



Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

## Bindungsbeziehungen in der Heimerziehung

Ute Ziegenhain

11. Landeskonferenz Heimerziehung:  
Beziehung und Bindung in der Heimerziehung  
7. Mai 2015, Mainz





## Gliederung

Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung – eine belastete Gruppe

Die Grundlagen: Bindung als psychobiologische „Anpassungsausrüstung“

„Nowhere to go“ - wenn die Bindungsperson nicht verfügbar ist / sich dysfunktional verhält oder das Kind bedroht

Bindung bei Heimkindern

„Hoffnungsvolle Bindungen“ - Heimerziehung als zweite Chance ?

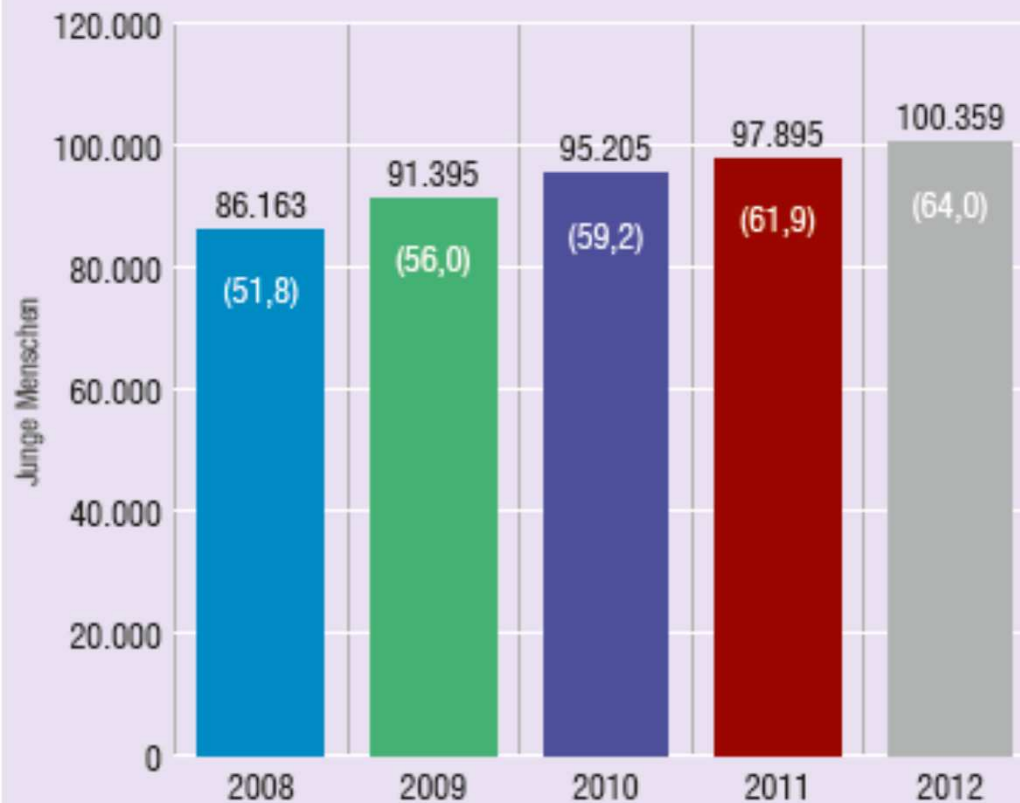
Fazit





## Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung

**ABB. 9.8.1:** Junge Menschen in der Heimerziehung (einschl. der Hilfen für junge Volljährige) (Deutschland; 2008 bis 2012; Aufsummierung der zum 31.12. eines Jahres andauernden und der innerhalb eines Jahres beendeten Leistungen; Angaben absolut, Inanspruchnahme pro 10.000 der unter 21-Jährigen)



Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige; versch. Jahrgänge; eigene Berechnungen





## Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung

**TAB. 9.8.1:** Junge Menschen in der Heimerziehung (einschl. der Hilfen für junge Volljährige) nach Alter und Geschlecht der Adressat(inn)en (Deutschland; 2008 und 2012; andauernde Leistungen am 31.12.; Inanspruchnahme pro 10.000 der alters- und geschlechtsgleichen Bevölkerung)

Geschlecht und Altersgruppen	Heimerziehung § 34 SGB VIII	
	2008	2012
<b>Jungen und junge Männer (Inanspruchnahme pro 10.000)</b>		
0 bis unter 6 J.	7,8	9,6
6 bis unter 10 J.	23,5	32,1
10 bis unter 14 J.	51,4	60,9
14 bis unter 18 J.	85,2	99,3
18 bis unter 27 J. <sup>1</sup>	31,3	39,9
Insgesamt <sup>2</sup>	38,7	46,8
<b>Mädchen und junge Frauen (Inanspruchnahme pro 10.000)</b>		
0 bis unter 6 J.	6,6	7,9
6 bis unter 10 J.	16,5	23,6
10 bis unter 14 J.	31,7	41,6
14 bis unter 18 J.	78,8	88,2
18 bis unter 27 J. <sup>1</sup>	29,5	34,7
Insgesamt <sup>2</sup>	31,7	38,0

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen, Eingliederungshilfe, Hilfe für junge Volljährige; versch. Jahrgänge; eigene Berechnungen

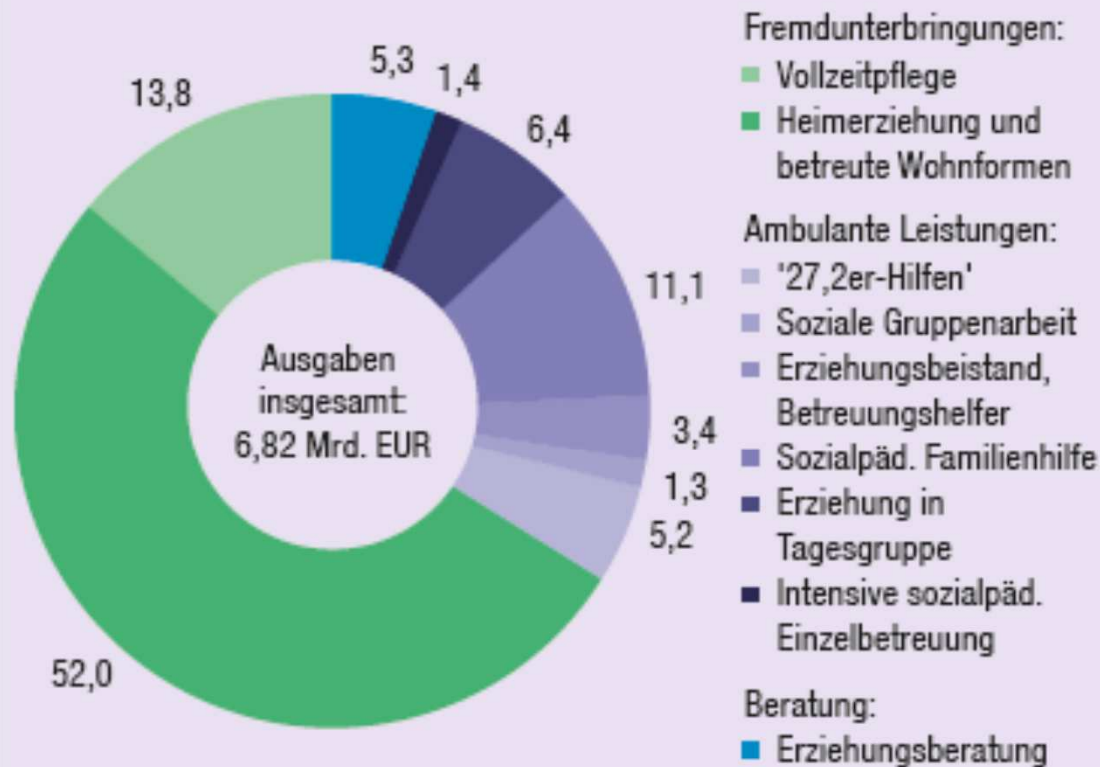
- 1) Die Fallzahlen werden auf die 18- bis unter 21-jährigen jungen Menschen bezogen.
- 2) Die Fallzahlen werden auf die unter 21-jährigen jungen Menschen bezogen.





## Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung

ABB. 5.4: Verteilung der Ausgaben für Hilfen zur Erziehung nach Hilfearten (ohne Hilfen für junge Volljährige) (Deutschland; 2012; Angaben in %)



Anmerkung: Die finanziellen Aufwendungen für die Hilfen für junge Volljährige werden hier nicht mitberücksichtigt. Zusammen mit den Ausgaben für die Hilfen für die jungen Volljährigen betragen die finanziellen Aufwendungen 7,38 Mrd. EUR (vgl. Abb. 5.2).

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Ausgaben und Einnahmen 2012; eigene Berechnungen





# Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung

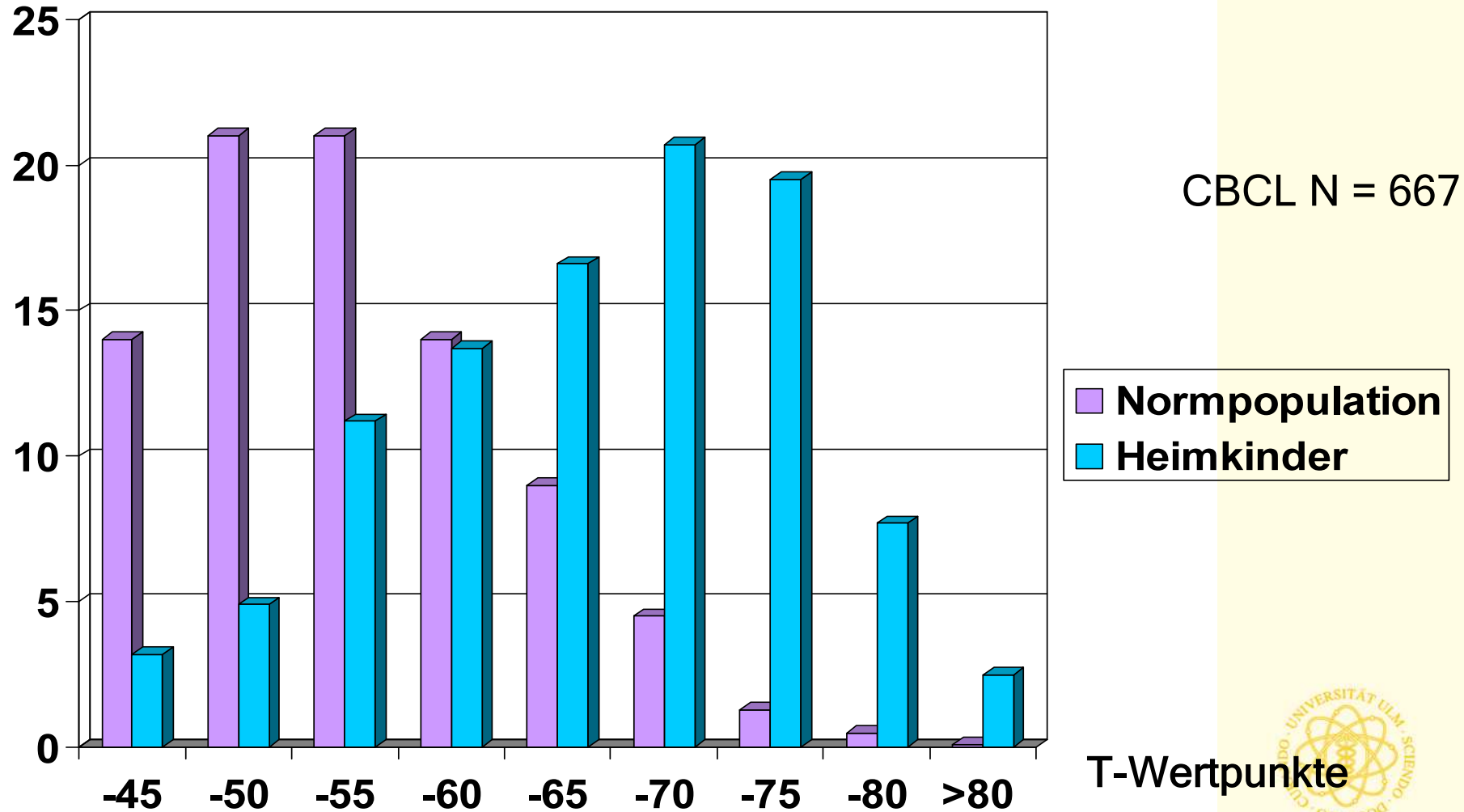




## Psychisch belastetes Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe (Schmid et al., 2008)

Häufigkeiten (%)

über 70% im klinisch auffälligen Bereich!  
über 30% im klinisch hoch auffälligen Bereich!



CBCL N = 667

Normpopulation  
Heimkinder

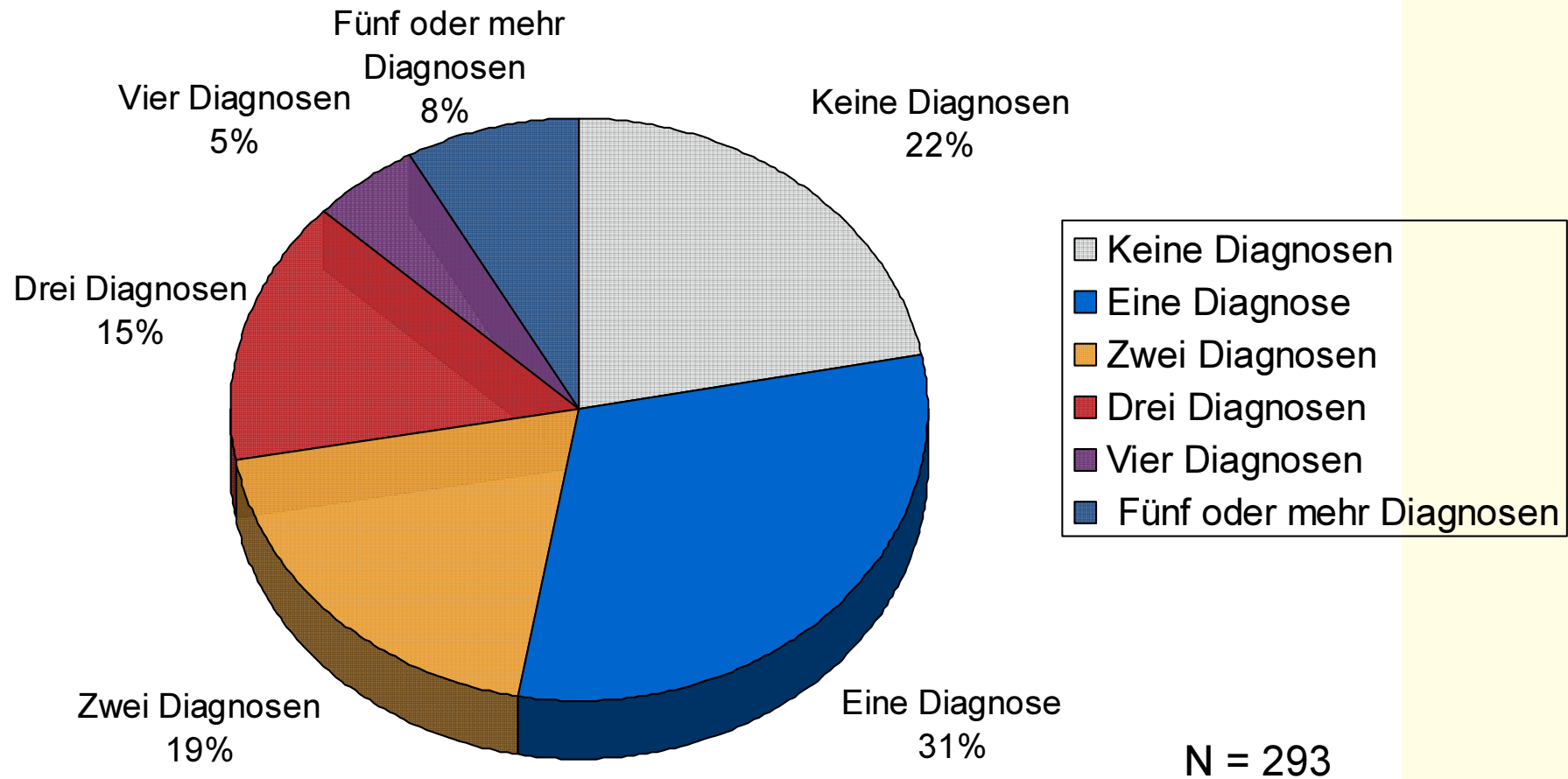
T-Wertpunkte

↑ Klinisch auffälliger Bereich





## Komorbiditäten bei Jugendlichen in Heimen (MAZ-Projekt; Schmid, Kölch, Fegert, Schmeck)



78% erfüllen die Diagnosekriterien für eine psychische Störung  
47% erfüllen die Kriterien für zwei oder mehr psychische Störungen  
(DSM-IV-TR)







## Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health



Research

Open Access

### Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions

Marc Schmid\*<sup>1</sup>, Lutz Goldbeck<sup>2</sup>, Jakob Nuetzel<sup>3</sup> and Joerg M Fegert<sup>2</sup>

Address: <sup>1</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, University Basel, Switzerland, <sup>2</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, University Hospital Ulm, Germany and <sup>3</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, Centrum for Psychiatry the Weissenau Ravensburg, Germany

Email: Marc Schmid\* - Marc.Schmid@upkbs.ch; Lutz Goldbeck - lutz.goldbeck@uniklinik-ulm.de; Jakob Nuetzel - jakob.nuetzel@zfp-zentrum.de; Joerg M Fegert - joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

\* Corresponding author

Published: 28 January 2008

Received: 22 May 2007

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2008, 2:2 doi:10.1186/1753-2000-2-2

Accepted: 28 January 2008

This article is available from: <http://www.capmh.com/content/2/1/2>

© 2008 Schmid et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

<http://www.capmh.com>

Deutsches Ärzteblatt, 2008

MATERIALIEN

Marc Schmid

## Psychische Gesundheit von Heimkindern

Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe



JUVENTA

WISSENSCHAFT

KINDER UND JUGENDLICHE IN EINRICHTUNGEN DER JUGENDHILFE

### Bessere Versorgung gefordert

Heimkinder haben ein besonders hohes Risiko, an psychischen Störungen zu erkranken oder sind bereits davon betroffen. Ein niedrigschwelliges Interventionsprogramm soll gegensteuern.

**R**und 62 000 Kinder und Jugendliche in Deutschland leben in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe. Viele haben ein hohes Risiko, an psychischen Störungen zu erkranken oder sind bereits davon betroffen. Wissenschaftler des Universitätsklinikums für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Ulm haben jetzt ein multimodales, ambulantes Behandlungsprogramm entwickelt und evaluiert, mit dem osvchische Störungen bei

spezifische Behandlungen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie aus fünf Studienzentren erhielten. Die Fachärzte suchten dazu die Jugendhilfeeinrichtungen regelmäßig auf und führten die Behandlungen in eigens zu diesem Zweck eingerichteten „Sprechzimmern“ durch. Während der Behandlung, die unter anderem Psychoedukation, psychotherapeutische Elemente, Beratung und Medikation umfasste, waren auch die Betreuer der

den, kürzere stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen nötig waren“, erklärt der Projektleiter Priv.-Doz. Dr. Lutz Goldbeck.

Das Ulmer Interventionsprogramm kann nicht nur zur individuelleren und intensiveren Behandlung psychisch erkrankter und auffälliger Heimkinder eingesetzt werden, sondern auch zur frühzeitigen Erkennung und Prävention. Letzteres ist dringend nötig, denn noch werden viele betroffene Heimkinder nicht





## Psychisch belastete Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe

Extreme und kumulierende psychosoziale Belastungen wie **Misshandlung, sexueller Missbrauch, Deprivation** und **multiple Beziehungsabbrüche** durch unterschiedliche Fremdplatzierungen (gesicherte Missbrauchs-, Misshandlungs- und/oder Vernachlässigungserfahrungen bei ca. 60% der Kinder und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe (Meltzer et al., 2003)

deutlich stärkere Ausprägung psychischer Störungen relativ zur sonstigen Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie

externalisierende Verhaltensprobleme (aggressiv-impulsives Verhalten), zunehmend Persönlichkeitsstörungen mit selbstverletzendem Verhalten, erhöhte Suizidalität, massiv erhöhtes Suchtentwicklungsrisiko (Fegert et al. EMCDDA-Bericht 2007 – forthcoming [http://europa.eu/agencies/community\\_agencies/emcdda/index\\_de.htm](http://europa.eu/agencies/community_agencies/emcdda/index_de.htm))

- vermutlich **Folgen früher Störungen der Bindungsbeziehung / traumatischer Beziehungserfahrungen** (neben belegten dispositionellen Temperamentsmerkmalen und anlagebedingten Risiken)





# Die Grundlagen: Bindung als psychobiologische „Anpassungsausrüstung“

---





## Besonderheiten in der Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit

In der frühen Kindheit werden nahezu alle Erfahrungen durch die Eltern vermittelt und gesteuert/gestaltet

Säuglinge und Kleinkinder sind gleichermaßen physisch wie psychologisch auf elterliche Fürsorge angewiesen

**„Entwicklungsaufgabe“ von Eltern:** intuitive und kontinuierliche Hilfe bei der Regulation der emotionalen Befindlichkeit / physiologischer Erregung

**externe Regulationshilfe**



**„There is no such thing  
as a baby“**

(Winnicott, 1949)

**Bindung !**

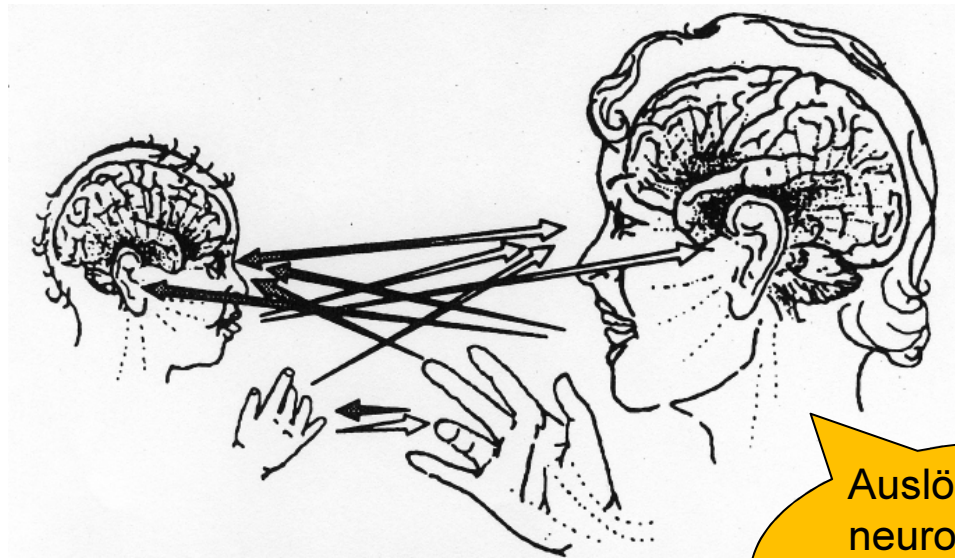




### Emotionale Verfügbarkeit als zentrales Entwicklungsziel

„bedingungslose“ Bindungsbeziehung - emotional verfügbare, zuverlässige und feinfühlig Bindungsperson

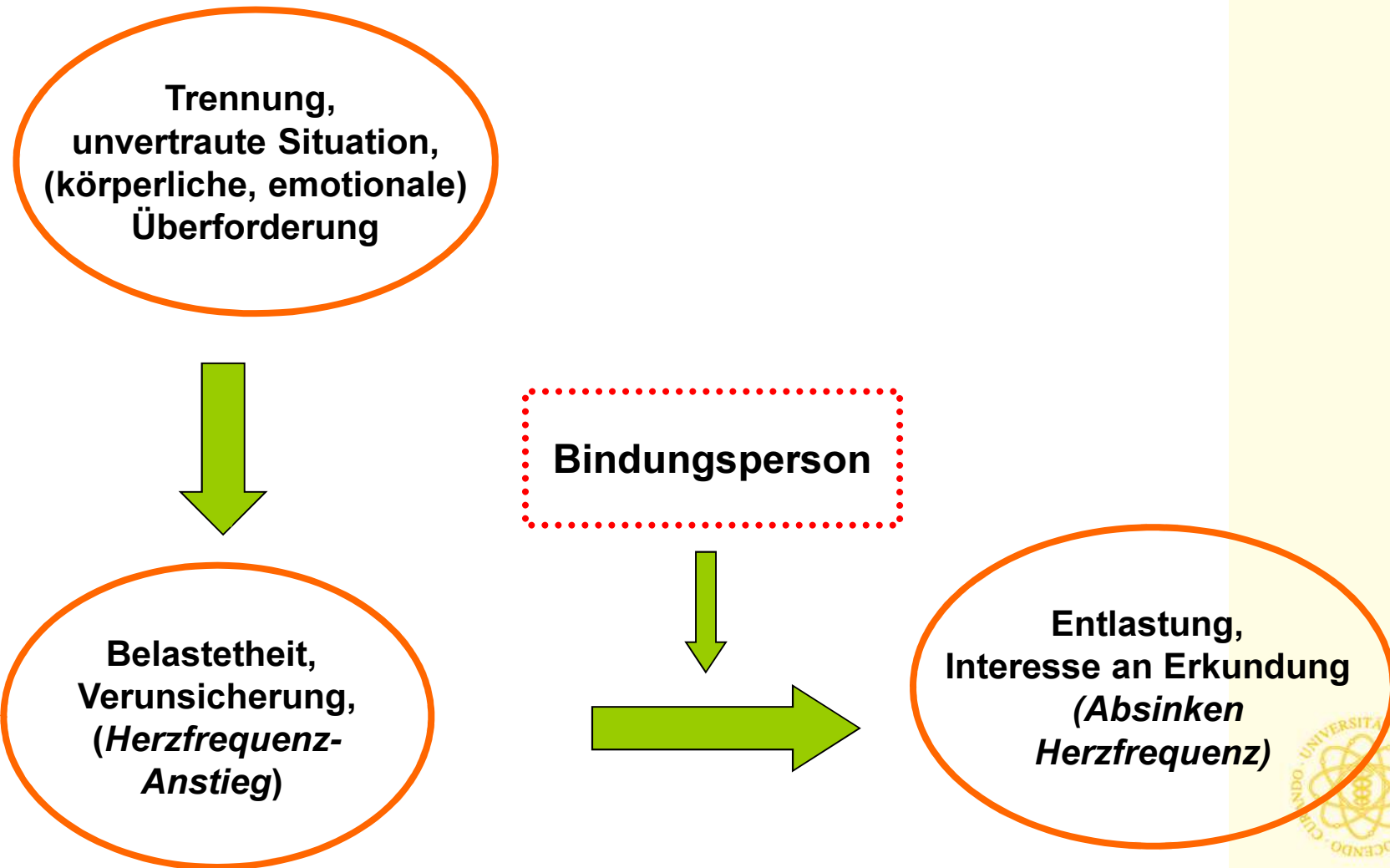
psychologische Sicherheit („**Felt Security**“) und Stressregulation in der Beziehung („**Guided Self-Regulation**“)



Auslösen von neurobiologischen Mechanismen zur Stressregulation

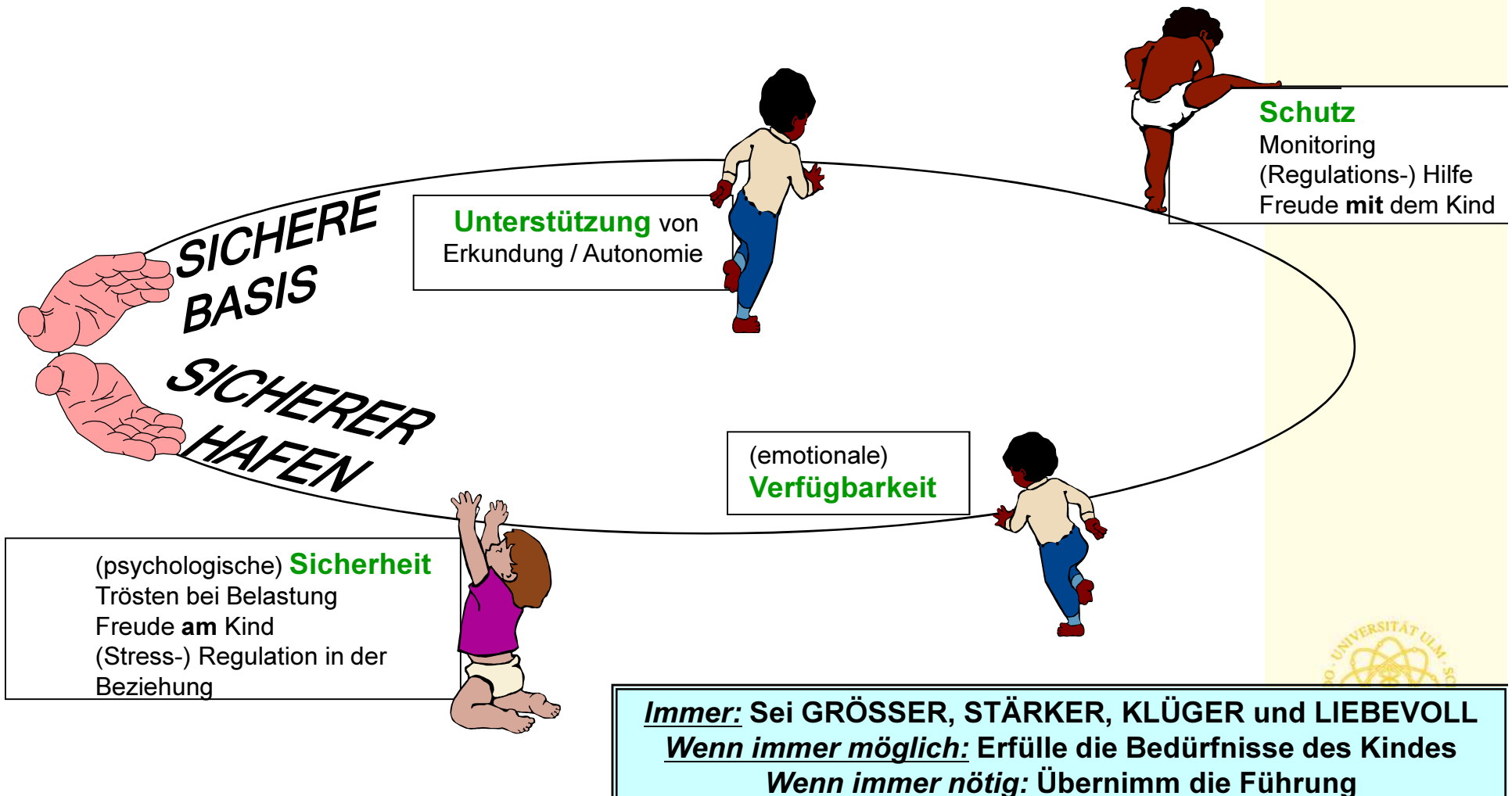


Bindungsperson: Quelle emotionaler Sicherheit und externer Hilfe zur Regulation





## Circle of Security : Schutz und Geborgenheit für das Kind sicherstellen





## Bindung als biologische „Anpassungsausrüstung“

alle Kinder entwickeln im Verlauf des ersten Lebensjahres eine oder mehrere enge Bindungen zu nahe stehenden Bezugspersonen

- in der Regel die Eltern  
aber: auch Großeltern, **Pflegeeltern**, **Erzieherin**, etc.
- auch Kinder, die **vernachlässigt** / **misshandelt** werden (!)  
seltene) Ausnahme: kognitive Entwicklungsdefizite  
massive Deprivationserfahrungen

→ **starke, angeborene Disposition sich zu binden**

### **individuell unterschiedliche Qualitäten** / Strategien

sichere und unsichere Bindungsstrategien (**Normvarianten**)

hochunsichere Bindung (**entwicklungspsychopathologisch** diskutiert)

Bindungsstörungen: **voll ausgebildete psychische Störung (ICD-10)**







## Sicherheit und Schutz im Entwicklungsverlauf: Von körperlicher Nähe zur inneren Repräsentation von Bindung

Aufbau eines „inneren Arbeitsmodells von Bindung“

### → Bindungsrepräsentationen

bewusste und unbewusste Vorstellungen von engen Beziehungen  
- vom **Selbst** und von **relevanten Anderen** – von Gefühlen und Erwartungen in diesen Beziehungen

entwickeln sich aus frühen Bindungserfahrungen mit engen Bezugspersonen (meist Mutter und Vater)

- deutliche Entwicklungsfortschritte in kognitiven Fähigkeiten, Sprache, Gedächtnis, Zeitverständnis
- ab 4 Jahren: Entwicklung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme; Verstehen psychischer Prozesse bei Anderen (**Theory of Mind**)
- Aushandeln von Trennungen möglich





## Sicherheit und Schutz im Entwicklungsverlauf: Von körperlicher Nähe zur inneren Repräsentation von Bindung

Aufbau eines „inneren Arbeitsmodells von Bindung“

### → Bindungsrepräsentationen

bewusste und unbewusste Vorstellungen von engen Beziehungen  
- vom **Selbst** und von **relevanten Anderen** – von Gefühlen und Erwartungen in diesen Beziehungen

entwickeln sich aus frühen Bindungserfahrungen mit engen Bezugspersonen (meist Mutter und Vater)

- deutliche Entwicklungsfortschritte in kognitiven Fähigkeiten, Sprache, Gedächtnis, Zeitverständnis
- ab 4 Jahren: Entwicklung der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme; Verstehen psychischer Prozesse bei Anderen (**Theory of Mind**)
- Aushandeln von Trennungen möglich

→ **Bindungssicherheit**: nicht mehr ausschließlich Aufrechterhalten von körperlicher Nähe / Bindungsqualität als Bindungsstrategie verinnerlicht

psychobiologische Regulation in der Bindungsbeziehung

interne Repräsentation von Bindung





## Sicherheit und Schutz: Von körperlicher Nähe zur inneren Repräsentation von Bindung

Aufbau eines „inneren Arbeitsmodells von Bindung“

### → Bindungsrepräsentationen

bewusste und unbewusste Vorstellungen von engen Beziehungen  
- vom **Selbst** und von **relevanten Anderen** – von Gefühlen und Erwartungen in diesen Beziehungen

entwickeln sich aus frühen Bindungserfahrungen mit Bezugspersonen (meist Eltern)

### Bindungsrepräsentationen

leiten Wahrnehmung von und Umgang mit anderen Menschen an

beeinflussen die Gestaltung von neuen Beziehungen

**Bindungssicherheit:** nicht mehr ausschließlich Aufrechterhalten von körperlicher Nähe / Bindungsqualität als Bindungsstrategie verinnerlicht

psychobiologische Regulation in der Bindungsbeziehung

interne Repräsentation von Bindung





“Nowhere to go“ - wenn die Bindungsperson  
nicht verfügbar ist / sich dysfunktional verhält  
oder das Kind bedroht

---





### **Emotionale Verfügbarkeit** als zentrales Entwicklungsziel

„bedingungslose“ Bindungsbeziehung - **emotional verfügbare, zuverlässige und feinfühlig**e Bindungsperson

psychologische Sicherheit („**Felt Security**“) und Stressregulation in der Beziehung („**Guided Self-Regulation**“)

**bei**

Bedrohung der emotionalen Verfügbarkeit der Bindungsperson

Gefühle von **Furcht und Ärger**

längerer/dauernder Störung der Bindungsbeziehung:

Gefühle von **Trauer und Verzweiflung**

belastete /gestörte Stressregulation

**körperliche Reaktionen** (z.B. Cortisolausschüttung)





## Bindung und „Trennung“

**die emotionale Verfügbarkeit der Bindungsperson ist bedroht**

bei körperlicher Trennung (abrupte Trennung insbesondere in der frühen Kindheit)



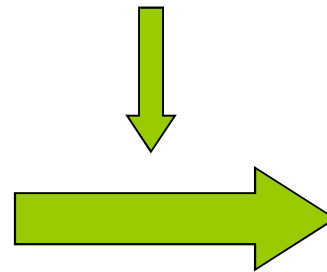


## Bindungsperson als Quelle emotionaler Sicherheit und externer Hilfe zur Regulation

**Trennung,  
unvertraute Situation,  
(körperliche, emotionale)  
Überforderung**

Kleinkinder sind auf unmittelbaren (Körper-) Kontakt mit einer Bindungsperson angewiesen, um ihre innere Erregung (**Furcht**) abzubauen  
Fremde, auch feinfühligere Personen, können diese regulative Unterstützung nicht leisten

**Belastetheit,  
Verunsicherung,  
(Herzfrequenz-  
Anstieg)**



**Entlastung,  
Interesse an Erkundung  
(Absinken  
Herzfrequenz)**





## Körperliche Trennung von der Bindungsperson

insbesondere bei **abrupten Trennungen** u/o

wenn **keine alternative Bindungsperson** zur Verfügung steht:

→ massive **psychophysiologische Stressreaktionen**

akut: Furcht, heftiger und ärgerlicher Protest, Kummer

bei längerer Trennung:

Reaktionen von Trauer und Verzweiflung / Orientierungsverlust /  
depressionsähnliche Reaktionen (**Ablösung!**)

erhöhte Ausschüttung des Stresshormons Cortisol (bereits bei  
sehr kurzen Trennungen, „Fremde Situation“)

→ **Langzeitfolgen** insbesondere früher Trennungen

→ **Hinweis für chronische Stressbelastung**

(Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-  
Achse (HPA-Achse) dauerhaft auf niedrigem Niveau reguliert)

(Robertson & Robertson, 1971; Tyrka et al., 2008; Fries et al., 2005)







## Bindung und „Trennung“

### **die emotionale Verfügbarkeit der Bindungsperson ist bedroht**

bei körperlicher Trennung (abrupte Trennung insbesondere in der frühen Kindheit)

bei gestörter Kommunikation aufgrund

fehlender emotionaler Ansprechbarkeit /  
Unfähigkeit das Kind in belastenden Situationen  
zu trösten

(z.B. zurückgezogenes, selbstbezogenes,  
dissoziatives Verhalten)

negativ übergriffigen Verhaltens

Drohung, das Kind zu verlassen





## Hochunsichere Bindung: Frühe traumatische und Misshandlungs-/ Vernachlässigungserfahrungen in der Bindungsbeziehung

Zusammenbruch der kindlichen Bewältigungsstrategien und der Fähigkeit, Gefühle flexibel zu regulieren

Angst aufgrund unbeherrschten elterlichen Verhaltens als wiederkehrende (konditionierte) Erfahrung

Dysregulationen in der Hirntätigkeit bei schweren und wiederholten traumatischen Erfahrungen (verstärkte Ausschüttung von Stresshormonen, verstärkte, chronische Aktivierung negativer Emotionen, eingeschränkte Affektregulation, eingeschränkte Erinnerungsfähigkeit)

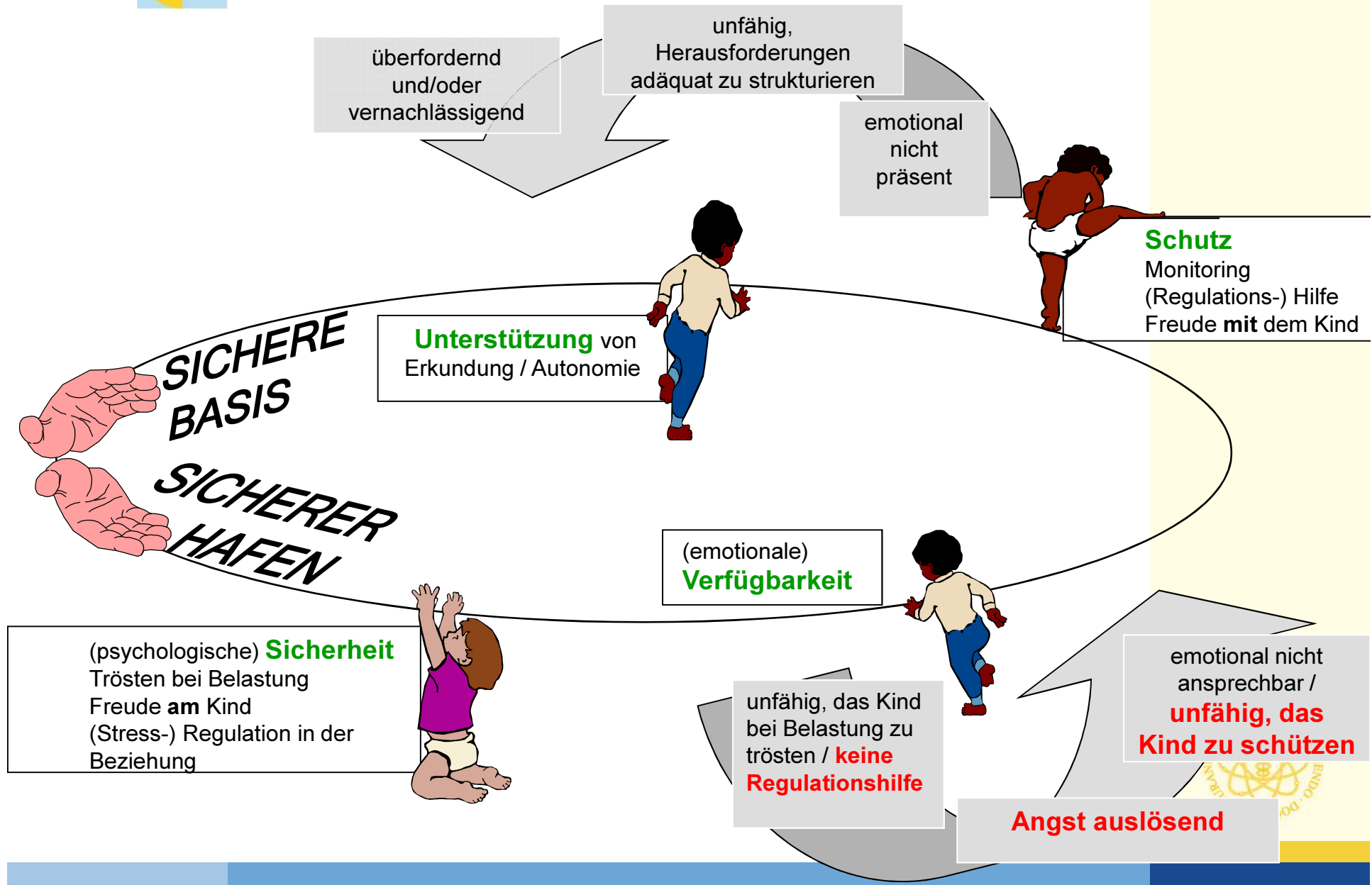
Risikoindikator für emotionale Verwundbarkeit (mangelnde Widerstandsfähigkeit (Resilienz); Probleme im Umgang mit Stress)



© PND

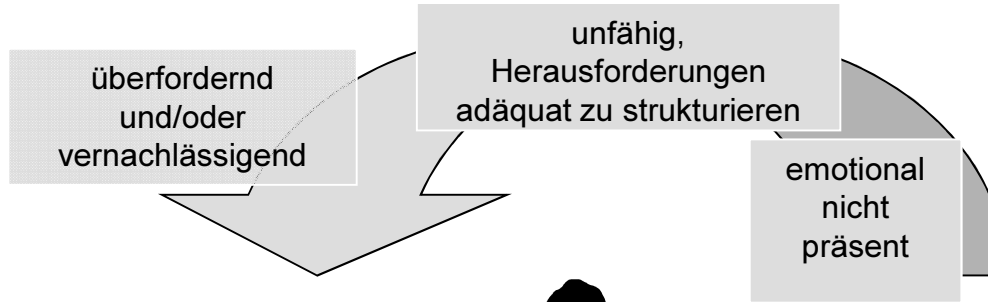


## Kreis begrenzter / fehlender Sicherheit: Fehlende emotionale Verfügbarkeit und Schutz





# Kreis begrenzter / fehlender Sicherheit: Fehlende emotionale Verfügbarkeit und fehlender Schutz



**unlösbarer Konflikt zwischen biologisch bedingtem und unausweichlichem Bedürfnis nach Nähe und Kontakt zur Bindungsperson**  
 (psychophysiologische Stressregulation) und

**Angst**

- Aggression / Misshandlung
- Verzweiflung / Ohnmacht : fehlender Schutz

→ **hochunsichere Bindung / Bindungsstörungen**  
**erhöhtes Risiko für Traumatisierung**

(psycho...  
 Trösten...  
 Freude a...  
 (Stress-)  
 Beziehun...

über Belastung zu trösten / keine Regulationshilfe

**Angst auslösend**

**Schutz**  
 monitoring  
 (regulations-) Hilfe  
 ... mit dem Kind

emotional nicht ansprechbar /  
**unfähig, das Kind zu schützen**





## Traumatische Ereignisse

tatsächliche oder drohende Todesgefahr oder Gefahr ernsthafter Verletzung bzw. Bedrohung der eigenen körperlichen Unversehrtheit oder der anderer Menschen

verbunden mit Gefühlen von

intensiver Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen, Kontrollverlust und Ausgeliefert-Sein

(American Psychiatric Association, 1994; Scheeringa & Gaensbauer, 2000)

### potentiell traumatische Ereignisse

**Misshandlung/Missbrauch**

**Zeuge häuslicher Gewalt**

Gewalt in der Nachbarschaft

Unfälle

Naturkatastrophen

schmerzhaftes medizinische Eingriffe



→ **beziehungsabhängige Traumata: höhere Entwicklungsrisiken**

(Typ 2-Traumata, Terr, 1995; Osofsky & Scheeringa, 1997; Scheeringa & Gaensbauer, 2000; Schore, 2001b)



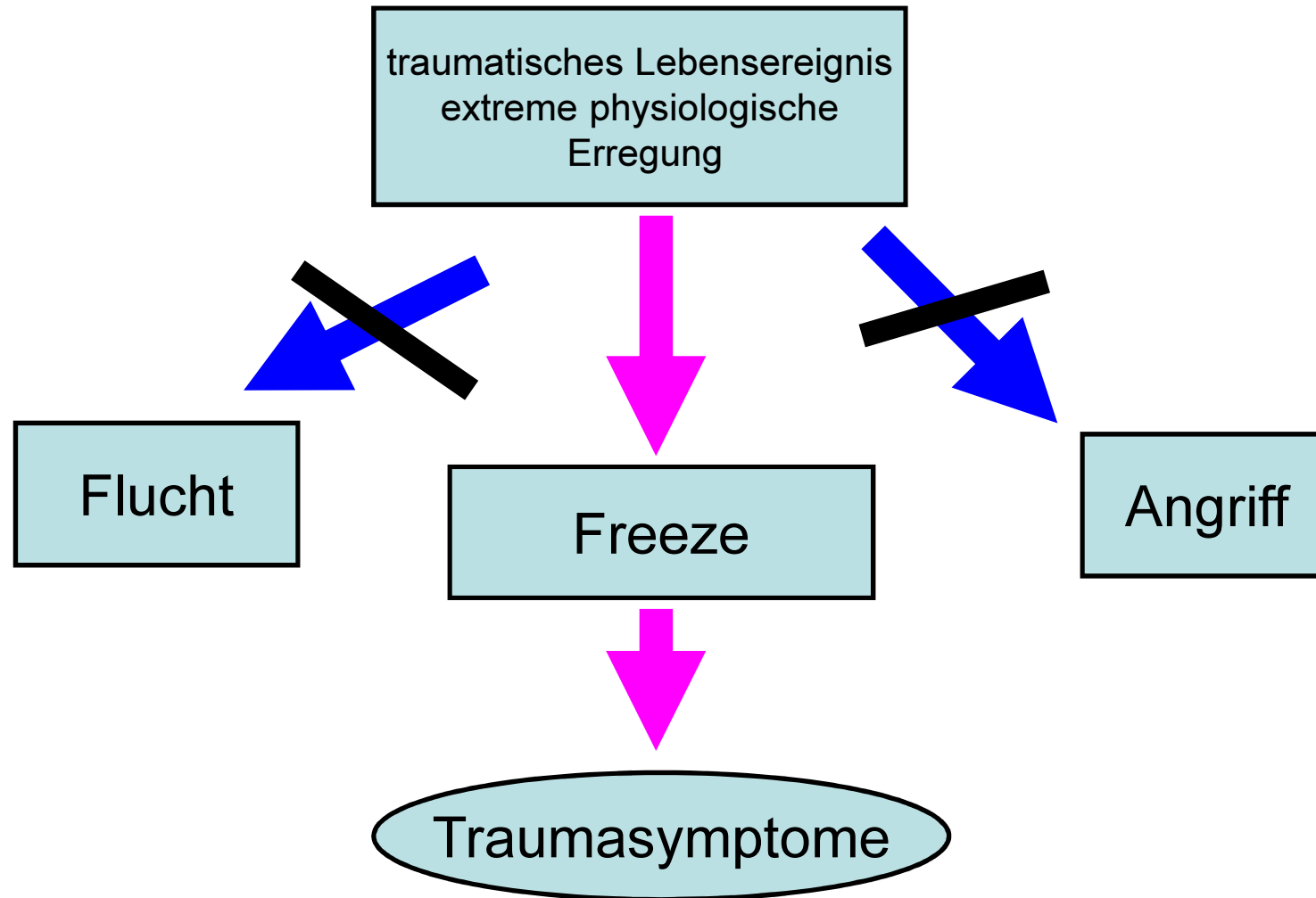


## Traumatypologie (nach Terr 1991)

Typ I - Trauma	Typ II - Trauma
<p>einzelnes, unerwartetes traumatisches Erlebnis von kurzer Dauer</p> <p>z.B. Verkehrsunfälle, Verbrechen, Naturkatastrophen</p>	<p>Serie miteinander verknüpfter oder lang andauernde, sich wiederholende traumatische Erlebnisse</p> <p>z.B. sexuelle Misshandlungen, überdauernde zwischenmenschliche Gewalterfahrungen</p>
<p>Symptome: meist klare, sehr lebendige Wiedererinnerungen</p> <p>→ Vollbild der PTSD</p>	<p>Symptome: nur diffuse Wiedererinnerungen, starke Dissoziationstendenz, <b>Bindungsstörungen</b></p>
<p>eher gute Behandlungsprognose</p>	<p>schwerer zu behandeln</p>

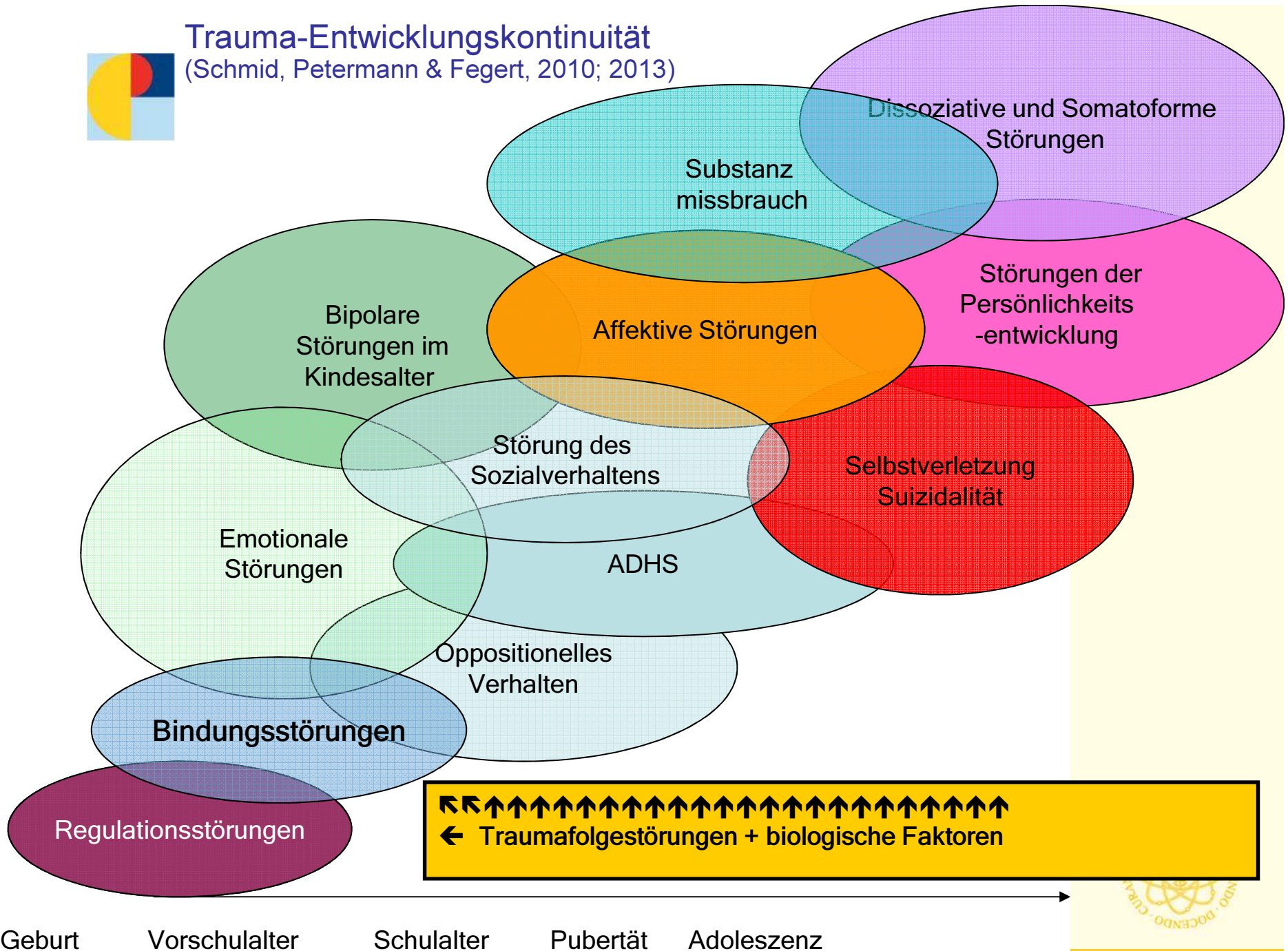


## Was ist ein psychisches Trauma? Wie entstehen psychische Traumafolgen?





# Trauma-Entwicklungscontinuität (Schmid, Petermann & Fegert, 2010; 2013)







# Bindung bei Heimkindern

---





## Kumulation und Wechselwirkung von Risiken

Erfahrungen in dysfunktionalen Familienkonstellationen bzw. **Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen und Trennungserfahrungen** sind gewöhnlich **konfundiert**

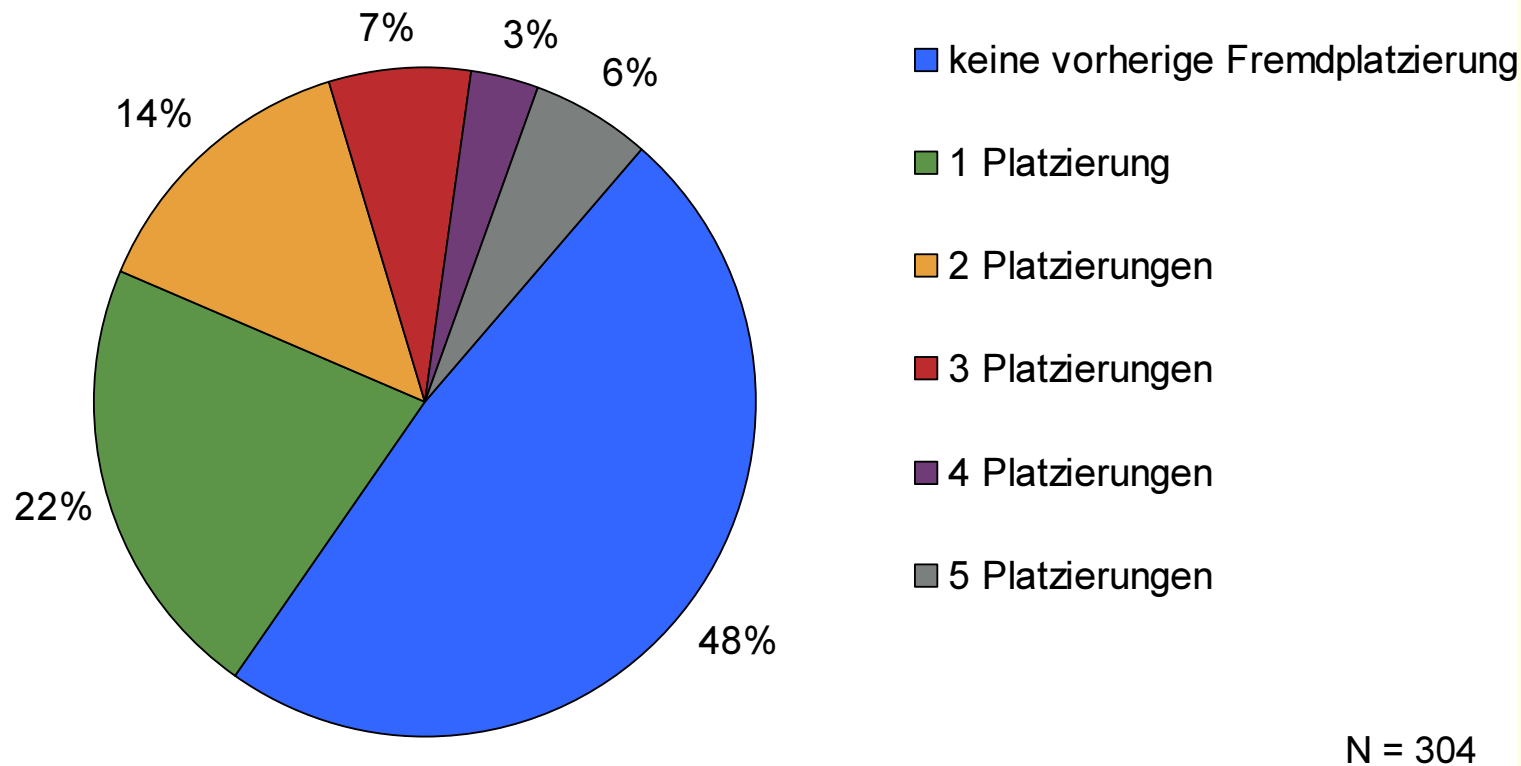
insbesondere **ungenügend geplante institutionelle Reaktionen**

- rasche oder häufige Wechsel von Bezugspersonen – tragen zur weiteren (Risiko-) Belastung bei





## Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe – Anzahl vorhergehender Fremdunterbringungen (Schmid, 2007)



→ über 50% zuvor fremdplatziert, 30% zwei oder mehr Platzierungen





## Besondere Problematik bei Inobhutnahme: Abrupte Trennung von der Bindungsperson (Krisen-/Schutzintervention)



überproportionaler Anteil der Kinder bis zu drei Jahren

Anlass der Inobhutnahme war zu 43% Überforderung der Eltern



„greifen“ die Frühen Hilfen?  
funktioniert Kooperation?  
Absicherungstendenz von Fachkräften?





## Inobhutnahme – problematische institutionelle Verfahren insbesondere bei jüngeren Kindern

### Inobhutnahme – abrupte Herausnahme und Trennung

meist hoch belastete Kinder mit massiven Beziehungsproblemen

- überwiegend schwerer Misshandlungs- u/o Vernachlässigungserfahrungen / traumatische Vorerfahrungen
- erhöhtes Risiko Verhaltensstörungen oder psychische Symptome und Störungen zu entwickeln (Petermann et al., 2014)

### verstärkte Inobhutnahme jüngerer Kinder

- Unterbringung von etwa der Hälfte der Kinder in Bereitschaftspflege

aber:

- **44 %** der Kinder unter sechs Jahren in **stationären Einrichtungen** häufiger als noch vor einigen Jahren (Schichtdienst / **wechselnde fremden Bezugspersonen**)
- jüngere Kinder: Dauer Inobhutnahmen am längsten
- **mittlere Aufenthaltsdauer 30 Tage, mindestens aber 15 Tage** (verzögerte Abklärungsprozesse / Entscheidungsfindung (z.B. ausstehende Gutachten) häufig **bis 6 Monate und länger**)

(FDZ, 2009; vgl. Petermann et al., 2014)





## Inobhutnahme – problematische institutionelle Verfahren insbesondere bei jüngeren Kindern

### Inobhutnahme – abrupte Herausnahme und Trennung

meist hoch belastete Kinder mit massiven Beziehungsproblemen

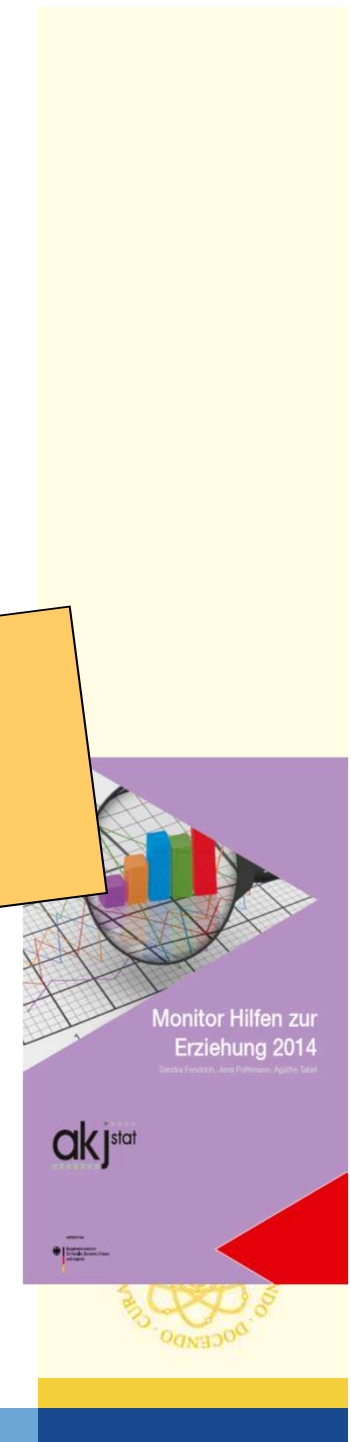
- überwiegend schwerer Misshandlungs- u/o Vernachlässigungserfahrungen / traumatische Vorerfahrungen
- erhöhtes Risiko Verhaltensstörungen oder psychische Symptome und Störungen zu entwickeln (Petermann et al., 2014)

### verstärkte Inobhutnahme jüngerer Kinder

massive psychophysiologische Stressreaktionen  
häufig fehlende alternative vertraute Bezugsperson, die regulativ unterstützen und die Belastung abpuffern kann

- Unterstützung für einige Jahre (Gerichtsdienst / **wechselnde fremden Bezugspersonen**)
- jüngere Kinder: Dauer Inobhutnahmen am längsten
- **mittlere Aufenthaltsdauer 30 Tage, mindestens aber 15 Tage** (verzögerte Abklärungsprozesse / Entscheidungsfindung (z.B. ausstehende Gutachten) häufig **bis 6 Monate und länger**)

(FDZ, 2009; vgl. Petermann et al., 2014)





# Inobhutnahme und Bindung

Ute Ziegenhain<sup>1</sup>, Jörg M. Fegert<sup>1</sup>, Franz Petermann<sup>2</sup>,  
Henriette Schneider-Haßloff<sup>1</sup> und Anne Katrin Künster<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm  
<sup>2</sup>Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

**Zusammenfassung.** Inobhutnahmen sind zeitlich begrenzte Kriseninterventionen zum Schutz von Kindern meist in der Folge von vorübergehender Misshandlung und/oder Vernachlässigung. Die Dauer von Inobhutnahmen ist bei Säuglingen und Kleinkindern am längsten. Die mit einer längeren Trennung einhergehenden psychophysiologischen Belastungen der Kinder sowie das Vorgehen bei Inobhutnahmen werden vor dem Hintergrund der Bindungstheorie und bindungstheoretischer Forschung diskutiert. Es wird für die Entwicklung einer bindungstheoretisch begründeten Konzeption zu Verfahrensstandards und zur Gestaltung der Inobhutnahme bei Säuglingen und Kleinkindern plädiert.

Schlüsselwörter: Bindung und Trennung, Misshandlung und Vernachlässigung, Inobhutnahme

## Child in care and attachment

**Abstract.** The most invasive intervention of the child welfare system is to take children temporarily out of their homes, mostly following severe child maltreatment and neglect. The length of the foster care of babies and toddlers is especially long in Germany. The psychophysiological stress reactions accompanying major separations and the current procedures of the child welfare system during removals are discussed with respect to attachment theory and research. The development of an attachment-based concept for planning and designing abrupt removals in acute crises is suggested.

Key words: attachment and separation, child maltreatment, neglect, child welfare system





## Kumulation und Wechselwirkung von Risiken

Erfahrungen in dysfunktionalen Familienkonstellationen bzw. **Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen und Trennungserfahrungen** sind gewöhnlich **konfundiert**

insbesondere **ungenügend geplante institutionelle Reaktionen**

- rasche oder häufige Wechsel von Bezugspersonen – tragen zur weiteren (Risiko-) Belastung bei

→ jede erneute Trennung von einer Bindungsperson erhöht das **Risiko von Entwicklungsproblemen und -schädigungen**

**Trennung von Herkunftseltern ebenso wie von Pflegeeltern / anderen Bezugspersonen**

→ bei Kindern mit hochunsicherer Bindung / Bindungsstörung/ bzw. Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen **bereits beeinträchtigte Bewältigungs- und Regulationskompetenzen**







## Hohe Auftretenshäufigkeit hochunsicher-desorganisierter Bindung bei Kleinkindern in Heimunterbringung (Bakermans-Kranenburg et al., 2011)

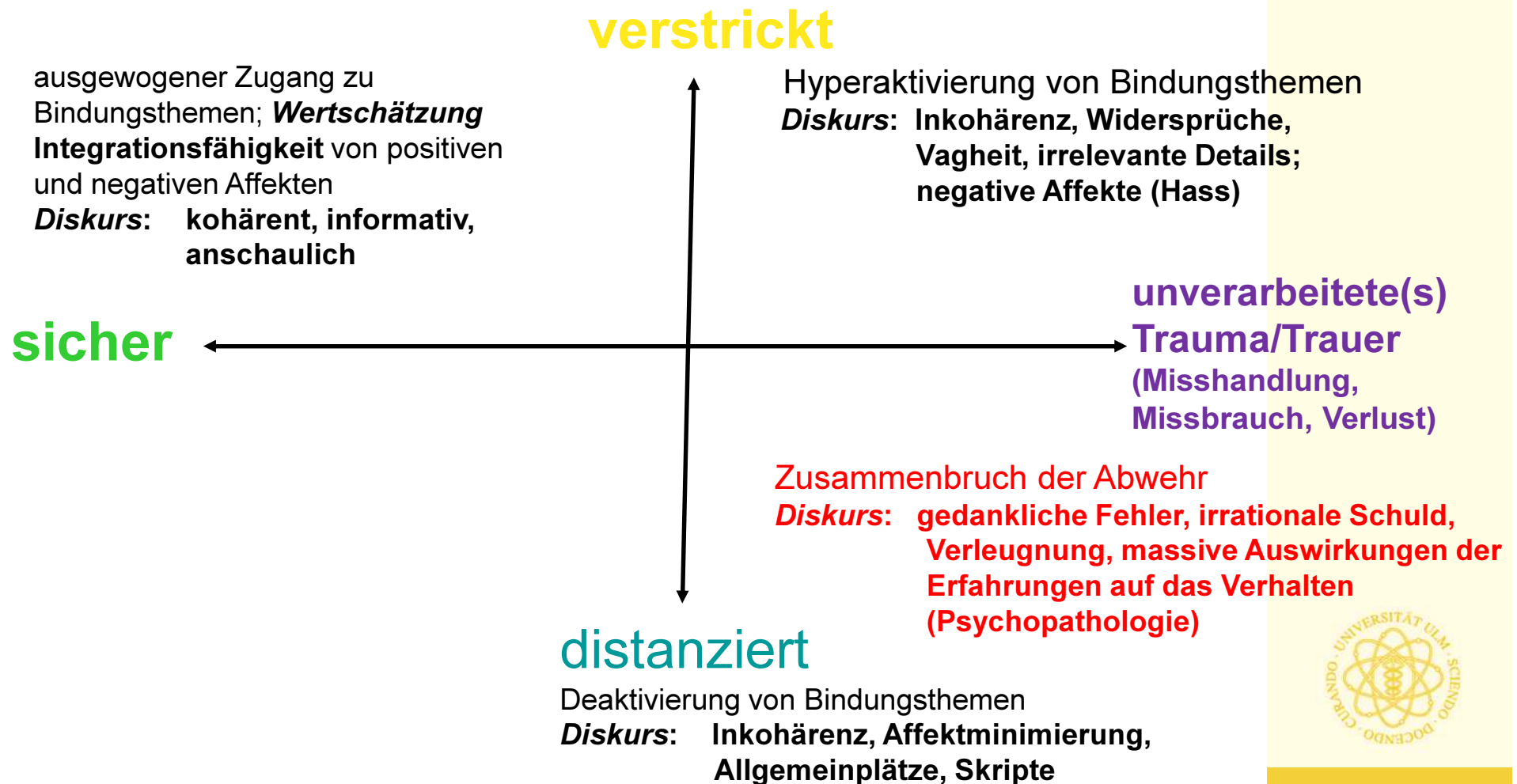
	<b>sicher (%)</b>	<b>unsicher (%)</b>	<b>hochunsicher-desorganisiert (%)</b>
<b>Familie (Normalpopulation)</b>	<b>62</b>	<b>23</b>	<b>15</b>
<b>Misshandlung in der Familie</b>	<b>14</b>	<b>35</b>	<b>51</b>
<b>Heim</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>73</b>

(van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999; Cyr et al., 2010)



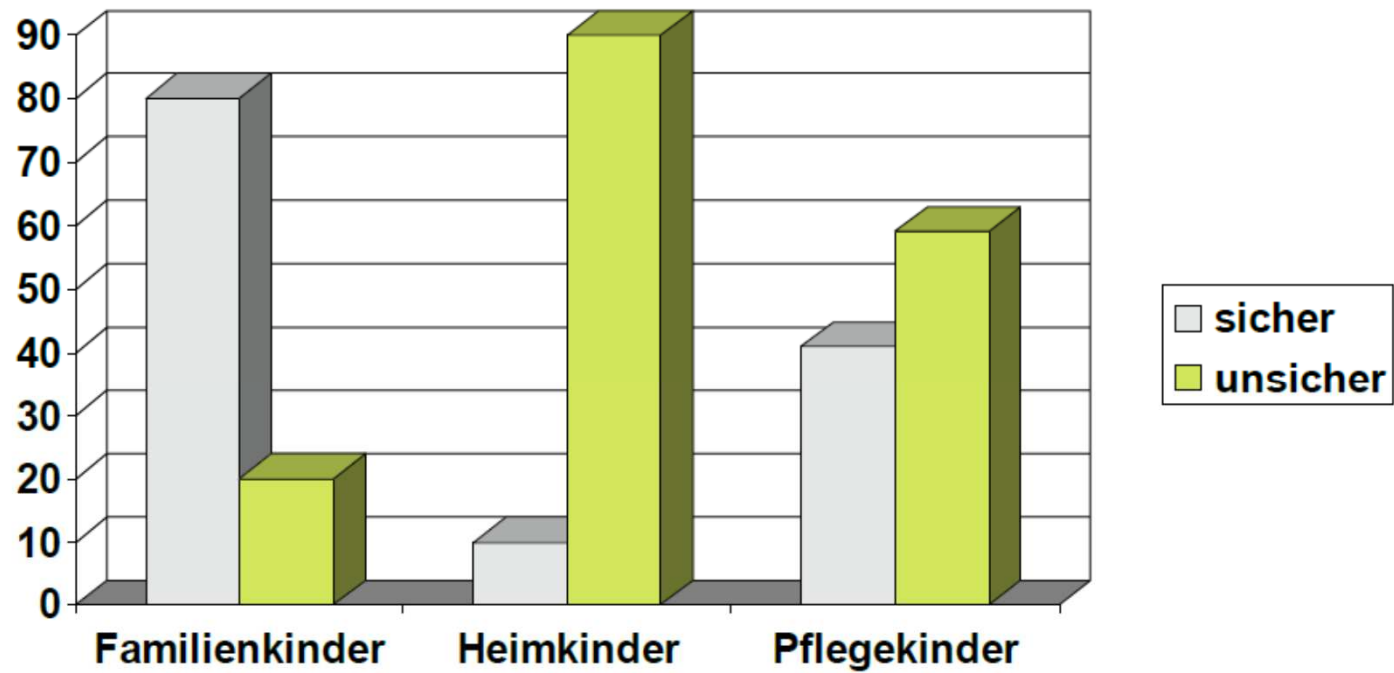


# Bindungsstrategien von Erwachsenen im Adult Attachment Interview (AAI; Graphik: Anna Buchheim)





## Bindungsrepräsentationen im Vergleich



Quelle: Nowacki 2006, Maß: Bindungsrepräsentation AAI im Jugendalter





## Bindungsrepräsentation bei Jugendlichen in der Heimerziehung (Schleiffer & Müller, 2002)

	Bindungsrepräsentation (AAI)			
	sicher F	unsicher- vermeidend Ds	unsicher- verstrickt E	hochunsicher- ungelöst/CC
Jungen N =39	0	20 (51,3%)	2 (5,1%)	14 (35,9%)
Mädchen N =33	2 (6,1%)	6 (18,2%)	3 (9,1%)	18 (54,5%)
gesamt N =72	2 (2,8%)	26 (36,1%)	5 (6,9%)	32 (44,4%)





## Verhalten von Kindern mit Bindungsstörungen

### 6 – 12 Jahre

kann sich nicht wenden (sucht wenig Zuwendung bei Belastung, emotional wenig bezogen)

kann misstrauisch und/oder ängstlich sein, wenig Vertrauen

distanzlos, distanzgemindert gegenüber Fremden/weniger vertrauten Menschen (im Körperkontakt, bei psychologisch intimen Aspekten)

kann sich systematisch weigern Anforderungen/Wünsche zu erfüllen und/oder ist überangepasst

kann nicht mit Konflikten umgehen (wenig selbstkritisch, entwertet andere, stellt aus einem Anlass heraus die ganze Beziehung in Frage)

jeder ist ein Freund/wenig tiefe/längere Freundschaften mit Gleichaltrigen

### 12 – 18 Jahre

Schwierigkeiten eigenes Verhalten kritisch zu reflektieren/ zu erklären

kann misstrauisch und/oder ängstlich sein, wenig Vertrauen

distanzlos, distanzgemindert

kein Austausch über negative Gefühle (selbstbezogen, sucht keine emotionale Unterstützung)

kann nicht mit Konflikten umgehen (lehnt andere ab, stellt aus einem Anlass heraus die ganze Beziehung in Frage)

unterscheidet nicht zwischen oberflächlichen Bekanntschaften und Freundschaften

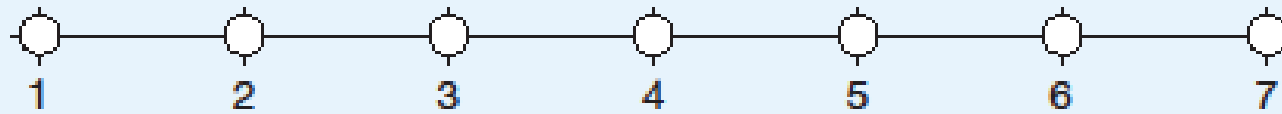
überangepasst an die jeweilige Clique, ggf. Risikoverhalten oder Einzelgänger

eher frühe und oberflächliche/häufig wechselnde Liebesbeziehungen (Kontrollbedürfnis, wenig Trauer, Sexualität ist entkoppelt von emotionaler Zuwendung)





## Positive und negative Pole von Bindungsverhalten (Kleinrahm, Schmid, Künster & Ziegenhain, 2009)



1 = *Negativpol*

7 = *Positivpol*





Relationship Problems Questionnaire (RPQ; Minnis et al., 2002, 2007)

<b>Kriterien</b>	<b>genau wie mein Kind</b>	<b>wie mein Kind</b>	<b>ein bisschen wie mein Kind</b>	<b>überhaupt nicht wie mein Kind</b>
<b>Kommt Fremden körperlich zu nahe</b>				
<b>Ist bei Personen, die er/sie nicht gut kennt zu anschmiegsam</b>				
<b>Fragt oft sehr persönliche Dinge obwohl sie/er nicht unhöflich sein möchte</b>				
<b>Ist autoaggressiv, z.B. redet schlecht über sich, stößt sich den Kopf, verletzt sich selbst, ritzt, usw.</b>				
<b>Hat kein Gewissen/zeigt kaum Reue</b>				
<b>Ist Fremden gegenüber zu freundlich</b>				
<b>Wirkt manchmal ohne objektiven /offensichtlichen Grund wie vor Angst erstarrt</b>				
<b>Wenn Sie auf ihn/sie zugehen, rennt er/sie häufig weg oder widersetzt sich Ihrer Nähe</b>				
<b>Es ist etwas Unechtes in den Gefühlen, die er/sie zeigt</b>				
<b>Wenn Sie auf ihn/sie zugehen, wissen Sie nie, ob er/sie freundlich oder unfreundlich sein wird</b>				



## „Hoffnungsvolle Bindungen“ – Heimerziehung als zweite Chance?

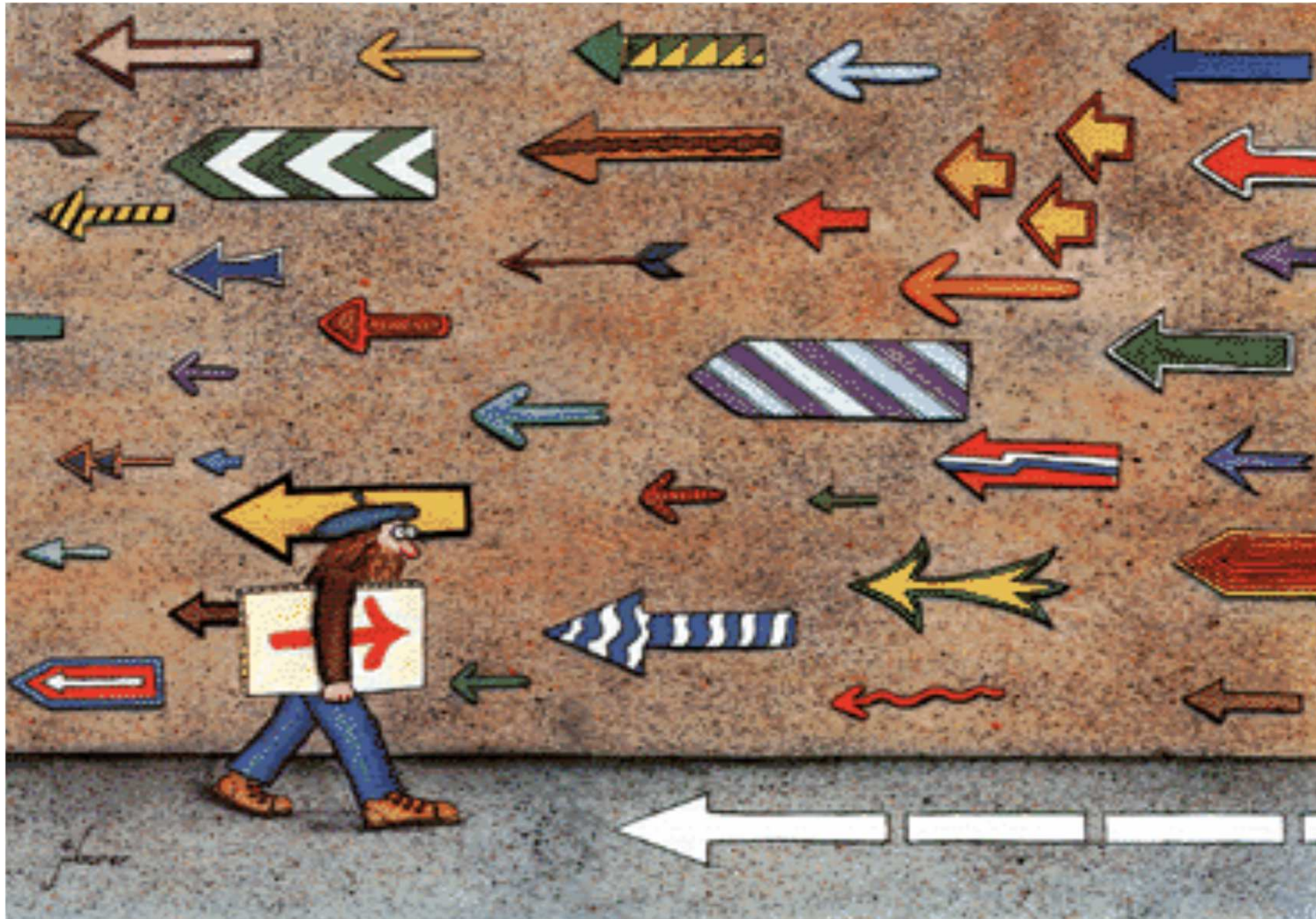
---







## Neue Beziehungserfahrungen führen zu Veränderungen

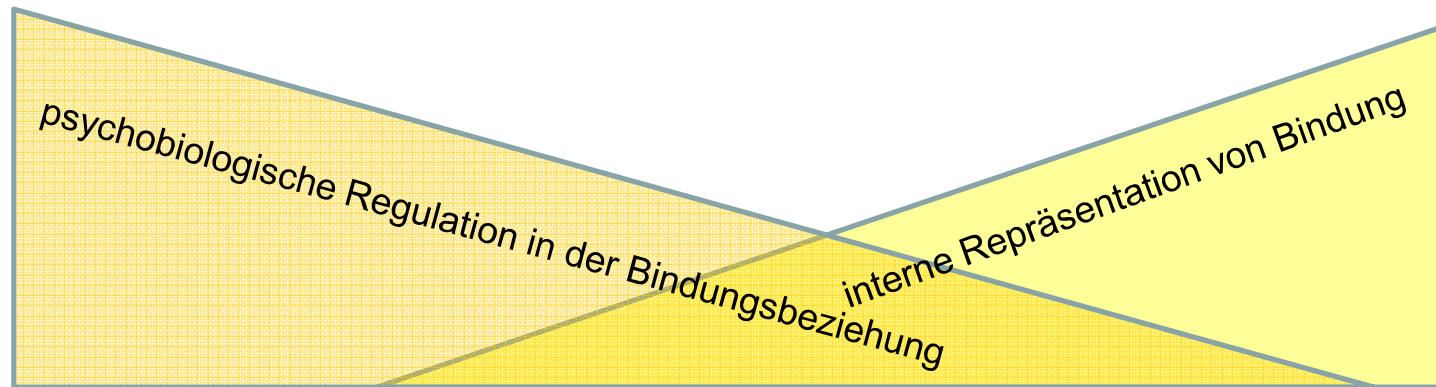


Marc Schmid, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | [www.upkbs.ch](http://www.upkbs.ch) |





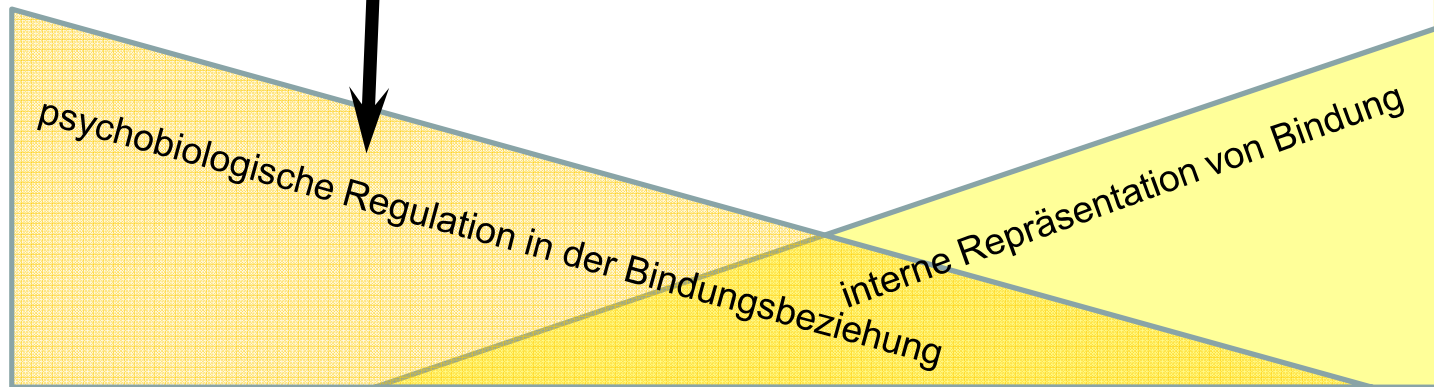
## Sicherheit und Schutz: Von körperlicher Nähe zur inneren Repräsentation von Bindung





## Sicherheit und Schutz: Von körperlicher Nähe zur inneren Repräsentation von Bindung

**(alternative) emotional  
verlässliche und stabile  
Bindungsperson**





## Heimerzieherinnen / –erzieher als alternative Bindungspersonen?

Kinder mit Misshandlungs-/Vernachlässigungserfahrungen /  
traumatischen Beziehungserfahrungen

→ können ihr Bindungsbedürfnis nicht organisieren

- es sei denn, sie haben eine **feinfühlig**e und **verlässliche Bindungsperson**, die **kontinuierlich** zur Verfügung steht  
(Dozier et al., 2001)

Forschung Pflegekinder: Pflegemütter mit

- sichere Bindungsrepräsentation →  
**sicher gebundene Kinder**

- unsicherer Bindungsrepräsentation →  
**hochunsicher-desorganisiert gebundene Kinder**

(Stovall & Dozier, 2000)





## Heimerzieherinnen / –erzieher als alternative Bindungspersonen?

Traumatisierte und schwer bindungsgestörte Kinder

→ **Überlebensstrategien mit kontrollierendem Charakter**

- gravierender Mangel an Vertrauen
- Bedürfnis andere zu kontrollieren
- wachsam / selbstbezogen
- starker „Widerstand“ neue positive Erfahrungen anzunehmen / starkes Misstrauen gegenüber fürsorglich, liebevollen (Beziehungs-) Angeboten

→ **Gefahr des fast völligen Verlustes der Bindungsfähigkeit bzw. der Fähigkeit, die eigenen Gefühle zu regulieren**

(Schmid et al., 2007)





## Paradoxe und unerwartete Verhaltensweisen gegenüber Beziehungsangeboten

Einfordern körperliche oder psychische Nähe, Überschreiten sozial adäquater Grenzen

aber

ausgeprägtes Bedürfnis nach emotionaler und körperlicher Distanz

unbeteiligt, abweisend oder aggressiv gegenüber Beziehungsangeboten

→ paradoxe Reaktionen: Rückzug und Reinszenierung der Beziehungsabbrüche aus der Vergangenheit

→ **Ausdruck von Angst, verlassen zu werden / Kontrollverlust**

(Lieberman, 2003)





## Heimerzieherin / –erzieher als alternative Bindungsperson?

### Offene Fragen

Sind Bindungsbeziehungen mit neuen, alternativen Bezugspersonen **vergleichbar mit stabilen Eltern-Kind-Bindungen?**

Hinweise: Zusammenhang Bindungssicherheit und spätere Entwicklungsvorteile – **nicht** in Beziehung zur Pflegemutter (z.B. Kooperation / Repräsentation von Selbst und Anderen, etc.)  
(Dozier, 2005)

**Altersgrenze**, nach der es schwierig für Kinder sein könnte, neue vertrauensvolle Bindungen mit alternativen Bezugspersonen aufzubauen? (Dozier & Rutter, 2008)

Hinweise: Forschung Pflegekinder:

- < 12 Monate: eher **sicheres Bindungsverhalten** (wenn Pflegemutter feinfühlig)
- ca. 12–24 Monate: eher **vermeidend oder widerständig**, wenn belastet
- > 24 Monate: eher wachsam-selbstbezogen; **misstrauisch, ablehnend** (auch, wenn Pflegemutter fürsorglich)

(Stovall & Dozier, 2000; Stovall-McClough & Dozier, 2004; Dozier, 2005; Schoiel, 2005)





## Heimerzieherinnen / -erzieher als alternative Bindungspersonen?

Positiver Bindungsaufbau im Rahmen der stationären Jugendhilfe ?

→ häufig schwer bindungsgestörte und traumatisierte Kinder und Jugendliche

→ häufig unzureichende Strukturen

wechselnde Bezugspersonen, (emotionale) Zuständigkeit

Bedürfnisse des Kindes vs. Dienstplan (Schichtdienst)

unklare Perspektive (Commitment)

.....

→ **positive, exklusive Beziehungen eher unrealistisch** ≠  
nicht annähernd vergleichbar mit Beziehungen von nicht  
traumatisierten Kindern zu ihren „ausreichend guten Eltern“

**aber:** unterstützen, ein „**Gerüst aus hoffnungsvollen Bindungen**“ zu entwickeln (Hart, 2006; Schmid et al., 2007)





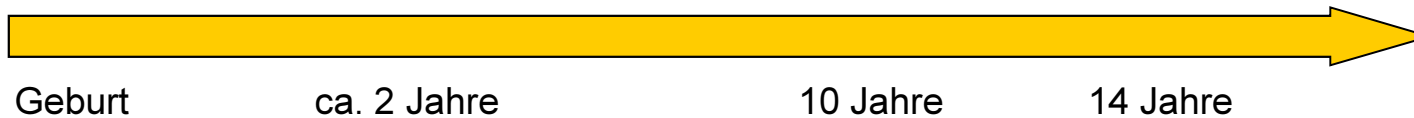
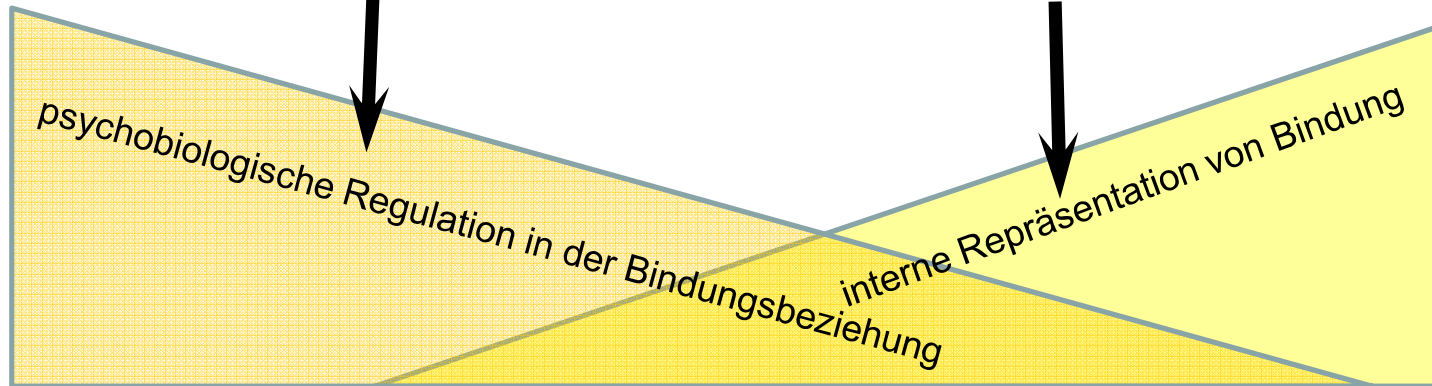


## Sicherheit und Schutz: Von körperlicher Nähe zur inneren Repräsentation von Bindung

**(alternative) emotional  
verlässliche und stabile  
Bindungsperson**

und

**Traumapädagogik / -therapie  
(alternative) Repräsentationen  
von Sicherheit / Autonomie**





## Traumapädagogik: Konzept des Sicheren Ortes (Graphik: Marc Schmid)

### Haltung Sicherer Ort





## Innere Reflexionsprozesse entwickeln und stärken (Reflective Function)

Zunehmende Fähigkeit über sich selbst und über andere nachzudenken:

*„Reflective Function“ befähigt Kinder die Überzeugungen, Gefühle, Haltungen, Wünsche, Hoffnungen, Wissen, Vorstellungen, (Vor-) Täuschungen, Pläne, etc. von anderen zu verstehen und nachzuvollziehen.*

*Die Bedeutung der Handlungen und des Verhaltens von Anderen herauszufinden ist essentiell dafür, das eigene Verhalten zu bewerten und die eigene Erfahrung als bedeutsam einzuschätzen.*

*Dies kann die emotionale Regulation, die Impulskontrolle, die Selbststeuerung und die Erfahrung, sich selbst als Quelle von Handlung zu erleben, entscheidend beeinflussen“*

(Fonagy & Target, 1997, p.165, dt. Übersetzung Ziegenhain)



## Traumapädagogik in der Jugendhilfe (Tabelle: Marc Schmid)

Haltungselemente	Ebene des Kindes	Ebene der Mitarbeiter
<b>Unbedingte Wertschätzung</b>	Wertschätzung der Überlebensleistung und der Besonderheit des Kindes	Wertschätzung der Arbeitsleistung und der Persönlichkeit
<b>"Guter Grund"</b>	«Guter Grund» hinter jedem Problemverhalten und Widerstand des Kindes / zugrundeliegenden Bedürfnisse beachten und "versorgen« → Gefühl von Sicherheit (wieder) erlangen	«Guter Grund» hinter Fehlverhalten oder Widerstand eines Mitarbeiters / zugrundeliegenden Bedürfnisse beachten und "versorgen"
<b>Individualisierung</b>	Jedes Kind benötigt eine andere Förderung / nicht über- und unterfordern / individuell auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen	unterschiedliche Erwartungen an Mitarbeiter / jeder Mitarbeiter braucht eine andere Form der Unterstützung
<b>Achtsamkeit</b>	Achtsamkeit für Spannungszustände, Anzeichen von Über- und Unterforderung	Achtsamkeit für Symptome von Burn-Out, Unzufriedenheit, Über- und Unterforderung
<b>Partizipation</b>	wichtige Entscheidungen und Regelungen gemeinsam aushandeln / Kind darf - wo immer möglich - (mit)entscheiden → Erleben von Selbstwirksamkeit	Wichtige Entscheidungen und Regelungen werden gemeinsam ausgehandelt. Mitarbeiter können - wo immer möglich - (mit)entscheiden → Erleben von Selbstwirksamkeit.

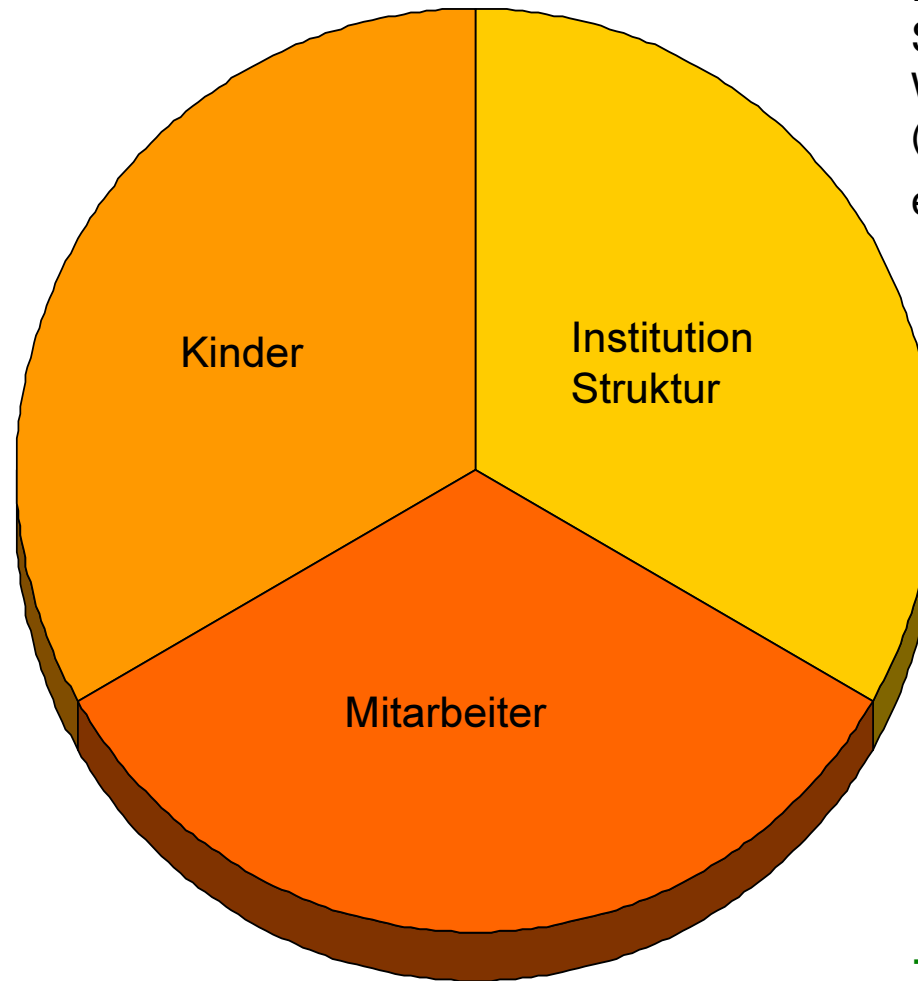


## Traumapädagogik: Konzept des sicheren Ortes (Graphik: Marc Schmid, Lang et al., 2009)

Stabilisierung  
vertrauensvolle,  
verlässliche, stabile  
Beziehungser-  
fahrungen  
**„hoffnungsvolle  
Bindung“** (Hart, 2006)

Schutz vor  
Retraumatisierungen

- Ausgestaltung  
Besuchskontakte/  
Besuch/begleiteter  
Umgang in anderen  
Räumen



Etablierung einer  
„Versorgungsebene“  
(Einrichtungsleitung)

Psychohygiene,  
Supervision und  
Weiterbildung  
(Psychotraumatologie)

emotionale Entlastung

strukturelle  
Rahmenbedingungen

- Gruppengröße, Zimmer,  
Teamtage etc.

- Transparenz

- Partizipation

- Wertschätzung der  
Eigensinnigkeit des  
Kindes (Verstehen,  
ohne einverstanden  
zu sein)

→ **Aushalten und  
Reflektieren**





*„...ja es ist vor allem eine Haltungssache. Also dieses Stichwort des „**Guten Grundes**“, das Kind hat einen guten Grund, wenn es sich so verhält, und die Verhaltensweise, die wir als störend empfinden, war vorher die **Überlebensstrategie** für das Kind, das war vorher lebensnotwendig. Und die legt man ja nicht eben ab, nur weil's hier anders ist....“*

Förderung durch

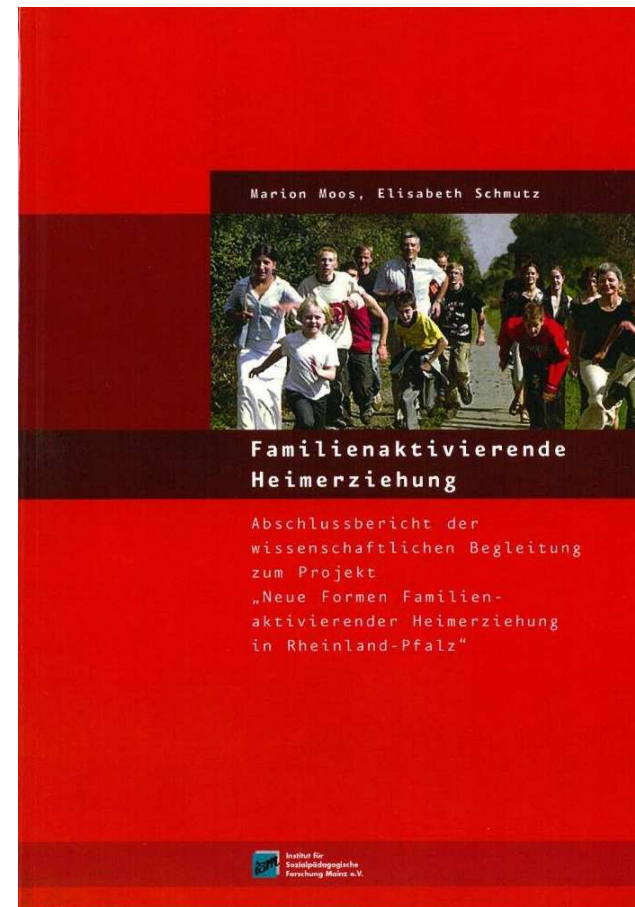
**AKTION**  
MENSCH  
DAS WIR GEWINNT

Schmid, Ziegenhain, Künstler, Zwönitzer, Fegert





## Begleitende systematische Elternarbeit / Biographiearbeit





# Fazit

---







## Fazit: Bindungsbeziehungen in der Heimerziehung

Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung sind gewöhnlich psychisch hoch belastet

- frühe Vernachlässigung und Misshandlung / traumatische Beziehungserfahrungen / hochunsichere Bindung / Bindungsstörungen
- hohe Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen

das biologisch angelegte Bedürfnis sich an eine nahestehende und (emotional) verfügbare Bezugsperson zu binden, hat „**bindende**“ **Konsequenzen** für Eltern und die „staatliche Gemeinschaft“, bei

- körperlicher Abwesenheit und Trennung von der Bindungsperson
- psychologischer Abwesenheit bzw. bei gestörter Kommunikation in der Beziehung des Kindes mit seiner Bindungsperson

Heimerziehung: Chance kompensierender / korrigierender Beziehungserfahrungen

- eher unrealistisch: positive, exklusive Beziehungen
- Förderung „**hoffnungsvoller Bindungen**“ : **Innere Reflexionsprozesse** (innere Repräsentationen mit traumapädagogischem Zugang)

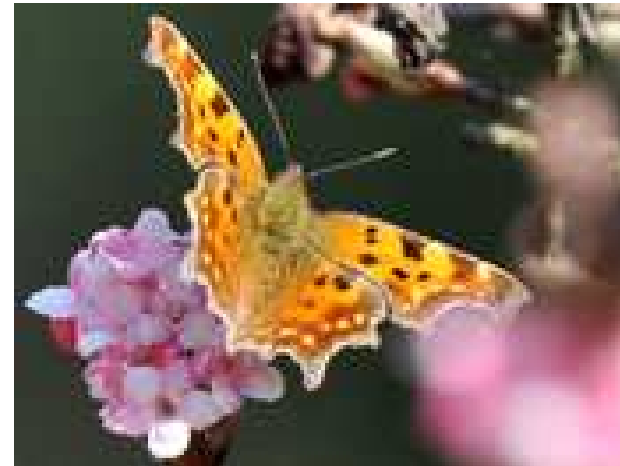




## Fazit: Schmetterlingseffekt

Kleine und kleinste Veränderungen machen einen Unterschied im längerfristigen Verlauf

*„Der Flügelschlag eines Schmetterlings in Brasilien kann einen Tornado in Texas auslösen“*

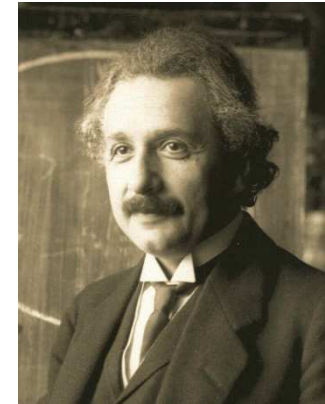




„Es gibt keine großen Entdeckungen  
und Fortschritte, solange es noch  
ein unglückliches Kind auf Erden gibt.“

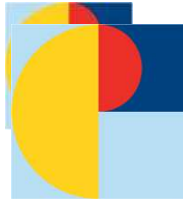
Albert Einstein

\* 1889 Ulm



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!





**Kinder- und Jugend-  
psychiatrie / Psychotherapie**

**Universitätsklinikum Ulm**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /  
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm

Steinhövelstraße 5  
89075 Ulm

[www.uniklinik-ulm.de/kjpp](http://www.uniklinik-ulm.de/kjpp)



Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

