

# **Pflegekinder, Adoptivkinder und Heimkinder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

## **Dr. med. Falk Burchard**

### **Grundlagen von Bindungsentstehung**

Gebundensein und basales Vertrauen sind wesentliche Grundpfeiler für unsere emotionale Existenz. Man ist dort zu Hause, wo man verstanden wird. Große Feinfühligkeit von Eltern fördert eine sichere Bindungsentwicklung, bedeutet Zuverlässigkeit, eine wesentliche Grundvoraussetzung für emotionales und soziales Wachsen, für Ordnung, Verlässlichkeit und Vorhersehbarkeit. Bindung schafft Sicherheit, reduziert Angst, baut Stress ab. Dabei bedingt sich Voraussagbarkeit ein Stück weit gegenseitig: wenn der Erwachsene für das Kind einschätzbar ist, kann das Kind dies auch für den Erwachsenen sein.

Unsicher gebundene Kinder haben dagegen weniger Beziehungen, sind rigider im Denken und Handeln, haben eher Probleme in der Sprach- und Kommunikationsentwicklung, verlassen sich mehr auf sich selbst und bleiben durchaus autonom. Chaotisch gebundene Kinder hingegen sind dem Moment ausgeliefert, haben keine Stabilität.

Störungen durch fehlende Sicherheit und Stabilität im frühen Kindesalter begleiten einen Menschen oft durch sein ganzes weiteres Leben und sie aktualisieren sich oft in Schwellensituationen der Entwicklung wie z.B. beim Schuleintritt, in der Pubertät oder im Übergang zum selbstständigen Leben. Für betreuende Pflegefamilien, Heimbetreuer und die Kinder selbst ergeben sich daraus oft schwerwiegende Beziehungsprobleme, besonders wenn die Ersatzeltern darauf nicht ausreichend vorbereitet sind oder unrealistische Erwartungen an das Kind hegen.

### **Ausgangssituation: Welche Kinder kommen in Einrichtungen und Pflegefamilien**

Sehr viele Pflegekinder waren in ihrem Ursprungssystem schwierigen Erziehungsbedingungen ausgesetzt und haben dort oft Vernachlässigung und emotionale, körperliche und/ oder sexuelle Gewalt erlebt. Dabei spielt für den Schweregrad und die Dauer einer Bindungsstörung die zeitliche Dauer und der Schweregrad der frühkindlichen Deprivation sowie als protektiver Faktor die Anwesenheit nicht misshandelter Elternteile eine entscheidende Rolle.

Spätere Pflegekinder sind Kinder, die in schwierigen Verhältnissen geboren werden und nicht selten Nachkommen psychisch kranker oder suchtkranker Eltern sind. Sie weisen oftmals bereits genetische Belastungsfaktoren auf, die z.B. ein ADHS oder Depressionen begünstigen können und waren pränatal häufiger psychotropen Substanzen ausgesetzt als andere Kinder. Darüber hinaus sind sie überdurchschnittlich häufig Geburtsrisiken ausgesetzt, wie z.B. Frühgeburtlichkeit, niedrigem Geburtsgewicht, auffälligen APGAR-Werten etc..

Diese Kinder zeigen also, noch vollständig unabhängig von der Betreuung bereits in der frühkindlichen Phase Anpassungsstörungen, Regulationsstörungen, Fütterstörungen, Störungen des Schlaf- Wachrhythmus und sind daher häufig sehr anstrengend für ihre Eltern. Das bedeutet, dass sie bei den Eltern auch negative, problematische Reaktionen hervorrufen können. Ein Kind kann im Bettchen liegen gelassen werden, wenn es vor Angst, Hunger oder Unwohlsein schreit, ein Kind kann aber auch geschüttelt werden wenn es keine Ruhe gibt, oder zu einer anderen Person weggeschickt, herumgereicht werden, etc.

### **Herausnahme von Kindern aus der Herkunftsfamilie**

Kinder unter 10 Jahren werden meist aus akuten Kindeswohlgefährdungen heraus, vor dem Hintergrund bereits länger andauernder Unterversorgungslagen und biografischer Deprivationsgeschichten in Pflegefamilien untergebracht. Dabei benötigen Entscheider klare Orientie-

rungshilfen für Clearingprozesse zur frühzeitigen Perspektivklärung und es sollten für alle Seiten transparente und umsetzbare Ziele definiert werden. Es muß schnell klar sein, ob kurzfristig eine günstige oder eine ungünstige Rückkehrperspektive besteht. Schwebestände in Bereitschaftspflegefamilien sollten besonders bei kleinen Kindern so frühzeitig wie irgend möglich beendet werden. Eine ausreichende personelle Ausstattung von Pflegekinderdiensten, schnelle familiengerichtliche Verfahren und Gutachtenlaufzeiten müssen hier zeitnahe Entscheidungsprozesse zulassen.

Wenn eine günstige Rückkehrprognose gestellt wurde, soll diese frühzeitig und konsequent durch frühzeitige Umgangsregelungen und eine hinreichend intensive und kompetente Unterstützung beim Abbau der Barrieren in der Herkunftsfamilie eingeleitet werden. Die Entwicklung günstiger Rückkehrbedingungen sollte dann innerhalb eines im Kindeswohlinteresse sehr eng überschaubaren Zeitraumes (von z.B. einem halben Jahr) erfolgen und bei sich abzeichnenden Komplikationen konsequent beendet werden, um andauernde Schwebeprozesse zu vermeiden. In dieser Übergangszeit sollte statt einer Familienunterbringung eventuell eine andere Unterbringungsform (Kleinstheim, professionelle Pflegestelle etc.) bevorzugt werden, um nicht zu enge Bindungen entstehen zu lassen, die dann wieder zerstört werden müssen.

Die gerichtliche und behördliche Praxis in Deutschland schenkt den Umständen häuslicher Gewalt und Traumatisierung bisher oft noch nicht die erforderliche Aufmerksamkeit, z.B. in Bezug auf das Miterleben von häuslicher Gewalt (Salgo 2011). Bezüglich einer Rückkehr in die Herkunftsfamilie oder des Verbleibs in der Pflegefamilie sollte in jedem Einzelfall eine ergebnisoffene Prüfung des Kindeswohls erfolgen.

Der Umgang mit leiblichen Eltern nach Trauma-Erfahrung mit diesen Täter-Eltern kann beim Kind Angst, Aktivierung pathologischer Bindungsmuster und auch eine Re-Traumatisierung bewirken. Dabei gibt eine Begleitung des Kontaktes keine emotionale Sicherheit, weil die Vorgänge in der realen Welt, also Verhaltensänderung, Verantwortungsübernahme oder Einstellungsänderung des traumatisierenden Elternteils wesentlich weniger relevant sind als die inneren Vorgänge im Kind.

### **Welche Voraussetzungen brauchen Bezugspersonen, um Heimkindern und Pflegekindern eine sichere Bindung anzubieten ?**

Pflegefamilien sollten auf die Betreuung eines Pflegekindes intensiv vorbereitet sein. Dazu sollten Pflegeelternschulen und -akademien unter Beteiligung öffentlicher und freier Träger weiter etabliert werden.

Wesentliche Grundvoraussetzungen für die Arbeit und einen Bindungsaufbau mit bindungs-gestörten Kindern in Einrichtungen sind äußere (räumlich) und innere (seelisch) Sicherheit von Pflegepersonen, eine pädagogisch-therapeutische Ausbildung, ausreichend Selbsterfahrung, wenige zu betreuende Kinder sowie ein Team mit der Möglichkeit von Entlastung durch andere Personen.

Eigene Traumata sollten alle Pflegepersonen verarbeitet haben, da durch das Verhalten traumatisierter Kinder eigene Traumata aktiviert werden könnten, mit der möglichen Folge unbewußter und unreflektierter Abwehrreaktionen gegenüber dem Kind. Dies kann insbesondere vorkommen, wenn Kinder selbst bereits Täterstrukturen aufweisen, also angreifend und aggressiv auftreten.

In der direkten Betreuung ist die kontinuierliche Aufrechterhaltung eines dichten, vertrauensvollen Kontaktes zum einzelnen Kind entscheidend, so dass Fragen und Notsignale des Kindes aufgenommen und richtig beantwortet werden können. Die Betreuungsperson sollte dazu in der Lage sein, eine sichere Bindung durch Verbalisierung affektiver innerer Zustände, „Deutung“ von Affekt, Blickkontakt mit gelungener Affektabstimmung, feinfühliges Berüh-

rung und Körperkontakt zu fördern. Für behinderte Pflegekinder und auch für ältere Pflegekinder sollten spezialisierte, speziell ausgebildete Pflegestellen mit fallspezifischer Vorbereitung, Stützung, Entlastung und Supervision vorhanden sein, da die Verhältnisse hier schwieriger sein können.

Für Pflegeeltern, aber auch für Gruppenbetreuer, die unmittelbar mit den Kindern arbeiten, ist eine kontinuierliche Begleitung durch eine Fachkraft, die Teil eines leistungsfähigen Pflegekinderdienstes ist, bedeutsam. Dort können auch kritische Themen angesprochen und Unterstützungsdienstleistungen wie z.B. Supervision in Anspruch genommen werden, die auf drei Ebenen möglich sein sollten: administrativ, also bei der Arbeitsorganisation, edukativ also fachlich, Fallverständnis fördernd und supportiv also emotional, Verständnis für die Situation der Pflegeperson aufbringend. Dabei kann die Einrichtung von Kriseninterventionsteams unter Beteiligung erfahrener Pflegeeltern und die Entwicklung von unterstützenden Verbundsystemen zwischen Heimen und Pflegefamilien hilfreich sein.

### **Bindungsaufbau mit bindungsgestörten/ traumatisierten Kindern**

Die Kombination mehrerer Anforderungsfelder stellt uns in der Therapie und Pädagogik mit komplex bindungsgestörten Kindern und Jugendlichen oft vor eine Herausforderung, müssen wir doch gleichzeitig dem Kind therapeutisch eine sichere Bindung bieten, Vertrauen aufbauen lassen, Traumafolgestörungen abbauen und im Blick behalten, sowie pädagogisch ein adäquates Sozialverhalten als Grundlage für eine möglichst normale weitere Sozialisation fördern. Hier ergeben sich zwangsläufig Spannungsfelder und Zielkonflikte. Seelisch und körperlich verletzte Kinder bedürfen primär der „Heilung“ und erst sekundär der Erziehung. Pflegeeltern haben daher in erster Linie einen therapeutischen und erst in zweiter Linie einen erzieherischen Auftrag.

Beim Bindungsaufbau mit bindungsgestörten Kindern gibt es keine lineare Entwicklung bergauf. Der Bindungsaufbau geschieht eher, er verläuft wie in der Achterbahn mit Verzögerungen und Beschleunigungen, Abstürzen, hins und hers, möglicherweise auch mit Gefährdungen Dritter, z.B. auch jüngerer eigener Kinder, Angst, Verlust der Beziehung zur Realität, psychosomatischen Symptomen.

Erst vorsichtig und verhalten bringen Kinder ihre Not in die Beziehung zur Pflegeperson ein, z.B. durch Weinen, Suche nach Nähe, Körperkontakt und Trost, Angst vor Verlassenwerden, Trennungsschmerz. Nur ein sicherer Ort erlaubt es, dass ein Kind seine bisherigen Überlebensstrategien aufgeben und alternative Verhaltensweisen erproben kann. Neue Beziehungserfahrungen können Veränderungen bewirken. Im Laufe der Zeit können auch Verbalisierungen akuter oder vergangener Not, Fragmente erlebter Traumata oder wachgerufene, alte Affekte und emotionaler Schmerz in der schützenden haltenden Pflegebeziehung belebt werden. Langsam kann so Bindungssicherheit und Vertrauen entstehen. Alte Glaubenssätze und Selbstbildanteile bei den Kindern lassen sich so durch korrigierende Beziehungserfahrungen erst über stabile längere Zeiträume verändern. Beziehungsstabilität bringt Sicherheit und langfristige Kontinuität.

### **Symptomatik von Bindungsstörungen bei Pflege- Heim- und Adoptivkindern**

Es gibt unterschiedliche Typen von Bindungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein nicht selten vorkommender Bindungsmodus ist der Angstmodus, in dem das Kind in ständiger Vigilanz drohende Trennung befürchtet und diese zu vermeiden sucht. Dieses Störungsbild wird im ICD-10 als reaktive Bindungsstörung des Kindesalters bezeichnet und entspricht der unsicheren Bindung. Manche Kinder verzichten auch annähernd komplett auf Bindungsverhalten, befinden sich in einer autistischen Isolation. In scheinbarem Gegensatz zu diesem Modus verhalten sich Kinder und Jugendliche mit einer völlig ungerichteten, allgemein Bindung zu Jedem suchenden, im Jugendlichenalter oft promiskuitiv wirkenden Ver-

haltensmuster. Im ICD-10 wird dieses Muster als Bindungsstörung des Kindesalters mit Ent-hemmung bezeichnet.

Andere Kinder zeigen eine grundlegende Hemmung, die Bindungsperson als sichere Basis zu nutzen, noch andere suchen zwar nach Bindung und Nähe, tun dies jedoch vornehmlich über aggressive Verhaltensweisen. Wir interpretieren diesen Mechanismus häufig als „nega-tive Verstärkung“, wenn dem Kind die negative Zuwendung noch mehr zu bedeuten scheint als gar keine Zuwendung. Noch verdreht und weniger unmittelbar durchschaubar er-scheint ein Verhaltensmuster von Hochrisikoverhalten, bei dem das Kind ein hohes, manchmal immer weiter eskalierendes Unfallrisiko eingeht, auch Unfälle erleidet um von der Bindungsperson eine Reaktion zu erzeugen. Manche psychisch kranke Mütter können von ihren Kindern auch über eine Rollen-umkehr in der Bindung gehalten werden, wenn nämlich das Kind die Mutter versorgt. Die Beachtung und Diagnostik von Bindungsstörungen ist für die Therapieplanung und die Einleitung geeigneter Hilfsmaßnahmen von großer Bedeutung.

Die beschriebenen Einseitigkeiten, die sich so infolge von Bindungsstörungen herausbilden können, manifestieren sich spätestens im Erwachsenenalter als Persönlichkeitsstörungen. Rainer Sachse unterscheidet Nähestörungen, wie z.B. die narzistische PS, bei der der Mensch bewundert werden möchte, die histrionische PS, bei der er beachtet, wahrgenom-men werden will, die selbstunsichere PS, bei der er sich abwertet und damit in seiner Um-ggebung Hilfe und Unterstützung abfragt, und die dependente PS, bei der er sich in Abhän-gigkeit zu anderen Menschen begibt, alles Nähestörungen, die eigentlich etwas von der Umgebung wollen. Die andere Seite sind Distanzstörungen wie die schizoide PS, bei der die Flucht in die Autonomie angetreten wird, die passiv-aggressive PS, bei der auf andere Wei-se Eigenständigkeit gewahrt und Annäherung abgewehrt wird, oder die paranoide PS, bei der die Person ständig Einflüsse von außen befürchtet und um die Einhaltung seiner Gren-zen besorgt ist, sowie die zwangshafte PS, die nur an ihren eigenen Lebensregeln festhält.

## **Traumafolgestörungen**

Die Bewältigung von Bedrohungsszenarien spielt sich in zwei Schritten ab. In einer ersten Stufe der Bewältigung sucht ein Kind bei subjektiver Bedrohungslage nach der Bindungs-person, um hier Sicherheit und Beruhigung zu erfahren. Kann es diese nicht erreichen oder gibt es eine solche Person nicht, kommt es in einer zweiten Stufe der Bewältigung zur Akti- vierung archaischer Notfallmuster: Flucht, Kampf oder Erstarrung mit Ohnmacht und Hilflos- igkeit, verbunden mit einer lang anhaltenden Stimulation der Hormonsysteme für Stress- hormone. Vor allem diese letzte Form der kompletten Handlungsunfähigkeit kann zu Traumafolgestörungen führen.

Arnold (2010) zeigt in einer Untersuchung, dass über 91 % von 74 befragten Pflegekindern von mindestens einem traumatischen Erlebnis berichten. 25 % der Betroffenen leiden unter einer posttraumatischen Belastungsstörung und ein weitaus größerer Teil unter Symptomen einer komplexen Traumafolgestörung oder Traumaentwicklungsstörung. Sämtliche epidemi- ologischen Untersuchungen bei Pflegekindern gehen von hohen Prävalenzraten für psychi- sche Störungen und diversen Entwicklungsauffälligkeiten aus.

Bindungsstörungen und Traumafolgestörungen bedingen sich teilweise gegenseitig: Eine der häufigsten und gravierendsten Folgen schwerer frühkindlicher Deprivation und Vernach- lässigung beziehungsweise sequenzieller Misshandlung und Traumatisierung durch nahe Bezugspersonen sind schwere Bindungsstörungen und die Entwicklung von hoch unsiche- ren oder chaotischen Beziehungsmustern, die auch nach langjährigen Pflegeverhältnissen bei hoch kompetenten Pflegeeltern entweder noch ein promiskuitives, wenig selektives oder auch ein extrem gehemmtes Bindungsverhalten zu Erwachsenen zeigen.

Aber auch umgekehrt spielt Bindung und Gebundenheit bei der Frage, wer nach einem traumatischen Erlebnis eine posttraumatische Symptomatik entwickelt und wer nicht, eine

wichtige Rolle. Eine sichere Bindung reduziert einerseits die Wahrscheinlichkeit für Traumatisierungen selbst, andererseits ermöglicht sie eher, nach einem traumatischen Ereignis Trost zu finden und widrige Lebenserfahrungen unbeschadet zu bewältigen. Die traumaspezifischen Folgen gehen über die Folgen im Rahmen von Bindungsstörungen deutlich hinaus. Man unterscheidet zwei Trauma-Typen:

Beim Typ-1 Trauma geht es um ein einzelnes, unerwartetes traumatisches Erlebnis von kurzer Dauer, zum Beispiel einen Verkehrsunfall, eine Gewalttat, die selbst erlitten oder gesehen wurde, das Auffinden eines Toten, eine Naturkatastrophe. Derartige Traumata sind allgemein bekannt, öffentlich, besprechbar. Symptome sind meist klare, sehr lebendige Erinnerungen, es kann das Vollbild der PTBS entstehen. Hauptemotion ist hier vor allem Angst, so etwas noch mal zu erleben. Das Erlebnis kann meist überwunden werden, die Behandlungsprognose ist günstig.

Beim Typ-2 Trauma steht eine Serie miteinander verknüpfter Ereignisse oder ein lang andauerndes, sich wiederholendes traumatisches Erlebnis im Mittelpunkt wie z.B. körperliche oder sexuelle Misshandlungen in der Kindheit oder länger dauernde zwischenmenschliche Gewalterfahrungen, auch als Zeuge. Derartige Dinge sind meist nicht öffentlich, haben das Attribut des Geheimnisses und sind schwer besprechbar. Meist gibt es nur diffuse Wiedererinnerungen, eine starke Dissoziationstendenz, Kontakt- und Bindungsstörungen. Auch besteht eine hohe Komorbidität mit anderen psychiatrischen Störungsbildern. Neben der primären Emotion Angst gibt es weitere Sekundäremotionen wie z.B. Scham, Ekel, Schuld, das Störungsbild ist eher schwer zu behandeln. Sequenziell traumatisierte Menschen entwickeln häufig eine ausgeprägte internalisierende Symptomatik, zeigen Symptome einer PTBS, aber oft, ohne das Vollbild zu erfüllen.

Viele fremdplazierte Kinder zeigen in ihren Entwicklungsverläufen neben einzelnen Symptomen der einfachen posttraumatischen Belastungsstörung, wechselnde komplexe Störungsbilder mit mehreren komorbiden psychischen Störungen, die gut mit dem Modell der Traumaentwicklungsstörung nach Kolk 2009 zu beschreiben und zu erklären wären. So weisen misshandelte Kinder häufig Symptome von Emotionsdysregulation und physiologischer Dysregulation auf, wobei sie sich schneller aufregen als andere und sich langsamer wieder beruhigen, eine Hypervigilanz gegenüber aggressiven Stimuli aufweisen sowie zu tranceartigen Dissoziationszuständen neigen. Darüber hinaus zeigen diese Kinder häufig Probleme bei der Verhaltens- und Aufmerksamkeitssteuerung, wobei besonders die Aufmerksamkeitsspanne, Ablenkbarkeit und die Fähigkeit, Aufgaben seriell zu zergliedern und Pläne zu schmieden, betroffen zu sein scheinen. Hier ergeben sich differenzialdiagnostische Überschneidungen mit dem ADHS. Schwierigkeiten der Selbstwertregulation und Beziehungsgestaltung zeigen sich in negativer Erwartungshaltung gegenüber den Interaktionspartnern, wobei sie in ihrer sozial-kognitiven Informationsverarbeitung eine Tendenz aufweisen, Stimuli als bedrohlich zu interpretieren. Eine ungünstige Selbstwertentwicklung u.a. auch aufgrund von persistierenden Schamgefühlen, sowie eine verminderte Fähigkeit der Vorstellungsbildung über Befindlichkeiten anderer (Mentalisierung) und infolgedessen der Perspektivenübernahme kommen noch hinzu.

Wichtig erscheint bei der Diagnostik zu Beginn neben einem Genogramm eine systematische Erfassung der Traumaanamnese, der Beziehungsanamnese sowie eine systematische Überprüfung des Förderbedarfs und der Frage nach einer seelischen Behinderung. Dazu sollte eine routinemäßige kinder- und jugendpsychiatrische Vorstellung erfolgen, eine begleitende Psychotherapie sollte möglich sein. Hierzu gehört ein systematischer Trauma-Anamnesebogen, mit Hilfe dessen eine grobe Einschätzung über den Grad einer Traumatisierung vorgenommen werden kann.

## **ADHS**

Die meist genetische Disposition für ein ADHS, die dann oft auch bei mindestens einem Elternteil zu finden ist, kann störungsverstärkend hinzukommen. Das Kind mit ADHS reagiert unsystematischer und chaotischer. Die Folge ist eine noch höhere Exposition gegenüber negativen Einflüssen als Kinder ohne ADHS in einer ähnlichen Situation erfahren würden. Hinzu kommt, dass Kinder mit ADHS gerade im Kleinkindalter oft ausgeprägte Probleme dabei aufweisen, Rhythmen aufzubauen. Dies betrifft sowohl den Wach- Schlafrythmus, den Rhythmus zwischen Aktivität und Passivität, als auch den Rhythmus bei der Nahrungsaufnahme. Kinder mit ADHS reagieren auf Außenreize ausgesprochen reizoffen und empfindlich, und sehr schnell mit eigener Erregung, was diese Kinder für Eltern schwierig und nervig im Umgang sein lässt. Eltern, die über wenig eigene Ressourcen verfügen, reagieren auf diese Verhaltensweisen ihrerseits potentiell mit Wut und Ärger. – Im Ergebnis ist anzunehmen, dass Kinder mit einer genetischen ADHS – Anlage durch eine vernachlässigende/traumatisierende Umgebung noch stärker geschädigt werden als Kinder ohne ADHS-Belastung.

## **Störungen des Sozialverhaltens**

Störungen des Sozialverhaltens ergeben sich vielfach fast zwangsläufig aus allen drei bisher geschilderten Störungsbildern, vor allem bei Jungen, die wesentlich stärker als Mädchen zum ausagierenden Störungspol tendieren, zumal meist Erziehung fehlt, und Erziehung eine zwingende Voraussetzung für angemessenes Sozialverhalten darstellt. Störungen des Sozialverhaltens sind dadurch gekennzeichnet, dass mindestens 6 Monate lang die wichtigsten altersentsprechenden sozialen Normen oder Gesetze verletzt werden. Es kommt zu Symptomen wie Wutausbrüchen, eigenem Ärger, Ärgern Anderer, Streiten, Beginnen von körperlichen Auseinandersetzungen, Verweigerung, Gehässigkeit oder Rachsucht, Externalisierung von Verantwortung, Lügen oder Brechen von Versprechungen, Empfindlichkeiten, Waffengebrauch, Weglaufen, Quälen, Zerstören, Feuerlegen, Schuleschwänzen.

Angst ist ein wesentlicher Antreiber für Sozialverhaltensstörungen bei bindungsgestörten Kindern, und zwar vor allem die Angst, letzte Bindungen und Bezüge zu verlieren. So haben Sozialverhaltensstörungen bei bindungsgestörten Kindern sehr häufig die Grundintention der Versicherung der Beziehung, indem Aufmerksamkeit erzeugt und Reaktionen hervorgerufen werden. Eine große und oft angewandte Diagnoseemischkategorie im ICD-10 ist die Diagnose F92.8, Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen. Hierin sind häufig Bindungsstörungsanteile, Traumafolgestörungsanteile und auch ADHS-Störungsanteile enthalten.

## **Therapie von Bindungsstörungen**

Traumapädagogik ist eine konzeptionelle Antwort auf Kinder, die in traditionellen Angeboten häufig scheitern. Ansatzpunkte einer traumapädagogischen Matrix sind nach Lang et al. (2009) die Verbesserung der Fertigkeiten der Emotionsregulation, Verbesserung der Sinnes- und Körperwahrnehmung, die Reduktion der Dissoziationsneigung, verbesserte Selbstfürsorge, Aufbau eines positivem Selbstbildes, Erleben von Selbstwirksamkeit und sozialen Fertigkeiten inklusive Stresstoleranz und Aufbau von dynamischen Resilienzfaktoren.

Auch die Biografiearbeit (Eberhard und Malter) ist eine wirksame therapeutische Methode zur Anregung der Selbstreflexion und zur selbstakzeptierenden Identitätsentwicklung. Ziel ist es, aus dem Chaos lückenhafter, verzerrter und zum Teil sehr traumatischer Erinnerungen mithilfe zusätzlicher Quellen zunächst eine stimmige Chronik und dann eine nachvollziehbare eigene Entwicklungsgeschichte zu rekonstruieren.

Bei der Traumafokussierten kognitiven VT (Kirsch 2011) sind Exposition mit Angstreduktion und Förderung der kognitiven Traumaverarbeitung die essenziellen Therapiebausteine, Vermeidung soll abgebaut und Kontrollgefühl und Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt werden. Die Therapie adressiert irrationale Überzeugungen, Misstrauen, verzerrtes Selbstbild, affektive Dysregulation, traumatische Verhaltensprobleme und geht davon aus, dass Traumata grundlegende Überzeugungen und Erwartungen verändern beziehungsweise verfestigen. - Die Therapie beginnt mit dem Stabilisieren, in einem zweiten Schritt kommt es dann zu Erlebnisaktivierung und zur Konfrontation mit dem Trauma. Grundprinzip der Exposition ist die Konfrontation mit dem angstauslösenden traumatischen Reiz ohne Einsatz angstreduzierender Maßnahmen verbunden mit dem Aha-Erlebnis des Ausbleibens befürchteter negativer Folgen. – Eine gewisse Gefahr besteht dahingehend, daß das Kind dissoziiert, und dann ist nichts gewonnen.

Weitere Methoden der Traumatherapie sollen hier jetzt nicht besprochen werden.

Der von MacDonald und Turner 2008 verfasste Cochrane Report weist auf die Wichtigkeit eines „Community Approach“ zur Unterstützung von Pflegefamilien hin. Die meisten Studien behandelten die multidimensionale Pflegekinderbehandlung MTFC, die neben einem Elterntraining für die Pflegeeltern auch eine intensive familientherapeutische Arbeit mit den Kindern und verhaltenstherapeutische Interventionen für die Pflegekinder beinhaltet sowie die Schule und andere psychosoziale Hilfesysteme mit einbezieht. Eine solche Form der Betreuung und Unterstützung von Pflegefamilien mit psychoterapeutischer Behandlung von Pflegekindern hilft nachgewiesenermaßen, Beziehungsabbrüche im Jugendhilfesystem zu vermindern.

### **Die Situation vieler Pflegekinder in der Praxis**

Wenn Kinder, die in den ersten 1-2 Lebensjahren meist ja noch nicht vom öffentlichen Jugendhilfe- oder Gesundheitssystem wahrgenommen wurden, dann im Alter von 2-4 Jahren erkannt und aus den Ursprungsfamilien in Pflegefamilien gegeben wurden, setzt äußerlich zunächst oft eine Stabilisierung und ein schnelles Aufholen von Entwicklungsdefiziten ein die Pflegefamilien feiern zunächst oft schnelle Entwicklungserfolge.

Dennoch sind viele Pflegekinder psychisch hoch belastet. Die Grafik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Basel zeigt, dass die psychische Belastung von Pflegekindern, gemessen mit der Child behavior Checklist (CBCL) circa in 65 % der Fälle im auffälligen Bereich, und in über 30 % im hoch auffälligen Bereich liegt. Bei Heimkindern liegen die Ergebnisse noch etwas höher. Weiter fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen Kindern mit und ohne interpersonelle traumatische Erfahrungen in Bezug auf ihr Bindungsverhalten.

Auch hat die Anzahl der Betreuerwechsel einen signifikanten Einfluss auf die Symptombelastung. Pflegekinder mit mehr Betreuerwechseln zeigen eine stärker ausgeprägte Symptomatik als mit weniger Wechseln. Es fand sich auch eine Gruppe von in ihren Ursprungsfamilien besonders stark traumatisch belasteten Pflegekindern, die sowohl eine höhere psychische Belastung in der CBCL als auch höhere Auffälligkeiten in ihrem Bindungsverhalten zu den Pflegeeltern aufwiesen.

Besonders schwer sequenziell traumatisierte Kinder und Jugendliche scheitern oft in herkömmlichen Angeboten der stationären Jugendhilfe und in Pflegefamilien, so dass Wechsel erforderlich werden. Die Arbeit mit schwer traumatisierten Kindern ist sehr belastend, pädagogische Mitarbeiter, Pflegeeltern und Therapeuten benötigen hierzu besonders intensive Unterstützung. Viele fremdplazierte Kinder durchlaufen heute eine ganze Anzahl an Pflegefamilien oder Heimplatzierungen, mit gravierenden negativen Folgen für ihre Bindungsentwicklung. Eine besonders hohe Abbruchrate von Pflegeverhältnissen datiert in der Pubertätszeit.

Ergebnisse der Pflegekinderstudie (n=379) ergaben, dass nur 12,6 % der Kinder noch keinen Betreuungswechsel in der Anamnese hatte. 26,1 % hatten einen Wechsel, 28,6 % zwei, 19,5 % drei Wechsel und 13,2 % vier oder mehr Wechsel. Empirische Studien zeigen, dass eine hohe Zahl an Betreuungswechseln den Erfolg der aktuellen Maßnahme, die gesellschaftliche Teilhabe und die Lebensqualität negativ beeinflussen. So geht die Zahl der abgebrochenen Hilfen mit häufigeren und schwereren Delikten im Verlauf (Ryan+Testa 2004) einher, führt zu höheren medizinischen Folgekosten auf dem weiteren Lebensweg (Rubin et al 2004) sowie zu einer stärkeren Teilhabebeeinträchtigung in der Zukunft (Aarons et al 2010). Ziel von Bemühungen müsste also eine Senkung der hohen Abbruchrate sein.

### **Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik im ambulanten oder regulären stationären Setting**

Eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie kann zu unterschiedlichen Zeiten im Entwicklungsverlauf dieser Kinder mit unterschiedlichen Aufgaben in Anspruch genommen werden. Zunächst ist sie, meist zuallererst ambulant, später vielleicht auch teilstationär oder stationär Ort intensiver Diagnostik zum Zwecke eines basalen Erkenntnisgewinns. Daran schließt sich meist eine Phase von ambulanter oder stationärer Therapie an, z.B. Spieltherapie, Einzelgespräche, Familientherapie, Soziotherapie, Triple-P, oder auch heilpädagogische, motopädagogische oder reittherapeutische Therapie. Es können aber auch Medikamente eingesetzt werden um z.B. eine erhöhte Impulsivität zu dämpfen oder ein ADHS zu bessern.

Viele dieser Kinder werden bereits im frühen Schulalter, manche aber auch erst zu Beginn ihrer Pubertät in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt. Dabei wird psychiatrische bzw. psychotherapeutische Hilfe oft spät, nicht selten erst kurz vor einem drohenden Scheitern der Ersatzbetreuungssituation aufgesucht.

### **Ambulante oder stationäre Krisenintervention bei jüngeren Kindern**

Ein wichtiger Bereich im Aufgabensprektrum einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Krisenintervention. Dabei wird die Klinik zum Zufluchtsort in Notsituationen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, also wenn Kinder sich oder Andere in Gefahr bringen. Hier zeigen sich häufig stark ausagierende Verhaltensweisen oder auch suizidale Gedanken und Tendenzen, durchaus auch schon bei Kindern unter 10 Jahren.

Kleine Kinder kommen dabei häufig aus ihren Herkunftsfamilien, und nicht selten stellt sich in der Klinik im Rahmen von Krisenintervention erstmals die Notwendigkeit einer Fremdunterbringung oder anderer intensiver Maßnahmen der Jugendhilfe heraus. Zuweiser sind Schulen, Jugendämter, SPFHs, aber auch die Eltern, Pflegeeltern oder Adoptiveltern selbst.

Oft sehen wir dann vertrackte Situationen, in denen ein Kind z.B. in Loyalitätsbeziehungen oder Ambivalenzen zu vernachlässigenden leiblichen Eltern gefangen ist, weg möchte, aus Angst vor Strafe oder wegen einer posttraumatischen Symptomatik aber nicht sagen kann, was überhaupt es so belastet.

Hier gilt es dann, mit dem Entsendesystem eng und schnell zu kooperieren und gemeinsam Lösungswege für das Kind zu finden. Die Klinik steht so nicht selten auch am Anfang einer Unterbringung in einer Pflegefamilie, oder einer Heimeinrichtung.

Wenn die Lebenssituation umgesteuert werden, eine Fremdunterbringung eingeleitet werden muß, müssen auf der Basis einer zügig durchgeführten guten Basisdiagnostik von Anfang an geeignete und tragfähige Betreuungssettings gefunden werden, die der Problematik angemessen sind. Beziehungskontinuität und ein stabiler Lebensort für viele Jahre sind für die weitere Prognose entscheidend. Hier ist eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Klinik und Jugendamt besonders wichtig.

## **Krisenhafte Entwicklungen bindungsgestörter Kinder in der (Vor)Pubertät**

Bereits ganz normale Eltern ganz normaler Kinder kämpfen häufig in der Pubertät mit den neuen Expansionsbestrebungen ihrer Kinder und tun sich schwer dabei. In der Pubertät entstehen Veränderungen im eigenen Körper, eigener Handlungsmöglichkeiten, eigener Sichtweisen und auch der Kräfteverhältnisse. Alkohol, Drogen, ungünstige Kontakte können als mögliche neue Einflußfaktoren hinzu kommen und einer Orientierungsänderung des Pflegekindes weg von der Pflegefamilie Vorschub leisten. Traumatisierte und bindungsgestörte Kinder reagieren stärker als andere Kinder auf Veränderungen und Verunsicherungen und so können die Verhaltensweisen schnell extrem werden. Bei Mädchen nicht selten in Richtung Weglaufen, früher, teils promiskuitiver Sexualerfahrungen und Alkoholkonsum, bei Jungen nicht selten in Richtung Kriminalität und Konsum von Drogen.

Auch kann, vor dem Hintergrund eines im Grunde schwachen Selbstbewusstseins die Bewusstwerdung, ein Pflegekind zu sein, zu dem Erleben führen, nicht voll (zu der Pflegefamilie) dazu zu gehören. Damit entsteht die Gefahr einer Identifizierung mit Außenseiter-Konzepten. Einerseits besteht der Wunsch nach Zugehörigkeit. Andererseits kann das Kind auch zu trotzig inneren Reaktionen neigen, kann beginnen, die Pflegeeltern zu entwerten und sich mit seiner „eigentlichen“ Zugehörigkeit zu seinen leiblichen Eltern, die ja oft Außenseiter sind und zu denen sich der Kontakt wegen der gestiegen persönlichen Freiräume des Kindes (facebook) auch oft gerade in dieser Phase intensiviert, trösten.

Dies alles kann zu entwertenden Verhaltensweisen des Kindes gegenüber den Pflegeeltern und zu weiterer Verunsicherung der Pflegeeltern in ihrer Beziehung und Rolle zu dem Pflegekind führen. Dabei neigen viele Pflegeeltern dazu, sich implizit selbst eine Mitschuld zu geben, diese Selbstzweifel aber vor anderen nicht zuzugeben und zum Pflegekind oder zum Jugendamt oder zu den leiblichen Eltern zu externalisieren. Auch können z.B. durch die Herkunftseltern Vorwürfe gegen die Pflegeeltern entstehen, die die Souveränität und Handlungssicherheit der Pflegeeltern zusätzlich beeinträchtigen können. Pflegeeltern können so in ernsthafte Rechtfertigungssituationen geraten. Auch die Partnerbeziehung der Pflegeeltern kann in solchen Situationen z.B. dadurch belastet werden, daß ein Partner von dem Pflegekind idealisiert und der andere entwertet wird.

Die Pflegefamilie insgesamt ist belastet und frustriert, oft auch durch das (undankbare) Pflegekind auch gekränkt. Sie hat zumeist viel investiert und ist nach einem zwischenzeitlich guten Verlauf nicht mehr auf diese Heftigkeit einer erneuten Infragestellung der Bindung eingestellt. Wenn sie auf eine solche Entwicklung nicht vorbereitet ist, verfügt sie nicht über Konzepte damit umzugehen. Ihre Angst, versagt zu haben und die Angst, dass ihnen das Kind jetzt weggenommen werden könnte, kann Pflegeeltern zudem davon abhalten, rechtzeitig Hilfe zu suchen. So kann das schwierige Verhalten des Kindes nach außen, auch in Richtung des betreuenden Pflegekinderdienstes lange verborgen bleiben.

So kommt es leicht zu einem sich fortsetzenden Bröckeln der Pflegefamilie in ihrer haltgebenden Funktion, obwohl der Jugendliche gerade jetzt eigentlich Signale von Sicherheit wie zum Zeitpunkt der Bindungsentstehung benötigen würde, und, oft in verwandelter aber ähnlicher Form wie als Kind weitere Angriffe auf die Bindungsbeziehung startet, eigentlich um die Beziehung auf Stabilität zu testen und Stabilität zu bekommen. Vom Verhalten her können die oft zwischen 12 und 15-jährigen Jugendlichen in dieser Situation entgrenzen und zu Verhaltensweisen wie Selbstverletzung, Alkohol- und Drogenkonsum, Suizidideen oder -handlungen, Weglaufen, Schulschwänzen, Stehlen, Lügen, Aggressionen aber auch zu promiskuitivem Verhalten neigen.

## **Krisenintervention bei älteren Pflegekindern**

Nicht selten werden Pflegekinder in dieser Situation wegen Eigen- oder Fremdgefährdung, wegen eines Alkoholexzesses, nach tagelanger Entweichung oder im Rahmen einer depressiven Entwicklung z.B. mit selbstverletzendem Verhalten in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen. Beide Seiten, das Pflegekind, aber auch die Pflegeeltern sind dann oft der Meinung, dass ein Zusammenleben nicht mehr möglich ist.

Wenn ein Pflegekind in seiner Pflegefamilie in eine Krise gerät, so ist diese meist existenziell. Alte Verhaltens- und Erlebnismuster können wieder aufbrechen, alte Verunsicherungen und alte Ambivalenzen sind plötzlich wieder da, starke Gefühle können auftreten: Gefühle von Hass, Wut, Trauer, Schmerz, Einsamkeit, Selbstzweifel und Verzweiflung, aber auch Gefühle von Ablehnung und Entwertung gegenüber den Pflegeeltern und der aktuellen Lebenssituation.

Plötzlich ist dann oft auch wieder die Herkunftsfamilie mit Macht präsent. Meist ist es ausgesprochen unglücklich, wenn unter dem Druck der eskalierenden Situation mit dem Jugendlichen auch noch der strukturelle Rivalitätskonflikt zwischen Herkunftsfamilie und Pflegefamilie aufbricht. Dennoch lassen sich solche Situationen schwer vermeiden, zumal die leiblichen Eltern häufig noch im Besitz des Sorgerechts sind. In dieser Situation ist es auf jeden Fall ein Vorteil, wenn das Verhältnis zwischen Pflegeeltern und Herkunftseltern schon vorher grundlegend und positiv geklärt wurde.

In der Klinik stellt sich dann nicht selten neben einer ausgeprägten Interaktionsstörung, weil der Jugendliche die Pflegeeltern nicht mehr als maßgebliche Bezugspersonen anerkennt, ein aktuell bestehendes Missverhältnis zwischen dem aktuellen Betreuungsbedarf des Jugendlichen und den in der Pflegefamilie vorhandenen Betreuungsressourcen heraus. Der Jugendliche benötigt meist eine starke pädagogische Führung, wie sie vielleicht in Intensivgruppen der Jugendhilfe oder in Individualmaßnahmen vorgehalten wird, die Pflegeeltern sind aber derzeit nicht in der Lage, diese Funktion zu erfüllen. Die Klinik kann in dieser Situation nicht umhin, eine alternative Betreuungsform für den Jugendlichen vorzuschlagen.

## **Bindungserhalt zu den Pflegeeltern in der Pubertätsphase**

An dieser Stelle entsteht dann oft ein ganz elementares Missverständnis. In dem Moment, wo die Pflegefamilie als künftiger Lebensort für das Pflegekind ernsthaft infrage gestellt wird, ist sie oft schon fast nicht mehr legitimiert, sich um ihr Pflegekind weiter zu kümmern. Das Engagement der Pflegefamilie wird dann mit der offiziellen Beendigung des Pflegeverhältnisses sang- und klanglos zur Privatsache und damit administrativ entwertet. Für die Pflegefamilie, die ja ihrerseits in einer negativen Dynamik mit dem Kind steht, ist diese Entlassung aus der Verantwortung ein klares Signal, sich von dem Kind weiter zu entfernen. Damit verliert der Jugendliche aber weiter emotionale Sicherheit, die er gerade in dieser Situation dringend benötigen würde, selbst wenn er zur Zeit, wie viele andere Jugendlichen auch, dagegen opponiert.

Ich habe immer wieder Jugendliche gesehen, die mit ihren Pflegeeltern vollständig gebrochen hatten, weil sie sich zu viel von ihren Herkunftseltern versprochen und dann zum wiederholten Mal herbe enttäuscht wurden, ganz alleine dastehen und viel darum geben würden, wenn sie ihre Pflegeeltern noch hätten.

Eine wesentlich bessere Möglichkeit besteht darin, das Pflegeverhältnis auf jeden Fall auch administrativ bestehen zu lassen und so die Pflegeeltern als wichtige Bezugspersonen für das Kind verfügbar zu halten, unabhängig davon, wie genau die Perspektive einer faktischen Rückkehr in die Pflegefamilie aussieht und ob und wann eine solche denkbar ist oder nicht. Dies würde Pflegekind und Pflegeeltern das Erleben des Scheiterns ersparen und eine spätere Wiederaufnahme des Kontaktes ermöglichen. Dem Pflegekind bliebe der

Rückhalt, wenn es ihn dann abrufen würde. Letztlich bedeutet das Wegbrechen des Rückhaltes langjähriger Pflegeeltern eine erneute Entwurzelung des Jugendlichen, die sich dann häufig in dem was folgt, manifestiert, nämlich nur noch weitere Abbrüche und Wechsel.

Die Möglichkeit, auf die Pflegefamilie wieder zurück zu greifen, sobald es die Entwicklung wieder zulässt, dürfte auch wirtschaftlich günstiger ausfallen als die ansonsten meist nachfolgende Odyssee in die Entwurzelung mit Intensiv- und Individualmassnahmen im Ausland.

Die wichtigste Frage liegt in dieser Situation nämlich gar nicht darin, wo und wie der Jugendliche in allernächster Zeit betreut wird, sondern darin, wie dem Jugendlichen seine bisherigen Sicherheiten erhalten werden können, auch wenn sich die Betreuungssituation, vielleicht ja nur zeitlich begrenzt, aufgrund angestiegener Anforderungen verändern muss. Bindung ist teilbar. Teilbar mit einem neuen Betreuungssetting und auch teilbar mit der Herkunftsfamilie. Bindung muß nicht da wohnen heißen.

Bindungserhaltende Arbeit in der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie würde bedeuten, dem Jugendlichen seine Pflegefamilie zu erhalten, wenngleich vorübergehend vielleicht auch nicht als Lebensmittelpunkt. Warum sollte eine Pflegefamilie nicht, analog zu einem Kind, das ursprünglich bei leiblichen Eltern gelebt hat und in eine Einrichtung der Jugendhilfe wechselt, auch für ein Pflegekind sein „zu Hause“ bleiben können, wo es in den Ferien hinfahren kann, sein Zimmer und seine wichtigsten Bezugspersonen hat ?

Auch wenn die Lebenssituation noch mal grundlegend geändert werden müsste, weil das Pflegeverhältnis vollständig zerrüttet ist, sollte ein planvoller und geordneter Übergang in eine neue stabile Bindungssituation konstruktiv gestaltet werden. Dabei werden häufig zusätzliche Ressourcen bis hin zur vorübergehenden Fremdunterbringung in einer intensivpädagogischen Einrichtung der Jugendhilfe notwendig.

### **Krisenintervention bei älteren Heimkindern**

Auch Kinder oder Jugendliche, die im Rahmen der Jugendhilfe untergebracht sind, kommen nicht selten als Krisenaufnahmen nach selbst- oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen in stationäre Behandlung. Oft stellt sich alsbald heraus, dass das Betreuungssetting für die Betreuung dieses Jugendlichen derzeit nicht ausreicht, weil es sich z.B. um eine Regeleinrichtung der Jugendhilfe mit 10 oder 11 Gruppenmitgliedern und einem Betreuer im Dienst handelt und der Jugendliche mindestens streckenweise am Tag eine 1 : 1 Betreuung benötigen würde, um emotional im Gleichgewicht bleiben zu können, und zwar ohne dass er Störverhalten starten muss, um die Betreuung einzufordern, eine Anforderung, die in dem gegebenen Setting illusorisch ist. Gebraucht würde eigentlich eine Intensivbetreuung mit 6 Gruppenmitgliedern und zwei Betreuern im Dienst.

Auch wir in Marsberg haben noch vor einigen Jahren vielfach Kinder und Jugendliche aufgenommen und bei Überforderung des aktuellen Settings sofort und ohne weiteres Nachfragen einen Settingswechsel empfohlen. Das tun wir nur noch in ganz wenigen Ausnahmefällen von Nichtpassung. Stattdessen überlegen wir, wo im Einzelnen die Überforderung des Kindes/ Jugendlichen bzw. der Betreuungspersonen liegt und suchen Wege für einen Ausgleich im aktuellen Setting. Bindungserhaltendes Arbeiten bedeutet an dieser Stelle eben nicht 3 Monate KJP und dann Wechsel der Jugendhilfeeinrichtung, was sogar zwei Bezugspersonenwechsel bedeuten würde, sondern, die aktuelle Jugendhilfeeinrichtung durch zusätzliche Angebote wie z.B. in Form von Fachleistungsstunden und ambulante unterstützende Therapie in die Lage zu versetzen, mit dem Kind oder Jugendlichen weiter zu arbeiten und die stationäre Klinikphase im Rahmen der Krisenintervention oder der stationären Behandlung zu nutzen, aber nur, wenn die Einrichtung den Jugendlichen weiter betreut und an der Behandlung mit arbeitet.

Wir stehen als Klinik bei Kindern und Jugendlichen mit Extremverhaltensweisen gern auch

kriseninterventorisch im Rahmen eines individuell möglichst vorher vereinbarten Krisenkonzepts zur Verfügung. Das bedeutet, dass ein von der Klinik betreutes Kind oder Jugendlicher im Falle einer kurzfristig entstandenen Krise noch am gleichen Tag eine ambulante Krisenintervention, in der die Situation geklärt wird oder eine kurze „Auszeit“ in der Klinik haben kann. Dadurch wird dann der Verbleib des Jugendlichen in der Jugendhilfeeinrichtung oder in der Pflegefamilie eben gerade nicht infrage gestellt, sondern gestützt. Wenn ein Betreuungssetting sich als nicht hinreichend tragfähig erweist, sollte es zwischenzeitlich personell aufgestockt werden.

Eine andere Form der Unterstützung besteht in der Möglichkeit von Intervallbehandlungen. Kinder oder Jugendliche bekommen die Zusage, in bestimmten Abständen für einen begrenzten Zeitraum in die Klinik zu kommen, um hier verschiedene Behandlungsaufträge zu erfüllen. Das könnte z.B. eine fraktionierte Traumatherapie oder der Erwerb von Skills gegen Selbstverletzungen sein oder eine medikamentöse Umstellung oder auch eine erneute affektive Stabilisierung nach einer Phase, in der das Kind sich in der Normalität bewähren mußte. Manchmal nennen wir das auch „Boxenstopp“.

### **Stationäre Therapie mit geplantem Behandlungsauftrag**

Bei geplanten Behandlungsepisoden mit Zielauftrag kann es um die Behandlung umschriebener Probleme gehen, wie z.B. Dialektisch behaviorale Therapie (DBT) bei selbstverletzendem Verhalten, Depressionsbehandlung, ADHS-Diagnostik, und -behandlung und medikamentöse Einstellung, Enkopresis-Behandlung, Abbau sozialphobischen Verhaltens, Abbau von Zwängen, Magersuchtsbehandlung, Wiederaufbau von Schulfähigkeit oder Training/ Aufbau sozialer Kompetenzen, oder um die Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung.

### **Ambulante Weiterbetreuung**

Kinder und Jugendliche kommen aber auch später bei Krisen oder auch während ambulanter kontinuierlicher Betreuung im Verlauf immer wieder mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berührung. Viele Kinder und Jugendliche, ob sie nun in Einrichtungen der Jugendhilfe leben oder in Pflegefamilien, sind langfristig störungsanfällig und benötigen eine kontinuierliche psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung. Diese kann über Ambulanzen oder über niedergelassene Sozialpsychiatrie-Praxen angeboten werden. Hier kann ggfs. auch eine medikamentöse Behandlung durchgeführt und kontinuierlich optimiert werden. Die Anbindung erfolgt möglichst an eine Therapeutenperson, die das Kind/ den Jugendlichen schon lange kennt. Personelle Konstanz ist hier wichtig, weil sich auch hier so etwas wie Bindung aufbauen kann und soll. Therapie ist tatsächlich hauptsächlich langfristig und ambulant möglich und sinnvoll.

### **Ausblick**

- Pflegeeltern, Mitarbeiter in Jugendämtern und Familienrichter sollten weiter für Traumafolgestörungen und Bindungsprobleme sensibilisiert werden
- sekundärpräventive und therapeutische Angebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche sollten weiter ausgebaut werden
- psychosoziale Hilfssysteme für Pflegekinder sollten besser vernetzt arbeiten als bisher
- Jugendhilfe und KJP sollten mit bindungserhaltendem Schwerpunkt arbeiten
- KJP sollte Pflegekinderambulanzen mit hoher personeller Konstanz einrichten („Fachmann für Pflegekinder“)