

Oliver Hardenberg

## Pflege- und Adoptivkinder im Alltag

### Gründe für Verhaltensauffälligkeiten und hilfreiche Interventionen

Im alltäglichen Umgang mit Pflege- oder Adoptivkindern fällt auf, dass sie sich in verschiedenen Situationen mit ihren Verhaltensweisen, emotionalen Reaktionen, Eigenarten und Botschaften anders als traditionell sozialisierte Kinder verhalten können und damit Fragen aufwerfen und Aufgaben und Anforderungen stellen. Warum ist das so? Wie geht man damit um?

Einem Verstehen kindlicher Verhaltensauffälligkeiten oder einer Beratung zum Umgang mit ihnen sollte eine Gesamteinschätzung zum Pflege- oder Adoptivverhältnis vorausgehen. Eine solche sozialpädagogische Diagnostik (Hardenberg 2022) für die Pflege- und Adoptiveltern zur Planung, Gestaltung und Steuerung der Hilfen im Pflegekinderwesen kann bei entsprechenden Hinweisen zusätzlich auch eine psychotherapeutische und psychiatrische, medizinische (FASD<sup>1</sup>, Autismus) oder heilpädagogische Diagnostik mit erforderlich machen, um bei Bedarf entsprechend fachgerechte Unterstützungen oder Hilfen für die Pflege- oder Adoptivkinder einzuleiten.

Dieser Artikel fokussiert auf die individualpädagogische und -psychologische Sicht des Kindes und auf das Integrationsmodell der Psychologen und Pflegekinderexperten Monika Nienstedt und Arnim Westermann (Nienstedt/Westermann 2007).

#### Von welchen Kindern handelt dieser Artikel?

Zum einen geht es um dauerhaft fremduntergebrachte Kinder bei Pflege-, Verwandtenpflege- oder Adoptiveltern sowie um Kinder, die in Erziehungsstellen oder familienähnlichen Wohn- und Lebensformen aufwachsen. Hinsichtlich typischer Verhaltensauffälligkeiten werden auch Bereitschaftspflegekinder und Heimkinder einbezogen.

#### Welche biografischen Hintergründe können solche Kinder aufweisen?

Es können Kinder sein, die früh – also in den ersten Tagen und Wochen ihres Lebens – aufgenommen wurden; aber auch Kinder, die erst später – also nach mehreren Monaten oder Jahren – vermittelt wurden. Manche Kinder haben eine regelrechte Odyssee mit wechselnden Bezugspersonen und Lebensorten hinter sich bringen müssen.

<sup>1</sup> Die Landesjugendämter Rheinland und Westfalen zeigen in einer gemeinsamen Arbeitshilfe, dass ca. 23 % aller Pflegekinder ein FASD aufweisen (vgl. Landesjugendämter Rheinland [LVR] und Westfalen [LWL] 2017).

Wenn Kinder aufgrund schwerer Vernachlässigung, Bindungs- und Beziehungsstörungen und Traumatisierungen (Hardenberg et al. 2021) aus der Herkunftsfamilie herausgenommen und dauerhaft vermittelt werden, ist diese dauerhafte Fremdunterbringung primär eine Kinderschutzmaßnahme. Pflegekinder sind eine „Hochrisikogruppe“ (Diouani-Streek 2015) – über 90 % von ihnen haben in ihrer Vorgeschichte traumatische Erfahrungen gemacht. Ein Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Familienministeriums kam 2016 zu vergleichbaren Zahlen (Scheiwe et al. 2016). Aufgrund länger andauernder Unterversorgung und Deprivation in den Herkunftsfamilien waren 82 % bis 92 % der Pflegekinder potenziell traumatisierenden Belastungen ausgesetzt. Der Einfachheit halber bezieht sich der Begriff Pflegekind im folgenden Text auch auf alle oben angeführten unterschiedlichen Unterbringungsformen von Kindern.

#### Welche Kriterien sind entscheidend, um die Entwicklung eines Pflegekindes und seine Verhaltensauffälligkeiten differenziert einzuschätzen?

- Emotionale und soziale Entwicklung im Zusammenhang mit früheren Bindungs- und Beziehungserfahrungen des Kindes sowie seelische und körperliche Gewalt oder Vernachlässigung
- Geistige und körperliche Entwicklung des Kindes (z. B. Folgen eines fetalen Alkoholsyndroms, eines geburtlichen Drogenentzugssyndroms, chronischer körperlicher Erkrankungen, geistiger Einschränkungen, genetisch bedingter Störungen o. ä.).

#### Welche Informationen über das Kind sind wichtig, um es zu verstehen?

- Wie verlief der Übergang in die Pflegefamilie aus Sicht und im Erleben des Kindes?
- Wie, wann und von wem wurde dem Kind erklärt, warum es nicht bei den leiblichen Eltern aufwachsen kann? Wurde es kindgerecht aufgeklärt? Wurden ihm seine Erlebnisse und Erfahrungen angemessen erklärt?
- Wie oft finden Umgangskontakte mit den leiblichen Eltern statt? Wie verlaufen diese? Welche Themen, Botschaften und Signale erfährt das Kind bei diesen Kontakten?
- Gab es oder gibt es aktuelle, das Kind und die Pflegeeltern verunsichernde Faktoren (z. B. Umgangsstreitigkeiten, Rückführungsanträge)?

- Werden die Integrationsphasen Anpassung, Übertragung und Regression (Nienstedt/Westermann 2007) berücksichtigt? Nehmen die Pflegeeltern und deren Berater die Vorerfahrungen des Kindes angemessen und respektierend wahr?
- Wie ist die Lebens- und Wohnsituation in der Pflegefamilie? Wie haben sich die Pflegeeltern auf den Alltag mit dem Pflegekind eingestellt? Wo liegen ihre Stärken oder Schwächen in der Erziehung? Gibt es besondere (kritische) Lebensereignisse (z.B. Krankheit, Scheidung, Tod) in der Pflegefamilie?

Wenn wir die Verhaltensauffälligkeiten solcher Kinder einschätzen, einordnen und nach Lösungen und einen angemessenen Umgang damit suchen, müssen zum einen die Informationen aus der Vergangenheit in der Herkunftsfamilie berücksichtigt werden. Zum anderen sind Integrationsverlauf und Verarbeitung der Vorerfahrungen, Qualität der Bindungs- und Beziehungserfahrungen in der Pflegefamilie, mit fortschreitendem Alter die Persönlichkeitsentwicklung, die soziale Entwicklung sowie die Entwicklung in Kindergarten und Schule wichtig für das Gesamtbild.

Bei der Aufnahme des traumatisierten Kindes ist zu erwarten, dass sich die Folgen des Traumas für das Kind in der Pflegefamilie zeigen werden. Sei es durch intensive und außergewöhnlich emotionale Reaktionen (Ängste, Übertragungswut), subjektiv als unaufschiebbar erlebte Bedürfnisse oder spezielle Verhaltensauffälligkeiten (wie Essen horten, Schönes zerstören, Verweigerung, Ängste, Hass, Weglaufen, Schmerzunempfindlichkeit) – diese typischen Verhaltensauffälligkeiten können mit dem Beratungskonzept des guten Grundes verstanden werden. Dieses besagt, dass es für die typischen kindlichen emotionalen Verhaltensauffälligkeiten biografische Gründe gibt und erläutert, wie diese im alltäglichen Umgang mit den Kindern berücksichtigt werden können. Eine Fülle ausführlicher Beispiele zu solchen typischen Auffälligkeiten finden sich in dem Buch „Wir haben gute Gründe! Illustrierte Geschichten für Pflegekinder, Pflegeeltern und Fachkräfte“ (Hardenberg et al. 2021).

Verhält sich ein Kind angesichts der traumatischen Erfahrungen auch nach der anfänglichen Anpassungsphase weitgehend unproblematisch und unauffällig, ist dieses Verhalten sogar kritisch zu sehen, da es die Gefahr der Überanpassung, Verdrängung und Verleugnung aus unterschiedlichen Motiven birgt. Etwas provokant kann formuliert werden: Wenn Pflegeeltern im Verlauf der ersten Integrationsjahre zwischendurch hoch irritiert, erschöpft und verunsichert sind, dann läuft es tendenziell richtig.

Dadurch, dass sich die Folgen der schädigenden Erfahrungen durch Auffälligkeiten im familiären Alltag zeigen, können gute Entwicklungschancen für das Kind entstehen: Es hat dadurch die Möglichkeit, korrigierende Erfahrungen zu sammeln und in der Beziehung zu seinen Pflegeeltern traumatische Erfahrungen zu überwinden.

## Was ist mit korrigierenden Erfahrungen hinsichtlich erlebter Traumata konkret gemeint?

Weder das Erinnern noch das Erzählen des Traumas durch das Kind den Pflegeeltern gegenüber sind das eigentlich Heilsame. Hochwirksam ist hingegen, wenn die Pflegeeltern immer wieder die Auffälligkeiten und die Gefühle des Kindes (wie Wut, Angst, Verweigerung) in der jeweiligen Situation aushalten, verstehen und eine für das Kind neue und hilfreiche elterliche Reaktion zeigen. Genau das ist mit korrigierenden Erfahrungen des Pflegekindes gemeint.

Folglich geht es also nicht darum, dem Pflegekind eine „gute Welt mit schönen Möglichkeiten“ anzubieten oder solche Übertragungssituationen gar zu vermeiden. Korrigierende Erfahrungen zu machen, bedeutet für das Pflegekind ebenso, viel Mut und Kraft aufzubringen – weil es sich erneut verletzbar macht, sprich das Risiko eingeht, abermals schlecht behandelt oder gar nicht verstanden zu werden.

## Veränderungsprozesse am Beispiel einer Verhaltensauffälligkeit von Pflegekindern

Das wütende, drängende, massive Einfordern des kleinen Kindes bei seinen Pflegeeltern von der Couch aus im Kommandoton „Hunger, Durst!“ agiert im Sinne des „endlich Bedient-werden-Wollens“. Dieses ist bei chronisch unbefriedigten, vernachlässigten und ungesehenen Kindern in der Herkunftsfamilie keine Seltenheit im Pflegekinderwesen. Ansonsten kann sich das Kind gut auf ein Miteinander mit den Pflegeeltern einlassen.

Im Kontext des Integrationsprozesses überträgt das Kind heute diese Wut – die durch seine existenzielle Not im Kontext der Vernachlässigung in der Ursprungsfamilie entstand – auf die Pflegeeltern. Es ist also ein Kind, das früher im Kontext seiner Vernachlässigung und Verwahrlosung nie ausreichend mit Essen, Trinken, Zuwendung, Pflege versorgt wurde. Dieses auffällige Dominieren der Pflegeeltern im Hier und Jetzt kann als Übertragung im Kontext der Integrationstheorie und mit dem Beratungskonzept des guten Grundes als ein kindlicher Selbstheilungsprozess verstanden werden.

Mit dem Verstehen der Gründe durch die **Kenntnis der Herkunftsgeschichte**, mit der **Annahme kindlicher Gefühle** wie Wut, Empörung, Verachtung, mit **Erklärungen zu den früheren Erfahrungen und dem heutigen Erleben** (oder mit entsprechenden Gesten) und mit der **Feinfühligkeit der Pflegeeltern** werden korrigierende Erfahrungen ermöglicht und nach und nach vom Kind verinnerlicht. Und dann wird die Empörung über die Nichtversorgung nachlassen – auch weil sich das Kind auf diesen Korrekturprozess mit den Pflegeeltern einlassen kann. Über die Zeit werden die Pflegeeltern besonders aufmerksam und rasch auf die drängenden Bedürfnisse des Kindes eingehen, bei zunehmender Sicherheit des Kindes auch lockerer oder auch mal etwas humorvoll mit der Situation umgehen können, aber sie dennoch im Kern immer ernst nehmen.

Die Pflegeeltern haben nicht versucht, diese biografisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten durch abweisende oder das Problem des Kindes nicht annehmende Sätze wie „Du bist alt genug, hole es Dir doch selbst“ oder „Du willst doch nur Aufmerksamkeit“ zu negieren.

Im Idealfall verinnerlicht das Kind also nach und nach seine positiven korrigierenden Erfahrungen mit den Pflegeeltern und fängt an, seine Biografie neu aufzustellen – nämlich ein über die Zeit verstandenes, befriedigtes und geliebtes Kind von (Pflege-)Eltern zu sein.

Und in diesem Entwicklungsverlauf wird das Kind über die Jahre die Werte und die Art und Weise des alltäglichen Umgangs miteinander in der Pflegefamilie verinnerlichen und diese von selbst mitpraktizieren bzw. gestalten und erst dann ist es – wie es oft gewünscht wird – „auch mal gut“.

### Umgang mit verständlicher Wut von Pflegekindern

Zunächst muss die Form der kindlichen Wut eingeschätzt werden:

- Intensität und Wucht der Wut (verbal oder körperlich; gegen Sachen, Personen, Tiere) mit Zerstörung oder Verletzung; inner- oder außerfamiliär
- Typische Auslöser bzw. Trigger der Wut (wie Kränkung, Kritik, Angriff, Ausgrenzung, Versagung, Ablehnung)
- Häufigkeit der Wut (täglich, mehrfach in der Woche, monatlich)
- Probleme mit Impulskontrolle bzw. Selbststeuerung

Bestimmung des Entwicklungsverlaufs der Wut

- phasenhaft mit zunehmender Linderung und Impulskontrolle oder
- durchgehende Wutdurchbrüche mit eindeutiger Tendenz zu immer weiter voranschreitender Verschlimmerung

Typische bzw. mögliche Hintergründe der Wut bei Pflegekindern (teils in Kombination möglich, teils mit Überschneidungen oder Mischformen) können sein<sup>2</sup>:

- **Übertragungswut** → Auslöser – Erinnerung – Wut
- **Wut durch Identifikation mit dem Angreifer** → Mischhandelnde Kinder, die sich dem Angreifer ähnlich machen, um die ohnmächtige Angst vor ihm zu verlieren
- **Angstabwehrende Wut** → erfahrungsbedingt erwartetes Ausbleiben von Hilfe oder erlebte Chancenlosigkeit führt in die wütende Flucht nach vorn
- **Enttäuschungswut** → unerfülltes drängendes Bedürfnis; Frustrationswut
- **Enthemmte Wut** → eines schwer bindungsgestörten Kindes
- **Kränkungswut** → Ohnmacht, Schwäche aufgrund sehr geringem Selbstwert nicht zeigen und in wütende

tende Machtkämpfe gehen bzw. Wut aus Angst vor Schwäche

- **Kontakt/Nähe/Beziehung/Aufmerksamkeit** über Wut und Ärger herstellen aus Angst vor Ablehnung und Zurückweisung
- **Überforderungswut** → Kinder mit kognitiven Einschränkungen oder FASD
- **Wut strukturschwacher Kinder** → Kinder mit FASD können geringe Selbststeuerung/Affektkontrolle aufweisen wie z.B. eingeschränktes Erfahrungslernen

Jedes Kind benötigt die Hilfe von seinen Eltern bzw. von Erwachsenen, um zu lernen, mit seiner Wut umzugehen, ohne sich und anderen zu schaden und sich entsprechend der gesellschaftlichen Moral- und Wertvorstellungen und Regeln zu verhalten. Hierbei bedürfen Pflegekinder häufig zusätzlicher und besonderer Unterstützung.

Bei Wutdurchbrüchen in Folge von Kindesmisshandlung und Verwahrlosung müssen diese biografisch eingeordnet und in Übertragungen in das Hier und Jetzt verständnisvoll angenommen, mitgetragen und gesteuert werden. Es ist wichtig, die Wut zu fördern, indem man die Wut anspricht oder auch im Rollenspiel dafür Raum gibt. Dann ist zu erwarten, dass es nach und nach mit den Wutdurchbrüchen besser wird, dass das Kind aufgrund des wachsenden Vertrauens zu den Pflegeeltern die Steuerung der Wut übernimmt und die „gekonnte Wut“ lernt.

Hingegen kann bei einer biografisch bedingten Kränkungswut aufgrund früher Nichtannahme und Kränkung das Fördern und Ausleben dieser Form der Wut in die falsche Richtung führen, weil das Kind eigentlich ein sehr schwaches Selbstwertgefühl hat, dies aber aufgrund früher Kränkungen nicht zeigen kann. Das eigentliche Ziel ist dabei ja, dass das Kind versteht, warum es Angst vor Schwäche hat bzw. diese nicht zeigen kann. Stattdessen greift es aber wütend an, um von der eigenen Schwäche abzulenken, oder es inszeniert wütende Machtspiele. Bisweilen kränkt und entwertet es andere, um so sein schwaches Selbst zu verstecken bzw. sich vermeintlich zu stabilisieren. Auch das Herstellen kontrollierender und bestimmender Machtpositionen kann für diese psychische Struktur typisch sein. Diese Probleme des Kindes zeigen sich durchgehend und generalisiert auf vielen Beziehungsebenen. Das Fördern dieser Wut oder dieses Ärgerns ohne Grenzen führt dann zu einem stetigen Anwachsen bzw. zu nicht endenden und sinnlosen Machtkämpfen. Insofern ist eben nicht jede Form eines Wutausdrucks automatisch hilfreich oder konstruktiv. Von Pflegeeltern ist in dieser Konstellation ein Verständnis für die kindliche Biografie erforderlich: Das Kind benötigt Erklärungen, warum es so fühlt und reagiert und dann, wenn es sich öffnet, wohlwollende und liebevolle Unterstützung. Aber diese Kränkungswut sollte nicht gefördert werden, weil sie dem Kind gar nicht hilft. Vielmehr bedarf es klarer Begrenzungen (z. B. Pflege-mutter nicht immer wieder schlagen und demütigen oder blindwütig Sachen zerstören, wenn man eigentlich

<sup>2</sup> Im Folgenden wird der Unterschied des Umgangs mit Übertragungswut im Vergleich zum Umgang mit Kränkungswut für Pflegeeltern gezeigt. Zum praktischen Umgang mit den anderen angeführten Ausprägungen der Wut soll in einer späteren Veröffentlichung eingegangen werden.

Hilfe oder Nähe braucht). Dieses Vermitteln oder Vorgeben von Strukturen, Grenzen und Regeln für das Kind ist auch wichtig für das Erlernen von Wertvorstellungen. Kinder mit psychischen Strukturschwächen, kognitiven Einschränkungen oder von FASD betroffene Kinder lernen unter Umständen schwerer aus ihren Erfahrungen und können diese nur langsam verinnerlichen und abrufbereit halten als davon nicht betroffene Kinder. Dies kann auch zu erheblichen Problemen in der Impulskontrolle führen. Und auch hier würde das Ausleben der Wut zu keinen Fortschritten führen, sondern eher zu Gegenteilem.

### Fragen zur psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung von Pflegekindern

Ziele sind, dass traumatisierte Pflegekinder sich integrieren, korrigierende Beziehungserfahrungen verinnerlichen und Abstand zu traumatischen Ängsten und Wutdurchbrüchen entwickeln. Damit entwickelt sich eine positive Bindung an die Pflegeeltern. In dieser günstigen Entwicklung ist eine Vorstellung zur Diagnostik und Therapie bei einem entsprechend ausgebildeten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit Erfahrungen im Pflegekinderwesen gar nicht erforderlich.

Erforderlich ist eine Kinder- und Jugendpsychotherapie hingegen dann, wenn das Kind Themen mit den Pflegeeltern nicht korrigieren kann, wenn Pflegeeltern überfordert sind oder das Kind krankheitswertige Symptome wie Depressionen, Selbstverletzungen, Panikattacken entwickelt oder Ängste und Wut sich nicht lindern bzw. immer weiter anwachsen. In manchen Konstellationen kann zusätzlich eine kinder- und jugendpsychiatrische Unterstützung (Diagnostik, Medikation, Mitbehandlung) wichtig und hilfreich sein. Aber auch heilpädagogische Maßnahmen können eine positive Entwicklung des Pflegekindes fördern.

### Schlussworte

Der Artikel berücksichtigt die Bandbreite bzw. die komplexen Konstellationen im Adoptiv- und Pflegekinderwesen. Um den unterschiedlichen Erfahrungen und Verfassungen der Pflege- und Adoptivkinder gerecht zu werden, sollten wir uns auf diese einlassen. Dies ist wichtig, um unnötige Missverständnisse, Fehlentwicklungen und Pauschalannahmen zu vermeiden, die durchaus zu ungünstigen Entwicklungen führen können. Folglich gibt es zum Beispiel weder nur das „FASD-Kind“ noch nur das „Pflegekind“ oder auch nicht nur eine Form der Wut oder nur eine Form der Angst.

Vergessen werden darf bei der Diskussion um die Verhaltensauffälligkeiten nicht, welche Stärken diese früh geschädigten Kinder in der Pflegefamilie oft entwickeln und zeigen können. Sie können sehr sensibel, äußerst feinfühlig, richtig mutig, erstaunlich durchsetzungsstark und überaus belastbar sein. Es sind Kinder, die mit aller

Kraft ihren Platz in unserer Gesellschaft finden wollen und nicht selten sind sie Überlebenskünstler – wie ein junges Pflegekind zu sagen pflegte: „Krise kann ich – Krise ist ein Heimspiel für mich“.

Zur Darstellung und Erklärung der Entwicklungschancen verlaufen die Beispiele in diesem Artikel im Ergebnis stets erfolgreich. Dieses Optimum kann nicht immer erreicht werden, denn es hängt von einer Fülle von Faktoren ab und sicher nicht nur vom Umgang der Pflegeeltern mit den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten.

Erfreulicherweise ist das Adoptiv- und Pflegekinderwesen – bei den ausgesprochen hohen Anforderungen im Alltag – im Kern dennoch ein Erfolgskonzept, vor allem dann, wenn nicht von außen die Kontinuität des Pflegeverhältnisses in Frage gestellt wird.

Adoptiv- und Pflegeeltern wie auch Fachkräfte sollten neben dem Fachwissen immer auch ihrer Intuition vertrauen und diese in ihre Einschätzungen und Handlungen einbeziehen. Ihnen als Pflege- und Adoptiveltern mit Ihren Kindern und als beratende Fachkräfte viel Glück und alles Gute!

### Literatur

- Diouani-Streek, Mériem (2015): Kontinuität im Kinderschutz – Perspektivplanung für Pflegekinder: Reihe Jugend und Familie. Berlin: Lambertus.
- Hardenberg, Oliver; Stotz, Imke; Rodríguez, Ana (2021): Wir haben gute Gründe! Illustrierte Geschichten für Pflegekinder, ihre Pflegeeltern und Fachkräfte. Mit umfangreichen Erläuterungen aus der Praxis des Pflegekinderwesens. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Hardenberg, Oliver (2022): Sozialpädagogische Einschätzung von Pflegeverhältnissen zur Planung, Gestaltung und Steuerung der Hilfen zur Erziehung. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. Münster.
- Landesjugendämter Rheinland (LVR) und Westfalen (LWL) (2017): Fetale Alkoholspektrum-Störungen in der Praxis der Pflegekinderhilfe. LWL und LVR.
- Nienstedt, Monika; Westermann, Arnim (2007): Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. 1. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Scheiwe, Kirsten; Schuler-Harms, Margarete; Walper, Sabine; Fegert, Jörg M. (2016): Pflegefamilien als soziale Familien, ihre rechtliche Anerkennung und aktuelle Herausforderungen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.



**Oliver Hardenberg** ist Diplom-Psychologe. Er absolvierte eine Psychotherapieausbildung mit Approbation für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, eine Weiterbildung zum Forensischen Psychologen und erhielt die Zertifizierung zum Supervisor. 1993 gründete er in Münster eine Fachpraxis für Psychotherapie und forensische Psychologie, 2018 das Institut für Adoptiv- und Pflegefamilien (IAP). Oliver Hardenberg ist seit über 25 Jahren Fachreferent, Supervisor und Berater in der Jugendhilfe; zudem ist er Kuratoriumsmitglied der Stiftung zum Wohl des Pflegekindes in Holzminden. [www.iap-muenster.de](http://www.iap-muenster.de)

DOI dieses Beitrags: 10.2443/skv-s-2022-52020220202  
www.doi.org