

**Anstrengungsverweigerung
bei Pflegekindern**

–

**Aufgaben der Sozialen Arbeit
in der Beratung
erwachsener Bezugspersonen**

Bachelorthesis

**eingereicht von Elke Gebert
bei Prof. lic. phil. Johanna Kohn
zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit
im Dezember 2018**

**Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit
Studium HS 2015/16 – HS 2018/19 in Basel, Olten & Muttenz
Matrikelnummer S 15-632-540**

Abstract

Pflegekinder wachsen unter erschwerten Bedingungen auf, daher verwundert es wenig, dass sie häufiger durch ihr Verhalten auffallen. In dieser Arbeit wird anhand neuerer Untersuchungen beleuchtet, warum die Ursachen für ihre Verhaltensauffälligkeiten bis in die vorgeburtliche Zeit reichen können. Früheste psychische Verletzungen durch die Trennung von der Mutter, Bindungsstörungen oder anhaltende Traumata durch das soziale Umfeld sind nicht auf den ersten Blick zu erkennen. Sie können jedoch zu komplexen Entwicklungsstörungen führen mit Überlebensstrategien, welche alle Betroffenen – die Kinder selbst, deren Pflegeeltern, pädagogische Fach- und Lehrkräfte sowie Professionelle der Sozialen Arbeit – stark herausfordern. Eine am häufigsten verwendete Strategie eines frühtraumatisierten Kindes ist die Anstrengungsverweigerung. Dieses Phänomen wird bisher nur bei körperlich und geistig gesunden Pflege- und Adoptivkindern beschrieben. Es dient der Angstabwehr, stößt jedoch auf Unverständnis, belastet Beziehungen und führt nicht selten zu Isolation. Ohne gezielte langfristige Hilfe kann sich ein Kind nicht aus dem Circulus vitiosus der Anstrengungsverweigerung befreien. Übliche Erziehungskonzepte versagen, Bezugspersonen bräuchten Leitlinien. Ziel der Thesis ist es, herauszufinden, was sich genau hinter diesem Phänomen verbirgt und wie Professionelle der Sozialen Arbeit die begleitenden Erwachsenen in der Beratung unterstützen können.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	II
Abbildungsverzeichnis.....	IV
1 Einleitung.....	1
2 Fragestellung und Aufbau der Arbeit.....	2
3 Anstrengungsverweigerung – erster Teil.....	4
3.1 Definition des nach Bonus.....	4
3.2 Beschreibungen ähnlicher Phänomene.....	5
4 Ursachensuche in frühester Kindheit.....	6
4.1 Pränatale und postnatale Fähigkeiten.....	6
4.2 Trennung von der leiblichen Mutter.....	8
5 Bindung.....	8
5.1 Der Mensch als soziales Wesen.....	9
5.2 Entstehung der Bindung.....	9
5.3 Vier kindliche Bindungstypen.....	11
5.4 Einfluss des inneren Arbeitsmodells.....	13
5.5 Bindungsstörungen gemäß ICD.....	14
6 Was ist ein Trauma?.....	15
6.1 Notfallreaktion.....	16
6.2 Bindungstraumatisierung.....	18
6.3 Komplexe Entwicklungsstörung.....	20
7 Besonderheiten der Pflegefamilie.....	20
7.1 Fremdplatzierung.....	20
7.2 Dauer.....	21
7.3 Bindungsqualität.....	22
7.4 Integrationsprozess in drei Phasen.....	23
7.5 Leibliche Eltern.....	26
8 Anstrengungsverweigerung – zweiter Teil.....	26
8.1 Erklärungsansätze.....	27
8.2 Kann Angst gelöscht werden?.....	32
8.3 Mosaik mit ungewöhnlichen pädagogischen Bausteinen.....	33
8.4 Anstrengungsverweigerung überwinden durch Anstrengung.....	41
9 Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Beratung erwachsener Bezugspersonen.....	43
9.1 Auftrag.....	43
9.2 Haltung.....	44
9.3 Funktionen der Beratung.....	45
9.3.1 Information.....	45
9.3.2 Vermittlung/Kooperation.....	46
9.3.3 Feedback.....	47
9.3.4 Unterstützung.....	48
9.3.5 Hilfeplan.....	48
9.4 Selbstfürsorge.....	49
10 Diskussion und weiterführende Gedanken.....	49
Literatur- und Quellenverzeichnis.....	VII
Anhang.....	XIV
Ehrenwörtliche Erklärung.....	XIX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sichere Bindung als Schutzfaktor für die weitere kindliche Entwicklung. (Scheuerer-Englisch 2017: 32).....	12
Abbildung 2: Trauma-Entwicklungsheterotrophie (Möhrlein 2016: Folie 28).....	19
Abbildung 3: Symptomliste der Komplexen Entwicklungsstörung nach Frühtraumatisierung (Weinberg, Dorothea 2013a: 15).....	XVI

**Diese Erfahrung – der eigenen Handlungsohnmächtigkeit –
wirkt wie eine körperliche Verletzung: Sie tut weh.
Weil es sich jedoch um eine psychische Verletzung handelt,
sieht man sie nicht.**

**Und wenn man Dinge nicht sieht, weiß manchmal
weder der Betroffene noch sein Umfeld,
dass sie existieren.**

Bernd Kasper

**Mit einer Kindheit voll Liebe kann man ein halbes Leben
hindurch für die kalte Welt haushalten**

Jean Paul

Wichtige Hinweise:

- Um sprachlich den unterschiedlichen Geschlechtern gerecht zu werden und den Text dennoch flüssig lesbar zu gestalten, wird in dieser Arbeit die Variante mit * gewählt, z.B. Lehrer*innen.
- Die Autorin verwendet die in Deutschland übliche Schreibweise, das gilt insbesondere für die Rechtschreibung bei ss und ß.
- Um die Lesbarkeit zu vereinfachen, sind i.d.R. Kinder aller Altersstufen, also auch Jugendliche gemeint, wenn von Kind(ern) oder Pflegekind(ern) die Rede ist.
- Obwohl diese Arbeit Vollzeitpflegekinder im Blick hat, könnte der Begriff „Pflegekind“ in der Mehrzahl der Fälle auch durch „Adoptivkind“ ersetzt werden, da sie ähnliche Problematiken wie Pflegekinder aufweisen können.
- In den Begriffen Pflege- oder Herkunftsfamilie sind jeweils auch alleinerziehende Elternteile inbegriffen.
- Auf geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen einzugehen, würde den Rahmen sprengen, daher wurde darauf verzichtet.
- Da der Fokus dieser Arbeit nicht auf strukturelle oder juristische Gegebenheiten, sondern auf das zu beschreibende Phänomen an sich gerichtet ist, werden in dieser Arbeit bewusst keine länderspezifischen Einrichtungen, Ämter oder Behörden genannt. Die Leser*innen mögen es auf ihre landesüblichen Verhältnisse übertragen.
- Die Bezeichnung Pflegekinderwesen wird auch allgemein gehalten; er schließt Fachkräfte und Institutionen mit ein, die sich mit Pflegekindern befassen, sowie gesetzliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, unter denen Pflegekinder aufwachsen. Das Pflegekinderwesen in der Schweiz ist keineswegs einheitlich ausgestaltet.
- Des öfteren war es nicht möglich oder ökonomisch nicht durchführbar, Primärliteratur zu beschaffen; in diesen Fällen hat die Autorin sich der Sekundärliteratur bedient.
- Den Begriff „bürgerlich“ im unter 3.1 verwendeten Zitat erklärt Bonus folgendermaßen: *Damit ist von mir nicht „Mein Haus, mein Auto und mein Segelboot“ gemeint, sondern die Fähigkeit des heutigen Kindes, später als Erwachsener ein warmes und trockenes Bett zu besitzen, ein Dach über dem Kopf zu haben und die Fähigkeit, selbst für seinen Lebensunterhalt aufzukommen. Nicht mehr, aber auch nicht weniger.* (Bonus 2010: 18)

1 Einleitung

In der westlichen Gesellschaft ist es unüblich, wenn ein Kind nicht bei seinen leiblichen Eltern aufwächst. Mit einer Inobhutnahme ist bereits eine Entscheidung getroffen worden, von der erwartet wird, dass sie hinsichtlich des Kindeswohls die am wenigsten schädliche Lösung darstellt (vgl. Göppel 2009: 436). Um eine Vorstellung darüber zu bekommen, wie viele Kinder dies betrifft, wurden Zahlen für die Schweiz und Deutschland ermittelt.

Für die Schweiz existiert keine landesweite Statistik zu Pflege- und Heimkindern. In einer Bestandsaufnahme mit einer Erhebung in 16 Kantonen und einer Hochrechnung auf alle 26 Kantone ermittelte Seiterle für das Jahr 2016 etwa 18900 Kinder, welche nicht in ihrer Herkunftsfamilie lebten. Davon hatten 4700 Kinder oder etwa 0,3% der minderjährigen Wohnbevölkerung den Status eines Pflegekindes (vgl. Seiterle 2018: 5; BFS 2018: o.S.).

In Deutschland waren im Jahr 2016 in einem Heim oder einer sonstigen betreuten Wohnform 77857 unter 18-Jährige fremdplatziert. In Vollzeitpflege, d.h. in anderen Familien, befanden sich 69401 Minderjährige oder 0,6% der minderjährigen deutschen Wohnbevölkerung (vgl. Statista 2018: o.S.; Statistisches Bundesamt Destatis 2018: o.S.). In beiden Ländern sind die Kinder nicht berücksichtigt, die innerhalb der Verwandtschaft der Herkunftsfamilie, jedoch nicht bei ihren Eltern aufwuchsen.

Die Handhabung, Kinder außerhalb ihres Elternhauses unterzubringen, ist je nach Land unterschiedlich; die strukturellen und gesetzgeberischen Unterschiede sowie deren geschichtliche Hintergründe sollen jedoch nicht Gegenstand der Betrachtung sein. Bei den oben aufgeführten Zahlen wird nicht unterschieden zwischen gesunden oder beeinträchtigten Kindern. Aufgrund der bereits in sich vielschichtigen Thematik befasst sich diese Arbeit nur mit gesunden, nicht-leiblichen Pflegekindern, welche langfristig als Familienmitglieder in einem Privathaushalt aufgenommen und betreut werden.

Bonus geht davon aus, dass allein die Trennung von der leiblichen Mutter für einen Säugling ein Erlebnis darstellt, das seine Verarbeitungsmöglichkeiten bei weitem übersteigt, also ein Trauma – sie bezeichnet es als zentrale Frühtraumatisierung, weil ohne diese Trennung der Säugling nicht zum Pflegekind geworden wäre (vgl. Bonus 2006 51f.). Allein der Zeitpunkt der zentralen Frühtraumatisierung variiert. Liegen triftige Gründe vor für eine Fremdplatzierung, so wäre die sofortige Unterbringung des Säuglings in seiner künftigen Ersatzfamilie der Idealfall. Tatsächlich werden jedoch viele Babys nicht direkt nach der Geburt ihrer neuen Familie zugeführt, sondern verbringen einige Zeit bei ihrer Herkunftsfamilie, aus der sie später meist aufgrund von Kindeswohlgefährdung herausgenommen werden. Je länger Kinder vernachlässigten, misshandelnden, bedrohlichen oder missbräuchlichen Situationen ausgesetzt sind, desto mehr Schaden können sie nehmen. Je älter die Kinder sind, desto schwieriger wird eine Vermittlung, da seelische Störungen tendenziell zunehmen (Adelsberger 2008: 29). Glücklicherweise führen nicht alle schwierigen Lebenssituationen zu

anhaltenden Beeinträchtigungen; in dieser Bachelorarbeit geht es jedoch nicht um resiliente Kinder, sondern um solche, denen es (noch) nicht gelungen ist, widrige Bedingungen zu überwinden.

Obwohl sich Pflegeeltern auf ihre neue Aufgabe vorbereitet haben, können die Folgen der Traumatisierung zu kaum vorstellbaren Belastungen führen. Das Traumkind hat sich als „Traumakind“ entpuppt. Enttäuschungen, Überforderungen, Hilflosigkeit und Verzweiflung machen sich bei den Erwachsenen breit und das Betreuungsverhältnis kann in Frage gestellt werden. An dieser Stelle setzen die Ausführungen von Bonus an, die unter allen Umständen einen Betreuungsabbruch vermeiden will. Wenn Pflegeeltern die Schwierigkeiten als Konsequenz frühkindlicher Erfahrungen verstehen lernen und die kindlichen Gefühle ansatzweise emotional nachvollziehen können, ist schon sehr viel gewonnen. In den Verhaltensauffälligkeiten des Kindes spiegeln sich Strategien wider, die dem Kind das bisherige Überleben gesichert haben. Deren Kenntnis und der richtige Umgang damit können langfristig zur Auflösung der Überlebensstrategien führen. Eine häufige Folge einer Frühtraumatisierung ist laut Bonus die Anstrengungsverweigerung. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass der Aufwand für die Verweigerung unverhältnismäßig hoch ist im Vergleich zur Mühe, welche es kostet, die Aufgabe zu erledigen (vgl. Bonus 2006: 149-157; Bonus 2008: 19-22, 50-96). Die Anstrengungsverweigerung kann sich schon in der frühen Kindheit in alltäglichen kleinen Situationen bemerkbar machen und wird vielfach erst bei schulischen Leistungen offenkundig, weshalb in dieser Arbeit öfter ein Bezug zur Schule hergestellt wird. Ohne angemessene Hilfe bleibt die Verweigerungsstrategie bestehen und kann dazu führen, dass die Heranwachsenden weit hinter ihren (schulischen) Möglichkeiten zurückbleiben, keiner Erwerbstätigkeit nachgehen und nicht am gesellschaftlichen Leben teilhaben (vgl. Bonus 2008: 57-61). Soziale Arbeit hat neben der sozialen Integration und Unterstützung bei der Erfüllung grundlegender Bedürfnisse auch die Aufgabe, *„Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern und zu stabilisieren.“* (AvenirSocial 2010: 6). Sich mit dem Phänomen der Anstrengungsverweigerung intensiv zu befassen, war für die Autorin in dreierlei Hinsicht lohnenswert. Zum einen konnte sie in ihrer Funktion als Pflegemutter im Umgang mit ihrem Pflegekind davon sehr profitieren. Zum zweiten bereitete sie sich damit auf ihre angestrebte Beratungstätigkeit vor. Und schließlich spornte es die Autorin an, sich einem Thema zu widmen, das wissenschaftlich noch wenig erforscht und gerade bei Betroffenen wenig bekannt ist.

2 Fragestellung und Aufbau der Arbeit

Handlungsbedarf bei Anstrengungsverweigerung besteht immer dann, wenn Säuglinge, Kinder oder Jugendliche in irgendeiner Form auffällig oder schwierig werden und Personen, welche mit den Kindern zu tun haben, professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Betont werden muss, dass nicht jedes Pflegekind im Verlauf seiner Entwicklung problematisch wird.

In dieser Arbeit stehen jedoch die Problemkinder im Mittelpunkt. So wie Bowlby viele Erkenntnisse zur Mutterentbehrung aus retrospektiven Studien gewann, indem er bei Verhaltensauffälligkeiten nach Problemen in der frühen Kindheit suchte (Schmalohr 1968: 33f.), sollen in dieser Arbeit die Anfänge des Lebens beleuchtet werden, um die Anstrengungsverweigerung als Folge von Frühtraumatisierung zu verstehen und daraus Hinweise zu gewinnen für mögliche Interventionen. Die übergeordnete Frage

**Anstrengungsverweigerung bei Pflegekindern als Folge von Frühtraumatisierung
Welche Aufgaben können Professionelle der Sozialen Arbeit in der Beratung von Eltern und anderen erwachsenen Bezugspersonen übernehmen?**

wird daher untergliedert in folgende Unterfragen:

- **Welche Folgen kann eine Trennung von der leiblichen Mutter direkt nach der Geburt bei einem Kind haben?**
- **Wie hängen Bindung und Traumatisierung zusammen?**
- **Wozu entwickeln Kinder eine Anstrengungsverweigerung und wie können Bezugspersonen damit adäquat umgehen?**
- **Welche spezielle Aufgaben ergeben sich daraus für Professionelle der Sozialen Arbeit in der Beratung von Erwachsenen, die anstrengungsverweigernde Kindern begleiten?**

Ausgangspunkt dieser Arbeit bilden die Ausführungen von Bettina Bonus, die bisher als einzige die Anstrengungsverweigerung beschrieben hat. Die verschiedenen Aspekte der Phänomens werden theoretisch und praktisch beleuchtet, um herauszufinden, was den Kern der sozialarbeiterischen Beratung erwachsener Begleitpersonen ausmacht.

Nach der begrifflichen und inhaltlichen Annäherung an die Anstrengungsverweigerung in Kapitel 3 wird in Kapitel 4 anhand der prä- und postnatalen Entwicklung der Frage nachgegangen, welche Folgen eine Trennung von der leiblichen Mutter direkt nach der Geburt bei einem Kind haben kann. In Kapitel 5 werden die Wichtigkeit der Bindung erläutert sowie die vier Bindungstypen und die Auswirkungen einer fehlenden sicheren Basis beschrieben. Kapitel 6 befasst sich mit Traumata, der Notfallreaktion abläuft und einem komplexen Störungsbild als Folge früher Traumatisierungen. Kapitel 7 widmet sich bei den Besonderheiten einer Pflegefamilie schwerpunktmäßig der Bindungsqualität und dem Integrationsprozess. Aufbauend auf die vorhergehenden Ausführungen kann in Kapitel 8 die Anstrengungsverweigerung als Bewältigungsstrategie detailliert betrachtet werden. Anhand verschiedener Bausteine wird ein pädagogisches „Mosaik“ entworfen, das im Familien- und Schulalltag die begleitenden Erwachsenen unterstützen soll, den Problemkindern aus der Anstrengungsverweigerung herauszuhelfen. In Kapitel 9 wird die Fragestellung beantwortet. Die aus Theorie und Praxis gewonnenen Resultate werden verknüpft mit den speziellen Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Beratung von Bezugspersonen. Im letzten Kapitel folgen weiterführende Überlegungen.

3 Anstrengungsverweigerung – erster Teil

Was als anstrengend oder belastend empfunden wird, ist sehr subjektiv. Wohl jedem Menschen sind Tätigkeiten bekannt, denen er oder sie am liebsten aus dem Weg gehen möchte. Haben die Aufgaben keine Priorität oder deren Vernachlässigung keine negativen Folgen, können sie unbearbeitet bleiben. Wichtige Pflichten hingegen werden mitunter aufgeschoben und erst in letzter Minute erledigt. Oder man bedient sich der Ausrede, man habe keine Lust, man könne das nicht und es fehle an Talent oder man traue es sich nicht zu. Oft ist die Ursache fehlendes Selbstvertrauen bzw. Angst. Falls irgend möglich, wird eine unliebsame Tätigkeit an eine Person delegiert, der es leichter fällt diese zu bewältigen. Ist ein Mensch allerdings bereit, für die Vermeidung der zumutbaren Arbeit weitaus mehr Energie aufzubringen, als deren Verrichtung tatsächlich erfordert, oder gar die Zukunft deswegen aufs Spiel zu setzen, geht das deutlich über Faulheit oder „normales“ Aufschieben hinaus. Bei Anstrengungsverweigerung können schon kleinste Anforderungen einen riesigen Konflikt heraufbeschwören. Da diese heftige Verweigerungsreaktion in keinem Verhältnis steht zu der zu lösenden Aufgabe, wirkt sie völlig unverständlich (vgl. Bonus 2006:149-151; Bonus 2008:35-51).

Dieses eigenwillige, zusammengesetzte Substantiv findet sich nicht im Duden. Der erste Wortteil „Anstrengung“ zeugt von Bemühungen, Kraftaufwand, Einsatz (für ein Ziel), Beanspruchung und Strapazen. Der zweite Wortteil „Verweigerung“ besagt, dass eine Person Gefordertes oder Erwartetes nicht bereit ist zu geben oder auszuführen, sich unzugänglich zeigt für etwas bzw. (wie ein Pferd) vor einem Hindernis scheut (vgl. Duden Anstrengung bzw. Duden Verweigerung o.J.: o.S.). Der Begriff ist in sich widersprüchlich, weil die Ablehnung der Anstrengung offenbar sehr viel Mühe erfordert.

3.1 Definition des nach Bonus

Daher definiert Bonus die Anstrengungsverweigerung als

hartnäckige Verweigerung der Ausführung eines oder mehrerer aus bürgerlicher Sicht erforderlicher und notwendiger Tätigkeiten durch ein körperlich völlig gesundes, frühtraumatisiertes Pflege- oder Adoptivkind. (Bonus 2008: 19)

Bonus betont nachdrücklich, dass es ihr bei ihren Ausführungen um spezifische Kinder geht, nämlich um gesunde Pflege- und Adoptivkinder, und eine gründliche Diagnose erforderlich ist, um dieses Phänomen von körperlichen Erkrankungen unterscheiden zu können. Denn bei der Anstrengungsverweigerung könnte durchaus der Eindruck einer leichten Lernbehinderung oder gar einer schweren geistigen Behinderung entstehen. Schon Nichtigkeiten können eine Verweigerungshaltung auslösen. Verweigert werden kann im Prinzip jede Art von „Arbeit“, angefangen vom banalen Zähneputzen oder Duschen, über Aufräumen, Hausaufgaben, Körperhaltung etc. bis zur beinahe vollständigen Verweigerung. Üblicherweise sind Grundbedürfnisse wie Ernährung, Verdauungsprozesse sowie Schlaf ausgenommen. Nicht betroffene Tätigkeiten werden „normal“ ausgeführt (vgl. Bonus 2008: 19-22).

3.2 Beschreibungen ähnlicher Phänomene

Die Beschreibung von Bonus stimmt mit der von Rollett weitgehend überein, welche in der Motivationspsychologie einen ähnlichen Begriff verwendet. Unter Anstrengungsvermeidung versteht sie die Strategie, emotional belastende oder unangemessene Anforderungen zurückzuweisen, um das eigene Empfinden zu verbessern. Ihr ist es wichtig anstrengungsvermeidendes Verhalten nicht mit Faulheit gleichzusetzen, weil Anstrengungsvermeider nicht jede Tätigkeit als anstrengend empfinden, sondern sehr wohl motiviertes und zielgerichtetes Verhalten zeigen können. Sie unterscheidet zwischen einer problemlösenden Anstrengungsvermeidung – diese wird eingesetzt, um sich vor Überforderung zu schützen oder Aufgaben möglichst effizient zu lösen – und einer nicht-problemlösenden Anstrengungsvermeidung, welche dazu führt, dass alltagsbezogene Leistungsanforderungen nicht bewältigt werden und die Person ihre widerwilligen Emotionen nicht mehr überwinden kann. Nicht-problemlösend nach Rollett ist ein desorganisierter Arbeitsstil, bei dem es nur noch darum geht, die unangenehme Tätigkeit so schnell wie möglich zu beenden – was fehlerhafte, schlampige Ergebnisse zur Folge hat und für den Auftraggeber inakzeptabel ist. Überdies bedienen sich vor allem Kinder eines aggressiven Arbeitsstils, indem sie auf unliebsame Forderungen mit heftigen Wutausbrüchen reagieren und diese fortsetzen, bis ihnen die Aufgaben erlassen werden. Bei einem apathischen Arbeitsstil wird die Leistung teilnahmslos im Schnecken-tempo erbracht. Wird ein Arbeitsbereich als anstrengend empfunden, nehmen Anstrengungsvermeider es auch in Kauf, als untauglich – beispielsweise mit zwei „linken“ Händen – angesehen zu werden. Die anstrengungsvermeidende Person hat ihr Ziel erreicht, wenn die Umwelt keine weiteren Leistungen mehr verlangt. Bei Menschen mit ausgeprägter Anstrengungsvermeidung bewirkt Lob für eine gelungene Arbeit laut Rollett eine paradoxe Reaktion. Die positive Anerkennung spornt sie nicht an, sondern führt zu schlechteren Leistungen, um künftige Anforderungen abzuwehren (vgl. Spöck 2011: 10-14).

Der Begriff „Verweigerung“ fällt immer wieder im Zusammenhang mit der Schule, wenn schulpflichtige Kinder nur lückenhaft am Unterricht teilnehmen oder der Schule ganz fernbleiben. Als Ursache dafür konnten Angststörungen (Trennung, Misserfolg, Konflikte etc.) und familiäre Belastungen identifiziert werden. Schulvermeidendes Verhalten wird als Bewältigungsversuch angesehen, um mehr Aufmerksamkeit zu erhalten, eine Trennung von Bezugspersonen zu verhindern, negative Gefühle zu vermeiden sowie Prüfungen oder schwierigen Begegnungen auszuweichen (vgl. Knollmann et. al. 2010:43-49).

Statt den sinnverwandten Begriff „Widerstand“ nur negativ zu deuten, wertet Schmidt ein widerborstiges Verhalten als positive menschliche Kraft, welche sich immer nur in zwischenmenschlichen Interaktionen zeigt. Als durchaus gesunde Reaktion kann ein Widerständiger das Streben nach Autonomie ausdrücken und auf momentan gefährdete Bedürfnisse aufmerksam machen. Somit kann Widerstand wichtige Informationen transportieren, was ge-

braucht würde, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Widerstand kann sich formieren, wenn innere Zielkonflikte vorliegen, Veränderungen Angst machen, die bisherigen leidvollen Erfahrungen gewürdigt werden sollen oder Bedingungen an eine Zusammenarbeit geknüpft werden (vgl. Schmidt 2016: 6-9).

Die unterschiedlichen Quellen geben Hinweise auf das „Warum“ und auf das „Wozu“ einer Anstrengungsverweigerung, weil sie davon ausgehen, dass ungewöhnliches Verhalten einen Lösungsversuch darstellen kann. Alle Beschreibungen haben eines gemeinsam: sehr große Angst.

Damit die Leser*innen sich einen Eindruck verschaffen können, wie der Alltag mit einem anstrengungsverweigernden Kind aussehen kann, sind im Anhang I Fallbeispiele zu finden. Im Übrigen wird in dieser Arbeit sowohl Bezug genommen auf wissenschaftliche Untersuchungen als auch auf die Lebenswelt der Pflegekinder und deren Bezugspersonen, am häufigsten sind das wohl Ersatzeltern oder Lehrkräfte. Denn Berater*innen benötigen Kenntnisse, die sie aus einer Verknüpfung von Theorie und Praxis erlangen, um in einem Beratungssetting den Erwachsenen, die anstrengungsverweigernde Kindern begleiten, überhaupt gerecht werden zu können.

4 Ursachensuche in frühester Kindheit

Da Verhaltensweisen stets Gründe haben, stellt sich die Frage, weshalb jemand sich so viel Mühe gibt, einer Anstrengung aus dem Weg zu gehen. Bonus führt die Anstrengungsverweigerung auf traumatische Erlebnisse in der frühen Kindheit zurück. Im Mittelpunkt ihrer Betrachtung stehen hochproblematische Pflege- und Adoptivkinder, welche zumindest eines gemeinsam haben, nämlich dass sie von ihrer leiblichen Mutter getrennt wurden. Bonus ist der Ansicht, dass diese Trennung ausreichen kann, um ein Kind zu traumatisieren (vgl. Bonus 2008: 19). Gibt es für diese Annahme eine plausible Erklärung?

4.1 Pränatale und postnatale Fähigkeiten

Um diese Frage zu klären, werden Untersuchungsergebnisse aus der vor- und nachgeburtlichen Zeit hinzugezogen, die verdeutlichen, dass bei Babys manche Fähigkeiten sehr viel früher ausgebildet sind, als beispielsweise Bowlby angenommen hatte (vgl. Bowlby 2006: 256f.). Man weiß heute, dass schon der Fötus kognitive Leistungen erbringen kann und lernfähig ist, da er einzelne Erfahrungen abspeichern und als Muster im Gedächtnis wieder abrufen kann. So konnte eine Konditionierung auf die Stimme und den Herzschlag der Mutter sowie auf Musikstücke festgestellt werden. Die mütterliche Stimme wird als angenehm empfunden und nach der Geburt anhand der Klangmuster als solche identifiziert. Schon ab der 34. Schwangerschaftswoche ist der Fötus in der Lage, die Muttersprache von einer Fremdsprache zu unterscheiden (vgl. Schärer von Cranach 2006: 53, 56f., 94). Bereits ab der 6. intrauterinen Lebenswoche kann der Fötus emotionale Eindrücke beurteilen; er sucht angenehme Empfindungen und vermeidet unangenehme, z.B. reagieren alle Föten mit

dem überlebenswichtigen Rückzug auf Schmerzreize, indem sie sich wegrehen oder die Händchen schützend vors Gesicht halten (vgl. Brisch 2009: 4). Das Ungeborene ist in der Lage die mütterliche Befindlichkeit indirekt (z.B. über mütterliche Atmung, Hormone, Blutdruck und Sauerstoffgehalt) oder direkt (z.B. über Ernährung, Drogen, Alkohol, Nikotin) zu registrieren. Seine Erfahrungen (Mutter, Welt) beeinflussen seine nachgeburtliche Entwicklung (vgl. Schärer von Cranach 2006: 57-60). Lüdín spricht in diesem Zusammenhang vom Nabelschnuraffekt als Vorlage für Bindungsmuster und intuitive Verhaltensweisen in Gefahren (vgl. Lüdín o.J.: o.S.).

In Tierversuchen konnten nachhaltige neurobiologische Funktions- und Verhaltensänderungen nachgewiesen werden, wenn die Tierbabys sofort nach ihrer Geburt von den Muttertieren getrennt wurden. Dies zeigte sich daran, dass diese Tiere noch als Ausgewachsene weniger neugierig und im höheren Maß ängstlich, aggressiv und stressanfällig waren (vgl. Mirescu/Peters/Gould 2004: 841). Aber auch beim Menschen wirkt sich Dauerstress – wohl ein Zuviel des Stresshormons Cortisol – ungünstig auf das Ungeborene aus. Fühlten sich Mütter während der Schwangerschaft überdurchschnittlich gestresst, depressiv oder ängstlich, so fielen ihre Säuglinge häufiger direkt nach der Geburt und noch im Alter von sechs Wochen durch Entwicklungsverzögerungen auf; sie wirkten schlaff, träge und motorisch ungeschickt. Als Acht- oder Neunjährige zeigten diese Kinder jedoch mehr Impulsivität und Unruhe, eine schlechtere Konzentrationsfähigkeit und eine niedrigere Frustrationstoleranz als Gleichaltrige (vgl. Schärer von Cranach 2006: 61).

Nicht nur Wissenschaftler, auch Mütter berichten, dass Säuglinge für die mütterliche Gemütslage sehr sensibel sind. Die Kinder reagieren mit ähnlichem Gefühl und Verhalten, wenn die Mutter gestresst, ärgerlich oder traurig ist. Selbst wenn die Mutter sich ihrer schlechten Laune noch gar nicht bewusst ist oder sie sich nicht anmerken lassen will, kann sie der Säugling erkennen. Obwohl der Stress nicht mehr auf dem Blutwege dem Kind mitgeteilt wird, ist er in der Lage, über Bewegungen, Stimme, Atemfrequenz usw., die entsprechenden Signale zu empfangen. Es ist durchaus denkbar, aber noch nicht nachzuweisen, dass Säuglinge auch über übersinnliche Wahrnehmungsmöglichkeiten – sozusagen einen siebten Sinn – verfügen, welche ihnen in Notsituationen das Überleben sichern, indem sie auch über die Distanz mit den vertrauten Personen wie mit einem unsichtbaren Band verbunden sind. Der Säugling nimmt sehr aufmerksam Dinge und Vorgänge wahr, die seinem Überleben dienen und seinen Bedürfnissen entsprechen. Sie erzeugen bei ihm positive Gefühle, die im Gedächtnis abgespeichert werden. Verursachen Reize beim Baby Unlust, meidet es sie. Alle seine Wahrnehmungen sind mit Emotionen verbunden (vgl. ebd.: 98-101). Babys sind sehr lernfähig. Dass Neugeborene die Mimik Erwachsener nachahmen können, ist sehr verblüffend – die Entdeckung der Spiegelneuronen erklärt heute dieses Phänomen, das soziale Beziehungen anbahnen hilft (vgl. ebd.: 102f.). Früher ist man davon ausgegan-

gen, ein Neugeborenes sei ein unbeschriebenes Blatt, gewissermaßen autistisch nach innen gekehrt, und verfüge in den ersten beiden Lebensmonaten über ein Art Schutz vor Reizen, sodass es keine sozialen Kontakte knüpfen könne. Aufgrund neuerer Untersuchungsmethoden hält man den Säugling für wesentlich kompetenter, was seine Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit betrifft (vgl. ebd.: 84).

Aus diesen Erkenntnissen lässt sich schließen, dass für das Neugeborene die leibliche Mutter zum Zeitpunkt der Geburt bereits sehr vertraut ist. Aufgrund der symbiotischen Verbindung mit der leiblichen Mutter ist diese für das Baby einzigartig, unverwechselbar und nicht austauschbar. Bonus bezeichnet sie als sein „Universum“ (Bonus 2008:30).

4.2 Trennung von der leiblichen Mutter

Angesichts der erstaunlichen Begabung bereits im Mutterleib und in den ersten Lebenswochen verwundert es nicht, wenn ein Baby den Verlust seiner bisherigen Welt als Katastrophe erlebt. Für das Baby kann die vertraute Mutter nicht durch eine beliebige andere Person ersetzt werden. Ohne sie fühlt es sich mutterseelenallein (ebd.: 27). Es kann diesen Umstand weder emotional noch kognitiv verarbeiten. Auch wenn es während der Schwangerschaft schädigenden Einflüssen ausgesetzt war, so kannte es doch nichts anderes – die Befindlichkeit seiner Mutter war für das Ungeborene der Normalzustand und nach dieser Normalität sehnt sich das Neugeborene. Denn Gewohntes bietet Sicherheit, Unbekanntes birgt Gefahren. (Stellen Sie sich das Gefühl vor, wenn die gesamte bisherige Existenz von einem Moment auf dem anderen in all ihren Bereichen vernichtet wird, Ihnen gleichsam der Boden unter den Füßen weggezogen wird und ein freier Fall beginnt) Dass die Trennung von der leiblichen Mutter einen Schock für das Kind darstellt, verwundert daher nicht. Als Stresssituation, die es alleine nicht bewältigen kann, wird sie zum traumatischen Erlebnis. Nicht alle Verfasser bewerten diese Trennung als signifikant für spätere Problematiken bei Pflege- und Adoptivkindern (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 183, 304f., 238). Nur weil Kinder sich nicht explizit an die Neugeborenenzeit erinnern können, heißt das noch lange nicht, dass sie sich nicht prägend auswirken kann (vgl. Felitti et al. 2007: 25). Bonus bezeichnet diese Trennung als zentrale Frühtraumatisierung bei Pflegekindern und verwendet dafür die Metapher einer zerrissenen gemeinsamen Lebenshülle (vgl. Bonus 2006: 31, 51f.). **Aufgrund der Ausführungen zu den erstaunlichen Fähigkeiten eines Babys wird die erste Teilfrage folgendermaßen beantwortet: Allein die Trennung von der leiblichen Mutter wird als ausreichend erachtet, um die weitere kindliche Entwicklung zu stören.** Die Traumatisierung wird in Kapitel 6 thematisiert. Ob eine unzureichende Bindung eine weitere Ursache für Frühtraumatisierung sein kann, wird im folgenden Kapitel erläutert.

5 Bindung

Ein Neugeborenes kann grundsätzlich auch von einer anderen Person als der Mutter gefüttert, gewickelt und versorgt werden. Das Baby ist von Natur aus auf Beziehung angelegt,

welche nicht davon abhängt, ob das Kind mit der Bindungsperson genetisch verwandt ist (vgl. Brisch 2008: 25f.). So kann man erwarten, dass es trotz der anfänglichen Verwirrung zu einem Mutterersatz eine Beziehung aufzubauen versucht, wenn die Mutter nicht mehr verfügbar ist.

5.1 Der Mensch als soziales Wesen

Dass für den Menschen als soziales Wesen emotionale Beziehungen lebenswichtig sind, hat schon das Experiment Friedrichs II im Jahr 1268 gezeigt, der verwaiste Neugeborene zwar bestens körperlich versorgen ließ, aber den Betreuerinnen jegliche Art von Kommunikation und liebevoller Zuwendung verbot. Sein Ziel, die menschliche Ursprache herauszufinden, erreichte er nicht, weil alle Säuglinge aufgrund des bewussten Liebesentzuges am „sozialen Tod“ verstarben (vgl. Schmalohr 1968: 14; Weinberg 2013a: 39).

Trotz guter Pflege entwickelten sich Kinder mit Mutterentbehmung nicht altersentsprechend und wiesen eine Sterblichkeit von 37% auf, was den Ausgangspunkt bildete für Forschungen zwischen 1937 und 1943. Pflegerinnen beobachteten bei vielen Kindern ohne Eltern, dass sie sich nur um sich selbst kümmerten, sich zurückzogen, geistig zurückgeblieben und teilnahmslos wirkten oder durch Hyperaktivität, Ablenkbarkeit und Aggressivität auffielen. Schon Kleinkinder trauerten nach der Trennung von ihren Müttern anhaltend und reagierten depressiv. Die älteren vermittelten den Eindruck von Gefühlsleere und Desinteresse am Leben überhaupt. Sie tendierten dazu, keine gefühlsmäßigen Bindungen einzugehen. Es ist Bowlbys und Ainsworths Verdienst, dass sie die Aufmerksamkeit auf das angeborene Bedürfnis nach einem engen Mutterkontakt lenkten und betonten, dass die ersten drei Lebensjahre weitere zwischenmenschlichen Beziehungen prägen. Bowlby gewann viele seiner Erkenntnisse zur Muttertrennung aus retrospektiven Studien, indem er bei Verhaltensauffälligkeiten nach Problemen in der frühen Kindheit suchte (vgl. Siegler et al. 2016b: 398; Schmitte-Boeckelmann 2013:21; Schmalohr 1968: 33ff; Nienstedt/Westermann 2013: 142).

5.2 Entstehung der Bindung

Ausgangspunkt für eine gesunde Entwicklung sind angeborene Bedürfnisse, deren Erfüllung für Säuglinge essentiell sind. Damit die physiologischen Grundbedürfnisse (Nahrung, Kleidung, Wärme, Schlaf, Anregung, Schutz) befriedigt werden können, bedarf es einer äußeren Regulierung durch eine Bezugsperson. Diese kommuniziert mittels Blick- und Körperkontakt sowie emotionaler und verbaler Zuwendung mit dem Säugling, um so auch seinem Bedürfnis nach Bindung nachzukommen und ihn dadurch zu motivieren, sein Bedürfnis nach Exploration auszuleben. Zum motivationalen System gehört ferner die Erfahrung der Selbstwirksamkeit, welche für das Selbstwertgefühl von großer Bedeutung ist (vgl. Brisch 2009: 2-5; Nienstedt/Westermann 2013: 158f.). Man nimmt an, dass ein Baby zwar ansatzweise eine Vorstellung von sich hat, sich selbst jedoch erst ab ca. acht Monaten in einem Kontext erkennen kann. Deshalb bezieht es alles auf sich selbst. Jedes Mal, wenn die

engste Bezugsperson seinen Bedürfnissen zuverlässig nachkommt, dann empfindet das Baby das so, als ob es die Handlung selbst vollbracht hätte – es erlebt sich als selbstwirksam (vgl. Streeck-Fischer 2006: 150; Siegler et al. 2016b: 409f.; Nienstedt/Westermann 2013: 91; Bonus 2011:22).

Der kleine Mensch ist schon so kompetent, dass er vertraute Personen identifiziert und sie durch Interaktionen nutzt, um sein Überleben zu sichern. Das Bindungsgeschehen ist ein Prozess, der laut Bowlby im Alter von etwa sechs Wochen beginnt und mit ca. 18 Monaten abgeschlossen ist (vgl. Siegler et al. 2016b: 400f.; Bowlby, R. 2014: 216f.). Da ein Kind erst ab dem Alter von 6-8 Monaten fremdelt, sehen Nienstedt und Westermann davor eine Bindung nicht als gegeben, Bonus hingegen spricht schon von Anfang an von einer „gemeinsamen Gefühlshülle“ zwischen Mutter und Kind. Die Hauptbezugsperson und das Kind werden bei einer sicheren Bindung emotional dauerhaft miteinander verbunden – über Raum und Zeit hinweg (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 304f.; Bonus 2008: 32f.).

Das Neugeborene ist darauf angewiesen, dass eine stärkere Person ihm hilft, seine eigenen Befindlichkeiten und die Reize aus der Umgebung zu regulieren. Es äußert Lust/Unlust, Anspannung/Erholung, Freude/Unmut oder Zuneigung/Ablehnung. Aufgabe der Bezugsperson ist es, die Äußerungen feinfühlig zu interpretieren und mittels Mimik, Gestik und Sprache widerzuspiegeln, ob Vorsicht geboten ist oder ob es sich entspannen kann. Das Baby benötigt sowohl wiederholte verlässliche Reaktionen seiner Bezugsperson(en) als auch Strukturen, die ihm Sicherheit und Halt geben, damit sich Anregung und Entspannung die Waage halten. Dadurch wird die optimale Hirnreifung sowie die Fähigkeit des Kindes begünstigt, seine Bedürfnisse aufzuschieben. Wenn ein kleines Kind aus Erfahrung weiß, dass die Bezugsperson es angemessen unterstützt, kann es in freudiger Erwartung der Bedürfnisbefriedigung zunehmend mehr Frustrationen bewältigen. Ist es hingegen emotional auf sich allein gestellt, so ist es seinen Spannungszuständen hilflos ausgeliefert und es kommt langfristig zu Störungen der Affektregulation (vgl. Garbe 2018: 86-89; Anderssen-Reuster 2015: 33-37; Nienstedt/Westermann 2013: 138-141).

Der kleine Mensch selbst trägt auch zur Bindung bei, indem er mit Weinen das Fürsorgeverhalten der Eltern mobilisiert oder durch Lächeln und wohlige Laute dafür sorgt, dass sie sich mit ihm unterhalten. Aber ein Säugling kann die Kommunikation auch erschweren, z.B. aufgrund frühgeburtlicher Unreife, des Temperaments oder anderer ungünstiger Faktoren. Lässt sich ein Baby nur schwer beruhigen, verunsichert sein übermäßiges Schreien die Eltern und raubt ihnen den Schlaf. Chronische Erregungs- und Erschöpfungszustände bei den Bezugspersonen können dazu führen, dass sie sich ohnmächtig und wütend fühlen und schließlich das Kind ablehnen, vernachlässigen oder misshandeln. Die gestörte Interaktion und Regulation kann sich gegenseitig negativ aufschaukeln, vor allem, wenn Eltern selber psychisch wenig belastbar sind (vgl. Wollwerth de Chuquisengo 2012: 39f.).

Kein Mensch kann sich der Beziehungsdynamik entziehen, weil Bindung ein lebensnotwendiges Grundbedürfnis ist. Die Bindungsqualität eines kleinen Kindes ist jeweils an eine konkrete einzelne Bindungsperson gebunden, das bedeutet, die jeweilige Bindung zur Mutter und zum Vater können ein unterschiedliches Beziehungsmuster aufweisen. Die Forscher sind sich nicht einig, ob sich die Auswirkungen früher Bindungserfahrungen zeitlebens stabil zeigen (vgl. Siegler et al. 2016b: 408). Sie stimmen jedoch überein, dass eine sichere Bindung ein gutes Fundament schafft, um das Leben und soziale Beziehungen positiv zu gestalten, mit vielfältigen Stresssituationen angemessen umzugehen und ein realistisches Selbstbild zu entwickeln (vgl. Scheuerer-Englisch 2017: 27-31; Grossmann/Grossmann 2007: 284).

Die zwischenmenschliche Beziehung hat grundlegende Bedeutung, denn auf diesem Fundament wird – bildlich gesprochen – das Lebenshaus gebaut. Wenn die Basis nicht trägt, kommt es früher oder später zu Schäden am Gebäude. In der Regel ist bei Pflegekindern die Verbindung zu ihren biologischen Eltern beeinträchtigt oder zerstört; deshalb wird der Bindung in dieser Arbeit viel Aufmerksamkeit gewidmet.

5.3 Vier kindliche Bindungstypen

Bindungsmuster werden in Stresssituationen sichtbar. Ainsworth hat infolge ihrer Versuche der „Fremden Situation“ vier kindliche Bindungstypen herausgearbeitet, bei denen beobachtet wurde, ob ein Kind seinen Trennungsschmerz mit oder ohne seine Bindungsperson zu überwinden versucht und ob es seine Umwelt erforscht. Die Qualität der Bindung hängt sehr von der Feinfühligkeit der Bezugsperson ab. Die Erfahrung des Kindes, wie seine primäre Bezugsperson seine Bedürfnisse interpretiert und ob sie diese (un)zuverlässig stillt, lässt im Kind ein inneres Arbeitsmodell von Bindung entstehen, welches die Erwartungen an weitere soziale Beziehungen maßgeblich prägt.

Ein sicher gebundenes Kind verfügt über eine sichere Basis und damit über einen Schutzfaktor für seine weitere Entwicklung, wie Abbildung 1 veranschaulicht. Eine zugewandte Bezugsperson vermittelt dem Kind, dass es wertvoll und geliebt ist. Ein wichtiger Aspekt bei einer sicheren Bindung ist, dass ein Kind seine Gefühle nicht für sich behält, sondern sie gegenüber der primären Bindungsperson zum Ausdruck bringt. Kindliche Unsicherheit, Angst, Wut oder Trauer werden auf diese Weise für die Bezugsperson verständlich. Sie kann feinfühlig darauf eingehen, dem Kind signalisieren, dass seine Emotionen erwünscht sind und ihm so bei der Regulierung helfen. Beim Kind resultiert daraus die Zuversicht, sich auf die vertraute Person als sichere Basis verlassen zu können; von dort aus kann es seine Umwelt erforschen und bei Gefahr dorthin zurückkehren. Mit anderen Worten, das Kind entwickelt Urvertrauen und ein positives Selbstwertgefühl (vgl. Anderssen-Reuster 2015: 60f.; Siegler et al. 2016b: 401).

Bei einer ablehnenden und desinteressierten Hauptbezugsperson werden negative Erwar-



Abbildung 1: Sichere Bindung als Schutzfaktor für die weitere kindliche Entwicklung. (Scheuerer-Englisch 2017: 32)

tungen an zwischenmenschliche Beziehungen geknüpft und es ist mit einem geringen Selbstbewusstsein zu rechnen. Da das kleine Wesen sich weiterhin verzweifelt bemüht, eine Bindung einzugehen, übernimmt es die ablehnende Haltung seiner Bezugsperson. Emotional gesehen rücken seine anderen Bedürfnisse in den Hintergrund, sodass es sein biopsychisches Verlangen für unerheblich oder gar böse erachtet (vgl.; Bonus 2011: 22; Weinberg 2013a: 21). Ein Kind mit diesem unsicher-vermeidenden Bindungstyp zeigt seine Gefühle in Stresssituationen nicht, es wirkt gleichgültig, obwohl die Erhöhung der Herzfrequenz und der Stresshormone seine Betroffenheit beweisen. Es hat wiederholt die Erfahrung gemacht, dass die Bindeperson auf sein Bedürfnis nach Nähe nicht eingegangen ist oder es zurückgewiesen hat. Daher fehlt ihm die Sicherheit, dass es geliebt ist und unterstützt wird. Um dieser schmerzlichen Diskrepanz zwischen Bindungsbedürfnis und Ablehnung zu entkommen, meidet das Kleinkind Körperkontakt mit seiner Bindeperson. Braucht es Trost, lässt es sich auch von Fremden beruhigen. Es entwickelt folgendes inneres Arbeitsmodell der Beziehungsvermeidung: Lieber allein klarkommen, als enttäuscht werden (vgl. Anderssen-Reuster 2015: 62).

Ein Kind mit einem unsicher-ambivalenten Bindungsverhalten zeigt zwar, dass es Nähe, Zuwendung oder Aufmerksamkeit braucht, wenn aber seinem Wunsch entsprochen wird, wehrt es sich gegen die Zuneigung, die ihm zuteil wird. Es klammert sich an die Mutter, ist bei einer Trennung von ihr sehr erregt, lässt sich aber nicht von ihr trösten. Mit diesem widersprüchlichen Verhalten reagiert das Kind auf seine Bindungsperson, weil es nie vorhersagen kann, ob und wie sie auf seine Bedürfnisse eingehen wird. Es hofft auf Erwidern seiner Gefühle, aber kann sich nie sicher sein, dass die Hauptbezugsperson sie auch zuverlässig erwidert. Das zwiespältige Verhalten der erwachsenen Person bringt das Kind in Dauerstress. Diese Unsicherheit verhindert zum einen eine tröstliche Nähe, zum anderen ein unbeschwertes

Erkunden der Umwelt. Das innere Arbeitsmodell für Beziehungen könnte lauten: „Komm her – geh weg!“ (vgl. ebd.: 63f.).

Ein Kind vom desorganisiert-desorientierten Bindungstyp erweckt den Eindruck, dass es seinen Eltern nicht traut, es verhält sich widersprüchlich und unvorhersehbar. Es kann vermeidend und gleichzeitig trotzig reagieren, nach der Bezugsperson rufen und bei ihrem Erscheinen weglaufen, sich stereotyp bewegen oder orientierungslos wirken. Wie beim Totstellreflex kann es wie gelähmt erstarren, nachdem es sich der Mutter zugewendet hat. Das hilflose Kind ist sehr angespannt und völlig überfordert. Sein inneres Arbeitsmodell von Beziehungen ist von Verteidigung oder Flucht geprägt, es weiß nicht, wo es hingehört (vgl. ebd.: 65; Streeck-Fischer 2006: 153-155).

In der Durchschnittsbevölkerung sind etwa 50% (bzw. 55-65%) sicher gebundene Kinder vorzufinden, 25% (bzw. 20-25%) zeigen ein unsicher-vermeidendes Bindungsmuster, 15% (bzw. 10-15%) ein unsicher-ambivalentes und ca. 5-10% (bzw. 15-20%) ein desorganisiertes-desorientiertes Bindungsverhalten. Allerdings gehören laut Studien mit klinisch auffälligen Gruppen (z.B. Kinder von Eltern mit psychischen Störungen oder fremduntergebrachte Kinder) lediglich 8% einem sicheren Bindungstyp an. Und 80% aller Kinder, die Gewalt oder Missbrauch erlebt haben, sind dem desorganisierten-desorientierten Bindungstyp zuzuordnen (vgl. Veith/ Zoller-Mathies 2008: 9). Die erschreckende Zahl von 82% mit desorganisiertem Bindungsmuster fand sich bei misshandelten Einjährigen (vgl. Eckers 2008: o.S.). Das bedeutet, dass der überwiegende Teil dieser Kinder nicht von den Schutzfaktoren profitieren kann, die eine sichere Basis bietet.

5.4 Einfluss des inneren Arbeitsmodells

Manche Wissenschaftler gehen davon aus, dass die inneren Arbeitsmodelle sich zwar prozesshaft ein Leben lang verändern können – beispielsweise wenn sich das Bindungsverhalten vertrauter Personen stark wandelt durch Belastungen, Konflikte oder Unterweisung – andererseits ist zu beobachten, dass sich viele hochbetagte Menschen noch ihrer Erfahrungen in der frühesten Kindheit und der dort entstandenen Repräsentationen ihrer Beziehungen zu den Eltern bedienen (vgl. Siegler et al. 2016b: 408, Scheuerer-Englisch 2017: 30). Dies deckt sich mit Forschungsergebnissen, bei denen zwischen dem verinnerlichten Bindungsmodell von Elternteilen und der Bindungsqualität ihrer Kinder weitgehend kulturunabhängig ein Zusammenhang gefunden wurde, der bislang nicht erklärt werden kann. Die Autorin interpretiert diesen Zusammenhang zum einen als Ergebnis eines Lernprozesses am Modell, bei dem Kinder durch aufmerksame Beobachtung Informationen sammeln darüber, wie angemessenes, (nicht) erwünschtes Verhalten auszusehen hat. So gewinnen sie Kompetenzen und Einsichten, welche sie das Gesehene nachahmen lassen (vgl. Gerrig 2016: 530; Perry 2001: o.S.). Zum anderen könnte es sich neurobiologisch um eine „Bindungsvererbung“ – analog zur transgenerationalen Vererbung eines Traumas – handeln.

Um Angststörungen besser zu verstehen, wurden Untersuchungen bei Kleinkindern durchgeführt, die sich noch nicht verbal mitteilen konnten. Es zeigte sich, dass sich ein Kind in neuen Situationen, welche es nicht einschätzen kann, bei seiner Bezugspersonen Auskunft einholt. Dies geschieht, indem es seine Bezugsperson anschaut und seine eigene Vorgehensweise von deren Emotionen, Gesichtsausdruck, Verhalten oder anderer nonverbaler Mitteilungen bestimmen lässt. Diese soziale Rückversicherung hat zur Folge, dass sich ein Kind bei positiver Rückmeldung dem unbekanntem Objekt nähert und es bei negativer Botschaft vermeidet. Dabei haben negative emotionale Informationen der Bindungsperson (starke Anspannung, Angst, Traurigkeit, Depression) einen größeren Einfluss auf die Lernerfahrung des Kindes als positive. Für die Explorationsfreudigkeit und die psychosoziale Entwicklung von Kindern hat die elterliche Befindlichkeit also einen hohen Stellenwert (vgl. Bolten/Schneider 2010: 4f., 10). Elterliche Konflikte, Bindungsqualität zwischen Kind und Eltern und auffälliges kindliches Verhalten können in direkten Zusammenhang gebracht werden (vgl. Ollefs 2017: 97). Sind die Bezugsperson(en) nicht in der Lage, feinfühlig und verlässlich auf ihr Kind einzugehen, sondern reagieren aufgrund von Überforderung (z.B. Krankheit, Verlust, Trauma) feindselig, verwirrt, verängstigend oder teilnahmslos, so hat das entsprechende Auswirkungen auf den Bindungsstatus des Kindes (vgl. Siegler et al. 2016b: 406f.; Brisch 2014: 351ff.).

Das Bindungssystem kann mit dem Immunsystem verglichen werden, das im Körper stets präsent ist und dann anspringt, wenn Gefahr in Form von Bakterien oder Viren droht. Das Bindungssystem wird aktiviert, wenn das Kleinkind seine innere Anspannung (z.B. Hunger, Durst, Nähebedürfnis, Müdigkeit, Schmerz) oder Erregungszustände aufgrund äußerer Reize nicht allein regulieren kann. Nach Absetzen des kindlichen Notrufs sollte unmittelbar Hilfe zur Verfügung stehen, welche angemessen auf die Not reagiert, sodass ein Kind die Bedrohung meistern kann. Falls die ersehnte Hilfe jedoch nicht erfolgt und das kleine Kind sich allein mit einer bedrohlichen Situation konfrontiert sieht, ist es noch nicht in der Lage, sie angemessen einzuordnen und darauf einzuwirken, sondern erlebt sie als traumatisierend, weil es völlig damit überfordert ist (vgl. Scheuerer-Englisch 2017: 30f.).

Die Frage nach dem Zusammenhang von Bindung und Trauma lässt sich vorläufig so beantworten: Nicht sichere Bindungen können traumatisierend sein.

5.5 Bindungsstörungen gemäß ICD

Viele Pflegekinder haben keine sichere primäre Bindungserfahrung gemacht. Bowlby war der Ansicht, dass sie deshalb

nie Gelegenheit hatten, den Abstraktionsvorgang zu erlernen sowie die Verhaltensmuster in Raum und Zeit. Sicher sind die ersten frühen psychischen Störungen ein deutlicher Hinweis darauf, daß früh erfolgte Verletzungen ausgedehnte Wachstumsstörungen zur Folge haben. (Bowlby 1995: 57)

Wenn man sich in Abbildung 1 die Schutzfaktoren der sicheren Bindung wegdenkt, lässt sich

ermessen, auf wie viele Bereiche sich der Mangel einer sicheren Basis auswirkt. Diese Folgen bereiten den Kindern in ihrem Alltag enorme Probleme, weshalb sie auch als Störungsbild im ICD-10 unter F94 klassifiziert wurden, z.B. als „Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, darunter zählen u.a. „Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters“ und „Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung“. Dass in der Definition Vernachlässigung durch die Eltern, Missbrauch oder schwere Misshandlung als Ursache vermutet werden, ermöglicht es, eine Bindungsstörung als Variante einer Posttraumatischen Belastungsstörungen zu interpretieren (vgl. ICD-10 2018: o.S.; Brisch 2008: 19). Dieser Logik folgt auch Bonus, welche die Anstrengungsverweigerung auf frühe Traumatisierungen zurückführt (vgl. Bonus 2008: 20). Der Traumatisierung widmet sich das nächste Kapitel.

6 Was ist ein Trauma?

Mit Trauma ist im Altgriechischen ist eine Verletzung oder Wunde gemeint. Medizinisch versteht man darunter Gewebsschädigung durch Gewalteinwirkung. Psychologisch gesehen ist es eine seelische Verletzung, für die bei kleinen Kindern folgende Definitionen angewandt werden kann. Ein Trauma ist ein

vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit dem Gefühl von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauernde Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt. (Fischer/Riedseeer 1999: 79)

Ein Trauma ist also nicht das Ereignis per se, sondern das individuelle Erleben und die Interpretation dieses Ereignisses. Es ist also nicht objektivierbar. Nicht alle Menschen erleben es gleich, sondern der Entwicklungsgrad, die körperliche Verfassung und die subjektive Deutung bestimmen darüber, ob ein Ereignis als überwältigend erlebt wird (Streeck-Fischer 2011: 121f.). Das bedeutet, je jünger ein Kind ist und je weniger Hilfe es erfährt bei der Stressbewältigung, desto lebensbedrohlicher erlebt es eine Situation und desto gravierendere Schäden hinterlässt eine Traumatisierung. Bei der Diagnose wird unterschieden zwischen der Reaktion auf eine einmalige traumatische Erfahrung, also einem Monotrauma und der Antwort auf vielfältige bzw. wiederholte Traumatisierungen, die auch Mehrfachtraumata oder chronisches bzw. sequentielles Trauma genannt werden. Bei einem Monotrauma wird die Normalität des Alltags unterbrochen, z.B. durch einen Unfall, eine Naturkatastrophe, eine einmalige Misshandlung/Vergewaltigung oder eine Operation. Chronische Traumata sind verletzende Erfahrungen, die zum Alltag gehören, jedoch den gewöhnlichen Erfahrungsrahmen bei weitem sprengen und deren Ende sich weder vorhersehen noch beeinflussen lässt, z.B. Vernachlässigung, Misshandlung, emotionaler oder sexueller Missbrauch, existentielle Entbehrungen oder Geschehen im Zusammenhang mit Krieg, Flucht oder Folter. Der erfolglose Versuch, die überwältigenden Ereignisse zu bewältigen, führt zu traumatischen Belastungen (vgl. Purtscher-Penz 2015: 96; Garbe 2018: 29-31; Kreiner et al. 2015: 80; Brisch 2017: 14). Sowohl ein Zuviel als auch ein Zuwenig an Reizen kann enorme

Spannungen erzeugen und traumatisierend sein, sodass ein Mensch nicht mehr in der Lage ist, genau wahrzunehmen und zielführend zu handeln (vgl. Lambeck 2010: o.S.; Nienstedt/Westermann 2013: 140).

Eine bewusste Erinnerung an ein Monotrauma kann altersabhängig möglich sein, beim chronischen Trauma tritt Verleugnung und Gefühlstaubheit an die Stelle, sowie Ärger und Wut. Je jünger ein Kind ist, desto eher werden nur einzelne Sinneswahrnehmungen abgespeichert; bei Säuglingen sind es meist Gerüche oder Gefühlszustände. Diese Bruchstücke führen jedoch ein Eigenleben, sie drängen sich dem Traumatisierten immer wieder auf. Die Vergangenheit ist damit nicht ad acta gelegt, sondern noch immer gegenwärtig. Der seelisch verletzte Mensch hat keine Kontrolle darüber, wann diese Eindrücke aus dem Unterbewusstsein auftauchen und wieder dieselbe panische Angst und Ohnmacht auslösen wie damals. Dass diese unbewussten körperlichen und emotionalen Erinnerungen große Auswirkungen haben, ist unumstritten (vgl. Fischer/Riedesser 1999: 250f.; Felitti et al. 2007: 25; Lambeck 2010: o.S.; Brisch 2017: 13). Als Bild, Geruch, Geräusch oder Gefühl sind sie im Körper gespeichert und lösen durch eine gegenwärtige Situation, welche ähnliche Fragmente beinhaltet, eine Notfallreaktion aus, d.h. die traumatische Situation wird auf die Gegenwart projiziert. Auch die Stressreaktion ist identisch mit der bereits erlebten, man nennt das auch Intrusion. Selten kann die betroffene Person, das in der Gegenwart Erlebte in Worte fassen, deshalb wird es durch Verhalten ausgedrückt – was als Bewältigungsstrategie zu werten ist. Die chronische Übererregung wird kompensiert durch Ausagieren im Sinne von Ablenkung oder durch Abschalten im Sinne von Betäubung. Die Handlungsweisen stoßen auf Unverständnis, belasten die aktuellen Beziehungen und führen nicht selten zu Isolation. Von alleine kommt ein traumatisiertes Kind nicht aus diesem Teufelskreis heraus (vgl. Weiß 2004: 36, 45- 51; Weinberg 2010: 192; Bonus 2008: 20).

6.1 Notfallreaktion

Im menschlichen Gehirn finden permanent neuronale Prozesse statt. In der frühen Kindheit entstehen elementare, starke Vernetzungen und Regelkreisläufe, damit bei komplexen Prozessen das Handeln, Denken und Fühlen miteinander koordiniert werden können. Weil sich im Gehirn die verschiedenen Ebenen zeitlich nacheinander entwickeln, ziehen traumatische Erlebnisse (z.B. Gewalt, Vernachlässigung) Störungen bei der Stressregulierung nach sich. Die Säuglinge sind dann entweder ständig angespannt und ruhelos oder aber energie- und teilnahmslos. Sie haben häufig kein angemessenes Empfinden für Hunger/Sättigung, Kälte/Wärme oder Schmerz. Ab dem dritten Lebensmonat bilden sich durch feinfühliges Zuwendung der primären Bezugspersonen normalerweise Gehirnstrukturen aus, die sich in innerer und äußerer Ruhe und Gelassenheit widerspiegeln. Fehlt diese positive Zuneigung, wird das seelische Gleichgewicht des Kindes gestört. Für die weitere Entwicklung von Kognition, Sprache, Impulskontrolle und Einfühlungsvermögen sind die bereits gebahnten

Gehirnstrukturen entscheidend (vgl. Schmitter-Boeckelmann 2013: 21-23).

Das Gehirn verfügt grundsätzlich über zweierlei Möglichkeiten Reize zu verarbeiten. Sind Erfahrungen erfreulich, neutral oder bewältigbar, werden sie auf dem langen Weg im Langzeitgedächtnis so gespeichert, dass sie erinnerbar, erzählbar und nutzbar bleiben. Positive Lernerfahrungen stärken das Selbstvertrauen, die Selbstwirksamkeit und das Selbstbewusstsein. Dieser lange Verarbeitungsweg führt über alle drei Hirnbereiche, d.h. sowohl über das Stammhirn und das limbische System als auch über das Großhirn. Besteht jedoch akute Gefahr, wird das Großhirn weitgehend umgangen, das limbische System erhält die beängstigende Informationen nur in Fragmenten. Falls keine Hilfe von außen kommt – dafür wäre die Bindungsperson zuständig – setzt eine Notfallreaktion mit Ausschüttung von Stresshormonen ein, um das Überleben zu sichern: Dem Organismus bleiben Kampf (fight) oder Flucht (flight). Gelingt es dem Menschen in der lebensbedrohlichen Situation weder sich zu verteidigen, noch zu entkommen, bedient sich der Organismus des Todstellreflexes (freeze). Sobald Regelkreise eingeschaltet sind, die das Überleben sichern, kann das Geschehen nur fragmentiert abgespeichert (implizites Gedächtnis) werden, sodass ein Erinnern, Verbalisieren und Nutzen nicht möglich ist. Die vierte Möglichkeit, doch noch zu überleben, ist die Täuschung, bei der ein Mensch zum einen den Angreifer friedlich stimmt und zum anderen eine traumatische Bindung eingeht, entsprechend dem „Anfreunden“ mit dem Aggressor bei Bonus. Diese Kinder wirken entweder nach außen hin hart und abweisend, um ja nicht eine Opferrolle einnehmen zu müssen, richten aber ihre Aggression nicht gegen den Angreifer, sondern projizieren sie auf ihre Ersatzeltern oder Schwächere. Oder sie wirken unterwürfig und wohlgezogen, nur um ja nicht aufzufallen. Ihr Ziel ist das gleiche: ihre Angst und Ohnmacht zu verbergen (vgl. Weinberg 2013a: 31-33; Bonus 2006: 124; Brisch 2017: 14-19).

Während der lebensbedrohlichen Situation werden zum Schutz vor einer Überstimulierung Gedanken und Gefühle getrennt, also dissoziiert. Man kann sich das wie im Haus vorstellen: Wenn es aufgrund von Irritationen oder Überlastung zu gefährlich wird, fliegt die Flucht-Sicherung raus, um größeren Schaden zu verhindern. Wird die Ursache nicht behoben bzw. kann der Organismus das Erlebte gar nicht verarbeiten, so wird diese Dissoziation zum Dauerzustand (vgl. Hardenberg 2008: 91). Unbewältigte Gefahren werden mit Angst verknüpft. Im Körper wird die Erinnerung an die akute Gefahr gespeichert, deshalb spricht man von Körper- oder Traumagedächtnis. Völlig überzogenen Reaktionen lassen sich nur so erklären, dass Angst, Bedrohungs-, Einsamkeits- und Schmerzerlebnisse so tief in Körper und Seele abgespeichert sind, dass sie unvermittelt auftauchen können (vgl. Weinberg 2013a: 30f.; Weiß 2004: 32f.; Lambeck 2010: o. S.). Je öfter bedrohliche Reize erlebt werden, desto niedriger wird die Reizschwelle, sodass schon harmlose Reize als Gefahr eingestuft werden und die Notfallreaktion auslösen können. Was unbewusst im impliziten Gedächtnis abgespeichert ist, kann angetriggert werden mit entsprechenden körperlichen und emotionalen

Symptomen von Ohnmacht, Lähmung, überbordender Angst oder Übelkeit. Der kurze Verarbeitungsweg ist nicht willentlich steuerbar. Eine permanent erhöhte Ausschüttung von Stresshormonen führt dazu, dass die Person gleichzeitig in einem Zustand der Übererregung und der Erschöpfung ist, was langfristig zu chronischen Erkrankungen führt, die sich oft in körperlichen Beschwerden und im Immunsystem manifestieren. Ein Kind, das ständig in Hab-acht-Stellung ist, kann sich seinen normalen Entwicklungsaufgaben nicht widmen, es fehlt ihm schlichtweg die Energie dafür. Der Dauerstress führt zur Beeinträchtigung des Großhirns, sodass es nur noch begrenzt die Realität wahrnehmen, Handlungen planen und auch umsetzen kann. Da es sich um unspezifische Symptome handelt, die sich negativ auswirken auf Fähigkeiten der Wahrnehmung, der Selbststeuerung und der Leistung, ist es ohne genaue Dokumentation schwierig, frühkindliche Traumatisierungen auszumachen (vgl. Garbe 2016: 132-135; Garbe 2018: 67-75, 78-82; Weinberg 2013a: 55).

6.2 Bindungstraumatisierung

Eine bedrohliche Situation aktiviert das Bindungsbedürfnis aufs Äußerste. In der Not wendet sich ein Kind normalerweise hilfesuchend an die Bindungsperson. Wenn für ein Kleinkind die primäre Bezugsperson nicht nur (emotional) nicht verfügbar ist, sondern sogar Gefahr von ihr ausgeht, so werden beim Kind das Bindungssystem und die Notfallreaktion gleichzeitig aktiviert. Der kindliche Organismus ist dadurch Belastungen ausgesetzt, die nicht zu bewältigen sind; denn eigentlich müsste die Bezugsperson die Schutz- und Stressregulierungsfunktion übernehmen. Dass sie ihm nicht hilft, sondern zur Verletzung beiträgt, verleiht der Bedrohung eine ganz andere Dimension, denn das kleine Wesen ist für sein Überleben von ihr abhängig. Genauso gravierend wirkt es sich aus, wenn die Bindungsperson einen Übergriff durch eine andere Person nicht verhindert, sondern wegschaut, z.B. weil sie selbst aufgrund eines eigenen Traumas handlungsunfähig ist (vgl. Eckers 2008: o.S., Hardenberg 2008: 86; Brisch 2017: 13-17). Bei Traumatisierungen durch Bezugspersonen – sei es „nur“ durch physische oder psychische Vernachlässigung, verbale Kränkungen, Ablehnung oder andauernde Herabwürdigung – wird im Kind jegliche Hoffnung auf Hilfe zerstört, es kann keinem mehr vertrauen, Da seine Grundbedürfnisse nicht wahrgenommen werden, ist das Kindeswohl gefährdet.

Bei der Suche nach Gründen für eine Fremdunterbringung bzw. bei einer Gesamterhebung Fremdplatzierter wurde die Häufigkeit folgender Kindeswohlgefährdungen ermittelt: Überforderte Eltern (72,4% bzw. 94%) oder deren psychische Erkrankung (23,7%), Vernachlässigung (66,5% bzw. 85%), körperliche (10%) oder psychische Misshandlung sowie Ablehnung (48% bzw. 31%), Gewalttätigkeit zwischen den Eltern(40% bzw. 61%) und sexueller Missbrauch (Verdacht bei 7,9%, nachgewiesen bei 2,6% bzw. Anzeichen bei 16%) (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 21f.). Psychische Misshandlung und Vernachlässigung sind am häufigsten benannt. Sie bringen ein Kind in ein auswegloses Dilemma, es wird somit zum

doppelten Opfer. Eine anfängliche Bindungsstörung wird so zu einer Bindungstraumatisierung, welche in ihren langfristigen Auswirkungen nicht schlimm genug eingeschätzt werden kann. **Die Frage nach dem Zusammenhang von Bindung und Trauma lässt sich nun so beantworten: Traumata durch Bindungspersonen sind Bindungstraumata.**

Charakteristisch für solche frühkindlichen Bindungstraumata sind die Ausweglosigkeit und die Lebensbedrohung, denen das kleine Wesen ausgeliefert ist. Auf sich allein gestellt ist die Situation unerträglich (es kann sie nicht tragen, es wird nicht getragen) und das Kind wird ungehalten (d.h. niemand hält es), es kann seine wütenden, vernichtenden oder traurigen Gefühle nicht steuern. Das schlägt sich in einem komplexen Störungsbild nieder, wie Abbildung 2 veranschaulicht.

Manche Folgen einer Traumatisierung werden erst zu einem späteren Zeitpunkt im Leben manifest, z.B. die Anstrengungsverweigerung, welche häufig erst im Schulalter erkannt wird. Da sich viele Störungen überlappen, fällt die Diagnose schwer, sodass auffälliges Verhalten beispielsweise zunächst als verstärkte Trotzphase oder als ADHS gedeutet wird (vgl. Bundesärztekammer 2005: o.S.). Dass eine Traumatisierung ursächlich sein kann oder beide Störungen gleichzeitig vorliegen können, erschließt sich den Begleitpersonen ohne traumaspezifisches Wissen nicht unbedingt. Die Diagnostik ist ein langwieriger Prozess, der dadurch erschwert wird, dass traumatisierte Kinder Täuschungsmanöver erlernt haben, um ja nicht ihre wahren Gefühle preisgeben zu müssen (vgl. Weinberg 2013a: 18-20).

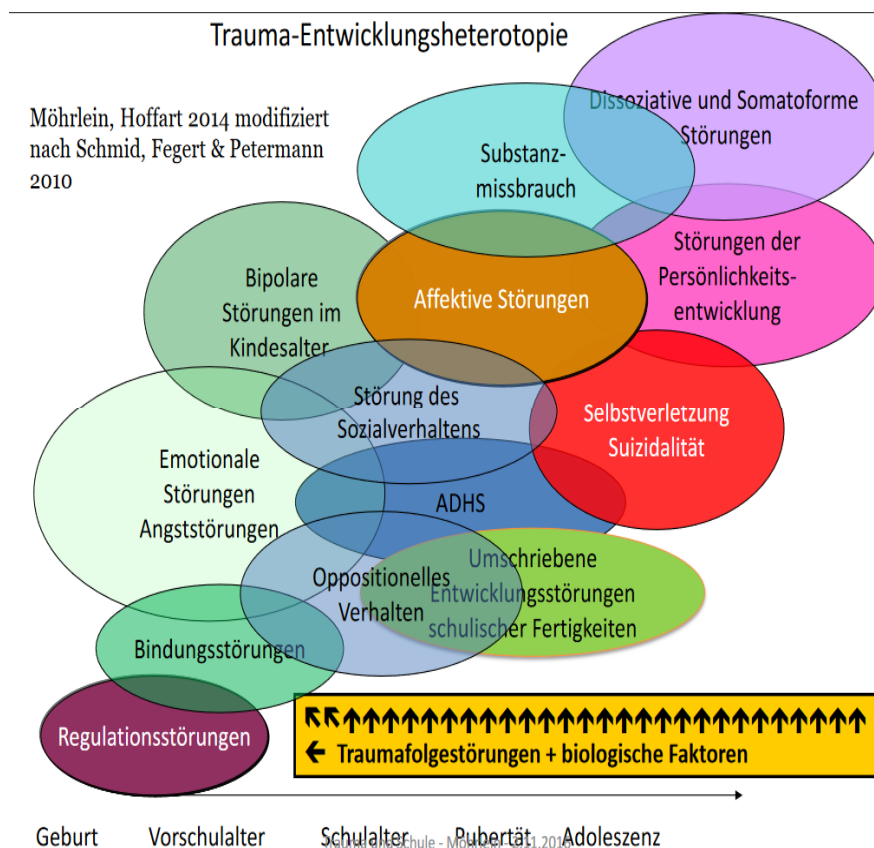


Abbildung 2: Trauma-Entwicklungsheterotopie (Möhrlein 2016: Folie 28)

6.3 Komplexe Entwicklungsstörung

Bonus macht unterschiedliche Zeitangaben in ihrer Definition von Frühtraumatisierung, sie spricht von einem Trauma bis zum vollendeten dritten bzw. siebten Lebensjahr (vgl. Bonus 2008: 24). Traumatische Erfahrungen in der sehr vulnerablen Phase der frühen Kindheit beeinträchtigen die normale Entwicklung wesentlich, daher wird in dieser Arbeit von einer komplexen Entwicklungsstörung ausgegangen. Weil es für das Verständnis des Phänomens der Anstrengungsverweigerung unerheblich ist, wird darauf verzichtet, näher auf die Begrifflichkeiten und die diagnostische Einordnung in DSM oder ICD einzugehen (vgl. Kreiner et al. 2015: 80-90; Weinberg 2013a: 11-15; Schmidt/Fegert/Petermann 2010: 47-57). Die schädigende Wirkung eines Traumas wird heute nicht mehr bezweifelt. Abbildung 3 im Anhang II verdeutlicht anhand einer Symptomliste die Komplexität dieser Entwicklungsstörung. Man weiß, dass dieses komplexe Störungsbild einer Traumatisierung auf biopsychischer sowie kognitiver Ebene über epigenetische Prozesse transgenerational vererbt werden kann (vgl. Garbe 2016: 135; Weiß 2004: 17, 36; Brisch 2017: 16).

7 Besonderheiten der Pflegefamilie

Da in dieser Thesis ein Phänomen beleuchtet wird, das bislang nur bei Pflege- und Adoptivkindern beschrieben wurde, wird in diesem Kapitel die Ersatzfamilie betrachtet, vor allem hinsichtlich Bindung und Trauma. Dabei wird angenommen, dass der Übertritt in die Ersatzfamilie bereits erfolgt ist. Eine Pflegefamilie scheint zwar eine gewöhnliche Familie zu sein, hat aber öffentlichen Charakter. Ferner haben Pflegekinder und Pflegeeltern spezifische Herausforderungen zu meistern, weil ein Pflegekind beim Eintritt in die Ersatzfamilie schon einen „großen Rucksack“ an bisherigen Erfahrungen mitbringt. Mit der Aufnahme eines Kindes müssen künftige Pflegeeltern deshalb damit rechnen, dass sich ihr Leben weit mehr verändern wird als mit leiblichem Familienzuwachs (vgl. Bonus 2006: 109-112; Frieling 2003: 75-103). Gesellschaftliche Erwartungen und der Wunsch, eine ganz normale Familie zu sein, lässt sie zuweilen Schwierigkeiten verleugnen (vgl. Esser/Wiemann 2012: 37-39; Gassmann 2013: 25). Folgendes Zitat fasst die Besonderheit gut zusammen:

Besonders schwer fällt es sowohl Professionellen als auch Pflegeeltern, sich vorzustellen und nachzuvollziehen, dass auch ein Säugling in nur wenigen Tagen, Wochen oder Monaten so chronisch vernachlässigt oder misshandelt werden kann, dass er ein traumatisiertes Kind ist und sich über lange Zeit in der Pflegefamilie mit seinen verinnerlichten Erfahrungen in Form von schlimmen Ängsten und ungesteuerten massiven Wutausbrüchen auseinandersetzt. (Hardenberg 2008: 90)

7.1 Fremdplatzierung

Die Herausnahme eines Kindes aus seiner Herkunftsfamilie ist eine schwerwiegende Entscheidung, die Weichen für die Entwicklung des Kindes stellt (vgl. Bowlby 1995: 73). Der Verlust der alten und der Wechsel zur neuen Bindungspersonen erzeugt enormen Stress beim Kind – auch wenn seine Herkunftseltern die Verletzungen verursachten. Vielen der Kinder fehlt das Gefühl der Sicherheit in Beziehungen, die Herausnahme löst oft eine zusätz-

liche Verunsicherung aus oder laut Bonus die zentrale Traumatisierung. Diese wird jedoch in Kauf genommen wird, damit weitere Traumata künftig vermieden werden. Bonus gibt der familiären Unterbringung den Vorrang (vgl. Garbe 2018: 77; Overfeld 2015: 3; Bonus 2008: 31; Bonus 2006:108f.). Bowlby warnte die WHO in den 50er Jahren davor, Kinder in Heimen unterzubringen, wenn die Eltern dauerhaft ersetzt werden mussten, weil er erkannte, dass Einrichtungen aufgrund des Personalschlüssels den emotionalen kindlichen Bedürfnissen nicht gerecht werden konnten (vgl. Ahnert 2014: 79). Bettelheim hingegen hielt eine vorübergehende Unterbringung in einem Heim sinnvoll, um das Misstrauen eines seelisch schwer verletzten Kindes – gegenüber Eltern überhaupt – zu verringern und es beziehungsfähig zu machen (vgl. Bettelheim 1971: 26; Nienstedt/Westermann 2013: 271-283). Das Wissen um die Bedeutung von Bindungen führte zu der Empfehlung, ein Kleinkind möglichst früh in einer Ersatzfamilie statt in einem Heim unterzubringen, um Entwicklungsschäden aufgrund der Mutterentbehrung zu vermeiden (vgl. Schmalohr 1968: 136-144).

7.2 Dauer

Durch intensive emotionale Interaktionen mit dem Kind können nach der primären Bindungsperson grundsätzlich auch andere Personen zu sekundären Bindungspersonen für das Kind werden. Damit ein bindungsgestörtes Kind sich jedoch auf neue Bindungserfahrungen einlassen kann, braucht es dauerhaft verfügbare Bezugspersonen, die sich ihrerseits emotional auf das Kind einlassen. Angst vor Rückführung oder erzwungene Umgangskontakte mit den Peinigern erschweren den Bindungsprozess (vgl. Brisch 2008: 28-31; Korittko/Pleyer 2010: 134). Denn die Fürsorge bemisst sich nicht allein am Zeitaufwand, sondern auch an der Zufriedenheit von Elternteil und Kind in ihren Interaktionen, weil beide das Bedürfnis haben, sich miteinander zu identifizieren. Ihre Gefühle füreinander können sie jedoch nur teilen, wenn ihre Beziehung auf Dauer angelegt ist (vgl. Bowlby 1995: 69). Ein Dauerpflegeverhältnis zielt stets darauf ab, dass sich eine (neue) tragfähige Eltern-Kind-Beziehung bildet, welche unabdingbar ist für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 80; Reimer 2008: o.S.).

Pflegeverhältnisse können auch scheitern; am stabilsten sind die Pflegeverhältnisse, bei denen das Kind unter drei Jahre alt war beim Eintritt in die Ersatzfamilie. Eine Aufklärung über die Risikofaktoren sowie die pädagogische Erfahrung der Pflegeeltern verringern die Abbruchquote deutlich (vgl. Caritas-Kinderheim 2018: 14, 22-25). Bei stark verletzten Kindern bedarf es eines großen Durchhaltevermögens, weil Erwartungen auf rasche sichtbare Erfolge oft enttäuscht werden. Das schwierige kindliche Verhalten kann dazu führen, dass Pflegeeltern sich derart belastet und überfordert fühlen, dass sie keinen anderen Ausweg sehen, als ihr Pflegekind in andere Hände abzugeben (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 368; Brisch 2008: 18; Caritas-Kinderheim 2018: 27). Doch ein weiterer Beziehungsabbruch sollte dem Kind nicht zugemutet werden, weil damit die Beziehungsfähigkeit weiter be-

schädigt und das Kind erneut traumatisiert wird (vgl. Bonus 2006: 114-118). Schmalohr beklagte schon 1968 den Pflegestellenwechsel und warnte in diesem Zusammenhang vor schweren kindlichen Persönlichkeitsstörungen (vgl. Schmalohr 1968: 135). Erzwungene Wechsel im Jugendalter werden als Fremdbestimmung erlebt und können Jugendliche dazu veranlassen, wenigstens „selbstbestimmt“ auf der Straße zu leben (vgl. Gahleitner et al. 2017: 131).

7.3 Bindungsqualität

Weshalb ist das Verständnis des Bindungsgeschehens so wichtig bei Pflegekindern? Weil ein Kind aus den Interaktionen mit der primären Bezugsperson in den ersten Lebensjahren Grundlegendes lernt für den Umgang mit den eigenen Gefühlen und mit Belastungssituationen (inneres Arbeitsmodell unter 5.4). In Gefahr wird beim Kind das Bindungsverhalten aktiviert. Je nach Antwort, die es bei der Bezugsperson auslöst, wird das Bindungssystem schnell deaktiviert (sicherer Bindungstyp) oder ein Kind passt sich eben an. Ein Kind mit vermeidendem Muster deaktiviert sein Bindungssystem dauerhaft, denn es will nicht unangenehm auffallen. Bei einem Kind mit ambivalenter Bindungsorganisation ist es dauerhaft in einem Übererregungszustand; es tut alles, um irgendwie Beachtung zu erhalten. Mit diesen Strategien versucht das Kind sich der Umwelt anzupassen, um sein überlebenswichtiges Bedürfnis nach Bindung zu erfüllen (vgl. Berkic 2010: 82f.). Ein Kind, welches ein einziges Mal die Bezugsperson(en) verloren hat – falls es also direkt nach der Geburt oder direkt von der Herkunftsfamilie in die Ersatzfamilie gekommen ist – kann sich vielleicht eher an neue Personen binden. Hat es aber bereits mehrere Beziehungsabbrüche erleben müssen, ist seine Bindungsfähigkeit vermindert und es bedarf viel Geduld und einer hohen elterlichen Frustrationstoleranz, um dem Kind Sicherheit zu vermitteln. Denn unsicher oder desorganisiert gebundene Kinder reagieren auf das positive Bindungsangebot der neuen Bezugsperson klammernd, ambivalent, vermeidend, gleichgültig oder aggressiv (vgl. Wiemann 2008: 3f.; Bonus 2006: 115). Erst wenn es dem Kind durch neue positive Beziehungserfahrungen gelingt, sich als angenommenes Kind zu begreifen, kann es die Auswirkungen der Traumatisierung verarbeiten. Ungeschehen gemacht werden kann diese Verletzung nicht, es werden wohl immer Narben zurückbleiben (vgl. Steimer 2000: 44f.).

Der Bindungsaufbau erfordert viel Zeit und vielfältige Beziehungsangebote. Eine Mutter kann als einzige ihr Kind stillen und so auf ganz natürliche Weise den optimalen Körper- und Blickkontakt herstellen. Eine Pflegemutter ist dazu [abgesehen von Relaktation und induzierter Laktation (vgl. Herrmann 2012: 99-102)] nicht in der Lage, deshalb sollten sie und ihr Partner erst recht die Nahrungszufuhr bei einem Säugling mit der gleichen Hingabe vollziehen, als wenn das Kind gestillt würde.

Angesichts der komplexen Problemlage, der Pflegekinder vor der Fremdplatzierung häufig ausgesetzt sind, könnte es das Kind verunsichern und den Bindungsprozess irritieren, wenn

es sich auf mehrere Personen einstellen müsste. Richard Bowlby warnt sogar bei leiblichen Kindern davor, sie in eine Tagesbetreuung zu bringen, bevor sie nicht eine sichere primäre Bindung zu den Eltern eingegangen sind (vgl. Ahnert 2014: 82; Bowlby R. 2014: 213-215). Die Autorin plädiert dafür, dass Pflegekinder vor dem dritten Lebensjahr bzw. bis zum Schuleintritt nicht in öffentlichen Einrichtungen mit wechselndem Personal betreut werden sollten. Diese Überlegung ist abhängig vom Aufnahmezeitpunkt und gilt zumindest so lange, bis eine weitgehend sichere Beziehungsbasis geschaffen ist. Um das Kind nicht zu überfordern, sollten auch therapeutische Maßnahmen möglichst warten, bis eine Vertrauensbasis gelegt werden konnte.

7.4 Integrationsprozess in drei Phasen

Das Ausmaß traumatisierender Erfahrungen, denen Pflegekinder ausgesetzt waren, lässt sich oft erst erkennen, wenn sie sich sicher in ihrer Ersatzfamilie fühlen (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 21f.; Hardenberg 2008: 89). Der Integrationsprozess eines Pflegekindes in die Pflegefamilie muss von der normalen Sozialisation eines leiblichen Kindes unterschieden werden, weil die Biografie eines Pflegekindes mit dem Familienwechsel einen Bruch erfährt. In der Übergangszeit der Integration in die neue Familie darf der Trauerprozess des Kindes über den Verlust seiner alten Familie nicht unterschätzt werden. Er dient dem Kind auch dazu, sich von seiner Herkunftsfamilie zu distanzieren (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 80-84, 209-219, 238-243).

Wie bereits beschrieben trägt ein Kind normalerweise aktiv dazu bei, dass seine angeborenen Bedürfnisse (Nahrung, Schutz, Sicherheit, Zugehörigkeit) in Beziehungen befriedigt werden. Ein Pflegekind hat in seinem bisherigen Leben jedoch die Erfahrung gemacht, dass seine Bezugspersonen auf seine Wünsche nicht angemessen eingegangen sind. Seine Erwartungen an Personen, von denen es abhängig ist, sind negativ besetzt, es hat sich selbst nicht als wirksam erlebt. Es kann seine Bedürfnisse nicht *„unverstellt, unmittelbar in der Interaktion mit den neuen Eltern zum Ausdruck bringen“* (Nienstedt/Westermann 2013: 84). Der Integrationsprozess gliedert sich in drei Phasen, welche im Folgenden genauer erläutert werden.

Anpassungsphase

In der Anpassungsphase muss das Kind irgendwie mit einem völlig fremden sozialen Umfeld zurechtkommen und darin sein Überleben sichern. Trotz früherer Beziehungserfahrungen besteht noch immer das kindliche Verlangen, sich mit einer vertrauten Person wechselseitig auszutauschen, anerkannt und bestätigt zu werden. Da es zwischen Hoffnung auf verlässliche Beziehungen und Angst vor neuen Verletzungen schwankt und seine neuen Eltern noch nicht einschätzen kann, passt es sich vorsichtshalber den Lebensbedingungen und den Erwartungen der Pflegeeltern an. Dies wird oft fälschlicherweise so interpretiert, als habe das Kind sich bereits integriert in die neue Familie. (vgl. ebd.: 81-90, 98f.).

Es gibt Kinder, welche sich Fremden gegenüber nicht zurückhaltend verhalten, sondern sich gleich beim ersten Treffen von den künftigen Pflegeeltern auf den Arm nehmen lassen und sogar mit ihnen schmusen. Dieses gestörte Verhalten spiegelt allerdings keine sichere Bindung wider. Nach der anfänglichen „Ruhe“ kommt nach einiger Zeit der Eingewöhnung dann der „Sturm“, bei dem das Pflegekind sein erlebtes Trauma inszeniert: es wird aggressiv, verhält sich dissozial oder lehnt die Pflegeeltern ab. Diese Signale sollten die Pflegeeltern nicht entmutigen, sondern als Anfrage werten, dass ihr Pflegekind sich eine enge Bindung mit ihnen wünscht (vgl. Brisch 2008: 26f.).

Übertragungsphase

Falls das Kind zu der Überzeugung gelangt, dass seine neuen Eltern angemessen auf seine Bedürfnisse eingehen und keine Gefahr von ihnen ausgeht, verringert sich seine Angst und es fühlt sich sicherer im neuen Umfeld. Als Vertrauensbeweis beginnt es in der zweiten Phase, seine bisherigen Beziehungserfahrungen auf die neuen Eltern zu übertragen. Die erlernten Beziehungsmuster, alte Ängste, Dilemmata, Gefühle usw. werden wiederbelebt, als wären sie aktuell und real. Aggressive Emotionen richten Pflegekinder häufig gegen sich selbst oder gegen ihre Ersatzeltern, aber eigentlich meinen sie ihre Herkunftseltern damit. Diese Übertragungen erzeugen im Gegenüber oft heftige Abwehrreaktionen. Die neue Vertrauensperson bekommt die Rolle einer anderen Person zugeschrieben, sodass die neue Beziehung verzerrt wird. Nun liegt es an den Ersatzeltern, unerwünschtes Verhalten als Chance für das Kind zu sehen, die vergangenen traumatischen Erfahrungen zu bearbeiten. Dazu braucht das Kind vor allem die Sicherheit, dass seine ungefilterten emotionalen Äußerungen keine negativen Folgen nach sich ziehen. Nur wenn die Ersatzeltern begreifen, dass die Aggression Teil der Biografie des abgelehnten Kindes ist, und ihm nachholende Erfahrungen des Angenommen-Seins ermöglichen, können die tiefen Verletzungen allmählich heilen. Dabei hilft professionelle Begleitung (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 103-105; Steimer 2000: 45).

Hardenberg bezeichnet dies als eine „quasitherapeutische Situation“, in der sich die Ersatzeltern befinden. Deshalb ist es wichtig, dass sie sich gedanklich und emotional in die früheren Lebenserfahrungen ihres Pflegekindes hineinversetzen, um zu verstehen, warum ihr Kind sich so verhält. Es ist Aufgabe der Berater*innen, die Pflegeeltern aufzuklären über (Gegen-)Übertragungen, damit sie die richtige Haltung einnehmen, wenn sie in sich selber Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, unglaubliche Wut, Traurigkeit, Ablehnung oder Sprachlosigkeit verspüren. Bei Reinszenierungen von erlebten Traumata dürfen sie zwar die vom Kind übertragenen Gefühle als berechtigt anerkennen, sie jedoch nicht persönlich nehmen, weil sich sonst die verinnerlichten negativen Erwartungen des Kindes erfüllen. Wenn die Ersatzeltern bewusst die Emotionen des Pflegekindes erlauben – es muss sie also nicht weiter verleugnen – und feinfühlig darauf reagieren, bieten sie ihm so die Möglichkeit, aus seinen

alten Beziehungsmustern auszusteigen, heilsame Erfahrungen zu machen und traumatischen Erfahrungen aufzuarbeiten. Auf diese Weise lernt das Kind im geschützten Rahmen, seine eigenen Affekte und Aggressionen selbst unter Kontrolle zu bringen. Im Rollenspiel kann ein Kind in vertauschter Rolle seine traumatischen Erfahrungen in Szene setzen und dem Erwachsenen in der unterlegenen Rolle seine beängstigenden Erfahrungen mitteilen und so Zugang zu seinen Emotionen erhalten (vgl. Hardenberg 2008: 95-97; Nienstedt/Westermann 2013: 114-118).

Das Kind wird die Ersatzeltern – als Repräsentanten der Herkunftseltern – testen und versuchen, sie zu einem Verhalten zu verleiten, das es von Personen kennt, die ihm gegenüber traumatisierend waren. Bis das Kind zur Überzeugung gelangt, dass seine Ersatzeltern nicht seinen negativen Erwartungen entsprechen, bedarf es sehr vieler positiver zuverlässiger Erfahrungen. Und es muss sein Urteil über sich, dass es böse ist, keine Liebe verdient und selber schuld ist, revidieren. Allmählich wird es dem Kind gelingen, die früheren von den jetzigen Bezugspersonen zu unterscheiden und aufrichtig und angstfrei neue Beziehungen zu knüpfen (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 106-108, 122).

Regressionsphase

Entsprechend dem therapeutischen Milieu, von dem Bettelheim spricht, wird ein geschützter Rahmen benötigt, in dem vom Kind kein altersentsprechendes Sozialverhalten eingefordert wird (vgl. Bettelheim 1975: 209; Nienstedt/Westermann 2013: 105). Da Pflegekinder im Prinzip nochmal von Neuem beginnen müssen beim Beziehungsaufbau, ist es nicht ungewöhnlich, wenn sie in ihrem Verhalten regredieren. Um einem Kind zu erlauben, in seiner Entwicklung auf frühere Stufen zurückzukehren, muss man verstehen, warum es sich so verhält. Das Kind kehrt zu einem Zeitpunkt in seiner Entwicklung zurück, der vor der Fehlentwicklung liegt, um dort eine alternative Erfahrung zu machen. Für die Ausbildung des Urvertrauens kann die Regression der Angstabwehr dienen. Bei Angst vor zu viel Nähe verfällt ein Kind beispielsweise in die Babysprache und kauert sich klein zusammen. Oder es imitiert einen Säugling, um so im Sinne der frühkindlichen Interaktion mit der Mutter von der Bezugsperson beachtet zu werden; es will damit die befriedigende Erfahrung der feinfühligem Zuwendung nachholen, bemuttert und leistungsunabhängig anerkannt werden. Um Autonomie zu gewinnen, wünscht sich ein Kind, das die Trotzphase als demütigenden Machtkampf erlebt hat, in der Regression, dass seine Fähigkeiten und seine Selbständigkeit gefördert werden, ohne dass es seine Selbstachtung einbüßt. Um die Balance zwischen Initiative und Schuldgefühl zu finden, muss ein Kind, welches stark kontrolliert wurde und nie genügte, die Möglichkeit bekommen, sich mit seinem neuen gleichgeschlechtlichen Elternteil zu identifizieren und die Normen und Werte der Ersatzeltern zu verinnerlichen, um sein Verhalten nach seinem eigenen Gewissen und seinen Idealen zu steuern. Für die Pflegeeltern ist es mitunter schwierig, mit einem Kind umzugehen, das je nach Situation

unterschiedlich alt sein kann. Früh vernachlässigte Kinder greifen zur Regression, um den erlittenen Mangel zu beheben. Wenn es dem Kind gelungen ist, sich seine neuen Eltern innerlich zu eigen zu machen, dann ist der Integrationsprozess geglückt (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 123-132; Siegler et al. 2016a: 319f.).

7.5 Leibliche Eltern

Eine besondere Herausforderung stellt der Umgang mit den Herkunftseltern dar. Die Regelung der Besuchskontakte ist sehr unterschiedlich und sollte grundsätzlich dem Kindeswohl dienen, evtl. muss das Umgangsrecht ausgesetzt oder eingeschränkt werden oder kann nur begleitet stattfinden (vgl. Wiemann 2008: 8).

Um die Kinder in ihrer Verletzlichkeit ernst zu nehmen, darf das Verhalten der Herkunftseltern nicht verharmlost werden. Denn diese haben versagt und das Kind gefährdet, sodass sie „böse“ Eltern waren. Das Kind sollte seine erziehungsunfähigen Eltern nicht idealisieren (vgl. Hardenberg 2008: 99; Nienstedt/Westermann 2013: 205). Dennoch sollten sie nicht pauschal abgewertet werden, weil das Kind sich mit seinen Eltern identifiziert und sich sonst als leiblicher Nachkomme dieser Eltern böse und wertlos fühlt und schämt. Die Herkunftseltern bleiben Bestandteil des Lebens, auch wenn das Kind keinen Kontakt mit ihnen hat. Die würdige Haltung der Ersatzeltern ihnen gegenüber, das Verständnis für ihre Not (nicht die Billigung des Handelns) und die Achtung davor, dass sie ihr Kind in fürsorglichere Hände abgegeben haben, hilft dem Pflegekind bei der Identitätsentwicklung, die per se viel schwieriger verläuft als bei leiblichen Kindern (vgl. Wiemann 2008: 6).

Sowohl die leiblichen als auch die sozialen Eltern können von fachlicher Unterstützung profitieren. Von der inneren Haltung der Herkunftseltern hängt sehr viel ab, d.h. von ihrem (fehlenden) Einverständnis zur Fremdunterbringung, ihrer Zusammenarbeit mit den Pflegeeltern und ihrer Erlaubnis, dass ihr Kind sich den Pflegeeltern anschließen darf. Sind diese Themenfelder spannungsgeladen, gerät das Kind in einen Loyalitätskonflikt, der es ihm verunmöglicht, sich auf die auf das Beziehungsangebot der Ersatzeltern einzulassen. Das Verständnis der Elternrolle bei den Herkunftseltern muss sich grundsätzlich ändern (vgl. ebd.: 6f.; Nienstedt/Westermann 2013: 186f., 200, 310).

8 Anstrengungsverweigerung – zweiter Teil

Wie bereits in Kapitel 6 dargelegt wurde, erschüttert ein Trauma das Verständnis von Innen- und Außenwelt. Weil den Pflegekindern angemessene Hilfe von außen versagt geblieben ist, mussten sie die verletzenden Erfahrungen versuchen zu bewältigen, um überhaupt weiterleben zu können. Dafür hat jedes der Kinder für sich eine Strategie entwickelt. Leider wird diese Taktik auch dann noch aufrechterhalten, wenn die tatsächliche Gefahr längst gebannt ist, und behindert so das Kind im Alltag. Die Tatsache, dass ein kleines Kind überhaupt fähig ist, sich einen Handlungsplan auszuarbeiten, ist bewundernswert.

Anhand der breit angelegten retrospektiven ACE-Studie wurde festgestellt, dass medizini-

sche und soziale Krankheitssymptome schon in der Kindheit erkannt werden könnten, aber leider oft übersehen werden (Felitti et al. 2007: 18). Bei Kleinkindern könnte eine sehr geringe Frustrationstoleranz oder das Dummstellen ein Anzeichen für eine Anstrengungsverweigerung sein. In den meisten Fällen äußert sich die Anstrengungsverweigerung erst in der Schule. Dem Kind fällt nicht mehr alles zu, es muss sich aufgrund höherer Leistungsanforderungen den Lernstoff erarbeiten und beginnt dann zu streiken. Häufig wird dieses Verhalten auch fehlinterpretiert, z.B. als Überforderung (vgl. Bonus 2008: 54-57, 136).

8.1 Erklärungsansätze

Ausgehend davon, dass ein Verhalten stets einen guten Grund hat, werden verschiedene Kriterien aus der Literatur sowie aus Abbildung 2 und Abbildung 3 betrachtet, welche für das Phänomen der Anstrengungsverweigerung altersübergreifende Erklärungsansätze bieten und auch die Frage beantworten, welchen Nutzen ein anstrengungsverweigerndes Kind von seinem Verhalten haben könnte.

Verstellter Beziehungswunsch

Ein Kind unternimmt alles, um irgendwie die Aufmerksamkeit oder das Wohlwollen seiner primären Bezugsperson zu gewinnen; mitunter nehmen diese Strategien bizarre Formen an, die den Notruf nach Nähe und Schutz nur noch versteckt erkennen lassen. Bei übermäßigem Klammern gelingt es noch, einen Zusammenhang herzustellen, aber wenn ein Kind sich gehemmt anpasst, sich aggressiv oder riskant verhält, die Elternrolle übernimmt oder mit körperlichen Symptomen (Schreien, Erbrechen, Ess- oder Schlafstörungen, Kopf- oder Bauchschmerzen) reagiert, so ist das Verlangen nach Bindung nicht offensichtlich (vgl. Brisch 2008: 19-21; Nienstedt/Westermann 2013:100-102). Ohne Vertrauen in seine Umwelt kann sich ein Kind in harmlosen Situationen zutiefst bedroht fühlen und sich in den Augen anderer absurd verhalten (vgl. Weinberg 2013a: 31).

Man könnte jetzt daraus schließen, dass ein Kind mit seinem unverständlichen Agieren, nur Aufmerksamkeit erhalten oder provozieren wolle. Damit tut man dem traumatisierten Kind Unrecht. Zum einen verhält es sich so, weil es gar nicht in der Lage ist, seine Bedürfnisse in Worte zu fassen, zum anderen baut es seine aufgestauten Spannungen auf diese Weise ab. Außerdem versucht es unbewusst, seine bisher unbefriedigten Erfahrungen zu wiederholen in der Hoffnung, dass es jetzt die Welt um sich herum beeinflussen kann und nicht mehr das schmerzhafteste Gefühl von Abwertung, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Ablehnung, Trennung, Überwältigung, Wut oder Vernichtung erleben muss. Es will sich sozusagen mit seinem impulsiven Handeln beweisen, dass es nicht von der Willkür Mächtigerer abhängig ist. Es sehnt sich zwar nach einer befriedigenden Interaktion mit der Bezugsperson, aus der heraus es sich selbst finden und autonom werden kann (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 148-154). Aber da einem anstrengungsverweigernden Pflegekind dieser wechselseitige Dialog versagt geblieben ist, ja seine Existenz bedroht war, bevor es ein gesundes Selbst ausbilden konnte,

handelt es wie ein verwundetes Wesen, das um sich schlägt, weil dies eine Möglichkeit ist, sich gegen die vermeintliche Vernichtung zu wehren

Selbstwirksamkeit

Ein Trauma erschüttert das Selbstvertrauen und das Vertrauen in die soziale bzw. reale Umwelt, es zerstört die Hoffnung und nimmt jede Zukunftsperspektive. Der Kontrollverlust und die Hilflosigkeit erfährt das Kind nicht nur während der Traumatisierung, sondern sie resultieren auch daraus (vgl. Fischer/Riedesser 1999: 85; Bonus 2011: 22). Es traut sich aufgrund seiner vergeblichen Hilferufe auch nicht Hilfe zu suchen oder anzunehmen. Sich ohnmächtig und hilflos zu fühlen, führt beim Kind zu der inneren Gewissheit, dass es nichts kontrollieren und nichts bewirken kann. Da Schuld vermutlich besser auszuhalten ist als Ohnmacht, gibt es sich selber Schuld an der Misere (vgl. Weiß 2004: 27-29). Womöglich wurde ihm das durch abwertende Worte auch so vermittelt.

Jedes schwer traumatisierte Kind hat nicht nur extreme Angst, sondern auch heftige Wut und Aggression. Weil das Kind auf Gedeih und Verderb seinen Peinigern ausgeliefert war, konnte es sich nicht gegen sie wehren. Gleichzeitig hatte es Sehnsucht nach einer verlässlichen Bindung, was es in ein Dilemma brachte. Eine vermeintliche Lösung bestand darin, die aufgestaute Aggression gegen sich selber zu richten, sich selbst abzuwerten oder zu verletzen (vgl. Hardenberg 2008: 91).

Es ist nicht verwunderlich, wenn ein Kind mit einer komplexen Entwicklungsstörung kein gesundes Selbstbewusstsein ausbilden konnte. Womöglich wurde es in seinem Erkundungsdrang behindert durch ungeduldige Fürsorgepersonen, die dem Kind alles abnahmen, ihm nichts zutrauten, es bei Fehlversuchen ausschimpften usw. Das entmutigte das kleine Wesen, überhaupt noch Neugierde zu zeigen oder Eigeninitiative zu ergreifen, und es erlebte sich selbst als inkompetent, dumm, unbegabt etc. (vgl. Bonus 2008: 108-117). Wie eine Person ihre eigene Selbstwirksamkeit einschätzt, bestimmt darüber, in welchem Maß sie bereit ist, sich anzustrengen oder wie schnell sie aufgibt. Im schulischen Kontext frustrieren bisherige Misserfolge sowie mangelnde Konzentrationsfähigkeit die Kinder, nehmen ihnen jegliche Motivation und verhindern Lernfortschritte, welche für das Erleben von Selbstwirksamkeit entscheidend wären. Da Unterricht somit mit Hilflosigkeit assoziiert wird, erweist Schule sich nicht als sicherer Ort, sondern schürt Angst. Das wiederum befeuert die Vermeidungsanstrengungen. Eine individuelle Förderung bei Vermittlung und Aneignung des Schulstoffs könnte für Freude am Lernen und Erfolgserlebnisse sorgen (vgl. Möhrlein/Hoffart 2014: 92f.; Zimbaro/Gerrig 2008: 531f.).

Selbstbild

„Die Aufgabe des Selbst ist der Preis fürs Überleben.“ (Weiß 2013: o.S.) Traumata, insbesondere Beziehungstraumatisierungen, stellen Selbst- und Weltbild grundsätzlich infrage. Gleichgültigkeit, Ambivalenz, Ablehnung oder Bestrafung hinterlassen tiefe Spuren in der

Seele des Kindes, sodass es zu der Überzeugung gelangt, es sei weder liebenswert noch kompetent, sondern verdiene es, abgewertet zu werden (vgl. Weiß 2004: 27, 36, 45, 59, Lambeck 2010: o.S.). Ein weggegebenes Kind ist in seiner Identitätsfindung stets belastet. Dass seine leiblichen Eltern es nicht gewollt, es nicht behalten, es verlassen oder verstoßen haben, beschädigt sein Selbstbild. Die Tatsache, als Kind weggegeben worden zu sein, interpretieren manche Kinder so, dass es ihre eigene Schuld war, weil sie schon als Baby so schlimm gewesen wären. Diese Identifikation mit dem Aggressor ist ein Indiz dafür, dass ein Kind noch immer mit der Abwehr von Angst beschäftigt ist (vgl. Steimer 2000: 117; Nienstedt/Westermann 2013: 239f.). In der Regression (siehe unter 7.4) begibt sich das Kind in die Abhängigkeit seiner neuen Bezugsperson. Indem es unselbständig wird, möchte es verstanden werden als ein bedürftiges Wesen, das unabhängig von seinem Leistungsvermögen anerkannt und geliebt wird. Ein Kind mit einem niedrigen Selbstwertgefühl hat diese leistungsunabhängige Anerkennung dringend nötig (vgl. Nienstedt/Westermann 2013:127f.).

Ich bin ein Fehler auf dieser Welt

Deprivierte und vereinsamte Kleinkinder tragen ihr ganzes weiteres Leben lang ein latentes Gefühl von Vereinsamung und Leere in sich, das schon bei leisesten Frustrationen als unerträglicher Verlustschmerz und Abgewiesenheitserleben explodieren kann (...) nichts auf der Welt ist unerträglicher als das Gefühl, keinen Platz auf dieser Welt zu bekommen. (Weinberg 2013a: 62)

Aufgrund kognitiver, sprachlicher, emotionaler oder sozialer Entwicklungsverzögerungen und der permanenten Angstabwehr können Traumatisierte in mancher Hinsicht nicht mit Gleichaltrigen Schritt halten. Eine ernsthafte und kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Fähigkeiten ist unmöglich, weil das die eigene Existenzberechtigung infrage stellt. Deshalb können Missgeschicke kaum ausgehalten werden. Ein mangelhaftes Ergebnis könnte eigentlich verbessert werden, aber jegliche Art von Anstrengung hat bisher nichts gebracht – weder der Ruf nach Nahrung oder Nähe noch der Kampf gegen Misshandlung. Im Gegenteil, jede Eigeninitiative führte zu noch mehr Abwertung oder Bestrafung. Die vielen vergeblichen Bemühungen mündeten in der festen Überzeugung des Pflegekindes, dass sich Anstrengung nicht lohnt. Wer nichts macht, macht wenigstens nichts falsch! Um ja keine Schwäche eingestehen zu müssen, greifen traumatisierte Kinder auch zu übertriebenen Selbsteinschätzungen (vgl. Lambeck 2010: o.S.; Bonus 2008: 130-132).

Ohne gesundes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen gerät ein Kind sehr schnell bei Anforderungen oder Fehlern aus der Fassung und gibt auf. Viele Pflegekinder konnten den unangemessenen Anforderungen der Herkunftseltern nicht gerecht werden und beziehen deshalb jeden Misserfolg auf sich selbst. Um das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit nicht spüren zu müssen, greift ein solches Kind zu Ausflüchten oder Lügen. Mit Kritik kann es nur schwer umgehen, weil es sich dadurch persönlich abgewertet fühlt. Seine Gefühle – freudige, traurige, wütende, verzweifelte – wurden in der Vergangenheit nicht wahrgenommen oder haben sich als bedrohlich erwiesen, sodass es zur Überzeugung gelangte, sie lieber zu verdrängen

(vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 70-77).

Hilfe

Um Hilfe anfordern und annehmen zu können, muss man Unzulänglichkeiten eingestehen und Vertrauen haben. Gerade das gelingt seelisch verletzten Kindern nicht. Damit geraten sie in eine Misere, weil für die Auflösung von Anstrengungsverweigerung Hilfe von außen unerlässlich ist:

Erhält das betroffene Kind keine intensive Hilfe von außen, bleibt das Phänomen auch im Jugend- und Erwachsenenalter weiter bestehen, denn die Mehrzahl der betroffenen Kinder besitzt weder den notwendigen Antrieb, die betroffene Anstrengung von sich aus aufzunehmen, noch wächst sich das Problem mit der Zeit aus. (Bonus 2008: 20)

Abwehrmechanismen

Es ist nur logisch und konsequent, Gefahren aus dem Weg zu gehen. Um keine Anzeichen einer drohenden Gefahr zu übersehen, ist ein/e Traumatisierte/r immer auf der Hut. Das kostet sehr viel Energie, die im Alltag fehlt. Kinder können sich beispielsweise nicht in ein Spiel vertiefen, Schüler*innen sich nicht auf ihre Aufgaben konzentrieren. Wirkliche Entspannung ist auch nicht möglich, oft leiden Kinder unter (Einschlaf-)Schlafstörungen. Ein seelisch verletztes Kind vermeidet Situationen und Aktivitäten, die es in irgendeiner Weise an das Erlebte erinnern. Oft ist auch sozialer Rückzug, der Verlust von bereits erworbenen Fähigkeiten (Sprache, Sauberkeit) oder die Flucht in Fantasien zu beobachten (vgl. Weinberg 2013b: 103-105; Bonus 2006: 39).

Um nicht von bedrohlichen Gefühlen überschwemmt zu werden, setzen Kinder unterschiedliche Abwehrmechanismen ein, die Bonus in Vermeidungsmethode, Kontroll- bzw. Machtstrategie und Anstrengungsverweigerung unterteilt, die aber häufig ineinander fließen. Entweder gebärden die Kinder sich aggressiv oder sie distanzieren sich innerlich und schalten ab. Auch durch Verleugnen, Ablenken oder Konsumverhalten (Sucht) können sie versuchen, sich vor der vermeintlichen Gefahr zu schützen (vgl. Felitti et al. 2007: 26f.; Korittko/Pleyer 2010: 131; Bonus 2006: 122). Beim erneuten Erleben eines Traumas durch einen Schlüsselreiz kann es auch zur Dissoziationen kommen, bei der das Kind eine andere Persönlichkeiten annimmt, sich danach aber tatsächlich nicht mehr daran erinnern kann. Auch diese Form von Vergessen dient der Abwehr (vgl. Lambeck 2010: o.S.).

Ein Kind mit Kontrollstrategie gibt sich so, dass es die Reaktion seiner Umwelt genau vorher-sagen kann; das gelingt am sichersten mit negativem Verhalten. Wenn es durch sein Benehmen Eltern oder Lehrkräfte manipulieren kann, genau das zu tun, was es erwartet, dann übt es Kontrolle aus. Verhängen die Bezugspersonen auch noch die prognostizierten Strafen, triumphiert das Kind unbewusst. Statt ohnmächtig zu sein, beherrscht es jetzt die Lage. Durch das unmögliche Betragen lenkt das anstrengungsverweigernde Kind zudem von der unliebsamen Aufgabe ab, und nach einer heftigen Auseinandersetzung fehlt dem Erwachsenen die Kraft und die Lust auch noch die Erledigung der Aufgabe durchzusetzen. Je öfter die

Bezugspersonen auf das Spiel hereinfließen, desto mehr wird das Kind in seinem Tun bestärkt. Das ist ein Circulus vitiosus, dem das Kind nur mit der Hilfe von Bezugspersonen entrinnen kann (vgl. Bonus 2008: 132-135, 161).

Wiederholung

Die in der frühesten Kindheit erlernten Muster werden wiederholt, das kann sich bei Traumata in wiederkehrenden Erkrankungen (auch im Sinne von Bestrafung), zwanghaftem Verhalten, Sucht oder Beziehungserfahrungen ausdrücken. Entweder dient die Repetition der Angstabwehr oder die Fehler werden unbewusst immer wieder gemacht bzw. das Trauma reinszeniert in der Hoffnung, dass es irgendwann doch ein gutes Ende nimmt (vgl. Felitti et al. 2007: 27-30). Das kann als Chance genutzt werden.

Affektregulation und Verhaltenskontrolle

Mangelnde Affektregulation und Impulskontrolle als Entwicklungsfolgestörungen können in einer harmlosen Situation zu völlig unangemessener Wortwahl und zu heftigen Wutausbrüchen führen. Eine kleine Zurückweisung kann ein Kind in eine tiefe Depression stürzen. Beides Mal wird ein zentrales Lebensthema angesprochen (z.B. Ich bin ein Fehler auf dieser Welt, ich kann nichts, niemand liebt mich, keiner hilft mir), das tiefe Emotionen anrührt. Warum ist das so? Ein frühtraumatisiertes Kind empfindet im sozialen Austausch anders als ein nicht-traumatisiertes Kind. Normalerweise lernt ein Kind in den ersten drei Lebensjahren mithilfe seiner Bezugsperson als ganzer Person (körperlich, seelisch, sprachlich, emotional) seine Affekte zu regulieren, Bedürfnisse aufzuschieben, Normen zu verinnerlichen und Unrechtsbewusstsein auszubilden. Als vernachlässigter Säugling hat das Kind nicht zuverlässig durch seine Bezugsperson erfahren, dass seine Erregung in Entspannung überführt wurde. Außerdem fehlt ihm das Vertrauen, sich verletzlich zu zeigen und um Hilfe zu bitten. Zudem hat die Sprachkompetenz aufgrund der frühkindlichen Dauerbelastung gelitten. Unter Stress wird schnell eine Notfallreaktion ausgelöst. Traumatisierte benötigen Orientierungshilfen von außen (vgl. Weinberg 2013a: 35-41; Wiemann 2008: 1-3).

Kognition

Probleme bei Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisleistung und Abstraktionsfähigkeit gehören zu den komplexen Folgen von Frühtraumatisierung. Hinsichtlich schulischer Anforderungen sind sie höchst relevant. Die Zeiteinteilung fällt traumatisierten Kindern schwer, sie leben im Hier und Jetzt, sodass Planung und Gliederung von Aufgaben sie überfordern (vgl. Bowlby 1995: 57; Möhrlein/Hoffart 2014: 92). Dass sie vieles vergessen, verlegen oder versehentlich kaputt machen, bringt ihnen oft Ärger ein. Nicht selten wird eine ADHS -Diagnose gestellt (Wiemann 2008: 1-3).

Die Verweigerung kann so ausgeprägt sein, dass ein normal intelligentes Kind aufgrund körperlicher Symptome (z.B. schlaffe Muskulatur, Speichelfluss) für geistig behindert gehalten wird. Da man die Anforderungen bei dummen, ungeschickten Menschen senkt, wird das Kind

nicht weiter behelligt und hat einerseits sein Ziel erreicht. Andererseits bekommt es seine Unzulänglichkeit bestätigt. Es macht sich sozusagen klein und unsichtbar, um bloß nicht unangenehm aufzufallen und um Pflichten zu umgehen, die seinen Mangel offenbaren würden. Die Verweigerungshaltung, kann Schulschwänzen, Schulabbruch, fehlende Ausbildung bzw. Erwerbstätigkeit und in letzter Konsequenz ein Leben auf der Straße zur Folge haben (Bonus 2008: 20, 82-85; Wiemann 2008: 1-3). Trotz vieler Möglichkeiten, kognitive Fähigkeiten zu fördern (vgl. Weinberg 2013a: 57-58), lässt sich die Anstrengungsverweigerung nicht kognitiv, sondern zunächst nur emotional bewältigen (vgl. Bonus 2008: 106-107).

Faulheit

Anstrengungsverweigerung kann auch als Faulheit interpretiert werden. Damit tut man dem Kind jedoch Unrecht. Bonus vergleicht das anstrengungsverweigernde Kind mit einem schwerkranken Menschen, der weder Lust, noch Energie hat, sich für ihn anspruchsvollen Tätigkeiten zu widmen, sondern nur in Ruhe gelassen werden möchte. In der Tat wirken manche Kinder lethargisch. Für die Autorin ist Bonus Verweis auf schwindende Kindheits- bzw. Lebenskräfte nach der zentralen Traumatisierung schwer nachvollziehbar. Eine plausiblere Erklärung bietet der permanente Überlebenskampf, der derart kräftezehrend ist, dass für die Alltagsbewältigung kaum etwas übrigbleibt. Die Antriebslosigkeit ist somit eine Schutzmaßnahme des kindlichen Organismus (vgl. ebd.: 117-123).

Wozu entwickeln Kinder eine Anstrengungsverweigerung? Die zusammenfassende Antwort der Erklärungsansätze lautet: Sie dient der Abwehr von Angst und Ohnmacht.

8.2 Kann Angst gelöscht werden?

Leider lassen sich traumabedingte Ängste weder willentlich steuern, noch deren neuronalen Verknüpfungen löschen. Die fragmentierten Erinnerungen im impliziten Gedächtnis machen eine Verortung im Heute unmöglich, sodass die damaligen Erlebnisse im Heute dieselbe bedrohliche Qualität aufweisen und Trigger dieselben Reaktionen auslösen. Da (Re-)Traumatisierungen immer in einem Kontext erfolgen, könnte über den Umweg des Kontextgedächtnisses die Reizreaktion gehemmt werden. Je häufiger die angstmachenden Situationen als nicht beängstigend erlebt werden, desto schwächer werden die Reaktionen. Das setzt neben entspannten Situationen Vertrauen voraus sowie motivierende Ziele, positive Erwartungen an das Ergebnis, gute Gefühle, attraktive Modelle, Selbstwirksamkeit etc. – und vor allem unzählige Wiederholungen (vgl. Grawe 2004: 94-96, 102-108, 161-165; Zimbaro/Gerrig 2008: 531-532).

Mit dieser Überlegung soll nun nach einem geeigneten Umgang mit der Anstrengungsverweigerung gesucht werden. In Anhang III werden die einführenden Fallbeispiele fortgesetzt, um den Leser*innen einen Eindruck zu vermitteln, wie konkrete Unterstützung durch erwachsene Bezugspersonen aussehen könnte.

8.3 Mosaik mit ungewöhnlichen pädagogischen Bausteinen

Pflegekinder darf man nicht mit leiblichen Kindern verwechseln und Ersatzeltern sind in der Regel weder Fachkräfte noch Therapeuten. Es gelten zwar allgemeingültige Erziehungsgrundsätze, aber bei schwer belasteten Kindern greifen „normale“ Konzepte in der Praxis nicht und sogar pädagogische Fachkräfte fühlen sich überfordert. Zudem folgt die pädagogische Betreuung fremdplatzierter Kinder im Heim einer anderen Logik als im Familienkontext, besonders was Nähe und Distanz betrifft (vgl. Rothdeutsch-Granzer 2015: 172). Um in einem Beratungssetting den Erwachsenen, die mit anstrengungsverweigernden Kindern zu tun haben, überhaupt gerecht werden zu können, müssen die Berater*innen Theorie und Praxis miteinander verschränken.

Mit der Metapher einer Umleitung lässt sich die pädagogische Vorgehensweise bei Anstrengungsverweigerung anschaulich erklären: Wenn der bisherige direkte Weg gesperrt ist, muss man auf einem Umweg bzw. über eine Brücke ans Ziel gelangen. Der direkte Weg wäre die übliche erzieherische Praktik, die Umleitung eine speziell auf die Anstrengungsverweigerung zugeschnittene Handlungsweise, um die traumatischen Verstrickungen zu umgehen. Betont werden muss, dass hier von ansonsten gesunden Pflegekindern die Rede ist und dass dieser unübliche Modus jeweils immer nur für die Situationen angewendet wird, in denen ein Kind sich verweigert. Für alle Tätigkeiten, die es willig und altersentsprechend ausführt, reichen „normale“ Erziehungsmethoden aus (vgl. Bonus 2008: 220; Bonus 2011: 23; Braun 2015: 25f.).

Verschiedenen Quellen wurden Prinzipien und Interventionsmöglichkeiten im Umgang mit komplex traumatisierten Kindern entnommen, die der Autorin bei Anstrengungsverweigerung besonders wichtig erscheinen. Im Folgenden werden sie wie Bausteine zu einem Mosaik zusammenfügt mit dem Ziel, ein Bild entstehen zu lassen, wie Bezugspersonen das Kind aus dem Gefängnis der Verweigerung herausführen können, damit es seinen Alltag angstfrei gestalten und sich gesünder entwickeln kann.

Beziehung statt Macht

Selbstwirksamkeit, Zugehörigkeitsgefühl und Sinn im Leben gewinnt ein Mensch aus seinem sozialen Netz. Da dieses durch die Traumata zerstört wurde, muss es neu geknüpft werden. Letztlich hat ein Kind den Wunsch, bedingungslos geliebt zu werden, deshalb darf es in eskalierenden Situationen sich nicht ungeliebt fühlen und nicht erneut ohne Macht sein, sonst wiederholt sich das bekannte Muster. Statt sich auf einen Machtkampf einzulassen, sollte stets ein Beziehungsangebot gemacht werden. Das muss behutsam geschehen, ohne dem Kind frontal zu begegnen (vgl. Göttl 2016: o.S.; Gahleitner et al. 2017:132-136). Eine Konfrontation ist schon deshalb nicht ratsam, weil der Überlebenskampf damit erst recht entfacht wird und jemand, dessen Leben bedroht ist, ungeahnte Kräfte mobilisiert, gegen die man kaum ankommt. Der Aufbau einer liebe- und vertrauensvollen Beziehung ist die

wichtigste Aufgabe, aber sie ist nicht selbstverständlich, weil ein Pflegekind zunächst ein unbekanntes Wesen ist und ein Kind mit verweigerndem Verhalten anstrengend ist. Insofern Ersatzeltern ihre Vorstellungen vom Kind vor der Aufnahme gründlich reflektiert haben, hat es den Vorteil, dass sie keine falschen Erwartungen an das Kind oder Illusionen haben. Ein verletztes Kind auch mit seinen schwierigen Seiten anzunehmen, gelingt besser, wenn man mit den Augen dieses Kindes sehen lernt. Eine warmherzige Beziehung bildet das Fundament aller Bemühungen, motiviert zur Mitarbeit und wirkt heilend (vgl. Lewis Herman 2003: 53, 183; Bonus 2008: 127, 174, 194, 206-207; Chapman/Campbell 2016: 18-21).

Vision

Ein Kind mit Anstrengungsverweigerung spürt sehr genau, ob ihm jemand etwas zutraut. Bevor ein Kind sein negatives Selbstbild verändern kann, müssen seine Bezugspersonen es positiv sehen. Das fällt bisweilen schwer bei Kindern, die sich mehrfach hartnäckig verweigern. Sind die Ersatzeltern überzeugt von dem persönlichen Wert des Pflegekindes, wird sich diese wertschätzende Haltung wohltuend auf das Kind auswirken.

Darüber hinaus brauchen Eltern bei Kindern mit einer Anstrengungsverweigerung ein Ziel, das sie anstreben, ohne es jedoch dem Kind mitzuteilen. Diese Vision hilft ihnen Durststrecken zu überstehen. Sie könnte lauten: „Dieses Kind wird später ein glückliches selbständiges Leben führen“ oder „Dieses Kind schließt die XY-Schule ab“. Dabei ist es unerheblich, ob das Ziel heute realistisch erscheint oder tatsächlich erreicht wird. Entscheidend ist ein konkretes Ziel vor Augen, das die Eltern motiviert, durchzuhalten und dem Kind Großes zuzutrauen (vgl. Bonus 2008: 194, 207-208.), oder mit Meirs Worten ausgedrückt: *„Ich glaube, für alle Menschen in der Welt ist das wichtigste im Leben, den Mut zu großen Träumen aufzubringen.“* (Meir, Golda o.J.:o.S)

Klare Strukturen schaffen Sicherheit

Was das Kind benötigt, sind Sicherheit und Verlässlichkeit. Mit seinem Trauma-Verhalten signalisiert es, dass es mehr Geborgenheit und klare Grenzen braucht. Strukturierte Abläufe, verbindliche Regeln und Rituale schaffen einen sicheren Rahmen und helfen Gewohnheiten zu bilden. Denn es lernt nicht durch Einsicht oder aus Fehlern, sondern durch emotionales Erleben und Gewöhnung. Neue Situationen, Übergänge oder zu viele Reize können Ängste hervorrufen. Für das Kind sollte der Tag möglichst vorhersehbar sein. Ein normaler überschaubarer Alltag ohne böse Überraschungen trägt dazu bei, dass ein Kind sich entspannen kann. Wenn Erwachsene das Kind nicht überrumpeln, sondern verlässlich ankündigen, was als Nächstes ansteht, fühlt sich das Kind sicher und kann sich eher auf Anforderungen einlassen (vgl. Lambeck 2010: o.S.; Korittko/Pleyer 2010: 146-147; Braun 2015: 26). Auch ein fester Ort für jeden Gegenstand, Ordnung im Zimmer und im Schulranzen helfen dem Kind sich zurechtzufinden, müssen aber vom Erwachsenen vorgegeben und als gute Gewohnheit eingerichtet werden (vgl. Bonus 2008: 277-278).

Elterliche Präsenz und Außenregulation

Die elterliche Präsenz und Verantwortungsübernahme soll für das Kind deutlich spürbar sein, damit es sich daran orientieren kann. Bezugspersonen sollten im positiven Sinne Autorität ausstrahlen und das Kind liebevoll und konsequent anleiten. Es muss von ihnen modellhaft lernen, soziale Beziehungen angemessen zu gestalten, eigene Empfindungen und die anderer richtig zu interpretieren und Gefühlen Worte zu verleihen. (vgl. Lambeck 2010: o.S.; Korittko/Pleyer 2010: 146-147). Bei der Anstrengungsverweigerung ist das entscheidende Moment, dass die Bezugsperson sich nicht in die Rolle des Aggressors hineindrängen lässt. Wenn ein Kind ausrastet, so darf sie sich weder durch Mimik, Gestik, Stimme noch Blicke dazu hinreißen lassen, die Wut, die aus der Übertragung hervorgerufen wurde, dem Kind zu zeigen. Die erwachsene Person darf sich auf keinen Machtkampf mit dem Kind einlassen, sondern muss sich selbst regulieren. Sie muss sich vor den traumatischen Gefühlen des Kindes schützen. Im Wissen um das Übertragungsphänomen werden diese Gefühle nicht gezeigt. Das erfordert große Reflexionsfähigkeit und Selbstbeherrschung, um dem Kind weiterhin liebevoll und wertschätzend zu begegnen. Weinberg empfiehlt der Bezugsperson, ihren „Körper als Resonanzboden“ zur Verfügung zu stellen. Ziel dieser Art von Intervention ist es, über viele Jahre hinweg die Außenregulation durch die Beziehungsperson ins Innere des Kindes dringen zu lassen (vgl. Weinberg 2013a: 35-41, 161f.).

Indem genau beobachtet wird, was sich abspielt in den Minuten oder Sekunden vor dem Auftreten des Problemverhaltens, kann man dem Problem auf die Spur kommen. Oft stellt man fest, dass ein Gefühl der Verlassenheit und der Trauer aufkam. Mit dem Kind herauszufinden, welche Trigger den Automatismus auslösen, hilft ihm langfristig, immer öfter die „Umleitung“ zu nehmen und seine Impulse zu kontrollieren. Neue Verhaltensweisen auf einen Schlüsselreiz einzuüben, erfordert viel Geduld und Einfühlungsvermögen. Doch die Wiederbelebung traumatischer Gefühle kann alte Beziehungs- und Verhaltensmuster korrigieren, wenn deren Ausgang eine positive, befriedigende Erfahrung ist (vgl. ebd.: 18 Kohler-Spiegel 2017: 68-70 Korittko/Pleyer 2010: 133, 138f; Nienstedt/Westermann 2013: 111-113).

Halt geben

Einem Pflegekind kann auch der Halt im Leben gefehlt haben. Im wahrsten Sinne des Wortes hilft es einem Kind sich zu beruhigen, wenn es gehalten wird – sofern es Nähe zulassen kann. An die Hand nehmen, auf dem Schoß wiegen, Massage, liebevoll festhalten usw. erzeugt gute, wohlige Gefühle. Besonders in Phasen der Regression kann es so das Vermisste nachholen – unabhängig von seinem tatsächlichen Alter (vgl. Schmitter-Boeckelmann 2013: 24; Korittko/Pleyer 2010: 230; Weinberg 2013a: 197f.). Winnicott beschreibt es so: *„Zum Halten gehört besonders das physische Halten und Tragen des Säugling, das eine Form der Liebe ist.“* Mütter, die ihr Baby nicht richtig halten können, *„rufen in dem Säugling ein Gefühl der Unsicherheit hervor.“* (Winnicott 1965: 63)

Konsequenzen

Am besten ist es, bei Vorboten eines Ausrasters sofort zu reagieren, um die Negativspirale zu unterbrechen. Das geschieht in eindeutigen, leicht verständlichen, positiv geäußerten Anweisungen, bei denen Blickkontakt zum Kind aufgenommen wird. Doch nicht alle Eskalationen lassen sich vermeiden. Mit einer lösungsorientierten Perspektive bergen Entgleisungen immer auch Chancen, korrigierende Erfahrungen zu machen.

Damit ein Kind lernt, dass sein zerstörerisches oder verletzendes Benehmen Folgen hat, sind unbedingt Konsequenzen erforderlich. Voraussetzung, dass ein Kind sein Verhalten überhaupt verändern kann, ist ein gefüllter „Liebestank“. So wie ein Auto mit einem leeren Tank sich keinen Meter vorwärts bewegt, so nützen alle erzieherischen Maßnahmen nichts, wenn sich das Kind der bedingungslosen Liebe seiner Ersatzeltern nicht gewiss ist (vgl. Chapman/Campbell 2016: 14f., 137-141). Für ein frühtraumatisiertes Kind hält die Autorin aus bindungstheoretischer Sicht die übliche Praxis einer Auszeit für Gift, bei der das Kind allein in einen Raum geschickt wird. Statt dessen sollte dem Kind zum Nachdenken ein Beruhigungssessel oder eine Schutzhöhle in der Nähe der Bezugsperson angeboten oder es sogar auf den Schoß genommen werden (vgl. Weinberg 2013a: 199).

Bei Konflikten wird bei einem bindungstraumatisierten Kind immer das Traumasystem aktiviert und somit seine Bewältigungsstrategie, um die vermeintliche Gefahr zu besiegen. Die Konsequenz auf ein Fehlverhalten sollte immer ein Bindungsangebot enthalten. Manchmal gelingt das nur versteckt, quasi nebenbei. Damit das Kind sich nicht bedroht fühlt, sollte die Bindungsperson nicht frontal, sondern seitlich mit ihm kommunizieren und kein Ultimatum stellen (z.B. mit Bindungsabbruch drohen nach dem Motto „wenn - dann“) (vgl. Göttl 2016: o.S.)

Person und Verhalten müssen strikt getrennt werden. Bezugspersonen dürfen keinesfalls im Affekt handeln oder sich von unverschämtem Verhalten oder Drohgebärden beeindruckt lassen. Sie müssen sich selber zum einen aus der Situation emotional, mitunter auch räumlich, herausnehmen, denn wenn sie wütend oder laut werden, bestätigen sie dem Kind seine bisherige negative Selbsteinschätzung. Zum anderen sollten sie im Eifer des Gefechts keine Strafen verhängen, welche sich nicht umsetzen lassen. Doch Vergessen werden dürfen die Ausraster keineswegs. Mit nachtragenden Ahndungen können sich Bezugspersonen jedoch Zeit lassen, denn sie sollten gut bedacht sein und ohne Vorwarnung verhängt werden, um nicht das Kind in seiner Kontrollstrategie zu bestärken; sie sollten natürliche Schlussfolgerungen des Fehlverhaltens darstellen (vgl. Bonus 2008: 161, 216-219; Bonus 2010: 333-335; Weinberg 2013a: 200).

Um einer Manipulation vorzubeugen, bestimmt nach einer ausgestandenen Eskalation die Bezugsperson – nicht das Kind – wann über die Situation gesprochen wird. Das Fehlverhalten darf nicht stillschweigend übergangen werden! Zunächst wird ein emotionaler Zugang

geschaffen und die vermuteten kindlichen Gefühle werden in Ich-Botschaften benannt. Danach wird dem Kind vermittelt, dass Gewalt in keinster Weise akzeptabel ist und Verzicht auf Gewalt und Entschuldigungen als Zeichen von Stärke zu werten sind. Als Drittes soll das Kind Vorschläge machen, wie künftig Ausraster vermieden werden können. Diese Überlegungen können zur Entdeckung von Schlüsselreizen führen. Als nächstes machen sich Bezugsperson und Kind Gedanken darüber, wie angemessenes Benehmen aussehen würde und üben das ein (z.B. Rollenspiel). Schließlich muss das Fehlverhalten in eine Wiedergutmachung gegenüber Betroffenen münden, um auf sozialer Ebene den Schaden zu beheben. Durch viele Übungssequenzen und Unterstützung Erwachsener wird das Kind allmählich seine Gefühle besser steuern können – die Maßnahmen dienen alle der nachholenden Erfahrung (vgl. Weinberg 2013a 201-203; Braun 2015: 26).

Vorschläge der unten genannten Literatur, wie Sit-ins, Tit-for-Tat oder Waldwanderungen, hält die Autorin im familiären Alltag für nicht umsetzbar bzw. bei Anstrengungsverweigerung nicht sinnvoll. Geeignet erscheinen hingegen Methoden, bei denen das Kind zwischen zwei vom Erwachsenen vorgegebenen Möglichkeiten selbst entscheiden kann, oder ein abrupter Rollenwechsel bzw. Humor, mit deren Hilfe der negative Kreislauf durchbrochen werden kann. Kinder lernen dadurch, dass sie der Angst vor der Angst nicht hilflos ausgeliefert sind (vgl. Weinberg 2013a: 204-209; Bonus 2010: 338-341).

Liebe in fünf Sprachen sprechen

Dass Liebe ein ganz wesentlicher Faktor für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung ist, bestreitet wohl niemand. Liebe drückt sich in unterschiedlichen Sprachen aus, wie Chapman und Campbell herausgearbeitet haben. Wenn schon für unbelastete Kinder die elterliche Liebessprache eine unverständliche Fremdsprache sein kann, trifft dies für traumatisierte Kinder umso mehr zu. Ein Kind benötigt alle fünf Sprachen, aber bei seiner persönlichen „Liebesmuttersprache“ spürt es die ihm entgegengebrachte Liebe am deutlichsten. Die Bekundung der Liebe darf nie an Bedingungen geknüpft werden. Da Anstrengungsverweigernde von diesem Konzept profitieren können, sei es hier kurz umrissen (vgl. Chapman/Campbell 2016: 108f.).

Lob und Anerkennung: Anders als Wertschätzung bezieht sich Lob auf die Anerkennung bestimmter Leistungen, positiven Verhaltens oder neu erworbener Kenntnisse. Noch lange bevor ein Kind die Worte verstehen kann, spürt es anhand nonverbaler Botschaften ganz genau, ob das Lob berechtigt und ehrlich ist. Bewusst in Worte gefasste Anerkennung ermutigt zum Weitermachen und fördert das Selbstwertgefühl und das positive Sozialverhalten – gerade bei Anstrengungsverweigernden kann es nie genug Komplimente und positive Anregungen geben. Jeder kleinste Fortschritt sollte gewürdigt, positives Verhalten nicht als selbstverständlich erachtet werden. Denn warum sollte ein Kind sich anstrengen, wenn sein Beitrag nicht gesehen wird? Lob und Belohnung für Selbstverständlichkeiten bzw. für

ausgelassenes Fehlverhalten spornen das Kind an. Befehle, barsche Worte oder Tadel wirken für ein verletztes Kind umso vernichtender, wenn dessen erste Liebessprache Lob und Anerkennung ist. Eltern sollten mindestens dreimal täglich aussprechen, dass sie das Kind lieben und stolz auf das Kind sind, und es auf diese Weise spüren lassen, dass es von ihnen geliebt wird (vgl. ebd.: 31-44, Bonus 2008: 179-182, 215f.).

Zeit zu zweit: Kinder mit dieser primären Liebessprache fühlen sich nur dann wirklich geliebt, wenn ihnen ungeteilte Aufmerksamkeit, also Quality Time, zuteil wird. Damit ein Kind spürt, dass es in der Qualitätszeit für den Elternteil der wichtigste Mensch ist, muss dieser sich körperlich wie seelisch auf die kindliche Ebene begeben – auch in der Regression. Dies verlangt seitens des Erwachsenen neben Sensibilität im Alltag eine Priorisierung, beispielsweise auch das Ausschalten des Mobiltelefons oder die Planung von Zweisamkeit in der Agenda. Bestens eignen sich zudem gemeinsame Hobbys, vertrauensvoller Gedankenaustausch, Vorlesen oder Rituale beim Zubettgehen. Trotzdem muss der Elternteil sich spontan dem Kind zuwenden, sobald der Liebestank des Kindes „Reservezustand“ anzeigt, d.h. wenn das Kind anhänglich oder „lästig“ wird. Am besten ist es, einen Mangel erst gar nicht entstehen zu lassen, damit ein anstrengungsverweigerndes Kind nicht seine Strategie einsetzen muss, um die notwendige Aufmerksamkeit zu bekommen. Viel liebevoller Blickkontakt wirkt sich „tankfüllend“ aus. Strafblicke oder Nicht-Anschauen aus Ärger kann ein Kind mit dieser Liebessprache kaum ertragen. Für eine Auszeit weggeschickt zu werden, ist ebenso vernichtend. (vgl. Chapman/Campbell 2016: 45-60).

Geschenke: Ein Geschenk ist eine unverdiente Liebesgabe, kein Ersatz für unzureichende Zuneigung oder eine Belohnung bzw. Bestechung für Leistung. Diese Unterscheidung ist für Problemkinder immens wichtig. Ein Geschenk muss nicht teuer sein, sollte aber der Vorliebe des Kindes entsprechen. Schon eine Kleinigkeit – mit Bedacht ausgesucht, liebevoll eingepackt und persönlich überreicht – wird zum Beweisstück der Liebe, das sorgfältig aufbewahrt und stolz vorgezeigt wird. Für ein Kind mit dieser ersten Liebessprache kommt ein Geschenk einer persönlichen Wertschätzung gleich, kein Geschenk entspricht einer Abwertung. Materielle Zuwendung allein reicht jedoch nicht aus, dass ein Kind sich geliebt fühlt, es braucht eine mehrsprachige Liebesbezeugung (vgl. ebd.: 61-75).

Hilfsbereitschaft: Bei dieser Liebessprache zeigt sich die Liebe durch Rat und Tat, in Hilfestellungen und Gefälligkeiten. Die Hilfe sollte stets Hilfe zur Selbsthilfe sein und keine Verwöhnung. Dieser Liebesdienst ist geprägt von selbstlosem und empathischen Engagement, hat aber nichts mit Pflichterfüllung zu tun; vielmehr ist er ein freiwilliger, freudiger Beistand in schwierigen Situationen. Da es bei der Anstrengungsverweigerung dem Kind besonders schwerfällt, um Hilfe zu bitten und sie anzunehmen, gilt es besonders feinfühlig auf Liebesbedürftigkeit zu reagieren. Andererseits darf durch den Liebesdienst eine kindliche Anstrengung nicht umgangen werden. Bei Pflegekindern mit Verweigerungshaltung bzw.

Regression muss die Unterstützung nach dem seelischen Alter geleistet werden. Ein traumatisiertes Kind mit dieser primären Sprache braucht sehr viele „Tankfüllungen“, bis es sich geliebt fühlt, denn es hat die Hilflosigkeit als besonders lieblos erlebt; selbst einen Aufschub der Hilfe oder ein kleines Anzeichen von Widerwilligkeit kann es als Abneigung interpretieren. Für die Bezugsperson kann das bedeuten, dass sie bei den Hausaufgaben geduldig dabeisitzt und das Kind bei jedem Schritt anleitet, sodass es die Mühe auf sich nimmt, nachdem es sich der Liebe versichert hat (vgl. ebd.: 76-89).

Zärtlichkeit: Diese Liebessprache drückt sich z.B. durch Umarmungen, Küsse, Kuseln oder liebevolle Berührungen aus. Bindungstraumatisierte mit dieser Hauptsprache haben ganz viel nachzuholen. Kleinere Kinder auf den Schoß zu nehmen und zu Herzen zu fassen ist noch relativ einfach, bei größeren können andere Möglichkeiten genutzt werden, um Körperkontakt herzustellen, z.B. Täschneln, Kraulen, Massieren, spielerische Ringkämpfe. Manche Pflegekinder mit dieser Liebessprache scheuen den Körperkontakt, weil sie durch Grobheiten, Schläge oder Schlimmeres zutiefst verletzt wurden; sie brauchen sehr behutsame Annäherungsversuche und sanfte Streicheleinheiten, damit sie wieder Vertrauen fassen und ihren Liebestank füllen lassen können. Sehr eindrücklich schildert Weinberg den Ansatz von Mama P., welche bei sehr schwierigen Kindern mit Körperkontakt (Schaukeln, Festhalten, Wiegen) erstaunliche Erfolge erzielte (vgl. ebd.: 90-106; Weinberg 2013a: 210f., Perry 2001: o.S.). Trotz der allgegenwärtigen Angst vor Missbrauch sollten Kinder keinen Mangel an Zärtlichkeit leiden.

Ein Kind sehnt sich nach bedingungsloser Liebe, die Pflegekinder von ihren Herkunftseltern nicht bekommen haben. Grund für ungehöriges Benehmen kann daher ein leerer Liebestank sein. Darum sollte es nicht in erster Linie um Verhaltensänderung (Strafen) gehen, sondern darum, die Ursache zu beheben. Wer als Bezugsperson herausfindet, welche Sprache das Kind hauptsächlich spricht und selbst fünf Liebessprachen beherrscht, gibt einem anstrengungsverweigernden Kind nicht nur das Gefühl geliebt zu werden, sondern dient auch als Modell für Beziehungsgestaltung, Affektregulation, sprachliche Ausdrucksweise, Lerneifer und Lebensbewältigung überhaupt (vgl. Chapman/Campbell 2016: 120-127, 142-148).

Angenehme Erfahrungen

Im familiären Alltag gibt es viele Reibungsflächen, umso bedeutsamer sind die Oasen eines unbeschwerten, schönen Miteinanders, die für ein verletztes Kind vielleicht fremd sind (vgl. Korittko/Pleyer 2010: 215). Wenn Gemeinsamkeiten bisher mit negativen Gefühle verbunden waren, wird es automatisch seine bisherigen Erfahrungen auf die neue Situation übertragen. Umso wichtiger ist es, dass Interaktionen mit neuen Bezugspersonen nicht assoziiert werden mit negativen Emotionen – ansonsten ist dies ein Grund, die Begegnungen zu vermeiden. Bezugspersonen müssen also dafür Sorge treffen, dass im Miteinander viele positive Gefühle entstehen, die motivieren und wiederholt werden wollen. Nicht nur Angst, auch

Freude wirkt ansteckend. Förderlich sind gemeinsame Aktivitäten, für die sich alle Familienmitglieder begeistern können (vgl. Grawe 2004: 65f.; Bonus 2008: 183-186).

Lernbereitschaft fördern

Neurobiologisch betrachtet ist bei Anstrengungsverweigernden eine positive Erregung für den Lernprozess besonders wichtig, um neuronale Bahnungen und die Abspeicherung ins Langzeitgedächtnis zu begünstigen. Denn Veränderungen im Verhalten hängen immer zusammen mit veränderten Strukturen und Abläufen im Gehirn. Emotionale und kognitive Prozesse sind gekoppelt, deshalb eignet sich nichts, was Stress auslösen könnte, z.B. darf das Kind nicht beschämt werden. Die Begleitperson muss strukturiert mit dem Kind an den verweigernden Tätigkeiten arbeiten, damit es lernt, Wesentliches vom Unwesentlichen zu unterscheiden. Die Situationen sind so zu gestalten, dass ein Kind zuversichtlich den Herausforderungen begegnen und sich selbst kompetent erleben kann. Mit vielen Bewältigungserfolgen verringert sich die Gefahr unkontrollierter Stressreaktionen und das Selbstvertrauen wird gestärkt. Das vermittelt Hoffnung und Sicherheit. Um Lernbereitschaft zu fördern, sollte die Neugierde und die Entdeckerfreude geweckt werden. Positive gemeinsame Aktivitäten, Humor und spielerisches Ausprobieren lenken den Blick von Menschen, die ein negatives Selbstbild und eine schwierige Biografie haben, eher auf ihre Ressourcen (vgl. Schwing 2011: 16-31; Bonus 2008: 159, 234f.; Chapman/Campbell 2016:149f.).

Sicherer Ort und Hilfe am Beispiel Schule

Bei einer körperlichen Verletzung wäre es für jeden selbstverständlich erste Hilfe zu leisten. Für seelische Wunden (Notfallreaktion) muss auch ein Notfallkoffer bereitstehen. Zunächst muss das Kind stabilisiert werden. Dabei helfen im schulischen Umfeld klare Vereinbarungen, was ein Kind z.B. im Unterricht machen darf, um seiner Übererregung zu beherrschen, z.B. umherlaufen, summen, an die frische Luft gehen usw. Die Schule wird zum sicheren Ort, wenn das Kind weiß, dass es nicht den Lehrkräften ausgeliefert ist, sondern für sich selber sorgen kann. Dafür brauchen die Erwachsenen in einer Notfallsituation ein Auftreten, das Sicherheit und Ruhe ausstrahlt, z.B. das Kind auf Augenhöhe mit Namen ansprechen, es an der Hand fassen oder in den Arm nehmen, ein kaltes, nasses Tuch auflegen, es unterstützen bei der Orientierung im Hier und Jetzt etc. (vgl. Kohler-Spiegel 2017: 71,79). Wenn das Kind weiß, an wen es sich im Notfall wenden kann und Vertrauen zu dieser Person hat, ist schon viel gewonnen. Voraussetzung ist, dass ein Beziehungsaufbau bereits stattgefunden hat. In der Schule können das Lehrer*innen, Psycholog*innen oder Sozialarbeiter*innen sein, die dem Kind beistehen, bis die Angst weicht. Wichtig ist es, ihm aufmerksam zuzuhören und Hoffnung zu wecken, dass das Kind eine Lösung finden wird, und es bei konkreten Schritten begleiten (vgl. ebd.: 87-90; Gahleitner et al. 2017:134-136).

8.4 Anstrengungsverweigerung überwinden durch Anstrengung

Dieses Phänomen lässt sich nur auflösen, indem die Tätigkeit, die verweigert wird, so lange mit Unterstützung eines Erwachsenen ausgeführt wird, bis sie kein Problem mehr darstellt. Die Schwierigkeit dabei ist, dass sich das Kind gegen die Hilfe genauso sträubt wie gegen die in seinen Augen anstrengende Tätigkeit (vgl. Bonus 2008: 221f.).

Häufig passiert es, dass aus Unkenntnis des Phänomens von einer Überforderung ausgegangen und folglich das Niveau gesenkt wird. Wenn dies erfolgt, erreicht das Kind damit, dass es die Anstrengung umgehen kann. Damit erweist man dem Kind aber keinen Gefallen, weil ihm signalisiert wird, dass man ihm nichts zutraut – was seinem ohnehin geringen Selbstwertgefühl schadet. Außerdem wird es in seiner Verweigerungshaltung bestärkt. Das nächste Mal, wird es nämlich noch mehr trödeln, sich noch ungeschickter anstellen oder sich noch vehementer wehren gegen die Ausübung der Pflicht, damit ihm auch diese erlassen wird. Das führt zu einem weiteren Absenken des Niveaus, sodass beispielsweise ein intelligentes Kind innerhalb kürzester Zeit von der gymnasialen Stufe absteigt bis in die Förderschule. Bonus ist überzeugt, dass dasselbe Kind mithilfe von strukturellen Maßnahmen und persönlicher Unterstützung seine Anstrengungsverweigerung überwinden und das Abitur schaffen könnte. Das erfordert von der Bezugsperson zum einen die feste Überzeugung (Vision), dass dieses Kind kompetent ist und nur die Überlebensangst es daran hindert. Zum anderen braucht es viel Durchhaltevermögen, vom Kind einzufordern, was man von Gleichaltrigen auch verlangen würde. Die Verantwortung dafür trägt die erwachsene Person, sie darf das Kind mit der Anforderung nicht allein lassen, sondern muss die Kluft überbrücken. Nur zusammen mit dem „Brückenbauer“ kann das Kind es wagen, sich der Herausforderung zu stellen, notfalls erledigt die Bezugsperson in Gegenwart des Kindes stellvertretend für das Kind die Aufgabe. Darin unterscheidet sich dieser Modus sehr von gängigen Erziehungsratschlägen, die auf Selbstverantwortung des Kindes setzen (vgl. ebd.: 210-243; Chapman/Campbell 2016: 152f.).

Regeln, Pflichten und Anweisungen müssen klar und unmissverständlich sein. Dabei sollten sich die Erwachsenen bewusst sein, was ihnen wirklich wichtig ist und ob sie bereit sind, das Gewünschte auch einzufordern. Wenn das der Fall ist, benötigen sie Durchhaltevermögen, denn ein anstrengungsverweigerndes Kind wird nicht ohne weiteres bereit sein, sich Mühe zu geben. Also liegt es jetzt an der erwachsenen Person, dafür zu sorgen, dass das Kind das Gewünschte auch tatsächlich tut. Auch mit Ablenkungsmanövern, Ausreden, Lügen oder körperlichen Beschwerden darf ein Kind nicht erreichen, dass ihm die Anstrengung erlassen wird (vgl. Bonus 2008: 210-243; Braun 2015: 25f.). Das hat nichts mit pädagogischer Machtdemonstration, sondern mit Konsequenz zu tun. Denn wenn das Kind erlebt, dass es nur genügend Theater veranstalten muss, um die Aufgabe erlassen zu bekommen, wird sich seine Anstrengungsverweigerung nicht auflösen. Im Gegenteil: Das Kind hat gelernt, dass es

erstens seine Bezugspersonen manipulieren kann und zweites, dass sie nicht genug Standfestigkeit besitzen, um ihm den nötigen Halt zu geben, also nicht vertrauenswürdig sind. Doch ist es Aufgabe der Eltern, das Kind durchs Leben zu führen und Grenzen abzustecken, innerhalb derer sich das Kind sicher bewegen kann (vgl. Bonus 2008: 211f.).

Emotional und kognitiv hinken seelisch verletzte Kinder ihrem biologischen Alter hinterher, sodass ein Schulkind sich beispielsweise wie ein Kleinkind gebärden kann. Ermahnungen, sich altersentsprechend zu verhalten, kommen bei ihnen dann nicht an. In akuten Verweigerungssituationen bringen Diskussionen gar nichts. Hier gilt der Grundsatz: Nicht reden, sondern handeln – und zwar so, als hätte man tatsächlich ein Kleinkind vor sich (vgl. Lambeck 2010: o.S.; Korittko/Pleyer 2010: 146f.).

Je nach Situation und Verweigerungsintensität muss die Bezugsperson das Kind unterschiedlich begleiten: Eine Aufforderung erfolgt immer auf Augenhöhe und wird maximal einmal wiederholt. Kommt das Kind der Aufforderung nicht nach, bleibt die Bezugsperson in der Nähe, bis die Aufgabe erledigt ist – mit der Anwesenheit soll eine wohltuende Sicherheit geschaffen werden, sie ist nicht als Strafe gedacht. Gelingt es dem Kind trotzdem nicht, das Gewünschte zu machen, leitet die Begleitperson es kleinschrittig an, ohne genervt zu reagieren. Falls die Unterweisung nicht ausreicht, intensiviert die erwachsene Person ihre Bemühungen, indem sie dem Kind bei der Arbeit hilft. Verweigert das Kind die Anstrengung hartnäckig weiter, geht die Begleitperson dazu über, in Anwesenheit und unter Einbezug des Kindes die Tätigkeit selbst auszuüben und ihr Tun zu kommentieren. Wie bei der Regression entspricht die Unterstützung dem seelischen Alter des Kindes, nicht dem tatsächlichen. Die Vorstellung ein sehr kleines Kind vor sich zu haben, hilft der Begleitperson, geduldig und liebevoll fortzufahren und die Tätigkeit so attraktiv zu machen, dass das Kind sich schließlich einbringt, ohne es bewusst zu registrieren. Am besten ist es, so zu tun, als wäre es das Selbstverständlichste, dass Elternteil und Kind zusammen interessiert und freudig Dinge erledigen und der Erwachsene dabei Selbstgespräche führt. Die ganze Aktion muss in ein warmherziges Miteinander eingebettet sein und durch ermutigende Worte ergänzt werden, die das kindliche Selbstwertgefühl bestärken, sodass sich das Kind als selbstwirksam erlebt – so als hätte es die Aufgabe selber vollbracht. Dieses passive Lernen setzt darauf, dass ein anstrengungsverweigerndes Kind am Modell lernt, es die Passivität per se als nicht bedrohlich empfindet und somit die Überlebensstrategie nicht aktiviert wird. Es spielt keine Rolle, ob es sich ums Schuhanziehen, Aufräumen oder Zähneputzen, um Hausaufgaben oder Referate handelt. Wenn der Erwachsene sich als Brückenbauer über einen langen Zeitraum hinweg zur Verfügung stellt, gewinnt das Kind an Selbstvertrauen und verliert die lähmende Angst, die es gefangenhält. Auf diese Weise holt das Kind nach, was es in frühester Kindheit hätte erfahren sollen und bewältigt sein Leben statt von der Angst überwältigt zu werden (vgl. Bonus 2008: 222-224, 268-277; Bonus 2011: 23-25; Bonus 2016: 122-147).

Das oben skizzierte Mosaik mit teilweise ungewöhnlichen pädagogischen Bausteinen und die Vorgehensweise im akuten Fall beantworten die Frage nach dem adäquaten Umgang erwachsener Bezugspersonen mit anstrengungsverweigernden Pflegekindern.

9 Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Beratung erwachsener Bezugspersonen

Soziale Arbeit ermöglicht, stabilisiert oder organisiert soziale Beziehungen neu (...)
Leitender Wert solcher „Beziehungsarbeit“ ist die soziale Integration. (Geiser, 2013: 151)

In den vorhergehenden Kapiteln wurden die besonderen Herausforderungen aufgezeigt, mit denen sich Bezugspersonen anstrengungsverweigernder Kinder und Jugendlicher konfrontiert sehen, um nachvollziehbar zu machen, wo die Beratung der Begleitpersonen ansetzen muss. Es geht letztlich darum, dass Eltern-Kind-Beziehungen oder Lehrer-Kind-Beziehungen an Stabilität gewinnen bzw. neu gestaltet werden können, damit sie nicht länger von Traumareinszenierungen beherrscht werden, sondern sich den Bezugspersonen und Kindern neue Freiheiten und positive Erfahrungen eröffnen. Weil Grundsätzliches herausgearbeitet werden soll im Umgang mit den erwachsenen Bezugspersonen, wird das Handlungsfeld der Beratung hier sehr allgemein dargestellt und nicht in bestimmten Organisationen verortet.

Bei den Begleitpersonen handelt es sich z.B. um Pflegeeltern, Lehrer*innen, pädagogische Fachkräfte (Kindergarten, Tagespflege), psychologische oder medizinische Fachkräfte, Beistand*innen, Sozialpädagog*innen oder Schulbegleiter*innen. Diese Erwachsenen suchen aus eigenem Antrieb die Beratung auf, weil die ihnen anvertrauten Kinder in bestimmten Situationen problematisch reagieren und übliche Erziehungskonzepte versagen, oder weil sie geschickt werden. Leider wird häufig sehr lange gewartet, bis eine Beratung in Anspruch genommen wird, sodass der Leidensdruck hoch ist.

Die professionelle soziale Beratung der erwachsenen Klientel findet in (Erziehungs-) Beratungsstellen, Schulen, im Pflegekinderwesen, bei Fortbildungen oder Supervisionen statt. Das problematische Verhalten des Kindes kann auch im Rahmen einer kollegialen Beratung, eines multiprofessionellen Austausches, einer Informationsveranstaltung, einer aufsuchenden Familienarbeit oder einer Telefon- bzw. Online-Beratung thematisiert werden.

9.1 Auftrag

Grundsätzlich muss für alle Betroffenen der Auftrag der Sozialen Arbeit klar sein in Abgrenzung zu einer therapeutischen Tätigkeit. Im Unterschied zur Psychotherapie geht es in der Sozialen Arbeit nicht nur um eine Problemlösung im Gespräch, sondern auch um Vermittlung von Fachwissen und um konkrete Hilfestellungen bei alltagspraktischen, pädagogischen, finanziellen oder versicherungsrechtlichen Fragestellungen (vgl. Widulle 2012: 34-36) sowie um Prävention. Sozialarbeitende in einem psychosozialen Handlungsfeld nehmen eine Aufgabe wahr im Konfliktfeld zwischen den eigenen Ansprüchen ihrer Profession, den Gesellschaftsbedingungen und den Bedürfnissen der Klientel (vgl. Weiß 2013: o.S;

AvenirSocial 2010: 6f.). Die erwachsenen Bezugspersonen der Problemkinder nehmen selbst bereits eine (quasi)professionelle oder (quasi)therapeutische Rolle der Begleitung oder Vermittlung ein, sodass sie als Zielgruppe in doppelter Hinsicht profitieren können.

Da eine Entwicklungsraumstörung alle Lebensbereiche betreffen kann (Privatleben, Schule, Peer, Einforderung von Recht, Beruf), stellt sie lebenslang ein erhöhtes biopsychosoziales Risiko dar (vgl. Eckers 2008: o.S.; Rothdeutsch-Granzer et al. 2015: 171f.). Ziel aller Bemühungen ist es, (indirekt) verlässliche Beziehungen zwischen den betroffenen Eltern und deren Bezugspersonen zu fördern, welche für die gesunde Entwicklung von Selbstidentität, Selbstwirksamkeit, Selbstwert und Gewissen unerlässlich sind und den Nährboden bilden für Liebes-, Arbeits- und Erziehungsfähigkeit des Heranwachsenden (vgl. Nienstedt/Westermann 2013: 80). Darüber hinaus gilt es die Handlungsfähigkeit, z.B. von Ersatzeltern oder Lehrkräften, wiederherzustellen, die aufgrund von Überforderung, Unwissenheit oder Fehlinterpretation der kindlichen Verhaltensweisen in eine Sackgasse geraten sind (vgl. Möhrlein/Hoffart 2014: 95).

9.2 Haltung

Professionelle der Sozialen Arbeit in diesen Beratungssettings sollten vertraut sein mit der speziellen Lebenslage von traumatisierten Pflegekindern, um in der Beratung der Bezugspersonen eine entsprechende professionelle Haltung einnehmen und einen geeigneten Beratungsansatz wählen zu können. Anstrengungsverweigernde gehören zu den stark belasteten Pflegekindern, deren Betreuung mit normalen erzieherischen Fähigkeiten nicht zu bewerkstelligen ist (vgl. Blandow 2002: 23). Im vorigen Kapitel wurden dazu ungewöhnliche Herangehensweisen für den Umgang mit den Problemkindern vorgestellt. Bei der Anstrengungsverweigerung nimmt die Autorin grundsätzlich die Haltung ein, dass positive Veränderungen auf lange Sicht möglich sind. Es wäre jedoch unrealistisch, davon auszugehen, dass alle Kinder in kurzer Zeit vollständig „geheilt“ werden. Erreichbare Zwischenziele anzustreben und Teilerfolge zu würdigen, sind daher wichtige Kompetenzen der Berater*innen.

Da die Schwierigkeiten sich meist in der Familie oder Schule zeigen, erscheint ein systemisch-lösungsorientierter Beratungsansatz als angebracht, denn er befasst sich mit Interaktionen von Individuen, die aufeinander in komplexer Weise bezogen sind und deren Verhaltensweisen sich gegenseitig bedingen. Mit Respekt vor dem Klientensystem, dem Reframing (bei dem problematisches Verhalten positiv umbewertet wird), der Ausrichtung auf Lösungen statt auf Probleme und der Nutzung bisher verschütteter Ressourcen können Sichtweisen der erwachsenen Bezugspersonen verändert und somit auch Änderungen im System angeregt werden (vgl. Schwing/Fryszter 2010: 167-170; Boeger 2009: 104, 106, 130f.) Zusätzlich spricht für diesen Ansatz, dass Anstrengungsverweigerung als Bewältigungsstrategie zu verstehen ist, was in den vorigen Kapiteln ausgeführt wurde.

Für jedes Pflegekind und seine Bezugspersonen gilt es jedoch individuelle Lösungen zu er-

arbeiten. Durch eine Verschränkung des systemisch-lösungsorientierten Ansatzes mit dem klientenzentrierten Ansatz nach Rogers kann dies gewährleistet werden. Wenn Professionelle der Sozialen Arbeit der erwachsenen Bezugsperson wertschätzend, empathisch und authentisch begegnen, schaffen sie günstige Bedingungen für eine wirkungsvolle Beratung. Eine Intervention ist gemäß Rogers angemessen, wenn sie die erwachsene Begleitperson zur aktiven Auseinandersetzung mit sich selbst anregt (vgl. Biermann-Ratjen et al. 2003:13-20, 26-40, 71, 196-201).

Die Grundhaltung beeinflusst das Miteinander, ist handlungsleitend und kann ein Machtgefälle verkleinern oder vergrößern. Auch das Menschenbild der Berater*innen prägt den Beratungsverlauf maßgeblich (vgl. Widulle 2012: 51-55). Am stärksten auf den Erfolg einer Beratung wirkt sich die Berater-Klient-Beziehung aus (vgl. Warschburger 2009: 70).

9.3 Funktionen der Beratung

Ein Beratungsgespräch in der Sozialen Arbeit hat grundsätzlich folgende Funktionen: Es soll erstens den Ratsuchenden umfassendes Wissen und Informationen zur Verfügung stellen. Als nächstes soll es zwischen verschiedenen Akteuren vermitteln, da aufgrund der Komplexität oft mehrere Stellen involviert werden. Es dient drittens dazu, Feedback zu geben, um Änderungen anzuregen und auf bereits Erreichtes hinzuweisen. Außerdem hat das Gespräch selbst eine unterstützende Funktion für Ratsuchende, indem ihre Anliegen ernst genommen werden, ihnen Gehör geschenkt, ihr Einsatz gewürdigt und eine neue bzw. realistische Sichtweise eröffnet wird. Des Weiteren werden mithilfe der Beratung Ressourcen zur Unterstützung erschlossen – finanzieller, struktureller, personeller Art. Um verschiedene Interventionen und Unterstützungssysteme zu koordinieren, wird schließlich ein Hilfeplan erstellt (vgl. ebd.: 152-155).

Für die Beratung erwachsener Bezugspersonen werden im Folgenden die Funktionen bezüglich der Anstrengungsverweigerung näher erläutert.

9.3.1 Information

Um professionell handeln zu können, müssen sich Fachkräfte spezifisches Wissen aneignen. Dies erwerben sie durch Seminare, fachlichen Austausch sowie Lektüre aktueller Forschungsergebnisse und Publikationen zu Trauma, zu gesunden bzw. abweichenden kindlichen Entwicklungsverläufen, zu Pflegekindern, zum Kinderschutz, zu Phänomenen wie (Gegen-)Übertragung, zu Bindung, pädagogischen Konzepten und Methodik usw. (vgl. Weiß 2004: 158f.). Die gezielte Weitergabe von umfassendem Wissen verleiht allen betroffenen Akteuren mehr Sicherheit. Dazu zählen auch Fortbildungsveranstaltungen und didaktische Schulungen für Ratsuchende, sodass z.B. Ersatzeltern lernen, wie sie gegenüber Lehrkräften, Ärzt*innen und Psychologinnen sowie gesellschaftlichen Erwartungen auftreten können (vgl. Gassmann 2013: 22, 25). Wissen schafft die Basis für Veränderungen.

Eine fundierte Aufklärung über das komplexe Störungsbild und die Ursachen, die meist in der

Zeit vor der Fremdplatzierung liegen, bringt oft schon eine große Entlastung und bewirkt eine Haltungsänderung bei den Menschen, die solche Kinder betreuen, die bestimmte Anstrengungen vehement vermeiden. Die Kenntnis der Zusammenhänge führt dazu, dass die Erwachsenen die problematischen Verhaltensweisen eines Pflegekindes nicht sich anlasten und dass sie diese angemessen interpretieren können (vgl. Weinberg 2013a: 212-215). Wenn die Erwachsenen das Phänomen als eine logische Reaktion auf abnormale Ereignisse verstehen, können sie den Kindern besser helfen, ihre auch für sie selbst oft unverständliche Verweigerung einzuordnen und die Angst vor der Angst zu vermindern.

Solides Bindungswissen sollte in den Beratungsprozess eingebracht werden. Mögliche Störungen in einer Beziehung können so erkannt und für Pflegeeltern, Lehrer*innen, Erzieher*innen sinnvolle Maßnahmen veranlasst werden (vgl. Brisch 2006: 251; Scheuerer-Englisch 2017: 42f.). Wenn Lehrkräfte wissen, dass eine sichere Kind-Lehrer-Beziehung einen bedeutenden Schutzfaktor darstellt, können sie bewusst in Beziehungen investieren und so zur Resilienz beitragen (vgl. Grossmann/Grossmann 2007: 294f.; Leuzinger-Bohleber 2009: 22-32).

Professionelle der Sozialen Arbeit haben auch die Aufgabe, den Begleitpersonen begreiflich zu machen, dass in der Reinszenierung eines Traumas, der Regression oder der Übertragung enorme Chancen liegen (vgl. Hardenberg 2008: 92). Es ist schwierig, einem Kind mit einer vehementen Anstrengungsverweigerung gerecht zu werden. Im Kern geht es darum, dass der Veränderungsprozess erst beginnen kann, wenn die Erwachsenen anfangen, die inneren Konflikte des Kindes zu verstehen, indem sie sich emotional davon berühren lassen (vgl. Steimer 2000: 83) – was aber nicht mit Mitleid verwechselt werden darf – und aus diesem Verständnis heraus dem Kind begegnen.

Pflegeeltern brauchen keine guten Ratschläge von Fachkräften, die keine Ahnung vom Alltag mit einem anstrengungsverweigernden Kind haben. Sie benötigen eine Fachperson, die ihnen zuhört und ihnen vermittelt, dass ein Austausch wichtig ist und sie ein Recht auf Unterstützung haben. Da es noch keine bewährten Konzepte gibt für Kinder, die an einer komplexen Entwicklungsstörung nach Frühtraumatisierung leiden, und jeder Fall anders gelagert ist, muss individuell beraten werden (vgl. Weinberg 2013a: 212- 215).

9.3.2 Vermittlung/Kooperation

Die Defizite aufgrund von Anstrengungsverweigerung können gravierend sein. Für die Genesung sollten deshalb sämtliche Kräfte gebündelt werden, indem Eltern, Pflegekinderwesen, Kindergarten, Lehrerschaft, Fachkräfte, Beistandschaft, Ärzteschaft, Therapie etc. sich vernetzen. Wenn alle Beteiligten sich als Team zum Wohl des Kindes verstehen, sich absprechen in der Zielsetzung und Maßnahmen unisono durchziehen, fällt dem Kind die Orientierung leichter (vgl. Weinberg 2013a: 57f.; Weinberg 2013b: 241). Sozialarbeiter*innen können das Case Management übernehmen, um Zuständigkeiten zu klären, Doppelspurig-

keiten zu vermeiden und die Kommunikation untereinander zu erleichtern. Auch die wichtigen Beobachtungen der Bezugspersonen gehen so nicht verloren und können fachlich beurteilt werden. Dafür ist es wichtig, dass sie sich von den Sorgeberechtigten eine Schweigepflichtentbindung geben lassen, um den Austausch einfacher gestalten zu können. Kurze Wege sind besonders relevant, wenn Pflegeeltern oder Lehrkräfte bei einer Eskalation eine Ansprechperson benötigen.

Ein Austausch der verschiedenen Akteure ist unerlässlich. Therapeutische Maßnahmen der Kinder beispielsweise sind nur dann erfolgreich, wenn sie im Alltag umgesetzt werden mit der Hilfe der begleitenden Bezugspersonen. Ein gut aufeinander abgestimmtes multiprofessionelles Team begünstigt den Informationsaustausch und erleichtert die Erschließung von Ressourcen, vor allem wenn es um Entlastung oder um Installation zusätzlicher Hilfen für die Pflegeeltern geht. Begleitpersonen mit eigenen traumatischen Erfahrungen sollten diese so weit verarbeitet haben, dass sie durch Reinszenierungen des Pflegekindes nicht selbst in Angst und Panik geraten. Kontinuierliche fachliche Begleitung und Supervision der Pflegeeltern erweist sich hierbei als hilfreich (Brisch 2008: 28f.). Auch die Vernetzung der Pflegeeltern untereinander ist nicht zu unterschätzen, da sie viel zur deren Psychohygiene und Selbsthilfe beiträgt. Berater*innen sollten auch die enge Kooperation zwischen Eltern und Lehrkräften unterstützen oder anbahnen, die im Sinne eines Frühwarnsystems genutzt werden kann.

9.3.3 Feedback

Echte Anteilnahme und Respekt gebührt den Menschen, welche im Alltag mit anstrengungsverweigernden Kindern zu tun haben. Bisher wurde betont, dass die Betroffenen die Perspektive des Kindes einnehmen sollten. Professionell Beratende sollten sich darüber hinaus in die Situation der Pflegeeltern hineinversetzen können, welche tagtäglich in einem Spannungsfeld stehen und deren seelisch verletztes Kind keine Rücksicht auf ihre Befindlichkeit nimmt, sondern seine „Geschütze ausfährt“, um sich gegen einen vermeintlichen Feind zu wehren. Mit dieser Sicht gelingt ein ehrliches positives Feedback auch für kleine „Siege im Stellungskampf“. Aufgabe der Berater*innen ist es, trotz der vielfältigen Herausforderungen, den Blick auf die vielen positiven Eigenschaften des Pflegekindes, das Gelungene und die Ressourcen zu lenken. Mit der Dokumentation von noch so kleinen Fortschritten können Professionelle der Sozialen Arbeit die Bezugspersonen ermutigen und zur Selbstreflexion anregen.

Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die soziale Umgebung. Sie reagiert oft mit Unverständnis auf das schwierige kindliche Verhalten und den Umgang der Eltern, Lehrkörper, pädagogischen Fachkräfte etc. mit diesem Kind, der nicht der Norm entspricht. Deshalb brauchen die Menschen, die den herausfordernden Kindern begegnen, neben der fachlichen Begleitung ganz viel Rückenstärkung für ihr außergewöhnliches Vorgehen (vgl. Bonus 2008: 172f.).

9.3.4 Unterstützung

In der Beratung ist es die vordringlichste Aufgabe, die Eltern zu ermutigen und zu stützen in ihrem aufreibenden 24/7-Job. Viel ist schon erreicht, wenn Ersatzeltern das bizarre Verhalten als Signale deuten lernen, dass ihr Kind mehr Orientierung, äußere/innere Sicherheit oder Nähe braucht. Vor allem in schwierigen Phasen soll dadurch verhindert werden, dass sich Pflegeeltern innerlich vom Kind distanzieren, denn damit würden sie das Kind in seiner Überzeugung bestärken, dass es keine Liebe verdient. Nur wenn erwachsene Bezugspersonen in ihren Bemühungen Sinn sehen und die Hoffnung nicht aufgeben, können sie dem Kind eine Perspektive eröffnen (vgl. Korittko/Pleyer 2010: 145-147).

Sehr eng damit verbunden ist ein Tabuthema, nämlich die Verwundung der Menschen, die sich für das Pflegekind einsetzen, z.B. in Pflegefamilie, Kindergarten, Schule, Beistand- und Nachbarschaft. Bei Kindern mit vermeidendem Bindungsmuster fühlen sie sich oft abgelehnt, bei Strategien wie der Anstrengungsverweigerung oder der Kontrolle empfinden sie Ohnmacht oder Wut. Die Wiederherstellung bzw. Kräftigung der (elterlichen) Zuständigkeit ist ein bedeutsames Ziel (vgl. Gassmann 2015: 21-25; Korittko/Pleyer 2010: 220).

Ein offenes Ohr für die Nöte, Ängste und Unzulänglichkeiten der Erwachsenen bildet die Grundlage für eine Vertrauensbasis. Eine Bewertung sollte unterbleiben. Den Ersatzeltern muss von den Professionellen der Sozialen Arbeit immer wieder gesagt werden, dass sie nicht perfekt sein müssen. Bei Fehlern sollen sie ohne Vorwürfe und Gesichtsverlust bei der Aufarbeitung begleitet werden. Regelmäßige Supervision sollte zum Standardprogramm für Pflegeeltern gehören. Weil alle Kinder bewirken, dass bei Bezugspersonen sowohl positive als auch negative eigene Kindheitserfahrungen reaktiviert werden; kann das mitunter zu inneren Konflikten führen. Das erfordert Hilfe zur Selbstreflexion, um Verständnis für innere Vorgänge aufzubringen, ohne dass die Begleitpersonen beschämt werden. Es geht darum, gemeinsam mit den Ratsuchenden Informationen zusammenzutragen, Perspektiven und Strategien zu entwickeln und ihre Handlungsmöglichkeiten zu erweitern (vgl. Steimer 2000: 46; Kohler-Spiegel 2017: 88f.).

Schließlich gehören in den Aufgabenbereich der Beratung auch die Planung von Förderungs- und Therapiemöglichkeiten, die Klärung der Beschulung, Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten, die Begleitung von Übergängen, Treffen mit anderen Akteuren des Helfersystems, Triagen an Rechtsberatungen usw., welche auf die individuellen Erfordernisse abgestimmt werden müssen.

9.3.5 Hilfeplan

Vieles wurde unter Vermittlung und Unterstützung bereits angesprochen. Die Hilfen sollten prozesshaft entlang der Bedürfnisse der Ratsuchenden geplant und fachlich begründet sein und neuen Gegebenheiten angepasst werden. Dazu ist die Kenntnis und die Interpretation des Phänomens erforderlich, damit auch wahrscheinliche (Neben-)Wirkungen in Betracht

gezogen werden können (vgl. Flammer 2004: 11).

9.4 Selbstfürsorge

Sich mit seelisch schwer belasteten Kinder zu befassen und deren Bezugspersonen zu unterstützen und sie zu ermutigen, trotz minimaler Fortschritte nicht aufzugeben, bedarf der eigenen Reflexion, der Selbstfürsorge, der Supervision sowie des Austauschs in einem Team. Vor allem wenn kindliche oder elterliche Verhaltensweisen widersprüchlich sind und das Helfersystem zu spalten drohen, sollte an Übertragungsreaktionen gedacht werden (vgl. Weiß 2004: 144f., 154-166). Professionelle der Sozialen Arbeit, welche mit den Anliegen der Bezugspersonen anstrengungsverweigernder Kinder befasst sind, müssen sich bewusst um die eigene Psychohygiene kümmern, um sich nicht vom Trauma anstecken zu lassen oder überzogene Erwartungen zu hegen (vgl. Lewis Herman 2003: 193-203).

Zusammenfassend lässt sich die Fragestellung der Thesis so beantworten: Die Aufgabe Professioneller der Sozialen Arbeit in der Beratung von Eltern und anderen erwachsenen Bezugspersonen besteht darin, das Phänomen der Anstrengungsverweigerung bekannt zu machen, die betreuenden Erwachsenen zu ermutigen und sie dabei zu unterstützen, die Kenntnisse zu Bindung und Trauma in der Praxis umzusetzen. Ziel der Beratung ist es, deren Beziehungsarbeit zu fördern, damit ein Kind aus dem Gefängnis der Anstrengungsverweigerung befreit werden kann.

Vor den weiterführenden Gedanken wird mit folgendem Zitat Resümee gezogen:

Diese Erfahrung – der eigenen Handlungsohnmächtigkeit – wirkt wie eine körperliche Verletzung: Sie tut weh. Weil es sich jedoch um eine psychische Verletzung handelt, sieht man sie nicht. Und wenn man Dinge nicht sieht, weiß manchmal weder der Betroffene noch sein Umfeld, dass sie existieren. (Kasper 2017: 153)

10 Diskussion und weiterführende Gedanken

Die Ausführungen von Bonus hält die Autorin für einen wesentlichen Beitrag, Traumafolgen besser verstehen und das unbekanntes Phänomen als Anstrengungsverweigerung einordnen zu können. Aber sie hat auch Kritikpunkte. Bonus legt enormen Wert auf schulische Leistungen, weil sie darin den Schlüssel sieht, sich in unsere Erwerbsgesellschaft zu integrieren. Das hat zwar seine Berechtigung, könnte aber dazu führen, dass der Schulabschluss zum Maßstab für das Gelingen eines Pflegeverhältnisses erhoben wird. Die soziale Isolation erscheint der Autorin ebenso gewichtig, insbesondere im Hinblick auf den Integrationsauftrag Sozialer Arbeit. Darüber hinaus sind Bonus Ausführungen als Ideale zu verstehen, welche durchaus erstrebenswert, aber aufgrund oftmals ungenügender Ressourcen für „durchschnittliche“ Pflegeeltern kaum realisierbar sind. Außerdem könnte man den Eindruck gewinnen, Traumatisierungen würden vollkommen geheilt, insofern genügend Zeit und Engagement aufgebracht werden; es bleiben zumindest (schmerzhaft) Narben (vgl. Steimer 2000: 44f.). Neuronale Bahnungen lassen sich leider nicht löschen.

Folgende weiterführende Gedanken ergeben sich für die Autorin aus der Thesis:

Forschungsbedarf

Es spornte die Autorin an, sich einem Thema zu widmen, das wissenschaftlich noch wenig erforscht und selbst bei begleitenden Erwachsenen wenig bekannt ist. Im Vorfeld stellte sich heraus, dass der Begriff der Anstrengungsverweigerung von Bonus erstmals geprägt wurde und es kaum Veröffentlichungen anderer Autoren dazu gibt. Der Fokus der Thesis lag auf der Anstrengungsverweigerung; andere Bewältigungsstrategien unter die Lupe zu nehmen, wäre sicherlich lohnenswert. Das empirische Wissen über Pflegekinder und ihre Pflegefamilien weist große Lücken auf, ebenso das der Adoptivkinder, für deren vermehrte Verhaltensauffälligkeiten es aufgrund widersprüchlicher Studienergebnisse bislang keine zufriedenstellenden Erklärungen gibt (vgl. Adelsberger 2008: 95). Es stellt sich auch die Frage, inwieweit sich die gewonnenen Erkenntnisse auf Heimkinder übertragen lassen. Es besteht also erheblicher Forschungsbedarf.

Im Rahmen dieser Arbeit war es nicht möglich, sich der Resilienz zu widmen. Leider konnten weder statistische Zahlen gefunden werden zur Häufigkeit der Anstrengungsverweigerung selbst, noch Langzeitstudien zur Resilienzentwicklung bei Pflegekindern. Bewusst ausgeklammert wurde in dieser Arbeit auch die Überlegung, wie sich spezielle pädagogische Ansätze innerhalb einer Familie auf nicht problematische Pflegegeschwister auswirken. Diesen Fragen nachzugehen, wäre interessant.

Diese Thesis beschränkt sich auf ansonsten gesunde Pflegekinder. Die Autorin vermutet, dass auch Kinder, welche bei ihren leiblichen Eltern aufwachsen, sich eine Anstrengungsverweigerung aneignen können. Falls dies sich durch Forschungsergebnisse bestätigte, könnte dies Konsequenzen haben für die Bewertung auffälligen Verhaltens, für Kindergarten- oder Schulkonzepte und Interventionen. Kinder mit Behinderungen sind noch viel häufiger der Gefahr traumatischer Erfahrungen ausgesetzt. Ihre mitunter bizarren Verhaltensweisen unter dem Aspekt von Bindung, Traumatisierung und Bewältigungsstrategien zu betrachten, könnte bestehende Vorgehensweisen infrage stellen und ganz neue Perspektiven eröffnen im Umgang mit beeinträchtigten Kindern sowie Erwachsenen.

Im Zuge der weltweiten Migration ist damit zu rechnen, dass vermehrt Kinder kommen, die sequentielle Traumatisierungen von Entbehrung, Krieg, Flucht etc. erlebt haben und als Folge davon vor Anforderungen zurückschrecken. Um ihnen angemessen zu begegnen zu können, bedarf es neben einer fachlichen Expertise auch Handlungsanleitungen, damit sie integriert werden können in Schule, Gesellschaft und Arbeitsleben.

Unter dem Blickwinkel der Bindungstypen lohnte es sich, die langfristigen Folgen einer frühen außerfamiliären Betreuung leiblicher Kinder zu erforschen, deren Eltern sich im Konflikt zwischen persönlicher Betreuung und einer Erwerbstätigkeit für eine Tagesbetreuung entschieden haben. Wie Richard Bowlby sieht auch die Autorin eine frühe Fremdbetreuung

mit Sorge, wenn eine kontinuierliche individuelle Betreuung nicht gewährleistet werden kann. Wie die Forschungsergebnisse der 1950er Jahre zu Veränderungen führten, so könnten sich breit angelegte Langzeitstudien nachhaltig auf Praxis der Betreuung von Kindern unter 30 Monaten (Institution oder Tagespflege) auswirken (vgl. Bowlby R. 2014: 213-215).

Prävention

Traumawissen muss verbreitet werden, um nicht nur Fachpersonen zu sensibilisieren. So werden z.B. geschulte Lehrkräfte bei vagen Andeutungen eines Kindes hellhöriger sein und früher Kindeswohlgefährdungen in Betracht ziehen und entsprechende Maßnahmen einleiten, um das Kind vor weiteren Verletzungen zu schützen (vgl. Brisch 2017: 17). Angesichts des unsäglichen Leids, das traumatisierte Menschen lebenslang begleitet, sollte viel Aufklärung geleistet werden, damit Kinder erst gar nicht verletzt werden bzw. frühzeitig alternative Erfahrungen machen können. Um möglichst breite Bevölkerungsschichten präventiv zu erreichen, wäre verbindlicher Schulunterricht mit Themen wie Übergang zur Elternschaft, Bindung und Traumatisierung eine gute Möglichkeit. Ein breites niederschwelliges Angebot zur Behebung erkannter Defizite könnte der transgenerationalen Weitergabe von Traumata vorbeugen.

Da ungünstige Startbedingungen in der frühen Kindheit nachweislich durch gezielte Förderung positiv beeinflusst werden können, sollte präventiv weit mehr getan werden (vgl. Siegler et al. 2016b: 407; Leuzinger-Bohleber/Canestri/Target 2009: 9). Interdisziplinäre Teams (Ärzt*innen, Hebammen, Pflegepersonal, sozialpädagogische Familienhilfe, sozialmedizinische Versorgung usw.) könnten sich rund um die Geburt um die Eltern und Neugeborenen kümmern, um positive Bindungserfahrungen von Anfang an zu ermöglichen – sowohl im stationären wie im familiären Bereich. Eine Begleitung wäre besonders hilfreich für Risikoschwangere, Eltern mit psychosozialen Risikofaktoren, Frühgeborene, behinderte Kinder oder traumatisierten Eltern (Verlusterfahrungen, Migration). Denn nicht nur die Mutter hat im Übergang zur Elternschaft körperliche und psychische Herausforderungen zu bewältigen. Die Eltern-Kind-Beziehung profitiert davon, wenn Professionelle die ängstlichen, unerfahrenen oder verzweifelten Eltern durch ressourcenorientierte Gespräche stabilisieren, sie sensibilisieren für die kindlichen sowie die eigenen Bedürfnisse und Ressourcen aktivieren (vgl. Ollefs 2017: 86-101). Solche präventiven Interventionen können entscheidende Weichen stellen.

Manche Verfasser warnen vor zu hohen Erwartungen an präventive Maßnahmen – vor allem bei der Problematik der Vernachlässigung, weil manche Eltern trotz Unterstützung durch Erziehungshilfen und Therapie ihre Verhaltensweisen nicht ausreichend verändern können (Nienstedt/Westermann 2013 22; Brisch 2006: 244-250). Wenn das Kindeswohl in solchen Fällen nicht per se gefährdet ist, könnte staatlich geförderte professionelle Tagespflege eine Alternative darstellen zur Herausnahme des Kindes aus der Ursprungsfamilie – im Sinne

einer gemeinsamen Verantwortung und des Modelllernens für die leiblichen Eltern (vgl. Glaeser 2018: 54-59).

Angesichts der Folgekosten (z.B. mangelnde Bildung, keine Erwerbstätigkeit, Sucht, soziale Ausgrenzung), welche durch die Anstrengungsverweigerung entstehen können, liegt es im gesellschaftlichen Interesse, dass präventiv gearbeitet wird. Hohe Kosten für therapeutische Maßnahmen könnten dadurch vermutlich eingespart werden. Auch die Ergebnisse der breit angelegten ACE-Studie sollten ökonomische Überlegungen in Gang setzen. Danach können Kindheitserfahrungen bis ins Alter Einfluss nehmen auf die biopsychosoziale Gesundheit. So entspricht beispielsweise die Redensart „an einem gebrochenem Herzen zu sterben“ (Felitti et al. 2007:23) der Realität vieler, die in der Kindheit traumatisiert wurden. Die Zeit allein heilt die Wunden eines Menschen nicht, dazu bedarf es vieler nachholender Erfahrungen sowie der Umschreibung der Selbstkonzeptes. Ansonsten können (Bindungs-)Traumata auf nachfolgende Generationen übertragen werden (vgl. Felitti et al. 2007: 22ff). Aus Forschungsergebnissen sollten gesellschaftliche Konsequenzen folgen!

Gesellschaftliche Verantwortung und Gesetzgebung

Eine gesetzliche Regelung, welche Homeschooling erlaubt für Kinder mit Traumafolgestörungen, könnte allen Beteiligten Entlastung bringen und für Bildungsgerechtigkeit sorgen, ebenso die Kostenübernahme für Privatunterricht. Innerhalb bestehender Schulsysteme erleichterten Schulbegleitungen den Alltag; das gleiche trifft zu auf Nachteilsausgleiche für Traumatisierte oder für Schulkonzepte, bei denen die besonderen Bedürfnisse der schwierigen Kinder berücksichtigt werden – auch sichtbar im Personalschlüssel – mit dem Ziel, sie in die Gemeinschaft zu integrieren (vgl. Möhrlein/Hoffart 2014: 98-100).

Um den Bindungsmangel zu beheben, empfiehlt Lambeck eindringlich, dass zu Beginn eines Pflegeverhältnisses nur die Ersatzeltern den Säugling versorgen, ihn nah am Körper tragen und ihn nicht alleine lassen. Mit maximal zwei Bezugspersonen ist es leichter für das kleine Kind, das Beziehungsangebot anzunehmen und eine stabile Bindung aufzubauen (vgl. Lambeck 2010: o.S.). Praktisch bedeutet dies, dass ein Elternteil zuhause bleibt oder beide in Teilzeit arbeiten, sodass rund um die Uhr eine Bezugsperson verfügbar ist, um auf die Bedürfnisse einzugehen und mit dem Kind im Dialog zu stehen. Wenn man die Erkenntnisse über Bindung und Trauma ernst nimmt, müsste die Care-Aufgabe, welche Ersatzeltern im gesellschaftlichen Auftrag leisten, entsprechend finanziell und ideell honoriert werden. Ihre Bemühungen sollten durch ausreichende Ressourcen unterstützt werden, auch über den 18. Geburtstag des Pflegekindes hinaus, das aufgrund seiner Entwicklungsstörungen viel nachzuholen hat.

Bei chronischen Traumata stellt sich auch die Frage nach der gesellschaftlichen Verantwortung. Zum einen betrifft dies die Verhinderung bzw. frühzeitige Beendigung der kindlichen Verletzung, indem das direkte Umfeld nicht wegschaut, sondern eingreift, somit also

Verantwortungsbewusstsein zeigt. Zum anderen sollte die soziale Umwelt die Betroffenen auch bei der Traumaverarbeitung unterstützen. Für beides bedarf es der öffentlichen Sensibilisierung (vgl. Brandmaier 2015: 41f.).

Für Menschen, die sich gerne sozial engagieren, aber nicht langfristig festlegen wollen, wäre eine Unterstützungsfamilie aus dem Quartier oder eine Patenschaft denkbar zur Entlastung der Pflegeeltern (vgl. Hardenberg 2002: 36). Diese zu schulen und begleiten, wäre eine durchaus sinnvolle Aufgabe für die Soziale Arbeit.

Die weiterführenden Gedanken verdeutlichen, dass es zum einen auf Wissenserweiterung und Prävention ankommt und zum anderen eine Anstrengungsverweigerung als Ausdruck eines Mangels zu verstehen ist, für dessen Behebung nicht allein die Pflegeeltern oder andere direkt Betroffene zuständig sind, sondern auch die Gesellschaft.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Adelsberger, Deborah (2008). Psychiatrische Störungen bei Adoptivkindern. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin im Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg. In: <https://d-nb.info/991196856/34> [Zugriff: 29.8.18].
- Ahnert, Lieselotte (2014). Bindungsentwicklung im Spannungsfeld von Familie und öffentlicher Betreuung. In: Brisch/Hellbrügge. Wege zur sicheren Bindung in Familie und Gesellschaft. 2. Aufl. von 2009. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 79-93.
- Anderssen-Reuster, Ulrike (2015). Wie Bindung gut gelingt. Was Eltern wissen sollten. Stuttgart: Schattauer.
- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial.
- Bettelheim, Bruno (1971). Liebe allein genügt nicht. Die Erziehung emotional gestörter Kinder. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bettelheim, Bruno (1975). Der Weg aus dem Labyrinth. Leben lernen als Therapie. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Berkic, Julia (2010). Bindung als Voraussetzung für Bildung. In: Geiger, Gunter/Spindler, Anna (Hrsg.). Frühkindliche Bildung. Opladen/Farmington Hills: Verlag Barbara Buderich: 79-92.
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria/Eckert, Jochen/Schwartz, Hans-Joachim (2003). Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. 9. überarb. & erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- BFS= Bundesamt für Statistik Schweiz (2018). In: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburtentodesfaelle/adoptionen.html> [Zugriff: 28.7.18].
- Blandow, Jürgen (2002). Fachliche Leitbilder im Pflegekinderbereich – Neue Entwicklungs- und Handlungsfelder in der Familienerziehung. In: Familien für Kinder (Hrsg.). Pflegekinder. Heft 1/02. S. 22-39.
- Boeger, Annette (2009). Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte. Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bolten, Margarete/Schneider, Silvia (2010). Wie Babys vom Gesichtsausdruck der Mutter lernen. In: Kindheit und Entwicklung. 19 (1). S. 4-11.
- Bonus, Bettina (2006). Mit den Augen eines Kindes sehen lernen. Band 1: Zur Entstehung einer Frühtraumatisierung bei Pflege- und Adoptivkindern und den möglichen Folgen. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Bonus, Bettina (2008). Mit den Augen eines Kindes sehen lernen. Band 2: Die Anstrengungsverweigerung. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Bonus, Bettina (2010). Mit den Augen eines Kindes sehen lernen. Band 3: Liebe und nachtragende Konsequenz – eine spezielle Pädagogik für aggressive, regelverletzende, grenzüberschreitende Pflege- und Adoptivkinder. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Bonus, Bettina (2011). Anforderungen bewältigen können stärkt das Selbstbewusstsein. Wenn Pflegekinder Anstrengungen verweigern. Netz 3/2011. S. 22-25.
- Bonus, Bettina (2016). Mit den Augen eines Kindes sehen lernen. Band 4: Bonus-Methode – eine Skizzierung am Beispiel Lügen und Stehlen. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Bowlby, John (1995). Mutterliebe und kindliche Entwicklung. 3. Aufl. München: Ernst Reinhardt.
- Bowlby, John (2006). Bindung. München: Ernst Reinhardt. (Übersetzung Originalausgabe von 1969).

- Bowlby, Richard (2014). Das Londoner Modell der bindungsorientierten Tagesbetreuung. Hintergrund. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hrsg.). Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. 2. Aufl. von 2009. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 213-224.
- Braun, Liselotte (2015). Erziehen – auf die harte oder weiche Tour? Unerwartet reagieren bewirkt Veränderung. Netz 2/2015. S. 25-27.
- Brisch, Karl Heinz (2006). Adoption aus der Perspektive der Bindungstheorie und Therapie. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge Theodor (Hrsg.). Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 222-258.
- Brisch, Karl Heinz (2008). Bindung und Trauma – Schutz und Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekinds (Hrsg.) Bindung und Trauma – Konsequenzen in der Arbeit für Pflegekinder. Tagungsdokumentation der 16. Jahrestagung am 30.5.2005. 2. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner. S. 13-41.
- Brisch, Karl Heinz (2009). Die frühkindliche außerfamiliäre Betreuung von Säuglingen und Kleinstkindern aus der Perspektive der Säuglingsforschung. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie AKJP. In: https://www.khbrisch.de/media/brisch_akjp_krippen_120309_3.pdf [Zugriff: 18.10.18].
- Brisch, Karl Heinz (2014). Bindung, Psychopathologie und gesellschaftliche Entwicklungen. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hrsg.). Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. 2. Aufl. von 2009. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 350-371.
- Brisch, Karl Heinz (2017). Trauma ist nicht gleich Trauma. Die spezifischen Auswirkungen von Bindungstraumatisierungen auf Opfer, Täter und Behandler. In: Brisch, Karl Heinz (Hrsg.). Bindungstraumatisierungen. Wenn Bindungspersonen zu Tätern werden. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 12-22.
- Brandmaier, Maximiliane (2015). Trauma und Gesellschaft – Kritische Reflexion. In: Gahleitner, Silke/Frank, Christina/Leitner, Anton (Hrsg.). Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 38-51.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2005). Stellungnahme zur „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)“. In: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ADHSLang.pdf [Zugriff: 7.11.18].
- Caritas-Kinderheim gemeinnützige Gesellschaft mbH (Hrsg.) (2018). Stabile Pflegeverhältnisse. Ein Ergebnis professioneller Arbeit in der Therapeutischen Übergangshilfe mit traumatisierten Vor- und Grundschulkindern. Hörstel-Riesenbeck: Lammert Druck.
- Chapman, Gary/Campbell, Ross (2016). Die 5 Sprachen der Liebe. Wie Kinder Liebe ausdrücken und empfangen. Marburg a.d.L.: Francke.
- Duden Anstrengung (o.J.). In: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Anstrengung> bzw. In: <https://www.duden.de/rechtschreibung/anstrengen> [Zugriff: 28.7.18].
- Duden Verweigerung (o.J.) In: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Verweigerung> bzw. In: <https://www.duden.de/rechtschreibung/verweigern> [Zugriff: 28.7.18].
- Eckers, Dagmar (2008). Die Hilflosigkeit bei traumatisierten Babys und Kleinkindern – wie können Pädagogen früh und wiederholt traumatisierten kleinen Kindern helfen? In: <http://traumaforum-berlin.de/wp/wp-content/uploads/2010/02/Dagmar-Eckers-Die-Hilflosigkeit-bei-traumatisierten-Babys-und-Kleinkindern.pdf> [Zugriff: 29.8.18].

- Esser, Barbara/Wiemann, Irmela (2012). Sie werden nie eine normale Familie sein. Gespräch mit Irmela Wiemann über Adoption. Nido. Heft 9/2012. S. 37-39.
- Felitti, Vincent/Fink, Paul/Fishkin, Ralph/Anda, Robert (2007). Ergebnisse der Adversive Childhood Experiences (ACE)-Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte. In: Trauma und Gewalt Heft 2/2007. S. 18-32.
- Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter (1999). Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt.
- Flammer, August (2004). Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. 3. korr. Aufl. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.
- Frieling, Werner (2003). Das Herz des Steines. Ein Erfahrungsbericht über die Arbeit mit Pflegekindern. Lage: Verlag Hans Jakobs.
- Gahleitner, Silke/de Hair, Ingeborg/Weinberg, Dorothea/Weiß, Wilma (2014). Traumapädagogische Diagnostik und Intervention. In: Gahleitner, Silke Brigitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hrsg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 251-279.
- Gahleitner, Silke/Gerlich, Katharina/Hinterwallner, Heidemarie/Radler, Hermann (2017). Kein Täter werden? In: Brisch, Karl Heinz (Hrsg.). Bindungstraumatisierungen. Wenn Bindungspersonen zu Tätern werden. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 127-139.
- Garbe, Elke (2016). Neurobiologie und Trauma bei Kindern und Jugendlichen. In: Zeitschrift Jugendhilfe Jg. 54, Nr. 2: S. 132-137.
- Garbe, Elke (2018). Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen. 3. Aufl. von 2015, Stuttgart: Klett -Cotta.
- Gassmann, Yvonne (2013). Elternschaft macht verwundbar, Pflegeelternschaft auch. Auch Kinder haben Macht und Einfluss. In: Netz 2/2013. S. 21-25.
- Geiser, Kaspar (2013). Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung. 5. überarb. Aufl. Luzern: interact Verlag.
- Gerrig, Richard (2016). Psychologie. Hallbergmoos: Pearson Deutschland GmbH.
- Glaeser, Janina (2018). Sorgemöglichkeiten: Professionelle Tageseltern verändern familiales Werden. In: Psychosozial. 41. Jg. Heft 1 (Nr. 151). S. 52-60.
- Göppel, Rolf (2009). Was brauchen Kinder und Jugendliche zum gelingenden Aufwachsen? Bedenken und Befunde zu einem pädagogisch bedeutsamen Thema. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik. 7. Jg. (4). S. 414-437.
- Göttl, Christoph (2016). Von Säugetierinstinkten und Bindungstraumata. In: <http://www.kinderjugendpsychiatrie.at/qualitatssiegel-und-presse> [Zugriff: 1.12.18].
- Grawe, Klaus (2004). Neuropsychologie. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/Prag: Hogrefe.
- Grossmann, Klaus/Grossmann, Karin (2007). Die Entwicklung von Bindungen: Psychische Sicherheit als Voraussetzung für psychologische Anpassungsfähigkeit. In: Opp, Günther/Fingerle, Michael (Hrsg.) (2007). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 2. Aufl. München: Reinhardt. S. 279-298.
- Hardenberg, Oliver (2002). Fachliche Leitbilder im Pflegekinderbereich – Neue Entwicklungs- und Handlungsfelder in der Familienerziehung. In: Pflegekinder 1/2002: S. 22-39.
- Hardenberg, Oliver (2008). Konsequenzen für die Pflegeeltern – Übertragung traumatischer Bindungs- und Beziehungserfahrungen in die Pflegefamilie. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.) Bindung und Trauma – Konsequenzen in der Arbeit für Pflegekinder. Tagungsdokumentation der 16. Jahrestagung am 30.5.2005. 2. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner. S. 85-101.
- Herrmann, Daniela (2012). Adoptivstillen. Kinderkrankenschwester. 31. Jg. Nr. 3. S. 99-102.

- ICD-10 (2018). In: www.icd-code.de/suche/icd/recherche.html [Zugriff: 17.10.18].
- Kasper, Bernd (2017). Kindeswohl. Eine gemeinsame Aufgabe. Ein Leitfaden für Studierende und Fachkräfte der Sozialen Arbeit. Göttingen/Bristol: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kohler-Spiegel, Helga (2017). Traumatisierte Kinder in der Schule. verstehen auffangen stabilisieren. Ostfildern: Patmos.
- Korittko, Alexander/Pleyer, Karl Heinz (2010). Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kreiner, Barbara/Schrimpf, Marlene/Gahleitner, Silke/Pieh, Christoph (2015). Überlegungen zur Diagnostik traumatischer Belastungen. In: Gahleitner, Silke/Frank, Christina/Leitner, Anton (Hrsg.). Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 80-94.
- Knollmann, Martin/Knoll, Susanne/Reissner, Volker/Metzelaars, Jana/Hebebrand, Johannes (2010). Schulvermeidendes Verhalten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht Erscheinungsbild, Entstehungsbedingungen, Verlauf und Therapie. Deutsches Ärzteblatt Jg. 107. Heft 4. 29. Januar 2010. S. 43-49.
- Lambeck, Susanne (2010). „Nur“ schwere Kindheit oder traumatisiert. In: <https://www.moses-online.de/fachartikel-%E2%80%99Enur%E2%80%99C-schwere-kindheit-oder-traumatisiert> [Zugriff: 11.9.18].
- Leuzinger-Bohleber, Marianne (2009). Resilienz – Eine neue Forschungsperspektive auf frühe Entwicklungsprozesse. In: Leuzinger-Bohleber, Marianne/Canestri, Jorge/Target, Mary (Hrsg.). Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS. Frankfurt: Brandes & Apsel Verlag. S.18-37.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne/Canestri, Jorge/Target, Mary (2009). Kontroversen zu unterschiedlichen Zugangsweisen zu frühen Entwicklungen und ihren Störungen. In: Leuzinger-Bohleber, Marianne/Canestri, Jorge/Target, Mary (Hrsg.). Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS. Frankfurt: Brandes & Apsel Verlag. S. 9-17.
- Lewis Herman, Judith (2003). Die Narben der Gewalt. Paderborn: Jungfermann Verlag.
- Lüdin, Cyril (o.J.).Pränatale Bindungsprogrammierung: Nabelschnuraffekt. In: <https://www.eltern-kindbindung.net/fachpersonen/pr%C3%A4natale-bereich/nabelschnuraffekt/> [Zugriff: 17.10.18].
- Meir, Golda (o.J.). In: https://www.gutzitiert.de/zitat_autor_golda_meir_thema_mut_zitat_31672.html [Zugriff: 22.11.18].
- Mirescu, Christian/Peters, Jennifer/Gould, Elizabeth (2004). Early life experience alters response of adult neurogenesis to stress. Nature Neuroscience. Volume 7. No. 8. S. 841-846.
- Möhrlein, Gerald/Hoffart, Eva-Maria (2014). Traumapädagogische Konzepte in der Schule. In: Gahleitner, Silke/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hrsg.). Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 91-102.
- Möhrlein, Gerald (2016). Trauma und Schule. Vortrag vom 02.11.2016. In: https://uol.de/fileadmin/user_upload/beref/Downloads/Trauma_und_Schule_2.11.2016.pdf [Zugriff: 03.10.18].
- Nienstedt, Monika/Westermann, Arnim (2013). Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. 4. Aufl. von 2007. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Ollefs, Barbara (2017). Stärkung der elterlichen Ankerfunktion und Bindung rund um die Geburt. Erfahrungen in der familienbezogenen Beratung im Übergang zur Elternschaft. In: Götting, Gesine/Bromann, Carsten/Möller,Matthias/Piorunek, Markus/Schattanik, Michael/Werner, Anja (Hrsg.). Zeit geben - Bindung stärken. Konzepte der Beratung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 86-103.
- Overfeld, Hildegard (2015). Konzeption. Perspektive individuelle Erziehungshilfen GmbH. In: http://www.perspektive-erziehungshilfen.de/images/content/konzepte/Konzept_Perspektive_individuelle_Erziehungshilfen_GmbH.pdf [Zugriff: 7.8.18].
- Paul, Jean (o.J.). In: <https://www.aphorismen.de/zitat/14761> [Zugriff: 14.8.18].
- Perry, Bruce (2001). „Bonding“ und „Attachment“ bei mißhandelten Kindern. Folgen von emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit. In: Internetzeitschrift des Landesverbandes für Kinder in Adoptiv und Pflegefamilien S-H e.V. (KiAP) und der Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie (AGSP). Jg. 2001. In: <http://www.agsp.de/html/a9d.html> [Zugriff: 22.11.18].
- Purtscher-Penz, Katharina (2015). Traumatisierung in der Kindheit und Jugend. In: Gahleitner, Silke/Frank, Christina/Leitner, Anton (Hrsg.). Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 95-105.
- Reimer, Daniela (2008). Siegener Erklärung zur Kontinuität in der Biografie von Pflegekindern. In: http://www.uni-siegen.de/pflegekinder-forschung/siegener_erklaerung/ [Zugriff 17.10.18].
- Rothdeutsch-Granzer, Christina/Weiß, Wilma/Gahleitner, Silke (2015). Traumapädagogik – eine junge Fachrichtung mit traditionsreichen Wurzeln und hoffnungsvollen Perspektiven. In: Gahleitner, Silke/Frank, Christina/Leitner, Anton (Hrsg.). Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 171-184.
- Schärer von Cranach, Annelies (2006). Der Mensch entsteht durch Kommunikation. Die Entwicklung in der frühen Kindheit – neu aufgerollt unter einer systemisch-ökologischen und handlungstheoretischen Perspektive. Bern: EditionSolo.
- Scheuerer-Englisch, Hermann (2017). Bindungstheorie als Grundlage für die Arbeit mit Kindern, Eltern und Familien in Familienbildung und Erziehungsberatung. In: Götting, Gesine/Bromann, Carsten/Möller,Matthias/Piorunek, Markus/Schattanik, Michael/Werner, Anja (Hrsg.). Zeit geben - Bindung stärken. Konzepte der Beratung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 27-51.
- Schmalohr, Emil (1968). Frühe Mutterentbehrung bei Mensch und Tier. Entwicklungspsychologische Studie zur Psychohygiene in der frühen Kindheit. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schmidt, Gunther (2016). Wertvolle Information. Widerstand aus hypnosystemischer Sicht. In: Journal bso Nr.1 vom 29.2.16. S. 6-11.
- Schmid, Marc/Fegert, Jörg/Petermann, Franz (2010). Taumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. In: Kindheit und Entwicklung. Band 19. Heft 1. Göttingen: Hogrefe. S. 47-63.
- Schmitter-Boeckelmann (2013). Warum es häufig mit uns so schwierig ist. Erkenntnisse der Neurobiologie und der Psychotraumatologie als Beitrag zum Verständnis des Verhaltens und Erlebens von Pflegekindern. In: . Fachzeitschrift Pflegekinder und Kinderschutz. 1/2013: S. 21-24.
- Schwing, Rainer (2011). Liebe, Neugier, Spiel – Wie kommt das Neue in die Welt? Systemische und neurobiologische Betrachtungen. In: Bonney, Helmut (Hrsg.). Neurobiologie für den therapeutischen Alltag. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 11-41.
- Schwing, Rainer/Fryszler, Andreas (2010). Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Seiterle, Nicolette (2018). Ergebnisbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder Schweiz 2016. Zürich: Päch Pflege- und Adoptivkinder Schweiz. In: https://pa-ch.ch/wp-content/uploads/2018/03/Ergebnisbericht_Bestandesaufnahme_Pflegekinder_Schweiz_2016.pdf [Zugriff: 28.7.18].
- Siegler, Robert/Eisenberg, Nancy/De Loache Judy/Saffran, Jenny (2016 a) Theorie der sozialen Entwicklung. In: Pauen, Sabina (Hrsg.). Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. Berlin/Heidelberg: Springer VS. S. 313-352.
- Siegler, Robert/Eisenberg, Nancy/De Loache Judy/Saffran, Jenny (2016b). Bindung und Entwicklung des Selbst. In: Pauen, Sabina (Hrsg.). Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. Berlin/Heidelberg: Springer VS. S. 397-438.
- Spöck, Bernadette (2011). Anstrengungsvermeidungsmotivation als spezifisches Leistungsmotiv im beruflichen und schulischen Kontext von Lehrlingen. Diplomarbeit. Universität Wien. Studium der Psychologie. In: http://othes.univie.ac.at/17110/1/2011-11-07_0415359.pdf [Zugriff: 9.8.18].
- Statista (2018). Anzahl der minderjährigen Kinder in Familien in Deutschland von 2000 bis 2017. In: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/197783/umfrage/minderjaehrige-kinder-in-deutschland/> [Zugriff: 8.8.18].
- Statistisches Bundesamt Destatis (2018). URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/SozialeLeistungen/KinderJugendhilfe/Tabellen/HilfenErziehungAusElternhausMerkmal.html> [Zugriff: 8.8.18].
- Steimer, Brigitte (2000). Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie. Freiburg: Lambertus.
- Streeck-Fischer, Annette (2006). Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, Annette (2011). Trauma und Entwicklung. Folgen von Traumatisierung in Kindheit und Jugend. In: Bonney, Helmut (Hrsg.). Neurobiologie für den therapeutischen Alltag. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 119-134.
- Veith, Comelia/Zoller-Mathies, Susanne (2008). Die Bindungstheorie. Überblick und neuere Forschungsansätze. Innsbruck: Sozialpädagogisches Institut, Fachbereich Pädagogik, SOS Kinderdorf (Hrsg.). In: https://www.sos-kinderdorf.at/getmedia/c23cbf7c-4f49-4e04-a6f1-cac063c305b2/Veith_Bindungstheorie [Zugriff 18.10.18].
- Warschburger, Petra (2009). Beratungsprozess.. In: Warschburger, Petra (Hrsg.). Beratungspsychologie. Heidelberg: Springer, S. 38-79.
- Wiemann, Irmela (2008). Zusammenleben mit seelisch verletzten Kindern. Nachdruck einer älteren Fassung in mittendrin, Zeitschrift des Bundesverbandes behinderter Pflegekinder e.V., Papenburg, Hefte 5/2005 bis 2/2006. In: <http://www.irmelawiemann.de/seiten/artikel.htm> [Zugriff: 23.07.18].
- Weinberg, Dorothea (2013a). Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern. Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit. 2. Aufl. von 2010. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, Dorothea (2013b). Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. 5. Aufl. von 2005. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weiß, Wilma (2004). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 2. aktual. Aufl. Weinheim/München: Juventa.
- Weiß, Wilma (2013). Die Selbstbemächtigung als Methode der Traumapädagogik. Vortrag auf der Fachtagung "Trauma und Politik" am 24.01.2013 in Frankfurt. In: <https://www.medico.de/die-selbstbemaechtigung-als-methode-der-traumapaedagogik-14485/> [Zugriff: 24.7.18].
- Widulle, Wolfgang (2012). Gesprächsführung n der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 2.,durchg. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.

- Winnicott, Donald (1965). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler Verlag.
- Wollwerth de Chuquisengo, Ruth (2012). Integrative Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung (IESK-B). In Frühförderung interdisziplinär. 31. Jg. 1. Quartal 1/2012. S. 39-43.
- Zimbaro, Philip/Gerrig Richard (2008). Psychologie. 20. aktual. & erw. Aufl. Hallbergmoos: Pearson.

Anhang

Anhang I: Fallbeispiele (Teil 1).....	XV
Fallbeispiel Kim.....	XV
Fallbeispiel Jasmin.....	XV
Fallbeispiel Marcel.....	XV
Anhang II: Abbildung 3.....	XVI
Anhang III: Fallbeispiele (Teil 2).....	XVII
Fallbeispiel Kim – Fortsetzung.....	XVII
Fallbeispiel Jasmin – Fortsetzung.....	XVII
Fallbeispiel Marcel – Fortsetzung.....	XVII

Anhang I: Fallbeispiele (Teil 1)

Fallbeispiel Kim

Die Pflegemutter sagt zu **KIM**: „Jetzt ist es aber Zeit für die Hausaufgaben!“ ...Er revoltiert: „Lass mich in Ruhe! Du hast mir gar nichts zu sagen!“ Die Mutter erhöht den Druck: „Schluss jetzt! Die Hausaufgaben müssen gemacht werden, sonst ...!“ Mit schärferem Stimmklang und verärgerter Mimik droht sie Konsequenzen an. Kim nimmt den Druck als gegen sich gerichtet wahr, als Infragestellung seiner Existenzberechtigung und reagiert darauf mit Kampfverhalten. Er schreit: „Du Fotze bist gar nicht meine Mutter!“, und schlägt und tritt nach ihr.

(leicht verändertes Fallbeispiel aus: Gahleitner et al. 2014: 268-269)

Fallbeispiel Jasmin

Die Pflegemutter sitzt nun schon elf Jahre jeden Nachmittag neben **JASMIN** am Küchentisch und beaufsichtigt ihre Hausaufgaben. Würde sie dies nicht tun, dann wäre Jasmin heute niemals auf dem Gymnasium und schon gar nicht in der Oberstufe, aber auch auf keiner anderen Schule, denn von allein tut sie nichts. Selbst in Anwesenheit der für Struktur sorgenden Pflegemutter schafft es Jasmin, sich immer wieder herauszuwinden: Sie muss noch zur Toilette, sich etwas zu essen machen, etwas nachgucken, kurz jemanden anrufen oder sie sieht einfach aus dem Fenster und träumt. Die Diagnose der kinder- und Jugendpsychiatrie war, dass Jasmin am Hyperkinetischen Syndrom (HKS) bzw. unter einem ADHS (= Aufmerksamkeitsdefizit. Und Hyperaktivitätsstörung) bzw. ADHD (=Attention Deficit Hyperactivity Disorder) leidet, eine häufige, vorschnelle Diagnose.

Sie bekommt schon seit langem Ritalin, das auch streckenweise hilft; aber aus eigenem Antrieb, von allein, würde sie auch mit Medikament nie etwas für die Schule tun. Das Problem ist nie wirklich verschwunden, es flammt immer wieder auf, ob mit Ritalin, Verhaltenstherapie oder ganz ohne Behandlung. Tatsache ist, dass die Pflegemutter um alles kämpfen muss, was Jasmins Anstrengung erfordert. Am eindrücklichsten zeigt sich dies bei den Hausaufgaben; aber das Problem erstreckt sich durchaus auch auf Dinge wie Zähne putzen, Bett machen, Zimmer aufräumen und Musikinstrument üben. Alles, aber auch alles, jede Bewegung bedeutet einen Kampf. Dabei ist Jasmin eine höchst sympathische Zeitgenossin, auffällig gut erzogen, mit guten Manieren und äußerst zuvorkommend, einfach ein liebenswertes Mädchen. Das ändert nichts daran, dass diese Nachmittage häufig mit einer völlig erschöpften Pflegemutter enden und früher, noch in der achten Klasse, hat Jasmin am Schluss am Boden gelegen, schreiend um sich getreten, außer sich vor Wut. (Bonus 2006: 27-28)

Fallbeispiel Marcel

Der elfjährige **MARCEL** schlitzt seine Augen zusammen und versucht seinen gefährlichen Blick zu zeigen. Das soll seiner Pflegemutter schon mal Angst einjagen. „Du hast mir gar nichts zu sagen! Ich mache, was ich will!“ Da knallt auch schon die Haustür ins Schloss, und wieder einmal ist er weg. Abends gegen 23:00Uhr wird er wahrscheinlich wiederkommen und vielleicht morgen in die Schule gehen oder auch nicht, ganz nach Tageslaune. Manchmal geht er schon vor dem Frühstück, manchmal erst danach.

Marcel „besucht“ die fünfte Klasse der Sonderschule für Erziehungshilfe, das heißt, er besucht sie selten. Entweder geht er von selbst nicht hin oder, wenn er mal da ist, bekommt er wieder einen Verweis für ein paar Tage wegen extrem schlechten Benehmens. So geht das schon seit Jahren. Sein Wissensstand ist der eines Erstklässlers, trotz seiner hohen Intelligenz. Dafür kann er sich gut durchschlagen, kennt alle Zugverbindungen im Umkreis von mehreren hundert Kilometern, schnorrt Zigaretten, klaut in Geschäften und legt hier und dort ein Feuerchen. (Bonus 2006: 23)

Anhang II: Abbildung 3

Symptomliste der Komplexen Entwicklungsstörung nach Frühtraumatisierung

I. Bindung	V. Verhaltenskontrolle
Unsicherheit bzgl. Verlässlichkeit und Vorhersehbarkeit Probleme mit Grenzen Misstrauen und Argwohn Soziale Isolation Interpersonelle Schwierigkeiten Schwierigkeiten, sich in emotionale Zustände anderer Menschen hineinzusetzen Schwierigkeiten, die Perspektiven anderer einzunehmen Schwierigkeiten, sich Verbündete zu machen	Geringe Impulssteuerung Selbstschädigendes Verhalten Fremdaggressives Verhalten Pathologisches Selbstberuhigungsverhalten Schlafstörungen Essstörungen Substanzmissbrauch Überanpassung Oppositionelles Verhalten Schwierigkeiten, Regeln zu verstehen und zu befolgen Kommunikation der traumatischen Vergangenheit durch Reinszenierung im Alltag oder Spiel (sexualisiert, aggressiv etc.)
II. Biologie	VI. Kognition
Sensomotorische Entwicklungsstörung Empfindlich gegenüber Körperkontakt Schmerzempfindlichkeit Schwierigkeiten mit Koordination, Gleichgewicht und Muskeltonus Somatisierung Ein großes Spektrum medizinischer Probleme, z. B. Magenschmerzen, Asthma, Hautprobleme, Autoimmunstörungen, Pseudo-Krampfanfälle	Probleme der Aufmerksamkeitsregulation und ausführender Funktionen Weniger lange andauernde Neugier Probleme bei der Aufnahme neuer Information Probleme bei der Konzentration und Beendigung von Aufgaben Objektkonstanzschwierigkeiten Schwierigkeiten, vor auszusehen und zu planen Probleme, den eigenen Beitrag zu den äußeren Umständen zu erkennen Lernschwierigkeiten Sprachentwicklungsstörungen Probleme bei der Zeit- und Raumorientierung Akustische und visuelle Wahrnehmungsstörungen Eingeschränkte Aufnahmefähigkeit für komplexe räumlich-visuelle Muster
III. Affektregulation	VII. Selbstkonzept
Schwierigkeiten bei der Affektregulation Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen und inneren Erfahrungen Probleme beim Erkennen und Beschreiben innerer Zustände Schwierigkeiten, Wünsche und Sehnsüchte zu kommunizieren	Eingeschränkt kontinuierliches und vorher-sagbares Selbstkonzept Eingeschränktes Empfinden, eine eigene Person zu sein Körperbildstörung Niedriges Selbstbewusstsein Scham- und Schuldgefühle
IV. Dissoziation	
Unterscheidbar unterschiedliche Bewusstseins-zustände Amnesie Depersonalisation und Derealisation Zwei oder mehr unterschiedliche Bewusstseins-zustände mit Gedächtnisstörung für zustands-bezogene Ereignisse	

Tabelle nach Cook et al., 2003*

VIII. Sexualität		
<i>Sexuell übergreifiges Verhalten</i>	<i>Masturbation dient Autoregulation</i>	<i>Fühllosigkeit</i>
<i>Promiske Kontaktaufnahme</i>	<i>Sexuelle Stimulation erforderlich</i>	<i>Opferverhalten</i>

* © Übersetzung Oliver Schubbe (2005) in Hensel & Meusers Hrsg. (2005) EMDR mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe

Abbildung 3: Symptomliste der Komplexen Entwicklungsstörung nach Frühtraumatisierung (Weinberg, Dorothea 2013a: 15)

Anhang III: Fallbeispiele (Teil 2)

Fallbeispiel Kim – Fortsetzung

Die Mutter hatte aber schon am Spannungszustand und Blick von **KIM** die innere Veränderung erkannt und reagiert jetzt nicht spontan, sondern hat Selbstregulation eingesetzt, ist ruhig geworden und sagt: „Du, wart mal gerade. Ich merke, wie ich mich aufrege, und das tut uns beiden nicht gut. Ich will mich erst einmal beruhigen und dann gucken wir weiter. Ich stell mich erst einmal ans Fenster und beruhige mich.“ Weil sie erarbeitet hat, dass Kim durch die Aufrechterhaltung des Blickkontaktes und körperlicher Nähe weiter eskaliert, schaut sie zum Fenster hinaus, wendet Atemtechniken an, lockert Mimik, Muskulatur und Stimmbänder. Nach einigen Minuten dreht sie sich wieder um: „Also mir geht es jetzt wieder besser – und wie geht es dir?“ „Ich bin so traurig.“ „Fühlst du dich vielleicht ganz allein?“, fragt die Mutter. „Ja, ich kann das doch nie!“ „Möchtest du, dass ich bei dir bleibe?“ Kim nickt stumm. Als sie sich hingesetzt haben, fragt die Mutter: „Du hast recht, dass ich nicht deine leibliche Mutter bin. Wir haben dich erst nach deiner Geburt zu uns genommen und haben dich sehr lieb! Jeder macht Fehler und Fehler sind ganz normal. Möchtest du, dass ich dir zeige, wenn ich einen Fehler sehe?“ Kim guckt verunsichert: „Aber nichts sagen – nur zeigen.“ (leicht verändertes Fallbeispiel aus: Gahleitner et al. 2014: 269)

Fallbeispiel Jasmin – Fortsetzung

JASMIN wirkt nach außen wie ein überdurchschnittlich wohl erzogenes, aber auch erfolgreiches Kind. Sie spielt Querflöte, geht zum Tanzunterricht, turnt einmal pro Woche, joggt auch ganz gerne, hat gute Umgangsformen, ist immer ansehnlich gekleidet, ist begehrt bei ihren Klassenkameraden und hat unglaubliche soziale Kompetenzen. In der Oberstufenzeit ist sie engagiert, setzt sich für Schwächere ein und meistert auch diese Zeit mit Bravour. Niemand würde vermuten, wie viel tägliche Arbeit von ihr und von ihrer Pflegeeltern, zu denen sie ein liebevolles und vertrauensvolles Verhältnis hat, dahinter steckt. Niemand würde vermuten, dass sie ihre ganze Schulzeit fast nur lernend bzw. das Lernen verweigernd am Schreibtisch verbringt. Glücklicherweise geben ihre Pflegeeltern, trotz aller Bedenken, dass Jasmin ihre Kindheit am Schreibtisch sitzend verpasst, nie auf, denn Jasmin hat durch ihre frühen grausamen Kindheitserlebnisse der ersten fünf Jahre alle Voraussetzungen im Leben zu scheitern. Niemand würde heute ihren schweren Start ins Leben dahinter vermuten, denn sie hat sich so wunderbar positiv entwickelt und kann jetzt durch die unermüdliche Arbeit ihrer Pflegemutter ein normales bürgerliches Erwachsenenleben führen – ein kleines Wunder... (Bonus 2006: 178-179)

Fallbeispiel Marcel – Fortsetzung

MARCEL lernt schon nach zwei Wochen in der intensiven Beratung und Begleitung, sich an die Regeln der Pflegeeltern zu halten und beginnt mit der Intensivbegleiterin den über Jahre verpassten Schulstoff aufzuholen. Nur noch ein einziges Mal muss der Notarztwagen kommen und noch zweimal läuft er weg, dann ist der Spuk vorbei. Marcel lernt tagsüber bei seiner Begleiterin soziale Situationen zu meistern und arbeitet für die Schule. Zum Abend und zur Nacht ist er dann wieder zu Hause.

Nach drei Monaten kann er eine private katholische Regelschule besuchen und geht jetzt nur noch Nachmittags zum sozialen und schulischen Lernen zu seiner Begleiterin. Nach drei weiteren Monaten findet sich ein privates katholisches Gymnasium, das bereit ist, Marcel trotz seiner Vorgeschichte aufzunehmen. Leider sind es 40 km Schulweg, aber die Pflegemutter ist bereit dieses Opfer auf sich zu nehmen... Er wird ein guter bis durchschnittlicher Schüler und kommt nur noch einmal pro Woche zu seiner Begleiterin, die ihn an diesem Tag auch stets in die Schule begleitet und so einen engen Kontakt zur Schule und den einzelnen Lehrern halten kann. Zudem erkennt sie dadurch unmittelbar soziale und leistungsmäßige Schwierigkeiten.

Marcel hat das Glück, eine hervorragende Klassenlehrerin zu bekommen, die es schafft, in einer Klasse mit mehreren nicht ganz unauffälligen Kindern eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich jeder wohl fühlen kann, jeder auf seine Weise integriert ist und es trotz mancher Schwierigkeiten keine Außenseiter gibt – eine ganz herausstechende

Begabung dieser Lehrerin.

Marcel kann sich in dieser Zeit öffnen. Seine überaus liebenswerten Seiten bekommen immer mehr Gewicht. Er hängt sehr liebevoll an seinen Pflegeeltern und an seiner Begleiterin. Viele gute Gespräche werden mit ihm möglich, in deren Verlauf er über seine Ängste sprechen kann. Er weint und hat Angst verlassen zu werden oder dass jemand Liebes stirbt. Immer mehr kommt Stück für Stück eine ganz sensible Seele zum Vorschein, die mit seinem aggressiven und weglafendem Verhalten von früher nur von all den tiefen Ängsten ablenken wollte....(Bonus 2006: 173-174)