



Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Trauma in der Pflegekinderhilfe

Bachelorarbeit
zur Erreichung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)

vorgelegt von

Johanna Marschner

Studiengang Soziale Arbeit

Sommersemester 2021

Abgabetermin: 11.06.2021

Erstgutachter: Prof. Dr. Matthias Müller

Zweitgutachter: Prof. Dr. Werner Freigang

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0748-7

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	1
Einleitung.....	1
1. Grundlagen der Pflegekinderhilfe.....	3
1.1 Rechtliche Aspekte.....	3
1.2 Konzepte der Pflegekinderhilfe.....	5
1.3 Voraussetzungen für die Aufnahme eines Pflegkindes	7
2. Traumatisierungen und deren Auswirkungen in der frühen Kindheit	8
2.1 Definition Trauma	9
2.2 Auswirkungen auf die kindliche Hirnentwicklung.....	10
2.3 Posttraumatische Belastungsstörung	12
2.4 Dissoziative Störung.....	14
2.5 Auswirkungen auf das Bindungs- und Beziehungsverhalten.....	15
3. Die Pflegekinderhilfe als Chance für traumatisierte Kinder	18
3.1 Der Ablösungsprozess des Kindes von den Herkunftseltern	18
3.2 Der Integrationsprozess des Kindes in die Pflegefamilie	20
3.3 Die Bedeutung von Besuchskontakten	22
3.4 Traumapädagogik in der Pflegekinderhilfe.....	24
3.4.1 Das Konzept des sicheren Ortes	25
3.4.2 Das Konzept der korrigierenden Beziehungserfahrung.....	27
3.4.3 Das Konzept des guten Grundes	28
4. Handlungsanforderungen an die Soziale Arbeit	29
4.1 Anforderungen an die Sozialarbeiter*innen.....	29
4.2 Arbeit mit der Pflegefamilie	31
4.3 Arbeit mit der Herkunfts familie	33
4.4 Arbeit mit dem traumatisierten Kind.....	35
5. Zusammenfassung.....	37
6. Quellenverzeichnis	42
6.1 Literaturquellen	42
6.2 Internetquellen	45
7. Eidesstattliche Erklärung.....	46

Abkürzungsverzeichnis

ASD	Allgemein sozialpädagogischer Dienst
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DJI	Deutsches Jugendinstitut
ebd.	ebenda
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
PKD	Pflegekinderdienst
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB VIII	achttes Sozialgesetzbuch
u. a.	und andere
u.U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Einleitung

„Gewalt schmerzt so sehr. Aber nichts schmerzt so sehr wie die Last, einfach nur ich zu sein.“

(vgl. Neudek 2016, S. 119)

Diese Worte stammen von einer Frau, die an ihre Kindheit nicht nur schöne Erinnerungen hat. Als junges Mädchen wurde sie von ihren Eltern geschlagen, gedemütigt, beschimpft und erniedrigt. Was diese Erfahrungen in einem Kind auslösen können, wird durch das Zitat sehr gut verdeutlicht. Ist ein Kind¹ gewalttätigen Handlungen durch die eigenen Eltern ausgesetzt, so verspürt es am ganzen Körper einen schlimmen Schmerz. Doch was noch viel stärker weh tut, sind die tiefen Narben, die durch diese Erfahrungen in der Seele des Kindes zurückbleiben. Wenn ein Kind durch seine/ihre Eltern psychisch sowie physisch misshandelt wird, hat dies gravierende Auswirkungen auf das Selbstbild des Kindes. Die Kinder können nicht verstehen, warum seine/ihre Eltern so reagieren und machen sich daher oft selbst dafür verantwortlich. Sie entwickeln ein negatives Selbstbild, wodurch sie sich selbst als eine große Last wahrnehmen und sich als nicht liebenswert empfinden. Das sind schmerzliche Wunden in der Seele eines Kindes, die nur sehr schwer wieder verheilen können.

Das Kinder traumatischen Erfahrungen in ihren Familien ausgesetzt sind, ist leider keine Seltenheit mehr. Laut dem statistischen Bundesamt wurden im Jahr 2019 rund 49.500 Kinder durch das Jugendamt in Obhut genommen, da hier der Verdacht einer Kindeswohlgefährdung bestand. In 14% der Fälle wurde eine Inobhutnahme des Kindes aufgrund von Vernachlässigung erforderlich. Bei 12% der Inobhutnahmen gab es Anzeichen von körperlichen Misshandlungen und bei 6% bestand der Verdacht von psychischer Misshandlung. Hinzu kommt, dass jedes dritte Kind bei der Inobhutnahme noch nicht das zwölfte Lebensjahr erreicht hatte und jedes zehnte Kind sogar zwischen null und drei Jahre alt war (vgl. Statistisches Bundesamt 2020, Internetquelle).

Kinder, die durch das Jugendamt in Obhut genommen werden und anschließend nicht in den Haushalt ihrer Eltern zurückkehren können, werden wenn möglich in einer Pflegefamilie² untergebracht. Eine Pflegefamilie kann dem Kind ein Aufwachsen unter familiären Bedingungen ermöglichen. Sie soll dem Kind Schutz und Sicherheit bieten und ihm/ihr die Möglichkeit geben, neue und verlässliche Bindungen aufzubauen. Für die Pflegefamilie ist das jedoch keine leichte Aufgabe. Wie deutlich aus der Statistik hervorgeht, sind viele Kinder in ihren Familien traumatisierenden Erfahrungen in Form von Vernachlässigungen oder psychischen sowie physischen Misshandlungen ausgesetzt worden. Die Aufnahme eines traumatisierten Kindes kann die Pflegeeltern daher vor eine große

¹ Die Begriffe Kind und Pflegekind schließen Jugendliche ebenfalls mit ein.

² Eine Pflegefamilie ist eine Familie, die ein Kind, welches nicht das leibliche Kind ist, für einen kurzfristigen oder langfristigen Zeitraum in ihrem Haushalt aufnehmen, es betreuen und erziehen (vgl. Familienportal 2021, Internetquelle).

Belastungsprobe stellen. Traumatisierte Kinder haben oftmals Verhaltensweisen entwickelt, die für die Pflegeeltern nicht immer leicht zu verstehen sind und sie daher schnell überfordern können. Als sich meine Eltern vor zehn Jahren für die Aufnahme eines Pflegekindes³ entschieden, erlebte ich die Anforderung, die ein Pflegekind an seine/ihre Pflegeeltern stellen kann, hautnah mit. So war es teilweise schwer zu verstehen, warum das Pflegekind plötzlich ohne erkennbaren Grund los schrie und zuschlug, sich nicht aus dem Kinderzimmer heraus traute oder sich in eine Ecke verkroch und dort einnässte. Das diese Verhaltensweisen der Kinder in den schlimmen Erfahrungen der Vergangenheit begründet liegen und sie dadurch ein Trauma erlitten haben, wurde kaum in einem Zusammenhang gebracht. Diese Tatsache muss in der Pflegekinderhilfe jedoch unbedingt berücksichtigt werden, um Pflegeeltern zu einem adäquaten Umgang mit einem traumatisierten Pflegekind befähigen zu können und dem Pflegekind dadurch die Chance zu geben, die traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten und schließlich heilende Erfahrungen in der Pflegefamilie machen zu können.

Aus diesem Grund soll in der vorliegenden Bachelorarbeit die Frage geklärt werden, wie die Soziale Arbeit auf traumatisierte Kinder in der Pflegekinderhilfe eingehen kann.

Das erste Kapitel dieser Bachelorarbeit beschäftigt sich mit den Grundlagen der Pflegekinderhilfe, die einen Einstieg in das Thema ermöglichen sollen. Mithilfe der rechtlichen Aspekte soll aufgezeigt werden, auf welche Gesetzesgrundlagen die Vollzeitpflege basiert und welche Rechte und Pflichten die Pflegeeltern, aber auch die Herkunftseltern innehaben. Anschließend wird das Konzept der Ergänzungsfamilie und das Konzept der Ersatzfamilie beschrieben und einander gegenübergestellt, da sie im Hinblick auf traumatisierte Kinder eine entscheidende Rolle für die weitere Entwicklung des Kindes spielen. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit den Voraussetzungen, die eine Familie für das Aufnehmen eines Pflegekindes erfüllen muss.

Im Fokus des zweiten Kapitels steht das Trauma. Anhand von verschiedenen Definitionen sollen erste Erklärungsansätze zur Entstehung von Traumatisierungen gegeben werden. Anschließend werden die Folgen von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit thematisiert. Dabei werden die Auswirkungen, die ein Trauma auf die kindliche Hirnentwicklung hat, beschrieben. Diese sollen verdeutlichen, warum gerade Traumatisierungen, die durch die Bindungsperson des Kindes ausgelöst wurden, gravierende Folgen für die weitere Entwicklung des Kindes haben. Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Dissoziativen Störung, soll ein Schwerpunkt der Arbeit auf den Auswirkungen auf das Bindungsverhalten des Kindes liegen.

Das dritte Kapitel befasst sich mit den Chancen, die eine Pflegefamilie dem traumatisierten Kind bieten kann. Gleichermassen sollen hier auch die Herausforderungen für alle Beteiligten erläutert

³ Ein Pflegekind ist ein Kind, welches für mindestens acht Wochen in einer Pflegefamilie untergebracht wird, weil es derzeit aus verschiedenen Gründen nicht bei den Eltern leben kann (vgl. Frieling 2009, S. 25).

werden, die mit dem Ablösungsprozess des Kindes von der Herkunftsfamilie und der gleichzeitig stattfindenden Integration des Kindes in die Pflegefamilie einhergehen. Folgend wird in diesem Kapitel auf die Besuchskontakte zwischen den Herkunftseltern und dem Pflegekind eingegangen. Die Besuchskontakte werden dabei aus verschiedenen Perspektiven näher betrachtet, die verdeutlichen sollen, welche Aspekte bei den Besuchskontakten unbedingt berücksichtigt werden müssen, damit sich diese nicht nachteilig auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Mithilfe des Konzeptes des sicheren Ortes, der korrigierenden Beziehungserfahrung und des guten Grundes soll zum Ende dieses Kapitels verdeutlicht werden, welche Chancen die Anwendung der Traumapädagogik in der Pflegekinderhilfe eröffnet.

Im letzten Kapitel der Bachelorarbeit werden die Handlungsanforderungen an die Soziale Arbeit beschrieben, die im Hinblick auf traumatisierte Kinder in den Pflegefamilien an die Sozialarbeiter*innen gestellt werden. Dabei wird auf die einzunehmenden Haltungen der Sozialarbeiter*innen eingegangen und welche Aspekte in der Beratungsarbeit mit der Pflegefamilie, mit der Herkunftsfamilie und mit dem Pflegekind unbedingt zu beachten und zu behandeln sind, damit das traumatisierte Kind einen positiven Entwicklungsverlauf in der Pflegefamilie nehmen kann. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung, in der die wichtigsten Ergebnisse der Bachelorarbeit zur Beantwortung der Fragestellung zusammengetragen werden.

1. Grundlagen der Pflegekinderhilfe

Das erste Kapitel soll als eine Einführung in das Thema der Pflegekinderhilfe dienen. Zu Beginn dieses Kapitels werden die rechtlichen Grundlagen in der Pflegekinderhilfe näher erläutert, um einen Einblick in die Aufgaben und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe zu geben und aufzuzeigen, welche Rechte und Pflichten die Herkunftseltern und die Pflegeeltern haben. Folgend werden die zwei Konzepte der Ergänzungsfamilie und der Ersatzfamilie beschrieben und einander gegenübergestellt. Abschließend für dieses Kapitel werden die formellen und persönlichen Kriterien benannt, die potenzielle Pflegeeltern für die Aufnahme eines Pflegekindes erfüllen müssen.

1.1 Rechtliche Aspekte

Die Aufgaben und Leistungen der Jugendhilfe sind im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) verankert. Weitere für die Pflegekinderhilfe wichtige rechtliche Grundlagen lassen sich im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) wiederfinden.

Die Kinder- und Jugendhilfe gewährt Personensorgeberechtigten gemäß § 27 SGB VIII Hilfen zur Erziehung, wenn das gefahrenfreie Aufwachsen ihres Kindes durch verschiedene Umstände in der Familie nicht mehr gewährleistet werden kann und dadurch die Entwicklung des Kindes gefährdet ist (vgl. Nomos Gesetze 2018/19, S. 1912). Diese Hilfegewährung kann infolge eines freiwilligen

Antrages der Personensorgeberechtigten im Jugendamt erfolgen oder im Rahmen eines Kinderschutzverfahrens durchgesetzt werden (vgl. Scheiwe u. a. 2018, S. 234). Eine Kindeswohlgefährdung gemäß § 1666 Abs. 1 BGB liegt vor, sobald das Kind physischer und/oder psychischer Gewalt ausgesetzt ist und die Personensorgeberechtigten selbst außer Stande sind, das Kind vor dieser Gefahr zu schützen (vgl. Nomos Gesetze 2018/19, S. 689).

Um eine dem Kindeswohl entsprechende Erziehung wieder zu gewährleisten, kann den Personensorgeberechtigten für ihr Kind gemäß § 33 SGB VIII eine Vollzeitpflege gewährt werden. Diese kann als eine zeitlich begrenzte oder als eine langfristig angelegte Erziehungshilfe verstanden werden (vgl. ebd., S. 1913). Wer ein Kind im Rahmen der Vollzeitpflege über Tag und Nacht in seinem Haushalt aufnehmen möchte, benötigt eine Pflegeerlaubnis gemäß § 44 SGB VIII. Diese wird durch das Jugendamt ausgestellt und bedarf einer kontinuierlichen Überprüfung (vgl. ebd., S. 1921). Da sich die Pflegefamilie fortan dazu verpflichtet mit dem Jugendamt zusammenzuarbeiten, müssen wichtige Ereignisse oder Veränderungen in der Pflegefamilie, die das Wohl des Pflegekindes beeinflussen können, dem Jugendamt mitgeteilt werden. Ferner haben die Pflegeeltern durch das Jugendamt einen Beratungsanspruch, selbst wenn derzeit keine Hilfe zur Erziehung gewährt wird (vgl. Eschelbach 2015, S. 34f.).

Die Grundlage für die Vollzeitpflege stellt der Hilfeplan gemäß § 36 SGB VIII dar. Dieser muss kurz vor oder nach der Aufnahme des Pflegekindes unter der Beteiligung der Personensorgeberechtigten, der Pflegeeltern und den Fachkräften⁴ des Jugendamtes erstellt werden. Im Hilfeplan werden wichtige Informationen zur Art, zum Umfang und zum Ziel der Hilfe festgehalten und regelmäßig überprüft. Durch die Unterschriften aller Beteiligten wird der Hilfeplan bestätigt und bis zum nächsten Hilfeplangespräch als bindend angesehen. Im Rahmen der Vollzeitpflege findet das Hilfeplan-gespräch zur Überprüfung der Notwendigkeit der Hilfe und zur Fortschreibung ein bis zwei Mal im Jahr statt (vgl. Ebel 2009, S. 61).

Während der Vollzeitpflege haben die Pflegeeltern für das Kind die Alltagsfürsorge, sodass sie in Angelegenheiten des täglichen Lebens und in Vermögensangelegenheiten Entscheidungen für das Pflegekind treffen dürfen, damit das familiäre Zusammenleben im Alltag nicht zu stark beeinträchtigt wird. Das Sorgerecht behalten die Herkunftseltern⁵ bei, wodurch bei schwerwiegenden Eingriffen wie medizinischen Operationen die Zustimmung des Personensorgeberechtigten oder des Familiengerichts notwendig wird (vgl. Eschelbach 2015, S. 35f.).

Für die aufkommenden Kosten der Betreuung und Versorgung des Pflegekindes erhalten die Pflegeeltern gemäß § 39 SGB VIII ein monatliches Pflegegeld. Dieses ist abhängig von dem Alter des

⁴ Die Begriffe Fachkraft und Sozialarbeiter*in werden synonym verwendet.

⁵ Als Herkunftseltern werden die leiblichen Eltern von Kindern nach einer Fremdunterbringung in eine Pflegefamilie bezeichnet (vgl. Faltermeier 2019, S. 7).

Pflegekindes und setzt sich aus den Kosten für die materielle Aufwendung und den Kosten für die Erziehung zusammen (vgl. Riedle/Gillig-Riedle/Ferber-Bauer 2008, S. 141).

Ebenfalls sollen während der Fremdunterbringung des Kindes Besuchskontakte zu der Herkunfts-familie realisiert werden. Daher sollten im Hilfeplan gezielte Vereinbarungen zu den Rahmenbedin-gungen des Kontaktes wie zum Ort oder der Zeit getroffen werden. Die Pflegeeltern haben dabei die Wahl, selbst entscheiden zu dürfen, ob der Umgang auch in ihrem Zuhause stattfinden darf oder nicht. Ebenfalls müssen eigene Termine der Pflegefamilie in der Planung der Besuchskontakte Be-rücksichtigung finden (vgl. Hopp 2009, S. 207ff.). Dennoch hat das Pflegekind gemäß § 1684 BGB während der gesamten Fremdunterbringung das Recht, jedes Elternteil regelmäßig zu sehen, wodurch die Pflegeeltern dazu verpflichtet sind, die Besuchskontakte zu unterstützen, insofern sie dem Wohl des Kindes dienen. Möchte das Pflegekind keine Besuchskontakte wahrnehmen, kann es auch nicht dazu gezwungen werden. Die Herkunftseltern haben ebenfalls ein Umgangsrecht zu ihrem Kind und sogar die Pflicht Umgänge zu ihrem Kind wahrzunehmen (vgl. ebd., S. 203ff.).

1.2 Konzepte der Pflegekinderhilfe

In der Pflegekinderhilfe wird zwischen zwei grundlegenden Konzepten, dem Ergänzungsfamilienkonzept und dem Ersatzfamilienkonzept, unterschieden. Durch die verschiedenen Ausgangsbedin-gungen differenzieren sie sich besonders in der Form der Elternschaft und fokussieren dadurch stark voneinander abweichende Ziele.

Das Ergänzungsfamilienkonzept wird durch das Deutsche Jugendinstitut (DJI) vertreten und basiert auf den Erkenntnissen des in den 1980er Jahren vom DJI durchgeführten Forschungsprojekt zur Pflegekinderhilfe. Das Konzept stellt insbesondere die Zusammenarbeit zwischen der Pflegefamilie und der Herkunfts-familie in den Mittelpunkt der Hilfe und soll dadurch einen förderlichen Rahmen für die weitere Entwicklung des Kindes schaffen. Oberstes Ziel des Ergänzungsfamilienkonzeptes ist die Aufrechterhaltung und Förderung der Bindung zwischen dem Pflegekind und den Herkunftseltern. Ob das Pflegkind dabei nur zeitweise oder auf langfristige Sicht in einer Pflegefamilie unterge-bracht wird, ist von unerheblicher Bedeutung. Vielmehr wird die weiterhin bestehende primäre Bindung zu den Herkunftseltern für das Kind als eine Grundvoraussetzung angesehen, sodass es sich psychisch gesund entwickeln kann (vgl. Pugliese 2012, S. 107f.). Dies gilt ebenfalls, wenn das Kind keine positive Bindung zu den Herkunftseltern aufbauen konnte. Es wird davon ausgegangen, dass Kinder unabhängig der Beziehungsqualität ihre Eltern lieben und nach einer Trennung sehr vermissen (vgl. Sauer 2008, S. 24). Aus diesem Grund sollen Besuchskontakte zwischen den Her-kunftseltern und dem Pflegekind während der gesamten Vollzeitpflege realisiert werden, sodass die Bindung gefördert wird und die Rückführung des Kindes als eine Perspektive vorhanden bleibt. Untermauert wird dieser Standpunkt von der Fähigkeit der Kinder, Bindungen zu mehreren

Personen gleichzeitig aufbauen zu können. Angesichts dessen können sie ihre primären Bindungen zu ihren Herkunftseltern beibehalten und parallel dazu eine unbelastete Bindung zu ihren Pflegeeltern aufbauen (vgl. Pugliese 2012, S. 107f.). Die Pflegefamilie soll demnach die Herkunfts-familie in ihrer Rolle und in ihren Aufgaben ergänzen und durch eine gute Zusammenarbeit die Rückführung des Kindes in die Herkunfts-familie unterstützen (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 20f.).

Diesem Konzept gegenüber steht das Ersatzfamilienkonzept, welches die Aufrechterhaltung der Bindung zur Herkunfts-familie in einem völlig anderen Kontext betrachtet. Vertreter dieses Konzeptes sind Armin Westermann und Monika Nienstedt, die besonders im Hinblick auf traumatisierte Kinder auf dieses Konzept aufmerksam machen. Aus ihrer Sicht hat die Aufrechterhaltung der Bindung zu den Herkunftseltern im Gegensatz zu der des Ergänzungsfamilienkonzeptes eine negative Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes, vor allem wenn ein Kind durch diese traumatisiert wurde und keine tragfähige Beziehung zu ihnen aufbauen konnte. Vielmehr sei die Bindung von Angst und dem ständigen Wunsch nach Zuneigung geprägt, die für die Psyche des Kindes stark belastend ist (vgl. Pugliese 2012, S. 108f.). Daher soll das Ersatzfamilienkonzept für jene Pflegekinder gelten, die in der Vergangenheit keine befriedigenden Bindungserfahrungen in der Herkunfts-familie machen konnten. Die Pflegefamilie soll für das Kind ein Neuanfang darstellen und ihm/ihr eine Chance bieten, neue und positive Bindungs- und Sozialisationserfahrungen machen zu können. Infolgedessen ist es notwendig, dass sich die Herkunftseltern mit der Zeit aus ihrer Elternrolle herausnehmen und dem Kind verdeutlichen, dass sie die neue Lebenssituation akzeptieren und befürworten. Die Herkunftseltern und das Kind sollen sich emotional voneinander ablösen, sodass dem Kind ermöglicht wird, eine Eltern-Kind-Bindung zu den Pflegeeltern aufzubauen und sich in die Pflegefamilie integrieren zu können. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, die Häufigkeit der Besuchskontakte auf bis zu zwei Mal im Jahr zu verringern oder sie sogar gänzlich zu vermeiden (vgl. Sauer 2008, S. 22f.).

Nienstedt und Westermann weisen deutlich darauf hin, dass Pflegekinder, die in ihrer Kindheit traumatische Erfahrungen in ihrer Herkunfts-familie gemacht haben, nur dann eine Chance haben ihr Trauma zu bewältigen, wenn sie korrigierende und befriedigende Bindungserfahrungen machen können. Diese zuverlässigen und sicheren Bindungen kann ihnen die Pflegefamilie jedoch nur geben, wenn sie als eine Ersatzfamilie gesehen wird, in der sich das Pflegekind ohne die offene Perspektive der Rückführung vollständig auf die Pflegefamilie einlassen kann (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 19f.).

Generell kann festgestellt werden, dass keines der beiden Konzepte in der Pflegekinderhilfe bevorzugt wird. Viel mehr wird anhand der individuellen Problemlage des Einzelfalls geprüft, welche Form der Elternschaft für das Kind unter Berücksichtigung der familiären Situation die bestmögliche Perspektive für eine gesunde und kindgerechte Entwicklung darstellt (vgl. Sauer 2008, S. 25). Laut

Ebel sind die meisten Pflegefamilien faktisch gesehen jedoch Ergänzungsfamilien. Sie kritisiert, dass die Jugendämter sowie die Familiengerichte stets die Aufrechterhaltung der früheren familiären Bindung zwischen dem Kind und den Herkunftseltern bevorzugen, ohne dabei die individuelle Lebensgeschichte des Kindes und die durch die Herkunftseltern ausgelösten frühkindlichen Traumatisierungen vorab sorgfältig genug zu prüfen. Für schwer traumatisierte Kinder haben regelmäßige Besuchskontakte gravierende Auswirkungen auf ihre Entwicklung und sollten demnach grundsätzlich unterbunden werden (vgl. Ebel 2009, S. 49).

1.3 Voraussetzungen für die Aufnahme eines Pflegekindes

Familie, die sich für die Aufnahme eines Pflegekindes entscheiden, müssen im Verlauf des Zusammenlebens vielfältige Herausforderungen bewältigen. Nicht nur das Pflegekind hat prägende Erfahrungen in seiner/ihrer Vergangenheit gemacht, sondern auch die Zusammenarbeit mit den Herkunftseltern kann die Pflegeeltern auf eine Belastungsprobe stellen. Aus diesem Grund ist die Aufnahme eines Pflegekindes von vielen verschiedenen Kriterien abhängig, die vorab explizit geprüft werden müssen. Bevor ein Pflegekind in eine Familie vermittelt werden kann, müssen die Bewerber*innen vom Pflegekinderdienst des zuständigen Landkreises als eine geeignete Pflegestelle eingeschätzt werden. Dazu gibt es ein Bewerbungsverfahren, in dem die Bewerber*innen jeweils verschiedene Unterlagen und Nachweise einreichen müssen, die über ihre Eignung als Pflegestelle Aufschluss geben sollen. Der Lebensbericht wird als eine Art Lebenslauf gesehen und soll Auskunft über die eigene Herkunft, die Kindheit, die Partnerschaft und Ereignisse, die für das eigene Leben sehr prägend waren, geben. Es soll ersichtlich werden, dass die Bewerber*innen sich mit ihrem eigenen Leben auseinandergesetzt und sich selbst reflektiert haben. Weiterhin wird ein polizeiliches Führungszeugnis und ein ärztliches Gutachten verlangt. Potenzielle Pflegeeltern sollten keine psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen aufweisen, da sich der Gesundheitszustand nachteilig auf ihre Erziehungsqualität auswirken kann. Suchterkrankungen oder lebensverkürzende Krankheiten schließen die Vermittlung eines Pflegekindes gänzlich aus (vgl. Riedle/Gillig-Riedle/Ferber-Bauer 2008, S. 13f.).

Weiterhin müssen dem Jugendamt die Einkommensverhältnisse offen dargelegt werden. Diese müssen zur Sicherung des Lebensunterhaltes ausreichend sein, denn das gezahlte Pflegegeld dient nicht zur Unterhaltssicherung der Pflegefamilie, sondern für den Erziehungs- und Betreuungsaufwand des Kindes. Ebenfalls kann eine Schufa-Auskunft zur Überprüfung einer möglichen Verschuldung gefordert werden (vgl. Pugliese 2012, S. 118).

Neben den formellen Voraussetzungen gibt es auch persönliche Voraussetzungen, die berücksichtigt werden müssen. Wer ein Pflegekind aufnehmen kann, ist gesetzlich nicht festgeschrieben. So kann eine Einzelperson oder ein Ehepaar mit oder ohne Kinder ein Pflegekind bei sich aufnehmen.

Sozialpädagogische Kenntnisse werden bei den angehenden Pflegeeltern nicht vorausgesetzt (vgl. Raible-Mayer 2016, S. 130f.).

Einen besonders hohen Stellenwert hat die Motivation der Bewerber*innen ein fremdes Kind aufnehmen zu wollen, denn nicht jedes persönliche Motiv erweist sich als nützlich für die kommende Pflegschaft. Entspringt der Wunsch ein Pflegekind aufnehmen zu wollen nur aus Mitleid dem Kind gegenüber, so ist das kein tragfähiges Motiv (vgl. Ebel 2009, S. 51f.) Es gehört weitaus mehr dazu, als nur mit dem Kind mitzufühlen und helfen zu wollen. Die potenziellen Pflegeeltern müssen bedenken, dass viele Pflegekinder in ihrer Kindheit traumatische Erfahrungen in ihrer Herkunftsfamilie gemacht haben und diese Traumatisierungen sie in ihrem Verhalten prägen. Da das Kind sich zu Beginn erst einmal an die neue Situation anpasst und Ärger vermeidet, erscheinen viele Pflegeeltern überrascht und teilweise sogar überfordert, sobald das Pflegekind seine/ihre Psychopathologie in Form von z.B. regressivem, oppositionell-verweigerndem oder aggressivem Verhalten zeigt. Viele Pflegekinder haben Bindungs- und/oder Verhaltensstörungen entwickelt, wodurch sie in Stresssituation teilweise vollkommen abwesend und emotionslos wirken, um sich selbst zu schützen (vgl. Springer 2009, S. 43f.). Pflegeeltern müssen sich dieser Herausforderung bewusst sein. Sie müssen in der Lage sein, dass Kind und seine/ihre Verhaltensweisen aufgrund der individuellen Lebensgeschichte zu verstehen, dessen Bedürfnisse zu erkennen und vermeintlich entstehende Spannungen und Verunsicherungen beim Kind auflösen. Die Pflegeeltern müssen für das Kind verlässlich sein und möglichst selbst einen sicheren Bindungshintergrund haben, um dem Kind die Chance zu geben, neue positive Beziehungserfahrungen machen zu können. Da die Aufnahme eines Pflegekindes oftmals mit verschiedenen Herausforderungen verbunden ist, muss die Pflegefamilie sorgfältig abwägen, ob sie bereit ist, auch die schwierigen Situationen gemeinsam mit dem Kind auszuhalten und sie zusammen zu bewältigen, um dem Kind die Möglichkeit zu geben, stabilisierende Erfahrungen für seine/ihre weitere Entwicklung zu machen (vgl. Ludwig-Körner 2009, S. 81f.).

2. Traumatisierungen und deren Auswirkungen in der frühen Kindheit

Viele Kinder, die in einer Pflegefamilie auf Dauer untergebracht werden, haben in ihrer Herkunftsfamilie traumatisierende Erfahrungen gemacht. Vernachlässigung und Erfahrungen psychischer und/oder physischer Gewalt zählen zu den häufigsten Gründen für die Fremdunterbringung von Kindern. Diese Formen der Kindesmisshandlungen haben gravierende Auswirkungen auf die weitere Entwicklung des Kindes und erhöhen zugleich die Gefahr einer transgenerationalen Weitergabe des Traumas (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 21ff.).

Daher soll sich das zweite Kapitel mit dem Thema Traumatisierungen und dessen Folgen für die kindliche Entwicklung auseinandersetzen. Folgend wird der Begriff des Traumas definiert und erste Erklärungsansätze zu den Ursachen dargelegt. Anschließend werden mögliche Auswirkungen von

Traumatisierungen näher erläutert und erste Anforderungen für den pädagogischen Alltag mit einem traumatisierten Kind in der Pflegefamilie aufgezeigt.

2.1 Definition Trauma

Der Begriff Trauma stammt ursprünglich aus dem Altgriechischen und kann mit den Wörtern „Wunde“ oder „Verletzung“ übersetzt werden. Während im medizinischen Bereich das Trauma vor allem als Verletzung oder Schädigung des Körpers verstanden wird, ist in der Psychologie mit dem Begriff des Traumas vielmehr die seelische Verletzung eines Menschen gemeint (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, S. 20).

Nach dem weltweit anerkannten Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10), wird das Trauma definiert als

„ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (World Health Organization zitiert nach Scherwath/Friedrich 2020, S. 20).

In dieser Definition steht vermehrt das Ereignis des traumatischen Erlebens im Mittelpunkt. Weniger wird auf die Wunde eingegangen, die durch das Trauma im Körper und in der Seele des/der Betroffenen entsteht. Aus diesem Grund gilt die Definition nach der ICD-10 als leitend für viele Fachrichtungen und wurde dementsprechend in der Psychotraumatologie erweitert und angepasst (vgl. ebd., S. 20f.).

Fischer und Riedesser definieren das Trauma als ein

„vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzlosen Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer und Riedesser zit. nach Dixius/Möhler 2019, S. 17).

In den dargelegten Definitionen wird deutlich, dass ein Trauma die Folge von sehr belastenden Ereignissen ist, die Auswirkungen auf die psychische und physische Verfassung eines Menschen haben können. Ein Trauma ist demnach nicht ein für den Menschen außergewöhnlich belastendes Ereignis, sondern die Auswirkungen auf den Körper und das Gehirn, welche die Gefühle und das Nervensystem eines Menschen beeinflussen. Ein Trauma entsteht, sobald sich der Mensch in einer außergewöhnlich lebensbedrohlichen Situation befindet und über keine individuellen Bewältigungsstrategien verfügt, sodass er/sie sich der Situation hilflos ausgesetzt fühlt. In solch einer Situation greift das Gehirn auf Schutzmechanismen (z.B. Dissoziation) zurück, um das Geschehene psychisch zu verarbeiten. Diese gehen mit einer Veränderung der Selbst- und Weltwahrnehmung ein (vgl. Wiemann 2018, S. 102f.).

Werden Traumata in der frühen Kindheit näher betrachtet, so wird deutlich, dass diese oftmals aufgrund von Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen in der Herkunftsfamilie entstanden sind. Nach Monika Nienstedt und Armin Westermann definiert sich ein Trauma beim Kind als „tiefgreifende seelische Verletzungen, die entstehen, wenn das Kind von demjenigen, der es beschützen müsste, vernachlässigt oder überwältigt wird, wenn das Kind keinen Menschen mehr hat, zu dem es fliehen kann“ (Nienstedt/Westermann 2011, S. 69).

Die Eltern fungieren für ihre Kinder als Schutzobjekte, deren Nähe sie bei Gefahren suchen, um sich selbst schützen zu können. Geht die Gefahr nun von eben diesen Personen aus, so fühlt sich das Kind dieser Situation schutzlos ausgeliefert. Es hat niemand, der/die ihn/sie vor diesen seelischen und körperlichen Verletzungen bewahren kann. Besonders wiederholte traumatische Erlebnisse, die durch die Bindungsperson ausgelöst wurden, können gravierende Folgen für die weitere Entwicklung des Kindes haben. Während Säuglinge zum Überleben noch vollständig auf die Fürsorge und Versorgung durch die Bindungsperson angewiesen sind, benötigen ältere Kinder die Bindungsperson vor allem im Hinblick auf ihre Sozialisation und zur Unterstützung ihrer Selbstständigkeit. Gleichwohl beide in einer unterschiedlichen Art und Weise von der Bindungsperson abhängig sind, hat die Nichterreichbarkeit der Bindungsperson in einer für das Kind angstvollen und bedrohlichen Situation Folgen für dessen psychosoziale und neuronale Entwicklung (vgl. Garbe 2015, S. 17f.).

2.2 Auswirkungen auf die kindliche Hirnentwicklung

„Ein Trauma beeinflusst Verstand, Gehirn und das körperliche System auf vielfältigen Ebenen des physiologischen Funktionierens, da Gehirn, Verstand und Körper untrennbar miteinander verbunden sind. Traumata sind Einflüsse, die die Integrität der inneren Struktur und Organisation des Gehirns bedrohen.“ (Weiß 2016 A, S. 59)

Traumatische Ereignisse in der Kindheit haben gravierende Auswirkungen auf die Funktion und Struktur des Gehirns. Zum besseren Verständnis ist es daher wichtig den Aufbau und die Funktionen des Gehirns zu kennen, um zu verstehen, wie sich Traumatisierungen auf das kindliche Gehirn auswirken und warum sich bestimmte Folgestörungen manifestieren.

Grundsätzlich lässt sich das Gehirn des Menschen in drei zentrale Funktionsbereiche gliedern. Diese sind das Stammhirn, das limbische System und der Neokortex. Das Stammhirn ist bereits pränatal ausgebildet und steuert die grundlegenden Funktionen und Verhaltensweisen des Körpers. Besonders in Gefahrensituation ist das Stammhirn dafür verantwortlich, überlebenswichtige Reaktionen im Körper wie die Kampf-, Flucht- oder Totstellreaktion⁶ auszulösen (vgl. Hartung/Spitta 2020, S.

⁶ Die Kampf-, Flucht- oder Totstellreaktionen sind normale Reaktionen des Körpers in einer für den Menschen bedrohlichen Situation. Sie lassen den Menschen entweder kämpfen oder vor der Gefahr fliehen. Er scheinen beide aufgrund der Ausweglosigkeit der Situation nicht möglich, wird der Totstellreflex aktiviert, wodurch der Körper und die Psyche im Inneren abgespalten werden (vgl. Hartung/Spitta 2020, S. 239).

252f.). Das limbische System steuert hauptsächlich die Emotionen des Menschen. Ebenso findet hier die Unterscheidung zwischen einer Gefahren- oder Nichtgefahrensituation statt und die dadurch entsprechende Weiterleitung an die anderen Bereiche des Gehirns. Das limbische System aktiviert die dann zur Bewältigung der Situation benötigten Hormone wie die Stresshormone Adrenalin oder Cortisol (vgl. Garbe 2015, S. 72ff.). Der dritte Funktionsbereich des Gehirns ist der Neokortex. Hier werden die Nervenzellen miteinander verbunden und durch Erfahrungen gefestigt. Der Neokortex steuert die Denk- und Lernfähigkeit sowie das Gedächtnis des Menschen (vgl. Hartung/Spitta 2020, S. 252f.).

Nach der Geburt befinden sich im Gehirn des Menschen vielzählige freiliegende Nervenenden, die sich je nach den Entwicklungsbedingungen des Kindes, zu einem komplex aufgebauten Netzwerk entwickeln können. Jede Erfahrung des Kindes, wird durch die Verknüpfung der Nervenenden im Gedächtnis gespeichert. Durch die Aktivierung dieser Erfahrungen, werden bestimmte Gefühle und Handlungen ausgelöst. Ebenso können die gespeicherten Erfahrungen zur Bewältigung zukünftiger Situationen immer wieder abgerufen werden (Garbe 2015, S. 68f.). Zu beachten ist jedoch, dass sich diese Verschaltungen nur bei verstärkter Nutzung ausbauen und dadurch festigen können. Andernfalls werden sie vom Gehirn als nicht notwendig anerkannt und wieder aufgelöst (vgl. Himpel/Hüther 2009, S. 116).

Insbesondere die ersten Lebensjahre eines Kindes stellen eine hochsensible Phase für die Gehirnentwicklung dar, denn das Gehirn reagiert zu dieser Zeit besonders empfindlich auf äußere Einflüsse (vgl. Wiemann 2018, S. 103f.). Sehr große Auswirkungen haben dabei die Erfahrungen, die ein Kind mit der Bindungsperson macht, unabhängig der Qualität dieser Erfahrungen. Positive sowie negative Bindungserfahrungen prägen das Kind in seinen/ihren Handlungen und legen die Anpassungsfähigkeit an die Umweltbedingungen fest (vgl. Garbe 2015, S. 68ff.).

Macht ein Kind die Erfahrungen, dass in bedrohlichen Situationen keine zuverlässige Bindungsperson zur Verfügung steht, die es beruhigen und Schutz bieten kann, so bleibt das Stressempfinden des Kindes aufrechterhalten (vgl. Himpel/Hüther 2009, S. 114f.). Wird diese Erfahrungen in den ersten Lebensjahren häufig wiederholt, so werden sich die Netzwerke entsprechend auf das Überleben in der bedrohlichen Situation ausrichten und sich dahingehend stabilisieren (vgl. Ebel 2009, S. 121). Das Kind festigt die maladaptiven Bewältigungsstrategien, die es zum Überleben in dieser Situation entwickelt hat. Da diese Strategien jedoch nur für einen kurzen Moment das Gefühl der Todesangst unterbinden, führen sie nicht zu einer Stressreduzierung, wie es bei den erfolgreichen Bewältigungsstrategien der Fall wäre, sondern sie verstärken das Stressempfinden und das Gefühl hilflos ausgeliefert zu sein und die Situation selbst nicht bewältigen zu können (vgl. Himpel/Hüther 2009, S. 111ff.).

Infolgedessen hat das Gehirn seine Funktionen auf eine erhöhte Wachsamkeit ausgelegt. Ereignet sich zusätzlich eine Bedrohung für das Kind, die das limbische System als eine Gefahrensituation interpretiert, so wird vermehrt das Stresshormon Adrenalin ausgeschüttet. Dieses aktiviert normalerweise die Flucht- und Kampfreaktion. Erscheinen weder Kampf- noch Fluchtreaktion als geeignet, weil die Quelle der Bedrohung von der Bindungsperson ausgeht und sich das Kind dieser nicht entziehen kann, schaltet der Körper als letzte Möglichkeit den Totstellreflex ein. Dieser lässt die Körperfunktionen und Gefühlsprozesse wie eingefroren wirken. Schließlich wird vermehrt das Stresshormon Cortisol ausgeschüttet, wodurch sich der Körper in einer Übererregung befindet (vgl. Eschrich 2015, S. 140f). Erst wenn der Stress durch eine erfolgreiche Bewältigung gemindert wird, verringert sich die Ausschüttung von Cortisol und sorgt für Beruhigung und Erschöpfung (vgl. Garbe 2015, S. 73). Da die Bindungsperson das Kind weder schützen noch beruhigen kann, wird die Ausschüttung von Cortisol aufgrund der sich wiederholenden traumatischen Erfahrungen langfristig erhöht. Nachweislich führt diese anhaltende Ausschüttung zum Absterben der Nervenzellen und damit zur Auflösung bereits bestehender Nervenverschaltungen (vgl. Eschrich 2015, S. 141).

Demzufolge können sich bestimmte Gehirnareale, wie der rechte Kortex, nicht ausreichend entwickeln und weisen daher im Vergleich zu nicht traumatisierten Kindern ein bis zu 20% geringeres Volumen auf (vgl. Garbe 2015, S. 75). Viele traumatisierte Kinder sind daher in ihren kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt und weisen Defizite in ihren sprachlichen und motorischen Fähigkeiten auf (vgl. Wiemann 2018, S. 107). Ebenso sind Mängel in der Frontalhirnentwicklung erkennbar, die das Selbstbild des Kindes sowie die sozio-emotionale Kompetenz stark beeinflussen (vgl. Eschrich 2015, S. 142).

Himpel und Hüther weisen jedoch darauf hin, dass durch Interventionen, die mit einer Verbesserung der Lebensumstände des Kindes einhergehen, die Auswirkungen früherer negativer Bindungserfahrungen auf die kindliche Gehirnentwicklung und der Persönlichkeit des Kindes zu einem Teil wieder korrigiert werden können (Himpel/Hüther 2009, S. 115f.).

2.3 Posttraumatische Belastungsstörung

In lebensbedrohlichen Gefahrensituationen, in denen die Bewältigungsmechanismen des Menschen überfordert sind und die Gefühle von Hilflosigkeit und Todesangst entstehen, befindet sich der Mensch in einem hoch erregten Zustand. Um in dieser Situation überleben zu können, schaltet der Körper im Schockzustand den Totstellreflex ein und löst sich von dem äußeren Erleben im Inneren ab. Da erst dieser Zustand (Dissoziation) die Situation für den Menschen aushaltbar macht und innerlich keine Verarbeitung stattfindet, bleiben verschiedene Symptome auch noch nach dem traumatischen Erlebnis bestehen (vgl. Garbe 2015, S. 24).

Nach Huber kann von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ausgegangen werden, sobald die Symptome wie Schlaflosigkeit, Nervosität, Verstörtheit und sich wie betäubt fühlen seit mindestens vier Wochen anhaltend und intensiver auftreten. Sie macht ebenfalls auf die verzögerte PTBS aufmerksam, die bei bis zu einem Viertel aller Betroffenen auftritt. Hierbei scheint es, als ob die betroffene Person das Erlebnis unbeschadet davongetragen hat und sich die Symptome zurückbilden. Entgegen diesem Anschein wurde das Erlebnis jedoch verdrängt, um es aushaltbar zu machen (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, S. 26). Da es noch nicht verarbeitet wurde, kann der Mensch durch Trigger⁷ an das ursprüngliche Trauma erinnert werden. Das führt zu einer Retraumatisierung und kann dadurch die Symptome erst viel später hervorrufen (Ebel 2009, S. 113).

Die zentralen Symptome, die eine PTBS kennzeichnen, zeigen sich durch Zustände der Übererregung, des Wiedererlebens und der Vermeidungshaltung. Die Übererregung (Arousal) wird durch eine deutliche erhöhte Wachsamkeit signalisiert. Infolge der wiederkehrenden bedrohlichen Situation hat sich der Körper darauf eingestellt, dass sich die Situation jederzeit wiederholen kann. Um sodann schnellstmöglich reagieren zu können, schüttet der Körper vermehrt Stresshormone aus, um die Notfallprogramme aktivieren zu können. Diese Übererregung löst eine allgemeine Unruhe aus und lässt den Menschen schneller impulsiv reagieren. Zudem lässt die Stressüberflutung eine harmlose Situation für den Betroffenen als eine tatsächlich gefährliche Situation aussehen, was im Alltagserleben zu einer enormen Belastung führen kann (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, S. 27).

Das Wiedererleben (Intrusion) einer traumatischen Situation geschieht über Trigger. Durch bestimmte Reize in der Umgebung, die an die bedrohliche Situation erinnern, wird der Mensch in das damalige Erleben und die damit verbundenen Gefühle von Hilflosigkeit und Todesangst zurückgeworfen (vgl. Garbe 2015, S. 25). Das Geschehen wird also nicht im Hier und Jetzt, sondern im Damals in Form von Gedanken, Bildern oder Albträumen wiedererlebt. Da sich der Mensch nicht willentlich an das Geschehen erinnert, sondern es unterbewusst durch die Trigger hervorgerufen wird, lässt es sich nicht steuern. Dieses Symptom kann sich durch Abwesenheit, Panikattacken, einem erhöhten Herzschlag oder durch Zittern ausdrücken (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, S. 28ff.).

Das dritte zentrale Symptom ist die Vermeidung. Der Mensch versucht dabei jegliche Orte, Personen, Geräusche oder Gerüche zu vermeiden, die ihn/sie an das traumatische Ereignis erinnern. Das führt jedoch dazu, dass sich der Mensch vermehrt aus dem Leben in der Gesellschaft zurückzieht, um ein Wiedererleben der traumatisierenden Situation durch die Trigger zu vermeiden (vgl. Garbe 2015, S. 25).

Nach der ICD-10 kann eine Diagnose für die PTBS gestellt werden, wenn neben den anhaltenden Symptomen ebenfalls das traumatische Erlebnis nachgewiesen werden kann. Zudem muss dieses

⁷ Als Trigger können bestimmte Gerüche, Laute, Personen, Orte und ähnliches fungieren, die Erinnerungen an das traumatische Ereignis hervorrufen und retrraumatisierend wirken können (vgl. Garbe 2015, S. 25).

Ereignis sich vor mindestens sechs Monaten ereignet haben. Besonders für traumatisierte Kinder erscheint es schwierig diese Diagnose stellen zu können. Oftmals können durch die wiederholten traumatischen Erlebnisse nicht nur ein einzelnes Ereignis als Ursache für die PTBS ausgemacht werden. Hinzu haben sich bereits vielfältige Symptome beim Kind ausgebildet, die auch auf andere Diagnosen schließen lassen und somit leicht fehlgedeutet werden können. Zudem kann das Kind zum damaligen Geschehen noch zu jung gewesen sein und daran keine bewusst-sprachlichen Erinnerungen mehr haben. Manchmal finden die Betroffenen auch keine Worte für das Geschehen oder haben durch die Verdrängung nur noch einzelne fragmentierte Erinnerungen, die das Erlebte nicht nachweisbar machen können und somit die Diagnose einer PTBS erschweren (Garbe 2015, S. 26). Vor der Aufnahme eines traumatisierten Kindes ist es daher von wichtiger Bedeutung, dass sich auch die Pflegeeltern mit der eigenen Vergangenheit und früheren selbst erlebten Traumatisierungen auseinandersetzen. Andernfalls können sie durch das Pflegekind an ihr eigenes Trauma erinnert werden und dieses durch bestimmte Trigger wiedererleben. Ihre Gefühle und ihr Verhalten würden sich gegenüber dem Pflegekind stark verändern und die Vollzeitpflege gefährden, was für das Kind einen erneuten Bindungsabbruch bedeuten könnte und die Traumafolgestörungen beim Kind schlimmstenfalls weiter manifestieren würden (vgl. Ebel 2009, S. 113).

2.4 Dissoziative Störung

Die Dissoziative Störung, als eine weitere Folge von Traumatisierungen, kann als eine extreme Form des Tagträumens verstanden werden, bei der die Funktionen des Gedächtnisses und des Bewusstseins eingeschränkt werden (vgl. Dixius/Möhler 2019, S. 32).

Viele Menschen kennen das Phänomen während der Autofahrt in Gedanken zu versinken. Da die wiederkehrenden Handlungen im Alltag bereits so verinnerlicht wurden, dass sie wie automatisiert durchgeführt werden, wird das Geschehen in der Umwelt kaum mehr wahrgenommen. Die Erinnerungen können daher stark eingeschränkt sein. Während dies als eine normale Form der Dissoziation verstanden werden kann, da sich der Mensch bei Bedarf sofort wieder aus diesem Zustand herauslösen kann, um sich zu reorientieren, ist das bei der Dissoziativen Störung nicht möglich (vgl. Lutz 2016, S. 371).

Die Dissoziation entsteht in traumatischen, für den Menschen lebensbedrohlichen Situationen unterbewusst, um sich selbst schützen zu können. Da das Großhirn, mit den zur Verfügung stehenden Verarbeitungsmöglichkeiten überfordert ist, schaltet es sich ab und leitet das Notfallprogramm ein, wodurch sich die Wahrnehmung nur noch auf das Nötigste beschränkt. Der Mensch löst sich innerlich aus seinem Körper heraus und erlebt das Geschehene nun von einer distanzierten Sichtweise, um die körperlichen und seelischen Schmerzen nicht mehr zu fühlen (vgl. Garbe 2015, S. 116f.). Da die Dissoziation (Abspaltung) bereits während der Traumatisierung eintritt, bleiben nur noch

vereinzelte bis gar keine Erinnerungen an das Geschehen vorhanden, sodass es für den Menschen psychisch ertragbar wird (vgl. Ebel 2009, S. 116ff.).

Besonders bei Kindern können die frühen traumatischen Erfahrungen zu einer dissoziativen Störung führen. Reagieren die Bindungspersonen nicht auf die Bedürfnisse des Kindes oder sind gleichzeitig die Gefahrenquelle für das Kind, so befindet sich dieses in einer außergewöhnlichen Hilflosigkeit, da es sich an niemand anderen wenden kann und keine Alternativen besitzt, wie es sich selbst helfen kann. Da es die Bindungspersonen zum Überleben benötigt, versucht das Kind die Gefahren durch Schutz- und Abwehrmechanismen wie der Dissoziation auszublenden. In dem es innerlich aus dem eigenen Körper heraustritt, lernt es die gewalttätigen Übergriffe auszuhalten (vgl. Firus 2018, S. 44f.).

Für den Alltag mit einem traumatisierten Kind ergeben sich daraus bestimmte Konsequenzen, die zu beachten sind, sobald das Kind beginnt zu dissoziieren. In einer solchen Situation ist das Kind enormen Stress ausgesetzt, wodurch es entweder abwesend wirkt oder mit den eigenen Gefühlen überfordert ist und dadurch aggressiv handelt. Da es das eigene Verhalten nicht mehr regulieren kann und in der Aufnahmefähigkeit stark eingeschränkt ist, macht es keinen Sinn, das Kind in dieser Situation auf das Fehlverhalten anzusprechen. Vielmehr empfiehlt es sich, dass Kind erst einmal zu beruhigen und zu warten, bis sich das Stresslevel wieder abgebaut hat. Ebenfalls muss beachtet werden, dass die Konsequenzen in ihrer Art nicht dem erlebten Trauma ähneln dürfen. Sonst kann ein durch Vernachlässigung traumatisiertes Kind, welches als Bestrafung allein in das Zimmer gehen muss, retrraumatisiert werden. Zudem wird das dissoziative Verhalten durch diese Konsequenz verstärkt und verinnerlicht. Vielmehr bieten sich bindungsstärkende Konsequenzen an, um den Umgang mit den dissoziativen Verhaltensweisen zu erlernen und die traumatisierenden Erfahrungen zu verarbeiten (vgl. Lutz 2016, S. 379f.).

2.5 Auswirkungen auf das Bindungs- und Beziehungsverhalten

Zum besseren Verständnis wird zunächst ein Einblick in die Bindungstheorie nach John Bowlby und Mary Ainsworth gegeben. Da sich diese Arbeit speziell auf traumatisierte Kinder in der Pflegekindehilfe fokussiert, wird anschließend nur das sichere Bindungsverhalten näher erläutert, um es im Anschluss dem für traumatisierte Kinder typischen desorganisierten Bindungsverhalten gegenüberzustellen.

Das grundlegende Bedürfnis eines jeden Kindes ist es, Bindungen einzugehen. Die Bindung kann nach Mary Ainsworth als ein emotionales Band verstanden werden, das zwei Menschen eng miteinander verbindet. So benötigen Säuglinge mindestens eine primäre Bindungsperson, die dessen Bedürfnisse versorgt und es vor Gefahren schützt. Eine zuverlässige Bindungserfahrung in der

Kindheit stellt die Voraussetzung für eine gesunde psychische Entwicklung des Kindes dar und prägt dessen zukünftige Vorstellungen von Beziehungen (vgl. Nowacki/Remiorz 2018, S. 66).

Nach der Bindungstheorie des englischen Psychiaters John Bowlby kann davon ausgegangen werden, dass sich das Bindungssystem besonders während des ersten Lebensjahres des Kindes entwickelt. Für den Säugling erscheint es lebensnotwendig, eine verlässliche und ständig präsente Bindungsperson zu haben, bei der es in Gefahrensituationen Schutz und Hilfe findet. Durch Weinen oder Klemmen des Kindes kommt das Bindungsverhalten in bedrohlichen Situationen oder bei der Trennung von der Bindungsperson zum Ausdruck. Das Bindungssystem ist aktiviert und kann nur durch die Befriedigung des jeweiligen Bedürfnisses des Kindes wieder beruhigt werden. Erst dann kann das Kind die eigene Umwelt wieder erkunden. Die Bindungsperson stellt demnach für das Kind einen sicheren Hafen dar, in dem es sich behütet und beschützt fühlt (vgl. Brisch 2008, S. 13f.).

Nicht nur das Vorhandensein einer Bindungsperson, sondern auch die Bindungsqualität ist bedeutend für die weitere Entwicklung des Kindes. Im Umgang mit dem Kind sollte die Bindungsperson stets feinfühlig die Signale des Kindes wahrnehmen und dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes entsprechend zügig darauf reagieren. Die Feinfühligkeit der Bindungsperson beeinflusst, welches Bindungsverhalten das Kind entwickeln wird (vgl. Nowacki/Remiorz 2018, S. 68f.).

Ein Kind das überwiegend liebevolle und zuverlässige Zuwendung durch die Bindungsperson erhält und in den grundlegenden Bedürfnissen befriedigt wird, entwickelt ein sicher-gebundenes Bindungsverhalten. Da es ein inniges Vertrauen zu der Bindungsperson aufgebaut hat, lernt es die eigene Angst zu bewältigen, in dem es dort Trost und Schutz findet. Auch im Erwachsenenalter wird es durch diese Erfahrung in der Kindheit gute und zuverlässige Beziehungen eingehen können, Empathie gegenüber anderen Menschen zeigen und sich nicht scheuen, bei Schwierigkeiten Hilfe von außen zu holen (vgl. Ebel 2009, S.157f.).

Ist ein Kind durch die primäre Bindungsperson Traumatisierungen in Form von seelischen oder körperlichen Misshandlungen ausgesetzt, so hat es weitreichende Folgen für dessen Bindungsverhalten (vgl. Müller 2008, S. 16). Traumatisierte Kinder zeigen oftmals ein desorganisiertes Bindungsverhalten. Dieses ist im Vergleich zu den anderen Bindungsmustern nicht einheitlich. Das bedeutet, dass das Kind in einer Situation, in der das Bindungssystem aktiviert wird, starke Verunsicherung zeigt und dadurch immer verschiedenartig auf die jeweiligen Situationen reagiert. Das Kind hat in der Vergangenheit gelernt, dass die Bindungsperson nicht verlässlich ist und dessen Bedürfnisse nach Nähe und Schutz nicht regulieren kann. Das bedeutet, dass es trotz der Verfügbarkeit dieser Bindungsperson, die eigenen Gefühle von Angst und der inneren Unruhe nicht bewältigen kann und in dem Gefühl von Hilflosigkeit verbleibt (vgl. Nowacki/Remiorz 2018, S. 82). Besonders nach Trennungssituationen lässt sich das Bindungsverhalten eines desorganisierten Kindes erkennen. So kommt es vor, dass das Kind, sobald die Bindungsperson nach einer Trennung wieder präsent ist,

erst zur Bindungsperson hinläuft und bevor es angekommen ist, sich wieder umdreht und zügig wegläuft (vgl. Brisch 2008, S. 17). Der Gesichtsausdruck des Kindes erscheint oftmals sehr angstfüllt und viele Kinder schrecken auf, sobald sie ihre Eltern wieder in unmittelbarer Nähe wahrnehmen. Das kann dazu führen, dass sie in ihren derzeitigen Handlungen einfrieren und für einen kurzen Moment wie erstarrt wirken (Aktivierung des Totstellreflexes). Die Bindungsperson, als Ursache der Angst, löst im Inneren des Kindes eine tiefe Verzweiflung aus. Da es sich genau vor jener Person fürchtet, die allein zur Verfügung steht, brechen jegliche Strategien zur Stressbewältigung des Kindes zusammen (vgl. Cappenberg 2009, S. 79).

Dies führt schließlich dazu, dass das Kind jegliches Vertrauen in sich selbst und die Umwelt verliert. Es hat verinnerlicht, dass es von den Eltern abhängig ist, um überleben zu können. Aus diesem Grund versuchen sich viele Kinder an den Erwartungen der Eltern anzupassen. So liegen bereits Säuglinge still auf dem Wickeltisch oder Kleinkinder weinen nicht, obwohl sie Schmerzen empfinden. Durch diese Überanpassung versucht das Kind nicht negativ aufzufallen. Das verhindert jedoch, dass das Kind Selbstvertrauen entwickelt und sich selbst als stark und autonom wahrnehmen kann (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 71ff.).

Kinder die nicht nur phasenweise, sondern dauerhaft und über mehrere Jahre traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, entwickeln oftmals Bindungsstörungen. Die Diagnose Bindungsstörung kann erst nach dem achten Lebensmonat gestellt werden. Ebenfalls müssen die Symptome der Bindungsstörung seit mindestens sechs Monaten und in unterschiedlichen Beziehungssystemen wahrgenommen worden sein. Nach der ICD-10 wird zwischen zwei Formen von Bindungsstörungen unterschieden. Die Bindungsstörung mit Hemmung ist durch ein unsicheres und ängstliches Verhalten des Kindes gegenüber anderen Personen gekennzeichnet, da dem Kind die Voraussetzungen fehlen, Beziehungen als positiv und verlässlich wahrzunehmen (vgl. Brisch 2009, S. 18f.).

Bei der Bindungsstörung mit Enthemmung hingegen ist eine sogenannte Distanzlosigkeit im Beziehungserleben erkennbar. Die Kinder laufen dabei furchtlos auf jeden (unbekannten) Menschen zu und können zugleich keine emotionale Nähe zu dieser Person zulassen. Da Bindungen für sie jederzeit zu einer Bedrohung werden können, lassen sie keinen Körperkontakt zu und erstarren bei dem Versuch nach Nähe in ihrer Körperhaltung. Da die Angst in den Beziehungen vor dem Wunsch nach Zuwendung überwiegt, fällt es ihnen ebenfalls schwer, sich vertrauensvoll auf Beziehungen zu anderen einzulassen (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 71ff.).

Auch in der Beziehung zu Gleichaltrigen lässt sich erkennen, dass es früh traumatisierten Kindern schwerfällt, Bindungen mit ihnen einzugehen und aufrechtzuerhalten. Sie können nicht einschätzen, ob die Handlungen der anderen Kinder ihnen gegenüber aus einer freundlichen oder böswilligen Absicht entstanden sind. Um sich selbst zu schützen, reagieren sie sodann vorsichtshalber aggressiv (vgl. Wiemann 2018, S. 114f.). Dieses aggressive Verhalten von traumatisierten Kindern lässt

sich durch das Fehlen einer zuverlässige Bindungsperson begründen. Da sich das Kind nicht an dessen Normen und Werte orientieren konnte, hat es Schwierigkeiten die eigenen Impulse zu kontrollieren und zu steuern. Zumal es durch die fehlende emotionale Bindung kein Gewissen entwickeln konnte, überschreitet es schnell die Grenzen und kann sich nur schwer an Regeln halten (vgl. ebd., S. 110ff.).

Häufig sind die Eltern traumatisierter Kinder ebenfalls in der eigenen Kindheit durch ihre Bindungs Personen traumatisiert worden. Durch das Verhalten ihres eigenen Kindes, wie das angstvolle Weinen, können sie an das selbst erlebte frühere Traumata erinnert werden. In diesen Situationen können die Eltern das Bedürfnis ihres eigenen Kindes nicht wahrnehmen und reagieren deshalb für das Kind auf eine unvorhergesehene und angsteinflößende Art und Weise (vgl. Ebel 2009, S. 160 f.). Da ihr eigenes Trauma unverarbeitet blieb, werden sie durch die Reaktionen ihres Kindes in die eigene Kindheit zurückversetzt. Sie erleben sich selbst wieder als das Kind, dessen Bedürfnisse zurückgewiesen und mit Bestrafungen beantwortet wurden. Dadurch wird das Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit wieder präsent, wodurch sie selbst nicht mehr fähig sind auf die Bedürfnisse ihres Kindes zu reagieren. Hierbei wird deutlich, dass ein Trauma transgenerational weitergegeben werden kann, insofern es zu keiner Verarbeitung des Geschehens kommt (vgl. Nowacki/Remiorz 2018, S. 83).

3. Die Pflegkinderhilfe als Chance für traumatisierte Kinder

Pflegefamilien leisten in der Kinder- und Jugendhilfe eine wesentliche Aufgabe, um traumatisierten Kindern die Chance zu geben in familiären Strukturen aufzuwachsen, die früheren traumatischen Erlebnisse aufzuarbeiten und neue korrigierende Eltern-Kind-Bindungen aufzubauen.

Dieses Kapitel bezieht sich vor allem auf Pflegefamilien, die als eine Ersatzfamilie verstanden werden und soll einen Einblick geben, welche Chancen traumatisierte Kinder zur Bearbeitung ihrer traumatischen Erfahrungen in der Kindheit beim Verbleib in der Pflegefamilie haben. Zuerst werden die besonderen Anforderungen, die der Ablösungsprozess des Kindes von den Herkunftseltern und die gleichzeitig stattfindende Integration des Kindes in die Pflegefamilie stellt, beleuchtet. Danach wird die Kontaktgestaltung zur Herkunfts Familie thematisiert und welche Bedeutung die Aufrechterhaltung der Besuchskontakte zwischen den Herkunftseltern und einem traumatisierten Kind hat. Abschließend werden drei Konzepte der Traumapädagogik vorgestellt, die für die Pflegeeltern die pädagogische Begleitung eines traumatisierten Kindes erleichtern können.

3.1 Der Ablösungsprozess des Kindes von den Herkunftseltern

Mit dem Einzug in die Pflegefamilie beginnt für das Kind ein neuer Lebensabschnitt. Die neue Umgebung sowie die Pflegefamilie erscheinen dem Kind noch sehr fremd und es benötigt eine gewisse

Zeit, um sich an die neuen Gegebenheiten zu gewöhnen. Gleichzeitig muss das Kind die Trennung von den Herkunftseltern verarbeiten. Auch wenn die bisherige Lebenssituation nicht immer dem Wohl des Kindes entsprochen hat, ist der Verlust der vertrauten Bezugspersonen sehr belastend für das Kind. Die neue und unbekannte Situation löst in dem Kind ein Gefühl von Angst aus. Es sucht die Nähe zu seinen/ihren Bezugspersonen, um diese Angst überwinden zu können. Da die Herkunftseltern für das Kind nicht greifbar sind, beginnt es sich selbstständig mit der Situation auseinanderzusetzen und durchlebt Phasen von Protest, Verzweiflung und Loslösung (vgl. Ebel 2009, S. 64ff.). Zu Beginn der Fremdunterbringung befindet sich das Kind in einer Übergangsphase, in der es sich der Herkunftsfamilie nicht mehr zugehörig fühlt und sich gleichzeitig aber auch noch nicht mit der Pflegefamilie identifizieren kann. In dieser Übergangsphase ist das Kind von Unsicherheit geprägt und weiß nicht, wo es hingehört. Erst wenn es sich von den Herkunftseltern ablösen kann und sich parallel dazu in die Pflegefamilie integrieren kann, wird es das Gefühl von Zugehörigkeit zurücklangen können. Diese Prozesse der Trennung und der Integration laufen gleichzeitig ab und setzen sich dabei gegenseitig voraus. Das Kind kann sich erst auf ein neues Bindungsangebot einlassen, wenn es sich von seinen/ihren früheren Bindungspersonen ablösen konnte. Gleichermaßen erleichtert die Trennung den Ablösungsprozess, da das Kind die eigenen Bedürfnisse und Wünsche nicht mehr an die frühere Bindungsperson festmacht, sich von dieser distanziert und sich schlussendlich die Bedürfnisbefriedigung durch die neue Bindungsperson in der Pflegefamilie erhofft (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 209).

Dieser Prozess kann allerdings durch diverse Umstände erschwert oder sogar verhindert werden. Einige Herkunftseltern können ihre Elternrolle nur sehr schwer an die Pflegefamilie abgeben. Sie befürchten ihr Kind vollständig an die Pflegefamilie zu verlieren und akzeptieren die Pflegefamilie nicht als neuen Lebensmittelpunkt ihres Kindes. Darüber hinaus halten sie oftmals im Gegensatz zu dem Jugendamt und der Pflegefamilie die Perspektive der Rückführung offen. Sie halten die Illusion dem Kind gegenüber aufrecht, dass es zeitnah wieder zu ihnen zurückkehren kann. Dadurch verhindern sie, dass sich das Kind in die Pflegefamilie integrieren kann. Das Kind steht zwischen den zwei Familien und ist infolgedessen Loyalitätskonflikten ausgesetzt. Nur wenn die Herkunftseltern ihr Kind loslassen können, wird es neue Bindungen in der Pflegefamilie aufbauen können (vgl. Wiemann 2018, S. 39f.).

Doch nicht nur die Herkunftseltern können die Ablösung des Kindes erschweren. Auch bei den Kindern wird deutlich, dass sie trotz der schlimmen Erfahrungen, die sie in ihrer Herkunftsfamilie gemacht haben, eine Bindung zu den Herkunftseltern haben können. Die Hoffnung bleibt bestehen, dass sich die Herkunftseltern noch verändern werden und schließlich die bisher unerfüllten Wünsche und Bedürfnisse des Kindes erfüllen werden. Entspricht dies nicht der Realität, so idealisieren die Kinder ihre Eltern und geben sich selbst die Schuld für das Geschehene. Sie waren es, die böse

waren und weswegen ihre Eltern keine andere Möglichkeit hatten, als sie zu misshandeln und wegzuwerfen. Die Kinder verherrlichen die Handlungen der Herkunftseltern und übernehmen dadurch selbst die Verantwortung für die Fremdunterbringung, wodurch sie sich nicht von ihnen distanzieren können und schließlich auch nicht ablösen können (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 215f.). Biografische Abbrüche stellen für Pflegekinder einen sehr schmerzlichen Prozess dar. Sie suchen nach ihrer Identität und halten dabei stets an dem Wunsch nach einer heilen Familie und nach Anerkennung von den Herkunftseltern fest (vgl. Frieling 2009, S. 107).

Besonders die Anfangszeit in der Pflegefamilie ist für das Kind belastend. Es wird u.U. viel weinen, nach den früheren Bindungspersonen suchen und aus Verzweiflung sehr überempfindlich agieren. Pflegeeltern sollten sich davon nicht persönlich angegriffen fühlen oder sich von der Sehnsucht des Kindes nach den Herkunftseltern verunsichern lassen. Besonders in diesen Momenten benötigen die Kinder durch ihre Pflegefamilie Rückhalt und Zuneigung, da sie sich zurück- und alleingelassen fühlen. Die Pflegeeltern sollten das Bindungsangebot aufrechterhalten und dem Kind das Trauern erlauben. Die Anerkennung des schmerzlichen Verlustes des Kindes und die Akzeptanz der zwei Familien als Lebensrealität des Kindes kann die Bindung zwischen den Pflegeeltern und dem Pflegekind sogar verstärken (vgl. Wiemann 2018, S. 65).

Erst wenn das Kind die Phase der Verzweiflung überwunden hat, wird es sich allmählich von den Herkunftseltern ablösen können und einen Bindungsaufbau zu der Pflegefamilie zulassen. Je besser das Kind schon vorab auf die neue Lebenssituation vorbereitet wird und je mehr es selbst damit einverstanden ist, desto abgeschwächter werden die Phasen der Trennung verlaufen und dem Kind die Integration in die Pflegefamilie erleichtern (vgl. Ebel 2009, S. 64ff.).

3.2 Der Integrationsprozess des Kindes in die Pflegefamilie

Die Integration eines Kindes in eine Pflegefamilie kann nicht nur als eine einfache Eingewöhnung verstanden werden, denn das Kind muss sich nicht nur an die Pflegefamilie gewöhnen, sondern ebenso die Trennung von dem bisherigen Lebensumfeld und den bislang primären Bindungspersonen verarbeiten. Für ein Kind stellt dies einen der einschneidendsten und gravierendsten Eingriffe im Leben dar. In der neuen Umgebung fühlt es sich zu Beginn hilflos und hat große Angst, da alles noch völlig fremd und unbekannt erscheint. Es versteht noch nicht, dass die Trennung von den Herkunftseltern erforderlich war, um es zu schützen. Daher ist es von Bedeutung, wann und wie das Kind dem Alters- und Entwicklungsstand entsprechend über die Ereignisse aufgeklärt wird und ihm/ihr dabei geholfen wird, diese in die eigene Lebensgeschichte verstehend einzurichten. Nur dann kann das Kind aus dem Gefühl der Hilflosigkeit heraustreten und den neuen Lebensabschnitt akzeptieren (vgl. Marszewski 2012, S. 215f.).

Bei dem Integrationsprozess des Pflegekindes haben sich typische Entwicklungsmuster von Pflegeverhältnissen herauskristallisiert, die sich ab der Aufnahme des Pflegekindes in drei unterschiedliche Phasen beschreiben lassen. Die erste Phase ist die Anpassungsphase. Sie beginnt nachdem das Kind den Trennungsprozess von seinen Eltern überwunden hat und dauert von einigen Tagen bis hin zu mehreren Monaten an. Die Umgebung sowie die Pflegefamilie selbst erscheinen dem Kind noch sehr fremd. Es muss sich erst einmal an die neue Situation gewöhnen, die Regeln der Pflegefamilie kennenlernen und schauen, ob es sich bei den Pflegeeltern sicher und geborgen fühlen kann. Daher passt es sich den neuen Lebensbedingungen an, versucht sich so gut es geht in die Pflegefamilie zu integrieren und unterdrückt eigene Ängste. Mit dem Beginn der Vertrautheit zwischen den Pflegeeltern und dem Pflegekind wird die zweite Phase eingeleitet (vgl. Ebel 2009, S. 125).

Diese Phase, die sogenannte Übertragungsphase, wird für alle Beteiligten zu einer enormen Herausforderung, da das Kind nun die eigenen Ängste und die erlebten traumatischen Erfahrungen auf die Pflegeeltern übertragen wird. Das Kind vergleicht seine/ihre Pflegeeltern mit den Herkunftseltern und geht davon aus, dass es in der Pflegefamilie ebenfalls vernachlässigt und misshandelt wird aufgrund bisheriger Erfahrungen. Das Verhalten des Kindes wird ins Extreme fallen, um die Pflegeeltern zu testen, ob sie sich ebenfalls wie die Herkunftseltern verhalten werden. Wurde das Pflegekind beispielsweise durch die Herkunftseltern misshandelt, wird das Kind die Pflegeeltern immer wieder provozieren, um herauszufinden, ob sie es ebenso schlagen würden. Musste das Kind früher hungern, so wird es in der Pflegefamilie Lebensmittel stehlen, diese in großen Mengen verspeisen und bei einer Untersagung dessen den Pflegeeltern vorwerfen, sie würden es verhungern lassen (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 103ff.). Für die Pflegeeltern ist es eine große Herausforderung dieses Verhalten richtig zu deuten und anschließend angemessen darauf zu reagieren. Erschwert wird dieser Prozess durch die Gegenübertragung. Diese entsteht aufgrund der emotionalen Reaktion, die durch die Übertragung der Verhaltensmuster beim Gegenüber ausgelöst wird. Das kann dazu führen, dass die Pflegeeltern tatsächlich ähnlich wie die leiblichen Eltern reagieren. Sie werden sehr wütend und reagieren auf das provozierende Kind mit Schlägen oder sie reagieren genervt, weil das Kind sie zu sehr einengt und stoßen es aus diesem Grund von sich weg. In solch einem Fall führt die Gegenübertragung zu einer Retraumatisierung des Kindes, wodurch dessen Ängste und Abwehrmechanismen verstärkt und gefestigt werden. Dies verdeutlicht noch einmal, welche Anforderungen die Aufnahme eines Pflegekindes an die Pflegeeltern stellt, dessen sie sich bewusst sein müssen. Es liegt als Erwachsene in ihrer Verantwortung, die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren, um mit ihm/ihr gemeinsam die Phase der Übertragung zu bewältigen. Dafür müssen die Pflegeeltern erkennen, dass die Kinder unbewusst mit ihrem Verhalten auf bisher Erlebtes reagieren (vgl. Ebel 2009, S. 126 ff.).

Die letzte Phase der Integration beschreibt die Regressionsphase. Diese Phase stellt für das Kind einen Neubeginn dar. Es wiederholt die früheren unbefriedigten Bedürfnisse durch die Herkunftseltern mit den Pflegeeltern, wodurch sie schließlich befriedigt werden sollen. Durch die Regression und die damit verbundene Sicherstellung der Wünsche des Kindes, entstehen zufriedenstellende Beziehungen, die in einer neuen positiven Eltern-Kind-Bindung münden. Das Kind möchte seine/ihre frühere Kindheit erneut mit der Pflegefamilie erleben und zeigt dementsprechend stellvertretend regressives Verhalten z.B. Einnässen oder Trinken aus einer Babyflasche. So braucht das Kind in dieser Phase besonders viel Nähe und Zuwendung durch die Pflegeeltern. Das Kind kann dadurch die scheinbare Selbstständigkeit aufgeben und sich in vollständiger Abhängigkeit begeben, um korrigierende Erfahrungen zu machen (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 125ff.). Können sich die Pflegeeltern auf dieses neue Verhalten einlassen und es als eine schöne Zeit wahrnehmen, die bald wieder vorrübergeht, so wird sich das Kind gut in die Pflegefamilie integrieren können. Danach wird es sich an seinen/ihren vorherigen Entwicklungstand anpassen und sich als ein Teil der Pflegefamilie positiv weiterentwickeln (vgl. Ebel 2009, S. 130).

3.3 Die Bedeutung von Besuchskontakten

Wird ein Kind nach dem Konzept der Ergänzungsfamilie in eine Pflegefamilie untergebracht, sollen die Bindungen zwischen den Herkunftseltern und dem Pflegekind aufrechterhalten werden. Wenn nach diesem Konzept davon auszugehen ist, dass sich die Situation in der Herkunfts-familie wieder stabilisieren wird und das Kind nach einer bestimmten Zeit zurückgeführt werden kann, stellt die Aufrechterhaltung der Bindung einen wichtigen Aspekt für den Erfolg der Rückführung dar und soll ebenfalls die Reintegration des Kindes in die Herkunfts-familie erleichtern (vgl. Ebel 2009, S. 184f.). Bei Kindern, die auf Dauer in einer Pflegefamilie untergebracht werden, gibt es signifikante Unterschiede. Besuchskontakte können sich nur positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirken, insoweit das Kind keine beängstigten Erfahrungen mit den Herkunftseltern verbindet und die Eltern-Kind-Bindung zwischen dem Kind und den Herkunftseltern schon vor der Fremdunterbringung als positiv, sicher und tragfähig wahrgenommen wurde. Das Kind sollte ebenfalls für sich nachvollziehbar den Grund für die Fremdplatzierung kennen, sodass es sich nicht abgeschoben fühlt. Ebenso sollten sich die Pflegefamilie und die Herkunfts-familie gegenseitig akzeptieren und zusammenarbeiten, sodass das Kind keinen Loyalitätskonflikten ausgesetzt wird. Dazu gehört ebenfalls, dass die Herkunftseltern ihre Elternrolle an die Pflegeeltern abgeben können und dem Kind erlauben, eine Eltern-Kind-Bindung zu den Pflegeeltern aufzubauen (vgl. Westermann/Nienstedt 2011, S. 186f.). Schwierig gestalten sich die Besuchskontakte, wenn sich die Pflegeeltern und die Herkunftseltern eben nicht gegenseitig akzeptieren und anerkennen. Für die Herkunftseltern ist es nicht immer einfach zu sehen, wie ihr Kind in einer Pflegefamilie aufwächst, die Pflegeltern als „Mama“ und „Papa“

betitelt und sich von den Pflegeeltern besser steuern lässt als von ihnen selbst. Diese Erkenntnis ist für die Herkunftseltern sehr schmerzlich und kränkend. Sie sehen die Pflegeeltern als Rival*innen an und handeln aus Angst ihr Kind zu verlieren mit Protest, Verleugnung und Abwehr gegenüber den Pflegeeltern (vgl. ebd., S. 190 ff.). Während der Besuchskontakte ist diese Spannung zwischen den zwei Familien auch deutlich beim Kind zu spüren. Das Kind wird durch diesen Loyalitätskonflikt erneutem emotionalen Stress ausgesetzt, da es sich nicht auf die Seite des einen oder des anderen stellen möchte. Es verspürt innerlich eine große Unruhe und da es sich selbst nicht aus dieser Lage heraushelfen kann, fällt es oftmals nach den Besuchskontakten in frühere Verhaltensmuster zurück (Frieling 2009, S. 133).

Besonders gravierend können sich die Besuchskontakte auf die kindliche Entwicklung auswirken, wenn das Kind in der Herkunftsfamilie physisch und psychisch geschädigt wurde. Durch die wiederkehrenden Kontakte wird das Kind fortwährend mit den früheren traumatischen Erlebnissen konfrontiert und dadurch enormen Stress ausgesetzt. Da das Kind in der Vergangenheit Strategien entwickelt hat, wie es in diesen Momenten überleben kann, greift es auf eben diese maladaptiven Bewältigungsstrategien zurück. Diese werden erneut gefestigt und verhindern gleichzeitig die Entwicklung von adaptiven Strategien mit Stress umzugehen (vgl. Himpel/Hüther 2009, S.120f.). Das Kind fühlt sich der Situation wieder hilflos ausgeliefert. Es kann nicht nachvollziehen, warum es sich weiterhin mit den Menschen treffen muss, die es so sehr geängstigt und verletzt haben. Für das Kind erscheint es, als würde die Pflegefamilie es nicht vor den Täter*innen schützen, sondern durch die vertrauensvolle Zusammenarbeit die traumatischen Erlebnisse in der Herkunftsfamilie verleugnen (vgl. Schleiffer 2015, S. 170f.). Da es die Besuchskontakte nicht umgehen kann und weiß, dass die Pflegeeltern sowie die Sozialarbeiter*innen die Besuchskontakte tolerieren und rechtfertigen, zeigt es eine sogenannte Überanpassung (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 228f.). Da das Kind verinnerlicht, dass es niemand vor dieser Gefahr schützen wird und es somit von den Herkunftseltern abhängig ist, versucht es die durch Angst geprägten Erfahrungen zu verdrängen und zu verleugnen. Aus diesem Grund wird das Kind den Herkunftseltern freundlich gegenüberstehen. Entgegen dem äußeren Anschein, das Kind freue sich über den Besuch der Herkunftseltern, da es diese unabhängig der schlimmen Erfahrungen liebt, ist es allein in Angst an die Herkunftseltern gebunden. Das führt leider oftmals dazu, dass die Angstbindung fehlgedeutet wird. Vielmehr muss die Perspektive des Kindes eingenommen werden und sich in das traumatische Geschehen hineinversetzt werden, sodass das innere Erleben des Kindes richtig gedeutet werden kann. Nur dann kann es gelingen die vorgetäuschte Freude des Kindes als angstmotivierte Überanpassung zu identifizieren (vgl. Cappenberg 2009, S. 83f.).

Auch auf Seiten der Pflegeeltern erscheint es oftmals widersprüchlich, dass sie einerseits das Kind vor Gefahren schützen sollen und es andererseits eben dieser Gefahr, die von den Herkunftseltern

ausgeht, durch die Besuchskontakte aussetzen müssen. Indem sie dem Kind gut zu reden, die Eltern seien doch liebevoll und würden in Zukunft fürsorglicher agieren, versuchen sie dem Kind die Angst zu nehmen, um es auf den bevorstehenden Kontakt vorzubereiten. Dadurch werden die Pflegeeltern dem Pflegekind gegenüber unglaublich, was sich negativ auf ihre sich entwickelnde Bindung auswirken kann. In diesen Momenten haben nach Frieling die Pflegeeltern weniger die Aufgabe für eine Bindung zwischen den Herkunftseltern und dem Pflegekind zu sorgen, sondern vielmehr das Kind zu schützen und ihm/ihr ein Aufwachsen fernab dieser Angst zu ermöglichen (vgl. Frieling 2009, S. 45f.).

Aus diesem Grund sollen sich die Pflegeeltern nicht scheuen, sich gegen die Besuchskontakte des Pflegekindes zu den Herkunftseltern auszusprechen, sobald deutlich erkennbar wird, dass diese das Kind belasten und sich negativ auf das Kindeswohl auswirken. Es erscheint ebenfalls hilfreich, sich Einschätzungen von den zu betreuenden Personen des Kindes aus dem Kindergarten, der Schule oder der Kinderarztpraxis einzuholen und sich anschließend mit dem Jugendamt in Verbindung zu setzen (vgl. Hopp 2009, S. 210f.). Bestätigt sich der Verdacht, dass die Besuchskontakte schädliche Auswirkungen auf das Kindeswohl haben, so kann das Familiengericht die Kontakte zum Schutz des Kindes einschränken oder sogar dauerhaft aussetzen. In vielen Fällen wird jedoch vom Gericht angeordnet, dass die Besuchskontakte von einer Fachperson begleitet werden. Dadurch ist das Kind zwar vor erneuten Übergriffen der Herkunftseltern geschützt, doch die Gefahr einer Retraumatisierung bleibt hingegen erhalten, weswegen dies unbedingt von den Richter*innen in der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden muss (vgl. Wiemann 2018, S. 150ff.).

Auch wenn eine Unterbindung der Kontakte zur Herkunfts-familie nicht gleich bedeutet, dass sich das Kind sofort psychisch erholen kann, erhält es dadurch die Chance, sich von den Herkunftseltern und der damit verbundenen angstbesetzten Bindungen zu distanzieren, befriedigende Bindungen in der Pflegefamilie aufzubauen und schließlich die traumatischen Erlebnisse realistisch aufzuarbeiten (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 236).

3.4 Traumapädagogik in der Pflegekinderhilfe

Die Traumapädagogik entstand als eine junge Fachrichtung in der Mitte der neunziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts und verbindet die Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie mit den Arbeitsfeldern der Pädagogik und der Sozialen Arbeit. Während der traumapädagogische Ansatz zu Beginn vermehrt in den (teil-) stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe angewandt wurde, lässt er sich inzwischen auf viele weitere Arbeitsfelder übertragen. Die Traumapädagogik wird in der Arbeit mit traumatisierten Kindern genutzt, da die Kinder aufgrund der traumatischen Erlebnisse in der Kindheit Strategien zum Überleben entwickelt haben, die ihnen gleichermaßen den Alltag, den Zugang zu Anderen und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erschweren.

Ziel ist es, die Selbstwirksamkeit der traumatisierten Kinder zu erhöhen, sie zu befähigen das erlebte Trauma in ihre Lebensgeschichte neu einzuordnen und schließlich die Kontrolle über ihren eigenen Körper zurückzugewinnen (vgl. Weiß 2016 B, S. 20ff.). Aus diesem Grund bietet die Traumapädagogik eine außerordentliche Chance für die pädagogische Begleitung und Unterstützung traumatisierter Kinder im Alltag und kann dadurch für Entlastung bei den Fachkräften sorgen. So stellt sie eine wirksame Ergänzung zu den therapeutischen Hilfemaßnahmen dar (vgl. Weiß 2016 A, S. 86f.).

Die Traumapädagogik bietet den Pflegefamilien eine Chance, das innere Erleben und Verhalten ihres Pflegekindes infolge der früheren traumatischen Erfahrungen besser in die Lebensgeschichte des Kindes einzuordnen und verstehen zu können. Das Wissen über Traumatisierungen und die Auswirkungen auf das Bindungsverhalten können Pflegeeltern dabei helfen, eine verständnisvolle Grundhaltung zu entwickeln und die Übertragungsgefühle des Kindes nicht missverständlich zu deuten. Das hilft den Pflegeeltern zu mehr Handlungssicherheit, entlastet sie im Alltag und wirkt sich positiv auf die sich entwickelnde Eltern-Kind-Beziehung zwischen den Pflegeeltern und dem Pflegekind aus (vgl. Zitelmann 2016, S. 226f.).

Im Folgenden werden nun das Konzept des sicheren Ortes, das Konzept der korrigierenden Beziehungserfahrung sowie das Konzept des guten Grundes beschrieben.

3.4.1 Das Konzept des sicheren Ortes

Das Konzept des sicheren Ortes ist eine zentrale Grundlage für die traumapädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, S. 74).

Baierl beschreibt dabei fünf sichere Orte die notwendig sind, um das Sicherheitserleben des Kindes wieder herstellen zu können. Diese werden im Folgenden kurz näher erläutert.

Der erste sichere Ort ist der äußere sichere Ort. Dieser beschreibt ein Umfeld, in dem sich das Kind sicher und geborgen fühlt und jegliche Gefahren für das Wohl des Kindes abgewendet werden können. In diesem Ort sollen die Bedürfnisse des Kindes befriedigt werden und durch feste Regeln und Strukturen dem Kind Orientierung sowie Halt gegeben werden (vgl. Baierl 2016, S. 56ff.). Zudem erscheint es für das Herstellen der äußeren Sicherheit notwendig, dass das Kind von den traumatisierenden Personen getrennt und geschützt wird. Ging die Gefahr von den Herkunftseltern aus, so ist es dringend notwendig die Besuchskontakte im Rahmen eines Kinderschutzverfahrens einzuschränken. Das Kind muss sich in der räumlichen Umgebung sicher fühlen und erkennen, dass dort keine Gefahr mehr vor erneuter Traumatisierung besteht. Nur dann können die Kinder ihre Pflegefamilie als einen äußeren sicheren Ort wahrnehmen (vgl. Zitelmann 2016, S. 225).

Ein personaler sicherer Ort setzt das Vorhandensein einer für das Kind zuverlässigen Person voraus. Das Kind muss sich von dieser Person geborgen, beschützt und geliebt fühlen und die Gewissheit haben, dass sich an dieser Situation nichts ändern wird, auch wenn das Kind einmal

herausforderndes Verhalten zeigt. Pflegeeltern haben gute Voraussetzungen, um als personaler sicherer Ort fungieren zu können, da sie dem Kind sichere, verlässliche und vor allem langfristige Bindungen bieten können. Die Beziehungsangebote müssen sich dabei an den Bedürfnissen des Kindes orientieren, die individuellen Grenzen des Kindes wahren und dürfen in keinem Fall von dem Kind eingefordert werden (vgl. Baierl 2016, S. 60ff.).

Ist ein Rahmen für die äußere Sicherheit geschaffen worden, so gilt es dem Kind zu innerer Sicherheit zu verhelfen. Das bedeutet, dass sich das Kind nicht nur außerhalb von den traumatischen Einflüssen der Herkunftseltern geschützt fühlt und eine zuverlässige Bindungsperson an der Seite hat, sondern sich auch im eigenen Körper sicher fühlt. Dafür muss das Selbstvertrauen des Kindes gestärkt werden, damit es sich selbst wieder als wertvoll erleben kann (vgl. Garbe 2015, S. 197f.).

Das Selbst als sicherer Ort beschreibt das Vertrauen des Kindes in sich selbst und der damit verbundenen Einstellung, das Lebens selbst steuern zu können, Herausforderungen eigenständig zu bewältigen, sich vor Gefahren schützen zu können und gleichermaßen auch keine Gefährdung für andere Menschen oder sich selbst darzustellen. Zur Stärkung der Selbstwirksamkeit soll sich an den Ressourcen des Kindes orientiert werden und dabei besonders darauf geachtet werden, welche Situationen das Kind noch nicht selbst bewältigen kann, um es nicht zu überfordern und keine unangemessen Schuld- oder Versagensgefühle hervorzurufen (vgl. Baierl 2016, S. 68).

Als vierter ist die Spiritualität als sicherer Ort zu nennen. Die Spiritualität beschreibt den Glauben an eine höhere Macht, die im Leben des Menschen schützend eingreifen kann und dadurch das Sicherheitsempfinden steigert (vgl. ebd., S. 69).

Als letztes ist ein innerer sicherer Ort zu schaffen, bei dem sich das Kind vor Flashbacks und Intrusionen, die das frühere Trauma erneut im Hier und Jetzt erleben lassen, wirksam schützen kann. Dafür soll ein imaginärer Ort geschaffen werden, an dem sich das Kind zu jeder Zeit begeben kann und dadurch vor den inneren sowie äußeren Reizen, die Trigger hervorrufen können, geschützt ist. Das Kind soll lernen, wie es sich dabei kontrolliert in diesen selbstgewählten dissoziativen Zustand begeben kann und wie es diesen selbstständig auch wieder verlassen kann, um die Dissoziation zu beenden (vgl. ebd., S. 70).

Ein traumatisiertes Pflegekind benötigt demnach äußere sowie innere Sicherheit und damit die Gewissheit, dass es sich keiner angsterfüllten und bedrohlichen Situation mehr hingeben muss. Erst dann erhält ein Pflegekind die Chance, neue und korrigierende Beziehungserfahrungen mit den Pflegeeltern eingehen zu können und schließlich die für die Integration des Kindes erforderliche Eltern-Kind-Bindung aufbauen kann (vgl. Cappenberg 2009, S. 88).

3.4.2 Das Konzept der korrigierenden Beziehungserfahrung

Traumatisierte Kinder benötigen verlässliche und transparente Bindungsangebote, um ihre traumatischen Erfahrungen bearbeiten zu können. Sie brauchen das Gefühl, in ihrer Gesamtheit wahrgenommen, beachtet und angenommen zu werden. Da ein Mensch das ganze Leben lang nach einer sicheren emotionalen Bindung strebt, können korrigierende Bindungserfahrungen dazu beitragen, dass traumatisierte Kinder ein sicheres Bindungsverhalten entwickeln und das Vertrauen in sich selbst und die Umwelt wieder zurückverlangen (vgl. Weiß 2016 A, S. 112f.). Diese Veränderung des Bindungsverhaltens ist auch noch im Erwachsenenalter möglich und kann als ein Zeichen der seelischen Genesung nach den traumatischen Erfahrungen in der Kindheit gedeutet werden (vgl. ebd., S. 115f.).

Die früheren Bindungserfahrungen durch neue zuverlässige Bindungsangebote zu korrigieren gelingt, indem die früheren traumatischen Erfahrungen neuen positiven Bindungserfahrungen gegenübergestellt werden. Dort, wo Kinder früher die Reaktionen ihrer Herkunftseltern als unberechenbar wahrnahmen, ihr Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung abgelehnt wurde und sie sich selbst als wertlos empfunden haben, sollen sie nun durch Transparenz, Wertschätzung und die Beachtung ihrer Bedürfnisse korrigierende Erfahrungen machen können. Diese heilsamen Bindungsangebote sollen in dem natürlichen Lebensalltag des Kindes umgesetzt werden und zu einer gelingenden Emotions- und Stressregulation beitragen (vgl. Gahleitner/Kamptner/Ziegenhain 2016, S. 115).

Dazu muss das Kind die früher als bedrohlich erlebte Situation in einem neuen und geschützten Umfeld mit einem befriedigenden Ausgang erneut erleben. Korrigierende Erfahrungen werden erst wirksam, sobald das Kind in genau den traumatischen Situationen, die früher Angst oder Wut auslösten, dem Kind nun das Gefühl von Sicherheit und Zuneigung vermitteln. So wird ein vernachlässigtes Kind, dass früher oftmals hungrig musste, in der Pflegefamilie stets nach Essen gieren. Die Pflegeeltern sollten dieses Verlangen nicht unterbinden, weil sie Angst haben, das Kind könnte übergewichtig werden. Stattdessen sollen sie das Bedürfnis des Kindes anerkennen und die vom Kind geforderte Nahrung zur Verfügung stellen, sodass die frühere Erfahrung korrigiert werden kann. Andernfalls wird das Kind die innere Überzeugung aufrechterhalten, dass die Pflegeeltern ihre eigenen Ansichten über die Bedürfnisse des Kindes stellen und es ebenfalls verhungern lassen würden. Das Kind benötigt die Gewissheit, dass die Pflegeeltern verlässlich sind und es nicht wie die Herkunftseltern verhungern lassen. Erst mit dieser Sicherheit wird das Kind von dem ständigen Verlangen ablassen können und ein angemessenes Essverhalten entwickeln (vgl. Nienstedt/Westermann 2011, S. 110ff.).

Diese neuen korrigierenden Erfahrungen werden ebenfalls im Gehirn abgespeichert. Das führt dazu, dass mit der Zeit die Verschaltungen der Nervenzellen, die durch die alten traumatischen Erfahrungen aufs Überleben ausgerichtet wurden, vom Gehirn als nicht mehr notwendig anerkannt

werden und sich allmählich auflösen können. Eine zuverlässige Bindungsqualität in der Pflegefamilie geben dem Pflegekind nicht nur die Chance, heilende Erfahrungen zu machen, sondern sie schenken dem Kind Halt und Sicherheit, wodurch es schrittweise zu einer angemessenen Emotions- und Stressregulation befähigt wird (vgl. Garbe 2015, S. 71).

Dieser Prozess erfordert jedoch viel Zeit und Geduld auf Seiten der Pflegeeltern und kann nur gelingen, insofern diese durch eine verständnisvolle Grundhaltung emotional sowie kontinuierlich und zuverlässig für das Pflegekind zur Verfügung stehen (vgl. Brisch 2008, S. 27).

3.4.3 Das Konzept des guten Grundes

Traumatisierte Kinder zeigen oftmals ein Verhalten, welches für das Gegenüber in dieser Situation sehr unpassend erscheint. So kann es passieren, dass ein traumatisiertes Kind in der Öffentlichkeit erzählt, es bekäme kein Essen in der Pflegefamilie, obwohl es mit reichlich Essen versorgt wird. Für Pflegeeltern erscheint dieses Verhaltes sehr merkwürdig, da sie die Aussagen des Kindes nicht nachvollziehen können. Oftmals fühlen sie sich dadurch verletzt und denken, dass das Pflegekind ihnen absichtlich schaden möchte. Um dieses Verhalten zu maßregeln, wird das Kind entsprechend sanktioniert. Das führt jedoch nicht zu einer Verhaltensänderung bei dem Kind, sondern es wird vielmehr an diesem Verhalten festhalten und dadurch einen Teufelskreis entstehen lassen. Um dem Entgegenzuwirken, soll das Konzept des guten Grundes den Pflegeeltern helfen, das Verhalten des Kindes zu verstehen und es richtig zu interpretieren (vgl. Ebel 2009, S. 131f.).

Das Konzept des guten Grundes stellt die Bedürfnisse des Menschen in den Mittelpunkt und besagt, dass sich Menschen aus ihren Bedürfnissen heraus verhalten, wie sie es tun. Besonders traumatisierte Menschen sahen sich in der Vergangenheit oft mit der Nichterfüllung der eigenen Bedürfnisse und einen daraus resultierenden Mangelzustands konfrontiert. Mit ihrem auffälligen Verhalten weisen sie darauf hin, welches besondere Bedürfnis derzeit nicht erfüllt wird oder früher stets unbefriedigt blieb (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, S. 69f.).

Traumatisierte Kinder verhalten sich insofern nicht absichtlich ablehnend und gemein, sondern möchten auf ihre Geschichte und auf das, was sie Schreckliches erlebt haben, aufmerksam machen. Wird ein traumatisiertes Kind gefragt, warum es Lügen erzählt oder sich unangemessen verhält, so wird es keine Antwort geben können. Nicht weil es die Pflegeeltern manipulieren möchte oder keine Absicht hat, das Verhalten wirklich ändern zu wollen, sondern weil es dies nicht weiß. Traumatisierte Kinder können sich oftmals selbst nicht erklären, was in ihrem Inneren vor sich geht. So zerstören einige Kinder ihr Spielzeug oder umher stehende Gegenstände, um damit auszudrücken, dass mit ihnen in der Vergangenheit genauso umgegangen wurde. Für Pflegeeltern stellt diese Interpretation des Verhaltens eine besondere Herausforderung dar, denn es gilt diese Botschaften des Kindes zu erkennen und zu deuten. Sie haben die Aufgabe mit dem Kind gemeinsam dieses

Verhalten zu entschlüsseln und herauszufinden, welches Grundbedürfnis sich hinter dem Verhalten des Kindes versteckt hält. Dafür ist es wichtig, dass Pflegeeltern ihre Perspektive verändern. Sie müssen eine Haltung verinnerlich, die das Verhalten des Kindes in Zusammenhang mit den traumatischen Erlebnissen als angemessen anerkennt. Denn genau jenes Verhalten, war für das Kind in der damaligen Situation notwendig, um seelisch und körperlich überleben zu können (vgl. Ebel 2009, S. 131f.).

4. Handlungsanforderungen an die Soziale Arbeit

Die Soziale Arbeit trägt einen wichtigen Teil dazu bei, dass traumatisierten Kindern eine Chance gegeben wird, korrigierende Erfahrungen in einer Pflegefamilie zu machen und ihre traumatischen Erfahrungen verarbeiten zu können. Dazu werden von den Sozialarbeiter*innen umfangreiche Theorie- und Methodenkenntnisse vorausgesetzt, weswegen es die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, die Sozialarbeiter*innen umfangreich auszubilden und zu qualifizieren.

Es liegt ebenfalls in der Verantwortung der Sozialen Arbeit, die einzelnen Prozesse, die für die Integration des Pflegekindes in die Pflegefamilien notwendig sind, fachlich so zu begleiten und zu unterstützen, dass sie von allen Beteiligten möglichst ohne Konflikte bewältigt werden können (vgl. Frieling 2009, S. 132).

Im Folgenden werden nun die Anforderungen, die durch traumatisierte Kinder in der Pflegekinderhilfe an die Soziale Arbeit gestellt werden, näher erläutert. Dabei werden zuerst die Anforderungen, die an die Sozialarbeiter*innen gestellt werden, thematisiert. Anschließend werden wichtige Grundlagen in der Arbeit mit der Pflegefamilie, der Herkunfts-familie sowie in der Arbeit mit dem Pflegekind benannt, die notwendig sind, um Pflegekindern die Chance zu geben, sich in die Pflegefamilie zu integrieren und schließlich heilende Erfahrungen machen zu können.

4.1 Anforderungen an die Sozialarbeiter*innen

In der Pflegekinderhilfe sind in der Arbeit mit der Pflegefamilie, der Herkunfts-familie und dem Pflegekind Sozialarbeiter*innen des Allgemeinen sozialpädagogischen Dienstes (ASD) und des Pflegekinderdienstes (PKD) beteiligt. Die Fachkräfte im ASD haben die Aufgabe Gefährdungen des Kindeswohls frühzeitig zu erkennen und durch das Gewähren von Hilfen zur Erziehung dieses wieder sicherzustellen. Bei einer Hilfegewährung gemäß § 33 SGB VIII übernehmen sie die Fallverantwortung, steuern die Hilfeplanung und sind die Ansprechpartner*innen für die Herkunfts-eltern. Die zuständige Fachkraft im PKD ist hingegen für die Pflegefamilie und das Pflegekind zuständig. In seiner/ihrer Verantwortung liegt es, die potenziellen Pflegeeltern auf die Vollzeitpflege vorzubereiten, sie zu qualifizieren und sie während des gesamten Hilfeprozesses zu begleiten und zu unterstützen (vgl. Erzberger/Szylowicki 2020, Internetquelle). Da die Aufgabenbereiche vom ASD und vom PKD

eng beieinander liegen und die Zusammenarbeit aller Beteiligten, vor allem im Hilfeplanverfahren, für ein gelingendes Vollzeitpflegeverhältnis erforderlich ist, erscheint eine gute Vernetzung beider Bereiche notwendig. So sollte wenn möglich anstatt halbjähriger Hilfeplangespräche in einem circa dreimonatigen Rhythmus ein regelmäßiger Austausch über die jeweiligen Entwicklungsprozesse in den Familien stattfinden (vgl. Faltermeier 2019, S. 270f.). Diese zeitnahen Hilfeplangespräche sind für die optimale Begleitung und Unterstützung der Herkunfts- und Pflegeeltern wichtig, damit eine gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten aufgebaut werden kann und entstehende Konflikte frühzeitig besprochen werden können (ebd., S. 294).

Generell lässt sich feststellen, dass die Sozialarbeiter*innen in der Pflegekinderhilfe eine große Verantwortung tragen und demnach ausreichend qualifiziert sein müssen, um den hohen professionellen Anforderungen gerecht werden zu können. Sie benötigen nicht nur umfangreiches sozialpädagogisches Fachwissen und Kenntnisse über die in der Pflegekinderhilfe angewendeten Gesetze und Rechtsgrundlagen, sondern auch fundiertes Fachwissen der Entwicklungspsychologie. Da es sich bei vielen Pflegekinder um traumatisierte Kinder handelt, benötigen die Sozialarbeiter*innen umfangreiche Kenntnisse über Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Dieses Wissen benötigt es einerseits, um die Pflegeeltern umfangreich auf die besonderen Anforderungen, die das traumatisierte Kind an sie stellt, vorbereiten zu können und andererseits, um die notwendigen Schritte zur Umgangsbeschränkung einleiten zu können (vgl. Diouani 2009, S. 178ff.). Besonders im Hinblick auf traumatisierte Kinder gilt es das Kind zum Schutz vor erneuten traumatischen Einflüssen oder Retraumatisierungen zu schützen, welches die Einschränkung des Umgangsrechts durch das Familiengericht erforderlich macht (vgl. Hopp 2009, S. 203ff.). Durch die Übertragung einiger Entscheidungskompetenzen von den Jugendämtern auf die Familiengerichte wie im Bereich der Einschränkung der Umgangsregelungen, bedürfen die Sozialarbeiter*innen, wenn keine einvernehmliche Lösung mit der Herkunftsfamilie getroffen werden kann, der Zustimmung des Familiengerichts (vgl. Ebel 2009, S. 229). Das heißt, dass der/die Sozialarbeiter*in, sobald er/sie das Kindeswohl durch die Besuchskontakte der Herkunftseltern in Gefahr sieht und die Herkunftseltern sich nicht mitwirkungsbereit zeigen, das Familiengericht anrufen muss. Dort gibt der/die Sozialarbeiter*in eine ausführliche Stellungnahme ab, in der er/sie detailliert belegt, warum sich die Besuchskontakte negativ auf das Kindeswohl auswirken und dahingehend eingeschränkt oder auf bestimmte Zeit ausgesetzt werden sollen (vgl. ebd., S. 225).

Weiterhin benötigen die Sozialarbeiter*innen eine umfassende Methodenkompetenz. Diese ist notwendig, um besonders in Konfliktsituationen in der Pflegefamilie oder bei schwierigen Kooperationsbedingungen zwischen der Pflege- und Herkunftsfamilie vermitteln zu können. Dabei ist es wichtig, dass die zuständige Fachkraft eine neutrale Rolle einnimmt (vgl. Müller 2009, S. 103). Im System der Vollzeitpflege soll diese mehr als Vermittler*in zwischen den Beteiligten fungieren

anstatt als alleinige/r Entscheider*in. In seiner/ihrer Verantwortung liegt es, die Rahmenbedingungen für einen Prozess zu schaffen, in dem sich alle Beteiligten offen über ihre Wünsche, Erwartungen und Ängste austauschen und verhandeln können. Dabei soll der/die Sozialarbeiter*in stets den Blick auf das Kindeswohl bewahren und dieses in den Gesprächen immer wieder hervorheben (Faltermeier 2019, S. 272f.).

Besonders für die Pflegeeltern kann die Zusammenarbeit mit den Herkunftseltern sehr herausfordernd sein. Angesichts der traumatischen Erlebnisse ihres Pflegekindes empfinden sie oftmals den Herkunftseltern gegenüber ablehnende Gefühle, die ohne eine Reflektion zu Stigmatisierungen und zu weiteren Konflikten führen können. Diese beeinflussen nicht nur die Beziehungen zwischen der Pflegefamilie und dem Pflegekind, sondern auch die Beziehung zwischen dem Pflegekind und den Herkunftseltern. Aus diesem Grund sollte mit den Familien zunächst einzeln an der Bewältigung der individuellen Belastungen gearbeitet werden, bevor im nächsten Schritt die Kommunikation zwischen den Beteiligten aufgebaut und sichergestellt werden kann. Ein gelingendes Kommunikationsgefüge und eine gute Zusammenarbeit zwischen den zwei Familien können Loyalitätskonflikte beim Pflegekind verhindern und haben gleichzeitig positive Auswirkungen auf die Integration des Kindes in die Pflegefamilie (vgl. Dittmann/Schäfer 2019, Internetquelle).

Die Sozialarbeiter*innen haben demnach vielfältige Aufgaben, denen sie gerecht werden müssen. Frieling beschreibt dabei verschiedene Rollen der Sozialarbeiter*innen, die sie im Aufgabenfeld der Pflegekinderhilfe übernehmen. So sind sie in der Arbeit mit allen Beteiligten nicht nur Berater*innen sondern auch Lehrende, Strukturgeber*innen, Vertrauenspersonen, Helfer*innen, Mediator*innen und noch vieles mehr (vgl. Frieling 2009, S. 208f.).

Folgend werden die Aufgaben der Sozialarbeiter*innen in der direkten Arbeit mit der Pflegefamilie, der Herkunfts-familie und dem Pflegekind ausführlicher beschrieben.

4.2 Arbeit mit der Pflegefamilie

Pflegefamilien arbeiten im Sinne eines öffentlichen Auftrages der Kinder- und Jugendhilfe. Sie können als Dienstleister des Jugendamtes verstanden werden, die im Rahmen ihrer Beauftragung eine Leistung für die Herkunftseltern erbringen (vgl. Wiemann 2018, S. 15).

Gleichzeitig sind Pflegefamilien aber auch Privatfamilien, die ihren privaten familiären Bereich für ein fremdes Kind zur Verfügung stellen. Während sie dem Kind im Vergleich zur Herkunfts-familie andere Entwicklungsbedingungen sowie andere Bildungs- und Erziehungszugänge ermöglichen können, ähneln sie in ihren groben Strukturen wiederum der Herkunfts-familie. Da sich Pflegefamilien aus eigener Initiative für diese besondere Familienform entschieden haben, kann bei ihnen auch kein sozialpädagogisches Grundwissen vorausgesetzt werden. Aus diesem Grund ist eine ausreichend fachliche Unterstützung und Begleitung der Pflegefamilie durch den/die zuständige/n

Sozialarbeiter*in notwendig (vgl. Erzberger/Szylowicki 2020, Internetquelle). Dieser umfangreiche Beratungsbedarf der Pflegeeltern besteht schon vor Beginn der Aufnahme eines Pflegekindes, welcher durch den Bewerbungsprozess abgesichert werden soll. Neben der Prüfung der persönlichen Voraussetzungen für die Eignung als Pflegefamilie, sollen die Bewerber*innen über die spezifischen Anforderungen, die mit der Aufnahme eines Pflegekindes einhergehen, umfassend beraten werden. Dadurch sollen die Pflegeeltern ihre Entscheidung unter der Berücksichtigung der zu erwartenden Schwierigkeiten und Herausforderungen sorgfältig abwägen. Erst danach beginnt die Phase der intensiven Vorbereitung auf das Pflegeverhältnis (vgl. Frieling 2009, S. 75f.).

In den Vorbereitungsseminaren gilt es die Pflegefamilie durch die Vermittlung von Wissen zu qualifizieren. Hierbei geht es besonders um die Vermittlung von sozialpädagogischem sowie psychologischem Grundwissen, die Vermittlung von Konfliktbewältigungsstrategien sowie die Stärkung der Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit. Unterstützend ist es ebenfalls sinnvoll die Pflegefamilien über die rechtlichen Grundlagen, die kindlichen Entwicklungsprozesse, Verhaltensauffälligkeiten sowie mögliche Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie und die daraus entstehenden Loyalitätskonflikte beim Kind zu informieren. Durch diese umfassende Vorbereitung können die Pflegeeltern realistische Erwartungen an die Vollzeitpflege und die Entwicklungsmöglichkeiten ihres Pflegekindes entwickeln und zweifeln nicht an ihrer elterlichen Kompetenz, insofern Schwierigkeiten zum ersten Mal auftreten (vgl. Erzberger/Szylowicki 2020, Internetquelle).

Wurde eine passende Pflegefamilie für das Kind gefunden, so sollen die Pflegeeltern bereits erste Informationen zu dem Pflegekind erhalten z.B. zu der Ursache der Fremdunterbringung, den bisherigen Entwicklungsbedingungen des Kindes oder zu Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Pugliese 2012, S. 125). Nach der Aufnahme des Pflegekindes ist eine intensive Begleitung und Unterstützung der Pflegefamilie durch die Fachkraft erforderlich, denn mit der Aufnahme des Pflegekindes verändert sich das bisherige Familiensystem. Jedes Familienmitglied erhält eine neue Rolle und muss sich in dieser erst einmal zurechtfinden. Gespräche mit den einzelnen Familienmitgliedern sollen diesen Prozess unterstützen und sich an den Bedürfnissen der Pflegefamilie orientieren (vgl. ebd., S. 129). Damit die Beratungsangebote von den Pflegefamilien wahrgenommen werden, ist es wichtig, dass eine Vertrauensbasis zwischen den Pflegeeltern und den Sozialarbeiter*innen geschaffen wird. Die Pflegeeltern müssen sich von den Sozialarbeiter*innen wertgeschätzt fühlen und dürfen nicht das Gefühl haben, der ständigen Kontrolle und Macht der sozialen Dienste ausgesetzt zu sein. Andernfalls können die Kontakte zum Jugendamt für die Pflegeeltern als eine Belastung empfunden werden, da sie sich mehr kritisiert und kontrolliert fühlen, anstatt gut beraten und unterstützt. Den Pflegeeltern fällt es unter diesen Umständen oftmals schwerer, sich bei aufkommenden Schwierigkeiten an die zuständige Fachkraft zu wenden, um Beratungsangebote wahrzunehmen oder um Unterstützung und Hilfen zu bitten (vgl. Sauer 2008, S. 38). Denn einen Anspruch auf Hilfe zur

Erziehung nach dem SGB VIII haben auch die Pflegeeltern, insofern dies für die Entwicklung des Pflegekindes notwendig und geeignet ist. Eine Zusammenarbeit, die auf Offenheit und Vertrauen basiert, wird die Hemmschwelle bei den Pflegeltern verringern, sich an die zuständige Fachkraft hilfesuchend zu wenden und sich dadurch positiv auf das Pflegeverhältnis auswirken können (vgl. Pugliese 2012, S. 132f.).

Unerlässlich ist trotz dessen, dass der/die Sozialarbeiter*in die Pflegefamilie in regelmäßigen Zeitabständen überprüft und sich ein Bild von dem Pflegekind verschafft. Angemeldete sowie unangemeldete Hausbesuche dienen dabei der Überprüfung, ob die Pflegefamilie auch nach der Aufnahme des Pflegekindes eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung gewährleisten kann oder ob bestimmte Umstände ein Eingreifen des Jugendamtes erforderlich machen (vgl. Ebel 2009, S. 235). In der Arbeit mit der Pflegefamilie müssen ebenfalls Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie Supervisionen bereitgestellt werden. In diesen sollen die Pflegeeltern spezifisches Wissen erlangen oder bereits vorhandenes Wissen aus den Vorbereitungsseminaren vertiefen können. Zusätzlich sollen Gruppenangebote organisiert werden, die sich an den Interessen der Pflegeeltern ausrichten und einen Austausch zu anderen Pflegefamilien ermöglichen. Das Ziel ist die Entstehung eines sozialen Netzwerkes für Pflegefamilien, in dem sie sich aufgrund der ähnlichen Herausforderungen austauschen und sich gegenseitig unterstützen können (vgl. Pugliese 2012, S. 130f.).

4.3 Arbeit mit der Herkunftsfamilie

Die Begleitung und Unterstützung der Herkunftseltern nach der Fremdunterbringung ihres Kindes findet im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe noch zu wenig Berücksichtigung. Eine intensive Begleitung der Herkunftsfamilie nach einer auf Dauer angelegten Vollzeitpflege findet oftmals nur dann statt, wenn noch weitere Kinder im Haushalt der Herkunftsfamilie leben. Sie erhalten Hilfen zur Erziehung, wodurch sie weiterhin im Alltag von den pädagogischen Fachkräften begleitet werden und Unterstützung im Umgang mit der neuen Lebenssituation erhalten. Für Herkunftseltern ohne weitere Kinder ist dieser Anspruch nicht gegeben, denn in der Kinder- und Jugendhilfe fehlt es an geeigneten Hilfen für sogenannte Eltern ohne Kinder. Doch gerade diese Eltern benötigen eine intensive Unterstützung, um ihre neue Lebenssituation akzeptieren zu können. Aufgabe der/die Sozialarbeiter*in ist es den Herkunftseltern in dieser besonderen und nicht einfachen Zeit beizustehen, mit ihnen das Geschehen aufzuarbeiten und sie in dem Prozess der Rollenfindung als Eltern ohne Kind sensibel zu begleiten (vgl. Erzberger/Szylowicki 2020, Internetquelle).

Dieses Unterstützungsangebot sollte als ein fester Bestandteil in der Arbeit mit fremdplatzierten Kindern integriert werden, da die Haltung der Herkunftseltern eine wichtige Rolle für den Erfolg der Zusammenarbeit und die Integration des Kindes in die Pflegefamilie spielt. Wiemann empfiehlt, dass diese Hilfen von externen sozialen Diensten angeboten werden sollten, die für die

Herkunftsfamilie kostenfrei sind und auf Basis der freiwilligen Inanspruchnahme erarbeitet werden (vgl. Wiemann 2008, Internetquelle).

In der Arbeit mit der Herkunftsfamilie benötigt es vor allem eine wertschätzende und vertrauensvolle Haltung der zuständigen Sozialarbeiter*innen. Oftmals stehen die Herkunftseltern den Sozialarbeiter*innen misstrauisch, ablehnend und distanziert gegenüber. Sie haben das Gefühl in ihren Entscheidungen fremdbestimmt zu sein, ihrer Elternrolle entwertet zu werden und sich zahlreichen Schuldzuweisungen stellen zu müssen. Dadurch erscheint die Zusammenarbeit schon zu Beginn deutlich konfliktbehaftet und kann demnach Auswirkungen auf die weitere Entwicklung des Kindes in der Pflegefamilie haben. Aus diesem Grund muss eine sensible Begleitung und die wertschätzende Haltung der Sozialarbeiter*innen vorausgesetzt werden (vgl. Faltermeier 2019, S. 280f.). Die Sozialarbeiter*innen müssen eine Perspektive entwickeln, in der sie die gesamte Biografie der Herkunftseltern berücksichtigen. Oftmals wurden die Herkunftseltern in ihrer eigenen Kindheit ebenfalls durch Gewalt oder Vernachlässigung traumatisiert. Ohne Vorbilder, Normen und Werte, an denen sie sich hätten orientieren können, hatten die Herkunftseltern kaum eine Chance als Erwachsene erziehungsfähig zu werden. Erleben die Herkunftseltern, dass die Ereignisse ihrer eigenen Kindheit wertgeschätzt werden und sich dadurch nicht verurteilt fühlen, so kann es gelingen die Perspektive der Herkunftseltern zu verändern. Erhalten sie Zuspruch, dass sie in ihrer Kindheit ebenfalls jemand gebraucht hätten, der/die ihnen hilft und sie beschützt, so können sie oftmals die Bedürfnisse ihres Kindes nach Schutz und Kontinuität nachvollziehen und schließlich die neue Lebenssituation zum Schutz ihres Kindes anerkennen (vgl. Janning 2018, S. 184f.).

Viele Herkunftseltern prägen zudem unerträgliche Scham- und Versagensgefühle. Sie wollten es besser machen als ihre eigenen Eltern und können sich die Fehler ihrer Erziehung nur schwer eingestehen. Stattdessen stellen sie sich selbst unter enormen Druck, denn das Bedürfnis nach einer heilen Familie wird sich mit der Fremdunterbringung des Kindes weiter verstärken. Sie fühlen sich unverstanden und abgelehnt und haben den Blick auf die Bedürfnisse ihres Kindes verloren, wodurch sie regelrecht um den Besitz des Kindes kämpfen. Für sie ist es eine große Herausforderung, sich von ihrem Kind abzulösen, ihre Elternrolle an die Pflegeeltern abzugeben, aber sich gleichzeitig noch als Eltern der Kinder wahrzunehmen. Aus diesem Grund ist es so wichtig, dass die Sozialarbeiter*innen diesen Prozess sensibel begleiten, um einerseits den Herkunftseltern bei der Rollenfindung in dem neuen System zwischen Jugendamt, Pflegefamilie, Kind und sich selbst als Eltern zu finden und andererseits die Herkunftseltern für die Bedürfnisse ihres Kindes zu sensibilisieren (vgl. Wiemann 2008, Internetquelle). Vor der Fremdunterbringung des Kindes erscheint es daher hilfreich, die Herkunftseltern über den Prozess der Integration des Kindes in die Pflegefamilie zu informieren und ihnen zu erklären, was das Kind in dieser besonderen Zeit von ihnen benötigt.

Außerdem ist es wichtig zu erfragen, was den Herkunftseltern helfen kann, um die Trennung vom Kind bewältigen zu können (vgl. Janning 2018, S. 185).

Das Kind hingegen benötigt von den Herkunftseltern die Verantwortungsübernahme für die Fremdplatzierung, denn nicht selten gibt sich das Kind dafür selbst die Schuld. Mithilfe eines Briefs, den die Herkunftseltern gemeinsam mit der zuständigen Fachkraft in einer für das Kind angemessenen Sprache verfassen, soll das Kind ehrlich über die Ursachen der Fremdunterbringung aufgeklärt werden. Es muss deutlich darin hervorgehen, dass das Kind keine Schuld an den derzeitigen Lebensumständen trägt und die Herkunftseltern die alleinige Verantwortung übernehmen. Ebenfalls ist es wichtig, dass sich die Herkunftseltern in das Kind hineinversetzen und anerkennen, was das Kind in der damaligen Situation von den Eltern gebraucht hätte, aber nicht bekommen hat. Erkennt das Kind, dass seine/ihre unerfüllten Bedürfnisse von den Herkunftseltern anerkannt werden, so wird es die Rechtfertigungen und Verleugnungen des elterlichen Verhaltens aufgeben können und sich auf die neuen Beziehungsangebote der Pflegefamilie einlassen (vgl. ebd., S. 197ff.). Mithilfe dieser Verantwortungsübernahme kann es ebenfalls gelingen, die Herkunftseltern zur notwendigen Einsicht zu befähigen, dass bei schwerwiegenden Traumatisierungen des Kindes sich die aufrechterhaltenden Besuchskontakte negativ auf die Entwicklung ihres Kindes auswirken. Durch ihre Zustimmung können die Besuchskontakte ohne ein gerichtliches Verfahren eingeschränkt oder sogar ausgesetzt werden (vgl. Frieling 2009, S. 134).

4.4 Arbeit mit dem traumatisierten Kind

Oberste Priorität in der Arbeit mit traumatisierten Pflegekindern hat im Aufgabenbereich der Sozialarbeiter*innen die Kinder vor erneuten Gefährdungen zu schützen. Ein Kind allein ist schutzlos und den Erwachsenen gegenüber unterlegen, wodurch es von diesen in vollständiger Abhängigkeit lebt. Es kann sich selbst nicht vor der Macht und Gefahr der Eltern schützen, weswegen die Sozialarbeiter*innen für das Kind sprechen und sich für deren Schutz einsetzen müssen. Da die Kinder oftmals ihre Gefühle und Ängste nicht in Worte fassen können, müssen das die Sozialarbeiter*innen übernehmen. Sie müssen in der Lage sein, die nonverbalen Signale des Kindes während eines Gesprächs über die Besuchskontakte zu den Herkunftseltern zu erkennen und richtig zu deuten. Wird das Kind sehr unruhig oder friert in der Haltung ein, so kann es als ein Zeichen der Angst gegenüber den Herkunftseltern interpretiert werden. Die zuständige Fachkraft sollte sich sodann für eine Einschränkung oder das Aussetzen der Umgänge einsetzen und ein klarendes Gespräch mit den Herkunftseltern suchen, um das Wohl des Kindes zu schützen (vgl. Janning 2018, S. 175f.).

Aus diesem Grund hat die zuständige Fachkraft in der Pflegekinderhilfe nicht nur die Aufgabe mit den Pflegeeltern und den Herkunftseltern fortlaufend durch Beratungsangebote im Kontakt zu stehen, sondern muss auch mit dem Pflegekind während des Hilfeprozesses kontinuierlich

interagieren. Das Pflegekind soll durch regelmäßig stattfindende Gespräche Vertrauen zu der zuständigen Fachkraft aufbauen. Dies soll anfängliche Unsicherheiten und Vorbehalte beim Kind vermindern, sodass es sich bei persönlichen Schwierigkeiten nicht gehemmt fühlt, sich an die zuständige Fachkraft zu wenden. Die für die Pflegekinder erarbeiteten Angebote müssen an dem Alter und dem Entwicklungsstand des jeweiligen Kindes angepasst werden. Während sich für ältere Pflegekinder Gespräche gut eignen, sollten für jüngere Pflegekinder Spielangebote realisiert werden. Die zuständige Fachkraft kann durch die regelmäßigen Kontakte nicht nur eine Vertrauensbasis aufbauen, sondern erhält zudem ein umfangreiches Bild von dem Pflegekind, wodurch es die Entwicklung des Kindes in der Pflegefamilie und die Auswirkungen der Besuchskontakte zwischen den Herkunftseltern und dem Pflegekind besser einschätzen kann (vgl. Pugliese 2012, S. 134).

Diese Einschätzung ist ebenfalls wichtig, wenn das Kind geeignete Therapiemaßnahmen erhalten soll. Hierbei sollte schon vor der Fremdunterbringung des Kindes eine sorgfältige und umfangreiche Diagnostik durchgeführt werden. Dies kann verhindern, dass für das Kind ungeeignete Therapien eingesetzt werden, vor allem wenn bisherige Traumatisierungen in der Herkunfts-familie noch unentdeckt blieben. Eine sozialpädagogische Diagnostik sollte daher für jede Fremdplatzierung vorausgesetzt werden (vgl. Diouani 2009, S. 179).

Die therapeutischen Angebote sollten von Therapeut*innen übernommen werden, die in der Traumatherapie ausgebildet sind und über ausreichendes fundiertes Wissen zu den Folgen traumatisierender Erfahrungen auf die kindliche Entwicklung haben (vgl. Wiemann 2018, S. 129f.). Zudem sollten die therapeutischen Unterstützungsangebote als ein Teil in der Gesamtheit des Hilfeprozesses verstanden werden. Das heißt, dass ebenfalls das derzeitige Lebensumfeld des Kindes und seine/ihre Bezugspersonen sowie die Herkunftseltern berücksichtigt werden müssen und an einer gemeinsamen Sichtweise gearbeitet werden muss (vgl. Weiß 2016 A, S. 182). Besonders wirksam erscheinen Angebote wie Musiktherapie, therapeutisches Reiten oder körper- und bewegungstherapeutische Angebote, um den Kindern psychisch wieder zu mehr Stabilität zu verhelfen. Auch eine Kombination aus therapeutischen Angeboten und der Biografiearbeit kann sehr hilfreich sein (vgl. Wiemann 2018, S. 130).

So ist es für die Identitätsentwicklung von Pflegekindern von enormer Bedeutung zu wissen, wer man ist und wo man herkommt. Da Pflegekinder oftmals schon in einem jungen Alter in eine Pflegefamilie untergebracht werden und durch traumatisierende Erfahrungen mit den Herkunftseltern teilweise keine Besuchskontakte zu ihnen mehr bestehen, können sie sich selbst ohne Hilfe diese Fragen nicht beantworten. Für eine gute sozio-emotionale Entwicklung ist es jedoch notwendig, dass sich das Kind mit dem eigenen Lebenslauf auseinandersetzen kann. Andernfalls kann das Kind gravierenden Identitätskonflikten ausgesetzt sein. Es wird sich mit dem negativen Verhalten der Herkunftseltern identifizieren und sich selbst die Schuld für die Fremdunterbringung geben, was

sich wiederum negativ auf die Beziehungsgestaltung in der Pflegefamilie auswirken kann. Die Biografiearbeit mit dem Kind kann entweder durch die Pflegeeltern selbst oder durch die zuständige Fachkraft durchgeführt werden. Übernehmen die Pflegeeltern diese Aufgabe, so sollte die zuständige Fachkraft die Pflegeeltern unterstützen, indem sie ihnen noch fehlende Informationen zur Herkunftsfamilie übermittelt oder ihnen Fotos für das Kind zukommen lässt (vgl. Pugliese 2012, S. 134). Die Pflegeeltern können für das Kind ein Lebensbuch anfertigen, in dem es kindgerecht Informationen über die Herkunftseltern und die Gründe für die Fremdplatzierung erhält, aber auch zu den Stärken und Fähigkeiten des Kindes. Das Kind kann sich dadurch mit den früheren Erlebnissen auseinandersetzen, diese bewältigen und mit mehr Vertrauen in sich selbst nach vorne blicken (vgl. Wiemann 2018, S. 133ff.).

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass in Bezug auf die Fragestellung, wie die Soziale Arbeit auf traumatisierte Kinder in der Pflegekinderhilfe eingehen kann, folgende Ergebnisse festzuhalten sind.

Pflegefamilien leisten im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe einen wichtigen Beitrag, um traumatisierten Kindern eine neue Chance zu geben, in stabilisierenden familiären Verhältnissen aufzuwachsen und korrigierende Bindungserfahrungen machen zu können. Deshalb müssen Personen, die sich für die Aufnahme eines Pflegekindes entscheiden, vorab sorgfältig durch das Jugendamt auf ihre Eignung dahingehend geprüft werden. Dabei werden formelle sowie personelle Kriterien berücksichtigt. Eine besonders wichtige Rolle spielt dabei die Motivation der Bewerber*innen ein Pflegekind aufzunehmen zu wollen. Ebenfalls dürfen die Bewerber*innen gesundheitlich nicht eingeschränkt sein, um die alltäglichen Anforderungen im Zusammenleben mit einem Pflegekind bewältigen zu können. Eine sozialpädagogische Ausbildung oder sozialpädagogisches Vorwissen wird bei den Bewerber*innen hingegen nicht vorausgesetzt.

Besonders beachtet werden muss, dass es sich bei vielen Pflegekindern um traumatisierte Kinder handelt. Sie wurden in ihrer Herkunftsfamilie vernachlässigt, missbraucht, waren psychischer oder physischer Gewalt ausgesetzt. Infolge dieser Erfahrungen haben viele Pflegekinder ein Trauma erlitten. Vor allem dann, wenn die traumatischen Erfahrungen durch die Bindungspersonen ausgelöst wurden, hat dies gravierende Folgen für die psychosoziale sowie die neuronale Entwicklung des Kindes. Da die Bindungsperson, die das Kind normalerweise schützen und beruhigen sollte, der Auslöser für die Bedrohung und Angst des Kindes ist, befindet sich das Kind in einer ausweglosen Situation. Es entwickelt spezielle Abwehrmechanismen, um in dieser Situation seelisch und körperlich überleben zu können. Diese sind durch das Verdrängen der traumatischen Situation oder durch die Dissoziation gekennzeichnet, bei der das innere Erleben abgespalten wird. Was verbleibt sind nur noch vereinzelte bis keine Erinnerungen an das Geschehen, wodurch das Erlebnis für das Kind

seelisch ertragbar wird. Zudem haben viele Kinder aufgrund der traumatischen Erfahrungen ein großes Misstrauen in sich selbst und ihre Umwelt entwickelt. Ihnen fällt es schwer Nähe zu anderen Menschen zuzulassen und Bindungen einzugehen, da sie diese bisher immer als unzuverlässig und gefährlich erlebt haben. Ebenso haben diese Kinder meist große Schwierigkeiten, ihre Impulse und Emotionen steuern sowie regulieren zu können.

Mit der Unterbringung eines traumatisierten Kindes in eine Pflegefamilie soll für das Kind ein neuer Lebensabschnitt beginnen. In der Pflegefamilie soll es korrigierende Erfahrungen machen und verlässliche Bindungen zu den Pflegeeltern aufzubauen. Diese sind notwendig, damit das Kind die Chance erhält seine/ihre traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten und sich psychisch gesund weiterzuentwickeln. In der Arbeit wurde deutlich hervorgebracht, dass die Voraussetzung dafür ist, dass sich das Kind in die Pflegefamilie integrieren kann. Dieser Integrationsprozess stellt hohe Anforderungen an die Pflegefamilie, weswegen sie durch die zuständige Fachkraft umfassend darauf vorbereitet werden müssen. Die Phasen werden folgend noch einmal zusammengefasst.

Die Integration des Kindes in eine Pflegefamilie läuft in drei Phasen ab. In der ersten Phase, der Anpassungsphase, muss sich das Kind zunächst an die neue Umgebung gewöhnen und die Pflegefamilie kennenlernen. Aus diesem Grund verhält es sich angepasst und versucht jeglichen Ärger zu vermeiden. Hat das Kind Vertrauen zur Pflegefamilie gefasst, beginnt die zweite Phase. Die Übertragungsphase wird besonders für die Pflegeeltern zu einer großen Herausforderung. In dieser beginnt das Kind die traumatischen Erfahrungen, die es mit den Herkunftseltern gemacht hat auf die Pflegeeltern zu übertragen. Es wird die Pflegeeltern provozieren und sich verhalten, als würden diese das Kind ebenfalls vernachlässigen oder misshandeln. Die Pflegeeltern müssen in solchen Situationen aufpassen, denn durch die Reaktion des Kindes können bei ihnen Gegenübertragungen ausgelöst werden, die sie tatsächlich wie die Herkunftseltern reagieren lassen können. Um diese Retraumatisierung zu vermeiden, müssen die Pflegeeltern das Verhalten des Kindes im Zusammenhang mit dessen traumatischen Erfahrungen betrachten und die daraus resultierenden Gefühle des Kindes als angemessen anerkennen. Ist diese Phase überwunden, beginnt die letzte Phase, die Regressionsphase. In dieser wird das Kind für eine gewisse Zeit auf frühere Entwicklungsstadien zurückfallen, da es mit der Pflegefamilie jene Bedürfnisse wiederholen möchte, die zuvor von den Herkunftseltern unbefriedigt blieben. Erkennen die Pflegeeltern diese Bedürfnisse des Kindes an, so kann dies als eine schöne Zeit erlebt werden, in der das Kind eine Bindung zu den Pflegeeltern aufzubauen wird und sich schließlich in die Pflegefamilie integrieren kann.

Weiterhin müssen die Herkunftseltern für eine gelingende Integration des Kindes in die Pflegefamilie bereit sein, ihre Elternrolle an die Pflegeeltern abzugeben und die neue Lebenssituation ihres Kindes zu akzeptieren, damit sich das Kind von den früheren Bindungen loslösen kann. Diese Akzeptanz ist für die Herkunftseltern eine schwer zu bewältigende Aufgabe, weswegen sie von den

Sozialarbeiter*innen sensibel begleitet und unterstützt werden müssen. Ebenfalls müssen die Herkunftseltern bereit sein, die alleinige Verantwortung für die Fremdunterbringung ihres Kindes zu übernehmen, um die Schuldgefühle des Kindes zu unterbinden und schwere Identitätskonflikte beim Kind zu vermeiden.

Gleichwohl ist es aufgrund der traumatischen Erfahrungen des Kindes in der Herkunfts-familie notwendig, dass ein traumatisiertes Pflegekind nach dem Ersatzfamilienkonzept in eine Pflegefamilie untergebracht wird. Die Arbeit hat deutlich gezeigt, dass die Aufrechterhaltung der Bindung zwischen dem traumatisierten Pflegekind und den traumatisierenden Herkunftseltern eine Gefahr für das Wohl des Kindes darstellt. Während der Besuchskontakte wird das Kind fortwährend der Angst und dem Gefühl der Hilflosigkeit immer wieder ausgesetzt. Aus diesem Grund wird das Kind an den entwickelten Abwehrmechanismen festhalten und keine erfolgreichen Bewältigungsstrategien erlernen können. Zudem wird durch die Besuchskontakte das Vertrauen des Pflegekindes in die Pflegeeltern gemindert. Für das Kind ist es schwer nachvollziehbar, warum die Pflegeeltern es nicht vor der Gefahr der Herkunftseltern schützen, sondern mit ihnen zusammenarbeiten. Das Kind hat den Eindruck, als würden die traumatischen Erfahrungen in der Herkunfts-familie verleugnet werden. Aus diesem Grund ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit, Angstbindungen des Kindes zu erkennen und zum Schutz des Kindes die Besuchskontakte zu den Herkunftseltern einzuschränken beziehungsweise diese gänzlich auszusetzen. Nur dann kann das Kind die Chance erhalten, sich von den früheren angstbesetzten Bindungen abzulösen und sich mit den traumatischen Erlebnissen auseinanderzusetzen und diese schließlich zu verarbeiten.

In der Arbeit konnte ebenfalls herausgefunden werden, dass besonders die Traumapädagogik der Pflegekinderhilfe viele Chance bieten kann. Traumapädagogische Ansätze können den Pflegeeltern zu einerverständnisvollen Grundhaltung verhelfen und ihnen mehr Handlungssicherheit ermöglichen. Mit dem Wissen über das Konzept des sicheren Ortes, können sich die Pflegeeltern gestärkt fühlen, sich gegen die Besuchskontakte zu den Herkunftseltern auszusprechen. Denn zur Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse benötigt das Kind in erste Linie ein Umfeld, in dem es vor erneuteten Traumatisierungen geschützt ist. Mithilfe des Konzepts der korrigierenden Beziehungserfahrungen lernen die Pflegeeltern die individuellen Bedürfnisse ihres Pflegekindes anzuerkennen. Die Pflegeeltern werden hinsichtlich ihrer Reaktionen und Handlungen dem Kind gegenüber sensibilisiert, sodass Retraumatisierungen aufgrund von Unwissen seitens der Pflegeeltern vermieden werden können. Auch das Konzept des guten Grundes sollte in jeder Pflegefamilie Beachtung finden. Dieses Konzept geht davon aus, dass jedes Verhalten des Kindes einen guten Grund hat. Ein Kind verhält sich demnach nicht absichtlich böse, sondern es möchte vielmehr mit dem Verhalten darauf aufmerksam machen, wie mit ihm/ihr zuvor umgegangen wurde. So verstecken sich hinter dem Verhalten des Kindes oftmals auch unerfüllte Bedürfnisse, dessen Erfüllung es sich nun durch die

Pflegeeltern erhofft. Wenn Pflegeeltern über dieses Wissen verfügen, so fällt es ihnen leichter, sich durch das Verhalten ihres Pflegekindes nicht angegriffen zu fühlen. Stattdessen entwickeln sie eine verständnisvolle Grundhaltung, die im Alltag für viel Entlastung sorgen kann.

Auch für das Kind müssen geeignete Therapiemaßnahmen initiiert werden, die ihm/ihr bei der Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse helfen können und zugleich psychisch stabilisierend wirken. Ergänzend eignet sich die Methode der Biografiearbeit, die im pädagogischen Alltag der Pflegefamilie mit dem Pflegekind angewendet werden soll. Das Kind lernt dadurch die traumatischen Erfahrungen in die eigene Lebensgeschichte verstehend einzuordnen und sich mit der eigenen Identität auseinanderzusetzen. Das hilft dem Kind, sich von den traumatischen Erfahrungen zu distanzieren und sich selbst wieder annehmen zu können, um schließlich gestärkter in die Zukunft blicken zu können.

Abschließend kann hervorgebracht werden, dass die Soziale Arbeit alle Beteiligten, das heißt die Herkunftsfamilie, die Pflegefamilie und das Pflegekind, in den Prozess miteinbeziehen muss. Nur dann kann traumatisierten Kindern in der Pflegekinderhilfe die Möglichkeiten gegeben werden, dass sie ihr Trauma verarbeiten und sich in der Pflegefamilie psychisch gesund weiterentwickeln können. Jeder von ihnen benötigt eine umfangreiche Begleitung und eine individuelle Unterstützung, damit eine gemeinsame Perspektive entwickelt werden kann, die im Sinne des Kindes handelt und die Integration des Kindes in die Pflegefamilie ohne Konflikte ermöglicht. Da die Pflegeeltern die meiste Zeit im Alltag mit dem Pflegekind verbringen, gilt es besonders diese auf zukünftige Herausforderungen mit einem traumatisierten Pflegekind vorzubereiten. Ebenfalls benötigen sie während der Betreuung des Pflegekindes eine umfangreiche Begleitung und vielfältige Unterstützungsangebote durch Fortbildungen oder Gruppenangebote.

Zudem ist es notwendig, die Herkunftseltern nach der Fremdunterbringung ihres Kindes intensiver durch die Soziale Arbeit zu unterstützen, denn ihre Haltung beeinflusst nicht nur die Integration des Kindes in die Pflegefamilie, sondern auch die weitere Entwicklung des Kindes. Diese Notwenigkeit der intensiven Begleitung lässt sich meines Erachtens leider nur sehr schwer durch die Sozialarbeiter*innen im ASD umsetzen. Durch viel zu hohe Fallzahlen verbleibt kaum noch Kapazität für die Unterstützung der Herkunftseltern im Prozess der Ablösung. Dieser Umstand muss dringend durch eine personelle Aufstockung in den Jugendämtern verändert werden. Andernfalls müssen spezielle Beratungs- und Unterstützungsangebote für die Herkunftseltern durch freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe erarbeitet werden.

Meines Erachtens sollte ebenfalls der traumapädagogische Ansatz viel mehr in der Pflegekinderhilfe berücksichtigt und angewendet werden, da es den Pflegeeltern viele Chancen bieten kann, traumatisierte Pflegekinder gelingend zu verstehen und zu unterstützen. Während der Literaturrecherche zur Traumapädagogik ist mir aufgefallen, dass es bisher nur wenig aussagekräftige Literatur zur

Anwendung in der Pflegekinderhilfe gibt, da sich die Traumapädagogik größtenteils auf die stationäre Kinder- und Jugendhilfe bezieht. Doch auch für Pflegeeltern kann die Traumapädagogik stark entlastend wirken. Die Pflegeeltern erhalten nicht nur grundlegende Informationen zu den Traumatisierungen und wie sich diese beim Kind auswirken können, sondern lernen ebenfalls was das Pflegekind benötigt, um diese Erfahrungen korrigieren und verarbeiten zu können. Durch eineverständnisvolle Grundhaltung dem Kind gegenüber wird ein bewusstes Handeln auf Seiten der Pflegeeltern ermöglicht und es können gleichermaßen Überforderungsmomente gezielt vermieden werden.

6. Quellenverzeichnis

6.1 Literaturquellen

- Baierl, Martin: Mit Sicherheit ein gutes Leben: Die fünf sicheren Orte. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen 2016. S. 56-71.
- Brisch, Karl Heinz: Bindung und Trauma – Schutz- und Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern. In: Stiftung zum Wohl des Kindes (Hrsg.): Bindung und Trauma – Konsequenzen in der Arbeit für Pflegekinder. Idstein 2008. S. 13-41.
- Cappenberg, Martina: Besuchskontakte vor dem Hintergrund der Bindungstheorie: Möglichkeiten und Grenzen dieser Theorie, zum Verständnis der Situation von Pflegekindern beizutragen. In: Stiftung zum Wohl des Kindes (Hrsg.): 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunfts Familie. Idstein 2009. S. 69-96.
- Diouani, Mériem: Von der Norm zum Einzelfall – Notwendige Konsequenzen für die Umgangspraxis im Pflegekinderwesen. In: Stiftung zum Wohl des Kindes (Hrsg.): 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunfts Familie. Idstein 2009. S. 171-192.
- Dixius, Andrea/Möhler, Eva: Stress und Traumafolgen bei Kindern und Jugendlichen. Stabilisierende Interventionen nach Gewalt, Missbrauch und Flucht. Stuttgart 2019.
- Ebel, Alice: Praxishandbuch Pflegekind. Informationen und Tipps für Pflegeeltern und Fachkräfte. Idstein 2009.
- Eschelbach, Diana: Die Rechtsstellung von Pflegeeltern. In: Sozial Extra. 39 (2015), S. 34-37.
- Eschrich, Elena: Traumata in Kindheit und Jugend. Entwicklungs- und traumapsychologisches Wissen als Grundlage der Traumapädagogik in den stationären Erziehungshilfen. Hamburg 2015.
- Faltermeier, Josef: Eltern Pflegefamilie Heim. Partnerschaften zum Wohle des Kindes. Weinheim und Basel 2019.
- Firus, Christian: Der lange Schatten der Kindheit. Seelische Verletzungen und Traumata überwinden. Ostfildern 2018.
- Frieling, Werner: Das Herz des Steines. Ein Erfahrungsbericht über die Arbeit mit Pflegekindern. Lage 2009.

- Gahleitner, Silke B./Kamptner, Carina/Ziegenhain, Ute: Bindungstheorie in ihrer Bedeutung für die Traumapädagogik. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel 2016. S. 115-122.
- Garbe, Elke: Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen. Stuttgart 2015.
- Hartung, Stephanie/Spitta, Wolfgang: Lehrbuch der Systemaufstellungen. Grundlagen, Methoden, Anwendung. Berlin 2020.
- Himpel, Sunke/Hüther, Gerald: Auswirkungen emotionaler Verunsicherungen und traumatischer Erfahrungen auf die Hirnentwicklung. In: Stiftung zum Wohl des Kindes (Hrsg.): 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunfts Familie. Idstein 2009. S. 109-123.
- Hopp, Henrike: PflegeELTERN und Besuchskontakte. In: Stiftung zum Wohl des Kindes (Hrsg.): 3. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Kontakte zwischen Pflegekind und Herkunfts Familie. Idstein 2009.
- Janning, Martin: Zur Arbeit mit Herkunftseltern. In: Stiftung zum Wohl des Kindes (Hrsg.): Ein Pflegekind werden. Kindzentrierte Beiträge zur Inobhutnahme, Begutachtung, Perspektivklärung und Begleitung der Herkunfts Familie. Idstein 2018. S. 169-204.
- Ludwig-Körner, Christiane: Defizitäre Lebensverhältnisse im Erleben von Säuglingen und Kleinkindern und Interventionen der Jugendhilfe. In: Stiftung zum Wohl des Kindes (Hrsg.): 5. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Grundbedürfnisse von Kindern – Vernachlässigte und misshandelte Kinder im Blickfeld helfender Instanzen. Idstein 2009. S. 73-87.
- Lutz, Winja: Dissoziation als Anpassungsleistung. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel 2016. S. 371-384.
- Marschewski, Susanne: Bedeutung der Bindungsrepräsentation von Pflegeeltern für ein gelingendes Pflegeverhältnis. In: Nowacki, Katja (Hrsg.): Pflegekinder. Vorerfahrungen, Vermittlungsansätze und Konsequenzen. Freiburg 2012. S. 187-247.
- Müller, Sandra: Traumatisierte Pflegekinder – Pflegeeltern in Not? Handlungsanforderungen an die Soziale Arbeit. Saarbrücken 2008.
- Neudek, Ann Helena: Kinderseelenallein. Die Narben meiner Kindheit und wie ich ins Leben fand. Ostfildern 2016.
- Nienstedt, Monika/Westermann, Arnim: Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. Stuttgart 2011.

- Nomos Gesetze: Gesetze für die Soziale Arbeit. Textsammlung. Baden-Baden 2018/19.
- Nowacki, Katja/Remiorz, Silke: Bindung bei Pflegekindern. Bedeutung, Entwicklung und Förderung. Stuttgart 2018.
- Pugliese, Rita Cornelia: Systematische Erhebung in ausgewählten Pflegekinderdiensten des Ruhrgebietes bzgl. der Vermittlung von Dauerpflegeverhältnissen. In: Nowacki, Katja (Hrsg.): Pflegekinder. Vorerfahrungen, Vermittlungsansätze und Konsequenzen. Freiburg 2012. S. 95-186.
- Raible-Mayer, Cornelia: Entwicklung von Pflegefamilien aus der Sicht des öffentlichen Trägers. In: Macsenaere, Michael/Esser, Klaus/Hiller, Stephan (Hrsg.): Pflegekinderhilfe zwischen Profession und Familie. Beiträge zur Differenzierung und Qualifizierung eines der größten Bereiche erzieherischer Hilfe. Freiburg im Breisgau 2016. S. 128-135.
- Riedle, Herbert/Gillig-Riedle, Barbara/Feber-Bauer, Katrin: Pflegekinder. Alles was man wissen muss. Würzburg 2008.
- Sauer, Stefanie: Die Zusammenarbeit von Pflegefamilie und Herkunftsfamilie in dauerhaften Pflegeverhältnissen. Widersprüche und Bewältigungsstrategien doppelter Elternschaft. Opladen und Farmington Hill 2008.
- Scherwath, Corinna/Friedrich, Sibylle: Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. München 2020.
- Schleiffer, Roland: Fremdplatzierung und Bindungstheorie. Weinheim und Basel 2015.
- Schweiwe, Kirsten u. a.: Pflegefamilien als soziale Familien, ihre rechtliche Anerkennung und aktuelle Herausforderungen. In: Stiftung zum Wohl des Kindes (Hrsg.): Ein Pflegekind werden. Kindzentrierte Beiträge zur Inobhutnahme, Begutachtung, Perspektivklärung und Begleitung der Herkunftsfamilie. Idstein 2018. S. 231-271.
- Springer, Astrid: Die schwierige Situation von Pflegekindern und ihren Pflegefamilien gegenüber den leiblichen Eltern – Pflegekinder zwischen Realität und Recht. In: Stiftung zum Wohl des Kindes (Hrsg.): 5. Jahrbuch des Pflegekinderwesen. Grundbedürfnisse von Kindern – Vernachlässigte und misshandelte Kinder im Blickfeld helfender Instanzen. Idstein 2009. S. 35-47.
- Weiß, Wilma: Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim und Basel 2016 A.

Weiβ, Wilma: Traumapädagogik. Entstehung, Inspiration, Konzepte. In: Weiβ, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel 2016 B. S. 20-32.

Wiemann, Irmela: Adoptiv- und Pflegekindern ein Zuhause geben. Informationen und Hilfen für Familien. Köln 2018.

Zitelmann, Maud: Pflegekindschaft als Chance für traumatisierte Kinder. In: Weiβ, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel 2016. S. 220-231.

6.2 Internetquellen

Dittmann, Andrea/Schäfer, Dirk: Zusammenarbeit mit Herkunftseltern in der Pflegekinderhilfe. Zum Anspruch auf Beratung und Unterstützung. 2019. URL: https://www.dialogforum-pflegekinderhilfe.de/fileadmin/upLoads/projekte/Dittmann_Schäfer_Zusammenarbeit_mit_Eltern_in_der_Pflegekinderhilfe_2019.pdf [Stand: 10.06.2021]

Erzberger, Christian/Szylowicki, Alexandra: Qualifizierung in der Pflegekinderhilfe. 2020. URL: https://www.dialogforum-pflegekinderhilfe.de/fileadmin/upLoads/Expertisen/Erzberger_Szylowicki_Qualifizierung_in_der_PKH_2020_.pdf [Stand 10.06.2021]

Familienportal: Was ist eine Pflegefamilie. URL:
<https://familienportal.de/familienportal/lebenslagen/pflegefamilien/was-sind-pflegefamilien>
[Stand: 03.06.2021]

Statistisches Bundesamt: Jugendämter nahmen 2019 rund 49 500 Kinder zu ihrem Schutz in Obhut. 2020. URL:
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_363_225.html
[Stand: 15.05.2021]

Wiemann, Irmela: Auch Eltern ohne Kinder bleiben Eltern. Beratungsprozesse mit Herkunftseltern. 2008. URL:
https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/pkh/wiemann_ris_herkunftselternarbeit.pdf
[Stand 31.05.2021]

7. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autor*innen beruhen, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Neubrandenburg, 11.06.2021

Johanna Marschner