

# Psychotherapie mit Pflege- und Adoptivkindern und ihren Bezugspersonen

*dgvt-Kongress 2014*

**Sabine Maur**

Psychologische Psychotherapeutin

Praxis für Verhaltenstherapie, Mainz  
[www.psychotherapie-mz.de](http://www.psychotherapie-mz.de)



---

# Überblick

- Risikokinder
- Diagnostische Besonderheiten
- Diagnostik
- Besonderheiten bei Pflegeverhältnissen
- Pharmakotherapie
- Psychotherapeutische Interventionen
  - mit dem Kind
  - mit der Familie / den Bezugspersonen



---

# Hochrisikopopulation Pflege-/Adoptivkinder

- genetische Risiken (z.B. durch familiäre Häufung psychischer Erkrankungen)
- SS-Risiken:
  - Konsum von Nikotin, Alkohol, Drogen, Medikamenten
  - unerwünschte SS, psychisch belastete SS
  - auffällige Geburtsparameter (z.B. geringes Gewicht)
- psychosoziale Risiken: alleinerziehende Mütter, sehr junge Mütter, Armut, fehlende soziale Unterstützung
- Vernachlässigung, körperliche und psychische Miss-handlung, sexuelle Gewalt
- Bindungsrisiken: unsichere Bindung, Bindungsabbrüche, Diskontinuität von Bindung



## Adoptivkinder: Größe, Gewicht, Kopfumfang

- massiv verzögert bei institutionalisierten Kindern
- Größe: bei Aufnahme in Adoptivfamilie  $d = -2.43$ , nach einigen Jahren:  $-.57$
- „the catchup is complete for the early adoptees (adopted before first birthday)“
- nicht so gut aufgeholt wird der reduzierte Kopfumfang
- „early malnutrition and neglect may cause microcephaly and permanent brain damage in some adopted children“



## Adoptivkinder: Bindung (I)

- Adoptivkinder (in Klammern: nicht-adoptierte Stichproben):
  - 45% sicher gebunden (62%)
  - 13% unsicher-vermeidend (15%)
  - 10% unsicher-ambivalent (9%)
  - 33% desorganisiert (15%)
- Unterschied:  $d = -.76$ , für desorganisierte Bindung  $-1.16$
- früh-adoptierte (vor dem Alter von 12 Monaten) entwickeln deutlich bessere Bindung, spät-adoptierte häufiger desorganisiert



## Adoptivkinder: Bindung (II)

- aber: adoptierte Kinder deutlich besser gebunden als institutionalisierte Kinder: 23%, 3%, 4%, 70% (allerdings Stichproben von sehr problematischen Institutionen, z.B. Rumänien)
- Unterschied:  $d = 1.21$ , für desorganisierte Bindung 2.75



## Adoptivkinder: kognitive Entwicklung

- adoptierte Kinder deutlich besser bzgl. IQ ( $d = 1.17$ ) und Schulleistungen ( $d = .55$ ) als institutionalisierte Kinder
- adoptierte und nicht-adoptierte Kinder kein signifikanter Unterschied bzgl. IQ!
- adoptierte Kinder etwas schlechter als nicht-adoptierte Kinder in den Schulleistungen ( $d = -.19$ )
- adoptierte Kinder haben häufiger Lernprobleme  $d = -.55$
- frühe Adoption günstiger für schulische Leistungen, nicht aber für IQ
- häufiger: „a gap between adopted children’s competence and their actual school performance“ (p. 1235)



## Adoptivkinder: Selbstwert

- keine Unterschiede zwischen adoptierten und nicht-adoptierten Kindern 😊



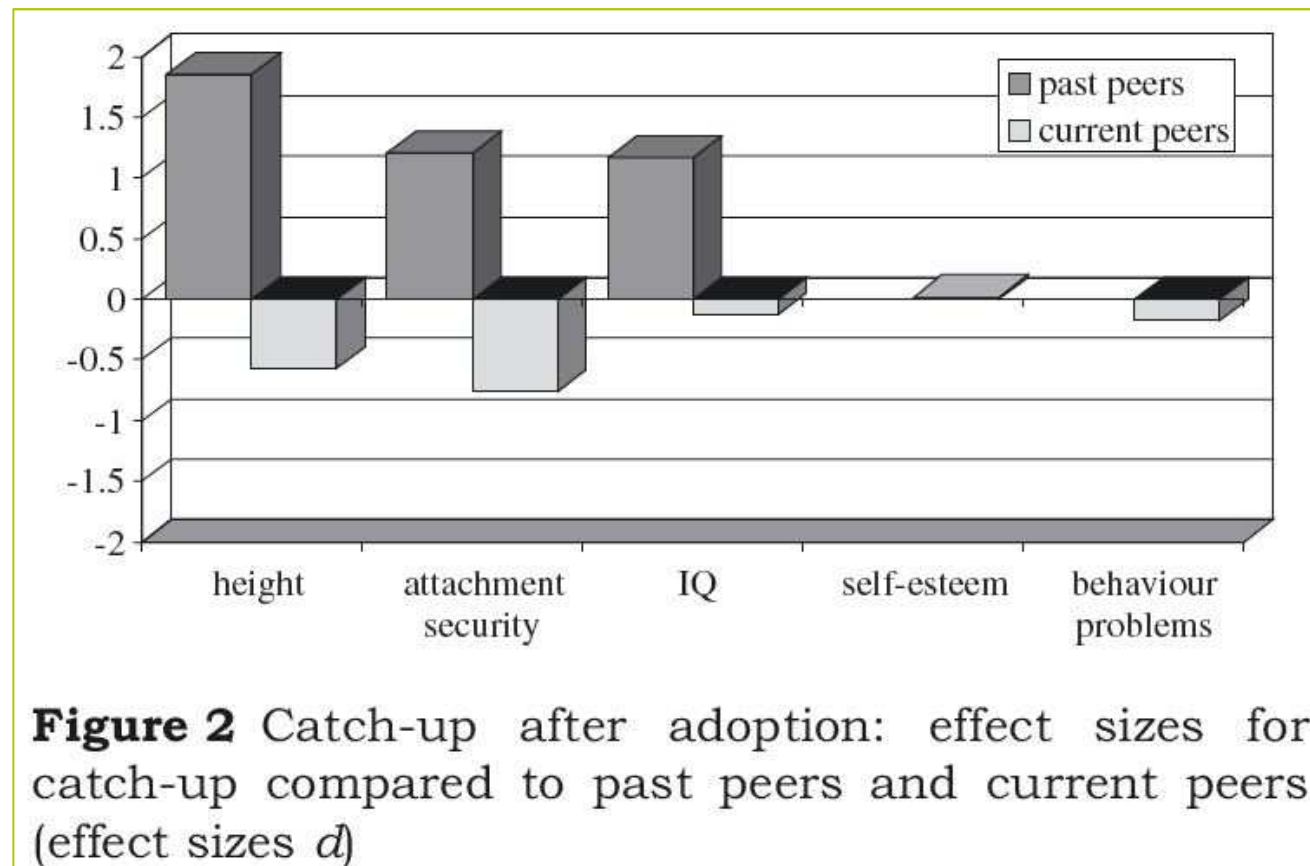


## Adoptivkinder: psychische Anpassung

- im Vergleich zu nicht-adoptierten Kindern etwas mehr Verhaltensprobleme ( $d = -.18$ ) und überrepräsentiert im Gesundheitssystem ( $-.72$ ):
  - „the higher referral rates may in fact have prevented more serious problems in the adopted children“ (p. 1237)
  - höhere Neigung von Adoptiveltern sich Hilfe zu suchen (Palacios & Brodzinsky, 2010)
- international adoptierte Kinder interessanterweise *weniger* Verhaltensprobleme als Inlandsadoptionen; Ausnahme: solche mit schweren Misshandlungs-, Missbrauchs- und/oder Vernachlässigungserfahrungen



## Meta-Analyse: Catch-up nach Adoption





## Zusammenfassung

- „More similarities than differences for adopted and non-adopted individuals; only at the more extreme ends of functioning is it likely that these two groups will differ“ (p. 273)
- “the vast majority of these youngsters are well within the normal range of adjustment“ (p. 273)
- Langzeitstudien (Verhulst et al.): schlechte Anpassung vor allem dann, wenn in der Vorgeschichte Vernachlässigung, Misshandlung und/oder Missbrauch
- „Adoption documents the astonishing plasticity of human development in the face of serious adversity and subsequent drastic change in child-rearing circumstances“ (Van Ijzendoorn et al., 2006, p. 1237)



## Pflege-/Adoptivfamilien als wichtige Intervention

- Vergleich rumänischer Kinder in Institutionen mit rumänischen Kindern in Pflegefamilien
- Kinder in Institutionen häufiger unsicherer gebunden als nach Wechsel in Pflegefamilie
- je jünger bei Aufnahme in die Pflegefamilie, desto unwahrscheinlicher sind desorganisierte und unsichere Bindungsmuster

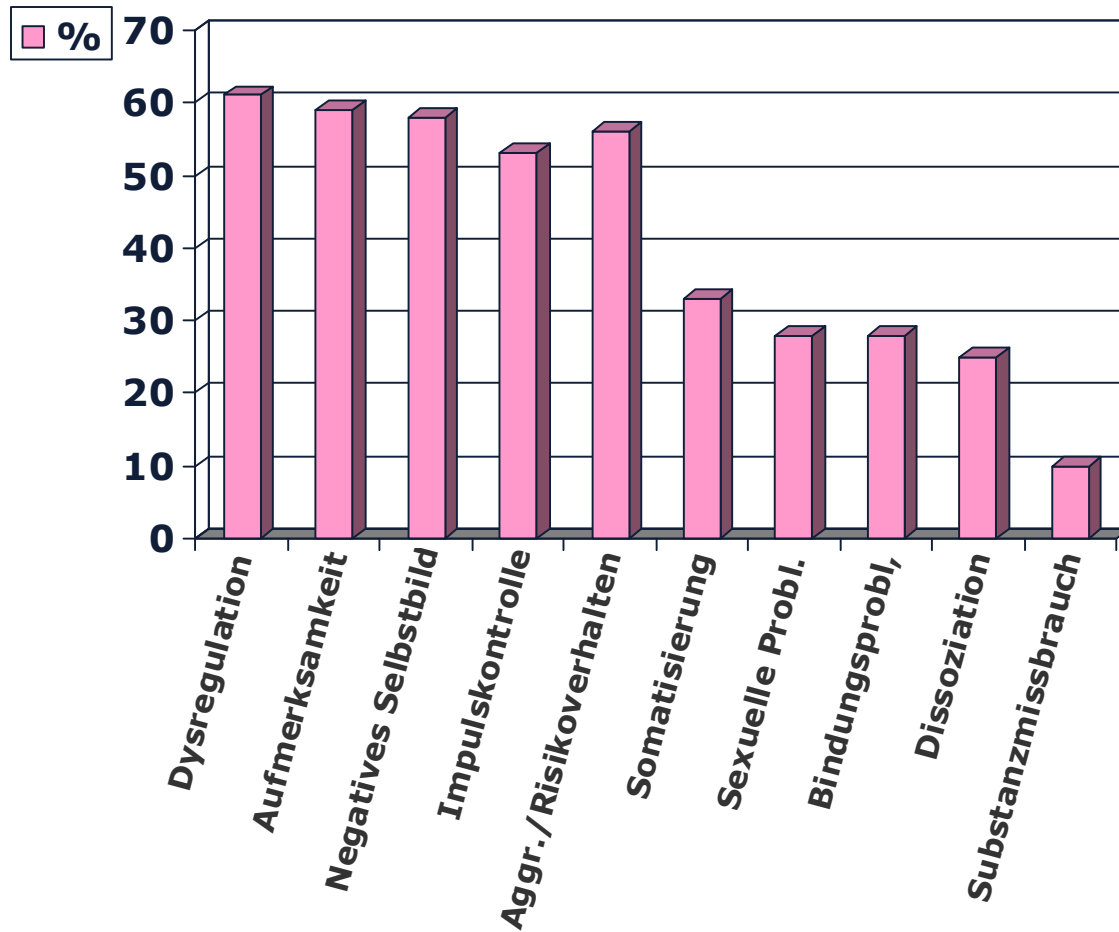


## Trauma-Arten bei Pflegekindern

**Table 1.** The frequency of trauma types for the total sample of children in foster care (2,251) as well as for the subsample of children with complex trauma histories (1,584).

Variable	Total Sample (%)	Complex Trauma Subsample (%)
Neglect	68.0	82.6
Traumatic loss/bereavement/separation	63.1	66.2
Impaired caregiver	59.8	74.4
Domestic violence	54.2	72.0
Emotional abuse	51.4	71.9
Physical abuse	48.4	64.0
Sexual abuse	32.0	41.9

*complex trauma:* exposure to chronic interpersonal traumatic experiences at the hands of a caregiver; exposure to *at least two* of the following interpersonal traumas: physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, neglect, and domestic violence



# Complex Trauma Adaptation

(National Child  
Traumatic Stress  
Network, N=1699;  
2003 White Paper)



# Frühe, komplexe Traumatisierung

1

## Multiple traumatische Erfahrungen:

- Misshandlung (sexuell, physisch, psychisch)
- Vernachlässigung
- Beziehungsabbrüche
- häusliche Gewalt
- außerhäusliche Gewalt

+

2

## Zerstörung fundamentaler Bindungssicherheit

+

3

## Entwicklungsbeein- trächtigendes Timing:

kritische Phase für die  
Entwicklung von

- Aufmerksamkeit und Lernen
- Gedächtnis
- Emotionsregulation
- Persönlichkeitsentwicklung
- Beziehungen/Bindung



# Häufige Diagnosen bei Pflegekindern

**Interdisziplinäre  
Versorgung von  
Pflegekindern an  
der Schnittstelle von  
Jugendhilfe und  
Gesundheitssystem**

OSWALD, S. H., ERNST, C., GOLDBECK, L.

**PRAXISMANUAL**



Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm





## Häufige Diagnosen bei Pflegekindern (I)

- Reaktive Bindungsstörung > 37 %
- Bindungsstörung mit Enthemmung > 22 %
- Posttraumatische Belastungsstörung > 14–64 %
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten > 4–47 %
- Störung des Sozialverhaltens > 2–47 %
- ADHS > 10–21 %
- Depression > 5–32 %
- Angststörungen > 3–20 %



---

## Häufige Diagnosen bei Pflegekindern (II)

- motorische Probleme
- Sprachentwicklungsstörungen
- Fetales Alkoholsyndrom (FAS)

# DIAGNOSTISCHE BESONDERHEITEN



---

## Diagnostische Besonderheiten/Probleme

- Bindungstil und Bindungsstörungen
- Traumastörungen inkl. Dissoziation
- FAS
- ADHS und Störungen des Sozialverhaltens



## Bindung: Typen vs. Störung (I)

- Bindungstypen:
  - „normale Entwicklungsvarianten“
  - keine klinische Diagnose
  - desorganisiertes Bindungsmuster:
    - ➔ höchstes Risiko für Entwicklung einer psychischen Störung
    - ➔ „phänotypische Nähe“ zur Bindungsstörung



## Bindung: Typen vs. Störung (II)

- Bindungsstörung nach ICD-10/DSM-IV:
  - durch „pathogene Fürsorge“ mitverursachte Störung
  - deutlich gestörte soziale Beziehungsfunktion
  - **gehemmter Typ**: furchtsam, übervorsichtig, wachsam, eingeschränkte soziale Interaktion mit Gleichaltrigen, sucht keinen Trost, wenig positive Affekte, teilweise Gedeih- u. Wachstumsstörungen
  - **enthemmter Typ**: diffuses Bindungsverhalten, distanzgemindert, „unterschiedslose Freundlichkeit“ „unechte Intimität“



## Bindung: Typen vs. Störung (III)

- Bindungsstörung nach ICD-10/DSM-IV:
  - „gehemmter Typ“ hat deutlich bessere Prognose als der „enthemmte Typ“
  - ungünstige Prognose: „Bindungsstörungen sind sehr komplexe und damit schwer zu behandelnde Störungsbilder“ (Ziegenhain, 2009, S.319)
  - gehen später häufig in die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung über
  - diskutierter neuer Name: „Deprivations-/Misshandlungsstörung“



## Bindung: Typen vs. Störung (IV)

- Bindungsstörung nach ICD-10/DSM-IV:
  - sehr seltene Störungen (< 1%) in der Allgemeinbevölkerung, aber deutlich häufiger in KJP-Inanspruchnahmepopulationen (bis zu 25-33%)
  - teilweise überdiagnostiziert („Bindungsstörung“ als Ursache aller möglichen emotionalen und Verhaltensprobleme; vgl. Barth et al., 2005)
- Probleme:
  - mangelnde Diagnosespezifität (Ziegenhain, 2009)
  - „over-diagnosis of RAD“, insb. bei Pflege- und Adoptivkindern (Barth et al., 2005)





## Bindung: Typen vs. Störung (V)

- „Bindungsstörungen“ im weiteren Sinne (Brisch, 1999/2009):
  - Abwesenheit von Bindungsverhalten
  - undifferenziertes BV („soziale Promiskuität“)
  - übersteigertes BV (exzessives Klammern, extrem gestresst bei Trennung)
  - gehemmtes BV (übermäßig angepasst)
  - aggressives BV (körperlich und/oder verbal aggressiv)
  - BV mit Rollenumkehr (Parentifizierung, überfürsorglich, Verantwortungsübernahme)
  - BV mit Suchtverhalten (z.B. Essen, Video/PC, Drogen, Alkohol)





---

# Scheeringa-Kriterien für PTBS bei Kleinkindern

- ICD-Kriterien für PTBS:
  - nur für Erwachsene
  - nur für Typ-I-Trauma

Symptomgruppen

A. Traumatisches Ereignis

B. Wiedererleben

▶ mindestens 1 Symptom

C. Vermeidung

▶ mindestens 1 Symptom

D. Erhöhte Erregung

▶ mindestens 2 Symptome

E. Neue Ängste und Aggressionen

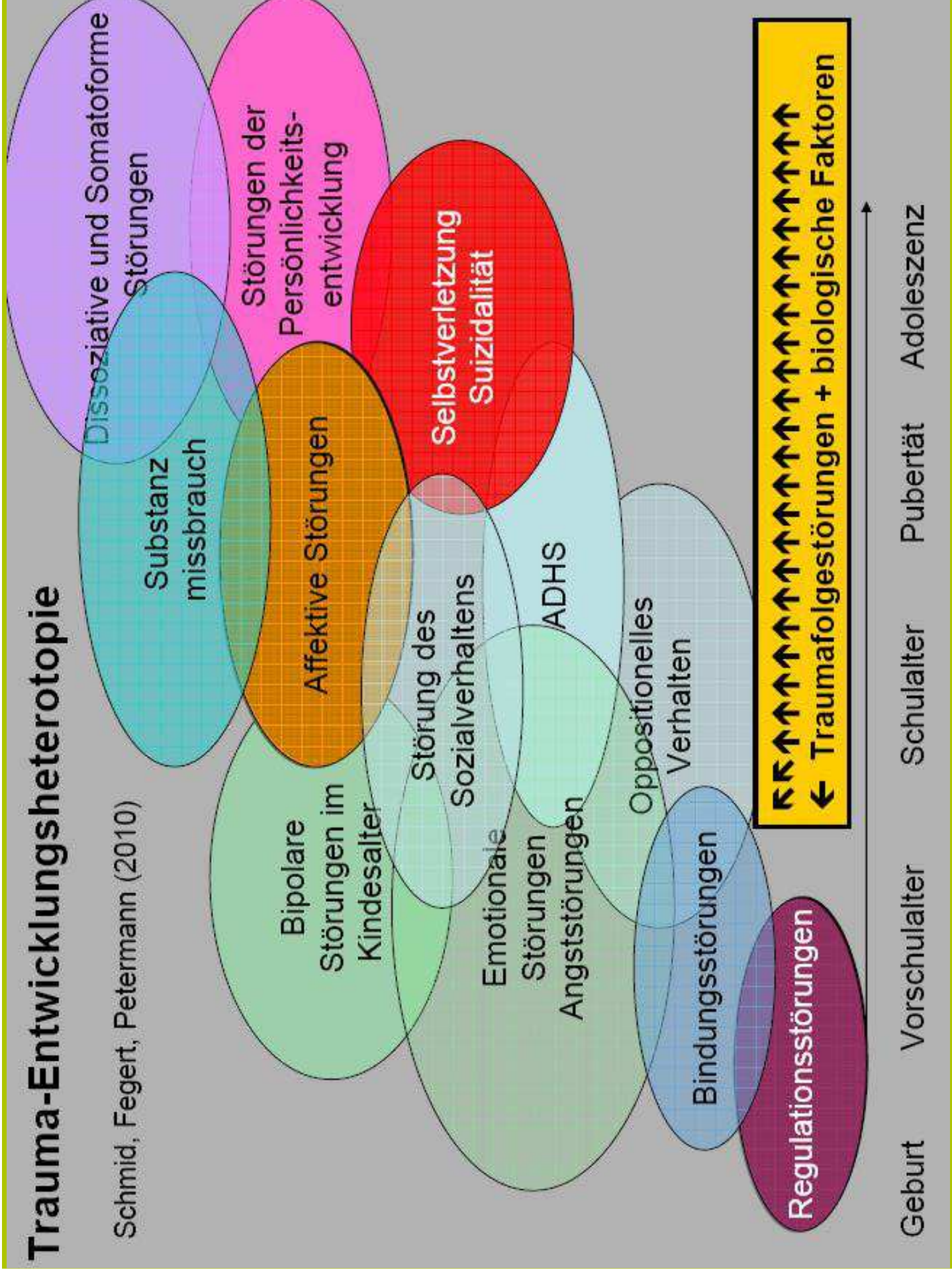
▶ für die Diagnose nicht erforderlich

Symptome

- Posttraumatisches Spiel: Zwanghafte Wiederholung von Themen und Aspekten des Traumas, kein Angstabbau durch das Spiel. Weniger elaboriertes und kreatives Spiel
- Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas, ohne Charakteristika des posttraumatischen Spiels
- Wiederholte Erinnerung des traumatischen Ereignisses ausserhalb des Spiels, ohne offensichtliche psychische Belastung
- Alpträume mit Bezug zum Trauma oder mit zunehmender Frequenz ohne wieder erkennbaren Inhalt
- Episoden mit objektiven Anzeichen eines Flashbacks oder von Dissoziation
- Psychische Belastung bei der Konfrontation mit Hinweisreizen
- Tatsächliche oder versuchte Vermeidung von Aktivitäten, Gegenständen, Orten oder Personen, welche mit dem Trauma assoziiert sind
- Einengung des Spielverhaltens
- Sozialer Rückzug
- Eingeschränkte Bandbreites des Affekts
- Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
- Erhöhte Irritierbarkeit, Wutausbrüche, Affektlabilität
- Verringerte Konzentrationsfähigkeit im Vergleich zu vor dem Trauma
- Übertriebene Wachsamkeit (Hypervigilanz)
- Übertriebene Schreckreaktion
- Verlust bereits erworbener Fertigkeiten insbesondere im Bereich der Sauberkeitsentwicklung und der Sprache
- Neu auftretende Ängste
- Neu auftretende Trennungsangst
- Neu auftretende Aggressionen

# Trauma-Entwicklungsheterotopie

Schmid, Fegert, Petermann (2010)





# Komplexe Traumafolgestörung (I)

- **Kriterium A: Belastung**

Das Kind / der Jugendliche hat wiederholte oder lang anhaltende negative Ereignisse selbst (oder als Zeuge) erlebt über eine Periode von mindestens einem Jahr mit Beginn in der Kindheit oder frühen Adoleszenz

- A1: Direktes Erleben (oder Zeuge sein) von wiederholten und schweren Episoden interpersoneller Gewalt
- A2:
  - ➔ bedeutsame Abbrüche von schützenden Beziehungen als Folge von wiederholten Wechseln der primären Bezugspersonen;
  - ➔ wiederholte Trennung von primären Bezugspersonen;
  - ➔ oder Belastung durch schweren und anhaltenden emotionalen Missbrauch



## Komplexe Traumafolgestörung (II)

- **Kriterium B: Affektive und physiologische Dysregulation**
  - B1: Unfähigkeit, extreme affektive Zustände zu modulieren, tolerieren oder zu beenden
  - B2: Störungen in der Regulation von Körperfunktionen (z.B. Schlaf, Essen, Ausscheidungen)
  - B3: Verminderte Wahrnehmung/Dissoziation von Wahrnehmungen, Emotionen und Körperzuständen
  - B4: Verminderte Fähigkeit, Emotionen oder körperliche Zustände zu beschreiben



## Komplexe Traumafolgestörung (III)

- **Kriterium C: Dysregulation von Aufmerksamkeit und Verhalten**
  - C1: Sorge vor Bedrohung, oder beeinträchtigte Fähigkeit Bedrohung/Gefahren wahrzunehmen
  - C2: Beeinträchtigte Fähigkeit, sich selbst zu schützen
  - C3: Maldadaptive Versuche, sich selbst zu beruhigen
  - C4: Selbstschädigung
  - C5: Ziellosigkeit



## Komplexe Traumafolgestörung (V)

- **Kriterium D: Selbst- und beziehungsbezogene Dysregulation**
  - D1: Intensive Sorge um die Sicherheit der Bezugsperson
  - D2: Andauerndes negatives Selbstbild
  - D3: Extremes und anhaltendes Misstrauen
  - D4: Physische oder verbale Aggression
  - D5: Unangemessene Versuche, intime Kontakte einzugehen
  - D6: Mangelnde Empathie *oder* extremes Eingehen auf den Stress anderer





## Komplexe Traumafolgestörung (IV)

- **Kriterium E: Posttraumatische Spektrumssymptome**  
Das Kind zeigt mind. 1 Symptom in mind. 2 von 3 PTBS-Symptom-bereichen B (Wiedererleben), C (Vermeidung) und D (erhöhtes Arousal)
- **Kriterium F: Dauer der Störung**  
mindestens 6 Monate
- **Kriterium G: Funktionale Beeinträchtigung**  
Die Störung verursacht klinisch bedeutsamen Stress oder Beeinträchtigungen in mindestens 2 der folgenden Bereiche:
  - G1: Schulisch
  - G2: Familiär



## Komplexe Traumafolgestörung (VI)

- **Kriterium G: Funktionale Beeinträchtigung** (*Fortsetzung*)
  - G3: Gleichaltrigengruppe
  - G4: Rechtlich
  - G5: Gesundheit
  - G6: Beruflich



## Dissoziation (I)

- die Mehrheit der Kinder, die ein Trauma erleben, entwickeln *keine* dissoziative Störung
- je komplexer die Traumatisierung, desto wahrscheinlicher die Entwicklung einer komplexen PTSD *und* starker Dissoziation
- PTSD und Dissoziation sind nicht das gleiche, kommen aber häufig gemeinsam vor
- PTSD: sympathische Übererregung; Dissoziation: parasympathische Untererregung
- Risikofaktoren:
  - frühe Traumatisierung
  - komplexe Traumatisierung
  - Bindungsprobleme



## Dissoziation (II)

- erleichtert intensiven Stress ➔ wird also wiederholt bei erneutem Stress ➔ wird zu Verhaltensmuster bei ängstigenden oder emotional destabilisierenden Situationen
- Folgen dieses Verhaltensmusters:
  - aktuelle Wahrnehmungen, Gefühle, Empfindungen, Erinnerungen werden außerhalb des Bewusstseins gespeichert
  - die in der Traumasituation erlebten Gefühle und Wahrnehmungen werden aus dem Bewusstsein ausgeschlossen
  - das Gefühl des „Selbst“/„Ich“ wird gestört
  - das Kind „vergisst“ in dissoziativen Momenten, dass es jetzt an einem sicheren Ort ist
  - das Kind entwickelt keine gesunden Bewältigungsmechanismen



## Dissoziation (III): Symptome Kinder

- **Verhaltensebene:**
  - Kind verhält sich plötzlich deutlich jünger oder älter
  - plötzliche Aggressivität
  - Kind kann bestimmte Fertigkeiten manchmal und manchmal nicht (*wechselndes Funktionsniveau*)
  - Stimme verändert sich stark
  - ausdrucksloser, leerer Blick
- **Emotional:**
  - starke emotionale Schwankungen ohne Übergang
  - der Situation nicht angemessene Emotionen (z.B. lachen, wenn jemand anderes sich verletzt oder traurig ist)
  - fehlende emotionale Reaktionen



## Dissoziation (IV): Symptome Kinder

- Kognitiv:
  - sehr starke Schwankungen in den kognitiven Leistungen (z.B. bei schulischen Aufgaben)
  - fehlende Erinnerungen
  - Kind „hört Stimmen“ oder „sieht Figuren“ (meist bedrohlich)
- Physiologisch:
  - somatoforme Beschwerden, ohne körperlichen Befund, häufig wechselnd
- Dissoziative Symptome bei Kindern subtiler ausgeprägt als bei Erwachsenen!



# Fetales Alkoholsyndrom (FAS)

- Diagnostische Kriterien (4-Digit-Diagnostic-Code):
  - Wachstumsstörung (Länge/Gewicht < 10. Perzentile)
  - faziale Dismorphie: kurze Lidspaltenlänge, verstrichenes Philtrum, dünnes Oberlippenrot
  - Schädigung ZNS
  - Alkoholexposition in der Schwangerschaft





## FAS: kognitive klinische Auffälligkeiten

- etwa 25% IQ-Werte < 70, Durchschnitts-IQ ca. 80
- Vorschulalter: Defizite in Sprache und Motorik, Wahrnehmungsstörungen, Unruhe
- Störungen in der Gedächtnisleistung (z.B. Merken von Abläufen und Regeln), Lernen nicht aus Konsequenzen
- Konzentrationsstörungen, mangelnde Impulskontrolle
- (immer offenkundiger werdende) Lernprobleme, insb. bei Anforderungen an das abstrakte Denken
- mangelnde Selbständigkeit & Eigeninitiative
- Defizite in den Exekutivfunktionen (Planen, zielgerichtetes Handeln, Problemlösen)





---

## FAS Diagnostik

- “Facial dysmorphology is far from perfect as a diagnostic marker for prenatal alcohol exposure. (...) Data from studies of children in foster care show a higher incidence of facial dysmorphology, but **FASD is most often an invisible disability.**” (Jonsson et al., 2009, p. 7)
- “FASD is really a diagnosis of exclusion: a careful process of differential diagnosis is needed to identify what else could explain the particular condition or is possibly coexisting”  
(./.)



---

## ADHS oder Trauma oder was?

- lässt sich diagnostisch NICHT sicher auseinander halten
- nicht vergessen: es gibt Läuse UND Flöhe
- Prozessdiagnostik bzw. Behandlungsversuche

DIAGNOSTIK



# Diagn. Instru- mente für PTBS

<b>Deutschsprachige Traumadiagnose-Instrumente für Kinder/Jugendliche</b>	
<b>Akute Belastungsstörung</b>	<b>Bezugsquelle</b>
IBS-A-KJ	<a href="http://www.Testzentrale.de">www.Testzentrale.de</a>
ETI-KJ	<a href="mailto:Sefik.tagay@uni-due.de">Sefik.tagay@uni-due.de</a>
CAB	<a href="mailto:rosner@psy.uni-muenchen.de">rosner@psy.uni-muenchen.de</a>
<b>Traumasympptome (Screening)</b>	
PEDS-ES	<a href="mailto:markus.landolt@kispi.uzh.ch">markus.landolt@kispi.uzh.ch</a>
CBCL 1½ - 5	<a href="mailto:Arbeitsgruppe-KJFD@uk-koeln.de">Arbeitsgruppe-KJFD@uk-koeln.de</a>
TSK/10	<a href="mailto:Lutz.goldbeck@uniklinikum-ulm.de">Lutz.goldbeck@uniklinikum-ulm.de</a>
CRIES-8	<a href="http://www.childrenandwar.org/measures/">http://www.childrenandwar.org/measures/</a>
ETI-KJ	<a href="mailto:Sefik.tagay@uni-due.de">Sefik.tagay@uni-due.de</a>
C-DES/PTSI	<a href="http://www.Kindertraumainstitut.de">www.Kindertraumainstitut.de</a> (Link: Materialien)
PROPS/CROPS	<a href="http://www.Kindertraumainstitut.de">www.Kindertraumainstitut.de</a> (Link: Materialien)
<b>PTBS-Diagnose</b>	
PTSDSSI (Scheeringa)	<a href="mailto:markus.landolt@kispi.uzh.ch">markus.landolt@kispi.uzh.ch</a>
UCLA Child PTSD Reaction Index	Landolt (2012). Psychotraumatologie des Kindesalters. Göttingen: Hogrefe. (im Anhang)
Kinder-DIPS (2. Auflage)	<a href="http://www.Testzentrale.de">www.Testzentrale.de</a>
IBS-P-KJ	<a href="http://www.Testzentrale.de">www.Testzentrale.de</a>
<b>Dissoziative Symptome (Screening)</b>	
CDES/PTSI	<a href="http://www.Kindertraumainstitut.de">www.Kindertraumainstitut.de</a> (Link: Materialien)
CDC	<a href="http://www.Kindertraumainstitut.de">www.Kindertraumainstitut.de</a> (Link: Materialien)
A-DES II (A-DES 8)	<a href="http://www.Kindertraumainstitut.de">www.Kindertraumainstitut.de</a> (Link: Materialien)
Somatogene Dissoziation	<a href="mailto:wilfried.huck@wkp-lwl.org">wilfried.huck@wkp-lwl.org</a>
<b>Weitere Traumabezogene Erhebungsinstrumente</b>	
cPTCI-25	<a href="http://www.childrenandwar.org/measures/">http://www.childrenandwar.org/measures/</a>



Modified  
CBCL-PTSD  
Scale  
von Dehon &  
Scheeringa  
(2006) für  
das  
Vorschulalter

Folgende Items der CBCL:

3  
8  
9  
11  
29  
34  
45  
47  
50  
52  
56b  
56c  
56f  
56g  
69  
86  
87  
100  
103  
111

4- to 18-year-old form

1. Argues a lot
2. Cannot concentrate or cannot pay attention for long
3. Cannot get his/her mind off certain thoughts, obsessions
4. Clings to adults or too dependent
5. Fears certain animals, situations, or places other than school
6. Feels others are out to get him/her
7. Nervous, high-strung, or tense
8. Nightmares
9. Too fearful or anxious
10. Feels too guilty
11. Headaches
12. Nausea and feels sick
13. Stomachaches and cramps
14. Vomiting and throwing up
15. Secretive and keeps things to self
16. Stubborn, sullen, or irritable
17. Sudden changes in mood or feelings
18. Trouble sleeping
19. Unhappy, sad, and depressed
20. Withdrawn and does not get involved with others

Antworten werden als 1 oder 0 kodiert (= trifft nicht zu) und aufaddiert  
(Maximalwert 20)

**Cutoff: 9** (damit Sensivität: 75%, Spezifität: 84.4%)

„A score of 9 on this scale seems appropriate to warrant further  
assessment for preschool PTSD“ (p.434)



## UCLA PTSD Reaction Index

- Fremd- und Selbstbeurteilung: Kinderversion 7-12 Jahre, Jugendlichenversion 13-17 Jahre, Elternversion
- Cut-off-Werte für unauffällig, grenzwertig und auffällig
- Kurzversion ab 8 Jahre
- folgt den DSM/ICD-Kriterien für PTBS (Wiedererleben, Vermeidung, Hyperarousal)





# UCLA PTSD REACTION INDEX Kurzversion

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Meistens
1. Wenn mich etwas an das Ereignis erinnert, werde ich ganz durcheinander, ängstlich oder traurig.	0	1	2	3	4
2. Mir kommen schlechte Gedanken, Bilder oder Geräusche von dem Ereignis in den Sinn, obwohl ich das nicht möchte.	0	1	2	3	4
3. Ich fühle mich grantig, wütend oder verärgert.	0	1	2	3	4
4. Ich versuche nicht darüber zu reden, daran zu denken oder zu fühlen was passiert ist.	0	1	2	3	4
5. Ich kann schwer einschlafen oder wache nachts oft auf.	0	1	2	3	4
6. Ich habe Schwierigkeiten mich zu konzentrieren oder aufzupassen.	0	1	2	3	4
7. Ich versuche den Personen, Orten oder Dingen fernzubleiben, die mich an das Ereignis erinnern.	0	1	2	3	4
8. Ich träume davon, was passiert ist, oder habe andere schlechte Träume.	0	1	2	3	4
9. Ich fühle mich innerlich einsam und anderen Menschen nicht nahe.	0	1	2	3	4



---

## PTBS: Dissoziation

- CDC (Kinder, Fremdeinschätzung) und A-DES II (Jugendliche):
  - Beispielitem CDC: „Das Kind gleitet manchmal ab in einen Zustand der Benommenheit oder Trance oder wirkt oft "weggetreten". Möglicherweise teilen Lehrer mit, dass es häufig in der Schule "tagträumt".“
  - Beispielitem A-DES: „Ich fühle mich wie im Nebel oder „gar nicht da“, und die Dinge um mich herum kommen mir unwirklich vor.“





---

## Probleme Testdiagnostik

- alle genannten Fragebögen und Interviews beziehen sich auf PTBS nach Typ-I-Trauma
- DSM/ICD-PTBS-Kriterien sind für *Erwachsene* gemacht
- Voraussetzung: sprachliche Repräsentation des Traumas
- damit nicht/eingeschränkt geeignet für:
  - frühkindliche Traumatisierung
  - komplexe Traumafolgestörungen
  - Erfassung von Bindungstraumatisierung
  - jüngere Kinder
  - Patienten mit hoher Komorbidität, die Traumatisierung überlagert



---

## TSCYC von Briere

- für komplexe und frühe Traumatisierung
- 3-12 Jahre
- Fremdbeurteilung
- Klinische Skalen:
  - Anxiety
  - Depression
  - Anger/Aggression
  - Posttraumatic Stress – Intrusion, Avoidance, Arousal, Total (4 Skalen)
  - Dissociation
  - Sexual Concerns



---

## Diagnostik von Bindung: GEV-B

- Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5-8jähriger Kinder (GEV-B; Gloger-Tippelt & König, 2009; mit Videobeispielen)
- Kodierungskategorien (*Auswahl*):
  - Ärger/Vorwurf der Erziehungsfigur
  - Bestrafung mit/ohne Gewalt
  - Angst vor Ärger
  - Zurückweisung
  - Angst um die Eltern
  - negatives Ereignis (z.B. Aggression, Tod, Unfall)
  - Blockierung, Erstarrung
- Bestimmung eines Bindungssicherheitswertes und Klassifikation des Bindungsmusters unter Einbeziehung der diagnostischen Beobachtungen

## Anamnese und Verlaufsdokumentation Pflegekinder (Kiga/GS)

### Jugendamt

Ort: .....  
Mitarbeiter: .....  
Telefon/Mail: .....  
Gespräch(e): .....

### Sorgerecht

Wer/was? .....  
Amtsvormund: .....

### Inobhutnahme

Am: .....  
Anlass: .....

### Leibliche Eltern

Km: .....  
Kv: .....  
Geschwister: .....  
Besuchsregelung: .....

### Bereitschaftspflege

Dauer: .....  
Auffälligkeiten: .....

### Pflegefamilie

Pm: .....  
Pv: .....  
Leibliche Kinder: .....  
Pflegegeschwister: .....

### KiGa/Schule

Name: .....  
Gespräch: .....

## Eingangsdagnostik

- IQ-Test: ..... Ergebnis: .....
- CBCL  Modified CBCL-PTSD Scale (Vorschulalter)
- TRF / CTR
- Satzergänzungstest, Drei-Wunsch-Probe
- TSCYC
- UCLA PTSD Reaction Index (Elternversion)
- UCLA PTSD Reaction Index (Kinderversion, ab 7 J.)
- ETI-KJ-F (Essener Trauma-Inventar für Kinder, Fremdbeurteilung)
- CDC (Checkliste dissoziative Erfahrungen von Kindern)
- PTBS Interview und Beobachtungsbogen Kleinkinder
- Sonstige / störungsspezifische Verfahren:
- 
- 
- 
- 

## Vorbefunde



Datum	Alter	Wer	Test	Ergebnis

## Verlaufsdiagnostik

- IQ-Test: ..... Ergebnis: .....
- Sonstige / störungsspezifische Verfahren:
- 
- 
- 
- 
-

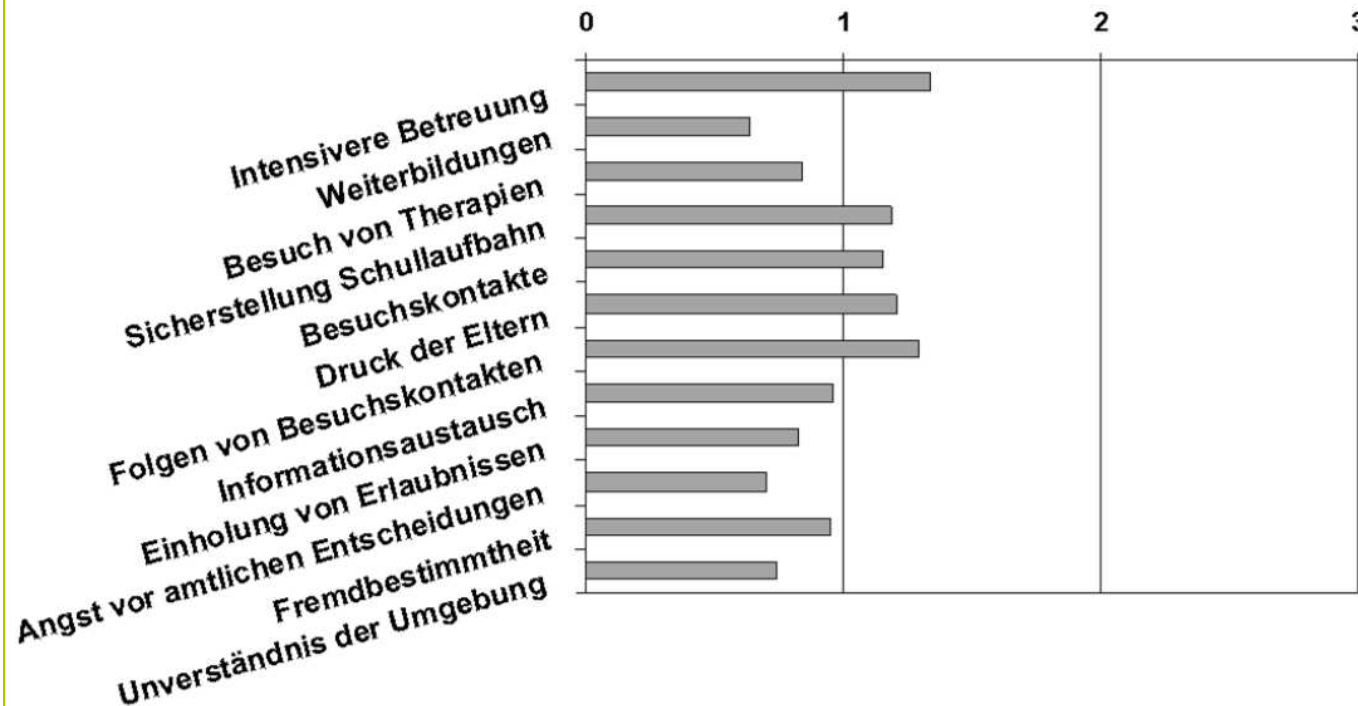
TRAUMATYP	MERKMALE	ALTER bei Ereignis								
Noxen Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> psych. Erkrankung <input type="checkbox"/> ungewollt <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	0	1	2	3	4	5	6		
Psychische Erkrankung										
<b>Chronisch / wiederholt</b>										
Vernachlässigung	<input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> emotional <input type="checkbox"/> wiederholt <input type="checkbox"/> ernsthafte Verletzung <input type="checkbox"/> Anzeige	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
Körperliche Misshandlung	<input type="checkbox"/> Rollenkehr <input type="checkbox"/> Abwertungen <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
Emotionale Misshandlung	<input type="checkbox"/> Anzeige <input type="checkbox"/> Verurteilung	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
Häusliche Gewalt	<input type="checkbox"/> lebensgefährdend <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Behandlungsstrauma	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
Körperliche Erkrankung	<input type="checkbox"/> Jugendbanden <input type="checkbox"/> Drogenhandel <input type="checkbox"/> Schwermriminalität <input type="checkbox"/> Krieg	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
Gewalt im soz. Umfeld		<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
<b>Umschrieben / einmalig</b>										
Häusliche Gewalt	<input type="checkbox"/> Anzeige <input type="checkbox"/> Verurteilung	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
Körperliche Erkrankung	<input type="checkbox"/> lebensgefährdend <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Behandlungsstrauma	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
Sexuelle Gewalt	<input type="checkbox"/> Täter aus Familie <input type="checkbox"/> Fremder Täter <input type="checkbox"/> Anzeige	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge							
Interpersonelle Gewalt	<input type="checkbox"/> Mord <input type="checkbox"/> Überfall <input type="checkbox"/> Suizid <input type="checkbox"/> Suizidversuch	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
Schwerer Unfall	<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
Naturkatastrophe	<input type="checkbox"/> Feuer <input type="checkbox"/> Erdbeben <input type="checkbox"/> Hochwasser	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
<b>Verlust / Trennungen</b>										
Trennung/Fremdunterbringung	<input type="checkbox"/> von Eltern <input type="checkbox"/> Pflegefamilien <input type="checkbox"/> Einrichtung	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
Todesfall	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Primäre Betreuungsperson	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6
Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opfer	<input type="checkbox"/> Zeuge	0	1	2	3	4	5	6

BESONDERHEITEN BEI PFLEGEVERHÄLTNISSEN



## Ergebnisse

### Belastungen in Bezug auf das Pflegekind



50% der Pflegekinder hat einen spezifischen Förderbedarf!



---

## Rechtliche Besonderheiten Pflegefamilien

- die Pflegeeltern sind i.d.R. nicht die Sorgeberechtigten
- das SR liegt bei den leiblichen Eltern und/oder dem Jugendamt (Vormund)
- i.d. Jugendämtern extrem unterschiedliche Handhabung bzgl. Rückführung, Umgangskontakten, Unterstützung
- Pflegeeltern haben keine Rechte
- uneinheitliche Rechtssprechung, unzureichend fortgebildete Richter
- Familiengericht entscheidet letztlich, nicht das Jugendamt!





---

## Häufige Konfliktfelder

- Verhaltensbesonderheiten des Kindes
- Umgangskontakte mit den leiblichen Eltern
- (drohende) Rückführung
- mangelnde Unterstützung durch das Jugendamt



## Herausgabe

- noch sorgeberechtigte Herkunftseltern können jederzeit Herausgabe fordern (§ 1632 Abs. 1 BGB)
- Mobilisierungslast bei Pflegeeltern
- Gerichte dehnen Gesetz:
  - „seit längerer Zeit“ (Verbleibensanordnung) kann sehr kurz sein
- Gerechtigkeitsdefizite wegen unzureichender Herkunftselternarbeit nach Unterbringung



## Umgangskontakte

- Bundesverfassungsgericht: Anforderungen an dauerhaften Umgangsausschluss besonders hoch (höher als bei Einschränkung der elterlichen Sorge)
- Einschränkung von Elternrechten sind **einzelfallbezogen und differenziert mit Belangen des Kindeswohls zu begründen** (keine allgemeine Aussagen wie „bei Pflegekindern ist das so“ oder „misshandelte Kinder sind traumatisiert und daher muss Umgang ausgeschlossen werden“)



---

# Umgangskontakte

- Funktionen (Meysen, 2011):
  - Eltern: Vergewisserung, dass es dem Kind gut geht
  - Aufrechterhaltung und Pflege der Beziehung
  - gegenseitigem Liebesbedürfnis Rechnung tragen
  - Kinder: realistisches Bild von den Eltern
- Zentral (Salgo, 2011):
  - Pflegekinder sind keine „Scheidungskinder“
  - keine Fremdplatzierung ohne Klärung des Umgangs
  - kein Hilfeplan ohne Umgangsregelung



## Umgangskontakte: Einschränkungen

- Verbote und Gebote, Dinge während der Kontakte zu tun oder zu unterlassen (z.B. Pkw-Nutzung)
- begleiteter Umgang
- Differenzierung: persönlicher Kontakt und telefonische Kontakte, Briefe, E-Mails
- Wohlverhaltensklausel (bestimmte Verhaltensauflagen)



## Probleme nach Umgangskontakten

- erwartbare Irritationen des Kindes werden von den Pflegeeltern überbewertet
- Kind findet bei den Pflegeeltern noch keine emotionale Sicherheit und agiert seine Verunsicherung daher aus
- Herkunftseltern sind zu einer kindgemäßen Gestaltung des Umgangs nicht in der Lage und belasten / gefährden das Kind beim Umgang / sind unzuverlässig
- der Umgang aktualisiert beim Kind und/oder anderen Beteiligten Unsicherheiten hinsichtlich der Zukunft
- nach Gewalt in der Vorgeschichte triggert der Umgang posttraumatische Belastungssymptome



---

## Zugehörigkeit & Verhaltensprobleme

- Studie des DJI (Thrum, 2007)
- hohe Zugehörigkeit zu beiden Familiensystem: 20% klinisch verhaltensauffällig
- vordringliche Zugehörigkeit zur Pflegefamilie: 24%
- geringe Zugehörigkeit zu beiden Familiensystemen: 52%
- Kinder, die sich vor allem der Herkunftsfamilie zugehörig fühlen: 41% depressive Symptomatik



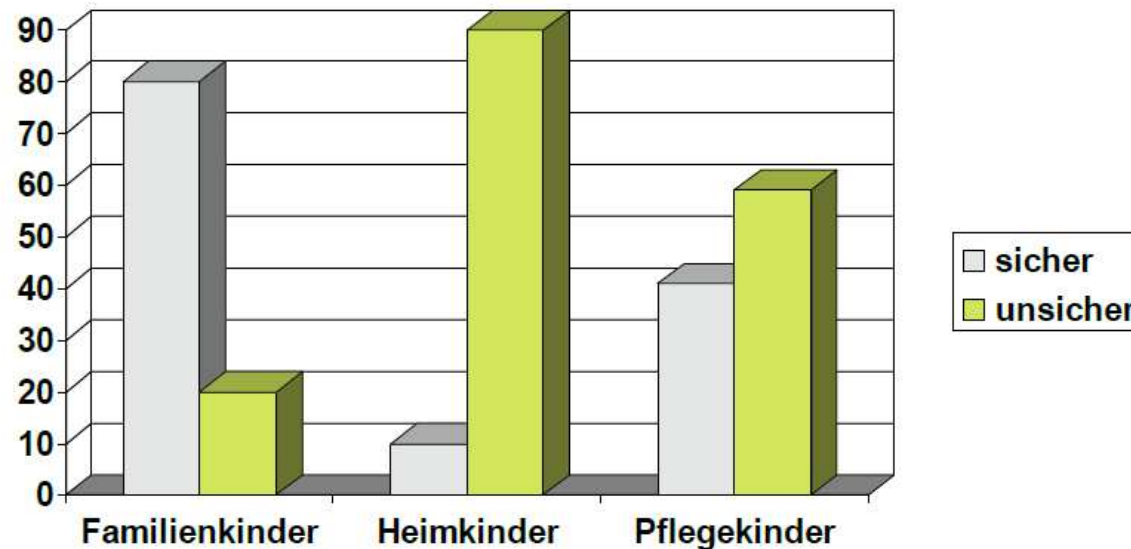
## Rückführung

- Rückführungsquote: 5% (JH-Statistik 2005)
- Eltern, bei denen eine Rückführung erfolgte, zeichneten sich aus durch:
  - aktive Bearbeitung ihrer Problemlagen,
  - Mitarbeit im Hilfeplanverfahren,
  - Aufbau von Krisenbewältigungsfähigkeiten und
  - Feinfühligkeit gegenüber dem Kind
- deutlich höhere Rückführungsquoten im anglo-amerikanischen Raum gehen mit hohen Raten an Kindern einher, die erneut Gefährdung erfahren (20-30%) oder die später erneut in Pflege kommen (30-40%)





## Aber auch die Stärken der Hilfeform „Pflegefamilie“ müssen gesehen werden – z.B. im Bindungsbereich



Quelle: Nowacki 2006, Maß: Bindungsrepräsentation AAI im Jugendalter



---

# Abbrüche von Pflegeverhältnissen

- Risikofaktoren (Oosterman et al., 2007):
  - Verhaltensprobleme
  - höheres Alter bei Beginn des Pflegeverhältnisses
  - vorangehende Pflegeverhältnisse bzw. Heimaufenthalte
- Je mehr Abbrüche, desto ... (Schmid, 2011):
  - Verschärfung der Bindungsproblematik der Betroffenen (Schleiffer 2001, Nowacki 2007, Pérez et al. 2011)
  - schlechtere Wirksamkeit der aktuellen Jugendhilfemaßnahme (EVAS, 2004)
  - höhere Delinquenz (Ryan & Testa 2004) sowie stärkere Teilhabebeeinträchtigung (Aarons et al. 2010) auf dem weiteren Lebensweg



# Gravierende Fehler in der Jugendhilfe

- alle Perspektiven völlig offen, für das Kind ist unklar, wo es seinen Lebensmittelpunkt auf Dauer haben wird
- Kind muss in einem Spannungsfeld zwischen zwei Familien leben (ständige Loyalitätskonflikte)
- keine stabile Zusammenarbeit aller Bezugspersonen
- Ressourcen für Kind, Eltern oder Pflegeeltern werden erst zur Verfügung gestellt, wenn es eskalierende Entwicklungen gibt
- Eltern oder Pflegeeltern erhalten nicht die notwendige Unterstützung, sondern werden mit Erwartungen konfrontiert, die sie nicht erfüllen können
- Pflegekinder sind an den Entscheidungen nicht beteiligt: nicht gut informiert, keine wohlwollenden Gesprächspartner für ihre Fragen, Probleme, Wünsche, Befürchtungen



---

# Pflegekinderwesen: Rolle von Psychotherapeuten

- Forderungen von Salgo & Zenz (2011):
  - Erfassung des psycho-somatischen Status (einschließlich einer detaillierten Trauma-Anamnese) eines jeden Pflegekindes vor/bei Beginn des Pflegeverhältnisses zur Absicherung und Ergänzung des (ohnehin im Rahmen der Hilfeplanung) zu klärenden erzieherischen Bedarfs
  - Sicherstellung von Traumatherapie
  - regelhafte Beteiligung der fallspezifisch kompetenten externen Fachkräfte an der Hilfeplanung
  - immer unter Einbeziehung der Traumatherapeuten stellen sich die Fragen zur Umgangsregelung

# PHARMAKOTHERAPIE



---

## Pharmakotherapie PTSD Erwachsene

- „Placebokontrollierte, randomisierte Studien untersuchten bisher ausschließlich Patienten mit Trauma-Typ-I. Auf diese Patienten beziehen sich auch die Ergebnisse von Metaanalysen. Für Patienten mit Trauma-Typ-II bzw. komplexer PTSD oder dissoziativen Störungen liegt dieser Evidenzgrad der Studien bisher nicht vor. Hier steht die klinische Erfahrung im Vordergrund.“ (Wirtz & Frommberger, 2011, S.149)
- sehr wenige direkte Wirksamkeitsvergleiche von psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung



# Pharmakotherapie PTSD Erwachsene

Evidenzgrad	Eingesetzte Pharmaka
A	SSRI (Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin) und SNRI (Venlafaxin) sind Medikamente der ersten Wahl zur Behandlung der PTBS. In Deutschland in dieser Indikation zugelassen ist lediglich Paroxetin
B	Amitriptylin, Imipramin, Mirtazapin, Risperidon und Lamotrigin zeigten in kontrollierten Studien in Mono- oder Kombinationstherapie gute Wirksamkeit
C1	In offenen Studien zeigten folgende Substanzen Wirksamkeit in der Behandlung der PTBS: Citalopram, Escitalopram, Fluvoxamin, Moclobemid, Tianeptin, Quetiapin, Olanzapin, Phenytoin, Carbamazepin, Gabapentin, Lamotrigin, Topiramamat, Memantin, Kombination von Trijodthyronin mit einem SSRI und die Kombination von Imipramin und Clonidin
C2	In Einzelfällen war die Kombination von Quetiapin mit Venlafaxin oder die Kombination von Gabapentin mit SSRI wirksam



## Pharmakotherapie PTSD Erwachsene

- zu Beginn sehr niedrige Dosierung und langsame Steigerung bis zur Maximaldosis
- Wirkeintritt oft später als bei depressiven Störungen ➔ Wechsel erst, wenn nach 8-12 Wochen kein ausreichender Therapieerfolg
- häufig empfindliche Reaktionen, d.h. viele Nebenwirkungen
- langfristige Dauer: 12 bis 24 Monate
- Responderrate ca. 60%





## Pharmakotherapie PTSD KiJu (I)

- sehr schlechte Datenlage! - nur wenige Studien, nur 2 RCT
- RCT zu Sertralin vs. Placebo (Cohen et al., 2007):
  - N=24, nur Mädchen, 10-17 Jahre, sexueller Missbrauch
  - Vergleich von TF-CBT + Sertralin (Zoloft®) mit TF-CBT + Placebo
  - Fazit: „Only minimal evidence suggests a benefit to adding sertraline to TF-CBT“
- RCT zu Sertralin vs. Placebo (Robb et al., 2010):
  - N=131, 6-17 J., über 10 Wochen
  - beide Gruppen signifikant verbessert, aber: Sertralin = Placebo
- keine einzige Studie zu frühen, komplexen Traumastörungen!
- methodisch schlechte Studien zu: Valproat, Quetiapin (Seroquel®), Risperidon, Clozapin (Leponex®), Citalopram, Imipramin (Tofranil®), Opiate



---

## Pharmakotherapie PTSD KiJu (II)

- Empfehlungen aus den AACAP-Practice Parameters (2010):
  - „SSRIs can be considered for the treatment of children and adolescents with PTSD“
  - hilfreich für komorbide affektive und Angststörungen
  - „there are insufficient data to support the use of SSRI medication alone (i.e., in the absence of psychotherapy) for the treatment of childhood PTSD“ (!!!)



---

# Pharmakotherapie KiJu

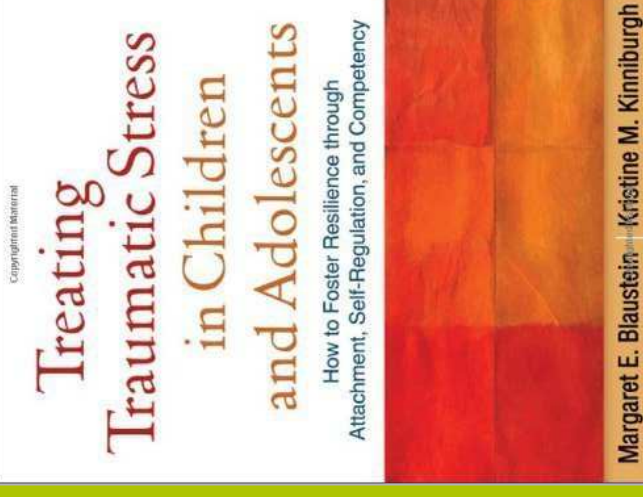
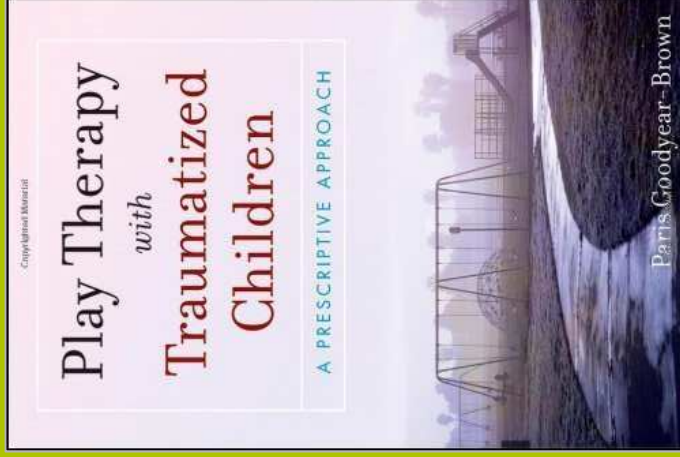
- Symptom- bzw. Diagnoseorientiert
- Beispiele:
  - ADHS → Methylphenidat etc.
  - Störungen des Sozialverhaltens → Risperidon

# PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN

Dorothea Weinberg

## Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern

Behandlung von Bindungs- und  
Gewalttraumata der frühen Kindheit



Markus A. Landolt · Thomas Hensel (Hrsg.)

## Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen

2., aktualisierte und erweiterte Auflage





## Spezifische pflegekindzentrierte Therapieprogramme?

Kaum Aussagen möglich sind über die Effektivität von kindzentrierten Interventionen. Nur eine Studie, in der eine ausschließlich mit Pflegekindern durchgeführte Intervention evaluiert wurde, wurde bei der Literatursichtung eruiert. Das Fehlen spezifischer Interventionen für Pflegekinder bemängeln auch Craven und Lee (2006) in ihrem Literaturüberblick: *„Gaps were found in the current literature regarding the lack of specific interventions utilized with foster children. ... With the increasing number of foster children entering the system, effective, evidence-based, therapeutic interventions are needed to treat this vulnerable population of children“*(p. 301f.).



# Therapie bei früher Traumatisierung

1. Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie (Tf-KBT)
2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
3. Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KIDNET)
4. Traumazentrierte spieltherapeutische Verfahren
5. Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT-KJ)
6. Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT-KJ)

**Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT)**  
**Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen“ (DeGPT)**



# Therapie bei früher Traumatisierung: zentrale Inhalte der Psychotherapie

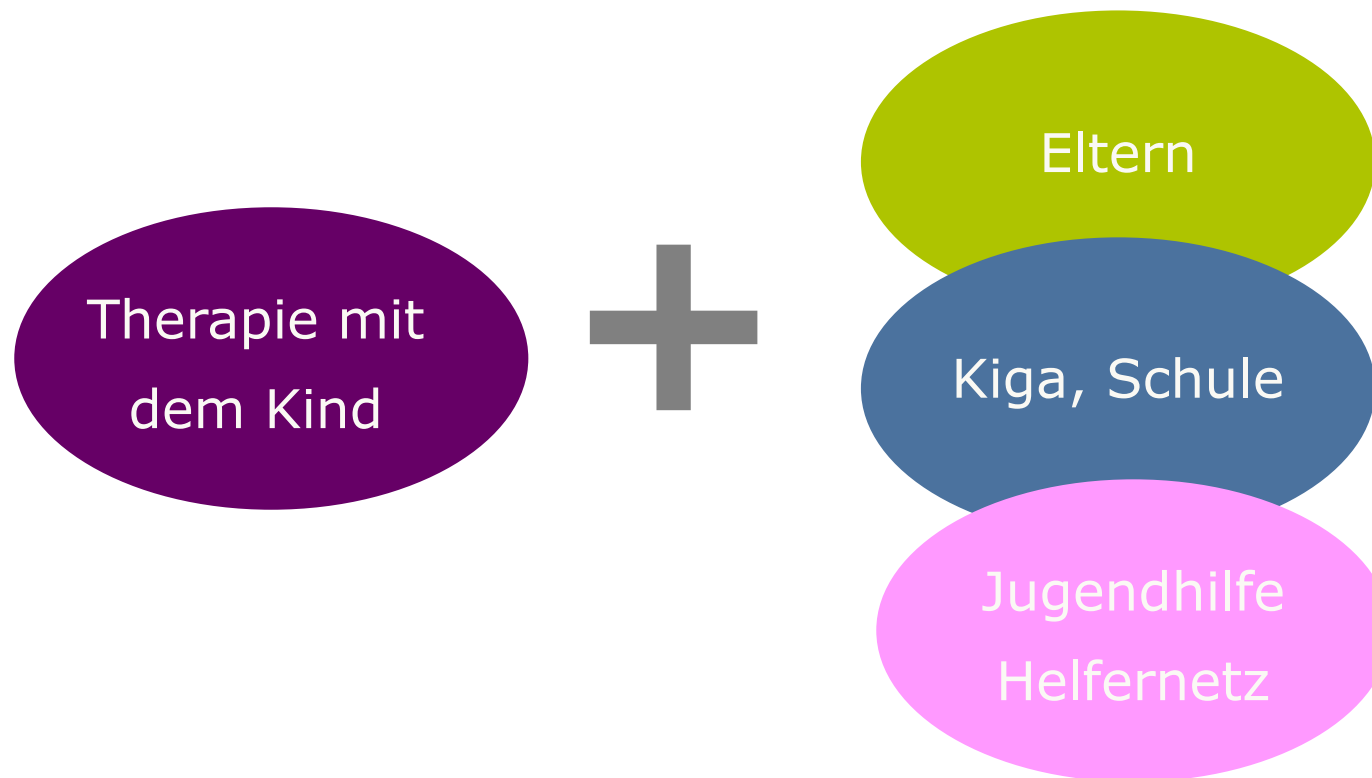
1. **Äußere Sicherheit herstellen und Sicherheitsbedürfnisse des Kindes befriedigen**
2. **Etablieren und Fördern selbstregulatorischer Fähigkeiten** (emotional, körperbezogen und auf der Verhaltensdimension)
3. **Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten durch Einlassen auf Kontakt und Beziehung entwickeln**
4. **Unterstützung der Informationsverarbeitung** (Selbst-Reflexivität entwickeln)
  - Aufmerksamkeit für das Jetzt entwickeln
  - Narrative Rekonstruktion der Vergangenheit und Abgrenzung zur Gegenwart
  - Exekutive Funktionen entwickeln (Antizipation, Planung, Entscheidungsfähigkeit)
5. **Positives Erleben fördern** (Freude, Kreativität, Zukunftshoffnung, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit)
6. **Integration von traumatischen Erfahrungen**





---

# Therapie bei früher Traumatisierung





## Besonderheiten komplex traumatisierte KJ

- mehr Sicherheit, Kontroll- und Bindungserfahrungen nötig
- Motivieren für die Trauma-Arbeit anspruchsvoller
- diese Kinder haben auch singuläre Traumata – jede kleine Traumaintegration ist absolut hilfreich
- Ohne Bezugspersonen-Arbeit kein Erfolg!!



---

# Pflegekinder: Besondere Fragen in der Psychotherapie

- Traumakonfrontation, wenn noch „Täterkontakt“ (Besuchskontakte)?!?!?!?!?!?!?!?
- Kontakt zu bzw. Arbeit mit den leiblichen Eltern?
- Engagement im Rahmen der Hilfeplanung?



## Adoption-Specific Psychotherapy (ADAPT)

- Spezielle Aspekte in der Therapie mit Adoptivkindern:
  - older kids can enter families with many behaviors seen as unacceptable by families and may respond particularly poorly to discipline
  - behavioral techniques may need to be modified to take into account past history and trauma
  - parent-child issues, unrealistic parental expectations
  - parents want to protect kids from painful stories
  - kids want to protect adoptive parents from their feelings about birth parents
  - adopted children think frequently about birth families and their adoption experience; may be issues of unresolved grief and loss
  - standard psychotherapy often ineffective



## ADAPT: Uses core components of evidence-based care, with an adoption lens

- Behavioral interventions
- Trauma, loss and attachment interventions
- Focus on positive parenting
- Teaches important child coping skills
- Emotion regulation
- Problem-solving
- Developmental framework of adoption



## ADAPT: Ziele für das Kind

- Promote appropriate behaviors/bonding through positive parenting
- Facilitate developmentally appropriate understanding of adoption process
- Develop coping strategies
- Working through loss/grief
- Strengthen sense of identity, self-esteem
- Honor birth family –loyalty issues
- Talking with others about adoption
- Cope with trauma



## ADAPT: Ziele für die Eltern

- Promote positive parenting/attachment
- Teach parents to talk with child about adoption
- Understand child's need to grieve losses
- Teach parents to support positive coping
- Help parents understand complexity of identity development in adoptees
- Help parents understand loyalty to birth family
- Help parents use adoption-specific lens in parenting child



## ADAPT Modul 1: Trust, Positive coping strategies & behavior management

- form therapeutic alliance
- discuss basic premises of adoption
- focus on children's strengths and engender positive interactions
- help parents develop appropriate behavior management plans
- aid child in developing coping strategies (affect regulation, feeling identification, problem-solving strategies)





## ADAPT Modul 2: Developmental Understanding of Adoption Experience

- assess parents' understanding of adoption experience for them & child
- help parents tell child's adoption story & develop comfort & skill in talking to child about difficult history
- assess children's understanding of their adoption
- help child tell their story at appropriate developmental level
- create list of unanswered questions
- validate adoption as a valued family form



## ADAPT Modul 3: Substance abuse prevention

- increase parents' understanding prenatal substance exposure (if appropriate)
- help parents talk with child about birth parent substance abuse; help children discuss birth parents' substance use
- reduce family risks and strengthen protective factor
- reinforce child refusal skills; practice resisting peer pressure to try drugs/alcohol



## ADAPT Modul 4: Loss and grief issues about birth family and foster care

- facilitate parents in understanding child's losses
- assisting children in grieving
- helping parents dealing with rejection
- helping parents talking with child about divided loyalties
- help child acknowledge previous losses & understand the "whys"
- explore related feelings & grieve the losses
- coping with divided loyalties



## ADAPT Modul 5: Attachment/joining with adoptive family

- assist parents in understanding attachment & how to facilitate it
- help parents developing family rituals
- help child talking about feelings of safety & security (or lack thereof)
- increase attachment to parents



## ADAPT Modul 6: Search for identity/self-esteem

- help parents understand identity development for adopted children
- explore special identity issues with transracial adoption
- assist children with identity development & integration of heritage of birth and adoptive families
- explore the particular issues for transracially adopted children



## ADAPT Modul 7: Adoption and the outside world

- help deal with questions about child's background and adoption from other children, parents and strangers
- decide who to tell about child's difficult past history
- empower children to handle questions others ask about adoption



## ADAPT Modul 8: Trauma treatment (if appropriate)

- help parents understand that later placed children likely to have experienced traumatic events
- help parents accept children's trauma disclosures
- provide a safe place for child to talk, draw or play about what happened to them
- help child process memory of traumatic event(s) with trusted therapist by creating trauma narrative, reframing maladaptive beliefs of child about event or their role

# ARBEIT MIT DEN BEZUGSPERSONEN





---

## Einbezug der Pflegeeltern

- Zentrale Inhalte:
  - Psychoedukation, insb. zu Traumafolgen
  - Förderung von Bindung
  - Balance: Akzeptanz vs. Veränderung
  - Gefühlsmanagement (Selbstbeobachtung, Gefühlssteuerung)
  - Selbstfürsorge & Unterstützung
  - konkreter Umgang mit schwierigen Alltagssituationen
  - Eltern als Co-Therapeuten (z.B. narrative Therapie, Bindungstherapie)
  - aktive Unterstützung im Umgang mit Kindergarten/Schule, Jugendamt, Gericht etc.



---

## Bindung: Interventionen

- es gibt inzwischen eine Vielzahl guter Präventions- und Interventionsprogramme für Kleinkinder & ihre Eltern
- es gibt KEINE störungsspezifischen Interventionen für Schulkinder und Adoleszente und ihre Familien
- es gibt entsprechend auch keine empirischen Untersuchungen dazu



## Bindungsförderndes Elternverhalten

- promptes und angemessenes Reagieren auf kindliche Signale (Feinfühligkeit)
- grundsätzliche positive Haltung gegenüber dem Kind (Anteilnahme, Zuneigung)
- Wechselseitigkeit in der Interaktion
- Unterstützung, d.h. aufmerksame Zuwendung und emotionale Hilfestellung
- Stimulation (häufige Interaktionsaufnahme mit dem Kind)
- Zuverlässigkeit & Beständigkeit



## Evaluation: Elterntrainings mit Pflegeeltern

Verhaltenstherapeutisch fundierte Eltern-Kind-Therapien gelten aufgrund zahlreicher positiver Evaluationsstudien bei klinisch auffälligen Stichproben als evidenzbasierte Therapie (Craven & Lee, 2006); insbesondere bei Kindern mit externalisierenden Verhaltensproblemen erwies sich diese Interventionsform als erfolgreich. Die beiden vorhandenen Studien mit Pflegekinderstichproben (McNeil et al., 2005; Timmer et al., 2006) bestätigen die positiven Einflüsse auf kindliches und elterliches Verhalten, lassen aber aufgrund methodischer Mängel (v.a. das Fehlen einer Kontrollgruppe) keine endgültigen Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit der Intervention bei Pflegefamilien zu.



---

## Multidimensional Treatment Foster Care Program (MTFC-P; Chamberlain et al.)

- vorbereitendes Training der Pflegeeltern
- Supervision und Beratung der Pflegeeltern
- tägliche Telefonkontakte
- wöchentliche Gruppentreffen
- Krisentelefon
- Einzeltherapie mit den Kindern
- Elterntraining mit den biologischen Eltern
- Dauer der Intervention: ca. 9-12 Monate



## Evaluation: multimodale treatment-foster-care- Interventionen

Dagegen fanden sich für die multimodalen treatment foster care-Programme deutliche Effekte in verschiedensten Bereichen (Stabilität der Pflegeverhältnisse, Art der dauerhaften Unterbringung, Problemverhalten der Kinder / Jugendlichen, physiologische Regulationsprozesse und Bindungsverhalten der Kinder, wahrgenommener Stress der Eltern, schulische Variablen). Vorbildlich waren auch die Evaluationszeiträume der meisten Studien, die bis zu zwei Jahre nach Beginn der Intervention umfassen. Die Effekte wurden zudem in verschiedenen Stichproben – sowohl bei delinquenten Jugendlichen als auch bei Vorschulkindern mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen – bestätigt.



---

## Konkrete Beispiele aus der Bezugspersonen-Arbeit mit Pflegeeltern

- Ressourcen-Förderung
- Psychoedukation zu Bindung & Übung
- Psychoedukation zu Trauma
- Psychoedukation zu Trauma und Schulleistungen
- Trigger-Analyse
- Selbstbeobachtung: Emotionen und Kognitionen
- Verbesserung der Selbststeuerung
- Unterstützung des Pflegekindes in der Emotionsregulation
- Selbstfürsorge



„The provision of substitute parents in itself represents the most radical, comprehensive and potent therapeutic change in a child`s psychosocial prospects.“ (Howe, 2006, S. 129)

„Die Betreuung durch Pflegeeltern repräsentiert die **radikalste, umfassendste und wirksamste therapeutische Veränderung** hinsichtlich der psychosozialen Aussichten des Kindes“





---

## Ressourcen einer Pflegefamilie

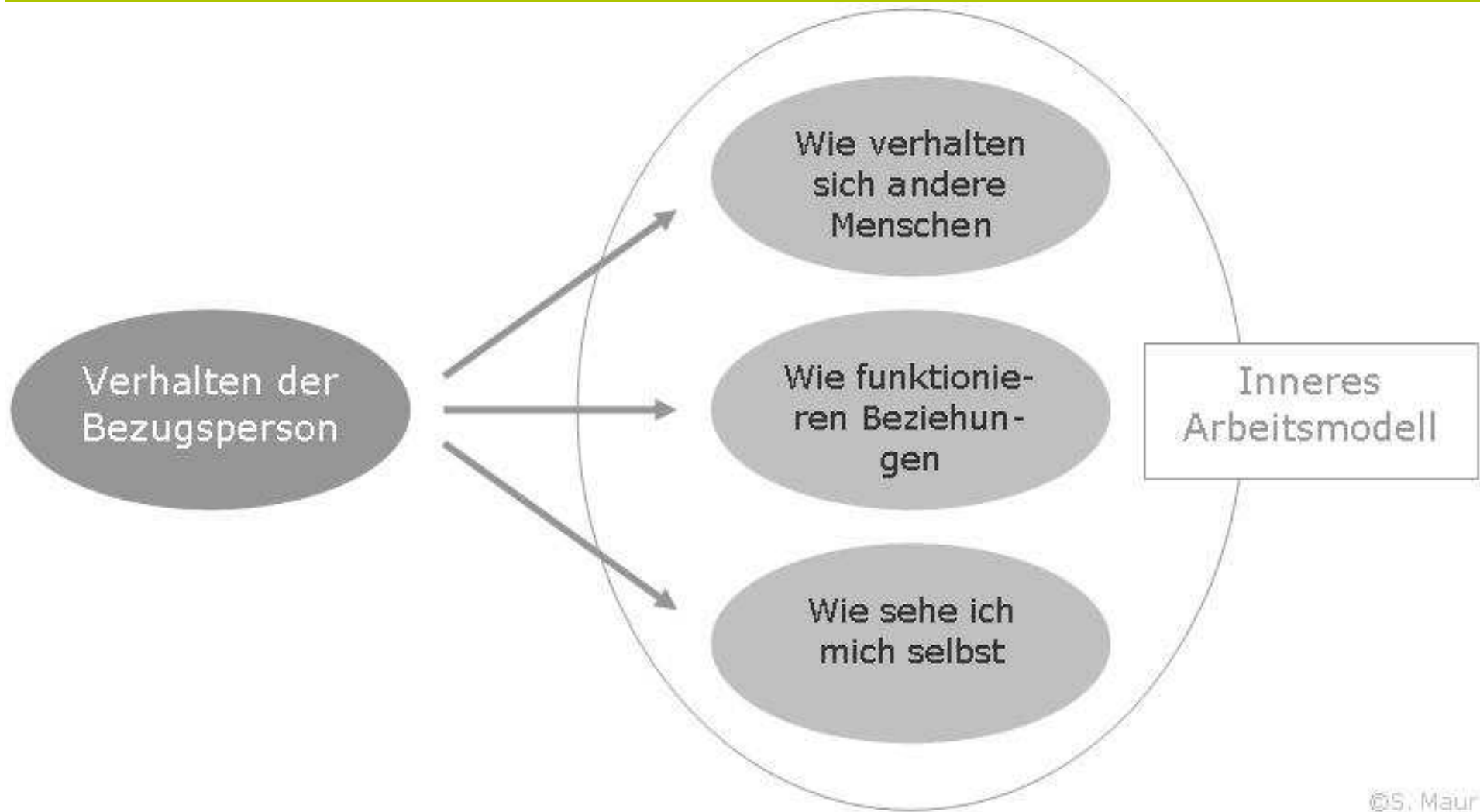
- zuverlässige Befriedigung der Grundbedürfnisse:
  - gesunde Nahrung,
  - Sauberkeit,
  - Wärme,
  - Ruhe/Schlaf,
  - (physische) Sicherheit,
  - angemessene Unterkunft,
  - regelmäßige Bewegung,
  - frische Luft,
  - angemessene medizinische Versorgung,
  - soziale Kontakte



---

## Ressourcen einer Pflegefamilie

- zuverlässige Befriedigung der Grundbedürfnisse:
  - gesunde Nahrung, Sauberkeit, Wärme, Ruhe/Schlaf, (physische) Sicherheit, angemessene Unterkunft, regelmäßige Bewegung, frische Luft, angemessene medizinische Versorgung, soziale Kontakte
- haltgebende Strukturen und Rituale
- angemessene Förderung und Anregung
- bindungsförderndes Elternverhalten



Verhalten der Bezugsperson	Menschen-Modell	Beziehungs-Modell	Selbst-Modell
Liebevoll und fürsorglich	Anderere sorgen für mich, helfen mir und lieben mich.	Beziehungen sind etwas Gutes, Konstantes und Zuverlässiges.	Ich bin liebenswert und wertvoll.
Weist das Kind oft zurück, ablehnend	Anderere helfen einem nicht. Anderere lassen einen im Stich.	Vorsicht vor Beziehungen, am Ende muss man doch allein selbst klar kommen.	Ich bin es nicht wert, dass man sich um mich kümmert; Ich bin schlecht, ich kann nichts, ich bin hässlich.
Mal zugewandt, mal ignorierend; unzuverlässig	Auf andere ist nicht wirklich Verlaß. Mal verhalten sie sich so, mal so.	Ich halte mit aller Macht am anderen fest, damit er sich auf keinen Fall abwendet von mir. Ich bin lieb, dann kriege ich Zuwendung.	Ich habe Angst. Ich bin allein hilflos. Ohne den anderen bin ich nichts wert.
Misshandelt und vernachlässigt das Kind	Anderere sind böse. Die Welt ist gefährlich.	Man weiß nie, was kommt. Man kann niemandem trauen. Ich greife lieber an, bevor ich angegriffen werde.	Ich bin nichts. Ich darf nicht entspannen, denn dann wäre ich wehrlos.

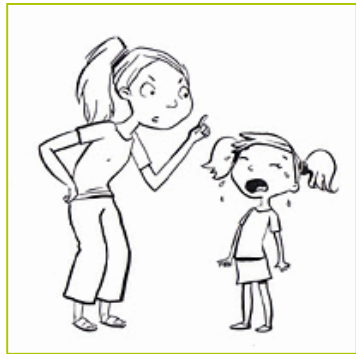


## Veränderung des „Inneren Arbeitsmodells“

	Alte Erfahrungen		Neue Erfahrungen
<b>Menschen</b>	Andere verhalten sich böse und unzuverlässig und lassen zu, dass es mir schlecht geht.	➔	Andere sorgen zuverlässig für mich, helfen mir und lieben mich. Sie haben Freude an mir.
<b>Beziehungen</b>	Man kann sich auf niemanden verlassen, man ist allein, Menschen tun einander weh	➔	Beziehungen sind etwas Gutes, Zuverlässiges und bieten Sicherheit.
<b>Selbst</b>	Ich bin schlecht, nichts wert und kann nichts bewirken.	➔	Ich bin liebenswert und wertvoll. Ich kann Dinge selbst schaffen.



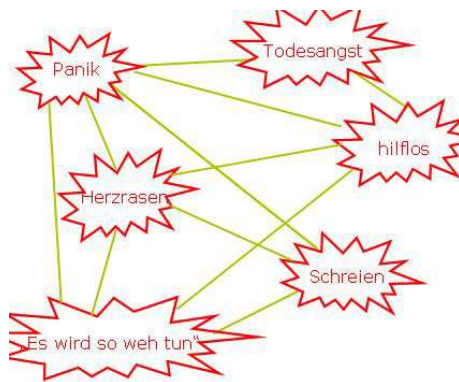
## Trauma- Trigger



Mimik

Körperhaltung

Tonfall



**Traumanetzwerk**  
wird aktiviert



- **Kämpfen:** z.B.

- oppositionell
- hauen
- unruhig sein

- **Flüchten:** z.B.

- wegrennen
- sich isolieren
- nicht reden

- **Erstarren:** z.B.

- einfrieren
- „abschalten“
- beobachten

## ☐ Trigger-Analyse: Beispiele

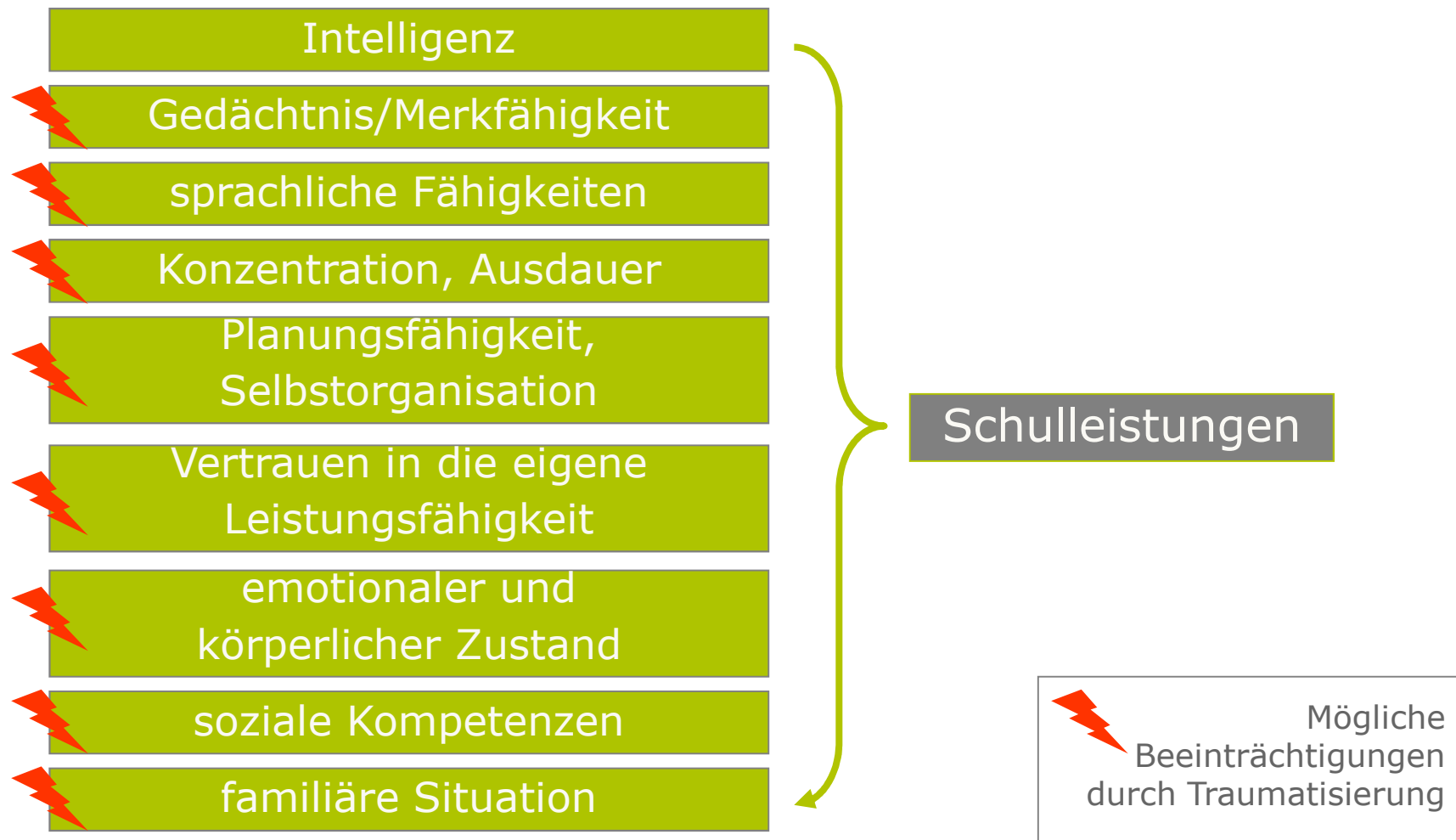
Dieser Trigger ...	... erinnert mein Kind vielleicht/wahrscheinlich an:	Es reagiert dann häufig so:	Das führt bei mir zu ... (Gefühle, Gedanken, Handlungen)	Es wäre wahrscheinlich hilfreich, wenn ich ...
<i>Wenn mein Mann und ich uns streiten und laut werden.</i>	<i>Wenn seine Mutter früher mit ihrem gerade aktuellen Partner gestritten hat; es hat sich dann niemand um Michelle gekümmert oder sie ist auch angeschrien worden.</i>	<i>Michelle fängt dann laut an zu schreien.</i>	<i>Ich bin dann noch gestresster, weil ich denke: Muss die jetzt auch noch hier rum schreien und sich einmischen! Ich kriege sofort Kopfweg. Ich schimpfe mit ihr und schicke sie auf ihr Zimmer. Dort schreit sie weiter.</i>	<i>... mich beruhigen würde und zu ihr sage: „Das magst du nicht, wenn wir streiten, nicht wahr? Okay, wir versuchen uns zu beruhigen. Du musst keine Angst haben. Wir lassen dich nicht allein.“</i>



# Frühe, komplexe Traumatisierung: Folgen

- Traumatische Erfahrungen:
  - ➔ Angst, Traurigkeit, Wut
  - ➔ Symptome einer Traumastörung: Überflutung durch bedrohliche Gefühle & Erinnerungen, Übererregung, Dissoziation
- Bindungsunsicherheit:
  - ➔ unsichere oder gestörte Bindung
  - ➔ kein Urvertrauen
- Entwicklungsprozesse:
  - ➔ Beeinträchtigungen bzgl. Konzentration, Lernen, Sprache, Motorik, Gefühlsregulation, sozialer Kompetenzen etc.
  - ➔ schulische und soziale Folgeprobleme







⇒ Typische Gefühle & Gedanken im Umgang mit traumatisierten, bindungsbeeinträchtigten Kindern?



### **Gefühlsmanagement: Selbstbeobachtung (I)**

*(Original: Blaustein & Kinniburgh, 2010, S.59ff.;  
übersetzt, modifiziert und ergänzt durch S. Maur)*

#### **⇒ Schwierige Situationen identifizieren:**

Welche Situationen mit meinem Kind finde ich besonders schwierig?

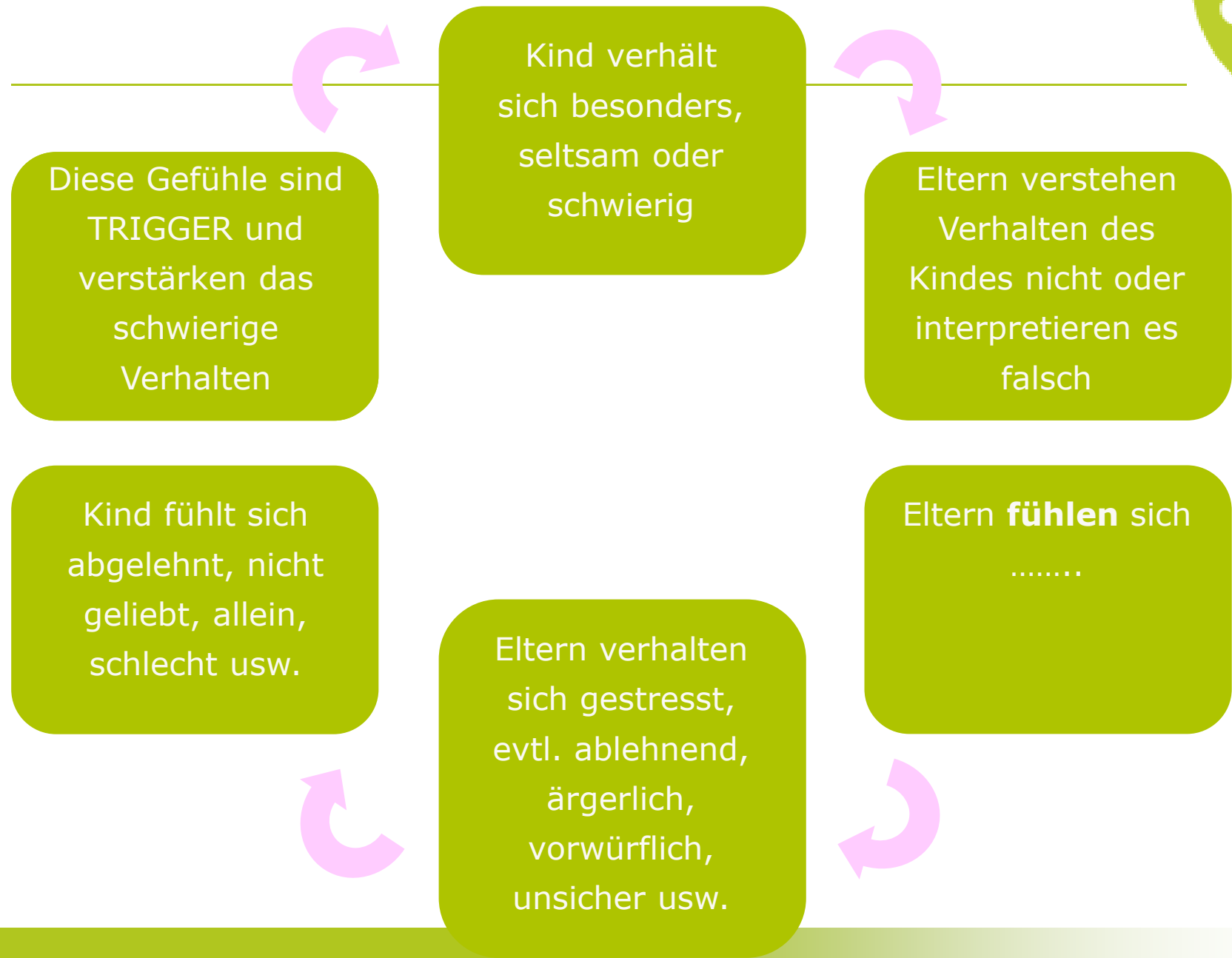
---

---



## Typische Gefühle im Umgang mit traumatisierten, bindungsbeeinträchtigten Kindern

- reduced sense of efficacy
- guilt and shame
- anger and blame
- shutting down or constricting
- overreaction
- being overly permissive



Kind verhält sich besonders, seltsam oder schwierig

Eltern verstehen Verhalten des Kindes nicht oder interpretieren es falsch

Eltern **fühlen** sich .....

Eltern verhalten sich gestresst, evtl. ablehnend, ärgerlich, vorwürflich, unsicher usw.

Kind fühlt sich abgelehnt, nicht geliebt, allein, schlecht usw.

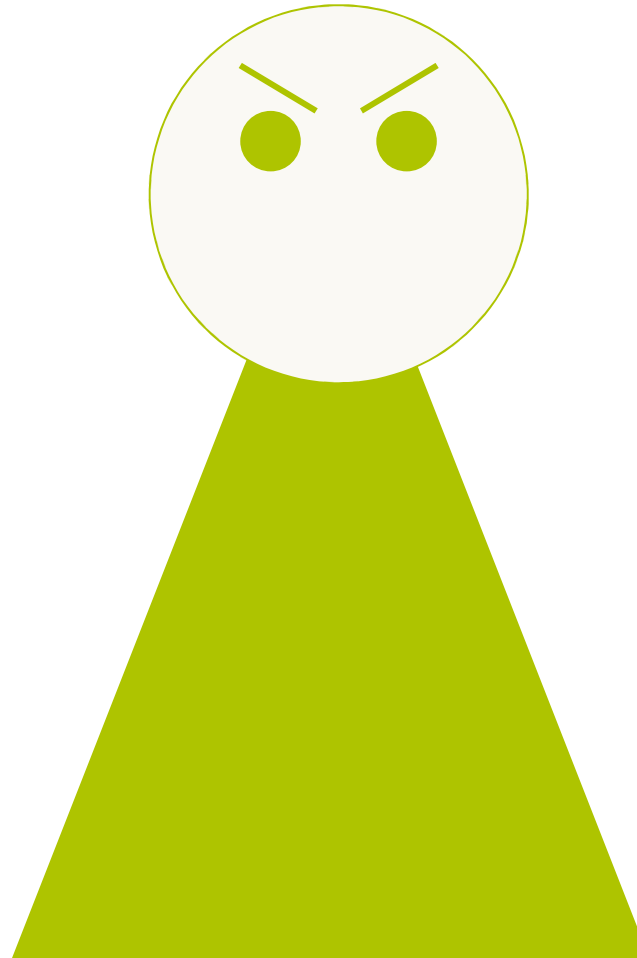
Diese Gefühle sind **TRIGGER** und verstärken das schwierige Verhalten





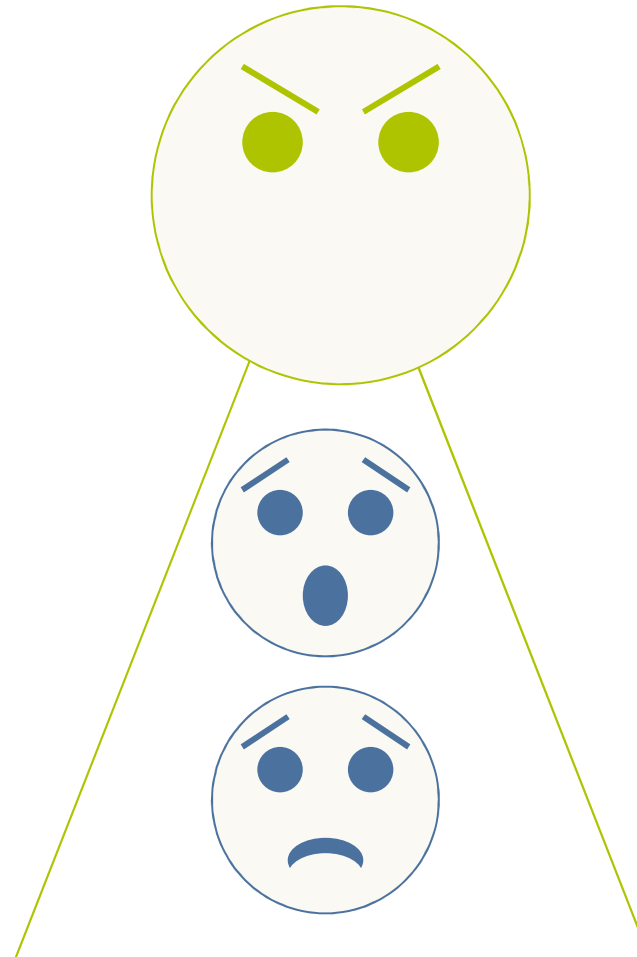
---

# Aggressivität?





# Aggressivität?





# Förderung der Emotionsregulation

- Förderung von Empathie und Reflektionsvermögen
- den Kindern helfen,
  - in Kontakt mit ihren Gefühle zu kommen,
  - sie richtig zu erkennen,
  - ihren Einfluss auf sich und andere richtig einzuschätzen
  - und sie zu reflektieren und regulieren
- hilfreich:
  - wiederholtes und "übertriebenes" Feedback zu Emotionen
  - offenes, kommunikatives Klima in der Familie
- Eltern als Rollenmodelle für Emotionsregulation, Umgang mit Konflikten und mit Stress!



---

# Förderung der Selbststeuerung (I)

- **Atmung**
  - einatmen durch die Nase, ausatmen durch den Mund
  - mit dem Bauch atmen, nicht über die Brust oder die Schultern
  - mit einem Mantra koppeln (z.B. „...ruhig ...“)
- **Entspannung**
  - „Unter-dem-Tisch“-Methoden
  - PMR, Autogenes Training, Yoga, Tai Chi o.ä.
- **Ablenkung**
  - auf die eigenen fünf Sinne konzentrieren
  - die aktuelle Situation auf einem Bildschirm vorstellen und sich selbst beschreiben
  - etwas ganz anderes machen





---

## Förderung der Selbststeuerung (II)

- **Selbstberuhigung**

- „In-der-Tasche“-Technik: etwas Schönes/Beruhigendes in der Tasche haben (z.B. einen Schmeichelstein)
- *mittelfristig*: Welche Dinge tun mir gut? – aufschreiben und regelmäßig (!) durchführen

- **Auszeiten**

- aus der Situation herausgehen (anderes Zimmer, spazieren); dem Kind erklären „Ich bin jetzt zu aufgeregt und brauche ein paar Minuten, um mich zu beruhigen. Ich gehe jetzt in mein Zimmer für eine kleine Auszeit, und wenn ich zurück komme, reden wir darüber, was passiert ist.“
- *mittelfristig*: Regelmäßig Auszeit nehmen, um die „Batterien“ aufzuladen



---

## Selbstfürsorge von (Pflege-)Eltern

- angemessene Ansprüche an sich selbst und an andere
- Sport, Hobbies, Freizeit (sich für sich selbst Zeit nehmen)
- eigene Grenzen beachten und mit sich selbst achtsam umgehen
- Hilfe aktiv suchen und annehmen
- sich selbst loben und ermutigen
- gutes soziales Netz
- gemeinsame Erziehungsvorstellungen
- fachlicher Austausch

## Professionelles Umfeld

- bestmögliche Betreuung und Unterstützung durch die Pflegekinderdienste der Jugendämter
- kompetente Familienrichter
- bestmögliche, hochspezialisierte psychotherapeutische und kinderpsychiatrische Hilfen

Die Betreuung von Kindern in Pflegefamilien stellt hohe und vielfältige Anforderungen an die Pflegeeltern. Sie haben deswegen einen moralischen Anspruch auf eine kompetente, regelmäßige und engagierte Betreuung durch leistungsfähige Pflegekinderdienste. Diese Betreuung ist keineswegs überall in Deutschland gesichert.