



**Professionelle Beziehungsarbeit mit jungen Kindern –
Was brauchen kleine Kinder?
Was bedeutet das für die Arbeit der Fachkräfte?**

Yonca Izat

03.November 2022

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychsomatik

Vorannahmen

- Kleine Kinder sind Kinder bis zum 5.LJ – in diesem Alter ist eine Fremdplatzierung in einer Adoptiv-/ Pflegefamilie anzustreben
- Kinder in diesem Alter sind besonders vulnerabel – körperlich und seelisch (höchste Sterblichkeit in der Altersgruppe 0-5.LJ -<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1013307/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland-nach-alter/>)
- Diese Kinder sind besonders abhängig von Ihrer Umwelt
- Ungünstige Milieubedingen sind umso gefährdender je jünger das Kind ist und je anhaltender diese ungünstigen Einwirkungen sind
- Bestimmte Situationen (die ältere Kinder als Belastung erleben) können in diesem Alter traumatisch sein (z.B. allein im Zimmer sein über drei Stunden) – Gefühl hilflos ausgeliefert zu sein
- Anhaltender Stress durch Traumata/ hohe Belastung wirken sich auf die Gehirnentwicklung aus
- Das Gehirn bestimmt Denken, Gefühle und Verhalten

Fallbeispiel Emil

- 1,9Jahre alter Junge – Vorstellung durch Betreuerin der Kinderschutz-WG
- 1monat davor Abgabe der Kinder (+ 5.LM Schwester) durch KM im Krisennotdienst
- Nach 14 Tagen im Krisennotdienst Wechsel in die Kinderschutz-WG
- Symptomatik:
 - auffallend starr + maskenhaft
 - Distanzgemindert – wahllose Annäherung an fremde Personen
 - Maskenhaft fröhlich + unechtes Lachen
 - Ambivalente Kontaktgestaltung (Nähe suchen und wegstoßen gleichzeitig)
 - Wutanfälle bei Wunschversagen/ Grenzsetzung
 - Hochwachsames Kind
 - Sprunghaft, ruhelos, sehr geringe Ausdauer
 - Freudloses Spiel
 - Keine Sprache, Wünsche werden durch Gesten geäußert
 - Essen stopfen, kein Sättigungsgefühl
 - 2h bis zum Einschlafen, unruhiger Schlaf und öfter wach werden
 - Erhöhtes Unfall-Risiko-Verhalten – kein Schmerzempfinden
 - Problematische Wickelsituation – wehrt Körperkontakt beim Wickeln ab
- Körperlich: Größe: 19.Perz.; BMI: 92.Perz., KU: 27.Perz.

Emil Teil 2

- Bleibt über 9 Monate in Kinderschutz-WG (ohne Kontakt zur Schwester)
- Parallel in unserer TK-Behandlung- Symptomatik zum Ende der TK-Zeit:
 - Eifersucht auf jüngere Kinder + Neid (wirft Stein auf Betreuerin als diese sich anderem (jüngeren) Kind zuwendet)
 - Aggression auch gegen jüngere Kinder; besonders wenn er sich abgelehnt fühlt
 - Begrenzung besonders beim Essen führen zu Anfällen: auf den Boden werfen, schreien und weinen (auch wenn Brot schmieren zu lange dauert)
 - Veränderungen im Tagesablauf führen zu erhöhter emotionaler Instabilität
 - Phasen von Glücklichkeit wechseln ab mit Phasen von Unglücksein und Weinerlichkeit; manchmal ohne nachvollziehbaren Grund plötzlich heftiges Weinen
 - Einschlafritual über 40 min hat Schlafverhalten verbessert
 - Beginnendes Symbolspiel mit Puppen (spielt Alltagssituationen wie füttern)
 - Distanzloses und risikohaftes Verhalten nicht mehr zu beobachten
 - Bei heftigen Schmerzen inzwischen Bedürfnis nach Trost sichtbar, trösten wird zugelassen
- 2,4 J - Größe 27.Perz., BMI 80.Perz, KU 27.Perz

Emil Teil 3

- Wechsel zu Pflege/ Adoptiveltern mit 2.5 Jahren – nach 3 Monaten erneute Aufnahme in TK
- Symptomatik beschrieben durch die Adoptivmutter:
 - Langanhaltendes Schreien, nicht zu beruhigen
 - Ambivalente Wünsche, durchgehendes Quengeln und hohe Unzufriedenheit
 - Echolalische Fragen über lange Zeiträume (werden als Provokation erlebt)
 - Selbst bei Wunscherfüllung sei das Kind traurig
 - Anhaltende Phasen von unglücklich sein, starr, apathisch und weinerlich
 - Schlafprobleme: nach einer Stunde wieder wach, unruhiger Schlaf
 - Aggressives Verhalten v.a. ggü AM Schlagen, Beißen, Werfen von Spielsachen
 - Distanzgemindert ggü Fremden
 - Beim Erscheinen der Adoptiveltern freue er sich zunächst und ignoriere sie dann
 - Große Instabilität: ständige Wechsel von Weinen, erhöhter Unruhe und Aggressivität
 - Essen stopfen – könne nicht auf Essen warten
- Adoptiveltern: Hilflos, vor allem durch Nichtberechenbarkeit und Nichtvorhersehbarkeit des Verhaltens, und hochbelastet – nur die erste Stunde nach dem Aufwachen sei entspannt....
- Körperlich:
 - A: 2, 11J - Größe 16.Perz., BMI 81.Perz, KU 18.Perz
 - E: 3,9J - Größe 29.Perz., BMI 70.Perz, KU 29.Perz

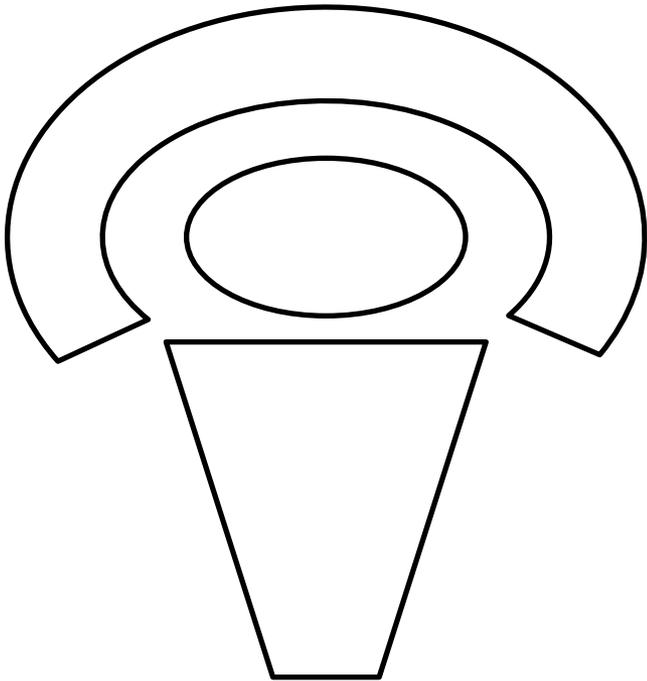
Entwicklungs-traumatisierte junge Kinder

...Initiative im Bereich der Entwicklungspsychopathologie, die die Folgen interpersoneller Traumatisierung und des Bruchs im frühen Pflegesystem für die Entwicklung der **Affektregulation, der Aufmerksamkeit, der Kognitionen, der Wahrnehmung und der interpersonellen Beziehungen** dokumentiert. Von besonderer Bedeutung sind dabei auch die Auswirkungen früher belastender Lebensereignisse auf die Hirnentwicklung...

Das Ziel der Einführung der Diagnose „Entwicklungs-trauma Störung“ (Developmental Trauma Disorder) ist die Realität der klinischen Symptomatik von Kindern und Jugendlichen zu erfassen, die chronischem interpersonellen Trauma ausgesetzt sind. Kinder, ob sie nun einige PTBS Symptome aufweisen oder nicht, die sich in einem Umfeld von andauernder Gefahr, Misshandlung und inadäquater Versorgung entwickelt haben...

Bessel Van der Kolk - 2009

Gehirn ohne Trauma



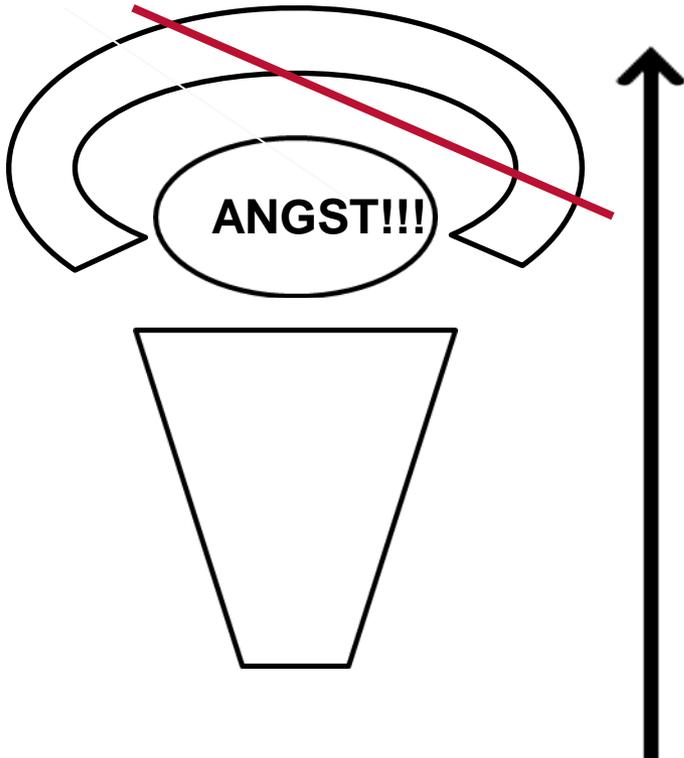
Großhirn = Kontrollzentrum- überlegtes Handeln

Mittelhirn= Gedanken, Gefühle, Erinnerung

Stammhirn= ältester Teil des Gehirns-
Steuerung grundlegender Funktionen-
Herzschlag, Atmung, Temperatur,
Nahrungsaufnahme (Reptiliengehirn)

Dieses System funktioniert gut bei geringem Stress

Ein Trauma



Vermittelt durch hohe Cortisol/
Adrenalinspiegel= Stress ist sehr hoch

Das Stammhirn übernimmt- reflexhaftes
Verhalten-

Flucht oder Kampf

Wenn das nicht möglich, dann Dissoziation =
Schreckstarre

Erlebtes wird versprengt im Gehirn
abgespeichert und Erinnerungssprengsel
kann durch Trigger aktiviert werden (flash
back)- **Problemverhalten (PV) a**

Viele Traumata, ständig - auf ein sich entwickelndes Gehirn

Anhaltender Stress- ständiges Hyperarousal (Hab- acht-Stellung)- ständig ausgeschaltetes Großhirn: Wichtige Entwicklungen können nicht erfolgen - (Integrations)- Leistungen des Gehirns sind gehemmt/ eingeschränkt:

- Explorieren/ Lernen (spielen), Abspeichern, Wiederabrufen, auf Erfahrungen aufbauen
- Emotionsregulation lernen über Unterstützung des Gegenübers (Überforderung durch Emotionen, emotionale Instabilität)
- Sprache lernen über verbale Begleitung des Gegenübers
- Motorik lernen über Anleitung des Gegenübers
- Beziehungsgestaltung, Trostsuche, Unterstützung annehmen, Ambivalenzen (idealisieren und entwerten)
- Gehemmte Mentalisierung - zu sich Selbst und zu Anderen (Erkennen von inneren Zuständen – von Motivationen, Wünschen etc. – empathisches sich hineinfühlen/ - denken)

Viele Traumata, ständig - auf ein sich entwickelndes Gehirn

- Vegetativum: Schlaf- und Konzentrationsstörung, Appetitstörung (Essen auch zur Emotionsregulation), Ausscheidungsstörung
- Körperlich: erhöhte Infektanfälligkeit, psychogener Minderwuchs (siehe auch Kopfumfang) – Cave: Zahnstatus, u.v.m.
- Dissoziationsneigung: spürt Körper nicht, wirkt ausgeschaltet
- Unfallrisiko: impulsiv, keine Gefahrenereinschätzung, geringe Aufmerksamkeit
- Aggression – großer innerer Anteil von negativen Emotionen (Wut, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Angst, Traurigkeit, Scham, Schuld etc.) – CAVE: Übertragungsgefühle
- Geringe Frustrationstoleranz; Überforderung durch Veränderungen
- Traumafolgen im engeren: direkte Folgen aus flash backs, verzerrte Kognitionen (immer werde ich ungerecht behandelt) und Emotionen von Neid und Missgunst (der Andere soll das Gute nicht haben)

Günstige Umgebungsbedingungen- allgemein

- Verlässlich- immer gleich- vorhersagbar (z.B. Tagesstruktur vorhersehbar machen ggfs. über Piktogramme)
- Wohlwollend – positive Annahmen über Ursache des Verhaltens
- Enger pädagogischer Rahmen (versuchen konsequent zu sein - gibt Halt) – auch weil Abgrenzung zu oppositionellem/ dissozialem Verhalten schwierig- Haltung: ich mag Dich als Person aber Dein Verhalten ist nicht ok
- Flexibel sein (unterschiedliche Anteile des Kindes sind unterschiedlich alt- und Leistungsfähigkeit ist tagesform abhängig- manchmal kann man auf bereits Erlerntes nicht zugreifen, aufgrund hoher innerer Anspannung)
- Gut abgesprachenes Team (aus der Situation gehen können müssen)
- Umgang mit eigener Angst- Strategien im Team entwickeln

Günstige Umgebungsbedingungen- im Speziellen

- Beziehungssicherheit (Bezugspersonen sind die nächsten 5 Jahre da)
- Bezugspersonen kennen Symptomatiken und verstehen Problemverhalten und reagieren angemessen
- Bezugspersonen finden Balance zwischen Schutz(Schon)raum und Förderung des Kindes
- Ausreichendes Supervisionsangebot zur Entlastung – lernen Symptomatik nicht persönlich zu nehmen und Kind in allen Zuständen auszuhalten
- Das Nachdenken über das Kind fördert dessen Mentalisierung
- Ständige verbale Begleitung des Kindes (zu Zuständen des Kindes und auch zur Umwelt – was passiert gerade...)
- Kontakt zur Ursprungsfamilie gestalten (begleitete Kontakte mit aktueller Bezugserzieherin des Kindes)

Umgang mit Aggression

Vorbeugend: Kinder sind schnell in hohem Stress und können dann nicht überlegt handeln- daher gut beobachten- Stresszeichen suchen/ finden- früh deeskalieren (reizärmere Umgebung) – Cave: toben führt hier oft zu körperlichen Auseinandersetzungen- lieber Sport in Gruppe – gut anleiten vor allem das wieder „runterkommen“- aktive Entspannung – Muskelrelaxation nach Jakobson – Fantasiereisen
Achtung bei Entspannung Gefahr von Intrusionen wenn Konzentration auf sich selbst

Umgang Aggression

Im Akutfall: fremd- oder selbstgefährdendes Verhalten nicht verniedlichen – Nogo-Verhalten – nicht auf Kind Einreden- kein klares Denken mehr möglich – routiniert handeln- Time intense – mit jemand im reizarmen Raum – Grundhaltung: „Du schaffst das dich zu regulieren – ich begleite Dich dabei“ – nicht allein lassen- (vorbesprechen mit dem Kind in ruhiger Situation was passieren wird im Akutfall)

Umgang Aggression

Danach: immer Situationen altersangemessen

nachbesprechen– mindestens zwei Stunden zur Beruhigung

Zeit geben – was hat das Kind abgespeichert?

Im Team Situation nachbesprechen- kann man aus der

Situation etwas lernen? Das Kind besser verstehen...?

Vorbeugend etwas tun?

Aggression des Kindes nicht vermeiden! – besser begleiten

(Kontrollverluste sind sehr unangenehm – und bei älteren Kindern mit

Schuld und Scham behaftet – das besprechbar machen)

Umgang mit Nähe- und Distanz- Verhalten:

Wunsch nach großer körperlicher Nähe: Zugehörigkeit, zeig mir dass Du mich magst, hilf mir mich zu entspannen

Gleichzeitig plötzlich abweisend, teilt sich nicht mit, holt sich keine Unterstützung: der Andere ist unzuverlässig/ bedrohlich/ keine Hilfe – zu viel Nähe geht mit großem Schmerz bei Verlust einher

Immer gleich sein als Erwachsener – ein eigenes Verhältnis zu Nähe entwickeln- authentisch sein – das ist mir zu nah! – Cave mit sexuell missverständlichen Situationen (manchmal wird Sexuelles zur Beziehungsgestaltung verwendet) – sprachliche Begleitung
Körperkontaktwünschen (was ist los? Ich könnte mir vorstellen, dass Du gerade ein bisschen Beruhigung/ Entspannung/ eine kleine Auszeit brauchst – wie wäre es mit xy– ggfs Kuscheln mit großem Teddy, Höhle bauen, etc.)

Distanz: nicht beleidigt sein – ggfs sagen dass es einem aufgefallen ist, das es ok ist, belastet nicht die Beziehung

Umgang mit ausgeprägter Aufmerksamkeitssuche

Binden Personen sehr stark

Nicht alleine sein können – Konfrontation mit innerer Leere oder unangenehmen Gefühlen – nichts mit sich anfangen können – und hohe Anspannung, die im Kontakt reduziert wird

Verständnis für nächesuchendes Verhalten – muss aber begrenzt werden- größte Gefahr: man fühlt sich irgendwann so ausgesaugt und das Kind ist aber immer noch unzufrieden und saugt immer weiter (denn Veränderungen intrapsychisch dauern Jahre!), dass man aggressiv wird/ ärgerlich- dann hat das Kind die Bestätigung- ich bin nicht liebenswert

Begrenzungen: je nach Schwere der Störung kann es hilfreich sein die Kinder zwischen zwei Angeboten wählen zu lassen- Kompromissaushandlung häufig schwierig

Umgang mit vermutlichen Trauma-Reaktionen

- Erlebtes wird versprengt im Gehirn abgespeichert und Erinnerungssprengsel kann durch Trigger aktiviert werden (flash back)- **Problemverhalten (PV) a**

Plötzliches nichtnachvollziehbares Verhalten- ruhig bleiben- ins hier und jetzt zurückholen – insgesamt Thema: Grenzverletzung und Schutz der Grenzen – was kann das Team tun (z.B. fragen bevor man etwas nimmt, verbale Ankündigung bevor man in den Raum des Kindes greift, etc.) und was kann das Kind tun – Nein sagen, Inneres mitteilen – das tut mir weh, das ist zu eng, etc.

Zusammenfassung

- Kleine Kinder sind besonders vulnerabel und sind mit hoher Wahrscheinlichkeit entwicklungs-traumatisiert wenn sie fremdplaziert werden
- Kleine Kinder stellen das Team vor große Herausforderungen – auch weil sie auf vielen Ebenen nicht gut entwickelt sind: Emotionsregulation, Beziehungsgestaltung, Motorik, Sprache, Somatik, ...
- Entwicklungs-traumatisierte Kinder respondieren nicht unbedingt und nicht rasch auf eine wohlwollende Umgebung (Vertrauen ins Gegenüber eingeschränkt)
- Beziehungskontinuität und Selbstreflexion der Betreuungsumgebung ist in hohem Ausmaß gefordert
- Zur Vermeidung weiterer Beziehungsabbrüche (i.S. interpersoneller Traumata) ist ein Netzwerk nötig (JH. KJP, Kinderarzt*innen, Kita- Erzieher*innen, Supervisor*innen, etc.)
- Eine gute Vorbereitung des Teams auf diese Aufgabe ist unabdingbar

Pflegemutter von Emil: „Ich habe kein Kind bekommen, sondern eine Aufgabe!“

Danke für Ihre Aufmerksamkeit



**Kinder- und Jugendpsychiatrie
Vivantes Klinikum im Friedrichshain
Yonca.Izat@vivantes.de**