

23. Jahrgang / Heft 4 / 2014

# Kindheit und Entwicklung

[www.hogrefe.de/zeitschriften/ke](http://www.hogrefe.de/zeitschriften/ke)

Herausgeber:  
Ulrike Petermann  
Franz Petermann  
Martin H. Schmidt  
Ulrich Stephani



**Schwerpunkt:**  
Delinquenz

## Inhalt

---

|                          |  |     |
|--------------------------|--|-----|
| <b>Themenschwerpunkt</b> | Petermann, F. & Brettfeld, K.:<br>Delinquenz<br><i>Delinquency</i>   | 195 |
| <b>Studien</b>           | Brettfeld, K., Petermann, F. & Wetzels, P.:<br>Identifikation von Jugendlichen mit ausgeprägten Delinquenzrisiken<br><i>Identification of adolescents with strong delinquency risk</i>   | 198 |
|                          | Rettenberger, M., Klein, V., Martin, R. & Briken, P.:<br>Die Einschätzung des Rückfallrisikos bei sexuell auffälligen Kindern und Jugendlichen anhand standardisierter Prognoseinstrumente<br><i>The accuracy of standardized risk assessment instruments for the prediction of recidivism in accused juveniles who sexually offended</i>  | 210 |
| <b>Freie Beiträge</b>    | Krause, C., Hohmann, C., Grabenhenrich, L., Forster, J., Bauer, C. P., Hoffmann, U., Zepp, F., Schuster, A., Bergmann, R. L., Bergmann, K. E., Wahn, U., Lau, S., Beyer, R. & Keil, T.:<br>Verhaltensauffälligkeiten mit 9 Jahren zur Vorhersage von Schulproblemen im Alter von 11 und 15 Jahren<br><i>Behavioral problems at age 9 might predict school problems at age 11 and 15</i>  | 220 |
|                          | Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F. & The BELLA study group:<br>Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten: Ergebnisse der BELLA-Studie<br><i>Medical and psychotherapeutic health care utilization of children and adolescents with mental health problems: Results of the BELLA Study</i> | 229 |
|                          | Streiftau, S., Bode, H., Voigt, F., Hummler, H. D., Schulze, A. & Herber-Jonat, S.:<br>Schul- und Verhaltensauffälligkeiten nach extremer Frühgeburtlichkeit im Alter von 7 bis 10 Jahren<br><i>Behavioural problems and learning impairments at age 7–10 after extreme prematurity</i>  | 239 |
|                          | Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Petermann, F., Schneider-Haßloff, H. & Künster, A. K.:<br>Inobhutnahme und Bindung<br><i>Child in care and attachment</i>   | 248 |

---

# Kindheit und Entwicklung

Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie

Ihr Artikel wurde in einer Zeitschrift des Hogrefe Verlages veröffentlicht. Dieser e-Sonderdruck wird ausschließlich für den persönlichen Gebrauch der Autoren zur Verfügung gestellt. Eine Hinterlegung auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite oder einem sog. „Dokumentenserver“ bzw. institutionellen oder disziplinären Repository ist nicht gestattet.

Falls Sie den Artikel auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite oder einem sog. Dokumentenserver bzw. institutionellen oder disziplinären Repository hinterlegen wollen, verwenden Sie bitte dazu ein „pre-print“ oder ein „post-print“ der Manuskriptfassung nach den Richtlinien der Publikationsfreigabe für Ihren Artikel bzw. den „Online-Rechte für Zeitschriftenbeiträge ([www.hogrefe.de/zeitschriften](http://www.hogrefe.de/zeitschriften)).

HOGREFE



# Inobhutnahme und Bindung

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

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

<sup>2</sup>Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

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

Schlüsselwörter: Bindung und Trennung, Misshandlung und Vernachlässigung, Inobhutnahme

Child in care and attachment

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

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

Inobhutnahmen, also die Herausnahme von Kindern und Jugendlichen aus der Familie, sind Kriseninterventionen. Als „vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen“ (§ 42 SGB VIII) und im Rahmen des staatlichen Wächteramtes sind Inobhutnahmen zeitlich begrenzt und dienen, neben ihrer Schutzfunktion, auch der Klärung der familiären Situation und der Gefährdungslage für das Kind. Diese kann ggf. auch zu einer längerfristigen oder dauernden Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie oder im Heim führen.

Gründe für Inobhutnahmen sind überwiegend schwere Misshandlungs- und/oder Vernachlässigungserfahrungen bzw. auch traumatische Vorerfahrungen von Kindern aus Familien in Hochrisikokonstellationen. Mit deren familiären Belastungen gehen vielfältige Risiken einher, Verhaltensstörungen oder psychische Symptome und Störungen zu entwickeln (vgl. Petermann, Besier, Büttner, Rücker, Schmidt & Fegert, 2014). Es handelt sich also meist um hoch belastete Kinder und Jugendliche mit massiven Beziehungsproblemen. Inobhutnahmen sind seit 2005 angestiegen und haben ihr höchstes Niveau seit Beginn der amtlichen Statistik erreicht. Dabei werden verstärkt jüngere Kinder in Obhut genommen (Büttner 2013; Fendrich, Pothmann & Tabel, 2014).

Inobhutnahmen lassen sich als invasivste Option im Kontext von intensiveren so genannten Hilfen zur Erzie-

hung und im Kinderschutz interpretieren (auch wenn sie selbst nicht als eigentliche Leistung im SGB VIII, dem Kinder- und Jugendhilfegesetz, sondern dort als „andere Aufgaben“ normiert sind). Sie dienen dem kurzzeitigen Schutz von Kindern und dabei dem Ziel, massive Beziehungskonflikte in der Familie einzuschätzen und zu lösen. Sie dienen nicht dem Aufbau alternativer bzw. länger angelegten neuen Beziehungen. Mittlerweile zeigt sich aber, dass die Inobhutnahme gerade bei jüngeren Kindern teilweise Monate oder bis zu einem Jahr dauert. Gerade jüngere Kinder sind besonders auf kontinuierlichen Kontakt mit einer Bindungsperson angewiesen. Insofern stellen sich Fragen der Beziehungserhaltung im Konflikt mit den sorgeberechtigten Eltern etwa im Zusammenhang mit Besuchskontakten. Angesichts der hohen Belastungen der betroffenen Kinder in ihren Familien auf der einen Seite, und des mit der Inobhutnahme verbundenen massiven Eingriffs in ihre Lebenssituation auf der anderen Seite, ergibt sich eine schwierige Güterabwägung in jedem Einzelfall und die Forderung nach Qualitätsstandards, die das Vorgehen bei (potentiellen) Inobhutnahmen anleiten.

Diese beziehen sich etwa darauf, inwieweit Inobhutnahmen Folge unzureichender oder nicht geeigneter anderer Maßnahmen sein können, die bisher vorgehalten wurden, bzw. Folge zu wenig intensiver oder zu später

Interventionen. Insofern geht es auch darum, Inobhutnahmen in ihrem Zusammenhang mit dem Einsatz anderer, ihnen vorgeschalteter, Maßnahmen im Leistungsrepertoire der Kinder- und Jugendhilfe bzw. deren angemessener und kindgemäßer Nutzung einzuschätzen. Eine erste Annäherung besteht darin, abzugleichen, inwieweit die Maßnahmen bzw. Instrumente in der Angebotspalette der Kinder- und Jugendhilfe sich auf wissenschaftlich abgesicherte Konzepte und Befunde beziehen und diese systematisch umsetzen. Dabei ist die ethologische Bindungstheorie der konzeptuelle Rahmen, der substantiell über relevante Aspekte im Zusammenhang mit Inobhutnahmen, nämlich Trennungen von engen Bindungspersonen und deren Folgen für die betroffenen Kinder, informiert. Die ethologische Bindungstheorie erlaubt zudem eine Perspektive, die die Verhaltens-, Erlebens- und Verarbeitungsweisen der betroffenen Kinder hervorhebt und es ermöglicht, Standards für solche massiven Interventionen primär an den Bedürfnissen der zu schützenden Kinder auszurichten. Zentrales Ziel muss sein, dass die Kinder, welche schon durch den Grund für die Inobhutnahme stark belastet sind, nicht durch die eigentlich als Schutz gedachte Intervention noch weiteres Leid und Belastung erfahren.

## Bindung und Trennung

Tatsächlich markieren klinische Beobachtungen über Trennungen kleiner Kinder von ihren Eltern den Beginn der Bindungstheorie in den 1940er und 50er Jahren (Kobak & Madsen, 2008). John Bowlby sowie James und Joyce Robertson beleuchteten eindringlich die mit einer Trennung verbundenen massiven psychischen Belastungen von Kindern. Die von ihnen beschriebenen Reaktionen von Furcht, heftigem und ärgerlichem Protest sowie folgenden Reaktionen von Trauer und Verzweiflung, die kleine Kinder insbesondere bei abrupten Trennungen zeigten, wurden als Phasen der Ablösung von der Bindungsperson interpretiert (Bowlby, 1969; Robertson & Robertson, 1971). Vor dem Hintergrund des Bindungskonzeptes, wie es Bowlby zeitgleich konzipierte, sind solche Kummer- und Trauerreaktionen aufgrund ihrer biologischen bzw. evolutionären Verankerung universell bei allen Kinder „unausweichlich“. Gemäß bindungstheoretischer Auffassung suchen Kleinkinder insbesondere in Situationen von Verunsicherung und Belastung Nähe und Kontakt zu einer nahestehenden Bezugsperson, um Sicherheit und Trost zu finden. Damit verbunden ist eine innere Erregung beim Kind, die erst mit Nähe und Kontakt zur Bindungsperson wieder abklingt. Diese zunächst ethologisch begründete bzw. aus Verhaltensbeobachtungen abgeleitete und zunehmend empirisch abgesicherte Annahme konnte später auch mit physiologischen bzw. hormonellen Korrelaten belegt werden (Herzfrequenzanstieg, Anstieg des Cortisolspiegels; Spangler & Grossmann, 1993). Mit der Stärke dieses Bindungsbe-

dürfnisses dürfte zusammenhängen, dass sich auch diejenigen Kinder an ihre Eltern binden, die sie misshandeln oder vernachlässigen. Umgekehrt bedeutet dies, dass ein extrem deprivierender Beziehungskontext vorliegen muss, wenn es Kindern nicht gelingt, sich an eine Bezugsperson zu binden.

Es ist also schon relativ lange bekannt, dass Bindung bzw. Nähe zur Bindungsperson Angst insbesondere in unvertrauten Situationen reduziert. Insofern waren hier bereits moderne bindungstheoretische Annahmen grundgelegt, die die Funktion der Bindungsperson als die einer externen Regulationshilfe im Umgang mit physiologischen und emotionalen Erregungszuständen sowie Verhalten beschreiben. Sie finden sich explizit in später formulierten Erweiterungen des Bindungskonzeptes im Zusammenhang mit der emotionalen Verfügbarkeit von Bindungspersonen (versus körperliche An- bzw. Abwesenheit) und entsprechen letztlich dem Feinfühligkeitskonzept von Ainsworth (Sroufe, Duggal, Weinfield & Carlson, 2000). Feinfühliges bzw. nicht feinfühliges Verhalten konnte als ein durchweg robuster, wenn auch als mäßiger Prädiktor für die Qualität von Bindung abgesichert werden (De Wolff & van IJzendoorn, 1997). Bindungsqualitäten beziehen sich auf interindividuelle Unterschiede im Zusammenhang mit der emotionalen Verfügbarkeit von Bindungspersonen. Sie lassen sich als (Anpassungs-) Strategien beschreiben, wie sich Kleinkinder im Umgang mit Belastung und emotionaler Verunsicherung in organisierter Weise auf die Bindungsperson beziehen. Sie sind normale Entwicklungsvarianten (auch die beiden Typen unsicherer Bindung) und nicht entwicklungspsychopathologisch interpretierbar (vgl. Ziegenhain & Fegert, 2012). Dabei sind Qualitäten von Bindung unabhängig von der biologischen Disposition von Säuglingen und Kleinkindern, sich an eine nahestehende Bezugsperson zu binden. Diese angeborene Disposition ist gemäß bindungstheoretischer Auffassung sehr stark. Junge Kinder binden sich an diejenigen Menschen, die für sie im Alltag verfügbar sind, und zwar unabhängig davon, ob dies die leiblichen Eltern, Pflegeeltern oder andere Betreuungspersonen sind.

Den ersten klinischen Beobachtungen Bowlbys voraus gingen retrospektive Falldarstellungen von jugendlichen Delinquenten, denen allen die Erfahrung von schwerer früher Vernachlässigung bzw. Deprivation gemeinsam war (Bowlby, 1944). Die Ergebnisse weiterer (fallzahlmäßig kleiner) Studien von Goldfarb (1945) sowie von Freud und Burlingham (1943) wiesen auf gravierende körperliche, sozial-emotionale und kognitive Entwicklungsverzögerungen insbesondere bei kleinen Kindern im Zusammenhang mit frühen Deprivationserfahrungen und institutioneller Betreuung in Heimen. Die Beschreibungen der Kinder durch diese wie auch durch andere Kliniker waren erstaunlich konsistent und stellten letztlich erste Beschreibungen der Kernsymptome von Bindungsstörungen mit Enthemmung dar, nämlich an-



klammerndes, distanzloses, emotional flaches bzw. oberflächliches und wenig emotional bezogenes Verhalten (Goldfarb, 1945; Freud & Burlingham, 1943; vgl. O'Connor, 2005). Bereits damals beklagte Bowlby die mit der stationären Heimunterbringung verbundene fehlende personenbezogene Betreuung bzw. die fehlende Möglichkeit, exklusive Beziehungen zum pädagogischen Personal aufzubauen (Rutter & O'Connor, 1999).

In einer „zweiten Welle“ bindungstheoretischer Weiterentwicklung wurde der eher eng postulierte Zusammenhang zwischen frühen Trennungserfahrungen und schwerwiegenden negativen Entwicklungskonsequenzen zunehmend differenziert diskutiert. Insbesondere Rutter verwies darauf, dass es nicht die Trennungserfahrung und der Verlust von engen Bindungspersonen per se seien, die schwerwiegende Entwicklungskonsequenzen verursachten, sondern vielmehr die jeweiligen Umstände von Trennungserfahrungen bzw. dysfunktionale familiäre Strukturen, die der Trennungen vorausgingen (Rutter, 1977; 1979). Dabei zeigte sich, dass z. B. unsichere Bindungsvorerfahrungen oder umfassende Lebensveränderungen, die nicht nur die Trennung von der Mutter, sondern die von der gesamten Familie bzw. vom gesamten Lebensumfeld einschließen, mit dazu beitrugen, wie Kinder mit Trennungen zurechtkamen. Tatsächlich zeigten sich akute und heftige Belastungsreaktionen, wie sie ursprünglich von Bowlby und den Robertsons beschrieben wurden, überwiegend bei Kindern, die in Heimen betreut wurden. Demgegenüber waren Trennungsreaktionen in alternativen familiären Betreuungssettings mit Bezugspersonen, die zuverlässig verfügbar waren, deutlich abgeschwächer (Rutter, 1977).

Diese damaligen, überwiegend klinischen Befunde, hatten durchaus auch Auswirkungen auf die Praxis: Eltern durften zunehmend ihre kranken Kinder regelmäßig und zeitlich unbegrenzt in Kliniken besuchen bzw. auch dort übernachten und die Betreuung von Kleinkindern in Heimen, als bisher erste Wahl für Kinder, deren Eltern nicht für sie sorgen konnten, wurde zugunsten der Betreuung in Pflegefamilien mehr und mehr abgelöst. Allerdings zeigte sich, dass die diesen Veränderungen zugrundeliegende Annahme von exklusiven Betreuungspersonen sowie Kontinuität in den Beziehungsangeboten so in der Praxis nicht funktionierte. Vielmehr belegten internationale Studien gehäufte Beziehungsabbrüche in Pflegefamilien im Zusammenhang mit Entwicklungsproblemen und Verhaltensauffälligkeiten der betroffenen Kinder (Rutter, 1999; Wolkind & Rushton, 1994). Insofern lieferte diese „zweite Welle“ klinischer Bindungsforschung auch ernüchternde Befunde für die Praxis bzw. führte zu komplexeren Konzepten und Forschungsfragen. Trennungserfahrungen und Erfahrungen in dysfunktionalen Familienkonstellationen oder Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen sind gewöhnlich konfundiert. Gemäß heutiger Auffassung sind es die Kumulation und die Wechselwirkung von Risiken, die die Wahrscheinlichkeit von Entwicklungs- und Verhaltensproblemen verstärken (Petermann, Petermann & Damm, 2008).

Dabei tragen insbesondere ungenügend geplante institutionelle Reaktionen, die mit raschen oder häufigen Wechseln von Bezugspersonen bei oder nach Inobhutnahmen einhergehen, zur weiteren Risikobelastung bei. Jede erneute Trennung erhöht das Risiko von Entwicklungsschädigungen beim Kind und trifft, gerade bei Kindern mit hochunsicheren Bindungsvorerfahrungen bzw. bei Kindern mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen auf bereits beeinträchtigte Bewältigungs- und Regulationskompetenzen. Hinzu kommt der Einfluss von Gen-Umwelt-Interaktionen. Obwohl genetische Variationen gewöhnlich eher wenig Einfluss bzw. keine negativen Haupteffekte auf die psychische Entwicklung von Kindern haben, tragen sie dennoch zu einer verstärkten Vulnerabilität bei vernachlässigten und misshandelten Kindern bei (Rutter, Moffitt & Caspi, 2006). Diese Kinder dürften auch empfindlicher gegenüber inadäquatem elterlichem Verhalten sein, wie es ja zwangsläufig mit Vernachlässigung und Misshandlung einhergeht. Beispielsweise wurde die Interaktion zwischen genetischer Disposition und der Qualität elterlicher Feinfühligkeit untersucht, und zwar mit dem Vorkommen eines Polymorphismus auf dem DRD4-Gen (7-faches Allel) und dem Serotonin-Transmitter-Polymorphismus (5HTTLPR). Der DRD4-Polymorphismus wurde in anderen Zusammenhängen mit Irritierbarkeit, Hyperaktivität und Neugierverhalten bei Erwachsenen, Impulsivität, zwanghaftem Verhalten und Drogenmissbrauch gefunden (Lakatos et al., 2002). Der Serotonin Polymorphismus ist mit der Regulation von Furcht und Angst assoziiert (Caspi et al., 2002; vgl. Ziegenhain & Fegert, 2012). Darüber hinaus sind Bedingungen wichtig, unter denen Gen-Umwelt-Interaktionen im Kontext von kritischem Elternverhalten bzw. Misshandlung und Vernachlässigung über epigenetische Prozesse modifiziert werden. Sie sind etwa im Zusammenhang mit der Stressreaktivität von Kindern bedeutsam (Schmidt, Petermann & Schipper, 2012).

Die frühen überwiegend klinisch bzw. angewandt ausgerichteten Themen, die zu Beginn der Bindungsforschung im Vordergrund standen, waren über viele folgende Jahre hinweg eher nachrangig. Bindungsforscher beschäftigen sich in der Folge der ersten von Bowlby initiierten klinischen Themen zunehmend mit individuellen Unterschieden in der Bindungssicherheit bzw. -unsicherheit von Kindern und rekrutierten ihre Untersuchungsgruppen überwiegend aus so genannten Normalstichproben. Ein zunehmender Fokus auf klinische Fragestellungen ließ sich dann erst wieder ab Mitte/Ende der 1980er Jahre beobachten, etwa mit den neuen Befunden über den desorganisierten Bindungstyp.

## Vorgehen rund um Inobhutnahmen aus bindungstheoretischer Sicht

In der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland haben eine beziehungsbezogene Sichtweise und bindungstheoretische

sche Vorstellungen in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Bei der jeweiligen Entscheidung, inwieweit im Einzelfall eine Kindeswohlgefährdung vorliegt bzw. eine Inobhutnahme notwendig ist, werden gewöhnlich und selbstverständlich auch explizit die Folgen einer Trennung des Kindes gegen die Gefährdungseinschätzung abgewogen. Allerdings lässt sich auch diskutieren, inwieweit das Vorgehen rund um Inobhutnahmen und die strukturellen Rahmenbedingungen bindungstheoretischen Annahmen und den vorhandene Forschungsbefunden standhalten.

Inobhutnahme bedeutet für Kinder die Trennung von einer bzw. zwei engen Bindungspersonen, nämlich den Eltern, mit den oben beschriebenen physiologischen und emotionalen Belastungsreaktionen. Diese Situation entspricht dem ursprünglichen Bindungskonzept von Bowlby und ist in der engen Definition einer akuten Trennung, wie sie bei Inobhutnahmen gewöhnlich stattfindet, nach wie vor gültig. Danach sind Kleinkinder auf unmittelbaren (Körper-) Kontakt mit einer Bindungsperson angewiesen, um ihre innere Erregung abzubauen. Fremde, auch feinfühligere Personen, können diese regulative Unterstützung nicht leisten. Wenn also keine alternative Bindungsperson zur Verfügung steht, sind zumindest Kleinkinder ab ca. einem halben Jahr erhöhtem beziehungsbezogenem Stress ausgesetzt und sie zeigen deutliche Kummerreaktionen und ggf. auch bei längerer Trennung einen Orientierungsverlust (Kobak & Madsen, 2008; Grossmann & Grossmann, 2013). Allerdings zeigen auch Säuglinge Belastungsreaktionen bei abrupten Settingwechseln oder Rhythmusveränderungen, wenn auch noch keine beziehungsbezogenen Trennungsreaktionen.

Die Folgen insbesondere von frühen Trennungen zeigen sich auch längerfristig in Veränderungen der HPA-Achse bzw. veränderter Stressreagibilität (Tyrka et al., 2008). Bei früh institutionalisierten Kindern konnten noch nach durchschnittlich dreijähriger Adoptionszeit Veränderungen im Oxytocin-System gezeigt werden (Fries, Ziegler, Kurian, Jacoris & Pollak, 2005).

Es liegt in der Natur der Sache, dass in der Praxis aus Kinderschutzgründen abrupte Herausnahmen von Kindern nicht immer zu vermeiden sind. Zu fragen ist allerdings, inwieweit mit dem Vorgehen bei Inobhutnahmen die hohen Belastungen der betroffenen Kinder tatsächlich hinreichend berücksichtigt werden. Gemäß neueren Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe werden etwa die Hälfte der Kinder in einer Bereitschaftspflege untergebracht (Fendrich et al., 2014). Eine beträchtliche Anzahl von Kindern unter sechs Jahren wird aber auch bei Inobhutnahmen in stationären Einrichtungen untergebracht. Letztere Unterbringungsform wird häufiger als noch vor einigen Jahren gewählt. Stationäre Einrichtungen beschäftigen u. a. Betreuerinnen im Schichtdienst und setzen damit die betroffenen Kinder auch wechselnden

fremden Bezugspersonen aus (44 % der Kinder, FDZ, 2009; vgl. Petermann et al., 2014).

Hinzu kommt, dass gerade bei jüngeren Kindern Trennungen in der Folge von Inobhutnahmen am längsten dauerten. Danach betrug deren mittlere Aufenthaltsdauer in einer Inobhutnahmeeinrichtung 30 Tage, mindestens aber 15 Tage. Darüber hinaus zeigte sich in der Praxis, dass Inobhutnahmen aufgrund verzögerter Abklärungsprozesse und Entscheidungsfindung (z. B. ausstehende Gutachten) häufig auch bis zu einem halben Jahr und länger dauerten (vgl. Petermann et al., 2014). Solche längeren Trennungen bergen bei kleinen Kindern die Gefahr eines Bindungsabbruchs, wenn keine regelmäßigen Kontakte mit den Eltern stattfinden. Klinisch und entwicklungspsychologisch lässt sich ableiten, dass je jünger ein Kind ist, Kontakte umso häufiger und zeitlich enger gestaltet werden sollten. Angesichts der heterogenen Jugendhilfelandchaft und dem Mangel an verbindlichen Standards für Besuchskontakte fehlen systematische Untersuchungen und damit Daten über die Kontakte von kleinen Kindern mit ihren Eltern während einer Inobhutnahme. Zieht man Praxisbeobachtungen über Hilfeplanungen im Kontext von Inobhutnahmen heran, geht es um zweiwöchentliche Kontakte bzw. Wochenenden oder gar Kontakte in Abständen von vier Wochen, und zwar überwiegend unabhängig vom Entwicklungsalter des Kindes. Eine Erhebung des Deutschen Jugendinstituts, die sich explizit auf die Kontakte zwischen Pflegekindern und ihren Herkunftseltern bezieht, belegte hohe Schwankungen in den Kontakten und fand monatliche Kontakte als die am häufigsten gewählte Umgangsform (Thrum, 2007; vgl. Kindler, Helming, Meysen & Jurczyk, 2010).

Tatsächlich zeigte sich, dass institutionell bedingte Belastungen von Kindern besonders dann erhöht waren, wenn vermeidbare abrupte Übergänge von Beziehungskontexten veranlasst wurden. Gemäß den wenig vorhandenen empirischen Studien war dies gehäuft dann der Fall, wenn keine systematischen Entwicklungsprognosen und Hilfeplanungen vorlagen (Rutter & O'Connor, 1999). In einer neueren Studie, die u. a. Belastungen von misshandelten Kindern bei geplanten bzw. akuten nicht geplanten Herausnahmen aus der Familie verglich, zeigten Kinder mit einer geplanten Herausnahme nach einer Woche weniger Stressbelastung als Kinder, die akut aus der Familie herausgenommen wurden (Baugerud & Melinder, 2012). Insbesondere bei jüngeren Kindern ist die Gestaltung von Übergängen eng mit dem Angebot einer konstanten Betreuungsperson verbunden und der Chance für das Kind, diese vorher kennenzulernen und mit ihr vertraut zu werden.

Für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe stellt sich die Frage, inwieweit sich abrupte Trennungen bereits im Vorfeld vermeiden oder zumindest reduzieren lassen. Neben unzureichend koordinierten interdisziplinären

Absprachen und Verfahrensabläufen dürften auch unzureichende Hilfeplanungen im Vorfeld von Inobhutnahmen eine Rolle spielen. Gemäß der Kinder- und Jugendhilfestatistik gab es aber immerhin in jedem vierten Fall im Vorfeld einer Inobhutnahme bereits ein so genanntes 8a-Verfahren (Vorgehen nach § 35 a SGB VIII) (Fendrich et al., 2014). Tatsächlich scheinen insbesondere in der Arbeit mit hoch belasteten Familien Hilfen und Unterstützungsleistungen häufig eher reaktiv, zu wenig spezifisch und zu spät vorgehalten zu werden. Eine retrospektive qualitative Analyse von Jugendamtsakten über den Verlauf früher interdisziplinärer Hilfen zeigte einen deutlichen Zusammenhang zwischen der systematischen Dokumentation vorliegender Risiken und Ressourcen bzw. deren kohärente Zusammenführung in die folgende Hilfeplanung und der Angemessenheit und Qualität der folgenden Leistungen. Dabei war die Qualität inhaltlich fachlicher Gewichtungen und Einschätzungen insgesamt sehr unterschiedlich. Insbesondere die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion als relevanter Indikator für die sozial-emotionale Befindlichkeit des Kindes und ggf. auch als Indikator für (drohende) Kindeswohlgefährdung wurde kaum systematisch berücksichtigt. Hinweise auf kritisches Elternverhalten wurden teilweise nicht erkannt bzw. als nicht bedeutsam oder sogar fälschlicherweise als feinfühliges Elternverhalten eingeschätzt (vs. objektive Informationen aus der Interaktionsdiagnostik). Hinweise über (drohende) Kindeswohlgefährdung wurden teilweise nicht ausreichend oder nicht zeitnah und adäquat in der weiteren Hilfeplanung berücksichtigt (Ziegenhain et al., 2013).

## Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorerfahrungen sowie gestörtes Bindungsverhalten bei Kindern in Inobhutnahme

Misshandlung und Vernachlässigung und damit einhergehende Kindeswohlgefährdung sind die häufigsten Gründe für eine Inobhutnahme bzw. Herausnahme von Kindern aus der Herkunftsfamilie (vgl. Petermann et al., 2014).

Tatsächlich sind es Säuglinge und Kleinkinder, die besonders gefährdet sind. Die Gefahr von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung ist am größten in den ersten fünf Lebensjahren (US Department of Health and Human Services, 1999). Dabei liegen hohe misshandlungsbedingte Gefährdungen neben Hämatomen, Platzwunden, Knochenbrüchen oder Verbrennungen bzw. Verbrühungen in Schütteltraumata oder inneren Blutungen mit nicht selten fatalen entwicklungsneurologischen bzw. schlimmstenfalls tödlichen Folgen vor (Kindler, Lillig, Blüml & Werner, 2006; Trocmé, Toorigny, MacLaurin & Fallon, 2003). Typische Vernachlässigungsformen im Säuglingsalter sind unterlassene Aufsicht, unterlassener Schutz oder Gedeihstörungen (bis hin zum psy-

chosozialen Minderwuchs) aufgrund unzureichender Ernährung. Akute Gefährdungen liegen in erhöhten Unfallrisiken bei Säuglingen und Kleinkindern oder in der Gefahr raschen Austrocknens bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr (Ziegenhain, Fegert, Ostler & Buchheim, 2007).

Längerfristige Probleme finden sich insbesondere in gehäuften Verhaltensproblemen im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen und Affektregulation bei misshandelten und vernachlässigten Säuglingen und Kleinkindern (Crittenden, 1992; Main & George, 1985; Schneider-Rosen & Cicchetti, 1984; 1991), aber auch in kognitiven Entwicklungsverzögerungen (Kindler et al., 2006). Diese Verhaltensweisen lassen sich als Vorläufer von Kernsymptome bei älteren traumatisierten und misshandelten/vernachlässigten Kindern interpretieren. Bei ihnen fanden sich gehäuft in unterschiedlichen Untersuchungen so genannte disruptive Verhaltensstörungen, depressive Symptomatik, dissoziative Störungen (Scheeringa & Gaensbauer, 2000) ebenso wie Suizidalität und posttraumatischen Belastungsstörungen (Kindler et al., 2006; Schmidt, Fegert & Petermann, 2010). Schließlich fand sich ein erhöhtes Risiko, im Jugend- beziehungsweise im jungen Erwachsenenalter an einer Persönlichkeitsstörung zu erkranken (Kaplan et al., 1999; Kindler et al., 2006; Schmid, Schmeck & Petermann, 2008).

Die beschriebenen Probleme im Regulationsverhalten von misshandelten und vernachlässigten Kleinkindern spiegeln sich in gravierenden Bindungsproblemen dieser Kinder. Dies zeigt sich im gehäuften Auftreten so genannter hochunsicher-desorganisierter Bindung sowie von Bindungsstörungen bei misshandelten und vernachlässigten Kindern. Sowohl hochunsicher-desorganisierte Bindung als auch Bindungsstörungen lassen sich entwicklungspsychopathologisch bzw. als gestörtes Bindungsverhalten interpretieren (Gleason & Zeanah, 2010). Es sind beziehungsbezogene Probleme und Störungen, die sich individuell manifestieren. Dabei entstammen sie unterschiedlichen Konzepten. Der Typ hochunsicher-desorganisierte Bindung wurde im Kontext entwicklungspsychologisch-bindungstheoretischer Forschung entwickelt. Demgegenüber wurden Bindungsstörungen im klinischen Kontext des diagnostischen Manuals der ICD-10 definiert. Während hochunsichere Bindung ein Kontinuum beschreibt, das die Intensität und den Ausprägungsgrad von Belastungen abbildet, beschreibt die Klassifikation einer Bindungsstörung eine voll ausgebildete psychische Störung des Kindesalters. Unterschieden werden die Form der reaktiven Bindungsstörung (F94.1) und die Bindungsstörung mit Enthemmung (F.94.2). Diese letztgenannte Störungsform wurde erstmalig von Bowlby beschrieben (s. o.).

In Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung liegt die Auftretenshäufigkeit von desorganisierter Bindung zwischen 14 % und 24 % (hoher vs. niedriger sozioöko-



nomischer Status). Sie ist in den meisten klinischen Untersuchungsgruppen um das Zwei- bis Dreifache erhöht, bei misshandelten Kindern zwischen 55 % und 82 %, und damit am höchsten unter Risikogruppen (Metaanalyse; van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999). Die Auftretenshäufigkeit von Bindungsstörungen ist in der Allgemeinbevölkerung sehr gering und beträgt weniger als 1 %. Wegen unzureichender Datenlage sind dies Extrapolationen auf der Basis von Häufigkeiten von Misshandlung und Vernachlässigung (O'Connor, 2002). Tatsächlich werden in der kinderpsychiatrischen Praxis Diagnosen von Bindungsstörungen fast ausschließlich bei schwer vernachlässigten bzw. früh misshandelten Kinder vergeben (Ziegenhain & Fegert, 2012). In Untersuchungsgruppen mit misshandelten Kindern waren Bindungsstörungsdiagnosen deutlich erhöht, und zwar in Inanspruchnahmepopulationen (Boris, Zeanah, Larrieu, Scheeringa & Heller, 1998; Zeanah et al., 2004; Oosterman & Schuengel, 2008; Fegert, 1998) ebenso wie bei Kleinkindern in institutioneller Betreuung (Smyke, Dimitrescu & Zeanah, 2002; Zeanah, Smyke, Kaga & Carlson, 2005). Demgegenüber hatte in einer pädiatrischen ambulanten Inanspruchnahmepopulation keines der zwei- bis fünfjährigen Kinder eine Bindungsstörung (Egger et al., 2006).

Sowohl Kinder mit hochunsicher-desorganisierter Bindung als auch Kinder mit einer Bindungsstörung suchen in Situationen von Verunsicherung und Belastung keine Nähe und Kontakt zur Bindungsperson beziehungsweise können nicht mit einer gegebenenfalls zwar unsicheren, aber dennoch organisierten Strategie reagieren, mit der sie ihre innere Belastung einigermaßen regulieren können. Zumindest in der frühen Kindheit zeigen Kleinkinder mit einer hochunsicher-desorganisierten Bindung dann bizarr anmutende Konfliktverhaltensweisen gegenüber der Bindungsperson. Dies zeigt sich etwa in Verhaltensweisen wie starke Gehemmtheit, körperliches Erstarren über mehrere Sekunden oder Furchtreaktionen („Freezing“). Diese Furchtreaktionen standen im Zusammenhang mit dysfunktionalen elterlichen Verhaltensweisen (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Bei älteren Kindern lässt sich dann weniger so beschriebenes desorganisiertes bzw. Konfliktverhalten beobachten, sondern auffälliges und unangemessen kontrollierendes Verhalten, wie übertrieben fürsorgliches Verhalten gegenüber der Bindungsperson bis hin zur Rollenumkehr oder Parentifizierung (vgl. Ziegenhain & Fegert, 2012).

Furchtreaktionen wie Erstarren oder Einfrieren werden auch bei Kindern mit einer reaktiven Bindungsstörung beschrieben (Green & Goldwyn, 2002; O'Connor & Zeanah, 2003). Insofern können bei entsprechend deutlicher klinischer Ausprägung beide Klassifikationen auf die gleichen Verhaltensweisen von Kindern zutreffen. Umgekehrt aber geht hochunsichere Bindung nicht immer notwendigerweise mit Symptomen einer Bindungsstörung einher. Dabei lassen sich diese angstassoziierten

Verhaltensweisen im Zusammenhang damit, dass Kinder bei Belastung deutlich gestresst sind und dennoch keine Nähe und Trost bei der Bindungsperson suchen bzw. finden können, als Hemmung ihres Bindungsverhaltens interpretieren. Bei der anderen Form der Bindungsstörungen, der Bindungsstörung mit Enthemmung, lässt sich demgegenüber von einer Überaktivität des Bindungssystems ausgehen. Diese lässt sich daraus ableiten, dass das Kind kein differenziertes und persönlich bezogenes Bindungsverhalten gegenüber der Bezugsperson zeigt. Das Verhalten eines Kleinkindes beispielsweise, das in einer unvertrauten Situation bereitwillig und ohne soziale Rückversicherung bei der Bindungsperson mit einem fremden Menschen mitgeht, widerspricht der bindungstheoretischen Erwartung, nach der ein Kind sich bei Verunsicherung an die Bindungsperson wendet (vgl. Ziegenhain & Fegert, 2012).

In der Praxis werden diese kindlichen Verhaltensweisen häufig fehlinterpretiert. Nicht selten wird dabei von „fehlender“ Bindung ausgegangen. Tatsächlich wirken vernachlässigte und misshandelte Kinder vordergründig häufig emotional wenig belastet (z. B. fehlender Emotionsausdruck). Dies darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Kinder dennoch, wie oben ausgeführt, auch physiologisch messbar, hoch belastet sind. Ein solches vordergründig unbelastetes Verhalten lässt sich keinesfalls als „fehlende“ Bindung interpretieren. Vielmehr lassen sich auf der Basis von Verfahren zur Interaktionsdiagnostik Hinweise für emotionale Belastung oder Furcht ableiten (CARE-Index, Crittenden, 2007). Danach sind es überwiegend Kleinkinder, die ein Muster so genannten zwanghaft überangepassten Verhaltens präsentieren und die überzufällig häufig massiv feindseligem, bedrohlichem oder aggressiv übergriffigem Verhalten ausgesetzt waren (Crittenden & DiLalla, 1988). Diese Kinder sind in der Interaktion körperlich inhibiert (vs. Protestieren und Sich-Winden als entwicklungsangemesseneres Verhalten). Während sehr junge Säuglinge dabei zunächst vollständig, sozusagen nach dem „Entweder-oder-Prinzip“ erstarren bzw. einfrieren, gelingt es Kleinkindern und älteren Kindern zunehmend einzelne Körperteile zu inhibieren (z. B. die Intention zu unterdrücken, mit der Hand das sich bedrohlich nähernde Gesicht der Mutter wegzuschieben).

Ebenso lassen sich heftige oder gar panische Reaktionen, wie starkes Klammern, das sich häufig bei misshandelten Kindern beobachten lässt, nicht als Ausdruck „starker“ Bindung interpretieren. Dieses Verhalten ist vielmehr teilweise sogar auch als pathologisches Phänomen einzuordnen (Ziegenhain, 2014).

Kindesvernachlässigung, -misshandlung und -missbrauch wirken sich auch auf die biologische Regulation der Betroffenen aus. Die Folgen sind dabei von der Art und Häufigkeit der Vernachlässigungs- bzw. Missbrauchserfahrungen, dem Alter zum Zeitpunkt der Expo-

sition, der Dauer, und dem Vorhandensein weiterer Risiko- und Schutzfaktoren sowie der epi-/genetischen Konstitution des Kindes abhängig (Tyrka, Burgers, Philip, Price & Carpenter, 2013). Vernachlässigung und/oder Misshandlung von Kindern stellen einen nichtspezifischen Risikofaktor für psychiatrische (Heim, Shugart, Craighead & Nemeroff, 2010) und körperliche Erkrankungen dar (Felitti et al., 1998) und ist mit einem niedrigen sozioökonomischen Status assoziiert (Zielinski, 2009). Danach starben Erwachsene mit sechs oder mehr kritischen Kindheitserfahrungen im Schnitt 20 Jahre früher als Menschen ohne diese Erfahrungen (Brown et al., 2009). Zum anderen führt der durch Vernachlässigungs- und/oder Missbrauchserfahrungen erzeugte chronische Stress zu Veränderungen der biologischen Stressachse (HPA-Achse), des Immunsystems (Proinflammatorische Zytokine) sowie der Hirnstruktur und -funktion (Frodl & O'Keane, 2012; Hart & Rubia, 2012; Heim et al., 2010; McCrory, De Brito & Viding, 2011; Pechtel & Pizzagalli, 2011; Tyrka et al., 2013), die wiederum das Risiko für Krankheiten erhöhen.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang (analog zu Befunden bezüglich der Entstehung psychiatrischer Erkrankungen) die Interaktionen zwischen Genen und Umwelt, da genetische Variationen die Vulnerabilität eines Individuums für negative Folgen von Kindesmisshandlung und/oder Vernachlässigung erhöhen oder erniedrigen können. So erhöht beispielsweise eine Variante des 5-HTTLPR (Promoterregion des Serotonintransportergens) das Risiko für das Auftreten einer Depression, wenn eine Kindesmisshandlung bzw. Vernachlässigung in der Kindheit erlebt wurde (Caspi et al., 2003; Tyrka et al., 2013). Untersuchungen zu Gen-Umwelt-Effekten weisen zudem darauf hin, dass genetische und Umweltrisikofaktoren durch soziale Unterstützung (z. B. Kontakt mit einer unterstützenden Bindungsperson) abgemildert werden können. So waren Kinder mit genetischer Vulnerabilität und erlebtem Kindesmissbrauch resilienter gegen Depression, wenn sie soziale Unterstützung erfuhren (McCrory et al., 2011).

Festzuhalten ist, dass ein Großteil der Kleinkinder, die in Inobhutnahme genommen werden, aufgrund ihrer häufigen Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorerfahrungen und den damit verbundenen chronischen Bindungsproblemen in ihrem Bindungsverhalten gestört sind. Sie können bei Trennungen, wie bei einer Inobhutnahme, auf keine Stressregulationskompetenzen zurückgreifen und sind darüber hinaus durch die mit der Inobhutnahme einhergehenden Belastungen dann in besonderer Weise zusätzlich gestresst.

## Schlussfolgerungen für die Praxis

Inobhutnahmen sind im Maßnahmenkatalog der Kinder- und Jugendhilfe etabliert und haben sich als zentrale und

notwendige Maßnahmen des staatlichen Schutzauftrags bei akuten Krisensituationen bewährt. Gerade für Säuglinge und Kleinkinder kann ihr physischer Schutz im Gefährdungsfall aufgrund ihrer hohen Vulnerabilität lebensrettend sein. Die Krisensituationen bei (drohender) Kindeswohlgefährdung stehen im Zusammenhang mit massiven Problemen und Konflikten in der Eltern-Kind-Beziehung. Insofern lassen sich die ethologische Bindungstheorie und bindungstheoretische Forschungsbefunde für die Entwicklung von Konzepten heranziehen, die (Handlungs-)Wissen, Standards beim Vorgehen und strukturelle Notwendigkeiten für eine kindgerechte Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern rund um Inobhutnahmen operationalisieren.

Wie oben ausgeführt, sind die mit einer Inobhutnahme einhergehenden physiologischen und emotionalen Belastungen für kleine Kinder erheblich. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Trennung abrupt stattfindet und/oder, wenn keine alternative, dem Kind bereits vertraute Bezugsperson zur Verfügung steht. Aufgrund ihrer biologischen Verankerung führt diese Konstellation bei allen kleinen Kindern zwangsläufig zu psychophysiologischen Stressreaktionen.

Inobhutnahmen sind explizit als vorläufige Maßnahme definiert und verbunden mit dem Auftrag, eine mögliche Kindeswohlgefährdung unverzüglich zu klären. Die Ausgestaltung dieser gesetzlichen Vorgaben ist in hohem Maße altersabhängig. Bei Säuglingen und Kleinkindern dauern Inobhutnahmen deutlich länger als etwa bei Jugendlichen (s. o.). Sie sind relativ zu den mit einer Inobhutnahme verbundenen hohen Belastungen deutlich zu lang. Dies gilt gleichermaßen für die festgestellten Verweildauern von mindestens 15 Tagen und erst recht von mehreren Monaten. Bereits sehr kurze Trennungen, wie bei Kindern im so genannten Fremdesituationstest, führen zu erhöhten Cortisolausschüttungen mit emotionalen Belastungen, längerfristige Trennungen auch nach heutigem Wissensstand zu depressionsähnlichen Reaktionen. Das Kriterium der „Unverzüglichkeit“ ist also zumindest bei kleinen Kindern in der gegenwärtigen Praxis von Inobhutnahmen nicht gegeben.

Damit einhergehend sind personelle und strukturelle Bedingungen der jeweiligen Betreuungsarrangements bei Inobhutnahmen relevant. (1) Bei einer Unterbringung von Kleinkindern in stationären Einrichtungen mit wechselnden und nicht kontinuierlich verfügbaren Bezugspersonen im Schichtdienst, kann man davon ausgehen, dass psychophysiologischen Belastungen verstärkt werden bzw. während der Inobhutnahme auch bestehen bleiben. Ein Betreuungssetting mit einer emotional zuverlässigen und konstanten Bezugsperson kann diese Trennungsreaktionen mildern. Bereitschaftspflege kann diese Bedürfnisse, in Unterschied zu institutioneller Unterbringung, erfüllen. Befunde sprechen dafür, dass sich etwa Dysregulationen der Stressachse wieder normalisieren und sich emotionale

Regulations- und Verhaltensprobleme verbessern, wenn Kinder nach einer Trennung verlässlich und feinfühlig von einer kontinuierlichen Bezugsperson betreut werden. Des Weiteren spricht auch die Etablierung sicherer Bindungen an neue Pflegemütter für eine Stabilisierung emotionaler und sozialer Regulationskompetenzen. Dabei zeigte sich, dass sich Kleinkinder innerhalb von wenigen Wochen an die Pflegemutter gebunden hatten (Stovall & Dozier, 2000; Gunnar & Quevedo, 2008). Hierzu passt, dass Pflegebeziehungen institutioneller Betreuung überlegen waren (Roy, Rutter & Pickles, 2004).

(2) Es besteht die Gefahr eines Bindungsabbruchs mit den Herkunftseltern, wenn keine regelmäßigen und engmaschigen Kontakte mit den Eltern stattfinden. Das Zeitfenster bei kleinen Kindern ist eng und dürfte bei wenigen Wochen liegen. Die Fähigkeit von Säuglingen und Kleinkindern, Menschen oder Gegenstände intern als Bild bzw. als innere Vorstellung zu „repräsentieren“, setzt ab etwa sieben bis acht Monaten ein und das Langzeitgedächtnis wird mit etwa neun Monaten aktiv. Insofern lässt sich nachvollziehen, dass kleine Kinder nahestehende Menschen regelmäßig und sehr konkret in alltäglichen Interaktionen erleben müssen, um sie als Bindungsperson „halten“ zu können (Ziegenhain, 2014). Bei Rückkehr in die Herkunftsfamilie steht das Kind vor der Entwicklungsaufgabe, mit den „fremden“ Eltern erneut eine Bindungsbeziehung zu etablieren. Eine bindungsensible Gestaltung des Betreuungssettings während Inobhutnahmen sowie die Gestaltung von Besuchskontakten mit den Herkunftseltern ist also eine zentrale Organisations- und Gestaltungsaufgabe.

Kinder, die in Obhut genommen werden, sind häufig misshandelte und vernachlässigte Kinder mit eingeschränkten regulatorischen Kompetenzen und eingeschränkten psychophysiologischen Bewältigungsstrategien. Dabei dürfte die Kumulation der Risiken von Vorbelastung bzw. Bindungsproblematik und Trennung ihre Belastung verstärken. Studien zeigten, dass gerade unsicher gebundene Kinder bei Trennungen psychophysiologisch belasteter reagierten als unsicher gebundene Kinder. Zudem fand sich etwa resilientes Verhalten bei weniger als 10 % von jungen Kindern; sie waren zudem häufig in ihrer Stresstoleranz und ihrer Emotionsregulation eingeschränkt oder affektlabil (Cicchetti, 2013; Hart & Rubia, 2012; Pechtel & Pizzagalli, 2011; Spangler & Grossmann, 1993). Damit lassen sich die oben erwähnten Befunde verstärken, dass sich bei feinfühligter Betreuung durch konstante Bezugspersonen, die Stressreagibilität sowie die emotionalen und sozialen Regulationskompetenzen von Kleinkindern verbessern. Darüber hinaus geht es im Falle von häufig misshandelten und vernachlässigten Kindern aufgrund ihrer Bindungsproblematik sowie häufig komorbider Verhaltensprobleme auch regelhaft um begleitende therapeutische Versorgung. Daraus ergeben sich Folgerungen für die Praxis.

*Entwicklung eines standardisierten Diagnoseinventars.* Eine systematische und standardisierte Diagnostik kann die Entwicklungsprognose für das betroffene Kind sowie die darauf aufbauende Hilfeplanung (z. B. Rückföhroption, therapeutische Unterstützung) entscheidend verbessern und die Handlungssicherheit optimieren. Risiken bzw. Risikomechanismen sowie protektive Faktoren für Kindeswohlgeföhrdung sind natürlich bekannt und empirisch einigermaßen (wenngleich unterschiedlich) gut abgesichert. Empirisch gut abgesicherte Verfahren für die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, wie etwa der „Stuttgarter Kinderschutzbogen“ (Kindler, Lukasczyk & Reich, 2008), werden in der Jugendhilfepraxis selten systematisch eingesetzt. Systematische Screeningverfahren bzw. Inventare für Säuglinge und Kleinkinder für den deutschsprachigen Raum, die spezifisch bindungsdiagnostische Verfahren und Instrumente enthalten, sind bisher nicht vorhanden. Für die Diagnose von Bindungsstörungen existieren keine standardisierten beziehungsweise manualisierten Vorgehensweisen, die empirisch ausreichend belegt sind. Minimalstandards wie sie etwa in den so genannten Practice Parameters der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2005) empfohlen werden, sind durchaus übertragbar ebenso wie die systematische Nutzung von videogestützten Verfahren zur Einschätzung elterlichen feinföhligen bzw. dysfunktionalen Verhaltens (z. B. Bronfman, Parsons & Lyons-Ruth, 2004; Crittenden, 2007). Potentiell übertragbar ist auch ein spezifisch modulares Diagnoseinventar zur Risikoeinschätzung bei (drohender) Kindeswohlgeföhrdung (vgl. Ostler & Ziegenhain, 2007). Das Inventar bezieht klinisches und bindungsbezogenes Wissen sowie empirisch abgesicherte Risikoindikatoren und -mechanismen in der Vorerfahrung, der Persönlichkeit sowie dem Verhalten und der Einstellung von Eltern in der Beziehung zum Kind ein. Dabei wird weitgehend auf vorhandene, und wenn möglich erprobte und empirisch abgesicherte Verfahren, wie Fragebögen, Interviews oder Interaktionsbeobachtungsverfahren zurückgegriffen. Ein weiteres Praxismanual für den deutschsprachigen Raum enthält explizit Screeningsinstrumente zur Traumatisierung und psychischen Belastung von Kindern und Jugendlichen sowie Hinweise und Dokumentationsbögen zum Vorgehen bei der Hilfeplanung und interdisziplinären Versorgung von Pflegekindern bzw. Kindern mit Traumafolgestörungen. Allerdings sind diese in erster Linie bei älteren Kindern und Jugendlichen anwendbar (Oswald, Ernst & Goldbeck, 2011). Im so genannten Handbuch Pflegekinderhilfe sind, neben einer umfassenden Bestandsaufnahme der Pflegekinderhilfe sowie dem Stand der wissenschaftlichen Forschung, ebenfalls auf einer breiteren Basis Verfahrensvorschläge und Handlungsempfehlungen zusammengestellt (Kindler et al., 2010).

*Festlegung verbindlicher Standards für die Zeit der Inobhutnahme.* Die Koordinierung und Steuerung bei der Abklärung einer möglichen Kindeswohlgeföhrdung im



Kontext von Inobhutnahmen bedarf einer verstärkten Verbindlichkeit, um eine deutliche Reduktion der Dauer von Inobhutnahmen bei Säuglingen und Kleinkindern zu erzielen. Aus den Erfahrungen rund um die Entwicklung der so genannten Frühen Hilfen lässt sich übertragen, dass gerade bei der Zusammenführung von Informationen aus unterschiedlichen Bereichen bzw. bei interdisziplinärer Zusammenarbeit, wie sie rund um Inobhutnahmen stattfindet, eine übergreifende Ablaufstruktur notwendig ist. Unzureichend strukturierte Verfahrensabläufe lassen sich schwer einzelfallbezogen kompensieren. Wichtig ist die Entwicklung einer Ablaufstruktur mit verbindlichen Zuständigkeiten bzw. Casemanagement und Fristsetzungen, wie z. B. bei familiengerichtlich anberaumten Begutachtungen.

*Zeitliche Festlegung von und Gestaltung der Besuchskontakte mit den Herkunftseltern.* Die Arbeit mit Herkunftseltern ist erfahrungsgemäß schwierig, zumal wenn bereits eine Vorgeschichte von Vernachlässigung und/oder Misshandlung vorliegt. Die Chancen zur Kooperation sind häufig eher gering. Insofern dürfte die Aufrechterhaltung der Bindung des Kindes zu seinen Eltern eine gewisse Herausforderung darstellen. Insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern geht es um regelmäßige und um zeitlich engmaschige Kontakte. Obwohl die Befundlage beim Umgang mit misshandelten und vernachlässigten Kindern gemäß einer Analyse vorliegender Studien unzureichend ist, scheinen die Studien bei Pflegekindern, also unter einer breiteren Betrachtung, eher für keine negativen Entwicklungsfolgen zu sprechen (Kindler & Lillig, 2004). Aus der Praxis, und dabei besonders von Seiten von Pflegeeltern, werden allerdings regelmäßig negative Verhaltens- sowie Stressreaktionen von Kindern nach Besuchskontakten berichtet. Tatsächlich fanden sich bei Pflegekindern auch negative Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von Besuchskontakten und dem Abbruch einer Unterbringung in einer Pflegefamilie in Deutschland (Bovenschen et al., 2013). Insofern bestehen hier hohe fachliche Anforderungen an die Gestaltung der Besuchskontakte mit den Herkunftseltern während Inobhutnahmen. Hierbei wären durchaus auch gemeinsame stationäre Aufenthalte von Kind und Herkunftseltern anzudenken. Damit ließen sich unter fachlicher Betreuung Kontakte moderieren und in hinreichender Häufigkeit sicherstellen. Ein weiterer Vorteil bestünde in der gleichzeitigen Diagnostik und Prognoseklärung. Praxisbeispiele von solchen stationären Clearings existieren bereits und könnten ein übertragbares Modell auch für Säuglinge und Kleinkinder in der Inobhutnahme sein. Sie böten auch die Chance der Anwendung von bindungsgestützten Angeboten zur Förderung elterlichen feinfühligem Verhalten.

*Bindungssensible Gestaltung des Betreuungssettings.* Die Betreuung durch eine emotional zuverlässige und konstante Bezugsperson ist keine mögliche Alternative, sondern gemäß den vorliegenden Forschungsbefunden

verbindlicher Standard. Die häufigste Angebotsform in der Kinder- und Jugendhilfe ist die Bereitschaftspflege. Inwieweit die Betreuung in der Bereitschaftspflege der Befindlichkeit und Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern zuträglich bzw. stressreduzierend sein kann, hängt u. a. auch davon ab, wie die Besuchskontakte mit den Eltern sowie die Rückführung und, idealerweise, auch die Inobhutnahme selber gestaltet werden.

*Pädagogische und therapeutische Standards.* Fachkräfte, die Kleinkinder mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen sowie schwerwiegenden Bindungsproblemen betreuen, benötigen spezifisches (Handlungs-) Wissen, z. B. für die (Re-) Interpretation ihres häufig schwierigen und bizarren Verhaltens, z. B. im Umgang mit emotionaler Nähe und Distanz bzw. auch sozial grenzüberschreitenden Verhaltens. Darüber hinaus geht es darum, eine verlässliche, vorhersagbare Umgebung zu schaffen. Hierbei lassen sich traumapädagogische Ansätze heranziehen. Das so genannte Konzept des „Sicheren Ortes“ beschreibt sowohl einen tatsächlich sicheren Rahmen bzw. einen Ort, an dem das Kind vor Übergriffen geschützt ist, als auch einen emotional sicheren Ort, der durch vorhersagbares und auf das Kind individuell abgestimmtes Verhalten emotionale Sicherheit ermöglichen soll (Lang et al., 2013). Ziel ist es, die Kinder zunehmend in der Fähigkeit zu fördern, physiologische, emotionale und Verhaltensregulation zu entwickeln (Dozier, Highly, Albus & Nutter, 2002). Neben einem solchen traumapädagogisch gestalteten Alltag stehen zudem erfolgversprechende manualisierte Bindungsprogramme zur Verfügung, wie das Programm „Attachment and Biobehavioral Catch-Up“, ABC (Dozier et al., 2002; Dozier, Lindhiem & Ackerman, 2005), das spezifisch für Pflegekinder bzw. für Familien mit hohem Misshandlungsrisiko konzipiert wurde. Der Fokus liegt auf der Vermeidung beängstigenden Verhaltens und ist überwiegend verhaltenstheoretisch mit Videofeedback. Erste Daten zeigten positive Effekte auf die Cortisolproduktion sowie eine Reduktion von Verhaltensproblemen (Dozier et al., 2006).

Die hier ausgeführten dargestellten Aspekte lassen sich als Elemente und Bausteine für eine bindungstheoretisch begründete Konzeption zu Verfahrensstandards und zur Gestaltung der Inobhutnahme bei Säuglingen und Kleinkindern verstehen. Eine bindungstheoretische Perspektive könnte die Perspektive des Kindes beträchtlich stärken. Die notwendigen interdisziplinären Qualifizierungsherausforderungen ließen sich etwa auch mithilfe von ELearning-Kursen ökonomisch und breit zugänglich vorhalten. Wichtig wäre es, bei einer derartigen Konzeptentwicklung auf bestehende Verfahren zurückzugreifen (Off-Shelf) und für die Praxisanforderungen der spezifischen Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland anpassen. Der Gefahr der mit Inobhutnahmen verbundenen Schädigungen von Kindern würde durch die Entwicklung solcher Standards und Verfahrensprozesse deutlich vorgebeugt.



## Literatur

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1206–1218.
- Baugerud, A. G. & Melinder, A. (2012). Maltreated children's memory of stressful removals from their biological parents. *Applied Cognitive Psychology*, 26, 261–270.
- Boris, N. W., Zeanah, C. H., Larrieu, J., Scheeringa, M. & Heller, S. (1998). Attachment disorders in infancy and early childhood. *American Journal of Psychiatry*, 155, 295–297.
- Bovenschen, I., Gabler, S., Lang, K., Zimmermann, J., Kliewer, J., Nowacki, K. & Spangler, G. (2013). *Attachment in foster children throughout the first year of placement: The role of early adversity and foster parents' behavior*. Paper presented at the 16<sup>th</sup> European Conference on Developmental Psychology, Lausanne.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psycho-Analysis*, 25, 19–52, 107–127.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bronfman, E., Parsons, E. & Lyons-Ruth, K. (1992–2004). *Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBLANCE): Manual for coding disrupted affective communication (2<sup>nd</sup> ed.)*. Unpublished manual, Harvard University Medical School.
- Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B. & Giles, W. H. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37, 389–396.
- Büttner, P. (2013). Kinder- und Jugendhilfe. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., überarb. Aufl., S. 771–788). Göttingen: Hogrefe.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A. & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851–854.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301 (5631), 386–389.
- Cicchetti, D. (2013). Annual Research Review: Resilient functioning in maltreated children – past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 402–422.
- Crittenden, P. M. (1992). Children's strategies for coping with adverse home environments: An interpretation using attachment theory. *Child Abuse and Neglect*, 16, 329–343.
- Crittenden, P. M. (2007). *CARE-Index Coding Manual*. Unpublished manuscript. Miami, FL: Family Relations Institute.
- Crittenden, P. M. & DiLalla, D. L. (1988). Compulsive compliance: The Development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 585–599.
- DeWolff, M. S. & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571–591.
- Dozier, M., Highley, E., Albus, K. E. & Nutter, A. (2002). Intervening with foster infants' caregivers: Targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal*, 23, 541–554.
- Dozier, M., Lindhiem, O. & Ackerman, J. P. (2005). Attachment and Biobehavioral Catch-Up: An intervention targeting empirically identified needs of foster infants. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp.178–194). New York: Guilford.
- Dozier, M., Manni, M., Gordon, M. K., Peloso, E., Gunnar, M. R., Stovall-McClough, K. et al., (2006). Foster children's diurnal production of cortisol: An exploratory study. *Child Maltreatment*, 11, 189–197.
- Egger, H. L., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., Walter, B. K. & Angold, A. (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 538–549.
- Fegert, J. M. (1998). Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen in der Vorgeschichte von Pflegekindern. In Stiftung „Zum Wohl des Pflegekinds“ (Hrsg.), *1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. & Marks, J. S. (1998). Household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*, 14, 245–258.
- Fendrich, S., Pothmann, J. & Tabel, A. (2014). *Monitor Hilfen zur Erziehung 2014*. Dortmund: Forschungsverbund DJI/TU Dortmund an der Fakultät 12 der TU Dortmund.
- Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (FDZ). (2009). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Erzieherische Hilfen*. Düsseldorf: FDZ.
- Freud, A. & Burlingham, D. (1943). *War and children*. New York: Medical War Books.
- Fries, A. B. W., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jacoris, S. & Pollak, S. D. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102, 17237–17240.
- Frodl, T. & O'Keane, V. (2012). How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans. *Neurobiology of Disease*, 52, 24–34.
- Gleason, M. M. & Zeanah, C. H. (2010). *Reactive attachment disorder: A review for DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Goldfarb, W. (1945). Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 14, 247–255.
- Green, J. & Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment and research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 835–846.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2013). Trennung, Tod und Trauer in den ersten Lebensjahren: Die Bindungstheoretische Sicht. In R. Kißgen & N. Heinen (Hrsg.), *Trennung, Tod und Trauer in den ersten Lebensjahren* (S. 36–53). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gunnar, M. R. & Quevedo, K. M. (2008). Early care experiences and HPA axis regulation in children: A mechanism for later

- trauma vulnerability. *Progress in Brain Research*, 167, 137–49.
- Hart, H. & Rubia, K. (2012). Neuroimaging of child abuse: A critical review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 52.
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E. & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52, 671–690.
- Kaplan, S. J., Pelcowitz, D. & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1214–1222.
- Kindler, H. & Lillig, S. (2004). Psychologische Kriterien bei Entscheidungen über eine Rückführung von Pflegekindern nach einer früheren Kindeswohlgefährdung. *Praxis der Rechtspsychologie*, 14, 368–397.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H. & Werner, A. (2006). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Kindler, H., Helming, E., Meysen, T. & Jurczyk, K. (Hrsg.). (2010). *Handbuch Pflegekinderhilfe*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Kindler, H., Lukaszcyk, P. & Reich, W. (2008). Validierung und Evaluation eines Diagnoseinstrumentes zur Gefährdungseinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (Kinderschutzbogen). *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, 94, 500–505.
- Kobak, R. & Madsen, S. (2008). Disruptions in attachment bonds: Implications for theory, research, and clinical intervention. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 23–47). New York: Guilford.
- Lang, B., Schirmer, C., Lang, T., de Hair, I. A., Wahle, T., Bausum, J., Weiß, W. & Schmid, M. (2013). *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lakatos, K., Nemoda, Z., Toth, I., Ronai, Z., Ney, K., Sasvari-Szekely, M. et al. (2002). Further evidence for the role of the dopamine D4 receptor gene (DRD4) in attachment disorganization: Interaction of the III exon 48 bp repeat and the -521 C/T promoter polymorphisms. *Molecular Psychiatry*, 7, 27–31.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobowitz, D. (2008). Attachment disorganization. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 666–697). New York: Guilford.
- Main, M. & George, C. (1985). Response of abused and disadvantaged toddlers to distress in agemates: A study in the day care setting. *Developmental Psychology*, 21, 407–412.
- McCrary, E., De Brito, S. & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry / Frontiers Research Foundation*, 2, Art. 48.
- O'Connor, T. G. (2002). Attachment disorders in infancy and childhood. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (4<sup>th</sup> ed.; pp. 776–792). Malden: Blackwell.
- O'Connor, T. (2005). Attachment disturbances associated with early severe deprivation. In C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossmann, S. B. Hrdy, M. E. Lamb, S. W. Porges & N. Sachser (Eds.), *Attachment and bonding – A new synthesis* (pp. 257–267). Cambridge: The MIT Press.
- O'Connor, T. & Zeanah, C. H. (2003). Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment and Human Development*, 5, 223–244.
- Oosterman, M. & Schuengel, C. (2008). Attachment in foster children associated with sensitivity and behavioral problems. *Infant Mental Health Journal*, 29, 609–623.
- Ostler, T. & Ziegenhain, U. (2007). Risikoeinschätzung bei (drohender) Kindeswohlgefährdung: Überlegungen zu Diagnostik und Entwicklungsprognose im Frühbereich. In U. Ziegenhain & J. M. Fegert (Hrsg.), *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung* (S. 67–83). München: Reinhardt.
- Oswald, S., Ernst, C. & Goldbeck, L. (2011). *Praxismanual. Interdisziplinäre Versorgung von Pflegekindern an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitssystem*. Ulm: Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie.
- Pechtel, P. & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: An integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214, 55–70.
- Petermann, F., Besier, T., Büttner, P., Rücker, S., Schmidt, M. & Fegert, J. M. (2014). Vorläufige Schutzmaßnahmen für gefährdete Kinder und Jugendliche. Inobhutnahme in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung*, 23, 124–133.
- Petermann, U., Petermann, F. & Damm, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 243–253.
- Robertson, J. & Robertson, J. (1971). Young children in brief separation: A fresh look. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 264–315.
- Roy, P., Rutter, M. & Pickles, A. (2004). Institutional care: Associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 866–873.
- Rutter, M. (1977). Separation, loss and family relationships. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child psychiatry: Modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific.
- Rutter, M. (1979). Separation experiences: A new look at an old topic. *Journal of Pediatrics*, 95, 147–154.
- Rutter, M. & O'Connor, T. G. (1999). Implications of attachment for child care policies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications* (pp. 823–844). New York: Guilford.
- Rutter, M., Moffit, T. E. & Caspi, A. (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties by real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 226–261.
- Scheeringa, M. S. & Gaensbauer, T. J. (2000). Post traumatic stress disorder. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford Press.
- Schmid, M., Fegert, J. M. & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörungen: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 47–63.
- Schmid, M., Schmeck, K. & Petermann, F. (2008). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? *Kindheit und Entwicklung*, 17, 190–202.
- Schmidt, M. H., Petermann, F. & Schipper, M. (2012). Epigenetik – Revolution der Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung*, 21, 245–253.
- Schneider-Rosen, K. & Cicchetti, D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality

- of attachment and the development of visual self-recognition. *Child Development*, 55, 648–658.
- Schneider-Rosen, K. & Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development. *Developmental Psychology*, 27, 471–478.
- Smyke, A. T., Dumitrescu, A. & Zeanah, C. H. (2002). Disturbances of attachment in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 972–982.
- Spangler, G. & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1434–1450.
- Sroufe, L. A., Duggal, S., Weinfield, N. S., & Carlson, E. A. (2000). Relationships, development, and psychopathology. In A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2<sup>nd</sup> ed., pp.75–91). New York: Plenum Press.
- Stovall, K. C. & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for ten foster infants. *Development and Psychopathology*, 12, 133–156.
- Thrum, K. (2007). *Ergebnisse der Pflegekinder-Fallerhebung des DJJ. Arbeitspapier*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Troc  m  , N., Tourigny, M., MacLaurin, B. & Fallon, B. (2003). Major findings from the Canadian Incidence Study. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1427–1439.
- Tyrka, A. R., Burgers, D. E., Philip, N. S., Price, L. H. & Carpenter, L. L. (2013). The neurobiological correlates of childhood adversity and implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 434–447.
- Tyrka, A. R., Wier, L. M., Price, L. H., Anderson, G. M., Wilkinson, C. W. & Carpenter, L. L. (2008). Childhood parental loss and adult hypothalamic-pituitary-adrenal function. *Biological Psychiatry*, 63, 1147–1154.
- US Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth, and Families (1999). *Child maltreatment 1997: Reports from the states to the National Child Abuse and Neglect Data System*. Washington: US Government Printing Office.
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225–249.
- Wolkind, S. & Rushton, A. (1994). Residential and foster family care. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child Psychiatry: Modern approaches* (pp. 252–266). Oxford: Blackwell Scientific.
- Zeanah, C. H., Scheeringa, M. S., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T. & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28, 877–888.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., Carlson, E. & The Bucharest Early Intervention Project Core Group (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76, 1015–1028.
- Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Ostler, T. & Buchheim, A. (2007). Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgef  hrdung im Säuglings- und Kleinkindalter. Chancen früher beziehungsorientierter Diagnostik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 410–428.
- Ziegenhain, U. & Fegert, J. M. (2012). Frühkindliche Bindungsstörungen. In J. M. Fegert, C. Eggers & F. Resch (Hrsg.), *Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters* (2. Aufl., S. 937–947). Berlin: Springer.
- Ziegenhain, U. (2014). *Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgef  hrdung. Br  hler Schriften zum Familienrecht*. Bielefeld: Gieseking.
- Ziegenhain, U., Künster, A. K., Zwönitzer, A., Besier, T., Pillhofer, M. & Fegert, J. M. (2013). *Projekt „Nachhaltige Wirkung Früher Hilfen“*. Unveröffentlichter Abschlussbericht. Ulm: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm.
- Zielinski, D. S. (2009). Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child Abuse & Neglect*, 33, 666–678.

Prof. Dr. Ute Ziegenhain, Prof. Dr. J  rg Fegert  
Henriette Schneider-Haßloff, Dr. Anne Katrin Künster

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
Universitätsklinikum Ulm  
Steinh  velstra  e 5  
89075 Ulm  
E-Mail: ute.ziegenhain@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation  
Universität Bremen  
Grazer Straße 2 und 6  
28359 Bremen