

Titel:

Traumatisierung und psychische Auffälligkeiten bei Pflegekindern

Autoren:

Oswald, S.H., Goldbeck, L.

Manuskript

eingereicht bei der Zeitschrift „Trauma und Gewalt“

Traumatisierung und psychische Auffälligkeiten bei Pflegekindern

Zusammenfassung:

Pflegekinder haben häufig Vorerfahrungen wie häusliche Gewalt, Vernachlässigung, körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch erlebt und sind darüber hinaus von anderen Risikofaktoren betroffen, die das Risiko für die Entwicklung von Entwicklungsauffälligkeiten und psychischen Störungen erhöhen. Aufgrund der wenig transparenten Vorgeschichte, des erweiterten sozialen Netzwerkes und der häufig komplexen Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten werden die psychiatrische und psychologische Diagnostik und Behandlung erschwert. In diesem Artikel wird auf die biologischen und psychosozialen Risikofaktoren, die Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten und die besonderen Rahmenbedingungen in Diagnostik und Behandlung bei Pflegekindern eingegangen. Es wird beispielhaft eine Fallvignette zur Darstellung der Komplexität der Vorgeschichte von Pflegekindern dargestellt.

Schlüsselbegriffe: Pflegekinder, Trauma, Risikofaktoren, Psychopathologie, Behandlung

1. Einleitung

Pflegekinder haben in ihren Herkunftsfamilien häufig massiv angstbesetzte Situationen, wie z.B. häusliche Gewalt, Vernachlässigung, körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch durchlebt, die eine Fremdunterbringung erforderlich machten. Häufig erstrecken sich diese Erlebnisse über mehrere Jahre, bevor sie von der Öffentlichkeit wahrgenommen und Unterstützungsmaßnahmen eingeleitet werden. Eine Fremdplatzierung wird erst dann entschieden, wenn ambulante Jugendhilfemaßnahmen nicht ausreichend erscheinen. Im Jahr 2006 wurden in Deutschland 10200 Kinder Vollzeit in Pflegefamilien untergebracht, davon waren 2700 Kinder jünger als drei Jahre (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2007). In 2250 Fällen (22%) erfolgte die Unterbringung nach einer familiengerichtlichen Entscheidung, was darauf hinweist, dass das Wohl des Kindes oder Jugendlichen in der Herkunftsfamilie bzw. der vorherigen Unterbringungsform gefährdet war.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass die Vorgeschichte von Pflegekindern den helfenden Institutionen häufig wenig transparent bleibt und somit konkrete, nachverfolgbare Informationen zu möglichen traumatisierenden Ereignissen fehlen, weil z.B. Dokumentationslücken in der Jugendhilfe zu beklagen sind, aufgrund von Wohnortswechseln verschiedene Jugendämter zuständig waren, häufige Bezugspersonenwechsel stattgefunden haben oder ein Kind vor Unterbringung in der gegenwärtigen Pflegefamilie bereits in anderen Pflegefamilien und/oder Einrichtungen untergebracht war. In einigen Fällen besteht kein Kontakt mehr zu den leiblichen Eltern, so dass keine direkten Informationen zur Entwicklungsgeschichte erhoben werden können. In anderen Fällen werden die leiblichen Eltern nicht in die Behandlung eingebunden, weil sie z.B. weit entfernt leben, oder kein Interesse daran zeigen. Die Kinder selbst waren zur Zeit ihrer Traumatisierung häufig zu jung, um später darüber berichten zu können; manchmal verfügen sie über bruchstückhafte Erinnerungen, die jedoch durch Vermeidungstendenzen oder wegen fortbestehender

Loyalitätsbindungen an ihre leiblichen Eltern ungern abgerufen oder mitgeteilt werden. Zur Erhebung einer detaillierten Trauma-Anamnese ist es daher erforderlich Informationen verschiedener Quellen im Rahmen einer umfassenden Fremdanamnese zu integrieren.

Aufgrund der wenig transparenten Vorgeschichte, vieler Bezugspersonenwechsel und unzureichender Wahrnehmung der Gesundheitsfürsorge durch die mitunter noch sorgeberechtigten Eltern werden Pflegekinder häufig nicht rechtzeitig in der Psychiatrie oder beim Kinderpsychotherapeuten vorgestellt. Dabei haben Pflegekinder aufgrund von zahlreichen Risikofaktoren ein höheres Risiko für die Entwicklung von Entwicklungsauffälligkeiten und psychischen Störungen, insbesondere mit externalisierender Symptomatik (Sawyer, Carbone, Searle et al., 2007; Kalland, Sinkkonen, Gissler et al., 2006; Pilowsky, 1995; Chernoff, Combs-Orme, Risley-Curtiss et al., 1994). Risikofaktoren können eine genetische Vorbelastung für psychische Störungen, Risikoverhalten während der Schwangerschaft (z.B. Konsum von Alkohol, Drogen, und Medikamenten durch die Mutter), Komplikationen während der Geburt und Belastungsfaktoren in der Umgebung wie unzureichende Versorgung und Zuwendung nach der Geburt, dysfunktionale Familienbeziehungen, potentiell traumatisierende Erfahrungen etc. sein.

Ziel dieses Übersichtsartikels ist die Darstellung der besonderen Entwicklungsumstände und psychopathologischen Auffälligkeiten von Pflegekindern, wie auch der Faktoren, die die Diagnostik und Behandlung von Pflegekindern erschweren können. Anhand einer Fallvignette soll die Komplexität der Lebensumstände von Pflegekindern beispielhaft näher gebracht werden.

Fallvignette

Julia ist zwölf Jahre alt und wird aufgrund von extremer Distanzlosigkeit, Alpträumen, Ängsten in Bezug auf ihre leibliche Mutter, gedanklicher Abwesenheit, Flashbacks, großer

Angst vor dem Einschlafen und aggressiven Durchbrüchen vorgestellt. Sie lebt seit vier Jahren bei der aktuellen Pflegefamilie und hat seit zwei Jahren keinen Kontakt zur allein sorgeberechtigten leiblichen Mutter. Immer wieder hat sie heftige Wutausbrüche, bei welchen sie schreit, um sich schlägt, außer sich und nicht zu kontrollieren ist. Julia fällt schon immer durch ein extrem distanzloses, sexualisiertes Kontaktverhalten, vor allem fremden Männern gegenüber, auf. Vor mehreren Monaten wurde sie von mehreren Klassenkameraden sexuell belästigt. Der Pflegemutter ist bekannt, dass Julia von ihrer Mutter körperlich misshandelt und vernachlässigt wurde. Julia spricht ihre Mutter hierfür von Verantwortung frei, weil diese tablettenabhängig war. Sie gibt an ihre Mutter und ihre Brüder zu vermissen und sich Kontakt zu diesen zu wünschen.

Aus den Hilfeplanprotokollen des zuständigen Jugendamtes ist zu entnehmen, dass das Jugendamt nach mehreren Hinweisen eines Nachbarn auf die Familie aufmerksam wurde. Zu diesem Zeitpunkt hat die leibliche Mutter seit mehreren Jahren an Panikattacken gelitten und wurde medikamentös behandelt. Nach Angaben der Mutter wurde sie von diesen Medikamenten abhängig. Sie wurde mehrmals stationär behandelt; in der siebten Schwangerschaftswoche mit Julia erfolgte eine Entgiftung. Während der weiteren stationären Aufenthalte wurden die Kinder von ihrem leiblichen Vater betreut. Später stellte die Mutter fest, dass dieser die Kinder bei verschiedenen Personen untergebracht hatte. Julia sei bereits mit zweieinhalb Jahren durch ein distanzloses und sexualisiertes Kontaktverhalten aufgefallen. Aufgrund des Verdachts auf einen sexuellen Missbrauch erfolgte eine gynäkologische Untersuchung; hierbei ließ sich kein auffälliger körperlicher Befund erheben. Zur Unterstützung der Mutter in der Erziehung wurden zunächst ambulante Jugendhilfemaßnahmen installiert. Nach einer Eskalation wurde die 2jährige Julia mit ihrem Bruder zunächst bei ihren Großeltern und anschließend in einem Kinderheim untergebracht. Anderthalb Jahre später wurde die stationäre Jugendhilfemaßnahme durch die Mutter

abgebrochen und es wurden ambulante Hilfen in der Erziehung durchgeführt. Bei einer weiteren stationären Behandlung der Mutter wurden die Kinder in einer Bereitschaftspflegefamilie und anschließend in einer regulären Pflegefamilie untergebracht. Anschließend wurden die Kinder erneut zur Mutter zurückgeführt; zwei Jahre später erfolgte ihre dauerhafte Unterbringung in der aktuellen Pflegefamilie. Da die leibliche Mutter mehrmals den Wohnort wechselte, waren im Verlauf verschiedene Jugendämter zuständig, so dass die besonderen Umstände der Vorgeschichte nicht klar erfassbar sind.

- hier Abbildung 1 einfügen -

2. Biologische und psychosoziale Risikofaktoren und damit verbundene Entwicklungsauffälligkeiten

Pflegekinder weisen nach retrospektiven Untersuchungen häufig bereits von kleinauf einen beeinträchtigten Gesundheitszustand auf. So zeigen sich gehäuft auffällige Geburtsparameter wie ein geringeres Geburtsgewicht, eine geringere Körperlänge bei Geburt und geringere Lebensfrische (APGAR-Werte) (Kalland et al., 2006). Das Geburtsgewicht liegt verglichen mit der Bevölkerungsnorm signifikant häufiger unter 2500 g, und die Pflegekinder werden häufiger vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren. Die Mütter der in Pflege gegebenen Kinder waren bei der Geburt ihres Kindes jünger, häufiger alleinerziehend (26.1% vs 5.8%) und hatten häufiger während der Schwangerschaft geraucht als die Mütter der Vergleichsgruppe (55.8% vs 14.9%).

Weitere relevante Risikofaktoren sind der prä- und/oder postnatale Alkohol- oder Substanzkonsum wie auch psychische Störungen der leiblichen Eltern. In den USA wurde bei

leiblichen Eltern von Pflegekindern in 51.7% der Fälle Substanzmissbrauch, bei 34.3% Alkoholabusus und bei 20 % eine psychische Störung festgestellt (Chernoff et al., 1994). Substanzmissbrauch der Eltern ist in den USA eine der häufigsten Ursachen für die Fremdunterbringung von Kindern. Im Jahre 2004 berichtete das National Center on Addiction and Substance Abuse der Columbia Universität (2004), dass sieben von zehn misshandelten oder vernachlässigten Kindern substanzabhängige Eltern hatten.

Pflegekinder sind folglich bedeutend häufiger von den Folgen mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft betroffen. Während in der Allgemeinbevölkerung ein bis drei von 1000 Kindern das fetale Alkoholsyndrom aufweisen, wird bei Pflegekindern eine Prävalenz von 10 bis 15/1000 geschätzt (Astley, Stachowiak, Clarren et al., 2002). Darüber hinaus zeigt eine hohe Anzahl von Pflegekindern, die nicht alle Kriterien des fetalen Alkoholsyndroms erfüllen, strukturelle oder neurologische Hirnschäden in Folge des mütterlichen Alkoholkonsums. Pränatale Alkoholexposition wird mit einem geringen Geburtsgewicht, Gesichtsdysmorphie und kognitiver Beeinträchtigung in Zusammenhang gebracht (Coles, 1993). Geistige Behinderung ist eine der Hauptspätfolgen von intrauteriner Alkoholexposition (Chiriboga, 2003).

Ebenfalls sehr häufig ist der Missbrauch anderer psychotroper Substanzen von Müttern späterer Pflegekinder während der Schwangerschaft; bei einer in den USA durchgeführten Studie hatten die Mütter von 44.1% der untersuchten Pflegekinder während der Schwangerschaft Drogen konsumiert (McNichol, 1999). Intrauterine Exposition zu psychotropen Substanzen hat in Abhängigkeit der Substanzart und der Dauer des Konsums weitreichende Folgen auf die körperliche Entwicklung (unter anderem Wachstumsverzögerung, Beeinträchtigung der Hirnentwicklung, neurologische und vaskuläre Auffälligkeiten), die kognitive, motorische und sprachliche Entwicklung und das Verhalten der Kinder (z.B. kurze Aufmerksamkeitsspanne, Impulsivität, aggressives Verhalten, Fütter-

und Schlafstörungen). Bei Kindern mit intrauteriner Opiatexposition (z.B. Heroin, Methadon) werden postpartal Entzugssymptome beobachtet, die das zentrale und autonome Nervensystem und die gastrointestinalen Funktionen betreffen.

Über diese pränatalen Risikofaktoren hinaus können massive materielle und emotionale postnatale Vernachlässigung und mangelnde Förderung der Kinder ebenfalls zu Entwicklungsverzögerungen, kognitiven Defiziten und Wachstumsverzögerungen führen (Rutter & English and Romanian adoptees (ERA) study team, 1998). Vernachlässigte Kinder können aufgrund der mangelnden emotionalen und nutritiven Versorgung und damit einhergehenden Ernährungsmängeln einen psychosozial bedingten Minderwuchs aufweisen, wobei nach einer adäquaten Versorgung und Fürsorge in einer Pflegefamilie ein deutlicher Wachstumsschwung beobachtet werden kann (Oliván, 2003). Untersuchungen von rumänischen Waisenkindern, die im Kinderheim wenig Förderung und Fürsorge und nur die Minimalversorgung erhielten, fanden bei diesen Kindern zum Zeitpunkt der Adoption durch Familien in England eine kleinere Körpergröße (2.37 Standardabweichungen unter der Altersnorm; 51% unter der dritten Perzentile), ein geringeres Körpergewicht (1.95 Standardabweichungen unter der Altersnorm) und einen kleineren Kopfumfang (2.14 Standardabweichungen unter der Altersnorm) im Vergleich zu Altersnorm der britischen Bevölkerung (Rutter & English and Romanian adoptees (ERA) study team, 1998). Darüber hinaus wiesen die Kinder auf der Denver-Skala Entwicklungsrückstände auf, wobei 59% der Kinder eine deutliche Retardierung und 15% eine leichte Retardierung zeigten. Nach Adoption und dem Wechsel in eine fürsorgliche und fördernde Umgebung wurden Fortschritte im Wachstum, in der Entwicklung und der kognitiven Leistungsfähigkeit beobachtet. Die rumänischen Kinder, die vor dem sechsten Lebensmonat adoptiert worden waren, näherten sich mit vier Jahren dem Entwicklungsstand und der kognitiven

Leistungsfähigkeit von vierjährigen Kindern an, die innerhalb Englands adoptiert worden waren, während die rumänischen Kinder, die zwischen dem sechsten und 24. Lebensmonat adoptiert worden waren, im Vergleich weiterhin niedrigere Werte aufwiesen. Je jünger die Kinder zum Zeitpunkt der Adoption waren, umso höher war ihre kognitive Leistungsfähigkeit im Alter von vier Jahren.

Trotz guter Prognosen bei einem frühen Wechsel in eine fürsorgliche und fördernde Umgebung werden in Deutschland Kinder immer häufiger in einem späteren Lebensalter fremd untergebracht, nachdem sie vielfach vor der Fremdunterbringung bereits ineffektive ambulante erzieherische Hilfen erhalten hatten. Die Gefährdungslage der Kinder ist für die zuständigen Jugendämter häufig nicht eindeutig und sicher einschätzbar, so dass in den meisten Fällen erst nach Scheitern ambulanter Hilfen eine stationäre Unterbringung der Kinder und Jugendlichen erfolgt. Laut dem statistischen Bundesamt waren am 31.12.2005 47517 Kinder und Jugendliche in Vollzeitpflege in einer anderen Familie untergebracht (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2008). Davon waren 1.7% unter einem Jahr alt, 6.4% zwischen ein und drei Jahre alt, 14.5% zwischen drei und sechs Jahre alt, 17.5% zwischen sechs und neun Jahre alt, 18.2% zwischen neun und zwölf Jahre alt, 20.6% zwischen zwölf und fünfzehn Jahre alt und 21% zwischen fünfzehn und achtzehn Jahre alt. Von den 10200 Kindern und Jugendlichen, die im Jahre 2006 in Vollzeitpflege untergebracht wurden, hatten 78% zuvor eine ambulante erzieherische Hilfe erhalten (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2007).

- hier Abbildung 2 einfügen –

3. Psychopathologische Auffälligkeiten bei Pflegekindern

Häufig fallen Pflegekinder durch störende Verhaltensweisen wie Aggressivität, Regelverletzungen, Verweigerung, exzessive motorische Unruhe und massive Konzentrationsschwierigkeiten auf, die das Zusammenleben in der Pflegefamilie belasten und zu sozialen Integrationsschwierigkeiten unter Gleichaltrigen führen. Viele dieser Verhaltensauffälligkeiten weisen auf eine frühe emotionale und soziale Deprivation hin. Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten hingegen, wie z.B. depressive, posttraumatische oder Angstsymptome fallen weniger auf, da sie sich weniger negativ auf das Zusammenleben auswirken. Insgesamt weisen Pflegekinder mehr psychopathologische Auffälligkeiten auf als Kinder aus Normalfamilien, wobei externalisierende Verhaltensstörungen wie Störungen des Sozialverhaltens besonders häufig auftreten (Pilowsky, 1995). Pflegekinder mit Verhaltensauffälligkeiten, vor allem jene mit externalisierenden Störungen, erleben häufiger Pflegefamilienwechsel als psychopathologisch weniger auffällige Pflegekinder (Barber, Delfabbro, & Cooper, 2001).

Bei einer in Australien durchgeführten Untersuchung beschrieben die Pflegeeltern signifikant mehr externalisierende und internalisierende Verhaltensauffälligkeiten bei den Pflegekindern als die Eltern von Kindern aus der Allgemeinbevölkerung (Sawyer et al., 2007). Die Pflegekinder selbst gaben in einer Selbstbeschreibung signifikant mehr Aufmerksamkeitsprobleme, soziale Probleme, delinquentes und aggressives Verhalten, depressive Symptome und Suizidversuche an. Eine in Schweden durchgeführte registerbasierte Analyse fand bei 13-17jährigen Pflegekindern signifikant häufiger stationäre Behandlungen aufgrund von Suizidversuchen (vier bis fünf Mal häufiger) und psychiatrischen Erkrankungen (fünf bis acht Mal häufiger) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Pflegekinder wurden vier bis fünf Mal häufiger aufgrund von psychotischen und drei bis vier Mal häufiger aufgrund von depressiven Störungen stationär behandelt (Vinnerljung, Hjern, & Lindblad, 2006).

In einer ausführlichen Literaturrecherche war nur eine Studie auffindbar, die bei Pflegekindern die Prävalenz posttraumatischer Belastungsstörungen untersucht hat. Diese in den USA durchgeführte Studie zu posttraumatischen Belastungsstörungen bei Pflegekindern erfasste eine bedeutend hohe Anzahl von Kindern, die in Folge schwer belastender Ereignisse eine PTBS entwickelte (Dubner & Motta, 1999). Pflegekinder, die sexuellen Missbrauch erlebt hatten, wiesen zu 64% eine PTBS auf. Von den Pflegekindern, die körperliche Misshandlung erlebt hatten, entwickelten 42% eine PTBS. Von den Pflegekindern, bei denen weder sexueller Missbrauch noch körperliche Misshandlung bekannt waren, zeigten 18% eine PTBS. Dieser Befund könnte damit zusammenhängen dass andere belastende Erlebnisse, z.B. Vernachlässigung oder Erleben von häuslicher Gewalt etc., vorhanden waren, die ebenfalls zur Entwicklung einer PTBS führen können.

In der klinischen Arbeit beobachtet man bei Pflegekindern darüber hinaus häufig Bindungsstörungen, die in Kombination mit disruptiven Verhaltensauffälligkeiten das Pflegeverhältnis massiv beeinträchtigen können und eine regelmäßige Beratung und Unterstützung der Pflegeeltern erforderlich machen. Aufgrund der komplexen Diagnostikprozedur und der fehlenden Klarheit bezüglich der spezifischen Diagnostikkriterien von Bindungsstörungen gibt es bislang wenige Forschungsvorhaben zur Prävalenz dieses Störungsbildes. Zeanah, Scheeringa und Boris et al. (2004) fanden bei einer retrospektiven Befragung von Fachpersonen (Psychiater, Psychologen und klinische Sozialarbeiter) zum Verhalten misshandelter Pflegekinder aus den USA, die zwischen dem zehnten und 47. Lebensmonat in einer Pflegefamilie untergebracht worden waren, bei 35% der Pflegekinder eine reaktive Bindungsstörung und bei 22% eine Bindungsstörung mit Enthemmung. Interessanterweise erfasste man bei 17% der Pflegekinder Symptome beider Typen von Bindungsstörung.

Die bereits zuvor erwähnte Untersuchung von rumänischen Waisenkindern zeigte, dass 20.7% der Kinder bei Adoption Bindungsprobleme, 25.3% Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität und 12.1% quasi-autistische Verhaltensmerkmale aufwiesen (Rutter, Kreppner, & O'Connor, 2001). Hierbei zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer der Heimunterbringung und der Ausprägung der Auffälligkeiten. Eine Langzeituntersuchung, die diese Kinder mit vier und sechs Jahren im Hinblick auf das Bindungsverhalten untersuchte, konnte zeigen, dass die Symptomatik der Kinder mit Bindungsstörung über diesen Zeitraum stabil blieb (O'Connor, Rutter, & English and Romanian adoptees (ERA) study team, 2000). Ernsteren Formen der Bindungsstörung traten signifikant häufiger bei jenen Kindern auf, die erst mit 24 bis 42 Monaten adoptiert wurden. Diese Untersuchungen weisen erneut darauf hin, dass Kinder, die früh aus einer psychosozial gefährdenden Umgebung in ein fürsorgliches Milieu wechseln, eine positivere Prognose haben als Kinder, die einer chronischen Belastungssituation ausgesetzt sind.

4. Neurobiologische Folgen von Traumata

Traumatische Erfahrungen können zu anatomischen und neuroendokrinen Veränderungen des sich entwickelnden Gehirns führen. De Bellis, Keshavan, & Clark et al. (1999) zeigten, dass misshandelte und vernachlässigte Kinder und Jugendliche mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kleinere intrakranielle und cerebrale Volumina aufweisen. Auch bei Kontrolle des intrakraniellen Volumens beobachteten sie, dass das gesamte mittelsagittale Areal des Corpus Callosum und die mittlere und hintere Region bei diesen Kindern kleiner sind, während die rechten, linken und die gesamten lateralen Ventrikel proportional größer sind. Je früher das Kind das traumatische Ereignis durchlebte und je länger die Traumaeinwirkung war, desto größere hirnanatomische Veränderungen wurden festgestellt. Es wurde ein Zusammenhang zwischen diesen hirnanatomischen Besonderheiten

und den für eine PTBS charakteristischen Symptomen wie intrusiven Gedanken, Vermeidung, erhöhter psychischer Erregung und Dissoziation gefunden.

Darüber hinaus können sich traumatisierende Ereignisse langfristig auf die Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse auswirken und die Ausschüttung des Hormons Cortisol und der damit verbundenen Stressreaktion beeinflussen. Bei Pflegekindern fand man im Vergleich zu Kindern, die bei ihren leiblichen Eltern leben, dreißig Minuten nach dem morgendlichen Erwachen signifikant niedrigere Speichelcortisolwerte, wobei sich beide Gruppen hinsichtlich der Werte am Nachmittag und am Abend nicht unterschieden (Dozier, Manni, Gordon et al., 2006). Pflegekinder wiesen signifikant häufiger niedrige (38%) oder hohe (18%) Cortisolwerte auf als die Vergleichsgruppe (14% und 11%). Es konnte beobachtet werden, dass sich der circadiane Rhythmus der Cortisolausschüttung bei massiv verhaltensauffälligen Pflegekindern, die aufgrund ihres Verhaltens an einem umfassenden Interventionsprogramm für Pflegekinder (EIFC (early intervention foster care): intensives Training der Pflegeeltern, verhaltenstherapeutische Behandlung der Kinder, Unterstützung der Pflegeeltern, familientherapeutische Arbeit mit den leiblichen Eltern etc.) teilnahmen, im Verlauf der zwölfwöchigen Behandlung an den circadianen Rhythmus von nicht-misshandelten Kindern aus der Allgemeinbevölkerung anglich (Fisher, Gunnar, Chamberlain et al., 2000). Während die Pflegekinder vor Behandlungsbeginn vom frühen Morgen bis um zehn Uhr morgens zunächst einen Abfall ihres Cortisolspiegels zeigten und im Anschluss einen leichten Anstieg des Spiegels bis zum Abend, konnte nach der Behandlung ein normaler kontinuierlicher Abfall des Cortisolspiegels von morgens bis abends gemessen werden. Diese Befunde weisen darauf hin, dass psychosoziale Interventionen einen Einfluss auf die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse haben können, und dass umfassende, spezielle Interventionsprogramme für Pflegekinder das Stressniveau und die physiologische Erregung im Verlauf reduzieren können.

5. Retraumatisierung von Pflegekindern

In die Öffentlichkeit gelangte Daten und Fallbeispiele aus den USA zeigen, dass Kinder, die zu ihrem Wohl aus ihrer Herkunftsfamilie herausgenommen und in einer Pflegefamilie untergebracht wurden, auch in der Pflegefamilie wiederholt Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch erleben können (Marzick, 2007). In Hennepin County im US-Bundesstaat Minnesota wurde 1980 ein spezifisches Verfahren eingeleitet um Beschwerden über Misshandlung und Vernachlässigung von Pflegekindern nachzugehen (Cavara & Ogren, 1983). Von Mai 1980 bis November 1981 gingen ca. 125 Beschwerden über Misshandlung und Vernachlässigung von Pflegekindern ein. Zu diesem Zeitpunkt befanden sich in diesem Landreis 570 Kinder in Pflegeverhältnissen. Während des 18-monatigen Untersuchungszeitraums wurden fünf nachgewiesene und sechs vermutete Fälle von sexuellem Missbrauch erfasst. In vielen Fällen gab es im Verhalten der Kinder keine Hinweise auf den Missbrauch – vielmehr zeigten diese Kinder seit Unterbringung in der Pflegefamilie eine deutliche Verbesserung hinsichtlich ihrer schulischen Leistungen und sozialen Integration. Weiterhin wurden acht nachgewiesene und 20 vermutete Fälle von Vernachlässigung sowie 16 nachgewiesene und 26 vermutete Fälle körperlicher Misshandlung erfasst. Insgesamt wurde ein Zusammenhang beobachtet mit dem Familienstand der Pflegemutter (46% waren allein stehend), mit dem Fehlen eigener Kinder der Pflegeeltern und mit der Dauer der Ausübung der Pflegeeltern Tätigkeit, wobei die betroffenen Pflegeeltern häufiger bereits seit längerer Zeit als Pflegeeltern tätig waren. Es wurden folgende Zusammenhänge mit der längeren Ausübung der Pflegeeltern Tätigkeit angenommen: erfahrenen Pflegeeltern werden häufiger verhaltensauffälligere Kinder zugeteilt, burn-out, weniger Unterstützung von der Pflegestellenagentur aufgrund der

Erfahrung, höhere Hemmschwelle zur Einforderung von Unterstützung und eine größere Anzahl von Pflegekindern in der Familie.

Bei einer in England durchgeführten Untersuchung wurde die Anzahl der von Pädiatern geäußerten Verdachtsfälle auf Misshandlung oder Missbrauch bei Pflegekindern erfasst. Es wurde geschätzt, dass Pädiater bei Pflegekindern sieben bis acht Mal und bei Kindern in Heimerziehung sechsmal häufiger Misshandlung bzw. Missbrauch feststellen als in der Allgemeinbevölkerung (Hobbs & Hobbs, 1999).

Ein möglicher contribuierender Faktor für diese Retraumatisierungen stellt laut einer Übersicht aus den USA die Überlastung der Jugendämter dar, die dazu führt, dass Standards bei der Auswahl und Supervision der Pflegeeltern und bei der Schulung der Sozialarbeiter nicht eingehalten werden, und dass die Sozialarbeiter in den zuständigen Dienststellen mit einer sehr hohen Falllast und einer hohen psychischen und emotionalen Belastung im Rahmen ihrer Arbeit überfordert sind (Marzick, 2007).

6. Besonderheiten in der psychiatrischen und psychologischen Diagnostik und Behandlung von Pflegekindern

Die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung dieser Kinder gestaltet sich durch das erweiterte soziale Netzwerk und vor dem Hintergrund der wenig transparenten Vorgeschichte sehr komplex. Der erste Schritt stellt die Erlangung der Einwilligung der Sorgeberechtigten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung dar. Die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist nicht, wie häufig von den Pflegeeltern vermutet, im Recht der Pflegeperson zur Entscheidung über Angelegenheiten des täglichen Lebens gemäß §1688 BGB inbegriffen, sondern bedarf einer gesonderten Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten. Häufig verbleibt das Sorgerecht bei den

leiblichen Eltern, auch wenn diese den Kontakt zu ihrem Kind längst abgebrochen haben oder etwa unbekanntem Aufenthaltsort sind.

Um Informationen zur Anamnese und familiären Vorgeschichte zu erhalten, ist es sinnvoll die leiblichen Eltern in die Diagnostik mit einzubeziehen. Ebenfalls aufschlussreich sind der Austausch mit dem früheren Haus- oder Kinderarzt oder anderen ehemaligen Behandlern, die Anforderung medizinischer Vorbefunde und Berichte des zuständigen Jugendamtes, wie auch die Kontaktaufnahme mit anderen beteiligten Institutionen (Tagesgruppen, sozialpädagogische Familienhilfen, Schule etc.). Dies gestaltet sich in den Fällen schwierig, in denen die leiblichen Eltern nicht erreichbar sind, verschiedenen Jugendämtern zuständig waren und bereits Pflegestellenwechsel stattgefunden haben. Den Pflegeeltern selbst ist die Vorgeschichte meist nicht bekannt.

Pflegeeltern beklagen häufig, dass sie bei Aufnahme des Kindes nicht über das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und über Besonderheiten seiner Vorgeschichte informiert wurden, was bei Ihnen zu Überforderung, Hilflosigkeit und Ratlosigkeit führen kann. Bei Aufnahme eines Pflegekindes verändern sich die Beziehungen und Aufgaben innerhalb der Familie, und die Pflegefamilie sieht sich mit anderen Weltbildern konfrontiert (unterschiedliche Lebensstile, Beziehungserfahrungen, sozioökonomischer Status etc.), die zu verstehen und zu integrieren sind. Im Rahmen der Behandlung des Kindes ist somit die Beratung und Unterstützung der Pflegeeltern im Umgang mit den häufig unverständlichen Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und mit dem erweiterten Beziehungsnetzwerk relevant. Bei einer subjektiv gefühlten Überforderung der Pflegeeltern sind entlastende Unterstützungsmaßnahmen angezeigt, um ein Scheitern des Pflegeverhältnisses und somit einen weiteren Beziehungsabbruch für das Kind zu vermeiden. Bei einer massiven Überlastung der Pflegeeltern kann eine kriseninterventorische, wenige Tage andauernde Unterbringung in der behandelnden Klinik hilfreich sein.

Die Diagnostik posttraumatischer Belastungssymptome gestaltet sich bei Pflegekindern teilweise dadurch schwierig, dass keine konkreten Informationen zu traumatisierenden Ereignissen vorliegen, und die Kinder zum Zeitpunkt des Ereignisses häufig noch sehr jung sind. Jüngere Kinder können sich aufgrund der entwicklungsgemäß eingeschränkten kognitiven und sprachlichen Verarbeitungsfähigkeit zum Teil nicht mehr an die Geschehnisse erinnern oder diese nicht verbal wiedergeben, so dass ihre Gefühle und Gedanken bezogen auf das Trauma schwer abzuleiten sind (Scheeringa, Zeanah, Drell et al., 1995). Dieser Entwicklungsaspekt wird bei den Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 teilweise nicht berücksichtigt, die Diagnostikkriterien beinhalten, die eine verbale Beschreibung der Erlebnisse und innerpsychischer Zustände voraussetzen, so dass Scheeringa et al. (1995) alternative Diagnosekriterien vorschlagen, die den Entwicklungsstand von Kindern berücksichtigen (Scheeringa et al., 1995).

Weiterhin können Loyalitätskonflikte bei der Diagnostik hinderlich sein, weil Traumata von Kindern verneint werden können aus Sorge ihre Eltern zu belasten und zu enttäuschen oder bei Bekanntwerden der Vorgeschichte nicht mehr zu den Eltern zurückgeführt werden zu können. Ebenfalls können durch eine bereits länger andauernde Pflegestellenunterbringung Symptome von Vermeidung und Wiedererleben schwerer erfasst werden, weil die Kinder nicht mehr mit den Angst auslösenden Reizen und Situationen konfrontiert werden. In Folge dieser Umstände und fehlender konkreter Informationen können beobachtete unspezifische Belastungssymptome (z.B. Schlafstörungen, Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Wachsamkeit etc.) häufig nicht eindeutig einer posttraumatischen Belastungsstörung zugeordnet werden.

Pflegekinder zeigen häufig komplexe Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten, die auf eine schwere Deprivation hinweisen und aufgrund ihres unspezifischen Charakters teilweise nicht eindeutig klassifizierbar sind oder sich überschneiden. Während versucht wird die

komplexe Symptomatik anhand komorbider kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen zu beschreiben und einzugrenzen, ergibt sich die Frage ob die bestehenden vielfachen Verhaltensauffälligkeiten unter einer Kategorie „Komplextrauma“ zusammengefasst werden könnten um den Folgen der chronischen und multiplen Traumatisierung der Kinder gerecht zu werden.

Im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung von Pflegekindern ist es von wesentlicher Bedeutung die verschiedenen Helfersysteme zu vernetzen und eine gemeinsame Behandlungs- und Hilfeplanung in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe einzuleiten. Auf Basis der psychiatrischen und psychologischen Diagnostik kann eine Beratung der Jugendhilfe bezüglich des Bedarfs nach pädagogischer Unterstützung und Förderung des Pflegekindes erfolgen. Ambulante Jugendhilfemaßnahmen, wie sozialpädagogische Familienhilfen, Pflegestellenbegleitung, Heilpädagogische Tagesstätten etc. können zur pädagogischen Förderung des Kindes und zur Beratung und Entlastung der Pflegeeltern und somit zur Sicherung des Pflegeverhältnisses beitragen. Empfehlenswert wäre eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung des Kindes bei oder nach Möglichkeit vor der Pflegestellenunterbringung um den Förder- und Behandlungsbedarf abzuleiten, sowie auch eine Betreuung der Pflegeeltern von Beginn des Pflegeverhältnisses an durch eine Pflegestellenbegleitung um den zusätzlichen sozialpädagogischen Unterstützungsbedarf zu überprüfen.

Im Rahmen der Behandlung eines Pflegekindes treten über die Symptombehandlung hinaus weitere Aspekte und Fragestellungen auf, die zur Herstellung eines stabilen und verlässlichen sozialen Umfeldes zu berücksichtigen sind. Häufig besteht Klärungsbedarf über den Umfang, die Gestaltung und Zuverlässigkeit der Umgangskontakte; in diesem Kontext kann die Vermittlung zwischen leiblichen Eltern, Jugendamt und Pflegeeltern notwendig sein. Pflegekinder können, wie in der Fallvignette dargestellt, trotz traumatischer Erfahrungen mit

den leiblichen Eltern durch den Beziehungsabbruch mit ihren Eltern emotional belastet sein, so dass in Absprache mit leiblichen Eltern, Jugendamt und Pflegeeltern ein realistischer Umfang an Umgangskontakten zu vereinbaren ist. Ebenso können Uneinigkeiten oder Unklarheiten bezüglich der Rückführungsperspektive bestehen, die das Kind verunsichern können und einer Regelung bedürfen.

Die Berücksichtigung dieser zahlreichen Aspekte in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ist mit einem größeren Aufwand verbunden, der über die Regelversorgung hinausgeht und nicht in allen Behandlungskontexten durchführbar ist. Ein umfassendes Behandlungskonzept für verhaltensauffällige Pflegekinder, das den besonderen Beratungs- und Behandlungsbedarf bei Pflegekindern berücksichtigt, stellt das „Multidimensional Treatment Foster Care“ (MTFC) dar, das in den USA entwickelt wurde und erfolgreich umgesetzt wird (Fisher & Chamberlain, 2000). Dieses Programm umfasst ein Elternt raining und Unterstützung für die Pflegeeltern, Familientherapie für die leiblichen Eltern, ein Skills Training und supportive Therapie für die Kinder, schulbezogene verhaltenstherapeutische Interventionen und Lernhilfen und bei Bedarf eine psychiatrische Untersuchung und medikamentöse Behandlung.

Zusammenfassend haben Pflegekinder aufgrund der zahlreichen Risikofaktoren und der häufigen Erfahrung von häuslicher Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch ein höheres Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen. Sie weisen im Vergleich zu anderen Kindern mehr Verhaltensauffälligkeiten auf, und ihre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erfordert die Berücksichtigung und Einbeziehung ihrer Vorerfahrungen und ihres erweiterten Beziehungsnetzwerkes. Aufgrund der komplexen und wenig transparenten Vorgeschichte sollten Informationen verschiedener Quellen hinzugezogen werden. In die Behandlung des Pflegekindes sind die verschiedenen

Bezugspersonen und Institutionen im Sinne einer Vernetzung mit einzubeziehen. Zur umfassenden Unterstützung und Förderung des Pflegekindes sind eine enge Zusammenarbeit und ein Austausch zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe sinnvoll.

Trauma and psychopathology in foster children

Summary:

Foster children often witnessed violence or experienced neglect, abuse or maltreatment in their biological family and were exposed to several other risk factors that increase the risk for developmental or psychological disorders. Psychiatric and psychological diagnostic and treatment of these children are complicated by scarce information about their life-history, their expanded social network and presence of complex developmental and behaviour disorders. This article gives an overview about biological and psychosocial risk factors, developmental and behaviour disorders and the special conditions of diagnostic and treatment in foster children. A brief case report is represented to illustrate the complexity of foster children's life-history.

Key words: foster children, trauma, risk factors, psychopathology, treatment

Kontaktadresse:

Dr. Dipl.-Psych. Sylvia Hiromi Oswald

Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Steinhövelstraße 5

89075 Ulm

Tel.: 0731-500 61636

Fax.: 0731-500 61683

E-Mail: sylvia.oswald@uniklinik-ulm.de

Literaturverzeichnis

Referenzen

- Astley, S. J., Stachowiak, J., Clarren, S. K., & Clausen, C. (2002). Application of the fetal alcohol syndrome facial photographic screening tool in a foster care population. *Journal of Pediatrics, 141*, 712-717.
- Barber, J. G., Delfabbro, P. H., & Cooper, L. L. (2001). The Predictors of Unsuccessful Transition to Foster Care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 785-790.
- Cavara, M. & Ogren, C. (1983). Protocol to Investigate Child Abuse in Foster Care. *Child abuse and neglect, 7*, 287-295.
- Chernoff, R., Combs-Orme, T., Risley-Curtiss, C., & Heisler, A. (1994). Assessing the Health Status of children Entering Foster Care. *Pediatrics, 93*, 594-601.
- Chiriboga, C. A. (2003). Fetal Alcohol and Drug Effects. *The Neurologist, 9*, 267-279.
- Coles, C. D. (1993). Impact of Prenatal Alcohol Exposure on the Newborn and the Child. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 2*, 255-266.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., Frustaci, K., & Ryan, N. D. (1999). Developmental Traumatology Part II: Brain Development. *Biological Psychiatry, 45*, 1271-1284.
- Dozier, M., Manni, M., Gordon, M. K., Peloso, E., Gunnar, M. R., Stovall-McClough, K. C., Eldreth, D., & Levine, S. (2006). Foster Children's Diurnal Production of Cortisol: An Exploratory Study. *Child Maltreatment, 11*, 189-197.

- 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.
- Fisher, P. A. & Chamberlain, P. (2000). Multidimensional Treatment Foster Care: A Program for intensive parenting, family support and skill building. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, 155-164.
- Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (2000). Preventive Intervention for Maltreated Preschool Children: Impact on Children's Behavior, Neuroendocrine Activity, and Foster Parent Functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1356-1364.
- Hobbs, G. F. & Hobbs, C. J. (1999). Abuse of children in foster and residential care. *Child abuse and neglect*, 23, 1239-1252.
- Kalland, M., Sinkkonen, S., Gissler, M., Meriläinen, J., & Siimes, M. (2006). Maternal smoking behavior, background and neonatal health in Finnish children subsequently placed in foster care. *Child abuse and neglect*, 30, 1037-1047.
- Marzick, A. M. (2007). The Foster Care Ombudsman: Applying an International Concept to Help Prevent Institutional Abuse of America's Foster Youth. *Family Court Review*, 45, 506-523.
- McNichol, T. (1999). The Impact of Drug-Exposed Children on Family Foster Care. *Child Welfare*, 78, 184-196.
- National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (2004). *Criminal neglect: Substance abuse, juvenile justice and the children left behind*. New York.

Oliván, G. (2003). Catch-up growth assessment in long-term physically neglected and emotionally abused preschool age male children. *Child abuse and neglect*, 27, 103-108.

O'Connor, T. G., Rutter, M., & English and Romanian adoptees (ERA) study team (2000). Attachment Disorder Behavior Following Early Severe Deprivation: Extension and Longitudinal Follow-up. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 39, 703-712.

Pilowsky, D. (1995). Psychopathology Among Children Placed in Family Foster Care. *Psychiatric Services*, 46, 906-910.

Rutter, M. & English and Romanian adoptees (ERA) study team (1998). Developmental Catch-up, and Deficit, Following Adoption after Severe Global Early Privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465-476.

Rutter, M. L., Kreppner, J. M., & O'Connor, T. G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses of profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 97-103.

Sawyer, G. M., Carbone, J. A., Searle, A. K., & Robinson, P. (2007). The mental health and wellbeing of children and adolescents in home-based foster care. *Medical Journal of Australia*, 186, 181-184.

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, 191-200.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2007). 2006: Für 10200 Kinder beginnt

Vollzeitbetreuung in Pflegefamilien. Statistisches Bundesamt Deutschland Pressestelle

[On-line]. Available: www.destatis.de

Statistisches Bundesamt Deutschland (2008). Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland -

Hilfen zur Erziehung außerhalb des Elternhauses. Statistisches Bundesamt

Deutschland Pressestelle [On-line]. Available: www.destatis.de

Vinnerljung, B., Hjern, A., & Lindblad, F. (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients - a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 723-733.

Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Trapani, J.

(2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child abuse and neglect*, 28, 877-888.

Abbildung 1:

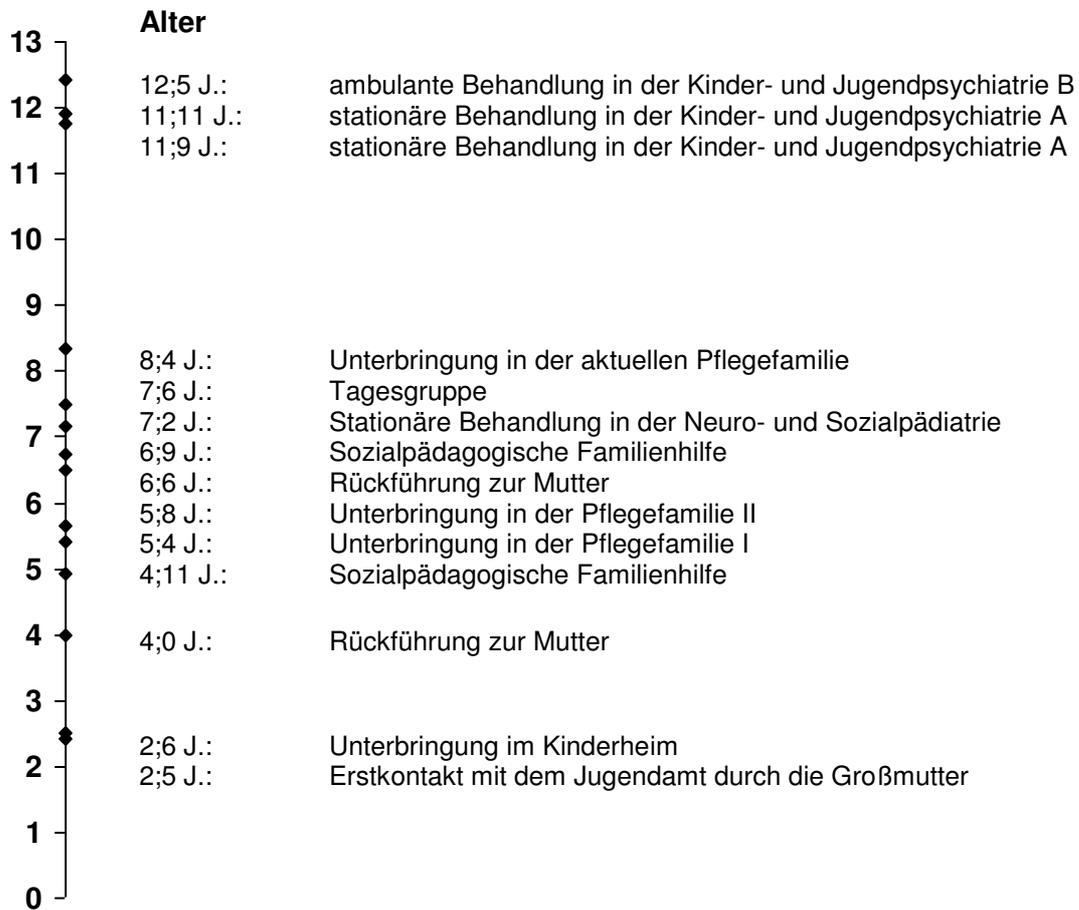


Abbildung 1: Fallvignette: ambulante und stationäre Jugendhilfemaßnahmen und kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im Verlauf

Abbildung 2:

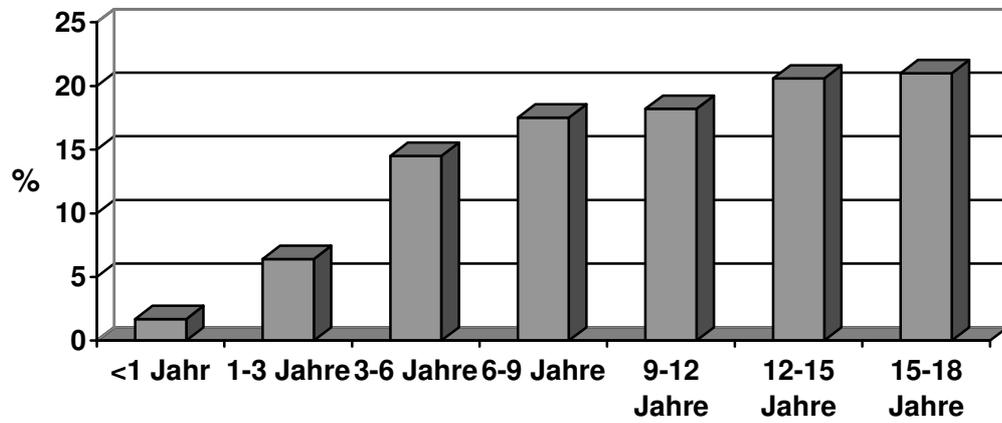


Abbildung 2: Alter der Kinder bei Pflegestellenunterbringung, (Stand 31.12.2005)

(Statistisches Bundesamt Deutschland, 2008)

Stichwörter:

Pflegekind, Risikofaktoren, Trauma, Psychopathologie, Entwicklungsauffälligkeiten,
Retraumatisierung, Diagnostik, Behandlung, Jugendhilfe, Vernetzung