Klarheit über die eigenen Motive - Wie entstehen Störungen und wie müssen Adoptiv- und Pflegeeltern von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe unterstützt werden?

Adoptiv- und Pflegeeltern sind in einem hohen Maße bereit, sich auf alle Unwägbarkeiten, die die Aufnahme eines ihnen primär fremden Kindes mit sich bringt, einzulassen und zum Wohle des Kindes mitzutragen.

Teilweise kann aber die Belastung der wohlwollenden Eltern an Grenzen geführt werden. Hier ist es dann dringend notwendig, sowohl aus der Kinder- und Jugendhilfe als auch aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext heraus diese Eltern bestmöglich zu unterstützen.

Voraussetzung ist aus meiner Sicht ein grundlegendes Wissen um die schwerwiegenden Beeinträchtigungen, die die Kinder häufig im Vorfeld der Aufnahme in die jeweiligen Familien erlebt haben.

Frühkindliche Entwicklung

Ein Neugeborenes kommt üblicherweise sehr reizoffen, wenig selbstregulationsfähig und ungeschützt zur Welt. Die Reaktionsweisen des Säuglings sind in gewisser Weise vorhersehbar und haben einen stereotypen, wenig differenzierten Charakter. So ist bei jeglichem Dyskomfort am ehesten damit zu rechnen, dass die Babys schreien und weinen. Ein differenzierter Affektausdruck, der es möglich macht zu verstehen, was die Quelle der Not ist, steht Säuglingen primär nicht zur Verfügung. Sie sind auf unser einfühlendes Verstehen angewiesen, indem wir ihnen entsprechend hilfreich zur Seite stehen, um z. B. eine vollgemachte Hose zu säubern, für ausreichend Nahrung zu sorgen, ein Wiegenlied zur Beruhigung zu singen oder zu versuchen, Schmerzen zu lindern. Über dieses Einfühlen können wir gleichzeitig durch Mimik, Gestik und Lautieren dem Säugling Resonanz über das vermutete Gefühl, zum Beispiel Trauer, Angst, Schreck, Freude vermitteln, so dass letztendlich eine Lern- und Differenzierungsmöglichkeit für den Säugling entsteht.

Unsere Reaktionsweisen sind jedoch oftmals subtiler als wir vermuten können. Im Rahmen der physiologischen Filterfunktionsstörung des Säuglings machen bereits unsere Pupillenstellung,

unsere Atem- und Herzfrequenz sowie unsere Mikromimik einen starken Eindruck auf den Säugling, sodass es umso bedeutsamer ist, dass die Bezugspersonen selbst über adäquate Filter verfügen.

Zahlreiche psychiatrische Erkrankungen auf Seiten der Eltern können aber dazu führen, dass deren Resonanz- und Einfühlfähigkeit reduziert sind. Eine adäquate Entwicklung, in der der Säugling sich zu erleben und auszudrücken lernt, kann dann oft nicht mehr stattfinden. Durch die fehlende Affektdifferenzierung, die wir oftmals im Jugend- und im jungen Erwachsenenalter weiter beobachten können – ähnlich der Totalität des Säuglingserlebens – bleiben die Betroffenen ganz dem negativen Affekt ausgeliefert.

Darüber hinaus ist dafür zu sorgen, dass es nicht zu einer Überstimulation kommt. Diese kann intensiv und offensichtlich auftreten, zum Beispiel durch Lärm, Schreien, ungefilterte Aggressivität oder intensive Gefühle von Angst der Bezugsperson. Oder die Stimulation kann auch inadäquat sein, im Sinne einer nur wenig regulierten Körperkontakterfahrung. Insbesondere in sozioemotionalen Milieus, in denen Gewalt, Drogenkonsum und intensive zwischenmenschliche Auseinandersetzungen eine Rolle spielen, kann ein adäquater Rahmen nicht ausreichend zur Verfügung gestellt werden. Auch hier spielen psychiatrische Erkrankungen auf Seiten der Eltern oftmals eine große Rolle. Beim Kind gibt es Hinweise, dass die ersten eineinhalb Jahre in dieser Hinsicht hoch bedeutsam sind und insofern ein Ausbleiben der zuvor genannten Notwendigkeiten letztendlich zu einer nicht ausreichend ausgebildeten Funktion der Grenzregulation in verschiedenen Bereichen wie Wahrnehmung, Affektivität, Impulsivität und besonders Identitäts (Identitätsbildung oder -findung?) führt.

Störungen durch Behinderungen

Darüber hinaus gibt es deutliche Hinweise darauf, dass ein Säugling selbst bei ausreichender Versorgung nur eine reduzierte Fähigkeit/biologische Ausstattung haben kann, diese Regulationshilfe, Resonanz und Schutzfunktion der Eltern zum Aufbau von regulierenden, filternden und identitätsstiftenden Strukturen zu nutzen. Hier müssen wir davon ausgehen, dass die Vernetzungsfähigkeit der für die Persönlichkeitsentwicklung bedeutsamen Hirnanteile - im Besonderen die Bereiche für Emotions- und Wahrnehmungsregulation nicht über die gleichen Lernkapazitäten verfügen wie dies üblicherweise der Fall ist.

Spätere Störungen, weil die Belastungsgrenze erreicht ist

Aber selbst wenn dem Säugling all das elterlich Notwendige zur Verfügung gestellt wird und er grundlegend von seiner biologischen Ausstattung her über eine gute Lern- und Reifungsfähigkeit verfügt, hat natürlich jede Ich-Grenze ihre Belastungsgrenzen, so dass es nach Ausbildung einer adäquaten inneren und äußeren Struktur durch die Einwirkung von Traumata erneut zu einer Brüchigkeit der einmal geschaffenen Grenzen kommen kann. Hier sind zum einen die psychosozialen und emotionalen Traumata zu nennen, wie Gewalt, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung, darüber hinaus jedoch auch weitere schädigende Einflüsse wie Drogenkonsum, Infektion, Medikamente, Schädel-Hirn-Traumata oder Atemstillstand. Insbesondere bei den persönlichkeitsgestörten Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen sich im Schnitt ca. 75 % auch im Sinne einer Traumafolgeerkrankung belastet.

Schwere Störungen durch vielfältige Belastungen

Schwerwiegende Persönlichkeitsstörungen gehen jedoch nur in den seltensten Fällen monokausal auf Traumatisierungen zurück, sondern stellt oftmals eine Kombination aus dem dargestellten Mangel in der primären Versorgungssituation, einer genetischen,Prädisposition und zusätzlich einer Traumatisierung dar.

Verhalten verstehen können

Voraussetzung für eine adäquate Begleitung solch belasteter Kinder ist zunächst einmal ganz basal das Wissen um solche Entwicklungen, damit eine entsprechende Vorbereitung stattfinden kann und von Anfang an intensive Begleitmaßnahmen initiiert werden können. Darüber hinaus zeigt sich, dass gerade bei diesen Kindern die eigene Motivlage der Pflege- und Adoptiveltern von hoher Bedeutung zu sein scheint. Spielt zum Beispiel eigener Kinderwunsch und die Wirksamkeitsentfaltung des eigenen Liebespotentials in Richtung der Kinder eine starke Rolle, kann es genau bei diesen frühstrukturell gestörten Kindern zu erhöhter Irritation kommen und damit genau zu einem gegenteiligen Verhalten mit expansiv aggressivem, abwertendem und destruktivem Verhalten. Dies bleibt ohne ausreichendes Störungs- und anamnestisches Wissen oft unverstehbar, da doch in normalen zwischenmenschlichen Kontexten liebevolle Zuwendung und Unterstützung üblicherweise hilfreich und förderlich erachtet und auch entsprechend mit positiver Resonanz

beantwortet werden. Pflege- und Adoptiveltern müssen wissen, dass derart belastete Kinder und Jugendliche nicht über die Mittel verfügen, auf positive pädagogische Maßnahmen und eine emotionale Haltung auf Elternseite adäquat zu reagieren.

Hilfreiche Beziehungsgestaltung

Aus meiner Sicht kann bei entsprechendem Wissen um die frühen Belastungen der anvertrauten Kinder von Anfang an eine starke Orientierung in Richtung professioneller Betreuung der Kinder hilfreich sein. So müssen einerseits Coaching und Ausbildung der Pflegeeltern im Vordergrund stehen und andererseits übermäßige Emotionalisierung vermieden werden.

Eigene emotionale Aspekte aufseiten der Eltern dienen dazu, hochmotiviert und engagiert im Prozess zu sein, jedoch motivlos. Dies bedeutet, dass sich das Selbstwertgefühl, die eigene Identität, das eigene Wohlbefinden im Leben nicht davon abhängig machen, wie das anvertraute Kind mit den entsprechenden fürsorglichen, unterstützenden Angeboten der Eltern umgehen kann, wie es diese verwerten kann und wie es diese wiederum beantwortet in der Beziehungsgestaltung mit den Eltern.

Was unterstützt? Information, Reflexion und ein Netzwerk

So brauchen Pflege- und Adoptiveltern für die Bewältigung einer solchen Aufgabe erstens eine Klarifizierung ihrer eigenen Motive und ihrer eigenen Möglichkeiten. Weiters uneingeschränkte Informationen über den bisherigen Verlauf, die bisherigen Belastungsfaktoren und deren Dauer, sodass sie sich mit dem entsprechenden Störungswissen ein ausreichendes Bild von der Verantwortungsübernahme machen können. Hier kann dann frühzeitig im Verbund mit Jugendhilfe, Kinderpsychotherapie und Kinderpsychiatrie ein entsprechendes Netzwerk gestaltet werden, was von Anfang an darauf ausgerichtet ist, dass diese Aufgabe alleine nicht bewältigt werden kann und muss. Letztlich sollte dann mit wohlwollender Haltung und weitgehender Motivlosigkeit aller eteiligten sowie gleichzeitig höchster Motivation und höchstem Engagement auf den Weg gebracht werden, dass dem Kind trotz aller Vorbelastungen ein möglichst verbessernder, wenn auch nicht heilender Lebensweg ermöglicht wird. Alle Beteiligten sollten hier über eine gewisse Expertise im Umgang mit frühstruktuell gestörten Kindern und Jugendlichen verfügen.

So konnten wir in der Klinik Walstedde Pflegeeltern durch entsprechende Kurse zur "klinischen Pädagogik" entsprechend unterstützen.

Kinder benötigen von Anfang an Entwicklungsräume, die ihren tatsächlichen Möglichkeiten, aber auch Bedarfen entsprechen. Kann dieser Rahmen nicht in Gänze hergestellt werden, wird es sich immer um eine Kompromissbildung handeln. Dieser Kompromiss birgt das Risiko, positive Verläufe unwahrscheinlicher zu machen und die engagierten, wohlwollenden Familien teilweise intensiven und extremen Scheitererfahrungen auszusetzen.

Dies gilt es zum Wohle aller Beteiligten zu vermeiden.