



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Trauma-informierte Versorgung:
Bindungsbedürfnisse institutionell untergebrachter Kinder
mit Misshandlungshintergrund

Verfasserin

Rahel Nestler

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ass.-Prof. Priv. Doz. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

DANKSAGUNG

Für die Unterstützung bei meiner Diplomarbeit möchte ich mich an erster Stelle bei meiner Betreuerin Frau Dr. Brigitte Lueger-Schuster bedanken. Allem voran für ihr großes Vertrauen in meine Fähigkeiten, erfolgreich ein anspruchsvolles Forschungsprojekt planen und durchführen zu können. Dieses Vertrauen und die damit verbundenen Handlungsspielräume haben mich immer wieder zu fachlicher und persönlicher Weiterentwicklung motiviert.

Auch möchte ich mich bei Frau Mag. Christine Hansi für die maßgebliche und engagierte Unterstützung bei der Organisation der Erhebungen bedanken.

Ein herzliches Dankschön allen Pädagogen und Pädagoginnen, die sich im Rahmen der Studie Zeit für ein Interview genommen haben. Ihre Bereitschaft, persönliche Erfahrungen und Sichtweisen zu schildern, verdient größte Anerkennung.

Sehr herzlich danke ich meinem Kollegen Alexander Seiser, der jeder Zeit zur Stelle war, meinen Blick für das Wesentliche zu schärfen und vermeintlich unlösbare Aufgaben mit Humor und Beharrlichkeit lösbar erscheinen zu lassen. Der meine Schwächen so gut ergänzte und mir stets das Gefühl der Wertschätzung für meine Stärken gab.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie. Allen voran meiner Mama Henriette Nestler, meinem Papa Torsten Lindner und meiner Stiefmama Bea Lindner. Dafür, dass sie mir mit ihrer unermüdlichen Neugier, Ausdauer und Leidenschaft große Vorbilder und Unterstützer in allen Lebenslagen sind. Lieben Dank auch an meine Schwester Charlotte Lindner, die während des Schreibens mit steter Anteilnahme und ermunternden Worten an meiner Seite war.

Zuguterletzt danke ich meinem Freund Ruben Maué. Der mich tagtäglich daran erinnert, wie sehr es sich lohnt, in jeder noch so großen Herausforderung das gemeinsame Abenteuer zu suchen.

Die vorliegende Diplomarbeit wurde gemäß den APA-Richtlinien zur Manuskriptgestaltung (American Psychological Association, 2010) verfasst. Zugunsten der Umwelt und der Übersichtlichkeit, wurde der Zeilenabstand eineinhalbfach gewählt. Aufgrund der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden das generische Maskulin verwendet. Sofern kein expliziter Geschlechtsbezug aus der Formulierung hervorgeht, beziehen sich die Aussagen gleichermaßen auf männliche und weibliche Personen.

In jüngster Vergangenheit rückten die niederösterreichischen Landes-Kinder- und Jugendheime durch Bekanntwerden vergangener Missstände ins Zentrum öffentlicher Aufmerksamkeit. Zahlreiche Maßnahmen wurden in den letzten Jahren ergriffen, um eine bedürfnisgerechte, unterstützende Versorgung institutionell untergebrachter Kinder (IU-Kinder) zu gewährleisten (vgl. Lueger-Schuster et al., 2013). Mit dem Ziel, den grundlegend strukturell stattgefundenen Veränderungen auf terminologischer Ebene Ausdruck zu verleihen, wird nachfolgend der Begriff „Betreuungseinrichtung“ gegenüber dem Begriff „Kinder- und Jugendheim“ bevorzugt.

ABSTRACT (ENGLISH)	8
ABSTRACT (DEUTSCH).....	9
EINLEITUNG.....	10
THEORETISCHER HINTERGRUND	10
FORMEN ERLEBTER MISSHANDLUNG BEI IU-KINDERN	10
<i>Psychische Misshandlung.</i>	10
<i>Physische Misshandlung.</i>	11
<i>Sexuelle Misshandlung.</i>	11
<i>Vernachlässigung.</i>	11
<i>Prävalenz von Kindesmisshandlung in Österreich.</i>	12
TRAUMAFOLGEN UND BINDUNG: GRUNDLEGENDE ZUSAMMENHÄNGE.....	13
<i>Bindung und Bindungsverhalten.</i>	13
<i>Trauma-Exposition innerhalb von Bindungsbeziehungen.</i>	14
<i>Traumafolgen und Bindungsstörungen.</i>	17
Komplexe Traumafolgestörung und Bindungsstörungen.....	19
Prävalenz von Bindungsstörungen.	21
Diagnostische Klassifikation von Bindungsstörungen.	21
Bindungsstörung im DSM-5.....	23
TRAUMAFOLGEN UND BINDUNG: ZUSAMMENHÄNGE IM INSTITUTIONELLEN KONTEXT.....	24
<i>Kontextuelle Risiko- und Schutzfaktoren.</i>	26
Kontaktangebote der Betreuungspersonen.....	26
Das Geschlecht der Betreuungspersonen.	29
Das Alter der Betreuungspersonen.	30
Bindungsmodelle von Betreuungspersonen.	30
Psychische Gesundheit von Betreuungspersonen.	32
Betreuer-Kind-Schlüssel.	34
Soziofamiliäres Umfeld.....	36
Disclosure traumatischer Erlebnisse.	39
<i>Individuelle Risiko- und Schutzfaktoren.</i>	41
Das Alter der Kinder zum Unterbringungszeitpunkt.	41
Das Geschlecht der Kinder.	42
<i>Neurobiologische Auswirkungen institutioneller Unterbringung.</i>	42
TRAUMA-INFORMIERTE VERSORGUNG MISSHANDELTEN KINDER	45
<i>Das ARC-Modell.</i>	48
ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN	50
METHODE.....	52

STICHPROBE	52
ERHEBUNGSMETHODE	54
<i>Qualitative Auswertung.</i>	56
Inhaltsanalyse nach Mayring.....	56
Induktive Kategorienbildung.	57
Inhaltsanalytisches Ablaufmodell im vorliegenden Forschungsprojekt.	57
ERGEBNISSE	59
QUANTITATIVE DATENANALYSE	59
<i>Unsicherheit in Abhängigkeit von der Misshandlungsart.</i>	60
<i>Unsicherheit in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und Berufserfahrung.</i>	60
QUALITATIVE DATENANALYSE.....	61
<i>Kategorien der Fragestellung III.</i>	61
<i>Kategorien der Fragestellung IV.</i>	63
<i>Kategorien der Fragestellung V.</i>	65
Kodierfamilie: Beantwortung Enthemmung/ Anhänglichkeit.	66
Kodierfamilie: Beantwortung Vermeidung/ Misstrauen.	67
<i>Kategorien der Fragestellung VI.</i>	69
Kodierfamilie: Sichere Bindung erkennen.	70
Kodierfamilie: Bindungssicherheit vermitteln.	72
Kodierfamilie: Beziehungsfähigkeit fördern.	74
<i>Kategorien der Fragestellung VII.</i>	76
<i>Kategorien der Fragestellung VIII.</i>	79
Kodierfamilie: Leitlinien-Vorhanden.	79
Kodierfamilie: Leitlinien-Einstellung.....	80
DISKUSSION	81
SUBJEKTIVES SICHERHEITSERLEBEN	84
BINDUNGSVERHALTEN	86
BINDUNGSBEDÜRFNISSE	87
HERAUSFORDERUNGEN	90
TRAUMA-INFORMIERTE LEITLINIEN	92
LIMITATIONEN	93
FORSCHUNGSAUSBLICK UND PRAKTISCHE IMPLIKATIONEN	94
LITERATUR	96
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	109
TABELLENVERZEICHNIS	110

ANHANG	111
ANHANG A: SOZIODEMOGRAFISCHER FRAGEBOGEN	111
ANHANG B: GESPRÄCHSLEITFADEN FÜR INTERVIEWS	113
ANHANG C: KODIERREGELN STRUKTURANALYSE	118

Abstract (English)

Traumatised children in out-of-home care often face severe difficulties in forming secure attachment relationships with caregivers. Strong child-caregiver attachments are yet central to the child's wellbeing in the challenging environment of residential care. The creation of a trust-based relationship is essential for the children's recovery after trauma. This study examined the personal experiences of out-of-home care employees concerning the attachment behaviour and needs of children that have been abused or neglected. Data was collected from a sample of pedagogues ($n = 26$) using a semi-structured interview and a self-administered questionnaire. Inductive content analyses revealed that almost all child care professionals experience inhibited as well as disinhibited attachment styles. The qualitative evidence shows that pedagogues apply a great variety of interventions to answer the children's attachments problems and needs.

Further quantitative analysis suggests, that pedagogues feel significantly more insecure working with sexually abused children, than with neglected, emotionally or physically abused children. Special training on that field would be highly beneficial for taking a first step in the direction of providing trauma-informed care at state-run children's homes in Lower Austria.

Abstract (Deutsch)

Fremduntergebrachte Kinder weisen oftmals frühkindliche Traumatisierungen sowie Schwierigkeiten bei der Herstellung stabiler Bindungsbeziehungen zu Betreuungspersonen auf. Eine sichere Betreuer-Kind-Bindung ist jedoch gerade unter den herausfordernden Bedingungen der Fremdunterbringung ausschlaggebend für die psychische und körperliche Gesundheit der Kinder. Die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse kann nur vor dem Hintergrund vertrauensbasierter Beziehungen optimal gelingen. Die vorliegende Studie untersuchte die persönlichen Erfahrungen von Mitarbeitern der Kinderbetreuung das Bindungsverhalten und die Bindungsbedürfnisse misshandelter und vernachlässigter Kinder betreffend. Mittels teilstrukturiertem Interview und selbsterstelltem Fragebogen wurden insgesamt 26 Pädagogen befragt. Eine induktive Inhaltsanalyse legt offen, dass fast alle Mitarbeiter enthemmte sowie gehemmte Bindungsstile bei den Kindern erleben.

Die qualitative Evidenz zeigt, dass Pädagogen eine Vielzahl an Interventionen anwenden, um kindliche Bindungsprobleme und –Bedürfnisse professionell zu beantworten. Weitere quantitative Analysen deuten darauf hin, dass Pädagogen signifikant größere Unsicherheit im Umgang mit sexuell misshandelten Kindern erleben, als mit vernachlässigten, psychisch oder körperlich misshandelten Kindern. Spezielles Training in diesem Bereich würde einen ersten wichtigen Schritt in Richtung eines Trauma-informierten Versorgungsangebotes an niederösterreichischen Betreuungseinrichtungen darstellen.

Einleitung

Diese Diplomarbeit ist Teil des Forschungsprojektes „Trauma-informierte Versorgung misshandelter Kinder in niederösterreichischen Betreuungseinrichtungen“ unter der Leitung von Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster. Das Forschungsvorhaben wurde in Zusammenarbeit mit Alexander Seiser entwickelt, geplant und durchgeführt. Alexander Seiser fokussiert im Rahmen seiner Arbeit auf den Trauma-informierten Umgang mit institutionell untergebrachten Kindern (IU-Kindern), welche Defizite in der Emotionsregulation aufweisen. In der vorliegenden Facharbeit wird der Trauma-informierte Umgang mit IU-Kindern behandelt, die defizitäres Bindungsverhalten zeigen. Da Bindung und Emotionsregulation in polykausalem Zusammenhang stehen, sind die beiden Diplomarbeiten als Gesamtbild aufzufassen. Sie ergänzen sich gegenseitig und sind nur integrativ verstanden dazu geeignet, valide Aussagen über den Trauma-informierten Umgang mit misshandelten Kindern zu treffen.

Theoretischer Hintergrund

Formen erlebter Misshandlung bei IU-Kindern

Kindesmisshandlung umfasst psychische, physische, sexuelle oder vernachlässigende Formen von Gewalt, die von Erwachsenen gegenüber Kindern ausgeübt werden (World Health Organization {WHO}, 2002). Kinder, die staatliche Fürsorge beanspruchen, weisen häufig eine Vorgeschichte multipler Misshandlungen auf. Mennen, Kim, Sang und Trickett (2010) verdeutlichen dies, indem sie in ihrer Studie für 95% der familiär vernachlässigten Kinder weitere Formen erlebter Misshandlung ermitteln. Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell und Daigneault (2011) postulieren auf Basis ihrer Untersuchung an 53 IU-Kindern, dass psychische und physische Misshandlung jeweils von mehr als der Hälfte erlitten wurden. Von Vernachlässigung sind sogar 98% und von sexueller Misshandlung 38% der Kinder betroffen.

Psychische Misshandlung. Psychische Gewaltausübung liegt vor, wenn ein Kind in seiner emotionalen Gesundheit und Entwicklung durch nicht physische Gewalthandlungen eines Erwachsenen gefährdet wird. Abwertung, Spott, Drohungen, Einschüchterung, Diskriminierung, Abweisung und massive Einschränkungen

hinsichtlich verfügbarem Raum und Bewegung sind den nicht physischen Gewalthandlungen hinzuzuzählen. Psychisch missbräuchliche Betreuungspersonen sind allgemein nicht in der Lage, dem Kind ein angemessen unterstützendes Umfeld zu bieten (WHO, 2002). Laut Khoo (2010) äußert sich die daraus resultierende emotionale Instabilität beim Kind in einigen grundlegenden Veränderungen. Diese werden auf Ebene des Verhaltens, der emotionalen Reaktionen und der Kognition erlebt. Ausdruck finden diese Veränderungen vorrangig in ängstlichem, depressivem, zurückgezogenem oder aggressivem Verhalten.

Physische Misshandlung. Physische Kindesmisshandlung äußert sich in Form von Handlungen, welche bei Betroffenen reale körperliche Schäden verursachen. Beispielhaft hierfür sind Schläge, Tritte und Verbrennungen. Der psychischen Misshandlung werden auch jene Handlungen zugezählt, welche mit einem erheblichen Schadensrisiko für das Kind in Zusammenhang stehen (Khoo, 2010; WHO, 2002).

Sexuelle Misshandlung. Ausübung sexueller Gewalt liegt vor, wenn Kinder in Handlungen einbezogen werden, die der sexuellen Erregung oder Befriedigung von Erwachsenen dienen (WHO, 2002). Weiterhin wird unter sexueller Misshandlung die kommerzielle sexuelle Ausbeutung von Kindern im Kontext von Prostitution und Pornographie subsumiert (Khoo, 2010).

Vernachlässigung. Wenn Kinder nicht entwicklungsförderlich versorgt werden, handelt es sich um Gewalt in Form von Vernachlässigung. Folgende Bedürfnisse werden im Zuge eines mangelhaften Versorgungsangebotes nicht oder unzureichend beantwortet: Grundbedürfnisse nach Nahrung und Sicherheit, Bildungsbedürfnisse, gesundheitliche Versorgungsbedürfnisse und emotionale Entwicklungsbedürfnisse (WHO, 2002).

Vernachlässigte Kinder erleben allgemein mehr psychische, physische und sexuelle Gewalt, als nicht vernachlässigte Kinder. Auch sind sie mit einem größerem Spektrum von Formen der Gewaltanwendung konfrontiert. Besonders häufig kommt es zu einer Vernachlässigung der Aufsichtspflicht, gefolgt von einer Vernachlässigung der Sicherheits- und Entwicklungsbedürfnisse (Mennen et al., 2010).

Prävalenz von Kindesmisshandlung in Österreich. Das Wissen über die Verbreitung von Kindesmisshandlung in Österreich ist sehr gering. Es gibt nur eine geringe Zahl entsprechender Prävalenzstudien. Hinzu kommt, dass psychische, sexuelle und körperliche Misshandlung von Kindern durch Erwachsene kaum voneinander trennbare Gewaltphänomene sind. In der Regel treten sie kombiniert auf (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2011; Mennen et al., 2010; Pelikan & Pilgram, 2011).

Im Rahmen einer österreichischen Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern wurden die Teilnehmer unter anderem zu persönlichen Gewalterfahrungen vor dem 16. Lebensjahr befragt. Zur Erhebung kamen die Daten von insgesamt 2334 Männern und Frauen im Alter von 16 bis 60 Jahren. Dabei wurden folgende vier Formen von Gewalt unterschieden: psychische Gewalt, körperliche Gewalt, sexuelle Belästigung und sexuelle Gewalt. Die am häufigsten erlebten Gewaltformen in der Kindheit sind psychische und körperliche Gewalt. Sie wurden jeweils von mehr als 70% der Befragten berichtet, wobei sich keine Geschlechtereffekte zeigten. Für das Ausmaß erlebter psychischer Gewalt ist das Alter der Teilnehmer ebenfalls nicht ausschlaggebend. Die Gruppen der ältesten (51 – 60 Jahre) und der jüngsten Teilnehmer (16 – 20 Jahre) unterscheiden sich diesbezüglich nur unwesentlich. Das Ausmaß erlebter körperlicher Gewalt hingegen ist bei der jüngsten Gruppe um bis zu 30% geringer, als bei der ältesten Gruppe. Für das Erfahren sexueller Gewalt ist das weibliche Geschlecht ein Risikofaktor. Mehr als doppelt so viele Mädchen sind davon betroffen als Jungen (27,7% im Vergleich zu 12%). Hinsichtlich der Prävalenz sexueller Gewalt ist in Österreich in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Während 40,8% der 51- bis 60-jährigen Frauen sexuelle Gewalterfahrungen berichten, geben 19,6% der Frauen zwischen 16 und 20 Jahren derartige Erfahrungen in der Kindheit an. Bei Jungen ist ein ähnlicher Rückgang festzustellen (19,9% zu 6,4%). In den wenigsten Fällen wird nur eine Gewalterfahrung berichtet. Vor allem sexuelle Misshandlung tritt selten isoliert von den anderen beiden Gewaltformen auf. Etwa die Hälfte der Befragten äußerte, während der Kindheit mit psychischer und körperlicher Gewalt konfrontiert gewesen zu sein. Zwei von zehn Frauen und einer von zehn Männern erlitten eine Kombination aus den drei Gewaltformen: sexuell, psychisch und physisch (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2011).

Traumafolgen und Bindung: Grundlegende Zusammenhänge

Bindung und Bindungsverhalten. Bindung und Bindungsverhalten bezeichnen jeweils unterschiedliche Konstrukte. Bindung beschreibt überdauernde Verbindungen, die von Kindern gegenüber relevanten Bezugspersonen aufrechterhalten werden. Bindungsverhalten bezeichnet jegliche episodisch auftretenden Verhaltensweisen, welche der Herstellung dieser Verbindungen dienen. Das innere Arbeitsmodell von Bindung entwickelt sich bei Kindern ab ungefähr vier Jahren. Von da an sind sie kognitiv sowie sprachlich in der Lage, Beziehungserfahrungen mit primären Bezugspersonen zu speichern und zu organisieren. Das innere Arbeitsmodell reguliert sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen das gesamte System des Bindungsverhaltens (Bowlby, 1997). Delius, Bovenschen und Spangler (2008) fassen das innere Arbeitsmodell als subjektive Bindungstheorie eines jeden einzelnen auf. Diese konstituiert sich aus den gemachten Bindungserfahrungen und dem im Zuge dieser Erfahrungen angesammelten Wissen über Beziehungen. Bereits vor dem vierten Lebensjahr verfügt ein Kind im sozialen Kontakt über verschiedene Verhaltensoptionen. Zwischen dem vierten und fünften Lebensjahr werden mentale Repräsentationen für das Verhalten primärer Bezugspersonen ausgebildet. Dadurch entsteht ein noch differenziertes Repertoire an Verhaltensmöglichkeiten, welche etwa ab dem Schulalter auf neue Situationen generalisiert und entsprechend angepasst werden können. Die Entwicklung des inneren Arbeitsmodells hängt mit der Qualität der Bindung zum primären Betreuer zusammen.

Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1979) entwickelten ein Beobachtungs-Paradigma, welches die Erschließung der Betreuer-Kind-Bindungsqualität über die Erfassung konkreten Bindungsverhaltens ermöglicht. Im sogenannten *Fremde-Situation-Test* wird das Verhältnis von Explorationsverhalten zu Bindungsverhalten im Kontext spezifischer Betreuer-Kind-Beziehungen betrachtet. Zu diesem Zweck werden Kind und Betreuer voneinander getrennt und nach kurzer Zeit wiedervereint. Zeigt das Kind ein gleichgewichtiges Verhältnis von Exploration und schuttsuchender Annäherung an die Betreuungsperson, wird ihm ein sicherer Bindungsstil zugeschrieben. Beim unsicheren Bindungsstil liegt ein Ungleichgewicht vor. Unsicher-vermeidende Bindung ist gegeben, wenn dieses Ungleichgewicht durch Ignorieren oder bewusste Vermeidung der Betreuungsperson bei Wiedervereinigung charakterisiert ist. Während der

vorausgehenden Trennungsphase zeigen diese Kinder keine äußeren Anzeichen von Stress. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder hingegen zeigen bei Trennung starke Stressanzeichen. Bei Wiedervereinigung kommt es zu einem Wechsel aus Nähe suchen und Distanz. Der desorganisierte Bindungsstil liegt vor, wenn das Kind unvollständige, verwirrte und widersprüchliche Strategien anwendet, um Schutz und Geborgenheit bei der Betreuungsperson zu finden.

Trauma-Exposition innerhalb von Bindungsbeziehungen. Traumatische Erfahrungen können innerhalb oder außerhalb einer Bindungsbeziehung gemacht werden (Cloitre, Cohen, & Koenen, 2014). In jedem Fall können sie kindliche Bindungsbeziehungen und –muster beeinträchtigen. Traumatische Erfahrungen können auch indirekt auf die Bindungsmuster wirken. Solch eine indirekte Wirkung ist beispielsweise gegeben, wenn zentrale Bezugspersonen des Kindes von Traumafolgestörungen betroffen sind. Sichere Bindung wird nicht zwingend durch traumatische Erlebnisse gestört. Sie kann fortbestehen und einen wichtigen Moderator zwischen Trauma-Exposition und posttraumatischer Symptomatik darstellen. Es gibt hinreichende empirische Evidenz für die positiven Langzeitfolgen eines sicheren Bedingungsangebotes für Kinder durch familiäre sowie nicht-familiäre Betreuungspersonen (Holt et al., 2008). Bindungssicherheit stellt allgemein einen Schutzfaktor für gegenwärtige oder zukünftige psychopathologische Entwicklung dar, während sich unsichere Bindung diesbezüglich als Risikofaktor herausgestellt hat (Breidenstine, Bailey, Zeanah, & Larrieu, 2011).

Langanhaltende und wiederholte Traumata stehen jedoch meist mit schwerwiegenden psychosozialen Folgen für die Betroffenen in Verbindung. Das Erleben von Misshandlung durch den Betreuer innerhalb einer Bindungsbeziehung stellt in der Regel solch ein langanhaltendes Trauma dar (Cloitre et al., 2009). Eine besonders vulnerable Personengruppe bilden dabei Kinder im Alter von drei bis acht Jahren (Khoo, 2010).

Wenige Studien zur Prävalenz Trauma-assoziierten Störungen bei IU-Kindern liegen bis heute vor. Kolko et al. (2010) berichten ein verstärktes Vorkommen von Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei einer Stichprobe von 1848 Kindern im Alter von acht bis 14 Jahren, die aufgrund von Verdacht auf Misshandlung Leistungen der staatlichen Fürsorge empfangen. Insgesamt befanden sich

11,6% der Betroffenen in der Fremdunterbringung. Auf Basis ihrer Analyse postulieren Kolko et al. (2010) ein Vorhandensein deutlicher Unterschiede in der PTBS Prävalenz zwischen IU-Kindern und familiär betreuten Kindern. Symptome von posttraumatischem Stress zeigten 19,2% der IU-Kinder im Vergleich zu 10,7% der familiär Versorgten. Weiterhin steht das Vorhandensein folgender Faktoren mit stärkerer Symptomatik in Verbindung: Jüngerer Lebensalter, erlittene häusliche Gewalt, Depression sowie erlittene Gewalt außerhalb der Familie.

Inwiefern es zur Ausbildung einer PTBS kommt, hängt primär von der Art und Häufigkeit der Gewalterfahrungen ab. Je mehr verschiedene Formen von Gewalt erlebt wurden, desto wahrscheinlicher liegt das Vollbild einer PTBS vor. Bei IU-Kinder mit zwei erlebten Formen von Misshandlung liegt eine PTBS Prävalenz von 16,6% vor. Diese verdoppelt sich bereits bei drei erlebten Formen von Misshandlung und liegt bei fünf erlebten Formen von Misshandlung bereits in mehr als dreifachem Ausmaß vor. Bei mehr als der Hälfte dieser polyviktimisierten Personengruppe wird eine klinisch relevante PTBS-Symptomatik erfasst (Collin-Vézina, 2011).

Besonders schädigend wirkt sich von Bezugspersonen ausgehende Misshandlung auf die Bindungskompetenzen aus (Cloitre et al., 2014; Shapiro & Levendosky, 1999). Für Kinder sind die Eltern und andere nahe Bezugspersonen die wichtigsten Ressourcen. Sie sichern ihr Überleben und Wachstum. Daraus resultiert ein einseitiges Abhängigkeitsverhältnis. Eine von Misshandlung geprägte Betruer-Kind-Beziehung stellt dementsprechend nicht nur einen massiven Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS dar. Die gesamte kognitive und soziale Entwicklung der Betroffenen ist in ihrer Gesundheit gefährdet. Selbstwert, Sicherheitsgefühl und Autonomieentwicklung werden gestört. Defizite in diesen Bereichen bewirken, dass die erlebte Hilflosigkeit und damit einhergehend die Abhängigkeit von der gewaltausübenden Betreuungsperson zunimmt. Bindungsbeziehungen zu Betreuern werden daher trotz oder teilweise sogar verstärkt bei Misshandlung aufrechterhalten. Mitunter entstehen intensivere Bindungen, als es bei Betruer-Kind-Beziehungen ohne Misshandlung der Fall ist (Cloitre et al., 2014).

Bereits 1998 identifizierte Freyd dieses ambivalente Verhältnis in ihrer *Betrayal-Trauma-Theory* als zentralen Risikofaktor für Störungen der Beziehungsfähigkeit. Die Fähigkeit gesunde intime Beziehungen einzugehen, setzt das

Vermögen voraus, anderen Menschen zu vertrauen. *Betrayal* findet statt, wenn ein Elternteil oder eine andere wichtige Bezugsperson das Vertrauen eines von ihm abhängigen Kindes massiv bricht. Vor allem die Ausübung sexueller Gewalt gegenüber Kindern bewirkt einen fundamentalen Vertrauensbruch.

Das Ausmaß, mit dem *Betrayal* in die traumatisierende Gewalthandlung involviert war, ist ausschlaggebend für das Risiko der Entwicklung einer *Betrayal Blindness*. Diese äußert sich in einer Unfähigkeit zur expliziten Erinnerung erlebter traumatischer Ereignisse. Konkret entsteht *Blindness* gegenüber dem erlittenen Verrat, wenn das Kind sich gezwungen sieht, das Vertrauen zum missbräuchlichen Versorger weiterhin aufrecht zu erhalten. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn es die Erfahrung macht, dass misstrauisches Verhalten Entfremdung vom Versorger und somit weitere Gewalttaten und Vernachlässigung provoziert. Meistens stellt Flucht vor der Gewalt keine Option für betroffene Kinder dar. *Betrayal Blindness* ist der Aufrechterhaltung emotionaler Bindung dienlich und somit die einzige wirksame Überlebensstrategie (Freyd, 1998; Freyd, Klest, & Allard, 2005).

Gobin und Freyd (2009) zufolge kann die *Betrayal-Trauma* Theorie zur Erklärung der hohen Vulnerabilität für eine Reviktimisierung bei sexuell misshandelten Kindern herangezogen werden. Sie untersuchten Jugendliche und Erwachsene, die in der Kindheit traumatische Erfahrungen gemacht hatten. Die Studienteilnehmer unterschieden sich hinsichtlich des Ausmaßes an *Betrayal*, welches das erlebte traumatische Ereignis prägte. Findet das *Betrayal-Trauma* vor dem zwölften Lebensjahr statt, steigt die Wahrscheinlichkeit einer Reviktimisierung während der Adoleszenz und im Erwachsenenalter. Personen die einst ein hohes Ausmaß an *Betrayal* erlitten, unterscheiden sich von Personen mit geringem erlittenen *Betrayal* hinsichtlich Vertrauensbereitschaft und Bewusstsein für zwischenmenschlichen Verrat. Die Vertrauensbereitschaft ist geringer. Auch kommt es zu einer Beeinträchtigung der Fähigkeit, Betrug und Verrat im Kontext intimer Partnerschaften zu erkennen. Beispielsweise wird es von Betroffenen deutlich seltener als Betrug angesehen, wenn der Lebenspartner intime Küsse mit einer dritten Person austauscht. Die verringerte Wahrnehmung für vertrauensmissbräuchliches Verhalten anderer Menschen führt zu einer Aufrechterhaltung von emotional, physisch oder sexuell gewaltsamen Beziehungen. Für einen Beziehungsabbruch erforderliche Selbstschutz-Mechanismen wurden in der Kindheit nicht oder ungenügend entwickelt. Cloitre und Kollegen (2014)

erkennen eine weitere Ursache für das erneute Aufsuchen schädigender Beziehungen in der grundlegenden kognitiv-emotionalen Tendenz des Menschen, bereits gebildete Schemata auf neue Situationen zu übertragen. Im Zentrum dieser Theorie steht die Annahme einer Entwicklung zweier dysfunktionaler interpersoneller Schemata:

- „Bindung bedeutet, missbraucht zu werden.“
- „Missbrauch ist ein Weg, Bindung herzustellen“

Die gelernte Opfer-Täter-Dynamik wird durch diese manifesten Denkmuster wiederholt reinszeniert. In der Folge sind intime Beziehungen durch erneute Opfererfahrungen und das Vorherrschen tiefgreifenden Misstrauens häufig nur von kurzer Dauer.

Überdies werden die dysfunktionalen Bindungsrepräsentationen auch auf die Beziehungen zu eigenen Kindern übertragen. Langzeitfolgen von maladaptiven Bindungserfahrungen können demnach generationenübergreifend sein (Lawler, Shaver, & Goodman, 2011).

Traumafolgen und Bindungsstörungen. Wenn frühe Bedürfnisse nach Nähe und Schutz in Bedrohungssituationen unangemessen, unzureichend oder widersprüchlich beantwortet werden, entwickeln Kinder vermehrt Bindungsstörungen. Betroffene haben frühe Traumatisierungen durch die eigenen relevanten Bindungspersonen erfahren und oftmals plötzliche Trennungen von Bezugspersonen oder Bezugspersonenwechsel erlebt (Brisch, 2008). Vor allem die Bindungsschemata sexuell misshandelter Kinder unterscheiden sich wesentlich von denen nicht misshandelter Kinder. Ihre Bindungsorganisation ist von größerer Unsicherheit gekennzeichnet. Es kommt bei den Betroffenen vermehrt zur Ausprägung hyperaktiver und desorganisierter Bindungsstile (Fresno, Spencer, Ramos, & Pierrehumbert, 2014). Aber auch nicht sexuelle Formen der Misshandlung können bei den Betroffenen Bindungsstörungen auslösen. Beispielsweise kann Vernachlässigung Bindungsstörungen verursachen, wenn Säuglinge oder Kleinkinder über längere Zeit davon betroffen sind. Vernachlässigung bedingt vor allem dann gestörtes Bindungsverhalten, wenn sie in Form von unzureichender Beantwortung der Sicherheitsbedürfnisse des Kindes auftritt (Michel et al., 2014).

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass ein sicherer Bindungsstil bei Kindern wesentlich zur Traumabewältigung beiträgt (Holt, Buckley, & Whelan, 2008;

Lieberman & Horn, 2011; Shapiro & Levendosky, 1999), wird der innerpsychische Teufelskreis misshandelter sowie vernachlässigter Kinder an dieser Stelle offensichtlich: Die Trauma-Exposition erschwert den Aufbau von Bindungskompetenzen, welche wiederum notwendig wären, um das erlittene Trauma adäquat zu bewältigen. Kinder benötigen die emotionale Sicherheit und Stabilität naher Bezugspersonen, um traumatische Erlebnisse auf hilfreiche Weise interpretieren und bewältigen zu können (Maercker, 2013). Die Eingliederung von Bindungsstörungen in der Trauma-Entwicklungsheterotopie ist Abbildung 1 zu entnehmen.

Es gibt vergleichsweise wenig gesichertes Wissen hinsichtlich Bindungsstörungen. Die Reaktive Bindungsstörung gehört zu den Störungsbildern mit der geringsten wissenschaftlichen Evidenz (Kay & Green, 2013; Rutter et al., 2010). Konsistente Daten hinsichtlich Ätiologie, Prävalenz oder Störungsverlauf sind derzeit nicht vorhanden. Vor allem für die Bindungsstörung mit enthemmten Verhalten mangelt es an relevanten empirischen Daten, was aus einer großen Definitionsbreite den Phänotyp betreffend resultiert. Mangelnde Ansprechempfindlichkeit wird genauso unter gehemmtem Verhalten verstanden, wie hoch ambivalente oder vermeidende Verhaltensweisen (Rutter et al., 2010).

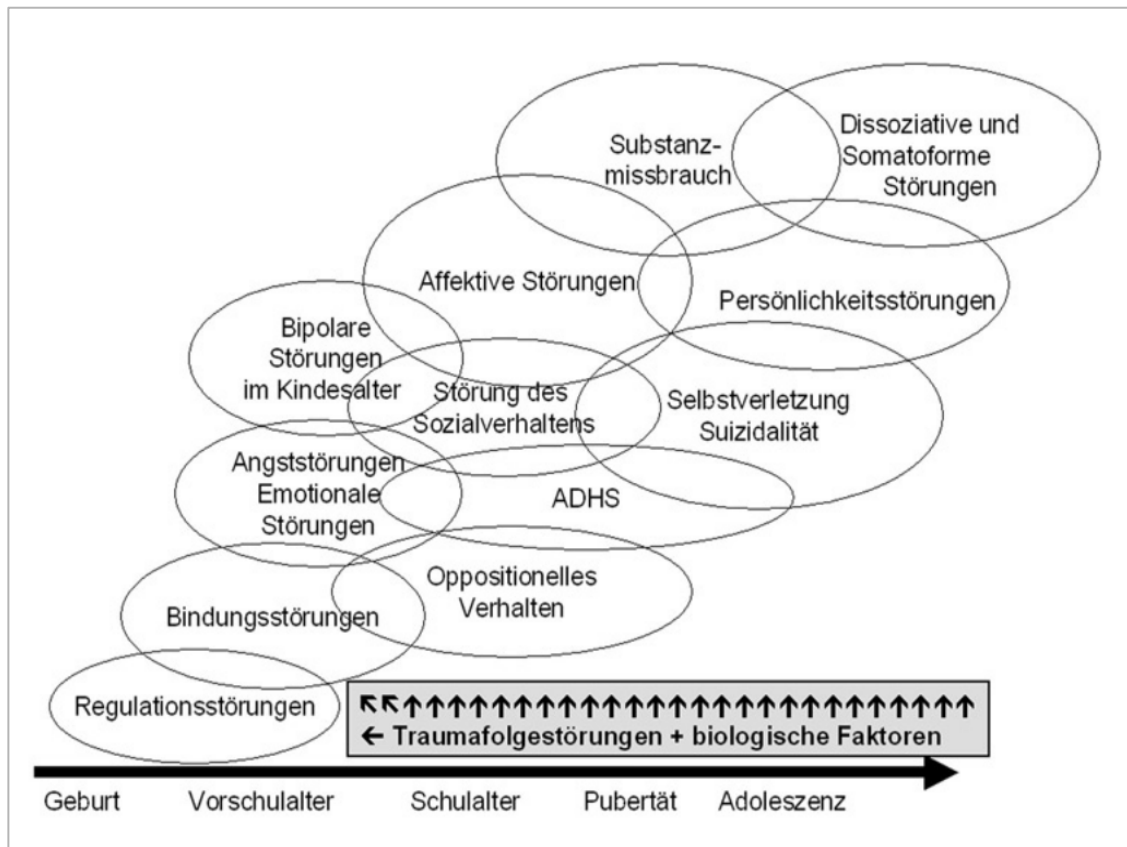


Abbildung 1. Bindungsstörung in der Trauma-Entwicklungsheterotopie (entnommen aus Schmid, Fegert, & Petermann, 2010)

Komplexe Traumafolgestörung und Bindungsstörungen. Wie weiter oben beschrieben, machen Kinder mit missbräuchlichen Betreuungspersonen in der Regel mehr als eine Gewalterfahrung (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2011). Das Störungsbild der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (Komplexe PTBS) wird typischerweise in Folge schwerwiegender, langanhaltender oder wiederholter Traumatisierungen entwickelt (Cloitre et al., 2009; Maercker et al., 2013). Kumulative Traumata, ausgelöst durch Misshandlungen im Kindesalter, sind häufig mit einem komplexen Symptomprofil assoziiert. Sowohl aktiv ausgeübte Gewalthandlungen sexueller und physischer Art, als auch passive Gewalt gehen mit komplexer Traumatisierung einher. Passive Gewalt beinhaltet Vernachlässigung und Abwesenheit (Cloitre et al., 2009).

Das Symptomprofil der Komplexen PTBS beinhaltet die drei Kersymptome der PTBS: Wiedererleben, Vermeidung und Hyperarousal. Zusätzlich kommt es zu tiefgreifenden und langanhaltenden Veränderungen hinsichtlich Emotionsregulation,

Selbstwahrnehmung und zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Störungen der Beziehungsgestaltung äußern sich auf vielfältige Weise. Im Vordergrund steht die Schwierigkeit, Nähe zu anderen Personen zu empfinden. Betroffenen fällt es daher schwer, Beziehungen zu anderen herzustellen oder hergestellte Beziehungen über längere Zeit erfolgreich aufrechtzuerhalten. Entwicklungsbezogene Unterschiede finden in den Symptomkonfigurationen der komplexen PTBS kaum Berücksichtigung. Zwar werden einige Symptome der komplexen PTBS auch von Kindern ausgeprägt, wesentliche Unterschiede zum Störungsbild des Erwachsenenalters finden jedoch keine Abbildung im Diagnosesystem. Veränderungen in Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung sind bei Kindern vor allem in Form von regressivem, autoaggressivem und fremdaggressivem Verhalten beobachtbar. Weiterhin können Reaktionen auf Traumata von folgenden Verhaltensweisen des betroffenen Kindes begleitet sein: Desorganisiertheit, innere Unruhe, Wutausbrüche, Klammern, exzessives Weinen, sozialer Rückzug, Trennungsangst, Misstrauen, Reinszenierung traumatischer Ereignisse, Alpträume, Wahrnehmung eingeschränkter Zukunft und Impulsivität (Maercker et al., 2013). Teilweise deckt sich dieses Verhalten mit der Symptomatik der Bindungsstörungen, wie im DSM-5 aufgeführt (vgl. APA, 2013). Cloitre et al. (2009) weisen ebenfalls explizit darauf hin, dass die spezifische Symptomkonfiguration bei kumulativ traumatisierten Kindern nicht hinreichend mit im Konzept der komplexen PTBS abgebildet wird. Die Autoren betonen, dass sich das Symptomprofil der komplexen PTBS an das psychische Krankheitsbild erwachsener Überlebender von Misshandlung im Kindesalter orientiert. Im Kindesalter erfüllen Betroffene eher die Kriterien für eine Entwicklungsraumastörung, wie von Van der Kolk (2005) beschrieben. Er schlägt die Diagnose der Entwicklungsraumastörung vor, um die entwicklungsspezifischen Aspekte von komplexen Traumafolgestörungen klassifikatorisch zu verankern. Dahinter steht die Absicht, eine präzise Diagnostik für interpersonell traumatisierte Kinder bereitzustellen. Kinder mit Entwicklungsraumata sind in stetiger Erwartung, im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen erneut mit traumatischen Ereignissen konfrontiert zu werden. In der Folge kommt es zur Entwicklung negativer Selbstbilder, Vertrauensverlust und Verlust des Glaubens an einen Sicherheit vermittelnden, schützenden Versorger. Ähnlich wie Maercker und seine Kollegen (2013) beschreibt Van der Kolk (2005), dass Betroffene häufig exzessiv klammerndes, misstrauisches oder oppositionelles Verhalten zeigen. Er weist drauf hin,

dass interpersonelle Beziehungen typischerweise auch von Rache- und Vergeltungsgedanken bestimmt sein können.

Die Diagnose der Entwicklungsstraumastörung wurde im Jahr 2013 nicht in das DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) aufgenommen (vgl. APA, 2013).

Bremness und Polzin (2014) sehen darin eine verpasste Möglichkeit, treffende Diagnosen und damit die Auswahl der richtigen Behandlung für Betroffene zu sichern. Das Symptomspektrum Trauma-assoziiierter Störungen verändert sich im Entwicklungsverlauf komplex traumatisierter Kinder entscheidend. Mit den derzeit verfügbaren Diagnosen kann nur eine Minderheit aller Behandlungsbedürftigen identifiziert werden.

Prävalenz von Bindungsstörungen. Aufgrund unscharfer Definitionen der Störungsbilder können hinsichtlich Prävalenz von Bindungsstörungen lediglich Schätzungen herangezogen werden. Da lange Zeit kein wissenschaftlicher Konsens bezüglich der Frage herrschte, welche Formen der Kinderversorgung als unzureichend anzusehen seien, bestand Uneinigkeit über die Voraussetzungen für eine repräsentative Stichprobe. Risikogruppen, die von unzureichender Versorgung in Form von Misshandlung betroffen sind unterscheiden sich beispielsweise zentral von Risikogruppen, die von unzureichender Versorgung in Form von häufigen Bezugspersonenwechseln betroffen sind (Rutter et al., 2010). Folglich schwanken Schätzungen zur Prävalenz von Bindungsstörungen in Risikogruppen. Dabei spielt die Art der Fremdunterbringung und damit einhergehend die Qualität der Versorgung eine bedeutende Rolle. Aus einer Studie an Pflegekindern im Alter von sechs bis zwölf Jahren von Lehmann, Havik, Havik und Heiervang (2013) lässt sich eine Prävalenz der Reaktiven Bindungsstörung von 19,4% schätzen. Die Prävalenz von Bindungsstörungen bei IU-Kindern ist deutlich höher. Zeanah, Smyke und Dumitrescu (2002) erfassten klinisch relevantes enthemmtes Verhalten bei 69% der Kinder, die im Kontext einer Heimunterbringung aufwuchsen.

Diagnostische Klassifikation von Bindungsstörungen. Bis zum Erscheinen des DSM-5 war nur eine Form von Bindungsstörung bekannt: die Reaktive Bindungsstörung. Die Reaktive Bindungsstörung ist im DSM – IV – TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Revised*) mit zwei

Unterformen aufgeführt. Die erste Unterform ist als Reaktive Bindungsstörung vom gehemmten Typus, die zweite Unterform als Reaktive Bindungsstörung vom ungehemmten Typus vermerkt (APA, 2000, 2003). Abbildung 2 ist die genaue Klassifikation zu entnehmen.

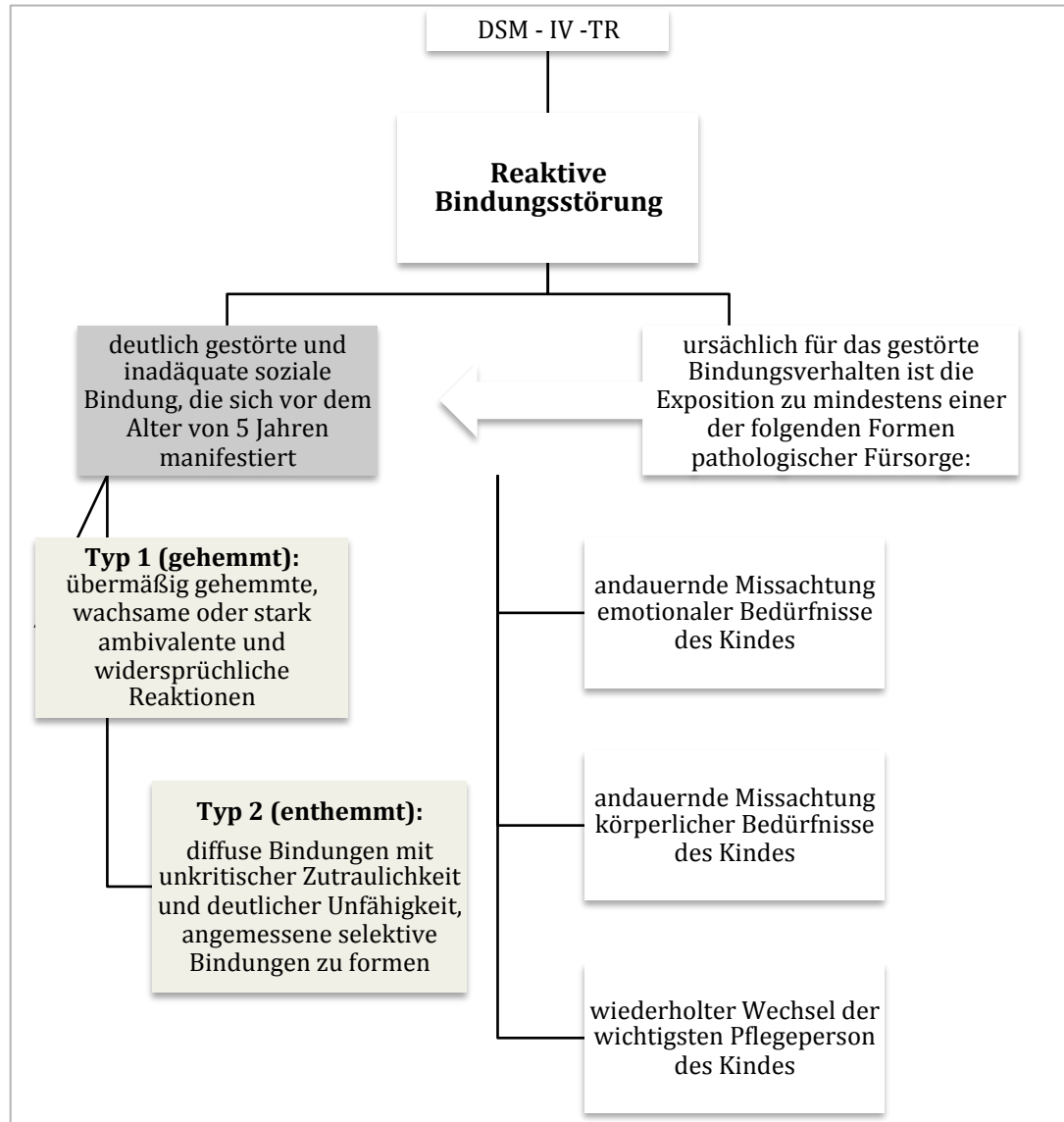


Abbildung 2. Bindungsstörung im DSM-IV-TR (eigene Darstellung, Daten entnommen aus APA, 2000, S. 118)

Bindungsstörung im DSM-5. Die Klassifikation von Bindungsstörungen nach DSM-5 ist in Abbildung 3 dargestellt.

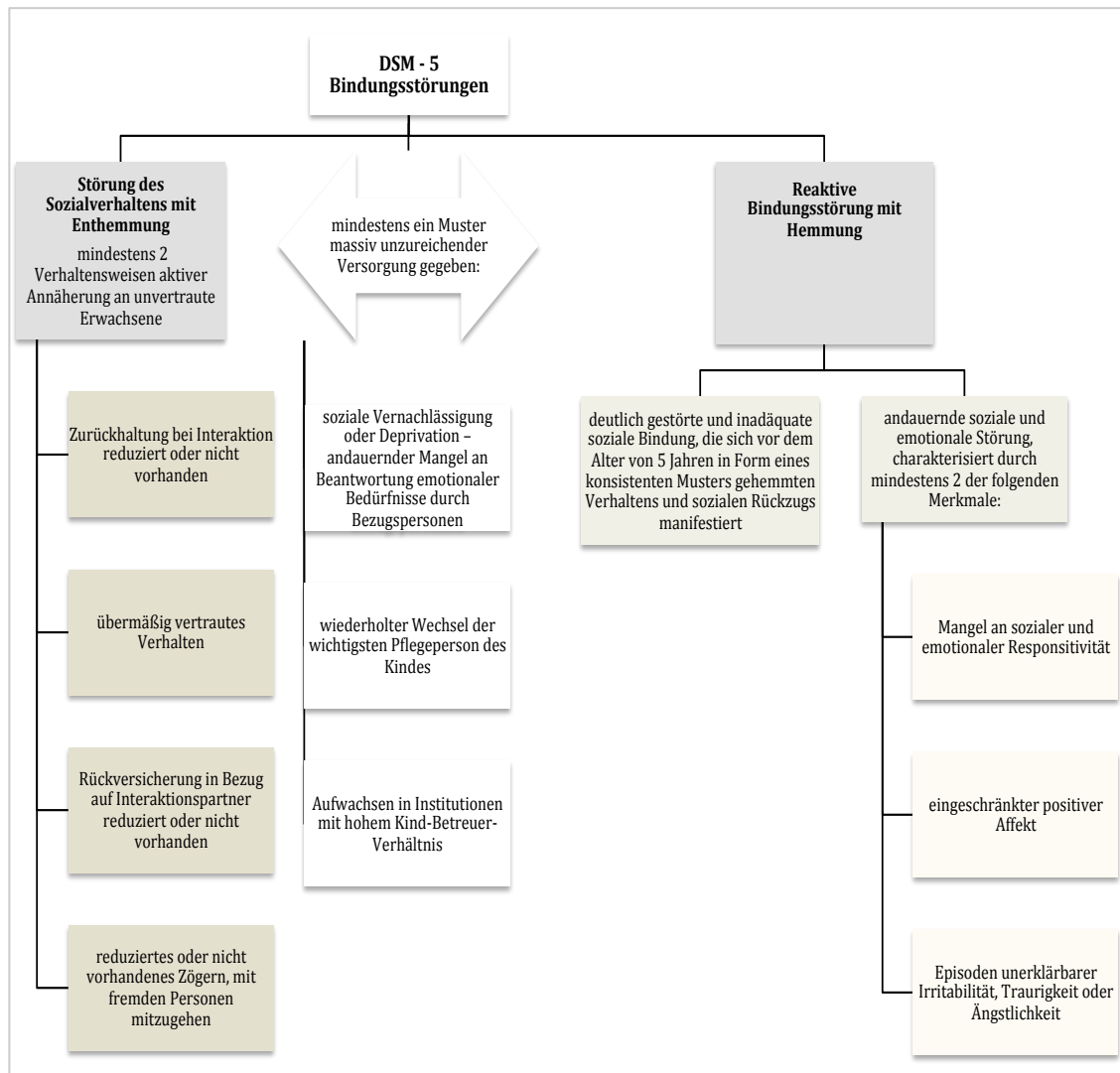


Abbildung 3. Bindungsstörung im DSM-5 (eigene Darstellung, Daten entnommen aus APA, 2013, S. 265 - 269)

Jonkman und Kollegen (2014) zufolge gibt es bisher kaum empirische Evidenz, welche die Einführung der beiden getrennten Störungsbilder stützt. Nur wenige Studien wurden mit dem Ziel durchgeführt, Unterschiede zwischen enthemmten und gehemmten Symptomen von Bindungsstörungen zu ermitteln. In erster Linie orientiert sich die neu eingeführte Unterteilung im DSM 5 an Ergebnissen, welche im Rahmen des *The Bucharest Early Intervention Project* (vgl. Nelson et al., 2007) aus der Untersuchung einer Stichprobe rumänischer institutionalisierter Kinder resultierten. Dies wird von Kay und Green (2013) kritisiert, da die Unterbringungsverhältnisse in Kinderheimen in Rumänien deutlich schlechter sind, als in ökonomisch und sozial stark

entwickelten Ländern. Die Repräsentativität dieser Stichprobe ist dementsprechend eingeschränkt.

Jonkman et al. (2014) konnten in ihrer eigenen Studie an 126 niederländischen Kindern in Pflegefamilien einen relevanten Unterschied zwischen Studienteilnehmern mit enthemmtem und mit gehemmtem Bindungsverhalten feststellen. Es stellte sich heraus, dass Kinder mit Symptomen aus dem Spektrum der Enthemmung mehr körperliche Gewalt erfahren hatten, als Kinder mit Symptomen von Gehemmtheit. Darüber hinaus wurden keine Zusammenhänge zwischen spezifischen Merkmalen unzureichender Betreuung und den beiden Formen von Bindungsstörung gefunden.

Traumafolgen und Bindung: Zusammenhänge im institutionellen Kontext

Institutionelle Unterbringung wirkt sich auf das Bindungsverhalten von Kindern aus. Die Richtung dieser Auswirkung wird von einer Reihe von Faktoren bestimmt. Maßgeblich ist dabei die Qualität der Beziehung zwischen Kind und Betreuungsperson, welche wiederum durch eine Vielzahl von persönlichen und strukturellen Aspekten beeinflusst wird.

Es ist fragwürdig, ob die in langer Forschungstradition etablierte Unterscheidung in sicheres, unsicher-vermeidendes, unsicher-ambivalentes und desorganisiertes Bindungsverhalten die Realität von IU-Kindern abbildet. Laut Bakermans-Kranenburg und Kollegen (2011) zeigen mehrere Studien, dass einige Kinder nach dieser Typologie nicht klassifizierbar sind. Möglicherweise investieren Kinder im institutionellen Setting nicht in den Bindungsaufbau, weil keine ausreichenden Kontaktmöglichkeiten zu potentiellen Bezugspersonen vorhanden sind. Die Autoren vermuten weiterhin, dass die Bindungsrepräsentationen von IU-Kindern komplexer sind, als jene von familiär untergebrachten Kindern. Zwar zeigen IU-Kinder mitunter Verhalten, dass sich an die vier klassischen Formen von Bindungsverhalten annähert, jedoch wurden diese Muster nicht zur Gänze entwickelt.

In der institutionellen Unterbringung ist die äußerst vulnerable Personengruppe misshandelter Kinder höchsten Risiken für die Entwicklung einer PTBS ausgesetzt. Dies wird aus den Ergebnissen einer Meta-Analyse von Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell und Field (2012) ersichtlich. Die Autoren zeigen, dass die größte Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer PTBS unter anderem mit dem Vorliegen folgender Risikofaktoren zusammenhängt: geringe soziale Unterstützung, komorbide psychische Störungen, sozialer Rückzug, dysfunktionale familiäre Strukturen.

Einige dieser Faktoren sind häufiger für IU-Kinder als für familiär betreute Kinder gegeben. Soziale Unterstützung ist aufgrund unvorteilhafter Personalschlüssel und starken Betreuer-Fluktuationen oftmals unzureichend vorhanden (Smyke, Dumitrescu, & Zeanah, 2002). Kinder in der institutionellen Unterbringung machen überdies die Erfahrung, in der Interaktion mit Gleichaltrigen wenig Unterstützung von Betreuern zu erhalten. Freundschaftliche Entwicklungen werden daher selten mit ihnen besprochen. Ratschläge und Unterstützung werden im Problemfall eher bei Gleichaltrigen eingeholt (Emond, 2012). Auch komorbide Störungen liegen bei IU-Kindern mit erhöhter Wahrscheinlichkeit vor. Baker, Kurland, Curtis, Alexander und Papa-Lentini (2007) analysierten die Daten von insgesamt 2274 Kindern im durchschnittlichen Alter von 13,59 Jahren hinsichtlich vorliegender psychischer Störungen und Verhaltensproblemen. Es zeigten sich hier sehr hohe Prävalenzraten. IU-Kinder hatten im Vergleich zu Kindern in Pflegefamilien eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit Verhaltensprobleme auszuprägen. Mehr als ein Drittel hatte Erfahrungen mit Substanzmissbrauch gemacht. Ebenfalls mehr als ein Drittel berichtete, schon einmal Selbstmordgedanken gehabt zu haben. Etwa die Hälfte war schon einmal in kriminelle Aktivitäten involviert. Insgesamt 77,2% der untersuchten Kinder erhielten psychotrope Medikamente, während 51,1% schon einmal stationär psychiatrisch behandelt worden waren. Psychische Gesundheitsprobleme betreffend zeigten IU-Kinder im Vergleich zu Kindern in Pflegefamilien wesentlich häufiger Angststörungen und Depressionen (17,3% im Vergleich zu 12,9%), Aufmerksamkeitsstörungen (21,8% zu 17,1%), Delinquenz (37,3% zu 24,) sowie externalisierende (60,3% zu 47,9%) und internalisierende (40,3% zu 35,9%) Störungen. Ebenfalls wurde das Aufwachsen in institutionellen Betreuungseinrichtungen in der klinisch-psychischen Klassifikation als Risikofaktor für die Reaktive Bindungsstörung identifiziert (vgl. APA, 2013). Hier wird einmal mehr die polykausale Interaktion der Risikofaktoren für Bindungs- und Traumafolgestörungen offensichtlich. Institutionelle Unterbringung erhöht die Wahrscheinlichkeit maladaptiven Bindungsverhaltens, was wiederum sozialen Rückzug und damit einhergehend eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Ausprägung einer PTBS bedingt. Die Ausprägung einer PTBS erhöht ihrerseits wiederum die Wahrscheinlichkeit für die Manifestation von Bindungsstörungen. Dass dysfunktionale familiäre Strukturen von Trickey und Kollegen (2012) ebenfalls als Risikofaktor für die Entstehung einer PTBS identifiziert werden, verdeutlicht abermals die enorme Vulnerabilität von IU-Kindern.

Kontextuelle Risiko- und Schutzfaktoren. Für die Fremdunterbringung kann eine Reihe protektiver sowie gefährdender Faktoren identifiziert werden, welche in Richtung einer Ausprägung sicheren Bindungsverhaltens und erfolgreicher Traumabewältigung wirksam werden.

Potentiell korrektive Erfahrungen stehen vorrangig mit spezifischen Aspekten der Betreuungssituation in Verbindung. Zu diesen Aspekten zählen Charakteristika der Betreuungspersonen und strukturelle Rahmenbedingungen. Im Folgenden werden wesentliche Aspekte institutioneller Betreuung auf inhärente Risiko- und Schutzfaktoren dargestellt. Dazu gehören die Kontaktangebote von Betreuungspersonen, das Geschlecht und das Alter der Betreuungspersonen, Bindungsmodelle von Betreuungspersonen, die psychische Gesundheit von Betreuungspersonen, der Betreuer-Kind-Schlüssel, das soziofamiliäre Umfeld des Kindes sowie *Disclosure* traumatischer Erfahrungen.

Kontaktangebote der Betreuungspersonen. Kinder profitieren psychisch von einer ganzen Reihe von Hilfeleistungen, welche von Betreuungspersonen in der Fremdunterbringung ausgehen können. Gelingt es den Betreuern, Bindungssicherheit vermittelnde Kontaktangebote zu stellen, wirkt institutionelle Unterbringung für Kinder mit familiärem Gewalthintergrund als Schutzfaktor. Dunn, Culhane und Taussig (2010) befragten 180 fremduntergebrachte Kinder im Alter von neun bis elf Jahren zu ihren individuellen Erfahrungen in Betreuungseinrichtungen. Die von den Kindern als besonders hilfreich beschriebenen Aspekte der Fremdunterbringung fassen die Autoren folgendermaßen zusammen:

What's been the most helpful thing about being in out-of-home care? “Getting fed, bathed, not starving.” “Playing games. Getting time out when we need it. Dog always by our side.” “That they love us.” “[They] make sure we are always clean. They give us hugs and kisses.” “That I don't have to do as many responsibilities as I used to. I don't have to take care of my brother like I did before. I just have to take care of me.” “Living!” (S.1324)

Eine Betreuer-Kind-Beziehung von guter und schützender Qualität ist durch ein stabiles Bindungsverhältnis gekennzeichnet. Die Ergebnisse einer Studie von Zaccagnino, Cussino, Saunders, Jacobvitz und Veglia (2014) legen nahe, dass Kinder

mit wenig elterlicher emotionaler Unterstützung enorme Vorteile aus dem Kontakt mit alternativen Bezugspersonen ziehen. Inadäquate elterliche Versorgung kann potentiell durch andere Betreuungspersonen korrigiert werden. Ist das Verhältnis zur alternativen Bezugsperson von emotionaler Unterstützung und Akzeptanz geprägt und bereits vor dem zwölften Lebensjahr etabliert, wird es den Kindern trotz schädlicher Erfahrungen möglich, Bindungssicherheit zu erlangen. Ursprünglich dysfunktionale interpersonelle Schemata werden restrukturiert. Emotionale Unterstützung trägt vor allem in Form von Wärme, Offenheit und empathischer Responsivität zu diesem Prozess bei. Die zentrale Ressource korrektiver emotionaler Erlebnisse stellen den Studienergebnissen zufolge die Großeltern dar. Aber auch nicht familiäre Betreuungspersonen können eine unterstützende Rolle einnehmen. Die positiven Effekte solcher korrektiver Erfahrungen zeigen sich bis ins Erwachsenenalter. Der Kreislauf intergenerationaler Weitergabe unsicherer Bindungsmuster wird unterbrochen. Betroffene können für die eigenen Kindern sichere Bindungspersonen darstellen. Überdies zeigen Frauen mit derartigen korrektiven Bindungserfahrungen in der Kindheit eine Steigerung der Reflexionsfähigkeit. Sowohl eigene als auch mentale Zustände anderer können besser reflektiert werden. Aus dieser Fähigkeit resultiert wiederum die Möglichkeit, eigenes und fremdes Verhalten differenzierter zu interpretieren und vorhandene mentale Bindungsrepräsentationen zu erweitern.

Wie Holt et al. (2008) in ihrem Review darlegen, besteht innerhalb der Forschungsgemeinschaft Einigkeit über den Einfluss einer sicheren Bindung zu einer zentralen Bezugsperson auf die Verarbeitung von Stress und traumatischen Erlebnissen. Die sichere Bindungsrepräsentation stellt einen wesentlichen Schutzfaktor für das betroffene Kind dar. Auswirkungen von Gewalterfahrungen sind deutlich weniger schädigend, wenn es emotionale Unterstützung von konsistent verfügbaren Bezugspersonen erhält.

Verfügbarkeit, im Sinne situationsangemessenen prompten Reagierens der Bezugsperson auf die Bedürfnisse des Kindes, ist wesentlich für die Entwicklung eines gesunden Bindungssystems. Diese Annahme fand in zahlreichen Studien der letzten vier Jahrzehnte Bestätigung (vgl. Ainsworth et al., 1979; vgl. Roque, Veríssimo, Fernandes, & Rebelo, 2013). Auch Dozier, Stoval, Albus und Bates (2001) stellen fest, dass Kinder im Kontext der Fremdunterbringung durchaus zur Entwicklung eines sicheren Bindungsstils in der Lage sind. Das gilt auch, wenn sie in ihrer

Ursprungsfamilie Vernachlässigung und Misshandlung erlitten haben. Untersucht wurden Kinder, welche als Säuglinge oder Kleinkinder im Alter von maximal 20 Monaten von Pflegeeltern adoptiert worden waren. Wenn die neue Betreuungsperson Verfügbarkeit vermittelt, reorganisieren die Kinder ihr Bindungsverhalten. Ein bedürfnissensibler Interaktionsstil des Versorgers ist somit prädiktiv für die Entwicklung eines sicheren Bindungsstils des versorgten Kindes.

In die Fremdunterbringung neu aufgenommene Kinder haben eine Reihe von Herausforderungen zu bewältigen. Sie müssen die Trennung von den Eltern bewältigen, sich an ein neues Setting, unbekannte Routinen und Menschen sowie geringere Möglichkeiten der eins-zu-eins Interaktion mit Erwachsenen anpassen (Datler, Ereky-Stevens, Hover-Reisner, & Malmberg, 2012). In den ersten Tagen ist nach Datler und Kollegen (2012) gerade bei Kleinkindern der Affekt oftmals verflacht. Sowohl negative als auch positive Stimmungen und Emotionen werden in unterdurchschnittlichem Maß kommuniziert. Dabei stellt sich der Ausdruck negativer Gefühle als von der Betreuer-Kind-Interaktion unabhängig heraus. Positive Stimmung dagegen steht in positivem Zusammenhang mit der Qualität dyadischer Interaktionen. Umso dynamischer der soziale Austausch mit Betreuungspersonen und Gleichaltrigen, desto besser ist die Stimmung der Kinder und desto größer ist das gezeigte Interesse an der Umgebung. Generell stellen die Autoren fest, dass die Kinder in der ersten Zeit in Fremdunterbringung nur wenige reziproke Sozialkontakte herstellen.

Betreuungspersonen sollten sich darüber bewusst sein, dass mangelnder Ausdruck negativer Stimmung nicht mit Abwesenheit von Stress gleichzusetzen ist. Kleinkinder mit verflachtem emotionalen Ausdruck werden möglicherweise in ihren Bedürfnissen nicht ausreichend wahrgenommen, da ihr Verhalten als Zufriedenheit missinterpretiert wird. Tatsächlich hält sie aber häufig Misstrauen und Vorsicht davon ab, sich mit Interesse am Alltagsgeschehen zu beteiligen. Über die Zeit nehmen die Betreuer-Kind-Interaktionen in ihrer Anzahl ab. Die Anzahl der Interaktionen mit Gleichaltrigen nehmen zu. Überlegungen der Autoren zufolge könnte hier ein Zusammenhang bestehen. Die stärkere Interaktion mit Gleichaltrigen wird von den Betreuungspersonen dahingehend gedeutet, dass die Kinder nun weniger auf sie angewiesen sind. Außerdem wird oft fälschlicherweise angenommen, dass ein Kind weniger eins-zu-eins Interaktionen benötigt, sobald es sich im neuen Setting eingelebt hat.

Das Geschlecht der Betreuungspersonen. Die Qualität der Betreuer-Kind-Beziehung wird vom Geschlecht der Betreuungsperson beeinflusst. Die Bindungsbeziehung von Kindern zu männlichen Bezugspersonen wird vergleichsweise wenig in der wissenschaftlichen Forschung fokussiert (Bretherton, 2010), rückt jedoch zunehmend ins Zentrum der Aufmerksamkeit (Gilligan, 2012). Laut Cloitre et al. (2014) weisen zahlreiche Forschungsergebnisse darauf hin, dass sexuelle Misshandlung an Kindern meistens von männlichen Bezugspersonen ausgeht. Demzufolge ist bei der hoch vulnerablen Personengruppe der IU-Kinder ein behutsamer Beziehungsaufbau zu männlichen Betreuungspersonen vonnöten.

Auch für unbelastete Kinder nehmen männliche und weibliche Bezugspersonen unterschiedliche Rollen ein. Um herauszufinden, wie Eltern die Rolle von Mann und Frau als Versorger, Bindungsperson und Spielkamerad für die eigenen Kinder definieren, befragten Bretherton, Lambert und Golby (2005) 49 an der Kindererziehung aktiv beteiligte Elternpaare. Es zeigte sich, dass die Rollen von Müttern und Vätern überwiegend ähnlich wahrgenommen werden. Etwa zwei Drittel beider Gruppen schrieben den eigenen Kindern ein größeres Nähe-Verhältnis zur Mutter zu. Die Ergreifung von Sozialisierungs- und Disziplinierungsmaßnahmen wurde von beiden Elternteilen gleich häufig geschildert. Jeweils die Hälfte der Mütter und der Väter waren der Meinung, dass Männer im Zuge der Disziplinierung zu strengeren Maßnahmen greifen. Ebenfalls mehr als die Hälfte beider Elternteile gaben an, im Vater eine aktivere Bezugsperson für das Kind zu sehen. Lediglich hinsichtlich der Wahrnehmung der väterlichen Verspieltheit divergierten die Meinungen unter den Geschlechtern. Während 20% der Frauen die Ansicht vertraten, dass die Väter mehr mit den Kindern spielen, wurde diese Sichtweise nur von 6% der Männer gestützt.

Gilligan (2012) unterstreicht mit den Ergebnissen seines Reviews ebenfalls die Bedeutung des Pflegevaters als Ressource für eine gesunde psychosoziale Entwicklung fremduntergebrachter Kinder. Männliche Bezugspersonen tragen auch in der Fremdbetreuung entscheidend zum Gefühl der Kinder bei, eine sichere Basis zu haben. Zusätzlich vermitteln Männer besonders erfolgreich soziale Fertigkeiten in Form von normativen Werten. Sie geben überdies eher Hilfestellung bei der Etablierung eigener sozialer Netzwerke, als Pflegemütter. Dies ist wiederum für eine positive Resilienzentwicklung wesentlich. Die emotionale Verfügbarkeit und regelmäßige Präsenz eines männlichen Betreuers senkt das Risiko für Verhaltensprobleme und Delinquenz bei Jungen sowie für psychische Probleme bei Mädchen. Starke empirische

Evidenz besteht für den positiven Einfluss weiblicher Betreuungspersonen auf mentale Selbst- und Fremdrepräsentationen des Kindes. Ackerman und Dozier (2005) untersuchten beispielsweise das emotionale Verhältnis von Kindern und ihren Pflegemüttern. Aus ihrer Längsschnittstudie geht ein positiver Einfluss einer emotional zugewandten Grundhaltung gegenüber dem Kind auf dessen Bindungsfähigkeit hervor. Auf Seiten der 39 Pflegemütter kam es zur Erhebung der emotionalen Zugewandtheit. Emotionale Zugewandtheit beinhaltet den Autoren zufolge Akzeptanz des Kindes, engagierte Elternschaft und den Glauben in die eigene Fähigkeit, die Entwicklung des Kindes beeinflussen zu können. Zum ersten Erhebungszeitpunkt waren die zugehörigen Pflegekinder etwa zwei Jahre alt. Drei Jahre später wurden bei ihnen die mentalen Selbst- und Fremdrepräsentationen sowie die Coping-Strategien in Trennungssituationen erhoben. Emotionale Zugewandtheit in Form von Akzeptanz stellte sich als größter Schutzfaktor heraus. Umso höher die Akzeptanz durch die Pflegemütter, desto positiver nahmen die Kinder sich selber wahr. Weiterhin ging höhere Akzeptanz mit konstruktiveren Coping-Mechanismen in Trennungssituationen einher. Die Erfahrung versorgt und wertgeschätzt zu werden, wirkte sich auch positiv auf die Beziehung zu anderen aus. Kinder mit früh erlebten Beziehungsabbrüchen entwickelten in emotional wenig zugewandten Pflegemutter-Kind-Interaktionen hingegen eher maladaptive Selbstrepräsentationen und Coping-Strategien. Stress und Erregung konnten im Zuge von Trennungssituationen nicht angemessen reguliert werden.

Das Alter der Betreuungspersonen. Jüngste Forschungsergebnisse liefern auch erste Hinweise auf die Bedeutung des Alters der Betreuungspersonen für eine hohe Qualität der Betreuer-Kind-Beziehung. Pflegeeltern im Alter von 26 bis 51 Jahren nahmen einer Studie von Gabler und Kollegen (2014) teil. Das Alter der Eltern leistete hier einen substantiellen Beitrag für die Vorhersage einer sicheren Bindung bei den versorgten Kindern. Umso jünger die Pflegeeltern, desto größere Bindungssicherheit zeigte das Kind.

Bindungsmodelle von Betreuungspersonen. Für die Qualität der Betreuer-Kind-Beziehung ist weiterhin ausschlaggebend, auf welche Weise problematisches Verhalten des Kindes von der Betreuungsperson interpretiert und mit fachlich fundierten Erklärungsmodellen verknüpft wird. Um zu erfassen, wie

problematisches Verhalten fremduntergebrachter Kinder wahrgenommen wird, führten McLean, Riggs, Kettler und Delfabbro (2013) Interviews mit 92 Betreuungspersonen. Die Autoren stellen fest, dass die Betreuungspersonen kausale Zusammenhänge zwischen Bindungsfähigkeit und Problemverhalten sehen. Allerdings sind die hierauf bezogenen Theorien und Erklärungsmodelle von Inkonsistenz und Unvereinbarkeit mit dem aktuellen wissenschaftlich gesicherten Kenntnisstand über Bindungsverhalten geprägt. In Abbildung 4 sind die vier vorherrschenden Theorien dargestellt. Sie werden von den Betreuungspersonen zur alltäglichen Beziehungsgestaltung mit den Kindern herangezogen und haben somit indirekt einen großen Einfluss auf die Beantwortung ihrer Bedürfnisse.

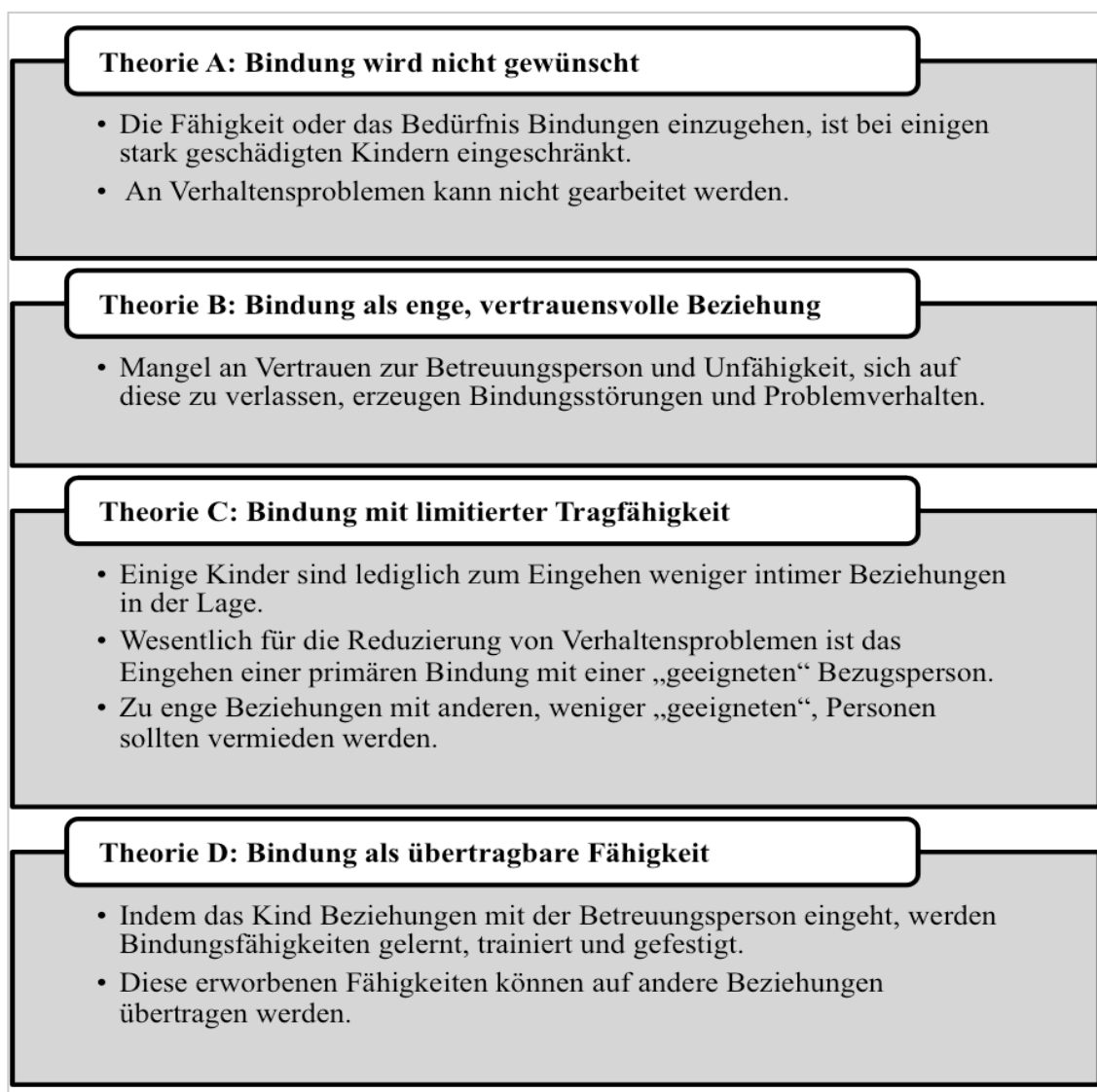


Abbildung 4. Bindungstheorien von Betreuungspersonen (Eigene Darstellung, Daten entnommen aus McLean et al., 2013).

Psychische Gesundheit von Betreuungspersonen. Die psychische Gesundheit der Betreuungspersonen ist für den Aufbau einer heilsamen Beziehung mit den Kindern elementar. Dies verdeutlichen auch Scheeringa und Zeanah (2001) mit ihrem Modell der *Relational PTBS*. Sie ermittelten spezifische Beziehungsmuster, welche bei traumatisierten Kindern eine Verstärkung stressbezogener Symptome verursachen können. Diese Beziehungsmuster bilden sich mit erhöhter Wahrscheinlichkeit heraus, wenn die Betreuungsperson selbst Ereignissen traumatischer Qualität ausgesetzt war. Konkret werden die drei dysfunktionalen Beziehungsmuster *Withdrawn* (Rückzug), *Overprotective* (Überbehütung) und *Reenacting* (Wiederholung) differenziert. Eine Beziehung, die durch Rückzug der Betreuungsperson gekennzeichnet ist, geht mit emotionaler sowie funktioneller Unerreichbarkeit für die Bedürfnisse und Kontaktversuche des Kindes einher. Überbehütung äußert sich derart, dass Kinder massiv in ihren Freiräumen eingeschränkt werden, um die Gefahr einer weiteren traumatischen Exposition zu verringern. Wiederholung findet statt, wenn das traumatische Ereignis von der Betreuungsperson wiederholt angesprochen und detailliert diskutiert wird. Das Bedürfnis das Erlebte zu bearbeiten steht dabei so stark im Vordergrund, dass jegliches Gespür für die Überforderung des Kindes abhanden kommt. All diesen dysfunktionalen Bindungsmustern ist gemeinsam, dass die Wahrnehmung für die Bedürfnisse des Kindes massiv beeinträchtigt ist. In logischer Konsequenz ist die Verfügbarkeit für die Bedürfnisbeantwortung reduziert.

Bakermans-Kranenburg und van IJzendoorn (2009) analysierten 200 Studien, die unter Verwendung des Adult-Attachment-Interview (AAI) Bindungsrepräsentationen Erwachsener untersuchten. Diese Bindungsrepräsentationen sind prädiktiv für das Bindungsverhalten versorgter Kinder. Daher ist das Interview-Instrument dazu geeignet, die Bindungsqualität im Betreuer-Kind-Verhältnis näherungsweise zu prognostizieren. Bei den Erwachsenen werden folgende Bindungsstile unterschieden: sicher-autonom, unsicher-abweisend und unsicher-zerstreut. In nicht-klinischen Populationen ließ sich bei mehr als der Hälfte der Frauen ein sicher-autonomer Bindungsstil feststellen. Jeweils etwa ein Fünftel war den Bindungsstilen unsicher-abweisend und unsicher-zerstreut zuzuordnen. Bei Männern war die Verteilung sehr ähnlich. Ein unsicher-abweisender Bindungsstil wurde hier tendenziell häufiger festgestellt. Ein unsicher-zerstreuter Bindungsstil kam bei Männern eher seltener als bei Frauen vor. Eine Untersuchung von Howard und Kollegen (2013)

fokussierte speziell auf die Bindungsrepräsentationen nach AAI von Mitarbeitern in der Kinderbetreuung. Aus den Daten ergaben sich für diese Population hervorzuhebende Abweichungen von der Norm. Lediglich für 30% der Interviewten wurde ein sicher-autonomer Bindungsstil ermittelt. Deutlich häufiger ließ sich ein unsicher-abweisender Bindungsstil feststellen. Dieser wurde für 39% der insgesamt 54 befragten Mitarbeiter der Kinderbetreuung ermittelt.

Weitere Evidenz für die Relevanz eines sicheren Bindungsstils der Betreuungspersonen liefern Zegers, Schuengel, van IJzendoorn und Janssens (2006). Sie untersuchten die Beziehung von IU-Kindern im Alter von 13 bis 20 Jahren und ihren Betreuungspersonen. Bereits nach drei bis zehn Monaten veränderte sich bei den Kindern die Wahrnehmung sozialer Beziehungen in Abhängigkeit von Bindungsstil der Betreuer. Sicher-autonom gebundene primäre Betreuer wurden wesentlich emotional verfügbarer wahrgenommen, als Mentoren vom unsicheren Typus.

In klinischen Stichproben zeigt sich ebenfalls eine abweichende Verteilung der verschiedenen Bindungsstile. Wenn Bezugspersonen von Kindern unter psychischen Störungen leiden, besteht für Letztere ein erhöhtes Risiko mit dysfunktionalem Bindungsverhalten konfrontiert zu werden. Von internalisierenden psychischen Störungen Betroffene fokussieren vermehrt auf die eigene Person und zeigen wesentlich häufiger unsicher-zerstreute Bindungsstile. Das Vorliegen einer externalisierenden psychischen Störung ist mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen unsicher-abweisenden Bindungsstil in Verbindung zu bringen. Dies ist vor allem bei Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung und Personen mit selbst- und fremdverletzenden Verhaltensweisen der Fall. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass nach aktuellem Forschungsstand kein psychisches Störungsbild eindeutig mit einem bestimmten Bindungsstil in Zusammenhang steht. In klinischen Stichproben bestehen vermehrt zurückliegende unbewältigte Traumata und Verlusterfahrungen (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009).

Unabhängig vom psychologischen Belastungshintergrund können Mitarbeiter der Kinderbetreuung große Vorteile aus Programmen zur Stärkung der eigenen Bindungssicherheit ziehen. Betroffene von unverarbeiteten Traumata brauchen unbedingt professionelle Hilfe bei der Bewältigung des Erlebten und dessen Folgen. Personen im Kontext der Kinderbetreuung kommen sehr wahrscheinlich vermehrt mit Trauma-bezogenen Themen in Kontakt, da betreute Kinder und Familien oft selbst betroffen sind (Howard et al., 2013).

Betreuer-Kind-Schlüssel. Für die Entwicklung eines gesunden Bindungsverhaltens kann die klassische institutionelle Unterbringung auch aus strukturellen Gründen einen erheblichen Risikofaktor darstellen. Ungünstige Personalschlüssel und häufige Betreuerwechsel erschweren dem Kind den Bindungsaufbau zu ausgewählten Bezugspersonen (Smyke, Dumitrescu, & Zeanah, 2002). Dass Personalschlüssel und Gruppengröße den Zusammenhang zwischen Betreuer-Verhalten und Sicherheit der Betreuer-Kind-Bindung moderieren, zeigen auch Ahnert, Pinquart und Lamb (2006) in einer Metanalyse. Selbst Betreuungspersonen mit bindungsförderlichen Eigenschaften wie hoher Responsivität, ist es unter gewissen Rahmenbedingungen nicht möglich, sichere Bindungen mit den Kindern herzustellen. Sensible Betreuungspersonen müssen die emotionalen Bedürfnisse sehr genau beobachten, was in großen Gruppen oder Gruppen mit niedrigem Betreuer-Kind-Schlüssel aufgrund stark begrenzter zeitlicher Ressourcen nicht oder eingeschränkt möglich ist.

Viele Kinder sind trotz ungünstiger Betreuer-Kind-Schlüssel dazu in der Lage, eine besondere Beziehung zu einer Betreuungsperson herzustellen. Diese wird gegenüber allen anderen bevorzugt. Distanzlose Kontaktaufnahme stellt sich bei zu geringer Verfügbarkeit bevorzugter Betreuungspersonen als zielführendes Verhalten heraus, um Kontakt- und Nähe-Bedürfnisse zu befriedigen. Zeichen von Bindungsstörung mit Enthemmung werden demzufolge wesentlich häufiger von IU-Kindern, als von familiär untergebrachten Kindern gezeigt (Dobrova-Krol, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2010; Smyke et al., 2002; Zeanah et al., 2002). Zeanah und Kollegen (2002) stellten bei rumänischen Heimkindern ein vom Vorhandensein enger Bezugspersonen unabhängiges enthemmtes Bindungsverhalten fest. Diesem Ergebnis widersprechend zeigten Soares et al. (2014), dass Kinder mit geringerer Wahrscheinlichkeit enthemmtes Verhalten ausprägen, wenn sie eine Lieblings-Betreuungsperson haben. Zusammenhänge mit der Qualität der Betreuung konnten von den Autoren nicht festgestellt werden, wobei folgende Dimensionen von Versorgungsqualität zur Untersuchung gelangten: institutionelle Ressourcen und Routinen sowie Anwesenheit, emotionale Verfügbarkeit, Sensitivität und Akzeptanz der Betreuungspersonen. Dobrova-Krol et al. (2010) brachten hingegen Versorgungsqualität und enthemmtes Verhalten in positiven Zusammenhang. Umso qualitativ hochwertiger die Versorgung, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit

enthemmt freundlichen Verhaltens. Als Merkmale der Betreuungsqualität wurden Sensitivität und Behutsamkeit herangezogen.

Laut Smyke und Kollegen (2012) verringern sich Symptome der Bindungsstörung mit Enthemmung markant, sobald das Kind aus den institutionellen Versorgungskontext zugunsten einer Unterbringung bei Pflegeeltern verlässt. Jonkman et al. (2014) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine Verbesserung der Versorgungsqualität vor allem zur Milderung problematischen gehemmten Verhaltens beiträgt. Umso länger das Kind in der neuen Pflegefamilie lebt, desto stärker werden Symptome von Gehemmtheit reduziert. Enthemmtes Verhalten hingegen ist deutlich persistenter.

Nach Auffassung von McLean und ihren Kollegen (2013) stehen die Betreuungspersonen bei ungünstigem Betreuer-Kind-Schlüssel unter starkem emotionalen Druck. Die Kinder stehen in zahlreichen Beziehungsverhältnissen, welche extern reguliert und mediiert werden müssen.

Beispielsweise fällt es institutionalisierten Kindern besonders schwer darüber zu entscheiden, welchen Personen sie sich Erfolg versprechend freundschaftlich nähern wollen. Im Gegensatz zu familiär untergebrachten Kindern sind sie oftmals nicht dazu in der Lage, die Mimik ihres Gegenübers als Entscheidungskriterium für Annäherung oder Meidung heranzuziehen. Die Reizschwelle zur Identifizierung fröhlicher Gesichtszüge ist wesentlich höher (Moulson et al., 2014). Betreuungspersonen müssen hier unterstützend eingreifen.

Überdies treffen die intensiven Bemühungen eine Beziehung mit emotional misshandelten Kindern herzustellen, von Selbigen teilweise auf starke Ablehnung. Mitunter nimmt die Bewältigung dieser Herausforderungen sehr viel Raum ein. Problematischen Verhalten zugrundeliegende Bindungsbedürfnisse der Kinder werden dann aufgrund von Ressourcenmängeln vermindert oder falsch wahrgenommen (McLean et al., 2013).

Kinder in familienähnlicheren Modellen der institutionellen Unterbringung zeigen deutlich weniger gestörtes Bindungsverhalten, als klassisch untergebrachte IU-Kinder. Hinsichtlich der Ausprägungswahrscheinlichkeit einer Reaktiven Bindungsstörung unterscheiden sie sich nicht von familiär eingebetteten Kindern. Da

die Kinder in diesem Versorgungsmodell von vergleichsweise wenigen Personen betreut werden, kann das Bedürfnis nach intensiver Bindung mit einer exklusiven Bezugsperson Beantwortung finden. Bei klassisch untergebrachten IU-Kindern besteht durch die häufige Abwesenheit der bevorzugten Bezugspersonen eine hohe Inzidenz reaktiver Bindungsstörungen (Smyke et al., 2002).

Soziofamiliäres Umfeld. Fremduntergebrachte Kinder haben in unterschiedlichem Ausmaß Kontakt zu Gleichaltrigen sowie zur biologischen Familie. Die Qualität dieses Kontaktes hat wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung von Resilienz und psychosozialer Gesundheit. Einige IU-Kinder wurden von ihren Eltern verlassen oder haben sie aus anderen Gründen verloren. In jedem Fall stellt ein solcher Beziehungsabbruch in der Kindheit eine traumatische Erfahrung dar. Üblicherweise folgt darauf ein gestörter Entwicklungsverlauf, gekennzeichnet von vielfältigen Anpassungsschwierigkeiten und psychopathologischen Auffälligkeiten (Cerniglia, Cimino, Ballarotto, & Monniello, 2014). Häufig bedeutet der Eintritt in die institutionelle Unterbringungen nicht nur einen Verlust der Familie, sondern auch einen Bruch in bestehenden Freundschaften. Soziale und kulturelle Normen, die sich für die Kinder im zwischenmenschlichen Austausch stets bewährt haben, gelten auf einmal nicht mehr (Emond, 2012).

Kinder mit früh erlebten Beziehungsabbrüchen entwickeln, wie weiter oben erwähnt, in emotional wenig zugewandten Pflegemutter-Kind-Interaktionen eher maladaptive Selbstrepräsentationen und Coping-Strategien. Stress und Erregung können im Zuge von Trennungssituationen nicht angemessen reguliert werden (Ackerman & Dozier, 2005).

Am stärksten treten psychopathologische Symptome auf der präadoleszenten Entwicklungsstufe zwischen elf und 13 Jahren auf. Dieses Phänomen ist vermutlich mit den besonders umfangreichen Entwicklungsaufgaben in Verbindung zu bringen, die Kinder beim Übergang in die Pubertät zu bewältigen haben. Beim Eintritt in die Adoleszenz nehmen die Symptome leicht an Stärke ab. Umso früher der Beziehungsabbruch stattfand, desto wahrscheinlicher ist eine Ausprägung persistierender psychopathologischer Symptome. Der Verlust der mütterlichen Bezugsperson stellt einen größeren Risikofaktor für die Entwicklung dissoziativer Symptome dar, als der Verlust des Vaters (Cerniglia et al., 2014).

Die langzeitlichen Folgen von frühen Beziehungsabbrüchen machen sich auch auf neurochemischer Ebene bemerkbar. Die beeinträchtigten Fähigkeiten zur Stressregulation resultieren in höheren Cortisol-Werten nach Konfrontation mit stressauslösenden Aufgaben. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Kinder zum Zeitpunkt der Trennung von der primären Bezugsperson nicht angemessen von einer anderen potentiellen Bezugsperson versorgt werden (Luecken, 2000).

Bejenaru und Tucker (2014) untersuchten die mit institutioneller Unterbringung verbundenen Risiken aus Sicht der Betroffenen. Zu diesem Zweck führten sie im Rahmen einer qualitativen Studie in Rumänien narrative Interviews mit 35 aktuell beziehungsweise ehemals fremdbetreuten Personen im Alter von 14 bis 26 Jahren. Beziehungen zu Gleichaltrigen wurden sowohl als Schutz- als auch Risikofaktor wahrgenommen. Stabile freundschaftliche Bindungen wurden durch familienähnliche Fremdunterbringung begünstigt. Dies ging mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einher, dass Betroffene ihre Ängste und Unsicherheiten anderen Menschen anvertrauen. In klassischen institutionellen Betreuungseinrichtungen gestaltete sich der Aufbau relevanter Beziehung um ein Vielfaches schwieriger. Kontakte zu Gleichaltrigen wurden hier vermehrt in Zusammenhang mit Angst vor Gefahr und Ausbeutung erlebt. Wahrgenommene Gefahren äußerten sich im Zwang einer Bande beitreten zu müssen oder der Angst im Stich gelassen zu werden, sobald ein zu nahes emotionales Verhältnis zu einer anderen Person entsteht. Die Angst körperlich von Gleichaltrigen misshandelt zu werden, wurde ebenfalls vordergründig von IU-Kindern berichtet. Besonders junge Kinder fürchteten von anderen Kindern Stöße und Schläge zu erhalten. Die Angst vor Ausbeutung äußerte sich in der Befürchtung von anderen sklavisch ausgenutzt oder bestohlen zu werden. Bejenaru und Tucker (2014) zitieren hierzu einen Betroffenen:

I don't like to have friends in here because the ones from inside the system hurt you the worst, they gossip about you behind your back, they speak ill about you although we should all get along because we are all wretched people. (S. 1299)

Der Beziehungsaufbau zum neuen Versorger kann auch durch ein Aufrechterhalten des Kontaktes zu den biologischen Eltern erschwert werden. Kinder gehen tendenziell weniger intensive Beziehungen zu Pflegeeltern ein, wenn nach der

Fremdplatzierung eine intensive Beziehung zur leiblichen Mutter bestehen bleibt. Vor allem häufige Besuche durch die Mutter begünstigen solch intensive Beziehungen. Bestehen sowohl zu den Pflegeeltern als auch zu den leiblichen Eltern intensive, intime Beziehungen ist die Wahrscheinlichkeit eines entstehenden Loyalitätskonfliktes groß (Leathers, 2003). Holt et al. (2008) weisen andererseits darauf hin, dass innerhalb der wissenschaftlichen Diskussion Übereinstimmung hinsichtlich der Bedeutung einer sicheren, sensitiven Mutter-Kind-Beziehung für eine erfolgreiche Traumabewältigung besteht.

Neben den leiblichen Eltern spielt weiterhin der Kontakt zu Geschwistern eine zentrale Rolle für die psychische Gesundheit fremduntergebrachter Kinder. Herrick und Piccus (2005) sind überzeugt, dass sich ein Aufrechterhalten geschwisterlicher Beziehungen positiv auf die Bewältigung von Trauma- und Verlusterlebnissen auswirken kann. Die Bedürfnisse von Kindern, die Beziehungsgestaltung mit Geschwistern betreffend, sollten laut Meinung der Autorinnen individuell und strukturiert erfasst werden. Durch die Anwendung strukturierter Methoden wird gewährleistet, dass die Wünsche des Kindes möglichst objektiv zur Kenntnis genommen werden. Sofern ein Bedürfnis nach Kontakt und keinerlei Sicherheitsbedenken festgestellt werden können, sollte der Versorger Zeit und Ressourcen in die Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Geschwisterbeziehung investieren.

Eine große Belastung für IU-Kinder kann auch die Furcht vor einer dauerhaften sozialen Stigmatisierung darstellen (Bejenaru & Tucker, 2014). Häufig bemühen sich IU-Kinder sehr stark, Gemeinsamkeiten mit familiär untergebrachten Gleichaltrigen zu finden. Zugehörigkeit und Verbindung zu anderen ist wesentlich für das Wohlbefinden. Die Angst, Außenseiter zu sein oder von Gleichaltrigen als andersartig wahrgenommen zu werden, ist sehr präsent. Vor allem im schulischen Kontext sind IU-Kinder regelmäßig im Kontakt mit familiär betreuten Kindern. Ausschluss von Gruppenaktivitäten geht hier oftmals mit einem Gefühl von Machtlosigkeit und Unbeeinflussbarkeit einher. Die Stigmatisierung als Heimkind ist aus Sicht Betroffener von einer Reihe von Annahmen begleitet: Gleichaltrige gehen oft fälschlicherweise davon aus, dass IU-Kinder von ihren Eltern nicht geliebt wurden, dass die Eltern Drogenprobleme hatten, dass die Kinder kriminelle Handlungen vollzogen haben oder

dass sie aufgrund von Armut verlassen worden sind. Derartigen Assoziationen und Vorurteilen ausgesetzt zu sein, verstärkt das subjektive Gefühl der Andersartigkeit. Häufig geht dies mit Schamgefühlen einher (Emond, 2012).

Auch Bejenaru und Tucker (2014) stützen wiederum die Annahme, dass die institutionelle Unterbringung meist mit einem subjektiv wahrgenommenen Identitätsverlust und verringerter Selbstachtung bei den Betroffenen einhergeht. Sobald die Kinder aus dem institutionellen Versorgungssystem entlassen werden, sehen sie sich mit gesellschaftlich verbreiteten Vorurteilen gegenüber fremdbetreuten Kindern konfrontiert. Außerdem nehmen sie existentielle Gefährdungen wahr, denen gegenüber sie sich ausgeliefert fühlen. Betroffene verfügen in der Regel über kein schützendes soziales Netzwerk. Jüngere Leute sehen daher eine erhöhte Gefahr, Opfer von Menschenhandel zu werden. Mädchen berichten, vor allem sexuelle Misshandlung zu fürchten.

Andererseits gibt es auch Kinder, welche ihre Lebensumstände erfolgreich in ihre psychosoziale Identität integrieren (Emond, 2012).

Disclosure traumatischer Erlebnisse. Die Mehrheit misshandelter Kinder legt die erlebte Misshandlung nicht im Zeitraum der Kindheit offen (London, Bruck, Ceci, & Shuman, 2005; O’Leary & Barber, 2008). O’Leary und Barber (2008) zeigen mit ihrer Studie an 296 Betroffenen von sexueller Misshandlung des Kindesalters, dass vor allem Jungen die erlebte Gewalttat lange geheim halten. Die Wahrscheinlichkeit einer zur erlebten Misshandlung zeitnahen *Disclosure*, war bei Jungen wesentlich geringer als bei Mädchen. Während 14,5% der Mädchen das traumatische Erlebnis innerhalb eines Jahres offen legten, erzählten in diesem Zeitraum nur 9,7% der Jungen von der Misshandlung. Bis es zu einer *Disclosure* männlicher Betroffener kam, vergingen in der Regel viele Jahre. Fast die Hälfte der Studienteilnehmer gab an, mehr als 20 Jahre geschwiegen zu haben.

Eine zur Misshandlung zeitnahe *Disclosure* kann für misshandelte Kinder große Risiken bergen. Die erste *Disclosure* erfolgt meistens gegenüber Familie oder Freunden, wobei die Reaktionen darauf nicht immer hilfreich und unterstützend sind (Alaggia, 2004). Umso älter die Kinder, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine *Disclosure* gegenüber Freunden stattfindet. Diese Form der *Disclosure* führt vermutlich seltener zu einer offiziellen Meldung und professionellen Aufarbeitung des Erlebten (Malloy, Brubacher, & Lamb, 2013). Emond (2012) kam hier zu

abweichenden Ergebnissen. Der Autor identifizierte lediglich eine kleine Gruppe von Kindern, die ihre Vulnerabilität gegenüber Gleichaltrigen hervorhoben. Die meisten Kinder teilten ihre Erfahrungen nicht mit, um die Gruppenzugehörigkeit nicht zu gefährden. Disclosure des Erlebten wurde vor allem dann unwahrscheinlich, wenn die Kinder sich aufgrund des Erlebten schämten. Wurden sie nach der Ursache ihrer Fremdunterbringung gefragt, kam es häufig zur Verleugnung von familiären Gewalthandlungen.

Lehrern gegenüber wird von älteren Kindern die Misshandlung gelegentlich offen gelegt. Jüngere Kinder halten das Erfahrene gegenüber Autoritäten eher geheim (Malloy et al., 2013). Alaggia (2004) identifiziert dabei non-verbale *Disclosure* als besonders problematische Form der Kommunikation. Non-verbale *Disclosure* äußert sich darin, dass die Betroffenen ihre Umgebung indirekt über bestimmte Verhaltensweisen auf die erlebte Misshandlung hinzuweisen versuchen. Dies kann sich beispielsweise in gestörtem Essverhalten oder suizidalem Verhalten äußern. Personen, die mit Risikogruppen arbeiten, sollten daher entsprechend geschult sein, um die komplexen und oftmals subtilen non-verbalen Hinweise richtig zu deuten.

Malloy und Kollegen (2013) interviewten 204 Kinder im Alter von fünf bis 13 Jahren, um Faktoren zu ergründen, die frühe *Disclosure* begünstigen. Dabei stellte sich heraus, dass eine Reihe internaler Motivatoren *Disclosure* bedingt. Kinder teilten die erlebte Misshandlung anderen mit, um sich selbst oder andere vor weiteren Gewalttaten zu schützen. Die meisten Kinder führten ihre *Disclosure* jedoch auf externe Auslöser zurück. Die Autoren begründen dies damit, dass Kinder externe Auslöser leichter wahrnehmen und verbalisieren können, als interne Auslöser. Externe *Disclosure* auslösende Faktoren können beispielsweise Fernsehprogramme oder Präsentationen in der Schule sein, die das Thema Misshandlung aufgreifen. Kindern fällt es wesentlich leichter, ihr Anliegen in eine vorhandene Diskussion einzubetten, als das Thema Misshandlung selbst anzusprechen. Es zeigte sich, dass die Erwartung, für glaubwürdig befunden zu werden, einen relativ geringen Einfluss auf die *Disclosure* hat. Insgesamt hatten nur zwölf der 204 Kinder vor ihrer *Disclosure* mit Zweifeln an ihrer Glaubwürdigkeit gerechnet. Viel bedeutender war das Vorhandensein einer Gelegenheit, im Zuge derer dem Thema Raum gegeben wurde. Dies kann nicht nur über die offene Auseinandersetzung mit spezifischen Fernsehprogrammen, sondern auch über direktes Fragen erwirkt werden.

Individuelle Risiko- und Schutzfaktoren. Neben kontextuell bedingten Risiko- und Schutzfaktoren werden auch individuelle Merkmale in Richtung einer Ausprägung sicheren Bindungsverhaltens und erfolgreicher Traumabewältigung wirksam. Sowohl das Alter zum Zeitpunkt der Fremdunterbringung, als auch das Geschlecht werden hinsichtlich ihres prädiktiven Wertes dargestellt.

Das Alter der Kinder zum Unterbringungszeitpunkt. Nur wenige Studien liefern Informationen zum Einfluss des Kindesalters bei Eintritt in die institutionelle Unterbringung auf die psychosoziale Entwicklung. In aktuellen Studienergebnissen finden sich Widersprüche. Es gibt Hinweise auf eine erhöhte Verhaltensproblem-Rate bei Kindern, die vor Erreichen des zweiten Lebensjahres in institutionelle Versorgungssysteme eintreten. Sehr wahrscheinlich wird dies durch die besonders schädlichen Auswirkungen einer deprivierten Umgebung auf die frühkindliche Entwicklung verursacht. Multiple Deprivation hat dabei die persistentesten Folgen. Sozial-behaviorale Probleme bestehen selbst dann häufig fort, wenn das Kleinkind nur sechs bis zwölf Monate derartigen Lebensbedingungen ausgesetzt war (Julian, 2013).

Die Qualität der Versorgung kann in Abhängigkeit vom Kindesalter ebenfalls schwanken. Beispielsweise zeigt sich ein Einfluss des Alters auf die Zugewandtheit weiblicher Betreuungspersonen. Wie weiter oben ausgeführt, ist der emotionalen Zugewandtheit gewisse Wirkung auf eine gesunde Entwicklung der mentalen Selbst- und Fremdrepräsentationen der Kinder zuzuschreiben (Ackerman & Dozier, 2005). Selbst Pflegemütter, die allgemein feinfühlig und verfügbar sind, begegnen den Kindern altersabhängig mit unterschiedlichem Ausmaß an Zuwendung. Je kleiner und bedürftiger die Kinder wirken, desto größer die Akzeptanz. Auch die Überzeugung, die Entwicklung des Kindes beeinflussen zu können, ist bei jüngeren Kindern größer (Bates & Dozier, 2002). Smyke, Zeanah, Fox, Nelson und Guthrie (2010) stellen ebenfalls einen starken Zusammenhang zwischen dem Kindesalter zum Zeitpunkt der Fremdplatzierung und der Stabilisierung des Bindungsverhaltens her. Untersucht wurden Kinder, die seit ihrer Geburt institutionell untergebracht waren. Umso jünger die Kinder zum Zeitpunkt der Aufnahme in eine Pflegefamilie waren, desto wahrscheinlicher hatten sie im Alter von 42 Monaten einen organisierten Bindungsstil entwickelt.

Dozier und Kollegen (2001) konnten im Widerspruch dazu keinen Einfluss des Kindesalters zum Zeitpunkt der Fremdplatzierung auf die neu entwickelte Bindungsqualität feststellen. Auch Gabler und Kollegen (2014) bemerken, dass Kinder unabhängig vom Alter zum Zeitpunkt der Platzierung in der Fremdunterbringung nach sechs Monaten ein verändertes Bindungsverhalten in Richtung einer gesteigerten Bindungssicherheit zeigen.

Das Geschlecht der Kinder. Deutliche Geschlechtereffekte sind beim Vorkommen von Bindungs- und Traumafolgestörungen bei IU-Kindern bisher nicht belegt worden (e.g. Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Zaccagnino et al., 2014).

Unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass doppelt so viele Mädchen wie Jungen in Österreich von sexueller Gewalt betroffen sind (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2011) und sexuelle Gewalt zu besonders starken zwischenmenschlichen Beeinträchtigung führt (Freyd, 1998), kann das weibliche Geschlecht als Risikofaktor für Bindungsstörungen bei IU-Kindern betrachtet werden. Andererseits könnte die frühere *Disclosure* bei Mädchen (Leary & Barber, 2008) auch bedingen, dass das männliche Geschlecht einen Risikofaktor darstellt. Jungen und Mädchen reagieren unterschiedlich auf Gewalterfahrungen. Während Jungen eher externalisierende Störungen ausprägen, herrschen bei Mädchen internalisierende Störungen vor (Holt et al., 2008). Inwiefern dies bei IU-Kindern erfolgreiche Traumabewältigung und gesunden Bindungsaufbau beeinflusst, ist derzeit nicht hinreichend erforscht.

Neurobiologische Auswirkungen institutioneller Unterbringung. Die Erforschung der Effekte von Trauma-Exposition auf psychobiologische Mechanismen des Bindungsverhaltens Betroffener hat sich erst vor wenigen Jahren etabliert. Sie ist derzeit noch häufig auf Tiermodelle angewiesen (Michel et al., 2014).

Dennoch belegen aktuelle Ergebnisse eindrucksvoll, wie tiefgreifend die negativen Auswirkungen widriger Entwicklungsbedingungen in der Kindheit auf die strukturelle und funktionelle Gehirnentwicklung der Betroffenen sind. Personen, die als Kind institutionell untergebracht waren, weisen allgemein deutlich stärkere kognitive Defizite als familiär versorgte Personen auf. Institutionelle Unterbringung in der Kindheit ist prädiktiv für ein geringeres Volumen des präfrontalen Kortex und des

Hippocampus. Dies wirkt sich wiederum auf die kognitive und sozioemotionale Entwicklung der Kinder aus, da diese Hirnregionen entscheidend an entsprechenden Entwicklungsprozessen beteiligt sind. Dabei macht es keinen wesentlichen Unterschied, wie lange die institutionelle Unterbringung andauerte. Kurzzeitig institutionalisierte Personen unterscheiden sich hinsichtlich der strukturellen und funktionellen Gehirnentwicklung nicht deutlich von langfristig institutionell Untergebrachten. Die verursachenden biologischen Mechanismen für die Entwicklungsdefizite sind noch nicht vollständig geklärt. Sehr wahrscheinlich spielt das Stresserleben und eine damit einhergehende erhöhte Konzentration von Cortisol eine wesentliche Rolle (Hodel et al., 2014).

Einfach Ursache-Wirkung-Zusammenhänge können hinsichtlich der neurobiologischen Folgen der institutionellen Unterbringung kaum festgestellt werden. Einerseits gibt es Hinweise auf die Schädlichkeit des institutionellen Versorgungskontextes. Andererseits geht der institutionellen Unterbringung in aller Regel eine von Misshandlung und Vernachlässigung geprägte Vorgeschichte voraus (Mennen et al., 2010), welche ihrerseits bereits mit messbaren Auswirkungen auf das Stresssystem der betroffenen Kinder einhergeht. Beispielsweise wird die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse) durch aversive Erfahrungen in der Kindheit chronisch übererregt. Die HPA-Achse ist essenziell für die Anpassungsfähigkeit von Menschen an ihre Umgebung. Außerdem kommt ihr eine zentrale Rolle bei der Stressregulation zu. Eine Übererregung der HPA-Achse führt zu Dysregulationen im Cortisol-Haushalt sowie zu einer veränderten Ausschüttung der Transmitter Serotonin, Dopamin und Noradrenalin. Daraus können wiederum Störungen der psychischen Funktionen und des Sozialverhaltens resultieren (Michel et al., 2014). Das endogene Opiatsystem ist ebenfalls an der Vermittlung von Stressreaktionen beteiligt. Weiterhin steuert es bei den Kindern die Motivation, Kontakt zu Betreuungspersonen zu suchen. Die Neurotransmitter Oxytocin und Vasopressin regulieren das bindungsbezogene Sozialverhalten und steuern die Motivation, Sozialkontakte zu suchen, indem sie das mesolimbische System modulieren. Dieses projiziert mit seinen Nervenzellfortsätzen unter anderem zur Amygdala. Solange sich bei Individuen noch keine feste Bindung manifestiert hat, wird die Ausschüttung dieser drei neuronalen Substrate durch alle sozialen Stimuli gleichermaßen aktiviert. Wenn einmal eine sichere Bindung zu einem signifikanten Bindungspartner aufgebaut wurde,

kommt es zu Unterschieden in der Transmitterausschüttung. Sozialer Kontakt mit der Bindungsperson wird durch Stimulation der Belohnungszentren im Gehirn verstärkt, wodurch positive Gefühle und eine Förderung der psychischen Gesundheit und effektiven Stressverarbeitung ausgelöst wird (Charney, Nestler, Sklar, & Buxbaum, 2013).

Unterschiede in der Gehirnentwicklung zwischen familiär und außerfamiliär untergebrachten Kindern wurden auch nachgewiesen, wenn keine Hinweise auf eine Trauma-Exposition vorlagen. Konkret beziehen sich diese gefundenen Unterschiede auf die Hirnstruktur Amygdala. Während der Kindheit und Adoleszenz wird die dorsale Region der linken Amygdala stärker durch mütterliche Stimuli aktiviert, als durch Sinnesreize, die von fremden Personen ausgehen. Eine Aktivierung des präfrontalen und motorischen Cortex wird ausgelöst, worauf ein Annäherungsverhalten gegenüber der Mutter folgt (Tottenham, Shapiro, Telzer, & Humphreys, 2012). Mittels Magnetresonanztomografie konnten Olsavsky et al. (2013) zeigen, dass über lange Zeit fremduntergebrachte Kinder im Vergleich zu familiär untergebrachten Kindern veränderte Gehirnstrukturen in der Amygdala aufweisen. Zur Teilnahme gelangten 67 Kindern im Alter von 4 – 17 Jahren. 34 Kinder lebten bei den biologischen Eltern, 33 Kinder wiesen eine mindestens fünfjährige Geschichte institutioneller Unterbringung auf und lebten zum Zeitpunkt der Untersuchung bei Adoptiveltern. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die beiden Gruppen Unterschiede in der Amygdala-Aktivität aufwiesen. Beim Betrachten von Bildern der eigenen Mutter oder Adoptivmutter und Fremden zeigten familiär eingebettete Kinder differenzierte Amygdala-Aktivität. Das Betrachten von Bildern der Mutter bewirkte höhere Amygdala-Aktivität, als das Betrachten von Fremden. Bei adoptierten Kindern war im Vergleich dazu in beiden Bedingungen eine gleichermaßen hohe Amygdala-Aktivität zu beobachten. Die Reaktion auf die Adoptiveltern war dabei umso geringer, desto länger die Kinder vor der Adoption in der institutionellen Unterbringung gelebt hatten. Weiterhin berichteten die Adoptiveltern über deutlich mehr bindungsgestörtes Verhalten in Form enthemmter Freundlichkeit der Kinder, als die befragten biologischen Eltern. Das Ausmaß enthemmt freundlichen Verhaltens steht also mit dem Mangel an Amygdala-Diskriminierung in Korrelation. Umso enthemmt freundlicher das Verhalten beschrieben wird, desto undifferenzierter ist die Amygdala-Reaktion auf Fremde und Adoptivmutter.

Die Qualität der frühen Mutter-Kind-Beziehung ist außerdem prädiktiv für das Volumen der Amygdala im frühen Erwachsenenalter, wie Moutsiana et al. (2014) in ihrer Längsschnittstudie feststellen konnten. Eine unsichere Mutter-Kind-Bindung im 18. Lebensmonat führte zu einem größeren Amygdalavolumen im 22. Lebensjahr, als eine sichere Mutter-Kind-Bindung. Hodel und Kollegen (2014) hingegen konnten in ihrer Studie keine Evidenz für eine veränderte Amygdala-Aktivität bei Menschen mit einem Hintergrund institutioneller Unterbringung feststellen.

Trauma-informierte Versorgung misshandelter Kinder

Im Jahr 2013 befanden sich in Niederösterreich 5394 Minderjährige im Rahmen einer unterstützenden Erziehung in Fremdunterbringungseinrichtungen. Der Kontakt zur Familie bleibt somit trotz Fremdunterbringung weiterhin auf regelmäßiger Basis aufrecht. Insgesamt 1611 Minderjährige befanden sich in der vollen Erziehung in entsprechenden Einrichtungen, davon 640 aufgrund einer gerichtlichen Verfügung. Insgesamt nahmen somit etwa 2,4% aller registrierten Minderjährigen in Niederösterreich institutionelle Unterbringung durch die österreichische Jugendwohlfahrt in Anspruch (Bundesministerium für Familien und Jugend, 2013).

Einrichtungen der Fremdunterbringungen stellen aufgrund niedriger Personalschlüssel und unzureichender Trainingsangebote für die Mitarbeiter häufig einen Kontext mehrdimensionaler Stress- und Deprivationserfahrungen für die Kinder dar (Soares et al., 2014). Diese erleiden häufig strukturelle Vernachlässigung in Form von minimaler Verfügbarkeit an körperlich notwendigen Ressourcen, ungeeigneten oder häufig wechselnden Betreuungspersonen und sozial-emotional inadäquaten Betreuer-Kind-Interaktionen (van IJzendoorn et al., 2011).

Mitarbeiter von Organisationen der Kinder- und Jugendbetreuung werden im beruflichen Alltag regelmäßig mit den Folgen von Traumatisierung konfrontiert. Viele fremduntergebrachte Kinder weisen eine lange und komplexe Traumageschichte auf. Dennoch gab es international bisher wenige Versuche einer systematischen Implementierung evidenzbasierter Methoden, die darauf abzielten den speziellen Bedürfnissen dieser äußerst vulnerablen Personengruppe gerecht zu werden (Ko et al., 2008). Systeme, in denen misshandelte Kinder Trauma-informiert versorgt werden, beschreiben Connors-Burrow und Kollegen (2013) wie folgt: „In a trauma-informed system, staffs understand the impact of trauma on children and families, potential

trauma triggers, and ways that traditional service delivery approaches may exacerbate the effects of trauma“ (S. 1830).

Trainingsprogramme für betroffene Berufsgruppen können dazu beitragen, die Wahrnehmung für die emotionalen, behavioralen und sozialen Entwicklungsbedürfnisse der Kinder zu fördern. Belastungen, die aus den teilweise mehrfachen fremdbestimmten Unterbringungswechseln resultieren, können auf diesem Weg reduziert und eine zusätzliche Traumatisierung verhindert werden (Hodas, 2006; Kramer, Sigel, Conners-Burrow, Savary, & Tempel, 2013). Besonders Kinder, die von der familiären in die institutionelle Unterbringung wechseln, sind in den ersten Monaten auf hoch qualitative Beziehungsangebote durch die Betreuungsperson angewiesen (Datler et al., 2012).

Die wesentlichen Elemente eines Trauma-informierten Versorgungsangebotes sind Abbildung 5 zu entnehmen.

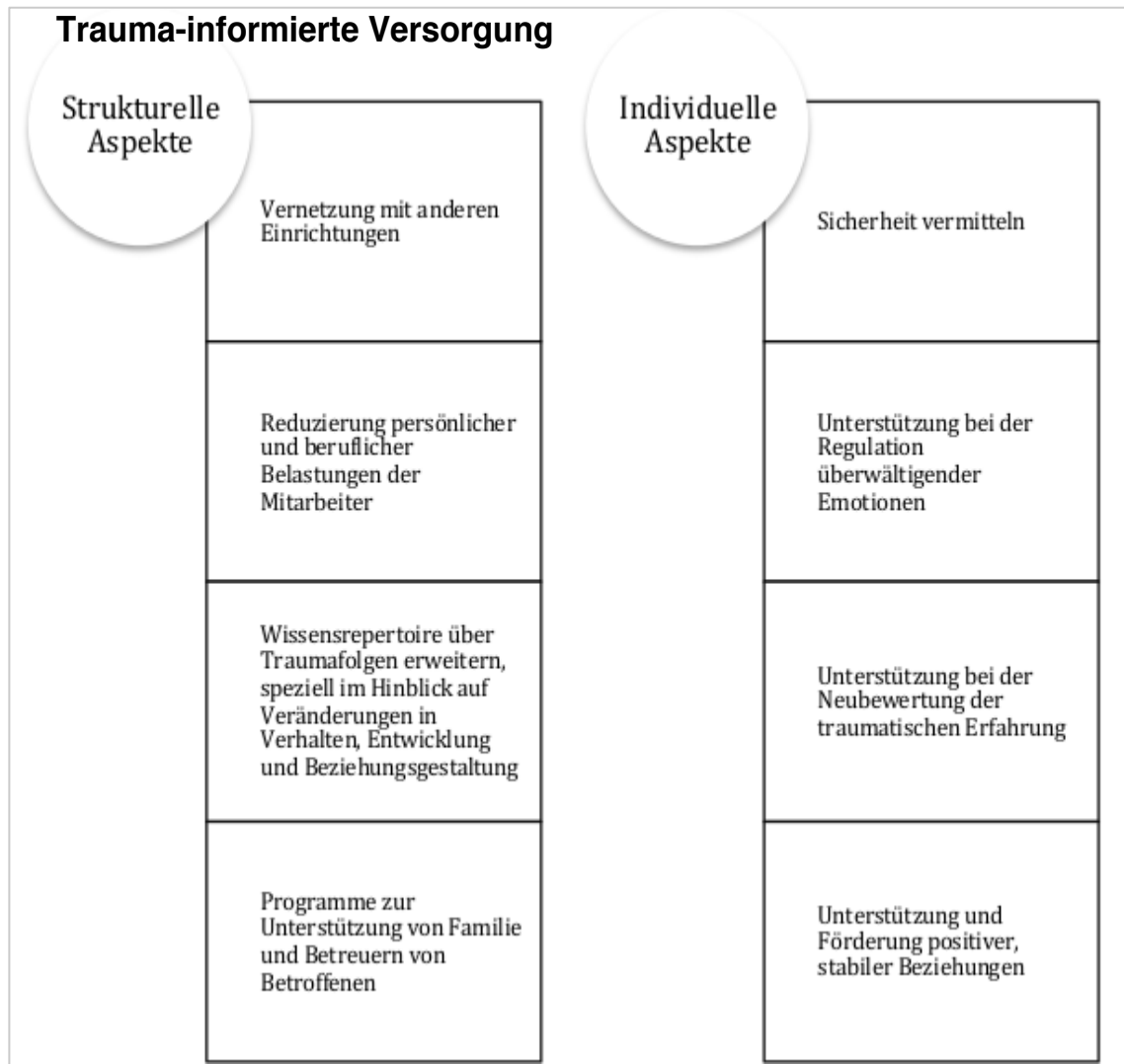


Abbildung 5. Zentrale Elemente Trauma-informierter Versorgungssysteme (Eigene Darstellung, Daten entnommen aus Kramer et al., 2013).

Da stark traumatisierte Kinder die Angebote verschiedener Institutionen und Versorgungssysteme in Anspruch nehmen, ist die Implementierung systemübergreifender Trauma-informierter Dienste vonnöten. Ein Trauma-informierter Standard sollte demnach auch in Schulen sowie im Rahmen psychologischer und medizinischer Versorgung vorherrschend sein. Der Gefahr einer Retraumatisierung sowie der Ausprägung von Traumafolgestörungen wird bestmöglich entgegengewirkt, wenn die Kinder in all diesen Settings auf einen von traumaspezifischem Wissen geleiteten Service treffen (Hodas, 2006).

Das Thema Bindung hat bei traumatisierten Kindern hohe Relevanz. Sie brauchen Unterstützung, um Fähigkeiten zur Stress- und Traumabewältigung zu entwickeln. Versorger, die Sicherheit und Vorhersehbarkeit zu vermitteln in der Lage

sind, stellen einen zentralen Schutzfaktor für eine gesunde psychische Entwicklung des Kindes dar (Lieberman & Horn, 2011).

Der zentrale Fokus der Kinderbetreuung sollte nach Ansicht von Lawler und Kollegen (2011) auf der Etablierung einer beschützenden und von emotionaler Verfügbarkeit geprägten Betreuer-Kind-Beziehung liegen. Eine Reihe von Interventionen sind dazu geeignet, derartige Beziehungen zu initiieren und zu stützen. Folgende Aspekte sind erfolgreichen Interventionen gemeinsam:

- Expliziter Fokus auf die Betreuer-Kind-Dyade
- Informiertheit bezüglich aktueller Bindungsforschung
- Schwerpunktmäßige Auseinandersetzung mit den Bindungsstilen der Betreuungspersonen
- Fokus auf die Triade aus Betreuer, Kind und Intervenient

Liebhardt und Kollegen (2013) untersuchten in einer deutschlandweiten Online-Befragung 555 Personen aus dem pädagogischen Berufsfeld, hinsichtlich ihres subjektiven Sicherheitsempfindens im Umgang mit sexuell misshandelten Kindern. Mehr als die Hälfte der Pädagogen fühlte sich im Kontakt mit sexuell viktimisierten Kindern unsicher. Als besonders herausfordernd wurde die Gesprächsführung mit den Erziehungsberechtigten und dem betroffenen Kind empfunden. In diesen Gesprächen äußerte sich Verunsicherung vor allem in dem Bedenken, Hinweise auf sexuelle Misshandlung nicht richtig erkennen und deuten zu können. Insgesamt schrieben sich Frauen tendenziell größere Unsicherheit zu, als Männer. Für beide Geschlechter trug kollegialer Austausch und langjährige Erfahrung am stärksten zur Reduktion des Unsicherheitsempfindens bei. Fach- und Handlungswissen wurde auch über das Studieren von Fachliteratur und in wenigen Fällen über den Besuch von Weiterbildungen erworben. Generell bestand ein großer Bedarf an Unterstützung in Form von Beratung durch qualifizierte Ansprechpartner in der eigenen Einrichtung. Auch Leitlinien zum richtigen Umgang mit den Kindern sowie eine interdisziplinäre Netzwerkbildung wurden gewünscht.

Das ARC-Modell. Die drei Kernkomponenten, aus welchen sich das Akronym ARC zusammensetzt lauten *Attachment*, *Self-Regulation* und *Competency*. Der ARC-Ansatz ist ein theoretisches Rahmenmodell zum Trauma-informierten Umgang

mit komplex traumatisierten Kindern. Es basiert auf den aktuellen Erkenntnissen aus den Bereichen der Bindungs-, Trauma- und Entwicklungsforschung. ARC Interventionen sind dafür geeignet, die speziellen Bedürfnisse komplex traumatisierter Kinder unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse zu beantworten. Dem Modell liegt die evidenzbasierte Annahme zu Grunde, dass sich Folgen komplexer Traumata vor allem auf die Bindung, Selbstregulation und Kompetenzentwicklung auswirken. Den drei Domänen wird eine Hierarchie zugeschrieben. Der Aufbau eines sicheren Bindungssystems ist die Basis für jede weitere Intervention. ARC geschulte Versorger reagieren feinfühlig und sensibel auf die Bedürfnisäußerungen der traumatisierten Kinder. Problematisches Verhalten wird als Symptom für zugrundeliegende emotionale Bedürfnisse betrachtet. Weiterhin werden in diesem Rahmenmodell Konsistenz und Vorhersagbarkeit große Bedeutung für einen sicheren Bindungsaufbau zugeschrieben. Schlüsselement für ein durch Vorhersehbarkeit geprägtes Miteinander sind strukturgebende Routinen und Rituale. Diese setzen das Sicherheitsempfinden der Kinder entscheidend herauf. Spezifische Trauma-auslösende Trigger können mit Ritualen vermieden werden. Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung der ARC-Interventionen ist wiederum ein fundiertes Wissen über Traumata und spezifische Folgen. Versorger und Kinder profitieren enorm von gezielten psychoedukativen Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, den Betreuern Wissen über Traumatrigger und traumainduzierte Reaktionen zu vermitteln (Arvidson et al., 2011). Nach Corbin (2007) sollte im Rahmen derartiger Interventionen außerdem das Bedürfnis Betroffener nach Stabilität und positiven Bindungserfahrungen in den Vordergrund gerückt werden.

Zielsetzung und Fragestellungen

Das Forschungsprojekt „Trauma-informierte Versorgung misshandelter Kinder in niederösterreichischen Betreuungseinrichtungen“ wurde durchgeführt, um die Bedürfnisse psychisch, physisch und sexuell misshandelter sowie vernachlässigter IU-Kinder zu untersuchen. Trauma-informierte Versorgung muss aus Sicht der Projektmitarbeiter zwei Wissens Ebenen einschließen, die in Abbildung 6 dargestellt sind: Erstens braucht es evidenzbasiertes Theoriewissen, um die Bedürfnisse misshandelter Kinder unter Anwendung empirisch fundierter Interventionen beantworten zu können. Zweitens ist die Forschung auf das Erfahrungswissen aus dem praktischen Alltag angewiesen. In der Konsequenz werden stetige Austauschprozesse zwischen Wissenschaft und Praxis benötigt, um einen gegenseitigen Wissenstransfer und darauf aufbauend eine optimal entwicklungsförderliche Versorgung für die Kinder zu gewährleisten. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurde ein Wissenstransfer von der Praxis in die Wissenschaft angestrebt. Von konkretem Interesse war, wie betreuende Pädagogen die Bedürfnisse von IU-Kinder wahrnehmen. Insbesondere standen die wahrgenommenen Bindungs- und Regulationsbedürfnisse der Kinder im Zentrum der Untersuchung. Neben körperlichen Grund- und Sicherheitsbedürfnissen, bedürfen diese bei IU-Kindern einer Trauma-informierten Beantwortung (Arvidson et al., 2011; Gilbert et al., 2009; Harris & Fallot, 2001; Purvis, Cross, Dansereau, & Parris, 2013).

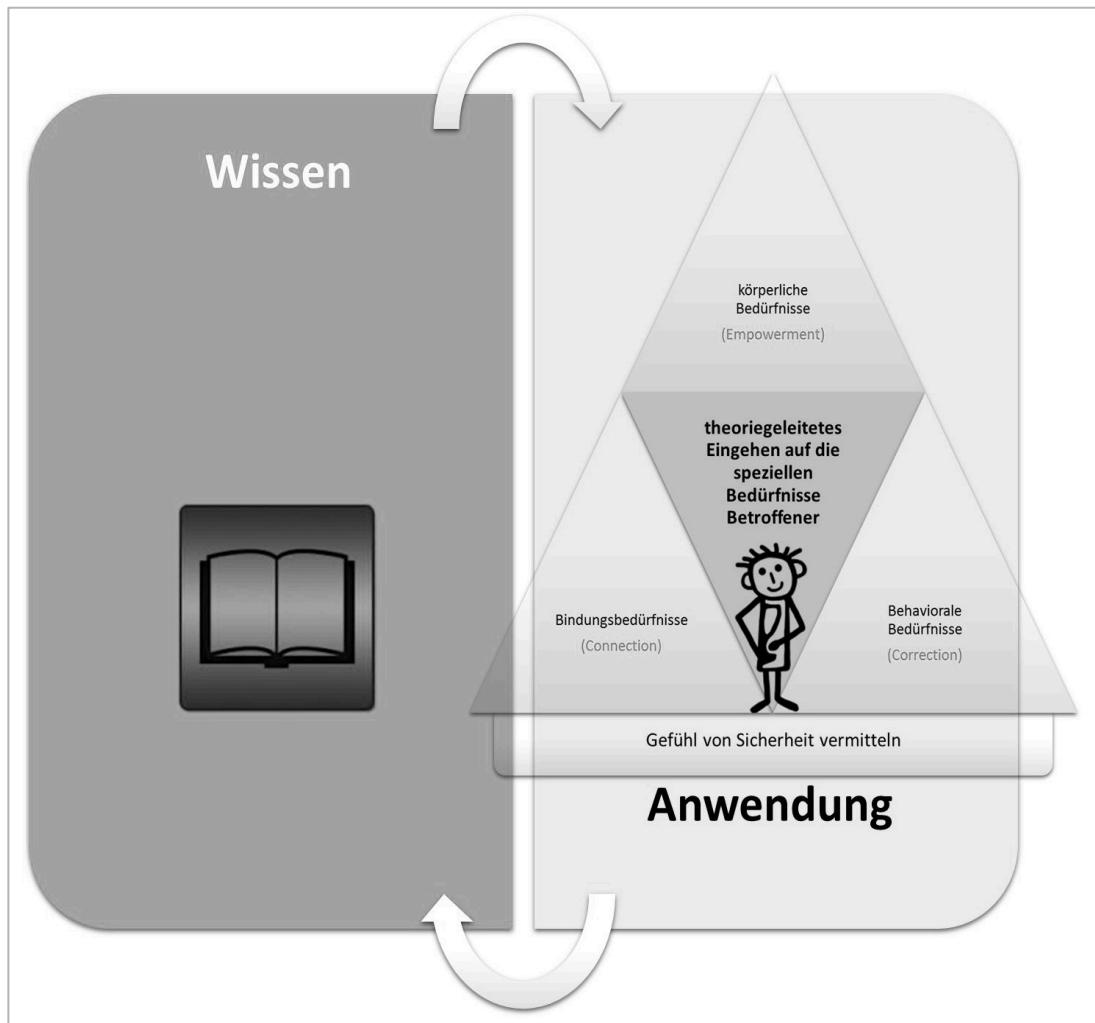


Abbildung 6. Wissenstransfer in der Trauma-informierten Versorgung (Eigene Darstellung, Daten entnommen aus Arvidson et al., 2011; Gilbert et al., 2009; Harris & Fallott, 2001; Purvis et al., 2013).

Die vorliegende Arbeit fokussiert ausschließlich auf die wahrgenommenen Bindungsbedürfnisse. Konkret ergeben sich dabei folgende Fragestellungen:

- I. Wird im Umgang mit misshandelten IU-Kindern Unsicherheit erlebt?
- II. Wovon hängt das Erleben von Unsicherheit im Umgang mit misshandelten IU-Kindern ab?
- III. Wie wird mit erlebter Unsicherheit im Umgang mit misshandelten IU-Kindern umgegangen?
- IV. Welche Auffälligkeiten werden im Bindungsverhalten misshandelter IU-Kinder wahrgenommen?

- V. Wie wird auffälliges Bindungsverhalten misshandelter IU-Kinder beantwortet?
- VI. Wie werden die Bindungsbedürfnisse misshandelter IU-Kinder beantwortet?
- VII. Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Beantwortung der Bindungsbedürfnisse
- VIII. Wie ist die Einstellung der Pädagogen zu einer leitliniengestützten Trauma-informierten Versorgung?

Methode

Stichprobe

Alle Studienteilnehmer wurden aus dem pädagogischen Mitarbeiterstab der staatlichen Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche im Land Niederösterreich rekrutiert. Der Erstkontakt zu den insgesamt neun Einrichtungen wurde über die kooperierende niederösterreichische Landesregierung hergestellt. Im Zuge dessen wurde auch das Forschungskonzept an die Leitungen der Einrichtungen übermittelt, welches in prägnanter Form über die Ziele der Studie informierte. Das Konzept wurde unter der Leitung von Ass.-Prof. Dr. Lueger – Schuster in Zusammenarbeit mit Alexander Seiser entwickelt.

Aufgrund der qualitätssichernden Aspekte der vorliegenden Studie wurde angestrebt, alle Personen in Leitungsposition zur Teilnahme zu überzeugen. Dieses Ziel wurde erreicht und die Untersuchung somit für die gesamten neun Einrichtungen genehmigt.

Die weitere Kontaktaufnahme zu den Studienteilnehmern erfolgte ebenfalls indirekt. Mit den pädagogischen Leitungen der einzelnen Einrichtungen wurden Termine vereinbart, zu denen jene Mitarbeiter mit entsprechenden zeitlichen Ressourcen für die Erhebung zur Verfügung standen. Auf fünf erste Probeinterviews folgte eine Revision des erstellten Interviewleitfadens, um die Verständlichkeit und Zielgerichtetheit der Fragen zu optimieren. Insgesamt 31 Personen gelangten unter Verwendung des revidierten Interviewleitfadens zur Untersuchung und füllten einen zusätzlichen Fragebogen vollständig aus. Dabei wurde die Anzahl der Befragten pro Betreuungseinrichtung weitestgehend proportional zur Anzahl der dort Angestellten

gewählt, um Repräsentativität der Daten über die Einrichtungen hinweg zu gewährleisten. Der vollständige Fragebogen ist dem Anhang A beigelegt. Der revidierte Interviewleitfaden findet sich im Anhang B.

Einschlusskriterium für die Studienteilnahme war die Beschäftigung als Pädagoge. Eine Person erfüllte dieses Einschlusskriterium nicht, weshalb ihre Daten nicht zur Auswertung herangezogen wurden. Überdies gilt für die vorliegende Forschungsarbeit ein zweites Einschlusskriterium, welches sich auf das Alter der pädagogisch betreuten Kinder bezieht: Die Teilnehmer sollen Erfahrung im Umgang mit Klienten im Kindesalter vorweisen. Drei Personen gaben an, ausschließlich Jugendliche über 14 Jahren betreut zu haben. Ein drittes Einschlusskriterium bezog sich auf den Kontakt zu Kindern mit Misshandlungshintergrund, welches von einer weiteren Person nicht erfüllt wurde. Diese vier Personen wurden ebenfalls aus der Untersuchung ausgeschlossen, woraus schlussendlich eine Gesamtstichprobe von 26 Personen resultierte. Der Anteil weiblicher Studienteilnehmer überwog dabei mit 18 Personen (69%). Für das Alter ergab sich ein Mittelwert von 34,35 Jahren ($SD = 9.45$). Die jüngste Person war zum Zeitpunkt der Befragung 22, die älteste Person 51 Jahre alt. Die Stichprobe wies in ihrer Gesamtheit mehrjährige Erfahrung im beruflichen Umgang mit IU-Kindern auf ($M = 10.37$, $SD = 7.97$). Für die quantitativen statistischen Auswertungen wurden Alter ($Mdn = 32$) und Berufserfahrung ($Mdn = 7.5$) im Sinne der Interpretierbarkeit mittels Mediansplit dichotomisiert. Das Alter der IU-Kinder, die von den Teilnehmenden betreut wurden, bewegte sich insgesamt zwischen null und 21 Jahren. In Abbildung 7 ist das Kontaktausmaß der Studienteilnehmer zu vernachlässigten sowie psychisch, physisch und sexuell misshandelten Kindern dargestellt.

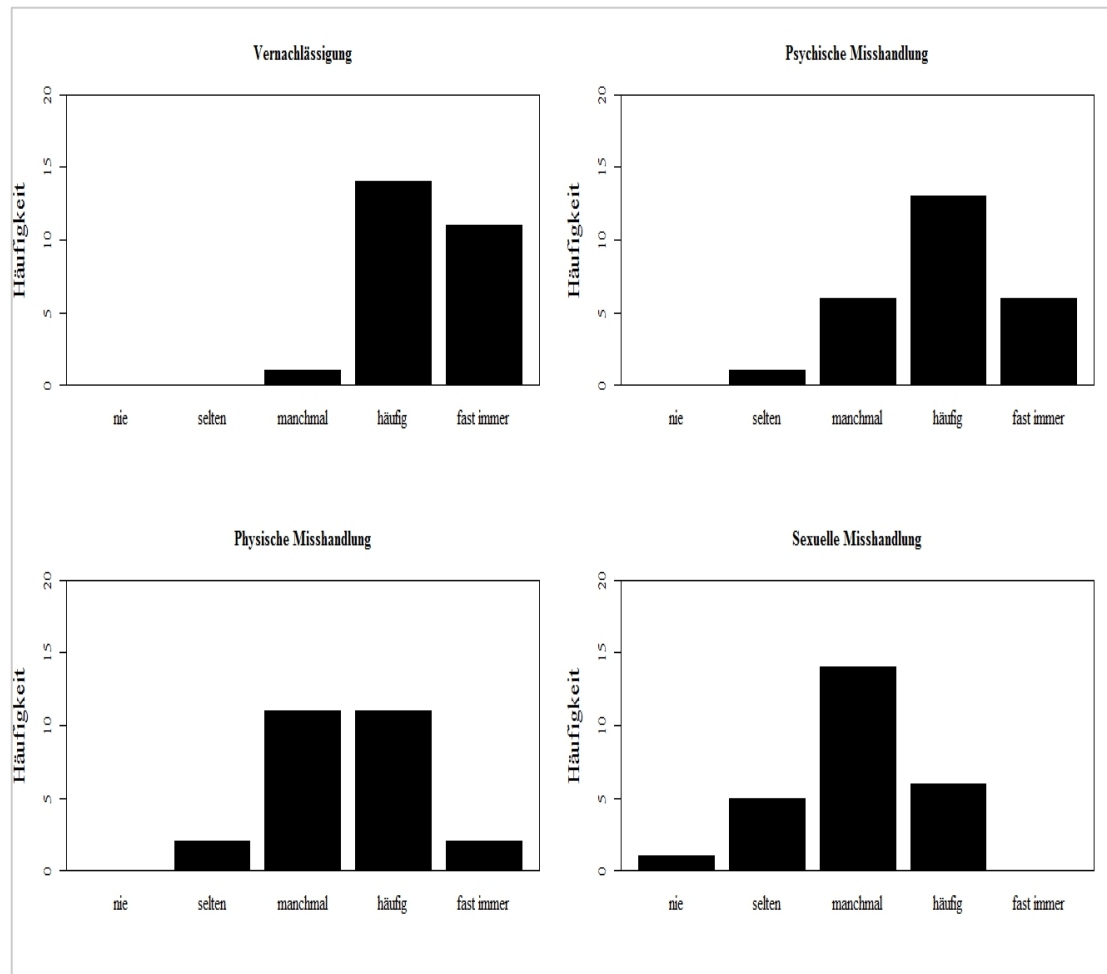


Abbildung 7. Kontaktausmaß zu Kindern mit Misshandlungshintergrund

Da es über die drei Genannten hinaus keine Einschlusskriterien gab, entstand eine relativ heterogene Stichprobe hinsichtlich Demografie, Lebensgeschichte und beruflichem Werdegang. Bei heterogenen Stichproben ist die Wahrscheinlichkeit geringer, fallübergreifende Phänomene zu beobachten. Andererseits erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit, dass es sich bei den gefundenen Gemeinsamkeiten um generalisierbare Phänomene handelt (Robinson, 2014). Da in erster Linie Generalisierbarkeit der Ergebnisse angestrebt wurde, fiel die Entscheidung für eine heterogene Stichprobe aus.

Erhebungsmethode

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine Kombination aus qualitativer und quantitativer Erhebungsmethode gewählt. Alle Studienteilnehmer gelangten einzeln zur Untersuchung und wurden von einem der zwei Mitglieder des Forschungsteams

befragt. Vor Beginn der Erhebung erfolgte eine vollständige Aufklärung über die Methoden und Ziele der Studie. Weiterhin wurden die Teilnehmer über die beabsichtigte Aufzeichnung mittels Audioaufnahmegerät informiert. Der Prozess der Anonymisierung des Datenmaterials wurde genau beschrieben. Alle Teilnehmer erklärten sich schriftlich mit dieser Vorgehensweise einverstanden. Um abwehrendes oder selbstverteidigendes Antwortverhalten zu reduzieren, wurde explizit auf den explorativen Charakter der Studie verwiesen. Den Teilnehmern wurde im Zuge dessen vergewissert, dass es sich bei der Befragung nicht um eine externe Evaluierung ihrer beruflichen Leistung handelt.

Im ersten Teil der Erhebung beantworteten die Probanden einen kurzen Fragebogen, dessen Bearbeitungen maximal zehn Minuten in Anspruch nahm. Dieser Fragebogen diente der Erhebung relevanter Eckdaten, die Arbeit mit misshandelten Kindern betreffend. Er wurde gemeinsam mit Alexander Seiser theoriegeleitet zusammengestellt.

Der zweite Teil der Erhebung war durch eine teilstrukturierte Befragung unter Zuhilfenahme eines Interviewleitfadens gekennzeichnet. Der vollständige Leitfaden ist im Anhang C beigelegt. Hinter der Auswahl dieser Methode stand die Absicht, einen möglichst offenen Zugang zur subjektiven Sicht der Pädagogen zu schaffen. Mitunter kam es zu Abweichungen vom Interviewleitfaden, um den Rapport aufrecht zu erhalten und angesprochene Themen zu vertiefen. Weiterhin wurde es für notwendig befunden, auf diesem Weg Reaktanz-Effekten bei unfreiwillig Teilnehmenden vorzubeugen.

Die Erhebungen fanden im Zeitraum von Juni 2014 bis September 2014 statt. Mittels Leitfaden wurde festgelegt, dass folgende Aspekte pädagogischen Arbeitens mit misshandelten Kindern in jedem Fall thematisiert werden sollen:

- Folgen gestörter Emotionsregulation
- Beantwortung gestörter Emotionsregulation
- Bindungsbedürfnisse
- Beantwortung von Bindungsbedürfnissen
- Herausforderungen bei der Bedürfnisbeantwortung
- Umgang mit Unsicherheit
- Richtlinien zum Trauma-informierten Umgang

Qualitative Auswertung.

Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ist dazu geeignet, nach systematischer, regelgeleiteter und theoriegeleiteter Vorgehensweise Rückschlüsse auf ausgewählte Aspekte der Kommunikation zu ziehen. Das analytische Vorgehen wird dabei vorab festgelegt, wobei der konkrete Ablauf an das zu untersuchende Material angepasst wird. Die qualitative Inhaltsanalyse ist demnach nicht als feststehende Technik zu verstehen. Aus dem Ablaufmodell sollen in jedem Fall die Art und Reihenfolge der einzelnen Analyseschritte zu entnehmen sein. Auf diesem Weg kann „jeder Analyseschritt, jede Entscheidung im Auswertungsprozess, auf eine begründete und getestete Regel zurückgeführt werden“ (S.49). Die Vorgehensweise ist aus diesem Grund transparent und intersubjektiv überprüfbar, was wiederum eine Sicherung der Gütekriterien für wissenschaftliche Forschung ermöglicht. Zusätzlich wird dadurch die Übertragbarkeit auf andere Gegenstände gewährleistet.

Zentrales Element der Inhaltsanalyse stellt ein Kategoriensystem dar, wobei Kategorien deduktiv oder induktiv gebildet werden können. Deduktive Kategoriensysteme werden vorab theoriegeleitet festgelegt, während die Kategorien bei induktiven Kategoriensystemen aus dem Material heraus abstrahiert werden. Wenn die Ergebnisse zur Verallgemeinerung herangezogen werden ist es sinnvoll, auch quantitative Analyseschritte zu integrieren. Die Angabe der Häufigkeit einer Kategorie ist dazu geeignet, die Bedeutung der selbigen abzubilden. Auch komplexere statistische Verfahren können ergänzend herangezogen werden, wenn dies zur Erreichung der Ziele der Inhaltsanalyse sinnhaft beiträgt. Zur Orientierung stellt Mayring (2010) ein allgemeines Modell. Im Wesentlichen werden drei Techniken unterschieden, welche zur Analyse des Materials herangezogen werden können: Die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Bei der Zusammenfassung wird das Material induktiv verdichtet, indem man es auf seine wesentlichen Inhalte abstrahiert. Dies kann nach dem Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse oder nach dem Prozessmodell induktiver Kategorienbildung erfolgen. Die Analysetechnik der Explikation bedingt die Untersuchung zusätzlichen Materials oder einen Rückgriff auf den Textkontext, um Erklärungen für fragliche Textteile zu finden. Bei der Strukturierung wird aus dem Textmaterial eine innere Struktur nach deduktiv festgelegten Kategorien extrahiert. Es wird projektspezifisch jene Technik ausgewählt, die bestmöglich dazu geeignet ist, die Fragestellungen welche an das Textmaterial

herangetragen werden, zu beantworten. Allen drei Techniken gemeinsam ist die Notwendigkeit einer vorgeschalteten Festlegung des Materials, Analyse der Entstehungssituation, formalen Charakterisierung des Materials, Festlegung der Richtung der Analyse und theoriegeleiteten Differenzierung der Fragestellung. Diese Schritte werden in der genannten Reihenfolge durchgeführt.

Induktive Kategorienbildung. Die induktive Kategorienbildung baut auf der Logik und den reduktiven Prozeduren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse auf. Kategorien werden in einem Verallgemeinerungsprozess direkt aus dem Textmaterial abgeleitet. Der genaue Ablauf der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2010) ist in Abbildung 8 dargestellt.

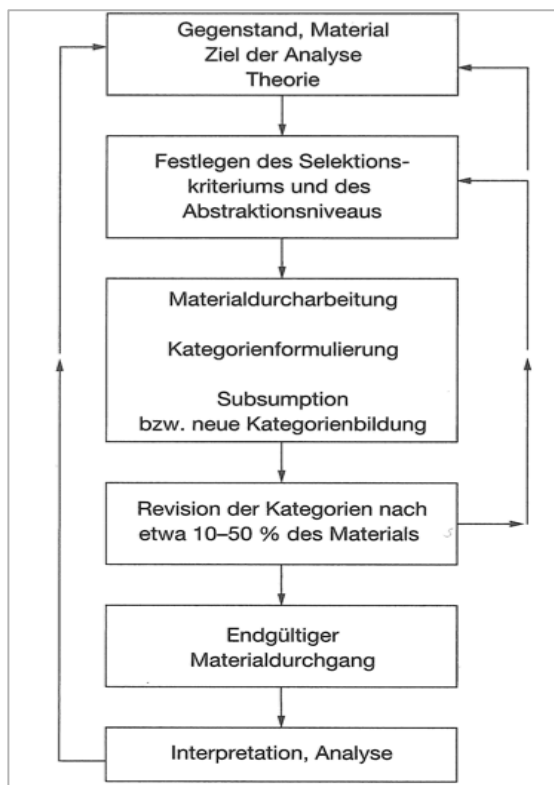


Abbildung 8. Induktive Kategorienbildung nach Mayring (entnommen aus Mayring, 2010, S. 84)

Inhaltsanalytisches Ablaufmodell im vorliegenden Forschungsprojekt. Für die beiden Forschungsschwerpunkte, welche im Rahmen des Projektes zur Untersuchung kamen, wurden individuelle Kategoriensysteme erstellt. Das genaue Modell zur induktiven Kategorienbildung, welches für zur Beantwortung der Fragestellungen mit

Bezug auf die Bindungsbedürfnisse von IU-Kindern mit Misshandlungshintergrund konstruiert wurde, ist in Abbildung 9 dargestellt.

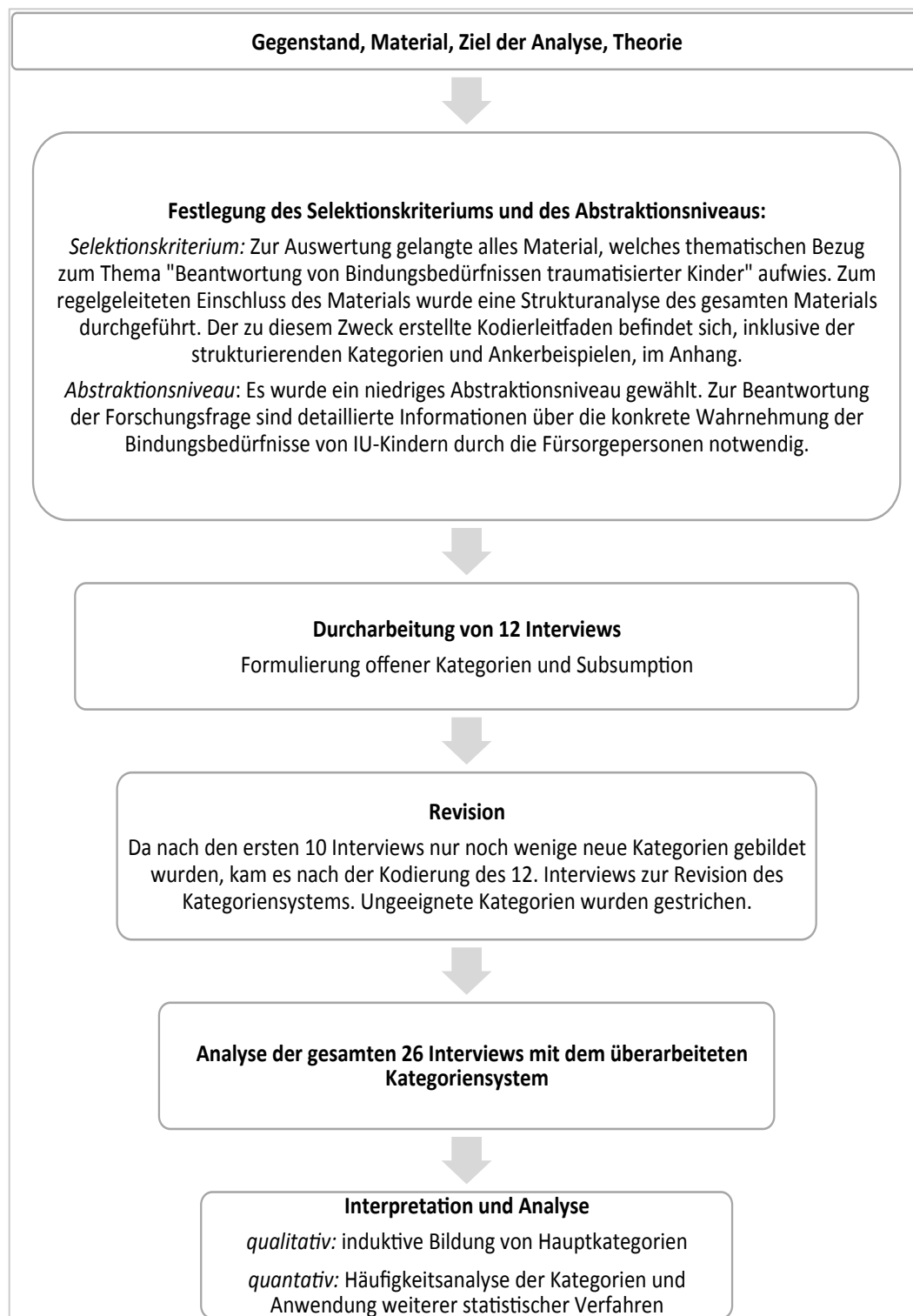


Abbildung 9. Ablaufmodell zur Beantwortung der Fragestellung (in Anlehnung an Mayring, 2010, S. 84)

Ergebnisse

Quantitative Datenanalyse

Zur Beantwortung der Fragestellungen I und II wurden die Fragebogendaten deskriptiv- und inferenzstatistisch ausgewertet.

Fragestellung I: *Wird im Umgang mit misshandelten IU-Kindern Unsicherheit erlebt?*

Aus der deskriptivstatistischen Analyse der Fragebogendaten zum subjektiven Sicherheitsgefühl im Umgang mit vernachlässigten sowie psychisch, physisch und sexuell misshandelten Kindern ergeben sich die Abbildung 10 zu entnehmenden Häufigkeiten. Die dargestellten Häufigkeiten beziehen sich auf die Frage, wie oft sich die Studienteilnehmer im professionellen Umgang mit IU-Kindern in Abhängigkeit vom vorliegenden Misshandlungshintergrund sicher fühlen.

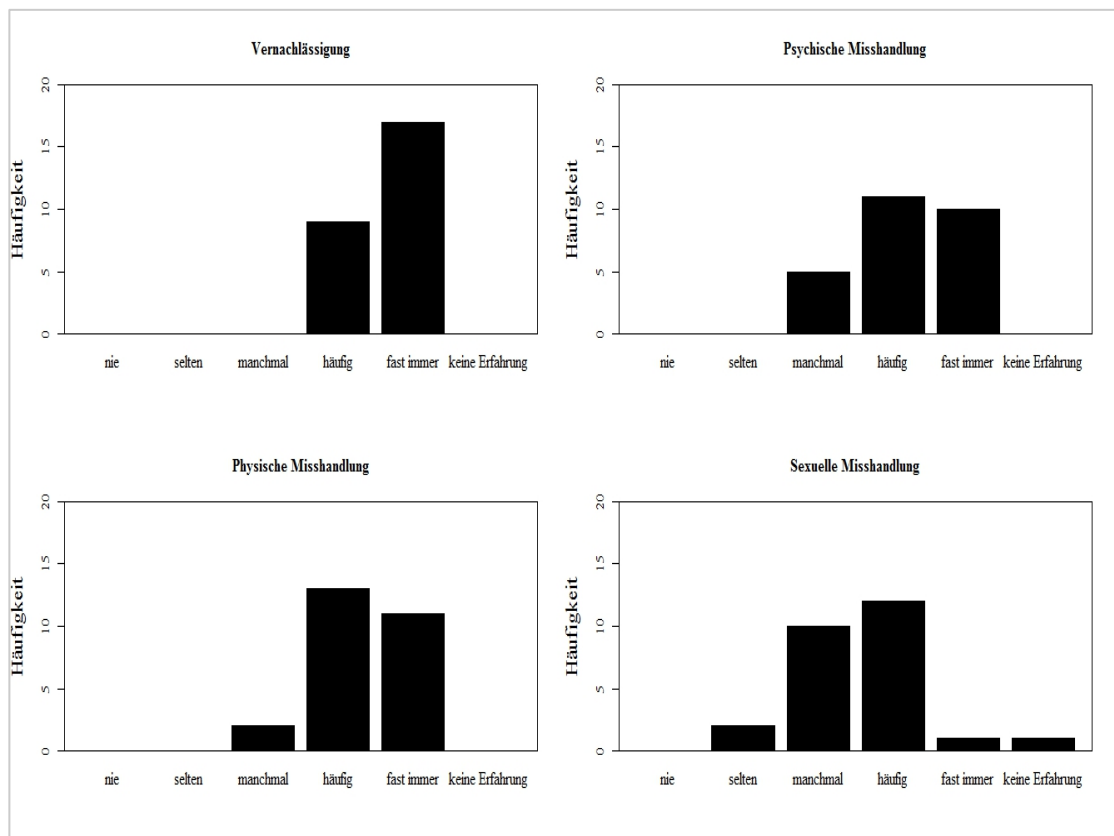


Abbildung 10. Subjektives Sicherheitserleben

Fragestellung II: *Wovon hängt das Erleben von Unsicherheit im Umgang mit misshandelten IU-Kindern ab?*

Unsicherheit in Abhängigkeit von der Misshandlungsart. Der Mittelwertvergleich mittels t-Test für abhängige Stichproben zeigte, dass die Pädagogen signifikant mehr Unsicherheit im Umgang mit sexuell misshandelten Kindern als mit vernachlässigten, $t(25) = 7.86, p < .001$, psychisch misshandelten, $t(25) = 5.87, p < .001$, und körperlich misshandelten, $t(25) = 5.63, p < .001$, Kindern empfanden. Im Umgang mit vernachlässigten Kindern wurde weiterhin signifikant geringere Unsicherheit wahrgenommen, als mit psychisch misshandelten, $t(25) = 3.67, p = .001$, und körperlichen misshandelten, $t(25) = 2.87, p = .008$, Kindern. Für das Sicherheitsempfinden mit körperlich misshandelten im Vergleich zu psychisch misshandelten Kindern ließen sich in dieser Stichprobe keine Unterschiede finden.

Unsicherheit in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und Berufserfahrung. Geschlechtereffekte sowie Unterschiede zwischen den nach Alter und Berufserfahrung dichotomisierten Gruppen wurden mittels Kovarianzanalyse überprüft. Die Kovariate stellte dabei das Ausmaß an Kontakt zu Betroffenen der vier Misshandlungsformen (Vernachlässigung, psychisch, physisch, sexuell) dar, mit dem sich die Pädagogen konfrontiert sehen. Hinsichtlich des Geschlechts wurden keine signifikanten Haupteffekte ermittelt. Männer erlebten tendenziell mehr Unsicherheit im Kontakt mit vernachlässigten Kindern, als Frauen, $F(1, 24) = 4.20, p = .052$. Pädagogen mit geringer Berufserfahrung waren signifikant unsicherer im Umgang mit psychisch misshandelten Kindern, $F(1, 24) = 5.05, p = .035$, als Pädagogen mit großer Berufserfahrung. Weiterhin waren Pädagogen mit geringer Berufserfahrung tendenziell unsicherer im Umgang mit physisch misshandelten Kindern, als Pädagogen mit großer Berufserfahrung, $F(1, 24) = 3.37, p = .079$. Für das Alter ergaben sich keine signifikanten Haupteffekte. Allerdings zeigte sich für den Umgang mit psychisch misshandelten Kindern ein signifikanter Effekt der Kovariate auf Sicherheitsempfinden und Geschlecht, $F(1, 24) = 4.32, p = .049$, Sicherheitsempfinden und Berufserfahrung, $F(1, 24) = 5.75, p = .025$, sowie Sicherheitsempfinden und Alter, $F(1, 24) = 4.92, p = .037$.

Qualitative Datenanalyse

Zur Beantwortung der Fragestellungen III bis VIII wurden teilstrukturierte Interviews mittels induktiver Kategorienbildung nach dem weiter oben angeführten Ablaufmodell (Abbildung 8) ausgewertet.

Kategorien der Fragestellung III.

Fragestellung III: *Wie wird mit erlebter Unsicherheit im Umgang mit misshandelten IU-Kindern umgegangen?*

Zur Beantwortung der Fragestellung III wurden eine Kodierfamilie mit zehn Kategorien aus den vorliegenden Daten ermittelt (Tabelle 1).

Tabelle 1

Kategorien der Fragestellung III

Kategorie	N (n = 26)	%
Kollegen	26	100
Leitung	18	69
Supervision	15	58
Fortbildung	8	31
Seminarunterlagen	8	31
Literatur	4	15
Externe Beratungsstellen	4	15
Eltern	2	8
Kinder	2	8
Polizei	2	8

Alle Studienteilnehmer (n = 26, 100%) erklärten, bei auftretenden Unsicherheiten im Umgang mit misshandelten IU-Kindern Unterstützung bei Kollegen zu suchen. Ein Pädagoge veranschaulichte dies folgendermaßen: *„Also, wenn ich mich unsicher fühle mit einem Kind – was natürlich auch vorkommt, ist eh klar, weil es gibt oft die Punkte, wo du nicht mehr vor und zurück weißt/ Und dann hol ich mir in erster Linie immer meine Kollegen für Rat und Tat, weil die kennen die Kinder, die kennen*

mich, die haben natürlich auch wieder andere Ansätze und andere Ideen.“ (Interview Nr. 10_C02)

Die Mehrheit ($n = 18$, 69%) berichtete, bei Unsicherheit die hausinterne Leitung zu konsultieren: *„Vor allem weil auch meine direkte Vorgesetzte, die Frau X, wirklich sehr kompetent ist. In sehr vielen Facetten. Die mit/ vor allem mit der theoretischen Rahmung von dieser Arbeit zu tun hat. Wo es auch/ Wo man auch ganz viel Hilfe erfährt, ja?“ (Interview Nr. 24_H04)*

Auch Supervision wurde von mehr als der Hälfte der Befragten ($n = 15$, 58%) als nützlich bei der Bewältigung von Unsicherheit beschrieben: *„Und äh, sonst Supervision. Dass ich mir da eben die Hilfe hole und sage: ‚Ich verstehe das Verhalten vom Kind nicht. Reagiere ich da richtig? Soll ich etwas anderes ausprobieren? Oder ich hab schon alles Mögliche ausprobiert und weiß nicht weiter.‘ Dann hole ich mir in dem Rahmen die Hilfe und rede einfach mal drüber.“ (Interview Nr. 19_G01)*

Auf Fortbildungen und Seminarunterlagen griffen laut eigener Aussage jeweils acht Personen (31%) zurück: *„Es dürfen alle/ alle Mitarbeiter von uns Fortbildungen besuchen und gerade wenn Unsicherheit in einem speziellen Thema auftritt, kann ich dann ja mal in die/ zu dem Thema mich fortbilden“ (Interview Nr. 06_B03)*
„Also wir haben viele Fortbildungen, Weiterbildungen. Jetzt erst wieder eine mit Missbrauch, die haben wir also ständig. Die wiederholen sich. Also mit anderen Leuten, aber die haben wir ständig, Fortbildungen. Wir haben auch Unterlagen in der Gruppe zum nachlesen.“ (Interview Nr. 01_A01)

Jeweils vier der Studienteilnehmer (15%) berichteten, im Fall von Unsicherheit auf Fachliteratur und externe Beratungsstellen zurückzugreifen: *„Oh ja Fachliteratur ist auch manchmal/ Dass ich/ Dass ich dann nachlese im Internet oder schaue, was in dem speziellen Fall/ Also wenn zum Beispiel – ich weiß nicht – ein Kind mit Autismus oder sonst irgendwas/ Wie ich einfach/ Wie sind die als Menschen oder Personen.“ (Interview Nr. 17_F01)*

„Es gibt zum Beispiel, ähm/ ein Gewaltschutzzentrum zum Beispiel. Wo man sich Hilfe holen kann. Oder/ Es gibt so die Möwe, das Kinderschutzzentrum. Zum Beispiel. Also

außerhalb Beratungsstellen, wo man vielleicht anrufen und fragen kann.“ (Interview Nr. 09_C01)

Die Kinder oder die Kindeseltern konsultierte nach eigenen Angaben eine deutliche Minderheit der Studienteilnehmer ($n = 2$, 8%): *„Genau, ich sag dann: ‚Herst {Anm. österr. für „Hör zu“}, weiß ich nicht, ob dir das gefällt. Aber musst du sagen, wenn du das nicht willst.‘ Oder was auch/ was auch immer jetzt, ja? Oder dass ich sage: ‚Herst, ich kenn mich nicht aus {unv.}.‘“ (Interview Nr. 02_A02)*

Weitere 2 Befragte (8%) schilderten, im Falle von Unsicherheit die Polizei verständigen zu können: *„Oder wir haben auch so eine Vereinbarung mit der Polizei, falls es wirklich eskalieren sollte, dann dürfen wir auch bei der Polizei anrufen. Also dürfen/ wir können sie auch schon vorher anrufen, bevor es eskaliert. Dann schauen sie einmal vorbei.“ (Interview Nr. 12_C04)*

Kategorien der Fragestellung IV.

Fragestellung IV: *Welche Auffälligkeiten werden im Bindungsverhalten misshandelter IU-Kinder wahrgenommen?*

Zur Beantwortung der Fragestellung IV wurden eine Kodierfamilie mit sieben Kategorien aus den vorliegenden Daten ermittelt (Tabelle 2).

Tabelle 2

Kategorien der Fragestellung IV

Kategorie	N	
	($n = 26$)	%
Vermeidung/ Misstrauen	26	100
Aggression	24	92
Enthemmung/ Anhänglichkeit	24	92
Nähe-Distanz-Ambivalenz	12	46
Sexualisiertes Verhalten	7	27
Opferrolle reinszenieren	7	27
Diffuse Bindungen	5	19

Alle Befragten ($n = 26$, 100%) erlebten vermeidendes oder misstrauisches Verhalten bei misshandelten IU-Kindern. Eine Pädagogin beschreibt das Verhalten wie folgt: *„Ähm gleich in dem Moment, wenn sie sich mal zurückgezogen haben – also das ist dann so unter dem Tisch sitzen oder ins Eck gedreht sitzen und weg drehen von dir, wenn du es ansprichst – dass ich sie dann mal einfach in Ruhe gelassen habe für kurze Zeit.“* (Interview Nr. 19_G01)

Der Großteil der Befragten ($n = 24$, 92%) beschrieb weiterhin aggressives, enthemmtes oder anhängliches Verhalten der IU-Kinder: *„Weil dann springt er auf und schmeißt seinen Sessel oder die Tür oder ich habe schon mal ein Kind gehabt – aus dem Nichts ist mich das Kind angesprungen.“* (Interview Nr. 26_H06)
„Der eine hat immer ein irrsinnig starkes Bedürfnis gehabt, jemanden zu berühren. Bei jedem Gespräch. Der/ Der Gesprächsabstand war eigentlich sehr gering und er hat eigentlich immer versucht, jemanden anzugreifen {Anm. österr. für „anfassen“}.“ (Interview Nr. 04_B01)

Knapp die Hälfte der Pädagogen ($n = 12$, 46%) nahm bei den IU-Kindern eine Nähe-Distanz-Ambivalenz wahr: *„Ähm, zum Beispiel bei dem einen Mädchen, das/ wo wir immer angenommen haben, dass da was zu Hause passiert. Ähm, die hat ein ganz großes Nähe-Distanz-Problem gehabt. Also die konnte erst nach einem halben Jahr bei uns, uns etwas näher kommen lassen. Je näher wir gekommen sind/ uns gekommen sind, umso größer wurde/ MUSSTE die Distanz auch werden.“* (Interview Nr. 01_A01)

Sexualisiertes sowie reinszenierendes Verhalten wurde von jeweils etwa einem Drittel der Befragten ($n = 7$, 27%) geschildert: *„Oder das eine Mädchen, was ich vorher schon erwähnt habe, was halt immer diese/ diese Szenen aus den Pornofilmen nachgespielt hat. Was sich dann einfach auf deinen Schoß setzt. Die ist sieben Jahre alt und rektelt sich dann auf deinem Schoß.“* (Interview Nr. 22_H02)
„Und der hat halt natürlich die Gabe, dass sich der selbst in der Gruppe und auch bei Kollegen immer wieder in diese Rolle stellt und sich praktisch/ Der fordert einen zehnmal am Tag heraus, das Muster der Eltern zu bestätigen.“ (Interview Nr. 21_H01)

Jeder fünfte Studienteilnehmer ($n = 5$, 19%) gab an, diffuses Bindungsverhalten bei den IU-Kindern zu beobachten: „*Manche Kinder sind extrem distanzlos. Die kommen dann und/ und hüpfen dir sofort drauf. {Imitiert Kinderstimme} ‚Ja, hallo, du bist jetzt meine neue Betreuerin und/ Bussi, bussi und/’ Also so/ Ja. Die gesunde Distanz fehlt einfach.*“ (Interview Nr. 06_B03)

Kategorien der Fragestellung V.

Fragestellung V: *Wie wird auffälliges Bindungsverhalten misshandelter IU-Kinder beantwortet?*

Zur Beantwortung der Fragestellung V wurden zwei Kodierfamilien aus den vorliegenden Daten ermittelt (Tabelle 3).

Tabelle 3

Kodierfamilien und Kategorien der Fragestellung V

Kodierfamilie	Kategorie	N ($n = 26$)	%
Beantwortung Enthemmung/ Anhänglichkeit	Grenzen aufzeigen	17	65
	Nähe zulassen	13	50
	Gespräch	11	42
	Soziale Ablehnung	4	15
	Verhalten ignorieren	1	4
Beantwortung Vermeidung/ Misstrauen	Aufmerksame Zuwendung	18	69
	Zurückhaltung	16	62
	Beziehung wiederholt anbieten	11	42
	Genaueres Beobachten	7	27
	Vertrauenswürdigkeit demonstrieren	5	19
	Gespräch (Rückzug)	4	15
	Rückzugsraum einrichten	3	12
	Vertrauensvorschuss	3	12
	Elternarbeit	2	8

Kodierfamilie: Beantwortung Enthemmung/ Anhänglichkeit. Wenn IU-Kinder enthemmtes oder anhängliches Verhalten zeigen, beschrieben zwei Drittel der Pädagogen ($n = 17$, 65%) das Setzen klarer Grenzen als zielführend: *„Also wenn mich einer so festhält, dann sage ich: ‚Bitte, das ist mir zu/ das ist mir zu/ zu wild jetzt.‘ Ja? Oder: ‚Zu fest.‘. Oder: ‚Du drückst mir die Luft ab. Bitte, bitte lass das.‘“* (Interview Nr. 03_A03)

Die Hälfte der Studienteilnehmer führte aus, dass es auch Sinn machen kann, die vom anhänglichen Kind geforderte Nähe in einem gewissen Ausmaß zuzulassen: *„Für mich war das anfangs ganz komisch, dass ein 14-jähriger Jugendlicher, der viel größer ist als ich, immer kuscheln kommt. Aber ich habe ihn dann irgendwann gesehen als/ als kleinen Burschen, der das einfach jetzt nachholen muss. Weil der hat das vielleicht in seiner Zeit, wo er so klein war, nicht bekommen.“* (Interview Nr. 06_B03)

Insgesamt elf Personen (42%) legten dar, dass sie mit anhänglichen oder enthemmten IU-Kindern Gespräche über ihr Verhalten führen, wie es in folgendem Beispiel der Fall ist: *„Und man muss natürlich in diese Richtung auch mit diesem Klienten, der so über die Maße anhänglich ist, schon sprechen. Ja? Und einfach sagen, dass er nicht alleine da ist und dass ich nicht nur für ihn da sein kann, sondern dass ich auch für sieben andere da sein muss, ja?“* (Interview Nr. 16_E03)

Offenkundige soziale Ablehnung anhänglichen oder enthemmten Verhaltens wurde von einem Pädagogen (4%) gegenüber den Kindern deutlich gemacht: *„Ich als Mann, wo das für mich tabu ist, dass ich ein Mädchen berühre. Das mache ich grundsätzlich nicht. Und die/ Auch wenn diese/ die Mädchen das eingefordert hätten bei mir – eine Umarmung zum Beispiel – dann bin ich immer/ gehe ich immer auf Distanz und sage: ‚Ein Händedruck genügt.‘ Und das, das ist was, was für mich nicht in Frage kommt.“* (Interview Nr. 11_C03)

Eine weitere Person (4%) gab an, enthemmtes oder anhängliches Verhalten der IU-Kinder in bestimmten Situationen zu ignorieren: *„Oder wenn ich mir denke, das ist jetzt nicht bewusst, sondern das ist einfach/ Das merkt sie nicht. Meistens sind es Mädels, die das einsetzen. Dann ignoriere ich es, dann gehe ich da jetzt nicht weiter drauf ein.“* (Interview Nr. 02_A02)

Kodierfamilie: Beantwortung Vermeidung/ Misstrauen.

Vermeidend-misstrauisches Verhalten wurde laut eigener Aussage von 18 (69%) Studienteilnehmern mit aufmerksamer Zuwendung beantwortet, wie im nachstehenden Beispiel erläutert: *„Und einfach/ Man muss einfach den Kindern, denen das so schwer fällt, einfach besonders viel Aufmerksamkeit schenken. Und sich besonders für sie interessieren. Und {sie} auch nicht außer Acht lassen, weil man sich denkt: Sie geht/ Sie geht jetzt da eh zu wem andern. Oder sie wird das eh wem andern erzählen. Ich brauch mich jetzt eh nicht mehr darum bemühen. Also das nicht.“* (Interview Nr. 07_B04)

Etwa zwei Drittel ($n = 16$, 62%) der Befragten gaben an, sich bei vermeidend-misstrauischen IU-Kindern in einem gewissen Ausmaß im Hintergrund zu halten: *„Also es gibt schon manchmal Kinder oder Jugendliche, die auf Distanz sind, aber eigentlich beruht das manchmal auf Gegenseitigkeit. Also das ist, wenn ich/ Wenn ich so gar nicht irgendwie das Gefühl habe, das passt, dann gehe ich eigentlich auch auf Distanz.“* (Interview Nr. 17_F01)

Andererseits erwies es sich laut der Aussage elf Befragter (42%) als hilfreich, den IU-Kindern wiederholt Beziehungsangebote zu unterbreiten: *„Ja, da ist dann oft was im Busch. Also denen immer wieder anbieten, dass man mit ihnen redet. Und immer wieder auch verschiedene Sachen anbieten: Raus gehen, irgendwas spielen, ins Bad gehen. Dass man sie irgendwie aus der Reserve locken kann.“* (Interview Nr. 13_C05)

Knapp ein Drittel ($n = 7$, 27%) der Befragten erklärte, dass vermeidend-misstrauische IU-Kinder genau von ihnen beobachtet werden: *„Das erste was ich mache ist, ich stelle mich einmal vor und beobachte dann die Kinder ziemlich/ also eine Zeit lang, bis ich ungefähr eine Ahnung davon habe, wie/ wie die Ticken, sage ich jetzt einmal. Oder was halt die Präferenzen sind, oder was sie gerne mögen oder was eher nicht, wie sie reagieren in gewissen Situationen. Also ich beobachte ziemlich viel am Anfang.“* (Interview Nr. 17_F01)

Laut Selbstangabe reagierten fünf Studienteilnehmer (19%) auf vermeidend-misstrauisches Verhalten, indem sie den Kindern ihre eigene

Vertrauenswürdigkeit demonstrieren: *„Ich schaue, dass ich ehrlich zu ihnen bin und ich ihnen nichts verspreche, von dem ich selber noch nicht weiß, ob das überhaupt möglich ist oder nicht.“* (Interview Nr. 06_B03)

Insgesamt vier Personen (15%) gaben an, mit den Kindern ein Gespräch über das Verhalten zu führen: *„Oder{dass ich} immer wieder so häppchenweise sage: ‚Ich merke, die Beziehung zwischen uns ist nicht so/ noch nicht so vertraut, das ist in Ordnung. Vielleicht braucht es noch ein bisschen.‘ Also auch legitimieren wieder. Es darf sein, es kann sich einmal ändern, es muss sich nicht ändern.“* (Interview Nr. 05_B02)

Vermeidend-misstrauisches Verhalten wurde von drei (12%) Befragten laut eigener Angabe beantwortet, indem den IU-Kindern ein Vertrauensvorschuss kommuniziert wird: *„Und das ich aber trotzdem versuche, ihnen zu vertrauen und zu glauben. Wenn sie sagen, sie gehen ins Bad und dass man es/ Man muss es probieren. Man muss versuchen, sich darauf einzulassen. Ich habe gesagt: ‚Ich verstehe es. Ich verstehe es voll und ich verstehe eure Bedenken.‘ Aber vielleicht geben sie mir eine Chance.“* (Interview Nr. 09_C01)

Jeweils zwei Pädagogen (8%) schilderten, bei vermeidend-misstrauischem Verhalten die Kindeseltern zu konsultieren und einen Rückzugsraum für die IU-Kinder einzurichten: *„Ja, äh, im Grunde, ähm, ein Betreuungsteam mit den Eltern gemeinsam bilden. Das ist auch eine Möglichkeit. Wenn das geht, ja? Das geht mit/ geht mit vielen Eltern sogar.“* (Interview Nr. 03_A03)

„Ich glaube, dass es wichtig ist, dass Kinder ein Stückweit selber bestimmen dürfen, zum Thema Auszeit und/ und Privatsphäre Dass sie ein Stückweit mitbestimmen können, wann was wie von vonstatten geht. Und wir haben deswegen – auch ein einfaches Beispiel – haben wir an den Türen keine Türschnalle, sondern Türknaufe.“ (Interview Nr. 05_B02)

Kategorien der Fragestellung VI.

Fragestellung VI: *Wie werden die Bindungsbedürfnisse misshandelter IU-Kinder beantwortet?*

Zur Beantwortung der Fragestellung VI wurden drei Kodierfamilien aus den vorliegenden Daten ermittelt (Tabelle 4).

Tabelle 4

Kodierfamilien und Kategorien der Fragestellung VI

Kodierfamilie	Kategorie	N (n = 26)	%
Bindungssicherheit erkennen	Erzählen	17	65
	Vertrauen	12	46
	Nähe suchen	10	38
	Unterstützung suchen	10	38
	Gefühle zeigen	5	19
	Freundliches Miteinander	4	15
	Spürbar	4	15
	Meinung wertschätzen	3	12
	Erfolgreiche Deeskalation	3	12
Bindungssicherheit vermitteln	Authentizität/ Transparenz	15	58
	Geduld/ Durchhaltevermögen	13	50
	Empathie	13	50
	Akzeptanz/ Wertschätzung	11	42
	Individualität berücksichtigen	11	42
	Eigene Gesundheit (Bindung)	10	38
	Stabilität	10	38
	Zuneigung	9	35
	Verständnis	7	27
	Reflexionsfähigkeit	7	27
	Exklusive Beziehung	7	27
	Sicherheit	7	27

Tabelle 4 (Fortsetzung)

Kodierfamilie	Kategorie	N (n = 26)	%
Bindungssicherheit vermitteln	Genaue Bedürfniswahrnehmung	6	23
	Eigene Gesundheit (Psychisch)	3	12
	Team Zusammenhalt	3	12
	Humor	3	12
	Stärkung Eltern-Kind-Bindung	3	12
	Ressourcenorientierung	1	4
Beziehungsfähigkeit fördern	Vorleben	9	35
	Über Beziehung sprechen	9	35
	Kontakte begleiten	7	27
	Beziehung eingehen	5	19
	Geeignete Rahmenbedingungen	4	15
	Umgangsformen vermitteln	4	15
	Beziehungserfolge hervorheben	2	8

Kodierfamilie: Bindungssicherheit erkennen. Insgesamt gaben zwei Drittel der Pädagogen ($n = 17$, 65%) an, das Bestehen einer sicheren Bindung zu misshandelten IU-Kindern daran zu erkennen, dass diese ihnen Persönliches erzählen: *„Da merkst du es dann oft an Gesprächen. Wenn sie wirklich eine tiefe Beziehung zu dir haben, wo sie dann kommen mit gewissen Problemen oder Erzählungen so: ‚Ich habe mich halt verguckt in den und den Jungen.‘ Wenn sie solche Sachen erzählen, wenn sie sich öffnen.“* (Interview Nr. 19_G01)

Knapp die Hälfte der Befragten ($n = 12$, 46%) war der Meinung, sichere Bindung am vorhandenen Vertrauen der IU-Kinder zu erkennen: *„Das Kind vertraut dir, es weiß was jetzt kommt. Und auch wenn ein Impulsdurchbruch kommt. Auch danach wird die Welt noch stehen. Und das wird auch danach wieder weiter gehen. Und ich werde es nicht mit Haut und Haar auffressen.“* (Interview Nr. 24_H04)

Jeweils zehn der Befragten (38%) beschrieben, sichere Bindung daran zu erkennen, dass die IU-Kinder aktiv Nähe und Unterstützung bei ihnen suchen: *„Also*

wenn man in die Arbeit kommt und bei der Tür reingeht merkt man {es} schon bei der Begrüßung, beim Strahlen, beim Anspringen/ Also man wird dann richtig/ ‚Juhuu‘ und angesprungen und auch immer/ Der Kontakt wird auch immer gesucht.“ (Interview Nr. 20_G02)

„Und ich merke es dann auch in den schwierigen Situationen, dass sie dann auch Unterstützung annehmen können, also wenn sie zum Beispiel weinen oder so. Wenn ich daneben sitze und sie beruhigen sich, also da merke ich dann einfach, dass Beziehung da ist.“ (Interview Nr. 17_F01)

Sichere Bindung wurde laut Aussage von fünf Befragten (19%) daran erkannt, dass die IU-Kinder offen ihre Gefühle zeigen: *„Aber auch positive Erlebnisse natürlich, nicht nur schwierige Sachen sondern auch Freuden teilen, wo auch/ wo Gefühle halt im Spiel sind. Wo man Emotionen teilt, wo man Trauer teilt oder {...} man merkt, ok nach dem Gespräch ist es jetzt vielleicht nicht unbedingt besser geworden, aber es hat sich zumindest legitimiert.“ (Interview Nr. 05_B02)*

Von den Studienteilnehmern äußerten vier (15%) die Meinung, dass sichere Bindung an einem allgemein freundlichen Miteinander zu erkennen ist: *„Wenn man eigentlich jederzeit ins Zimmer kommen kann und dann mit einem freundlichen Wort begrüßt wird. Dann merkt man schon: Okay/ Wenn das auch ehrlich gemeint ist im Endeffekt. Dann merkt man schon: Okay, da ist jetzt eine gewisse Bindung vorhanden.“ (Interview Nr. 22_H02)*

Weitere vier Studienteilnehmer (15%) vertraten die Ansicht, dass sichere Bindung schlicht spürbar wäre: *„Wie sie sich einfach verhalten. Zueinander oder mir gegenüber. Weiß ich nicht. So richtig zum beschreiben ist das glaube ich nicht. Es ist/ {lacht} Es ist einfach meistens ein Gefühl.“ (Interview Nr. 04_B01)*

Jeweils drei Pädagogen (12%) schilderten, dass sicher gebundene Kinder ihre Meinung wertschätzen und in Fällen von Impulsdurchbrüchen effektiver zu deeskalieren sind: *„Dass sie/ Dass sie auf das Wert legen, was ich sage. Dass sie auf meine Meinung wert legen. ‚X, was meinst du dazu?‘ Oder ‚Hör dir das mal an!‘“ (Interview Nr. 01_A01)*

„Und natürlich auch in Konfliktsituationen. Dass die Dauer eine kürzere ist. Wenn ein Kind in Beziehung ist, dann/ {...} Erstens mal werden dann die Spitzen nicht so gravierend, weil es dich erkennt. Es weiß, worauf es sich einstellen kann. Die Abläufe sind relativ klar. Und die Dauer ist auch kürzer.“ (Interview Nr. 24_H04)

Kodierfamilie: Bindungssicherheit vermitteln. Zwei Drittel ($n = 15$, 58%) der Befragten erklärten Bindungssicherheit zu vermitteln, indem sie sich authentisch und durchschaubar verhalten: *„Man darf nicht irgendwie was vorspielen, also man darf jetzt nicht voll den Geduldigen vorspielen, obwohl man es eigentlich gar nicht ist. Man muss einfach echt sein.“ (Interview Nr. 15_E02)*

Die Hälfte ($n = 13$, 50%) der Studienteilnehmer beschrieb Durchhaltevermögen und Geduld als hilfreich, den IU-Kindern Bindungssicherheit zu vermitteln: *„Geduld. Geduld auch mit sich selber. Also mit den Kindern, weil man einfach/ Eben das mit den Beziehungen, das dauert einfach Zeit. Aber auch mit sich selber, wenn man mit einem Kind nicht zusammen kommt auch Geduld zu haben und zu sagen: ‚Okay, ich komme mit dem Kind jetzt nicht zusammen, vielleicht kann es ein Kollege besser, dann nehme ich mich da zurück {...}‘“ (Interview Nr. 25_H05)*

Ebenfalls die Hälfte ($n = 13$, 50%) der Studienteilnehmer erklärte, dass Empathie wesentlich ist, um von Bindungssicherheit geprägte Beziehungen mit den Kindern einzugehen: *„Ich habe viele Kinder, die bei mir weinen, weil/ weil sonst immer: ‚Ja, nein. Ist schon gut.‘ Und ‚Nein, da braucht man ja nicht weinen, wenn du Heimweh hast.‘ Und ich lass sie immer und sag {spricht sehr leise}: ‚Ja hast schon recht, ich täte auch weinen an deiner Stelle. Wenn ich so Heimweh hätte, das ist schon klar {unv.}.‘ Ja. Deswegen ist das nicht/ nicht so ungewöhnlich, dass jetzt jemand wartet auf mich, dass er weinen kann.“ (Interview Nr. 02_A02)*

Jeweils elf Studienteilnehmer (42%) gaben an, dass Bindungssicherheit entsteht, wenn das Kind Akzeptanz und Wertschätzung erfährt und in seiner Individualität wahrgenommen wird: *„So kommt auch das Vertrauen dann, wenn man sieht: Man schafft ja was. Man ist akzeptiert. Man hat jetzt nur eine Kleinigkeit gemacht, aber die ist toll. Auch wenn es jetzt nur ein Strich beim Malen ist einfach. Das schafft so viel Nähe und Vertrauen, dann mit solchen Motivationssachen. Mit Zuspruch, eben mit*

Anerkennung der eigenen Persönlichkeit. {...} Also dann strahlt das ganze Kind, also da kann man schon was erreichen.“ (Interview Nr. 20_G02)

„Weil man muss sich individuell auf jedes Kind einstellen. Jedes Kind reagiert anders, hat andere Charaktereigenschaften.“ (Interview Nr. 19_G01)

Zehn Pädagogen (38%) äußerten jeweils die Ansicht, dass eigene gesunde Bindungsmuster sowie das Vermitteln stabiler Strukturen wesentlich sind: *„Ähm, was habe ich selber für Bindungserfahrungen gemacht? Bin ich bereit, Bindung anzubieten auch? Oder kann ich das auch? Wie kann ich andererseits aber auch die/ mich/ also ganz klar wissen, was ist Job und was ist Privat.“ (Interview Nr. 23_H03)*
„Ja einfach immer wieder die Bereitschaft eine individuelle Regelung zu treffen, aber doch auch eine klare Struktur vorzugeben für diese Kinder, was sie oft nicht mitbringen.“ (Interview Nr. 25_H05)

Etwa ein Drittel ($n = 9$, 35%) gab an, Bindungssicherheit über den Ausdruck von Zuneigung zu vermitteln: *„Ich habe auch vielen Kindern schon angeboten: Wenn sie sich einsam fühlen, können sie auf jeden Fall zu uns kommen oder zu den Pädagogen kommen und sich eine Umarmung abholen zum Beispiel. Was auch viele in Anspruch nehmen.“ (Interview Nr. 22_H02)*

Verständnis, Reflexionsfähigkeit, die Bereitschaft eine exklusive Beziehung anzubieten und die Fähigkeit Sicherheit zu vermitteln wurden von jeweils sieben Personen (27%) als wichtige Eigenschaften Bindungssicherheit vermittelnder Betreuer genannt: *„Weiß ich nicht, wenn der Papa im Gefängnis ist, die Mama verschollen, nicht auffindbar. Na da denke ich auch nicht an die Schule. Ja, das wäre mir auch wurscht. Und das halte ich mir halt immer wieder vor Augen, dass ich mir denke: Die Kinder, die haben voll viel zum Mittragen und da gibt es einfach Prioritäten {...}“ (Interview Nr. 13_C05)*

„Also ganz das Wichtigste ist, glaube ich, dass man bereit ist, sich selber zu analysieren, reflektieren. Dass man weiß, was seine eigenen Geschichten sind {...} also es muss dir immer bewusst sein, dass du immer ein Teil davon bist. Du hast geschaut, du hast reagiert, also du bist immer Teil von dem Ganzen.“ (Interview Nr. 21_H01)
„Ja {das} Bedürfnis eben, dass sie halt eine Einzelbetreuung kriegen. Bei manchen Kindern ist es so, dass die wirklich dann Intensivbetreuung bekommen oder

tiergestützte Therapie oder Sporttherapie, wo sie sich halt dann/ wo sie halt leichter lernen, Vertrauen aufzubauen.“ (Interview Nr. 08_B05)

„Ich denke mir, man muss ihnen sehr stark das Gefühl geben, dass sie geschützt werden. Und dass/ dass sie bei uns einmal sicher sind, ja? Egal vor/ vor wem jetzt.“ (Interview Nr. 02_A02)

Genaue Bedürfniswahrnehmung wurde von sechs Personen (23%) als ausschlaggebend für Bindungssicherheit beschrieben: *„Ja, ganz einfach, dass man Bedürfnisse der Kinder wahrnehmen kann und auch möchte, also/ Das ist ganz wichtig. Dass man das zulassen kann.“ (Interview Nr. 01_A01)*

Jeweils drei Studienteilnehmer (12%) beschrieben die eigene psychische Gesundheit, Team Zusammenhalt, Humor und die aktive Stärkung der Eltern-Kind-Bindung als elementar für die Herstellung von Bindungssicherheit: *„Ich glaube, man muss selber psychisch sehr stabil sein, auf sich gut schauen auch. Dass/ Wenn es mir gut geht, kann ich auch an die Kinder was weiter geben.“ (Interview Nr. 06_B03)*

„{...} erst durch ein starkes Team kannst du eine Gruppe gut führen. Wenn du im Team uneinig bist, bringt das auch sehr viel Unruhe in die Kinder.“ (Interview Nr. 18_F02)

„Und sehr viel Humor. Also ich merke einfach, dass Kinder auf Spaß und Witze total gut ansprechen. Und da werden sie dann viel offener. Und ja, die Bindung passiert dann leichter.“ (Interview Nr. 26_H06)

„Oder wir haben ein Badesalz für die Mamas gemacht oder/ Und/ Und was bei mir sicher im Vergleich jetzt zu den anderen ein bisschen ausgeprägter ist, dass ich die Eltern schon sehr da haben möchte.“ (Interview Nr. 01_A01)

Eine Person (4%) gab an, Bindungssicherheit mittels Ressourcenorientierung zu stärken: *„Ich glaube, dass es einen selber auch einschränkt, wenn ich jetzt nur Mitleid habe mit dem Kind. Dann/ dann bleibt es irgendwie so in einer Opferrolle und ich glaube, man muss das Kind da einfach auch stärken und da herausholen und es ist nicht immer das Arme. Das schafft auch Besseres.“ (Interview Nr. 08_B05)*

Kodierfamilie: Beziehungsfähigkeit fördern. Etwas mehr als ein Drittel ($n = 9$, 35%) äußerte die Ansicht, dass man Beziehungsfähigkeit vermittelt, indem man den

IU-Kindern erfolgreiche Beziehungsgestaltung vorlebt und mit ihnen über Beziehungen spricht: „Also wirklich viel dadurch, dass wir es ihnen im Team vorleben. {...}, dass sie uns als Team erleben, dass sie erleben, wie gehen wir miteinander um, wie telefoniere ich mit meinen Freunden, man berichtet ihnen auch aus persönlichen Erfahrungen.“

(Interview Nr. 18_F03)

“Und wenn ein Kind jetzt ein anderes haut, dann würde ich sagen: ‘Da möchte ich auch nicht mit dir spielen, wenn du mich haust. Du kannst gehen. Weil ich möchte nicht, dass ich gehauen werde. Deshalb hat das Kind sehr wohl das Recht, dass es sagt: Ich mag nicht mehr spielen.’ Und so/ Wenn man ihnen das dann wieder erklärt, wie man in Beziehung tritt mit anderen Menschen, dann funktioniert es wieder.“ (Interview Nr. 13_C05)

Beziehungsfähigkeit kann laut Aussage sieben Befragter (27%) auch vermittelt werden, indem die IU-Kinder im Kontakt mit Gleichaltrigen regulierend begleitet werden: „Durchs Begleiten. Aktiv mitbegleiten, ja? Oder auch einmal einen möglichen/ einen möglichen Handlungsplan erstellen. Ja? Wie/ Big Bang Theory (Anm. Fernsehserie) ist ein Begriff? Wie werde ich ein Freund? Ich meine, es gibt wirklich Kinder, gerade wenn sie bisschen aus so/ aus der Richtung autistisches Spektrum kommen, die brauchen quasi ein Manual: Wie tue ich denn jetzt in einer sozialen Situation?“ (Interview Nr. 24_H04)

Ein Fünftel ($n = 5$, 19%) der Studienteilnehmer beschrieb, dass man Beziehungsfähigkeit vermittelt, indem man selbst mit dem Kind eine Beziehung eingeht: „Mit ihnen in Beziehung treten. Anders kann man es ihnen nicht beibringen. Also man kann nicht/ Man kann das niemandem erklären. Das geht nicht.“ (Interview Nr. 02_A02)

Das Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen und Vermitteln von Umgangsformen nannten jeweils vier Personen (15%) als wesentlich bei der Förderung von Beziehungsverhalten: „Ich bringe es ihnen nicht bei, kann es ihnen auch nicht beibringen in dieser kurzen Zeit. Was ich machen kann/ Also ich versuche, diese Situationen herbeizuführen, wo es schon einmal gut funktioniert hat zwischen uns beiden.“ (Interview Nr. 05_B02)

“Da geht es eigentlich hauptsächlich um Freundlichkeit und Akzeptanz untereinander. Und unter anderem ist mir da dann sehr wichtig, die/ naja, so eine gewisse/ so eine Mischkulanze zwischen Benimmregeln und/ und Freundlichkeit.” (Interview Nr. 04_B01)

Zwei Personen (8%) erklärten das Hervorheben von Beziehungserfolgen als förderlich für die Beziehungsfähigkeit: *“Wenn es Spiele gibt, wo man dann/ wo ich dann sage: ‘Hey, das hast du super gemacht’ Oder/ Also gut in Beziehung getreten mit irgendwem anderen {...}”* (Interview Nr. 01_A01)

Eine Person (4%) vertrat die Meinung, dass Beziehungsfähigkeit nicht vermittelbar ist: *“Also, ich glaube man kann das keinem Kind beibringen. Das ist jetzt aber nur meine persönliche Meinung, dass man keinem Kind beibringen kann, wie, ja, wie man eine Beziehung zu wem anderen haben sollte.”* (Interview Nr. 09_C01)

Kategorien der Fragestellung VII.

Fragestellung VII: *Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Beantwortung der Bindungsbedürfnisse?*

Zur Beantwortung der Fragestellung VII wurden eine Kodierfamilie mit sieben Kategorien aus den vorliegenden Daten ermittelt (Tabelle 5)

Tabelle 5
Kategorien der Fragestellung VII

Kategorie	N	
	(n = 26)	%
Ungewissheit	11	42
Bedrohung	6	23
Möglicher Übergriffsvorwurf	5	19
Betreuer Fluktuation	5	19
Ausgespielt werden	4	15
Ablehnung aushalten	4	15
Niedriger Personalschlüssel	4	15

Tabelle 5 (Fortsetzung)

Kategorie	N	
	(n = 26)	%
Loyalitätskonflikte	2	8
Rollenkonflikte	2	8
Männer Mangel	2	8

Die am häufigsten genannte Herausforderung im Umgang mit misshandelten IU-Kindern war Ungewissheit. Elf Personen (42%) fühlen sich davon herausgefordert nicht zu wissen, was den Kindern widerfahren ist: *„Bis es wirklich dazu kommt, dass eben der Missbrauch bestätigt oder nicht bestätigt ist, ja, ähm, ist schon ein - wie soll ich sagen - geht man schon als Sozialpädagogin auch an seine Grenzen.“* (Interview Nr. 16_E03)

Sechs Personen (23%) erlebten es als Herausforderung, gelegentlich einer Bedrohung ihrer körperlichen Sicherheit ausgesetzt zu sein: *„Bei Burschen habe ich es eben erlebt, dass die sehr aggressiv anderen gegenüber werden, wo man als Pädagoge auch an seine körperlichen Grenzen stößt, das heißt, ich habe sehr wohl Erfahrungen gehabt, wo mich die Leute einfach auf die Seite stoßen oder wo du ihnen körperlich unterlegen bist.“* (Interview Nr. 18_F03)

Knapp ein Fünftel (n = 5, 19%) nannte die Möglichkeit auftretender Übergriffsvorwürfe als Herausforderungen. Im Folgenden beschreibt ein Pädagoge, wie diese Angst im Umgang mit misshandelten Mädchen relevant wird: *„Ich sag mal es ist/ es ist generell schwierig, die Gratwanderung der Beziehungsgestaltung zu Mädchen, die unter/ ja, unter unserer Obhut einfach sind. Weil, ich sag einmal mit Burschen ist es insofern für mich leichter, weil der Geschlechterkonflikt nicht da ist. Bei Mädchen ist mir von Anfang an immer gesagt worden, dass da einfach die/ die Vorwürfe sehr schnell sehr laut werden können. Ähm und es ist auch so, wenn hier irgendwelche Situationen entstanden sind, ähm, wo ich mit einem/ mit einem Mädels allein/ alleine gewesen wäre, dass ich mir eigentlich immer eine Kollegin hinzugezogen habe.“* (Interview Nr. 04_B01)

Weitere fünf Personen (19%) empfanden die hohe Betreuer-Fluktuation als herausfordernd: „*Ja, es ist einfach schwierig. Dass sie wirklich innige Beziehungen aufbauen, weil sie haben ja so viele Beziehungsabbrüche. Sie haben es nicht nur mit den Eltern teilweise, sondern auch mit uns Erziehern und das oft jährlich.*” (Interview Nr. 09_C01)

Jeweils vier Pädagogen (15%) empfanden die Gefahr ausgespielt zu werden, das Aushalten von Ablehnung sowie niedrige Personalschlüssel als Herausforderung: „*Naja, es ist auch schon vorgekommen, dass die Kinder dann so Situationen erfinden, dass ein Betreuer sie geküsst hätte oder auch berührt hätte, unsittlich. Was halt dann vielleicht gar nicht stimmt, und das ist halt dann schwierig zu differenzieren.*” (Interview Nr. 08_B05)

“*Und ich hab Sachen gehört wie {imitiert zornige Kinderstimme}: ‘Du bist die blödeste Erzieherin die ich jemals gesehen habe! Am liebsten wäre es mir, du würdest sterben!’ Ja? Also so am Abend, noch so vor dem schlafen gehen?*” (Interview Nr. 01_A01)

“*Weil in der Gruppe ist es oft so schwierig möglich. Da kommt dann noch ein anderes Kind, ‘Ich brauch das!’, oder der streitet, oder einfach tausend Sachen drum herum, das Telefon läutet.*” (Interview Nr. 12_B04)

Loyalitätskonflikte, Rollenkonflikte sowie Mangel an männlichem Personal wurden von jeweils zwei Personen (8%) als Herausforderung beschrieben: „*Und {die Kinder} entwickeln sich anfangs auch recht gut. Nur dürfen sie das ja gar nicht. Weil das heißt ja, wenn sie sich hier gut entwickeln und wenn sie hier gut laufen und wenn sie hier vielleicht sogar gern sind, dann heißt das ja, dass die Mama versagt hat: Mama und Papa haben das nicht auf die Reihe gebracht, mit mir.*” (Interview Nr. 03_A03)

“*Es ist immer das Problem, wenn man mit den Eltern auch arbeitet, äh, und da gibt es Spannungen zwischen Eltern und Kind, aktuelle, ja? Dann/ dann kommt es auch vor, dass die Kinder ganz, ganz arg reagieren, weil sie irgendwie/ weil sie nicht wissen, was da passiert, ja?*” (Interview Nr. 03_A03)

“*Also es ist halt auffällig, dass sie mehr zu männlichen Betreuungspersonen hingezogen sind, ja? Äh, jetzt in meinem Bereich, wir sind lauter Damen. Wir haben einen Zivildienstler, da fällt es halt auch ganz stark auf, dass sie sehr an diesem hängen. Ja.*” (Interview Nr. 16_E03)

Kategorien der Fragestellung VIII.

Fragestellung VIII: *Wie ist die Einstellung der Pädagogen zu einer leitliniengestützten Trauma-informierten Versorgung?*

Zur Beantwortung der Fragestellung VIII wurden zwei Kodierfamilien aus den vorliegenden Daten ermittelt (Tabelle 6).

Tabelle 6

Kodierfamilien und Kategorien der Fragestellung VIII

Kodierfamilie	Kategorie	N (n = 26)	%
Leitlinien-Vorhanden	Allgemeiner Leitfaden	11	42
	Krisenhandbuch	9	35
	Heiminterne Konzepte	5	19
	Konzepte ohne Trauma-Bezug	4	15
Leitlinien-Einstellung	Befürwortung Vorschläge	10	38
	Ablehnung	7	27
	Befürwortung	5	19
	Rahmenbedingungen	2	8
	Befürwortung wenn Mitspracherecht	1	4

Kodierfamilie: Leitlinien-Vorhanden. Von den Befragten gaben elf (42%) an, sich im alltäglichen Umgang mit misshandelten IU-Kindern an einem allgemeinen Leitfaden zu orientieren: „*Wir haben ein Leitbild. Also einen Ordner, wo einfach unsere pädagogischen Grundkonzepte drin stehen, was man halt hat.*“ (Interview Nr. 14_E01)

Ein Krisenhandbuch wurde laut eigener Aussage von neun Pädagogen (35%) in bestimmten Situationen als Handlungsleitfaden herangezogen: „*Wenn es so Extremsituationen oder ähnliches gibt, so wie Naturkatastrophen oder/ oder, ähm, so*

Notfälle so/ so wirklich Krisen. Wenn Krisen auftreten, haben wir so Kri/ also so eine Krisenplanmappe. Wie reagiert man wann? “ (Interview Nr. 09_C01)

Ein Fünftel der Befragten ($n = 5$, 19%) berichtete, das eigene Handeln auch an heiminternen Konzepten auszurichten: *„{...} da haben wir so Betreuungspläne, wo wirklich drinnen steht, was, wo ist das Augenmerk bei welchem Kind. Weil wenn ich jetzt in einer fremden Gruppe bin, wo ich nur einmal im Jahr bin, stehe ich an, mache ich jetzt irgendwas schlimmer, löse ich jetzt irgendeinen Trigger aus, wo das Kind dann total heraus haut, da habe ich den Betreuungsplan auf einem Zettel, weiß ok, da ist das Thema. Passt, da muss ich aufpassen.“ (Interview Nr. 14_E01)*

Externe Konzepte ohne expliziten Trauma-Bezug nannten vier (15%) Studienteilnehmer auf die Frage nach verwendeten Leitlinien zum Umgang mit misshandelten IU-Kindern: *„Naja wir arbeiten jetzt nach der neuen Autorität. Das heißt, da gibt es die Wiedergutmachung. Also, wenn ein Kind jemand anderem einen Schaden zufügt, dann muss er das wieder gut machen und das erfolgt halt in einer schriftlichen Art und Weise, also er schreibt einen Brief.“ (Interview Nr. 08_B05)*

Kodierfamilie: Leitlinien-Einstellung. Eine leitliniengestützte Trauma-informierte Versorgung wurde von zehn Befragten (38%) insofern eingeschränkt befürwortet, dass Vorschläge willkommen sind, rigide Richtlinien aber abgelehnt werden. *„Also Vorschläge, denke ich mal, sind willkommen. Aber das heißt jetzt nicht, dass das dann genau in der Situation passt. Also Ideen, denke ich mal, sind wir auf jeden Fall offen dafür. Aber wenn ich jetzt übergestülpt bekomme, ich muss das in jeder Situation bei jedem Kind anwenden, dann bin ich dagegen.“ (Interview Nr. 06_B03)*

Knapp ein Drittel der Teilnehmer (27%) lehnte die Integration externer Trauma-informierter Leitlinien ab. Ein Studienteilnehmer begründet das wie folgt: *„Ähm, das müsste man sich im konkreten Fall anschauen, aber ich würde genauso den Oberen sagen, dass jedes Kind individuell ist und dass man erst einen Lösungsweg finden kann oder eine Strategie, wenn man das Kind auch kennt. Weil wenn man das Kind nicht kennt, dann kann man sowieso nichts sagen. Also das/ das ist Irrsinn, wenn*

man jetzt glaubt, man kann jetzt irgendwelche Lösungsstrategien entwickeln, ohne dem Kind/ ohne das Kind zu kennen.“ (Interview Nr. 09_C01)

Uneingeschränkte Befürwortung Trauma-informierter Leitlinien bekundeten fünf Studienteilnehmer (19%): *„Ja, wenn es/ wenn es von Menschen kommt, die also vom Fach sind und sich schon auskennen, wieso nicht. Sicher. Wenn das gute Ideen sind, sollte man die immer annehmen, egal von wo.“ (Interview Nr. 21_H01)*

Zwei Studienteilnehmer (8%) konnten sich vorstellen, ihre Arbeit innerhalb Trauma-informierter Rahmenbedingungen zu vollrichten: *„Rahmenbedingungen schon. Solange sie nicht zu weit irgendwie in das Alltagsgeschehen eingreifen, ja.“ (Interview Nr. 03_A03)*

Ein Pädagoge (4%) befürwortete die Integration Trauma-informierter Leitlinien in den praktischen Arbeitsalltag unter der Bedingung, dass die betroffenen Berufsgruppen bei der Entwicklung solcher Leitlinien miteinbezogen werden: *„{...} wenn es hausinterne Vorgaben sind, dann kann man sehr wohl darüber reden. Wir werden auch, sag ich jetzt, oft mit einbezogen, wenn es um Dinge geht, die geplant werden sollen oder/“ (Interview Nr. 12_C04)*

Diskussion

Die vorliegende Forschungsarbeit stellte einen ersten Versuch dar, dem bestehenden Forschungsdefizit hinsichtlich Trauma-informierter Kinderversorgung im deutschsprachigen Raum zu begegnen. Zu diesem Zweck wurden teilstrukturierte Interviews und Fragebogendaten von 26 an niederösterreichischen Betreuungseinrichtungen tätigen Pädagogen analysiert. An erster Stelle zielte die Forschung darauf ab festzustellen, inwiefern Unsicherheiten im Umgang mit frühkindlich misshandelten und damit einhergehend komplex traumatisierten IU-Kindern bestehen. In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, mit welchen Formen klinisch auffälligen Bindungsverhaltens Pädagogen im Berufsalltag konfrontiert sind. Weiterhin sollten angewendete Methoden sowie der vorhandene Bildungsbedarf, die Bindungsarbeit mit traumatisierten Kindern betreffend, systematisch erfasst werden. Mit der hier zum Gegenstand gemachten Studie ist dies erstmals gelungen. Die Studienergebnisse lassen auf eine große Vielfalt an Methoden

schließen, welche von pädagogischen Mitarbeitern zur Beantwortung der Bindungsbedürfnisse traumatisierter Kinder angewendet wurden. Vor allem im Kontakt mit gehemmt-vermeidenden Kindern wurde auf ein umfangreiches methodisches Repertoire zurückgegriffen. Gleichzeitig lassen die Ergebnisse weiteren Bildungsbedarf im Bereich des professionellen Umgangs mit sexuell misshandelten Kindern vermuten. Bei der Beantwortung der Bindungsbedürfnisse traumatisierter Kinder wurden eine Reihe persönlicher und struktureller Herausforderungen für pädagogische Mitarbeiter relevant.

Subjektives Sicherheitserleben

Ein subjektiv wahrgenommenes Sicherheitserleben im Kontakt mit misshandelten Kindern ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung professioneller Interventionen (Hoffmann et al., 2013). Knapp die Hälfte der befragten Pädagogen beschrieb sich als gelegentlich unsicher im Kontakt mit sexuell misshandelten IU-Kindern. Dieses Ergebnis weist auf geringere Unsicherheit hin, als aufgrund der Erkenntnisse von Liebhardt und Kollegen (2013) zu erwarten gewesen wäre. Die Autoren stellten für mehr als die Hälfte der 555 befragten Pädagogen in Deutschland Unsicherheit im Kontakt mit sexuell viktimisierten Kindern fest. Ein zentraler Unterschied der beiden Studien liegt in der Gewährleistung der Anonymität für die Studienteilnehmer. In der vorliegenden Studie musste der Fragebogen im Beisein eines Interviewers ausgefüllt werden, während der Fragebogen von Liebhardt et al. (2013) online bearbeitet wurde. Möglicherweise kam es zu einer Antwortverzerrung in Richtung sozialer Erwünschtheit. Dennoch verdeutlichen die Ergebnisse, dass signifikant größere Unsicherheit im Umgang mit sexuell misshandelten IU-Kindern besteht, als im Umgang mit vernachlässigten, psychisch oder physisch misshandelten IU-Kindern. Ein Erklärungsansatz hierfür liegt im etwas geringeren Ausmaß an Kontakt zu sexuell misshandelten Kindern. In den letzten 30 Jahren hat sich die Prävalenz sexueller Gewalt in Österreich mehr als halbiert (Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 2011). Während die Mehrheit der Pädagogen an niederösterreichischen Betreuungseinrichtungen angab, häufig vernachlässigte und psychisch misshandelte Kinder zu betreuen, sind sexuell misshandelte IU-Kinder eher die Ausnahme. Die Unterschiede im Kontaktausmaß waren in dieser Stichprobe jedoch nicht signifikant. Die größere Unsicherheit könnte auch darin begründet sein, dass sexuell misshandelte Kinder eher zur Ausprägung maladaptiver Bindungsstile neigen

(Fresno et al., 2014) und der Beziehungsaufbau für den fremdbetreuenden Betreuer damit erschwert ist. Vermutlich wird der emotionale Zugang zu den Betroffenen zusätzlich dadurch erschwert, dass erlebte sexuelle Misshandlung oftmals über viele Jahre von den Kindern geheim gehalten wird (Leary & Barber, 2008). Gerade sexuell misshandelte Kinder sind jedoch auf das korrektive Erleben einer vertrauensbasierten Beziehung zum Betreuer in der Fremdunterbringung angewiesen. Ging die Misshandlung von einer nahen Bezugsperson aus, so haben die Betroffenen einen massiven Vertrauensbruch erlebt (Freyd, 1998) und brauchen eine sichere Bindung um den traumatischen Bruch zu verarbeiten (Holt et al., 2008). Die Wahrscheinlichkeit einer Reviktimisierung, wie in der Betrayal-Trauma-Theorie von Gobin und Freyd (2009) beschrieben, kann durch diese Aufarbeitung gesenkt werden (Cloitre et al., 2014). Die vorliegenden Daten lassen auf keinen Zusammenhang zwischen soziodemografischen Daten (Alter, Geschlecht, Berufserfahrung) und Sicherheitsempfinden im Umgang mit sexuell misshandelten IU-Kindern schließen. Aktuell liegen noch keine Studienergebnisse zum Einfluss des Alters von Betreuern auf die Beziehungsgestaltung mit misshandelten IU-Kindern vor. Lediglich die Erkenntnisse einer aktuellen Studie an Pflegekindern (vgl. Gabler et al., 2014) ließen vermuten, dass jüngeren Betreuern ein besserer Beziehungsaufbau zu fremduntergebrachten Kindern gelingt. Die vorliegende Studie kann diesen Befund nicht stützen. Auch die subjektiv empfundene Sicherheit im Kontakt zu vernachlässigten, psychisch und physisch misshandelten IU-Kindern stellte sich als altersunabhängig dar. Männer berichteten tendenziell größere Unsicherheit im Umgang mit vernachlässigten Kindern, als Frauen. Da vernachlässigte Kinder keine Beantwortung ihrer Grundbedürfnisse vom primären Betreuer zu erwarten hatten (Mennen et al., 2010), besteht hier womöglich ein großer Nachholbedarf. Vor allem die Tendenz von Frauen, intensive emotionale Nähe und Zugewandtheit gegenüber Kindern herzustellen wurde in langer Forschungstradition empirisch gestützt (vgl. Ackerman & Dozier, 2005; vgl. Gilligan, 2012). Eventuell zeichnet Frauen daher größere Sicherheit im Umgang mit vernachlässigten IU-Kindern aus. Ein weiterer Faktor, der sich auf das Sicherheitserleben im Umgang mit misshandelten Kindern auswirkt, ist die Berufserfahrung. Liebhardt et al. (2013) stellten in ihrer Studie fest, dass langjährige Berufserfahrung mehr als zwei Dritteln der männlichen und knapp der Hälfte der weiblichen Pädagogen Sicherheit vermittelte. Für den Kontakt mit sexuell misshandelten Kindern konnte dieses Ergebnis nicht bestätigt werden. Jedoch

beschrieben sich die wenig berufserfahrenen Teilnehmer der vorliegenden Studie signifikant als unsicherer im Umgang mit psychisch sowie physisch misshandelten Kindern, als Teilnehmer mit großer Berufserfahrung.

Bindungsverhalten

Gestörtes Bindungsverhalten wurde von fast allen befragten Pädagogen im alltäglichen professionellen Kontakt mit den IU-Kindern erlebt. Jeder Studienteilnehmer berichtete, schon einmal mit gehemmtem Verhalten der Kinder konfrontiert gewesen zu sein. Fast alle schilderten Erfahrungen mit enthemmtem Verhalten. Diese Ergebnisse entsprechen den Erwartungen, da es sich bei IU-Kindern um eine von unzureichender Versorgung betroffene Risikogruppe handelt (Rutter et al., 2010). Schätzungen zufolge zeigen 69% der IU-Kinder klinisch-relevantes enthemmtes Verhalten (Zeanah et al., 2002), da es in diesem speziellen Versorgungssetting vermehrt zu Betreuerwechseln (Rutter et al., 2010; Smyke et al., 2002) und hohen Betreuer-Kind-Verhältnissen kommt. Häufige Betreuerwechsel und andauernder Mangel an Beantwortung emotionaler Bedürfnisse (aufgrund zu geringer Verfügbarkeit von exklusiven Betreuern) stellen jene Muster unzureichender Versorgung dar, die am ehesten die Ausprägung von Bindungsstörungen begünstigen (APA, 2013). Unter diesen Rahmenbedingungen ist es selbst bindungswilligen und –fähigen Pädagogen schwer möglich, die Kinder über einen längeren Zeitraum genau zu beobachten und darauf aufbauend sichere Bindungsbeziehungen herzustellen (Ahnert et al., 2006). Es ist also plausibel, dass 24 von 26 befragten Pädagogen enthemmtes und stark anhängliches Verhalten bei den Kindern erlebten. Womöglich stellt ein derartiges Agieren die einzige Möglichkeit der Kinder dar, ausreichend Kontakt und Nähe zu den bevorzugten Betreuern herzustellen (Dobrova-Krol et al., 2010; Smyke et al., 2002; Zeanah et al., 2002).

Auffällig häufig wurden auch aggressive Reaktionen auf Beziehungsangebote beschrieben. Misshandelte Kinder sind in der Regel durch emotionale Instabilität und Irritabilität gekennzeichnet. Die Veränderungen in der Beziehungsgestaltung werden daher auch von einer Veränderung in der Emotionsregulation begleitet, was sich in Form von aggressivem Verhalten äußern kann (APA, 2013; Maercker et al., 2013; Khoo, 2010). An dieser Stelle sei erneut auf die zweite Forschungsarbeit zur Studie verwiesen, in welcher die emotionsregulatorischen Defizite von IU-Kindern genauere Untersuchung durch Alexander Seiser finden.

Knapp die Hälfte der Studienteilnehmer beschrieb Verhaltensphänomene, welche unter der Bezeichnung Nähe-Distanz-Ambivalenz zusammengefasst werden können. Ein hochfrequenter Wechsel zwischen annäherndem und zurückgezogenem Verhalten lässt sich nach DSM-IV-TR mit der Reaktiven Bindungsstörung in Zusammenhang bringen (vgl. APA, 2010). Zu den Symptomen der Reaktiven Bindungsstörung Typ 1 (gehemmt) werden hier auch stark ambivalente oder widersprüchliche Reaktionen gezählt. Im DSM-5 sind diese Symptome nicht mehr unter der Reaktiven Bindungsstörung zusammengefasst (vgl. APA, 2013). Daraus ist zu schlussfolgern, dass fast die Hälfte der Pädagogen eine Form gestörten Bindungsverhaltens erlebte, die im aktuellem Klassifikationssystem vollständig unberücksichtigt bleibt. Möglicherweise liefert dies einen Hinweis auf Mängel der neu eingeführten Diagnosen zur Bindungsstörung. Derartige Mängel sind nicht unwahrscheinlich, da für die Reaktive Bindungsstörung keine repräsentativen Stichprobendaten Eingang in die DSM-5 Klassifikationsentscheidung fanden (Kay & Green, 2013) und kaum wissenschaftliche Evidenz vorliegt (Kay & Green, 2013; Rutter et al., 2010). Die mangelnde Berücksichtigung ambivalenten Bindungsverhaltens im DSM-5 wird umso fragwürdiger, wenn man die gut etablierte Typologie der Bindungsmuster von Ainsworth und ihren Kollegen aus dem Jahr 1979 betrachtet. Unsicher-ambivalente Bindung gehört hier zu den unsicheren Bindungsmustern. Sie ist durch einen Wechsel aus Nähe- und Distanzsuchen gekennzeichnet und entspricht dem Verhalten, das von den Pädagogen geschildert wurde. Die Beschreibungen der pädagogischen Mitarbeiter lassen demnach darauf schließen, dass sie gestörtes Bindungsverhalten sowie auch gestörte Bindungsmuster bei den Kindern erleben.

Im Kontext von Bindungsbeziehungen wurde weiterhin die Tendenz zur Reviktimisierung geschildert. Jeweils ein Drittel der Befragten nahm wahr, dass Kinder sexualisiertes Verhalten zeigten oder die Opferrolle anderweitig reinszenierten. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Ergebnissen anderer Studien, die zeigen, dass misshandelte Kinder im höchsten Ausmaß vulnerabel für Reviktimisierungen sind (Cloitre et al., 2014; Gobin & Freyd, 2009).

Bindungsbedürfnisse

Sichere Bindung zu nicht-familiären Betreuungspersonen stellt für Kinder mit Misshandlungshintergrund einen wesentlichen Schutzfaktor für erfolgreiche Traumabewältigung und psychopathologische Entwicklung dar (Breidenstine et al.,

2011). Die Pädagogen erklärten den Bindungsbedürfnissen der IU-Kinder gerecht zu werden, indem sie Bindungssicherheit erkennen und vermitteln. Außerdem berichteten sie einige Methoden, um die Beziehungsfähigkeit der Kinder zu fördern. Ein annähernder Konsens hinsichtlich eines Marker vorhandener Bindungssicherheit herrscht allenfalls in einem Punkt: Zwei Drittel der Studienteilnehmer waren sich einig, dass sichere Bindung am Vertrauen der Kinder zu erkennen wäre. Dieses Vertrauen äußerte sich darin, dass die Kinder ihnen Persönliches erzählten. Jeweils zehn Pädagogen nahmen auch das Suchen von Nähe und Unterstützung als Hinweis auf bestehende Bindungssicherheit wahr. Dies deckt sich zumindest teilweise mit der Klassifikation des sicheren Bindungsmusters nach Ainsworth und Kollegen (1979), welches durch schuttsuchende Annäherung an die Betreuungsperson charakterisiert ist. Allerdings sollte ein gleichgewichtiges Verhältnis von Exploration und Annäherung bestehen. Selbstständiges Explorationsverhalten wurde von keinem Studienteilnehmer als Marker sicherer Bindung beschrieben. Andererseits ist der Fokus auf das Näheverhalten der IU-Kinder nicht überraschend. Physische und emotionale Nähe haben zentrale Bedeutung für die Bindungssicherheit von Kindern (Ainsworth et al., 1979; Bowlby, 1997; Brisch, 2008). Vier Pädagogen äußerten, dass Bindungssicherheit in erster Linie spürbar wäre. Möglicherweise wird hier ein wesentlicher Unterschied zwischen Wissenschaft und Praxis offensichtlich. Während wissenschaftliche Versorgungsansätze empirisch gesicherte Marker gesunden Verhaltens zu finden suchen, stützen sich einige Praktiker eher auf ihre Intuition.

Dem steht gegenüber, dass die Präventions- und Interventionsbefähigung von pädagogischem Personal in jedem Fall dann am größten ist, wenn aktuelles theoretisches Fachwissen zum Thema Kindesmisshandlung vorhanden ist (Hoffmann et al., 2013).

Ebenso wie die Marker sicheren Bindungsverhaltens unterliegen auch die beschriebenen Merkmale Bindungssicherheit vermittelnder Betreuer einer breiten Streuung. Konsistent mit den aktuellen Forschungsergebnissen erlebte etwas mehr als ein Drittel der Befragten Stabilität, Akzeptanz und Wertschätzung als wesentliche Determinanten eines sicheren Bindungsangebotes. Kinder sind nach Zaccagnino und Kollegen (2014) in der Lage sichere Bindungen aufzubauen und maladaptive interpersonelle Schemata neu zu organisieren, wenn neue Beziehungen zu Betreuern von Stabilität, emotionaler Unterstützung und Akzeptanz geprägt sind. Die Autoren bestätigen auch den Eigenschaften Wärme und empathischer Responsivität einen

entscheidenden Einfluss auf das Gelingen von Bindungsaufbau. Erneut finden sich diese Erkenntnisse in den Aussagen der Pädagogen wieder: Neun Personen nannten Zuneigung, 13 Personen nannten Empathie. Weiterhin besteht Übereinstimmung zwischen den Ansichten der Pädagogen und empirisch gestütztem Wissen über den elementaren Einfluss der psychischen Gesundheit von Betreuern auf Bindungsangebote (Scheeringa & Zeanah, 2001). Zehn Personen wiesen auf die Relevanz eigener Bindungssicherheit hin, während weitere drei Personen die Bedeutung der eigenen psychischen Gesundheit hervorhoben.

Zahlreiche Studien stützen die enorme Bedeutung eines grundlegenden Sicherheitsgefühls für einen erfolgreichen Bindungsaufbau (vgl. Arvidson et al., 2011; vgl. Gilbert et al., 2009; vgl. Harris & Fallott, 2001; vgl. Purvis et al., 2013). Entgegen der daraus resultierenden Erwartung, nannte nur knapp ein Drittel Sicherheit als wesentlich, um Bindungssicherheit zu vermitteln. Ebenso unerwartet wurden emotionale Verfügbarkeit und prompte Bedürfnisbeantwortung von keinem Studienteilnehmer explizit als wesentliche Merkmale Bindung anbietender Betreuer genannt. Zahlreiche Studien belegen, wie wichtig emotionale Verfügbarkeit und situationsangemessenes promptes Reagieren auf Bedürfnisäußerungen für die Entwicklung eines gesunden Bindungssystems sind (vgl. Ainsworth et al., 1979; vgl. Dozier et al., 2001; vgl. Roque et al., 2013). Näherungsweise findet die Relevanz prompten Reagierens auf Bedürfnisse Abbildung in der Kategorie „Genaue Bedürfniswahrnehmung“. Diese wurde von sechs Personen genannt und stellt immerhin eine Grundvoraussetzung für promptes Reagieren dar. Es ist in Betracht zu ziehen, dass die Pädagogen viele Aspekte sicherer Bindungsangebote aufgrund ihrer subjektiv wahrgenommenen Selbstverständlichkeit nicht erwähnten. In Summe decken sich zahlreiche Äußerungen der Studienteilnehmer mit dem aktuellen Forschungsstand zum Thema Bindungssicherheit bei misshandelten IU-Kindern. Es kam jedoch auch zur Nennung einiger Bindungssicherheit beeinflussender Eigenschaften, für die zurzeit noch keine empirischen Belege zu finden sind. Hierzu zählen Humor, Team Zusammenhalt, Authentizität und Ressourcenorientierung. Ob dies durch Forschungslücken oder nicht vorhandene Zusammenhänge zu erklären ist, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet werden.

Vergleichsweise wenige Methoden wurden genannt, welche zur Förderung der Beziehungsfähigkeit misshandelter IU-Kinder geeignet sind. Es herrschte kaum Konsens hinsichtlich der Wirksamkeit einzelner Interventionen. Am ehesten waren sich

die Pädagogen darüber einig, dass Kinder im Umgang mit Gleichaltrigen von ihnen begleitet werden müssen. Zwei Drittel der Befragten schilderten das Begleiten von sozialen Kontakten und setzen damit theoretisch fundiertes Wissen in die Praxis um. Laut Emond (2012) finden Kinder in der institutionellen Unterbringung in ihrer Interaktion mit Gleichaltrigen wenig Unterstützung. Meistens lernen sie daraus, sich mit sozialen Problemen an andere Personen zu wenden. Einen Erklärungsansatz für diese geringe Unterstützung durch institutionelle Betreuer liefern Datler und Kollegen (2012): Je intensivere Kontakte zu Gleichaltrigen hergestellt werden, desto unabhängiger und weniger fürsorgebedürftig werden die Kinder wahrgenommen. Tatsächlich können Kinder massiv von der Hilfe beim Aufbau stabiler freundschaftlicher Beziehungen profitieren. Sichere freundschaftliche Bindungen stellen einen Schutzfaktor für die psychische Entwicklung von IU-Kindern dar (Bejenaru & Tucker, 2014). Diese können aber nur hergestellt werden, wenn man ihnen beibringt, wie man sich anderen Personen erfolgversprechend freundschaftlich nähert (Moulson et al., 2014). Einige Theorien der Studienteilnehmer decken sich mit den Ansichten der Befragten aus einer Interviewstudie von McLean und Kollegen aus dem Jahre 2013. Beispielsweise wurde Bindung in der vorliegenden Stichprobe von einigen Pädagogen als übertragbare Fähigkeit wahrgenommen, wie es auch in der Studie von McLean und Kollegen (2013) der Fall war. Tools zur Förderung der Beziehungsfähigkeit seien der Ansicht dieser Befragten nach nicht notwendig. Dadurch dass man eine Beziehung mit dem Kind einginge, würde ein automatisierter Lern- und Trainingsprozess in Gang gesetzt. Ein weiterer theoretischer Ansatz beschreibt Bindungsverhalten als eingeschränkt förderbar. Manche Kinder seien dermaßen stark geschädigt, dass die Arbeit an Verhaltensproblemen nicht erfolgversprechend sei. Während dies eine gängige Sichtweise in der Studie von McLean und Kollegen (2013) war, kommunizierte lediglich ein Teilnehmer der vorliegenden Studie eine derartige Haltung. Sowohl das Bindungsmodell der Übertragbarkeit als auch das Modell der Förderungsresistenz sind inkonsistent mit dem aktuellen wissenschaftlich gesicherten Kenntnisstand über Bindungsverhalten.

Herausforderungen

Institutionelle Unterbringung stellt aufgrund niedriger Personalschlüssel nicht nur für die Kinder, sondern auch für die pädagogischen Mitarbeiter eine emotional herausfordernde Erfahrung dar (McLean et al., 2014; Soares et al., 2014).

Widererwartend wurden hohe Betreuer-Fluktuation und niedrige Personalschlüssel nur von wenigen Studienteilnehmern als problematisch beschrieben, was möglicherweise wiederum der Selbstverständlichkeit dieser Problembereiche institutioneller Versorgung geschuldet ist.

Die größte Einigkeit hinsichtlich auftretender Schwierigkeiten bestand hinsichtlich der Ungewissheit, was den misshandelten Kindern genau widerfahren ist. Insgesamt elf Personen beschrieben diese Ungewissheit als hinderlich für den Bindungsaufbau. Aktuelle Studienergebnisse lassen im Widerspruch dazu vermuten, dass Ungewissheit auch einen Schutzfaktor für die Pädagogen darstellen kann. Viele Betreuer reagieren auf konkretes Wissen über traumatische Erlebnisse der Kinder mit starker emotionaler Belastung, bis hin zur Sekundärtraumatisierung (Steinlin et al., 2015).

Laut Steinlin und Kollegen (2015) stellen vor allem erlebte körperliche Grenzverletzungen einen starken Belastungsfaktor für pädagogische Mitarbeiter dar. Eingeschränktes Wohlbefinden, psychische Erschöpfung und Posttraumatische Belastungsstörung können die Folgen erlebter Grenzverletzungen sein. Diese psychischen Folgen wirken sich wiederum auf die Qualität der pädagogischen Arbeit mit den Kindern aus. In der vorliegenden Studie berichteten sechs Personen, dass sich aggressives Verhalten der IU-Kinder gelegentlich auch gegen Mitarbeiter richtet und somit eine Bedrohung für ihre körperliche Sicherheit darstellen kann. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erkenntnissen der Studie von Steinlin und Kollegen (2015). Die Autoren ermittelten in ihrer Befragung von 319 schweizerischen Kinderbetreuern, dass 83% der Studienteilnehmer schon einmal einen Angriff oder akute Bedrohung durch ein IU-Kind erlebt hatten. Auf dieses Ereignis reagierten 49% der Befragten mit unmittelbarem Entsetzen, Hilflosigkeit und Angst.

Die Ergebnisse einer weiteren Studie zeigen, dass 79% der Kinderbetreuer schon einmal von IU-Kindern beschimpft oder beleidigt wurden. Etwa die Hälfte erlebte bereits verbale Bedrohung (Steinlin, Fischer, Dölitzsch, Fegert, & Schmid, 2015). Verbale Grenzverletzungen können beispielsweise durch die Androhung ungerechtfertigter Übergriffsvorwürfe stattfinden. Das Problem, dass vor allem Männer derartige Übergriffsvorwürfe fürchten müssen, wurde von fünf Befragten erwähnt. Da sexuelle Misshandlung meistens von männlichen Bezugspersonen ausgeht (Cloitre et

al., 2014), haben wahrscheinlich mehr IU-Kinder mit sexuellem Misshandlungshintergrund Schwierigkeiten, sichere Bindungsbeziehungen zu Männern einzugehen, als es bei Frauen der Fall ist. Nach Gilligan (2012) und Bretherton et al. (2005) ist eine sichere Bindung zu männlichen Bezugspersonen jedoch eine zentrale Ressource für Kinder. Männer tragen entscheidend zum Sicherheitsgefühl der Kinder bei und sind besonders erfolgreich bei der Vermittlung sozialer Fertigkeiten. Wenn die Pädagogen sich selbst nicht sicher fühlen, können sie diese Unterstützung möglicherweise nur eingeschränkt leisten. Eine Förderung grenzachtenden Verhaltens der Kinder, Krisenpläne und klare Strukturen im Umgang mit Bedrohung sind daher notwendig, um einen sicheren Ort für Mitarbeiter und IU-Kinder zu schaffen (Schmid, Steinlin, & Fegert, 2015).

Trauma-informierte Leitlinien

Aus den qualitativen Daten geht hervor, dass im Umgang mit misshandelten IU-Kindern keine Leitlinien zu konkreten Trauma-informierten Interventionen von den Pädagogen herangezogen wurden. Dies entspricht den Erwartungen. Die systematische Implementierung evidenzbasierter Methoden zum Umgang mit traumatisierten Kindern in pädagogischen sowie psychosozialen Versorgungseinrichtungen steht international noch ganz am Anfang (Ko et al., 2008). Stattdessen wurde auf das Vorhandensein eines allgemeinen Leitfadens, eines Krisenhandbuches, heiminterner Konzepte sowie weiterer pädagogischer Konzepte ohne Trauma-Bezug verwiesen. Der Vorschlag, den Berufsalltag leitliniengestützt zu gestalten, traf auf Widerstand. Ein Drittel der Befragten lehnte es ab, nach externen Leitlinien mit traumatisierten Kindern zu arbeiten. Dieses Ergebnis ist vor allem angesichts der vorhandenen Unsicherheit im Umgang mit sexuell misshandelten Kindern überraschend. Unter Berücksichtigung der Studienergebnisse von Liebhardt und Kollegen (2013) wurde mit einer großen Befürwortung Trauma-informierter Leitlinien gerechnet. Hier werden zahlreiche Wunschthemen für externe Unterstützung offensichtlich. Beispielsweise wurde eine Orientierung für kompetentes Handeln im Misshandlungsverdachtsfall gewünscht. In der vorliegenden Studie wollten lediglich fünf Personen ihre Arbeit uneingeschränkt leitliniengestützt verrichten und ihr methodisches Repertoire um evidenzbasierte Interventionen erweitern. Immerhin konnte sich die Mehrheit vorstellen, Vorschläge zum richtigen Umgang mit dieser hoch vulnerablen Personengruppe zu berücksichtigen. Auch das Arbeiten innerhalb Trauma-informierter Rahmenbedingungen war für zwei

Pädagogen denkbar.

Zahlreiche Studien haben den enormen Einfluss des Verhaltens institutioneller Betreuer auf die psychosoziale Entwicklung misshandelter Kinder belegt (vgl. Dobrova-Krol et al., 2010; vgl. Holt et al., 2008; vgl. Rutter et al., 2010; vgl. Smyke et al., 2002; vgl. van IJzendoorn et al., 2011). Die häufig polyviktimisierten Kinder haben gesellschaftlichen Anspruch auf eine bestmögliche Wahrnehmung ihrer Entwicklungsbedürfnisse (vgl. Hodas, 2006; Conners-Burrow et al., 2013). Kind und Betreuungsperson profitieren von einem fundierten und informierten Training für pädagogische Mitarbeiter. Betreuungspersonen brauchen ein umfangreiches Repertoire an Tools, um auf Zeichen von stressbezogenem Verhalten adäquat zu reagieren. Spezielle Trainings sind dazu geeignet, die Wahrnehmung für Signale von Wohlbefinden und Disstress seitens der Kinder zu sensibilisieren. (Datler et al., 2012). Die Daten lassen vermuten, dass eine große Hürde bei der Implementierung Trauma-informierter Tools darin liegen könnte, die betreffenden Berufsgruppen von deren zentraler Relevanz zu überzeugen.

Limitationen

Die Untersuchungsergebnisse unterliegen einigen Limitationen und sind daher nur eingeschränkt generalisierbar. Eine erste Limitation ergibt sich aufgrund der Größe der Stichprobe. Für das Erhalten aussagekräftiger Ergebnisse qualitativer Untersuchungen ist eine Stichprobengröße von 26 Studienteilnehmern angemessen (Creswell, 2012). Die Validität der inferenzstatistischen Ergebnisse ist durch diese Stichprobengröße jedoch gefährdet. Hier fällt weiterhin die ungleiche Geschlechterverteilung einschränkend ins Gewicht.

Die Interpretationen der qualitativen Daten wurden von nur einer Person vorgenommen und konnten daher nicht am interpersonalen Konsens validiert werden. Objektivität und Gültigkeit der vorliegenden Interpretation sind damit trotz transparenter Darstellung der Interpretationsschritte nicht hinreichend abgesichert. Einige wesentliche Aspekte der Beantwortung von Bindungsbedürfnissen bei IU-Kindern scheinen in der vorliegenden Arbeit möglicherweise nicht auf, da alternative Deutungen des Datenmaterials unberücksichtigt geblieben sind.

Eine weitere Limitation der Studie ist, dass die Studienteilnehmer sich in ihren Verhaltensäußerungen an verbreiteten Normen und Erwartungen orientiert haben könnten (Bortz & Döring, 2006). Abgesehen von einer Anonymitätszusicherung wurden keine Maßnahmen zur Kontrolle von Effekten der Selbstdarstellung unternommen. Da auch Fragen die Qualitätssicherung der pädagogischen Arbeit betreffend gestellt wurden, ist bei den Befragten möglicherweise der Eindruck einer Überprüfung und Evaluierung entstanden. Dies könnte die Tendenz erwünschten Antwortverhaltens noch weiter verstärkt haben. Laut Bortz und Döring (2006) ist bei der qualitativen Erhebung persönlicher Themen auf eine entspannte, vertrauensvolle Atmosphäre zu achten, was nicht immer gelungen ist.

Hinzu kommt, dass einige Pädagogen während der Erhebung erklärten von der Leitung darum gebeten worden zu sein, im Vorherein die Beta-Version des Interviewleitfadens durcharbeiten. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Pädagogen weniger spontan in einer vorab durchdachten Weise geantwortet haben. Es ist dem Forschungsteam nicht gelungen den Fragebogen unter Verschluss zu halten und damit sicherzustellen, dass alle Studienteilnehmer unter den gleichen Bedingungen zur Datenerhebung gelangen.

Eine nächste wesentliche Einschränkung der Studie liegt im gewählten Querschnittsdesign begründet. Vor allem der Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und Umgang mit misshandelten IU-Kindern kann im Querschnitt nur limitiert untersucht werden. Die pädagogische Ausbildung Befragter mit großer Berufserfahrung wurde in den meisten Fällen vor vielen Jahren abgeschlossen. Es herrschten zu dieser Zeit vermutlich andere Ausbildungsbedingungen als heute, wodurch die Ergebnisse unkontrolliert verzerrt werden könnten.

Forschungsausblick und praktische Implikationen

Um umfassende Trauma-informierte Versorgungsangebote in der Fremdunterbringung zu schaffen, ist weitere Forschung dringend notwendig. Zukünftig sollte genauer untersucht werden, welche Faktoren sich auf die Bereitschaft der Betreuer auswirken, Trauma-informierte Methoden anzuwenden (Conners-Burrow et al., 2013, Liebhardt et al., 2013) und welche messbaren Erfolge sich mit der Anwendung spezifischer Trauma-informierter Methoden erzielen lassen. Hinsichtlich des Effekts Trauma-informierter Methoden auf die Bindungsfähigkeit der IU-Kinder

sollten individuelle Faktoren wie das Kindesalter zum Zeitpunkt der Unterbringung (Dozier et al., 2001) sowie interaktionelle Faktoren (Dobrova-Krol et al., 2008) Berücksichtigung finden. Auch sollten die IU-Kinder selbst zu ihren Beziehungen mit den Betreuungspersonen befragt werden. Dunn und Kollegen (2010) stellen fest, dass nicht immer ausreichend intime Beziehungen zu Betreuern bestehen, so dass unter Umständen nur die Kinder selbst dazu in der Lage sind, umfassend über ihre Bedürfnisse Auskunft zu geben. Alternativ könnte wie bei Smyke et al. (2002) die Dyade zwischen IU-Kind und Lieblingsbetreuer genauere Untersuchung finden.

Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass mit sexuell misshandelten IU-Kindern konfrontierte Pädagogen am meisten von unsicherheitsreduzierenden Maßnahmen profitieren könnten. Wie auch Liebhardt et al. (2013) aus ihren Ergebnissen schlussfolgerten, wird in diesem Bereich ein hoher Fortbildungsbedarf offensichtlich.

Kinder mit Gewalt- und Misshandlungserfahrungen erfolgreich bei der Traumabewältigung zu unterstützen ist vor allem dann möglich, wenn eine stabile Bindungsbeziehung zu ihnen aufgebaut wird (Holt et al., 2008; Lieberman & Horn, 2011). Unsicherheit kann das Entstehen einer intimen Beziehung mit den Kindern möglicherweise erschweren. Mit dem Ziel der Evaluierung und Qualitätssicherung entsprechender Fortbildungen sollten über mehrere Messzeitpunkte Erhebungen durchgeführt werden, welche der Erfassung von Veränderungen des Sicherheit- und Kompetenzempfindens der Mitarbeiter dienen. Zegers und Kollegen (2006) weisen darauf hin, dass professionelle Betreuer auch von Trainings zum Bindungsaufbau mit misshandelten Kindern profitieren können. Solche Trainings könnten beispielsweise den Umgang mit widersprüchlichen Bindungssignalen der Kinder und der vielgenannten Nähe-Distanz-Ambivalenz zum Inhalt haben. Hoffman et al. (2013) schlagen darüber hinaus die Entwicklung von Onlinekursen vor. Im Rahmen solcher Kurse kann erfolgreich Fachwissen sowie praktisches Handlungswissen vermittelt werden. Auch ist es über Online-Kurse möglich geeignete Tools zu schaffen, welche die emotionale Auseinandersetzung und persönliche Reflexion hinsichtlich der Thematik „Kindesmissbrauch“ anregen.

Weiterhin ist eine Entwicklung Trauma-informierter Leitlinien zum Umgang mit misshandelten IU-Kindern Voraussetzung für eine optimierte bedürfnisgerechte Versorgung. Da die Kinder an niederösterreichischen Betreuungseinrichtungen auf

multidisziplinäre Teams treffen, scheint es sehr sinnvoll auch die Berufsgruppe der Psychologen und Psychotherapeuten zu ihren Einstellungen gegenüber und Erfahrungen mit Trauma-informierten Interventionen zu befragen. Deutlich wird, dass solche Leitlinien den Handlungsspielraum der Mitarbeiter nicht zu stark einschränken sollten, um von ihnen akzeptiert und in den professionellen Alltag integriert zu werden. Idealerweise würde ihnen im Entwicklungsprozess der Leitlinien ein Mitspracherecht eingeräumt.

Literatur

- Ackerman, J. P., & Dozier, M. (2005). The influence of foster parent investment on children's representations of self and attachment figures. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26(5), 507–520. doi:10.1016/j.appdev.2005.06.003
- Ahnert, L., Pinquart, M., & Lamb, M. E. (2006). Security of children's relationships with nonparental care providers: A meta-analysis. *Child Development*, 77(3), 664–679.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1979). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Alaggia, R. (2004). Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1213–1227. doi:10.1016/j.chiabu.2004.03.016
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (IV-TR). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., ... Blaustein, M. E. (2011). Treatment of complex trauma in young children: Developmental and cultural considerations in application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 34–51. doi:10.1080/19361521.2011.545046
- Baker, A. J. L., Kurland, D., Curtis, P., Alexander, G., & Papa-Lentini, C. (2007). Mental health and behavioral problems of youth in the child welfare system: Residential treatment centers compared to therapeutic foster care in the Odyssey Project population. *Child Welfare*, 86(3), 97–123.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Steele, H., Zeanah, C. H., Muhamedrahimov, R. J., Vorria, P., Dobrova-Krol, N. A., ... Gunnar, M. R. (2011). III. Attachment and emotional development in institutional care: Characteristics and catch up. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 62–91.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223–263. doi:10.1080/14616730902814762

- Bates, B. C., & Dozier, M. (2002). The importance of maternal state of mind regarding attachment and infant age at placement to foster mothers' representations of their foster infants. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 417–431.
doi:10.1002/imhj.10022
- Bejenaru, A., & Tucker, S. (2014). Challenging dominant representations of residential childcare in Romania: An exploration of the views of children and young people living in the care system. *Journal of Youth Studies*, 17(10), 1292–1305.
doi:10.1080/13676261.2014.918250
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer-Verlag.
- Bowlby, J. (1997). *Attachment* (Auflage: Revised edition). London: Pimlico.
- Breidenstine, A. S., Bailey, L. O., Zeanah, C. H., & Larrieu, J. A. (2011). Attachment and trauma in early childhood: A review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(4), 274–290. doi:10.1080/19361521.2011.609155
- Bremness, A., & Polzin, W. (2014). Commentary: Developmental trauma disorder: A missed opportunity in DSM V. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 142–145.
- Bretherton, I. (2010). Fathers in attachment theory and research: A review. *Early Child Development and Care*, 180(1-2), 9–23. doi:10.1080/03004430903414661
- Bretherton, I., Lambert, J. D., & Golby, B. (2005). Involved fathers of preschool children as seen by themselves and their wives: Accounts of attachment, socialization, and companionship. *Attachment & Human Development*, 7(3), 229–251. doi:10.1080/14616730500138341
- Brisch, K. H. (2008). Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention. *Der Gynäkologe*, 41(10), 833–838. doi:10.1007/s00129-008-2250-5
- Bundesministerium für Familien und Jugend. (2013). Jugendwohlfahrtbericht 2013. Retrieved September 17, 2014, from www.bmfj.gv.at/dam/bmfj/...2013/AA%20-%20Statistik%202013.pdf
- Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. (2011). *Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld* (Österreichische Prävalenzstudie zu Gewalt an Frauen und Männern). Wien: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend.

- Cerniglia, L., Cimino, S., Ballarotto, G., & Monniello, G. (2014). Parental loss during childhood and outcomes on adolescents' psychological profiles: A longitudinal study. *Current Psychology*, 33(4), 545–556. doi:10.1007/s12144-014-9228-3
- Charney, D. S., Nestler, E. J., Sklar, P., & Buxbaum, J. D. (2013). *Neurobiology of mental illness*. Oxford University Press.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2014). *Sexueller Missbrauch: Ein Therapieprogramm zur Behandlung komplexer Traumafolgen*. (I. Schäfer, S. Schubert-Heukeshoven, & M. Teichert, Trans.). Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Van Der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. doi:10.1002/jts.20444
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577–589. doi:10.1007/s11469-011-9323-8
- Conners-Burrow, N. A., Kramer, T. L., Sigel, B. A., Helpenstill, K., Sievers, C., & McKelvey, L. (2013). Trauma-informed care training in a child welfare system: Moving it to the front line. *Children and Youth Services Review*, 35(11), 1830–1835. doi:10.1016/j.childyouth.2013.08.013
- Corbin, J. R. (2007). Reactive Attachment Disorder: A biopsychosocial disturbance of attachment. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24(6), 539–552. doi:10.1007/s10560-007-0105-x
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. SAGE.
- Datler, W., Ereky-Stevens, K., Hover-Reisner, N., & Malmberg, L.-E. (2012). Toddlers' transition to out-of-home day care: Settling into a new care environment. *Infant Behavior and Development*, 35(3), 439–451. doi:10.1016/j.infbeh.2012.02.007
- Delius, A., Bovenschen, I., & Spangler, G. (2008). The inner working model as a “theory of attachment”: development during the preschool years. *Attachment & Human Development*, 10(4), 395–414. doi:10.1080/14616730802461425
- Dobrova-Krol, N. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2010). The importance of quality of care: Effects of perinatal HIV infection

- and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness: HIV, institutional care, attachment, indiscriminate friendliness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1368–1376.
doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02243.x
- Dozier, M., Stoval, K. C., Albus, K. E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72(5), 1467–1477. doi:10.1111/1467-8624.00360
- Dunn, D. M., Culhane, S. E., & Taussig, H. N. (2010). Children's appraisals of their experiences in out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1324–1330. doi:10.1016/j.childyouth.2010.05.001
- Emond, R. (2014). Longing to belong: children in residential care and their experiences of peer relationships at school and in the children's home: Longing to belong. *Child & Family Social Work*, 19(2), 194–202. doi:10.1111/j.1365-2206.2012.00893.x
- Fresno, A., Spencer, R., Ramos, N., & Pierrehumbert, B. (2014). The effect of sexual abuse on children's attachment representations in Chile. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(2), 128–145. doi:10.1080/10538712.2014.870949
- Freyd, J. J. (1998). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.
- Freyd, J. J., Klest, B., & Allard, C. B. (2005). Betrayal trauma: Relationship to physical health, psychological distress, and a written disclosure intervention. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 83–104. doi:10.1300/J229v06n03_04
- Gabler, S., Bovenschen, I., Lang, K., Zimmermann, J., Nowacki, K., Kliwer, J., & Spangler, G. (2014). Foster children's attachment security and behavior problems in the first six months of placement: Associations with foster parents' stress and sensitivity. *Attachment & Human Development*, 16(5), 479–498. doi:10.1080/14616734.2014.911757
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., & MacMillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373(9658), 167–180. doi:10.1016/S0140-6736(08)61707-9
- Gilligan, R. (2012). Promoting a sense of "secure base" for children in foster care – Exploring the potential contribution of foster fathers. *Journal of Social Work Practice*, 26(4), 473–486. doi:10.1080/02650533.2012.709229

- Gobin, R. L., & Freyd, J. J. (2009). Betrayal and revictimization: Preliminary findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(3), 242–257. doi:10.1037/a0017469
- Harris, M., & Fallot, R. D. (2001). *Using trauma theory to design service systems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Herrick, M. A., & Piccus, W. (2005). Sibling connections: The importance of nurturing sibling bonds in the foster care system. *Children and Youth Services Review*, 27(7), 845–861. doi:10.1016/j.childyouth.2004.12.013
- Hodas, G. R. (2006). Responding to childhood trauma: The promise and practice of trauma informed care. *Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services*, 1–77.
- Hodel, A. S., Hunt, R. H., Cowell, R. A., Van Den Heuvel, S. E., Gunnar, M. R., & Thomas, K. M. (2015). Duration of early adversity and structural brain development in post-institutionalized adolescents. *NeuroImage*, 105, 112–119. doi:10.1016/j.neuroimage.2014.10.020
- Hoffmann, U., König, E., Niehues, J., Seitz, A., Fegert, J. M., & Liebhardt, H. (2013). Onlinekurs “Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch”. Erste Erfahrungen und Forschungsergebnisse. *Nervenheilkunde*, 32(11), 856 – 865.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797–810. doi:10.1016/j.chiabu.2008.02.004
- Howard, A. R., Call, C. D., McKenzie, L. B., Hurst, J. R., Cross, D. R., & Purvis, K. B. (2013). An examination of attachment representations among child welfare professionals. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1587–1591. doi:10.1016/j.childyouth.2013.06.010
- Jonkman, C. S., Oosterman, M., Schuengel, C., Bolle, E. A., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2014). Disturbances in attachment: Inhibited and disinhibited symptoms in foster children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 21.
- Julian, M. M. (2013). Age at adoption from institutional care as a window into the lasting effects of early experiences. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 101–145. doi:10.1007/s10567-013-0130-6
- Kay, C., & Green, J. (2013). Reactive attachment disorder following early maltreatment: Systematic evidence beyond the institution. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 571–581. doi:10.1007/s10802-012-9705-9

- Khoo, E. (2010). Early childhood risk, protection and abuse prevention. In *International Encyclopedia of Education* (Vol. 3). Oxford: Elsevier.
- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Jinjin Zhang, Barth, R. P., Leslie, L. K., & Burns, B. J. (2010). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: A national sample of in-home and out-of-home care. *Child Maltreatment*, 15(1), 48–63. doi:10.1177/1077559509337892
- Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., ... Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 396–404. doi:10.1037/0735-7028.39.4.396
- Kramer, T. L., Sigel, B. A., Conners-Burrow, N. A., Savary, P. E., & Tempel, A. (2013). A statewide introduction of trauma-informed care in a child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 19–24. doi:10.1016/j.childyouth.2012.10.014
- Lawler, M. J., Shaver, P. R., & Goodman, G. S. (2011). Toward relationship-based child welfare services. *Children and Youth Services Review*, 33(3), 473–480. doi:10.1016/j.childyouth.2010.06.018
- Leathers, S. J. (2003). Parental visiting, conflicting allegiances, and emotional and behavioral problems among foster children*. *Family Relations*, 52(1), 53–63.
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 39–39.
- Lieberman, A. F., & Horn, P. V. (2011). *Psychotherapy with infants and young children: repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. Guilford Press.
- Liebhardt, H., König, E., Hoffmann, U., Niehues, J., Rittmeier, J., & Fegert, J. M. (2013). Weiterbildungsbedarf im ärztlichen, psychotherapeutischen und pädagogischen Handlungsfeld im Umgang mit sexuellem Kindesmissbrauch. *Nervenheilkunde*, 32(11), 848 – 855.
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D. W. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(1), 194–226. doi:10.1037/1076-8971.11.1.194

- Luecken, L. J. (2000). Parental caring and loss during childhood and adult cortisol responses to stress. *Psychology & Health*, 15(6), 841–851.
doi:10.1080/08870440008405586
- Lueger-Schuster, B., Weindl, D., Kantor, V., Knefel, M., Jagsch, R., & Butollo, A. (2013). *Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in Einrichtungen des Landes Niederösterreich*. (Projektbericht). Auftraggeber: Opferschutzeinrichtung des Landes NÖ.
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (Auflage: 4., vollst. überarb. u. aktual. Aufl. 2013). Berlin; Heidelberg: Springer.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206.
doi:10.1002/wps.20057
- Malloy, L. C., Brubacher, S. P., & Lamb, M. E. (2013). “Because she’s one who listens”: Children discuss disclosure recipients in forensic interviews. *Child Maltreatment*, 18(4), 245–251. doi:10.1177/1077559513497250
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (Auflage: Neuausgabe, 11., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McLean, S., Riggs, D., Kettler, L., & Delfabbro, P. (2013). Challenging behaviour in out-of-home care: Use of attachment ideas in practice. *Child & Family Social Work*, 18(3), 243–252. doi:10.1111/j.1365-2206.2012.00825.x
- Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J., & Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth’s experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 34(9), 647–658. doi:10.1016/j.chiabu.2010.02.007
- Michel, A., Keil, J., Andreas, A., White, L. O., Sierau, S., Costa, A., ... Klein, A. (2014). Folgen von Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 162(12), 1090–1096. doi:10.1007/s00112-014-3144-3
- Moulson, M. C., Shutts, K., Fox, N. A., Zeanah, C. H., Spelke, E. S., & Nelson, C. A. (2014). Effects of early institutionalization on the development of emotion processing: A case for relative sparing? *Developmental Science*, n/a–n/a.
doi:10.1111/desc.12217
- Moutsiana, C., Johnstone, T., Murray, L., Fearon, P., Cooper, P. J., Pliatsikas, C., ... Halligan, S. L. (2014). Insecure attachment during infancy predicts greater

- amygdala volumes in early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n/a–n/a. doi:10.1111/jcpp.12317
- Nelson, C. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Marshall, P. J., Smyke, A. T., & Guthrie, D. (2007). Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318(5858), 1937–1940. doi:10.1126/science.1143921
- O’Leary, P., & Barber, J. (2008). Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(2), 133–143.
- Olsavsky, A. K., Telzer, E. H., Shapiro, M., Humphreys, K. L., Flannery, J., Goff, B., & Tottenham, N. (2013). Indiscriminate amygdala response to mothers and strangers after early maternal deprivation. *Biological Psychiatry*, 74(11), 853–860. doi:10.1016/j.biopsych.2013.05.025
- Pelikan, C., & Pilgram, A. (2011). *Zur Verbreitung von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch und die Inanspruchnahme der Justiz - eine Daten - und Literaturrecherche*. Wien: Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie.
- Purvis, K. B., Cross, D. R., Dansereau, D. F., & Parris, S. R. (2013). Trust-Based Relational Intervention (TBRI): A systemic approach to complex developmental trauma. *Child & Youth Services*, 34(4), 360–386. doi:10.1080/0145935X.2013.859906
- Robinson, O. C. (2014). Sampling in interview-based qualitative research: A theoretical and practical guide. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 25–41. doi:10.1080/14780887.2013.801543
- Roque, L., Veríssimo, M., Fernandes, M., & Rebelo, A. (2013). Emotion regulation and attachment: Relationships with children’s secure base, during different situational and social contexts in naturalistic settings. *Infant Behavior and Development*, 36(3), 298–306. doi:10.1016/j.infbeh.2013.03.003
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J. S., Taylor, E. A., & Thapar, A. (2010). *Rutter’s child and adolescent psychiatry* (Auflage: 5. Auflage). Oxford: John Wiley & Sons.
- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 799–815.
- Schmid, M., Fegert, J. M., & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit Und Entwicklung*, 19(1), 47–63. doi:10.1026/0942-5403/a000008

- Schmid, M., Steinlin, C., & Fegert, J. M. (2015). Die Rekonstruktion des "sicheren Ortes": Überlegungen zum Umgang mit grenzverletzendem Verhalten gegenüber pädagogischen Mitarbeitern. *Trauma & Gewalt*, 1, 34–47.
- Shapiro, D. L., & Levendosky, A. A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse & Neglect*, 23(11), 1175–1191.
- Smyke, A. T., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 972–982.
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Guthrie, D. (2010). Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children. *Child Development*, 81(1), 212–223.
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Gleason, M. M., Drury, S. S., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Guthrie, D. (2012). A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 508–514.
- Soares, I., Belsky, J., Oliveira, P., Silva, J., Marques, S., Baptista, J., & Martins, C. (2014). Does early family risk and current quality of care predict indiscriminate social behavior in institutionalized Portuguese children? *Attachment & Human Development*, 16(2), 137–148. doi:10.1080/14616734.2013.869237
- Steinlin, C., Dölitzsch, C., Fischer, S., Lüdtke, J., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2015). Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung: Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz. *Trauma & Gewalt*, 1, 6–21.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122–138. doi:10.1016/j.cpr.2011.12.001
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.
- Van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J., Gunnar, M. R., Vorria, P., McCall, R. B., ... Juffer, F. (2011). I. Children in institutional care: Delayed

development and resilience. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 8–30.

World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Zaccagnino, M., Cussino, M., Saunders, R., Jacobvitz, D., & Veglia, F. (2014). Alternative caregiving figures and their role on adult attachment representations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(3), 276–287. doi:10.1002/cpp.1828

Zeanah, C. H., Smyke, A. T., & Dumitrescu, A. (2002). Attachment disturbances in young children. II: Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 983–989.

Zegers, M. A. M., Schuengel, C., van IJzendoorn, M. H., & Janssens, J. M. A. M. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 325–334. doi:10.1037/0002-9432.76.3.325

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Bindungsstörung in der Trauma-Entwicklungsheterotopie	19
<i>Abbildung 2.</i> Bindungsstörung im DSM-IV-TR	22
<i>Abbildung 3.</i> Bindungsstörung im DSM-5	23
<i>Abbildung 4.</i> Bindungstheorien von Betreuungspersonen	31
<i>Abbildung 5.</i> Zentrale Elemente Trauma-informierter Versorgungssysteme	47
<i>Abbildung 6.</i> Wissenstransfer in der Trauma-informierten Versorgung	51
<i>Abbildung 7.</i> Kontaktausmaß zu Kindern mit Misshandlungshintergrund	54
<i>Abbildung 8.</i> Induktive Kategorienbildung nach Mayring	57
<i>Abbildung 9.</i> Ablaufmodell zur Beantwortung der Fragestellung	58
<i>Abbildung 10.</i> Subjektives Unsicherheitserleben	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Kategorien der Fragestellung III</i>	55
Tabelle 2 <i>Kategorien der Fragestellung IV</i>	57
Tabelle 3 <i>Kodierfamilien und Kategorien der Fragestellung V</i>	59
Tabelle 4 <i>Kodierfamilien und Kategorien der Fragestellung VI</i>	63
Tabelle 5 <i>Kategorien der Fragestellung VII</i>	70
Tabelle 6 <i>Kodierfamilien und Kategorien der Fragestellung VIII</i>	72
Tabelle 7 <i>Kodierleitfaden zum Thema „Bindungsbedürfnisse misshandelter IU-Kindern im Land NÖ“</i>	116

Anhang

Anhang A: Soziodemografischer Fragebogen



Kennnummer

Alter

Jahre

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich

Art der Ausbildung

Wann haben Sie Ihre Ausbildung abgeschlossen?

(MM.JJJJ)

War Selbsterfahrung Bestandteil der Ausbildung?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

Wie lange arbeiten Sie bereits in Betreuungseinrichtungen mit Kindern?

In welchem Alter waren die Kinder, die Sie betreuten?

Von bis

Wie lange arbeiten Sie bereits in der jetzigen Betreuungseinrichtung?

In welcher Funktion arbeiten Sie in der jetzigen Betreuungseinrichtung?

In welchem Beschäftigungsausmaß sind Sie in der jetzigen Betreuungseinrichtung angestellt?

☐ Teilzeit ☐ Vollzeit

In welchem Ausmaß haben Sie Kontakt mit Kindern mit Missbrauchshintergrund...

	nie	selten	manchmal	häufig	fast immer
... Vernachlässigung	☐	☐	☐	☐	☐
... psychisch	☐	☐	☐	☐	☐
... körperlich	☐	☐	☐	☐	☐
... sexuell	☐	☐	☐	☐	☐

Wie oft fühlen Sie sich sicher im Umgang mit Kindern mit Missbrauchshintergrund?

	nie	selten	manchmal	häufig	fast immer	keine Erfahrung
... Vernachlässigung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... psychisch	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... körperlich	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... sexuell	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Anhang B: Gesprächsleitfaden für Interviews

Gesprächsleitfaden für Interviews

Projekt: Traumainformierte Versorgung von Kindern in NÖ Landes – Kinder und Jugendheimen – Perspektive der PädagogInnen

1. Vorstellung und Dank aussprechen
2. Aufklärung:

Für unsere Studie sprechen wir mit insgesamt ca. 40 Mitarbeitern an niederösterreichischen Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche. Auf diese Weise wollen wir herausfinden, welche persönlichen Erfahrungen mit Kindern gemacht werden, die einen Missbrauchshintergrund haben. Dabei interessieren wir uns für die Sicht der Pädagogen und Pädagoginnen. Wir fragen also detailliert nach Ihrem ganz alltäglichen Erleben und Ihrer persönlichen Sichtweise. Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten.

Zu diesem Zweck geben wir Ihnen zuerst einen kurzen Fragebogen vor, darauf folgt ein maximal einstündiges Interview. Das Interview wird aufgezeichnet und anschließend transkribiert, wobei die Daten anonym erfasst werden. Es wird damit ausgeschlossen, dass eine Verbindung zwischen den Aussagen und Ihrer Person hergestellt wird. Sie können das Interview jederzeit abbrechen oder einzelne Fragen unbeantwortet überspringen. **An dieser Stelle würde ich Sie bitten, die Einwilligungserklärung zu unterschreiben.**

Fragenblock 1: Arbeit mit Kindern mit potentiell traumatischen Erfahrungen

Als erstes interessieren uns ganz generell die Erfahrungen, die Sie mit Kindern gemacht haben, bei denen Ihnen ein Missbrauchshintergrund bekannt war.

Können Sie bitte im Detail schildern, welche Arten von Missbrauch diese Kinder erlebt haben?	
Welche besonderen Herausforderungen erleben Sie im alltäglichen Umgang mit den Kindern, die Vernachlässigung erlebt haben?	

Welche besonderen Herausforderungen erleben Sie im alltäglichen Umgang mit den Kindern, die psychische Gewalt erlebt haben?	
Welche besonderen Herausforderungen erleben Sie im alltäglichen Umgang mit den Kindern, die körperliche Gewalt erlebt haben?	
Welche besonderen Herausforderungen erleben Sie im alltäglichen Umgang mit den Kindern, die sexuelle Gewalt erlebt haben?	

Frageblock 3: Emotionsregulation

Kinder mit Missbrauchserfahrungen haben oft Schwierigkeiten ihre Gefühle richtig wahrzunehmen, zu kontrollieren und richtig auszudrücken.

Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?	
Woran genau merken Sie es, wenn ein Kind Probleme hat seine Gefühle zu kontrollieren?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Haben Sie erlebt, dass Kinder aggressives Verhalten gegenüber anderen gezeigt haben? Wenn ja: Wie hat sich das geäußert und wie reagieren Sie darauf?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Haben Sie erlebt, dass Kinder aggressives Verhalten gegenüber sich selbst gezeigt haben? Wenn ja: Wie hat sich das geäußert und wie reagieren Sie darauf?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Haben Sie erlebt, dass Kinder Wutausbrüche bekommen haben? Wenn ja: Wie hat sich das geäußert und wie reagieren Sie darauf?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Haben Sie erlebt, dass Kinder Gefühlsausbrüche bekommen haben, so dass Sie nicht mehr aufhören konnten zu weinen? Wenn ja: Wie hat sich das geäußert und wie reagieren Sie darauf?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Haben Sie erlebt, dass Kinder sehr impulsiv, also unkontrolliert und unbedacht handeln? Wenn ja: Wie hat sich das geäußert und wie reagieren Sie darauf?	

<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Wie bringen Sie den Kindern die Fähigkeit bei, die eigenen Gefühle zu regulieren?	
Unterscheiden sich Kinder mit Missbrauchsbrauchshintergrund hinsichtlich der Fähigkeit ihre Gefühle zu kontrollieren von Kindern die keinen Missbrauch erlebt haben? Wenn ja: Worin genau?	
Gibt es Unterschiede bei den Kindern mit Missbrauchshintergrund, je nachdem welche Art von Missbrauch erlebt wurde? Wenn ja: Welche? Wie wird darauf reagiert?	
Gibt es Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen? Wenn ja: Welche? Wie wird darauf reagiert?	
Gibt es noch weitere spezielle Bedürfnisse, die Sie bei Kindern mit Missbrauchshintergrund hinsichtlich der Gefühlsregulation wahrnehmen? Wenn ja: Welche?	

Frageblock 4: Bindung

Kinder mit Missbrauchserfahrungen haben oft Schwierigkeiten Bindungen mit erwachsenen Bezugspersonen einzugehen, also eine enge Beziehung aufzubauen.

Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?	
Woran merken Sie es, wenn ein Kind eine gute Beziehung zu Ihnen hat?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Welche Eigenschaften sollte man als Mitarbeiter/in einer Betreuungseinrichtung haben, damit die Kinder eine gute Beziehung zu einem aufbauen können?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Was tun Sie konkret, damit die Kinder Vertrauen zu Ihnen aufbauen?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Woran genau merken Sie es, wenn ein Kind Probleme hat, eine gute Beziehung mit Ihnen aufzubauen?	

BINDUNGSBEDÜRFNISSE MISSHANDELTEN KINDER

Was tun Sie in diesem Fall, um Ihre Beziehung mit dem Kind zu verbessern?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Haben Sie erlebt, dass Kinder sich Ihnen gegenüber extrem anhänglich gezeigt haben? Wenn ja: Wie hat sich das geäußert und wie reagieren Sie darauf?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Haben Sie erlebt, dass Kinder sich Ihnen gegenüber sehr distanziert und zurückgezogen gezeigt haben? Wenn ja: Wie hat sich das geäußert und wie reagieren Sie darauf?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Haben Sie erlebt, dass Kinder Zeichen von Trennungsangst gezeigt haben? Wenn ja: Wie hat sich das geäußert und wie reagieren Sie darauf?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Haben Sie erlebt, dass Kinder Ihnen gegenüber extrem misstrauisch waren? Wenn ja: Wie hat sich das geäußert und wie reagieren Sie darauf?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Haben Sie erlebt, dass Kinder sich viel kindlicher verhalten haben, als sie eigentlich waren? Wenn ja: Wie hat sich das geäußert und wie reagieren Sie darauf?	
<i>Fallen Ihnen dazu noch weitere konkrete Beispiele ein?</i>	
Wie bringen Sie den Kindern die Fähigkeit bei, Beziehungen aufzubauen?	
Unterscheiden sich Kinder mit Missbrauchsbrauchshintergrund hinsichtlich der Bindungsfähigkeit von Kindern die keinen Missbrauch erlebt haben? Wenn ja: Worin genau?	
Gibt es Unterschiede bei den Kindern mit Missbrauchshintergrund, je nachdem welche Art von Missbrauch erlebt wurde? Wenn ja: Welche? Wie wird darauf reagiert?	
Gibt es Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen?	

Wenn ja: Welche? Wie wird darauf reagiert?	
Gibt es noch weitere spezielle Bedürfnisse, die Sie bei Kindern mit Missbrauchshintergrund hinsichtlich der Fähigkeit Beziehungen mit Bezugspersonen herzustellen wahrnehmen?	
Wenn ja: Welche?	

Frageblock 5: Qualitätssicherung der Versorgung traumatisierter Kinder

Was tun Sie, wenn Sie sich im Umgang mit Kindern unsicher fühlen?	
Gibt es Möglichkeiten sich bei Schwierigkeiten Unterstützung zu holen?	
Wenn ja: Welche?	
Gibt es in Ihrer Einrichtung Richtlinien oder Standards die zum Umgang mit den Kindern herangezogen werden können?	
Wenn ja: Welche	
Gibt es Manuale, in denen Sie nachschauen können, wenn Sie eine Frage zum Umgang mit den Kindern haben?	
Wenn ja: Welche	
Sind Sie im Rahmen Ihrer Anstellung zur Weiterbildung verpflichtet?	
Finden Sie es sinnvoll, externe Vorgaben zum richtigen Umgang mit misshandelten Kindern in den Arbeitsalltag zu integrieren?	
Wenn ja/nein: Warum/nicht?	
Was würde es Ihrer Meinung brauchen, damit Erkenntnisse aus der Wissenschaft zum richtigen Umgang mit misshandelten Kindern schneller in der Praxis ankommen und umgesetzt werden können?	
Woran merken Sie, dass Ihre Aufgaben als Pädagoge/in enden und die Aufgaben eines Psychologen oder Psychotherapeuten anfangen?	

Abschlussfrage:

Gibt es noch etwas, nach dem wir nicht gefragt haben, was Sie aber als wichtig für dieses Thema erachten?	
---	--

Anhang C: Kodierregeln Strukturanalyse

Tabelle 7

Kodierleitfaden zum Thema „Bindungsbedürfnisse misshandelter IU-Kindern im Land NÖ“

Kategorie	Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
Bindungs- verhalten misshandelter Kinder im Kontakt mit betreuenden Personen	Verhalten	Verhaltensweisen in Beziehungen, welche bei misshandelten Kindern im Kontakt mit betreuenden Personen relevant werden	„Ähm, zum Beispiel bei dem einen Mädchen, das/ wo wir immer angenommen haben, dass da was zu Hause passiert, ähm, die hat ein ganz ein großes Nähe - Distanz Problem gehabt. Also die konnte erst nach einem halben Jahr bei uns, uns etwas näher kommen lassen. Je näher wir gekommen sind, umso größer wurde/ MUSSTE die Distanz auch werden.“ (Interview 01)	Trifft zu, wenn die Konfrontation mit problemerzeugenden Verhaltensweisen in der Beziehungsgestaltung der Kinder geäußert worden ist
	Fertigkeiten vermitteln	Das Vermitteln von Fertigkeiten für erfolgreichen Beziehungsaufbau und Aufrechterhaltung	„Ja ich glaub, ich schau einfach, dass ich ihnen eine gute Beziehung anbiete und dass sie dann sehen, ja es gibt Beziehungen, die funktionieren können, dass sie irgendwie merken, dass es auch Beziehungen gibt, wo sie sich verlassen können und das es eigentlich etwas Schönes ist.“(Interview 07)	Trifft zu, wenn eine Meinung über die Vermittlung von Bindungsfähigkeiten geäußert wird
Bindungs- bedürfnisse misshandelter Kinder	Wahrnehmung	Die eigene Wahrnehmung von Bindungsbedürfnissen der misshandelten Kinder	Ich glaube sie brauchen sehr, sehr viel Geduld. Auch dass sie diesen Vertrauensvorschuss - den vielleicht dann andere haben - auch aufbauen können. Und/ und das geht halt nicht von jetzt auf gleich, sondern man braucht da einfach Geduld, dass man mit denen gemeinsam dann in eine Richtung geht. (Interview 05)	Trifft zu, wenn die Wahrnehmung konkreter Bindungsbedürfnisse misshandelter Kinder geschildert worden ist
	Beantwortung	Die Beantwortung problematischen Bindungsverhaltens misshandelter Kinder	„Also zum Beispiel ein Mädchen von uns, die hat nur Bindung, also extreme Bindung, zu der Pädagogin, die schon am längsten bei uns ist. {...} dass man das auch akzeptiert und respektiert und auch versucht das irgendwie zu unterstreichen.“	Trifft zu, wenn konkrete Maßnahmen zur Beantwortung von Enthemmung, Vermeidung misshandelter Kinder geäußert werden

BINDUNGSBEDÜRFNISSE MISSHANDELTEN KINDER

Tabelle 7 (Fortsetzung)

Kategorie	Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
Bindungsbedürfnisse misshandelter Kinder	Nicht-Beantwortung	Bindungsbedürfnisse werden aus persönlichen Gründen oder Gründen der Professionalität nicht beantwortet	<i>Ich, als Mann, wo das für mich tabu ist, dass ich ein Mädchen berühre. Das mache ich grundsätzlich nicht. Und die/ Auch wenn diese/ die Mädchen das eingefordert hätten bei mir - eine Umarmung zum Beispiel - dann bin ich immer/ gehe ich immer auf Distanz und sage: "Ein Händedruck genügt." Und, also, das ist was, was für mich nicht in Frage kommt. (Interview 11)</i>	Trifft zu, wenn bewusstes Unterlassen einer Beantwortung der Bindungsbedürfnisse misshandelter Kinder beschrieben wird
Herausforderungen bei der Beantwortung der Bindungsbedürfnisse misshandelter Kinder	Emotional	Wahrnehmung von Herausforderung bei der Beantwortung der Bindungsbedürfnisse auf persönlicher, das eigene Gefühlsleben beeinflussender Ebene	<i>Ah ja. Wenn es nicht/ wenn es nicht einmal richtig gescheit blutet, brauchen wir gar nirgendwo hinfahren weil nach X oder so, in die Kinder - und Jugendpsychiatrie, die schicken uns sowieso wieder heim. Also dieses/ dieses Herunterspielen von/ Das macht einen auch sehr ohnmächtig, ja? (Interview 01)</i>	Trifft zu, wenn Herausforderungen bei der Beantwortung von Bindungsbedürfnissen beschrieben werden, die sich auf der persönlichen Gefühlsebene darstellen
	Praktisch	Wahrnehmung von Herausforderung bei der Beantwortung der Bindungsbedürfnisse aufgrund praktischer, struktureller und organisatorischer Bedingungen	<i>Und das ist natürlich schon eine Herausforderung, den Kindern einfach immer wieder die Sicherheit und die Stabilität zu vermitteln, dass sie sich sicher fühlen. Und das ist ein langer Prozess. Dass man ihnen so viel Sicherheit gibt und/ und im Alltag das so integriert. In einer Gruppe sind Minimum zehn Kinder. Ja. Es ist schwierig. (Interview 09)</i>	Trifft zu, wenn Herausforderungen bei der Beantwortung von Bindungsbedürfnissen beschrieben werden, die sich auf struktureller und/ oder organisatorischer Ebene darstellen
Umgang mit eigener Unsicherheit im Kontakt mit misshandelten Kindern	Unter Einbezug Anderer	Umgang mit Unsicherheit durch Hilfesuchen und Austausch mit anderen Personen	<i>„Äh, ich kann zu meinen Kollegen gehen, ich kann auch zu den Psychologen gehen, die wir im Haus haben. Aber es ist sehr selten, dass ich mich unsicher fühle im //Umgang// mit den Kindern.“ (Interview 02)</i>	Trifft zu, wenn der Einbezug anderer Personen bei der Bewältigung von Unsicherheiten berichtet worden ist

BINDUNGSBEDÜRFNISSE MISSHANDELTEN KINDER

Tabelle 7 (Fortsetzung)

Kategorie	Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
Umgang mit eigener Unsicherheit im Kontakt mit misshandelten Kindern	Autonom	Umgang mit Unsicherheit durch selbstbildende Maßnahmen	<i>Also wir haben schon Bücher, wo man/ die man sich ausborgen kann. Also Bibliothek ist jetzt übertrieben, aber wir haben halt ein paar Bücher im Repertoire, wo wir wissen/ Also traumatisierte Kinder haben wir - weiß ich nicht wie viele Bücher/ Aber haben wir definitiv welche, die kann man sich ausborgen. (Interview 13)</i>	Trifft zu, wenn das Ergreifen selbstbildender Maßnahmen bei der Bewältigung von Unsicherheiten im Umgang mit den Kindern berichtet worden sein
Einbezug wissen-schaftlicher Erkenntnisse zum Umgang mit misshandelten Kindern	Richtlinien	Bestehende Richtlinien in Form von Leitfäden und Manualen zum Umgang mit misshandelten Kindern in den Betreuungseinrichtungen	<i>„Also es ist nicht/ nicht wirklich ein Rezeptbuch. Äh, es ist eher/ eher so der generelle Leitfaden. Also es/ Den gibt es schon und da steht auch drin, dass der wertschätzende Umgang sehr wichtig ist und und/ und/ und/ und/ Ah, was eigentlich schon sehr gut geschrieben ist und/ und wenn man es sich zu Herzen nimmt, sicher auch Wirkung zeigt.“ (Interview 04)</i>	Trifft zu, wenn die eigenen Kenntnisse bezüglich vorhandener Richtlinien zum Umgang mit misshandelten Kindern dargelegt wurden
	Einstellung	Persönliche Einstellung zur Implementierung wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Praxisalltag	<i>„Aber jetzt tatsächlich im Umgang mit Jugendlichen, die unterliegen immer einer sehr hohen Individualität. Dass man da/ Man kann das nicht über einen Kamm scheren und so wie: Ich versuche da jetzt genaue empirische Ergebnisse abzuleiten und die fasse ich dann in einem Leitfaden zusammen, weil wenn A das macht, bedingt das bei B/ Nein. (lacht) Nein!“ (Interview 16)</i>	Trifft zu, wenn Befürwortung, eingeschränkte Befürwortung oder Ablehnung geäußert wurde
	Wünsche	Formulierung von Wünschen an die Implementierung wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Praxisalltag	<i>Wenn es jetzt wissenschaftliche Erkenntnisse gibt, dann müsste das auch eine verbindliche Richt/ Vorgabe sein, nämlich auch für/ für/ für das Land. Eine verbindliche Vorgabe, dass man nicht eine Gruppe mit zehn Kindern hat. (Interview 11)</i>	Trifft zu, wenn Wünsche geäußert wurden, die hinsichtlich Qualitätssicherung bestehen

Lebenslauf

Rahel Nestler

Email: rahel_nestler@yahoo.de

Ausbildung

seit 10/2008

Diplomstudium der Psychologie an der Universität Wien
(voraussichtlicher Abschluss 04/2015); Wien, Österreich

10/2010 – 10/2013

Ausbildung zur systemischen Einzel –, Paar – und
Familientherapeutin bei der GST GmbH; München,
Deutschland

09/2000 – 06/2007

Schulabschluss: Abitur am Weinberg – Gymnasium;
Kleinmachnow, Deutschland

Praktika

09/2012 – 11/2012

Pflichtpraktikum im Rahmen des Psychologiestudiums an der
Universität Wien im Forschungsprojekt
„Psychotraumatologische Fragestellungen zu sexuellem
Missbrauch und Gewalt in der katholischen Kirche“; Wien,
Österreich

07/2010 – 10/2010

Praktikum im Rehabilitationsvorbereitungstraining für
psychisch Erkrankte des BFW Berlin – Brandenburg e.V.;
Mühlenbeck, Deutschland

Berufliche Tätigkeiten

03/2013 – 01/2015

Studentische Mitarbeiterin am Institut für Angewandte
Psychologie: Gesundheit, Entwicklung, Förderung der
Universität Wien; Wien, Österreich

02/2010 – 06/2012

Barista bei Starbucks Coffee GmbH; Wien, Österreich

Auslandsaufenthalt

09/2007 – 02/2008

Kindermädchen; San Francisco, USA

**EDV – und sonstige
Kenntnisse**

MS – Office: Word & Powerpoint; SPSS; Maschinenschreiben
im 10-Finger-System; Typo 3

Hobbys

Hundetraining, Kochen, Filme, Stricken, Gesang