

## GAIMH Jahrestagung, St.Virgil-Salzburg von 06.-08. März 2014

(Protokoll, Forum 3, am 07.März)

### **Vortrag 1:**

#### **Bindungstraumatisierte Kinder in einer Pflege- oder Adoptivfamilie: Diagnostik, Therapie, Prävention (Karl Heinz Brisch):**

- „Basic Fault“ (M. Balint) = Bindungsstörung; keine innere Repräsentation v. Urvertrauen
- das Lebensalter zw. 3-4,5 und 11-13 stellt eine besonders sensible Phase für eine Traumatisierung dar
- je länger die Dauer der Traumatisierung vor dem 12. Lj., desto größer die Schädigung (u.a. der Sensitivität für Belohnung und Bestrafung)
- die Dauer bzw. die Dosis beeinflusst die exponentielle Veränderung der Hirnentwicklung!
- Zu den Traumatisierenden Erlebnissen zählen u.a.:
  - Verbale Misshandlungen: verursachen eine Schädigung des Sprachzentrums sowie einen viel größeren Grundstress
  - Zeugenschaft von häuslicher Gewalt: führt ebenso zu Veränderungen im Gehirn
  - Körperliche Gewalt und Bestrafung: führen häufig zu Suchttendenzen
  - Emotionale Deprivation: damit ist ein 24h durchgängiger Stress gemeint und bedeutet somit Gewalt an das Kind
- Neuronale und körperliche Wachstumshormone werden nicht ausreichend gebildet, wenn zu wenig emotionale, beziehungsorientierte Versorgung stattfindet.
- Die Felitti-Studie bzgl. Kosteneinsparungen im Falle von Präventionsarbeit (Dosis-Wirkung-Beziehung an 50j.) ergab: je mehr Gewalterfahrungen in der Kindheit, desto mehr psychische und somatische Erkrankungen im Erwachsenenalter.
- Problem bei Pflege- und Adoptiveltern: die eigene Psychopathologie wird weder begutachtet noch hinterfragt!
- Moses-Behandlungsmodell:

Kinder, die in den ersten Lebensjahren traumatisierende Erfahrungen machten, werden stationär aufgenommen und mittels der Intensiv-Psychotherapie (ohne Medikation!) behandelt. Die Kinder bekommen eine „Bezugsschwester“, um einerseits eine neue Bindungserfahrung machen zu können und andererseits um einen alternativen Umgang mit Stress und Affekten zu erlernen. Dazu gibt es eine 1:1 Co-Regulation (time intensive), um dem Kind das Erleben seiner negativen Emotionen zu ermöglichen ohne sich selbst oder jemand anderen zu verletzen und somit eine neue Form der Emotionsregulation zu

erfahren. Nach nur 3-4 Monaten reicht nur eine kleine Unterstützung aus, da das Kind die Emotionsregulation verinnerlicht hat und sich nun selber und v.a. anders regulieren kann.

B.A.S.E. – Babywatching:

1x/ Woche wird mit dem Kind eine gesunde Mutter mit ihrem gesunden Baby (= gesunde Interaktion) beobachtet. Wichtig ist danach eine 1:1 Co-Regulation, um die ausgelösten Emotionen aufzufangen.

- Fallbsp.: Elias, 8 Jahre
- Safe-Modell für Pflege- und Adoptiveltern für eine intensive Ausbildung bzgl. Bindungsstörungen
- Frühe Traumatisierungen benötigen intensive Betreuung!!
  
- Unterlagen und weitere Informationen zu diesem Thema findet man unter:
  - [www.safe-programm.de](http://www.safe-programm.de)
  - [www.base-babywatching.de](http://www.base-babywatching.de)
  - [www.khbrisch.de](http://www.khbrisch.de)

## Fragen:

1. Die Kinder kommen zuerst in eine Bereitschaftsfamilie und dann folgt der Prozess aus Ärzten und Pflegefamilie (unterschiedliche Entscheidungsprozesse).  
Gibt es ein Modell oder ein System vor Ort, um schneller zu einer Entscheidung zu gelangen?

*Momentan gibt es noch keine gute Lösung. Familiengericht, Gutachten, Jugendamt, usw. machen diese langwierigen Prozesse aus.*

2. Die Erfahrungen mit den Gerichten zeigt, dass die Jugendrichter (aber auch das Jugendamt) dazu tendieren, die Kinder eher bei den leiblichen Eltern unterzubringen. Wie sieht es damit aus?

*In Deutschland haben die leiblichen Eltern immer das Umgangsrecht. Neue Entwicklungen bewegen sich dahingehend, dass das schwächste Glied, also das Kind mehr Rechte hat und dass mit Hilfe eines Gutachtens bekräftigt wird, dass es für das Kind entwicklungsförderlich ist, keinen Kontakt zu den leiblichen Eltern zu haben. Die Gespräche mit den Familiengerichten laufen noch.*

3. Gibt es auch Angebote für die leiblichen Eltern?

*Ja, das „safe special“ ist auch für die leiblichen Eltern gedacht. Jedoch ist es schwierig, mit denen in Kontakt zu kommen aufgrund ihrer negativen emotionalen Befindlichkeit (wütend, frustriert, ..). Aber die Idee ist da.*

4. Wieviele Kinder können nach der Therapie zu den Eltern zurück und wieviele brauchen eine andere Lösung?

*1 von 10 Kinder oder sogar weniger. Wichtig ist, dass auch die Eltern eine Therapie in Anspruch nehmen!*

5. Wieviel Nähe darf eine Kinderkrankenschwester zulassen?

*Wichtig ist in erster Linie, dass für das Kind keine Selbst- und/ oder Fremdverletzung möglich ist. Manchmal ist es dabei notwendig, das Kind festzuhalten.*

*Kuscheln und Trösten ist auch erlaubt.*

*Körperkontakt ist auch kein Problem, solange das Kind nicht getriggert wird.*

6. Was tun, wenn die Sehnsucht nach den leiblichen Eltern groß ist? Ist eine geschützte Auseinandersetzung mit den Eltern möglich?

*Es herrscht ein pathologisches Täter-Bindungsmuster, deshalb ist ein Kontaktabbruch wichtig, um den Stresslevel zu senken. Der Kontakt im geschützten Rahmen ist nicht produktiv, da es den Heilungsprozess erschwert. Man kann den Zustand auch als eine pathologische Fraktur der emotionalen Befindlichkeit bezeichnen.*

*Nach der Therapie ist eine größere Differenzierung durch das Kind möglich.*

7. Wie sehen die Erfahrungen mit Großeltern als Pflegefamilie aus?

*Großeltern sind sehr beliebt, jedoch wird dies sehr kritisch betrachtet aufgrund der familiären Dynamik bzw. der dynamisch familiären Verstrickungen.*

## **Vortrag 2:**

### **Fremdunterbringung bei Säuglingen und Kleinkindern: was bedeutet das für die Selbstentwicklung und die Beziehungsbedürfnisse dieser Kinder? (Maria Mögel):**

- Bezieht sich unser Vergehen wirklich auf die Bedürfnisse der Kinder?  
Fallbsp.: Enver 8 Monate  
Fallbsp.: Valentina 4,5 Jahre
  
- Studie von Marie Meierhofer & Wilhelm Keller: „Frustration im frühen Kindesalter“ (HansHuber Verlag)
- Herausforderungen der Fremdunterbringung:
  - Belastungen durch vorangehende Risiken
  - Belastungen durch die Fremdplatzierung selber (z.B.: zu viele Wechsel)
  - Belastungen durch Probleme in der Passung von Kind und Pflegeeltern
- Aktuelle Forschungsarbeiten:
  - „Kontamination“ oder Erholung bei Besuchskontakten (Deprez, 2011)
  - Commitment & Delight (Dozier & Bernard, 2011)
- Von Dozier & Bernard gibt es zahlreiche Forschungen über Pflegeeltern in den USA.
  
- Folge von Objekt- und Umweltverlust in der frühen Kindheit (z.B.: Langzeiteffekte nach Todesfällen in der frühen Kindheit (Rutter, 1996), die zu einer 5fachen Erhöhung einer patholog. Entwicklung im Erwachsenenalter führen können!)
- Eine Rückplatzierung des Kindes ist gleichzusetzen mit einem Beziehungsbruch.
  
- Fallbsp.: Diego
- Fallbsp.: Jimmy, 5 Jahre

## **Fragen:**

1. Finden Täterkontakte nur im therapeutischen Milieu statt?

*Selbstverständlich! Besuchskontakte müssen gut geplant und vorbereitet sein. Es braucht eine gute Indikation.*

2. Die Akzeptanz des Kindes ist wichtig für eine positive Beziehung/ Bindung. Wie wird darauf geachtet?

*Der Schutz und der Kontakt sind wesentlich für die Kinder und wichtig, dass diese das auch so wahrnehmen.*

*Es ist zudem wichtig dazwischen zu kontrollieren, was das Kind braucht.*

3. Sind vertraute Gegenstände/ Dinge von leiblichen Eltern erlaubt? Im Sinne von Biographieerhaltung?

*Vertraute Gegenstände sind sehr wichtig und auch empfehlenswert. Dabei spielt die Indikation wieder eine wichtige Rolle! Zudem sind Einfühlungsvermögen und Kreativität gefragt.*

4. ad Fremdunterbringung: was, wenn Kinder die leiblichen Eltern sehen möchten? Ab wann ist die Sehnsucht nach leiblichen Eltern pathologisch?

*Antwort von Karl Heinz Brisch:*

*Zuerst einmal ist es wichtig zwischen gesunder und pathologischer Bindung zu unterscheiden!!*

*Es war eine Studie geplant, bei der die Cortisolausschüttung beim Kind während eines Besuchskontaktes gemessen worden wäre. Die Studienerlaubnis wurde durch das Jugendamt nicht gestattet!*

(Eine Antwort von Frau Mögel war aus zeitgründen nicht mehr möglich.)