur mit geringer Wahrscheinlichkeit eine PTBS entwickelt. Diese Bewertungsprozesse, gerade auch die positive oder negative Selbstwirksamkeitserwartung, weisen große Ähnlichkeit zu den Informationsverarbeitungstheorien auf. Es gibt Hinweise, dass solche Mechanismen bereits bei Kindern zu beobachten sind. Schneider, Unnewehr, Florin und Margraf (2002) konnten zudem zeigen, dass Kinder über sehr ähnliche Interpretationsstile verfügen wie ihre Eltern. Anhand des Interpretationsstiles konnte wiederum das Auftreten einer Angststörung vorhergesagt werden.

Die soziale Unterstützung wird im Modell von Barlow als weitere moderierende Variable bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS eingeführt. Bei den Prädiktoren der PTBS soll später noch genauer auf die soziale Unterstützung eingegangen werden.

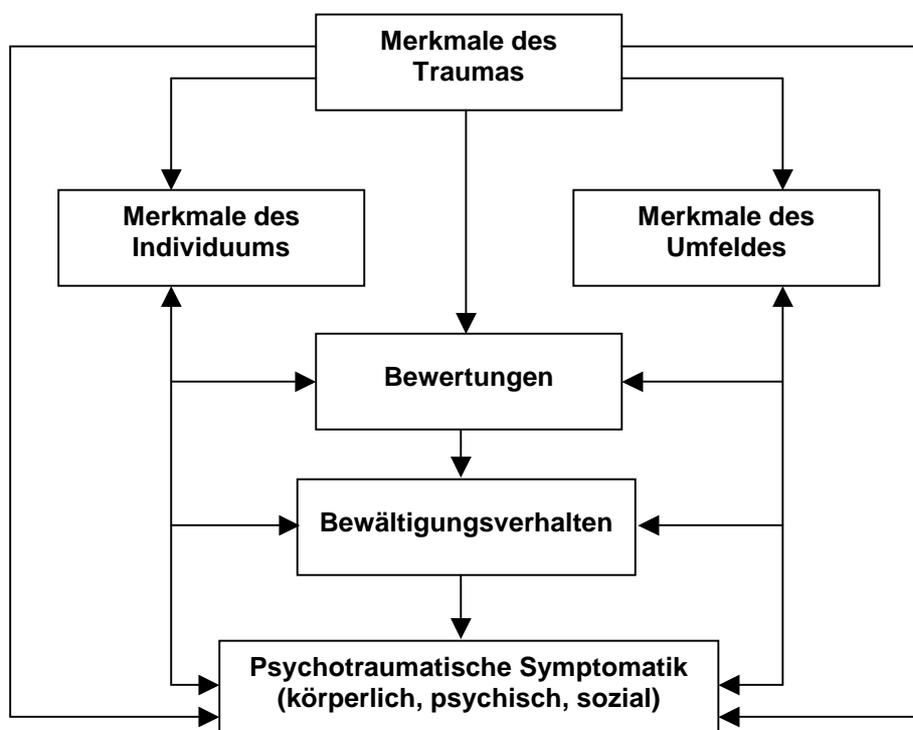
Ein weiteres Modell, welches einen integrativen Ansatz verfolgt, ist das Modell der psychosozialen Rahmenbedingungen von Green, Wilson und Lindy (1985). Die Autoren sammelten und kategorisierten verschiedene Einflussfaktoren. Die erste Kategorie bilden die Merkmale des Traumas selbst. Dazu gehören z.B. die Vorhersehbarkeit des Ereignisses oder ob die Situation lebensbedrohlichen Charakter hatte. Weiterhin spielen die individuellen Merkmale

der Person eine entscheidende Rolle. Hier wird vor allem auf die prämorbid Persönlichkeit, auf das Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung und auf das Bewältigungsverhalten der Person eingegangen. Die letzte Kategorie beschäftigt sich mit den Merkmalen der Umwelt. Hierzu zählen beispielsweise die soziale Unterstützung, die kulturellen Besonderheiten und eventuell vorliegende zusätzliche Stressoren.

Ein ähnliches Modell zur Kategorisierung der Risikofaktoren stammt von Udwin, Boyle, Yule, Bolton und O’Ryan (2000). Dieses wurde spezifisch für Kinder formuliert und sieht ebenfalls eine Dreiteilung vor. Die Autoren verfolgten einen zeitlich orientierten Ansatz und unterteilten die Risikofaktoren daher erstens in vor dem traumatischen Ereignis bereits vorhandene Risikofaktoren in der Familie und Merkmale des Kindes selbst, zweitens objektiv und subjektiv mit dem Trauma assoziierte Erlebnisse und drittens nach dem Trauma wirksame Variablen, zu denen unter anderem die soziale Unterstützung gerechnet wurde.

Ein weiteres Modell, das über die bisher genannten Dreiteilungen hinaus geht und weitere Faktoren integriert, wurde von Landolt (2003) vorgelegt. Beim Transaktionalen Traumabewältigungsmodell werden wesentliche Einflüsse und Zusammenhänge zwischen den Risikofaktoren aufgezeigt und Bewertungen und Bewältigungsverhalten des Kindes mit einbezogen. Abbildung 5 zeigt eine graphische Darstellung des Modells.

Abbildung 5: Transaktionales Traumabewältigungsmodell nach Landolt (2003)



Das Modell postuliert, dass die psychotraumatische Symptomatik des Kindes durch Merkmale des Traumas, des Kindes und des sozialen Umfeldes beeinflusst wird. Die Wirkung dieser Faktoren kann durch Bewertungs- und Copingprozesse modifiziert werden. Das traumatische Ereignis wird – analog den kognitiven Theorien – vom betroffenen Kind interpretiert und bewertet. Diese subjektiven Einschätzungen und Bewertungen beeinflussen direkt und indirekt die posttraumatische Symptomatik und diese wiederum beeinflusst über Feedbackprozesse die Merkmale des Individuums und des Umfeldes. Durch Rückkoppelungsprozesse kann es zu Neubewertungen des Trauma kommen. Somit können objektiv vergleichbare Traumata zu völlig unterschiedlichen psychotraumatischen Reaktionen führen. Die Bewältigung eines Traumas wird als aktiv gestaltetes, transaktionales Geschehen im Rahmen einer Wechselwirkung von Trauma, Kind und Umwelt dargestellt. Weiterhin werden im transaktionalen Traumabewältigungsmodell die einzelnen Prädiktorenmerkmale als Risiko- und als Schutzfaktoren betrachtet.

### **3.5 Prädiktoren der PTBS**

Neben den verschiedenen, teilweise sehr gut elaborierten Modellen und Theorien über die Ursachen der Entstehung einer PTBS gibt es auch eine Fülle von Studien, die sich damit befassen, welche Faktoren die Entstehung einer PTBS eher begünstigen bzw. eher verhindern. Es handelt sich zwar dabei nicht um vollständig ausgearbeitete Modelle, sondern mehr um Einzelbefunde zu bestimmten Aspekten, die mit der PTBS in Zusammenhang stehen. Dennoch können diese Befunde sehr aufschlussreich für ein vertieftes Verständnis zur Krankheitsentstehung und Aufrechterhaltung sein. Um sich bei der Fülle der einzelnen Ergebnisse besser orientieren zu können, wird auf das gerade vorgestellte Modell von Landolt (2003) zurückgegriffen. Nach der Gliederung des transaktionalen Traumabewältigungsmodells ergibt sich eine Unterteilung in fünf Kategorien: traumabezogene Merkmale, Merkmale des Kindes, Merkmale des Umfeldes, Bewertungen und Bewältigungsverhalten. Die im Folgenden dargestellten Befunde stammen von einzelnen Ausnahmen abgesehen ausschließlich aus Studien im Kindes- und Jugendalter.

#### **3.5.1 Merkmale des Traumas**

Zu den Eigenschaften, die dem Trauma selbst zugeschrieben werden können, zählen vor allem die Art, Dauer und Intensität eines Ereignisses, dem eine Person ausgesetzt war.

In der Literatur werden prinzipiell zwei verschiedene Arten von traumatischen Ereignissen unterschieden. Auf der Basis der unterschiedlichen Auswirkungen der kindlichen Traumatisierung wird zwischen Kindern mit einem einmaligen Trauma (Trauma-Opfer Typ I) und wiederholt traumatisierten Kindern (Trauma-Opfer Typ II) unterschieden (Terr, 1991). Zu den

Typ-I-Traumata zählen kurz dauernde traumatische Ereignisse, die sehr plötzlich und überraschend einsetzen, wie Naturkatastrophen, Unfälle oder kriminelle Gewalttaten. Länger dauernde, wiederholte Traumata, wie schwerwiegende physische oder psychische Erkrankungen innerhalb der Familie, emotionale und körperliche Verwahrlosung, Vernachlässigung, Gewalterfahrungen, anhaltender emotionaler Missbrauch, anhaltender sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung, werden als Typ-II-Trauma bezeichnet. Neben den bekannten posttraumatischen Symptomen kann es bei einem Trauma des Typs-II auch zu Persönlichkeitsveränderungen kommen, die die Anpassungsversuche des Individuums an die anhaltende Traumatisierung zum Ausdruck bringen (Butollo, Hagl & Krüsmann, 1999). Typische Abwehr- und Bewältigungsformen der Typ-II-Traumatisierung sind Verleugnung der Situation, Betäubung, Selbsthypnose, Dissoziation und selbstverletzendes Verhalten. Hinzu kommen veränderte Einstellungen gegenüber den Menschen, dem Leben und der eigenen Zukunft. Daraus entstehen oftmals korrupte Wertesysteme und brüchige Normen (Streeck-Fischer, 2004). Weiterhin können Bewusstseinsveränderungen und Gedächtnisstörungen bei Kindern mit Typ-II-Traumata auftreten. Da frühe Beziehungserfahrungen prozedural abgespeichert werden und die Gedächtnisinhalte damit dem Kind nicht direkt verfügbar sind und bewusst von ihm aktiviert werden können, zeigt sich das Erlebte vor allem in den Verhaltensweisen und Interaktionen mit anderen. Es bleibt dabei mitunter völlig unklar, was tatsächlich passiert ist und welche traumatischen Erfahrungen im Speziellen vorliegen (Streeck-Fischer, 2004).

Die PTBS in diese Kategorien zu gliedern ist aber zum Teil schwierig, da die Abgrenzungen sehr unscharf und unpräzise sind. So gibt es Fälle, in denen sich ein Typ-I-Trauma zu einem Typ-II-Trauma wandeln kann. Dies wäre bei einem scheinbar einmaligen Ereignis der Fall, das aber langfristige Konsequenzen nach sich zieht. Denkbar wäre hier z.B. ein Autounfall mit zahlreichen Folgeoperationen oder langdauernden Krankenhausaufenthalten.

Trotz der sich teilweise überlappenden Konstrukte, konzentriert sich die folgende Darstellung der Risikofaktoren auf die Typ-I-Traumatisierung, da ein Ereignis, das in diese Kategorie fällt, typischerweise die klassischen Symptome der PTBS auslöst, während ein Typ-II-Trauma oft komplexere Störungen nach sich zieht und mit höheren Komorbiditätsraten einhergeht.

Es hat sich gezeigt, dass für die Entwicklung einer PTBS vor allem der objektive Schweregrad eines Traumas, sowie der Traumadosis eine besondere Bedeutung zukommt (Lonigan et al., 1991; Smith et al., 2002). Eine aktuelle Studie von Frühe, Kultalahti, Röthlein und Rosner (2008) identifizierte analog dazu den Konfrontationsgrad als bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS. Kultalahti und Rosner (2008) konnten in einer Übersichtsarbeit, die 55 Einzelstudien berücksichtigte, die Stressorschwere als wichtigste traumabezogene Variable identifizieren. Die Schwere oder das Ausmaß eines traumatischen Er-

eignisses beinhaltet eine Reihe von Einzelfaktoren, die nicht unbedingt objektiv erfasst werden können, da sich beispielsweise die subjektive Bedeutung eines traumatischen Ereignisses für verschiedene Personen stark unterscheiden kann. Einzelmerkmale, die häufig untersucht wurden und dabei signifikante Ergebnisse lieferten, sind u.a. Lebensgefahr und der Verlust von Ressourcen. Udwin et al. (2000) konnten ebenfalls nachweisen, dass das PTBS Risiko steigt, wenn das Trauma mit Lebensgefahr, schweren Verletzungen, extremem Kontrollverlust sowie interpersonaler Gewalt verbunden ist (Udwin et al., 2000). Viele Studien konnten gerade den zuletzt genannten Aspekt bestätigen, dass die schlimmsten Traumatisierungen diejenigen waren, die von Menschenhand verursacht wurden. Daher sind Gewaltverbrechen, Folter, sexueller Missbrauch oder Vergewaltigungen besondere Gefahrenquellen für die Ausbildung einer PTBS, die sich auf das Ereignis selbst beziehen (Hausmann, 2003).

In der Studie von Udwin et al. (2000) hing die Entwicklung einer PTBS vor allen von den objektiven Merkmalen des Traumas ab. Bemerkenswerterweise ließ sich allerdings die Aufrechterhaltung und Schwere der Symptomatik am besten durch prätraumatische Vulnerabilitätsfaktoren des Kindes erklären, die im Folgenden näher erläutert werden.

### **3.5.2 Merkmale des Individuums**

Diese Modellkomponente setzt sich einerseits aus biologischen Merkmalen wie beispielsweise Geschlecht, Entwicklungsstand und Alter des Kindes zusammen. Andererseits werden hierunter auch psychologische Konstrukte wie Persönlichkeit, Temperament, Intelligenz, psychopathologischer Status und die psychopathologische Vorgeschichte zusammenfasst.

In Bezug auf das kindliche Geschlecht sind die empirischen Befunde relativ einheitlich. Sofern Unterschiede gefunden wurden, waren es immer die Mädchen, die höhere Raten an posttraumatischen Symptomen im Vergleich zu den Jungen berichteten (Mirza et al., 1998; Schneider, 2001; Stallard, Velleman, & Baldwin, 1998). Zur Erklärung des Geschlechtsunterschiedes gingen Lewinsohn, Gotlieb, Lewinsohn, Seeley & Allen (1998) von genetischen Faktoren aus. Hingegen argumentiert Bekker (1996), dass Jungen weniger bereit sind, über ihre Ängste zu sprechen und diese zuzugeben. Der Autor führt dies auf die verschiedenen Rollenerwartungen von Jungen und Mädchen zurück. Insofern könnten die unterschiedlichen Prävalenzraten mit der Sozialisation von Kindern zusammenhängen und das Ausmaß der Belastung für Jungen unterschätzen. Es gibt allerdings auch etliche Studien, in denen gar keine Geschlechtsunterschiede gefunden wurden (z.B. Aaron et al., 1999; Di Gallo et al., 1997; Landolt et al., 2005). Anzumerken bleibt, dass in der Übersichtsarbeit von Kultalahti und Rosner (2008) 41 Studien genannt werden, die sich mit den Geschlechtsunterschieden bei Kindern in Bezug auf PTBS-Symptome beschäftigen. Nur bei etwa einem Drittel der Stu-

dien konnten jedoch signifikante Effekte nachgewiesen werden. Der Großteil der Studien berichtet über keine geschlechtsspezifischen Differenzen.

Zur Bedeutung des Alters für die Entwicklung einer PTBS bei Kindern gibt es in der Literatur zwei unterschiedliche entwicklungspsychopathologische Erklärungsansätze. Pynoos (1994) sowie Howe und Courage (2004) argumentieren, dass eine Traumatisierung im jüngeren Alter schwerwiegendere Auswirkungen hat, da das Kind sich noch in der Entwicklung befindet. Zum Zeitpunkt der Traumatisierung müssten jüngere Kinder demnach ein höheres Risiko für die Entstehung einer PTBS im Vergleich zu älteren Kindern oder Jugendlichen aufweisen. Dabei ist es den Autoren zufolge unerheblich, ob das Kind die Traumatisierung aktiv ins Bewusstsein holen kann oder nicht. Howe und Courage gehen in letzterem Fall davon aus, dass das Kind indirekt durch die frühkindlichen Erfahrungen in seinen späteren Verhaltensweisen beeinflusst wird. Bailly (1999; zitiert nach Landolt, 2004) vertritt demgegenüber die Ansicht, dass der Stand der kognitiven und sprachlichen Entwicklung entscheidend für die Ausbildung einer PTBS ist. Das sehr junge Alter betrachtet er demzufolge als protektiv, da ein objektiv traumatisches Ereignis vom Kind noch nicht als solches erkannt und eingeschätzt wird. Zur Klärung dieser gegensätzlichen Interpretationen erscheint es sinnvoll, die Art des traumatischen Ereignisses zu betrachten. So kann beispielsweise die Lebensbedrohlichkeit einer elterlichen Erkrankung (z.B. Tumorerkrankung, HIV-Infektion, Depression mit hohem Suizidrisiko) vom Kind kaum adäquat beurteilt werden. Dagegen gibt es andere Ereignisse, wie beispielsweise Unfälle, kindlicher Missbrauch und extreme Gewalterfahrungen, die wohl auch schon von sehr jungen Kindern als bedrohlich und aversiv erfasst werden und demzufolge auch eine PTBS auslösen können. Zusammenfassend sind die Ergebnisse zu den Alterseffekten noch nicht abschließend geklärt und es liegen derzeit viele konträre Befunde vor. Es mangelt vor allem an Arbeiten mit breitem Altersspektrum und genügend großer Stichprobe (Kultalahti & Rosner, 2008).

Zu den Merkmalen, die auf die Person zurückzuführen sind, wird häufig auch die Bedeutung vorangegangener psychischer Störungen gezählt. Vorbestehende psychische Auffälligkeiten haben sich in der Literatur wiederholt als Risikofaktor für die Genese einer PTBS herauskristallisiert (Mirza et al., 1998; Udwin et al., 2000). In einer qualitativen Übersichtsarbeit lieferten 13 von 15 Studien signifikante Ergebnisse und stellten die psychische Morbidität des Kindes somit als wichtigen Risikofaktor dar (Kultalahti & Rosner, 2008). Die Einzelbefunde bezüglich der psychiatrischen Anamnese sind allerdings teilweise sehr uneinheitlich. Es wird davon ausgegangen, dass frühere psychische Probleme die Fähigkeit mit einer Krise umzugehen herabsetzen (Ruch & Chandler, 1983). Das bedeutet, dass die verschiedenen Störungen möglicherweise in Zusammenhang mit denselben Mediatoren stehen.

Frühere Traumatisierungen haben sich ebenfalls als erheblicher Risikofaktor herausgestellt (z.B. Mirza et al., 1998; Udwin et al., 2000). Dies steht im Einklang mit den bereits zitierten Befunden, dass die Entwicklung einer PTBS auch von der Traumadosis abhängig ist (Smith et al., 2002).

Bezüglich der intellektuellen Entwicklung hat sich ein hohes schulisches Bildungsniveau als protektiver Faktor für die Entwicklung posttraumatischer Symptome erwiesen (Yule & Udwin, 1991). Analog dazu fanden Brewin, Andrews und Valentine (2000) in einer Metaanalyse von 77 Studien mit Erwachsenen bedeutsame Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS, zu denen unter anderem niedrige Intelligenz gehörte.

Schließlich wurde auch ein Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Herkunft und der Stärke der posttraumatischen Symptomatik gefunden (Kar et al., 2007). Vor allem Kinder aus der Unterschicht entwickelten schwerere Störungen. Es wird vermutet, dass Unterschichtangehörige über weniger Bewältigungsressourcen verfügen und daher die Entwicklung einer PTBS begünstigt wird (Levi, Drotar, Yeates & Taylor, 1999).

Neben den bereits erwähnten Faktoren spielt auch die Art und Intensität der peritraumatischen emotionalen Reaktion eine wichtige Rolle für die Entstehung einer PTBS. Frühe et al. (2008) fokussierten vor allem auf die erlebte Angst als bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung posttraumatischer Symptomatik. Darüber hinaus konnte die Übersichtsarbeit von Kultalahti und Rosner (2008) sowohl Angst als auch die wahrgenommene Belastung und den emotionalen Stress während der traumatischen Situation als Prädiktoren einer PTBS identifizieren.

Von einigen Autoren wird Verhaltenshemmung (behaviorale Inhibition) als Temperamenteigenschaft verstanden, die ein zurückgezogenes, vorsichtiges, vermeidendes und schüchternes Verhalten in neuen, unvertrauten Situationen oder fremden Umgebungen beschreibt (Kagan, 1994). Prospektive Untersuchungen konnten zeigen, dass verhaltensgehemmte Kinder ein höheres Risiko für die Ausbildung kindlicher Angststörungen tragen (Biederman, Rosenbaum, Hirshfeld, Faraone, Bolduc, et al., 1990; Biederman, Rosenbaum, Bolduc-Murphy, Faraone, Chaloff, et al., 1993).

Dissoziation bewahrt die Person kurzfristig vor den katastrophalen Ausmaßen des traumatischen Ereignisses. Durch das scheinbare Verlassen des eigenen Körpers und dem damit verbundenen Realitätsverlust wird dem Betroffenen ein Gefühl der Distanz und Sicherheit vermittelt. Das Individuum sieht sich gewissermaßen aus der Zuschauerperspektive und schützt sich durch diesen Mechanismus vor den unmittelbaren Schmerzerfahrungen. Es wird von einigen Autoren (z.B. Hetzel & McCanne, 2005) vermutet, dass die peritraumatische Dissoziation einen Risikofaktor für PTBS darstellt, da sie die Person davon abhält sich mit

den traumatischen Erinnerungen aktiv auseinander zu setzen. Aktuelle Studien (Daviss et al., 2000; Frühe et al. 2008) konnten allerdings keinen direkten Zusammenhang zwischen Dissoziation und PTBS-Symptomatik herstellen. Dementsprechend wird von einigen Forschern die Vorhersagekraft der Dissoziation auf die Entwicklung einer PTBS in Frage gestellt (z.B. Kassam-Adams & Winston, 2004).

### **3.5.3 Merkmale des Umfeldes**

Zu den Merkmalen des sozialen Umfeldes werden vor allem Variablen, die das Beziehungsnetz des Kindes betreffen, gerechnet. Dazu zählen beispielsweise die Qualität der Beziehungen zu Gleichaltrigen, das Familienklima, die psychische Befindlichkeit der Eltern und vor allem Prozesse der sozialen Unterstützung. Durch die Abhängigkeit des Kindes von Erwachsenen werden die Entwicklung und der Verlauf einer PTBS gerade im Kindesalter erheblich von Faktoren des sozialen Umfeldes beeinflusst.

Eine große Bedeutung kommt dabei naturgemäß den Eltern oder im speziellen Fall den Pflegeeltern zu, da sie bis zum Jugendalter in der Regel die nächsten Bezugspersonen des Kindes sind. Allgemeine psychopathologische Auffälligkeiten (Green et al., 1991; Frühe et al., 2008) und vor allem das Vorhandensein von posttraumatischer psychischer Auffälligkeit bei den Eltern erhöht das Krankheitsrisiko für PTBS bei den Kindern enorm (De Vries et al., 1999; Schreier, Ladakakos, Morabito, Chapman & Knudson, 2005).

Weiterhin hat sich ein Familienklima, welches von Konflikten, niedriger Eigenständigkeit und niedrigem Zusammenhalt geprägt ist, nachweislich als Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS erwiesen (Linning & Kearney, 2004). Weitere familiäre Faktoren, wie z.B. eine negative Atmosphäre im Elternhaus, ein dysfunktionaler Familienzusammenhalt oder häusliche Gewalt konnten ebenfalls mit der Entwicklung einer PTBS in Zusammenhang gebracht werden (Green et al., 1991; McFarlane, 1987; Udwin et al., 2000).

Welchen Einfluss die Schule und die Gleichaltrigengruppe im Hinblick auf die Bewältigung psychischer Traumata ausübt, wurde von Yule (1992b) erforscht. In der Schule erfahrene soziale Unterstützung hat eine protektive Wirkung in Bezug auf die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten nach einem traumatischen Ereignis. Da mit zunehmenden Alter des Kindes dem Freundes- und Bekanntenkreis eine immer stärkere Bedeutung zukommt, ist ein Verständnis der Zusammenhänge aus entwicklungspsychologischer und sozialpsychologischer Sicht sehr wichtig.

Kinder, die wiederum von ihren Eltern hohe soziale Unterstützung erfuhren, entwickelten insgesamt weniger traumabezogene Symptomatik (Yule, 1992b). Es wird vermutet, dass die soziale Unterstützung als Puffer gegen Stresseffekte wirkt und daher einen mildernden Ein-

fluss auf die Auswirkungen der belastenden Situation ausübt. Dabei kommt es vor allem auf das Ausmaß und die Qualität der elterlichen Unterstützung an. Analog dazu wurde in einer Metaanalyse von Brewin et al. (2000) ein Mangel an sozialer Unterstützung als Risikofaktor bei Erwachsenen identifiziert.

Lauterbach, Koch und Porter (2007) konnten in einer großangelegten Umfrage in den USA, der sogenannten „National Comorbidity Survey“ (NCS) mit annähernd 6.000 Personen zeigen, dass ein Mangel an Unterstützung in der Gleichaltrigengruppe, von Seiten der Mutter oder von Seiten des Vaters signifikant mit einer PTBS in Zusammenhang stand. Durch die disjunktive Verbindung steigt insbesondere die Bedeutung des Freundeskreises und der Schule, die bislang eher selten erforscht wurden.

Lebensstress in der Folge eines traumatischen Ereignisses erwies sich in der Studie von Brewin et al. (2000) nach Mangel an sozialer Unterstützung als zweitwichtigster Faktor bei der Entwicklung einer PTBS. In der Zusammenschau von Kultalahti und Rosner (2008) lieferten sechs von sieben Studien signifikante Ergebnisse und untermauern damit die Bedeutung von kritischen Lebensereignissen als Risikofaktor auch für die Entwicklung einer PTBS bei Kindern und Jugendlichen.

Gerade das Vorhandensein zusätzlicher Lebensbelastungen und der Mangel an sozialer Unterstützung bieten eine Erklärung dafür, warum nicht alle einem Trauma ausgesetzten Individuen längerdauernde psychische Störungen entwickeln.

#### **3.5.4 Bewertungsprozesse**

Die subjektive Bewertung des traumatischen Ereignisses spielt im transaktionalen Trauma-bewältigungsmodell nach Landolt (2003) eine wichtige Rolle. In Anlehnung an die Stresstheorie von Lazarus und Folkman (1984) dienen die Bewertungsprozesse vor allem der Auswahl der Strategien, welche zur Bewältigung einer belastenden Situation eingesetzt werden. Das Trauma wird vom betroffenen Kind in eine Reihe von möglichen Bewertungskategorien eingeordnet, die sich entweder auf die Bedeutung des Traumas (primäre Bewertung) oder auf die verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten beziehen (sekundäre Bewertung).

Bislang wurden in der Literatur vor allem die traumabezogenen Bewertungskategorien der Bedrohung und Belastung untersucht und weniger die sekundäre Bewertung. Dabei hat sich gezeigt, dass die subjektiv eingeschätzte Bedrohlichkeit des Traumas von entscheidender Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf einer PTBS ist (z.B. Hobbie et al., 2000; Stallard et al., 1998). Interessanterweise war in den meisten Studien die kindliche Symptomatik enger mit der subjektiven Bewertung des Traumas korreliert als mit den objektiven Trauma-

merkmalen. Je größer das Gefühl der erlebten Hilflosigkeit war, desto höher war auch das Risiko für eine PTBS.

Joseph, Brewin, Yule und Williams (1993) beschäftigten sich vor allem mit den Kausalattributionen von betroffenen Kindern nach einem Schiffsunglück. Die Autoren fanden ein erhöhtes Risiko für posttraumatische Reaktionen bei Jugendlichen, die trotz offensichtlich unkontrollierbarem äußeren Ereignis eine Mitschuld am Ereignis auf sich nahmen und die Ursachen internal attribuierten.

Anzumerken bleibt noch die Schwierigkeit der Erfassung von Bewertungen und Attributionen im Kindesalter, da vor allem jüngere Kinder entwicklungsbedingt Probleme haben, ihre Gedanken strukturiert zu verbalisieren. Dies dürfte die geringe Zahl von Studien in diesem Bereich erklären.

Schließlich wurde auch die Bedeutung elterlicher Bewertungsprozesse für die kindliche Anpassung nach einer schwerwiegenden Erkrankung untersucht (Stuber et al., 1997). Die Autoren zeigten bei Kindern und Jugendlichen nach erfolgreicher Krebsbehandlung, dass mütterliche Bewertungen der Lebensbedrohung und der Behandlungsintensität zu Angstsymptomen beitrugen und die traumabezogenen Bewertungen der Kinder beeinflussten. Kinder leiten die Interpretationen des traumatischen Geschehens auch aus den Reaktionen der Eltern ab (Deblinger, Steer & Lippmann, 1999). Eltern, Pflegepersonen und andere nahe Bezugspersonen spielen daher als Interaktionspartner sowie als Modell für funktionale oder dysfunktionale Bewertungsprozesse eine wichtige Rolle .

### **3.5.5 Bewältigungsstrategien**

Unter Bewältigungsprozessen oder auch „Coping“ werden all jene kognitiven und verhaltensbezogenen Bemühungen verstanden, die dazu dienen mit Anforderungen umzugehen, die die Fähigkeiten einer Person beanspruchen oder sogar übersteigen (Lazarus & Folkman, 1984). Um sich mit unangenehmen Lebenssituationen, Krisen, Konflikten oder Katastrophen auseinander zu setzen ist häufig eine Anpassung des Individuums erforderlich. Die betreffende Person versucht, durch konkretes Bewältigungsverhalten ihr Gleichgewicht wiederherzustellen und somit den aversiven Zustand zu beseitigen.

Die einfachste Untergliederung der Bewältigungsstrategien ist eine Zweiteilung von Lazarus und Folkman (1984) in problemorientiertes und emotionsorientiertes Coping. Personen, die die Welt als veränderbar und beeinflussbar wahrnehmen, wenden eher problemorientierte Coping-Strategien an. Das problemorientierte Coping umfasst somit diejenigen Strategien, die die negativen Auswirkungen einer belastenden Situation durch eine aktive Handlung gering halten oder verhindern sollen. Wird hingegen die Belastungssituation als unveränderbar

und außerhalb der eigenen Einflussmöglichkeiten wahrgenommen, so tendieren die Betroffenen eher zum emotionsorientierten Coping.

Ein wesentlicher Kritikpunkt, der von vielen Forschern (z.B. Parker & Endler, 1996) an dieser Einteilung geäußert wurde, ist die Vielzahl von möglichen emotionsregulierenden Strategien, die in ihrer Funktionsweise erheblich differieren. Es kann beispielsweise sowohl Verleugnung, Vermeidung, als auch positive Reinterpretation unter dem emotionsorientierten Coping verstanden werden. Das bedeutet, unter dem Begriff emotionsorientiertes Coping werden sowohl Annäherungs- (z.B. ständiges Grübeln über das Problem), als auch Vermeidungstendenzen (z.B. der Versuch nicht an das Problem zu denken) subsumiert.

Um diesen Misstand zu beheben, wurde eine dritte Gruppe von Strategien dieser Systematik hinzugefügt. Diese bezieht sich auf Vermeidungsstrategien, die die Konfrontation mit den aversiven Belastungsfolgen, aber auch mit dem Stressor selbst verhindern oder aufschieben sollen (Parker & Endler, 1996). Die Dreiteilung versteht nun unter emotionsorientiertem Coping ausschließlich annähernde Strategien. Vermeidende Strategien, auch Emotionsunterdrückung, gehören zur dritten Gruppe (Mikulincer & Florian, 1996).

Somit gibt es in der Forschung drei hauptsächliche Copingstrategien, die überwiegend untersucht worden sind. Fast alle entwickelten Coping-Erhebungsmethoden verwenden diese drei grundlegenden Dimensionen des problemorientierten, emotionsorientierten und vermeidungsorientierten Copings.

Im transaktionalen Traumabewältigungsmodell wird die Auswahl der Bewältigungsstrategie durch Merkmale des Traumas, der Person und des Umfeldes sowie durch Bewertungsprozesse beeinflusst (vgl. Abbildung 5).

Aaron et al. (1999) untersuchten Kinder nach einem Unfall und fanden, dass die Vermeidung der Auseinandersetzung mit den belastenden Bildern und Gedanken das Risiko von länger dauernden posttraumatischen Belastungsstörungen erhöht. Ebenso konnten Stallard et al. (2001) zeigen, dass die posttraumatische Belastung mit der Verwendung von maladaptiven Strategien einhergeht. Kinder, die einen Verkehrsunfall erlebt hatten und PTBS-Symptome entwickelten, verwendeten vor allem Ablenkungsstrategien, emotionszentrierte Strategien, sozialen Rückzug und Beschuldigungen anderer Personen.

Allerdings muss bei diesen Betrachtungen auch die Überschneidung zwischen dem Copingkonzept und den Kriterien der PTBS beachtet werden. Vermeidung kann in diesem Zusammenhang sowohl als Copingstrategie, als auch als Symptom der PTBS interpretiert werden. Dadurch kommt es zu künstlich überhöhten Korrelationen, die eventuell nicht die tatsächlichen Gegebenheiten widerspiegeln.

Zusammenfassend konnte eine Vielzahl unterschiedlichster Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS-Symptomatik nachgewiesen werden. Insbesondere die Stressorschwere, die psychische Morbidität des Kindes bzw. Jugendlichen, sowie ein Mangel an sozialer Unterstützung und das Vorhandensein von kritischen Lebensereignissen in der Folge eines traumatischen Ereignisses haben empirisch abgesichert einen entscheidenden Einfluss auf die Ausprägung einer PTBS. Hinzu kommen vermittelnde Faktoren wie Bewertungs- und Bewältigungsstrategien, die sich wiederum auf die Dauer und Schwere der PTBS auswirken.

## 4. Fragestellungen und Hypothesen

Das primäre Ziel der Untersuchung besteht in der Ermittlung der Prävalenz von traumatischen Ereignissen und der Entwicklung einer PTBS und weiterer Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, die in Pflegefamilien untergebracht sind. Weiterhin sind aber auch bestimmte Vulnerabilitäts- bzw. Schutzfaktoren relevant, die die PTBS-Symptomatik beziehungsweise das kindliche Problemverhalten beeinflussen, z.B. die Anzahl der Fremdunterbringungen, die Dauer des aktuellen Aufenthaltes, ob Kontakt zur Ursprungsfamilie besteht und wenn ja, wie häufig der Kontakt zu den leiblichen Eltern stattfindet oder welche Rolle der Herausnahmegrund für die Pathologie spielt. Dabei ist natürlich auch der Umstand, ob es sich nur um eine zeitweilige Unterbringung handelt, mit der Möglichkeit zur Rückkehr in die Ursprungsfamilie, oder ob die Kinder dauerhaft in der Pflegefamilie bleiben sollen, mit einzubeziehen. Insgesamt liegen für die statistischen Berechnungen drei Stichproben vor: eine von der LMU München und zwei Stichproben des Deutschen Jugendinstituts (Explorationsstichprobe und Hauptstichprobe; siehe auch 5.3 Stichprobenbeschreibung), die für die vorliegende Arbeit als Vergleichsstichproben in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt wurden. In den beiden Stichproben des DJI wurde kein Instrument zur Diagnosestellung einer PTBS verwendet, dennoch interessiert auch hier, wie viele Pflegekinder möglicherweise durch traumatische Erfahrungen in der Vorgeschichte belastet sind. Daher soll auf der Grundlage der statistischen Zusammenhänge der LMU-Stichprobe eine vorsichtige Schätzung der PTBS-Prävalenz der DJI Stichproben vorgenommen werden. Aus diesen Vorüberlegungen leiten sich die folgenden Fragestellungen und Hypothesen ab.

### 1. Traumatische Ereignisse und PTBS-Häufigkeiten in der LMU-Stichprobe

Fragestellung 1: Wie viele Kinder berichten über mindestens ein potenziell traumatisches Ereignis und wie hoch liegt die Prävalenzrate der PTBS in der von der LMU untersuchten Stichprobe?

Hypothese 1 a: Epidemiologische Studien in der Allgemeinbevölkerung konnten aufdecken, dass die Raten für traumatische Ereignisse bei Jugendlichen zwischen 20-40% liegen (vgl. Breslau et al., 1991; Essau et al., 1999; Perkonigg et al., 2000). Basierend auf dem Wissen, dass Kinder nur in schwerwiegenden Fällen aus ihren Ursprungsfamilien herausgenommen werden, liegt die vermutete Prävalenz für traumatische Erlebnisse bei mindestens 70%. Die Rate wird nicht zu 100% angenommen, da Müttern bzw. Eltern, die dem Jugendamt einschlägig bekannt sind, in der Regel auch das Sorgerecht für später geborene Kinder entzogen wird und diese somit oftmals direkt nach der Geburt fremd-

platziert werden und daher keine traumatischen Erfahrungen in die Pflegeverhältnisse „mitbringen“.

Hypothese 1 b: Aufgrund der Angaben in bisherigen empirischen Studien wird angenommen, dass die PTBS-Vollbild-Prävalenz für misshandelte Kinder nach den Kriterien von Scheeringa bei etwa 30% liegt (vgl. Ackerman et al., 1998; Dubner & Motta, 1999; Famularo et al., 1996). Die ICD-10-Diagnose dürfte demnach aufgrund der unspezifischeren Diagnoseformulierungen bei etwa 20% liegen. Die formal strengen Kriterien des DSM-IV, die ähnlich den ICD-10-Kriterien nicht sensitiv genug für den Kinder- und Jugendbereich sind, liegen in etwa bei 5% (Ohmi et al., 2002; Scheeringa & Zeanah, 2008; Scheeringa et al., 2003). Da die Kinder zum Zeitpunkt einer möglichen Traumatisierung noch sehr jung waren und daher vermutet wird, dass sie sich nicht an ein spezifisches Ereignis erinnern können und zudem oftmals gerade bei Vernachlässigung oder Misshandlung nicht nur ein einzelnes traumatisches Ereignis vorlag, sondern wiederholte Gewaltakte stattgefunden haben, werden auch einzelne Belastungssymptome ohne Berücksichtigung des A-Kriteriums ausgewertet. Klinisch bedeutsame Symptome der PTBS werden aufgrund der Risikostichprobe in etwa 90% der Fälle erwartet.

## 2. Risikofaktoren der PTBS-Symptomatik

Eine Vielzahl von Faktoren steht in Verdacht, einen Einfluss auf die PTBS-Entwicklung und die Schwere der Symptomatik auszuüben. Basierend auf dem bisherigen Wissen über die PTBS sollen daher sieben mögliche Risikofaktoren näher geprüft werden: das Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Ursprungsfamilie, das Geschlecht der Kinder, die Dauer der aktuellen Pflegschaft, der Einfluss eines ungesicherten Verbleibs in Form einer nur zeitweiligen Unterbringung, die Anzahl der bisherigen Fremdplatzierungen, die Kontakthäufigkeit zur Ursprungsfamilie und die erlebte Art der Traumatisierung.

Hypothese 2a: Je älter die Kinder bei Beginn des Pflegeverhältnisses sind, desto größer ist die PTBS-Symptombelastung, da sie insgesamt länger unter widrigen Umständen leben mussten.

Hypothese 2b: Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse aus der Literatur zeichnen Mädchen sich durch größere Vulnerabilität für psychische Störungen aus als Jungen und haben daher auch häufiger eine PTBS Diagnose nach dem DSM-IV.

Hypothese 2c: Je kürzer die Dauer der Pflegschaft bisher war, desto prägnanter sind die Erlebnisse noch für die betroffenen Kinder und desto höher wird auch hier der Zusammenhang zu den PTBS-Symptomen ausfallen.

Hypothese 2d: Die Angst vor der Rückkehr in die belastenden Verhältnisse der Ursprungsfamilie verhindert bei einer zeitweiligen Unterbringung die Traumaverarbeitung. Deswegen ist bei einem ungesicherten Verbleib im Vergleich zur dauerhaften Unterbringung mit einer höheren PTBS-Symptombelastung zu rechnen.

Hypothese 2e: Es wird angenommen, dass einerseits einige der typischen PTBS-Symptome, wie beispielsweise die Intrusionen, Albträume, Wutausbrüche, Schreckhaftigkeit sowie Konzentrationsschwierigkeiten mit dazu beitragen, dass Pflegeverhältnisse in die Brüche gehen, da Pflegeeltern mit diesen Verhaltensauffälligkeiten überfordert sein können. Andererseits behindern häufige Bezugspersonenwechsel die Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen, wodurch die Symptombelastung aufrechterhalten wird und bei Kindern, die mehrfach umplatziert wurden, somit deutlich höher liegt als bei Kindern, die seltener einen Lebensraumwechsel in ihrer Vergangenheit hatten.

Hypothese 2f: Aufgrund der Erkenntnisse aus den bisherigen Forschungsergebnissen stehen regelmäßige Besuchskontakte im Zusammenhang mit stärkeren psychischen Belastungen auf Seiten der Pflegekinder (vgl. Cappenberg, 2004; Kötter, 1997; Kötter & Cierpka, 1997; Maywald, 2001; Schofield, Beek & Sargent, 2000). Als ursächlich wird vor allem gesehen, dass Besuchskontakte eine kritische Distanzierung von den traumatisierenden Bindungspersonen verhindern und somit der Traumaverarbeitung entgegenstehen. Daher wird ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Kontakte zur Ursprungsfamilie und der Schwere der PTBS-Symptombelastung prognostiziert.

Hypothese 2g: Pflegekinder erleben in der Regel kein einmaliges, eng umschriebenes traumatisches Ereignis, sondern sind häufig multiplen und chronischen Traumatisierungen ausgesetzt (vgl. Oswald, Fegert & Goldbeck, in press). Daher wird vermutet, dass die Summe der angegebenen Ereignisse sowie die Summe der Herausnahmegründe mit der Schwere der Symptomatik in Zusammenhang steht.

### 3. Risikofaktoren der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten

Das kindliche Verhalten wird in der vorliegenden Arbeit mit der Child Behavior Checklist (CBCL) erfasst. Diese gruppiert das Verhalten grundsätzlich in internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten. Darüber hinaus können über die einzelnen Subskalen auch soziale Probleme, Depressivität, aggressives Verhalten oder delinquentes Verhalten abgefragt werden. Dem kindlichen Verhalten werden ähnliche Variablen wie bei der PTBS Belastung zugrunde gelegt. D.h. es wird für die Variablen Alter, Geschlecht, Dauer der Pflege, zeitweise Unterbringung, Anzahl bisheriger Fremdplatzierungen, Kontakthäufigkeit zur

Herkunftsfamilie sowie der Grund der Inpflegegabe geprüft, wie groß die jeweiligen Effekte auf das kindliche Problemverhalten sind. Diese Faktoren werden sowohl für die Stichprobe der LMU München, als auch für die Hauptstichprobe des DJI überprüft, nicht aber für die Explorationsstichprobe des DJI, da für diese keine soziodemographischen Daten, mit Ausnahme des Geschlechts, vorliegen. Die Variable Geschlecht wird für alle drei Teilstichproben geprüft.

Hypothese 3a: Das Alter bei der Herausnahme bestimmt maßgeblich die Belastung der Kinder und hat zudem großen Einfluss auf den Sozialisierungsprozess. Daher wird vermutet, dass Kinder, die erst nach einigen Jahren aus ihrer Ursprungsfamilie herausgenommen wurden, eine schlechtere soziale Anpassung und mehr problematisches Verhalten zeigen als Kinder, die bereits früher die Familie wechselten.

Hypothese 3b: Studien in der Normalbevölkerung finden häufig, dass Jungen mehr externalisierende Verhaltensweisen zeigen und Mädchen eher zu internalisierenden Verhaltensweisen tendieren (z.B. Denner, 2003). Daher wird dieser geschlechtsspezifische Effekt auch in der vorliegenden Untersuchung erwartet.

Hypothese 3c: Es wird ein positiver Zusammenhang zwischen der Dauer des Pflegeverhältnisses und der psychischen Stabilisierung der Pflegekinder vermutet. Pflegekinder, die länger in ihren Pflegefamilien leben, zeigen demnach weniger Problemverhaltensweisen.

Hypothese 3d: Bei einer zeitweiligen Unterbringung ist davon auszugehen, dass der Kontakt und somit auch der Einfluss der leiblichen Eltern viel unmittelbarer ist, als bei Pflegekindern, die dauerhaft in ihren Pflegeverhältnissen verbleiben. Die destabilisierende Wirkung der Herkunftsfamilie sollte daher bei einer befristeten Unterbringung im Vergleich zu einer dauerhaften Unterbringung eine größere Rolle spielen und demzufolge mit stärkeren Verhaltensauffälligkeiten einhergehen.

Hypothese 3e: Kindliches Problemverhalten kann sowohl Ursache für viele Fremdplatzierungen und Pflegeabbrüche sein, als auch eine Folge der gescheiterten Beziehungsaufnahmen (Newton, Litrownik & Landsverk, 2000). Interessanterweise steigen in der Literatur mit der Zahl der Pflegeverhältnisse die internalisierenden ebenso wie externalisierenden Problemverhaltensweisen, wohingegen fast ausschließlich die externalisierenden Verhaltensweisen für einen Abbruch des Pflegeverhältnisses sprechen. Es wird daher angenommen, dass vor allem diejenigen Kinder mit einem häufigeren Wechsel der Unterbringung ein stärkeres Ausmaß an internalisierenden und externalisierenden Problemverhaltensweisen zeigen.

Hypothese 3f: Wie bereits weiter oben erläutert, deuten die bisherigen Forschungsbefunde auf einen Zusammenhang zwischen häufigen Besuchskontakten und starken psychi-

schen Belastungen des Pflegekinds hin. Aufgrund der vermuteten starken Anspannung bei den Kontakten fallen die Kinder stärker zurück in alte, inadäquate Verhaltensmuster und zeigen daher bei häufigerem Kontakt auch signifikant mehr Problemverhaltensweisen.

Hypothese 3g: Da es bislang kaum empirische Studien zu den Auswirkungen zwischen der Anzahl der Unterbringungsgründe und den problematischen Verhaltensweisen gibt, soll explorativ untersucht werden, welche Zusammenhänge zwischen einer Mehrfachbelastung hinsichtlich mehrfacher Fremdunterbringungsgründe und dem kindlichen Problemverhalten bestehen. Für die Stichprobe der LMU München gibt es zudem die Angaben der Pflegekinder über die potentiell traumatischen Ereignisse, so dass auch hier die Folgen der Summe der berichteten Ereignisse auf das kindlichen Verhalten genauer untersucht werden können.

#### 4. Prädiktion der PTBS-Prävalenz anhand des kindlichen Problemverhaltens

Da in den beiden Stichproben des DJI (aus der Explorationsphase und der Hauptphase des DJI Projektes) kein Instrument zur Diagnosestellung einer PTBS zur Anwendung gekommen ist, die Frage nach der PTBS-Belastung aber trotzdem im Raum steht, soll anhand der CBCL Daten ein Rückschluss auf die mögliche PTBS-Symptombelastung gezogen werden. Es soll somit die Eignung der CBCL als PTBS-Screening überprüft und die Genauigkeit der Vorhersage dargestellt werden. Teilweise können in diese Schätzung auch die Daten der Child Dissociative Checklist (CDC) miteinbezogen werden, die allerdings nur in der Explorationsphase erhoben wurden, nicht aber in der Hauptstichprobe des DJI.

Hypothese 4a: Aus dem englischsprachigen Raum gibt es einige Hinweise auf mögliche Items des CBCL, die auf eine PTBS hindeuten (Dehon & Scheeringa, 2006; Ruggiero & McLeer, 2000; Wolfe, Gentile & Wolfe, 1989). Es wird vermutet, dass sich diese Items auch zur Vorhersage einer PTBS im deutschen Sprachraum eignen. Weiterhin soll die Sensitivität und die Spezifität dieser CBCL-PTBS-Subskala in Bezug auf die vorliegende Stichprobe dargestellt werden.

Fragestellung 4b: Welche alternativen Kriterien oder Itemselektionen aus der CBCL wie auch aus der CDC eignen sich als PTBS-Screening? Auch für diese Vorhersage soll die Sensitivität und Spezifität der Schätzung dargestellt werden.

Hypothese 4c: Vor dem Hintergrund der bisherigen Zusammenhänge zwischen der CBCL-PTBS-Skala sowie dem alternativen Screeningitems und der PTBS soll die PTBS-Prävalenz nach den Kriterien von Scheeringa in der Stichprobe des Deutschen Jugend-

institutes ermittelt werden. Basierend auf der Annahme, dass es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Prävalenzraten in den beiden Stichproben gibt, kann eine Schätzung anhand der Regressionsgewichte der LMU-Stichprobe vorgenommen werden.

## 5. Methode

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Psychologischen Fakultät der LMU München geprüft und als ethisch-rechtlich unbedenklich eingestuft.

### 5.1 Ziele und Studiendesign

Das Hauptanliegen der Untersuchung ist die Ergänzung des bislang nur spärlich vorhandenen Wissens über die Belastungen und Probleme von Pflegekindern. Ziel der vorliegenden Studie war vor allem die Erfassung der PTBS-Diagnosen und der PTBS-Symptombelastung sowie das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeit von Pflegekindern. Um einen Vergleich mit anderen, auch international publizierten Studien zu ermöglichen, wurde die Child Behavior Checklist (CBCL) verwendet, die ein international häufig angewandtes normiertes und validiertes Screeninginstrument für Verhaltensauffälligkeiten ist. Für die vorliegende Arbeit wurden im Zeitraum von Januar 2008 bis Juli 2009 insgesamt 74 Kinder und mindestens ein Pflegeeltern teil befragt, sowie Daten von weiteren 334 Kindern aus dem Projekt "Pflegekinderhilfe" des Deutschen Jugendinstitutes ausgewertet.

Bei der Studie handelt es sich um ein klassisches Querschnittsdesign, bei dem die relevanten Informationen zu einem Zeitpunkt erhoben wurden.

Die Studie gliedert sich in zwei Teilstudien (CBCL). In der ersten, vorliegenden Auswertung werden die Daten des klinischen Interviews, welches mit den Pflegekindern selbst durchgeführt wurde, mit den Ergebnissen der CBCL und der CDC, beide ausgefüllt durch die Pflegeeltern, verglichen, um aufgrund des Antwortverhaltens Rückschlüsse über die Schwere der PTBS-Symptombelastung ziehen zu können. Ziel ist es, in einem weiteren Schritt die Information auf die beiden vom DJI zur Verfügung gestellten Stichproben von insgesamt 334 Kindern zu übertragen und anhand der Ergebnisse der CBCL sowie teilweise der CDC eine datengestützte Schätzung über die Prävalenz der PTBS zu erhalten.

Die zweite Teilstudie von Frau Dipl. Psych. Eva-Maria Groh, die nicht Teil der vorliegenden Arbeit ist, hat die Entwicklung eines Risikomodells unter gleichzeitiger Einbeziehung von protektiven Faktoren, die aus dem Pflegeelterninterview extrahiert werden, zum Ziel. Darin wird unter anderem die Auswirkung des Familienklimas in der Pflegefamilie untersucht. Weiterhin widmet sich die Arbeit der Überprüfung eines im deutschen Sprachraum neuen Messinstrumentes zur Erfassung von auffälligen Verhaltensweisen, das speziell für Kinder, die nicht bei ihren leiblichen Eltern aufwachsen, entwickelt wurde (Assessment Checklist for Children; ACC).

Für beide Studien sind die folgenden Informationen relevant: Verhaltensauffälligkeiten des Kindes, Symptome der PTBS, Grund der Fremdunterbringung, Häufigkeit traumatischer Vorkommnisse in der Herkunftsfamilie, vergangene und aktuelle Befindlichkeit des Pflegekindes, sowie Häufigkeit der Kontakte zur Ursprungsfamilie.

Die Untersuchung dient damit insgesamt einer genaueren Abschätzung der Prävalenz der PTBS-Störung in der Population von Pflegekindern und lässt Schlussfolgerungen für den betreuten Umgang und die psychotherapeutische Versorgung der Kinder zu. Die aus der Studie gewonnenen Erkenntnisse können im Bereich der Behandlung und Betreuung, aber auch in juristischen Verfahren Anwendung finden.

## **5.2 Durchführung der Untersuchung**

### **5.2.1 Beschreibung der Datenerhebung für die Stichprobe der LMU München**

Da es in Deutschland kein öffentlich zugängliches Register über Pflegefamilien oder Pflegekinder gibt, war es notwendig mit kooperativen Jugendämtern und Pflegeverbänden zusammen zu arbeiten. Daher wurde in einem ersten Schritt die Bereitschaft der Jugendämter zur Unterstützung der Studie abgeklärt. Die Jugendämter wurden mit allen notwendigen Unterlagen, inklusive der verwendeten Fragebögen, angeschrieben und in einem zweiten Schritt telefonisch hinsichtlich ihrer Mithilfe befragt. Mit den kooperierenden Jugendämtern wurde dann folgendes Vorgehen vereinbart: Das Jugendamt schreibt aus Gründen des Datenschutzes selbst die Familien im Auftrag der Ludwig-Maximilians-Universität München an und gibt die Informationsschreiben der Interviewerinnen weiter. Bei Interesse konnten die Familien dann telefonisch Kontakt mit den Studienleiterinnen aufnehmen und nähere Informationen einholen oder einen Interviewtermin vereinbaren. Den Familien wurde die Anonymität ihrer Daten zugesichert und bei Interesse auch das methodische Vorgehen erläutert.

Da sich trotz der Mithilfe von acht Jugendämtern nur ca. 25 Probanden zur Teilnahme bereit erklärten, wurden zusätzlich Pflegeverbände mit in die Erhebung eingebunden. Darüber hinaus wurde ein Artikel für den Münchner Merkur geschrieben und ein Beitrag in der Zeitschrift „Pfad aktuell“ (Zeitschrift des Landesverbandes der Pflege- und Adoptivfamilien (PFAD) in Bayern e.V.) veröffentlicht. Ein weiterer Versuch die Stichprobe zu vergrößern bestand darin, gezielt Werbung für die Studie zu machen. So wurden beispielsweise vor dem Zirkus Krone für eine Vorstellung, zu der ausschließlich Pflegefamilien Freikarten von der Stadt München bekommen hatten, Flyer über die Studie verteilt. Die an der Studie teilnehmenden Familien wurden zudem in einer Art Schneeballsystem darum gebeten weitere interessierte Pflegefamilien anzusprechen und über die Möglichkeit zur Teilnahme an der Studie zu informieren.

Trotz dieser Aktivitäten war die Resonanz eher verhalten, was laut Auskunft der Pflegeverbände und einiger Pflegeeltern vor allem an der Befürchtung lag, die Pflegekinder durch die Befragung an negative Ereignisse aus der Vergangenheit zu erinnern und diese wieder wachzurütteln. Aufgrund der vermuteten oder bekannten Beeinträchtigungen der Kinder unterließen viele Pflegeeltern eine Studienteilnahme.

Der erste direkte Kontakt mit den Pflegefamilien erfolgte, wie bereits oben beschrieben, telefonisch. In diesen Telefonaten wurde die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie überprüft und gegebenenfalls ein Interviewtermin vereinbart. Die Interviews mit den Pflegekindern und Pflegeeltern fanden in der Regel bei den Pflegefamilien zu Hause statt und wurden schriftlich protokolliert sowie zusätzlich audio-digital aufgezeichnet.

Die Interviewerinnen (Frau Dipl. Psych. Eva-Maria Groh und die Autorin der vorliegenden Arbeit), die getrennt voneinander die Pflegekinder und mindestens einen Pflegeelternteil befragten, stellten zu Beginn jedes Gesprächs die Untersuchung noch einmal kurz vor und beantworteten etwaige Fragen. Im Anschluss an die allgemeinen Informationen bekamen die Pflegeeltern, zumeist die Pflegemütter, Fragebögen über das kindliche Verhalten und das Familienklima ausgeteilt, mit der Bitte, diese während des Interviews mit dem Pflegekind in einem separaten Raum auszufüllen. Mit den Pflegekindern wurde währenddessen zuerst der Ressourcenfragebogen 1, das Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen und im Anschluß daran der Childhood Trauma Questionnaire bearbeitet. Zur abschließenden Stabilisierung beantworteten die Pflegekinder noch den Ressourcenfragebogen 2. Als Dankeschön erhielten die Pflegekinder direkt nach ihrem Interview einen Amazon-Gutschein in Höhe von 15,- Euro. Die Interviewerin setzte dann das Gespräch in der Regel unter Ausschluss des Pflegekindes mit den Pflegeeltern fort. Zuerst wurde auf ungeklärte Fragen bezüglich der ausgeteilten Fragebögen eingegangen und anschließend fand das explorative Interview mit einem oder beiden Pflegeelternteilen statt. Alle hier genannten Instrumente werden im Kapitel 5.4 ausführlich dargestellt und sind zum Teil auch im Anhang dieser Arbeit verfügbar.

Insgesamt dauerte die Befragung pro Familie zwischen zwei und vier Stunden. Am Ende der Sitzung bekamen die Pflegeeltern noch eine Visitenkarte mit der Erreichbarkeit der Interviewerin ausgehändigt. Dieses Vorgehen bot den Probanden die Möglichkeit, bei späteren Rückfragen einen Ansprechpartner zur Verfügung zu haben.

Mit diesem Vorgehen konnten in der Zeit zwischen Januar 2008 und Juli 2009 insgesamt 74 Pflegekinder und deren Pflegeeltern befragt werden.

### 5.2.2 Beschreibung der Datenerhebung für die Stichproben des DJI

Das Deutsche Jugendinstitut hat in seinem Projekt „Pflegekinderhilfe in Deutschland“ insgesamt zwei Pflegekinderstichproben (eine Explorationsstichprobe und eine Hauptstichprobe) mit verschiedenen Messinstrumenten untersucht. Der Autorin der vorliegenden Arbeit wurden die Rohdaten beider Stichproben in anonymisierter Form zur statistischen Aufbereitung zur Verfügung gestellt.

In einer ersten Explorationsphase wurden an vier Standorten (München, Nürnberg, Ingolstadt und Düsseldorf) Daten zu insgesamt 385 Pflegekindern erhoben. Dabei wurden zwei standardisierte Fragebögen eingesetzt, um die Problembelastung und Verhaltensanpassung der Pflegekinder einschätzen zu können. Verwendet wurde zum einen die Child Behavior Checklist (CBCL) und zum anderen die Child Dissociative Checklist (CDC). In Zusammenarbeit mit den Pflegekinderdiensten wurden an diesen vier Orten alle Pflegeeltern angeschrieben und um das Ausfüllen der beiden Fragebögen gebeten. Zur Sicherung der Anonymität der befragten Pflegekinder erfolgte die Vorbereitung am DJI, Adressierung und Versand hingegen direkt durch die jeweiligen Pflegekinderdienste. Die eingehenden Fragebögen wurden gesammelt und bereits elektronisch erfasst.

In der Hauptphase des Projektes fand eine weitere Fallerhebung mit insgesamt 633 erfassten Pflegekindern statt. In dieser wurde an vier Jugendämtern (Karlsruhe, Heide/Dithmarschen, Haale/Saale und Ohre-Kreis) in Deutschland von den Fachkräften alle bestehenden Pflegeverhältnisse anhand eines Fragebogens beurteilt. Die Sachbearbeiter beantworteten dabei Fragen zur Unterbringung, z.B. ob das Kind mit einem Geschwisterkind aus der Herkunftsfamilie untergebracht wurde, ob es sich um eine Verwandtenpflegestelle handelte, wie lange das Kind zum Zeitpunkt der Befragung bereits in der Pflegefamilie lebte oder die wievielte Unterbringung die aktuelle Fremdplatzierung darstellte. Auch die wirtschaftliche Situation der Ursprungsfamilie und der aktuellen Pflegefamilie wurden beleuchtet, sowie Fragen zur Rückführung und Besuchsregelung gestellt. Überdies erfolgte wieder eine standardisierte Befragung von Pflegeeltern, ähnlich dem in der Explorationsphase beschriebenen Vorgehen. Diesmal wurde jedoch nur die CBCL verwendet, die CDC wurde nicht eingesetzt.

Insgesamt liegen aus beiden vom DJI untersuchten Fallerhebungen Datensätze zu über 1000 Pflegekindern vor, die allerdings nicht immer vollständig bearbeitet wurden. Um die Vergleichbarkeit mit der LMU-Stichprobe zu gewährleisten, wurden für die statistischen Berechnungen nur Pflegekinder im Alter von 10 bis 18 Jahren einbezogen. Weiterhin war in der Hauptphase des DJI Projektes die Rücklaufquote der CBCL-Fragebögen sehr gering (etwa 34%). Damit verringerte sich die Stichprobengröße auf insgesamt 196 Fälle für die Explorationsphase und 138 Fälle für die Hauptphase des DJI Projektes. Grundlage für die weitere

statistische Auswertung waren daher insgesamt 334 Fälle aus dem Projekt „Pflegekinderhilfe“, die in der Stichprobenbeschreibung detailliert dargestellt werden.

### 5.3 Stichprobenbeschreibung

Da, wie bereits weiter oben erläutert, die Studie aus mehreren Teilstichproben besteht, werden im Folgenden die deskriptiven Daten für jede dieser Stichproben getrennt dargestellt. Insgesamt wurden über 408 Kinder, die in Pflegefamilien leben, berücksichtigt. Davon wurden 334 bundesweit vom DJI befragt und 74 Pflegekinder wurden bayernweit von der LMU München befragt.

#### 5.3.1 Stichprobe der LMU München

Die Einschlusskriterien für eine Teilnahme an der Studie waren:

- Alter des Pflegekindes zwischen 10 bis 18 Jahren
- wohnhaft im Bundesland Bayern
- keine geistige Behinderung, um die Interviewfragen ohne Hilfe beantworten zu können
- Dauer des Pflegeverhältnisses mindestens einen Monat

An der Untersuchung beteiligten sich insgesamt 74 Pflegekinder mit mindestens einem Pflegeelternanteil. Es wurden 39 (52.7%) Mädchen und 35 (47.3%) Jungen interviewt. Die Probanden waren im Schnitt 13 Jahre alt ( $M=13.30$ ;  $SD=2.48$ ). Aufgrund theoretischer Vorüberlegungen, wurden nur Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren befragt. Die Kinder sollten in der Lage sein, die Interviewfragen ohne die Hilfe der Pflegeeltern beantworten zu können.

Etwa ein Viertel der Kinder (24.3%) besuchte eine Sonderschule. Über die Hälfte (55.4%) der Pflegekinder hatte bereits mindestens eine Schulklasse wiederholt und bei über zwei Drittel (69.9%) der Kinder lagen Lernschwierigkeiten aus Sicht der Pflegeeltern vor.

Die Pflegeverhältnisse waren in der Regel dauerhaft angelegt (87.8%), wohingegen nur ein sehr geringer Teil der Kinder zeitlich befristet untergebracht wurde (12.2%).

Die Pflegekinder befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung seit durchschnittlich sechs Jahren und neun Monaten in ihrer jeweiligen Pflegefamilie ( $M=6.74$ ;  $SD=4.17$ ). Dabei reichte die Spannweite von 1 Monat bis knapp 16 Jahren. Bei etwa einem Fünftel (18.9%) der Pflegeverhältnisse handelt es sich um kurzfristige Unterbringungen bis zu einem Zeitraum von zwei Jahren. Etwa ein Drittel (28.4%) der Pflegeverhältnisse besteht bis zu einem Zeitraum

von sechs Jahren und die restlichen Pflegeverhältnisse (52.7%) bestehen über sechs Jahre. Überwiegend wurden somit Langzeitpflegeverhältnisse betrachtet.

Für einen Großteil der Pflegekinder ist die aktuelle Unterbringung die erste (52.7%) oder zweite (35.1%) Fremdplatzierung. Zwei Fremdplatzierungen sind in der Praxis relativ häufig, da die Kinder kurzfristig in einem Heim untergebracht werden, bis eine entsprechende Pflegefamilie gefunden wird. Bei einigen wenigen Kindern (8.1%) lagen bereits drei Lebensraumwechsel vor und nur für einen sehr geringen Teil der Kinder (4.1%) gab es vier oder mehr Umplatzierungen in der Vergangenheit. Durchschnittlich wurden die Kinder mit sechs Jahren aus Ihrer Ursprungsfamilie herausgenommen ( $M=6.12$ ;  $SD=4.80$ ).

Bei einem Großteil der Pflegekinder ( $n=29$ ; 42.6%) gibt es keinen Kontakt mehr zu den leiblichen Eltern und bei sechs Pflegekindern (8.1%) liegen keine Angaben zur Kontakthäufigkeit vor. Die nachfolgenden Angaben zur Kontakthäufigkeit beziehen sich auf die verbleibenden 39 Kinder mit fortbestehenden Umgangskontakten zu den leiblichen Eltern. Am häufigsten findet in dieser Gruppe ein monatlicher Kontakt (41.0%) statt. Ein wöchentlicher oder vierteljährlicher Kontakt findet jeweils in knapp einem Viertel der Fälle statt (23.1%). In den restlichen Fällen findet lediglich ein halbjährlicher (5.1%) oder jährlicher (7.7%) Umgang statt.

Typischerweise liegen einer Fremdunterbringung immer mehrere Problembereiche in der Herkunftsfamilie zugrunde. Von den möglichen neun Gründen, die in der LMU-Stichprobe von den Pflegeeltern angegeben werden konnten, wurde das Vorliegen von bis zu sieben Unterbringungsgründen gleichzeitig angegeben. Durchschnittlich wurden zwei bis drei Punkte für die Fremdunterbringung der Pflegekinder verantwortlich gemacht ( $M=2.36$ ;  $SD=1.29$ ). Die häufigste Angabe zum Grund der Herausnahme stellt, vergleichbar mit anderen empirischen Untersuchungen (z.B. Erzberger, 2004; Münster, 2000), die Vernachlässigung (67.6%) dar. Weiterhin wurde die psychische Erkrankung mindestens eines Elternteils genannt (53.1%). In etwa einem Drittel der Fälle (33.8%) wurde Missbrauch als Grund der Fremdunterbringung angegeben, dicht gefolgt von der Alkoholabhängigkeit der Eltern (32.4%). In fast einem Viertel der Fälle (24.3%) wurden Auffälligkeiten des Kindes als Inpflegegabegrund angegeben. In selteneren Fällen (16.2%) wird der Tod mindestens eines Elternteils als ursächlich für die Pflegeschaffung betrachtet. Bei einem geringen Teil der Pflegekinder kam es aufgrund der elterlichen Drogen- (13.5%) oder Medikamentenabhängigkeit (5.4%) zur Fremdunterbringung. Sexueller Missbrauch wurde von den Pflegeeltern relativ selten (8.1%) als Herausnahmegrund genannt.

Alle Angaben zur Stichprobe der LMU sind noch einmal in Tabelle 11 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 11: Stichprobencharakteristika der LMU Fallerhebung mit 74 Pflegekindern

Variable		n	%
<b>Geschlecht</b>	Männlich	35	47.3%
	Weiblich	39	52.7%
<b>Angaben zur Schule</b>	Sonderschule	18	24.3%
	Klasse wiederholt	41	55.4%
	Lernschwierigkeiten	51	69.9%
<b>Angaben zum Pflegeverhältnis</b>	Auf Dauer angelegt	65	87.8%
	Zeitlich befristet angelegt	9	12.2%
	Dauer bis zu 2 Jahre	14	18.9%
	Dauer von 2,1 bis 6 Jahren	21	28.4%
	Dauer über 6 Jahre	39	52.7%
<b>Anzahl Fremdplatzierungen</b>	Eine Fremdplatzierung	39	52.7%
	Zwei Fremdplatzierungen	26	35.1%
	Drei Fremdplatzierungen	6	8.1%
	Vier oder mehr Fremdplatzierungen	3	4.1%
<b>Kontakt zur Ursprungsfamilie</b>	Wöchentlich	9	23.1%
	Monatlich	16	41.0%
	Vierteljährlich	9	23.1%
	Halbjährlich	2	5.1%
	Jährlich	3	7.7%
<b>Gründe für Fremdplatzierung</b>	Vernachlässigung	50	67.6%
	Psych. Erkrankung mind. eines Elternteils	26	53.1%
	Misshandlung	25	33.8%
	Alkoholabhängigkeit der Eltern	24	32.4%
	Auffälligkeiten des Kindes	18	24.3%
	Tod mind. eines Elternteils	12	16.2%
	Drogenabhängigkeit der Eltern	10	13.5%
	Sexueller Missbrauch	6	8.1%
	Medikamentenabh. der Eltern	4	5.4%

Anmerkung: Alle Prozentangaben beziehen sich auf die auswertbaren Fälle, so dass die Prozentsummen, außer bei den Angaben zur Schule und den Gründen für Fremdplatzierung, immer 100 ergeben. Bei den Gründen für die Fremdplatzierung wie auch bei den Angaben zur Schule waren Mehrfachnennungen möglich.

### 5.3.2 Stichproben des DJI

Aus der Explorationsphase des DJI wurden Daten von 196 Kindern zwischen 10 und 18 Jahren in die Analysen einbezogen. Im Schnitt waren die Kinder 14 Jahre alt ( $M=13.60$ ;

$SD=2.45$ ). Insgesamt waren 101 Pflegekinder weiblichen (51.5%) und 95 männlichen Geschlechts (48.5%).

Von den Pflegekindern, über die Angaben zum Schulbesuch vorlagen, waren 39 (20.7%) auf einer Sonderschule. Etwas höhere Werte ergeben sich für die Frage, ob das Pflegekind bereits eine Klasse wiederholt hat. Dies traf auf 60 Kinder (30.9%) zu. Weiterhin wurden die Pflegeeltern nach Lernschwierigkeiten der Kinder befragt. Insgesamt wurde dieser Frage für 126 Pflegekinder (65.6%) zugestimmt. Für die restlichen Pflegekinder gab es nach Auskunft der Pflegeeltern bislang keinerlei Probleme im schulischen Bereich.

Weitere Angaben, z.B. zum Alter der Kinder bei Inpflegegabe, zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in der Pflegefamilie oder zur Anzahl der Fremdplatzierungen, wurden in der ersten explorativen Phase des DJI Projektes nicht erhoben. Alle Angaben finden sich noch einmal in Tabelle 12 zusammengestellt.

Tabelle 12: Stichprobencharakteristika der ersten DJI Fallerhebung mit 196 Pflegekindern

Variable		n	%
<b>Geschlecht</b>	Männlich	95	48.5%
	Weiblich	101	51.5%
<b>Angaben zur Schule</b>	Sonderschule	39	20.7%
	Klasse wiederholt	60	30.9%
	Lernschwierigkeiten	126	65.6%

Anmerkung: Die Daten waren für alle 196 Pflegekinder vollständig. Bei den Angaben zur Schule waren Mehrfachnennungen möglich.

In der Hauptphase des DJI Projektes wurden insgesamt Angaben zu 138 Pflegekindern ausgewertet. Die Kinder waren im Schnitt 14 Jahre alt ( $M=13.84$ ;  $SD=2.46$ ), wobei die Spannweite auch hier auf zehn bis 18 Jahre normiert wurde. Die Aufteilung nach Geschlecht ergibt, dass insgesamt Daten von 73 Mädchen (52.9%) und 65 Jungen (47.1%) vorliegen.

Die Angabe zur Sonderschule wurde für 43 Pflegekinder (31.6%) mit Ja beantwortet, 51 (37.5%) Pflegekinder hatten zudem bereits mindestens eine Klasse wiederholt und bei 76 Kindern (57.1%) wurde von den Pflegeeltern Lernschwierigkeiten angegeben.

Die Pflegeverhältnisse waren fast ausschließlich dauerhaft angelegt (95.7%), wohingegen nur ein sehr geringer Teil der Kinder zeitlich befristet untergebracht wurde (4.3%).

Die Pflegekinder befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung seit durchschnittlich sechs Jahren und vier Monaten in ihrer jeweiligen Pflegefamilie ( $M=6.34$ ;  $SD=3.92$ ). Dabei reichte die Spannweite von 1 Monat bis über 15 Jahre. Kurzfristige Unterbringungen bis zu einem Zeitraum von zwei Jahren waren mit insgesamt 21 Fällen (15.2%) relativ selten vertreten. Pflegeverhältnisse mit einer mittleren Unterbringungsdauer von zwei bis sechs Jahren lagen

bei etwa einem Drittel der Pflegekinder vor ( $n=44$ ; 31.9%). Auch hier waren die meisten Kinder, immerhin 73 (52.9%), über sechs Jahre in derselben Pflegefamilie untergebracht.

Für die meisten Pflegekinder (64.0%) ist die aktuelle Unterbringung die erste Fremdplatzierung. Für etwa ein Drittel der Kinder (33.1%) stellt die aktuelle Unterbringung bereits den zweiten Lebensraumwechsel dar. Nur ein geringer Teil wurde bis zu dreimal (2.9%) umplatziert. Für zwei Pflegekinder wurden keine Angaben gemacht. Durchschnittlich wurden die Kinder mit fünf Jahren aus ihrer Ursprungsfamilie herausgenommen ( $M=4.90$ ;  $SD=4.32$ ).

Die Frage nach der Kontakthäufigkeit des Pflegekindes zu seiner leiblichen Mutter und seinem leiblichen Vater wurde relativ häufig von den Sachbearbeitern nicht beantwortet. Für die Mütter liegen insgesamt bei 54.3% Angaben vor, beim den Vätern nur für 28.3%. Bei den restlichen Fällen scheint es entweder keinen Kontakt gegeben zu haben oder dieser war den Sachbearbeitern nicht bekannt. Betrachtet man die vorliegenden Angaben für die leiblichen Mütter, so findet von den auswertbaren Fällen am häufigsten ein monatlicher Kontakt statt (26.7%). Bei weiteren 21.3% der Mütter findet der Kontakt zum Kind wöchentlich oder 14tägig statt. Die restlichen Mütter (52.0%) sehen ihr fremduntergebrachtes Kind nur relativ sporadisch in Abständen von drei, sechs oder zwölf Monaten oder nur sehr unregelmäßig „bei Bedarf“. Auch bei den Vätern ist die monatliche Kontakthäufigkeit sehr oft die gängige Praxis (51.3%). Häufigeren Kontakt hat etwa ein Sechstel (15.4%) der Väter und ein Drittel (33.3%) der Väter sieht das Pflegekind vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder „bei Bedarf“.

In der Regel lagen mehrere Gründe für die Herausnahme aus der Ursprungsfamilie vor. Durchschnittlich waren zwei bis drei Punkte für die Fremdunterbringung der Pflegekinder angegeben worden. In seltenen Fällen wurden aus Sicht der Sachbearbeiter von den zehn möglichen Angaben sogar sechs als gleichzeitig zutreffend erachtet. In der Mehrzahl der Fälle (60.1%) lag eine Vernachlässigung des Kindes vor, dicht gefolgt von Be- und Erziehungsproblemen (43.5%). Die häusliche Situation war zudem oft durch einen alleinerziehenden Elternteil (41.3%), wirtschaftliche Probleme (29.0%) oder eine chronische Erkrankung mindestens eines Elternteils (25.4%) belastet. Für einen Teil der Kinder war die gescheiterte Beziehung der Eltern (16.7%) die im Fragebogen angegebene Ursache für die Inpflegegabe. Misshandlung (15.2%) lag bei etwa einem Sechstel der Stichprobe vor. In selteneren Fällen wurde das Kind von der Mutter oder häufig auch vom neuen Partner der Mutter oder dem Stiefvater abgelehnt (11.6%). Ein Teil der Kinder wurde aufgrund des Todes eines Elternteils in Pflege gegeben (11.6%). Der dringende Tatverdacht des sexuellen Missbrauchs wurde von den Sachbearbeitern relativ selten angegeben (2.9%), wobei dieser und auch die Misshandlungen oftmals nicht bekannt sind und die Dunkelziffer deutlich höher liegen könnte. Alle Angaben zur Hauptstichprobe des DJI sind noch einmal in Tabelle 13 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 13: Stichprobencharakteristika der zweiten DJI Fallerhebung mit 138 Pflegekindern

Variable		N	%
<b>Geschlecht</b>	Männlich	65	47.1%
	Weiblich	73	52.9%
<b>Angaben zur Schule</b>	Sonderschule	43	31.6%
	Klasse wiederholt	51	37.5%
	Lernschwierigkeiten	76	57.1%
<b>Angaben zum Pflegeverhältnis</b>	Auf Dauer angelegt	132	95.7%
	Zeitlich befristet angelegt	6	4.3%
	Dauer bis zu 2 Jahre	21	15.2%
	Dauer von 2,1 bis 6 Jahre	44	31.9%
	Dauer über 6 Jahre	73	52.9%
<b>Anzahl Fremdplatzierungen</b>	Eine Fremdplatzierung	87	64.0%
	Zwei Fremdplatzierungen	45	33.1%
	Drei Fremdplatzierungen	4	2.9%
<b>Kontakt zur Mutter</b>	Wöchentlich	12	16.0%
	14tägig	4	5.3%
	Monatlich	20	26.7%
	Vierteljährlich	5	6.7%
	Halbjährlich	13	17.3%
	Jährlich	8	10.7%
	Nach Bedarf	13	17.3%
<b>Kontakt zum Vater</b>	Wöchentlich	5	12.8%
	14tägig	1	2.6%
	Monatlich	20	51.3%
	Vierteljährlich	2	5.1%
	Halbjährlich	5	12.8%
	Jährlich	4	10.3%
	Nach Bedarf	2	5.1%
<b>Gründe für Fremdplatzierung</b>	Vernachlässigung	83	60.1%
	Be- und Erziehungsprobleme	60	43.5%
	Alleinerziehender Elternteil	57	41.3%
	Wirtschaftliche Probleme	40	29.0%
	Chron. Krankheit eines Elternteils	35	25.4%
	Scheidung oder Trennung	23	16.7%
	Misshandlung	21	15.2%
	Ablehnung des Kindes	16	11.6%
	Tod eines Elternteils	16	11.6%
	Sexueller Missbrauch	4	2.9%

Anmerkung: Alle Prozentangaben beziehen sich auf die auswertbaren Fälle, so dass die Prozentsummen, außer bei den Angaben zur Schule und den Gründen für Fremdplatzierung, immer 100 ergeben. Bei den Gründen für die Fremdplatzierung wie auch bei den Angaben zur Schule waren Mehrfachnennungen möglich.

Die drei Stichproben unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich des Alters zum Zeitpunkt der Befragung, des Alters bei der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie und der Geschlechterverteilung. Allerdings ergaben sich signifikante Unterschiede bezüglich der Variable „Schulklasse wiederholt“ in dem Sinne, dass in der Stichprobe der LMU deutlich mehr Kinder bereits ein Schuljahr doppelt absolviert hatten ( $\chi^2=13.64$ ;  $df=2$ ;  $p=.001$ ). Für die Angaben zum Sonderschulstatus und den Lern- oder Schulproblemen ergaben sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen.

Die weiteren Variablen konnten nur zwischen der LMU-Stichprobe und der DJI Hauptstichprobe geprüft werden, da für die Explorationsstichprobe keine weiteren soziodemographischen Daten erhoben wurden. Bezüglich der Dauer der Pflegschaft und dem Alter der Herausnahme ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Allerdings unterscheiden sich die beiden Stichproben hinsichtlich zweier weiterer Merkmale. Die Kinder in der LMU-Stichprobe hatten insgesamt signifikant mehr Lebensortwechsel als die DJI Stichprobe ( $U=4308.50$ ;  $p=.046$ , zweiseitig) und in der DJI Stichprobe sind insgesamt mehr Pflegeverhältnisse auf Dauer angelegt ( $\chi^2=4.45$ ;  $df=1$ ;  $p=.035$ ), wohingegen in der LMU-Stichprobe mehr Pflegekinder lediglich eine zeitlich befristete Pflegestelle hatten.

## 5.4 Darstellung der Untersuchungsinstrumente

Für die vorliegende Arbeit waren neben den Daten aus dem diagnostischen Interview zur Erfassung der PTBS mit den Pflegekindern (Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen; IBS-KJ) von Steil und Füchsel (2006) und den Einschätzungen des kindlichen Problemverhaltens durch die Pflegeeltern (Child Behavior Checklist, CBCL von Achenbach & Edelbrock, 1983 und Assessment Checklist for Children, ACC von Tarren-Sweeney, 2007) noch zusätzlich sechs weitere Instrumente von Bedeutung. Diese beschäftigen sich unter anderem mit dem derzeitigen Familienklima (Familienklima-Skalen, FKS von Schneewind, Beckmann & Hecht-Jackl, 1985), den dissoziativen Verhaltensweisen des Pflegekindes (Child Dissociative Checklist, CDC von Putnam, Helmers & Trickett, 1993) und mit möglicherweise aufgetretener Vernachlässigung des Kindes in der Ursprungsfamilie (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ von Bernstein & Fink, 1998).

Ein für diese Studie eigens entwickeltes exploratives Interview soll Aufschluss geben über die Geschichte des Kindes, die den Pflegeeltern zum Teil nur aus Akten des Jugendamtes bekannt ist und zu der sich das Kind nicht äußern kann oder möchte. Der Ressourcenfragebogen 1, der ebenfalls für diese Studie konzipiert wurde, dient dem leichteren Gesprächseinstieg und soll den Pflegekindern und Jugendlichen vor allem die Möglichkeit geben über sich selbst zu erzählen. Für einen positiven Abschluss der Befragung wurde der Ressourcenfra-

gebogen 2 eingesetzt, der vor allem auf die Stärken der Kinder im Umgang mit negativen Erfahrungen abzielt. Auch dieses Instrument wurde für die Untersuchung neu entwickelt. Vorab wurden die wichtigsten Informationen zum Kind und der Familiensituation per Telefon abgefragt (Erstkontaktfragebogen). In Tabelle 14 sind die verwendeten Fragebögen noch einmal in der Reihenfolge ihrer Anwendung dargestellt.

Tabelle 14: Zusammenfassung der verwendeten Fragebögen

Fragebogen	Autoren	Angaben von
Erstkontaktfragebogen	Groh (siehe Anhang F)	Pflegeeltern
Child Behavior Checklist (CBCL)	Achenbach & Edelbrock (1983)	Pflegeeltern
Child Dissociative Checklist (CDC)	Putnam, Helmers & Trickett (1993)	Pflegeeltern
Assessment Checklist for Children (ACC)	Tarren-Sweeney (2007)	Pflegeeltern
Familienklima-Skalen (FKS)	Schneewind, Beckmann & Hecht-Jackl (1985)	Pflegeeltern
Exploratives Interview	Groh (siehe Anhang H)	Pflegeeltern
Ressourcenfragebogen 1	Arnold & Groh (siehe Anhang G)	Pflegekind
Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ)	Steil & Füchsel (2006)	Pflegekind
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	Bernstein & Fink (1998); dt. Gast, Rodewald, Benecke, & Driessen (2001)	Pflegekind
Ressourcenfragebogen 2	Arnold & Groh (siehe Anhang G)	Pflegekind

### 5.5.1 Erstkontaktfragebogen

Der Erstkontaktfragebogen dient in erster Linie dazu, sich schnell einen Überblick über die derzeitigen Familienverhältnisse und das Pflegekind zu verschaffen. So wird anhand des Bogens beispielsweise abgefragt, die wievielte Pflegschaft das derzeitige Pflegekind für die Pflegefamilie ist, ob und wie viele eigene Kinder der Pflegeeltern im Haushalt leben und ob zusätzlich noch weitere Pflegekinder aus anderen Familien bei der Pflegefamilie untergebracht sind.

Zu den Angaben, die vom Pflegekind benötigt werden, zählen das Geburtsdatum, Geschlecht, Name und das Alter zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Ursprungsfamilie. Abschließend wird mit den Familien das Vorgehen in aller Kürze besprochen und ein Termin vor Ort vereinbart, der ebenfalls im Bogen notiert wird. Der Fragebogen ist im Anhang F beigefügt.

### 5.5.2 Child Behavior Checklist (CBCL)

Die Child Behavior Checklist ist eines der weltweit am häufigsten benutzten und bedeutendsten Breitbandverfahren zur Einschätzung genereller oder spezifischer Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Adoleszenten. Die CBCL ist ein Verfahren zur Fremdeinschätzung durch Eltern, Erzieher oder andere nahe Bezugspersonen. Sie wurde von Achenbach und Edelbrock (1983) konzipiert, um sowohl Verhaltensauffälligkeiten als auch Sozialkompetenz von Kindern zwischen 4 und 18 Jahren zu erfassen. Das Handbuch zur deutschen Version der CBCL wurde von Döpfner, Schmeck und Berner (1994) veröffentlicht. Sie besteht aus 120 Items, die von null (trifft nicht zu) bis zwei (trifft häufig zu) eingestuft werden können und insgesamt acht Syndromskalen abbilden. Die Skalen beschäftigen sich einerseits mit internalisierenden Verhaltensweisen, wie sozialen Rückzug, körperliche Beschwerden oder ängstlich depressivem Verhalten. Andererseits wird auch das externalisierende Problemverhalten in Form von dissozialem oder aggressivem Verhalten abgefragt. Weiterhin werden soziale Probleme, schizoid-zwanghaftes Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme erfasst, die keiner dieser beiden Sekundärskalen zugeordnet werden. Zusätzlich wird aus allen Items ein Gesamtwert der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten berechnet. Tabelle 15 gibt einen Überblick über die acht Subskalen der CBCL sowie deren Zuordnung zu den Sekundärskalen.

Tabelle 15: *CBCL Syndromskalen*

Skala	Skalename	Zuordnung
I	Sozialer Rückzug	Internalisierendes Problemverhalten
II	Körperliche Beschwerden	Internalisierendes Problemverhalten
III	Ängstlich depressives Verhalten	Internalisierendes Problemverhalten
IV	Soziale Probleme	Separate Skala
V	Schizoid zwanghaftes Verhalten	Separate Skala
VI	Aufmerksamkeitsprobleme	Separate Skala
VII	Dissoziales Verhalten	externalisierendes Problemverhalten
VIII	Aggressives Verhalten	externalisierendes Problemverhalten

Zusätzliche zwanzig Items beschäftigen sich ausschließlich mit der sozialen Kompetenz der Kinder. Dabei wird unter anderem abgefragt, ob die Kinder sportlichen Aktivitäten nachgehen, welche Hobbies sie haben, wie sie mit anderen Kindern zurechtkommen, ob sie auch für sich allein spielen können und wie ihre schulischen Leistungen und Aktivitäten ausfallen. Die Reliabilität der Kompetenzskalen ist mangelhaft, daher sollten diese Skalen in der Forschung keine Verwendung finden (Döpfner, Schmeck & Berner, 1994). Für die klinische Praxis können die einzelnen Items jedoch wichtige Informationen liefern.

Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind durch die Standardisierung und Auswertungsrichtlinien gegeben. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) liegt

bei  $\alpha = .90$ . Die Retest-Reliabilität lag bei einem dreimonatigem Abstand bei  $r_{tt} = .84$  für die Verhaltensauffälligkeiten und  $r_{tt} = .97$  für die soziale Kompetenz (Achenbach & Edelbrock, 1983). Die Reliabilität und faktorielle Validität konnte auch für deutsche Stichproben bestätigt werden (Döpfner, Plück, Bölte, Lenz, Melchers & Heim, 1998).

Die Normierung erfolgte anhand einer umfangreichen, bundesweit repräsentativen Stichprobe von etwa 2900 Kindern und Jugendlichen. Es liegen getrennte Normen für Jungen und Mädchen vor (Döpfner et al., 1994). Die Rohwerte werden in eine T-Wert-Verteilung transformiert und erleichtern die Interpretation der Ergebnisse.

Zusätzlich zu den beschriebenen Primär- und Sekundärskalen der CBCL haben Wolfe, Gentile und Wolfe (1989) theoriegeleitet eine Auswahl von 20 Items zusammengestellt, die inhaltlich die meisten PTBS-Symptome abdecken. Diese Items wurden dichotomisiert (d.h. 0=0; 1=1; 2=1) und aufsummiert. Die so gebildete CBCL-PTBS-Skala wurde von den Autoren hinsichtlich ihrer Reliabilität und Validität geprüft und als Screening für PTBS verwendet. Der empfohlene Cut-Off-Wert liegt bei 9. In Tabelle 16 sind die Itemnummer und der Wortlaut des jeweiligen Items dargestellt.

Tabelle 16: *Items der CBCL-PTBS-Skala*

<b>Itemnr.</b>	<b>Wortlaut</b>
Item 3	Streitet oder widerspricht viel
Item 8	Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen
Item 9	Kommt von bestimmten Gedanken nicht los
Item 11	Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig
Item 29	Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen
Item 34	Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun
Item 45	Ist nervös oder angespannt
Item 47	Hat Albträume
Item 50	Ist zu furchtsam oder ängstlich
Item 52	Hat zu starke Schuldgefühle
Item 56b	Kopfschmerzen
Item 56c	Übelkeit
Item 56f	Bauchschmerzen
Item 56g	Erbrechen
Item 69	Ist verschlossen, behält Dinge für sich
Item 86	Ist störrisch, mürrisch oder reizbar
Item 87	Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel
Item 100	Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen
Item 103	Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen
Item 111	Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf

### 5.5.3 Child Dissociative Checklist (CDC)

Die Child Dissociative Checklist ist ein klinisches Screening-Instrument von Putnam, Helmers und Trickett (1993), das anhand von 20 Items die Dissoziation von Kindern erfasst. Nicht das Kind selbst, sondern die Eltern oder andere Erwachsene, die in engem Kontakt zu dem Kind stehen, bewerten die 20 Fragen. Es gibt zu jeder Frage drei mögliche Antwortalternativen (0 = trifft nicht zu, 1 = trifft manchmal zu, 2 = trifft häufig zu). Der Cut-off-Wert liegt bei zwölf Punkten und gilt als Indikator für ein pathologisches dissoziatives Geschehen.

Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist durch die Normwerte und die Standardisierung des Instrumentes gegeben. Die interne Konsistenz liegt bei  $\alpha = .86$ . Die Retest-Reliabilität lag bei einem einjährigen Abstand bei  $r_{tt} = .69$ . Es gibt eine Validierungsuntersuchung zur CDC, die eine gute diskriminante Validität des Instruments zwischen vier verschiedenen Stichproben – einer weiblichen Kontrollstichprobe, einer Gruppe sexuell missbrauchter Mädchen, Mädchen und Jungen mit einer dissoziativen Störung und Jungen und Mädchen mit einer Persönlichkeitsstörung – bestätigt (Putnam et al., 1993).

### 5.5.4 Assessment Checklist for Children (ACC)

Die Assessment Checklist for Children (ACC) wird hier der Vollständigkeit halber aufgeführt, da sie von allen Pflegeeltern bearbeitet wurde, ist aber kein integraler Bestandteil der vorliegenden Arbeit, sondern wird schwerpunktmäßig in der Arbeit von Frau Eva-Maria Groh ausgewertet und interpretiert. Die ACC ist ein Messinstrument, das von Tarren-Sweeney (2007) speziell für psychisch auffällige Verhaltensweisen von Kindern, die nicht bei ihren Eltern aufwachsen, entwickelt wurde. Die 120 Items werden von einer nahen Bezugsperson des Kindes auf einer dreistufigen Skala beantwortet.

Die Problemskalen beschäftigen sich mit vielen Verhaltensweisen, die in den klassischen Fragebögen nicht abgedeckt werden. So geht die ACC beispielsweise auch auf sexuelle, selbstverletztende oder suizidale Verhaltensweisen ein. Gleichzeitig werden bindungsrelevante Faktoren abgefragt, sowie anormale Schmerzreaktionen oder ungewöhnliches Essverhalten. Ziel des Fragebogenautors war es, das Problemverhalten von Pflege- und Adoptivkindern möglichst umfassend darzustellen. Die zehn Problemskalen werden noch zusätzlich von zwei Selbstwertskalen ergänzt. Alle Skalen des Messinstrumentes sind in Tabelle 17 zusammengefasst.

Tabelle 17: ACC Problemskalen und Selbstwertskalen

<b>Skala</b>	<b>Problemskalen</b>
I	Sexualisiertes Verhalten
II	Pseudomaturität/Pseudoreife
III	Selbstbezogenheit
IV	Indiskriminiertheit
V	Unsicherheit
VI	Ängstlich-Misstrauisch
VII	Anormale Schmerzreaktion
VIII	Auffälliges Essverhalten
Ixa	Selbstverletzung
Ixb	Pica-Index
X	Suizidale Verhaltensweisen
<b>Skala</b>	<b>Selbstwertskalen</b>
I	Negatives Selbstbild
II	Niedrige Zuversicht

Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind durch standardisierte Instruktionen und Auswertungsregeln sichergestellt. Die interne Konsistenz für die einzelnen Skalen liegt mit  $\alpha = .70$  bis  $\alpha = .86$  im guten Bereich. Die Inhaltsvalidität der ACC konnte in Item- und Faktorenanalysen bestätigt werden. Die Konstruktvalidität wurde zum einen durch Korrelationsuntersuchungen mit der CBCL nachgewiesen ( $r = .89$ ) und zum anderen konnte eine stabile Faktorenstruktur nachgewiesen werden, bei der die meisten Items sehr hoch auf nur einem Faktor luden. Die Normwerte basieren auf einer australischen Stichprobe von 412 Kindern (Tarren-Sweeney, 2007).

### 5.5.5 Familienklima-Skalen (FKS)

Die Familienklima-Skalen (FKS) werden hier ebenfalls nur der Vollständigkeit halber aufgeführt. Auch dieses Instrument wird in der Arbeit von Frau Eva-Maria Groh ausgewertet.

Die Familienklima-Skalen (FKS) von Schneewind, Beckmann & Hecht-Jackl (1985) sind ein ökonomisches Instrument zur Diagnostik der Familienbeziehungen. Insgesamt bestehen die FKS aus zehn Skalen, die zu drei Dimensionen zusammengefasst sind. Die drei Dimensionen sind: 1. Beziehungsdimension mit den drei Subskalen Zusammenhalt, Offenheit und Konfliktneigung, 2. Persönliche Entwicklungs- und Zielerreichungsdimension mit den fünf Subskalen Selbständigkeit, Leistungsorientierung, Kulturelle Orientierung, Aktive Freizeitgestaltung und Religiöse Orientierung und 3. Systemerhaltende und systemverändernde Di-

mension mit den zwei Subskalen Organisation und Kontrolle. Für die vorliegende Studie wurden nur die Beziehungsdimension und die systemerhaltende und systemverändernde Dimension mit ihren Subskalen verwendet.

Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind durch Instruktionen zur Anwendung und Auswertung gegeben. Die Rohwerte werden zur leichteren Interpretation der Ergebnisse in Sten-Werte transformiert. Die internen Konsistenzkoeffizienten der für diese Untersuchung verwendeten Skalen liegen zwischen  $\alpha = .64$  und  $\alpha = .79$  und damit überwiegend im guten Bereich. Lediglich die Skala Offenheit erzielte bei den Befragung von Vätern nur eine interne Konsistenz von  $\alpha = .45$  und stellt somit die Itemzusammenstellung in Frage. Die durchgeführten Validierungsuntersuchungen der FKS beziehen sich vor allem auf Korrelationsstudien mit Persönlichkeitsfaktoren. Demnach konnte eine zufrieden stellende konvergente und diskriminante Validität des Instruments bestätigt werden (Schneewind et al., 1985).

### **5.5.6 Exploratives Interview**

Die Fragen für das explorative Interview wurden von Frau Eva-Maria Groh für diese Studie zusammengestellt und beschäftigten sich ausführlich mit den Erfahrungen und Erlebnissen des Pflegekindes aus der Sicht der Pflegeeltern.

Im ersten Teil wird auf den Grund der Herausnahme eingegangen. Mögliche Antwortalternativen sind Vernachlässigung, Missbrauch, Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit oder psychische Erkrankungen der leiblichen Eltern. Die Pflegeeltern werden zudem nach konkreten Ereignissen befragt, die zur Trennung des Kindes von den leiblichen Eltern geführt haben.

Weiterhin wird die allgemeine Vorgeschichte des Kindes abgefragt, seine Bezugspersonen, die möglichen protektiven Faktoren und das Vorhandensein von Triggern, bei denen Erinnerungen an bestimmte negative Ereignisse ausgelöst werden.

In einem nächsten Abschnitt werden die Kontakte zur Herkunftsfamilie behandelt. Die Eltern sollen die Häufigkeit und die Auswirkungen der Kontakte darstellen. Zusätzlich zu den bisherigen Informationen wird die psychosoziale Versorgung abgefragt. Es werden die verschiedenen Therapieformen und die Dauer der Hilfe erfasst.

Die Fragen des Interviews sind im Anhang H dieser Arbeit beigefügt.

### **5.5.7 Ressourcenfragebogen 1**

Der Ressourcenfragebogen 1 besteht aus zwölf allgemeinen Fragen, die dem Kind den Einstieg in das Gespräch und das nachfolgende klinische Interview erleichtern sollen. Das Kind wird zu seinen Hobbies, seinen Freunden und seinen schulischen Aktivitäten befragt. Dabei

soll es vor allem in seinen spontanen Äußerungen gefördert werden und sich an die Befragungssituation gewöhnen. Da das gesamte Gespräch aufgezeichnet wird, sind die Kinder anfänglich oft nervös und beachten zuerst das Diktiergerät mit großem Interesse. Im Verlauf des Gesprächs konzentrieren sich die Kinder dann mehr und mehr auf die zu beantwortenden Fragen und das Aufnahmegerät verschwindet in den Hintergrund ihrer Aufmerksamkeit. Die verwendeten Fragen befinden sich im Anhang G.

#### **5.5.8 Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ)**

Das Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ) von Steil und Füchsel (2006) ist ein strukturiertes klinisches Interview, welches das Vorhandensein einer Traumatisierung sowie einer PTBS im Sinne des DSM-IV erfasst. Die verwendete Konzeption beruht auf der englischen Originalversion der Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Das Kind wird im Interview anhand einer standardisierten Liste (Ereignisliste) zunächst nach einem oder mehreren traumatischen Ereignissen befragt und anschließend werden alle PTBS-Symptome erhoben, einschließlich der Zusatzkriterien für Kinder. Darüber hinaus werden die Häufigkeit und Intensität der Symptome der jeweiligen Störung abgefragt. Ein großer Vorteil des Instrumentes besteht darin, dass Kinder (ab 7 Jahren) selbst befragt werden können. Dies ist wichtig und notwendig, da Eltern und Lehrer dazu neigen, die posttraumatische Symptomatik des Kindes zu unterschätzen (Steil, 2003).

Durch die beigefügten Instruktionen und die standardisierten Auswertungsregeln kann man von einer guten Durchführungs- und Auswertungsobjektivität des Interviews ausgehen. Die Interpretationsobjektivität ist durch die Standardisierung der Testwerte ebenfalls genügend hoch. Die interne Konsistenz für den Gesamtschweregrad liegt bei  $\alpha = .91$ . Das IBS-KJ ist explizit an die PTBS-Kriterien des DSM-IV angelehnt, so dass die inhaltliche Validität der Operationalisierung im DSM-IV entspricht. Zudem ließ sich die Konstruktvalidität des Interviews durch die Beziehung zum Kinder-DIPS bestätigen. Die Korrelationen zum CBCL waren annähernd Null, so dass das IBS-KJ eine andere Symptomatik erfasst als durch die CBCL erhoben wird. Die Konstruktvalidität wurde weiterhin dadurch untermauert, dass Kinder mit einer PTBS deutlich höhere Werte in der Gesamtschwere der PTBS aufwiesen als Kinder ohne die Diagnose PTBS. Das Instrument wurde an einer Stichprobe von insgesamt 113 Kindern im Alter von 7 bis 16 Jahren getestet. Die meisten von ihnen hatten als traumatisches Ereignis einen Verkehrsunfall erlebt (Steil & Füchsel, 2006).

#### **5.5.9 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**

Der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument von Bernstein und Fink (1998), das sich eignet, retrospektiv Missbrauch und Vernachlässigung im

Kindes- und Jugendalter zu erfassen. Damit erfasst der CTQ mehr als traumatische Ereignisse im engeren Sinne (nach DSM-IV oder ICD-10). Er wurde in der vorliegenden Arbeit eingesetzt, um die Ereignisliste des IBS-KJ sinnvoll zu ergänzen, da in dieser keine Vernachlässigungserfahrungen abgefragt werden können.

Die Skalen der deutschen Version des CTQ umfassen Missbrauch (mit drei Subskalen: emotional, physisch und sexuell) und Vernachlässigung (mit zwei Subskalen: emotional und physisch). Jede dieser Subskalen besteht aus fünf Items. Zusätzlich gibt es zwei weitere Skalen mit jeweils drei Items (Zusatzskalen: Bagatellisierung/Verleugnung und Inkonsistenz Erfahrungen). Die Subskala Inkonsistenz Erfahrungen ist eine Ergänzung der Arbeitsgruppe von Prof. Driessen (Rodewald, 2005) und ist in der englischen Originalversion nicht vorgesehen.

Eine kurze Instruktion stellt die Durchführungsobjektivität sicher. Durch eine Standardisierung der Auswertung und der Testwerte sind die Kriterien der Auswertungs- und Interpretationsobjektivität erfüllt. Es konnte eine befriedigende bis sehr gute interne Konsistenz für die meisten Subskalen erzielt werden. Der Median des Reliabilitätskoeffizienten über verschiedene Stichproben erreichte Werte von  $\alpha = .66$  für die Subskala physische Vernachlässigung bis  $\alpha = .92$  für die Subskala sexueller Missbrauch (Bernstein & Fink, 1998). In konfirmatorischen Faktorenanalysen erwies sich die angenommene Faktorenstruktur mit fünf interkorrelierten Faktoren für verschiedene Stichproben als stabil und inhaltsvalide (Bernstein et al., 2003). Im englischsprachigen Raum liegen Normen für verschiedene Stichproben, u.a. drogenabhängige vs. gesunde Probanden, vor.

#### **5.5.10 Ressourcenfragebogen 2**

Der Ressourcenfragebogen 2 wird am Ende des kindlichen Interviews verwendet. Er dient dazu, das Gespräch positiv abzuschließen. Die sechs Fragen beschäftigen sich mit dem Bewältigungsverhalten des Kindes und den ihm zur Verfügung stehenden Hilfsangeboten in seiner Umwelt. Die Kinder sollen mit diesem Bogen motiviert werden, darüber nachzudenken, was ihnen in ihrem bisherigen Leben geholfen hat, um negative Erfahrungen besser verarbeiten zu können. Auch diese Fragen sind im Anhang G beigefügt.

### **5.5 Auswertung**

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an den Richtlinien zur Manuskriptgestaltung der *Deutschen Gesellschaft für Psychologie* (2007). Wenn keine spezifischen Vorgaben vorliegen, wird weitgehend den Vorschlägen der *American Psychological Association* (2001) gefolgt. Nur wenn diese Richtlinien nicht mit einer ökonomischen und verständlichen Darstellung der Ergebnisse vereinbar waren, wurden alternative Darstellungsformen gewählt. Grundsätzlich lag das a priori Alpha-Niveau der statistischen Hypothesentests bei .05. Da

das posteriori Alpha-Niveau der meisten Statistikprogramme genauer ist, oder wenn das Ergebnis die Signifikanzgrenze knapp verfehlte, wurden hier die exakten posteriori Alpha Niveaus angegeben. Ergebnisse unter einem Signifikanzniveau von 10% wurden als tendenziell oder marginal signifikant bezeichnet und entsprechend zurückhaltender interpretiert.

Die erhobenen Daten wurden mit der Statistik-Software SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Version 10.0) kodiert und ausgewertet.

Die Testung der Normalverteilung der Daten wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Weiterhin wurden für alle verwendeten Fragebögen die Reliabilität (Cronbach's Alpha) sowie die Interkorrelationen der einzelnen Subskalen geprüft. Die Ergebnisse dieser Berechnungen sind im Anhang A und B dargestellt.

Epidemiologische Daten wurden mit Hilfe absoluter und relativer Häufigkeitsverteilungen dargestellt. Gruppenunterschiede wurden bei nominalen Daten mit dem Chi-Quadrat-Test überprüft. Wenn für die Daten eine Normalverteilung vorlag, wurden die Mittelwertsvergleiche mit dem t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Andernfalls kam der nonparametrische U-Test nach Mann und Whitney zur Anwendung. Statistische Zusammenhänge wurden mit Hilfe von Korrelationen berechnet. Bei ordinalskalierten oder nicht normalverteilten intervallskalierten Daten wurden Rangkorrelationen mit der Formel von Spearman berechnet. Bei intervallskalierten Daten wurde die Formel nach Pearson angewandt. Zur Vorhersage der posttraumatischen Belastungssymptomatik wurde auf der Grundlage der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, ermittelt durch die CBCL, eine lineare Regressionsanalyse gerechnet.

Fehlende Daten in den Fragebögen (z.B. bei einzelnen ausgelassenen Items) wurden nach Möglichkeit durch die Interviewer noch einmal nachgefragt und ergänzt. Kam es trotzdem bei der Auswertung der einzelnen Fragebögen zu fehlenden Werten, so wurden diese durch den Mittelwert der jeweiligen Skala ersetzt, sofern im entsprechenden Manual nicht eine andere Vorgehensweise vorgeschlagen wurde. Daten wurden zudem nur ersetzt, wenn mindestens 80% der Items je Skala vorhanden waren, andernfalls wurde für die entsprechende Skala kein Wert berechnet.

## 6. Ergebnisse

Die Skalen der CBCL, der CDC sowie der CTQ wurden hinsichtlich ihrer Verteilung geprüft. Für die Stichprobe der LMU München zeigte sich, dass die meisten Subskalen der CBCL, mit Ausnahme der Skalen „ängstlich/depressives Verhalten“, „soziale Probleme“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“, linksschief verteilt sind und damit nicht den Kriterien der Normalverteilung genügen. Die Skalen zweiter Ordnung für das internalisierende und externalisierende Verhalten sowie für die Gesamtskala erfüllen hingegen die formalen Voraussetzungen der Normalverteilung. Der Summenwert der CDC ist in der Stichprobe der LMU München wiederum linksschief verteilt. Die Unterskalen des CTQ sind bis auf die Skala „emotionale Vernachlässigung“ ebenfalls linksschief verteilt (siehe Anhang A).

Für die beiden Stichproben des DJI sind alle Unterskalen der CBCL signifikant linksschief verteilt. Die Gesamtskala, die internalisierende und die externalisierende Subskala sind hingegen auch in diesen Stichproben annähernd normalverteilt. Die Auswertung des Summenwertes der CDC ist auch in der Explorationsstichprobe des DJI linksschief verteilt (siehe Anhang A).

Weiterhin wurde für die verwendeten Fragebögen die Reliabilität anhand der internen Konsistenzen (*Cronbach's Alpha*) überprüft. Mit Ausnahme der wenigen – im Folgenden einzeln erläuterten Skalen – liegen die internen Konsistenzen über .70 und damit ausreichend hoch, um die Zugehörigkeit zur jeweiligen Skala als gegeben zu betrachten.

Abweichungen ergaben sich in der LMU-Stichprobe für die CBCL-Subskalen „körperliche Beschwerden“ und „schizoid/zwanghaftes Verhalten“. In der Explorationsstichprobe des DJI lagen die internen Konsistenzen der Skalen „körperliche Beschwerden“ und „schizoid/zwanghaftes Verhalten“ ebenfalls unter dem Wert .70. In der Hauptstichprobe des DJI waren insgesamt drei Skalen unterhalb der geforderten Mindestgröße. Die Skala „sozialer Rückzug“ verfehlte knapp die Anforderungen, die Skalen „schizoid/zwanghaftes Verhalten“ und „dissoziales Verhalten“ erzielten insgesamt relativ schlechte Testkennwerte. Somit müssen vor allem die Skalen „körperliche Beschwerden“ und „schizoid/zwanghaftes Verhalten“ mit Vorsicht interpretiert werden, da diese mindestens zweimal in den drei Stichproben keine genügend hohen Reliabilitätswerte erreichten. Alle Auswertungen zur Reliabilität finden sich im Anhang B.

In Anhang C sind zudem die Interkorrelationen der einzelnen Skalen aufgelistet. Mit Ausnahme der CBCL-Subskala „körperliche Beschwerden“ befinden sich fast alle Korrelationen im mittleren Bereich. Die Skalen für die internalisierenden und externalisierenden Verhaltensweisen korrelieren sehr hoch mit dem Gesamtwert und mittelstark untereinander. Die

Subskalen des CTQ korrelieren ebenfalls in mittlerer Höhe, wobei vor allem die Skala „emotionale Vernachlässigung“ stark mit den anderen Subskalen in Zusammenhang steht.

Im Folgenden wird nun zuerst auf die im Interview von den Kindern berichtete Traumaexposition eingegangen und die sich daraus jeweils ergebende PTBS-Prävalenzrate dargestellt. Im Anschluss daran wird der Zusammenhang zwischen den vermuteten Einflussfaktoren und der Schwere der PTBS-Symptombelastung geprüft. Weiterhin werden dieselben Risikofaktoren hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten untersucht. Abschließend wird anhand der Verhaltensauffälligkeiten eine Schätzung der PTBS-Prävalenz in den Stichproben des DJI vorgenommen.

## **6.1 Traumaexposition und PTBS-Prävalenz in der LMU Stichprobe**

### **6.1.1 Traumatische Ereignisse**

Die Pflegekinder wurden anhand der Ereignisliste des Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ) nach dem Erleben von insgesamt 17 verschiedenen potentiell traumatischen Ereignissen gefragt. Im Schnitt berichteten die Pflegekinder drei traumatische Ereignisse ( $M=2.95$ ;  $SD=1.91$ ), die ihnen selbst passiert sind. Die Spannweite reicht von keinem bis zu insgesamt acht berichteten Ereignissen.

Die Auswertung der IBS-KJ Ereignisliste ergibt somit, dass 66 der befragten 74 Pflegekinder angeben, mindestens ein traumatisches Ereignis selbst erlebt zu haben. Weitere zwei Kinder geben an, Zeuge eines traumatischen Ereignisses geworden zu sein, das einer nahestehenden Person passiert ist. Damit sind insgesamt 68 Pflegekinder direkt oder indirekt einem traumatischen Stressor ausgesetzt gewesen. Das bedeutet, dass die Traumaexposition in dieser Stichprobe bei 91.9% liegt.

Die restlichen Pflegekinder hatten möglicherweise aufgrund ihres jüngeren Herausnahmealters aus der Herkunftsfamilie (im Durchschnitt mit 24 Monaten im Vergleich zu 78 Monaten für die Kinder, die mindestens ein Ereignis angegeben haben) noch kein potentiell traumatisches Ereignis erlebt oder können sich aufgrund des damaligen Alters nicht an ein solches Erlebnis erinnern. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des Alters bei der Herausnahme aus der Ursprungsfamilie ist signifikant ( $t = 2.27$ ;  $df = 71$ ;  $p = .026$ ; zweiseitig).

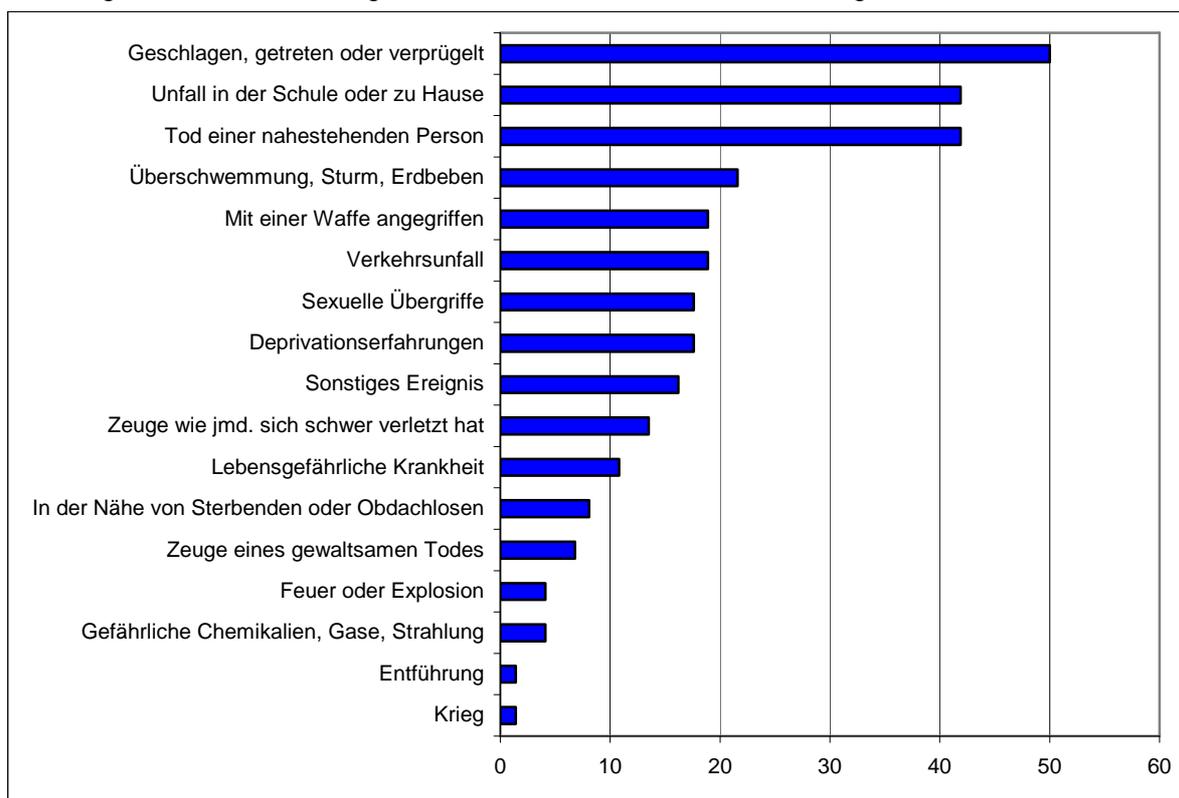
Vergleicht man dieses Ergebnis (Traumaexposition = 91.9%) mit den Daten aus der Allgemeinbevölkerung (22.5% bei Essau et al., 1999; 21.9% bei Perkonig et al., 2000), so bestätigt sich die Hypothese, dass Pflegekinder ein deutlich höheres Risiko tragen, traumatischen Situationen ausgesetzt zu sein. Überprüft man dieses Ergebnis inferenzstatistisch mit dem Binomialtest, so zeigt sich, dass das Traumatisierungsrisiko im Vergleich zur Normalbevölke-

zung signifikant größer ist  $p(x > .23) < .000$ . Getestet wurde die Traumaexposition der vorliegenden Arbeit gegen den von Essau et al. (1992) berichteten Wert.

Betrachtet man nun differenziert, wie oft ein spezifisches Ereignis von den Pflegekindern angegeben wurde, so zeigt sich, dass vor allem Gewalterfahrungen sehr häufig vorkommen. In der vorliegenden Stichprobe wurde dies von insgesamt der Hälfte der Kinder (50.0%) angegeben. Die beiden Ereignisse, die am zweithäufigsten genannt wurden, sind ein schwerer Unfall in der Schule oder zu Hause (41.9%) sowie der Tod einer nahestehenden Person (41.9%). Eine Naturkatastrophe (Überschwemmung, Sturm oder Erdbeben) erlebt zu haben, gaben etwa ein Fünftel der Kinder an (21.6%).

Verhältnismäßig viele Kinder erzählten im Interview, dass sie mit einer Waffe angegriffen worden sind (18.9%), wobei sich dies nicht auf die klassischen Tatwaffen, wie zum Beispiel Messer oder Pistole, beschränkt, sondern auch ein Gürtel oder eine Flasche als Waffe gegen die Kinder verwendet wurde. Ebenso häufig wurden Verkehrsunfälle von den Kindern genannt (18.9%). Ein Sechstel der Kinder berichtete über Mangelversorgung bezüglich Nahrung oder sauberer Kleidung (17.6%). Ebenfalls etwa ein Sechstel der Kinder gab an, sexuellen Übergriffen in der Herkunftsfamilie ausgesetzt gewesen zu sein (17.6%). Ein anderes, nicht näher umschriebenes Ereignis wurde von 16,2% der Pflegekinder angegeben. Ein kleiner Teil der Kinder (13.5%) wurde Zeuge einer schweren Verletzung. Häufig handelte es sich dabei um Suizidversuche eines Elternteils. Knapp ein Zehntel der Kinder (10.8%) berichtet über eine lebensgefährliche Erkrankung.

Weit seltener (unter 10.0%) kommt es vor, dass Pflegekinder in der Nähe von Sterbenden oder Obdachlosen waren (8.1%), Zeuge eines gewaltsamen Todes wurden (6.8%), eine Explosion oder ein Feuer miterlebten (4.1%) oder Kontakt zu gefährlichen Chemikalien, Gasen oder Strahlungen (4.1%) hatten. Am seltensten wurden Kriegserlebnisse oder Entführungsfälle genannt (jeweils 1.4%). In Abbildung 6 sind die beschriebenen Sachverhalte noch einmal graphisch dargestellt.

Abbildung 6: *Prozentuale Häufigkeiten der einzelnen traumatischen Ereignisse*

### 6.1.2 PTBS-Kriterien nach dem DSM-IV

Nachfolgend wird auf die Erfüllung der einzelnen PTBS-Kriterien analog dem DSM-IV Manual eingegangen, um die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten. Im Anschluss daran werden darüber hinaus auch weitere Diagnosemöglichkeiten (nach der ICD-10 oder nach den Kriterien von Scheeringa et al., 2003) sowie die PTBS-Symptombelastung dargestellt.

Von den 68 Pflegekindern mit mindestens einem potentiell traumatischen Erlebnis stimmten nur 33 (44.6%) den Fragen zum objektiven Traumakriterium (A1-Kriterium) zu. Insgesamt berichteten 31 Pflegekinder (41.9%) über Gefühle von Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen in Bezug auf mindestens eines der angegebenen Ereignisse. Bei 30 Pflegekindern (40.5%) ist sowohl das A1- als auch das A2-Kriterium des DSM-IV vorhanden (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Häufigkeit der Erfüllung des A-Kriteriums

	<i>n</i>	%
Kriterium A1 erfüllt (objektives Traumakriterium)	33	44.6%
Kriterium A2 erfüllt (subjektives Traumakriterium)	31	41.9%
Kriterium A (A1+A2) erfüllt	30	40.5%

Die drei PTBS-Hauptsymptomgruppen: Wiedererleben, Vermeidung und erhöhtes Arousal sind relativ gleichmäßig verteilt, wobei vor allem das Kriterium des Wiedererlebens von sehr vielen Kindern (39.2%) erfüllt wurde. Da für dieses Kriterium nur jeweils eines von fünf Symptomen erforderlich ist, ist hier die Schwelle zur Erreichung des Kriteriums am niedrigsten. Für das C-Kriterium muss das Pflegekind mindestens drei von sieben Vermeidungskriterien erfüllen, was immerhin für 20 Probanden (27.0%) zutraf. Beim D-Kriterium müssen mindestens zwei von fünf Symptomen der Übererregung vorliegen. Demnach erfüllen 18 Kinder (24.3%) diese Voraussetzungen. Die Anzahl der einzelnen Symptome ist noch einmal in Tabelle 19 zusammengefasst.

Tabelle 19: Anzahl der Symptome aus dem B-, C- und D-Kriterium

	<i>n</i>	%
Kriterium B 1 Symptom	6	8.1%
Kriterium B 2 Symptome	7	9.5%
Kriterium B 3 Symptome	5	6.8%
Kriterium B 4 Symptome	7	9.5%
Kriterium B 5 Symptome	4	5.4%
Kriterium B (mind. 1 Symptom) erfüllt	29	39.2%
Kriterium C 1 Symptom	10	13.5%
Kriterium C 2 Symptome	9	12.2%
Kriterium C 3 Symptome	1	1.4%
Kriterium C 4 Symptome	5	6.8%
Kriterium C 5 Symptome	1	1.4%
Kriterium C 6 Symptome	1	1.4%
Kriterium C (mind. 3 Symptome) erfüllt	20	27.0%
Kriterium D 1 Symptom	5	6.8%
Kriterium D 2 Symptome	8	10.8%
Kriterium D 3 Symptome	6	8.1%
Kriterium D 4 Symptome	3	4.1%
Kriterium D 5 Symptome	1	1.4%
Kriterium D (mind. 2 Symptome) erfüllt	18	24.3%

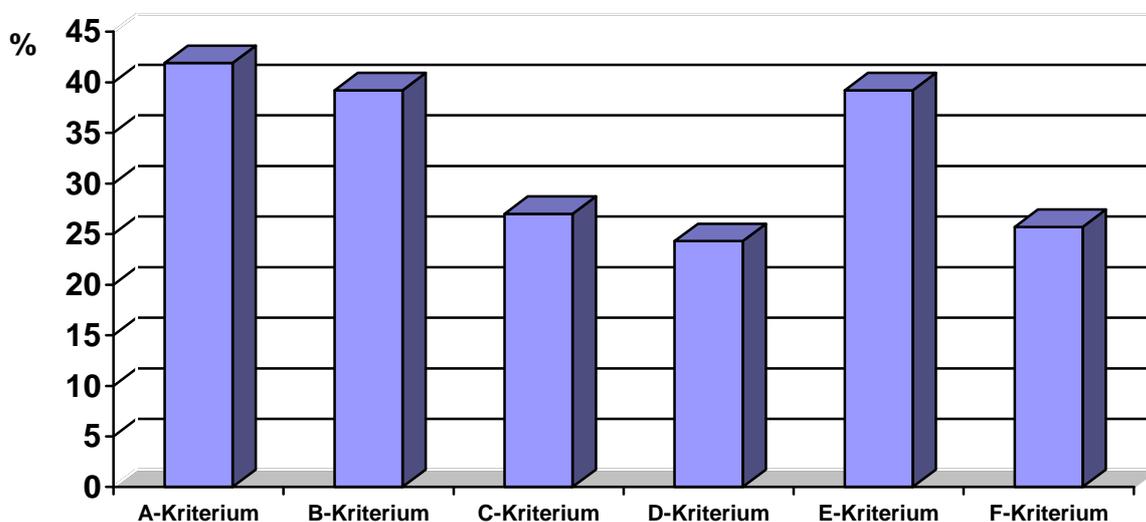
Das E-Kriterium, welches eine Dauer der Störung von einem Monat voraussetzt, wird von 29 Kindern erfüllt (39.2%). Das letzte DSM-IV Kriterium beschäftigt sich mit dem klinisch bedeutsamen Leiden oder den Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Das heißt, die Pflegekinder mussten angeben, ob eine solche Beeinträchtigung oder ein Leidensdruck aufgrund der Symptome vorlag oder nicht. Insgesamt gaben 19 Kinder (25.7%) an, durch die Symptome beeinträchtigt gewesen zu sein. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 20 nochmals dargestellt.

Tabelle 20: Häufigkeit der Erfüllung des E- und F-Kriteriums

	<i>N</i>	%
Kriterium E (Dauer: mind. ein Monat)	29	39.2%
Kriterium F (Leiden oder Beeinträchtigung)	19	25.7%

In Abbildung 7 ist die Erfüllung der einzelnen Kriterien nach dem DSM-IV noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der PTBS-Kriterien



### 6.1.3 PTBS-Diagnosen

Für die vorliegende Arbeit wurde für eine PTBS-Diagnose die Definition aus dem DSM-IV übernommen. Demnach muss ein Trauma stattgefunden haben (A-Kriterium), die drei PTBS-Hauptsymptomgruppen Wiedererleben (B-Kriterium), Vermeidung (C-Kriterium) und erhöhtes Arousal (D-Kriterium) müssen vorliegen und zusätzlich muss das Störungsbild mindestens einen Monat andauern (E-Kriterium) und Leiden oder Beeinträchtigung verursachen (F-

Kriterium). Insgesamt erfüllten nur vier Pflegekinder (5.4%) alle sechs Kriterien gleichzeitig und bekamen damit die Vollbilddiagnose nach dem DSM-IV.

Für das Vorliegen einer PTBS nach den Kriterien von Scheeringa et al. (2003) ist die Erfüllung des A1-Kriteriums erforderlich, nicht aber die des A2-Kriteriums. Beim B-Kriterium und beim C-Kriterium muss jeweils mindestens ein Kriterium von nur insgesamt vier möglichen vorhanden sein und beim D-Kriterium sind zwei der genannten fünf Kriterien notwendig, um eine Diagnose zu vergeben. Die Dauer von mindestens einem Monat muss erfüllt sein (E-Kriterium), hingegen kann das Beeinträchtigungskriterium (F-Kriterium) vernachlässigt werden. Welche der Symptome aus dem Bereich Vermeidung und Hyperarousal zur Diagnosestellung notwendig sind, können der Abbildung 4 (siehe S. 99) entnommen werden. Insgesamt wurde die PTBS nach den modifizierten Kriterien von Scheeringa von zehn Kindern (13.5%) erfüllt.

Blanchard et al. (1994) zufolge liegt eine subsyndromale PTBS vor, wenn neben dem Ereigniskriterium A, dem Zeitkriterium E, dem Beeinträchtigungskriterium F und dem Intrusionskriterium B auch entweder das Vermeidungskriterium C oder das Hyperarousalkriterium D erfüllt sind. Es muss also nur noch entweder das Vermeidungs- oder das Arousalkriterium vorliegen, eines von beiden kann komplett vernachlässigt werden. Nach dieser Definition liegt bei zwölf Pflegekindern (16.2%) eine subsyndromale PTBS vor.

Eine PTBS nach den Richtlinien der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation liegt vor, wenn sowohl das A1-Kriterium erfüllt ist, ein Kriterium aus dem Bereich Wiedererleben vorliegt, entweder das C1-Kriterium oder das C2-Kriterium vorhanden ist und zusätzlich noch zwei Symptome aus dem Bereich Hyperarousal erfüllt sind oder wahlweise das C3-Kriterium (Amnesie). Die Erfüllung der Kriterien E und F sind nach der ICD-10 nicht erforderlich (vgl. WHO, 1993). Nach dieser unspezifischeren Auswertung erhalten insgesamt 16 Pflegekinder (21.6%) eine PTBS-Diagnose.

Weiterhin gab es Pflegekinder, die aktuell noch so stark belastet waren, dass es nicht möglich war, das IBS-KJ Interview mit ihnen zu Ende zu führen. Vereinzelt fingen die Kinder an Symptome einer Dissoziation zu zeigen oder baten darum, nicht weiter über das Vorgefallene sprechen zu müssen. Für diese Kinder lässt sich nur vermuten, dass sie aufgrund der starken Belastung eine PTBS-Diagnose bekommen hätten. Da es aber ethisch nicht vertretbar gewesen wäre, hier die einzelnen Belastungssymptome weiter abzufragen, kann keine gezielte Auswertung vorgenommen werden. Insgesamt waren sieben Kinder (9.5%) nicht in der Lage, die Fragen des Interviews vollständig zu beantworten und bekamen in der Auswertung lediglich eine unspezifische Verdachtsdiagnose. Bei diesen sieben Kindern zeigten sich in der CBCL deutlich stärkere Abweichungen im Vergleich zu den Werten in der Allgemein-

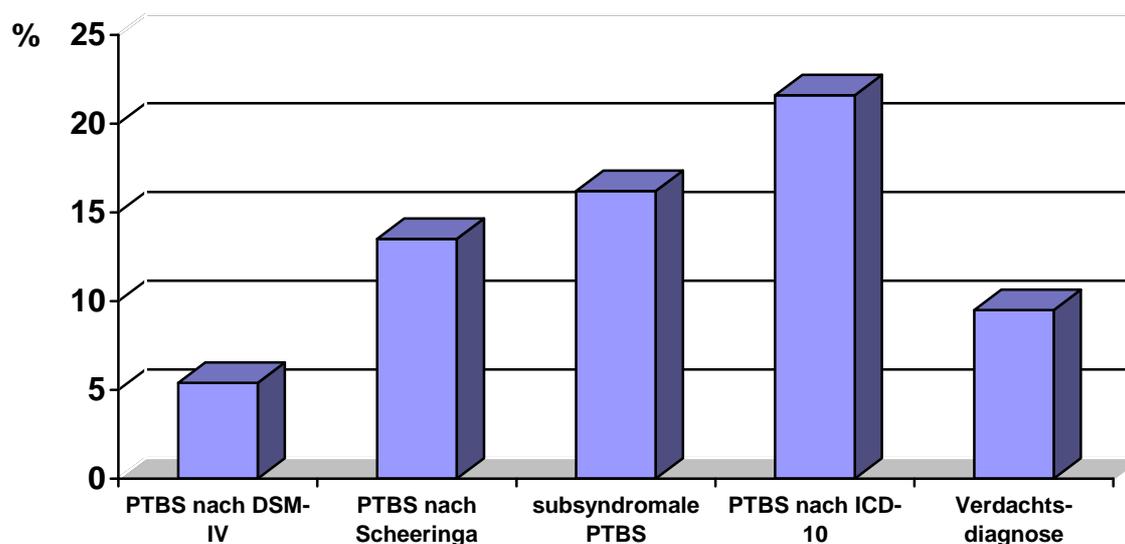
bevölkerung. Die internalisierenden, externalisierenden und CBCL-Gesamtwerte lagen zwischen einer halben und einer Standardabweichung über der Normstichprobe. In Tabelle 21 sind die Werte der Verhaltensauffälligkeiten dargestellt.

Tabelle 21: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der PTBS-Verdachtsdiagnosen mit den Normwerten

	CBCL Normwerte	CBCL Verdachtsdiagnosen
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
<b>Internalisierendes Verhalten</b>	50.0 (10.0)	55.86 (9.44)
<b>Externalisierendes Verhalten</b>	50.0 (10.0)	57.00 (3.27)
<b>Gesamtwert</b>	50.0 (10.0)	60.71 (4.99)

Bei einer Zusammenschau der Ergebnisse zum Vorliegen einer der PTBS-Diagnosen ergibt sich somit folgende Übersicht (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der verschiedenen PTBS-Diagnosen



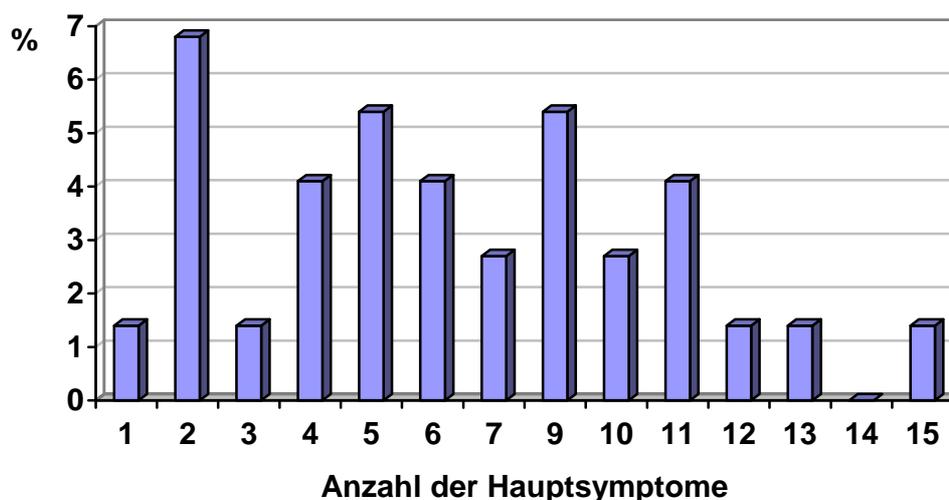
Die Einteilungen der PTBS-Diagnosen nach den Richtlinien des DSM-IV, der ICD-10, den Kriterien von Scheeringa und der subsyndromalen PTBS sind allerdings nicht überlappungsfrei. Um das Ausmaß der posttraumatischen Störung insgesamt besser abschätzen zu können, empfiehlt es sich, die Stichprobe auch hinsichtlich der PTBS-Symptombelastung genauer zu untersuchen.

### 6.1.4 PTBS-Symptombelastung

Im Folgenden geht es um die Auswertung der Hauptsymptome, d.h. es wird geprüft, wie viele Symptome des Wiedererlebens, Vermeidens oder erhöhten Arousal bei den einzelnen Pflegekindern vorhanden sind. Insgesamt geben 31 Pflegekinder (41.9%) an, dass mindestens eines der PTBS-Hauptsymptome bei ihnen vorliegt. Bei den restlichen 43 Kindern (58.1%) wurde entweder von den Kindern kein Symptom berichtet oder das Interview konnte aufgrund der starken Belastung nicht vollständig durchgeführt ( $n=8$ ; 10.8%) werden, so dass auch hier keine Symptombelastung ausgewertet werden konnte.

Die durchschnittliche Belastung liegt bei sechs bis sieben Symptomen pro Kind ( $M=6.48$ ;  $SD=3.65$ ) und damit relativ hoch. Die niedrigste Belastung liegt bei einem erfüllten Symptom, die höchste bei 15 von insgesamt 17 möglichen Symptomen. Die relativen Häufigkeiten der Hauptsymptome sind annähernd normalverteilt (vgl. Abbildung 9). Die Prüfung mittels des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests bestätigen die Verteilungsform ( $Kolmogorov-Smirnov-Z=.61$ ;  $p=.852$ )

Abbildung 9: Anzahl der Hauptsymptome



## 6.2 Risikofaktoren der PTBS-Symptomatik

Im Folgenden wird die pathologische Wirkung einiger Variablen untersucht, die im Verdacht stehen einen Einfluss auf die Schwere der PTBS-Belastung auszuüben. Zu diesen Variablen zählen abgesehen vom Alter und Geschlecht des Pflegekindes, vor allem die Art der Traumatisierung sowie die Kontakthäufigkeit zur Ursprungsfamilie. Weiterhin werden auch einige Faktoren näher betrachtet, die mit dem Pflegeverhältnis in direktem Zusammenhang stehen, wie beispielsweise die Dauer der aktuellen Unterbringung, ob es sich nur um eine zeitweilige

Unterbringung mit ungesichertem Verbleib handelt sowie die Anzahl der bisherigen Fremdplatzierungen.

### 6.2.1 Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie

Ausgehend von der Annahme, dass die Schwere der PTBS-Symptombelastung umso größer ist, je länger das Kind unter den angenommenen widrigen Umständen in der Herkunftsfamilie leben musste, werden im Folgenden die Zusammenhänge zwischen dem Alter der Herausnahme und der Anzahl der berichteten Ereignisse sowie PTBS-Hauptsymptome dargestellt.

Es zeigte sich hypothesenkonform ein mittlerer Zusammenhang zwischen dem Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Herausnahme und der Anzahl der vom Kind angegebenen Ereignisse ( $r=.37$ ;  $p<.01$ ). Je früher ein Kind aus der Familie genommen wurde, umso weniger potentiell traumatische Ereignisse werden vom Kind berichtet. Umgekehrt gilt, dass mit steigender Dauer des Aufenthaltes in der Ursprungsfamilie mehr Ereignisse vom Kind im Interview angegeben wurden.

Hingegen ließ sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Herausnahmealter und der Anzahl der berichteten PTBS-Symptome nachweisen. Es ergibt sich sogar eine schwach negative Korrelation ( $r=-.06$ ;  $p=.741$ ). Die Ergebnisse sind in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22: Korrelation zwischen dem Alter der Herausnahme, der Summe der erlebten Ereignisse und der Anzahl von PTBS-Symptomen

	Summe der Ereignisse	Anzahl der Hauptsymptome
<b>Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Herausnahme</b>	.37**	-.06

Anmerkungen: N=73 für Summe der Ereignisse. N=35 für Anzahl der Hauptsymptome. \*\* markiert signifikante Zusammenhänge (\*\* $p<.01$ ). Test auf zweiseitige Signifikanz (Pearson).

### 6.2.2 Geschlechtsunterschiede bei verschiedenen Diagnosekriterien

Der Vergleich zwischen den geschlechtsbezogenen Prävalenzen ergibt lediglich für die Kriterien nach dem DSM-IV einen marginal signifikanten Effekt. Die restlichen Diagnosen liegen entgegen der Hypothese für Mädchen nicht signifikant höher als für Jungen, obwohl die Mädchen bei den Diagnoserichtlinien nach DSM-IV, ICD-10 und den Kriterien nach Scheeringa jeweils höhere PTBS-Prävalenzen erzielen.

Die Ergebnisse in Bezug auf die Geschlechtsunterschiede sind in Tabelle 23 zusammengefasst.

Tabelle 23: Geschlechtsunterschiede bei verschiedenen PTBS-Diagnosekriterien

	<b>Geschlecht</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>Sig. (2-seitig)</b>
<b>Diagnose nach DSM-IV</b>	Jungen	35	0%	3.74	1	.053
	Mädchen	39	10.3%			
<b>Diagnose nach ICD-10</b>	Jungen	35	17.1%	0.78	1	.379
	Mädchen	39	25.6%			
<b>Subsyndromale PTBS</b>	Jungen	35	17.1%	0.04	1	.839
	Mädchen	39	15.4%			
<b>Diagnose nach Scheeringa</b>	Jungen	35	8.6%	1.37	1	.242
	Mädchen	39	17.9%			

Anmerkungen: Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben.

### 6.2.3 Dauer des Pflegeverhältnisses und PTBS-Symptombelastung

Die Pflegekinder befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung seit durchschnittlich sechs Jahren und neun Monaten in ihrer jeweiligen Pflegefamilie ( $M=6.74$ ;  $SD=4.17$ ). Die kürzeste Unterbringungsdauer lag bei einem Monat, die längste bei fast 16 Jahren.

Entgegen der Erwartungen konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der aktuellen Unterbringungsdauer und der Anzahl der PTBS-Hauptsymptome nachgewiesen werden. Die Korrelation war annähernd Null ( $n=36$ ;  $r=.06$ ;  $p=.738$ , zweiseitig).

### 6.2.4 Auswirkungen eines ungesicherten Verbleibs auf die PTBS-Symptombelastung

Ein Vergleich der beiden Gruppen nach dauerhafter und zeitweiliger Unterbringungsform offenbart entgegen der erwarteten Annahme keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der PTBS-Diagnosen. Insgesamt ist zwar nur ein kleiner Teil (12.2%) der Pflegekinder zeitweilig fremdplatziert, allerdings zeichnen sich diese Kinder nicht durch ein höheres Ausmaß an PTBS-Diagnosen aus. Tabelle 24 fasst die Ergebnisse für die verschiedenen PTBS-Diagnosekriterien zusammen.

Tabelle 24: Auswirkungen der Unterbringungsform auf die verschiedenen PTBS-Diagnosen

	<b>Unterbringung</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>df</b>	<b>Sig. (2-seitig)</b>
<b>Diagnose nach DSM-IV</b>	Zeitweilig	9	0%	0.58	1	.447
	Dauerhaft	65	6.2%			
<b>Diagnose nach ICD-10</b>	Zeitweilig	9	33.3%	0.82	1	.366
	Dauerhaft	65	20.0%			
<b>Subsyndromale PTBS</b>	Zeitweilig	9	22.2%	0.27	1	.604
	Dauerhaft	65	15.4%			
<b>Diagnose nach Scheeringa</b>	Zeitweilig	9	11.1%	0.05	1	.823
	Dauerhaft	65	13.8%			

Anmerkungen: Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben.

### **6.2.5 Anzahl der Fremdplatzierungen und PTBS-Symptombelastung**

Für viele Pflegekinder stellte die aktuelle Unterbringung die erste (52.7%) oder zweite (35.1%) Fremdplatzierung dar. Bei einigen Kindern (8.1%) lagen bereits drei Lebensraumwechsel vor. Nur ein sehr geringer Teil der Pflegekinder (4.1%) hatte vier oder mehr Umplatzierungen in ihrer Vorgeschichte.

Es ließ sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Fremdplatzierungen und der Anzahl der erfüllten PTBS-Symptome mittels einer Produkt-Moment-Korrelation nachweisen ( $n=36$ ;  $r=-.26$ ;  $p=.124$ , zweiseitig). Die Korrelation war entgegen den Erwartungen negativ, d.h. Kinder mit häufigerem Lebensraumwechsel zeigten insgesamt weniger PTBS-Symptome als Pflegekinder mit weniger Fremdplatzierungen in der Vergangenheit.

### **6.2.6 Besuchskontakte und PTBS-Symptombelastung**

Bei 29 Pflegekindern ist der Kontakt zur Ursprungsfamilie abgebrochen oder es hat bereits zu Beginn des Pflegeverhältnisses keinen Kontakt mehr zu den leiblichen Eltern gegeben. Bei sechs weiteren Pflegekindern liegen keine Angaben zur Kontakthäufigkeit vor. Für die restlichen 39 Pflegekinder können die Auswirkungen der Besuchskontakte auf die PTBS-Symptombelastung geprüft werden. Am häufigsten fand nach Aussage der Pflegeeltern ein monatlicher Kontakt statt, gefolgt von einem wöchentlichen, vierteljährlichen, jährlichen oder halbjährlichen Umgang. Die genauen Angaben zur Kontakthäufigkeit finden sich in Tabelle 11 der Stichprobenbeschreibung (S. 142).

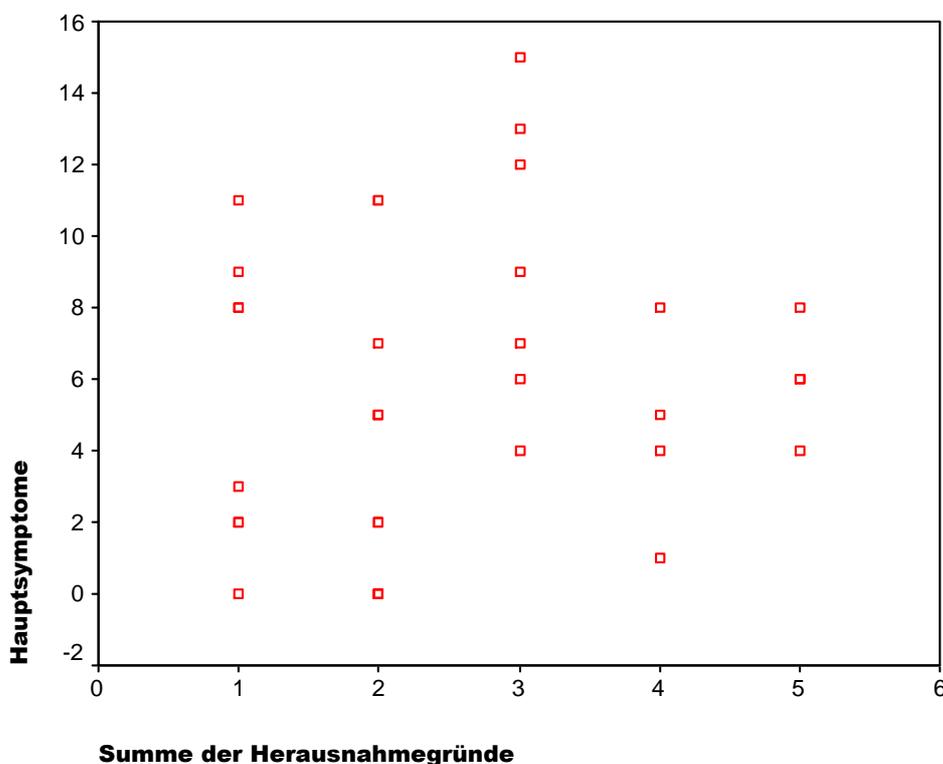
Die Testung der Auswirkungen der Besuchskontakte erfolgte mit Hilfe der Spearman'schen Rangkorrelation, da die Kontakthäufigkeit lediglich ordinalskaliert ist. Es wurde erwartet, dass sich ein häufigerer Kontakt zur Ursprungsfamilie in einer höheren Symptombelastung äußert. Dies konnte allerdings anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden ( $n=22$ ;  $r=.12$ ;  $p=.600$ , zweiseitig).

### **6.2.7 Auswirkungen der Anzahl der Herausnahmegründe und berichteten Ereignisse auf die PTBS-Symptombelastung**

Von den Pflegeeltern wurden verschiedene Gründe für die Herausnahme der Kinder aus ihrer Ursprungsfamilie genannt. Um zu prüfen, welche Auswirkungen die Anzahl der Herausnahmegründe auf die PTBS-Symptomatik hat, wurde eine Produkt-Moment-Korrelation zwischen den beiden Variablen berechnet ( $n=36$ ;  $r=.17$ ;  $p=.328$ , zweiseitig). Es ergab sich lediglich eine sehr niedrige positive Korrelation. Ein Blick ins Streudiagramm zeigt, dass vor allem die Pflegekinder mit drei berichteten Herausnahmegründen eine sehr starke PTBS-

Belastung hatten, wohingegen bei vier oder fünf berichteten Herausnahmegründen die PTBS-Symptomatik schwächer ausgeprägt war (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: Streudiagramm



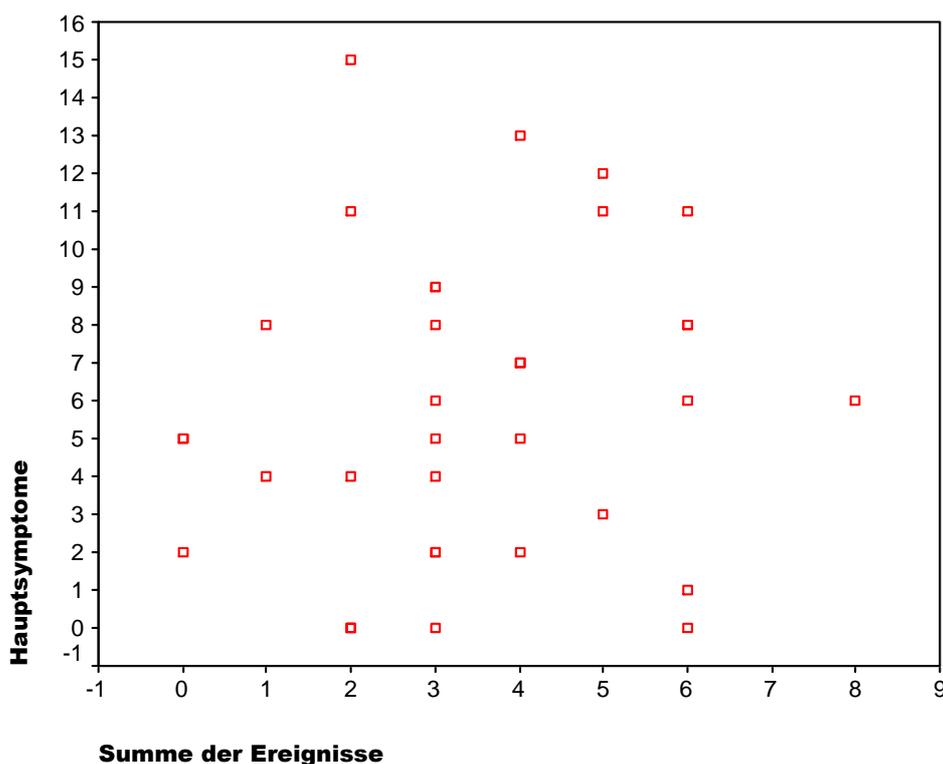
Zudem wurde mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse getestet, wie sich die Anzahl der Herausnahmegründe auf die PTBS-Symptombelastung auswirkt und ob sich die Gruppen signifikant voneinander unterscheiden. Es ergab sich lediglich ein tendenzieller Unterschied ( $F(4,30)=2.43$ ;  $p=.069$ ). Die stärkste PTBS-Symptombelastung mit durchschnittlich neun Symptomen trat in der Gruppe der Pflegekinder mit drei Herausnahmegründen auf. Die restlichen Gruppen zeigten im Schnitt zwischen vier und sechs PTBS-Symptome. Die Mittelwerte und Gruppengrößen sind in Tabelle 25 dargestellt.

Tabelle 25: Deskriptive Statistik zur PTBS-Symptombelastung in Abhängigkeit von der Summe der Herausnahmegründe

Anzahl der Herausnahmegründe	N	M	SD	Min.	Max.
1 Herausnahmegrund	8	5.38	4.07	0	11
2 Herausnahmegründe	12	4.00	4.07	0	11
3 Herausnahmegründe	7	9.43	4.04	4	15
4 Herausnahmegründe	4	4.50	2.89	1	8
5 Herausnahmegründe	4	6.00	1.63	4	8

Abgesehen von den Herausnahmegründen wurde zusätzlich für die von den Pflegekindern im Interview berichteten, potentiell traumatischen Ereignisse geprüft, ob ein Zusammenhang zur Anzahl der genannten Hauptsymptome besteht. Es ergab sich eine niedrige, nicht signifikante positive Korrelation nach der Formel von Pearson ( $n=36$ ;  $r=.16$ ;  $p=.349$ , zweiseitig). Je mehr Ereignisse ein Kind berichtete, desto mehr Hauptsymptome wurden angegeben. Im Streudiagramm zeigen sich vor allem Ausreißer bei zwei berichteten Ereignissen, die trotzdem eine sehr hohe Anzahl von PTBS-Symptomen angeben, sowie einige Pflegekinder mit sechs oder sogar acht unterschiedlichen Ereignisarten und einer vergleichsweise niedrigen PTBS-Symptomatik (siehe Abbildung 11).

Abbildung 11: Streudiagramm



Da sich bei der Summe der Ereignisse sehr viele kleinere Gruppen ergaben, wurden diese zusammengefasst. Pflegekinder mit keinem bis zu zwei berichteten Ereignissen bildeten die erste Gruppe. Die nächste Gruppe setzte sich aus den Kindern mit drei oder vier angegebenen Ereignissen zusammen und die letzte Gruppe hatte fünf oder mehr Ereignisse im Interview berichtet. Mit Hilfe der einfaktoriellen Varianzanalyse wurde getestet, ob sich die Grup-

pen hinsichtlich der PTBS-Symptomatik voneinander unterscheiden. In der ANOVA zeigte sich kein signifikanter Gruppenunterschied ( $F(2,33)=0.46$ ;  $p=.634$ ). Dennoch stieg die durchschnittliche Anzahl angegebener PTBS-Symptome kontinuierlich in den drei Gruppen an. Die Mittelwerte und Gruppengrößen sind in Tabelle 26 dargestellt.

Tabelle 26: Deskriptive Statistik zur PTBS-Symptombelastung in Abhängigkeit von der Summe der berichteten traumatischen Ereignisse

Anzahl der Ereignisse	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
0 bis 2 Ereignisse	11	4.91	4.81	0	15
3 bis 4 Ereignisse	15	5.40	3.52	0	13
5 bis 8 Ereignisse	10	6.60	4.22	0	12

Um die Zusammenhänge zwischen emotionalem Missbrauch, körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch, emotionaler sowie körperlicher Vernachlässigung und der Schwere der PTBS-Symptomatik zu ergründen, wurden Korrelationen zwischen der Anzahl der PTBS-Symptome, sofern welche vorlagen, und der Ausprägung auf den einzelnen Subskalen des CTQ berechnet. Aufgrund der linksschiefen Verteilung der CTQ-Skalen wurden fast ausschließlich Rangkorrelationen nach Spearman berechnet. Für die Skala „emotionale Vernachlässigung“ wurden die Voraussetzungen für eine Normalverteilung erfüllt. Daher wurde hier die Korrelation nach der Formel von Pearson berechnet. Lediglich für die Skala „sexueller Missbrauch“ konnte eine signifikante Korrelation in mittlerer Höhe nachgewiesen werden. Die Zusammenhänge sind in Tabelle 27 dargestellt.

Tabelle 27: Korrelation zwischen der Anzahl von PTBS-Symptomen und CTQ-Skalen

	Emotionaler Missbrauch	Körperliche Misshandlung	Sexueller Missbrauch	Emotionale Vernachlässigung	Körperliche Vernachlässigung
<b>Anzahl von PTBS-Symptomen</b>	.25	.18	.39*	.11	.15

Anmerkungen: N=30 bis 31. \* markiert signifikante Zusammenhänge (\*\* $p<.05$ ). Test auf zweiseitige Signifikanz (Spearman bzw. Pearson).

### 6.3 Risikofaktoren der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten

Bevor auf die einzelnen Risikofaktoren für das kindliche Verhalten eingegangen wird, soll insgesamt dargestellt werden, wie sich die drei verschiedenen Stichproben hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeiten von den Normwerten aus der Allgemeinbevölkerung unterscheiden.

Das auffällige kindliche Verhalten wird, wie bereits erörtert, in der vorliegenden Arbeit mit der Child Behavior Checklist (CBCL) durch die Einschätzung der Pflegeeltern erfasst. Diese

setzt sich aus insgesamt acht Syndromskalen und zudem drei übergeordneten Skalen – internalisierende, externalisierende Verhaltensauffälligkeiten sowie einer Gesamtskala auffälligen Verhaltens – zusammen.

Insgesamt sind die Werte aller drei untersuchten Stichproben signifikant höher als die Werte der Allgemeinbevölkerung. Die geringste Abweichung von den Werten der Allgemeinbevölkerung erzielte die Skala internalisierendes Verhalten in der Hauptstichprobe des DJI ( $M=52.87$ ;  $SD=10.04$ ), ist aber dennoch hoch signifikant von einem T-Wert von 50 verschieden ( $t=3.36$ ;  $df=137$ ;  $p=.001$ ). Die stärkste Abweichung von den Normwerten (Döpfner et. al., 1998) ließ sich bei Skala „Aufmerksamkeitsprobleme“ in der Stichprobe der LMU München nachweisen ( $M=62.14$ ;  $SD=10.01$ ;  $t=10.43$ ;  $df=73$ ;  $p=.000$ ). Alle Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 28 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 28: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der drei untersuchten Stichproben mit den Normwerten

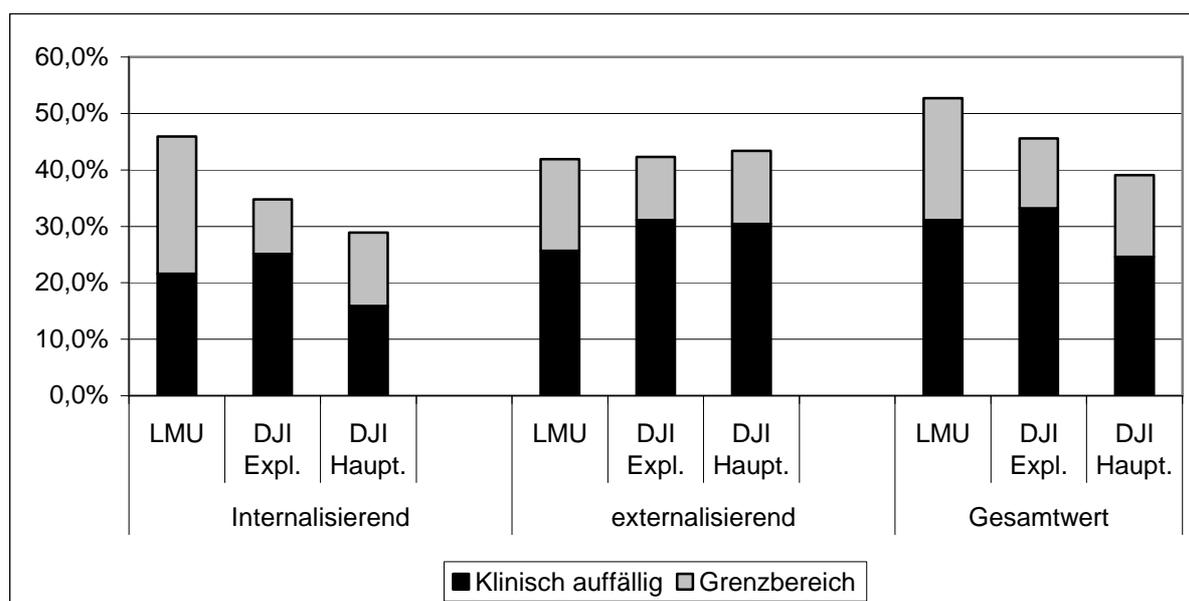
	<b>CBCL Normwerte</b>	<b>CBCL SP LMU Mün- chen</b>	<b>CBCL Explo- rationsstich- probe DJI</b>	<b>CBCL Haupt- stichprobe DJI</b>
	<b><i>M (SD)</i></b>	<b><i>M (SD)</i></b>	<b><i>M (SD)</i></b>	<b><i>M (SD)</i></b>
<b>Skala 1: sozialer Rück- zug</b>	50.0 (10.0)	57.84 (7.94)	56.94 (8.79)	56.22 (7.69)
<b>Skala 2: körperliche Beschwerden</b>	50.0 (10.0)	55.80 (6.69)	56.53 (8.09)	54.04 (6.23)
<b>Skala 3: ängstlich/de- pressives Verhalten</b>	50.0 (10.0)	59.46 (9.39)	57.45 (8.18)	55.28 (6.67)
<b>Skala 4: soziale Prob- leme</b>	50.0 (10.0)	61.64 (9.84)	61.00 (10.79)	59.96 (10.35)
<b>Skala 5: schizoid/ zwanhaftes Verhalten</b>	50.0 (10.0)	57.84 (10.35)	55.64 (8.75)	55.41 (8.17)
<b>Skala 6: Aufmerksam- keitsprobleme</b>	50.0 (10.0)	62.14 (10.01)	61.09 (9.19)	59.22 (9.28)
<b>Skala 7: dissoziales Verhalten</b>	50.0 (10.0)	58.57 (9.04)	58.51 (8.37)	58.61 (8.88)
<b>Skala 8: aggressives Verhalten</b>	50.0 (10.0)	60.23 (11.15)	59.87 (10.20)	58.22 (8.42)
<b>Internalisierendes Ver- halten</b>	50.0 (10.0)	57.64 (9.61)	55.75 (10.65)	52.87 (10.04)
<b>Externalisierendes Ver- halten</b>	50.0 (10.0)	58.88 (10.55)	58.06 (10.86)	56.26 (11.13)
<b>Gesamtwert</b>	50.0 (10.0)	60.76 (9.70)	58.50 (10.90)	56.49 (10.76)

Weiterhin wurde geprüft, ob sich die untersuchten Stichproben untereinander signifikant unterscheiden. Aufgrund der Nichterfüllung der Normalverteilung wurden die Syndromskalen des CBCL nonparametrisch mit Hilfe des Kruskal-Wallis-Tests überprüft. Dabei ergaben sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Skalen zwei ( $\chi^2=8.85$ ;  $df=2$ ;  $p=.012$ ), drei ( $\chi^2=11.63$ ;  $df=2$ ;  $p=.003$ ) und sechs ( $\chi^2=6.29$ ;  $df=2$ ;  $p=.043$ ). Bezüglich der Sekundärskalen,

die aufgrund der Verteilungsvoraussetzungen mittels einer ANOVA geprüft wurden, unterschieden sich die drei Stichproben hoch signifikant hinsichtlich der internalisierenden Verhaltensweisen ( $F(2,404)=5.91$ ;  $p=.003$ ) und signifikant hinsichtlich des Gesamtwertes ( $F(2,402)=4.00$ ;  $p=.019$ ). Die LMU Stichprobe ist insgesamt am schwersten belastet, gefolgt von der Explorationsstichprobe des DJI. Die geringsten Abweichungen von den Normwerten erzielte die Hauptstichprobe des DJI. Die externalisierenden Verhaltensweisen sind in der Stichprobe der LMU und in der Explorationsstichprobe des DJI in etwa gleicher Höhe, wohingegen die Werte für die Hauptstichprobe des DJI etwas niedriger liegen (siehe auch Tabelle 28).

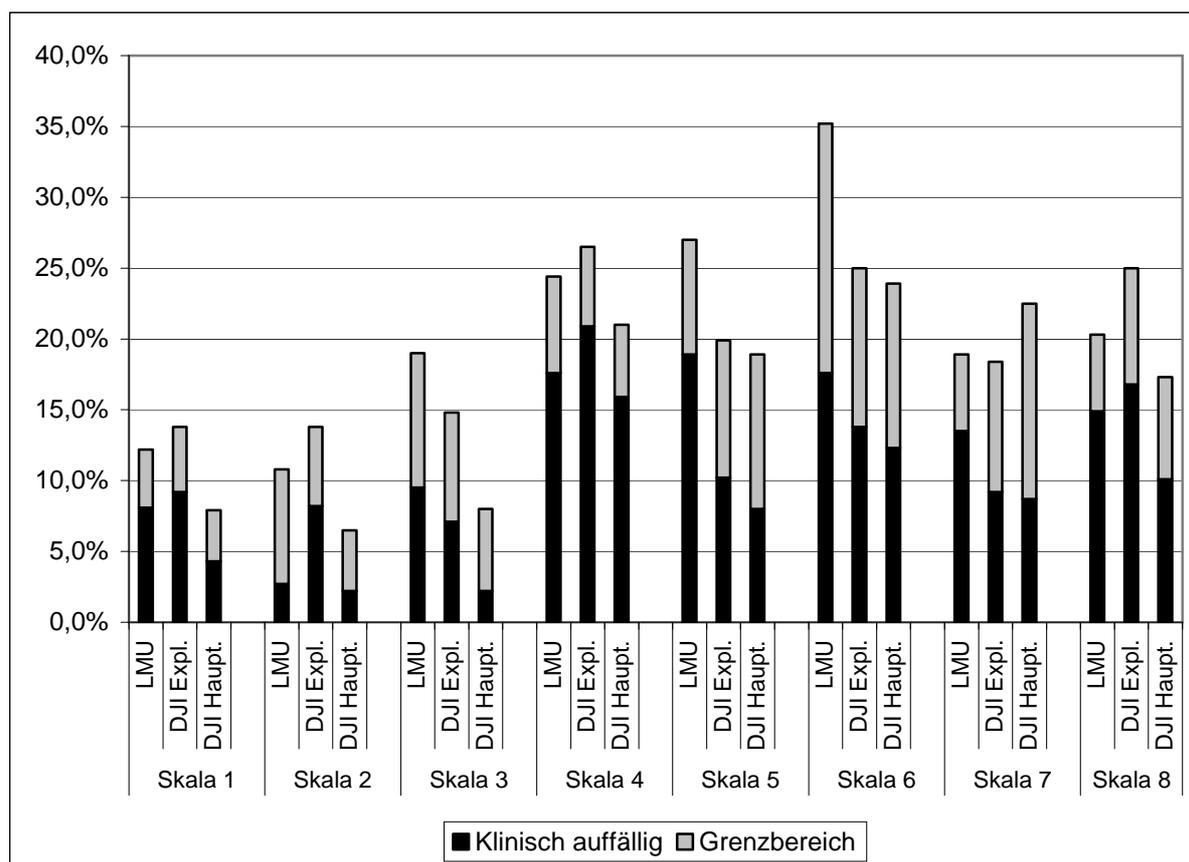
Zudem wurde untersucht, wie viel Prozent der Kinder sich im grenzwertigen und im klinisch auffälligen Bereich befanden. Der Grenzwert wird im Manual des CBCL (vgl. Döpfner et al., 1998) für die Syndromskalen ab einem Wert von  $T=71$  angegeben. Er erfasst alle Kinder, die einen klinisch auffälligen Prozentrang von 98%-100% erzielen. Es wird ein Übergangsbereich vom unauffälligen zum auffälligen klinischen Bereich definiert, der zwischen  $T=67-70$  liegt. In diesem Bereich befinden sich Kinder mit einem Prozentrang von 95%-98%. Für die Sekundärskalen (internalisierendes und externalisierendes Verhalten sowie den Gesamtwert) wird der klinisch auffällige Bereich ab einem T-Wert von 64 definiert, während der Übergangsbereich zwischen  $T=60-63$  liegt. Nach diesem Schema werden in Abbildung 12 und Abbildung 13 die relativen Häufigkeiten der auffälligen Pflegekinder je Stichprobe dargestellt. Der Grenzbereich ist jeweils grau markiert, der klinisch auffällige Bereich ist schwarz markiert.

Abbildung 12: Prozent der Pflegekinder im klinisch auffälligen Bereich oder Grenzbereich der Sekundärskalen des CBCL



Zusammenfassend zeigen sich in der Explorationsstichprobe des DJI die höchsten internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten mit etwa 25%, dicht gefolgt von der Stichprobe der LMU München. In der Hauptstichprobe des DJI liegen die internalisierenden Werte etwas niedriger, bei circa 15%, als in den beiden anderen Stichproben. In der LMU Stichprobe befinden sich zudem sehr viele Pflegekinder (ca. 20%) bei den internalisierenden Verhaltensweisen im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit. Die externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten sind in allen drei Stichproben vergleichbar hoch und liegen bei etwa 30% der Kinder im klinisch auffälligen Bereich. Im Gesamtwert zeigen über 30% der Pflegekinder der LMU Stichprobe sowie der Explorationsstichprobe des DJI Problemverhalten im klinisch auffälligen Bereich. Für die DJI Hauptstichprobe liegt der Gesamtwert des auffälligen Verhaltens mit etwa 25% etwas niedriger.

Abbildung 13: Prozent der Pflegekinder im klinisch auffälligen Bereich oder Grenzbereich der Syndromskalen des CBCL



Hinsichtlich der einzelnen CBCL-Syndromskalen unterscheiden sich die drei Stichproben vor allem in Hinblick auf die „Aufmerksamkeitsprobleme“ (Skala 6), die „sozialen Probleme“ (Skala 4) und die „agressiven Verhaltensweisen“ (Skala 8) von der Normalbevölkerung. Die geringsten Abweichungen zur Normstichprobe befinden sich bezogen auf das „soziale Rück-

zugsverhalten“ (Skala 1), die „körperlichen Beschwerden“ (Skala 2) und das „ängstlich/depressive Verhalten“ (Skala 3).

Nachfolgend wird der Einfluss einiger Variablen hinsichtlich der Auswirkungen auf das kindliche Verhalten untersucht. Es werden ähnlich wie bei der PTBS-Belastung einige Merkmale des Kindes, wie beispielsweise das Alter und das Geschlecht, aber auch Merkmale, die sich auf das Pflegeverhältnis beziehen, wie die Dauer der aktuellen Unterbringung oder die Anzahl der bisherigen Fremdplatzierungen, untersucht. Weiterhin wird geprüft, ob und welche Auswirkungen die Kontakthäufigkeit auf das kindliche Verhalten hat und welche Rolle den Herausnahmegründen zukommt.

### **6.3.1 Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie**

Da das Alter bei der Herausnahme in direktem Zusammenhang mit den Sozialisationserfahrungen des Kindes steht, wird im Folgenden geprüft, welche Zusammenhänge zwischen dem Herausnahmealter und den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten existieren. Dabei zeigte sich lediglich eine schwache Korrelation mit der Skala sozialer Rückzug. Je älter die Kinder bei der Herausnahme sind, desto stärker ziehen sie sich in sich selbst zurück. Kinder, die bereits früher aus der Ursprungsfamilie herausgenommen werden, sind hingegen weniger zurückgezogen. Dieser Befund konnte sowohl in der Stichprobe der LMU München, als auch in der Hauptstichprobe des DJI nachgewiesen werden.

Die Skala schizoid, zwanghaftes Verhalten korrelierte signifikant positiv mit dem Herausnahmealter in der Hauptstichprobe des DJI. Hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Skala nur eine sehr geringe Reliabilität erzielte (siehe Anhang B) und der Zusammenhang für die Stichprobe der LMU München nicht repliziert werden konnte. Die Ergebnisse sind in Tabelle 29 zusammengefasst.

Tabelle 29: Korrelation zwischen dem Alter der Herausnahme und den Subskalen des CBCL für die Stichprobe der LMU München und die Hauptstichprobe des DJI

	Herausnahmealter (SP LMU München)	Herausnahmealter (HauptSP DJI)
<b>Skala 1: sozialer Rückzug</b>	.33**	.21*
<b>Skala 2: körperliche Beschwerden</b>	-.13	.16
<b>Skala 3: ängstlich/depressives Verhalten</b>	.14	.15
<b>Skala 4: soziale Probleme</b>	.00	.01
<b>Skala 5: schizoid/zwanghaftes Verhalten</b>	-.05	.21*
<b>Skala 6: Aufmerksamkeitsprobleme</b>	-.16	.11
<b>Skala 7: dissoziales Verhalten</b>	.07	.08
<b>Skala 8: aggressives Verhalten</b>	.00	-.05

Anmerkungen: N=73 für die Stichprobe der LMU München. N=138 für die Hauptstichprobe des DJI. \*\* markiert signifikante Zusammenhänge (\*\* $p < .01$ ). \* markiert signifikante Zusammenhänge (\* $p < .05$ ). Test auf zweiseitige Signifikanz (Spearman). Grau hinterlegte Felder wurden auf zweiseitige Signifikanz nach der Formel von Pearson berechnet, da hier die Voraussetzungen einer Normalverteilung erfüllt sind.

Zusätzlich zu den acht Subskalen des CBCL wurden die Zusammenhänge zwischen dem internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten sowie dem Gesamtwert der CBCL statistisch geprüft. Dabei ergaben sich in beiden Stichproben lediglich schwache Korrelationen mit dem internalisierenden Verhalten und dem Herausnahmealter. Dieser Zusammenhang dürfte aber im Wesentlichen auf den Einfluss der Skala sozialer Rückzug beruhen, da diese als eine von drei Skalen zur internalisierenden Skala verrechnet wird. Darüber hinaus ergaben sich keine signifikanten Korrelationen mit den CBCL-Skalen. Die Ergebnisse sind im Einzelnen in Tabelle 30 dargestellt.

Tabelle 30: Korrelation zwischen dem Alter der Herausnahme und den CBCL Sekundärskalen für die Stichprobe der LMU München und die Hauptstichprobe des DJI

	Herausnahmealter (SP LMU München)	Herausnahmealter (HauptSP DJI)
<b>Internalisierendes Verhalten</b>	.19	.19*
<b>Externalisierendes Verhalten</b>	-.07	.00
<b>Gesamtwert</b>	.00	.10

Anmerkungen: N=73 für die Stichprobe der LMU München. N=138 für die Hauptstichprobe des DJI. \* markiert signifikante Zusammenhänge (\* $p < .05$ ). Test auf zweiseitige Signifikanz (Pearson).

### 6.3.2 Geschlechtsunterschiede und Verhaltensauffälligkeiten

In der Literatur wird von einem geschlechtsspezifischen Bias berichtet. Jungen tendieren demnach dazu, ihr Verhalten eher external auszuagieren, während von Mädchen eher er-

wartet wird, dass sie höhere internalisierende Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Diese Annahme kann aufgrund der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Die Jungen und Mädchen der vorliegenden Stichproben unterscheiden sich nicht signifikant in der Höhe der von den Pflegeeltern angegebenen Verhaltensauffälligkeiten.

Lediglich für die Hauptstichprobe des DJI lässt sich ein Geschlechtseffekt bezüglich des externalisierenden Verhaltens nachweisen. Jungen zeigen demnach deutlich mehr auffällige externalisierende Verhaltensweisen und ein auch insgesamt höheres Maß an Verhaltensauffälligkeiten.

Die Hypothese, dass Mädchen mehr internalisierendes Verhalten zeigen, konnte in keiner der drei Stichproben nachgewiesen werden. Vielmehr zeigte sich, dass in allen untersuchten Stichproben den Jungen auch mehr internalisierende Verhaltensweisen zugeschrieben wurden, auch wenn diese Unterschiede nicht signifikant sind. Die Geschlechtsunterschiede sind in Tabelle 31 dargestellt.

Tabelle 31: *Geschlechtsunterschiede und Verhaltensauffälligkeiten für alle drei Stichproben*

	<b>Geschlecht</b>	<b>n</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>Sig. (2-seitig)</b>																																																																																												
<b>Internalisierend (SP LMU München)</b>	Jungen	35	58.34	10.08	.60	72	.552																																																																																												
	Mädchen	39	57.00	9.25				<b>Externalisierend (SP LMU München)</b>	Jungen	35	60.09	10.79	.93	72	.355	Mädchen	39	57.79	10.35	<b>Gesamtwert (SP LMU München)</b>	Jungen	35	62.00	10.81	1.05	72	.299	Mädchen	39	59.64	8.56	<b>Internalisierend (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	95	56.28	9.79	.68	193	.495	Mädchen	100	55.24	11.43	<b>Externalisierend (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	95	58.38	10.48	.40	194	.692	Mädchen	101	57.76	11.26	<b>Gesamtwert (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	93	58.83	10.52	.41	191	.686	Mädchen	100	58.19	11.29	<b>Internalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	53.52	10.66	.72	129	.476	Mädchen	73	52.29	9.48	<b>Externalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	58.68	11.11	2.45	136	.016*	Mädchen	73	54.11	10.77	<b>Gesamtwert (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	59.03	11.08	2.68	136	.008**
<b>Externalisierend (SP LMU München)</b>	Jungen	35	60.09	10.79	.93	72	.355																																																																																												
	Mädchen	39	57.79	10.35				<b>Gesamtwert (SP LMU München)</b>	Jungen	35	62.00	10.81	1.05	72	.299	Mädchen	39	59.64	8.56	<b>Internalisierend (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	95	56.28	9.79	.68	193	.495	Mädchen	100	55.24	11.43	<b>Externalisierend (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	95	58.38	10.48	.40	194	.692	Mädchen	101	57.76	11.26	<b>Gesamtwert (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	93	58.83	10.52	.41	191	.686	Mädchen	100	58.19	11.29	<b>Internalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	53.52	10.66	.72	129	.476	Mädchen	73	52.29	9.48	<b>Externalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	58.68	11.11	2.45	136	.016*	Mädchen	73	54.11	10.77	<b>Gesamtwert (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	59.03	11.08	2.68	136	.008**	Mädchen	73	54.22	10.01								
<b>Gesamtwert (SP LMU München)</b>	Jungen	35	62.00	10.81	1.05	72	.299																																																																																												
	Mädchen	39	59.64	8.56				<b>Internalisierend (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	95	56.28	9.79	.68	193	.495	Mädchen	100	55.24	11.43	<b>Externalisierend (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	95	58.38	10.48	.40	194	.692	Mädchen	101	57.76	11.26	<b>Gesamtwert (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	93	58.83	10.52	.41	191	.686	Mädchen	100	58.19	11.29	<b>Internalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	53.52	10.66	.72	129	.476	Mädchen	73	52.29	9.48	<b>Externalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	58.68	11.11	2.45	136	.016*	Mädchen	73	54.11	10.77	<b>Gesamtwert (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	59.03	11.08	2.68	136	.008**	Mädchen	73	54.22	10.01																				
<b>Internalisierend (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	95	56.28	9.79	.68	193	.495																																																																																												
	Mädchen	100	55.24	11.43				<b>Externalisierend (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	95	58.38	10.48	.40	194	.692	Mädchen	101	57.76	11.26	<b>Gesamtwert (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	93	58.83	10.52	.41	191	.686	Mädchen	100	58.19	11.29	<b>Internalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	53.52	10.66	.72	129	.476	Mädchen	73	52.29	9.48	<b>Externalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	58.68	11.11	2.45	136	.016*	Mädchen	73	54.11	10.77	<b>Gesamtwert (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	59.03	11.08	2.68	136	.008**	Mädchen	73	54.22	10.01																																
<b>Externalisierend (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	95	58.38	10.48	.40	194	.692																																																																																												
	Mädchen	101	57.76	11.26				<b>Gesamtwert (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	93	58.83	10.52	.41	191	.686	Mädchen	100	58.19	11.29	<b>Internalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	53.52	10.66	.72	129	.476	Mädchen	73	52.29	9.48	<b>Externalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	58.68	11.11	2.45	136	.016*	Mädchen	73	54.11	10.77	<b>Gesamtwert (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	59.03	11.08	2.68	136	.008**	Mädchen	73	54.22	10.01																																												
<b>Gesamtwert (Explorationsstichprobe DJI)</b>	Jungen	93	58.83	10.52	.41	191	.686																																																																																												
	Mädchen	100	58.19	11.29				<b>Internalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	53.52	10.66	.72	129	.476	Mädchen	73	52.29	9.48	<b>Externalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	58.68	11.11	2.45	136	.016*	Mädchen	73	54.11	10.77	<b>Gesamtwert (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	59.03	11.08	2.68	136	.008**	Mädchen	73	54.22	10.01																																																								
<b>Internalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	53.52	10.66	.72	129	.476																																																																																												
	Mädchen	73	52.29	9.48				<b>Externalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	58.68	11.11	2.45	136	.016*	Mädchen	73	54.11	10.77	<b>Gesamtwert (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	59.03	11.08	2.68	136	.008**	Mädchen	73	54.22	10.01																																																																				
<b>Externalisierend (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	58.68	11.11	2.45	136	.016*																																																																																												
	Mädchen	73	54.11	10.77				<b>Gesamtwert (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	59.03	11.08	2.68	136	.008**	Mädchen	73	54.22	10.01																																																																																
<b>Gesamtwert (Hauptstichprobe DJI)</b>	Jungen	65	59.03	11.08	2.68	136	.008**																																																																																												
	Mädchen	73	54.22	10.01																																																																																															

Anmerkungen: T-Test für unabhängige Stichproben. N=74 für die Stichprobe der LMU München. N=193 bis 196 für die Explorationsstichprobe des DJI. N=138 für die Hauptstichprobe des DJI. \*\* markiert signifikante Zusammenhänge (\* $p < .01$ ). \* markiert signifikante Zusammenhänge (\* $p < .05$ ).

### 6.3.3 Dauer des Pflegeverhältnisses und Verhaltensauffälligkeiten

Die Auswertung nach der Dauer der Pflegschaft bestätigt tendenziell die Hypothese, dass mit fortschreitender Dauer der Fremdunterbringung weniger Verhaltensauffälligkeiten festzustellen sind. Umgekehrt gilt natürlich auch, dass, je kürzer das Kind in der Familie ist, desto größer das Ausmaß seines abweichenden Verhaltens ist.

Erwartungsgemäß lassen sich durchgängig negative Korrelationen nachweisen. Allerdings muss hinzugefügt werden, dass die Korrelationen sich auf einem sehr niedrigem Niveau bewegen. Tabelle 32 stellt die Korrelationen im Einzelnen dar.

Tabelle 32: Korrelation zwischen der aktuellen Unterbringungsdauer und den CBCL Sekundärskalen

	N	Internalisierendes Verhalten	Externalisierendes Verhalten	Gesamtwert
<b>Aktuelle Unterbringungsdauer (SP LMU München)</b>	74	-.18	-.09	-.13
<b>Aktuelle Unterbringungsdauer (Hauptstichprobe DJI)</b>	138	-.20*	-.13	-.20*

Anmerkung: Test auf zweiseitige Signifikanz (Pearson). \* markiert signifikante Zusammenhänge (\* $p < .05$ ).

### 6.3.4 Auswirkungen eines ungesicherten Verbleibs auf die Verhaltensauffälligkeiten

Die Hypothese, dass Kinder mit einer nur zeitweiligen Unterbringungsform stärkere Verhaltensauffälligkeiten zeigen, ließ sich anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigen. Für die LMU-Stichprobe, in der 9 Pflegekinder zeitweilig und 65 Pflegekinder dauerhaft untergebracht waren, zeigten sich bezüglich der internalisierenden ( $U=214.00$ ;  $p=.194$ , zweiseitig) und der externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten ( $U=236.50$ ;  $p=.354$ , zweiseitig) keine signifikanten Gruppenunterschiede. Die nur zeitweilig untergebrachten Pflegekinder zeigten entgegen den Erwartungen niedrigere Ausprägungen auf den Skalen internalisierendes ( $MW=53.00$  vs.  $MW=58.28$ ) sowie externalisierendes ( $MW=55.89$  vs.  $MW=59.29$ ) Verhalten. Die Variable Gesamtwert wurde sogar zugunsten der zeitweilig untergebrachten Kinder marginal signifikant ( $U=190.50$ ;  $p=.091$ , zweiseitig). Kinder mit dauerhafter Unterbringungsform zeigten damit tendenziell mehr auffällige Verhaltensweisen als nur zeitweilig fremdplatzierte Kinder ( $MW=55.22$  vs.  $MW=61.52$ ).

In der Hauptstichprobe des DJI, in der 6 Pflegekinder zeitlich befristet und 132 Pflegekinder auf Dauer fremdplatziert waren, ließ sich weder für die Skala internalisierendes Verhalten ( $U=386.50$ ;  $p=.921$ , zweiseitig), noch für die Skala externalisierendes Verhalten ( $U=319.50$ ;  $p=.424$ , zweiseitig), noch für den Gesamtwert ( $U=289.50$ ;  $p=.266$ , zweiseitig) ein signifikanter Gruppenunterschied nachweisen. Bei der Skala internalisierendes Verhalten erzielten die zeitweilig untergebrachten Kinder einen etwas höheren Wert ( $MW=53.17$  vs.  $MW=52.86$ ),

wohingegen das externalisierende Verhalten ( $MW=52.83$  vs.  $MW=56.42$ ) sowie der Gesamtwert der CBCL ( $MW=52.50$  vs.  $MW=56.67$ ) auch in dieser Stichprobe für die zeitweilig fremdplatzierten Kinder niedriger ausfiel.

### 6.3.5 Anzahl der Fremdplatzierungen und Verhaltensauffälligkeiten

Es konnte in der Stichprobe der LMU München mittels einer Produkt-Moment-Korrelation kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Fremdplatzierungen und dem Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten nachgewiesen werden. Die Korrelationen mit dem internalisierenden ( $n=74$ ;  $r=.17$ ;  $p=.140$ , zweiseitig) sowie dem externalisierenden Verhalten ( $n=74$ ;  $r=.14$ ;  $p=.238$ , zweiseitig) wie auch mit dem Gesamtwert ( $n=74$ ;  $r=.19$ ;  $p=.112$ , zweiseitig) sind zwar durchwegs positiv, aber insgesamt von der Höhe zu gering, um einen statistisch bedeutsamen Effekt zu belegen.

Die Auswertung für die Hauptstichprobe des DJI ergibt ähnlich niedrige Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Unterbringungen und dem internalisierenden ( $n=136$ ;  $r=.14$ ;  $p=.098$ , zweiseitig) und externalisierenden Verhalten ( $n=136$ ;  $r=.10$ ;  $p=.251$ , zweiseitig) sowie dem Gesamtwert ( $n=136$ ;  $r=.14$ ;  $p=.101$ , zweiseitig). Alle Korrelationen wurden nach der Formel von Pearson berechnet.

### 6.3.6 Besuchskontakte und Verhaltensauffälligkeiten

Da die Kontakthäufigkeit eine ordinalskalierte Variable ist, wurde der Einfluss der Besuchskontakte mit Hilfe der Spearman'schen Rangkorrelation geprüft. Es wurde erwartet, dass bei häufigerem Kontakt zu den leiblichen Eltern auch signifikant mehr Verhaltensauffälligkeiten vom Kind gezeigt werden. Die Hypothese konnte allerdings anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Es ergaben sich lediglich sehr niedrige Korrelationskoeffizienten. Interessanterweise zeigte sich in der Hauptstichprobe des DJI ein höheres Maß an auffälligem kindlichen Verhalten bei einer höheren Kontakthäufigkeit zum Vater, nicht jedoch bei häufigerem Kontakt zur Mutter. Für die Stichprobe der LMU München wurden die Pflegeeltern nur nach der Kontakthäufigkeit zu den leiblichen Eltern insgesamt befragt, nicht jedoch differenziert nach Mutter und Vater. Daher können hier keine Aussagen darüber getroffen werden, ob diese Tendenz auch in anderen Stichproben zutrifft. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass es sich um schwache Korrelationen handelt, die den Informationsgehalt der Auswertung einschränken. Die einzelnen Korrelationskoeffizienten sind Tabelle 33 zu entnehmen.

Tabelle 33: Korrelation zwischen der Kontakthäufigkeit zu den leiblichen Eltern und den CBCL Sekundärskalen

	N	Internalisierendes Verhalten	Externalisierendes Verhalten	Gesamtwert
Kontakthäufigkeit zu den leiblichen Eltern (SP LMU München)	39	.04	.20	.08
Kontakthäufigkeit zur leiblichen Mutter (Hauptstichprobe DJI)	75	.08	-.09	.00
Kontakthäufigkeit zum leiblichen Vater (Hauptstichprobe DJI)	39	.22	.20	.25

Anmerkung: Test auf zweiseitige Signifikanz (Spearman).

### 6.3.7 Auswirkungen der Unterbringungsgründe und der berichteten traumatischen Erfahrungen auf die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten

Anschließend wurde für die Stichprobe der LMU München überprüft, ob die berichtete Anzahl der potentiell traumatischen Ereignisse mit einem größeren Ausmaß an auffälligem Verhalten in Zusammenhang steht. Sowohl für den Gesamtwert der CBCL ( $r=.27$ ;  $p=.018$ , zweiseitig) als auch für das externalisierende Verhalten ( $r=.23$ ;  $p=.049$ , zweiseitig) ergab sich eine signifikante, aber schwache Korrelation nach der Formel von Pearson. Für die CBCL-Subskalen wurden aufgrund der linksschiefen Verteilung zum Teil Korrelationen nach der Formel von Spearman berechnet. Nach dieser Formel ergaben sich für die Skalen „sozialer Rückzug“ ( $r=.31$ ;  $p=.007$ , zweiseitig) und „dissoziales Verhalten“ ( $r=.33$ ;  $p=.004$ , zweiseitig) Korrelationen in mittlerer Höhe. Für die CBCL-Syndromskalen „soziale Probleme“ ( $r=.26$ ;  $p=.023$ , zweiseitig) und „Aufmerksamkeitsprobleme“ ( $r=.26$ ;  $p=.026$ , zweiseitig) ergaben sich schwache Korrelationen nach der Formel von Pearson. Je mehr Ereignisse ein Kind berichtete, desto stärker zeigte es demnach auch soziales Rückzugsverhalten, soziale Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme oder dissoziale Verhaltensweisen (siehe Tabelle 34 und 35).

Die Summe der von den Pflegeeltern genannten Herausnahmegründe korreliert in der Stichprobe der LMU München eher mäßig mit den übergeordneten CBCL-Skalen. Sowohl der externalisierende Wert ( $r=.28$ ;  $p=.014$ , zweiseitig) als auch der Gesamtwert ( $r=.24$ ;  $p=.041$ , zweiseitig) korrelierten nach der Formel von Pearson schwach mit der Anzahl der Fremdunterbringungsgründe. Eine mittlere Produkt-Moment-Korrelation ergab sich für die Subskala „soziale Probleme“ des CBCL ( $r=.36$ ;  $p=.002$ , zweiseitig). Für die Skala „aggressives Verhalten“ ( $r=.28$ ;  $p=.016$ , zweiseitig) ergab sich hingegen nur ein schwacher Zusammenhang nach der Formel von Spearman. Je mehr Herausnahmegründe von den Pflegeeltern genannt wurden, desto stärker zeigten die Pflegekinder soziale Probleme und aggressive Verhaltensweisen. Die Einzelkorrelationen sind in Tabelle 34 und 35 dargestellt.

In der Stichprobe des DJI wurden von den Sachbearbeitern bis zu zehn Herausnahmegründe für die Fremdplatzierung angegeben. Die Summe dieser Gründe korrelierte signifikant, aber sehr schwach mit dem Gesamtwert der CBCL Skala ( $r=.17$ ;  $p=.049$ , zweiseitig). Bei den CBCL-Unterskalen ergaben sich nach der Formel von Spearman drei signifikante Korrelationen, die ebenfalls sehr schwach ausgeprägt waren. So zeigten die Pflegekinder mit mehr Unterbringungsgründen mehr „ängstlich/depressives Verhalten“ ( $r=.17$ ;  $p=.044$ , zweiseitig), ferner mehr „schizoid oder zwanghafte Verhaltensweisen“ ( $r=.19$ ;  $p=.029$ , zweiseitig) sowie mehr „Aufmerksamkeitsprobleme“ ( $r=.17$ ;  $p=.046$ , zweiseitig). Auch diese Ergebnisse sind in Tabelle 34 und 35 zusammengefasst.

Tabelle 34: Korrelation zwischen der Anzahl der Herausnahmegründe sowie der Anzahl der berichteten Ereignisse und den Subskalen des CBCL für die Stichprobe der LMU München und die Hauptstichprobe des DJI

	Anzahl der berichteten Ereignisse (SP LMU München)	Anzahl der Herausnahmegründe (SP LMU München)	Anzahl der Herausnahmegründe (HauptSP DJI)
<b>Skala 1: sozialer Rückzug</b>	.31**	-.15	.10
<b>Skala 2: körperliche Beschwerden</b>	-.07	.21	.00
<b>Skala 3: ängstlich/depressives Verhalten</b>	.20	.03	.17*
<b>Skala 4: soziale Probleme</b>	.26*	.36**	.14
<b>Skala 5: schizoid/zwanghaftes Verhalten</b>	.14	-.13	.19*
<b>Skala 6: Aufmerksamkeitsprobleme</b>	.26*	.22	.17*
<b>Skala 7: dissoziales Verhalten</b>	.33**	.21	.15
<b>Skala 8: aggressives Verhalten</b>	.10	.28*	.10

Anmerkungen: N=74 für die Stichprobe der LMU München. N=138 für die Hauptstichprobe des DJI. \*\* markiert signifikante Zusammenhänge ( $**p<.01$ ). \* markiert signifikante Zusammenhänge ( $*p<.05$ ). Test auf zweiseitige Signifikanz (Spearman). Grau hinterlegte Felder wurden auf zweiseitige Signifikanz nach der Formel von Pearson berechnet, da hier die Voraussetzungen einer Normalverteilung erfüllt sind.

Tabelle 35: Korrelation zwischen der Anzahl der Herausnahmegründe sowie der Anzahl der berichteten Ereignisse und den übergeordneten CBCL-Skalen für die Stichprobe der LMU München und die Hauptstichprobe des DJI

	Anzahl der berichteten Ereignisse (SP LMU München)	Anzahl der Herausnahmegründe (SP LMU München)	Anzahl der Herausnahmegründe (HauptSP DJI)
<b>Internalisierendes Verhalten</b>	.23	.04	.16
<b>Externalisierendes Verhalten</b>	.23*	.28*	.12
<b>Gesamtwert</b>	.27*	.24*	.17*

Anmerkungen: N=74 für die Stichprobe der LMU München. N=138 für die Hauptstichprobe des DJI. \* markiert signifikante Zusammenhänge ( $*p<.05$ ). Test auf zweiseitige Signifikanz (Pearson).

Insgesamt lässt sich für die beiden Stichproben kein eindeutiges Belastungsmuster herausarbeiten. Die Pflegekinder mit mehr Fremdunterbringungsgründen oder mehr berichteten potentiell traumatischen Ereignissen sind in der Summe zwar verhaltensauffälliger als Kinder mit weniger Ereignissen oder Unterbringungsgründen. Die Art der Verhaltensauffälligkeiten schwankt dabei jedoch sehr stark und die Korrelationen bewegen sich zudem insgesamt auf einem sehr niedrigen Niveau.

Prüft man die jeweiligen Gruppen interferenzstatistisch mit Hilfe der einfaktoriellen Varianzanalyse, so zeigt sich ein tendenzieller Unterschied in der Höhe des CBCL-Gesamtwertes, bezogen auf die Kinder mit mehr traumatischen Ereignissen ( $F(2,71)=2.47$ ;  $p=.092$ ). Je mehr Ereignisse in den jeweiligen Gruppen vorliegen, desto höher fällt auch der CBCL-Gesamtwert aus (siehe Tabelle 36).

Tabelle 36: Deskriptive Statistik zum Gesamtwert der CBCL in Abhängigkeit von der Anzahl der berichteten traumatischen Ereignisse in der Stichprobe der LMU München

<b>Anzahl der Ereignisse</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
0 bis 2 Ereignisse	28	58.61	8.06	41	78
3 bis 4 Ereignisse	31	60.48	8.41	46	85
5 bis 8 Ereignisse	15	65.33	13.48	44	89

Für die Summe der Herausnahmegründe zeigt sich in der LMU Stichprobe ein ähnliches Bild. Auch hier gibt es einen marginal signifikanten Effekt ( $F(2,71)=2.82$ ;  $p=.066$ ) zwischen den Gruppen. Das Ausmaß des auffälligen Verhaltens steigt dabei mit der Anzahl der Herausnahmegründe kontinuierlich an (siehe Tabelle 37).

Tabelle 37: Deskriptive Statistik zum Gesamtwert der CBCL in Abhängigkeit von der Anzahl der Herausnahmegründe in der Stichprobe der LMU München

<b>Anzahl der Herausnahmegründe</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
0 bis 1 Herausnahmegrund	20	56.85	8.42	42	76
2 Herausnahmegründe	26	60.88	7.54	49	78
3 bis 7 Herausnahmegründe	28	63.43	11.53	41	89

Für die Hauptstichprobe des DJI ergibt sich ein hochsignifikanter Gruppenunterschied ( $F(3,134)=6.04$ ;  $p=.001$ ). Allerdings steigt hier das Problemverhalten nicht kontinuierlich an. Die Pflegekinder mit drei Herausnahmegründen zeigen im CBCL-Gesamtwert ein niedrigeres Ausmaß an auffälligen Verhaltensweisen und durchbrechen damit den ansteigenden Trend. Die Gruppe mit vier bis sechs Herausnahmegründen weist demgegenüber erwartungsgemäß den höchsten CBCL-Gesamtwert auf (siehe Tabelle 38).

Tabelle 38: Deskriptive Statistik zum Gesamtwert der CBCL in Abhängigkeit von der Anzahl der Herausnahmegründe in der Hauptstichprobe des DJI

Anzahl der Herausnahmegründe	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
0 bis 1 Herausnahmegrund	31	55.29	10.27	35	72
2 Herausnahmegründe	31	57.52	9.31	39	72
3 Herausnahmegründe	46	52.61	11.10	31	73
4 bis 6 Herausnahmegründe	30	62.60	9.59	40	79

## 6.4 Prädiktion der PTBS-Belastung

In vielen Bereichen der Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden eher allgemeine Screening- oder Belastungsmaße verwendet, während PTBS-Maße im engeren Sinn kaum verbreitet sind. Eines der am häufigsten angewendeten allgemeinen Maße ist dabei die Child Behavior Checklist (CBCL), zu der es aus dem englischsprachigen Raum Hinweise auf mögliche Items gibt, die auf eine PTBS hindeuten. Auch in den Stichproben des DJI wurde lediglich die CBCL und kein Instrument zur Diagnosestellung einer PTBS verwendet. Im Folgenden wird die Eignung der CBCL-PTBS-Skala (vgl. Ruggiero & McLeer, 2000; Wolfe, Gentile & Wolfe, 1989) als PTBS-Screening geprüft und die Genauigkeit der Vorhersage ermittelt.

### 6.4.1 CBCL-PTBS-Subskala

Die CBCL-PTBS-Skala wird anhand von 20 Items (siehe Kapitel 5.5.2) des CBCL gebildet, die zuvor dichotomisiert und dann aufsummiert werden. Im englischsprachigen Raum gibt es vereinzelte Hinweise auf die Eignung dieser Subskala als PTBS-Screening.

Entgegen den Erwartungen konnte in der vorliegenden Stichprobe kein Zusammenhang zwischen der CBCL-PTBS-Skala und der PTBS-Belastung aufgezeigt werden. Die Korrelationen zwischen der CBCL-PTBS-Skala und der Anzahl der erfüllten PTBS-Symptome lagen annähernd bei Null ( $r = -.01$  bis  $.13$ ). Die genaue Höhe der einzelnen Korrelationen ist Tabelle 39 zu entnehmen.

Tabelle 39: Korrelation zwischen der Anzahl von PTBS-Symptomen und der CBCL-PTBS-Skala

	Anzahl erfüllter Symptome aus Cluster B	Anzahl erfüllter Symptome aus Cluster C	Anzahl erfüllter Symptome aus Cluster D	Anzahl erfüllter Hauptsymptome
<b>CBCL-PTBS-Skala</b>	.03	-.01	.13	.06

Anmerkungen: N=36. Test auf zweiseitige Signifikanz (Pearson).

Weiterhin wurde geprüft, ob sich bezüglich der verschiedenen Diagnosekriterien Unterschiede in der Höhe der CBCL-PTBS-Skala nachweisen lassen und die CBCL somit zwischen den Pflegekindern mit und ohne Diagnose differenzieren kann. Aber auch für diese Prüfung ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse. Lediglich bei der subsyndromalen PTBS ergaben sich tendenzielle Gruppenunterschiede, so dass die Kinder mit einer subsyndromalen PTBS höhere Werte auf der CBCL-PTBS-Skala erzielten (siehe Tabelle 40).

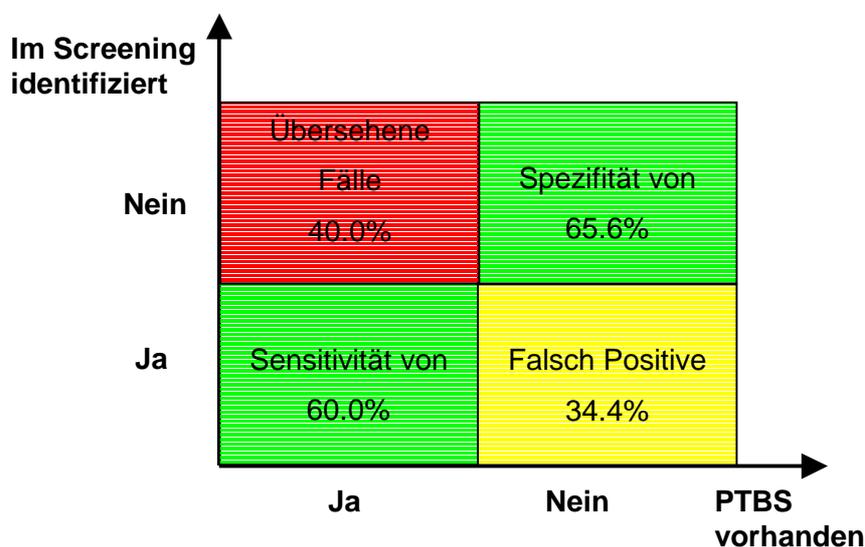
Tabelle 40: Trennschärfe der CBCL-PTBS-Skala in Abhängigkeit der verschiedenen Diagnoserichtlinien

	Diagnose	n	MW	SD	t	df	Sig. (2-seitig)
<b>DSM-IV</b>	Nicht erfüllt	70	6.37	3.41	80.00*		.161
	Erfüllt	4	8.50	2.65			
<b>Scheeringa</b>	Nicht erfüllt	64	6.31	3.45	1.12	72	.268
	Erfüllt	10	7.60	2.95			
<b>Subsyndromale PTBS</b>	Nicht erfüllt	62	6.19	3.40	1.71	72	.092
	Erfüllt	12	8.00	3.07			
<b>ICD-10</b>	Nicht erfüllt	58	6.47	3.45	.10	72	.920
	Erfüllt	16	6.56	3.31			

Anmerkungen: T-Test für unabhängige Stichproben. N=74. \*Aufgrund der Gruppengröße erfolgte eine nonparametrische Testung mittels des Mann-Whitney-U Tests.

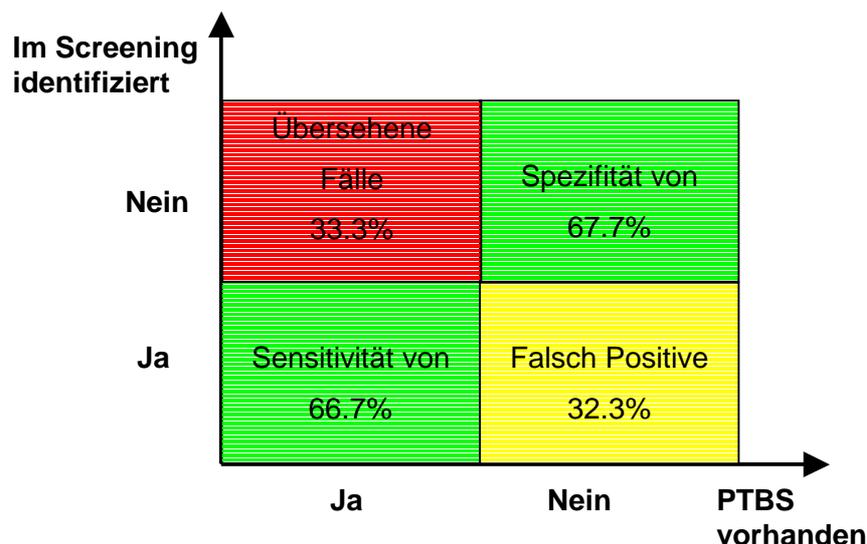
Da in der vorliegenden Arbeit Kinder untersucht wurden, wird nachfolgend nicht nach den DSM-IV-Kriterien, sondern anhand der modifizierten PTBS-Kriterien von Scheeringa die Sensitivität und Spezifität der Vorhersage der CBCL-PTBS-Skala ermittelt. Als Cut-Off-Wert wurde ein Rohwert von acht verwendet (vgl. Ruggiero & McLeer, 2000). Die Sensitivität beschreibt dabei, wie viele Kinder im Screening korrekt erfasst werden. Die Spezifität dient als Maß, wie viele Kinder zutreffenderweise nicht im Screening identifiziert werden. Weiterhin werden auch die übersehenen und falsch positiven Fälle dargestellt (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14: CBCL-PTBS als Screeninginstrument nach den Kriterien von Scheeringa



Da die Trennschärfe der CBCL-PTBS-Skala für die subsyndromale PTBS am höchsten ausfiel, wurde auch die Sensitivität und Spezifität der Vorhersage anhand der Kriterien der subsyndromalen PTBS geprüft. Als Cut-Off-Wert diente ebenfalls der Rohwert acht (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15: CBCL-PTBS als Screeninginstrument nach den Kriterien der subsyndromalen PTBS



Ein Screening ist allgemein dann sinnvoll, wenn es einigermaßen zuverlässig die PTBS-Fälle herausfiltert (hohe Sensitivität) und dabei gleichzeitig nicht zu viele Pflegekinder fälschlicherweise positiv identifiziert (hohe Spezifität). Eine Sensitivitäts- oder Spezifitätsrate von 50% entspricht der Ratewahrscheinlichkeit und besitzt somit keinerlei prognostischen Wert. Eine Sensitivität von 80% wäre für ein Screening wünschenswert, um möglichst valide Aussagen treffen zu können.

Nach den PTBS Kriterien von Scheeringa würden durch die klassische PTBS-Skala 40% der Pflegekinder nicht identifiziert werden, obwohl sie unter einer hohen Symptombelastung leiden. Zugleich würden sehr viele Kinder nach dem Screening weiter diagnostiziert, obwohl bei ihnen das Ausmaß der Belastung eher gering ist. Die Vorhersage einer PTBS-Belastung ist somit anhand der CBCL-PTBS-Skala nur bedingt möglich.

#### 6.4.2 Alternative CBCL-Screening-Items

Um eine bessere Vorhersage der PTBS-Symptombelastung anhand der CBCL-Daten zu generieren, wurden zwei unterschiedliche Ansätze verfolgt. Es wurde theoriegeleitet eine Auswahl von zehn Items zusammengestellt, die sich inhaltlich mit den Symptomen einer PTBS überschneiden. Für diese Itemselektion wurde anschließend eine lineare Regression gerechnet, wobei die Anzahl der erfüllten Hauptsymptome die abhängige Variable darstellte. Das Modell erreichte insgesamt nicht die Signifikanzgrenze ( $F(10,25)=1.66$ ;  $p=.146$ ) und er-

zielte ein  $R^2$  von .40. Die Items 10 und 95 sind die Variablen, die im Modell die meiste Varianz aufklären, wobei Item 10 interessanterweise ein negatives Vorzeichen besitzt und somit die unruhigeren Pflegekinder in der vorliegenden Stichprobe eine geringe PTBS-Symptombelastung haben. In Tabelle 41 sind die Ergebnisse der Regressionsanalyse sowie die CBCL-Itemauswahl dargestellt.

Tabelle 41: Zusammenfassung der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der PTBS-Hauptsymptome anhand der theoriegeleiteten CBCL Itemselektion

Variable	B	SE B	$\beta$
Item 8: Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen	.53	1.26	.10
Item 10: Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv	-2.60	1.29	-.47
Item 17: Hat Tagträume oder ist gedankenverloren	.43	1.21	.06
Item 40: Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind	2.26	3.33	.13
Item 41: Ist impulsiv oder handelt ohne zu überlegen	.89	1.49	.18
Item 45: Ist nervös oder angespannt	-.98	1.15	-.16
Item 47: Hat Albträume	-.41	1.67	-.06
Item 92: Redet oder wandelt im Schlaf	-1.12	1.91	-.13
Item 95: Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament	2.03	1.40	.37
Item 100: Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen	.84	1.08	.14

Anmerkungen:  $R^2=.40$ ; adj.  $R^2=.16$ .

Ein weiteres Set von CBCL-Items wurde explorativ anhand der Höhe der Einzelkorrelationen mit den PTBS-Hauptsymptomen zusammengestellt. Alle Items, die signifikant mit den Hauptsymptomen zusammenhingen, wurden in die lineare Regressionsgleichung mitaufgenommen. Insgesamt waren dies zehn CBCL-Items. Die Höhe der Einzelkorrelationen ist Tabelle 42 zu entnehmen. Weiterhin wurde für die CDC geprüft, ob und gegebenenfalls welche Items mit den PTBS-Hauptsymptomen korrelieren. Da keines der CDC-Items signifikant mit der Anzahl der PTBS-Symptome korrelierte, wurde die CDC bei der explorativen Itemzusammenstellung nicht berücksichtigt.

Tabelle 42: Korrelationen der CBCL-Items mit der Anzahl der PTBS-Symptome

	Item 3	Item 14	Item 16	Item 19	Item 23	Item 24	Item 52	Item 56h	Item 88	Item 105
<b>PTBS-Symptome</b>	.34*	.37*	.35*	.42**	.34*	.45**	-.33*	.35*	.46**	.39*

Anmerkungen: N=36. \* markiert signifikante Zusammenhänge ( $p<.05$ ). \*\* markiert signifikante Zusammenhänge ( $p<.01$ ). Test auf zweiseitige Signifikanz (Spearman).

Dieses Modell wurde signifikant ( $F(10,25)=4.63$ ;  $p=.001$ ) und erreichte ein  $R^2$  von .65 und ein korrigiertes  $R^2$  von .51. Die Items 14, 19, 24 und 88 klärten die meiste Varianz auf. In Tabelle 43 sind die Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse sowie die explorative CBCL-Itemauswahl dargestellt.

Tabelle 43: Zusammenfassung der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der PTBS-Hauptsymptome anhand der explorativen CBCL Itemselektion

Variable	B	SE B	$\beta$
Item 3: Streitet oder widerspricht viel	.39	.98	.08
Item 14: Weint viel	4.00	1.72	.31*
Item 16: Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein	-1.33	1.45	-.18
Item 19: Verlangt viel Beachtung	1.45	.68	.31*
Item 23: Gehorcht nicht in der Schule	.40	1.24	.05
Item 24: Isst schlecht	1.99	.91	.34*
Item 52: Hat zu starke Schuldgefühle	-.86	1.44	-.09
Item 56h: andere körperliche Beschwerden	.94	1.51	.09
Item 88: Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt	1.94	.84	.31*
Item 105: Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder Medikamente	2.43	2.19	.19

Anmerkungen:  $R^2=.65$ ; adj.  $R^2=.51$ ; \* $p<.05$ .

Das explorative Modell klärt somit insgesamt mehr Varianz auf als das Modell mit den Items, die theoriegeleitet zusammengestellt wurden. Weiterhin ist das Modell auch den klassischen Items der ursprünglichen CBCL-PTBS-Skala überlegen, da das klassische Modell von Wolfe, Gentile und Wolfe (1989) zwar ebenfalls ein  $R^2$  von .65 erzielte, aber lediglich ein korrigiertes  $R^2$  von .19 erreichte. Zudem wurde das Modell nach der klassischen CBCL-PTBS-Skala nicht signifikant ( $F(20,15)=1.41$ ;  $p=.250$ ). Die meiste Varianz wurde hier durch die Items 3 (Streitet oder widerspricht viel) und 52 (Hat zu starke Schuldgefühle) aufgeklärt, wobei Item 52 auch in diesem Modell ein negatives Vorzeichen trägt. Die lineare Regression ist in Tabelle 44 dargestellt.

Tabelle 44: Zusammenfassung der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der PTBS-Hauptsymptome anhand der klassischen CBCL-PTBS Skala

Variable	B	SE B	$\beta$
Item 3: Streitet oder widerspricht viel	2.21	1.06	0.43
Item 8: Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen	0.21	1.15	0.04
Item 9: Kommt von bestimmten Gedanken nicht los	1.68	1.65	0.25
Item 11: Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig	-0.08	1.40	-0.01
Item 29: Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen	1.83	1.52	0.31
Item 34: Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun	-1.82	3.91	-0.16
Item 45: Ist nervös oder angespannt	-1.86	1.46	-0.30
Item 47: Hat Albträume	-2.48	1.82	-0.34
Item 50: Ist zu furchtsam oder ängstlich	-0.42	2.79	-0.05
Item 52: Hat zu starke Schuldgefühle	-4.80	2.72	-0.47
Item 56b: Kopfschmerzen	2.15	1.67	0.36
Item 56c: Übelkeit	-3.10	7.68	-0.28
Item 56f: Bauchschmerzen	-0.14	3.38	-0.01
Item 56g: Erbrechen	6.43	15.59	0.26
Item 69: Ist verschlossen, behält Dinge für sich	0.46	1.53	0.08
Item 86: Ist störrisch, mürrisch oder reizbar	1.48	1.73	0.25
Item 87: Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel	0.14	1.98	0.02
Item 100: Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen	0.34	1.40	0.06
Item 103: Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen	-0.18	1.98	-0.03
Item 111: Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf	1.41	2.56	0.17

Anmerkungen:  $R^2=.65$ ; adj.  $R^2=.19$ .

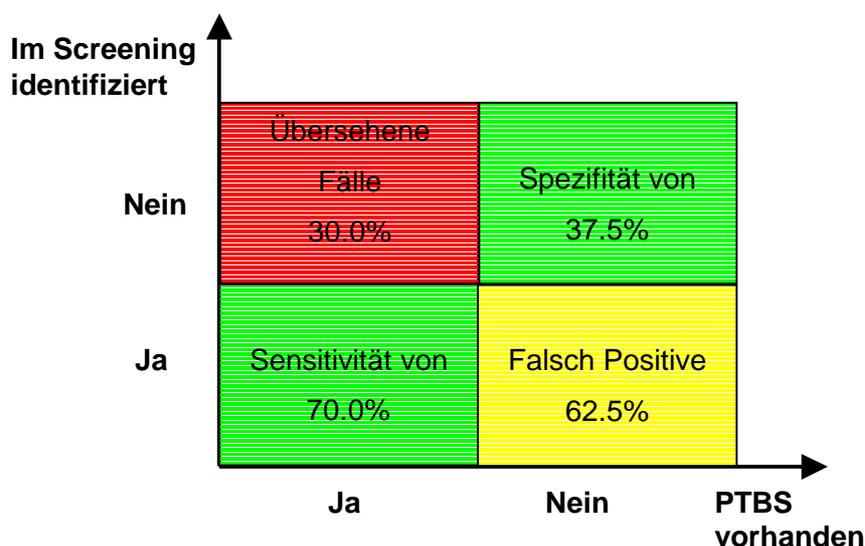
Auch für die theoriegeleitete sowie die explorativ zusammengestellte Skala sollen jeweils die Sensitivität und die Spezifität der Schätzungen dargestellt werden. Dafür wurden die Items, wie in der klassischen CBCL-PTBS-Skala nach Wolfe, Gentile und Wolfe (1989), dichotomisiert und anschließend aufaddiert. Weiterhin wurden sowohl für die theoriegeleiteten Items als auch für die explorativ gewonnenen Items die Cut-Off-Werte ermittelt, die die höchste Sensitivität und Spezifität produzieren.

Für die zehn Items, die sich theoretisch aus der CBCL ableiten lassen, konnte mit einem Cut-Off-Wert von drei eine Sensitivität von 70.0% erreicht werden, bei einer Spezifität von

gerade mal 37.5%. Ein höherer Cut-Off-Wert von vier erzielte eine Sensitivität und Spezifität von jeweils 50.0% und erbrachte damit Zufallswahrscheinlichkeiten. Bei einer weiteren Anhebung des Cut-Off-Wertes auf fünf bleibt die Sensitivität konstant bei 50.0%, die Spezifität verbessert sich hingegen auf 70.3%.

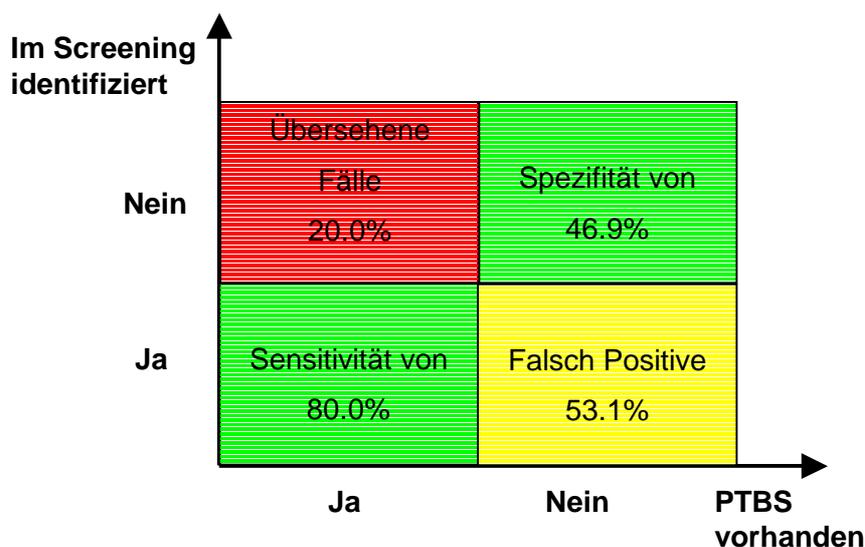
Anhand der theoriegeleiteten Itemselektion ist somit keine verbesserte Prädiktion der belasteten Pflegekinder möglich und die Skala eignet sich daher ebenfalls nicht als valides Screeninginstrument für PTBS. In Abbildung 16 sind die einzelnen Kennwerte bei einem Cut-Off-Wert von drei noch einmal dargestellt.

Abbildung 16: theoriegeleitete CBCL-Itemselektion bei einem Cut-Off-Wert von drei als PTBS-Screening nach den Kriterien von Scheeringa



Für die Skala der zehn anhand der Daten explorativ ermittelten Items wurden ebenfalls verschiedene Cut-Off-Werte geprüft. Bei einem Cut-Off-Wert von drei lag die Sensitivität bei 80.0% und die Spezifität bei 46.9%. Ein höherer Cut-Off-Wert von vier senkte die Sensitivität auf 60.0% und erhöhte die Spezifität auf 70.3%. Bei einem Cut-Off-Wert von fünf blieb die Sensitivität konstant bei 60%, die Spezifität erhöhte sich hingegen auf 82.8%. In Abbildung 17 sind die Kennwerte bei einem Cut-Off-Wert von drei eingetragen.

Abbildung 17: explorative CBCL-Itemselektion bei einem Cut-Off-Wert von drei als PTBS-Screening nach den Kriterien von Scheeringa



Die modifizierte CBCL-PTBS-Skala der explorativ gewonnenen Items besitzt somit zwar eine deutlich höhere Sensitivität im Vergleich zur ursprünglichen CBCL-PTBS-Skala, ist allerdings aufgrund der niedrigen Spezifität nicht als optimales Screening-Instrument für PTBS zu empfehlen. Insgesamt ist auch mit Hilfe der explorativen Itemselektion keine hoch valide Schätzung der PTBS möglich.

#### 6.4.3 Geschätzte PTBS-Prävalenz

Basierend auf dem Wissen, dass die CBCL-PTBS-Skala der explorativ generierten Items etwa 65% der Varianz aufklärt und somit derzeit die bestmögliche Vorhersage erlaubt, wird eine vorsichtige Schätzung der PTBS-Prävalenz nach den Kriterien von Scheeringa in den Stichproben des DJI ermittelt.

Die Berechnung erfolgt mit Hilfe der Konstante sowie sämtlicher Regressionsgewichte (B-Werte) der LMU-Stichprobe, die auf die anderen beiden Stichproben des DJI anhand der linearen Regressionsgleichung übertragen werden:

$$PTBS = a + B1*Item1 + B2*Items2 + B3*Item3 + B4*Item4 + B5*Item5 + B6*Item6 + B7*Item7 + B8*Item8 + B9*Item9 + B10*Item10.$$

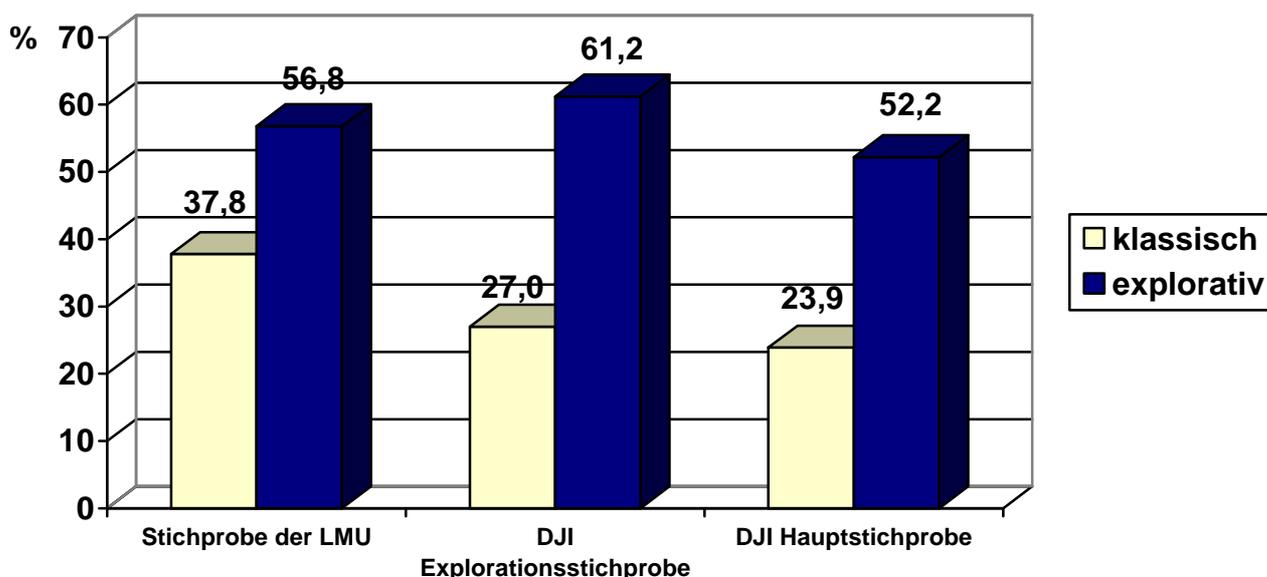
Bei den B-Werten handelt es sich um die nicht standardisierten Koeffizienten, a ist die Konstante im Regressionsmodell.

Für die Explorationsstichprobe ergibt sich eine geschätzte PTBS-Prävalenz von 14.7%. Aufgrund der Ungenauigkeit der Schätzung wird zudem das 95%ige Konfidenzintervall angege-

ben, in der sich die Prävalenzrate bewegt. Diese liegt in einem Bereich von 0% bis 31.8%. Für die Hauptstichprobe des DJI wurde eine niedrigere geschätzte PTBS-Prävalenz von 8.3% ermittelt. Das 95%ige Konfidenzintervall liegt hier zwischen 0% und 25.4%.

Als letzten interessanten Punkt soll überprüft werden, wie viele Kinder im Screening in den drei Stichproben identifiziert werden. Aufgrund der niedrigen Spezifität sind im Screening sehr viele Kinder auffällig, obwohl bei Ihnen vermutlich keine PTBS vorliegt. Die Erhöhung der Sensitivität bei der modifizierten explorativ gewonnenen CBCL-PTBS-Skala geht zusätzlich zu Lasten der Spezifität, so dass nach diesem Verfahren wesentlich mehr Kinder weiter diagnostiziert werden müssen als nach der klassischen Methode. Andererseits werden nach der herkömmlichen CBCL-PTBS-Skala deutlich mehr Kinder mit PTBS übersehen als in der explorativen CBCL-PTBS-Skala. In der Stichprobe der LMU München verändert sich der Prozentsatz von Pflegekindern, die weiter untersucht werden sollten, von 37.8% auf 56.8%, in der Hauptstichprobe des DJI von 23.9% auf 52.2% und in der Explorationsstichprobe von 27.0% auf 61.2%. Diese Werte verdeutlichen die Ineffektivität der CBCL-PTBS-Skala. Eine höhere Sensitivität kann nur auf Kosten einer schlechteren Spezifität erfolgen und stellt somit ein sehr unökonomisches Verfahren dar. Ein höherer Cut-Off-Wert würde andererseits zwar zu weniger Nachuntersuchungen führen, aber die Rate der „übersehenen Fälle“ drastisch erhöhen. Die einzelnen Prozentwerte der im Screening identifizierten Pflegekinder ist der Abbildung 18 zu entnehmen.

Abbildung 18: Prozent der im Screening identifizierten Pflegekinder nach der klassischen CBCL-PTBS-Skala und der explorativen CBCL-PTBS-Skala



## 7. Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen und Hypothesen diskutiert. Am Ende dieses Abschnitts erfolgt zusätzlich noch eine kritische Betrachtung methodischer Aspekte, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

### 7.1 Traumaexposition und PTBS-Prävalenz

Die ersten Untersuchungsgegenstände waren die Traumaprävalenz und die sich daraus ergebende PTBS-Belastung. Um ein möglichst differenziertes Bild über die Auswirkungen der potentiell traumatischen Ereignisse zu erhalten, wurden die jeweiligen Einzelkriterien der PTBS aufgeschlüsselt, verschiedene PTBS-Diagnoserichtlinien angewandt sowie die Anzahl der PTBS-Hauptsymptome ausgewertet. Als erstes wird nachfolgend auf die im Interview berichteten Ereignisse eingegangen.

#### 7.1.1 Traumatische Ereignisse

Wie erwartet berichten fast alle befragten Kinder von potentiell traumatischen Ereignissen. In der vorliegenden Arbeit wurde die Traumaprävalenz bei Pflegekindern erhoben. Die Traumaexposition liegt mit 91.9% deutlich über den Ergebnissen bisheriger epidemiologischer Studien (z.B. Essau et al., 1999 mit 22.5%; Perkonig et al., 2000 mit 21.9%). Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung tragen Pflegekinder somit ein deutlich höheres Risiko, einer traumatischen Situation ausgesetzt gewesen zu sein. Diejenigen, die im Interview kein Ereignis angaben, waren zum Zeitpunkt der Herausnahme aus ihrer Ursprungsfamilie signifikant jünger und hatten daher vermutlich noch keine traumatischen Erfahrungen gemacht oder können sich aufgrund von Gedächtniseffekten nicht an mögliche frühe Traumatisierungen erinnern.

Durchschnittlich werden von den Kindern drei verschiedene Ereignisarten angegeben, wobei sich vor allem die Gewalterfahrungen nicht auf einmalige Ereignisse beschränken dürften, sondern häufig chronische Misshandlungen bedeuten. Weiterhin ist die hohe Anzahl von Unfällen auffällig. Dies könnte entweder ein Zufallsbefund oder aber dadurch bedingt sein, dass durch die mangelnde Aufsicht der Eltern leichter unfallkritische Situationen entstanden sein könnten. So berichteten beispielsweise einige Kinder, dass sie häufig allein zu Hause gelassen oder unbeaufsichtigt in ein Zimmer gesperrt wurden. Einige Pflegeeltern gaben an, dass die Kinder in dieser Situation zu selbstverletzendem Verhalten neigten und beispielsweise von Möbelstücken heruntersprangen und sich dadurch Unfallverletzungen zuzogen.

Abgesehen von den direkten Verhaltensweisen der leiblichen Eltern können einige der von den Kindern genannten Ereignisse auch auf schlechtere Umweltbedingungen zurückgeführt

werden. Es ist bekannt (vgl. DJI & DIJuF, 2006), dass die leiblichen Eltern von Pflegekindern häufig aus wirtschaftlich schlechteren Verhältnissen stammen. Bedingt durch die ärmlicheren Lebensumstände können daher beispielsweise leichter Ernährungsängel oder Hygienemissstände auftreten, die wiederum zu erhöhten Erkrankungsrisiken beitragen. Beispielsweise wurde von einigen Pflegeeltern berichtet, dass die Hautpflege der Kinder katastrophal war und sich daher Entzündungen oder Schuppenflechten leichter bilden konnten. Andere wiederum berichteten aufgrund der qualitativ minderwertigen und ungenügenden Ernährung von massiven Mangelerscheinungen der Kinder bis hin zu medizinisch bedenklichen Ausmaßen.

Ebenfalls wurde von den Kindern sehr häufig berichtet, dass sie den Tod einer nahestehenden Person miterlebt haben. Dieses Ereignis ist teilweise mit dem Grund der Inpflegegabe konfundiert, da einige Kinder wegen des Todes der leiblichen Eltern eine andere Unterbringungssituation benötigten. Bei der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um den natürlichen, altersbedingten Tod der Großeltern. Es gab allerdings auch einige Fälle, in denen die Eltern aufgrund ihrer Drogen- oder Alkoholkrankheit verstarben oder sich selbst das Leben nahmen. Ein geringer Teil der Kinder hat bereits Suizidversuche der Eltern miterleben müssen. Berichtet wurde von den Kindern unter anderem, dass die Mutter versucht hat, sich anzuzünden. Eine andere wollte sich in der Badewanne ertränken und ein Vater hat Kohlenmonoxid ins Auto eingeleitet.

Die untersuchten Pflegekinder berichteten auffallend häufig von gewalttätigen Übergriffen und gegen sie gerichtete Aggressionen seitens der leiblichen Eltern. So gab etwa die Hälfte der Stichprobe direkte Gewalterfahrungen an, fast ein Fünftel wurde nach eigener Aussage mit einer Waffe (z.B. Gürtel, Flasche) angegriffen, ebenfalls etwa ein Fünftel erlebte sexuelle Übergriffe oder Deprivationserfahrungen. Auch die zuletzt genannte Kategorie lässt sich als Gewalterfahrung einordnen, da die Kinder zum Teil aus falsch verstandenen Erziehungsmethoden hungern mussten oder mit exzessiver Missachtung gestraft worden sind.

Ereignisse wie der Kontakt zu gefährlichen Chemikalien, Gasen oder Strahlungen sowie Brandkatastrophen oder Explosionen spielen bei den potentiell traumatischen Ereignissen nur eine untergeordnete Rolle. Kriegserfahrungen oder Entführungen kommen in der untersuchten Stichprobe ebenfalls so gut wie gar nicht vor.

### **7.1.2 PTBS-Kriterien nach dem DSM-IV**

Einer der Schwerpunkte der Arbeit lag auf der Erforschung der Auswirkungen von potentiell traumatischen Ereignissen. Daher wird zunächst auf die Häufigkeit des Vorliegens der einzelnen PTBS-Kriterien fokussiert, bevor anschließend die unterschiedlichen Prävalenzraten der PTBS betrachtet werden.

In Anbetracht der hohen Traumaexposition erstaunt es, dass nur etwa 40% der Kinder das A-Kriterium erfüllen. Viele Pflegekinder gaben an, dass das Ereignis zwar potentiell traumatisch war, aber im konkreten Fall von ihnen nicht so eingestuft wurde. Beispielsweise gaben einige Kinder an, dass es für sie normal war körperlich bestraft zu werden und dies deshalb keine traumatische Erfahrung darstellte. Traumatisch wurden die Gewalterfahrungen vor allem dann eingestuft, wenn zusätzlich Gegenstände als Waffe benutzt wurden oder aufgrund der Misshandlungen schwerwiegende Verletzungen erlitten wurden. Ähnlich verhielt es sich auch bei den sexuellen Übergriffen. Ein Junge, der von frühester Kindheit an Zeuge war, wie sein älterer Bruder missbraucht wurde, erlebte es als eher normal, als auch er später sexuell missbraucht wurde. Erst durch die „schockierten Gesichter“ seiner Pflegeeltern, als er seinen jüngeren Pflegebruder missbrauchte, geriet sein Weltbild ins Wanken. Er war sichtlich irritiert, da für ihn sexuelle Übergriffe aufgrund seiner Sozialisationserfahrungen lange Zeit nichts Ungewöhnliches darstellten.

Von den Pflegekindern mit erfülltem A-Kriterium hatten nahezu alle auch belastende Erinnerungen (B-Kriterium) an die erlebten traumatischen Ereignisse. Vermeidungsverhalten (C-Kriterium) und Übererregung (D-Kriterium) wurden hingegen deutlich seltener zum Ausdruck gebracht. Dies dürfte vor allem mit der Fremdunterbringung in Zusammenhang stehen. Pflegekinder, die sich nicht mehr in der Umgebung befinden, in der die traumatischen Erfahrungen stattgefunden haben, müssen weniger Vermeidungsstrategien anwenden, als wenn sie immer noch in diesen Verhältnissen leben müssten. Ebenso gibt es aufgrund des veränderten Umfeldes weniger Hinweisreize, so dass auch die Übererregung und Schreckhaftigkeit abnimmt. Lediglich sehr vereinzelt berichteten die Pflegeeltern im Interview über bestimmte Trigger oder Situationen, die nach wie vor bei den Kindern Angst auslösen. In den meisten Fällen und gerade dann, wenn auch keine Kontakte mehr zur Herkunftsfamilie bestanden, hatten die Kinder sich von ihrer Vergangenheit distanziert und gaben insgesamt auch weniger Beeinträchtigungen auf ihr derzeitiges Leben an (F-Kriterium).

Der zur Diagnosestellung notwendige Zeitraum von einem Monat (E-Kriterium), in dem die Kinder unter Belastungen leiden, wurde in ähnlicher Höhe erfüllt, wie das Ereignis- und Wiedererlebenskriterium. Da die Kinder zum Teil sehr lange in ihrer Herkunftsfamilie lebten (durchschnittlich 6 Jahre) überrascht es nicht, dass das Zeitkriterium bei den meisten Kindern vorliegt, die auch das oder die erlebten Ereignisse als traumatisch einstufen.

### **7.1.3 PTBS-Diagnosen**

Ein wichtiger Faktor, der die PTBS-Prävalenzraten unterschiedlich hoch erscheinen lässt, ist die Art der verwendeten Diagnoserichtlinien. Daher wurden in der vorliegenden Studie unterschiedliche Auswertungsstrategien verfolgt. In Abhängigkeit vom gewählten Diagnosesystem

gelangt man zu unterschiedlichen Prävalenzen der PTBS. So fanden beispielsweise Peters, Slade und Andrews (1999) bei 1364 interviewten Erwachsenen eine Auftretenswahrscheinlichkeit von 3% nach den DSM-IV-Kriterien und eine Prävalenz von 7% nach den ICD-10-Kriterien. Dies belegt, dass die DSM-IV-Kriterien strenger sind als die Kriterien der ICD-10.

In der vorliegenden Studie fand sich bei 5.4% der Pflegekinder eine Vollbild-Diagnose der PTBS nach den klassischen DSM-IV-Kriterien. Eine PTBS nach den Richtlinien der ICD-10 liegt bei 21.6% vor und somit nicht doppelt, sondern sogar viermal so häufig im Vergleich zu den DSM-IV-Kriterien. Die Zunahme der PTBS-Prävalenz bei der ICD-10-Diagnose ergibt sich vor allem aufgrund der geringeren Zahl von erforderlichen Vermeidungssymptomen als auch aufgrund des Wegfallens der Kriterien zur Dauer und Beeinträchtigung.

Nach den speziell für Kinder adaptierten Kriterien von Scheeringa bekamen 13.5% eine PTBS-Diagnose. Eine subsyndromale PTBS hatten 16.2% der Pflegekinder. In beiden Fällen liegen die Prävalenzraten unter denen des ICD-10 und scheinen damit die Belastungen spezifischer zu erfassen.

Insgesamt sind die Prävalenzraten in der untersuchten Stichprobe allerdings deutlich niedriger als aufgrund der Vorgeschichte von Pflegekindern vermutet wurde. Dafür können mehrere Ursachen verantwortlich sein. Als erstes muss auf die Freiwilligkeit der Studienteilnahme verwiesen werden. Dadurch ist eine Selektion zugunsten der weniger belasteten Pflegekinder nicht auszuschließen. Die Pflegeeltern mit akut traumatisierten Pflegekindern haben sich möglicherweise vor einer Befragung gescheut, um den Kindern eine erneute Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen zu ersparen. Dies hätte zur Folge, dass die PTBS-Prävalenzwerte im Pflegekinderbereich eher unterschätzt werden und der Bedarf an therapeutischen Interventionen höher liegt als hier dargestellt.

Weiterhin darf nicht außer Acht gelassen werden, dass mit einem Teil der Pflegekinder das Interview aufgrund der starken Belastung nicht zu Ende geführt werden konnte. Für diese Kinder war eine Auswertung hinsichtlich der einzelnen PTBS-Kriterien nicht möglich, daher wurde lediglich eine unspezifische Verdachtsdiagnose vergeben. Anhand der CBCL-Daten ließ sich allerdings zeigen, dass auch diese Kinder ein hohes Maß an Verhaltensauffälligkeiten zeigen und Werte von einer halben bis zu einer Standardabweichung über der Normstichprobe erzielten.

Darüber hinaus könnte die Stressimmunisierung bzw. die Habituation an traumatische Stressoren ein weiterer Aspekt sein, der für die niedrigen Prävalenzraten verantwortlich ist. Die Kinder lebten durchschnittlich sechs Jahre in ihren Herkunftsfamilien und haben möglicherweise ganz eigene Strategien entwickelt, um mit der Situation zurecht zu kommen.

Weiterhin liegt das traumatische Ereignis, auf das sich die Angaben der Symptome beziehen, lange zurück. Die Pflegekinder lebten im Durchschnitt seit etwa sieben Jahren in ihren Pflegefamilien. Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass kurz nach dem Trauma eine Symptomatik vorlag, diese jedoch bis zum Untersuchungszeitpunkt abgeklungen ist. Solche Spontanremissionen sind bei der PTBS relativ häufig zu beobachten. Im ersten Jahr remit- tiert bei etwa 50% der Betroffenen die Symptomatik, auch ohne dass eine Behandlung statt- gefunden hat (Yule, 1992a).

Zudem könnten aufgrund der lange zurück liegenden Ereignisse nicht mehr alle Aspekte vollständig erinnert werden, so dass es zu Ungenauigkeiten in den Angaben kommt. Bei Kindern, die bereits im Säuglings- oder Kleinkindalter von ihren Eltern getrennt wurden, kön- nen kaum valide Aussagen zu Art oder Umfang von Misshandlungen getroffen werden.

Ähnliche Ergebnisse zur Höhe der PTBS-Belastung werden auch in anderen Untersuchen- gen berichtet. Eine aktuelle deutsche Studie von Oswald et al. (in press) fand in einer Stich- probe von Pflegekindern im Alter von 7 bis 16 Jahren im klinischen Kontext eine Prävalenz- rate von 15% nach dem DSM-IV Kriterien, obwohl alle untersuchten Pflegekinder von trau- matischen Ereignissen berichteten. Die Autoren führen die Diskrepanz zwischen der hohen Traumaexpositionsrates und der verhältnismäßig geringen PTBS-Prävalenz auf die ent- wicklungsmäßig eingeschränkte kognitive und sprachliche Verarbeitungsfähigkeit von jünge- ren Kindern zurück, die das Erlebte nicht hinreichend auf der sprachlichen Ebene ausdrü- cken können. Sie betonen, dass auch eine subklinische PTBS gleichermaßen zu funktiona- len Beeinträchtigungen führen kann wie das Vollbild der Störung. Eine amerikanische Pfl- egekinderstudie von McMillen und Kollegen (2005) deckte eine PTBS-Lebenszeitprävalenz von 14% auf. Eine aktuelle Studie mit 483 amerikanischen Pflegekindern zeigte eine Präva- lenz von 19.2% klinisch relevanter PTBS-Symptome (Kolko, Hurlburt, Zhang, Barth, Leslie & Burns, 2009). Kritisch anzumerken bleibt, dass die Autoren keine kategoriale Diagnose er- hoben haben, sondern lediglich die PTBS-Symptomatik der Pflegekinder erfassten. Dieses Vorgehen erschwert die Vergleichbarkeit mit anderen Studien und schränkt somit auch den Informationsgehalt ein.

#### **7.1.4 PTBS-Symptombelastung**

Im Durchschnitt litten die Pflegekinder an sechs bis sieben der erfragten 17 Symptome. Die Verteilung ist annähernd normalverteilt, wobei sehr viele Kinder lediglich zwei Symptome an- geben. Die höchste Belastung liegt bei 15 berichteten PTBS-Symptomen. Als häufigste Symptome werden in dieser Reihenfolge B1 (Wiederkehrende belastende Erinnerungen), C1 (Vermeidung von Gedanken und Gefühlen), B4 (Psychischer Stress bei Konfrontation), B5 (Physiologische Veränderungen bei Konfrontation) und D3 (Konzentrationsschwierigkeiten)

genannt. Die am wenigsten berichteten Symptome sind C3 (Fehlende Erinnerungen an Aspekte des Traumas), C6 (Eingeschränkter Affekt) und C7 (Gefühl einer überschatteten Zukunft).

Aufgrund des methodischen Vorgehens wurden insgesamt nur bei 36 von 74 Pflegekindern PTBS-Symptome erfasst. Dies lag zum Einen an den bereits erörterten sieben Kindern, mit denen aufgrund der starken Belastung das Interview nicht vollständig durchgeführt werden konnte. Zum anderen wurde das Interview ebenfalls abgebrochen, wenn die Kinder keines der genannten Ereignisse als traumatisch einstufen. Es wäre natürlich möglich gewesen, das Interview trotz des unerfüllten A-Kriteriums weiter fortzusetzen, jedoch fehlt dann der Bezug zu den Fragen des Wiedererlebens und Vermeidens. Auch das Beeinträchtigungskriterium sowie das Zeitkriterium abzufragen macht unter diesen Umständen keinen Sinn. Daher ist das hier gewählte Vorgehen ein durchaus übliches und vergleichbar mit anderen PTBS-Prävalenz-Studien.

Die Erwartung, dass fast alle Pflegekinder unter zumindest einem PTBS-Hauptsymptom leiden, ist insofern nur für die Kinder erfüllt, die auch angaben, ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben.

Es stellt sich allgemein die Frage, wie sinnvoll und angemessen die Verwendung des A-Kriteriums für die Diagnose der kindlichen PTBS ist. So schränkten Scheeringa und Kollegen bereits 1995 das klassische DSM-IV-Kriterium ein und verwendeten in ihren Studien lediglich das A1-Kriterium (objektives Traumakriterium). Die Autoren vernachlässigten bei der Diagnostikstellung das A2-Kriterium (subjektives Traumakriterium) mit dem Hinweis, dass dieses für die Erfassung der kindlichen PTBS eine untergeordnete Rolle spiele und die Reaktion der Kinder auf ein Trauma wesentlich durch die Reaktion naher Bezugspersonen beeinflusst ist. Um die PTBS-Symptombelastung in Hochrisikostichproben zukünftig besser einschätzen zu können empfiehlt es sich daher auch bei einer nicht vollständigen Erfüllung des A-Kriteriums, die einzelnen Belastungssymptome abzufragen.

## **7.2 Risikofaktoren der PTBS-Symptomatik**

Der zweite Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit beschäftigte sich mit den Auswirkungen einiger Risikovariablen auf die PTBS-Symptomatik der untersuchten Pflegekinder. Zu diesen Faktoren zählten einige Eigenschaften der Kinder selbst, wie beispielsweise Alter und Geschlecht, aber auch bestimmte Attribute des Pflegeverhältnisses, wie die Dauer oder Anzahl der Fremdplatzierungen. Als letzte Einflussfaktoren wurden die Besuchskontakte der leiblichen Eltern und der oder die Herausnahmegründe näher betrachtet.

### **7.2.1 Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie**

Erwartungsgemäß ließ sich ein Zusammenhang zwischen dem Herausnahmealter und den erlebten potentiell traumatischen Ereignissen nachweisen. Diejenigen Kinder, die länger in ihrer Herkunftsfamilie gelebt hatten, gaben auch deutlich mehr Ereignisse an als die Kinder, die bereits zu einem frühen Zeitpunkt von ihren Eltern getrennt wurden. Hingegen ließ sich kein signifikanter Zusammenhang zur Schwere der PTBS-Belastung nachweisen. Die Korrelation ist zu niedrig, um eine statistisch abgesicherte Aussage treffen zu können. Ein Grund für den geringen Korrelationskoeffizienten könnte darin liegen, dass nicht für alle Kinder die Hauptsymptome erfasst wurden, da – wie bereits unter 7.1.4 beschrieben – das Interview häufig nach dem nicht erfüllten A-Kriterium abgebrochen wurde. Weiterhin könnte ein Teil der Symptome aufgrund der langen Fremdunterbringungszeit von durchschnittlich sieben Jahren bereits wieder abgeklungen sein, so dass es sich für zukünftige Studien empfiehlt, die Pflegekinder bereits sehr zeitnah nach der Inpflegegabe zu untersuchen.

### **7.2.2 Geschlechtsunterschiede bei verschiedenen Diagnosekriterien**

Obwohl die Mädchen nach allen drei Diagnosekriterien – denen des DSM-IV, der ICD-10 als auch nach den Richtlinien von Scheeringa – durchschnittlich höhere Prävalenzraten erreichen, ist keiner dieser Unterschiede signifikant. Bei der subsyndromalen PTBS sind sogar die Jungen mit mehr Diagnosen vertreten. Obgleich es in der Literatur einige Studien gibt, die höhere Raten an posttraumatischer Symptomatik sowie höhere PTBS-Prävalenzraten für Mädchen berichten (z.B. Mirza et al., 1998; Schneider, 2001; Stallard, Velleman, & Baldwin, 1998) findet die Mehrzahl der Studien keine geschlechtsspezifischen Differenzen (z.B. Aaron et al., 1999; Di Gallo et al., 1997; Landolt et al., 2005). Eine aktuelle Übersichtsarbeit von Kultalahti und Rosner (2008) stellt insgesamt 41 Studien zusammen, die sich mit den Geschlechtsunterschieden bei Kindern in Bezug auf PTBS beschäftigen. Zwei Drittel dieser Studien konnten keinen Geschlechtereffekt nachweisen. Bei etwa einem Drittel ergaben sich signifikante Effekte, die dann eine höhere Belastung der Mädchen belegten. Insofern sind die hier gefundenen Ergebnisse mit der Literatur konform, da auch hier die Mädchen tendenziell eine höhere Belastung aufweisen, diese aber nicht statistisch bedeutsam von den Jungen abweicht.

### **7.2.3 Dauer des Pflegeverhältnisses und PTBS-Symptombelastung**

Entgegen den Erwartungen konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der aktuellen Unterbringungsdauer und der Schwere der PTBS-Symptombelastung gefunden werden.

Dass sich der Zusammenhang auf einem statistisch niedrigen Niveau bewegt, kann mehrere Ursachen haben. Zum einen ist die aktuelle Fremdplatzierung bei vielen Kindern nicht die erste Unterbringung, so dass eigentlich die komplette Zeit seit der Trennung von den leibli-

chen Eltern betrachtet werden müsste. Weiterhin wurden, wie bereits berichtet, nicht für alle Pflegekinder die Belastungssymptome erhoben. Auch ist das Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Trennung von den leiblichen Eltern zu bedenken. Kinder, die bereits im Säuglingsalter aus ihrer Familie herausgenommen wurden, haben unter Umständen keine Erinnerung an traumatische Ereignisse und können folglich auch keine Symptombelastung angeben. Um hier zu validen Aussagen zu gelangen, würde sich ein längsschnittliches Studiendesign empfehlen, bei dem im Verlauf der Zeit die Zu- oder Abnahme der Symptome besser kontrolliert werden könnte.

#### **7.2.4 Auswirkungen eines ungesicherten Verbleibs auf die PTBS-Symptombelastung**

Ein Großteil der Pflegekinder war zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Dauerpflegestelle untergebracht. Nur ein geringer Teil der Kinder ( $n=9$ ; 12.2%) befand sich in einem zeitlich befristeten Pflegeverhältnis. Es wurde vermutet, dass die Angst vor einer Rückführung in die häufig problembelasteten Verhältnisse der Ursprungsfamilie die Traumaverarbeitung behindere. In der Gruppe der Kinder mit einem ungesicherten Verbleib sollten sich daher mehr PTBS-Diagnosen finden lassen. Entgegen der Annahme unterscheiden sich die beiden Gruppen allerdings nicht voneinander.

Die niedrigere PTBS-Symptombelastung in der Gruppe der zeitweilig untergebrachten Pflegekinder könnte bedeuten, dass die Herausnahme vom Jugendamt zutreffenderweise als temporär eingeschätzt wird und die Kinder in ihrer Ursprungsfamilie weniger traumatische Erfahrungen gesammelt haben als diejenigen Pflegekinder, die direkt in eine Dauerpflegestelle vermittelt werden.

Eine weitere mögliche Erklärung für diesen Befund ist, dass Pflegeverhältnisse oftmals fließend von einer zeitweiligen in eine dauerhafte Unterbringung übergehen und dass sich auch die anfänglich als Bereitschaftspflege geplanten Aufenthalte oftmals zu einer Dauerpflege weiterentwickeln. Daher könnte die faktische Einordnung des Pflegeverhältnisses weniger von Bedeutung sein, als vielmehr die subjektive Wahrnehmung der Situation. Wenn die Pflegekinder und Pflegeeltern das Verhältnis als stabile Unterbringung wahrnehmen und die Kinder sich in der neuen Umgebung geschützt und geborgen fühlen, dann scheint die Rückkehroption ihren Schrecken zu verlieren.

Das Deutsche Jugendinstitut fand in einer aktuellen Fallerhebung gerade einmal in 6.5% der Fälle eine Rückführungsplanung (DJI & DIJuF, 2006), wobei die tatsächlichen Rückführungen nochmals niedriger liegen dürften. In der Rechtsprechung gilt, dass nach einem Zeitraum von zwei Jahren das Kind üblicherweise in der Pflegefamilie belassen wird (Blandow, 2004). Zudem verringert sich die Rückführungsquote besonders bei kleinen Kindern noch einmal dramatisch, so dass diese häufig innerhalb einer Jahresfrist dauerhaft platziert wer-

den, auch wenn die leiblichen Eltern das Kind wieder zurückfordern. Grundsätzlich kann man von der Regel ausgehen, dass ein Kind je länger es in Pflege ist, umso seltener zu seinen Herkunftseltern zurückgeführt wird (Blandow, 1999).

### **7.2.5 Anzahl der Fremdplatzierungen und PTBS-Symptombelastung**

Es wurde vermutet, dass einige der typischen PTBS-Symptome, wie beispielsweise Intrusionen, Albträume, Wutausbrüche oder Schreckhaftigkeit, mit dazu beitragen, dass Pflegeverhältnisse scheitern und umgekehrt ein häufiger Bezugspersonenwechsel die Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen behindert. Entgegen der Erwartungen ließ sich in der vorliegenden Untersuchung kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Fremdplatzierungen und der Höhe der PTBS-Symptombelastung nachweisen. Andere Untersuchungen konnten hingegen zeigen, dass die Pflegekinder mit mehreren Fremdplatzierungen auch eine höhere psychopathologische Belastung aufwiesen (vgl. Rubin, Alessandrini, Feudtner, Mandell, Localio & Hadley, 2004). Allerdings wurde in dieser Studie nicht spezifisch die PTBS-Belastung untersucht, sondern allgemein erhöhte psychische Auffälligkeiten.

Dass zwischen der Anzahl der Fremdplatzierungen und der PTBS-Symptombelastung keine Verbindung gefunden werden konnte, könnte auch an der Vielschichtigkeit der Unterbringungsarten und -gründe liegen. So ist eine kurzfristige Notunterbringung in einem Heim oder in einer stationären Behandlung gleichfalls wie eine Fremdunterbringung zu werten, auch wenn der Wechsel in eine Pflegefamilie in diesen Fällen vielleicht eher gewünscht ist als der Wechsel von einer Pflegefamilie in eine andere. Zudem müssen die Wechsel nicht mit dem Verhalten des Kindes in Zusammenhang gestanden haben, sondern könnten auch aufgrund der Situation der Pflegefamilie erforderlich geworden sein.

Offenbar scheint es keinen direkten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Fremdunterbringungen und der PTBS-Symptombelastung zu geben.

### **7.2.6 Besuchskontakte und PTBS-Symptombelastung**

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Autoren, die sich gegen Besuchskontakte aussprechen (z.B. Cappenberg, 2004; Maywald, 2001; Schofield, Beek & Sargent, 2000) und einige wenige empirische Studien (z.B. Kötter, 1997; Kötter & Cierpka, 1997), die die Auswirkungen von Umgangskontakten systematisch untersucht haben. Dabei zeigte sich, dass Pflegekinder mit regelmäßigen Besuchskontakten insgesamt stärker psychisch belastet waren. Einige Autoren vermuten, dass die Aufrechterhaltung von Kontakten zur Ursprungsfamilie eine kritische Distanzierung von den traumatisierenden Personen verhindere und daher die Traumaverarbeitung erschwert wird.

Aufgrund der vorliegenden Daten kann diese Vermutung so nicht bestätigt werden, da sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Kontakthäufigkeit und der Anzahl von PTBS-Hauptsymptomen nachweisen ließ.

Für diesen Effekt gibt es mehrere mögliche Ursachen. Erstens könnten die Pflegekinder, die eine ausgeprägte PTBS-Symptomatik aufwiesen, von ihren Pflegeeltern stärker vor Übergriffen der leiblichen Eltern geschützt worden sein, indem die Kontakte gänzlich unterbunden wurden. Zweitens dürfte nicht nur die Häufigkeit der Besuche eine Rolle spielen, sondern auch deren Ausgestaltung, z.B. ob die Kontakte bei den Geburtseletern, bei den Pflegeeltern oder im Jugendamt stattfinden, wie lange sie insgesamt dauern, ob gespielt, gestritten oder geredet wird, welche Personen im Einzelnen daran teilnehmen oder wie häufig die Kontakte verschoben oder abgesagt werden. Ebenfalls von Interesse ist, ob die Umgangskontakte begleitet werden oder das Pflegekind alleine zur Ursprungsfamilie geht. Weiterhin ist es natürlich entscheidend, ob das Kind die Besuche grundsätzlich wünscht oder sich vehement gegen diese ausspricht.

Um zu einem abschließenden Fazit über die Auswirkungen von Besuchskontakten zu gelangen, müssen somit noch wesentlich mehr Faktoren berücksichtigt werden als nur die Anzahl der Kontakte in einem bestimmten Zeitraum.

### **7.2.7 Auswirkungen der Anzahl der Herausnahmegründe und berichteten Ereignisse auf die PTBS-Symptombelastung**

Als letzte untersuchte Variable, die in Zusammenhang mit den PTBS-Symptomen steht, wurden die Herausnahmegründe aus der Herkunftsfamilie näher betrachtet sowie die Ereignisse, die von den Pflegekindern im Interview berichtet wurden.

Interessanterweise wurden die Ereignisse „Misshandlung“ als auch „sexuelle Übergriffe“ von den Pflegekindern deutlich häufiger angegeben, als von den Pflegeeltern. Während etwa die Hälfte der Kinder von Gewalterfahrungen berichtet, geben die Pflegeeltern nur in einem Drittel der Fälle Misshandlungen an. Bei den sexuellen Übergriffen sind die Angaben der Kinder doppelt so hoch, wie die der Pflegeeltern. Dies könnte zum einen am mangelnden Vorwissen der Pflegeeltern in Bezug auf die genauen Unterbringungsgründe oder Erfahrungen der Pflegekinder liegen. Möglicherweise liegen diese Unterschiede aber auch an der Art der Erfassung. Während die Pflegeeltern gezielt nach sexuellem Missbrauch gefragt wurden, sollten die Kinder im IBS-KJ unspezifischer beantworten, ob sie schon einmal in einer Art und Weise berührt worden sind, die sie nicht wollten oder gezwungen wurden, jemand anderen zu berühren.

Da einige Autoren (z.B. Oswald et al., in press) davon ausgehen, dass Pflegekinder häufig multiplen und chronischen Traumatisierungen ausgesetzt und daher auch deutlich stärker

belastet sein dürften als nicht fremdplatzierte Kinder, wurden die Auswirkungen von multiplen Traumatisierungen näher beleuchtet. Sowohl für die Anzahl der Herausnahmegründe als auch für die Anzahl der von den Pflegekindern selbst berichteten Erlebnisse ließ sich nur ein schwacher Zusammenhang zur Anzahl der PTBS-Hauptsymptome nachweisen.

Ein Gruppenvergleich von Kindern mit unterschiedlich vielen Herausnahmegründen zeigte, dass die PTBS-Symptombelastung am stärksten in der Gruppe mit drei Fremdunterbringungsgründen war. Hingegen nahm die Symptombelastung bei mehr als drei Fremdunterbringungsgründen nicht weiter zu, sondern sank entgegen den Erwartungen wieder ab. Beim Vergleich der Summe der traumatischen Ereignisse ergab sich ebenfalls kein signifikanter Gruppenunterschied, aber die PTBS-Symptombelastung nahm hypothesenkonform mit der Anzahl traumatischer Ereignisse zu.

Abschließend wurden mit Hilfe des CTQ die Folgen von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch näher betrachtet. Der CTQ zeigte lediglich einen Zusammenhang zwischen den Auswirkungen von sexuellem Missbrauch und der PTBS-Belastung auf, während die restlichen Skalen keine signifikanten Korrelationen zutage förderten. Dieser Befund deckt sich mit einer aktuellen Studie, in der die Auswirkungen einer elterlichen Scheidung sowie sexuellen Missbrauchs des Kindes auf das PTBS-Risiko geprüft wurden (Afifi, Boman, Fleisher & Sareen, 2009). Beide Variablen erhöhten die Wahrscheinlichkeit an einer PTBS zu erkranken vor allem dann, wenn sie kombiniert auftraten.

### **7.3 Risikofaktoren der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten**

Als dritter Themenkomplex wurde das Ausmaß der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten untersucht und geprüft, welche Variablen einen Einfluss auf das kindliche Verhalten ausüben. Analog zur Vorgehensweise bei den Auswirkungen auf die PTBS-Belastung wurden wieder Eigenschaften des Pflegekindes, Merkmale der Fremdplatzierung sowie Umgangskontakte und die Herausnahmegründe näher beleuchtet.

Vorweg sei erwähnt, dass alle drei untersuchten Stichproben im Vergleich zu Kindern in der Normalbevölkerung ein deutlich höheres Maß an Verhaltensauffälligkeiten zeigten. Die Pflegekinder erzielten Werte, die annähernd bei einer Standardabweichung über der Normpopulation lagen. Es zeigte sich weiterhin, dass der CBCL-Gesamtwert bei 40-50% der Kinder im klinisch auffälligen Bereich oder im Grenzbereich zur Auffälligkeit lag. Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass Pflegekinder massiv belastet sind. Von den Pflegeeltern wurden vor allem Aufmerksamkeitsprobleme geschildert, weiterhin wurden soziale Probleme, dissoziale Verhaltensweisen und aggressives Verhalten genannt.

Aufgrund der Erfahrungen, die die meisten Pflegekinder in ihrer Ursprungsfamilie gesammelt haben, ist dieser Befund nicht ungewöhnlich. Fast alle Autoren, die Pflegekinder oder Kinder in Heimunterbringungen untersucht haben, kommen zu dem Schluss, dass stationär untergebrachte Kinder eine Hochrisikopopulation mit vielfältigen Verhaltensauffälligkeiten sind (z.B. Fish & Chapman, 2004; Simmel, 2007; Starr, Dubowitz, Harrington & Feigelman, 1999; Tarren-Sweeney, 2008). Keil und Price (2006) stellten in einem Literaturüberblick dar, dass die durchschnittliche Prävalenz von auffälligen externalisierenden Verhaltensweisen bei Pflegekindern bei 42% liegt.

### **7.3.1 Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie**

Ingesamt zeigten alle drei untersuchten Stichproben ein erhöhtes Maß an auffälligen Verhaltensweisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Es wurde vermutet, dass die Verhaltensabweichungen aufgrund der Sozialisierungserfahrungen ansteigen, je länger ein Kind in seiner Herkunftsfamilie verbleibt. Diese Vermutung konnte nur eingeschränkt bestätigt werden. Es zeigte sich, dass Kinder, die zu einem frühen Zeitpunkt von ihren Eltern getrennt wurden, weniger soziales Rückzugsverhalten aufwiesen. Umgekehrt sind die Kinder, die später die Familie verließen, stärker in sich selbst zurückgezogen. Dieser Zusammenhang konnte sowohl für die Stichprobe der LMU München als auch für die Hauptstichprobe des DJI nachgewiesen werden. Für die Explorationsstichprobe des DJI liegen keine Angaben zum Herausnahmealter vor, so dass die Hypothese für diese Kinder nicht geprüft werden konnte.

Es ergab sich weiterhin ein Zusammenhang zwischen dem schizoiden oder zwanghaften Verhalten und dem Herausnahmealter in der Hauptstichprobe des DJI. Auch dieser besagt, dass das Ausmaß an auffälligem schizoiden oder zwanghaften Verhalten anstieg, je länger die Kinder in ihrer Ursprungsfamilie verblieben. Aufgrund der geringen internen Konsistenz und da sich dieses Ergebnis nicht in der LMU Studie replizieren ließ, ist der Zusammenhang mit Vorsicht zu interpretieren.

Darüber hinaus zeigten die internalisierenden Verhaltensweisen schwache Verbindungen zum Herausnahmealter. Dieser Zusammenhang ist vermutlich durch die Skala sozialer Rückzug bedingt, die als eine von drei Skalen zum internalisierenden Verhalten gerrechnet wird.

Zusammenfassend lassen sich weit weniger Zusammenhänge der Verhaltensauffälligkeiten mit einem späten Herausnahmealter nachweisen als erwartet. Eventuell ist die Art und Intensität der Erfahrungen entscheidender als die zeitliche Dauer.

### 7.3.2 Geschlechtsunterschiede und Verhaltensauffälligkeiten

Es wurde ein geschlechtsspezifischer Effekt für die Verhaltensauffälligkeiten erwartet, da Jungen in der Allgemeinbevölkerung eher zu externalisierenden Verhaltensweisen tendieren und Mädchen häufiger internalisierende Verhaltensauffälligkeiten zeigen (Denner, 2003). Entgegen der Annahme ließ sich jedoch lediglich für die Hauptstichprobe des DJI nachweisen, dass Jungen ein größeres Ausmaß von externalisierendem Verhalten an den Tag legen. In den anderen beiden Stichproben wiesen die Jungen nicht signifikant mehr externalisierende Verhaltensauffälligkeiten auf. Die Vermutung, dass Mädchen sich internalisierender verhalten, konnte in keiner Stichprobe bestätigt werden. Vielmehr zeigten die Jungen durchgängig höhere, allerdings nicht statistisch bedeutsame internalisierende Verhaltenswerte.

Starr und Kollegen (1999) vermuten, dass die Antworten bezüglich der internalisierenden und externalisierenden Verhaltensweisen in der Allgemeinbevölkerung aufgrund der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit verzerrt sein könnten. Es ist gesellschaftlich anerkannter, wenn Jungen ihre Probleme aggressiver ausagieren als Mädchen. Daher ist ein Antwortverhalten, Mädchen internal einzustufen und Jungen external zu beurteilen, nicht unabhängig vom jeweiligen Geschlecht des Kindes und spiegelt möglicherweise nicht das tatsächliche Problemverhalten wieder. Pflegeeltern schätzen die Verhaltensweisen eventuell offener ein. Daher wird bei Pflegekindern, die in Fremdpflege untergebracht sind, typischerweise kein signifikanter Geschlechtsunterschied gefunden (Starr et al., 1999).

Weiterhin fanden Starr und Kollegen (1999) in ihrer Untersuchung signifikant mehr internalisierende Verhaltensweisen bei Jungen als bei Mädchen. Die Jungen wurden in dieser Studie im Vergleich zu den Mädchen von den Pflegeeltern insgesamt als ängstlicher und depressiver beschrieben. Auch in der vorliegenden Arbeit zeichnen sich Jungen durch ein größeres Ausmaß an internalisierendem Verhalten aus, auch wenn die Unterschiede nicht signifikant werden.

Zusammenfassend scheint die Annahme, dass Jungen sich externalisierender verhalten und Mädchen mehr zu internalisierenden Verhaltensweisen neigen, nicht für die Risikopopulation der Pflegekinder zu gelten. Vielmehr scheinen beide Geschlechter ein hohes Maß an auffälligen Verhaltensweisen zu zeigen, wobei Jungen von den Pflegeeltern sowohl hinsichtlich der externalisierenden als auch der internalisierenden Verhaltensweisen zum Teil noch auffälliger eingeschätzt werden als Mädchen. Jungen sind damit tendenziell vulnerabler und zeigen somit eine schlechtere soziale Anpassung.

Dass die Unterschiede bezüglich der externalisierenden Verhaltensweisen in der Hauptstichprobe des DJI für Jungen signifikant höher liegen, könnte an der insgesamt schwächeren Belastung dieser Stichprobe liegen. Denn die CBCL-Mittelwerte liegen fast durchgängig

unter den Werten der anderen beiden untersuchten Stichproben und nähern sich damit der Normalbevölkerung am stärksten an.

### **7.3.3 Dauer des Pflegeverhältnisses und Verhaltensauffälligkeiten**

Ausgehend von der Hypothese, dass sich diejenigen Kinder, die bereits länger in ihrer Pflegefamilie leben, psychisch stärker stabilisiert haben sollten, wurde der Zusammenhang zwischen dem kindlichen auffälligen Verhalten und der Dauer des Pflegeverhältnisses näher betrachtet. Erwartungsgemäß zeigten sich durchgängig negative Korrelationen, d.h. je länger ein Kind fremduntergebracht ist, desto geringer sind seine Verhaltensauffälligkeiten. Es muss jedoch einschränkend berücksichtigt werden, dass sich alle Korrelationen auf einem sehr niedrigen Niveau bewegen und die Aussagekraft dieses Ergebnisses dadurch limitiert ist. Eventuell würden sich stärkere Zusammenhänge ergeben, wenn man statt der aktuellen Unterbringungsdauer, die nicht zwingend die erste Fremdplatzierung ist, die Zeit seit der Herausnahme aus der Geburtsfamilie betrachten würde und auch die Hilfsmaßnahmen und Unterstützungsangebote, die seit der Trennung von den leiblichen Eltern in Anspruch genommen wurden, mit einbeziehen würde.

### **7.3.4 Auswirkungen eines ungesicherten Verbleibs auf die Verhaltensauffälligkeiten**

Die Annahme, dass Kinder mit einer nur zeitweiligen Unterbringung aufgrund des stärkeren Einflusses der leiblichen Eltern mehr auffällige Verhaltensweisen zeigen würden, ließ sich anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigen. Sowohl für die Stichprobe der LMU München als auch die Hauptstichprobe des DJI fanden sich keine signifikant stärkeren Verhaltensabweichungen bei den Pflegekindern mit einem ungesicherten Verbleib.

Für die Explorationsstichprobe konnten die Auswirkungen einer dauerhaften gegenüber einer zeitweiligen Fremdplatzierung nicht geprüft werden, da keine Angaben zur Art der Pflegeverhältnisse vorlagen.

Auch hier ist davon auszugehen, dass die formale Einordnung des Pflegeverhältnisses offenbar weit weniger bedeutsam ist als die subjektive Einschätzung der Situation. Das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten bestimmt sich also nicht über die Eingruppierung in eine bestimmte Hilfeart, sondern scheint von anderen Faktoren beeinflusst, wie beispielsweise den konkreten Erfahrungen in der Herkunftsfamilie, dem Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Herausnahme aus der Ursprungsfamilie oder der Dauer der Fremdunterbringungen.

Implizit gehen viele Pflegeeltern und vermutlich auch Pflegekinder davon aus, dass die Unterbringung dauerhaft ist, auch wenn diese rein formal vor allem zu Beginn noch nicht gesichert ist. Aufgrund der niedrigen Rückführungsquoten (vgl. DJI & DIJuF, 2006) und den häufig von Jugendamtsmitarbeitern getroffenen Aussagen, dass mit einer schnellen Stabilisie-

nung der Verhältnisse der Herkunftsfamilie nicht zu rechnen ist (Blandow, 2004), wird die Hoffnung der Pflegeeltern genährt, das Kind langfristig behalten zu können.

Ob und wie destabilisierend eine Rückführung für ein Pflegekind ist und wie sich dies in seinem Verhalten äußert, ließe sich daher vor allem unmittelbar vor einer tatsächlichen Rückführung untersuchen oder indem das Verhalten der Kinder von einem neutralen Beobachter in der Pflegefamilie und anschließend – nach erfolgter Rückkehr – in der leiblichen Familie nochmals eingeschätzt werden würde. Allein die theoretische Möglichkeit einer Rückführung scheint jedenfalls keine bedeutsame Rolle auf das kindliche Verhalten auszuüben.

### **7.3.5 Anzahl der Fremdplatzierungen und Verhaltensauffälligkeiten**

Obwohl es in der Literatur vereinzelt Studien gibt, die darauf hinweisen, dass häufige Bezugspersonenwechsel das Ausmaß an kindlichen Problemverhaltensweisen erhöhen (vgl. Newton, Litrownik & Landsverk, 2000; Palmer, 1996), konnte dieser Zusammenhang in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Sowohl in der Stichprobe der LMU München als auch der Hauptstichprobe des DJI ergeben sich zwar durchwegs positive Korrelationen mit den Sekundärskalen der CBCL, die aber insgesamt zu gering ausfallen, um einen statistisch abgesicherten Effekt zu belegen.

Andererseits muss darauf hingewiesen werden, dass in der Studie von Newton und Kollegen (2000) die Korrelationen zwischen der Anzahl der Fremdplatzierungen und den CBCL-Sekundärskalen sogar noch deutlich niedriger ausfielen, als in der vorliegenden Arbeit (zwischen  $r=.10$  bis  $r=.19$ ) und nur aufgrund der hohen Teilnehmerzahl ( $N=415$ ) statistisch signifikant wurden. Damit klärt die Anzahl der Fremdunterbringung zwar einen gewissen Teil der Varianz auf, allerdings ist dieser insgesamt sehr gering.

Möglicherweise ließe sich der Effekt in künftigen Studien besser herausarbeiten, wenn nur die Wechsel von einer Pflegefamilie in eine andere untersucht werden würden, statt alle Fremdplatzierungen zu berücksichtigen. In der vorliegenden Arbeit, wie auch in der Studie von Newton und Kollegen, wurden auch die Unterbringungen in einem Mutter-Kind-Heim oder in einer stationären Jugendhilfemaßnahme numerisch erfasst, was möglicherweise zu einem verzerrten Ergebnis geführt hat. Weiterhin ist anhand der vorliegenden Daten nicht ersichtlich, ob die Wechsel zum Teil geplant erfolgten oder die Kinder aufgrund eines gescheiterten Beziehungsaufbaus umplatziert wurden.

Um insgesamt die Auswirkungen von auffälligem kindlichen Verhalten auf den Abbruch eines Pflegeverhältnisses und umgekehrt den häufigen Wechsel von Pflegestellen auf das kindliche Verhalten besser untersuchen zu können, empfiehlt es sich für künftige Untersuchungen ein längsschnittliches Studiendesign zu verwenden und die Gründe für den Wechsel von einer Unterbringung in eine andere systematisch zu erfassen.

### **7.3.6 Besuchskontakte und Verhaltensauffälligkeiten**

Einige Autoren gehen davon aus, dass häufige Besuchskontakte der leiblichen Eltern mit dazu beitragen, dass auffällige Verhaltensweisen bei den Pflegekindern persistieren (z.B. Riedle et al., 2008). So konnten Schofield, Beek und Sargent (2000) in ihrer Studie nachweisen, dass bei etwa einem Drittel der Kinder im Kontakt mit ihren Geburtseltern Stresssymptome vorlagen. Weiterhin zeigten die Pflegekinder sowohl vor, als auch nach den Umgangskontakten ängstliches, aggressives und insgesamt verstörtes, aufgewühltes Verhalten. Aufgrund der starken Anspannung während der Kontakte fallen die Kinder stärker in alte inadäquate Verhaltensmuster zurück. Auch Kötter und Cierpka (1997) gehen davon aus, dass sich regelmäßige Besuchskontakte auf die Verhaltensauffälligkeiten auswirken, allerdings sehen sie die Ursache in den vermehrt auftretenden Loyalitätskonflikten gegenüber den leiblichen Eltern.

In der vorliegenden Arbeit fand sich entgegen den Erwartungen kein signifikanter Einfluss der Kontakthäufigkeit auf das kindliche Verhalten. Es zeigte sich zwar ein sehr schwacher Effekt sowohl für internalisierende als auch externalisierende Verhaltensweisen bei häufigerem Kontakt zum leiblichen Vater, nicht jedoch zur leiblichen Mutter.

Bei diesem Ergebnis muss jedoch berücksichtigt werden, dass bei einem Großteil der Pflegekinder gar keine Kontakte mehr stattfinden. Es ist anzunehmen, dass gerade bei denjenigen Kindern die Kontakte abgebrochen wurden, bei denen die Belastung aufgrund der elterlichen Besuche zu stark war. Weiterhin wurde in der vorliegenden Arbeit nicht das konkrete Verhalten der Kinder kurz vor, während und nach den Besuchskontakten erfasst. Vielmehr wurden die Pflegeeltern allgemein hinsichtlich vorliegender Verhaltensauffälligkeiten beim Kind befragt. Der Umgang mit den leiblichen Eltern führt vermutlich eher zu einem kurzfristig auffälligen Verhalten, wie es in der Studie von Schofield und Kollegen (2000) untersucht wurde, nicht jedoch zu einem generell erhöhten Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten. So berichteten viele Pflegeeltern im Interview von Angstzuständen oder aggressiven Verhaltensweisen der Pflegekinder, die unmittelbar vor oder nach den Kontakten auftreten.

### **7.3.7 Auswirkungen der Unterbringungsgründe und der berichteten traumatischen Erfahrungen auf die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten**

Abschließend wurden die Folgen der berichteten traumatischen Ereignisse und der angegebenen Herausnahmegründe auf das kindliche Problemverhalten betrachtet. In der Stichprobe der LMU München ergab sich der eindeutige Befund, dass Aufmerksamkeitsprobleme und Auffälligkeiten im sozialen Bereich anwuchsen, je mehr traumatische Ereignisse von einem Pflegekind angegeben wurden. Alle drei Subskalen, die sich auf soziales Verhalten (Skala 1

„sozialer Rückzug“, Skala 4 „soziale Probleme“, Skala 7 „dissoziales Verhalten“) beziehen, korrelierten signifikant mit der Anzahl der berichteten Ereignisse.

Für die Anzahl der Herausnahmegründe, die in der LMU-Stichprobe von den Pflegeeltern angegeben wurden, zeigten sich signifikante Zusammenhänge mit dem aggressiven Verhalten und den sozialen Problemen der Kinder.

In der Hauptstichprobe des DJI sind die Ergebnisse konträr. Auch hier gab es signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl der von den Sachbearbeitern angegebenen Herausnahmegründe und den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten. So zeigten diese Pflegekinder mehr ängstlich/depressives Verhalten, mehr schizoid/zwanghaftes Verhalten sowie mehr Aufmerksamkeitsprobleme. Auswirkungen auf das soziale oder aggressive Verhalten der Kinder konnten hingegen nicht nachgewiesen werden.

Zusammenfassend ergab sich bei der Betrachtung der Anzahl der Herausnahmegründe auf die einzelnen CBCL-Skalen kein eindeutiges Bild. Die Pflegekinder mit mehr traumatischen Erfahrungen oder mehreren Fremdunterbringungsgründen waren zwar stärker verhaltensauffällig, jedoch wurden in den untersuchten Stichproben jeweils andere Verhaltensauffälligkeiten genannt.

Dass sich kein eindeutiges Belastungsmuster ergab, könnte vor allem daran liegen, dass in der Stichprobe der LMU München und der Hauptstichprobe des DJI unterschiedliche Herausnahmegründe abgefragt worden sind. Beispielsweise wurden in der erstgenannten Stichprobe eher Substanzmittelmissbrauch in Form von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabusus abgefragt, wohingegen in der DJI-Stichprobe mehr soziale Problembereiche abgefragt wurden, wie z.B. Be- und Erziehungsprobleme, alleinerziehender Elternteil oder Ablehnung des Kindes.

Für die übergeordneten CBCL-Skalen wurden ebenfalls die Folgen von multiplen Belastungen geprüft. Für die externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten wurden nur in der LMU-Stichprobe signifikante Ergebnisse erzielt, nicht hingegen in der Hauptstichprobe des DJI. Die internalisierenden Verhaltenswerte korrelierten jedoch nicht signifikant mit der Summe der berichteten Herausnahmegründe. Anzumerken bleibt, dass die Signifikanzgrenze für die berichteten traumatischen Ereignisse und das internalisierende Verhalten nur knapp verfehlt wurde.

Bei der Betrachtung des Gesamtwertes der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten ergab sich der konsistente Befund, dass mit der Zunahme an berichteten traumatischen Ereignissen oder Herausnahmegründen auch das auffällige Verhalten insgesamt anstieg. Dieses Ergebnis lässt sich sowohl in der Stichprobe der LMU als auch in der Stichprobe des DJI nachweisen.

Weiterhin wurden die Pflegekinder zu unterschiedlichen Belastungsgruppen zusammengefasst, um interferenzstatistisch zu prüfen, welche Auswirkungen sich hinsichtlich einer Mehrfachbelastung auf das kindliche Problemverhalten zeigen. Es ergab sich ein tendenzieller Anstieg bezogen auf den CBCL-Gesamtwert in Abhängigkeit von der Summe der berichteten Herausnahmegründe sowie der angegebenen traumatischen Ereignisse. Für die Hauptstichprobe des DJI ergaben sich signifikante Gruppenunterschiede, wobei hier das Ausmaß des auffälligen Verhaltens nicht kontinuierlich anstieg, sondern bei drei Herausnahmegründen wider Erwarten ein niedrigerer Gesamtwert des auffälligen Verhaltens vorlag. Möglicherweise ist dieses Ergebnis auf die sehr große Streuung in der Gruppe mit drei Herausnahmegründen zurückzuführen.

Insgesamt konnte sowohl anhand der Korrelationsberechnungen als auch mit Hilfe der Gruppenvergleiche eine zumindest tendenzielle Bestätigung für die pathologische Wirkung von Mehrfachbelastungen auf die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten gefunden werden.

## **7.4 Prädiktion der PTBS-Belastung**

Im letzten Themenkomplex dieser Arbeit ging es um Eignung der CBCL-PTBS-Skala als Screeninginstrument für eine PTBS-Belastung. Die CBCL misst allgemein die auffälligen Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen. Es gibt allerdings vereinzelt Hinweise auf mögliche Items, die eine PTBS-Belastung abbilden können (z.B. Ruggiero & McLeer, 2000; Wolfe, Gentile & Wolfe, 1989). Da in den Stichproben des DJI zwar die CBCL verwendet wurde, hingegen kein Instrument zur Diagnosestellung einer PTBS zur Anwendung kam, sollte anhand der CBCL-Daten geprüft werden, wie hoch die mögliche PTBS-Belastung in den untersuchten Stichproben wahrscheinlich ist.

Als erstes wurde die Eignung der CBCL-PTBS-Skala im deutschen Sprachraum geprüft. Weiterhin wurden explorativ CBCL-Items zusammengestellt, die die Sensitivität und Spezifität der Vorhersage verbessern sollten. Abschließend wurde anhand der Daten der Stichprobe der LMU München eine Schätzung der PTBS-Prävalenz in den DJI-Stichproben vorgenommen.

### **7.4.1 CBCL-PTBS-Subskala**

Wolfe, Gentile und Wolfe (1989) haben eine 20 Items umfassende Skala aus der CBCL abgeleitet, die gut zwischen sexuell missbrauchten Kindern und einer Normstichprobe differenzierte. Zudem fanden Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas und Wolfe (1991) signifikante Korrelationen zwischen der CBCL-PTBS-Skala und der Children's Impact of Traumatic Event Scale-Revised (CITES-R), ein klinisches Instrument zur Messung der PTBS-Belastung. Es muss

allerdings hinzugefügt werden, dass sich die gefundenen Korrelationen auf einem niedrigen Niveau zwischen .19 und .28 bewegen.

Ruggiero und McLeer (2000) prüften die Validität der CBCL-PTBS-Skala mit Hilfe des K-SADS-E. Es handelt sich dabei um ein semistrukturiertes Diagnostikinterview zur Erfassung der kindlichen Psychopathologie. Zusätzlich ist ein Modul ergänzt worden, um PTBS nach den Kriterien des DSM-III-R zu diagnostizieren. Die Autoren fanden eine hochsignifikante Korrelation von .57 zwischen der CBCL-PTBS-Skala und der Zahl der erfüllten PTBS-Symptome. Weiterhin korrelierte die CBCL-PTBS-Skala mit der Anzahl der Symptome aus dem Bereich Wiedererleben ( $r=.52$ ), Vermeidung ( $r=.31$ ) und am stärksten mit dem Hyperarousal ( $r=.60$ ). Weiterhin prüften die Autoren, ob sich sexuell missbrauchte Kinder mit und ohne PTBS-Diagnose hinsichtlich der CBCL-PTBS-Skala voneinander unterscheiden. Sie fanden einen hochsignifikanten Gruppenunterschied, der belegte, dass Kinder ohne PTBS-Diagnose deutlich niedrigere Werte auf der CBCL-PTBS-Skala hatten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können jedoch keinen Zusammenhang zwischen der CBCL-PTBS-Skala und der Anzahl erfüllter Hauptsymptome, erfasst durch das IBS-KJ, belegen. Die Korrelationen lagen annähernd bei Null ( $r=-.01$  bis .13). Auch konnte kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen den Pflegekindern mit und ohne PTBS-Diagnose nachgewiesen werden, obwohl die Diagnosen nach dem DSM-IV, der ICD-10 und nach den Kriterien von Scheeringa ausgewertet wurden.

Die Eindeutigkeit der Ergebnisse von Wolfe et al. (1991) sowie von Ruggiero und McLeer (2000) konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Die Ursache könnte zum einen an den unterschiedlichen Erfassungsmethoden der PTBS (CITES-R, K-SADS-E und IBS-KJ) liegen, zum anderen aber auch an der Verwendung der DSM-III-R Kriterien in den zitierten Studien im Vergleich zu den aktuellen DSM-IV sowie den spezifisch für Kinder entwickelten Kriterien nach Scheeringa. Darüber hinaus hatten die beiden dargestellten Studien vor allem sexuell missbrauchte Kinder im Fokus, wohingegen in der aktuellen Studie Pflegekinder mit breiterem Traumatisierungshintergrund befragt wurden.

Eine aktuelle Studie, die ebenfalls die Eignung der CBCL als Screeninginstrument für PTBS untersuchte, stützt die Befunde der vorliegenden Arbeit (Sim, Friedrich, Davies, Trentham, Lengua & Pithers, 2005). Die Autoren wiesen darauf hin, dass die Items der CBCL zwar zwischen sexuell missbrauchten Kindern und einer Normstichprobe gut differenzieren, dass sie allerdings nicht zwischen sexuell missbrauchten Kindern und einer klinischen Stichprobe mit mehreren unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen unterscheiden konnten. Sim und Kollegen kommen zu dem Schluss, dass die CBCL kein gutes Maß zur Erfassung von PTBS-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen ist. Sie führen dies vor allem auf die inter-

nalysierenden Symptome der PTBS zurück, wie beispielsweise Vermeidungssymptome, die ihrer Ansicht nach von den Eltern nicht gut beurteilt werden können.

#### **7.4.2 Alternative CBCL-Screening-Items**

Anhand einer alternativen CBCL-Itemselektion wurde versucht, die Genauigkeit des PTBS-Screenings mittels der CBCL zu erhöhen. In einem ersten Schritt wurde die Sensitivität und Spezifität der klassischen CBCL-PTBS-Skala ermittelt. Nach den Kriterien von Scheeringa lag die Sensitivität bei gerade mal 60.0% und die Spezifität bei 65.6%.

Es wurden zwei unterschiedliche Ansätze gewählt. Zum einen wurde theoriegeleitet ein Set von zehn Items zusammengestellt, die sich inhaltlich mit den Hauptsymptomen der PTBS überschneiden. Weiterhin wurde explorativ anhand der Daten ein Set von zehn Items identifiziert, das signifikant mit der Summe der PTBS-Hauptsymptome korrelierte.

Für beide erstellten Skalen wurde die Sensitivität und Spezifität bei verschiedenen Cut-Off-Werten überprüft. Es zeigte sich, dass die Sensitivität gegenüber der ursprünglichen CBCL-PTBS-Skala auf 80.0% bei der explorativen Itemzusammenstellung erhöht werden konnte. Allerdings war die Spezifität beider Skalen nicht zufriedenstellend. Die theoriegeleitete Skala erzielte eine Spezifität von 37.5%, wohingegen die explorativ entwickelte Skala eine Spezifität von 46.9% erreichte.

Somit konnte durch die modifizierten CBCL-PTBS Skalen zwar die Sensitivität gesteigert werden, dennoch ist die Spezifität insgesamt zu gering, um die CBCL als valides Screeninginstrument für PTBS empfehlen zu können.

#### **7.4.3 Geschätzte PTBS-Prävalenz**

Da das DJI in seiner Studie aus ökonomischen Gründen lediglich die CBCL einsetzte, trotzdem aber an einer Abschätzung der möglichen Prävalenz der PTBS in den untersuchten Stichproben interessiert war, wurde anhand der Regressionsgewichte der Stichprobe der LMU eine vorsichtige Schätzung der Prävalenzraten vorgenommen. Einschränkend muss zum einen berücksichtigt werden, dass selbst die Skala der explorativ zusammengestellten Items nur eine Varianz von 65% aufklärte. Erschwerend kommt zum anderen hinzu, dass sich die drei untersuchten Stichproben in einigen CBCL-Skalen signifikant voneinander unterscheiden. Mangels besserer Alternativen wurde die Vorhersage auf der Grundlage der CBCL-Daten dennoch durchgeführt.

Es ergaben sich geschätzte PTBS-Prävalenzraten von 14.7% für die Explorationsstichprobe und 8.3% für die Hauptstichprobe. Aufgrund der Ungenauigkeit der Schätzung wurde zudem das 95%ige Konfidenzintervall für beide Stichproben berechnet, das jeweils sehr breit streu-

te. Für die Explorationsstichprobe bewegten sich die Werte zwischen 0% bis 31.8% und in der Hauptstichprobe lagen die Angaben zwischen 0% und 25.4%.

## 7.5 Methodische Einschränkungen

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen einige methodische Kritikpunkte berücksichtigt werden, die zum Teil schon erörtert wurden, im Folgenden aber noch einmal ausführlicher dargestellt werden.

Zum einen wurde in der vorliegenden Arbeit bewusst auf die Datenquelle der leiblichen Eltern verzichtet. Diese verfügen zwar theoretisch über ein größeres Wissen bezüglich der Vorgeschichte des Kindes, es ist aber sehr wahrscheinlich, dass gerade bei Misshandlungen oder Vernachlässigungen viele Geschehnisse von den Ursprungseltern nicht oder nur verzerrt angegeben worden wären. Zusätzlich hätte die Datenerhebung auch wieder über die kooperierenden Einrichtungen erfolgen müssen und wäre mit erheblichem Arbeitsaufwand einhergegangen, der die Stichprobengröße vermutlich noch weiter verringert hätte. Aufgrund der Tatsache, dass die Herkunftseltern ihre Kinder sehr unterschiedlich häufig oder zum Teil gar nicht mehr sehen, wären auch keine zuverlässigen Einschätzungen der kindlichen Verhaltensweisen möglich gewesen. Da es in der vorliegenden Studie vor allem auf die aktuelle Prävalenz von PTBS und die Erfassung des derzeitigen kindlichen Verhaltens ankam, wurde auf die Datenquelle der leiblichen Eltern völlig verzichtet.

Weiterhin handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung um ein Querschnittsdesign, das keinerlei Aussagen über die Wirkungsrichtung von Prädiktoren und psychischen Belastungen zulässt. Eine deutlich aufwändigere, längsschnittlich angelegte Studie hätte wesentlich genauere Prozessbeschreibungen von psychopathologischen Entwicklungen und kausalen Zusammenhängen erlaubt.

Darüber hinaus soll hier noch einmal das Problem der retrospektiven Erhebung angeführt werden. Bei den meisten Pflegekindern lagen die traumatischen Ereignisse bereits mehrere Jahre zurück. Daher könnte das Erinnerungsvermögen deutlich beeinträchtigt gewesen sein, so dass möglicherweise einige Erinnerungen verzerrt wiedergegeben worden sind. Auch ein sehr junges Alter zum Zeitpunkt der Trennung von den leiblichen Eltern erschwert eine valide Erfassung des Vorgefallenen.

Durch die lange Dauer zwischen den traumatischen Erfahrungen und der Erhebung könnte es zu einigen Spontanremissionen gekommen sein. Außerdem haben einige Kinder im Zeitintervall zwischen der Herausnahme aus der Ursprungsfamilie und der Teilnahme an der Studie eine psychotherapeutische Behandlung erhalten, die ebenfalls das Ausmaß der Belastung deutlich reduziert haben dürfte.

---

Zudem könnte das methodische Vorgehen mit dazu beigetragen haben, dass die wirkliche Prävalenz von PTBS unterschätzt wurde. Kinder, die im IBS-KJ Interview kein Ereigniskriterium angaben, wurden nicht weiter hinsichtlich der einzelnen PTBS-Symptome befragt. Möglicherweise hätte die Fortsetzung des Interviews die Belastungen der Stichprobe klarer dargestellt.

Schließlich seien hier noch einige Aspekte der Stichprobe erwähnt, die die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken. Die Teilnahme an der Untersuchung geschah auf freiwilliger Basis, was die Untersuchung einer randomisierten Stichprobe verhinderte. Zudem war den Untersuchungsteilnehmern im Vorfeld bekannt, um was es bei der Studie ging. Dieses Vorwissen könnte einige Pflegeeltern von hoch belasteten Pflegekindern dazu veranlasst haben, sich nicht an der Studie zu beteiligen. Die Abwesenheit solcher potentiell belasteten Teilnehmer führt zu einem Stichprobenbias und zu einer eingeschränkten Varianz der Ergebnisse, was sich wiederum negativ auf die Höhe der Korrelationsberechnungen auswirkt. Aufgrund dieser Stichprobenverzerrungen und der sich selbst selektierenden Stichprobe ist es möglich, dass die hier gefundene Psychopathologie über- bzw. unterschätzt wurde und für die Population von Pflegekindern in Deutschland nicht repräsentativ ist. Weiterhin war die Stichprobengröße sehr begrenzt, was ebenfalls zu Einschränkungen in den gefundenen Ergebnissen führt. Insgesamt wäre eine Vergrößerung der Stichprobenumfänge wünschenswert, um die Stabilität der gefundenen Effekte zu überprüfen. Allerdings bleibt zu berücksichtigen, dass der Zugang zur Population von Pflegekindern zum Beispiel aufgrund des Datenschutzes nur sehr eingeschränkt möglich ist.

## 8. Zusammenfassung und Ausblick

In Deutschland werden schätzungsweise 150.000 Kinder pro Jahr körperlich misshandelt. In etwa 100 Fällen sind die Misshandlungen so gravierend, dass die Kinder an ihren Verletzungen versterben (Wetzels, 1997). Zudem zeigte Münder (2000) auf, dass bei zwei Dritteln der Pflegekinder vor deren Unterbringung eine massive Vernachlässigung durch die leiblichen Eltern vorlag. Ein Ziel der vorliegenden Studie ist es mit dazu beizutragen, dass das Bewusstsein für Misshandlung und Vernachlässigung bei Pflegekindern erhöht wird sowie insbesondere auch auf die sich daraus ergebenden Folgen für die kindliche Entwicklung aufmerksam zu machen. Ein schnelles Einschreiten ist deswegen besonders wichtig, da viele Kinder bereits im ersten Lebensjahr schwer misshandelt oder vernachlässigt werden. Typisch sind vor allem Verletzungsfolgen aufgrund von Schütteltraumen oder Unfälle, die durch eine mangelnde oder unterlassene Aufsichtspflicht der Eltern verursacht wurden (Jacobi, 2005).

Bislang gibt es jedoch kaum empirische Forschungsarbeiten, die die Traumafolgen in dieser Risikopopulation näher untersucht haben. So weist Köckeritz (2005) eindringlich darauf hin, dass das Pflegekinderwesen keine Ideologien, sondern vor allem Empirie benötigt. Besonders wichtig sind in diesem Zusammenhang Daten, die die konkreten Lebensumstände von Pflegekindern sichtbar machen und die weitere Entwicklung während als auch nach dem Pflegeverhältnis aufzeigen. Um Interventionen an den Bedarf der Pflegekinder und deren Familien anpassen zu können, ist es entscheidend, valide Informationen darüber zu bekommen, welche Faktoren die psychische Gesundheit von Pflegekindern beeinflussen.

Zunächst wird in der vorliegenden Arbeit daher eine Zusammenschau der bisherigen Forschungsbefunde aus dem Pflegekinderwesen dargestellt, sowie ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand hinsichtlich der Posttraumatischen Belastungsstörung gegeben.

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Pflegekinder haben in ihrer Vorgeschichte eine Vielzahl von traumatischen Ereignissen erlebt, die eine Fremdplatzierung notwendig machten. Die Traumaexposition von über 90% macht deutlich, dass fast jedes Pflegekind bereits mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt hat. Das Risiko einer Traumatisierung liegt damit ungleich höher als in der Normalbevölkerung. Daher gehören Pflegekinder zu einer Hochrisikogruppe.

Aufgrund des hohen Risikos, eine traumatische Situation zu erleben, erstaunt es, dass nur 5.4% nach den klassischen DSM-IV Kriterien und nur 13.5% nach den kinderspezifischen Kriterien von Scheeringa eine PTBS-Diagnose erhielten. Aufgrund methodischer Einschränkungen ist davon auszugehen, dass die PTBS-Belastung in der vorliegenden Stichprobe

eher unterschätzt wird. Eine standardisierte Eingangsdiagnostik zu Beginn des Pflegeverhältnisses könnte hier Abhilfe schaffen. Zudem darf nicht übersehen werden, dass auch eine subklinische PTBS zu funktionalen Beeinträchtigungen führen kann.

Zu den untersuchten Faktoren, die einen möglichen Einfluss auf die berichteten traumatischen Erlebnisse sowie auf die PTBS-Belastung ausübten, gehörte unter anderem das Alter zum Zeitpunkt der Herausnahme. Kinder, die länger in ihrer Herkunftsfamilie gelebt hatten, berichteten auch über deutlich mehr Ereignisse. Hingegen ergab sich für die Variable Geschlecht kein Unterschied in der Höhe der PTBS-Symptombelastung. Die Dauer der Unterbringung hatte keinen Einfluss auf die Schwere der PTBS-Belastung. Ebenfalls keine Auswirkungen hatte die formale Einordnung des Pflegeverhältnisses nach zeitweiliger oder dauerhafter Unterbringung sowie die Anzahl der Fremdplatzierungen. Es konnte überdies nur ein sehr schwacher Zusammenhang zwischen der Höhe der PTBS-Symptombelastung und der Besuchskontakthäufigkeit nachgewiesen werden. Allerdings gab es zum Zeitpunkt der Untersuchung viele Pflegekinder, bei denen der Kontakt zu den leiblichen Eltern gänzlich abgebrochen war. Weiterhin wurde in der vorliegenden Arbeit nicht die Gestaltung der Kontakte näher betrachtet, sondern nur deren Häufigkeit. Als letztes wurde die Anzahl der Herausnahmegründe und die Anzahl der berichteten traumatischen Ereignisse hinsichtlich ihrer psychopathologischen Auswirkungen untersucht. Es ergab sich dabei hinsichtlich der Anzahl der Herausnahmegründe kein signifikanter Gruppenunterschied. Zudem zeigte sich ein sehr uneinheitliches Bild, da die PTBS-Symptombelastung bei bis zu drei Herausnahmegründen kontinuierlich anstieg, nach dieser Schwelle aber wieder sank. Bei den berichteten traumatischen Ereignissen ergab sich zwar auch kein signifikanter Gruppenunterschied, aber das Ausmaß der PTBS-Symptombelastung stieg mit zunehmender Anzahl von berichteten Ereignissen hypothesenkonform an. Weiterhin zeigte sich, dass sexueller Missbrauch, nicht hingegen Vernachlässigung oder Misshandlung, in Zusammenhang mit der PTBS-Symptombelastung stand.

Einen weiteren großen Themenkomplex bildeten die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten. Auch hier wurde der Einfluss der oben genannten Faktoren auf das Verhalten der Pflegekinder überprüft. Die befragten Pflegeeltern beschrieben ihre Pflegekinder signifikant verhaltensauffälliger, sowohl bezüglich der externalisierenden als auch der internalisierenden Verhaltensweisen im Vergleich zu Kindern aus der Allgemeinbevölkerung. Die Abweichungen waren auf allen CBCL-Skalen annähernd eine Standardabweichung über der Normstichprobe. Das Alter zum Zeitpunkt der Herausnahme spiegelte sich vor allem in der Variable „sozialer Rückzug“ wider. Kinder, die ihre Herkunftsfamilie vergleichsweise spät verließen, waren stärker in sich selbst zurückgezogen. Die gefundenen Geschlechtsunterschiede waren dabei insgesamt relativ gering. Sofern es welche gab, zeigten die Jungen im Vergleich zu

den Mädchen sowohl mehr internalisierende als auch externalisierende auffällige Verhaltensweisen. Die Dauer des Pflegeverhältnisses hatte einen – wenn auch geringen – Einfluss auf das kindliche Verhalten. Je länger sich ein Kind bereits in einer Pflegefamilie befand, desto geringer waren insgesamt die Verhaltensabweichungen. Es ließ sich kein Unterschied bezüglich des kindlichen Verhaltens und der zeitweiligen oder dauerhaften Unterbringungsform feststellen. Ebenso klärte die Anzahl der Fremdunterbringungen nur einen sehr geringen Teil der Varianz auf. Bezogen auf die Besuchskontakthäufigkeit konnte kein statistisch bedeutsamer Effekt auf das kindliche Verhalten nachgewiesen werden. Es ergab sich lediglich eine schwache Tendenz, dass der Kontakt zum leiblichen Vater mit mehr externalisierenden und internalisierenden Verhaltensweisen einherging als der Kontakt zur leiblichen Mutter. Die Summe der Herausnahmegründe, sowie die Summe der von den Kindern berichteten Erlebnisse führte insgesamt zu einem stärkeren Ausmaß an unspezifischen Verhaltensabweichungen. Bezogen auf den Gesamtwert des auffälligen kindlichen Verhaltens zeigte sich, dass sowohl mehr traumatische Ereignisse als auch mehr Herausnahmegründe zu einem tendenziellen Anstieg des Problemverhaltens beitrugen.

Als letztes wurde die Eignung der CBCL als PTBS-Screening überprüft. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit gezeigt haben, scheint sich die CBCL-PTBS-Skala nicht als valides Screeninginstrument zu empfehlen, da die hier gefundenen Sensitivitäts- und Spezifitätsdaten insgesamt nicht zufriedenstellend sind. Auch die modifizierten Versionen der CBCL-PTBS-Skala sind nicht geeignet, um möglichst ökonomisch die Kinder mit und ohne PTBS-Diagnose zuverlässig identifizieren zu können. Anzumerken bleibt, dass aufgrund des methodischen Vorgehens nicht für alle Kinder die PTBS-Symptombelastung erfasst wurde und daher möglicherweise die Zusammenhänge mit der CBCL-PTBS-Skala unterschätzt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Pflegekinder aufgrund ihrer Erfahrungen ein großes Risiko für psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten von teilweise klinischem Ausmaß tragen. Abgesehen von den unmittelbaren Auswirkungen auf die PTBS-Belastung sowie auf das kindliche auffällige Verhalten, dürfen auch die Langzeitfolgen nicht außer Acht gelassen werden. Eine aktuelle Studie belegt den Zusammenhang zwischen Fremdplatzierungen in der Kindheit oder Jugend und einem schlechteren Gesundheitszustand, niedrigeren Ausbildungsstand und Einkommen und dadurch bedingter Abhängigkeit von sozialer Unterstützung im Erwachsenenalter (Schneider, Baumrind, Pavao, Stockdale, Castelli et al., 2009).

Die Befunde dieser wie auch weiterer empirischer Untersuchungen sind von großer praktischer Relevanz für das Pflegekinderwesen, auch wenn die vorliegenden Ergebnisse aufgrund der Stichprobengröße und der Selbstselektion der Stichprobe mit Vorsicht zu interpretieren sind und eher eine Groborientierung ermöglichen. Die Kernfrage bleibt, wie die Ju-

gendhilfe auf den hohen Anteil von psychisch stark belasteten Kindern und Jugendlichen vorbereitet ist und welche sinnvollen Veränderungen notwendig sind. Das Wissen darum, welche speziellen Angebote für Pflegekinder vorgehalten werden müssen, um deren Entwicklung möglichst optimal zu fördern und Abbrüche von Pflegeverhältnissen zu vermeiden, ist von größter Bedeutung. Denn mit gescheiterten Hilfsangeboten wird die Problematik der Kinder und Jugendlichen noch zusätzlich verstärkt.

Wichtig für eine adäquate Unterstützung ist daher eine möglichst frühzeitige standardisierte Diagnostik der Pflegekinder, um dieses Wissen bereits von Beginn an in den Hilfeprozess zu integrieren und ein langfristiges Behandlungskonzept entwickeln zu können. Wenn die Kinder und Jugendlichen erst dann vorgestellt werden, wenn sie in ihren Pflegefamilien immer massiver auffallen, sind die Interventionsmöglichkeiten wesentlich geringer und die Gefahr des Scheiterns der Pflegebeziehung ist sehr viel wahrscheinlicher. Zudem konnten Oswald et al. (in press) nachweisen, dass Traumafolgestörungen in der klinischen Diagnostik häufig übersehen werden, da das Kind oftmals mit unspezifischer Symptombelastung vorgestellt und über die Vorgeschichte des Kindes zumeist wenig berichtet wird.

Um langfristig möglichst gesicherte Pflegeverhältnisse herzustellen, ist es darüber hinaus erforderlich, die Pflegeeltern realistisch auf ihre Aufgabe vorzubereiten. Dazu gehört auch die Vermittlung von Wissen über die typischerweise auftretenden Verhaltensauffälligkeiten sowie Grundkenntnisse über mögliche Traumafolgen. Es wäre wünschenswert, Standards für die Vorbereitung, die Unterstützung und Begleitung von Pflegefamilien zu etablieren. Da allerdings bei den meisten Pflegekinderdiensten Ressourcenknappheit ein zentrales Thema ist, wird wohl auch weiterhin auf die Eigeninitiative der Familien gesetzt (DJI & DIJuF, 2006). Als sinnvolle Alternative bieten sich daher Pflegeverbände – wie beispielsweise PFAD Bayern – an, um sich über die Probleme und Lösungsmöglichkeiten untereinander austauschen und sich gegenseitig besser unterstützen zu können. Langfristig wäre eine Verschiebung zu Gunsten der Prävention statt der Intervention wünschenswert. Eine möglichst frühzeitige Begleitung und Unterstützung von Pflegefamilien könnte helfen, zur Aufrechterhaltung der Pflegeverhältnissen beizutragen und die weitaus kostenintensiveren Heimunterbringungen zu vermeiden. Gerade wenn man sich die Langzeitprobleme vieler ehemaliger Pflegekinder vor Augen führt, lassen sich die enormen Kosten (vgl. Minnis, Everett, Pelosi, Dunn, & Knapp, 2006), die eine versäumte Prävention nach sich ziehen, erahnen.

Eine Verbesserung der Lebenssituation von psychisch belasteten Pflegekindern sowie eine Förderung ihrer Chancen zur Teilhabe an unserer Gesellschaft lässt sich letztlich nur durch eine intensivere Kooperation von allen beteiligten Institutionen und Berufsgruppen erreichen.

## Literaturverzeichnis

- Aaron, J., Zaglul, H. & Emery, R.E. (1999). Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 335-343.
- Achenbach T.M. & Edelbrock C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ackerman, P.T., Newton, J.E.O., McPherson, W.B., Jones, J.G. & Dykman, R.A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnosis in three groups of abused children. *Child Abuse and Neglect*, 22, 759-774.
- Adler, A. (1943). Neuropsychiatric complications in victims of the Boston's Coconut Grove disaster. *Journal of the American Medical Association*, 123, 1098-1101.
- Afifi, T.O., Boman, J., Fleisher, W. & Sareen, J. (2009). The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse and Neglect*, 33 (3), 139-147.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2<sup>nd</sup> ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed. revised). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Bailly, L. (1999). Keynote adress. Paper presented at the Conference of the European Society for Traumatic Stress Studies, Istanbul.
- Barber, J.G. & Delfabbro, P.H. (2007). *Children in Foster Care*. London: Routledge.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Bauernfeind, Y. & Schäfer, M. (1992). *Die gestohlene Kindheit*. München: Droemer Knaur.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban und Schwarzenberg.

- Bekker, M.H.J. (1996). Agoraphobia and gender: a review. *Clinical Psychology Review*, 16, 129-146.
- Bender, D. & Lösel, F. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und der Bewältigung von Misshandlung und Vernachlässigung. In U. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Bernstein, D.P. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report questionnaire and manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D. & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Hirshfeld, D.R., Faraone, S.V., Bolduc, E.A., Gersten, M., Meminger, S.R., Kagan, J., Sniedman, N. & Reznick, J.S. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Bolduc-Murphy, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirshfeld, D.R. & Kagan, J. (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814-821.
- Biermann, B. (2001). Vollzeipflege. In V. Birtsch, K. Münstermann & W. Trede (Hrsg.), *Handbuch Erziehungshilfen*. Münster: Votum.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E., Loos, W.R. & Gerardi, R.J. (1994). Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents. *Behavior Research and Therapy*, 32 (3), 283-290.
- Blandow, J. (2003). *Das Pflegekinderwesen in Bremen. Aktenanalyse und Empfehlungen zur Weiterentwicklung*. Bremen.
- Blandow, J. (2004). *Pflegekinder und ihre Familien. Geschichte, Situation und Perspektiven des Pflegekinderwesens*. Weinheim: Juventa.
- Blandow, J. (1972). *Rollendiskrepanzen in der Pflegefamilie – Analyse einer sozialpädagogischen Institution*. München: Juventus.
- Blandow, J. (1999). Versorgungseffizienz im Pflegekinderwesen. In H. Colla, T. Gabriel & S. Millham (Hrsg.), *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa*. München: Reinhardt.
- Bloch, D.A., Silber, E. & Perry, S.E. (1956). Some factors in the emotional reactions of children to disaster. *American Journal of Psychiatry*, 112, 416-422.

- BMJFG (Bundesminister für Jugend, Famili und Gesundheit) (Hrsg.) (1972): Dritter Jugendbericht. Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe. Bonn
- Bodman, F. (1941). War conditions and the mental health of the child. *British Medical Journal*, 11, 486-488.
- Bolger, K.E. & Patterson, C.J. (2003). Sequelae of child maltreatment: Vulnerability and resilience. In S.S. Luthar (Hrsg.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Bowlby, J. (1975) *Bindung: Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (1977). Das Aufnehmen und Lösen von affektiven Bindungen. In J. Bowlby (Hrsg.), *Das Glück und die Trauer*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brecht, B. (1962). *Der kaukasische Kreidekreis*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bremner, J.D. (1999). Does stress damage the brain. *Biological Psychiatry*, 45, 797-805.
- Bremner, J.D. (2003). Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 271-292.
- Bremner, J.D., Randall, P.R. & Capelli, S. (1995). Deficits in short-term memory in adult survivors of childhood abuse. *Psychiatric Research*, 59, 97-107.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- 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, 748-766.
- Bruce, J., Fisher, P.A., Pears, K.C. & Levine, S. (2009). Morning cortisol levels in preschool-aged foster children: Differential effects of maltreatment type. *Developmental Psychobiology*, 51 (1), 14-23.
- Bulut, S. (2006). Comparing the earthquake exposed and non-exposed Turkish children's Post Traumatic Stress Reactions. *Anales de Psicología*, 22 (1), 29-36.
- Bundeskriminalamt (2007). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2007. Bundesrepublik Deutschland*. Paderborn: Bonifatius. Verfügbar unter: [http://www.bka.de/pks/pks2007/download/pks-ib\\_2007\\_bka.pdf](http://www.bka.de/pks/pks2007/download/pks-ib_2007_bka.pdf) [20.08.2009].
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). 60. Auflage (2007). München: DTV.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Cappenberg, M. (2004). Besuchskontakte vor dem Hintergrund der Bindungstheorie: Möglichkeiten und Grenzen dieser Theorie, zum Verständnis der Situation von Pflegekin-

- dern beizutragen. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Carey-Trefzer, C.J. (1949). The results of a clinical study of war-damaged children who attended a child guidance clinic. *Journal of Mental Science*, *95*, 535-559.
- Carrion, V.G., Weems, C.F. & Ray, R.D. (2002). Diurnal salivary cortisol in pediatric post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *51*, 575-582.
- Christ, H. (1994). Familiäre Beziehungsmuster zwischen Verwahren und Verwahrlosen. Beiträge von Familientherapie, Psychoanalyse und experimenteller Kleinkindforschung zum Verständnis von Bindungsstörungen. In P. Kürner & R. Nafroth (Hrsg.), *Die vergessenen Kinder – Vernachlässigung und Armut in Deutschland*. Köln: PapyRossa.
- Cicchetti, D.V. (2003). Neuroendocrine functioning in maltreated children. In D.V. Cicchetti & E. Walker (Hrsg.), *Neurodevelopmental mechanisms in psychopathology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D.V., Toth, S. & Maughan, A. (2000). An ecological-transactional model of child maltreatment. In A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Hrsg.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Kluwer-Plenum.
- Corte, E. (1956). *Das Pflegekinderwesen*. (Handbuch für den Vormund. Heft 5, hrsg. von H. Webler). Berlin.
- Da Costa, J. (1871). On irritable heart. A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequence. *The American Journal of the medical sciences*, *61*, 17-52.
- Danziger, L., Hetzer, H. & Löw-Beer, H (1930). *Pflegemutter und Pflegekind*. Leipzig.
- Daviss, W.B., Mooney, D., Racusin, R., Ford, J., Fleischer, A. & McHugo, G. (2000). Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 569-575.
- De Bellis, M.D., Chrousos, G.P., Dorn, L.D., Burke, L., Helmers, K., Kling, M.A., Trickett, P.K., Putnam, F.W. (1994). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *78*, 249-255.
- De Bellis, M.D., Keshavan, M.S. & Clark, D.B. (1999). A.E. Bennett Research Award: Developmental traumatology: part II. Brain development. *Biological Psychiatry*, *45*, 1271-1284.
- De Vries, A.P.J., Kassam-Adams, N., Cnaan, A., Sherman-Slate, E., Gallagher, P.R. & Winston, F.K. (1999). Looking beyond the physical injury: Posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*, *104*, 1293-1299.
- Deblinger, E., Steer, R.A. & Lippmann, J. (1999). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreatment*, *4*, 13-20.
- Dehon, C. & Scheeringa, M. (2006). Screening for Preschool Posttraumatic Stress Disorder with the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology*, *31* (4), 431-435.

- DeMause, L. (1992). Evolution der Kindheit. In L. DeMause (Hrsg.), *Hört ihr die Kinder weinen – Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Denner, S. (2003). Geschlechtsspezifisches Problemverhalten im Vorschulalter. *Netzwerk Frauenforschung NRW*, 15, 20-21.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.). (2003). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (2. Aufl.)*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2004). *Weiterentwickelte Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Vollzeitpflege/Verwandtenpflege*. Frankfurt am Main.
- Deutsches Jugendinstitut (DJI) (2009). Verfügbar unter: <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=922&Jump1=LINKS&Jump2=20> [17.10.2009].
- Deutsches Jugendinstitut (DJI) & Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (2006). *Projektbericht. Pflegekinderhilfe in Deutschland – Teilprojekt 1 Exploration*. Verfügbar unter: <http://www.dji.de> [18.07.2008].
- Di Gallo, A., Barton, J. & Parry-Jones, W. (1997). Road traffic accidents: Early psychological consequences in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 170, 358-362.
- Diouani, M. (2004). Von der Norm zum Einzelfall – Notwendige Konsequenzen für die Umgangspraxis im Pflegekinderwesen. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), 3. *Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- 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). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. Köln: KJFD, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- 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: KJFD, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt: Fischer.
- Dornes, M. (1997). *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt am Main: Fischer TB.
- Dornes, M. (2005). Seelische Folgen traumatischer Erfahrungen in der Kindheit. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *Traumatische Erfahrungen in der Kindheit – langfristige Folgen und Chancen der Verarbeitung in der Pflegefamilie. Tagungsdokumentation der 15. Jahrestagung der Stiftung zum Wohl des Pflegekindes*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Doukkani-Bördner (2001). Umgangskontakte und Kindeswohl von Pflegekindern. *Kindeswohl* 2001(2), 9-10.

- Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K.E. & Bates, B. (2001). Attachments for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72, 1467-1477.
- Draijer, N. (1990). Die Rolle von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung in der Ätiologie psychischer Störungen. In J. Martinius & R. Frank (Hrsg.), *Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern: Erkennen – Bewusstmachen – Helfen*. Bern: Huber.
- Dressing, H. & Berger, M. (1991). Posttraumatische Stresserkrankungen: Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts. *Der Nervenarzt*, 62, 16-26.
- Dubner, A.E. & Motta, R.W. (1999). Sexually and Physically Abused Foster Care Children and Posttraumatic stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 367-373.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Joraschky, P. (2004). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung; Erkennung und Therapie der Folgen früher Stresserfahrungen*. (3. Aufl.), Stuttgart: Schattauer.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A Cognitive Model of Posttraumatic Stress Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Mayou, R.A. & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behavior Research and Therapy*, 41 (1), 1-10.
- Ehlert, U., Wagner, D., Heinrichs, M. & Heim, C. (1999). Psychobiologische Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*, 70, 773-779.
- Eitinger, L. (1962). Concentration camps survivors in the postwar world. *American Journal of Orthopsychiatry*, 32, 367-375.
- Ell, E. (1998). Probleme des Pflegekinderwesens. In T. Fabian, S. Nowara, I. Rode & G. Werth (Hrsg.), *Rechtspsychologie kontrovers*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Enders, U. (1998). *Zart war ich – bitter war´s. Handbuch gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen* (5. Aufl.). Köln: Kiepenheuer und Witsch.
- Engfer, A. (2000). Gewalt gegen Kinder in der Familie. In U. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Ertmer H. (2004). Regelung von Besuchskontakten – Ein Praxisbericht. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Erzberger, C. (2003). *Strukturen der Vollzeitpflege in Niedersachsen*. Eine Untersuchung im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und der Stiftung

- zum Wohle des Pflegekindes e.V. Holzminden, Bremen. Verfügbar unter: <http://www.giss-ev.de> [25.08.2009].
- 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.
- Faltermeier, J. (2001). *Verwirkte Elternschaft? Fremdunterbringung, Herkunftseltern. Neue Handlungsansätze*. Münster: Votum.
- Faltermeier, J., Glinka, H.-J., Schefold, W. (2003). *Herkunftsfamilien. Empirische Befunde und praktische Anregungen rund um die Fremdunterbringung von Kindern*. Frankfurt am Main: Lambertus.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R. & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 20, 953-961.
- Fegert, J.M. (2004). Wann ist der begleitete Umgang, wann ist der Ausschluss des Umgangs bei Pflegekindern indiziert? In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Lynskey, M.T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (10), 1365-1374.
- Fergusson, D.M. & Horwood, L.J. (2001). The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (3), 287-296.
- Festinger, T. (1996). Going Home and Returning to Foster Care. *Children and Youth Services Review*, 18, 383-402.
- Fish, B., & Chapman, B. (2004). Mental health risks to infants and toddlers in foster care. *Clinical Social Work Journal*, 32, 121-140.
- Fletscher, K.E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Hrsg.), *Child psychopathology* (2<sup>nd</sup> ed). New York: Guilford Press.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 20-35.
- Foa, E.B. & Riggs, D.S. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 12.
- Foa, E.B., Steketee, G. & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Ford, J.D. (2002). Traumatic victimization in childhood and persistent problems with oppositional-defiance. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 6 (1), 25-58.

- Fratter, J. Rowe, J., Sapsford, D. & Thoburn, J. (1991). *Permanent Family Placement: a decade of experience*. London: British Agencies for Adoption and fostering.
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. Gesammelte Werke, Bd. XIII. London: Imago Press.
- Frommberger, U.H. & Berger, M. (1998). Posttraumatische Belastungsstörungen. *Nervenheilkunde*, 17, 59-63.
- Frühe, B., Kultalahti, T.T., Röthlein, H.-J. & Rosner, R. (2008). Vorhersagbarkeit posttraumatischer Belastung bei Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Ereignissen in der Schule. *Kindheit und Entwicklung*, 17 (4), 219-223.
- Fthenakis, W., Gödde, M. Reichert-Garschhammer E. & Walbiner, W. (2001). *Vorläufige deutsche Standards zum begleiteten Umgang*. München: Staatsinstitut für Frühpädagogik.
- Fuller, T.L. (2005). Child safety at reunification: A case-control study of maltreatment recurrence following return home from substitute care. *Children and Youth Services Review*, 27, 1293-1306.
- Garnezy, N. & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. In M. Rutter & L. Hersov (Hrsg.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches (2nd ed.)*. Oxford: Blackwell.
- Gast, U., Rodewald, F., Benecke, H.-H. & Driessen, M. (2001). *Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire (unautorisiert)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Medizinische Hochschule Hannover.
- Gehres, W. & Hildenbrand, B. (2008). *Identitätsbildung und Lebensverläufe bei Pflegekindern*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A.K. & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-1380.
- Glöer, N. & Schmiedeskamp-Böhler, I. (1990). *Verlorene Kindheit – Jungen als Opfer sexueller Gewalt*. München: Weismann.
- Goenjian, A.K., Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Endres, D., Abraham, K., Geffner, M.E. & Fairbanks, L.A. (2003). Hypothalamic-pituitary-adrenal activity among Armenian adolescents with PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 319-323.
- Green, B.L., Korol, M., Grace, M.C., Vary, M.G., Leonard, A.C., Gleser, G.C. & Smitson-Cohen, S. (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, B.L., Wilson, J.P. & Lindy, J.D. (1985). Conceptualizing post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework. In C.R. Figley (Hrsg.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel.

- Grinkler, R.R. & Spiegel, J.P. (1945). *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston.
- Gudat, U. (1990). Pflegekinder und ihre Elternbeziehungen. Ergebnisse einer Orientierungsstudie. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins*, 70 (2), 47-51.
- Gudat, U. (1987). Systemische Sicht von Pflegeverhältnissen – Ersatz- oder Ergänzungsfamilie? In Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), *Handbuch Beratung im Pflegekinderbereich*. Weinheim: Juventa.
- Jordan, E. & Güthoff, F. (1997). *Gründe und Folgen der Beendigung von Pflegeverhältnissen*. Münster: Votum.
- 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*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Hassenstein, H. & Hassenstein, B. (2004). Eltern-Kind-Beziehungen in der Sicht der Verhaltensbiologie – Folgerungen für Pflegeeltern und Pflegekinder. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Hausmann, C. (2003). *Handbuch: Notfallpsychologie und Traumabewältigung*. Wien: Facultas.
- Hayward, R.A. & DePanfilis, D. (2007). Foster children with an incarcerated parent: Predictors of reunification. *Children and Youth Services Review*, 29 (10), 1320-1334.
- Heitkamp, H. (1995). Geschichte des Pflegekinderwesens. In M.R. Textor & P.K. Warndorf (Hrsg.), *Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung*. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Henry, D., Cossett, D., Auletta, T. & Egan, E. (1991). Needed services for foster parents of sexually abused children. *Child and Adolescent Social Work*, 8, 127-140.
- Herman, J.L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In R.T. Davidson & E.B. Foa (Hrsg.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hetzel M., McCanne T. (2005). The roles of peritraumatic dissociation, child physical abuse, and child sexual abuse in the development of posttraumatic stress disorder and adult victimization. *Child Abuse & Neglect*; 29(8), 915-930.
- Himpel, S. & Hüther, G. (2004). Auswirkungen emotionaler Verunsicherungen und traumatischer Erfahrungen auf die Hirnentwicklung. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Hobbie, W.L., Stuber, M., Meeske, K., Wissler, K., Rourke, M.T., Ruccione, K., Hinkle, A. & Kadzak, A.E. (2000). Symptoms of posttraumatic stress in young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 4060-4066.

- Hollon, S.D. & Garber, J. (1988). Cognitive therapy. In L.Y. Abramson (Hrsg.), *Social cognition and clinical psychology. A synthesis*. New York: Guilford Press.
- Hopp, H. (2004). PflegeELTERN und Besuchskontakte. In Stiftung zum Wohl des Pflegekin- des (Hrsg.), *3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Horowitz, M.J. & Solomon, G.F. (1975). A prediction of delayed stress response syndrome in Vietnam veterans. *Journal of Social Issues*, 4, 67-69.
- Howe, M.L. & Courage, M.L. (2004). Demystifying the beginnings of memory. *Developmental Review*, 24, 1-5.
- Jacobi, G. (2005). Physische Schädigungen durch Vernachlässigung und Misshandlungen in früher Kindheit. In Stiftung zum Wohl des Pflegekin- des (Hrsg.), *Traumatische Erfahru- gen in der Kindheit – langfristige Folgen und Chancen der Verarbeitung in der Pflege- familie. Tagungsdokumentation der 15. Jahrestagung der Stiftung zum Wohl des Pfl- egekin- des*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath in victimization: Rebuilding shattered assumption. In C.R. Figley (Hrsg.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel.
- Jones, J.C. & Barlow, D.H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10, 299-328.
- Joseph, S.A., Brewin, C.R., Yule, W. & Williams, R. (1993). Causal attributions and post- traumatic stress in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 247- 253.
- Kagan, J. (1994). *Galen´s prophecy*. New York: Basic Book.
- Kaiser, P. (1995). Strukturelle Besonderheiten und Probleme von Pflegefamilien. In M.R. Textor & P.K. Warndorf (Hrsg.), *Familienpflege. Forschung, Vermittlung, Beratung*. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Kar, N., Mohapatra, P.K., Nayak, K.C., Pattanaik, P., Swain, S.P. & Kar, H.C. (2007). Post- traumatic stress disorder in children and adolescents one year after a super-cyclone in Orissa, India: Exploring cross-cultural validity and vulnerability factors. *BMC Psychiatry*, 7 (8). Verfügbar unter: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/8> [27.02.2009].
- Kassam-Adams, N. & Winston, F.K. (2004). Predicting child Posttraumatic Stress Disorder: The relationship between Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress disorder in injured children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 403-411.
- Keane, T.M., Zimering, R.T. & Cadell, J.M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The Behavior Therapist*, 8, 9-12.

- Keil, V., & Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review, 28*, 761-779.
- Kempe, R.S. & Kempe, C.H. (1980). *Kindesmißhandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52* (12), 1048-1060.
- Kilpatrick, K.D., Veronen, L.J. & Best, C.L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In C.R. Figley (Hrsg.): *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel.
- Kindler, H. (2005). Umgangskontakte bei Kindern, die nach einer Kindeswohlgefährdung in einer Pflegefamilie untergebracht wurden: Eine Forschungsübersicht. *Das Jugendamt, 78*, 541-546.
- King, J.A., Mandansky, D., King, S., Fletcher K.E. & Brewer, J. (2001). Early sexual abuse and low cortisol. *Psychiatry Clinics and Neurosciences, 55*, 71-74.
- Köckeritz, C. (2005). Vollzeitpflege zwischen Ideologie und Realität. *Zentralblatt für Jugendrecht. Heft 12/2005*, 461-467.
- Kolb, L.C. (1987). A neuropsychological hypothesis explaining post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 144*, 989-995.
- Kolko, D.J., Hurlburt, M.S., Zhang, J., Barth, R.P., Leslie, L.K. & Burns, B.J. (2009). Post-traumatic Stress Symptoms in Children and Adolescents Referred for Child Welfare Investigation. A National Sample of In-Home and Out-of-Home Care. *Child Maltreatment, 88* (1), 163-188.
- Kötter, S. (1997). *Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck „Pflegeeltern – Pflegekind – Herkunftseltern“*. Regensburg: Roderer.
- Kultalahti, T.T. & Rosner, R. (2008). Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung, 17* (4), 210-218.
- Kuppinger, L. (1990). Zur Situation der Herkunftsfamilie vor und nach der Inpflegegabe. In *Hamburger Pflegekinderkongreß „Mut zur Vielfalt“*. Münster: Votum.
- Kuterovac, G., Dyregrov, A. & Stuvland, R. (1994). Children in a war: a silent majority under stress. *British Journal of Medical Psychology, 67*, 363-375.
- Ladakakos, C.A. (2000). Reporting discrepancies between parent and child reports of child's posttraumatic stress symptoms in pediatric trauma patients. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering, 61*(5-B).
- Landolt, M.A. (2003). Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52*, 71-87.

- Landolt, M.A. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M.A., Vollrath, M., Timm, K., Gnehm, H.E., & Sennhauser, F.H. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms in children after road traffic accidents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44* (12), 1276-1283.
- Lang, P.J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy, 8*, 862-886.
- Lauterbach, D. (1995). Personality variables: Their impact on exposure to traumatic events and development of posttraumatic stress symptoms. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering, 55* (8B).
- Lauterbach, D., Koch, E. & Porter, K. (2007). The relationship between childhood support and later emergence of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 20*(5), 857-867.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lerner, M.J. (1980). *The belief in a just world*. New York: Plenum Press.
- Levi, R.B., Drotar, D., Yeates, K.O. & Taylor, H.G. (1999). Posttraumatic stress symptoms in children following orthopedic or traumatic brain injury. *Journal of Clinical Child Psychology, 28*, 232-243.
- Lewinsohn, P.M., Gotlieb, I.H., Lewinsohn, M., Seeley, J.R. & Allen, N.B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 109-117.
- Linning, L.M. & Kearney, C. A. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder in Maltreated Youth: A Study of Diagnostic Comorbidity and Child Factors. *Journal of Interpersonal Violence, 19* (10), 1087-1101.
- Lonigan, C.J., Shannon, M.P., Finch, A.J., Daugherty, T.K. & Saylor, C.M. (1991). Children's reactions to a natural disaster: symptom severity and degree of exposure. *Advances in Behavior Research and Therapy, 13*, 135-154.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt, 5*, 577-586.
- Maercker, A. & Ehlert, U. (2001). Psychotraumatologie - eine neue Theorie - und Praxisperspektive für verschiedene medizinische Disziplinen. In A. Maercker & U. Ehlert (Hrsg.), *Psychotraumatologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 20*. Göttingen: Hogrefe.
- March, J.S. (1990). The nosology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorder, 4*, 61-82.
- Marshall, R.D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M. & Struening, E.L. (2001). Comorbidity, impairment and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1467-1473.

- Mayou, R.A., Ehlers, A. & Bryant, B. (2002). Posttraumatic Stress Disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 665-675.
- Maywald, J. (2001). Konsequenzen der Bindungsforschung für die Arbeit mit Pflege- und Adoptivkindern. *Kindeswohl*, 15 (1), 6-12.
- McCann, J.B., James, A., Wilson, S., & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *BMJ*, 313, 1529-1530.
- McDermott, B.M. & Cvitanovich, A. (2000). Posttraumatic stress disorder and emotional problems in children following motor vehicle accidents: an extended case series. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 446-452.
- McEwen, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.
- McFarlane, A.C. (1987). Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 764-769.
- McMillen, J.C., Zima, B.T., Scott, L.D., Jr., Auslander, W.F., Munson, M.R., Ollie, M.T. & Spitznagel, E.L. (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.
- Mercer, M.H. & Despert, J.M. (1943). Psychological effects of the war on French children. *Psychosomatic Medicine*, 5, 266-272.
- Mikulincer, M. & Florian, V. (1996). Coping and adaptation to trauma and loss. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons.
- Mikulincer, M., Glaubman, H., Wasserman, O. & Porat, A. (1989). Control-related beliefs and sleep characteristics of Posttraumatic Stress Disorder patients. *Psychological Reports*, 65, 567-576.
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 63-70.
- Minuchin, P., Minuchin, S. & Colapinto, J. (2000). *Verstrickt im sozialen Netz. Neue Lösungswege für Multiproblemfamilien*. Heidelberg: Auer.
- Mirza, K.A.H., Bdadrinath, B.R., Goodyer, I.M. & Gilmour, C. (1998). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents following road traffic accidents. *British Journal of Psychiatry*, 172, 443-447.

- Mörsberger, T. & Restemeier, J. (1997). *Helfen mit Risiko. Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung. Dokumentation eines Strafverfahrens gegen eine Sozialarbeiterin in Osnabrück*. Neuwied: Luchterhand.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behaviour*. New York: J. Wiley.
- Müller-Kohlenberg, H. (1999). Alternativen zur Heimerziehung. In H. Colla, T. Gabriel & S. Millham (Hrsg.), *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa*. München: Reinhardt.
- Müller-Schlotmann, R. (1997). *Integration vernachlässigter und misshandelter Kinder. Eine Handreichung für Jugendämter, Beratungsstellen und Pflegeeltern*. Regensburg: Roderer.
- Münder, J. (2000). *Familien- und Jugendhilferecht. Kinder- und Jugendhilferecht*. Neuwied: Kriittel.
- Myers, C.S. (1940). *Shell-Shock in France 1914-1918*. Cambridge University Press.
- Nader, K. (2001). Treatment methods for childhood trauma. In J.P. Wilson, M. Friedman & J. Lindy (Hrsg.), *Treating psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Nader, K. (2007). *Understanding and Assessing Trauma in children and adolescents. Measures, methods, and youth in context*. New York: Routledge.
- 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 & Neglect*, 24, 1363-1374.
- Nienstedt, M (2004). Das Besuchsrecht der Eltern und das Erleben des auf Dauer fremdplatzierten Kindes. In Stiftung zum Wohl des Pflegekinde (Hrsg.), 3. *Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Nienstedt, M. & Westermann, A. (1999). Die Chancen von Kindern in Ersatzfamilien. In H. Colla, T. Gabriel & S. Millham (Hrsg.), *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa*. München: Reinhardt.
- Nienstedt, M. & Westermann, A. (1998). *Pflegekinder. Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien (5. Aufl.)*. Münster: Votum.
- Nowacki, K. (2007). *Aufwachsen in Pflegefamilie oder Heim. Bindungsrepräsentation, psychische Belastung und Persönlichkeit bei jungen Erwachsenen*. Hamburg: Kovac.
- Nowacki, K. & Ertmer, H. (2004). *15 Jahre Vermittlung von Pflegekindern durch den Pflegekinderdienst der Stadt Herten – Studie zur Qualitätsentwicklung (2. Aufl.)*. Eigendruck der Stadt Herten.
- Ohmi, H., Kojima, S., Awai, Y. Kamata, S., Sasaki, K., Tanaka, Y., Mochizuki, Y., Hirooka, K., Hata, A. (2002). Post-traumatic stress disorder in pre-school aged children after a gas explosion. *European Journal of Pediatrics*, 161, 643-648.

- Oliver, J. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: Rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1315-1324.
- Oswald, S.H., Fegert, J.M. & Goldbeck, L. (in press). Traumafolgestörungen bei Pflegekindern nach Misshandlung und Vernachlässigung. *Verhaltenstherapie*.
- Palmer, S.E. (1996). Placement stability and inclusive practice in foster care: An empirical study. *Children and Youth Services Review*, *18*, 589-601.
- Panzarella, R.F., Mantell, D.M. & Bridenbaugh, R.H. (1978). Psychiatric syndromes, self-concepts and Vietnam veterans. In C.R. Figley (Hrsg.), *Stress disorder among Vietnam veterans: Theory, research and treatment*. New York: Bruner/Mazel.
- Parker, J.D.A. & Endler, N.S. (1996). Coping and defence: A historical overview. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons.
- Pelcovitz, D., Goldenberg, B., Mandel, F., Kaplan, S., Weinblatt, M. & Septimus, A. (1998). Posttraumatic stress disorder and family functioning in adolescent cancer. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 205-221.
- 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., Pfister, H., Stein, M.B., Hofler, M., Lieb, R., Maercker, A. & Wittchen, H.U. (2005). Longitudinal Course of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in a Community Sample of Adolescents and Young Adults. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1320-1327.
- Peters, L., Slade, T. & Andrews, G. (1999). A comparison of ICD-10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *12* (2), 335-343.
- Pfeiffer, X. (1985). Psychologische Ablaufmechanismen bei der Aufnahme eines verhaltensauffälligen Kindes. *Unsere Jugend*, *37* (10), 396-403.
- Pine D.S. (2003). Developmental psychobiology and response to threats: relevance to trauma in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, *53*, 796-808.
- Pitman, R.K. (1988). Post-Traumatic Stress Disorder, conditioning and network theory. *Psychiatric Annals*, *18*, 182-189.
- Plant, R.W. & Siegel, L. (2008). Children in foster care: Prevention and treatment of mental health problems. In T.P. Gullotta, P. Thomas & M. Gary (Hrsg.), *Family influences on childhood behavior and development: Evidence-based prevention and treatment approaches*. New York: Routledge.
- Price, J.M. & Lento, J. (2001). The nature of child and adolescent vulnerability. In R.E. Ingram & J.M. Price (Hrsg.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*. New York: Guilford Press.

- Przybilla, O. (2009). Dreijährige verhungert. Polizei ermittelt gegen Eltern wegen Totschlag-Verdachts. In *Süddeutsche Zeitung*, Nr. 184 vom 12. August 2009, S. 29.
- Putnam, F.W., Helmers, K. & Trickett, P.K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17 (6), 731-741.
- Pynoos, R. S. (1994). Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In R.S. Pynoos (Hrsg.), *Posttraumatic stress disorder: A clinical review*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Pynoos, R. S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, R., Steinberg, A. M. & Fairbanks, L. A. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.
- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (5), 748-756.
- Riedle, H., Gillig-Riedle, B. & Ferber-Bauer, K. (2008). *Pflegekinder. Alles, was man wissen muss*. Würzburg: TiVan-Verlag.
- Rodewald, F. (2005). *Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire: Testbeschreibung und Auswertung*. Unveröffentlichtes Manuskript, Medizinische Hochschule Hannover.
- Röper, F.F. (1976). *Das verwaiste Kind in Anstalt und Heim*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rosner, R. & Hagl, M. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 17 (4), 205-209.
- Rubin, D.M., Alessandrini, E.A., Feudtner, C., Mandell, D.S., Localio A.R. & Hadley, T. (2004). Placement stability and mental health costs for children in foster care. *Pediatrics*, 113 (5), 1336-1341.
- Ruch, L.O. & Chandler, S.M. (1983). Sexual assault trauma during the acute phase: An exploratory model and multivariate analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 174-185.
- Ruggiero, K.J. & McLeer, S.V. (2000). PTSD Scale of the Child Behavior Checklist: Concurrent and Discriminant Validity with Non-Clinic-Referred Sexually Abused Children. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 287-299.
- Saigh, P.A. (1995). *Posttraumatische Belastungsstörung: Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Opfern von Gewalttaten und Katastrophen*. Bern: Huber.
- Saigh, P.A. (1991). The development of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 213-216.
- Salgo, L. (2004). Gesetzliche Regelungen des Umgangs und deren kindgerechte Umsetzung in der Praxis des Pflegekinderwesens. In Stiftung zum Wohl des Pflegekinds (Hrsg.),

3. *Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Salzmann, C.G. (1785/88). *Carl von Carlsberg oder über das menschliche Elend*. Frankfurt/M./Leipzig.
- Sandmeir, G. (2008). Der Übergang von der Herkunftsfamilie in die Pflegefamilie. Pflegekinder kommen zu Wort. *DJI Bulletin*, 82, 15-18.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zauding, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision- DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schacter, D. (2001). *The Seven Sins of Memory. How the Mind Forgets and Remembers*. Boston: Little and Brown.
- Scheeringa, M.S. & Gaensbauer, T. (2000). Posttraumatic stress disorder. In C. Zeanah (Hrsg.), *Handbook of Infant Mental Health*. New York, London: Guilford Press.
- Scheeringa, M.S., Peebles, C.C. , Cook, C.A. & Zeanah, C.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, C.H. (2008). Reconsideration of Harm's Way: Onsets and Comorbidity Patterns of Disorders in Preschool Children and Their Caregivers Following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (3), 508-518.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.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(2), 191-200.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.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 (5), 561-570.
- Scherpner, H. (1966). *Geschichte der Jugendfürsorge*. Göttingen.
- Scheuerer-Englisch, H. (1998). Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf das Bindungs- und Beziehungsverhalten. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schultz-Kirchner Verlag.
- Schink, H.D. (1976). *Kleine Schule für Adoptiv- und Pflegeeltern*. München, Basel: Reinhardt.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Schneewind, K. A., Beckmann, M. & Hecht-Jackl., A. (1985). *Das FK-Testsystem, Testmanual* (Forschungsberichte aus dem Institutsbereich Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik, Bericht 8.1). München: Universität, Institut für Psychologie.

- Schneider, S. (2001). Angststörungen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, R., Baumrind, N. & Pavao, J., Stockdale, G., Castelli, P., Goodman, G.S., Kimerling, R. (2009). What happens to youth removed from parental care? Health and economic outcomes for women with a history of out-of-home placement. *Children and Youth Services Review, 31* (4), 440-444.
- Schneider, S., Unnewehr, S., Florin, I. & Margraf, J. (2002). Priming panic interpretations in children of patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 385*, 1-20.
- Schofield, G., Beek, M. & Sargent, K. (2000). *Growing up in Foster Care*. London: BAAF.
- Schreier, H., Ladakakos, C., Morabito, D., Chapman, L. & Knudson, M. (2005). Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: A longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent-child symptom reporting. *The Journal of Trauma, 58*, 353-363.
- Schützwohl, M. & Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 12* (1), 155-165.
- Scott, M.J. & Stradling, S.G. (1994). Post-traumatic stress disorder without the trauma. *British Journal of Clinical Psychology, 33*, 71-74.
- Shatan, C.F. (1978). Stress disorder among Vietnam veterans: The emotional context of combat continues. In C.R. Figley (Hrsg.), *Stress disorder among Vietnam veterans: Theory, research and treatment*. New York: Bruner/Mazel.
- Shaw, J.A., Applegate, B. & Schorr, C. (1996). Twenty-one month follow up of school-age children exposed to Hurricane Andrew. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 359-364.
- Sim, L., Friedrich, W.N., Davies, W.H., 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* (6), 697-705.
- Simmel, C. (2007). Risk and protective factors contributing to the longitudinal psychosocial well-being of adopted foster children. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*, 237-249.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B. & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 147-156.
- Stallard, P., Velleman, R. & Baldwin, S. (1998). Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *British Medical Journal, 317*, 1619-1623.

- Stallard, P., Velleman, R., Langsford, J. & Baldwin, S. (2001). Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 197-208.
- Starr, R.H., Dubowitz, H., Harrington, D. & Feigelman, S. (1999). Behavior Problems of Teens in Kinship Care. In R.L. Hegar & M. Scannapieco (Hrsg.) *Kinship foster care*. New York: Oxford.
- Statistisches Bundesamt (2007). *Statistiken der Kinder und Jugendhilfe*. Hilfe zur Erziehung außerhalb des Elternhauses - Hilfen am 31.12.2005 -. Revidierte Ergebnisse.
- Steele, B. (1983). The effect of abuse and neglect on psychological development. In J. Call, E. Galenson & R. Tyson (Hrsg.), *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Steele, B. & Pollock C. (1968). Eine psychiatrische Untersuchung von Eltern, die Säuglinge und Kleinkinder misshandelt haben. In R. Helfer und H. Kempe (Hrsg.), *Das geschlagene Kind*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Steil, R. (2003). Posttraumatische Belastungsstörung. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meanings of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 38, 537-558.
- Steil, R. & Fücksel, G. (2006). *IBS-KJ (Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen)*. Göttingen: Hogrefe.
- Stein, E., Evans, B., Mazumdar, R., & Rae-Grant, N. (1996). The mental health of children in foster care: A comparison with community and clinical samples. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 385-391.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L. & Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.
- Stöhr, R.-M. (1990). Misshandelnde Eltern und ihre psychosoziale Situation. In J. Martinius & R. Frank (Hrsg.), *Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern: Erkennen – Bewusstmachen – Helfen*. Bern: Huber.
- Streeck-Fischer, A. (2004). Frühe Misshandlungen und ihre Folgen – Traumatische Belastungen in der Entwicklung. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Stuber, M.L., Kazak, A.E., Meeske, K, Barakat, L.P., Guthrie, D., Garnier, H., Pynoos, R., Meadows, A. (1997). Predictors of posttraumatic stress symptoms in childhood cancer survivors. *Pediatrics*, 100, 958-964.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30, 1-25.

- Tarren-Sweeney, M. (2007). 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.
- Taussig, H.N., Clyman, R.B. & Landsverk, J. (2001). Children who return home from foster care: A 6-year prospective study of behavioral health outcomes in adolescence. *Pediatrics*, 108, 1-7. Verfügbar unter: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/108/1/e10> [20.07.2009].
- Terling, T. (1999). The Efficacy of Family Reunification Practices: Reentry Rates and Correlates of Reentry for Abused and Neglected Children reunited with their Families. *Child Abuse & Neglect*, 23, 1359-1370.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thabet, A. M. & Vostanis, P. (1999). Posttraumatic stress reaction in children of war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 385-391.
- Tizard, B. & Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 99-118.
- Trede, W. (2002). Adoption und Vollzeitpflege. In W. Schröder, N. Struck & M. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D. & O’Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of post traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 969-979.
- Unzer, L. (2004). Aktuelle Beiträge aus der Bindungsforschung in ihrer Bedeutung für das Verhältnis zwischen Herkunftseltern und ihrem Kind. In: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.), *Herkunftsfamilien in der Kinder- und Jugendhilfe – Perspektiven für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit*. München: Sozialpädagogisches Institut.
- Van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for chronically traumatized children. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- Van der Kolk, B.A. (1998). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 19-35.
- Van der Kolk, B.A., Greenberg, M.S., Boyd, H. & Krystal, J. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma: Toward psychobiology of post-traumatic stress. *Biological Psychiatry*, 20, 314-325.
- Walter, M. (2004). Bestandsaufnahme und strukturelle Analyse der Verwandtenpflege in der Bundesrepublik Deutschland. Bremen.
- Westermann, A. (2004). Die Trennung des Kindes von den Eltern und die Verleugnung der Trennung durch aufrechterhaltene Besuchskontakte. In Stiftung zum Wohl des Pflege-

- indes (Hrsg.), *3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunftsfamilie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Westermann, A. (1998). Zur psychologischen Diagnostik der Kindesmisshandlung: Über die Todesangst des misshandelten Kindes. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Wetzels, P. (1997). *Gewalterfahrungen in der Kindheit: Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen*. Baden: Nomos.
- Wiemann, I. (2008). *Ratgeber Pflegekinder. Erfahrungen, Hilfen, Perspektiven*. Berlin: Rowohlt.
- Wolfe, V.V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L. & Wolfe, D.A. (1991). The children's impact of traumatic events scale: A measure of post-sexual-abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13, 359-383.
- Wolfe, V.V., Gentile, C. & Wolfe, D.A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-228.
- Wolff, R. (1994). Warum Kinder vernachlässigt werden. Zur Situation, Struktur und Dynamik von Vernachlässigungsfamilien. In P. Kürner & R. Nafroth (Hrsg.), *Die vergessenen Kinder – Vernachlässigung und Armut in Deutschland*. Köln: PapyRossa.
- World Health Organization (WHO). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V*. In V. H. Dilling, W. Mombour & M.H. Schmidt (Hrsg.). Bern: Huber.
- Yule, W. (1992a). Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: the sinking of the "Jupiter". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 200-205.
- Yule, W. (1992b). Resilience and vulnerability in child survivors of disasters. In B. Tizard & V. Varma (Hrsg.), *Vulnerability and resilience: A Festschrift for Ann and Alan Clarke*. London: Jessica Kingsley.
- Yule, W. (1999). *Posttraumatic Stress Disorder: Concepts and therapy*. Wiley: Chichester.
- Yule, W & Udwin, O. (1991). Screening child survivors for post-traumatic stress disorder. Experiences from the 'Jupiter' sinking. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 131-138.
- Zatti, K.B. (1999). Über die Schwierigkeiten der Platzierung älterer Pflegekinder; Integration gelungen. *NETZ, Zeitschrift für das Pflegekinderwesen*, 2, 28-29.
- Zenz, G. (2002). Pflege- und Adoptivfamilien – Entwicklungspsychologische Einblicke. *Pfad*, 16 (1), 11-14.
- Zenz, G. (1982). *Soll die Rechtsstellung der Pflegekinder unter besonderer Berücksichtigung des Familien-, Sozial- und Jugendrechts neu geregelt werden?* Gutachten A zum 54. Deutschen Juristentag. München: C.H. Beck.

- 
- Zenz, G. (2001). Zur Bedeutung der Erkenntnisse von Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung für die Arbeit mit Pflegekindern. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *2. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Zitelmann, M., Schweppe, K. & Zenz, G. (2004). *Vormundschaft und Kindeswohl. Forschung mit Folgen für Vormünder, Richter und Gesetzgeber*. Köln: Bundesanzeiger.
- Zwernemann, P. (2004). Praxisauswertung und Fallanalysen über Besuchkontakte bei Pflegekindern. In Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.), *3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

## Anhang

### A. Test auf Normalverteilung

Tabelle 45: Test auf Normalverteilung für die Skalen der CBCL der Münchner Stichprobe

	Parameter der Normalverteilung (a,b)		Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Skala 1: sozialer Rückzug	57.84	7.94	1.39	.04
Skala 2: körperliche Beschwerden	55.80	6.69	2.17	.00
Skala 3: ängstlich/ depressives Verhalten	59.46	9.39	1.35	.05
Skala 4: soziale Probleme	61.64	9.84	1.02	.25
Skala 5: schizoid/ zwanghaftes Verhalten	57.84	10.35	2.83	.00
Skala 6: Aufmerksamkeitsprobleme	62.14	10.01	.97	.30
Skala 7: dissoziales Verhalten	58.57	9.04	1.48	.03
Skala 8: aggressives Verhalten	60.23	11.15	1.54	.02
Internalisierendes Verhalten	57.64	9.61	.63	.83
Externalisierendes Verhalten	58.88	10.55	.86	.45
Gesamtwert	60.67	9.70	1.19	.12

Anmerkung: N=74. a Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung. b Aus den Daten berechnet. Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung.

Tabelle 46: Test auf Normalverteilung für die Gesamtskala der CDC der Münchner Stichprobe

	Parameter der Normalverteilung (a,b)		Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
	<i>M</i>	<i>SD</i>		
CDC Gesamtskala	4.40	4.61	1.81	.00

Anmerkung: N=74. a Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung. b Aus den Daten berechnet. Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung.

Tabelle 47: Test auf Normalverteilung für die Skalen des CTQ der Münchner Stichprobe

	Parameter der Normalverteilung (a,b)		Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Skala emotionaler Missbrauch	7.89	3.68	1.88	.00
Skala körperliche Misshandlung	7.13	3.64	2.46	.00
Skala sexueller Missbrauch	5.52	1.98	4.22	.00
Skala emotionale Vernachlässigung	13.15	5.70	1.00	.27
Skala körperliche Vernachlässigung	9.47	4.21	1.37	.05

Anmerkung: N=70 bis 73. a Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung. b Aus den Daten berechnet. Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung.

Tabelle 48: Test auf Normalverteilung für die Skalen der CBCL der Explorationsstichprobe des DJJ

	Parameter der Normalverteilung (a,b)		Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Skala 1: sozialer Rückzug	56.94	8.79	3.00	.00
Skala 2: körperliche Beschwerden	56.53	8.09	3.42	.00
Skala 3: ängstlich/ depressives Verhalten	57.45	8.18	2.72	.00
Skala 4: soziale Probleme	61.00	10.79	2.74	.00
Skala 5: schizoid/ zwanghaftes Verhalten	55.64	8.75	5.44	.00
Skala 6: Aufmerksamkeitsprobleme	61.09	9.19	1.59	.01
Skala 7: dissoziales Verhalten	58.51	8.37	2.37	.00
Skala 8: aggressives Verhalten	59.87	10.20	2.33	.00
Internalisierendes Verhalten	55.75	10.65	1.02	.25
Externalisierendes Verhalten	58.06	10.86	.75	.63
Gesamtwert	58.50	10.90	.85	.47

Anmerkung: N=193 bis 196. a Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung. b Aus den Daten berechnet. Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung.

Tabelle 49: Test auf Normalverteilung für die Gesamtskala der CDC der Explorationsstichprobe des DJI

	Parameter der Normalverteilung (a,b)		Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
	<i>M</i>	<i>SD</i>		
CDC Gesamtskala	4.21	5.26	2.54	.00

Anmerkung: N=144. a Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung. b Aus den Daten berechnet. Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung.

Tabelle 50: Test auf Normalverteilung für die Skalen der CBCL der Hauptstichprobe des DJI

	Parameter der Normalverteilung (a,b)		Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Skala 1: sozialer Rückzug	56.22	7.69	2.46	.00
Skala 2: körperliche Beschwerden	54.04	6.23	3.77	.00
Skala 3: ängstlich/ depressives Verhalten	55.28	6.67	2.81	.00
Skala 4: soziale Probleme	59.96	10.35	2.30	.00
Skala 5: schizoid/ zwanghaftes Verhalten	55.41	8.17	4.51	.00
Skala 6: Aufmerksamkeitsprobleme	59.22	9.28	2.16	.00
Skala 7: dissoziales Verhalten	58.61	8.88	2.25	.00
Skala 8: aggressives Verhalten	58.22	8.42	2.41	.00
Internalisierendes Verhalten	52.87	10.04	.80	.54
Externalisierendes Verhalten	56.26	11.13	.97	.30
Gesamtwert	56.49	10.76	.98	.29

Anmerkung: N=138. a Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung. b Aus den Daten berechnet. Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Normalverteilung.

## B. Reliabilität

Tabelle 51: *Interne Konsistenzkoeffizienten (Cronbach's Alpha) der verwendeten Fragebögen in der Stichprobe der LMU München*

Fragebogen	Skala	Cronbach's Alpha	Anzahl der Items
CBCL	Skala 1: sozialer Rückzug	.71	9
	Skala 2: körperliche Beschwerden	.51	9
	Skala 3: ängstlich/ depressives Verhalten	.85	14
	Skala 4: soziale Probleme	.70	8
	Skala 5: schizoid/ zwanghaftes Verhalten	.61	7
	Skala 6: Aufmerksamkeitsprobleme	.81	11
	Skala 7: dissoziales Verhalten	.80	13
	Skala 8: aggressives Verhalten	.93	20
CDC	Gesamtskala CDC	.81	20
CTQ	Skala emotionaler Missbrauch	.72	5
	Skala körperliche Misshandlung	.81	5
	Skala sexueller Missbrauch	.91	5
	Skala emotionale Vernachlässigung	.85	5
	Skala körperliche Vernachlässigung	.72	5

Tabelle 52: *Interne Konsistenzkoeffizienten (Cronbach's Alpha) der verwendeten Fragebögen in der Explorationsstichprobe des DJI*

<b>Fragebogen</b>	<b>Skala</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Anzahl der Items</b>
CBCL	Skala 1: sozialer Rückzug	.78	9
	Skala 2: körperliche Beschwerden	.67	9
	Skala 3: ängstlich/ depressives Verhalten	.81	14
	Skala 4: soziale Probleme	.78	8
	Skala 5: schizoid/ zwanghaftes Verhalten	.41	7
	Skala 6: Aufmerksamkeitsprobleme	.78	11
	Skala 7: dissoziales Verhalten	.76	13
	Skala 8: aggressives Verhalten	.91	20
CDC	Gesamtskala CDC	.86	20

Tabelle 53: *Interne Konsistenzkoeffizienten (Cronbach's Alpha) der verwendeten Fragebögen in der Hauptstichprobe des DJI*

<b>Fragebogen</b>	<b>Skala</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Anzahl der Items</b>
CBCL	Skala 1: sozialer Rückzug	.69	9
	Skala 2: körperliche Beschwerden	.71	9
	Skala 3: ängstlich/ depressives Verhalten	.75	14
	Skala 4: soziale Probleme	.78	8
	Skala 5: schizoid/ zwanghaftes Verhalten	.32	7
	Skala 6: Aufmerksamkeitsprobleme	.79	11
	Skala 7: dissoziales Verhalten	.52	13
	Skala 8: aggressives Verhalten	.89	20

## C. Interkorrelationen der einzelnen Skalen

Tabelle 54: Korrelationsmatrix der CBCL-Subskalen für die Stichprobe der LMU München

	Skala 1	Skala 2	Skala 3	Skala 4	Skala 5	Skala 6	Skala 7	Skala 8
<b>Skala 1</b>								
<b>Skala 2</b>	.22							
<b>Skala 3</b>	<b>.57**</b>	<b>.29*</b>						
<b>Skala 4</b>	<b>.32**</b>	.06	<b>.55**</b>					
<b>Skala 5</b>	<b>.31**</b>	.17	<b>.47**</b>	<b>.33**</b>				
<b>Skala 6</b>	<b>.27*</b>	.19	<b>.55**</b>	<b>.65**</b>	<b>.34**</b>			
<b>Skala 7</b>	<b>.34**</b>	.10	<b>.40**</b>	<b>.43**</b>	<b>.31**</b>	<b>.46**</b>		
<b>Skala 8</b>	.21	.03	<b>.33**</b>	<b>.57**</b>	.22	<b>.58**</b>	<b>.54**</b>	

Anmerkungen: N=74. Skalennamen siehe Tabelle 15. \*\* markiert signifikante Zusammenhänge (\*p<.01). \* markiert signifikante Zusammenhänge (\*p<.05). Test auf zweiseitige Signifikanz (Spearman). Grau hinterlegte Felder wurden auf zweiseitige Signifikanz nach der Formel von Pearson berechnet, da hier die Voraussetzungen einer Normalverteilung erfüllt sind.

Tabelle 55: Interkorrelationen der internalisierenden und externalisierenden Skalen sowie der Gesamtskala der Stichprobe der LMU München

	Internalisierendes Verhalten	Externalisierendes Verhalten	Gesamtwert
Internalisierendes Verhalten			
Externalisierendes Verhalten	<b>.45**</b>		
Gesamtwert	<b>.76**</b>	<b>.86**</b>	

Anmerkungen: N=74. \*\* markiert signifikante Zusammenhänge (\*p<.01). Test auf zweiseitige Signifikanz (Pearson).

Tabelle 56: Interkorrelationen der einzelnen CTQ-Skalen in der Stichprobe der LMU München

	1	2	3	4	5
Skala emotionaler Missbrauch	1				
Skala körperliche Misshandlung	2	<b>.55**</b>			
Skala sexueller Missbrauch	3	<b>.47**</b>	<b>.26*</b>		
Skala emotionale Vernachlässigung	4	<b>.47**</b>	<b>.54**</b>	<b>.27*</b>	
Skala körperliche Vernachlässigung	5	<b>.34**</b>	<b>.43**</b>	.04	<b>.61**</b>

Anmerkungen: N=68 bis 73. \*\* markiert signifikante Zusammenhänge (\*p<.01). \* markiert signifikante Zusammenhänge (\*p<.05). Test auf zweiseitige Signifikanz (Spearman).

Tabelle 57: Korrelationsmatrix der CBCL-Subskalen für die Explorationsstichprobe des DJI

	Skala 1	Skala 2	Skala 3	Skala 4	Skala 5	Skala 6	Skala 7	Skala 8
<b>Skala 1</b>								
<b>Skala 2</b>	<b>.33**</b>							
<b>Skala 3</b>	<b>.67**</b>	<b>.35**</b>						
<b>Skala 4</b>	<b>.51**</b>	<b>.24**</b>	<b>.55**</b>					
<b>Skala 5</b>	<b>.45**</b>	<b>.27**</b>	<b>.50**</b>	<b>.48**</b>				
<b>Skala 6</b>	<b>.46**</b>	<b>.21**</b>	<b>.59**</b>	<b>.67**</b>	<b>.49**</b>			
<b>Skala 7</b>	<b>.53**</b>	<b>.26**</b>	<b>.53**</b>	<b>.49**</b>	<b>.38**</b>	<b>.58**</b>		
<b>Skala 8</b>	<b>.52**</b>	<b>.24**</b>	<b>.59**</b>	<b>.54**</b>	<b>.49**</b>	<b>.67**</b>	<b>.71**</b>	

Anmerkungen: N=195 bis 196. Skalennamen siehe Tabelle 15. \*\* markiert signifikante Zusammenhänge (\* $p < .01$ ). Test auf zweiseitige Signifikanz (Spearman).

Tabelle 58: Interkorrelationen der internalisierenden und externalisierenden Skalen sowie der Gesamtskala der Explorationsstichprobe des DJI

	Internalisierendes Verhalten	Externalisierendes Verhalten	Gesamtwert
Internalisierendes Verhalten			
Externalisierendes Verhalten	<b>.65**</b>		
Gesamtwert	<b>.85**</b>	<b>.91**</b>	

Anmerkungen: N=193 bis 195. \*\* markiert signifikante Zusammenhänge (\* $p < .01$ ). Test auf zweiseitige Signifikanz (Pearson).

Tabelle 59: Korrelationsmatrix der CBCL-Subskalen für die Hauptstichprobe des DJJ

	Skala 1	Skala 2	Skala 3	Skala 4	Skala 5	Skala 6	Skala 7	Skala 8
<b>Skala 1</b>								
<b>Skala 2</b>	<b>.25**</b>							
<b>Skala 3</b>	<b>.72**</b>	<b>.40**</b>						
<b>Skala 4</b>	<b>.42**</b>	.15	<b>.44**</b>					
<b>Skala 5</b>	<b>.37**</b>	.14	<b>.38**</b>	<b>.25**</b>				
<b>Skala 6</b>	<b>.49**</b>	.12	<b>.45**</b>	<b>.69**</b>	<b>.40**</b>			
<b>Skala 7</b>	<b>.50**</b>	.00	<b>.38**</b>	<b>.43**</b>	<b>.34**</b>	<b>.61**</b>		
<b>Skala 8</b>	<b>.51**</b>	.11	<b>.39**</b>	<b>.54**</b>	<b>.37**</b>	<b>.69**</b>	<b>.73**</b>	

Anmerkungen: N=138. Skalennamen siehe Tabelle 15. \*\* markiert signifikante Zusammenhänge (\*p<.01). Test auf zweiseitige Signifikanz (Spearman).

Tabelle 60: Interkorrelationen der internalisierenden und externalisierenden Skalen sowie der Gesamtskala für die Hauptstichprobe des DJJ

	Internalisierendes Verhalten	Externalisierendes Verhalten	Gesamtwert
Internalisierendes Verhalten			
Externalisierendes Verhalten	<b>.54**</b>		
Gesamtwert	<b>.76**</b>	<b>.89**</b>	

Anmerkungen: N=138. \*\* markiert signifikante Zusammenhänge (\*p<.01). Test auf zweiseitige Signifikanz (Pearson).

## D. Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Vergleich Vollzeitpflege vs. Heimunterbringung in Bezug auf das Alter der Kinder.....	26
Abbildung 2: Darstellung der Strukturdiagramme der Ersatzfamilie und der Ergänzungsfamilie (nach Gudat, 1987).....	49
Abbildung 3: Die diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) .....	93
Abbildung 4: Die diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern nach Scheeringa et al. (2003) .....	99
Abbildung 5: Transaktionales Traumabewältigungsmodell nach Landolt (2003).....	119
Abbildung 6: Prozentuale Häufigkeiten der einzelnen traumatischen Ereignisse .....	159
Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der PTBS-Kriterien.....	161
Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der verschiedenen PTBS-Diagnosen .....	163
Abbildung 9: Anzahl der Hauptsymptome.....	164
Abbildung 10: Streudiagramm .....	168
Abbildung 11: Streudiagramm .....	169
Abbildung 12: Prozent der Pflegekinder im klinisch auffälligen Bereich oder Grenzbereich der Sekundärskalen des CBCL.....	172
Abbildung 13: Prozent der Pflegekinder im klinisch auffälligen Bereich oder Grenzbereich der Syndromskalen des CBCL.....	173
Abbildung 14: CBCL-PTBS als Screeninginstrument nach den Kriterien von Scheeringa ..	183
Abbildung 15: CBCL-PTBS als Screeninginstrument nach den Kriterien der subsyndromalen PTBS.....	184
Abbildung 16: theoriegeleitete CBCL-Itemselektion bei einem Cut-Off-Wert von drei als PTBS-Screening nach den Kriterien von Scheeringa.....	188
Abbildung 17: explorative CBCL-Itemselektion bei einem Cut-Off-Wert von drei als PTBS-Screening nach den Kriterien von Scheeringa .....	189
Abbildung 18: Prozent der im Screening identifizierten Pflegekinder nach der klassischen CBCL-PTBS-Skala und der explorativen CBCL-PTBS-Skala .....	190

## E. Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Vergleich Vollzeitpflege vs. Heimunterbringung in Bezug auf das Alter der Kinder .....	26
Tabelle 2: Schul- und Ausbildungsverhältnisse vor Beginn der Pflegschaft bzw. Heimunterbringung .....	28
Tabelle 3: Vergleich Vollzeitpflege vs. Heimunterbringung in Bezug auf demographische Daten .....	28
Tabelle 4: Gründe für Fremdplatzierungen nach Barber und Delfabbro (2007) .....	30
Tabelle 5: Gründe für Fremdplatzierungen nach Münder (2000) .....	31
Tabelle 6: Gründe für Fremdplatzierungen nach Erzberger (2003).....	32
Tabelle 7: Gründe für Fremdplatzierungen auf Seiten der abgebenden Familie nach Walter (2004).....	33
Tabelle 8: Gründe für Fremdplatzierungen auf Seiten der Kinder nach Walter (2004) .....	34
Tabelle 9: Beendigungsgründe von Pflegeverhältnissen (in Prozent) .....	62
Tabelle 10: PTBS-Prävalenzraten bei Kindern und Jugendlichen.....	107
Tabelle 11: Stichprobencharakteristika der LMU Fallerhebung mit 74 Pflegekindern .....	142
Tabelle 12: Stichprobencharakteristika der ersten DJI Fallerhebung mit 196 Pflegekindern .....	143
Tabelle 13: Stichprobencharakteristika der zweiten DJI Fallerhebung mit 138 Pflegekindern .....	145
Tabelle 14: Zusammenfassung der verwendeten Fragebögen .....	147
Tabelle 15: CBCL Syndromskalen.....	148
Tabelle 16: Items der CBCL-PTBS-Skala.....	149
Tabelle 17: ACC Problemskalen und Selbstwertskalen .....	151
Tabelle 18: Häufigkeit der Erfüllung des A-Kriteriums.....	160
Tabelle 19: Anzahl der Symptome aus dem B-, C- und D-Kriterium .....	160
Tabelle 20: Häufigkeit der Erfüllung des E- und F-Kriteriums .....	161
Tabelle 21: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der PTBS- Verdachtsdiagnosen mit den Normwerten .....	163
Tabelle 22: Korrelation zwischen dem Alter der Herausnahme, der Summe der erlebten Ereignisse und der Anzahl von PTBS-Symptomen.....	165
Tabelle 23: Geschlechtsunterschiede bei verschiedenen PTBS-Diagnosekriterien .....	166
Tabelle 24: Auswirkungen der Unterbringungsform auf die verschiedenen PTBS-Diagnosen .....	166

Tabelle 25: Deskriptive Statistik zur PTBS-Symptombelastung in Abhängigkeit von der Summe der Herausnahmegründe.....	168
Tabelle 26: Deskriptive Statistik zur PTBS-Symptombelastung in Abhängigkeit von der Summe der berichteten traumatischen Ereignisse.....	170
Tabelle 27: Korrelation zwischen der Anzahl von PTBS-Symptomen und CTQ-Skalen.....	170
Tabelle 28: Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichungen der drei untersuchten Stichproben mit den Normwerten .....	171
Tabelle 29: Korrelation zwischen dem Alter der Herausnahme und den Subskalen des CBCL für die Stichprobe der LMU München und die Hauptstichprobe des DJI .....	175
Tabelle 30: Korrelation zwischen dem Alter der Herausnahme und den CBCL Sekundärskalen für die Stichprobe der LMU München und die Hauptstichprobe des DJI .....	175
Tabelle 31: Geschlechtsunterschiede und Verhaltensauffälligkeiten für alle drei Stichproben .....	176
Tabelle 32: Korrelation zwischen der aktuellen Unterbringungsdauer und den CBCL Sekundärskalen.....	177
Tabelle 33: Korrelation zwischen der Kontakthäufigkeit zu den leiblichen Eltern und den CBCL Sekundärskalen .....	179
Tabelle 34: Korrelation zwischen der Anzahl der Herausnahmegründe sowie der Anzahl der berichteten Ereignisse und den Subskalen des CBCL für die Stichprobe der LMU München und die Hauptstichprobe des DJI .....	180
Tabelle 35: Korrelation zwischen der Anzahl der Herausnahmegründe sowie der Anzahl der berichteten Ereignisse und den übergeordneten CBCL-Skalen für die Stichprobe der LMU München und die Hauptstichprobe des DJI.....	180
Tabelle 36: Deskriptive Statistik zum Gesamtwert der CBCL in Abhängigkeit von der Anzahl der berichteten traumatischen Ereignisse in der Stichprobe der LMU München .....	181
Tabelle 37: Deskriptive Statistik zum Gesamtwert der CBCL in Abhängigkeit von der Anzahl der Herausnahmegründe in der Stichprobe der LMU München .....	181
Tabelle 38: Deskriptive Statistik zum Gesamtwert der CBCL in Abhängigkeit von der Anzahl der Herausnahmegründe in der Hauptstichprobe des DJI .....	182
Tabelle 39: Korrelation zwischen der Anzahl von PTBS-Symptomen und der CBCL-PTBS- Skala .....	182
Tabelle 40: Trennschärfe der CBCL-PTBS-Skala in Abhängigkeit der verschiedenen Diagnoserichtlinien .....	183
Tabelle 41: Zusammenfassung der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der PTBS- Hauptsymptome anhand der theoriegeleiteten CBCL Itemselektion .....	185
Tabelle 42: Korrelationen der CBCL-Items mit der Anzahl der PTBS-Symptome .....	185

Tabelle 43: Zusammenfassung der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der PTBS-Hauptsymptome anhand der explorativen CBCL Itemselektion .....	186
Tabelle 44: Zusammenfassung der linearen Regressionsanalyse zur Vorhersage der PTBS-Hauptsymptome anhand der klassischen CBCL-PTBS Skala.....	187
Tabelle 45: Test auf Normalverteilung für die Skalen der CBCL der Münchner Stichprobe	239
Tabelle 46: Test auf Normalverteilung für die Gesamtskala der CDC der Münchner Stichprobe .....	239
Tabelle 47: Test auf Normalverteilung für die Skalen des CTQ der Münchner Stichprobe..	240
Tabelle 48: Test auf Normalverteilung für die Skalen der CBCL der Explorationsstichprobe des DJI.....	240
Tabelle 49: Test auf Normalverteilung für die Gesamtskala der CDC der Explorationsstichprobe des DJI .....	241
Tabelle 50: Test auf Normalverteilung für die Skalen der CBCL der Hauptstichprobe des DJI .....	241
Tabelle 51: Interne Konsistenzkoeffizienten (Cronbach´s Alpha) der verwendeten Fragebögen in der Stichprobe der LMU München .....	242
Tabelle 52: Interne Konsistenzkoeffizienten (Cronbach´s Alpha) der verwendeten Fragebögen in der Explorationsstichprobe des DJI.....	243
Tabelle 53: Interne Konsistenzkoeffizienten (Cronbach´s Alpha) der verwendeten Fragebögen in der Hauptstichprobe des DJI.....	243
Tabelle 54: Korrelationsmatrix der CBCL-Subskalen für die Stichprobe der LMU München .....	244
Tabelle 55: Interkorrelationen der internalisierenden und externalisierenden Skalen sowie der Gesamtskala der Stichprobe der LMU München .....	244
Tabelle 56: Interkorrelationen der einzelnen CTQ-Skalen in der Stichprobe der LMU München .....	244
Tabelle 57: Korrelationsmatrix der CBCL-Subskalen für die Explorationsstichprobe des DJI .....	245
Tabelle 58: Interkorrelationen der internalisierenden und externalisierenden Skalen sowie der Gesamtskala der Explorationsstichprobe des DJI.....	245
Tabelle 59: Korrelationsmatrix der CBCL-Subskalen für die Hauptstichprobe des DJI .....	246
Tabelle 60: Interkorrelationen der internalisierenden und externalisierenden Skalen sowie der Gesamtskala für die Hauptstichprobe des DJI .....	246

## F. Erstkontaktfragebogen

### 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. \_\_\_\_\_  
 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

**Mögliche Termine**

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Bester Wochentag: \_\_\_\_\_

Beste Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Fragen, Anmerkungen, Wünsche des Gesprächspartners

## G. Fragen der Ressourceninterviews

### 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.

### 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?

#### **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.

## H. Exploratives Interview mit den Pflegeeltern

### Ereignis

- 1 Warum wurde das Kind aus der Herkunftsfamilie herausgenommen?
  - 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?
- 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 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?
- 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 Wie 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 erwartenden 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
- 20 Wie groß 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?
  - 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 elterlicher 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
- 31 Hat der Umgang mit den leiblichen Eltern Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes in der Pflegefamilie?

### 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 Verließ 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)?

### Pflegeeltern

- 41 Auf einer Skala von 1 bis 10, wie hoch ist die erlebte Unterstützung seines 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?

---

## Lebenslauf

Josephine Arnold

geboren am 04.12.1982 in Berlin; Geburtsname: Wagener

1989 – 1992 Grundschule Berlin-Hohenschönhausen

1992 – 1993 Grundschule Wörth

1993 – 2002 Gymnasium Erding

2002 – 2006 Studium der Diplom-Psychologie an der LMU München mit zwei Schwerpunktfächern:

- Arbeits- & Organisationspsychologie
- Klinische Psychologie

2004 – 2006 Freie Mitarbeiterin im „Institut für Konfliktforschung und Krisenberatung“ sowie bei „München Security Service“

2006 – 2007 Projektkoordinatorin beim Bundesverband der Unfallkassen e.V. in München

seit 2007 Vorstandsreferentin am Kreiskrankenhaus Erding mit Klinik Dorfen