



Deutsches
Jugendinstitut

Expertise- und Forschungszentrum Adoption (Hrsg.)

Handreichung für die Adoptionspraxis

Teil 2: Nachgehende Begleitung

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. (DJI) ist eines der größten sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitute Europas. Seit über 50 Jahren erforscht es die Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und Familien, berät Bund, Länder und Gemeinden und liefert wichtige Impulse für die Fachpraxis.

Träger des 1963 gegründeten Instituts ist ein gemeinnütziger Verein mit Mitgliedern aus Politik, Wissenschaft, Verbänden und Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe. Die Finanzierung erfolgt überwiegend aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Bundesländern. Weitere Zuwendungen erhält das DJI im Rahmen von Projektförderungen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Europäischen Kommission, Stiftungen und anderen Institutionen der Wissenschaftsförderung.

Aktuell arbeiten und forschen 390 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (davon 252 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler) an den beiden Standorten München und Halle (Saale).

Das Expertise- und Forschungszentrum Adoption (EFZA) wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Familie und Jugend (BMFSFJ) gefördert und ist am Deutschen Jugendinstitut (DJI) in München verortet. Die Projektlaufzeit erstreckte sich von Februar 2015 bis Mai 2019.

Impressum

© 2021 Deutsches Jugendinstitut e.V.

Abteilung Familie und Familienpolitik
Nockherstraße 2
81541 München

Telefon +49 89 62306-0

Fax +49 89 62306-162

E-Mail bovenschen@dji.de

www.dji.de

ISBN 978-3-86379-331-9

Autorinnen und Autoren: Ina Bovenschen, Selina Kappler, Karina-Linnéa Hellfritz, Maria Ruhfass, Jennifer Gerlach, Susanne Witte und Paul Bränzel.

Grafik Brandungen GmbH, Leipzig

Datum der Veröffentlichung April 2021

Inhalt

1. Überblick	6
2. Nachgehende Begleitung von Adoptivkindern und ihren Adoptiveltern	8
2.1 Bedürfnisse von Adoptivkindern und Adoptiveltern	8
2.2 Rechtliche Grundlagen der nachgehenden Begleitung von Kindern und ihren Adoptiveltern	9
2.3 Allgemeine Leitlinien für die Arbeit mit den Familien	9
2.4 Formen der nachgehenden Begleitung von Adoptivfamilien	11
2.5 Themen und Inhalte in der nachgehenden Begleitung von Adoptivfamilien	13
2.6 Biografiearbeit mit Adoptierten	15
2.6.1 Ziele der Biografiearbeit	17
2.6.2 Wie funktioniert Biografiearbeit? Definition, Methoden und Vorgehen	17
2.6.2.1 Vorgehen bei der Biografiearbeit	18
2.6.2.2 Eine Methode der Biografiearbeit: das Lebensbuch	19
2.6.2.3 Weitere Anregungen für die Gespräche mit Adoptierten über die eigene Herkunft	21
2.6.3 Umgang mit Informationslücken	24
2.6.4 Materialsammlung: Biografiearbeit	25
2.7 Herkunftssuche	26
2.7.1 Rechtlicher Hintergrund	27
2.7.2 Anlässe für Herkunftssuche und Gründe, nicht nach der eigenen Herkunft zu suchen	30
2.7.3 Die Rolle der Fachkraft bei der Herkunftssuche	31
2.7.4 Fachliches Vorgehen bei der Herkunftssuche	34
2.8 Spezifische Beratungsthemen von Adoptivfamilien	38
2.8.1 Identifikation von besonderen Beratungsthemen	38
2.8.2 Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten	40
2.8.2.1 Begriffserklärung und Formen von Verhaltensproblemen	40
2.8.2.2 Häufigkeit von Verhaltensproblemen bei Adoptivkindern	42
2.8.2.3 Handlungsmöglichkeiten bei behandlungsbedürftigen Verhaltensproblemen	44

2.8.2.4	Behandlungsmöglichkeiten von Verhaltensproblemen	47
2.8.3	Probleme in der Geschwisterbeziehung	49
2.8.3.1	Besonderheiten von Geschwisterbeziehungen bei Adoptivkindern	49
2.8.3.2	Ansatzpunkte für die Beratung der Familien	50
2.8.4	Kinder mit Bindungsproblemen und Bindungsstörungen	53
2.8.4.1	Begriffsbestimmung: Bindungsverhalten, Bindungsqualität, Bindungsdesorganisation und Bindungsstörung/ Beziehungsstörung	54
2.8.4.2	Diagnostik von Bindungsproblemen und klinisch auffälligem Bindungsverhalten im Kontext der Adoptionsvermittlung	59
2.8.4.3	Maßnahmen bei erhöhten und komplexen Bindungsbedürfnissen	61
2.8.5	Kinder mit traumatischen Vorerfahrungen	64
2.8.5.1	Begriffsbestimmung von Trauma und Traumatisierung	64
2.8.5.2	Symptome einer Traumafolgestörung	67
2.8.5.3	Symptome einer Traumafolgestörung bei Adoptivkindern	68
2.8.5.4	Diagnostik von Traumafolgestörungen	69
2.8.5.5	Behandlung von Traumafolgestörungen	71
2.8.6	Kinder mit fetalem Alkoholsyndrom	72
2.8.6.1	Begriffsbestimmung und Prävalenz	72
2.8.6.2	Folgen von FASD	75
2.8.6.3	Diagnostik von FASD (4-Säulen-Prinzip)	78
2.8.6.4	Umgang mit FASD: Beratung und Therapie	79
2.8.6.5	Fallbeispiel: Jane	83
3.	Nachgehende Begleitung der Herkunftseltern	85
3.1	Beratungsbedürfnisse von Herkunftseltern	85
3.2	Rechtliche Grundlagen der nachgehenden Begleitung von Herkunftseltern	86
3.3	Merkmale einer guten nachgehenden Beratung	87
3.4	Möglichkeiten der nachgehenden Begleitung von Herkunftseltern	88
3.4.1	Persönliche Beratung	88
3.4.1.1	Vertrauen herstellen, Kontakt halten und alternative Ansprechpersonen im Blick haben	89
3.4.2	Unterstützung bei der Trauerbewältigung	90
3.4.2.1	Identifizierung eines besonderen Unterstützungsbedarfs	91
3.4.2.2	Techniken der Trauerbegleitung in persönlichen Beratungsgesprächen	92

3.4.3	Unterstützung bei dem Aufbau und der Aufrechterhaltung von Informationsaustausch und Kontakt	93
3.4.4	Selbstwert stärken	94
3.4.5	Netzwerkarbeit	95
3.4.6	(Selbsthilfe-)Gruppen	96
3.4.7	Online-Angebote	97
3.4.8	Unterstützung durch externe Spezialisten und Spezialistinnen	97
4.	Literaturverzeichnis	99
	Anhang I.2.A: Anhaltspunkte für die Einschätzung von besonderen Bindungsbedürfnissen der Kinder	111
	Anhang I.2.B: Spezialisierte Fachstellen für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf FASD und ihre Familien	116

1.

Überblick

Mit einer guten Vorbereitung von Adoptierten, Adoptiveltern und Herkunftseltern auf eine Adoption (vgl. Basismodul Teil 1 zur Vorbereitung) kann die Grundlage für das Gelingen der Adoption gelegt werden. Nach der Aufnahme des Kindes in die Adoptivfamilie gilt es, auf dieser Basis aufzubauen, sodass Adoptivkind und Adoptiveltern zusammenfinden und eine tragfähige Beziehung zueinander aufbauen können. Dabei hat die Adoptivfamilie einige Herausforderungen zu bewältigen, wie etwa die weitere Integration und Entwicklung des Kindes in der neuen Familie und die kindgerechte sowie sensible Aufklärung über die besondere Lebenslage des Adoptivkindes. Ab einem bestimmten Alter des Adoptivkindes, häufig mit Beginn des Jugendalters (ab ca. 11 Jahren), kann zudem die Suche nach der eigenen Herkunft für das Adoptivkind ein relevantes Thema werden.

Abgebende Eltern finden sich im Anschluss an die Adoption des eigenen Kindes oft in einer schwierigen Situation wieder und haben die Trauer und den Schmerz über den Verlust des Kindes zu bewältigen.

Manche Adoptierte, ihre Adoptiveltern und die Herkunftseltern haben in diesem Prozess nach der Adoption einen großen Bedarf an fachlicher Beratung und Unterstützung (z. B. Neil 2017; Selwyn 2017). Art und Umfang des Unterstützungsbedarfs variieren dabei in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen, Vorerfahrungen und Lebenssituationen der Betroffenen, und die Beratungsprozesse können sich mitunter über viele Jahre erstrecken.

Im vorliegenden zweiten Teil der Handreichung werden fachliche Orientierungshilfen zur **nachgehenden Begleitung der Adoptivkinder und -eltern sowie der Herkunftseltern** dargelegt. Grundlage dafür sind Beispiele guter Praxis in Deutschland, evidenzbasierte internationale Handlungsansätze sowie Erkenntnisse aus nationalen und internationalen Studien. Die Handreichung umfasst Methoden zur Beratung sowie zentrale Themen, die sich in der nachgehenden Begleitung stellen können. Die für die nachgehende Begleitung zentralen gesetzlichen Bestimmungen werden benannt und kurz erläutert; der Fokus der Ausführungen liegt jedoch auf den pädagogisch-psychologischen Inhalten.

Der erste Teil des vorliegenden Moduls beschäftigt sich mit der **nachgehenden Begleitung der Kinder und Adoptiveltern**. In Abschnitt 2.1 wird ein Überblick gegeben über Bedürfnisse von Adoptivkindern und -eltern, ehe sich die Abschnitte 2.2 bis 2.6 mit Leitlinien, Methoden und Themen der nachgehenden Begleitung von Adoptivkindern und -eltern beschäftigen. Neben Handlungsempfehlungen für die Fachkräfte werden an mehreren Stellen des Kapitels Hinweise für Adoptiveltern zu förderlichen Verhaltensweisen bei unterschiedlichen Bedürfnislagen des Kindes formuliert. Diese Ausführungen sollen Fachkräften Orientierung

bei der Einschätzung von Unterstützungsbedarfen der Familie bieten sowie Ansatzpunkte und Ziele bei der Beratung von Adoptiveltern aufzeigen.

Anmerkung: Besonderheiten in der Zeit der Adoptionspflege, z. B. Hinweise zur Gestaltung des Übergangs oder Kriterien für die Gestaltung der fachlichen Äußerung, wurden bereits im ersten Teil der Handreichung (vgl. Basismodul Teil 1 zur Vorbereitung, Kapitel 7) behandelt. Jedoch werden auch im vorliegenden Teil zur nachgehenden Begleitung Themen besprochen, die bereits während der Adoptionspflege relevant werden können (z. B. die Aufklärung des Kindes, Unterstützung der Adoptiveltern bei erhöhten Fürsorgebedarfen des Kindes, Bindungs- und Verhaltensprobleme des Kindes).

Der zweite Teil des Moduls behandelt die **nachgehende Begleitung der Herkunftseltern ab dem Zeitpunkt der Abgabe des Kindes**. Hier werden zunächst allgemeine Leitlinien guter Praxis beschrieben, ehe Methoden und Angebote in der nachgehenden Begleitung von Herkunftseltern vorgestellt werden.

Redaktionelle Hinweise:

Die vorliegende Handreichung hat einen pädagogisch-psychologischen Schwerpunkt und verwendet daher eine sozialwissenschaftliche Zitierweise. Zitate, die sich auf juristische Kommentare oder Rechtsprechung beziehen, werden jedoch zur Verbesserung der Lesbarkeit, wie in juristischen Fachveröffentlichungen üblich, in Form von Fußnoten zitiert.

Bei der Bezeichnung von Personengruppen haben wir versucht, unnötige Doppelungen zu vermeiden. Wir sprechen daher meistens von „Adoptivkindern“ oder „Kindern“ und nicht immer von Kindern und Jugendlichen. Jugendliche sind hier aber stets eingeschlossen. Wir verwenden in der gesamten Handreichung eine geschlechtergerechte Schreibweise; eine Ausnahme bilden jedoch juristische Fachtermini (z. B. „gesetzlicher Vertreter“), die wir unverändert beibehalten.

2.

Nachgehende Begleitung von Adoptivkindern und ihren Adoptiveltern

2.1 Bedürfnisse von Adoptivkindern und Adoptiveltern

Wie viel und welche Art an Unterstützung und Beratung die Adoptivfamilien in der Adoptionspflegezeit und in den auf den Adoptionsbeschluss folgenden Jahren benötigen, unterscheidet sich von Familie zu Familie (Brooks/Allen/Barth 2002). Ein erhöhter Unterstützungsbedarfs zeigt sich insbesondere bei Kindern mit negativen Vorerfahrungen, mehreren Unterbringungswechseln vor der Adoption und/oder bereits vorhandenen Bindungs- und Verhaltensproblemen (Baden u. a. 2013; Bejenaru/Roth 2012; Palacios/Sánchez-Sandoval 2005; Brooks/Allen/Barth 2002).

Der Unterstützungsbedarf der Familien kann über die Zeit hinweg stark variieren und sich in **kritischen Lebensphasen**, wie z. B. bei **Schuleintritt** oder in der **Pubertät des Kindes**, intensivieren (Selwyn 2017). Unterstützungsangebote sollten daher flexibel sein, keinen festgelegten Zeitregelungen folgen (Anderson 2005) und an den individuellen Bedürfnissen des Kindes bzw. der Familien ansetzen (Stock/Spielhofer/Gieve 2016; vgl. Cossar/Neil 2015).

Neben Angeboten der Begleitung für die ganze Adoptivfamilie bedarf es weiterer Angebote, die sich primär an die Kinder richten. Themen, bei denen sich ein erhöhter Unterstützungsbedarf ergeben können, sind vor allem die **Biografearbeit** und die **Herkunftssuche** (Wrobel u. a. 2013; Korff/Grotevant 2011).

2.2 Rechtliche Grundlagen der nachgehenden Begleitung von Kindern und ihren Adoptiveltern

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Hilfen für Familien bei Adoption (Adoptionshilfe-Gesetz) sieht § 9 Absatz 2 Satz 1 AdVermiG einen Rechtsanspruch auf Beratung für alle Beteiligten nach dem Adoptionsbeschluss vor *„Nach dem Beschluss, durch den das Familiengericht die Adoption ausspricht, haben das Kind, die Annehmenden und die abgebenden Eltern einen Anspruch auf nachgebende Adoptionsbegleitung durch die Adoptionsvermittlungsstelle (§ 2 Absatz 1, § 2a Absatz 4 Nummer 1).“* Darüber hinaus werden in § 9 Absatz 2 Satz 3 Nummern 1 bis 5 AdVermiG konkrete Inhalte der nachgehenden Begleitung benannt (vgl. ausführlicher in Abschnitt 2.5). Die Begleitung und Beratung muss dabei stets im Einverständnis mit den Adoptiveltern erfolgen, und eine Verpflichtung zur Inanspruchnahme der Beratungs- und Unterstützungsangebote besteht nicht. Um möglichst viele Familien in der nachgehenden Begleitung zu erreichen, ist daher der Aufbau einer Vertrauensbeziehung in der Vorbereitung sowie der Adoptionspflege besonders bedeutsam.

2.3 Allgemeine Leitlinien für die Arbeit mit den Familien

Grundlegend empfiehlt sich, nach Adoptionsbeschluss den Kontakt zu den Familien aufrechtzuerhalten. Den Familien wird damit signalisiert, dass die Adoptionsvermittlungsstelle ansprechbar ist und bei Bedarf unterstützt. Gleichzeitig wird damit eine regelmäßige Kontaktaufnahme durch Fachkräfte der Adoptionsvermittlungsstelle für alle Adoptivfamilien zur Normalität. Als Möglichkeiten bieten sich dabei an:

- Eine Vereinbarung vor Aufnahme des Kindes, dass sich die Adoptionsvermittlungsstelle in gewissen Abständen melden und Hilfe bzw. Gespräche anbieten soll.¹

¹ Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass das Adoptionshilfegesetz in § 8a Absatz 2 Satz 1 eine rechtliche Grundlage für regelmäßige Kontakte zu allen an der Adoption Beteiligten geschaffen hat, um Informationsaustausch oder Kontakt zwischen den Herkunftseltern auf der einen Seite und den Adoptiveltern und dem Kind auf der anderen Seite zu fördern (vgl. Ergänzungsmodul zur Offenheit). In § 8a Absatz 2 Satz 1 AdVermiG wird geregelt, dass die Adoptionsvermittlungsstelle auch nach dem Adoptionsbeschluss mit allen Beteiligten in angemessenen Zeitabständen zu erörtern hat, ob und wie ein Informationsaustausch oder Kontakt zwischen den Herkunftseltern auf der einen Seite und den Adoptiveltern und dem Kind auf der anderen Seite stattfinden kann. Diese Erörterungen setzen das Einverständnis der Beteiligten voraus, und die Zeitabstände sind an die Beschaffenheit des Einzelfalls anzupassen.

- Das Einholen des Einverständnisses von den Annehmenden für allgemeine Mailingaktionen, z. B. für
 - eine Kontaktaufnahme der Adoptionsvermittlungsstelle in gewissen Abständen mit dem Angebot von Hilfe bzw. Gesprächen (z. B. in Form von regelmäßigen Familienbriefen)
 - den Versand von Weihnachtspost.

Die Grundlage für einen guten Kontakt zu den Familien in der nachgehenden Begleitung bildet der Kontakt vor der Aufnahme des Kindes. Eine wichtige Rolle spielt hierbei eine wertschätzende und akzeptierende Haltung der Fachkräfte den Familien gegenüber sowie die Gestaltung einer „aktiven Wartezeit“, so dass die Adoptivfamilie die Begleitung durch die Adoptionsvermittlungsstelle als Unterstützung und nicht als Belastung oder Ballast erlebt.

Weitere Leitlinien für eine gelingende nachgehende Begleitung (vgl. Selwyn 2017) sind:

- Bei Problemen zuverlässig erreichbar sein.
- Aufsuchende Unterstützung (z. B. in Form von Hausbesuchen) anbieten.
- Flexible Angebote bereitstellen, die sich an den Bedürfnissen von Adoptivkind und -eltern orientieren.
- Den Familien mit einer respektvollen, wertschätzenden und anerkennenden Haltung begegnen mit dem Ziel, eine vertrauensvolle Beziehung zu der Adoptivfamilie aufzubauen.
- Offen und transparent sein.
- Lösungen gemeinsam mit den Familien suchen, so dass Eltern sich in ihren Kompetenzen gesehen und bestärkt fühlen.
- Alle Familienmitglieder einbeziehen und anhören.
- Das soziale Netzwerk der Familien aktivieren und stärken.
- Bei Krisen zügig reagieren und Hilfsangebote zeitnah bereitstellen.
- Wenn Fachkräfte mit Kindern arbeiten: die Eltern über die Schwerpunkte der Arbeit informieren und den Eltern erklären, wie sie zu Hause weiter an den Themen arbeiten können, gegebenenfalls geeignete Materialien für die Eltern mitgeben.
- Die Familien gegebenenfalls an Fachstellen weiterverweisen, die spezialisierte Angebote bereitstellen.
- In Fällen, in denen die zuständige Fachkraft bemerkt, dass die Beziehung zur Adoptivfamilie nicht tragfähig für die weitere Zusammenarbeit ist, sollte in Erwägung gezogen werden, die Familie an eine Kollegin oder einen Kollegen weiterzuvermitteln. Hierbei kann auch das Vier-Augen-Prinzip² eine wichtige Rolle spielen.

² Die kollegiale Beratung durch Hinuziehen einer zweiten Fachkraft ermöglicht das „Vier-Augen-Prinzip“ (vgl. Basismodul Teil 1 zur Vorbereitung, Kapitel 4.5.1.1)

Hindernisse für die Inanspruchnahme von Hilfen und Unterstützung für die Familien sind unter anderem (Selwyn/Wijedasa/Meakings 2014; Livingston 2010; McKay/Ross/Goldberg 2010):

- Ein Gefühl der Unzulänglichkeit bei den Eltern bei der Suche nach Unterstützung.
- Mangelndes Wissen der Eltern und Fachkräfte über verfügbare Unterstützungsangebote.
- „Starre“ Terminierung von Angeboten.
- Zu hohe Schwellen für den Zugang zu Hilfen (z.B. die Notwendigkeit einer Antragstellung für die Gewährung einer Hilfe).
- Hohe Kosten externer Angebote (Angebote anderer Fachstellen).

2.4 Formen der nachgehenden Begleitung von Adoptivfamilien

Wie die nachgehende Begleitung der Adoptivfamilien ausgestaltet wird, unterscheidet sich in Abhängigkeit von der Beratungsintensität. So kann die Fachkraft bei weniger beratungsintensiven Themen zunächst einmal **schriftliches Informationsmaterial** bereitstellen oder die Familie **telefonisch beraten**. Wissen über adoptionsrelevante Themen kann Adoptiveltern – in Abhängigkeit vom Thema auch gemeinsam mit Bewerberinnen und Bewerbern sowie Pflegeeltern – in Form von **Seminaren oder Fachtagen** vermittelt werden. Bei der Gestaltung von Seminaren kann es sich bei einzelnen Themen anbieten, spezifische Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis für Beiträge einzuladen. Um Adoptiveltern die Kontaktaufnahme zu erleichtern, ist es darüber hinaus sinnvoll, wenn Fachkräfte bei Veranstaltungen für Adoptivfamilien ihre Offenheit bzw. Bereitschaft für „Gespräche am Rand“ signalisieren. Für Themen, die einer intensiveren Begleitung bedürfen (z.B. die Aufklärung des Kindes über die Adoption), eignen sich **persönliche Gespräche**. Eine gute Grundlage für vertrauensvolle Gespräche bietet der **häusliche Rahmen der Familie (Hausbesuche)**. Um den Austausch mit anderen Adoptivfamilien zu fördern, kann die Fachkraft den **Besuch von selbst-organisierten Elterngruppen** empfehlen. Bei tiefgreifenden Problemen, deren Bearbeitung entweder die zeitlichen Ressourcen der Fachkräfte übersteigen oder fachspezifischer (z.B. medizinischer, psychotherapeutischer, heilpädagogischer) Expertise bedürfen, kommt den Fachkräften eine wichtige Lotsenfunktion bei der Vermittlung der Adoptivfamilie an **spezialisierte Dienste** zu. Dabei ist es wichtig, die Adoptiveltern im gemeinsamen Gespräch für die Annahme von externen Unterstützungsangeboten zu öffnen, die Familie bei der Auswahl geeigneter Dienste

zu unterstützen und sich ggf. mit den Fachdiensten auszutauschen (vgl. Ergänzungsmodul zur Kooperation und Kommunikation).

Angebote für die Adoptiveltern

- Niedrigschwellige Informationen über Newsletter, Rundbriefe, E-Mails in regelmäßigem Turnus.
- Regelmäßige Seminare, Fortbildungen und Fachtage. Denkbar sind hierbei beispielsweise folgende Themen:



- Vermittlung von Kontakt zu anderen Adoptiveltern und Förderung des Austausches von Adoptiveltern untereinander (selbstorganisierte Elterngruppen).
- Angebot einer Elterngruppe mit Supervision.
- Individuelle Beratung und Begleitung der Adoptiveltern.
- Entlastungsangebote, z. B. Erlernen von Techniken der Stressregulation.

Angebote für Adoptierte

- Angebote der Biografiearbeit und Herkunftssuche.
- Angebot der fachlich begleiteten Akteneinsicht.
- Angebot einer regelmäßigen Gruppe (für unterschiedliche Altersgruppen).
- Veranstaltungen/Aktionstage für Adoptierte, z. B. Filmabende, Musikveranstaltungen, Abenteueraktivitäten im Freien.

Angebotsformen für die ganze Familie

- Veranstaltungen der Adoptionsvermittlungsstelle, die den Austausch und die Vernetzung von Adoptivfamilien fördern, z. B. Sommerfeste, Weihnachtsfeiern, Ausflüge oder Familientag/-wochenende.

2.5 Themen und Inhalte in der nachgehenden Begleitung von Adoptivfamilien

Themen und Inhalte in der nachgehenden Begleitung sind in Abhängigkeit von der individuellen Fallkonstellation sehr vielfältig. Drei Themenfelder werden durch das am 1. April 2021 in Kraft getretene Adoptionshilfe-Gesetz und die darin formulierten Aufgaben der nachgehenden Begleitung besonders gestärkt: 1) die Förderung und Begleitung von Kontakt und Informationsaustausch zwischen den Annehmenden und dem Kind auf der einen Seite und den abgebenden Eltern auf der anderen Seite (§ 9 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 AdVermiG), 2) die Unterstützung der Annehmenden bei der altersentsprechenden Aufklärung des Kindes über seine Herkunft (§ 9 Absatz 2 Satz 3 Nummer 4 AdVermiG) sowie 3) die Begleitung des Kindes bei der Suche nach der Herkunft einschließlich der Begleitung des vertraulich geborenen Kindes bei der Einsichtnahme in den Herkunftsnachweis (§ 9 Absatz 2 Satz 3 Nummer 5 AdVermiG).³ Ausführliche Informationen zur Förderung einer altersangemessenen Aufklärung des Kindes über die Adoption und der kommunikativen Offenheit in der Adoptivfamilie finden sich im Ergänzungsmodul der Handreichung zum Thema Offenheit von Adoptionen. Darüber hinaus stehen dort ausführliche Informationen bzgl. Informationsaustausch und Kontakt zwischen Adoptivfamilie und Herkunftsfamilie zur Verfügung.

Im Folgenden findet sich ein Überblick über Themen, die in der nachgehenden Begleitung der Familien relevant werden können.

Entwicklung des Kindes

- Entwicklungsverlauf von Kindern
- Entwicklungsphasen und Entwicklungsabweichungen

³ Darüber hinaus umfasst die nachgehende Begleitung die bedarfsgerechte Beratung und Unterstützung aller Beteiligten (§ 9 Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 AdVermiG) sowie die Information der abgebenden Eltern über Unterstützungsmaßnahmen als Alternative zur Adoption und die Unterstützung der Herkunftseltern bei der Bewältigung sozialer und psychischer Auswirkungen aufgrund der Adoptionsfreigabe (§ 9 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 AdVermiG). Mit Inkrafttreten des Adoptionshilfe-Gesetzes ist es u. a. eine Aufgabe der Fachkraft, sich zu vernetzen, Unterstützungsangebote zu kennen und bei Bedarf den Kontakt dorthin zu vermitteln.

- Verhaltensprobleme und -auffälligkeiten in Abgrenzung zu alterstypischem Verhalten von Kindern
- Formen von Behinderungen (körperliche, geistige, seelische) und ihre Auswirkungen für das Kind sowie das Familienleben
- Auswirkungen negativer Vorerfahrungen, z. B. von Traumata, Vernachlässigung/Deprivation und Gewalterfahrungen

Aufklärung des Kindes/Gespräche in der Familie über die Adoption

- Aufklärung des Kindes über die eigene Herkunft
- Kommunikative Offenheit in der Adoptivfamilie
- Gespräche mit dem Kind über schwierige Vorerfahrungen (z. B. Misshandlung) und schwierige Umstände der Zeugung (z. B. Vergewaltigung)

Biografiearbeit, Herkunftssuche & Akteneinsicht

- Biografiearbeit als Grundlage für die Identitätsfindung
- Sammlung von Informationen über die eigene Herkunft
- Autonomie der Adoptierten & die Rollen der Adoptiveltern und der Fachkräfte
- Akteneinsicht und Umgang mit belastenden Informationen

Bindungsbeziehung zwischen Adoptivkindern und -eltern

- Grundlagen zu Bindung, Bindungsverhalten und individuellen Unterschieden in der Bindungsqualität
- Besonderheiten im Bindungsaufbau von Adoptivkindern
- Bindungsprobleme und Bindungsstörung/Störung mit enthemmtem Verhalten
- Bindungsbeziehungen im Jugendalter: Bindung und Autonomie

Erziehung

- Allgemeine Erziehungsfragen
- Umgang mit Grenzen
- Bewältigung belastender Lebenssituationen, Kriseninterventionsstrategien, Empowerment
- Leistung und Schule
- Vermeidung von Überforderung und Unterforderung
- Angemessene und den kognitiven Fähigkeiten entsprechende Förderung

Umgang mit der Herkunftsfamilie

- Wertschätzende Haltung gegenüber der Herkunftsfamilie
- Begleitung von Kontakt oder Informationsaustausch mit Herkunftseltern
- Konflikte mit der Herkunftsfamilie

Psychische Belastung von Adoptiveltern

- Angst, Hilfe in Anspruch zu nehmen (Versagensängste, Angst das Kind zu verlieren, Angst als unzureichend beurteilt zu werden, etc.)
- Depressive Episode nach der Aufnahme des Kindes

- Partnerkonflikte
- Unverarbeitete Trauer über Unfruchtbarkeit, Kinderlosigkeit
- Umgang mit Krisen

Besonderheiten der Familienkonstellation und soziales Umfeld

- Gemeinsame Adoption von Geschwisterkindern
- Adoptivkinder und leibliche Geschwister, die in anderen Adoptiv- oder Pflegefamilien leben
- Großeltern und andere Verwandte
- Umgang mit den Reaktionen des Umfelds (Nachbarn, Freunde, Schule, Kindergarten)

Auf einige Themen wird in den folgenden Abschnitten ausführlicher eingegangen. Die Auswahl repräsentiert keine erschöpfende Darstellung aller Themen, die sich in der nachgehenden Begleitung stellen können, sondern bildet diejenigen Themen ab, die in der Fachliteratur sowie in den Befragungen des EFZA als besondere Beratungsbedarfe von Adoptivfamilien identifiziert wurden. Auf die Aufklärung des Kindes, die ein wichtiges Thema in der nachgehenden Begleitung darstellt, wird ausführlich im Rahmen des Ergänzungsmoduls zur Offenheit von Adoptionen eingegangen.

2.6 Biografiearbeit mit Adoptierten

Adoptivkinder haben oft nur begrenztes Wissen über die eigene Vergangenheit und die Herkunftsfamilie, und vorhandene Informationen werden unter Umständen aufgrund von Beziehungsabbrüchen oder belastenden Erfahrungen verdrängt oder vergessen. Fehlende Teile werden häufig durch Fantasien ergänzt, und fehlende Möglichkeiten des Adoptivkindes, diese Fantasien mit der Realität abzugleichen, können die Identitätsentwicklung erschweren (Maywald 2001).

Bericht einer Adoptivmutter zu den Fantasien ihres Adoptivkindes über die Herkunftsmutter

„Und für (Name des Kindes) würd ich es [Kontakt] grade auch TOTAL wichtig finden, weil sie wirklich täglich von ihrer Bauch-Mama spricht und sich wirklich immerzu Geschichten ausdenkt und das ist so nervig. Und ich glaube, das liegt eben auch daran, dass sie da – dass dieser ungefüllte Raum so viel Platz bietet für Fantasie (...)“

Das Wissen um die eigene Identität gibt Antworten auf die Fragen „*Wer bin ich?*“, „*Warum bin ich so wie ich bin?*“ und „*Wer will ich sein?*“. Für Adoptierte ist der Weg der Identitätsentwicklung etwas komplexer und unter Umständen „holpriger“. Dies liegt unter anderem daran, dass sie zwei verschiedene Elternpaare haben⁴ und ihre Kenntnisse über ihre familiäre Abstammung und Hintergründe oft lückenhaft oder widersprüchlich sind. Hinzu kommt, dass adoptierte Kinder oft ein anderes körperliches Erscheinungsbild und manchmal einen anderen ethnischen Hintergrund haben als ihre Adoptiveltern (Dunbar/Grotevant 2004). In der internationalen Forschung wird dieser besondere Aspekt der Identität „Adoptive identity“ (Adoptividentität) genannt.

Abbildung 1: Adoptividentität (nach Grotevant/Korff 2011)



Die Auseinandersetzung mit der eigenen Herkunft ist für viele Adoptivkinder ein wesentlicher Baustein der Identitätsentwicklung, sodass der Biografiearbeit in der nachgehenden Begleitung von Adoptierten ein großer Stellenwert zukommt.

Hinweise für die Praxis: Biografiearbeit bei anonymer und vertraulicher Geburt

Bei einer Adoption nach einer anonymen bzw. vertraulichen Geburt gibt es häufig keine oder nur wenige Informationen über die Herkunftseltern, welches die Identitätsentwicklung der Adoptierten erschweren kann. Auch bei Adoptionen nach einer anonymen oder vertraulichen Geburt ist die Wertschätzung der Herkunftseltern und die Betonung, dass die Herkunftseltern nur das Beste für das Kind wollten, essentiell für eine positive Identitätsentwicklung.

⁴ In Fallkonstellationen mit anonymer Geburt und unbekanntem Vater sind auch zwei Elternpaare vorhanden, es liegen jedoch keine oder nur vereinzelte Informationen zu den Herkunftseltern vor.

Um möglichst viele Informationen auch bei einer anonymen oder vertraulichen Geburt zu sichern, ist bedeutsam, Fachkräfte in Krankenhäusern dafür zu sensibilisieren, möglichst viele Details zur Geburt, zu den Herkunftseltern oder zur ersten Zeit mit dem Kind festzuhalten. Ebenso können die Adoptiveltern oder die Bereitschaftspflegeeltern das Kennenlernen im Krankenhaus dokumentieren, um dem Kind zumindest ab Geburt eine Biografiearbeit zu ermöglichen.

2.6.1 Ziele der Biografiearbeit

Das Wissen um die eigene Lebensgeschichte ist wichtig für das Leben eines Menschen, denn sowohl positive als auch negative Erlebnisse haben Auswirkungen auf den weiteren Lebensweg. Bei Kindern, die adoptiert wurden, gibt es Abbrüche, Konflikte, Verletzungen oder Traumata, welche ihre Entwicklung beeinflussen. Durch die Biografiearbeit kann eine Rekonstruktion und Bearbeitung der eigenen Lebensgeschichte stattfinden, welche zu Selbsterkenntnis führt und zur Identitätsfindung beiträgt (ter Horst/Mohr 2012).

Ebenso können dem Kind im Rahmen der Biografiearbeit Scham- und Schuldgefühle genommen werden. Adoptierte haben oft das Gefühl, dass an ihnen etwas nicht richtig war und sie deshalb in der Familie nicht gewünscht waren. Dies kann zu großen Selbstzweifeln führen. Diese sollten von der Vertrauensperson behutsam aufgelöst werden, in dem immer wieder betont wird, dass die Entscheidung für die Adoption aus Wertschätzung für das Kind und im Sinne des Kindes war und durch die Lebensumstände der Herkunftseltern bedingt war.

Das Zusammentragen von Bestandteilen ihres früheren Lebens – in Begleitung der für sie wichtigen Personen – hilft Adoptivkindern dabei, ihre Lebensgeschichte anzunehmen und in ihr Selbstbild zu integrieren (Ryan/Walker 2007).

2.6.2 Wie funktioniert Biografiearbeit? Definition, Methoden und Vorgehen

Biografiearbeit ist eine strukturierte Methode der pädagogischen und psychosozialen Arbeit, die idealerweise alltagsbegleitend erfolgt, sich dabei jedoch immer am Interesse und an den Bedürfnissen des Kindes orientiert (Maywald 2001).

Biografiearbeit stellt einen niedrighschwelligen Zugang zur Vergangenheit des Kindes dar und setzt kein bestimmtes Alter eines Kindes voraus. Auch Kleinkinder nehmen die Botschaften der Erwachsenen gefühlsmäßig auf und wachsen selbstverständlich in ihre besondere Lebenssituation hinein, wenn ihnen schon früh ihre Herkunft bildlich und durch Vorlesen ihrer Lebensgeschichte dargestellt wird. Auch Jugendlichen und Erwachsenen, die erstmalig biografisch arbeiten, fühlen sich in ihrer Persönlichkeit gestärkt und können besser mit sich selbst in Kontakt kommen. Biografiearbeit kann gut in eine professionelle Psychotherapie integriert werden. Wenn die Fachkraft während der Durchführung der Biografiearbeit eine starke psychische Belastung des Adoptivkindes aufgrund der Auseinandersetzung mit der eigenen Herkunft feststellt, empfiehlt sich die Vermittlung einer professionellen Psychotherapie.

In England und Teilen der USA besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Biografiearbeit, da für jedes Adoptivkind ein Life Story Book (Lebensbuch) erstellt wird (Selwyn 2017). In Deutschland ist die Anwendung von Methoden der Biografiearbeit nicht gesetzlich geregelt, wird aber fachlich empfohlen (Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter 2019) und in vielen Vermittlungsstellen bereits als Standard der nachgehenden Begleitung angeboten.

Hinweise für die Praxis: Die Rolle der Fachkraft bei der Biografiearbeit.

Die Rolle der Fachkraft. Die Begleitung der Adoptierten bei der Biografiearbeit sollte eine Vertrauensperson übernehmen; meistens ist dies ein Elternteil oder anderes Familienmitglied. In manchen Fällen kann die Biografiearbeit auch von einer Fachkraft begleitet werden. Unabhängig davon, ob sie aktiv an der Biografiearbeit beteiligt ist, hat die Fachkraft die wichtige Aufgabe, die Adoptivfamilie bei der Vorbereitung und gegebenenfalls auch im Prozess der Biografiearbeit zu unterstützen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Unsicherheiten vorhanden sind oder konkrete Fragen aufkommen. Daher ist es auch für die Fachkraft wichtig, mit den Zielen, den Methoden und dem konkreten Vorgehen bei der Biografiearbeit vertraut zu sein. In Deutschland gibt es für Fachkräfte der Adoptionsvermittlung viele Fortbildungen im Bereich der Biografiearbeit sowie eine gute Auswahl an Fachliteratur. Eine Übersicht über einführende Fachliteratur findet sich in Kapitel 2.6.4.

2.6.2.1 Vorgehen bei der Biografiearbeit

Die Biografiearbeit kann von Adoptiveltern und/oder Fachkräften der Adoptionsvermittlung durchgeführt werden. Wichtig ist, dass das Kind Vertrauen zu der erwachsenen Person hat, der mit ihm an seiner Lebensbeschreibung arbeitet. Wenn

die Biografiearbeit von einem Adoptivelternteil durchgeführt wird, sollte dieser sich mit den Methoden der Biografiearbeit sicher fühlen (Wiemann/Lattschar 2019; Maywald 2001). Nicht immer kennen das Kind, seine Adoptiveltern oder Fachkräfte alle Einzelheiten des bisherigen Lebens des Kindes. Hier sollten sich die Beteiligten nicht abschrecken lassen, da es auf das Gesamtbild und nicht auf die Menge an Details ankommt. Von zentraler Bedeutung ist, was das Kind mit seiner bisherigen Geschichte verbindet (Wiemann/Lattschar 2019).

Für begleitende Erwachsene ist in der Vorbereitung der Biografiearbeit im ersten Schritt wichtig, sich der eigenen inneren Einstellung bezüglich der Herkunftsfamilie klar zu werden, da sich diese Haltung auf das „innere Bild“ des Kindes überträgt (Wiemann/Lattschar 2019, S. 19). Vor allem die Adoptiveltern müssen sich dessen bewusst sein. Ziel ist es, eine positive Haltung zu den Herkunftseltern in die Biografiearbeit mitzunehmen, mit dem Grundgedanken, dass die Herkunftseltern einen guten Grund für die Freigabe des Kindes hatten und nur das Beste für das Kind wollten.

Zu Beginn der Biografiearbeit werden äußere Daten und Fakten gesammelt, es werden Zeichnungen angefertigt oder Vorlagen ausgefüllt. Wichtig ist, dass das Kind Tempo und Dosierung bestimmen kann. Es sollte stets in kleinen Einheiten gearbeitet werden, um behutsam mit Kränkungen, Verletzungen und offenen Fragen der Vergangenheit umgehen zu können. Der Termin für die Biografiearbeit sollte fest in das Leben und den Alltag eingeplant werden. Mit Geschwistergruppen kann gemeinsam gearbeitet werden. Im Rahmen der Lebensbucharbeit wird dann für jedes Kind ein eigenes Buch erstellt.

Nicht immer kommt die Initiative, über die Vergangenheit zu reden, vom Kind. Oftmals haben Kinder Hemmungen, das Thema von sich aus anzusprechen, da in ihnen ein innerer Widerstreit besteht, ob sie sich mit den schmerzlichen Ereignissen befassen wollen. Dann ist es gut, wenn die Vertrauensperson behutsam einen gemeinsamen Zugang zur Biografiearbeit findet. Die Arbeit mit einem Lebensbuch ist hierbei hilfreich.

2.6.2.2 Eine Methode der Biografiearbeit: das Lebensbuch

Das **Lebensbuch** ist eine vom Kind selbst gestaltete Sammlung aller verfügbaren (und altersgerechten) Herkunftsinformationen, die – im Sinne der Erzählung einer Lebensgeschichte – mit Informationen aus dem Leben der Adoptivfamilie verknüpft werden. So wird gemeinsam mit dem Adoptivkind und in spielerischer Art und Weise, d.h. in kindgerechter Sprache, mit Bildern und anderen Materialien, ein Gerüst für die eigene Identitätsfindung geschaffen, in dem die eigenen Wurzeln und die eigene Vergangenheit ebenso ihren Platz haben wie die Gegenwart und die Zukunft des Kindes (Lattschar/Wiemann 2007).

Das Lebensbuch befasst sich mit den **Lebensstationen** und **den Übergängen des Kindes**. Wichtig sind dabei nicht nur die **Herkunftseltern**, sondern auch **weitere wichtige soziale Beziehungen** (Großeltern, Geschwister etc.). Auch die **Orte des bisherigen Lebens** sind wichtig. Bedeutsam in der Arbeit mit Lebensbüchern ist einerseits der Prozess des Erstellens selbst, also das Sammeln und Dokumentieren wesentlicher Erlebnisse mit vertrauten und nahen Bezugspersonen. Dabei spielt die Fachkraft eine wichtige Rolle, da ihre Erkenntnisse zur Herkunft des Kindes wichtiger Bestandteil eines Lebensbuches sind. Andererseits hat die Biografiearbeit das Ziel, ein Produkt zu erstellen, das zu jeder Zeit betrachtet werden kann und anhand dessen sich das Kind immer wieder mit seiner Biografie beschäftigen kann. Neben der Vergangenheit des Kindes geht es auch darum, die aktuelle Lebenssituation des Kindes zu dokumentieren und festzuhalten, welche Erfahrungen und Erlebnisse das Kind in der Gegenwart macht. Neben dem im Außen Erlebten sollte in ein Lebensbuch auch unbedingt die Gefühlswelt des Kindes einfließen, sowohl aus der Vergangenheit als auch die aktuellen Empfindungen und Emotionen (Wiemann 2004). Bei der Entwicklung der Lebensgeschichten sollte neben der berechtigten Freude über die Ankunft des Kindes in der Adoptivfamilie auch Gefühlen der Trauer und des Verlustes in Bezug auf das Verlassenwordensein des Kindes Raum gegeben werden. Die Beispielseite aus dem „Du-Buch“ von Mohr und ter Horst (vgl. Abbildung 2) illustriert, wie ein Gespräch über Gefühle angeregt werden kann.

Abbildung 2: Beispielseite aus einem Lebensbuch (nach Mohr/ter Horst, 2004)

Du-Buch

Wie fühlst Du Dich heute?

Auf dieser Seite stehen viele Gefühle.

- Umkreise Gefühle mit *grün*, die Du oft hast.
- Mit *blau* umkreist Du die Gefühle, die Du manchmal hast.
- Die Gefühle, die Du nicht kennst, umkreist Du nicht.
- Kennst Du ein Gefühl, das nicht dabei ist, dann schreibe es auf die Linien!

unsicher	cool	_____	zornig	fröhlich
traurig	stark	wertlos	zufrieden	
nervös	hoffnungslos	unverstanden	hoffnungsvoll	
einbezogen	schuldig	_____	krank	müde
verlegen	ängstlich	betäubt	dumm	allein
elfersüchtig	_____	sicher	entspannt	
angespannt	enttäuscht	wütend	glücklich	super
fröhlich	aufgeregt	zurückgewiesen	betrogen	
akzeptiert	deprimiert	unzufrieden	_____	

Von wem oder was fühlst Du Dich am besten beschützt?

Datum: _____

Anhand eines Lebensbuches erhalten Adoptierte Antworten auf folgende Fragen:

- Woher komme ich?
- Weshalb musste ich fort?
- Wer bin ich?
- Wo lebe ich?
- Wem gleiche ich?
- War ich schuld? Habe ich etwas falsch gemacht?
- Wo gehöre ich hin?
- Sind meine Eltern schlechte Menschen, weil sie mich weggegeben haben? Bin ich deshalb vielleicht auch schlecht?
- Werde ich so wie meine Eltern?

Positive Wirkung der Arbeit mit Lebensbüchern. Befunde zur Wirkung von Lebensbüchern zeigen, dass die Arbeit mit Lebensbüchern Adoptivkinder zum Nachdenken ermutigt und es ihnen mit Hilfe einer vertrauten Bezugsperson gelingt, Erklärungen zu finden, Gefühle zu verstehen und ihre Reflexionsfähigkeit zu fördern (Rose/Philpot 2005). Dies hilft Kindern, die Verbindungen zwischen Erkennen/Erkenntnis und Emotion, Denken und Fühlen herzustellen (Schofield/Beek 2006). Inzwischen ist auch bekannt, dass eine kohärente Darstellung der Vergangenheit auch das Erholen von Traumata und die Bewältigung von posttraumatischen Belastungsstörungen fördern kann (Selwyn 2017).

Literaturhinweise. Vorlagen für die Gestaltung eines Lebensbuchs finden sich unter anderem bei Rees (2009) im „Erinnerungsbuch“ des Kompetenzzentrums Pflegekinder e.V. ([link](#)) oder im „Lebensbuch“ von Mohr und ter Horst ([link](#)).

2.6.2.3 Weitere Anregungen für die Gespräche mit Adoptierten über die eigene Herkunft

Kreative Methoden ermöglichen insbesondere bei Kindern einen guten Zugang zur Biografiearbeit. Ergänzend zu den Methoden, die in Zusammenhang mit der Lebensbuch-Arbeit beschrieben wurden (vgl. 2.6.2.2), können folgende Übungen, die aus der Psychotherapie und Trauerarbeit stammen, hilfreich sein, um mit adoptierten Kindern und Jugendlichen über ihre Herkunft zu sprechen.

Übung „Farben mischen“ (Steiner & Berg, 2009)

Die Übung „Farben mischen“ kann in den Gesprächen mit dem Kind verwendet werden, um sich mit dem Kind in kreativer Form über unterschiedliche Anteile des Kindes auszutauschen. Als Material werden vier Farben aus einem Farbkasten (z. B.

Rot, Gelb, Weiß, Blau) sowie Pinsel und Blätter benötigt. Das Kind wird angeregt, zu rätseln, zu mischen und zu malen.

- Rätseln: Wie viele Farben können daraus gemischt werden?
- Mischen: Das Kind darf mischen, möglichst viele Farben.
- Malen: Mit jeder Farbe ein Tupfer auf ein Papier.

Die verwendeten Basisfarben symbolisieren unterschiedliche Anteile des Kindes, von den Herkunftseltern und von den Adoptiveltern.

Literaturhinweis. Ein dazu passendes Bilderbuch ist das Buch „Mama, Papa, sagt es mir, wo komm ich nun wirklich her?“ von Judith Zacharias-Hellwig (2017).

Übung „Spuren lesen“ (angelehnt an Neimeyer 2015)

Um in der Biografiearbeit mit die/der Adoptierten über den Einfluss der Herkunftsmutter/des Herkunftsvaters zu sprechen, kann die Übung „Spuren lesen“ verwendet werden, die ursprünglich aus der Trauerarbeit stammt. Hintergrund der Übung ist die Auseinandersetzung mit der Frage, ob und in welcher Weise Werte und Vorstellungen der Herkunftseltern bewusst oder unbewusst die eigene Identität prägen. Mit folgenden Fragen können die Spuren der Herkunftseltern im eigenen Leben verfolgt und so die Identitätsentwicklung gefördert werden. Die Fragen können entweder schriftlich oder auch mündlich beantwortet werden.

Meine Herkunftsmutter/mein Herkunftsvater hatte folgenden Einfluss auf

- Meine Gewohnheiten: ...
- Meine Art mich zu bewegen: ...
- Meine Art zu sprechen und zu kommunizieren: ...
- Meine Hobbys und meine Freizeitaktivitäten: ...
- Meine Gefühle gegenüber mir selbst und Anderen: ...
- Meine grundlegende Persönlichkeit: ...
- Meine Werte und meine Glaubensvorstellungen: ...

Ergänzend dazu kann die/der Adoptierte angeregt werden zu überlegen, welche Spuren sie/er gerne bestärken bzw. entwickeln oder verwerfen bzw. ändern würde.

- Die Spuren, die ich gerne bestärken und entwickeln würde, sind: ...
- Die Spuren, die ich am liebsten verwerfen oder ändern würde, sind: ...

Die Übung kann ergänzend auch in Bezug auf die Adoptiveltern besprochen werden, allerdings sollten die beiden Spuren nicht miteinander verglichen werden.

Übung „Meine Geliebten vorstellen“ (angelehnt an Neimeyer 2015)

Die Übung kann Adoptierte dazu ermutigen, Geschichten über Beziehungen zu erzählen und gegebenenfalls zu reorganisieren. So ist es möglich, Vorstellungen der Adoptierten über die Herkunftseltern zu erfassen und gegebenenfalls zu korrigieren. Adoptierte fühlen sich durch den Aufbau der Übung in ihren Gedanken und Gefühlen gesehen und ernstgenommen. Gleichzeitig kann ein Denkprozess zur Reflexion der Haltung zu den Herkunftseltern angeregt werden.

- Wie stellst du dir (Name der Herkunftsmutter/des Herkunftsvaters) vor?
- Gibt es bestimmte Zeiten oder Orte, bei denen du an (Name der Herkunftsmutter/des Herkunftsvaters) denkst?
- Gibt es bestimmte Geschichten über (Name der Herkunftsmutter/des Herkunftsvaters), von denen du möchtest, dass sie andere kennen?
- Was könnte (Name der Herkunftsmutter/des Herkunftsvaters) sagen, was sie/er an dir geschätzt hat? Welche Stärken könnte (Name der Herkunftsmutter/des Herkunftsvaters) in dir sehen?
- Welchen Unterschied könnte es machen, dass du Geschichten/Informationen zu (Name der Herkunftsmutter/des Herkunftsvaters) hast?

Wenn Kinder und Jugendliche gerne malen oder Informationen leichter visuell verarbeiten, können sie alternativ nach ihrer Vorstellung die eigenen Herkunftseltern malen und Eigenschaften in die Silhouette schreiben/malen.

Materialien zur Erkundung von Gefühlen

Wenn es in den Gesprächen darum geht, die Gefühle der/des Adoptierten zu erkunden, können Materialien wie Bildkarten, Spiele und Bücher hilfreich sein. Anhand von Bilderkarten (z. B. *Heute bin ich*), Büchern (z. B. *Ein Dino zeigt Gefühle*) oder Spielen (z. B. *Die Kunterbunts* oder *Das-Land-der-Gefühle-Spiel*) kann bei den Adoptivkindern Empathie angeregt und mit ihnen über Wechselwirkungen und das Ausleben von Gefühlen gesprochen werden. Hilfreiche Leitfragen für die begleitenden Gespräche sind unter anderem:

- Welche Gefühle erkenne ich auf den Karten/in den Büchern?
- Wie erkenne ich Gefühle bei mir?
- Wie/woran erkennen andere meine Gefühle?
- Was macht es mit mir, wenn (Name der Adoptivmutter/des Adoptivvaters/der Herkunftsmutter/des Herkunftsvaters etc.) traurig ist?

Anhand von Beispielen können so emotionsauslösende Situationen und der adäquate Umgang damit besprochen und erprobt werden.

Literaturhinweise

Löffel, Heike/Manske, Christa (2016): Ein Dino zeigt Gefühle. Bilderbuch mit didaktischem Begleitmaterial für die pädagogische Praxis. Köln
Rossa, Robert/Rossa, Julia/Grigo, Pe (2017): Die Kunterbunts. Das Kartenspiel für die Kinderpsychotherapie. Kartenset mit 120 Karten. Weinheim
van Hout, Mies (2017): Heute bin ich. Zürich
Schärer, Kathrin (2021): Da sein. Was fühlst Du? München
Vogt-Sitzler, Franziska/Vogt, Manfred (2015): Das Land-der-Gefühle-Spiel. Gefühle erkennen und benennen. Bremen

2.6.3 Umgang mit Informationslücken

Wenn die Informationen über die Herkunft des Kindes nur lückenhaft sind, fragen sich Adoptiveltern oder Fachkräfte häufig, ob eine Biografiearbeit überhaupt möglich ist. Fachkräfte können Adoptiveltern versichern, dass sich Biografiearbeit nicht nur auf das möglichst komplette Erstellen von Daten und Informationen beschränkt, sondern auch das Ziel haben kann, für das Kind Bausteine seiner selbst nachzubilden (Hegar/Watson 2013). Fachkräfte können Adoptiveltern und Adoptivkinder beim Umgang mit Informationslücken unterstützen, indem sie ihnen deutlich machen, dass ...

- Adoptiveltern dem Kind nicht alles erklären können, da es gar nicht möglich ist, auf alle Fragen des Kindes Antworten zu haben. Wenn Informationslücken vorhanden sind, ist es wichtig, das Nicht-Wissen über bestimmte Aspekte der Vergangenheit des Kindes offenzulegen.
- es für das Kind hilfreich sein kann, dort, wo Informationen fehlen, Generalisierungen anzuwenden. Die Biografie des Kindes wird also manchmal nicht anhand von Fakten rekonstruiert, sondern anhand von allgemeinem Grundwissen. Gleichzeitig ist bedeutsam, darauf zu achten, dass das Kind keine Fantasien entwickelt, um Lücken zu schließen.
- dort, wo es Lücken in der Biografie gibt, die Auseinandersetzung damit beginnt, zu trauern. Diese schmerzhaften Lücken können einige Adoptierte Stück für Stück als zu ihrem Leben dazugehörig annehmen (Wiemann 2004).

Hinweise für die Praxis: Informationen, die dem Kind bei anonymer Kindesabgabe oder nach einer vertraulichen Geburt bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie helfen können.

Für das Kind können alle Informationen nützlich sein. Wenn beispielsweise bei einer anonymen Geburt keine Informationen zu den Herkunftseltern

vorhanden sind, können die Adoptiveltern über eigene Recherchen bzw. über das Wissen der Fachkraft Informationen für das Kind sichern, beispielsweise durch eine Kontaktaufnahme zur Klinik, in der das Kind nach der Geburt aufgenommen bzw. abgegeben wurde. Irmela Wiemann und Birgit Lattschar (2019) haben zu diesem Zweck verschiedene Fragebögen entworfen, die Fachkräfte dem Klinikpersonal geben können, ggf. auch schon vor der Geburt des Kindes, um so möglichst viele Informationen für das Kind zu sichern. Weiterhin können Adoptionsfachkräfte beim Sammeln von Informationen helfen, indem sie beispielsweise Fotos von der Geburtsstation oder der Hebamme machen. Diese Fotos können dann später dem Kind übergeben oder bei der gemeinsamen Biografiearbeit in das Lebensbuch eingepflegt werden.

Informationen, welche die Fachkraft dokumentieren sollte, sind nach Irmela Wiemann und Birgit Lattschar (2019, S. 204 ff.):

- Wie waren die Umstände des Auffindens/der Geburt des Kindes? Wer hat das Kind gefunden/entbunden/die Mutter vorher betreut? Können diese Personen persönlich für das Kind etwas über die Mutter und die Umstände der Geburt aufschreiben? (Oder aufzeichnen per Diktierfunktion, natürlich möglichst sachlich und kindgerecht)?
- Welches Wetter war am Tag der Geburt/des Auffindens des Kindes? Was ist ansonsten Spannendes auf der Welt passiert?
- Bei Findelkindern: Gibt es Zeitungsberichte, andere Medienberichte über das Auffinden?
- Fotos der Babyklappe bzw. des Geburtskrankenhauses machen, auch beim Abholen durch die Adoptiveltern.
- Wo sind die Kleidungsstücke, die das Kind anhatte, ein Handtuch, eine Babydecke oder ein Zettel? Hat die Polizei diese als Beweismittel und wie kann man sie (bald) bekommen?

2.6.4 Materialsammlung: Biografiearbeit⁵

Für Fachkräfte

- Hölzle, Christina/Jansen, Irma (Hrsg.) (2009): Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. Wiesbaden

⁵ Eine Vielzahl von Fachbüchern beschäftigt sich mit der Biografiearbeit, und viele Kinderbücher können in der Biografiearbeit genutzt werden. Die hier genannte Auswahl an Literatur basiert auf persönlichen Recherchen. Alle Bücher wurden selbst gelesen und können aus fachlicher Sicht empfohlen werden. Aktuell nicht lieferbare Bücher bzw. Bücher, die nur als gebrauchte Exemplare zu bestellen waren, wurden nicht berücksichtigt. Leider konnten vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen nicht alle verfügbaren Fach- und Kinderbücher auf ihre Eignung hin geprüft werden. Die Auswahl der Bücher ist daher nicht als erschöpfend anzusehen.

- Ruhe, Hans Georg (2012): Methoden der Biografiearbeit. Lebensspuren entdecken und verstehen. 5. Aufl. Weinheim

Für Eltern und Fachkräfte

- Bayerisches Landesjugendamt (2011): Wir lernen uns kennen. Pflege und Adoption: Ein Bilderbuch für neue Eltern. München ([link](#))
- Lattschar, Birgit/Wiemann, Irmela (2018): Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte. Grundlagen und Praxis der Biografiearbeit. 5. überarbeitete Aufl. Weinheim
- Lattschar, Birgit/Wiemann, Irmela (2019): Schwierige Lebensthemen für Kinder in leicht verständliche Worte fassen. Schreibwerkstatt Biografiearbeit. Weinheim
- Morgenstern, Isabel (2011): Projekt Lebensbuch: Biografiearbeit mit Jugendlichen. Ruhr
- Ryan, Tony/Walker, Roger (2004): Wo gehöre ich hin? Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim

Für Kinder

- Bell, Michelle/Fuller, Rachel (2014): Elfa und die Kiste der Erinnerungen. Dresden
- Damm, Antje (2002): Frag mich! 108 Fragen an Kinder, um miteinander ins Gespräch zu kommen. Frankfurt am Main
- Damm, Antje (2008): Alle Zeit der Welt. Anlässe um miteinander über Zeit zu sprechen. Frankfurt am Main

Vorlagen Lebensbücher

- Kompetenz-Zentrum Pflegekinder e.V. (2008): Das Erinnerungsbuch. Berlin.
- Krogerus, Mikael/Tschäppeler, Roman (2012): Kinderfragebuch. Kein & Aber. Zürich
- ter Horst, Klaus/Mohr, Karin (2012): Mein Lebensbuch für Pflege- oder Adoptivkinder. Bad Bentheim ([link](#))

2.7 Herkunftssuche

Eine gute Aufklärungsarbeit und eine gute Biografiearbeit, die von Anfang an stattfinden, können die Herkunftssuche ersetzen bzw. sehr erleichtern. Besteht von Anfang an Kontakt bzw. Informationsaustausch mit der Herkunftsfamilie, muss keine Herkunftssuche erfolgen. Gerade bei länger zurückliegenden Adoptionen sind Kontakte bzw. Informationsaustausch zwischen Adoptierten und der Herkunftsfamilie jedoch sehr selten. Viele Adoptierte suchen daher irgendwann in ihrem Leben nach ihren Wurzeln und wünschen sich, etwas über ihre Herkunftseltern bzw. ihre Herkunftsfamilie zu erfahren.

2.7.1 Rechtlicher Hintergrund

Adoptierte haben ein im Grundgesetz verankertes Recht darauf, ihre biologischen Wurzeln und ihre Herkunft zu kennen. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Artikel 2 Absatz 1 i.V.m. Artikel 1 Absatz 1 GG) umfasst laut einem wegweisenden Urteil des Bundesverfassungsgerichts⁶ auch ein Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung. Zwar besteht im deutschen Adoptionsrecht keine gesetzliche Aufklärungspflicht über die Adoption, allerdings enthält das Adoptionshilfegesetz Regelungen, die einen offenen Umgang der Adoptiveltern mit der Adoption und damit auch die kommunikative Offenheit innerhalb der Adoptivfamilie fördern.

Adoptierten dürfen Informationen über ihre Herkunft, welche bei Behörden hinterlegt sind, nicht vorenthalten werden. Vor diesem Hintergrund regelt § 9c Absatz 1 AdVermiG die Aufbewahrung von Vermittlungsakten des angenommenen Kindes und § 9c Absatz 2 AdVermiG das Akteneinsichtsrecht des Kindes.

Aufbewahrung von Vermittlungsakten

Nach § 9c Absatz 1 AdVermiG sind die Adoptionsvermittlungsstellen verpflichtet, alle Aufzeichnungen und Unterlagen über jeden einzelnen Vermittlungsfall (Vermittlungsakten) bis zum hundertsten Geburtstag des Adoptierten aufzubewahren. Erst nach Ablauf dieses Zeitraumes werden die Vermittlungsakten vernichtet.

Akteneinsichtsrecht des Adoptierten

Soweit die Vermittlungsakten die Herkunft und die Lebensgeschichte des Kindes betreffen oder ein sonstiges berechtigtes Interesse⁷ besteht, ist dem gesetzlichen Vertreter des Kindes und, wenn das Kind das 16. Lebensjahr vollendet hat, auch diesem selbst auf Antrag unter Anleitung durch eine Fachkraft Einsicht zu gewähren (§ 9c Absatz 2 AdVermiG). Die Einsichtnahme ist zu versagen, soweit im konkreten Einzelfall überwiegende Belange eines Betroffenen entgegenstehen.⁸

Hintergrund. Zu den **Informationen über die Herkunft und die Lebensgeschichte des Kindes** gehören unter anderem die Identität der Herkunftseltern, die Umstände der Geburt und der Adoptionsfreigabe, die Information, dass es leibliche Geschwister gibt sowie Informationen zu Beruf, Herkunft und Lebenswelt der leiblichen Verwandten bis zum Ausspruch der Adoption. Dabei gilt zu beachten, dass die Identität der Herkunftseltern nicht zu den Informationen gehört, die eine Fachkraft ohne Zustimmung der Herkunftseltern an das Kind weitergeben darf. Diese Informationen gilt

⁶ BVerfG, Urteil vom 31.1.1989 – 1 BvL 17/87

⁷ Für ausführlichere Informationen vgl. HK-Adoption/Reinhardt, Rn. 10 zu § 9b AdVermiG.

⁸ Hierzu genauer Reinhardt, JAmt 2008, S. 457 ff; HK-Adoption/Reinhardt, Rn. 11 zu § 9b AdVermiG.

es mit Blick auf den Schutz der Persönlichkeitsrechte der Herkunftseltern zu schwärzen bzw. zu anonymisieren.

Informationen über den weiteren Lebensweg der Herkunftsfamilie seit dem Adoptionsausspruch, Daten über beteiligte Fachkräfte sowie Informationen zur Eignungsüberprüfung der Adoptiveltern gehören dagegen **nicht** zu den Informationen über die eigene Herkunft und Lebensgeschichte des Adoptierten.⁹

Die Akteneinsicht setzt einen Antrag voraus. Hat das Kind das **16. Lebensjahr vollendet**, kann die Akteneinsicht durch dieses selbst beantragt werden (eigenständiges Akteneinsichtsrecht). Die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters (d. h. der Adoptiveltern) in die Akteneinsicht ist nicht erforderlich. Der Antrag ist nicht formgebunden (§ 9 SGB X). Aufgrund der besonderen datenschutzrechtlichen Sensibilität hat sich die Fachkraft der Adoptionsvermittlungsstelle jedoch von der Identität des Antragstellers zu überzeugen, z. B. durch Vorlage des Personalausweises.¹⁰

Bei unter 16 Jahre alten Kindern ist der Antrag durch den gesetzlichen Vertreter des Kindes zu stellen.¹¹ Bis zur Volljährigkeit des Adoptivkindes ist die Akteneinsicht (auch) dem gesetzlichen Vertreter gestattet.

Die Akteneinsicht ist nach § 9c Absatz 2 Satz 1 AdVermiG durch eine Fachkraft zu begleiten, was sicherstellen soll, dass die früheren Lebensumstände des Kindes in der Herkunftsfamilie in die richtigen Zusammenhänge gestellt und differenziert bewertet werden. Darüber hinaus soll die psychische und emotionale Belastung der suchenden Person durch das Begleitungserfordernis minimiert und die Möglichkeit fachkundiger psychosozialer Hilfe eröffnet werden. Zur Akteneinsicht kann sich der Adoptierte durch einen Beistand (§ 13 Absatz 4 SGB X) begleiten lassen.¹²

Die Adoptierten haben dabei die Wahl, die Akteneinsicht bei der Adoptionsvermittlungsstelle des örtlich zuständigen Jugendamtes, eines freien Trägers oder bei der zuständigen zentralen Adoptionsstelle wahrzunehmen. Sofern die Adoptionsakte bei einer zentralen Adoptionsstelle archiviert ist, kann die Fachkraft einen Antrag auf Aktenversendung stellen, wobei die Adoptierten die eigene Zustimmung dazu erteilen muss.

⁹ vgl. HK-Adoption/Reinhardt, Rn. 9 zu § 9b AdVermiG.

¹⁰ vgl. HK-Adoption/Reinhardt, Rn. 14 zu § 9b AdVermiG m.w.N.

¹¹ vgl. HK-Adoption/Reinhardt, Rn. 15 zu § 9b AdVermiG.

¹² vgl. HK-Adoption/Reinhardt, Rn. 16 zu § 9b AdVermiG.

Hinweise für die Praxis. Eine **Personenstandsregisterauskunft** oder die **Einsicht in die Sammelakte beim Standesamt** empfiehlt sich, wenn Adoptierte wenig Kenntnisse über ihre Herkunftsfamilie und die Adoption haben. Personenstandsregister sind die Geburten-, Sterbe-, Ehe- und Lebenspartnerschaftsregister. Dokumente, die einzelne Beurkundungen in den Personenstandsregistern betreffen, werden in besonderen Akten (Sammelakten) aufbewahrt (§ 6 PStG). In einer Sammelakte sind auch Informationen über andere Personen enthalten (z. B. in Scheidungsurteilen), deren datenschutzrechtliches Interesse beachtet werden muss. Auskünfte dürfen nur an Personen erteilt werden, auf die sich der Eintrag bezieht, sowie Ehegatten, Vorfahren und Abkömmlinge, also Verwandte in gerader Linie. Die oder der Adoptierte kann ab 16 Jahren die Auskunft selbst beantragen.

Die Urkunden dienen beispielsweise dazu, Informationen über den Ort und den Tag der Adoption sowie den Namen der leiblichen Eltern zu erhalten (Warnecke o.J.) Aus einem beglaubigten Auszug aus dem Geburtenregister kann die oder der Suchende in der Regel Informationen über die leiblichen Eltern entnehmen, dazu zählen unter anderem auch der Wohnort der Herkunftseltern zum Zeitpunkt der Geburt des Adoptivkindes, sowie Namen und Geburtsdatum der Herkunftseltern. Eine Ausnahme bilden anonyme Geburten oder Findelkinder. Hier sind zwar Informationen zu Zeitpunkt und Ort der Adoption verfügbar, jedoch keine Informationen zu Herkunftseltern.

Die Auskunft kann schriftlich beantragt werden. Einige Standesämter bieten zudem einen Online-Service zur Beantragung an.

Adoptierte, die nach einer **vertraulichen Geburt** adoptiert wurden, können mit 16 Jahren den Herkunftsnachweis einsehen. Dabei erhalten sie Informationen über den Vor- und Nachnamen, das Geburtsdatum sowie die Anschrift der Herkunftsmutter. Sofern Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass für Herkunftseltern durch die Ausstellung der Personenstandsurkunde oder durch die Einsicht in einen Personenstandseintrag eine Gefahr besteht oder ähnliche schutzwürdige Belange erwachsen können, kann der Auszug, der die Herkunftseltern betrifft, gesperrt werden (§ 64 PStG).

In einigen Ausnahmefällen kann die Anonymität der Herkunftsmutter gewahrt werden, beispielsweise wenn das Familiengericht wichtige Gründe für die Anonymität der Herkunftsmutter identifizieren kann. Die Einsicht in den Herkunftsnachweis muss, da dieser nicht Teil der Adoptionsakte ist, beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden ([link](#)).

2.7.2 Anlässe für Herkunftssuche und Gründe, nicht nach der eigenen Herkunft zu suchen

Für viele Adoptierte ist das Wissen um die eigene Herkunft sowohl für die Identitätsentwicklung als auch für die allgemeine psychische Entwicklung wichtig. Um die Lücken im Wissen um die eigene Herkunft zu schließen, machen sich viele Adoptierte im Laufe ihres Lebens auf die Suche nach der eigenen Herkunft (Textor 1990).

Anlässe für Herkunftssuche (angelehnt an Wiemann 2003)

Wenn Adoptierte nach ihren Wurzeln suchen, wollen sie ...

- den verlorenen Teil ihrer selbst wiederfinden,
- sich selbst komplettieren,
- mögliche Geschwister finden,
- ihren eigenen Kindern etwas über sich und ihre Herkunft erzählen können,
- ihr Leben ordnen,
- damit leben lernen, dass sie seelisch-soziale und leibliche Eltern haben,
- ergründen und wissen, warum sie fortgegeben wurden,
- die Kränkung überwinden, fortgegeben worden zu sein,
- Informationen über ihre Konstitution/Gesundheit, ihren Charakter etc. sammeln und/oder
- die Aussagen ihrer Adoptiveltern überprüfen.

Manche Adoptierte entscheiden sich bewusst dagegen, nach den eigenen Wurzeln zu suchen. Wiemann (2003) beschreibt verschiedene Gründe, nicht nach den eigenen Wurzeln zu suchen.

Gründe, nicht nach den eigenen Wurzeln zu suchen (angelehnt an Wiemann 2003)

Wenn Adoptierte nicht nach ihren Wurzeln suchen wollen, kann dies daran liegen, dass sie ...

- sich so in einer Adoptivfamilie verwurzelt sehen, dass sie gar kein Bedürfnis danach haben, ihre leiblichen Eltern kennen zu lernen.
- sich in einem Loyalitätskonflikt befinden und die Sorge haben, die Liebe der Adoptiveltern zu verlieren, bzw. sich aus einem Gefühl der Verpflichtung gegenüber den Adoptiveltern nicht „trauen“, nach ihrer Herkunft zu suchen.
- das Bedürfnis haben, die bisherige Sicherheit und den bisherigen Lebensweg nicht zu gefährden. Sie wollen die Adoption an sich verdrängen bzw. nicht wahrhaben. Oft gehört der Wunsch, ein „normales“ Kind der Adoptiveltern zu sein, dazu.

- unsicher sind, wie der richtige Umgang mit zwei Familien aussehen kann, bzw. Angst haben, zu vielen Erwartungen und Verpflichtungen auf beiden Seiten ausgesetzt zu werden.
- Angst davor haben, mit den Reaktionen anderer nicht umgehen zu können.
- Angst vor (neuen) Verletzungen bzw. Zurückweisungen haben.
- Wut verspüren oder ein Bedürfnis nach Rache und Bestrafung der Herkunftseltern haben.

Adoptiveltern und andere Personen aus dem Umfeld sollten in jedem Fall akzeptieren, wenn die oder der Adoptierte nichts bzw. nicht mehr über die eigene Herkunft wissen möchte und ihr/ihm ggf. die Zeit geben, die sie/er braucht (Wiemann 2003). In einem solchen Fall empfiehlt es sich, dass die Fachkraft die Situation der/des Adoptierten mit anderen Fachkräften diskutiert (Vier-Augen-Prinzip), um eine sichere Beurteilung zu gewährleisten.

2.7.3 Die Rolle der Fachkraft bei der Herkunftssuche

Für die Arbeit der Fachkraft ergeben sich bei dem Thema Herkunftssuche besondere Herausforderungen.

Berücksichtigung der Autonomie der Adoptierten

Die Herkunftssuche gehört zum Leben von Adoptierten und ist ein lebenslanger Prozess, der mal mehr und mal weniger im Vordergrund des Lebens steht. So gilt auch bei der Herkunftssuche wie bei der Biografiearbeit, dass die Berücksichtigung der Autonomie der bzw. des Adoptierten zentral ist. Die Adoptierten sollten also eine Anlaufstelle haben, die eine neutrale Unterstützung ermöglicht. Ziel dabei ist, die Entwicklung einer eigenen Sichtweise der/des Adoptierten zu fördern. So kann das Kind befähigt werden, ein eigenes Bild über seine Herkunft und seine Adoption zu entwickeln.

Einbezug der Adoptiveltern/Haltung gegenüber den Herkunftseltern

Auch Adoptiveltern benötigen unter Umständen bei der Herkunftssuche ihres Kindes die Begleitung der Fachkräfte, denn sie haben oft Ängste oder spüren Eifersucht, wenn ihr Kind sich auf die Suche nach seinen Wurzeln macht.

Wichtig sind dabei vor allem auch die Vorstellungen, welche die Adoptiveltern von den Herkunftseltern haben. In der Vorbereitung der Herkunftssuche ist es daher bedeutsam, die Adoptiveltern gut aufzuklären über die Herkunftsfamilie sowie über die Erfahrungen, die das Kind in der Herkunftsfamilie gemacht hat. Den Adoptiveltern sollte dabei stets verdeutlicht werden, wie wichtig eine wertschätzende Haltung gegenüber den Herkunftseltern ist (vgl. Basismodul Teil 1 zur Vorbereitung, Kapitel 4.4.2).

Umgang mit Erfahrungen von Misshandlung und Vernachlässigung

Im Rahmen der Herkunftssuche ist ein sensibler Umgang bei der Offenlegung von erfahrener Misshandlung bzw. Vernachlässigung wichtig. Da Geheimnisse für die kindliche Entwicklung schwierig sind, sollten mit der Zeit – entsprechend dem Entwicklungsstand des Kindes – alle Fakten offengelegt werden.

Der Umgang mit diesen belastenden Informationen sollte durch eine Fachkraft begleitet werden, um die Adoptiveltern zu beraten, wie sie mit negativen Fakten umgehen und den Kindern in angemessener Art und Weise „übersetzen“ können, was passiert ist, ohne ein negatives Bild der Herkunftsfamilie zu vermitteln (vgl. Ergänzungsmodul zur Offenheit von Adoptionen). Zudem gilt es, die Eltern darauf vorzubereiten, welche Auswirkungen diese Erfahrungen für die Entwicklung des Kindes haben können. Dem Kind sollte dabei stets das Gefühl vermittelt werden, dass es nicht verantwortlich für seine Erfahrungen ist (Wiemann/Lattschar 2019).

Umgang mit sozialen Medien

Soziale Medien eröffnen neue Wege der Herkunftssuche. Sie erweitern die Möglichkeiten der Herkunftssuche und können diese erleichtern. Gleichzeitig können mit der Nutzung sozialer Medien für die Herkunftssuche auch Gefahren verbunden sein, wie dies beispielsweise bei einer unvorbereiteten und unbegleiteten Kontaktaufnahme von Kind und leiblichen Eltern über soziale Netzwerke der Fall sein kann. Die Adoptivfamilie sollte sich daher schon früh mit der Bedeutung sozialer Medien bei der Herkunftssuche auseinandersetzen. Ängste von Adoptiveltern, dass Kinder selbständig Informationen aufdecken könnten, sollten dabei genügend Raum bekommen und bearbeitet werden. Eine Übersicht über hilfreiche Informationen zum Umgang mit sozialen Medien finden sich beispielsweise auf der Seite des U.S. Department of Health and Human Services ([link](#)).

Hinweise für die Praxis: Informationen zum Umgang mit sozialen Medien bei der Herkunftssuche.

Allgemeine Informationen für die Adoptivfamilie

- Die Adoptivfamilie sollte darauf hingewiesen werden, dass eine fachlich begleitete Kontaktaufnahme, bei der die Adoptionsfachkraft die Herkunftsfamilie kontaktiert, stets einer unbegleiteten Kontaktaufnahme, bei der die Herkunftsfamilie nicht auf die Kontaktaufnahme vorbereitet ist, vorzuziehen ist.
- Die Adoptierten und Adoptiveltern sollten auf Gesetze und Richtlinien hingewiesen werden, z.B. Privatsphären-Einstellungen, um in Suchen nicht gefunden zu werden, sowie auf die Einrichtung eines privaten Profils im Gegensatz zu einem öffentlichen Profil

- Die Adoptierten und Adoptiveltern sollten darüber aufgeklärt werden, dass Hinweise aus der Körpersprache in der Regel beim Austausch über soziale Medien verloren gehen. Dadurch können Missverständnisse entstehen, da bestimmte Signale oder Emotionen des Gegenübers nicht oder anders wahrgenommen werden können.

Wenn die oder der Adoptierte bzw. die Adoptivfamilie im Rahmen der Herkunftssuche über soziale Medien erstmals Kontakt zur Herkunftsfamilie aufnehmen möchte

- Die Adoptierten und Adoptiveltern sollten darüber informiert werden, dass eine Kontaktaufnahme vorher mit der Adoptionsvermittlungsstelle besprochen werden sollte, so dass eine E-Mail o. ä. an die Herkunftsfamilie evtl. gemeinsam formuliert werden kann.
- Die Adoptivfamilien sollten darauf aufmerksam gemacht werden, dass gegebenenfalls nicht alle Familienmitglieder der Herkunftsfamilie von der Adoption wissen. Wichtig ist, den Herkunftseltern selbst die Chance zu geben, andere Familienmitglieder über die Adoption aufzuklären.
- Fachkräfte sollten Adoptierte auf unterschiedliche Ausgänge der Suche vorbereiten:
 - Die Suche nach den Herkunftseltern ist erfolgreich, und die Herkunftseltern nehmen Kontakt auf.
 - Die Suche nach den Herkunftseltern ist nicht erfolgreich.
 - Die Suche nach den Herkunftseltern ist erfolgreich, die Herkunftseltern möchten jedoch weiterhin keinen Kontakt.

Wenn die Herkunftsfamilie über soziale Medien Kontakt zur Adoptivfamilie aufnimmt

- Die Adoptivfamilie sollte ermutigt werden, direkt Kontakt zur Fachkraft der Adoptionsvermittlung aufzunehmen, um sich in dieser Situation beraten zu lassen.
- Die Adoptivfamilie sollte dazu angeregt werden, sich genügend Zeit zu nehmen. So kann es hilfreich sein, nicht gleich auf eine Anfrage der Herkunftsfamilie zu antworten, um sich selbst zunächst damit auseinanderzusetzen, ob Kontakt zur Herkunftsfamilie (über soziale Medien) gewünscht ist.
- Die Adoptivfamilie sollte darauf hingewiesen werden, zu überprüfen, ob es sich tatsächlich um die vorgegebene Person handelt.

Umgang mit Daten und Akten

Adoptierte können sich bei ihrer Suche nach Informationen über die eigene Herkunft bzw. bei der Suche nach ihrer Herkunftsfamilie an die Adoptionsvermittlungsstelle des örtlichen Jugendamtes oder des freien Trägers wenden, welche die

Adoption durchgeführt hat¹³, und eine Einsicht in die Vermittlungsakte beantragen (vgl. Kapitel 2.7.1). Darüber hinaus können sie die zentralen Adoptionsstellen kontaktieren. Da die Akten für die Adoptierten unter Umständen schwierig zu verstehen sind, ist die fachliche Begleitung bei der Akteneinsicht von großer Bedeutung. Hier braucht es die „Übersetzung“ durch eine Fachkraft (Expertise- und Forschungszentrums Adoption 2018).

Bei der Aktenführung gilt es darauf zu achten, von Anfang an möglichst viele Informationen in der Akte zu sammeln, um der bzw. dem Adoptierten später möglichst viele Informationen zukommen lassen zu können. Der Lebenslauf des Kindes sollte umfangreich, systematisch und ressourcenorientiert dokumentiert werden. Dabei sollte nicht nur notiert werden, was die Gründe für die Freigabe zur Adoption waren, sondern auch eine Beschreibung der Personen sowie ihrer Ressourcen enthalten sein.

Hinweise für die Praxis. Unterschiedliche Aufbewahrungszeiten der Akten bei Vollzeitpflege und Adoption können die Herkunftssuche unter Umständen erschweren. So gibt es bei Vollzeitpflegern im Gegensatz zu Adoptionen keine einheitliche gesetzliche Regelung, und jede Gebietskörperschaft legt hier individuell eine Aufbewahrungsfrist fest. Wenn Kinder aus einer Vollzeitpflege heraus adoptiert werden, kann daher die kürzere Aufbewahrungszeit der Pflegeakte zu einem Verlust wichtiger Informationen führen. Bei der Adoption von Pflegekindern empfiehlt sich daher, die Pflegekinderakte in die Adoptionsakte zu überführen bzw. die relevanten Angaben zur Geschichte des Kindes in die Adoptionsakte zu übernehmen.

2.7.4 Fachliches Vorgehen bei der Herkunftssuche

Der Ablauf und die Dauer einer Herkunftssuche ist nach Berichten aus der Adoptionspraxis sehr unterschiedlich und kann sich über Wochen und Monate erstrecken. Insbesondere bei internationalen Adoptionen sind die Verfahren sehr langwierig (vgl. Ergänzungsmodul zu internationalen Adoptionen).

Wenn eine adoptierte Person sich mit dem Wunsch, etwas über die eigene Herkunft zu erfahren, an die Adoptionsvermittlungsstelle wendet, ist ein ausführliches (Kennenlern-)Gespräch der Anfangspunkt, bei dem ein Bild über die Gesamtsituation gewonnen wird.

¹³ Wurde der Adoptierte in Begleitung eines freien Trägers vermittelt und wurde die Adoptionsvermittlungsstelle in freier Trägerschaft geschlossen, so ist die Vermittlungsakte bei der örtlich zuständigen zentralen Adoptionsstelle archiviert.

Nach einem ersten Termin, bei dem die Adoptionsfachkraft die Ziele der Akteneinsicht und das schon vorhandene Wissen über die eigene Herkunft bzw. über die Herkunftsfamilie erfragt, folgt als nächster Schritt die durch die Fachkraft begleitete Einsicht in die Adoptionsakte. Die Suchenden haben dabei die Möglichkeit, eine Begleitperson mitzubringen. Die Einsicht in die Adoptionsakte sollte vor dem Hintergrund der möglicherweise dokumentierten belastenden Informationen gut vorbereitet werden, indem die Vermittlungsakte von der Fachkraft vorab intensiv durchgearbeitet wird. Insbesondere hat die Fachkraft etwaige Interessen der in der Akte genannten Personen zu ermitteln, um diese bei der Entscheidung über die Akteneinsicht und deren Umfang berücksichtigen zu können (vgl. Kapitel 2.7.1). Die Vermittlungsakte wird zunächst kopiert; gegebenenfalls werden wichtige Details hervorgehoben. Um erwähnte Beteiligte zu schützen, werden entsprechende Teile der Vermittlungsakte geschwärzt. Ziel der Vorbereitung ist zudem, der/dem Adoptierten im begleitenden Gespräch bei der Akteneinsicht die beschriebenen Inhalte erklären und – auch vor dem Hintergrund der zum Zeitpunkt der Adoption gegebenen Haltungen zur Adoption – so einordnen zu können, dass ein wertschätzendes Bild der leiblichen Eltern vermittelt werden kann.

Sobald die Akte aus dem Archiv vorliegt und durch die Fachkraft vorbereitet wurde, kann die adoptierte Person Einblick in die Vermittlungsakte erhalten. Wenn die/der Adoptierte nach der Akteneinsicht den Wunsch hat, Kontakt zu den leiblichen Eltern/der Herkunftsfamilie herzustellen, sind weitere Gespräche notwendig, um das mögliche Vorgehen bei der Suche zu besprechen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Vermittlungsstelle nicht dazu verpflichtet ist, für den Adoptierten zu „suchen“. Gemäß § 9 Absatz 1 AdVerMiG ist sie nur zur Begleitung des Suchenden verpflichtet, nicht aber zu eigenen Recherchen. Allerdings sind eigene Suchbemühungen der Vermittlungsstelle auch nicht verboten, sofern diese zielführend für das weitere Vorgehen im konkreten Einzelfall sind.

Insbesondere dann, wenn die Adoption lange zurückliegt und die Fachkraft die Adoptierte/den Adoptierten nicht kennt, ist es sinnvoll, zunächst zu besprechen, welche Geschichte hinter der Suche steht, was die Person über die Adoption und die Situation, die zur Freigabe geführt hat, bisher weiß, welche Daten verfügbar sind und welche Daten noch recherchiert werden müssen. Wenn Adoptierte und leibliche Eltern lange keinen Kontakt hatten, geht es primär darum, zu klären, ob die gesuchte Person diesen Kontakt auch möchte. Hier übernimmt die Fachkraft der Adoptionsvermittlungsstelle eine vermittelnde Rolle und begleitet den Prozess, wenn dies gewünscht wird.

Leitfragen im Gespräch können zum Beispiel sein:

- „Wie steht Ihr persönliches Umfeld zur Suche?“
- „Was versprechen Sie sich von der Herkunftssuche? Welche Informationen sind Ihnen wichtig?“

- „Welche Gedanken (und ggf. Gefühle) kommen bei Ihnen auf, wenn die Suche erfolgreich war? Welche, wenn die Suche keine (neuen) Informationen bringt?“
- „Was wäre das Schlimmste, das passieren könnte? Wie würden Sie damit umgehen können? Wen könnten Sie als Unterstützung heranziehen?“
- Wenn es um die Suche nach dem leiblichen Vater geht: „Weiß der leibliche Vater von der Schwangerschaft/der Adoption oder wird ihn die Information über ein heute erwachsenes Kind überraschen?“

Um den Aufenthaltsort der leiblichen Eltern/der Herkunftsfamilie ausfindig zu machen, sind das Einwohnermeldeamt, Rentenversicherungsträger und Ausländerbehörden mögliche Ansprechpartner für die Nachforschungen. Auch die ausländischen Botschaften in Deutschland und die deutschen Botschaften im Ausland sowie der Internationale Soziale Dienst ([link](#)) können bei der Suche unterstützen. Darüber hinaus gibt es natürlich die Möglichkeit für die Suchenden, Unterstützung von (privaten) Personensuchdiensten in Anspruch zu nehmen.

Falls die Fachkraft der Vermittlungsstelle die leiblichen Eltern bzw. andere Personen, die in der Adoptionsakte genannt sind, kontaktiert, sind diese darüber zu informieren, dass das Kind auf der Suche nach seiner eigenen Herkunft ist.¹⁴ Sofern die oder der Suchende persönlichen Kontakt zur Herkunftsfamilie aufnehmen möchte, informiert sich die Fachkraft, ob die Herkunftsfamilie zu einer Kontaktaufnahme zur Suchenden/zum Suchenden bereit ist.

Informationen, welche die oder den Suchenden betreffen (z. B. Grund der Adoptionsfreigabe), dürfen in anonymisierter Form auch ohne Einwilligungserklärung der Herkunftseltern weitergegeben werden (vgl. BAG Landesjugendämter, 2019). Daten, die andere betreffen (wie beispielsweise Namen, Geburtsdatum, etc.), dürfen der oder dem Suchenden dagegen nicht ohne Einwilligungserklärung der entsprechenden Personen zugänglich gemacht werden. Dabei ist gemäß § 9c Absatz 2 AdVermiG abzuwägen, ob Daten, welche die Lebensgeschichte und Herkunft des Adoptivkindes betreffen, bei fehlendem entgegenstehenden überwiegenden Interesse des Betroffenen auch ohne dessen Zustimmung offenbart werden können. Auch wenn die betroffene Person nicht auffindbar ist, gilt abzuwägen, ob entgegenstehende Interessen vorhanden sind. Ist dem nicht so, darf die oder der Suchende die entsprechenden Informationen einsehen (BAG Landesjugendämter 2019).

Bei der Kontaktaufnahme ist unbedingt ein sensibles Vorgehen zu gewährleisten. Dabei ist insbesondere auch zu verhindern, dass bisher nicht über die Adoption aufgeklärte Dritte (beispielsweise der jetzige Ehepartner der abgebenden Mutter) durch die Kontaktaufnahme der Adoptionsvermittlungsstelle von der Adoption

¹⁴ Dabei gilt es den Datenschutz sowie das Offenbarungs- und Ausforschungsverbot nach § 1758 BGB zu beachten (BAG Landesjugendämter 2019).

erfahren. Dies kann abgesichert werden, indem ein neutrales Anschreiben ohne Briefkopf der Adoptionsvermittlungsstelle verwendet wird.

Nach Abschluss der Akteneinsicht ist die Vermittlungsakte wieder bei der zuständigen Adoptionsvermittlungsstelle zu archivieren.

Für die Praxis: erste Schritte der Aktensuche

Um die richtige Akte ausfindig zu machen, sind folgende Angaben hilfreich, welche die Adoptionsfachkraft während des Kennenlerngesprächs mit der oder dem Suchenden erfragen kann:

- Geburtsdatum der Adoptierten/des Adoptierten
- Datum der Adoptionsfreigabe
- Ort des Ausspruchs der Adoption
- Datum des Ausspruchs der Adoption

Auf Basis der oben genannten Informationen kann die Fachkraft ermitteln, ob sie die örtlich zuständige Adoptionsvermittlungsstelle ist (Ort des Ausspruchs der Adoption). Anhand des Geburtsdatums, des Datums der Adoptionsfreigabe oder des Datums des Adoptionsausspruchs kann der zeitliche Rahmen eingegrenzt werden.

Sofern keine Informationen aus der Vermittlungsakte entnommen werden können oder keine Vermittlungsakte vorhanden ist, besteht die Möglichkeit, Einsicht in das Personenstandsregister zu nehmen (vgl. Kapitel 2.7.1). Im Folgenden ist eine Beispielantwort dargestellt, wie Fachkräfte Suchenden vermitteln können, welche weitere Möglichkeiten vorhanden sind.

„Leider sind in deiner Adoptionsvermittlungsakte keine Informationen, die deine Herkunft betreffen, vorhanden. Weder (Vor-)Name, noch Geburtsdatum oder die Gründe deiner Freigabe zur Adoption werden dort genannt. Das tut mir sehr leid. Ich kann verstehen, wenn du jetzt enttäuscht oder traurig bist. Du kannst dich natürlich selbst davon überzeugen, dass diese Informationen nicht vorhanden sind. Wir haben allerdings noch weitere Möglichkeiten, wie wir gegebenenfalls mehr über deine Herkunft erfahren können. Beispielsweise können wir eine Einsicht in das Personenstandsregister beantragen. Dort ist es möglich, Name, Wohnort zur Zeit deiner Geburt und Geburtsdatum deiner Herkunftseltern zu erfahren, damit wir die Möglichkeit haben, deine Herkunftseltern zu suchen und gegebenenfalls zu kontaktieren. Ich kann dir nicht versichern, dass wir durch das Personenstandsregister deine Herkunftsfamilie finden werden. Und wenn wir sie finden, ist nicht sicher, dass sie Kontakt aufnehmen und über die Gründe der Adoptionsfreigabe oder andere Dinge sprechen möchten.“

Du musst das jetzt noch nicht entscheiden. Lass dir Zeit, darüber nachzudenken. Vielleicht hilft es Dir auch, wenn du diese Möglichkeit der Suche gemeinsam mit deinen Eltern besprichst und dich danach nochmal bei mir meldest. Ich helfe dir gerne bei der Suche und freue mich, wieder von dir zu hören.“

2.8 Spezifische Beratungsthemen von Adoptivfamilien

2.8.1 Identifikation von besonderen Beratungsthemen

Insbesondere bei Kindern, bei denen bereits zum Zeitpunkt der Vermittlung in die Familie besondere Fürsorgebedürfnisse bekannt sind, gilt vom ersten Tag in der Adoptivfamilie ein aufmerksamer und sensibler Blick der Fachkraft auf das Kind und die Familie, um die Situation und die möglichen Unterstützungsbedarfe richtig einschätzen zu können. Auch besondere Familienkonstellationen (z. B. bereits vorhandene Kinder) und das Auftreten kritischer Lebensereignisse können das Beratungsbedürfnis der Familie erhöhen. Folgende Leitfragen können dabei helfen, spezifische Beratungsbedürfnisse der Adoptivfamilie zu identifizieren:

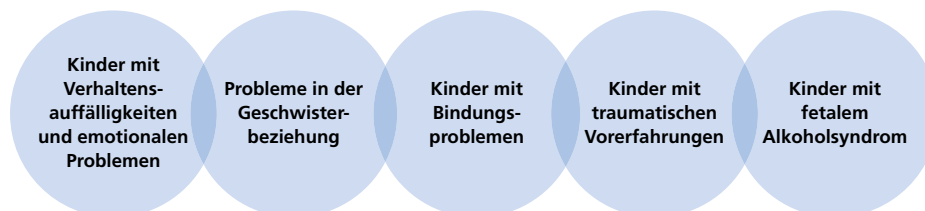
- Liegen Anzeichen von Entwicklungsrückständen bzw. -auffälligkeiten (z. B. verzögerte Sprachentwicklung, aggressives Verhalten) vor?
- Zeigen sich beim Kind im Laufe der Zeit neue Verhaltensprobleme, die bei der Vermittlung in die Familie noch nicht bekannt waren?
- Wenn das Kind schon älter ist: Befindet sich das Kind in einer Lebensphase mit einem kritischen Übergang, z. B. dem Übertritt in die Schule oder den Übergang in die Pubertät?
- Wirken die Eltern in der Interaktion mit dem Kind überfordert?
- Macht die Paarbeziehung trotz des erhöhten Fürsorgebedürfnisses für das Kind einen stabilen Eindruck?
- Gibt es besondere Belastungen der Familie durch kritische Lebensereignisse?
- Bestehen besondere Familienkonstellationen (z. B. weitere Geschwister)?

Green und Kollegen (2016; zit. nach Selwyn 2017) empfehlen, den Einschätzungsprozess in koordinierten regionalen Netzwerken und in engem Austausch mit wissenschaftlichen Einrichtungen vorzunehmen. Zudem wird die Entwicklung und

der Einsatz von Screeningverfahren¹⁵ empfohlen, auf deren Basis entschieden werden kann, ob und welche spezialisierten Angebote die Familien brauchen.

Die Rolle der Fachkraft. Der Fachkraft kommt eine zentrale Rolle bei der Wahrnehmung des Unterstützungsbedarfs der Familie, der Beratung der Familien und der Koordination geeigneter Hilfen zu. Sie hat die Möglichkeit, durch Gespräche mit den Adoptiveltern eine erste Einschätzung zu vorhandenen Problemen vorzunehmen. Neben den Berichten der Adoptiveltern sind auch Beobachtungen von Verhaltensweisen des Kindes, Ergebnisse von Screeningverfahren oder ggf. vorliegender Informationen anderer Fachstellen (Kindergarten/Schule, Kinderarzt oder Kinderärztin) hilfreiche Informationsquellen zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs. Ergeben sich Hinweise auf das Vorliegen von bedeutsamen Verhaltensproblemen oder Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes oder auf Probleme in der Interaktion innerhalb der Familie, ist es Aufgabe der Adoptionsvermittlungsstelle, mögliche weitere Schritte mit der Familie zu besprechen. Um dem Kind frühzeitig geeignete Hilfen zukommen zu lassen, empfiehlt es sich, die Eltern dazu zu ermutigen, Verdachtsmomente bei einer spezialisierten Fachstelle abklären zu lassen und Beratungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Es ist dabei hilfreich, Informationen über regionale Angebote zur Diagnostik und Behandlung in einem Informationsblatt zusammenzufassen, um diese bei Bedarf an die Familien weiterleiten zu können.

Im Folgenden wird detailliert auf fünf spezifische Beratungsthemen eingegangen, mit denen Fachkräfte in der nachgehenden Begleitung von Adoptivfamilien häufig konfrontiert sind und zu denen in Bezug auf Adoptivkinder eine substantielle Anzahl an Forschungsbefunden vorliegen. Die Auswahl dieser Themen ist nicht erschöpfend; und es können sich eine Vielzahl anderer Themen in der nachgehenden Beratung stellen, die in dieser Handreichung nicht behandelt werden können.



15 Ein bereichsübergreifendes Screening für den Einsatz bei der Beratung von Adoptivfamilien liegt in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern nicht vor. Für die Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten, Bindungsstörungssymptomen und Traumasymptomen liegen jedoch etablierte Screening-Verfahren aus Forschung und Praxis vor, die in den folgenden Kapiteln vorgestellt werden.

Zu berücksichtigen ist auch, dass Informationen zu diesen Themenfeldern bereits in die Vorbereitung von Bewerberinnen und Bewerbern einfließen sollten (vgl. Basismodul Teil 1 zur Vorbereitung, Kapitel 4.4.2, 4.5.4 und 6.7), um die Bewerberinnen und Bewerber für erhöhte Fürsorgebedarfe der Kinder zu sensibilisieren und schon vor der Aufnahme des Kindes potentielle Unterstützungsangebote aufzuzeigen.

2.8.2 Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten

2.8.2.1 Begriffserklärung und Formen von Verhaltensproblemen

Kindliche Verhaltensprobleme¹⁶ können sich in sehr unterschiedlicher Form ausdrücken. Im therapeutischen Kontext werden Probleme im beobachtbaren Handeln, im Denken und im Fühlen unterschieden (Schwenck 2012).

- Probleme im *Handeln* beziehen sich auf bewusstes Verhalten in einer Situation, z. B. wenn ein Kind mit einer ausgeprägten Angst vor Hunden die Straßenseite wechselt, wenn es auf dem Gehweg einen Hund trifft.
- Probleme im *Denken* beziehen sich auf die Gedanken in einer Situation, z. B. wenn ein Kind mit einer ausgeprägten Angst vor Hunden beim Anblick eines Hundes denkt: „Der Hund ist ziemlich groß und schaut aggressiv aus!“
- Probleme im *Fühlen* beziehen sich auf das persönliche Erleben einer Situation, z. B. wenn ein Kind mit einer ausgeprägten Angst vor Hunden starke Angst empfindet, sobald es einen Hund in 10 Meter Entfernung sieht.

Ab wann Probleme im Handeln, Denken und Fühlen als auffällig bewertet werden und eine therapeutische Behandlung empfohlen wird, ist nicht immer leicht zu entscheiden (Fröhlich-Gildhoff 2013). In der Regel werden dazu zwei Kriterien herangezogen (Schwenck 2012):

- Abweichung von der „Norm“: Das Verhalten weicht von dem erwarteten Verhalten von Kindern dieser Altersgruppe ab.
- Folgen des Verhaltens für das Kind und/oder sein soziales Umfeld: Das Verhalten führt zu Beeinträchtigung des Kindes und/oder seines sozialen Umfeldes. Das Problemverhalten verursacht beim Kind selbst und/oder bei seinem sozialen Umfeld ein deutliches Leiden und beeinträchtigt das Kind in seiner Leistungsfähigkeit, der sozialen, schulischen oder gesellschaftlichen Integration und der Fähigkeit zu sozialer Interaktion (Schwenck 2012; Döpfner 2008).

¹⁶ Synonym werden häufig die Begriffe Verhaltensauffälligkeiten, Verhaltensstörungen und Verhaltensbesonderheiten verwendet.

Darüber hinaus kommt es bei klinisch behandlungsbedürftigen Verhaltensproblemen zu einer Häufung von Symptomen, die über einen längeren Zeitraum auftreten. In der klinischen Diagnostik wird daher in der Regel eine **Mindestanzahl an Symptomen** benannt, und die Symptomatik muss in der Regel über eine längere Zeit bestehen. Häufig wird bei Verhaltensproblemen im Kindes- und Jugendalter **eine Dauer von sechs Monaten** benannt (vgl. Döpfner, 2008; Fröhlich-Gildhoff, 2013).

Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen werden häufig in drei Gruppen zusammengefasst, den *externalisierenden Problemen* (nach außen gerichtete Symptome), den *internalisierenden Problemen* (nach innen gerichtete Symptome) und *gemischten Problemen* (Fröhlich-Gildhoff, 2013).

Unterscheidung von drei Bereichen von Verhaltensproblemen nach Achenbach und Rescorla (2003; zitiert nach Döpfner, 2008, S. 37f; Fröhlich-Gildhoff, 2013)

Internalisierende Probleme

- *Sozialer Rückzug*: Kinder, die sich sozial zurückziehen, bevorzugen es, allein zu sein und sind eher verschlossen und schüchtern. Häufig verweigern sie es, zu sprechen, sind wenig aktiv und haben häufiger eine traurige Stimmung.
- *Körperliche Beschwerden*: Betroffene Kinder klagen häufig über verschiedene körperliche Symptome wie beispielsweise Schwindel, Müdigkeit, Schmerzen oder Erbrechen.
- *Angst/ depressive Symptome*: Die Kinder sind allgemein ängstlich und nervös, fühlen sich einsam und von anderen abgelehnt, haben häufiger Minderwertigkeits- und Schuldgefühle sowie eine traurige Stimmung.

Externalisierende Probleme

- *Dissoziales Verhalten*: Kinder, die dissoziales Verhalten zeigen, lügen, schwänzen die Schule, stehlen und haben oft einen älteren Freundeskreis.
- *Aggressives Verhalten*: Die Kinder verhalten sich gegenüber anderen Personen mit Worten oder körperlich aggressiv, reden zu laut oder machen sich zum Clown.

Gemischte Verhaltensprobleme

- *Soziale Probleme*: Betroffene Kinder erfahren häufig Ablehnung durch Gleichaltrige und verhalten sich eher unreif und erwachsenenabhängig.

- *Aufmerksamkeitsprobleme:* Betroffene Kinder sind häufig motorisch unruhig und können sich schlecht konzentrieren. Zudem verhalten sie sich oft impulsiv, tollpatschig oder zu jung für ihr Alter.

2.8.2.2 Häufigkeit von Verhaltensproblemen bei Adoptivkindern

Internationale Forschungsbefunde zeigen, dass die meisten Adoptivkinder psychisch nicht belastet sind (Juffer/van Ijzendoorn 2005; Bimmel u. a. 2003). Dennoch haben Adoptivkinder häufiger als nicht-adoptierte Kinder Verhaltensprobleme¹⁷ (Brown/Waters/Shelton 2017; Juffer/van Ijzendoorn 2005; Bimmel u. a. 2003). Adoptivkinder sind zudem im Vergleich zu nicht-adoptierten Kindern häufiger in psychotherapeutischer Behandlung (Bovenschen u. a. 2018; Juffer/van Ijzendoorn 2005). Dies gilt für Kinder, die im Inland adoptiert wurden, ebenso wie für Kinder, die im Ausland adoptiert wurden.

Welche Verhaltensprobleme haben Adoptivkinder? Adoptivkinder haben vor allem nach außen gerichtete Verhaltensprobleme, wie beispielsweise aggressives Verhalten und Aufmerksamkeitsdefizite, während nach innen gerichtete Verhaltensauffälligkeiten wie Angst oder Depressionen bei Adoptierten als Gruppe betrachtet nicht häufiger auftreten als bei nicht-adoptierten Gleichaltrigen (Askeland u. a. 2017; Bimmel u. a. 2003). Einzelne internationale Untersuchungen weisen außerdem darauf hin, dass im Jugendalter häufiger bedeutsame Probleme auftreten, wobei die Adoptierten im Vergleich zu Nicht-Adoptierten häufiger Alkohol und Drogen konsumieren, delinquentes Verhalten und Schulprobleme zeigen sowie ein erhöhtes Risiko für Essstörungen und suizidales Verhalten aufweisen (Strand u. a. 2020; van Ginkel u. a. 2018; von Borczyskowski u. a. 2006; Miller u. a. 2000). Die Befundlage reicht sicherlich nicht aus, um verlässliche Aussagen über die Auftretenswahrscheinlichkeit der genannten Probleme bei Adoptierten zu treffen. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass Familien bei diesen Themen verstärkt Rat und Unterstützung bei den Adoptionsvermittlungsstellen suchen, da diese zu bedeutsamen Belastungen und Krisen in der Familie führen können.

Literaturhinweise. Die hier vorgenommene Auflistung von Verhaltensproblemen von Adoptivkindern ist nicht erschöpfend, sondern beruht auf den in der Fachliteratur am häufigsten beschriebenen Problembereichen.

¹⁷ Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass etwa 20 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland von Verhaltensproblemen betroffen sind (Ihle/Esler 2002), und bei ungefähr 10 % sind diese behandlungsbedürftig. Das Robert Koch-Institut führte von 2003 bis 2006 eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland durch (KiGGS). In einer zusätzlichen Befragung einer Teilstichprobe zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten (BELLA-Studie) wurden Kinder zwischen 7 und 17 Jahren aus 2.863 Familien untersucht (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007). Bei insgesamt 9,7 % der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen lagen psychische Auffälligkeiten aus den Bereichen Angst, Depression, Aufmerksamkeitsprobleme und Sozialverhaltensstörungen vor (Ravens-Sieberer/Ellert/Erhart 2007).

Eine gute Übersicht über weitere Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie Möglichkeiten zur Diagnostik und Ansatzpunkte zur Intervention findet sich beispielsweise im **Lehrbuch der Verhaltenstherapie** von Silvia Schneider und Jürgen Margraf (2019) oder im Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (Petermann 2013). Eine Beschreibung von Auffälligkeiten in der frühen Kindheit mit einer besonderen Berücksichtigung trauma-bezogener Auffälligkeiten findet sich im Ende 2021 erscheinenden Lehrbuch **Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten in den ersten Lebensjahren** von Rüdiger Kießgen und Katrin Sevecke (2021).

Wodurch sind die Verhaltensprobleme der Adoptivkinder erklärbar? Bei der Entwicklung von Verhaltensproblemen bei Adoptivkindern spielen die Vorerfahrungen während der Schwangerschaft (z. B. Stress, Nikotin, Alkohol und Drogen während der Schwangerschaft) ebenso eine Rolle wie negative Vorerfahrungen nach der Geburt (z. B. Erfahrungen von Misshandlung und Vernachlässigung vor der Adoption, wiederholte Betreuungswechsel vor der Adoption) oder genetische Dispositionen bei psychisch kranken Eltern.

Was wissen wir über die Situation von Adoptivkindern in Deutschland? Die Befunde des EFZA zeigen, dass der Großteil der Adoptivkinder keine bis wenig Verhaltensprobleme zeigte. Lediglich 12,5% der Adoptivkinder wiesen behandlungsbedürftige Verhaltensauffälligkeiten auf (Unaufmerksamkeit-Hyperaktivität: 14,8%, Probleme mit Gleichaltrigen: 14,3%, Probleme im Sozialverhalten: 20,7%). Ob ein Kind dabei aus dem Inland oder dem Ausland adoptiert worden war, spielte hierbei keine Rolle (Hornfeck u. a. 2019). Zu berücksichtigen ist bei den Befunden, dass an der Studie lediglich Familien teilnahmen, die in den letzten zwei Jahren ein Adoptivkind bei sich aufgenommen bzw. adoptiert haben.

In einer Studie aus der Schweiz finden sich zudem Hinweise darauf, dass sich Verhaltensprobleme häufig erst nach einigen Jahren in der Adoptivfamilie zeigen. Dies könnte daran liegen, dass sich die Kinder bei Ankunft in der Familie zunächst angepasst verhalten und Auffälligkeiten erst im Lauf der Zeit auftreten, wenn sich die Kinder komplett eingewöhnt haben und vollständig in der Familie angekommen sind (Gabriel/Keller 2014).

2.8.2.3 Handlungsmöglichkeiten bei behandlungsbedürftigen Verhaltensproblemen

Für eine erste Einschätzung des Vorliegens von Verhaltensproblemen eignen sich neben Gesprächen mit den Eltern auch standardisierte Screeningverfahren, wie zum Beispiel die Child Behavior Checklist (CBCL) und der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ).

Hinweise für die Fachpraxis. Die Child Behavior Checklist (CBCL, Döpfner u. a. 2014; Achenbach/Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 2000) stellt das international am häufigsten eingesetzte Verfahren zum Screening klinisch bedeutsamer Verhaltensprobleme dar. Die CBCL ist ein Fragebogen, der Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, somatische Beschwerden sowie soziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 1.5 bis 18 Jahren aus Sicht der Eltern erfasst. Alternativ gibt es auch Versionen für Jugendliche (Youth Self Report, YSR, einsetzbar ab elf Jahren) sowie für Lehrkräfte (Teacher Report Form, TRF). Die drei Instrumente haben sich seit vielen Jahren als fester Standard in der klinischen Praxis und Forschung bewährt. Nach der Auswertung können Aussagen über die Skalen Angst/Depressivität, Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Soziale Probleme, Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme, Regelverletzendes Verhalten und Aggressives Verhalten sowie drei übergeordnete Skalen (Gesamtauffälligkeit, Internalisierende Probleme, Externalisierende Probleme) getroffen werden. Die CBCL ist nicht frei verfügbar und muss erworben werden.

Der Kurzfragebogen Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) entwickelt von Robert Goodman, beschreibt Stärken und Schwächen von Kindern und Jugendlichen im Altersbereich von 2 bis 18 Jahren anhand der Elternbeurteilung. Ebenso wie bei der CBCL liegt zudem eine Version für Lehrkräfte sowie eine Selbstbeurteilungsversion für Jugendliche ab elf Jahren vor. Der SDQ besteht aus 25 Fragen, die emotionale Symptome, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit, Probleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten erfassen. Auch der SDQ wurde in der Praxis und Forschung umfangreich erprobt und gilt als zuverlässiges Instrument, um einen ersten Überblick über Verhaltensprobleme und soziale Kompetenzen des Kindes zu erhalten (Goodman u. a. 2015; Koglin u. a. 2007; Anderson 2005; z. B. Bourdon u. a. 2005; Goodman u. a. 2004; Klasen u. a. 2000). Das Screening-Verfahren ist kostenlos und frei im Internet verfügbar ([link](#)).

Lassen sich Auffälligkeiten feststellen, ist zu berücksichtigen, dass nicht jedes Kind, das einzelne Symptome von Verhaltensproblemen zeigt, an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung leidet. Wichtig ist, dem Adoptivkind in der

Eingewöhnungsphase nach Ankunft in der Adoptivfamilie zunächst etwas Zeit zu geben, um herauszufinden, wie langanhaltend die Verhaltensprobleme sind und ob die Auffälligkeiten auf die Belastung in der Übergangsphase zurückzuführen sind. Gleichzeitig sollte, insbesondere, wenn Auffälligkeiten bereits bei Vermittlung bekannt sind, mit den Adoptiveltern auch besprochen werden, unter welchen Umständen und wann eine therapeutische Begleitung hinzugezogen werden sollte.

Hinweise für die Fachpraxis und für die Adoptiveltern. Wenn ein Kind bei Ankunft in der Adoptivfamilie oder auch erst später Verhaltensprobleme aufzeigt oder entwickelt, kann es passieren, dass sich die Eltern überfordert fühlen und der Prozess des Beziehungsaufbaus erschwert wird. Kinder mit Verhaltensproblemen brauchen jedoch vor allem **Sicherheit** und **Verlässlichkeit**, um eine vertrauensvolle Beziehung zu den neuen Bezugspersonen zu entwickeln. Für die Kinder ist es wichtig, dass jemand geduldig und zuverlässig für sie da ist und trotz der Verhaltensprobleme ihre liebenswerten Seiten und Stärken im Blick behält. Um Adoptiveltern bei dieser Aufgabe zu stärken, ist es wichtig, ihre Belastung und Sorgen ernst zu nehmen und ihnen beim Umgang mit den herausfordernden Verhaltensweisen des Kindes Unterstützung anzubieten, z. B. indem Kontakte zu Erziehungsberatungsstellen vermittelt werden.

Wenn ein Kind über einen längeren Zeitraum, d. h. über mehrere Monate hinweg, Symptome zeigt und das Problemverhalten beim Kind selbst und/oder bei seinem sozialen Umfeld ein deutliches Leiden erzeugt, wird empfohlen, das Vorliegen von behandlungsbedürftigen Verhaltensauffälligkeiten durch eine Fachperson abklären zu lassen. Nur so kann festgestellt werden, ob das Kind und die Familie unterstützende und therapeutische Maßnahmen brauchen. Mit der Diagnostik und Einleitung der Behandlung sollte nicht zu lange gewartet werden, um eine Verstärkung der Symptomatik zu verhindern.

Zuständige Institutionen und Personen für Diagnostik und Behandlung

Erster Kontakt sind in der Regel Erziehungsberatungsstellen und Frühförderstellen, die als niederschwellige Anlaufstellen bei Bedarf auch an weitere Institutionen und Fachkräfte vermitteln können. Dies sind beispielsweise:

- Psychiatrische Ambulanzen in Kinder- und Jugendlichenpsychiatrien
- Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (mit Kassenzulassung)

- Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mit Fachkunde für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (mit Kassenzulassung)
- Sozialpädiatrische Zentren

Unterstützend wird auch der Einsatz psychologischer Kinderbücher empfohlen. Diese liefern Eltern, Angehörigen, Therapeutinnen und Therapeuten von Kindern wichtige Informationen zum jeweiligen Thema sowie praktische Aufgaben und Übungen. Nachfolgend findet sich eine kleine Auswahl kindgerechter Materialien für Familien zum Thema Verhaltensprobleme:

- Meister, Franziska (2018): Paul und der rote Luftballon. Ein Buch für Kinder, die mutig werden und neue Freunde finden. Bern
Kinder mit Angst vor sozialer Isolation kennen die Befürchtungen, ausgelacht und nicht gemocht zu werden. Im Kinderbuch „Paul und der rote Luftballon“ hat auch Paul solche Ängste und Gedanken, findet aber am Ende erfolgreich einen Ausweg. Das Buch soll betroffenen Kindern helfen, ihre aktuelle Situation besser zu verstehen und zeigt den Kindern, dass sie mit ihrer Angst nicht allein sind und wie sie ihre Ängste überwinden können.
- Michel, Winona/Buschkamp, Hannah/Drerup, Carlotta/Schramm, Finnja (2018): Die kleine Eule Luna und wie sie lernte, mit ihrer Trennungsangst umzugehen. Bern
Kinder mit Trennungsangst haben große Sorgen, ihren Eltern könnte etwas zustoßen oder sie könnten von ihnen getrennt werden. Das Kinderbuch „Die kleine Eule Luna“ zeigt durch die Geschichte von Eule Luna und Glühwürmchen Sola, wie man mit der Angst umgehen kann.
- Schaaf, Joan (2018): In Gedanken ein Fuchs. Ein Buch für sozial ängstliche Kinder, die selber kleine Füchse sind. Bern
Kinder mit sozialen Ängsten bekommen Angst in Situationen, wenn andere Menschen schlecht über sie denken oder sie beurteilen könnten und ziehen sich zurück. Im Kinderbuch „In Gedanken ein Fuchs“ finden Lea und ihr Kängubär Pocci eine Möglichkeit, diese Ängste loszulassen. Die Geschichte soll betroffenen Kindern helfen, ihre aktuelle Situation besser zu verstehen und zeigt den Kindern, wie sie ihre Ängste überwinden können.
- Zais, Friederike (2018): Zappel-Zirkus Zacharias. Ein Buch für zappelige Zirkuskinder mit ADHS, ihre Zirkusfamilien, Freunde und Zirkusdompteure. Bern
Motorische Unruhe, Hyperaktivität und Impulsivität bei ADHS können für die betroffenen Kinder und ihr Umfeld sehr belastend sein. Im Kinderbuch „Zappel-Zirkus Zacharias“ zeigt die Geschichte von Enno, dem Zirkuselefanten, wie er es schafft, seinen „Zappelfloh“ zu zähmen. Das Kinderbuch soll betroffenen Kindern helfen, ihre aktuelle Situation leichter zu verstehen und sie dabei unterstützen, wie sie mit ihrem eigenen „Zappelfloh“ umgehen können.

2.8.2.4 Behandlungsmöglichkeiten von Verhaltensproblemen

Bei Verhaltensproblemen von Adoptivkindern ist es in der Regel sinnvoll, die Behandlung nicht nur auf die Symptomatik und das betreffende Kind zu konzentrieren, sondern auch die Adoptiveltern mit zu unterstützen, um potentielle Ängste und Sorgen aufzufangen. Beratungsansätze, welche die Eltern und evtl. Geschwister ebenso involvieren, haben darüber hinaus den Vorteil, dass sie dazu beitragen, die Familien aktiv einzubeziehen, deren Selbstwirksamkeit zu erhöhen und dadurch Belastungen in der Familie reduzieren zu können. Im Folgenden finden sich Beispiele für Beratungsansätze und Therapieangebote, die sich im Umgang mit und bei der Behandlung von Verhaltensproblemen bewährt haben.

Angst

Bei behandlungsbedürftigen Ängsten haben sich Therapieformen als wirksam erwiesen, bei denen mit den Kindern an Strategien für die Bewältigung der angstauslösenden Situationen gearbeitet wird (Lehmkuhl u. a. 2015; King/Heyne/Ollendick 2005). Dabei werden z. B. auch Methoden eingesetzt, bei denen gemeinsam mit den Kindern in der Vorstellung ein sicherer Ort erarbeitet wird, an den sich die Kinder, wenn sie in einer Situation Angst haben, in ihrer Vorstellung zurückziehen können und somit ihre Angst bewältigen lernen. Einen weiteren wichtigen Baustein der Therapie stellt die Beratung und Aufklärung des Kindes, der Eltern und evtl. der Geschwister dar (Schwenck, 2012), um die Angstsymptomatik der Adoptivfamilie verständlicher zu machen und ein Gefühl der Kontrolle zurückzugeben.

Depressionen

Bei depressiven Symptomen im Kindes- und Jugendalter ist es wichtig, dass das Kind positive Beziehungserfahrungen zum Therapeuten machen kann, um in vertrauensvoller Atmosphäre über die eigenen Gefühle sprechen zu können. Vor allem Therapieansätze (z. B. Emotionsfokussierte Therapie), bei denen Methoden zum Einsatz kommen, durch die das Kind die eigenen Gefühle besser verstehen und regulieren lernt, sind empfehlenswert. Auch Therapien, welche die Autonomie des Kindes fördern (z. B. Sozialkompetenztrainings), um ihm positive Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen und dadurch den Selbstwert des Kindes zu steigern, haben sich als wirksam erwiesen. Ergänzende Trainings, welche die sozialen Kompetenzen des Kindes fördern, sind ebenfalls hilfreich (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2013). Bei depressiven Symptomen ist auch die Abklärung eines möglichen Suizidrisikos des Kindes von Bedeutung. Insbesondere bei bestehendem Suizidrisiko ist es zentral, die Adoptiveltern durch Beratungs- und Familiengespräche mit einzubeziehen, da sich viele Eltern im Umgang mit dem Kind belastet und unsicher fühlen und oftmals Schuldgefühle empfinden (Schwenck, 2012).

Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität

Bei Aufmerksamkeitsproblemen und Hyperaktivität stehen vielfältige Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Als besonders hilfreich haben sich Ansätze erwiesen, welche die Kinder mithilfe von Selbstinstruktionsstrategien¹⁸ bei der Regulation des eigenen Verhaltens unterstützen. Im besten Fall werden solche Ansätze mit Elternarbeit ergänzt, in der neben einer ausführlichen Aufklärung und Beratung der Adoptiveltern und evtl. Geschwister auch ein strukturierter Familienalltag erarbeitet wird. Hilfreich ist zudem, wenn in der Elternarbeit der Fokus auf positive Verhaltensweisen und Wertschätzung des betroffenen Kindes gerichtet wird, um oftmals belastete oder negativ geprägte Interaktionen zu verändern (Schwenck, 2012). Auch Interventionen in der Kindertagesstätte, in der Schule und in Gleichaltrigengruppen haben sich als hilfreich erwiesen (Fröhlich-Gildhoff 2013; Döpfner/Fröhlich/Lehmkuhl 2000). Besonders wirksam ist eine Kombination aus verschiedenen Behandlungsansätzen (Döpfner/Fröhlich/Lehmkuhl 2000), die an die individuellen Bedürfnisse des Kindes und seiner Adoptivfamilie angepasst werden sollte.

Aggressives und gewalttätiges Verhalten

Es existiert eine ganze Reihe an Präventions- und Interventionsprogrammen für Kinder, welche aggressives und/oder gewalttätiges Verhalten (in übermäßiger Intensität und Häufigkeit) zeigen. Insbesondere ganzheitliche Programme, die nicht nur versuchen, an den auffälligen und belastenden Verhaltensproblemen der Kinder zu arbeiten, sondern auch versuchen, zugrundeliegende Probleme wie beispielsweise einen niedrigen Selbstwert der Kinder zu verändern oder den Kindern alternative Problemlösestrategien beizubringen, sind besonders empfehlenswert (Fröhlich-Gildhoff, 2013; Schwenck, 2012). Als hilfreich haben sich auch Angebote erwiesen, die im Umfeld des Kindes (beispielsweise in der Familie, der Kindertagesstätte oder der Schule) durchgeführt werden (Lehmkuhl u. a. 2015; Petermann/Döpfner/Schmidt 2007).

18 Ein gutes Beispiel für ein **Selbstinstruktionstraining bei ADHS** ist das Training von Lauth und Schlottke (2019). Bei diesem Ansatz wird das sogenannte „Innere Sprechen“ eingeübt, bei dem das Kind/der Jugendliche sich bei der Bearbeitung einer Aufgabe durch das (innere) Verbalisieren der Handschritte strukturiert. Ziel des Trainings ist es, zu einer angemessenen Selbststrukturierung zu finden, um Aufgaben und Anforderungen besser zu bewältigen. Die wesentlichen Schritte des inneren Sprechens betreffen die Problembestimmung, die Planung des Vorgehens, die Durchführung, die Überprüfung der Ergebnisse sowie die Selbstbekräftigung. Beispiele für die Schritte einer Selbstinstruktion sind: 1. Was ist meine Aufgabe? 2. Ich mache mir einen Plan! 3. Ich bearbeite die Aufgabe – sorgfältig und bedacht! 4. Halt – stop, überprüfen, ob alles richtig ist. 5. Das habe ich gut gemacht!

2.8.3 Probleme in der Geschwisterbeziehung

2.8.3.1 Besonderheiten von Geschwisterbeziehungen bei Adoptivkindern

Beziehungen zu Geschwistern gehören mit zu den längsten, engen emotionalen Beziehungen eines Menschen (Bank/Kahn 1994). Dies ist auch der Fall, wenn es sich um eine ausschließlich soziale Geschwisterschaft handelt, die Geschwister also nicht biologisch miteinander verwandt sind. In Studien fanden sich nur kleine bis gar keine Unterschiede in der Beziehung zwischen Adoptivgeschwistern zu denen zwischen leiblichen Geschwistern (Samek/Rueter 2011). In der Tendenz zeigt sich eine etwas distanziertere Geschwisterbeziehung mit weniger gemeinsam verbrachter Zeit (Samek/Rueter 2011), aber auch weniger Konflikten und Feindseligkeit als bei leiblichen Geschwistern (Witte 2018).

Im Rahmen einer Adoption kann es dennoch zu spezifischen Geschwisterkonstellationen und negativen Dynamiken zwischen Geschwistern kommen, die eine Beratung der Kinder und Eltern notwendig macht. Zu diesen gehören die Ausgestaltung der Geschwisterbeziehung zwischen

- Adoptivkindern und (nachgeborenen) leiblichen Kindern,
- zwei oder mehreren Adoptivkindern von unterschiedlichen Herkunftseltern,
- Adoptivkindern und Pflegekindern in der Familie,
- Geschwistern bei einem besonderen Förderbedarf oder eventuell traumatischen Vorerfahrungen eines Geschwisters sowie
- Adoptivkindern und deren leiblichen Geschwistern, die in der Herkunftsfamilie aufwachsen.

Werden im Kontext der nachgehenden Begleitung Probleme zwischen Geschwistern berichtet, so sollte diesen nachgegangen werden. Negative Dynamiken zwischen Geschwistern, wie anhaltende Konflikte, körperliche und psychische Gewalt, haben langanhaltende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Betroffenen (Witte 2018; Bowes u. a. 2014; Finkelhor/Turner/Ormrod 2006).

Hinweise für die Praxis. In einem ersten Schritt ist es wichtig, in den Beratungsgesprächen mit der Familie – im Idealfall aus der Perspektive aller Familienmitglieder – Informationen über konkrete Verhaltensweisen, Ängste und Wünsche in Bezug auf die Geschwister(beziehung) zu erfragen. Methoden aus der systemischen Beratung (z. B. Schwing/Fryszter 2006) können hier hilfreich sein. Ein wesentlicher Aspekt der Exploration ist es, auch das Verhalten der Eltern in Bezug auf die Geschwisterbeziehung näher zu beleuchten, da dieses einen wesentlichen Einfluss auf das Verhalten zwischen den Geschwistern hat (Witte 2018; Suitor u. a. 2014).

2.8.3.2 Ansatzpunkte für die Beratung der Familien

Um die Geschwisterbeziehung zu entlasten, aber auch um individuellen negativen Auswirkungen auf einzelne Geschwister vorzubeugen, können – je nach Problemlage – folgende Themen in den Beratungsgesprächen besprochen werden:

Kontinuierliche und altersangemessene Informationen: Geschwister sollten altersangemessene Informationen über die Konstellationen, Entwicklungen und Veränderungen in ihrer Familie erhalten. Dies gilt für die unterschiedlichen Herkunftskonstellationen, das Hinzukommen eines neuen Geschwisterkindes, aber auch den besonderen Förderbedarf eines Geschwisterteils. Ihnen sollte die Gelegenheit gegeben werden, Fragen zu stellen – auch zu einem späteren Zeitpunkt. In Krisensituationen, z. B. wenn ein erkrankter Geschwisterteil ins Krankenhaus gebracht werden muss, sollte das Geschwisterkind informiert werden. Erhalten Kinder keine Informationen über den Zustand ihres Geschwisterteils und die Unterstützungsangebote, so besteht die Gefahr, dass sie Ängste entwickeln oder gar sich selbst die Schuld zuschreiben (Thompson/McPherson 2011; Strohm 2001; Litzelfelner 1995).

Wenn ein Geschwisterteil traumatische Vorerfahrungen gemacht hat, sollte mit den Informationen besonders behutsam vorgegangen werden. Einerseits ist es wichtig, die anderen in der Familie lebenden Kinder hierüber zu informieren, andererseits sollte das betroffene Kind nicht bloßgestellt und auf eine kindgerechte Vermittlung der Informationen geachtet werden. Konkrete Hinweise für Gespräche über belastende Informationen mit Kindern finden sich beispielsweise bei Irmela Wiemann und Birgit Lattschar (2019) sowie im Ergänzungsmodul zur Offenheit von Adoptionen.

Ausgleich schaffen: Behandeln Eltern Geschwister ungleich, so kann dies die Beziehung zwischen den Geschwistern erheblich belasten (Stotz/Walper 2015; Meunier u. a. 2012). Die Beziehungen sind dann meist durch mehr Rivalität und Neid gekennzeichnet. Sollten sich in den Beratungsgesprächen mit der Familie Hinweise auf Ungleichbehandlungen ergeben, ist es hilfreich, gemeinsam Lösungen zu entwickeln, wie die Eltern den unterschiedlichen Bedürfnissen der Kinder besser gerecht werden können.

In Familien, in denen ein Kind einen besonderen Förderbedarf aufweist, müssen meist die anderen Geschwister ihren Alltag an dessen Bedürfnisse anpassen und erhalten weniger Aufmerksamkeit durch die Eltern (Bellin/Kovacs/Sawin 2008; Foster u. a. 2001). Gerade wenn Kinder das elterliche Verhalten als gerechtfertigt ansehen, hat diese Ungleichbehandlung kaum negative Auswirkungen (Chan 2014). Dennoch hat es sich für Familien als sinnvoll erwiesen (Chan 2014; Honey/Halse 2007), Zeiträume einzuplanen, in denen ein Elternteil nur Zeit mit dem Ge-

schwisterkind ohne besonderen Förderbedarf verbringt. Ist dies nicht möglich, so können eventuell Mitglieder der erweiterten Familie diese Aufgabe übernehmen.

Vermittelnde Rolle der Eltern bei Konflikten zwischen den Geschwistern:

In den meisten Geschwisterbeziehungen kommt es im Verlauf von Kindheit und Jugend zu Phasen mit vermehrten Konflikten oder heftigen Auseinandersetzungen (Witte/Walper/Fegert 2019; Finkelhor/Turner/Ormrod 2006; Straus/Gelles/Steinmetz 2006). Damit Kinder lernen, Konflikte konstruktiv und ohne Gewalt zu lösen, ist es wichtig, dass Eltern bei Konflikten zwischen Geschwistern eine neutrale, vermittelnde Position einnehmen (Smith/Ross 2007). Unterstützen Eltern hingegen immer ein Geschwisterteil, so kann dies Konflikte weiter verstärken (Felson 1983). Auch körperliches Eingreifen in Geschwisterkonflikte sollte vermieden werden (Petri/Radix/Wolf 2012).

Eltern unterstützen: Wenn Eltern durch die familiäre Situation belastet sind, kann dies auch die Geschwister und deren Beziehung untereinander belasten (Thompson/McPherson 2011; Fisman u. a. 2000; Coleby 1995). Sind Eltern selbst mit einer Situation überfordert, beispielsweise bei Paarkonflikten oder sogar einer Trennung/Scheidung, fehlen zudem häufig Ressourcen im Umgang mit Kindern. Geschwister verbringen dann meist mehr Zeit miteinander, ohne dass sie von einem Erwachsenen beaufsichtigt werden. Dies kann dazu führen, dass sich negative Geschwisterdynamiken weiter verstärken (Roth/Harkins/Eng 2014; Bush/Ehrenberg 2003). Auch eine altersunangemessene Übertragung von Versorgungsaufgaben kann zu einer Überlastung eines Geschwisterteils führen (Karle 2012; Petri/Radix/Wolf 2012; Green 1984).

Hinweise für die Praxis. Wenn die Eltern durch die familiäre Situation belastet sind, ist es wichtig, die Eltern in Form von Gesprächen bei der Krisenbewältigung zu unterstützen bzw. sie dazu zu befähigen, sich (professionelle) Hilfe und Unterstützung zu suchen. Die Art und Weise, wie Eltern selbst ihre Beziehung gestalten, hat einen wesentlichen Einfluss darauf, wie Geschwister ihre Beziehung gestalten (Iturralde/Margolin/Spies Shapiro, Lauren A 2013; Milevsky/Schlechter/Machlev 2011; Stocker/Youngblade 1999). Es ist folglich wichtig, Eltern auch dahingehend zu beraten, angemessen mit eigenen Konflikten umzugehen bzw. sie an entsprechende Programme zur Verbesserung der Paarbeziehung zu verweisen.

Beziehungen zur Herkunftsfamilie gestalten: Eine spezifische Herausforderung im Kontext von Geschwisterbeziehungen in Adoptivfamilien ist die Beziehung von Adoptivkindern zu ihren leiblichen Geschwistern, die bei ihren Herkunftseltern verblieben sind. Hier kann vor allem die ungleiche Behandlung durch die Eltern und damit verbundene Eifersucht, aber auch die Trauer um die Trennung und den Verlust ein Thema sein. Der Aufbau einer Beziehung zu den leiblichen

Geschwistern kann ein Teil der Herkunftssuche sein, gerade weil die Beziehungen zu den leiblichen Geschwistern möglicherweise weniger belastend sind als die zu den Herkunftseltern. Dabei spielt das Verhalten aller Eltern(teile) eine wesentliche Rolle. Denn nur wenn sie der Beziehung offen gegenüber stehen und den Kontakt zwischen den Geschwistern fördern, können sich die Geschwister auch kennenlernen (Jones 2016; Berge u. a. 2006).

Auch die Tatsache, dass andere Adoptivkinder aus der Familie einen guten Kontakt zu ihren leiblichen Eltern pflegen, kann ein Anlass für Neid und Enttäuschung bei Adoptivkindern sein. Werden die Adoptivkinder in den Kontakt zu den leiblichen Eltern der anderen Adoptivkinder aktiv einbezogen, kann dies hilfreich sein (Berge u. a. 2006). Gerade die Beteiligung des anderen Geschwisterteils und dessen positive Haltung gegenüber den Herkunftseltern kann sich positiv auswirken (Farr/Flood/Grotevant 2016).

Übergänge begleiten: Die Geburt eines nachgeborenen Kindes führt ebenso wie die Aufnahme eines weiteren Pflege- oder Adoptivkindes zu einer Veränderung in den familiären Interaktionen und Gewohnheiten. Auch wenn sich viele Kinder auf ihr Geschwisterkind freuen (Volling u. a. 2014), führen diese Veränderungen in der Folge manchmal zu Konflikten oder auffälligem Verhalten unter Geschwistern. Sich plötzlich verändernde Gewohnheiten und Rollen in der Familie, weniger Aufmerksamkeit der Eltern und das Teilen von Spielsachen können eine Herausforderung für Kinder darstellen (Thompson/McPherson 2011). Die Übergänge in die Geschwisterschaft sollten von den Eltern und den Fachkräften möglichst gut vorbereitet werden. Wichtiger Teil der Vorbereitung ist dabei, die Kinder über ihre Geschwister und mögliche Veränderungen im Familienleben in kindgerechter Weise zu informieren.

Geschwisterbeziehung als Ressource: Geschwisterbeziehungen sind neben Neid, Rivalität und Konflikten meist auch von positiven Merkmalen wie Unterstützung und Kameradschaft gekennzeichnet (Witte 2018; McGuire/McHale/Updegraff 1996). Selbst wenn es im Einzelfall viele negative Interaktionen unter den Geschwistern gibt, kann die Beziehung auch positive Seiten haben. Im Sinne einer ressourcenorientierten Herangehensweise ist es wichtig, gezielt positive Verhaltensweisen zu fördern. Auch bei einem besonderen Förderbedarf eines Geschwisterkindes kann eine Einbindung des anderen Geschwisterteils in die Betreuung positiv für beide Geschwister sein, solange die Aufgaben klar begrenzt und altersangemessen sind. Aus der Erfahrung mit besonderen Geschwisterkonstellationen ziehen Kinder auch für sich einen Gewinn, da sie sich häufig als altruistisch erleben und die eigene Situation mehr wertschätzen (Thompson/McPherson 2011; Alderfer u. a. 2010).

Weiterleitung an externe Fachleute/Fachdienste: Kommt es zu schweren Konflikten oder Gewalt zwischen Geschwistern, sollte die Inanspruchnahme von

weiterführenden Angeboten in Erwägung gezogen werden. Angebote können sich hierbei direkt auf ein Kind oder beide Geschwister beziehen. Sie sollten die Vermittlung von Strategien zur Konfliktlösung und Emotionsregulation (Kennedy/Kramer 2008) sowie die Förderung sozialer Kompetenzen (Kramer/Radey 1997) enthalten. Auch für nicht-leibliche Geschwister und Geschwisterbeziehungen in schwierigen Lebenslagen haben sich solche Interventionsprogramme zur Verbesserung der Geschwisterbeziehung als wirksam erwiesen (Kothari u. a. 2017; Linares u. a. 2015).

2.8.4 Kinder mit Bindungsproblemen und Bindungsstörungen

Kinder haben die angeborene Tendenz, Bindungen zu entwickeln, da Bindungsbeziehungen durch die dadurch hergestellte Nähe zu erwachsenen Bezugspersonen den Schutz und das Überleben des Kindes sichern können (Cassidy 2016). Während der Bindungsaufbau bei Adoptivkindern, die von den ersten Lebenstagen oder -wochen an bei ihrer Adoptivfamilie aufwachsen und somit von Beginn an kontinuierliche Bezugspersonen haben, in den meisten Fällen positiv verläuft, kann der Bindungsaufbau für Kinder, die erst später in die Adoptivfamilie vermittelt werden, herausfordernder sein (Dozier/Rutter 2016). Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn Kinder **schwierige Vorerfahrungen** gemacht oder **häufige Wechsel von Bezugspersonen** erlebt haben. Die Kinder müssen dann die Trennung von ihren bisherigen Bezugspersonen, das Fehlen beständiger Bezugspersonen und/oder negative Vorerfahrungen mit ihren bisherigen Bezugspersonen verarbeiten, was den Aufbau neuer Bindungen in der Adoptivfamilie für die Kinder erschweren kann.

Auch manchen Adoptiveltern kann, wenn sie ein älteres Kind in ihrer Familie aufnehmen, das **Hineinwachsen in die Elternrolle** schwerfallen, weil ihnen nicht nur die gemeinsamen Erfahrungen von Schwangerschaft und Geburt, sondern auch Interaktionen in den ersten Lebensmonaten fehlen.

Begriffsklärung: Bindungen und Beziehungen

Wenn verschiedene Berufsgruppen von Bindungen sprechen, ist damit nicht unbedingt immer dasselbe gemeint. Im juristischen Sprachgebrauch werden Bindungen häufig mit dem allgemeineren Begriff der Beziehungen gleichgesetzt, während der entwicklungspsychologische Bindungsbegriff enger umschrieben wird. So wird als Bindung die asymmetrische Beziehung eines Kindes zu seinen engsten erwachsenen Bezugspersonen verstanden, die das Kind vor Gefahren schützt und in deren Rahmen das Kind emotio-

nale Sicherheit erfährt (Bowlby 1969). Diese Eingrenzung ist für die Praxis bedeutsam, da sich der empirische Befund, dass Bindung als Schutzfaktor für eine positive kindliche Entwicklung wirkt, auf den psychologischen Bindungsbegriff bezieht und nicht ohne Weiteres auf Beziehungen ausgedehnt werden kann.

Um eine erste Einschätzung geben zu können, ob ein Kind Bindungsprobleme oder gar Symptome einer Bindungsstörung aufweist, ist ein fundiertes Wissen über die Bindungsentwicklung und das Spektrum „normaler“ Bindungsmuster Voraussetzung.

Die Rolle der Fachkraft. Wenn im Raum steht, dass ein Kind Bindungsprobleme hat, welche die Familie in ihrem Alltag belasten, oder sogar der Verdacht auf eine Bindungsstörung vorliegt, empfiehlt sich, zur fachlichen Abklärung externe Expertinnen und Experten mit Erfahrungen in der Bindungsdiagnostik hinzuzuziehen. Allerdings ist es für die Fachkräfte der Adoptionsvermittlung selber auch wichtig, über grundlegendes Bindungswissen zu verfügen. Eine wichtige Unterscheidung betrifft die Differenzierung von Bindungsverhalten und dahinterliegenden Bindungsmustern. Zudem sind Kenntnisse über den Bindungsaufbau sowie darüber, wie das Spektrum von Bindungsmustern aussehen kann, eine Grundlage für die Entscheidung, ob aufgrund von Bindungsproblemen oder aufgrund von Symptomen einer Bindungsstörung eine bindungsbasierte Beratung bzw. Therapie angezeigt ist.

2.8.4.1 Begriffsbestimmung: Bindungsverhalten, Bindungsqualität, Bindungsdesorganisation und Bindungsstörung/Beziehungsstörung

Bindungsverhalten vs. Bindung

Kinder zeigen von Geburt an Bindungsverhalten. Sie verfügen jedoch nicht von Anfang an über Bindungen. Diese entwickeln sich erst auf Basis der kontinuierlichen, immer wiederkehrenden Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen. Säuglinge in den ersten drei Monaten richten ihre Bedürfnisse und Signale noch unspezifisch an verfügbare Personen und lassen sich auch noch von unvertrauten Personen trösten. In den folgenden drei Monaten richten Babys ihre Orientierung und Signale zunehmend auf eine oder mehrere besondere Fürsorgeperson(en) aus und differenzieren zunehmend in ihrer Ansprechbarkeit, wobei die Ansprechbarkeit auf fremde Personen noch weiter fortbesteht. Erst ab dem 6. bis 8. Lebensmonat lässt sich allmählich eine eindeutige, stabile Bindung zwischen dem Kind und der Bezugsperson feststellen. Ab dieser Phase versuchen Babys, die Nähe zu ihren bedeutsamen Bezugspersonen aufrecht zu erhalten. Sie vergewissern sich

durch Blicke oder Rufe, wo sich die Bezugsperson befindet, und protestieren, wenn sich diese wegbewegt. Sie richten ihr Bindungsverhalten zunehmend an besonders vertraute Personen und lassen sich nur noch durch Trost und Zuwendung dieser Personen nachhaltig beruhigen, während sie unvertrauten Personen mit Vorsicht und Rückzug begegnen (Fremdeln). Somit reduziert sich im Laufe des ersten Lebensjahres die Anzahl an Personen, die das Bindungsverhalten des Kindes aktivieren und beenden können. Gegen Ende des ersten Lebensjahres haben alle Kinder in der Regel eine spezifische Bindung zu einer oder mehreren primären Bezugspersonen aufgebaut (Marvin/Britner/Russell 2016). Sobald sich eine Bindungsbeziehung ausgebildet hat, führt der Verlust der Bezugsperson zu bedeutsamen Trauerreaktionen beim Kind, und es wird von einem Bindungsabbruch gesprochen.

Bindungsmuster bzw. -qualität

Bindungsbeziehungen entwickeln sich beziehungsspezifisch und nicht kindspezifisch. Das Bindungsmuster eines Kindes mit einer bestimmten Bindungsperson ist das Ergebnis der Interaktionserfahrung des Kindes mit dieser spezifischen Bezugsperson. In Abhängigkeit von der Qualität der Erfahrungen entwickeln sich also unterschiedliche Qualitäten von Bindungsbeziehungen. Ein Kind kann zu einer Bindungsperson eine sichere und zu einer anderen Bindungsperson eine unsichere Bindung haben.

- Bei einer **sicheren Bindung** erfährt das Kind emotionale Sicherheit durch die Bezugsperson. Wenn das Kind belastet ist, zeigt es Bindungsverhalten (z. B. Weinen, Anklammern, Nachfolgen) und sucht die Nähe zur Bindungsperson. Diese Nähe hilft dem Kind dabei, sich emotional zu regulieren und zum Erkunden und Spiel zurückzukehren. Die Bindungsperson ist also eine „sichere Basis“ für das Kind, von der aus es die Welt erkunden kann, und ein „sicherer Hafen“, zu dem das Kind bei Gefahren zurückkehren kann.
- Kinder mit einer **unsicheren Bindung** drücken ihre Belastung weniger eindeutig aus. Manche Kinder unterdrücken Belastungen und Bindungsbedürfnisse. So zeigen *unsicher-vermeidend gebundene* Kinder im beobachtbaren Verhalten kaum emotionale Reaktionen auf die Trennung, explorieren weiter und vermeiden bei der Wiedervereinigung die Nähe der Bindungsperson, was von Laien häufig als geringe emotionale Belastung interpretiert wird. Allerdings belegen empirische Studien, dass Kinder mit unsicher-vermeidender Bindung auf körperlich-physiologischer Ebene durchaus belastet sind, dies aber nicht offen ausdrücken, um keine Zurückweisung von der Bindungsperson zu erfahren. Andere Kinder dagegen bringen ihre Belastungen sehr massiv zum Ausdruck, ohne dass sie jedoch die Nähe und Zuwendung der Bezugsperson dazu nutzen können, um sich zu beruhigen. *Unsicher-ambivalent gebundene* Kinder dagegen suchen sehr stark die Nähe der Bindungsperson und zeigen intensives Bindungsverhalten (z. B. durch intensives Weinen, starkes Anklammern). Sie lassen sich aber nicht nachhaltig trösten und können daher nicht zum Spiel zurückkehren.

Hinweis für die Praxis. Die Intensität von Bindungsverhalten kann nicht als Indikator für positive Bindungsbeziehungen herangezogen werden, da nicht die Menge an Bindungsverhalten, sondern die situationsangemessene Regulation von Bindungs- und Explorationsverhalten entscheidend ist. Dementsprechend wird von unterschiedlichen Bindungsmustern und -qualitäten, aber nicht von intensiven und weniger intensiven Bindungen gesprochen. Um sich mit den Grundlagen der Bindungstheorie, den Bindungsmustern und auch dem Konzept der Bindungsdesorganisation vertraut zu machen, bieten sich neben der Fachliteratur auch die beiden von Rüdiger Kißgen erarbeiteten DVDs „Bindung und Bindungstheorie“ an, auf denen international renommierte Expertinnen und Experten der Bindungsforschung zu Wort kommen. Die DVDs können auf der Homepage der Universität zu Köln bestellt werden ([link](#)). Diese Medien können zudem sehr gut im Rahmen von Seminaren für Adoptiveltern eingesetzt werden, um Wissen über die Bindungsentwicklung zu vermitteln.

Bindungsdesorganisation

Bindungsdesorganisation bedeutet, dass Kinder in Situationen erhöhter Belastung, z. B. bei einer Trennung von ihrer Bindungsperson, ihr Verhalten nicht mehr kohärent organisieren können. Das Verhalten der Kinder zeichnet sich demnach durch ein Fehlen bzw. den Zusammenbruch einer einheitlichen Bindungsstrategie aus. Desorganisation drückt sich in Abhängigkeit von Alter sehr unterschiedlich aus (Lyons-Ruth/Jacobvitz 2016).

- Jüngere Kinder zeigen beispielsweise widersprüchliche Verhaltensweisen wie die Annäherung an die Bezugsperson mit abgewandtem Kopf, Angst vor der Bezugsperson, körperliches Erstarren über mehrere Sekunden („freezing“) oder desorientiertes Verhalten.
- Mit zunehmendem Alter verändert sich der Ausdruck von Bindungsdesorganisation. So drückt sich Desorganisation bei Kindern ab ca. 2 Jahren in Form einer Rollenumkehr aus, indem sie in gemeinsamen Situationen mit der Bindungsperson durch kontrollierendes Verhalten gegenüber der Bindungsperson die Steuerung und Organisation der Situation übernehmen, z. B. durch altersunangemessenes fürsorgliches Verhalten oder durch kontrollierend-bestrafendes Verhalten in Interaktion mit der Bezugsperson.

Bindungsdesorganisation tritt gehäuft in Risikogruppen wie z. B. bei misshandelten und vernachlässigten Kindern oder Kindern von Müttern mit psychischen Erkrankungen (z. B. Depression) auf. Sie gilt als Risikofaktor für die psychosoziale Entwicklung von Kindern und geht mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von auffälligen Entwicklungsverläufen einher (Lyons-Ruth/Jacobvitz 2016).

Reaktive Bindungsstörung & Beziehungsstörung mit Enthemmung

Wenn Kinder Probleme im Bindungsverhalten zeigen, wenn sie z. B. Nähe vermeiden oder sehr anklammernd sind, bedeutet dies nicht, dass ein Kind eine Bindungsstörung hat. Davon abzugrenzen sind Kinder, die ein gestörtes Bindungsverhalten in klinisch relevantem Ausmaß, d. h. tiefgreifende und generalisierte Verhaltensstörungen im Beziehungskontext und mit fremden Erwachsenen, zeigen (Ziegenhain/Steiner 2019).

Es werden dabei zwei Störungsbilder beschrieben, die durch Erfahrungen von pathogener Fürsorge (vor allem schwere soziale und emotionale Vernachlässigung, mangelnde Verfügbarkeit von konstanten Bindungspersonen) bedingt sind: erstens ein Muster von gehemmtem, emotional zurückgezogenem Bindungsverhalten und zweitens ein Muster, bei dem ein Kind sozial undifferenziertes Bindungsverhalten bzw. distanzloses Verhalten in sozialen Interaktionen zeigt (Falkai u. a. 2018).

Die in den klinischen Diagnosesystemen beschriebene „Reaktive Bindungsstörung“ ist dadurch gekennzeichnet, dass die natürliche Tendenz, Trost und Zuwendung bei ausgewählten Bezugspersonen zu suchen, gehemmt ist. Die Kinder zeigen dabei in der Regel folgende Symptome (Falkai u. a. 2018):

- Fehlendes selektives Bindungsverhalten gegenüber einer oder mehrerer präferierter Bezugspersonen.
- Fehlende Suche nach Trost und Zuwendung bei der Bezugsperson bei Belastung, Angst oder Kummer.
- Eine fehlende bzw. nur minimale Reaktion auf Trost durch die Bezugspersonen bei Belastung, Angst oder Kummer.
- Eine eingeschränkte Reziprozität im emotionalen und sozialen Kontakt.
- Wenig positive Stimmung und Episoden übermäßiger Irritierbarkeit, Ängstlichkeit und Traurigkeit in unbelasteten Situationen mit der Bezugsperson.

Fallbeispiel aus dem Disturbances of Attachment Interview (DAI)¹⁹

Interviewer: „Dann möchten wir noch wissen, wie der Daniel auf Trost reagiert. Wie reagiert er denn allgemein auf Trost?“

Bezugsperson: „Der Daniel hat am Anfang jeden Körperkontakt abgelehnt, auch Blickkontakt. Also er war völlig zurückgezogen; und ich hab auch anfangs gedacht, dass er autistisch ist. Ich konnte mir das alles nicht erklären. Er war ja erst zwei Jahre und in der Entwicklung noch viel mehr zurück. Er konnte auch noch gar nicht sprechen. Wenn man ihm zum Beispiel einen Ball zugerollt hat, dann hat er gar nicht reagiert oder wenn

¹⁹ Das Disturbances of Attachment Interview ist ein von Smyke und Zeanah (1999) semi-strukturiertes klinisches Interview, welches sowohl Symptome einer reaktiven Bindungsstörung als auch Symptome einer Beziehungsstörung mit Enthemmung erfasst. Eine deutsche Übersetzung des Interviews findet sich bei Kliewer-Neumann u. a. (2015).

man ihn mit Namen angesprochen hat. Keine Reaktion. Da ändert sich zurzeit dran was, aber so dieses, ja sag ich jetzt mal diese zur Schau getragene oder vermeintliche Autonomie, die zieht sich schon noch durch. Also von daher ist so das was sonst üblich ist, dass ein Kind sich in die Arme der Mutter flüchtet und sich da auch trösten lässt und da innerlich zur Ruhe kommt, das gibt's bei uns nicht.“ (Pflegermutter 4)

In den klinischen Diagnosesystemen wird mit der „Beziehungsstörung mit Enthemmung“ ein zweites Störungsbild beschrieben, das durch Besonderheiten im Bindungsverhalten gekennzeichnet ist. Zentrale Merkmale sind nach klinischen Diagnosesystemen (Falkai u. a. 2018):

- Eine mangelnde Zurückhaltung des Kindes gegenüber unvertrauten Personen mit übermäßig freundlicher verbaler und körperlicher Annäherung.
- Eine fehlende Rückversicherung bei den Bezugspersonen in unvertrauten Situationen.
- Die Tendenz, mit unvertrauten Personen bereitwillig mitzugehen.

Da dieses Störungsbild sich bei Kindern zeigt, die pathogener Fürsorge ausgesetzt sind, aber auch bei Kindern, die nach solchen Erfahrungen in einer positiven familiären Umgebung mit konstanten Bezugspersonen (z. B. durch die Aufnahme in Pflege- oder Adoptivfamilien) aufwachsen und Bindungen aufgebaut haben, wird diese Störung nicht mehr als Bindungsstörung, sondern als Beziehungsstörung mit Enthemmung bezeichnet. Diese veränderte Begrifflichkeit bildet ab, dass das abnorme Muster von sozial enthemmtem (Bindungs-)verhalten auch bei dem Wechsel in eine Umgebung mit positiver Fürsorge und sogar bei der Entwicklung einer sicheren Bindung fortbestehen kann.

Fallbeispiel aus dem Disturbances of Attachment Interview (DAI)

Interviewer: „Haben Sie da irgendwie ein konkretes Beispiel dazu, also, dass sie da einfach irgendwie mit jemand Fremdes mitgegangen ist?“

Bezugsperson: „Ja, also das war im Handballverein, wo mein Mann spielt, und ich bin mit Marie da hin, und da waren alles fremde Leute, die da zuguckten, und eine Frau redete ein bisschen mit mir und sagte dann nur kurz zu Marie, ja, komm, wir gehen mal zum Papa, der ist in der Kabine, fragte mich gar nicht und ging los, und Marie lief also willig mit und guckte sich jetzt auch nicht ängstlich nach mir um oder so. Oder an der Autobahnraststätte in der Mittagspause und sie war fertig, ich ließ sie aus ihrem Stühlchen raus, weil da eine Spielecke war, und sie lief direkt an den Nachbartisch, da saßen zwei junge Männer bei ihrer Pause, und sie wollte direkt auf den Arm beziehungsweise auf den Schoß.“ (Adoptivmutter 74, Z. 1333–1344)

Vertiefung: Wie häufig haben Adoptivkinder Bindungsprobleme und Symptome einer Bindungsstörung?

Erkenntnisse aus internationalen Studien. Die Mehrheit der Adoptivkinder entwickelt sichere Bindungsbeziehungen (van den Dries u. a. 2009). Dennoch haben Adoptivkinder häufiger Bindungsprobleme als nicht-adoptierte Kinder. Sie haben häufiger als andere Kinder eine desorganisierte Bindung. Bei Adoptivkindern sind auch Symptome von Bindungsstörungen und einer Beziehungsstörung mit Enthemmung festzustellen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Kinder negative Vorerfahrungen (Misshandlung, Vernachlässigung) gemacht haben oder in ihren ersten Lebensjahren mehrere Wechsel der primären Bezugspersonen verkraften mussten. Dies macht deutlich, dass frühe negative Interaktionserfahrungen das Verhalten der Kinder – trotz korrigierender Erfahrungen in der Adoptivfamilie – langfristig die Bindungsentwicklung beeinflussen können (Dozier/Rutter 2016).

Erkenntnisse des EFZA. In der Erhebung des EFZA berichteten die meisten der Adoptiveltern ein hohes Ausmaß an Nähesuchen, ein geringes Ausmaß an Vermeidung und Widerstand und gaben an, dass das Kind leicht zu beruhigen sei. Bei 12,1 % der Kinder fanden sich jedoch Bindungsprobleme im klinisch bedeutsamen Ausmaß, dabei war ein deutlicher Unterschied zwischen Inlandsadoptionen (8,6 %) und Auslandsadoptionen (22,4 %) erkennbar. Symptome einer gehemmten Bindungsstörung zeigten sich kaum, jedoch wiesen 18,5 % der Kinder klinisch bedeutsame Symptome einer enthemmten Bindungsstörung auf. Dies war mit 30,8 % bei den international adoptierten Kindern deutlich häufiger der Fall als bei national adoptierten Kindern (7,1 %).

2.8.4.2 Diagnostik von Bindungsproblemen und klinisch auffälligem Bindungsverhalten im Kontext der Adoptionsvermittlung

In der Forschung gibt es valide Instrumente zur Erfassung von Bindungssicherheit, Bindungsdesorganisation, elterlichem Verhalten und (zumindest ansatzweise) der reaktiven Bindungsstörung sowie der Beziehungsstörung mit Enthemmung. Gemeinsam ist diesen Verfahren, dass sie eine umfangreiche Schulung erfordern und somit sehr aufwändig sind (Solomon/George 2016). Diese Methoden können daher im Rahmen der Adoptionsvermittlung in der Regel nicht von den Fachkräften selbst eingesetzt werden. Dennoch können die Fachkräfte im Rahmen von Hausbesuchen, insbesondere auch während der Adoptionspflege, fachliche Informationen über besondere Bindungsbedürfnisse des Kindes sammeln. Konkrete Hinweise, auf welche Verhaltensweisen dabei geachtet werden können, finden sich in Anhang I.2.A. Um eine umfangreiche Bindungsdiagnostik durchführen zu lassen,

wird empfohlen, die Familien an erfahrene und geschulte Personen weiterzuweisen.

Generell ist es hilfreich, mehrere Indikatoren zur Beschreibung der Bindungsbeziehungen zu erheben, indem verschiedene Informationsquellen (Kind, verschiedene Bezugspersonen) und Methoden bei mehreren Terminen zur Anwendung kommen. Eine Integration mehrerer Ebenen von Bindungsmaßen (Bindungsverhalten, Vorstellungen über Bindungsbeziehungen) ist dabei hilfreich. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn bei Kindern ab drei Jahren nicht nur das Verhalten beobachtet wird, sondern auch Vorstellungen über die Beziehungen im Spiel und Gespräch bzw. Interview erfasst werden.

- In Bezug auf Beobachtungen des Kindes mit den Bezugspersonen sollten unterschiedliche Situationen einbezogen werden (z. B. freies Spiel, strukturiertes Spiel, kurze Trennungen abhängig vom Alter des Kindes). Mehrere Beobachtungen der Eltern-Kind-Interaktion scheinen generell empfehlenswert, um Situationseinflüsse zu verhindern.
- In Bezug auf die elterliche Fähigkeit, die kindlichen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu berücksichtigen, sollten verschiedene Aspekte des Elternverhaltens (emotionale Verfügbarkeit, Unterstützung des Autonomiestrebens, positive Kontrolle, intrusives Verhalten) in verschiedenen Situationen (z. B. freies Spiel, vorstrukturiertes Spiel bzw. bei Kindern ab dem Vorschulalter Anleitungssituationen sowie bei Jugendlichen Konfliktsituationen) beobachtet werden.

In der Zusammenschau können die genannten Indikatoren dann *Hinweise* auf erhöhte und komplexe Bindungsbedürfnisse geben. Bei der Interpretation der diagnostischen Befunde gilt zu berücksichtigen, dass die meisten Kinder nicht ein prototypisches Bindungsmuster haben, sondern sich (fast) immer auch Anteile eines anderen Musters finden, was bei einer festen Zuordnung zu einer Bindungskategorie nicht deutlich wird. Beispielsweise zeigen einige Kinder mit sicherem Bindungsmuster auch einzelnes vermeidendes Verhalten, was bei der einfachen Aussage, das Kind habe eine sichere Bindung, nicht zum Ausdruck kommt. Ebenso gibt es eine Reihe von Kindern mit unsicherem Bindungsmuster, bei denen aber Ansätze eines sicheren Bindungsmusters erkennbar sind. Anstatt einer kategorialen Zuordnung ist daher eine deskriptive Beschreibung des kindlichen Verhaltens in Interaktion mit der Bezugsperson sinnvoll. Dies hat neben der Tatsache, dass eine Vereinfachung des kindlichen Verhaltensmusters vermieden wird, vor allem den Vorteil, konkrete Ansatzpunkte für beziehungsorientierte Interventionen und Unterstützungsangebote für die Familie zu liefern.

2.8.4.3 Maßnahmen bei erhöhten und komplexen Bindungsbedürfnissen

Ist bei einem Kind von erhöhten und komplexen Bindungsbedürfnissen auszugehen, so sollte bereits beim Matching darauf geachtet werden, Adoptiveltern auszuwählen, die sich durch eine gegenüber der Bedeutung von Bindungen wertschätzende Haltung auszeichnen und die fähig sind, emotionale Signale von Kindern wahrzunehmen, auch uneindeutige Signale richtig zu erkennen und unterstützend darauf zu reagieren (Dozier u. a. 2005).

Die Rolle der Fachkraft bei der Beratung der Adoptiveltern. Grundlegend haben die Adoptiveltern eine Schlüsselrolle im Umgang mit Bindungsproblemen. Eine Vermittlung von Wissen über die Themen Bindungen, Bindungsprobleme und Bindungsstörung/Beziehungsstörung mit Enthemmung kommt daher eine große Bedeutung zu. Dies gilt sowohl für die Vorbereitung als auch für die nachgehende Begleitung. Neben einer Wissensvermittlung ist es darüber hinaus hilfreich, den Eltern in Beratungsgesprächen zunächst folgende Regeln an die Hand zu geben.

- **Den Kindern Zeit geben, Vertrauen zu fassen.** Kinder sind unterschiedlich, und das Verhalten der Adoptiveltern sollte sich immer an den Bedürfnissen des Kindes orientieren. Wichtig ist, dass das Kind genug Zeit bekommt, Vertrauen zu fassen. Insbesondere bei negativen Vorerfahrungen mit ihren bisherigen Bezugspersonen oder bei Erfahrungen von Beziehungsabbrüchen kann dies manchmal länger dauern. Hier brauchen die Adoptiveltern Geduld.
- **Bei schwierigen Vorerfahrungen der Kinder keine schnellen Veränderungen erwarten.** Insbesondere wenn Adoptivkinder schwierige Vorerfahrungen gemacht haben, kommen die Adoptivkinder mit negativen „inneren Bindungslandkarten“ über Bindungsbeziehungen, sich selbst und Bezugspersonen in die Adoptivfamilie. Die besondere Schwierigkeit im Bindungsaufbau liegt dann darin, dass die Modelle der Kinder nur langsam veränderbar sind und die Kinder auch in den neuen Beziehungen zunächst ihre alten Modelle „ausprobieren“, ehe sie ihre Modelle durch neue positive Erfahrungen verändern.
- **Beziehungsangebote machen, auch wenn die Kinder den Eindruck machen, niemanden zu brauchen.** Manche Adoptivkinder wirken von Anfang an übermäßig selbstständig und suchen wenig Nähe und Kontakt zu den Adoptiveltern. Auch wenn es im Verhalten nicht zum Ausdruck kommt, brauchen auch diese Kinder Trost und Zuwendung, wenn es ihnen nicht gut geht. Hier ist es wichtig, dem Kind Trost und Nähe in angemessener Form anzubieten, auch wenn Kinder ihre Belastung nicht klar ausdrücken.

In vorhersehbar schwierigen Fällen sollte von Beginn an eine bindungsorientierte Beratung und Begleitung – in der Regel bei externen Fachdiensten, die über umfangreiche Erfahrung mit Bindungsproblemen verfügen – installiert werden, um eskalierende Enttäuschungen und Missverständnisse von vornherein unwahrscheinlicher zu machen.

Ziele einer bindungsorientierten Beratung

Ziel der Beratung ist es, die Adoptiveltern zu unterstützen, dem Kind korrigierende Bindungserfahrungen anzubieten, d. h.

- das vom Kind benötigte Maß an Nähe und Zuwendung einschätzen zu lernen;
- dem Kind durch konstant fürsorgliches Verhalten eine sichere Basis und einen sicheren Hafen anzubieten;
- die von den vom Kind mitgebrachten negativen inneren Bindungslandkarten ausgehende Bindungsdynamik zu reflektieren und diese bewusst nicht zu verstärken;
- nicht einzugehen auf Konfliktverhalten der Kinder, mit denen es – unbewusst – eine Abwertung durch die Bindungsperson oder eine Zurückweisung zur Bestätigung seiner negativen inneren Bindungslandkarte erreichen will.

Im Gegensatz zu den Niederlanden, wo alle Adoptivfamilien obligatorisch Zugang zu einem bindungsbasierten Beratungsprogramm nach Aufnahme des Kindes in die Familie haben, sind in Deutschland bindungsorientierte Beratungsansätze nicht systematisch für Adoptivfamilien verfügbar. Es gibt jedoch einige Beratungs- bzw. Therapieansätze, zu denen Adoptivfamilien, je nach regionalem Angebot, Zugang haben. Der Fokus der bindungsorientierten Arbeit liegt auf der Eltern-Kind-Beziehung.

In der klinischen Praxis haben sich vor allem standardisierte Beratungsprogramme bewährt, die häufig in wöchentlichen Sitzungen, oft in Form von Hausbesuchen, durchgeführt werden und videogestützt arbeiten. Konzeptionell setzen diese Programme auf der Verhaltensebene oder auf der Ebene der Reflexion von Bindungsbeziehungen an. Manche Programme kombinieren beide konzeptionellen Ebenen.

Ansatzpunkt der Beratung	Beschreibung
Verhaltensebene	Eltern sollen lernen, die kindlichen Bedürfnisse nach Bindung und Exploration zu erkennen und zu interpretieren sowie angemessen darauf zu reagieren (Bindungs-Explorations-Balance).
Reflexion eigener Bindungserfahrungen	Die Eltern sollen in der Beratung Einsicht bekommen, wie ihre Reflexion der eigenen Bindungserfahrungen die Interaktion mit ihrem Kind beeinflusst. Dabei werden eigene frühe Bindungserfahrungen in der Beratung diskutiert und dadurch die Reflexionsfähigkeit gefördert.

Als spezifische Bindungsinterventionen können unter anderem folgende Programme²⁰ empfohlen werden, die wirksam die Eltern-Kind-Beziehung fördern:

- STEEP („Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting“; Erickson/Egeland 2014): Ziel von STEEP ist es, Eltern in Krisen- und Belastungssituationen beim Aufbau einer gelingenden Eltern-Kind-Beziehung zu unterstützen. Dabei kommen sowohl Einzelkontakte (Hausbesuche) mit videogestützter Beratung als auch Eltern-Kind-Gruppen und Familienaktionen zum Tragen. Ein kritisch-reflexiver Umgang mit dem eigenen Erziehungsverhalten und der eigenen Biografie wird angestrebt. Der Umgang von Eltern mit dem Kind wird auf Video aufgenommen. Über das gemeinsame Betrachten mit den betroffenen Eltern wird dies zum Gegenstand der Intervention (Seeing is believing). Gleichzeitig werden Bindungsmodelle der Eltern, die aus ihrer eigenen Kindheit stammen und die Beziehung zu ihren Kindern steuern, in ihrer Auswirkung auf den konkreten Umgang mit dem Kind aufgespürt und zum Thema der Intervention (Looking back, moving forward).
- Entwicklungspsychologische Beratung (Ziegenhain/Fegert 2018): Die entwicklungspsychologische Beratung verknüpft die Förderung feinfühlig-elterlichen Verhaltens mit der spezifischen Vermittlung von Ausdrucks-, Belastungs- und Bewältigungsverhaltensweisen von Säuglingen und Kleinkindern. Das Vorgehen basiert auf Video-Feedback. Die Durchführung der Beratung ist ressourcenorientiert und erfolgt in Anwesenheit des Säuglings oder Kleinkindes. Auf der Grundlage von kurzen Videoszenen wird Verhalten primär aus der Perspektive des Kindes beschrieben und elterliches Verhalten darauf bezogen.
- Hinzu kommt das in Deutschland neu eingeführte „Attachment and Biobehavioral Catch-up“-Programm (Dozier/Bernard 2019) von der amerikanischen Bindungsforscherin Mary Dozier, das sich spezifisch an Kinder mit negativen Vorerfahrungen (Misshandlung, Vernachlässigung) richtet und bei leiblichen, Pflege- und auch Adoptivfamilien eingesetzt werden kann. Das Programm basiert auf der Beobachtung, dass Kinder mit Erfahrungen von Vernachlässigung und/oder Misshandlung sich in Beziehungen anders als andere Kinder verhalten und dadurch den Beziehungsaufbau erschweren. So verhalten sich die Kinder aufgrund ihrer Erfahrungen oft abweisend und unterdrücken ihr Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung, was bei den Eltern zu Irritationen und Rückzugstendenzen führen kann. Darüber hinaus fällt es Eltern zunehmend schwerer, sich feinfühlig gegenüber dem Kind zu verhalten, je mehr Verhaltensprobleme es zeigt. Basierend auf diesen Annahmen verfolgt das bindungs- und alltagsorientierte Programm hauptsächlich drei Ziele: 1) Die Eltern sollen lernen, abweisende kindliche Signale zu re-interpretieren. Sie sollen lernen, dem Kind auch dann Fürsorge zu geben, wenn es den Anschein macht, diese Fürsorge nicht zu brauchen.

20 Die folgenden Programme stellen nur eine Auswahl aus einer Vielzahl von Programmen bzw. Beratungsansätzen dar. Die hier dargestellten sind jedoch die am besten wissenschaftlich überprüften Programme in Deutschland und wurden aus diesem Grund ausgewählt.

2) Die Eltern sollen lernen, ihre eigenen Bindungserfahrungen und ihre Fähigkeit zu feinfühligem Verhalten zu reflektieren. 3) Eltern sollen das Kind dabei unterstützen, selbstregulierende Fähigkeiten zu entwickeln, indem sie eine vorhersehbare und responsive (auf die Bedürfnisse des Kindes ausgerichtete) Umgebung schaffen. Umgesetzt werden diese Ziele im Rahmen von Hausbesuchen, bei denen die Eltern unter anderem durch das Führen eines Bindungs-Tagebuchs sowie anhand von videogestützter Beziehungs-Arbeit zu feinfühligem Handeln auch in schwierigen Situationen befähigt werden sollen. Alle Elemente des Trainingsprogramms zielen darauf ab, dem Kind fürsorgliches Verhalten zukommen zu lassen und gleichzeitig eine vorhersehbare Umwelt zu bieten.

2.8.5 Kinder mit traumatischen Vorerfahrungen

Die Begriffe **Trauma** und **Traumatisierung** haben inzwischen wie selbstverständlich Eingang in unsere Alltagssprache gefunden und werden häufig für belastende Ereignisse im täglichen Leben verwendet. Im wissenschaftlichen und therapeutischen sowie medizinischen Gebrauch sind diese Begriffe jedoch für tatsächlich traumatische Ereignisse und deren Folgen reserviert, weshalb im Folgenden zunächst eine Eingrenzung der Begriffe vorgenommen wird, der zu einem vorsichtigen und sensibilisierten Gebrauch der Begrifflichkeiten unter Fachkräften anregen soll.

2.8.5.1 Begriffsbestimmung von Trauma und Traumatisierung

Traumafolgestörungen können sich infolge einer Konfrontation mit einem oder mehreren traumatischen oder belastenden Stressoren entwickeln.

Voraussetzung ist nach klinischen Leitlinien²¹ „das Erleben eines „belastenden Ereignis[s]es] oder eine[r] Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes [...], die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ (Dilling u. a. 2015 S. 207).

Auslösendes Ereignis kann beispielsweise ein schwerer Unfall, eine Vergewaltigung, Folter, Kriegserfahrungen oder ein gewalttätiger Überfall sein (Menning/Maercker 2006). Dabei unterscheidet man zwischen

²¹ Wichtigste klinische Leitlinien, die in Deutschland auch für die Abrechnung von Psychotherapien mit der Krankenkasse relevant sind, sind die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Diese liegt aktuell in der 10. Auflage vor; ab ca. 2022 wird die 11. Fassung (ICD-11) Gültigkeit haben, in der die Diagnose einer Traumafolgestörung erfordert, dass eine Person mit einem extrem bedrohlichen Ereignis bzw. einer Serie von Ereignissen konfrontiert wurde.

- kurz andauernden, sogenannten **Typ-I-Traumata** (z. B. ein schwerer Auto-unfall), die meist einzeln und unerwartet auftreten und
- lang andauernden, sogenannten **Typ-II-Traumata** (z. B. über mehrere Jahre an-dauernde Misshandlung oder Missbrauch), wobei es sich hierbei auch um eine Kette von miteinander verknüpften Ereignissen handeln kann (Terr 1991).

Man unterscheidet weiterhin, ob der Betroffene das Ereignis **selbst erlebt** (z. B. sexueller Übergriff) oder lediglich **beobachtet** (z. B. beobachtete häusliche Gewalt des Vaters an der Mutter) (Falkai u. a. 2018) hat. Eine Konfrontation durch elektronische Medien, Fernsehen, Spielfilme oder Bilder erfüllt dieses Kriterium dabei nicht.

Des Weiteren unterscheidet man, wie bzw. durch wen das Ereignis **verursacht** wurde. So bergen Fälle, in denen andere (nahestehende) Personen als Täter auftreten, ein höheres Risiko für die (psychische) Gesundheit als durch die Natur verursachte Katastrophen.

	Akzidentielle Traumata	Interpersonelle Traumata
Typ-I-Traumata	Schwerer Verkehrsunfall; Kurzandauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand)	Sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung); Kriminelle bzw. körperliche Gewalt
Typ-II-Traumata	Langandauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmung)	Sexueller und körperlicher Missbrauch über einen längeren Zeitraum in der Kindheit; Kriegserleben, Geiselnhaft

Hinweise für die Praxis. Um einen Überblick über (potentiell) traumatisierende Ereignisse zu erhalten und bei allen Beteiligten (Adoptiveltern, Fachkräften der Adoptionsvermittlung) eine Sensibilisierung zu erreichen, ist es hilfreich, vorhandene Informationen zu traumatischen Ereignissen bereits in der Fallakte des Kindes zu dokumentieren. Ein bewährter übersichtlicher Fragebogen ist hierbei das **Trauma/Loss Exposure Profile** (Pynoos/Steinberg 2002). Dieses erfasst Traumatisierungstypen, Traumamerkmale und das Alter bzw. die Altersspanne des Kindes.

Nicht jede Schädigung und traumatische Erfahrung führt zu einer Traumatisierung und der Entwicklung einer psychischen Störung. Nicht alle Menschen, die ein traumatisches Ereignis oder mehrere traumatische Ereignisse erlebt haben, leiden in dessen Folge unter psychischen Auffälligkeiten oder entwickeln eine psychische Störung wie beispielsweise eine Posttraumatische Belastungsstörung. Tatsächlich gehen Prävalenzstudien davon aus, dass jeder zweite Mensch mindestens ein Mal in seinem Leben mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert wird, doch nicht alle diese Menschen entwickeln langfristig eine psychische Störung.

Vertiefung: Wie häufig haben Adoptivkinder vor der Aufnahme in die Adoptivfamilie traumatische Erfahrungen gemacht?

Das Erlebnis der Trennung eines Adoptivkindes von seiner Herkunftsfamilie stellt nicht per se eine Traumatisierung dar. Besonders Kinder, die später in eine Adoptivfamilie aufgenommen wurden, haben aber unter Umständen eine Reihe von belastenden Ereignissen erlebt (z. B. Misshandlung und Missbrauch, Vernachlässigung und Deprivation in einem Heim, Tod eines Elternteils etc.), die eine Traumafolgestörung nach sich ziehen können (Hoksbergen/van Dijkum 2001).

Erkenntnisse aus internationalen Studien. Studien zeigen, dass zwischen 3,5% und 12% der international adoptierten Kinder Misshandlung erlebt haben, und bis zur Hälfte aller Kinder aus Auslandsadoptionen zeigten Anzeichen für Vernachlässigung vor der Adoption (vgl. Hoksbergen/van Dijkum 2001).

Erkenntnisse des EFZA. Nach Angaben der Adoptiveltern erlebten 20% der im Inland adoptierten Kinder vor der Adoption emotionale Misshandlung. Ebenfalls bei jedem fünften Adoptivkind aus dem Ausland gingen die Adoptiveltern von erlebter emotionaler Misshandlung oder unzureichender Versorgung aus. Traumatische Erlebnisse vor der Adoption wurden mit 6% bei Inlandsadoptionen und 14% bei Auslandsadoptionen vergleichsweise selten berichtet.

Zu den Faktoren, die beeinflussen, ob ein Mensch eine psychische Störung infolge eines potentiell traumatischen Ereignisses entwickelt, zählen u. a.:

- Die Dauer und Häufigkeit der Ereignisse.
- Der Schweregrad des traumatischen Ereignisses (z. B. die Brutalität der Gewaltanwendung).
- Die Beziehungsqualität zwischen der verursachenden Person und dem Kind.
- Das Alter des Kindes bei Auftreten des Ereignisses bzw. bei Beginn der Ereignisse.
- Die Häufung von verschiedenen traumatischen Ereignissen.

Je häufiger die Ereignisse und je länger sich das Kind in der traumatisierenden Situation befand, je schwerwiegender die traumatischen Ereignisse, je enger die Beziehung zwischen dem Kind und der verursachenden Person, je jünger das Alter des Kindes bei dem traumatisierenden Ereignis war und je mehr verschiedene traumatische Ereignisse ein Kind erlebt hat, umso schwerer sind die zu erwartenden emotionalen Folgen auf Seiten des Kindes.

2.8.5.2 Symptome einer Traumafolgestörung

15–24% der Erwachsenen leiden in der Folge traumatischer Erlebnisse unter einer Traumafolgestörung, der sogenannten Posttraumatischen Belastungsstörung, die nach den klinischen Leitlinien mit drei typischen, klar abgrenzbaren Symptombereichen einhergeht:

- dem Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses;
- der Vermeidung von Situationen, Aktivitäten, Orten, Gegenständen oder Personen, die an das traumatische Ereignis erinnern;
- der erhöhten Reagibilität.

Häufig wird eine Traumafolgestörung auch von anderen psychischen Störungen wie Depressionen, Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen und Angststörungen begleitet (Oswald/Goldbeck 2009).

Bei Kindern unter sechs Jahren sind die Symptome einer Traumafolgestörung oft sehr unspezifisch. Kinder leiden oft zunächst unter quälenden Träumen, die sich mit der Zeit eher zu allgemeinen Alpträumen von Monstern und Bedrohungen entwickeln, die auf den ersten Blick nicht mehr direkt mit dem auslösenden Ereignis verbunden sind (Landolt 2009). Auch bei Vorliegen von starken und unvorhersehbaren Verhaltensauffälligkeiten, wie aggressivem Verhalten und Wutausbrüchen, sollte überprüft werden, ob diese möglicherweise auf ein Trauma zurückgeführt werden können.²² Jedes dritte bis vierte Kind, das traumatische Ereignisse erlebt, entwickelt in der Folge eine Posttraumatische Belastungsstörung, deren Symptome sich nicht von selbst zurückentwickeln.

Symptombereiche einer PTBS bei Kindern auf einen Blick (Landolt 2009)

Wiedererleben. Das traumatische Ereignis wird durch wiederkehrende belastende Erinnerungen, Bilder, Wahrnehmungen, Gedanken und Träume wiedererlebt. Es zeigen sich starke körperliche oder psychische Reaktionen in Situationen, die dem Trauma ähneln oder wenn Hinweisreize an das Trauma erinnern. Bei Kindern unter sechs Jahren zeigt sich dieser Symptombereich auch darin, dass das traumatische Ereignis immer wieder im Spiel nachgestellt wird oder aber auch, wenn belastende Träume immer wieder auftreten, die sich nicht zwangsläufig auf das traumatische Ereignis beziehen.

22 Teilweise werden aufgrund von mangelnden Informationen über die Vorerfahrungen eines Kindes andere Diagnosen, wie z. B. aufgrund von starker motorischer Unruhe und Konzentrationsproblemen eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, gestellt, wenngleich es sich bei differenzierter Diagnostik um eine Traumafolgestörung handeln könnte (Oswald/Ernst/Goldbeck 2011).

Vermeidung. Situationen, Aktivitäten, Orte, Gegenstände oder Personen, die an das traumatische Ereignis erinnern, werden vermieden und auch Interessen, die Teilnahme an Aktivitäten und der Ausdruck von positiven Gefühlen nehmen ab. Bei Kindern unter sechs Jahren kann sich dies in sozialem Rückzug und eingegengtem Spielverhalten äußern, aber auch im Verlust von bereits erworbenen Fähigkeiten (erneutes Einkoten und Einnässen).

Erhöhte körperliche Anspannung. Reizbarkeit und Wutausbrüche (im Vergleich zum Verhalten vor dem traumatischen Ereignis), riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten, übertriebene Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Übererregung. Bei Säuglingen und Kleinkindern kann es auch zu nächtlichem Schreien oder Erwachen ohne einen Bezug zu Albträumen kommen. Bei jüngeren Kindern sind zudem neu auftretende Ängste oder Aggressionen zu beobachten, oder die Kinder äußern Übelkeit, Kopf- oder Bauchschmerzen.

2.8.5.3 Symptome einer Traumafolgestörung bei Adoptivkindern

Erkenntnisse aus internationalen Studien. In einer Untersuchung von René Hoksbergen u. a. (2003) mit Adoptierten aus Rumänien wurden bei ca. 20% der Kinder Symptome einer Traumafolgestörung festgestellt.

Erkenntnisse des EFZA. In der Erhebung des EFZA traten Symptome wie Albträume, Schlafschwierigkeiten oder selbstverletzendes Verhalten nur vereinzelt auf. Dennoch zeigten 11% der Kinder (Inlandsadoption) bzw. 39% der Kinder (Auslandsadoption) in den ersten Monaten in der Adoptivfamilie mindestens drei der potentiell durch Traumata ausgelösten Symptome.

Hinweise für die Praxis: Fallbeispiele von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Adoptivkindern.

Lea (3 Jahre). Vor der Adoption hat Lea einige Zeit lang mit ihrer Mutter auf der Straße gelebt. Welche konkreten Erfahrungen und Erlebnisse sie dort gemacht hat, ist zum Zeitpunkt der Adoption nicht im Detail bekannt. Lea hat sich gut in die Adoptivfamilie eingelebt und sucht selbstständig den Kontakt zu ihrer Adoptivmutter und ihrem Adoptivvater. Doch auch nach 9 Monaten in der Adoptivfamilie berichten die Eltern von längeren Phasen, in denen Lea vor sich **hinstarrt** und scheinbar **nicht mitbekommt, was um sie herum passiert**. Im Spiel mit ihren Puppen sind die Eltern erschrocken über die teilweise **sehr gewalttätige Spielweise** von Lea, während sie sich bei **lauten Geräuschen** ängstigt und sofort die Nähe der Adoptivmutter

sucht. Auch berichtet die Mutter, dass Lea in mehreren Nächten in der Woche **nachts im Schlaf schreit**.

Symptome als Folge der traumatischen Ereignisse: Nachstellung von traumatischen Ereignissen im Spiel, Rückzug, dissoziative Symptome (Starren, Teilnahmslosigkeit), Vermeidung von Geräuschen, Albträume

Hannes (11 Jahre)²³. Hannes wurde mehrere Jahre lang vom Stiefvater körperlich und emotional misshandelt. In der Schule kann er sich **schlecht konzentrieren** und **hat schlechte Noten**, obwohl er ein intelligenter und aufgeweckter Junge ist. Wenn er alleine unterwegs ist, schießen ungewollt **belastende Erinnerungen an die Gewaltszenen** in seinen Kopf. Besonders kritisch ist, dass er bei der kleinsten Provokation anderen Kindern gegenüber **körperlich aggressiv wird**, was er im Nachhinein immer bereut. Auch zuhause kommt es immer wieder zu **unberechenbaren Wutausbrüchen**.

Symptome als Folge der traumatischen Ereignisse: Konzentrationsprobleme, unwillkürliche Erinnerungen an die Gewaltszenen, Aggressivität (mangelnde Impulskontrolle)

2.8.5.4 Diagnostik von Traumafolgestörungen

Da sich Traumatisierungen auch langfristig ungünstig auf die Entwicklung von Kindern, unter anderem auf die Bindungsentwicklung (Lyons-Ruth/Jacobvitz 2016) und die Stressregulation (siehe Oswald et al., 2011), auswirken können, ist eine detaillierte Diagnostik und eine adäquate Behandlung sehr wichtig. Für eine Diagnosestellung und die Einleitung weiterführender unterstützender und therapeutischer Maßnahmen ist eine klinische Untersuchung und vertiefende Diagnostik durch Fachpersonen der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychotherapie notwendig. Im ersten Schritt kann es jedoch hilfreich sein, wenn die Fachkräfte im Kontakt mit der Adoptivfamilie einschätzen können, ob ein Verdacht auf eine Traumafolgestörung und ein entsprechender Unterstützungsbedarf besteht.

Die Rolle der Fachkraft. Für eine Einschätzung des Unterstützungsbedarfs der Familie ist es hilfreich, wenn Fachkräfte der Adoptionsvermittlungspraxis über Grundkenntnisse bezüglich Trauma und Traumafolgestörungen, diagnostische Methoden und Behandlungsoptionen verfügen. Zunächst ist bedeutsam, die Begriffe „Trauma“ und „Traumafolgestörungen“ zu kennen und diese von der Alltagssprachlichen Verwendung des Begriffs der Trau-

23 vgl. <https://www.trauma-fortbildung.de/fallgeschichten-ptsb/>

matisierung abgrenzen zu können. Wenn die Fachkräfte mit Symptomen einer Traumafolgestörungen vertraut sind, standardisierte Screening-Instrumente kennen und gegebenenfalls auch anwenden können, kann dies Adoptivfamilien bei entsprechendem Bedarf den Zugang zu weiterführenden Unterstützungsangeboten erleichtern. Wenn sich bei einem Kind in Gesprächen mit den Adoptiveltern und/oder beim Einsatz eines Screening-Instrumentes Hinweise auf Symptome einer Traumatisierung ergeben, ist es hilfreich, die Adoptivfamilie an entsprechende Fachdienste weiterzuvermitteln, um abzuklären, ob eine Therapie notwendig ist.

Zuständige Institutionen und Personen für Diagnostik und Behandlung

- Psychiatrische Ambulanz in Kinder- und Jugendlichenpsychiatrien bzw. psychiatrischen Zentren
- Sozialpädiatrische Zentren
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-psychotherapeutinnen (mit Kassenzulassung)
- Fachärzte/Fachärztinnen für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie
- Psychologische Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen mit Fachkunde für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (mit Kassenzulassung)

Informationen über **ambulante Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Fachärzte und Fachärztinnen** sind über die Kassenärztlichen Vereinigungen in jedem Bundesland zu beziehen. Auf den jeweiligen Homepages kann mit Eingabe der Postleitzahl und der gewünschten Qualifikation schnell eruiert werden, welche ambulanten Anlaufstellen es gibt ([link](#)).

Informationen über die für die **Region zuständige Psychiatrie oder psychiatrische Zentren** sind beispielsweise bei den gesetzlichen Krankenkassen erhältlich. Angebote von anderen Trägern können direkt bei diesen erfragt werden bzw. finden sich auf den Homepages der ortsansässigen Träger (Beispiel: Caritas).

Literaturhinweise. Eine Übersicht über Symptome, Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen im Kindesalter findet sich im Praxismanual von Sylvia Oswald u. a. (2011). Sehr ausführlich besprochen werden dort insbesondere diagnostische Verfahren, mit denen erste Informationen über das Vorliegen von Traumasymptomen gewonnen werden können. Unter anderem werden folgende zwei Verfahren beschrieben, die für Kinder ab einem Jahr eingesetzt werden können:

- die **Young Child PTSD Checklist**, ein Screeninginstrument, das zur Erfassung von Traumasymptomen bei ein- bis sechsjährigen Kindern eingesetzt werden kann;

- der **UCLA PTSD Reaktion Index**, mit dem auf Basis von klinischen Leitlinien die Symptome einer posttraumatischen Belastungsreaktion bei Kindern ab sieben Jahren erfasst werden können.

2.8.5.5 Behandlung von Traumafolgestörungen

Wenn die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung gestellt wurde, ergeben sich verschiedene Behandlungsoptionen, die zu einer Reduzierung der Symptome beitragen und sich nachweislich förderlich auf die weitere Entwicklung des Kindes auswirken können (Landolt 2009). Viele Adoptiveltern können mit der Diagnose überfordert sein, andere gegebenenfalls erleichtert. Um die Adoptiveltern und auch das Adoptivkind bestmöglich auf eine Behandlung vorzubereiten, kann es sinnvoll sein, die Familie im Vorfeld über die Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Im Folgenden sind die Phasen der Behandlung grob skizziert. Die Kinder lernen dann, besser mit dem Erlebten und den Erinnerungen umzugehen, sich und ihren Körper besser zu entspannen und den Alltag zu bewältigen. Voraussetzung dafür ist, dass die Sicherheit des Kindes garantiert ist und dass das Kind den traumatischen Ereignissen oder dem Täter nicht weiter ausgesetzt ist. Auch stabile Rahmenbedingungen im Umfeld des Kindes stellen eine Voraussetzung für eine Traumatherapie dar. Somit laufen die meisten Traumabehandlungen in drei Phasen ab:

- Stabilisierung
- Traumabearbeitung
- Integration

Die unterschiedlichen Therapieverfahren unterscheiden sich vor allem in der Art und Weise, wie das Trauma in der zweiten Phase bearbeitet wird (Sonnenmoser 2009).²⁴ Häufig scheint es in der Therapie auch sinnvoll, die **Bezugspersonen** einzubeziehen und diese im Umgang mit den Belastungen des Kindes zu stärken. In den USA hat zudem ein traumazentriertes Elterntraining gute Erfolge gezeigt und zu einer Reduktion der kindlichen Traumasymptome geführt (Purvis u. a. 2015).

Hinweise für die Praxis: Wissensvermittlung an Adoptiveltern. Fachkräfte der Adoptionsvermittlung sind wichtige Ansprechpersonen für Adoptivfamilien und übernehmen auch eine zentrale Rolle bei der Vermittlung von Wissen an Adoptiveltern.

²⁴ Beispiele für Traumatherapieverfahren, die sich in der Behandlung mit Kindern bewährt haben, sind die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie, die psychodynamische Kind-Eltern-Therapie, das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), die narrative Expositionstherapie für Kinder, die traumazentrierte Spieltherapie sowie die psychodynamisch imaginative Traumatherapie.

Wenn ein Kind beginnt, vor den Adoptiveltern über die traumatischen Ereignisse zu sprechen, kann es passieren, dass sich die Eltern überfordert fühlen. Für das Kind ist es dann wichtig, dass jemand da ist, der ihm **zuhört**, es jedoch gleichzeitig nicht drängt, über die belastenden Erlebnisse zu sprechen oder diese zu bewerten. Kinder mit traumatischen Erfahrungen brauchen in dieser Zeit vor allem **Sicherheit** und **Verlässlichkeit**, um Ängste abzubauen und eine vertrauensvolle Beziehung zu den neuen Bezugspersonen zu entwickeln. In Gesprächen gilt es, sehr sensibel vorzugehen. Einerseits sollten die Erfahrungen nicht verharmlost werden, andererseits ist es auch nicht hilfreich, das Kind in eine „Opferrolle“ zu drängen. Auch hier gilt es, dem betroffenen Kind die Kontrolle zu überlassen und es zu nichts zu drängen. Ist ein Kind bereit zu einem Gespräch über seine Gefühle, sind behutsame Nachfragen, wie es dem Kind geht oder ob es noch weiter sprechen möchte, ebenfalls hilfreich (Wiemann/Lattschar 2019).

Beängstigend kann es für die Adoptiveltern auch sein, wenn sich missbrauchte oder misshandelte Kinder durch ihr Verhalten und Signale erneut in eine **Opferrolle** begeben (z. B. indem Grenzen nicht geäußert bzw. nicht eingehalten werden oder unangemessene Intimität oder Kontakt gegenüber fremden Personen gesucht wird). In solchen Situationen ist es wichtig, dass die Adoptiveltern motiviert werden, sich beraten zu lassen und **professionelle Unterstützung** für ihr Kind in Anspruch zu nehmen.

Auch wenn die Kriterien einer PTBS nicht erfüllt sind, das Kind aber unter Belastungen infolge der Traumatisierung leidet und beispielsweise **Verhaltensprobleme** zeigt, können psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsansätze wirksam sein. Diese können auch hilfreich sein, wenn sich das Kind nicht mehr an das traumatische Ereignis erinnert, weil es zu jung war oder dieses verdrängt hat, wodurch die klassischen Ansätze der Traumatherapiemethoden keine Anwendung finden können.

2.8.6 Kinder mit fetalem Alkoholsyndrom

2.8.6.1 Begriffsbestimmung und Prävalenz

Alkohol gilt als Zellgift, welches Zellen im Gehirn des Ungeborenen zerstört und dessen natürliche Entwicklung einschränken kann. Im Vergleich zu anderen Drogen zeigen Längsschnittuntersuchungen für Alkohol die stärksten Schädigungen für die langfristige Entwicklung der Kinder (Feldmann 2020; Landgraf 2017).

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann erhebliche (gesundheitliche) Folgen für das ungeborene Kind haben und zu sogenannten Fetalen Alkoholspektrumstörungen („Fetal Alcohol Spectrum Disorder“, FASD) führen (Feldmann 2020; Landgraf/Heinen 2017; Robert Koch-Institut 2012). Der Oberbegriff FASD fasst Störungen aufgrund einer fetalen Alkoholexposition zusammen, deren Vollbild als Fetales Alkoholsyndrom (FAS) bezeichnet wird. Mit diesem werden die psychomentalen Schäden eines noch ungeborenen Kindes beschrieben, die durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft bedingt sind. Dazu gehören sowohl psychische als auch mentale Störungen sowie Verhaltens- und Lernauffälligkeiten. Die verschiedenen Ausprägungsgrade von FASD lassen sich in vier Kategorien zusammenfassen (vgl. Abbildung 3).

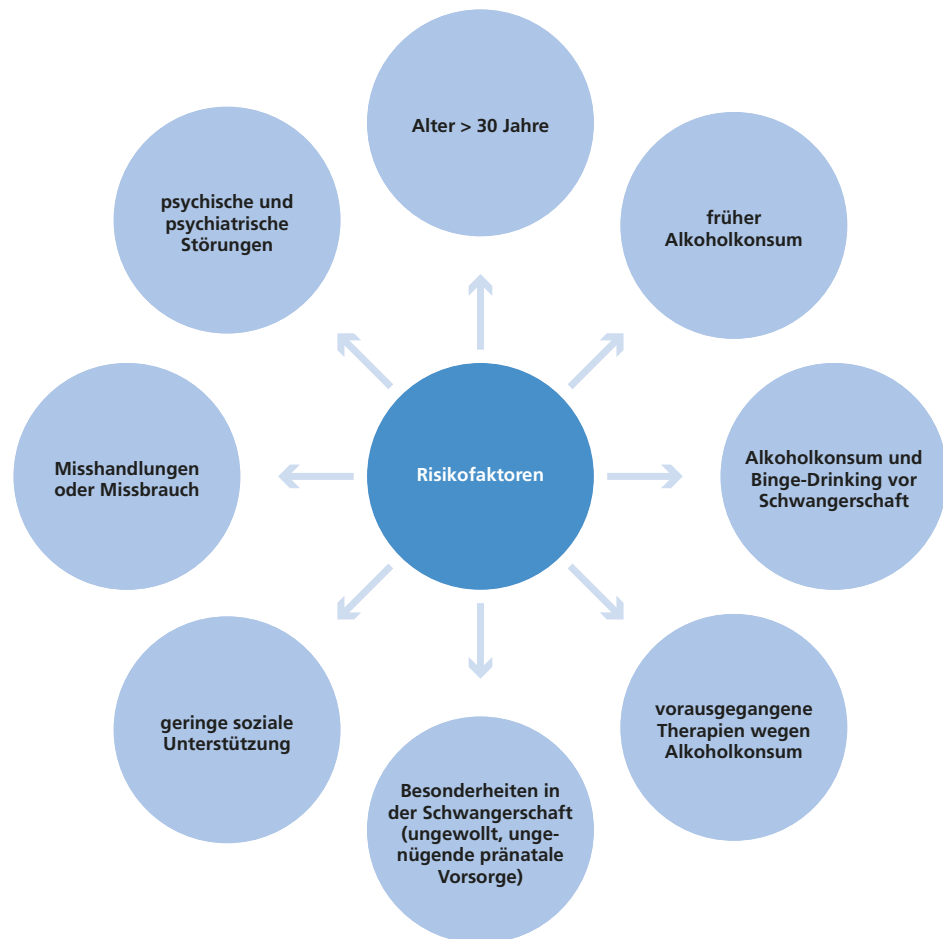
Abbildung 3: Syndromausprägungen des FASD (angelehnt an Spohr 2016)

Fetales Alkoholsyndrom (FAS)	Partielles Fetales Alkoholsyndrom (pFAS)	Pränatal alkoholinduzierte entwicklungsneurologische Störungen (ARND)	Alkoholbedingte Geburtsfehler (ARBD)
<ul style="list-style-type: none"> · Minderwuchs · Dystrophie · Mikrozephalie · typische faziale Dysmorphiezeichen · mentale Retardierung · psychiatrische, kognitive und soziale Auffälligkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> · kognitive, soziale und emotionale Störungen · typische Gesichtsmerkmale können fehlen <p>→ nicht weniger schwere Form, Symptome stellen im Alltag oft gleiche oder größere Schwierigkeiten dar</p>	<ul style="list-style-type: none"> · keine physischen Zeichen · komplexes Muster an nicht altersgemäßer Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten und kognitiven Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> · angeborene Fehlbildung an anderen Organsystemen

Prävalenz von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Einer Studie des Robert Koch-Instituts (2012) zufolge konsumieren knapp 30% aller Frauen in Deutschland während der Schwangerschaft Alkohol. Ein riskanter Alkoholkonsum fand sich bei 7,8% der Schwangeren, ein moderater Konsum bei 19,8%. Zahlreiche Studien haben sich in den letzten Jahrzehnten der Frage gewidmet, welche Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft erhöhen, um Schwangeren mit einem erhöhten Risiko eine intensivierte Aufklärung bieten zu können und damit die Prävalenz von mütterlichem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft in der deutschen Gesellschaft zu senken. Einen Überblick über evidenzbasierte Risikofaktoren findet sich in Abbildung 4.

Abbildung 4: Risikofaktoren für Alkoholkonsum in der Schwangerschaft (Landgraf 2017; Robert Koch-Institut 2012)



Zusätzlich gilt es zu berücksichtigen, dass nicht jedes Kind, dessen Mutter in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert hat, unter einer FASD leidet (Landgraf/Hoff 2019). Neben dem Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft zählen außerdem folgende Aspekte zu den Risikofaktoren für die Entwicklung einer FASD. Dies bedeutet, dass die folgenden Faktoren Hinweise darauf geben, warum eine Frau, die während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert, ein Kind mit einer FASD zur Welt bringt, während eine andere Alkohol konsumierende Schwangere ein gesundes Kind entbindet (Landgraf/Hoff 2019):

- Alter der Mutter (> 30 Jahre)
- Mangelernährung
- Multipler Substanzgebrauch
- Geringer sozioökonomischer Status
- (Alkohol-) Konsum des Vaters
- Stress während der Schwangerschaft

- Genetische Dispositionen
- Zweit- oder Drittgeborenes
- Geburtshilfliche Komplikation
- Geburtshilfliche Medikation

Befunde des EFZA: Wie häufig leiden Adoptivkinder unter einer FASD?

In den vom EFZA durchgeführten Studie ergab sich eine Prävalenz von FASD, die der in der Allgemeinbevölkerung geschätzten Häufigkeit entspricht, da nur bei 1,2% der Adoptivkinder nach Angaben der Adoptiveltern eine diagnostizierte FAS vorlag. Insgesamt gaben 10,9% der Adoptiveltern (11,5% bei Inlandsadoptionen und 8,3% bei Auslandsadoptionen) an, dass die leibliche Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert hatte. Insgesamt ist jedoch von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, da in einem Teil der Fälle keine oder nur unzureichende Informationen über den Verlauf der Schwangerschaft vorlagen.

Gibt es einen kritischen Grenzwert für den Alkoholkonsum in der Schwangerschaft?

Ein ungeborenes Kind besitzt noch nicht die Möglichkeit, den Alkohol wie Erwachsene über die Leber abzubauen, sodass der Alkohol im Körper des Ungeborenen ca. zehnmal länger verbleibt als im Körper der Mutter. Die Wahrscheinlichkeit eines Kindes, bei Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft an FASD zu erkranken, steigt mit Höhe und Dauer des Konsums (Feldmann 2018; Landgraf 2017). Die vorhandenen Studien zeigen jedoch auch, dass es keinen Grenzwert gibt, bis zu dem alkoholbedingte Schädigungen des Ungeborenen ausgeschlossen werden können (Robert Koch-Institut 2012). Schädigungen des Fötus können zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft mit gleicher Wahrscheinlichkeit auftreten (Landgraf 2017). allerdings gibt es Erkenntnisse, dass insbesondere in der Phase der Organbildung in der Frühschwangerschaft Alkoholkonsum besonders schwere Schädigungen hervorrufen kann (Feldmann 2018). Bereits kleine Mengen von Alkohol können folglich zu Schädigungen führen (Landgraf 2017; Landgraf/Heinen 2017).

2.8.6.2 Folgen von FASD

Die Folgen einer FASD sind häufig irreversibel und zeigen sich unter anderem in Leistungsstörungen sowie in sozialen und psychischen Auffälligkeiten (Landgraf/Hoff 2019; Feldmann 2018). Die Beeinträchtigungen sind vielfältig und beziehen sich auf die Intelligenz, die schulische Leistungsfähigkeit, das Gedächtnis, die exekutiven Funktionen, die Motorik, die Sprache, die Aufmerksamkeit und das Aktivitätsniveau. Hirnorganische Schäden (Auffälligkeiten im Zentralen Nervensys-

tem) können dazu führen, dass die Betroffenen kognitive Beeinträchtigungen und Defizite in der Feinmotorik haben. Weiterhin erhalten viele FASD-Betroffene die Diagnose eines Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS). Oftmals sind Betroffene einer FASD sozial isoliert, da sie von Gleichaltrigen durch ihre impulsive, ungeduldige und laute Art oft abgelehnt werden. Erschwerend kommt hinzu, dass Kinder mit einer FASD (gefährliche) Situationen häufig nicht richtig einschätzen können und aus negativen Erfahrungen scheinbar nicht lernen (Feldmann 2012). Die Defizite sind bei einem Teil der Betroffenen so stark ausgeprägt, dass es ihnen nicht möglich ist, ein selbstständiges Leben zu führen. Sie benötigen kontinuierliche Begleitung und Unterstützung, um alltägliche Lebenssituationen zu meistern (Streissguth u. a. 2004).

Hinweise für die Praxis: Symptome einer FASD nach Altersstufen (nach Spohr 2016)²⁵

Die FASD ist eine lebenslange Störung, die sich in verschiedenen Lebensabschnitten durch unterschiedliche Symptome äußern kann.

Nach der Geburt

- Früh-/Mangelgeburt
- Kleiner Kopf
- Mangelnde Gewichtszunahme und mangelndes Größenwachstum
- Kleine Augen, eingesunkene Nasenwurzel, Stupsnase, nach hinten rotierte Ohren
- Fehlbildungen an Herz, Nieren und Knochen
- Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

Frühe Säuglingszeit

- Hohe Irritierbarkeit
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Gedeihstörungen
- Fütterstörungen
- Vermehrte Infektanfälligkeit
- Wenig Bewegungsaktivität oder deutliche Unruhe

Kindheit und Vorschulalter

- Mangelnde Gewichtszunahme
- Mangelndes Größenwachstum

²⁵ Eine Übersicht über Risikofaktoren, welche in der Vorbereitung der Adoption erfasst werden können, findet sich im Basismodul Teil 1 zur Vorbereitung, Kapitel 2.2.4.1.

- Kleiner Kopf
- Entwicklungsverzögerungen in Motorik, Wahrnehmung, Sprache
- Kognitive Störungen
- Auffälligkeiten in sozialer Interaktion und Kommunikation
- Hyperaktivität, Impulsivität, Aufmerksamkeitsstörung

Schulalter

- Deutliche Entwicklungsverzögerungen
- Lernprobleme
- Fehlendes Gefühl für Raum und Zeit
- Soziale Schwierigkeiten

Neben den Symptomen einer FASD im Kindes- und Jugendalter berichten Streissguth u. a. (2004) auch von langfristigen Folgeerscheinungen im Erwachsenenalter. Dazu gehört unter anderem ein erhöhtes Risiko von psychischer Belastung, psychiatrischen Auffälligkeiten (unter anderem Suchterkrankungen), Isolation und Verwahrlosung. Weiterhin geraten Personen, die unter einer FASD leiden, häufiger mit dem Gesetz in Konflikt oder werden Opfer von Misshandlungen.

Hinweise für die Praxis: FASD als anerkannte Behinderung.

Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können (§ 2 SGB IX).

FASD kann, muss aber nicht, als Behinderung eingeordnet werden. Dies ist abhängig davon, ob aufgrund von FASD eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben gegeben ist. Auf Basis dieser Feststellung begründen sich die Ansprüche auf Nachteilsausgleichen, welche Betroffenen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen soll (Schindler/Hoff-Emden 2017). Für einen Behindertenausweis bedarf es der Feststellung durch das Versorgungsamt. Bei einem Grad der festgestellten Behinderung über 50 kann ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden.

Informationen über *Leistungsansprüche* von Kindern und Jugendlichen, die von FASD betroffen sind, finden sich beispielweise in einer Broschüre des Bundesverbands für körper- und mehrfach behinderte Menschen e.V. (download).

2.8.6.3 Diagnostik von FASD (4-Säulen-Prinzip)

Um Betroffene adäquat zu fördern und ihnen somit ein selbstständiges Leben und Arbeiten zu ermöglichen (Landgraf/Hoff 2019), ist eine gute Diagnostik sehr wichtig. Eine Diagnose kann zudem zu einer Entlastung innerhalb der Familie führen, da die Auffälligkeiten des Kindes verstanden und erklärt werden können und sich in der Folge auch die Erwartungshaltungen der Erwachsenen an das Kind anpassen (Feldmann 2020; Landgraf/Hoff 2019).

Die Symptome, die Kinder mit FASD zeigen, sind sehr heterogen und teilweise unspezifisch, so dass nur ein kleiner Teil der tatsächlich von FASD betroffenen Personen eine Diagnose erhält.

Aktuell gibt es keine Checklisten, Labortests oder biologische Marker, die eine eindeutige Diagnostik ermöglichen (Spohr 2016). Lediglich die faszialen Dysmorphiezeichen gelten als eindeutige diagnostische Merkmale von FASD. Alle anderen richtungsweisenden Symptome sind unspezifisch und können auch bei Kindern, die nicht von einer FASD betroffen sind, auftreten (Spohr 2016). Aus diesen Gründen ist es besonders wichtig, dass bei einem Verdacht eine ausführliche Untersuchung von einem im Bereich der FASD erfahrenen Fachdienst durchgeführt wird. Dies gilt insbesondere bei einer unklaren Alkoholanamnese. Eine Überweisung an Spezialzentren für eine diagnostische Untersuchung wird daher empfohlen (siehe Anhang I.2.B).

Die Rolle der Fachkraft. Da die Diagnose einer FASD sehr komplex ist und nach klinischen Leitlinien erfolgen sollte, empfiehlt sich bei einem Verdachtsfall die Hinzuziehung von mit FASD erfahrenen Fachleuten bzw. Einrichtungen (siehe Anhang I.2.B). Primäre Aufgabe der Fachkräfte ist daher, für Symptome der FASD sensibilisiert zu sein. Wenn Adoptiveltern in Beratungsgesprächen von Problemen berichten, die bei einer FASD auftreten können, können die Fachkräfte im ersten Schritt überprüfen, ob sich neben den von den Adoptiveltern berichteten Symptomen Hinweise auf weitere Risikofaktoren in der Anamnese ergeben. In der weiteren Beratung ist es dann sinnvoll, mit den Adoptiveltern behutsam Merkmale und Auswirkungen einer FASD zu thematisieren, den Eltern die Angst vor einer möglichen FASD-Diagnose zu nehmen und gegebenenfalls eine Abklärung durch Experten vorzubereiten. Dazu können die Adoptiveltern zunächst an ein regionales FASD-Netzwerk weiter verwiesen oder zur diagnostischen Abklärung direkt an einen FASD-erfahrenen Fachdienst vermittelt werden. Bei einer bestätigten Diagnose können dann adäquate Unterstützungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Die Diagnostik stützt sich nach aktuellen klinischen Leitlinien auf ein 4-Säulen-Prinzip (Feldmann 2020; Landgraf/Heinen 2017):

- **Wachstumsauffälligkeiten:** unterhalb der 10%-Perzentile
- **Auffälligkeiten des Gesichts:** kurze Lidspalte, verstrichenes Philtrum²⁶, schmale Oberlippe
- **Auffälligkeiten des Zentralen Nervensystems:** Mikrozephalie²⁷ oder funktionelle Auffälligkeiten wie z. B. Defizite in Aufmerksamkeit oder Konzentration
- **Intrauterine Alkoholexposition:** das am schwierigsten zu erhebende Kriterium, daher kein Muss für Diagnosestellung

In Bezug auf die oft schwer abzuklärende intrauterine Alkoholexposition wird derzeit in Fachkreisen über ein für alle gültiges Neugeborenen-Screening diskutiert, bei dem biologische Marker im Mekonium (auch Kindspech genannt), dem ersten Stuhl des Kindes, als Indikator für den Substanzkonsum (unter anderem für den Alkoholkonsum) im letzten Schwangerschaftsdrittel verwendet werden (Gifford u. a. 2010).

2.8.6.4 Umgang mit FASD: Beratung und Therapie

Die Schäden, die durch den Alkoholabusus in der Schwangerschaft bedingt sind, sind irreparabel. Primäres Ziel von Beratung und Therapie ist es somit, die negativen Auswirkungen der Symptome im Alltag der Betroffenen und ihren Familien abzumildern. Zu unterscheiden sind dabei kindzentrierte Interventionen, die das Ziel haben, Symptome zu reduzieren bzw. abzumildern, sowie Beratungsangebote und Interventionen, die primär darauf abzielen, die Familie und das soziale Umfeld zu entlasten und im Umgang mit den Folgen einer FASD zu stärken.

- Die Symptomatik von FASD ist sehr heterogen, so dass es im Gegensatz zu umgrenzten psychiatrischen Störungsbildern keine Interventionen gibt, die sich spezifisch an FASD-Betroffene richten. Das Vorgehen in der Therapie bei FASD ist vielmehr symptomorientiert, d. h. welche Intervention sich für ein betroffenes Kind eignet, hängt von der Symptomatik des Kindes ab.
- Das Entwicklungs- und Verhaltensprofil der Kinder resultiert in besonderen erzieherischen Anforderungen an die Bezugspersonen, was zu einer erhöhten psychischen Belastung und auch zu Belastungen in der Interaktion mit dem Kind führen kann. Betroffene Familien brauchen in der Regel Unterstützung und Entlastung von außen, um den erhöhten Anforderungen im Alltag gerecht werden zu können. Zentral sind dabei eine umfangreiche Aufklärung über Merkmale,

26 Das Philtrum meint die vertikale Rinne, die sich von der Nase bis zur Mitte der Oberlippe herabzieht.

27 Die Mikrozephalie beschreibt eine Entwicklungsbesonderheit, bei der der Kopf eine vergleichsweise geringe Größe aufweist, d. h. der Kopfumfang liegt mindestens drei Standardabweichungen unter dem Durchschnitt der gleichaltrigen Personen gleichen Geschlechts.

Ursachen und Besonderheiten von FASD, Beratung zu Unterstützungsangeboten und die Vermittlung von praktischen Tipps im Umgang mit den Schwierigkeiten im Alltag.

Im Folgenden findet sich ein kurzer Überblick über kindzentrierte Maßnahmen und Interventionen, die an der familiären Situation ansetzen (in Anlehnung an Schwarz 2012; Ubrig 2000):

- **Psychotherapeutische Interventionen für die Kinder** umfassen beispielsweise Interventionen, die auf eine Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit, der Aufmerksamkeit und Selbstregulation abzielen. Geeignet sind dabei vor allem evidenzbasierte Interventionen, die sich an Kinder und Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose und/oder einer Störung des Sozialverhaltens richten.
- **Logopädie** hat das Ziel, Defizite in der Sprachentwicklung und der (Mund-) Motorik aufzuholen.
- **Frühförderung, Ergotherapie und Physiotherapie** dienen der Kompensation von Defiziten in der Grob- und/oder Feinmotorik.
- Beispiele für weitere kindzentrierte Interventionen sind **kunsttherapeutische Interventionen**, die das Ziel haben, Defizite in der verbalen Ausdrucksfähigkeit durch eine Förderung des Emotionsausdrucks zu kompensieren, sowie **musiktherapeutische Interventionen**, die beispielsweise bei Schlafstörungen eingesetzt werden.
- Auch **pharmakologische Interventionen** werden zur Behandlung einzelner Symptome, vor allem zur Reduktion der Defizite in der Impulskontrolle sowie der Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität, in Betracht gezogen. Generell gilt es zwischen Antipsychotika (vermindern impulsiv-aggressive Spannungszustände) und Psychostimulanzien (erhöhen die Wachsamkeit, Konzentration und vermindern gleichzeitig Hyperaktivität und Impulsivität) zu unterscheiden.
- **Coachings für Eltern von Betroffenen** zielen vor allem darauf ab, Eltern über das Krankheitsbild aufzuklären, ihnen konkrete Methoden zur Alltagsbewältigung an die Hand zu geben sowie einen Austausch mit anderen betroffenen Eltern zu fördern. Ein Beispiel ist das von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung geförderte Training „Stressreduktion bei FASD“ (Hoff-Emden/Oberländer 2017).

Unter der Lupe: „Stressreduktion bei FASD“ von Heike Hoff-Emden und Jacqueline Oberländer (2017)

Das von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung geförderte Programm vermittelt den Teilnehmenden zu Beginn Basiswissen über FASD. Im nächsten Schritt geht es dann über zu Alltagskompetenzen, indem Ressourcen aktiviert und Verhaltensübungen durchgeführt werden, um das Verständnis für die Verhaltensbesonderheiten der Kinder zu fördern. Anhand von Fallvignetten wird besprochen, was den Eltern im Alltag im Umgang

mit betroffenen Kindern helfen kann. Es werden gemeinsam Stressoren und Quellen der Erholung identifiziert und individuelle Notfallpläne erarbeitet. Schließlich werden mit den Eltern sozialrechtliche Fragestellungen besprochen, beispielsweise in Bezug auf die Förderung im schulischen Bereich.

Verhalten des Kindes	Erklärung des Verhaltens aus Sicht des Kindes	Lösungsmöglichkeit/Reaktion der Bezugspersonen
Das Kind wird, während es eine Aufgabe bearbeitet, unruhig.	„Ich verstehe nicht, was ich tun soll.“	Die Aufgabenstellung sollte wiederholt und in anderer Form (z. B. visuell) formuliert werden.
Das Kind kann Arbeitsanweisungen wiedergeben, sie aber nicht ausführen.	„Ich weiß, was Du gesagt hast, aber ich kenne die einzelnen Handlungsschritte nicht, um die Aufgabe auszuführen.“	Für das Gehirn sind die Wiederholung von Gesagtem und die Ausführung von Gesagtem verschiedene Aufgaben. Das Verhalten des Kindes hat also nichts mit Trotz zu tun. Eine Begleitung der einzelnen Handlungsschritte ist daher wichtig.

Die Rolle der Fachkraft. Fachkräfte sind beim Thema FASD wichtige Ansprechpersonen für Adoptivfamilien und können eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von grundlegendem Wissen an Adoptiveltern und bei der Weiterleitung von Familien an Fachdienste für FASD übernehmen. Fachkräfte sollten sich daher regional gut vernetzen, um Kinder und Jugendliche mit FASD und ihre Familien an zuständige Stellen vermitteln zu können (vgl. Anhang I.2.B).

Ist eine Diagnose gestellt, ist die Psychoedukation der Eltern ein erster wichtiger Schritt, um mit den Begleiterscheinungen einer FASD im Alltag umgehen und das Risiko von Folgebeeinträchtigungen minimieren zu können. Neben der Weitervermittlung an FASD-Fachdienste können auch die Adoptionsvermittlungsstellen anhand von schriftlichen Materialien oder in Form von Seminaren zum Thema FASD einen wichtigen Beitrag leisten, um die Adoptiveltern für die Situation des Kindes zu sensibilisieren.

Themen für Gespräche mit betroffenen Kindern (Landschaftsverband Rheinland 2017, S. 25)

- Umgang des Kindes mit seiner Behinderung, unter anderem Akzeptieren der Gefühle.
- Entwicklung eines gesunden Selbstbilds und Selbstwertgefühls sowie des Gefühls, dass man nicht alleine ist.
- Auseinandersetzung des jungen Menschen mit seiner Biografie, unter anderem Thematisierung der Frage, wieso die leibliche Mutter Alkohol während der Schwangerschaft konsumiert hat.
- Ausbildung, berufliche Perspektiven, unter anderem Lerntipps, Strukturierung des Alltags

Literaturhinweis. Eine Broschüre zum Umgang mit den Konsequenzen einer FASD für junge Menschen, die sich auch für ein Gespräch von Fachkräften mit betroffenen jungen Menschen eignet, findet sich auf der Seite des Bundesgesundheitsministeriums (download).

Themen für Gespräche mit Adoptiveltern von betroffenen Kinder (Landschaftsverband Rheinland 2017, S. 25):

- Trauer über die Störung
- Akzeptanz der Schädigung
- Die Situation der Geschwisterkinder
- Aggressives oder impulsives Verhalten
- Be- und Überlastung der Adoptiveltern oder des gesamten Familiensystems
- Umgang mit dem auffälligen Bindungsverhalten von Kindern mit FASD (Ambivalenz im Nähe-Distanz-Verhalten)
- Außenwirkung, Druck des Umfeldes
- Pubertät und Sexualität
- Drogenkonsum des jungen Menschen
- Delinquenz (Straffälligkeit)
- Hürden im Alltag
- Zukunftsängste: Was wird aus dem Kind?
- Probleme in Kindergarten oder Kindertagesstätte bzw. Schule
- Geeignete Bildungseinrichtungen
- Distanzlosigkeit, Binden von Aufmerksamkeit

Literaturhinweise.

Allgemeine Informationen:

Allgemeine Informationen und Publikationen zum Thema finden Sie beispielsweise auf den Homepages der FAS-Ambulanz der Tagesklinik Walstedde ([link](#)) sowie des Evangelischen Vereins Sonnenhof ([link](#)). Alle genannten Institutionen sind spezialisierte Zentren für FASD.

Arbeitshilfen:

- Falke, Susanne/Stein, Sabine (2017). Ein (Pflege-)Kind mit FASD – und glücklich! Ein pädagogisch-therapeutischer Wegweiser
- Jost, Annemarie/Wirth, Jan V.(Hrsg.) (2017). Mehrperspektivisches Arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe. „Steven M.“ – ein Junge mit FASD.
- Schmidt, Hannah/Fietzek, Michaela/Holodynski, Manfred/Feldmann, Reinhold (2013). FAS: Erste-Hilfe-Koffer: Hilfen und Tipps zur Erleichterung des Alltags mit einem alkoholgeschädigten Kind oder einem Kind mit ähnlichen Verhaltensauffälligkeiten. Idstein

- Thomsen, Annika/Michalowski, Gisela/Landeck Gerhild/Lepke, Katrin (2014) FASD – Fetale Alkohol – Spektrumsstörungen. Auf was ist im Umgang mit Menschen mit FASD zu achten. Ein Ratgeber. Idstein

2.8.6.5 Fallbeispiel: Jane²⁸

Jane (9 Jahre) wurde unmittelbar nach ihrer Geburt zur Adoption freigegeben und von Frau und Herrn Dietz adoptiert. Frau Cramer, Fachkraft der Adoptionsvermittlungsstelle, betreute die Adoptivfamilie während der Adoptionspflege. Nun erhält Frau Cramer einen Anruf von Frau Dietz. Frau Dietz berichtet, sie habe große Probleme mit Jane. Jane sei sehr impulsiv, könne sich nicht konzentrieren und sei sehr hibbelig. Sie halte sich überhaupt nicht an Grenzen und werde zunehmend auch aggressiv ihnen gegenüber. In der Schule werde es zunehmend schwieriger. Jane sei aktuell in der dritten Klasse. Zu Beginn der ersten Klasse sei bei Jane eine ADHS diagnostiziert worden. Seit sie sieben Jahre alt sei, werde Jane mit Methylphenidat behandelt, jedoch habe dies nur geringe Auswirkungen gehabt. Bei der Diagnostik sei Jane ein IQ von 78 bescheinigt worden. Frau Cramer und Frau Dietz vereinbaren ein persönliches Gespräch. Jane müsse nicht unbedingt anwesend sein; falls Jane aber mitkommen wolle, würde sich Frau Cramer sehr freuen. Eine Kollegin könne auch auf Jane zeitweise aufpassen, wenn Frau Dietz mit Frau Cramer allein sprechen wolle.

Beim gemeinsamen Beratungsgespräch mit Jane und ihrer Mutter beschreibt Frau Dietz, dass sie Schwierigkeiten habe, Jane Grenzen zu setzen. Jane halte Grenzen sowohl in der Schule als auch im familiären und privaten Umfeld nicht ein. Frau Dietz ergänzt, sie habe die Vermutung, dass Jane in der Klasse eine isolierte Rolle einnehme. Schon im Kindergartenalter habe sich Jane anders als andere Kinder verhalten, habe extreme Wutanfälle gehabt und sei aggressiv gegenüber anderen Kinder gewesen. Obwohl die Familie eine Familientherapie gemacht habe, müsse Jane rund um die Uhr betreut werden, und es seien keine Besserungen eingetreten. Ein empfohlenes Training sozialer Kompetenzen konnte aufgrund fehlender Angebote bisher noch nicht umgesetzt werden. Aktuell habe Jane wieder vermehrt Wutausbrüche, die bis zu einer Stunde anhalten könnten. In der Schule provoziere sie häufig andere Kinder. Während ihrer Wutanfälle könne es auch passieren, dass sie andere Kinder und Lehrkräfte verletze. Seit ein paar Wochen spitze sich die Problematik zu. Frau Dietz habe Jane mehrmals dabei erwischt, wie sie gelogen oder zuhause gestohlen habe. Beispielsweise habe Jane Spielsachen kaputt gemacht und andere Kinder beschuldigt. Wenn Frau Dietz Jane darauf anspreche, bekomme Jane Wutausbrüche und werde zum Teil körperlich aggressiv (treten, schlagen). Jane

28 Das folgende Fallbeispiel ist angelehnt an die Case Study von Glass/Mattson 2017.

sei seit Beginn des Schuljahres schon dreimal der Schule verwiesen worden, da sie andere Kinder unangemessen berührt, Stühle geschmissen, einen Schulcomputer kaputt gemacht und den Anweisungen der Lehrkraft nicht gefolgt habe.

Frau Cramer dankt Frau Dietz für die Schilderungen. Sie habe sich auf das Gespräch vorbereitet und Janes Akte durchgeschaut. Dort habe sie vermerkt, dass Jane in den ersten Lebensjahren in der Entwicklung verzögert gewesen sei und die Adoptiveltern bereits im Kleinkind- und Kindergartenalter von Verhaltensauffälligkeiten bei Jane berichtet hätten. Frau Cramer versichert sich, ob Frau Dietz dies auch so sehe. Frau Dietz bejaht dies. Da Jane nach einer anonymen Geburt adoptiert wurde und Frau Cramer in Janes Akte sieht, dass sie während des Kindervorschlags mit Frau und Herrn Dietz bereits die Möglichkeit eines FASD thematisiert hat, spricht Frau Cramer erneut das Thema an. Frau Dietz bestätigt, dass sie sich an das Thema erinnere und ergänzt, dass sie und ihr Mann aber seitdem nicht mehr darüber nachgedacht hätten, sondern das diagnostizierte ADHS für die Probleme von Jane verantwortlich gemacht haben. Aktuell seien aber weitere Auffälligkeiten hinzugekommen, deshalb habe sie sich auch an Frau Cramer gewandt. Sie erinnere sich noch daran, dass Frau Cramer die Möglichkeit einer FASD angesprochen habe, aber keine genauen Details. Frau Cramer erläutert Frau Dietz die Symptomatik einer FASD, gibt jedoch zu bedenken, dass nur eine Diagnostik Gewissheit verschaffen könne. Frau Cramer fragt Frau Dietz, was sie von einer solchen Diagnostik halte. Frau Dietz wirkt erleichtert und gibt an, sie sei froh, wenn sie so einen Weg fänden, mit Janes Problemen besser umgehen zu können. Frau Cramer übergibt Frau Dietz ein Informationsblatt über spezialisierte Fachstellen (vgl. Anhang I.2.B). Sie bietet Frau Dietz an, den Kontakt zu einem spezialisierten Fachdienst zu vermitteln, was Frau Dietz dankbar annimmt.

Nachgehende Begleitung der Herkunftseltern

3.1 Beratungsbedürfnisse von Herkunftseltern

Die Entscheidung, ein Kind zur Adoption freizugeben, ist für die meisten Herkunftseltern²⁹ sehr tiefgreifend und kann – unabhängig von den Gründen zur Adoptionsfreigabe – zu einem Thema werden, das lebenslang präsent bleibt und daher entsprechender Unterstützung und Begleitung bedarf (Neil 2017, 2010, 2007). Der Umgang mit einer Adoptionsfreigabe ist dabei so vielfältig wie die Hintergründe der abgebenden Eltern und kann in unterschiedlichen Phasen im Leben der Herkunftseltern einmal mehr oder weniger relevant werden. So können beispielsweise bestimmte Ereignisse (z. B. der Geburtstag des Kindes, die Geburt weiterer Kinder) Erinnerungen an das abgegebene Kind auslösen und neben angenehmen Gefühlen auch unangenehme Empfindungen wie Schuldgefühle, Wut, Trauer und Verzweiflung auslösen. Auch wenn eine Mehrzahl der Herkunftseltern über die Jahre lernt, die Belastungen, die mit der Adoptionsfreigabe verbunden sind, zu bewältigen und sich zu stabilisieren, ist es notwendig, dass sie in belasteten Phasen eine Anlaufstelle finden und Adoptionsvermittlungsstellen beispielsweise bei Bedarf Beratung und Begleitung zur Verfügung stellen.

Internationale Studien belegen, wie wichtig eine gute Nachbetreuung und psychosoziale Unterstützung für abgebende Eltern ist (Cossar/Neil 2010; Coakley/Berrick 2007). Herkunftseltern profitieren von einer individuellen und wertschätzenden Beratung durch die Fachkräfte (Cossar/Neil 2015; Winkler/van Keppel 1984). Dabei können die Bedürfnisse individuell unterschiedlich sein, und verschiedene Angebote erforderlich machen (Neil 2017, 2015). Unter Umständen kann die Un-

29 Bei der Bezeichnung von Personengruppen wurde versucht, unnötige Doppelungen zu vermeiden. Daher wird im Folgenden meistens von „Herkunftseltern“ gesprochen, damit sind sowohl Herkunftsmütter als auch Herkunftsväter gemeint, auch wenn Berichte aus der Praxis zeigen, dass Herkunftsväter nur sehr selten Angebote der nachgehenden Begleitung wahrnehmen.

terstützung dabei auch über eine Beratung hinausgehen und die Vermittlung an weitergehende therapeutische Angebote sinnvoll sein (Neil 2017).

Vertiefung: Aktuelle Situation in der deutschen Adoptionspraxis

In Deutschland gibt es bislang kaum spezialisierte Unterstützungs- und Hilfeangebote für Herkunftseltern in der nachgehenden Begleitung. Die Ergebnisse der Befragung von Adoptionsvermittlungsstellen im Rahmen des EFZA zeigen, dass nur wenige Adoptionsvermittlungsstellen spezialisierte Angebote der Nachbetreuung für Herkunftseltern vorhalten (ca. 4%). Ein Großteil der leiblichen Eltern (ca. 76%) hat nach dem Adoptionsbeschluss keinen weiteren Kontakt zu den Fachkräften (Bovenschen u. a. 2017b).

3.2 Rechtliche Grundlagen der nachgehenden Begleitung von Herkunftseltern

Während die Arbeit mit der Herkunftsfamilie im Vorfeld des Adoptionsausspruchs relativ klaren fachlichen Standards folgt, sind – wie die Befragungen der Adoptionspraxis zeigen – im Bereich der nachgehenden Begleitung der Herkunftsfamilie des Kindes nur selten fest installierte Angebote vorzufinden, die über das Angebot von Gesprächen hinausgehen. Das Adoptionshilfe-Gesetz sieht eine Veränderung in der Beratung aller Beteiligten vor. Erstmals werden in § 9 Absatz 2 Satz 1 AdVermiG ein Rechtsanspruch auf Beratung für alle Beteiligten nach dem Adoptionsbeschluss und in § 9 Absatz 2 Satz 3 AdVermiG konkrete Beratungsinhalte wie z. B. ein Anspruch auf allgemeine bedarfsgerechte Beratung und Unterstützung (§ 9 Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 AdVermiG) und die Förderung und Begleitung von Informationsaustausch und Kontakt zwischen Adoptivfamilie und Herkunftsfamilie (§ 9 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 AdVermiG) formuliert. Dabei wird auch explizit die Unterstützung der Herkunftseltern bei der Bewältigung sozialer und psychischer Auswirkungen aufgrund der Entscheidung zur Einwilligung in die Adoption des Kindes benannt (§ 9 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 AdVermiG).

3.3 Merkmale einer guten nachgehenden Beratung

Aus den Befunden des EFZA (Bovenschen u. a. 2017b) und der internationalen Fachliteratur (Neil 2017) lassen sich Merkmale ableiten, die eine gelingende Begleitung von abgebenden Eltern ausmachen. Dabei ist es für die Beratung wichtig zu unterscheiden, ob der Bedarf aufgrund der Adoptionsfreigabe besteht und/oder der Schwerpunkt auf der allgemeinen Lebenssituation und allgemeinen psychischen Befindlichkeit der Herkunftseltern basiert.

- **Niedrigschwellig und anonym:** Um Herkunftseltern in ihrer besonderen, oft schwierigen Situation nach dem Adoptionsbeschluss weiter zu erreichen, sind niedrigschwellige und offene Beratungs- und Hilfsangebote wichtig. Da sich abgebende Eltern häufig verurteilt und stigmatisiert fühlen, besteht die Gefahr, dass sie sich nicht selbstständig Hilfe suchen. Unterstützungsangebote sollten daher präsent gemacht werden und einen aufsuchenden Charakter haben. Auch die Möglichkeit zu anonymen Beratungen sollte gegeben sein.
- **Individuell und flexibel:** Nachgehende Begleitung orientiert sich am Bedürfnis und der individuellen Situation der Herkunftseltern. Je nach Person und Lebensphase benötigen Herkunftseltern ganz unterschiedliche Unterstützung. Dabei kann die Unterstützung von der einfachen regelmäßigen Information über Termine und Veranstaltungen, über die Vermittlung zu weiterführenden Angeboten bis hin zu persönlichen Treffen oder Hausbesuchen reichen. So brauchen Herkunftseltern im Falle von (halb)offenen Adoptionen bereits direkt nach der Aufnahme des Kindes in der Adoptivfamilie Hilfe bei der Anbahnung und dem Halten des Kontakts zur Adoptivfamilie. Fachkräfte stellen dabei in der Regel das vermittelnde Bindeglied zwischen Adoptivfamilie und Herkunftsfamilie dar, indem sie Treffen organisieren/begleiten oder Briefe weiterreichen. Andere Herkunftseltern benötigen erst Jahre oder Jahrzehnte nach der Adoption Unterstützung, wenn sie ein Bedürfnis danach haben, zu wissen, wie es ihrem Kind geht.
- **Zuverlässig und beständig:** Während manche abgebende Eltern direkt zum Zeitpunkt der Kindesabgabe und dem anschließenden Adoptionsbeschluss unter psychosozialen oder psychischen Belastungen leiden, tauchen bei anderen Herkunftseltern erst Jahre später Schwierigkeiten auf. Herkunftseltern brauchen daher eine zuverlässige Ansprechperson. Diese Beständigkeit und Verlässlichkeit können ihnen Sicherheit geben und es leichter machen, sich über Jahre oder auch nach Jahren Hilfe zu holen. In der Praxis bedeutet dies, dass die Fachkräfte gut erreichbar sein, die Adoptionsvermittlungsstellen eine Kontinuität in der Besetzung sicherstellen und die Herkunftseltern über einen Wechsel der Ansprechpersonen informieren sollten.
- **Vertraulich und einfühlsam:** Bei allen Gesprächen und Angeboten sollte die Möglichkeit der vertraulichen Behandlung von Informationen gewährleistet wer-

den, um eine geschützte Atmosphäre herzustellen, in der sich die abgebenden Eltern öffnen können. Gleichzeitig sollten die Fachkräfte durch Fortbildungen sensibilisiert werden, ein angemessenes Maß zwischen Nähe und Distanz zu wahren. Viel Nähe ermöglicht ein empathisches Einfühlen, kann jedoch gleichzeitig die Neutralität und professionelle Distanz der Fachkraft gefährden. Eine angemessene Distanz trägt zudem zum Schutz der eigenen Psychohygiene bei und verhindert, dass sich begleitende Personen durch die psychische Last gelähmt und handlungsunfähig fühlen.

- **Wertschätzend:** Nur, wenn die Fachkräfte die Herkunftseltern wertschätzend behandeln und sie akzeptieren, kann die nachgehende Beratung gelingen und positiv von den Herkunftseltern empfunden werden. Sie müssen sich sicher sein, dass sie in diesem geschützten Rahmen alles erzählen können und nicht auf Ablehnung oder Verurteilung stoßen. Dazu gehört auch, bezüglich wichtiger Entscheidungen keinen Druck auf die Herkunftseltern auszuüben und ihnen immer ausreichend Bedenkzeit zu geben.
- **Ehrlich, offen und integer:** Fachkräfte sollten klar und verständlich darstellen, welche Probleme es im Moment gibt oder was sich ändern muss, etwa in Bezug auf Kontakt mit dem Kind. Fachkräfte sollten keine falschen Hoffnungen wecken und die Versprechen und Zusagen, die sie den Herkunftseltern geben, auch einhalten.

Hinweise für die Praxis. Die Gespräche mit Herkunftseltern über ihre Trauer und ihren Verlust kann auch für die Fachkräfte selbst zu einer psychischen Belastung führen, insbesondere, wenn ihnen einen Fall emotional besonders nah geht und sie sich auf viel Nähe zu einem Elternteil einlassen. Fachliche Supervision, d. h. eine professionelle Begleitung durch eine Supervisorin/einen Supervisor, kann die psychische Gesundheit der Fachkräfte entscheidend unterstützen.

3.4 Möglichkeiten der nachgehenden Begleitung von Herkunftseltern

3.4.1 Persönliche Beratung

Eine individuelle Beratung ist sehr wichtig für die Herkunftseltern. Sie müssen die Möglichkeit haben, ohne Angst vor Verurteilung über ihre Anliegen und Erfahrungen sprechen zu können (Neil 2017). Persönliche Gespräche zwischen Fachkraft und Herkunftseltern können den nötigen Raum geben, die eigene Geschichte zu

erzählen und das Erlebte in die eigene Biografie zu integrieren. Fachkräfte können dabei unterstützen, den Fokus auf die Ressourcen der abgebenden Eltern zu richten und zu ergründen, welche positiven Konsequenzen sich aus der Adoptionsfreigabe ergeben haben und in welchen Bereichen die Eltern gestärkt aus der Erfahrung hervorgehen (beispielsweise, dass die Entscheidung zum Wohle des Kindes getroffen wurde, da die Herkunftseltern nicht die notwendigen emotionalen und materiellen Kapazitäten für die Betreuung eines Kindes aufbringen können).

Für Fachkräfte der Adoptionsvermittlung haben Wiley und Baden (2016) Leitlinien zur Beratung von Herkunftseltern erarbeitet. Hilfreich ist es demzufolge, wenn Fachkräfte...

- sich ihrer eigenen Einstellungen und Vorurteile gegenüber Herkunftseltern bewusst sind und diese, beispielsweise in regelmäßigen Teamsitzungen und Fallbesprechungen, reflektieren;
- sich der sozialen, kulturellen, politischen und wirtschaftlichen Faktoren bewusst sind, welche die Herkunftseltern beeinflussen;
- (regionale) Unterstützungsangebote für Herkunftseltern kennen und vermitteln können;
- den Herkunftseltern den Raum geben, ihre Trauer zu erleben;
- den Herkunftseltern helfen, ihre Stärken zu erkennen und ihre Zukunft zu planen.

3.4.1.1 Vertrauen herstellen, Kontakt halten und alternative Ansprechpersonen im Blick haben

In den Workshops und Einzelgesprächen des EFZA mit den Fachkräften wurde immer wieder deutlich, dass es eine große Herausforderung für die Fachkräfte ist, den Kontakt zu den Herkunftseltern zu halten. Häufig kommt es zu einem Kontaktabbruch durch die abgebenden Eltern, wobei die Gründe dafür oft unklar bleiben. Die Berichte der Fachkräfte und der Herkunftseltern legen nahe, dass sich einige Eltern zurückziehen, weil sie mit dem Verlust und der Trauer gut umgehen können und keine weitere Unterstützung benötigen. In anderen Fällen kann der Rückzug der Herkunftseltern jedoch dadurch bedingt sein, dass sich die Herkunftseltern stigmatisiert fühlen, sie ihre Trauer nicht bewältigen können, und der Kontakt zu der Fachstelle die Herkunftseltern jedes Mal erneut an den unverarbeiteten Verlust erinnert, so dass sie den Kontakt abbrechen.

Um den Kontakt zu den Herkunftseltern nach der Adoption aufrechtzuerhalten, empfiehlt sich, ...

- bereits durch eine gute Vorbereitung ein vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen.
- die richtige Mischung aus proaktiver, aufsuchender Hilfe und „Ruhephasen“ zu finden. In „Ruhephasen“ meldet sich die Fachkraft nicht von sich aus, und

den Herkunftseltern wird Raum gegeben, sich zurückzuziehen. Selbstverständlich können die Herkunftseltern aber jederzeit auf die Fachkraft zukommen. Es empfiehlt sich die Möglichkeit einer proaktiven Kontaktaufnahme durch die Adoptionsvermittlungsstelle bereits in der Vorbereitung zu thematisieren, um ein grundsätzliches Einverständnis der Herkunftseltern zur erneuten Kontaktaufnahme nach der Adoptionsfreigabe einzuholen und vorzubeugen, dass eine erneute Kontaktaufnahme auf die Herkunftseltern Druck ausübt und infolgedessen kontraproduktiv ist.

- Informationen zu alternativen Ansprechpersonen für die Herkunftseltern bereit zu halten. So empfinden es manche Herkunftseltern als belastend, von den gleichen Fachkräften, die das Kind vermittelt haben, auch nach der Adoption beraten zu werden. Die Fachkräfte sollten daher den Herkunftseltern alternative Ansprechpersonen benennen können und den Herkunftseltern vermitteln, dass sie die Wahl haben, ob und mit wem sie nach dem Adoptionsausspruch in Kontakt bleiben möchten (Neil 2017).

3.4.2 Unterstützung bei der Trauerbewältigung

Die Freigabe eines Kindes zur Adoption kann für die Herkunftseltern mit einem Verlusterleben einhergehen, das starke Trauergefühle auslösen kann. Manche abgebende Eltern leiden noch Jahre nach der Adoptionsfreigabe darunter (Neil 2010, 2007). Anknüpfend an ein Trauerkonzept von Doka (1989) ist der Trauerprozess bei abgebenden Eltern ein besonderer. So erleiden die Herkunftseltern einen Verlust, haben jedoch aufgrund der Freigabe zur Adoption nicht das sozial anerkannte Recht zum Trauern. Diese Trauer bezeichnet Doka (1989) als „entrechtet“ („disenfranchised“).

Hintergrund: Disenfranchised Grief („entrechtete Trauer“)

Der Person wird trotz ihres Verlustes keine oder nur eine eingeschränkte Möglichkeit gegeben, die empfundene Trauer öffentlich zu leben bzw. zu zeigen.

Die Merkmale von entrechteter Trauer können auf die Herkunftseltern im Adoptionsprozess übertragen werden. Sie erfahren selten soziale Unterstützung (Bovenschen u. a. 2017b) oder gar Anerkennung für die Adoptionsfreigabe. Wenn sie die Adoptionsfreigabe offen kommunizieren, erfahren viele Stigmatisierung anstelle von Trost durch ihr soziales Umfeld und die Gesellschaft. Herkunftseltern kann es daher schwerfallen, einen Ausdruck für ihre Trauer zu finden. Es gibt weder adäquate Rollenvorbilder noch akzeptierte Trauerrituale in unserer Gesellschaft für diese besondere Verlustsituation.

Bei der entrechteten Trauer wird nach Robinson (2016) die Beziehung zwischen der trauernden Person und der Person, welche die trauernde Person verloren hat, von der Gesellschaft nicht anerkannt. Es kann auch sein, dass der Verlust oder die trauernde Person selbst nicht anerkannt werden. Überträgt man dies auf Herkunftseltern im Adoptionsprozess, bedeutet das, dass die Gesellschaft die Verbindung zwischen den Herkunftseltern und dem Kind nicht anerkennt bzw. akzeptiert. Dies liegt zum einen daran, dass das Kind, im Gegensatz zu einem Todesfall, noch lebt. Zum anderen haben die Herkunftseltern den Verlust aus Sicht der Gesellschaft selbst herbeigeführt, demzufolge subjektiv Schuld auf sich geladen und das Recht zum Trauern verwirkt.

Aufgabe in Gesprächen mit den Herkunftseltern über die Trauer und den Verlust des eigenen Kindes ist es, den Verlust der Herkunftseltern anzuerkennen und Raum für den Schmerz und die Traurigkeit zu geben. Leibliche Eltern müssen die Adoption nicht „hinter sich lassen“ und nicht über die Adoption schweigen. Hilfreich ist vielmehr, sie zu ermutigen, über das Kind zu sprechen und zu vermitteln, dass sie sich an das Kind als ihr Kind erinnern dürfen und dass das Kind ein Teil von ihnen war und auch zukünftig sein wird. Durch Beratung und Hilfeleistungen können Herkunftseltern dabei unterstützt werden, den oft schweren Verlust als Teil ihrer Lebensgeschichte zu akzeptieren und zu integrieren. Für die Bewältigung von langanhaltender Trauer empfiehlt es sich, die Herkunftseltern an eine Fachkraft (bspw. Psychotherapeutin/-therapeuten) weiterzuleiten.

3.4.2.1 Identifizierung eines besonderen Unterstützungsbedarfs

Um zu erkennen, ob Herkunftseltern einen Bedarf für eine vertiefte Unterstützung in ihrem Trauerprozess haben, kann es hilfreich sein, in Beratungsgesprächen den „Ist-Zustand“ der Herkunftseltern zu erkunden. Folgende Aspekte können dabei hilfreich sein (angelehnt an Neimeyer 2015):

- **Symptom-Schnappschuss:** Ist die sukzessive Integration des Verlustes beobachtbar? (Frage: „Was hätte ich von Ihnen gehört oder wie hätte ich Sie gesehen, wenn ich Sie vor 3 Monaten getroffen hätte?“)
- **Investigative Befragung:** Herkunftseltern die Geschichte der Adoption so konkret wie möglich (mit vielen Details) erzählen lassen, dabei auf Unstimmigkeiten achten.
- **Gutgläubige Fragen:** „Wie kommen Sie mit Ihrer Trauer zurecht?“

Sofern die Fachkraft einen Bedarf an vertiefter Unterstützung erkennen kann, z. B. bei Unstimmigkeiten bei der Erzählung der Adoptionsgeschichte oder bei geschilderten großen Veränderungen in der eigenen Wahrnehmung der Herkunftseltern, empfiehlt es sich, diese an spezialisierte Fachkräfte weiterzuverweisen.

3.4.2.2 Techniken der Trauerbegleitung in persönlichen Beratungsgesprächen

In den persönlichen Beratungsgesprächen mit den Herkunftseltern können Techniken der Trauerbegleitung hilfreich sein.³⁰ Geeignete Techniken sind beispielsweise (angelehnt an Neimeyer 2015):

- **Tagebuch führen:** Herkunftseltern werden dabei unterstützt, ihre Gedanken und Gefühle in einem Tagebuch festzuhalten. Das Führen eines Tagebuchs kann helfen, die Trauer zu verarbeiten, ohne über die Gefühle mit einer anderen Person sprechen zu müssen. Neben einem frei geführten Tagebuch bietet sich zudem ein strukturiertes Tagebuch als Methode an, bei dem gemeinsam Überschriften festgelegt werden, unter denen die Herkunftseltern Einträge verfassen können (beispielsweise erlebte Gefühle oder Situationen, die an die Adoption erinnern haben).
- **Traumartige Geschichten konstruieren:** Nicht jeder hat Zugang zu seinen Träumen. Trotzdem können traumartige Geschichten zum erfahrenen Verlust konstruiert werden, in denen der Verlust verdeutlicht, erforscht und erweitert wird. Die Herkunftseltern werden dabei angeregt, Orte, Figuren und Objekte zu wählen, auf denen sie dann eine Traum-Geschichte aufbauen. Herkunftseltern müssen so nicht direkt über sich selbst sprechen, sondern können ihre Trauer abstrahieren. Wenn Herkunftseltern diese Technik annehmen, ist eine Erweiterung möglich, indem sie beispielsweise das angenehmste und das beruhigendste Element des Traumes identifizieren und daraus Ziele erarbeiten, die in den Alltag integriert werden können.
- **Analoges Zuhören:** Bei dieser Methode werden die Herkunftseltern gebeten, den Prozess der Adoption zu beschreiben. Beim Zuhören sollte auf die Körperwahrnehmung der Herkunftseltern geachtet werden, so können beispielsweise besonders belastende oder freudige Momente identifiziert werden, um später unausgesprochene Bedürfnisse und die Erfüllung derer zu erarbeiten.
- **Rituale:** Rituale dienen der symbolischen Anerkennung und Wertschätzung von Lebensveränderungen. Sie bringen Routine und geben ein Stück weit ein Gefühl der Kontrolle. Es kann aber auch ein Abschiedsritual vereinbart werden, mit dem Ziel, sich positiv an das Kind zu erinnern. Ein solches Ritual kann beispielsweise das Anzünden einer Kerze sein oder der Besuch eines Ortes, der eine positive Bedeutung für die Herkunftseltern hat.
- **Korrespondenz an das Kind (angelehnt an Neimeyer 2015):** Vielen Herkunftseltern ist es nicht möglich, sich direkt an ihr Kind zu wenden. Dies kann unterschiedliche Gründe haben, beispielsweise, wenn die Adoptivfamilie den Kontakt ablehnt oder wenn sie nicht wissen, was sie dem Kind schreiben sollen bzw. können. Unabhängig von den jeweiligen Gründen kann es für die Her-

³⁰ Sofern ein Bedarf einer vertieften Unterstützung im Trauerprozess oder pathologische Trauer erkennbar ist, empfiehlt es sich, die Herkunftseltern an spezialisierte Fachkräfte weiterzuverweisen.

kunftseltern hilfreich sein, einen Brief an das Kind zu schreiben, ohne dass dieser an das Kind weitergeleitet wird. In diesen können die Herkunftseltern Inhalte schreiben, die bisher unausgesprochen geblieben sind oder bleiben mussten. Sie haben dabei die Sicherheit, dass den Brief niemand lesen wird und sie somit offen und ehrlich sein können.

Anleitung

- „Schreiben Sie an Ihr Kind.“
- „Überlegen Sie, was Ihr Kind Ihnen mitgegeben hat.“
- „Benennen Sie Worte, die für Sie unausgesprochen, oder Fragen, die ungefragt geblieben sind.“

ggf. Satzergänzungen (um den Herkunftseltern das Schreiben zu erleichtern):

- Was ich dir schon immer sagen wollte ...
- Was du vielleicht nicht verstanden hast ...
- Was du über mich wissen solltest ...
- Was ich jetzt verstehe ...
- Die eine Frage, die ich dir stellen wollte ...
- Ich will dich in meinem Leben behalten, indem ...

Hinweise für die Praxis. Der Brief soll nicht abgeschickt werden, er dient lediglich der Verarbeitung für die Herkunftseltern. Die Herkunftseltern sollten unbedingt gefragt werden, ob die Fachkraft den Brief lesen soll und wo der Brief aufbewahrt werden soll.

3.4.3 Unterstützung bei dem Aufbau und der Aufrechterhaltung von Informationsaustausch und Kontakt

Unterstützungs- und Beratungsbedarf besteht zunächst im Hinblick auf die Entscheidung, ob und in welcher Form Informationsaustausch oder Kontakt stattfinden sollte (§ 8a AdVermiG). Wenn ein Kontakt bzw. Informationsaustausch nach der Aufnahme des Kindes vereinbart wird, brauchen Herkunftseltern in der Regel umfangreiche fachliche Unterstützung beim Aufbau und der Aufrechterhaltung des Kontakts (Neil, 2017; vgl. hierzu auch § 9 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 AdVermiG). Wichtig ist dabei, die fachliche Begleitung an die individuelle Situation der Herkunftseltern anzupassen, d. h. dass die Fachkräfte berücksichtigen, welche Ressourcen und Bedürfnisse die Herkunftseltern haben.

- Beispielsweise sollte in den Beratungsgesprächen ausreichend Zeit darauf verwendet werden, den fachlichen Unterstützungsbedarf der Herkunftseltern zu erkunden und diesen nicht zu unterschätzen. Beispielsweise benötigen die Herkunftseltern möglicherweise auch umfangreiche Hilfe beim Schreiben eines Briefes an das Kind. Dies gilt insbesondere zu Beginn des Briefkontakts.
- Ein wichtiges Augenmerk sollte zudem auf die emotionale Belastung der Herkunftseltern durch den Kontakt bzw. Informationsaustausch gelegt werden. Insbesondere in Bezug auf persönliche Kontakte sollte in den vorbereitenden Gesprächen damit gerechnet werden, dass diese sehr belastend sein können und im Vorfeld mit Ängsten verbunden sind. Es ist daher wichtig, im Vorfeld der Kontakte gemeinsam zu klären, wie Herkunftseltern damit umgehen können, wenn der Kontakt emotional zu belastend für sie ist und wo sie Unterstützung erhalten können.

Es empfiehlt sich, dass die Fachkraft auf die Wichtigkeit von klaren Vereinbarungen zur Kontaktgestaltung bzw. zum Informationsaustausch hinweist.

Weitere Informationen zur Vorbereitung und Begleitung von Informationsaustausch und Kontakt findet sich im Ergänzungsmodul zur Offenheit.

3.4.4 Selbstwert stärken

Um Herkunftseltern die positiven Ressourcen, die sie mit sich bringen, aufzuzeigen und bewusst zu machen, kann es hilfreich sein, in persönlichen Gesprächen mit Herkunftseltern Methoden zur Stärkung des Selbstwerts einzusetzen. Die Herkunftseltern können so auch an positive Dinge in ihrem Leben erinnert werden. Beispiele für solche Methoden sind:

- **Ressourcenarbeit** (Hanswille/Kissenbeck 2014, S. 171 ff.): Ressourcenorientierte Interventionen stellen eine positive Möglichkeit dar, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen aufzuzeigen und daran anzuknüpfen. Beispielsweise können Herkunftseltern ...
 - ein *Freudetagebuch* anlegen, indem sie jeden Tag ein bis zwei Dinge notieren, die ihnen Freude bereitet haben.
 - ein *Ressourcentagebuch* führen, indem sie jeden Tag notieren, welche Stärken und Ressourcen sie bei sich gesehen haben.
 - eine *Ressourcenlandkarte* erarbeiten, indem sie auf einer Linie eintragen, wann sie welche Ressourcen aktivieren konnten und bei welchen Situationen diese hilfreich waren.
- **10 Fragen, die immer gehen** (Kindl-Beilfuß 2011, S. 74 ff.): Bei dieser Intervention wird zu zehn unterschiedlichen Bereichen (Wichtige Ziele, Gute Zukunftsaussichten, Wertvolle Lebensbilanzen, Erfahrungen und Kompetenzen,

Startenergie, Lebensphilosophie, Familie, Beziehungen, Engagement in Schule und Arbeit sowie Entspannung und Freizeit) jeweils eine Frage gestellt. Beispiele für Fragen sind:

- *Wichtige Ziele:* „Wenn Sie sich erlauben, Ihren Blick nach vorn zu richten, auf all das, was noch vor Ihnen liegt, was ist Ihr nächstes Ziel?“
- *Wertvolle Lebensbilanzen:* „Mal angenommen, wir treffen uns in einem Jahr wieder, genau um die gleiche Zeit, wir trinken eine Tasse Kaffee zusammen, was erzählen Sie mir, wie sich das Leben anfühlt?“
- *Erfahrungen und Kompetenzen:* „Worauf sind Sie besonders stolz im Leben?“ „Wenn Sie unter großem Druck, großer Anspannung etwas bewegen mussten, was hat Ihnen am meisten geholfen?“
- *Startenergie:* „Wenn es darum geht, neuen Schwung zu nehmen, welche Tankstelle laufen Sie an?“
- *Lebensphilosophie:* „Wenn Sie auf Ihr Inneres hören, was ist ein wichtiger Rat, den Sie sich selbst geben?“
- *Beziehung:* „Welche Beziehung erleben Sie als besonders verlässlich?“
- *Engagement in Schule und Arbeit:* „Was war eine Sache, auf die Sie wirklich stolz sind in Ihrem Arbeitsleben?“
- *Entspannung und Freizeit:* „Wenn im Moment viel von Ihnen verlangt wird, wie sorgen Sie für Verschnaufpausen?“

3.4.5 Netzwerkarbeit

In den Studien des EFZA (2017) äußerten die befragten Herkunftseltern, dass sie die Unterstützung durch Freunde und ihr soziales Umfeld als sehr wichtig und hilfreich empfanden. Auch Fachkräfte betonten, wie wichtig es für die Herkunftseltern ist, stabile Hilfenetzwerke aufzubauen. Dazu kann auch in der nachgehenden Begleitung das Netzwerk der Herkunftseltern, das in der Vorbereitung etwa mit Hilfe einer Netzwerkkarte bereits besprochen wurde, immer wieder gestärkt und erweitert werden. Neben persönlichen Kontakten können auch Beratungsstellen oder professionelle Unterstützung in das Hilfenetzwerk integriert werden. Fachkräfte können die abgebenden Eltern darin unterstützen, Hilfe zu suchen und anzunehmen, indem sie verdeutlichen, dass mit der Adoption bzw. Abgabe des Kindes der Prozess des Abschiednehmens nicht abgeschlossen sein muss, sondern dass jeder Mensch in seinem Bedürfnis nach Nähe und Unterstützung in verschiedenen Phasen des Lebens Hilfe bedarf.

3.4.6 (Selbsthilfe-)Gruppen

Praxisberichte weisen darauf hin, dass Selbsthilfegruppen das Gefühl der Isolation, Einsamkeit und Stigmatisierung aufheben und den Selbstwert der Herkunftseltern steigern können (Neil 2017). Der Austausch mit anderen kann Herkunftseltern das Gefühl geben, nicht allein mit diesen Erfahrungen zu sein und nicht vom Rest der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden. Empirische Befunde zur Wirksamkeit von (Selbsthilfe-)Gruppen für Herkunftseltern gibt es bislang jedoch nicht. Recherchen zur deutschen Adoptionspraxis zeigen, dass es bundesweit nur wenige stabile Gruppen für Herkunftseltern gibt. Wenn es die Kapazitäten zulassen, ist es sehr hilfreich, wenn (Selbsthilfe-)Gruppen im geschützten Rahmen der Adoptionsvermittlungsstelle stattfinden und eine professionelle Begleitung durch Fachkräfte erfolgt.

Unter der Lupe. Eine der wenigen Selbsthilfegruppen ist LEA für den Raum München ([link](#)). Diese Gruppe organisiert sich selbst und wird nicht direkt von einer Adoptionsvermittlungsstelle begleitet. Ein fachlich angeleitetes Gruppenangebot mit Herkunftseltern, deren Kind in einer Pflege- oder Adoptivfamilie lebt, besteht seit vielen Jahren an der Erziehungsberatungsstelle Gallus in Frankfurt ([link](#)).

Die Aktivitäten in einer (Selbsthilfe-)Gruppe können sehr vielfältig sein (Neil 2017; Fiedler 2005):

- **Gespräch über Gefühle und Probleme mit anderen Herkunftseltern:** Oft ist es für Herkunftseltern sehr hilfreich, mit anderen Personen über ihre Erlebnisse, ihre aktuellen Probleme oder Ängste zu sprechen, gerade wenn diese auch ein Kind zur Adoption freigegeben haben und sie daher keine Verurteilungen befürchten müssen.
- **Emotionale Unterstützung:** Nur wenige Herkunftseltern erfahren emotionale Unterstützung durch ihr soziales Umfeld. Eine Selbsthilfegruppe kann diese Unterstützung bieten und den Herkunftseltern das Gefühl geben, nicht allein zu sein.
- **Informationsaustausch:** In einer Selbsthilfegruppe können wichtige Informationen und Informationsquellen zwischen den Herkunftseltern ausgetauscht werden, z.B. im Hinblick auf die Fragen: Welche Angebote und Hilfen können Herkunftseltern in Anspruch nehmen? Welche Spezialisten (z.B. Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen) sind den anderen Herkunftseltern bekannt? Welche hilfreiche Literatur gibt es zu lesen?
- **Beratung:** Bei fachlich begleiteten Gruppen kann die Fachkraft die Gruppenmitglieder beraten. Themen, die für manche Herkunftseltern wichtig sind, können auch für andere von Interesse sein. So kann die Fachkraft Synergien schaffen und mehrere Herkunftseltern gleichzeitig begleiten. Allerdings ersetzt eine solche Gruppenberatung nicht das persönliche Einzelgespräch.

- **Lebensbücher für die Kinder anfertigen:** In den Gruppen können zusammen sogenannte „life story books“ angefertigt werden. Herkunftseltern können ihr „life story book“ auch den anderen Gruppenmitgliedern vorstellen. Dabei handelt es sich um eine Methode aus der sozialen Arbeit, bei der die Herkunftseltern ihre Vergangenheit, ihre Gegenwart, aber auch ihre Zukunft durch Fotos, Collagen oder Texte in einem Buch oder Heft sammeln. Dies kann den Herkunftseltern einerseits helfen die Adoption zu verarbeiten, andererseits sammeln und bewahren sie so auch Informationen über ihr Leben, die sie ihren zur Adoption freigegebenen Kindern überlassen möchten/können.

3.4.7 Online-Angebote

Im digitalen Zeitalter ist das Internet häufig die erste Anlaufstelle auf der Suche nach Unterstützungsangeboten und Hilfe (Bovenschen u. a. 2017a). Daher betonen auch Fachkräfte wiederholt die Wichtigkeit von Online-Plattformen als Zusatzangebot zur persönlichen Betreuung. Online-Angebote sind zeitlich und örtlich unabhängig und somit unabhängig von den regionalen Gegebenheiten (z. B. Verfügbarkeit einer Beratungsstelle) und zeitlichen Ressourcen flexibel zugänglich. Online-Angebote können dabei von der reinen Information über mögliche Hilfsangebote (Orte und Termine von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, anonyme telefonische Beratungsmöglichkeiten etc.) über Hintergrundinfos zu Verlust und Trauer bis hin zu Austauschmöglichkeiten via Chat reichen. Um hier die Herkunftseltern zu schützen, sollte dabei eine professionelle Koordinierung solcher Online-Angebote erfolgen. Um Ressourcen zu bündeln, erscheint es dabei sinnvoll, dies auf regionaler oder sogar Bundesebene zentral zu koordinieren. Ein solches Online-Angebot, das auch den Schutz der Herkunftseltern vor Stigmatisierung und Diffamierung sichert, gilt es allerdings erst zu entwickeln und bereitzustellen.

3.4.8 Unterstützung durch externe Spezialisten und Spezialistinnen

Die Mehrzahl der Herkunftseltern berichtet im Zusammenhang mit Verlust und Trauer um das eigene Kind von psychischen Problemen. Wenn in der nachgehenden Begleitung die Fachkräfte den Eindruck haben, dass die von den abgebenden Eltern gezeigten Symptome länger andauern, können die Fachkräfte behutsam ansprechen, dass professionelle psychiatrische bzw. psychotherapeutische Hilfe sinnvoll sein kann, um den Verlust und die Trauer zu verarbeiten. In diesen Fällen ist es hilfreich, die Herkunftseltern weiterzuvermitteln. Geeignete erste Anlaufstellen, an die die Herkunftseltern weitervermittelt werden können, sind:

- **Krisendienste:** Regionale Krisendienste bieten telefonisch Hilfe und Orientierung in einer seelischen Notlage. Die Krisendienste empfehlen geeignete Hilfeangebote, und in dringenden Fällen leiten sie einen Einsatz am Ort der Krise in die Wege. Falls eine stationäre Behandlung notwendig ist, vermitteln die Krisendienste die Betroffenen an eine Krisen- oder Akutstation einer psychiatrischen Klinik.
- **Psychiatrische Ambulanzen:** Psychiatrische Ambulanzen sind ausgerichtet für Menschen, die aufgrund der Art, der Schwere oder der Dauer einer psychischen Erkrankung eine besondere Unterstützung durch ein umfassendes multiprofessionelles Angebot brauchen.
- **Niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten:** Eine Liste der approbierten niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist über die zuständige kassenärztliche Vereinigung erhältlich.

Hinweise für die Praxis: Umgang mit Traumata bei Herkunftseltern

In Fällen, in denen Herkunftseltern traumatische Erfahrungen gemacht haben, können Angebote aus der allgemeinen Traumatherapie hilfreich sein. Wichtig ist, dass man in der Beratung auf die Möglichkeit einer Traumatherapie verweist, aber gleichzeitig sicherstellt, dass die Angebote seriös und sicher sind, um eine Re-Traumatisierung zu vermeiden (Neil 2017). Wenn möglich, sind die Herkunftseltern an Therapeuten und Therapeutinnen zu vermitteln, die bereits Erfahrung mit dem Thema Adoption haben und entsprechend geschult sind. Eine Übersicht über mögliche psychotherapeutische Angebote findet sich bei Neil (2017).

Literaturverzeichnis

- Achenbach, Thomas M./Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2000): Child Behavior Checklist 1½–5. Deutsche Fassung Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder. Burlington, VT
- Alderfer, Melissa A./Long, Kristin A./Lown, E. Anne/Marsland, Anna L./Ostrowski, Nancy L./Hock, Janet M./Ewing, Linda J. (2010): Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer. A systematic review. In: *Psycho-Oncology*, 19. Jg., H. 8, S. 789–805
- Anderson, Denise (2005): Post-Adoption Services: Needs of the Family. In: *Journal of Family Social Work*, 9. Jg., H. 3, S. 19–33
- Andersson, Gunvor (2005): Family relations, adjustment and well-being in a longitudinal study of children in care. In: *Child & Family Social Work*, 10. Jg., H. 1, S. 43–56
- Askeland, Kristin Gartner/Hysing, Mari/La Greca, Annette M./Aaro, Leif Edvard/Tell, Grethe S./Sivertsen, Borge (2017): Mental Health in Internationally Adopted Adolescents: A Meta-Analysis. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56. Jg., H. 3, 203-213.e1
- Baden, Amanda L./Gibbons, Judith L./Wilson, Samantha L./McGinnis, Hollee (2013): International Adoption: Counseling and the Adoption Triad. In: *Adoption Quarterly*, 16. Jg., H. 3-4, S. 218–237
- BAG Landesjugendämter (2019): Empfehlungen zur Adoptionsvermittlung. 8. neu überarbeitete Fassung. Mainz
- Bank, Stephen P./Kahn, Michael D. (1994): *Geschwister-Bindung*. München
- Bejenaru, Anca/Roth, Maria (2012): Romanian Adoptive families. Stressors, coping strategies and resources. In: *Children and Youth Services Review*, 34. Jg., H. 7, S. 1317–1324
- Bellin, Melissa H./Kovacs, Pamela J./Sawin, Kathleen J. (2008): Risk and protective influences in the lives of siblings of youths with spina bifida. In: *Health & Social Work*, 33. Jg., H. 3, S. 199–209
- Berge, Jerica M./Green, Kevin M./Grotevant, Harold D./McRoy, Ruth G. (2006): Adolescent Sibling Narratives Regarding Contact in Adoption. In: *Adoption Quarterly*, 9. Jg., H. 2-3, S. 81–103
- Bimmel, Nicole J./Juffer, Femmie/van Ijzendoorn, Marinus H./Bakermans-Kranenburg, Marian J. (2003): Problem behavior of internationally adopted adolescents: A review and meta-analysis. In: *Harvard Review of Psychiatry*, 11. Jg., H. 2, S. 64–77
- Bourdon, K. H./Goodman, R./Rae, Donald S./Simpson, Gloria/Koretz, Doreen S. (2005): The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. Normative Data and Psychometric Properties. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44. Jg., H. 6, S. 557–564

- Bovenschen, Ina/Hornfeck, Fabienne/Zimmermann, Janin/Zwönitzer, Annabel/Kindler, Heinz (2018): Gelingende und nicht gelingende Adoptionen. Eine Zusammenfassung internationaler Forschungsbefunde. München
- Bovenschen, Ina/Bränzel, Paul/Heene, Sabine/Hornfeck, Fabienne/Kappler, Selina/Kindler, Heinz/Ruhfaß, Maria (2017a): Empfehlungen des Expertise- und Forschungszentrums Adoption zur Weiterentwicklung des deutschen Adoptionswesens und zu Reformen des deutschen Adoptionsrechts. München
- Bovenschen, Ina/Bränzel, Paul/Erzberger, Christian/Heene, Sabine/Hornfeck, Fabienne/Kappler, Selina/Kindler, Heinz/Ruhfaß, Maria (2017b): Studienbefunde Kompakt. Ergebnisse der empirischen Befragungen des Expertise- und Forschungszentrums Adoption. München
- Bowes, Lucy/Wolke, Dieter/Joinson, Carol/Lereya, Suzet Tanya/Lewis, Glyn (2014): Sibling bullying and risk of depression, anxiety, and self-harm. A prospective cohort study. In: *Pediatrics*, 134. Jg., H. 4, e1032-9
- Bowlby, John (1969): *Attachment and loss, Vol 1: Attachment*. New York
- Brooks, Devon/Allen, John/Barth, Richard P. (2002): Adoption Services Use, Helpfulness, and Need. A Comparison of Public and Private Agency and Independent Adoptive Families. In: *Children and Youth Services Review*, 24. Jg., H. 4, S. 213–238
- Brown, Andrew/Waters, Cerith S./Shelton, Katherine H. (2017): A systematic review of the school performance and behavioural and emotional adjustments of children adopted from care. In: *Adoption & Fostering*, 41. Jg., H. 4, S. 346–368
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (2019): Empfehlungen zur Adoptionsvermittlung. 8. neu überarbeitete Fassung. Mainz
- Bush, Jacqueline E./Ehrenberg, Marion F. (2003): Young persons' perspectives on the influence of family transitions on sibling relationships. In: *Journal of Divorce & Remarriage*, 39. Jg., H. 3-4, S. 1–35
- Cassidy, Jude (2016): The Nature of the Child's Ties. In: Cassidy, Jude/Shaver, Phillip R. (Hrsg.): *Handbook of attachment*. 3rd edition. New York, S. 3–24
- Chan, Ko Ling (2014): Child victims and poly-victims in China. Are they more at-risk of family violence? In: *Child Abuse & Neglect*, 38. Jg., H. 11, S. 1832–1839
- Coakley, Jennifer F./Berrick, Jill D. (2007): Research review: In a rush to permanency: Preventing Adoption disruption. In: *Child & Family Social Work*, 13. Jg., H. 1, S. 101–112
- Coleby, Alastor M. (1995): The school-aged siblings of children with disabilities. In: *Developmental medicine and child neurology*, 37. Jg., H. 5, S. 415–426
- Cossar, Jeanette/Neil, Elsbeth (2010): Supporting the birth relatives of adopted children: How accessible are services? In: *British Journal of Social Work*, 40. Jg., H. 5, S. 1368–1386

- Cossar, Jeanette/Neil, Elsbeth (2015): Service User Involvement in Social Work Research: Learning from an Adoption Research Project. In: *British Journal of Social Work*, 45. Jg., H. 1, S. 225–240
- Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin H./Schulte-Markwort, E./Remschmidt, Helmut (Hrsg.) (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Aufl., unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015. Bern
- Doka, Kenneth J. (1989): *Disenfranchised grief. Recognizing hidden sorrow*. Lexington
- Döpfner, Manfred (2008): Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In: Petermann, Franz (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*. 6. Aufl. Göttingen, S. 29–48
- Döpfner, Manfred/Frölich, Jan/Lehmkuhl, Gerd (2000): *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen
- Döpfner, Manfred/Plück, Julia/Kinnen, Claudia/Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2014): CBCL/6-18R, TRF/6-18R, YSR/11-18R. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Göttingen
- Dozier, Mary/Rutter, Michael (2016): Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. In: Cassidy, Jude/Shaver, Phillip R. (Hrsg.): *Handbook of attachment*. 3rd edition. New York, S. 696–714
- Dozier, Mary/Bernard, Kristin (2019): *Coaching parents of vulnerable infants. The attachment and biobehavioral catch-up approach*. New York
- Dozier, Mary/Lindhiem, Oliver/Ackerman, John/Berlin, Lisa J./Ziv, Yair/Amaya-Jackson, Lisa/Greenberg, Mark T. (2005): Attachment and Biobehavioral Catch-Up: An Intervention Targeting Empirically Identified Needs of Foster Infants. In: Berlin, Lisa J./Ziv, Yair/Jackson, Lisa A./Greenberg, Mark T. (Hrsg.): *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy*. New York/US, S. 178–194
- Dunbar, Nora/Grotevant, Harold D. (2004): Adoption narratives: The construction of adoptive identity during adolescence. In: Pratt, Michael W./Fiese, Barbara H. (Hrsg.): *Family stories and the life course. Across time and generations*. Mahwah, NJ, US, S. 135–161
- Erickson, Martha F./Egeland, Byron (2014): *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung: Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP-Programm*. 3. Aufl. Stuttgart
- Expertise- und Forschungszentrums Adoption (2018): *Workshop 6. Nachbetreuung von Adoptivfamilien und Adoptierten*. München
- Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich/Döpfner, Manfred/Gaebel, Wolfgang/Maier, Wolfgang/Rief, Winfried/Saß, Henning/Zaudig, Michael (Hrsg.) (2018): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®*. 2. korrigierte Aufl., deutsche Ausgabe. Göttingen

- Farr, Rachel H./Flood, Margaux E./Grotevant, Harold D. (2016): The role of siblings in Adoption outcomes and experiences from adolescence to emerging adulthood. In: *Journal of Family Psychology*, 30. Jg., H. 3, S. 386–396
- Feldmann, Reinhold (2012): Das Fetale Alkoholsyndrom. In: *Frauenarzt*, 53. Jg., H. 4, S. 366–374
- Feldmann, Reinhold (2018): Wieviel Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist unbedenklich für das Kind? In: *Pädiatrische Praxis*, H. 90, S. 369–371
- Feldmann, Reinhold (2020): Fetales Alkoholsyndrom – oft fehldiagnostiziert und falsch betreut. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 80. Jg., H. 03, S. 269–272
- Felson, Richard B. (1983): Aggression and violence between siblings. In: *Social Psychology Quarterly*, 46. Jg., H. 4, S. 271–285
- Fiedler, Peter (2005): Verhaltenstherapie in Gruppen. *Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. 2., vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim/Basel/Weinheim
- Finkelhor, David/Turner, Heather/Ormrod, Richard (2006): Kid's stuff: The nature and impact of peer and sibling violence on younger and older children. In: *Child Abuse & Neglect*, 30. Jg., H. 12, S. 1401–1421
- Fisman, Sandra/Wolf, Lucille/Ellison, Deborah/Freeman, Tom (2000): A longitudinal study of siblings of children with chronic disabilities. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 45. Jg., H. 4, S. 369–375
- Foster, C./Eiser, C./Oades, P./Sheldon, C./Tripp, J./Goldman, P./Rice, S./Trott, J. (2001): Treatment demands and differential treatment of patients with cystic fibrosis and their siblings. Patient, parent and sibling accounts. In: *Child: Care, Health & Development*, 27. Jg., H. 4, S. 349–364
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2013): *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. 2. Aufl. Stuttgart
- Gabriel, Thomas/Keller, Samuel (2014): *Die Zürcher Adoptionsstudie*. ZHAW Hochschule für angewandte Wissenschaften
- Gifford, Anne E./Farkas, Kathleen J./Jackson, Leila W./Molteno, Christopher D./Jacobson, Joseph L./Jacobson, Sandra W./Bearer, Cynthia F. (2010): Assessment of benefits of a universal screen for maternal alcohol use during pregnancy. In: *Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology*, 88. Jg., H. 10, S. 838–846
- Glass, Leila/Mattson, Sarah N. (2017): Fetal Alcohol Spectrum Disorders. A Case Study. In: *Journal of Pediatric Neuropsychology*, 3. Jg., H. 2, S. 114–135

- Goodman, Denise/Gruber, Kelley/Hahn, Gayle/Smalley, Betsy/Osterman, Charlotte/Pearce, Johanna/Rycus, Judith/Samuel, Arlene/Schooler, Jayne/Shats, Tayana/Shook, Tara (2015): Family Interview Guide. A guide for foster care and Adoption assessors. Second Edition. Ohio Child Welfare Training Program
- Goodman, Robert/Ford, Tasmin/Corbin, Tania/Meltzer, Howard (2004): Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 Suppl 2, 1125-31
- Green, Arthur H. (1984): Child abuse by siblings. In: *Child Abuse & Neglect*, 8. Jg., H. 3, S. 311–317
- Hanswille, Reinert/Kissenbeck, Annette (2014): Systemische Traumatherapie. Konzepte und Methoden für die Praxis. Dritte Aufl. Heidelberg
- Hegar, Rebecca L./Watson, Larry D. (2013): Managing Special Needs and Treatment Approaches of Intercountry Adoptees and Families. In: *Adoption Quarterly*, 16. Jg., H. 3-4, S. 238–261
- Hoff-Emden, Heike/Oberlände, Jacqueline (2017): Stressreduktion bei FASD Betroffenen, deren Bezugspersonen und sozialer Umwelt durch Elterncoaching. Ein Handbuch zum Coaching von Bezugspersonen FASD Betroffener(Training für Trainer). Berlin
- Hoksbergen, Rene A. C./van Dijkum, Cor (2001): Trauma Experienced by Children Adopted from Abroad. *Adoption & Fostering*, 25. Jg., H. 2, S. 18–25
- Hoksbergen, René A. C./Ter Laak, Jan J.J./van Dijkum, Cor/Rijk, S./Rijk, Kathinka/Stoutjesdijk, Felicia (2003): Posttraumatic stress disorder in adopted children from Romania. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 73. Jg., H. 3, S. 255–265
- Honey, Anne/Halse, Christine (2007): Looking after well siblings of adolescent girls with anorexia. An important parental role. In: *Child: Care, Health & Development*, 33. Jg., H. 1, S. 52–58
- Hornfeck, Fabienne/Bovenschen, Ina/Heene, Sabine/Zimmermann, Janin/Zwönitzer, Annabel/Kindler, Heinz (2019): Emotional and behavior problems in adopted children – The role of early adversities and Adoptive parents' regulation and behavior. In: *Child Abuse & Neglect*, 98. Jg., S. 104221
- Ihle, Wolfgang/Esser, Günther (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. In: *Psychologische Rundschau*, 53. Jg., S. 159–169
- Iturralde, Esti/Margolin, Gayla/Spies Shapiro, Lauren A (2013): Positive and negative interactions observed between siblings: moderating effects for children exposed to parents' conflict. In: *Journal of Research on Adolescence*, 23. Jg., H. 4, S. 716–729
- Jones, Christine (2016): Sibling relationships in Adoptive and fostering families. A Review of the International Research Literature. In: *Children & Society*, 30. Jg., H. 4, S. 324–334

- Juffer, Femmie/van Ijzendoorn, Marius H. (2005): Behavior Problems and Mental Health Referrals of International Adoptees: A Meta-analysis. In: JAMA: Journal of the American Medical Association, 293. Jg., H. 20, S. 2501–2515
- Karle, Michael (2012): Wer sorgt für die „fürsorgliche“ Schwester? In: SOS Dialog 2012: Geschwister, S. 58–64
- Kennedy, Denise E./Kramer, Laurie (2008): Improving emotion regulation and sibling relationship quality: The more fun with sisters and brothers program. In: Family Relations, 57. Jg., H. 5, S. 567–578
- Kindl-Beilfuß, Carmen (2011): Fragen können wie Küsse schmecken. 3. Aufl. Heidelberg
- King, Neville J./Heyne, David/Ollendick, Thomas H. (2005): Cognitive-behavioral treatments for anxiety and phobic disorders in children and adolescents. A review. In: Behavioral Disorders, 30. Jg., S. 241–257
- Klasen, H./Woerner, W./Wolke, Dieter/Meyer, R./Overmeyer, S./Kaschnitz, W./Rothenberger, A./Goodman, R. (2000): Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. European Child & Adolescent Psychiatry, 9. Jg., H. 4, S. 271–276
- Kliwer-Neumann, Josephine/Bovenschen, Ina/Lang, Katrin/Spangler, Gottfried/Nowacki, Katja/Roland, Inga C. (2015): Interviewtechnik zur Erfassung von Bindungsstörungssymptomen/Assessing Disturbances of Attachment Symptoms Using Interview Technique. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 64. Jg., H. 10, S. 759–773
- Koglin, U./Barquero, B./Mayer, H./Scheithauer, H./Petermann, F. (2007): Deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu): Psychometrische Qualität der Lehrer-/Erzieherversion für Kindergartenkinder. Diagnostica, 53. Jg., H. 4, S. 175–183
- Korff, Lynn V./Grotevant, Harold D. (2011): Contact in Adoption and Adoptive Identity Formation: The Mediating Role of Family Conversation. In: Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 25. Jg., H. 3, S. 393–401
- Kothari, Brianne H./McBeath, Bowen/Sorenson, Paul/Bank, Lew/Waid, Jeff/Webb, Sara Jade/Steele, Joel (2017): An intervention to improve sibling relationship quality among youth in foster care. Results of a randomized clinical trial. In: Child Abuse & Neglect, 63. Jg., S. 19–29
- Kramer, Laurie/Radey, Chad (1997): Improving sibling relationships among young children: A social skills training model. In: Family Relations, 46. Jg., H. 3, S. 237–246
- Landgraf, Mirjam N. (2017): Fetale Alkoholspektrumstörung – Diagnose und frühe Förderung. In: Die Hebamme, 30. Jg., H. 05, S. 320–327
- Landgraf, Mirjam N./Heinen, Florian (2017): Diagnostik Fetaler Alkoholspektrumstörungen in der Kinder- und Jugendmedizin. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, 165. Jg., H. 9, S. 786–793

Landgraf, Mirjam N./Hoff, Tanja (2019): Fetale Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Therapie, Prävention. Stuttgart

Landolt, Markus A. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Schneider, Silvia/Margraf, Jürgen (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. Berlin, Heidelberg, S. 609–628

Fetale Alkoholspektrum-Störungen (2017): In der Praxis der Pflegekinderhilfe. Eine gemeinsame Arbeitshilfe der Landesjugendämter Rheinland und Westfalen. Köln/Münster

Lattschar, Birgit/Wiemann, Irmela (2007): Mädchen und Jungen entdecken ihr Geschichte. Grundlagen und Praxis der Biografiearbeit. Weinheim und München

Lauth, Gerhard W./Schlottke, Peter F. (2019): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial. 7., vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim

Lehmkuhl, Gerd/Poustka, Fritz/Holtmann, Martin/Steiner, Hans (Hrsg.) (2015): Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen

Linares, Lourdes Oriana/Jimenez, Jessica/Nesci, Cristina/Pearson, Eva/Beller, Sarah/Edwards, Nancy/Levin-Rector, Alison (2015): Reducing sibling conflict in maltreated children placed in foster homes. In: Prevention Science, 16. Jg., H. 2, S. 211–221

Litzelfelner, Pat (1995): Children with emotional disabilities. Perceptions of siblings. In: Child & Adolescent Social Work Journal, 12. Jg., H. 4, S. 263–273

Livingston, Jennifer A. (2010): Keeping the Promise: the critical need for post Adoption services to enable children and families to succeed. New York, NY, US

Lyons-Ruth, Karlen/Jacobvitz, Deborah (2016): Attachment Disorganization from Infancy to Adulthood: Neurobiological Correlates, Parenting Contexts, and Pathways to Disorder. In: Cassidy, Jude/Shaver, Phillip R. (Hrsg.): Handbook of attachment. 3rd edition. New York, S. 667–695

Marvin, Robert S./Britner, Preston A./Russell, Beth S. (2016): Normative Development: The Ontogeny of Attachment in Childhood. In: Cassidy, Jude/Shaver, Phillip R. (Hrsg.): Handbook of attachment. 3rd edition. New York

Maywald, Jörg (2001): Biografiearbeit mit Pflegekindern. In: Jugendhilfe, 39. Jg., H. 5, S. 235–239

McGuire, Shirley/McHale, Susan M./Updegraff, Kimberly A. (1996): Children's perceptions of the sibling relationship in middle childhood: Connections within and between family relationships. In: Personal Relationships, 3. Jg., H. 3, S. 229–239

- McKay, Katherine/Ross, Lori E./Goldberg, Abbie E. (2010): Adaptation to Parenthood During the Post-Adoption Period: A Review of the Literature. In: *Adoption Quarterly*, 13. Jg., H. 2, S. 125–144
- Menning, Hans/Maercker, Andreas (2006): Diagnostik von Traumafolgestörungen. In: *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 7. Jg., H. 4, S. 376–381
- Meunier, Jean C./Roskam, Isabelle/Stievenart, Marie/Moortele, Gaëlle V. de/Browne, Dillon T./Wade, Mark (2012): Parental differential treatment, child's externalizing behavior and sibling relationships: Bridging links with child's perception of favoritism and personality, and parents' self-efficacy. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, 29. Jg., H. 5, S. 612–638
- Milevsky, Avidan/Schlechter, Melissa J./Machlev, Moshe (2011): Effects of parenting style and involvement in sibling conflict on adolescent sibling relationships. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, 28. Jg., H. 8, S. 1130–1148
- Miller, Brent C./Fan, Xitao/Christensen, Mathew/Grotevant, Harold D./van Dulmen, Manfred (2000): Comparisons of Adopted and Nonadopted Adolescents in a Large, Nationally Representative Sample. In: *Child Development*, 71. Jg., H. 5, S. 1458–1473
- Neil, Elsbeth (2007): Supporting post-Adoption contact for children adopted from care: A study of social workers' attitudes. In: *Adoption Quarterly*, 10. Jg., H. 3-4, S. 3–28
- Neil, Elsbeth (2010): *Helping birth families. Services, costs and outcomes*. London
- Neil, Elsbeth (2015): Critical issues when supporting adopted children, Adoptive parents, and birth parents. Vortrag gehalten auf dem 1. Workshop des Expertise- und Forschungszentrum Adoption am 2015 in Berlin
- Neil, Elsbeth (2017): *Helping birth parents in Adoption. A literature review of birth parent support services, including supporting post Adoption contact. An expertise for the German Research Center on Adoption (EFZA)*. München
- Neimeyer, Robert A. (2015): *Techniques of grief therapy. Creative practices for counseling the bereaved*. New York
- Oswald, Sylvia H./Goldbeck, Lutz (2009): Traumatisierung und psychische Auffälligkeiten bei Pflegekindern. In: *Trauma & Gewalt*, 3. Jg., H. 4, S. 304–314
- Oswald, Sylvia H./Ernst, C./Goldbeck, Lutz (2011): *Interdisziplinäre Versorgung von Pflegekindern an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitssystem*. Universitätsklinikum Ulm
- Palacios, Jesús/Sánchez-Sandoval, Yolanda (2005): Beyond Adopted/Nonadopted Comparisons. In: Brodzinsky, David M./Palacios, Jesús (Hrsg.): *Psychological issues in Adoption: Research and practice*. Westport, CT, US, S. 117–144

- Petermann, Franz (Hrsg.) (2013): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. 7., überarb. und erw. Aufl. Göttingen
- Petermann, Franz/Döpfner, Manfred/Schmidt, Martin H. (2007): Aggressiv-dissoziale Störungen. 2. Aufl. Göttingen
- Petri, Corinna/Radix, Kristina/Wolf, Klaus (2012): Ressourcen, Belastungen und pädagogisches Handeln in der stationären Betreuung von Geschwisterkindern. München
- Purvis, Karyn B./Razuri, Erin Becker/Howard, Amanda R. Hiles/Call, Casey D./DeLuna, Jamie Hurst/Hall, Jordan S./Cross, David R. (2015): Decrease in Behavioral Problems and Trauma Symptoms Among At-Risk Adopted Children Following Trauma-Informed Parent Training Intervention. In: *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 8. Jg., H. 3, S. 201–210
- Pynoos, Robert S./Steinberg, Alan M. (2002): The Trauma Loss/Exposure Profile
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Ellert, Ute/Erhart, Michael (2007): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 5/6, S. 810–818
- Rees, Joy (2009): *Life story books for adopted children*. London
- Robert Koch-Institut (2012): GEDA – Gesundheit in Deutschland Aktuell.
- Robinson, Evelyn (2016): Post-Adoption Grief Counselling. In: *Adoption & Fostering*, 26. Jg., H. 2, S. 57–63
- Rose, Richard/Philpot, Terry (2005): *The child's own story: Life story work with traumatized children*. Philadelphia
- Roth, Katia E./Harkins, Debra A./Eng, Lauren A. (2014): Parental conflict during divorce as an indicator of adjustment and future relationships: A retrospective sibling study. In: *Journal of Divorce & Remarriage*, 55. Jg., H. 2, S. 117–138
- Ryan, Tony/Walker, Rodger (2007): *Wo gehöre ich hin? Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen*. 4. Aufl. Weinheim
- Samek, Diana R./Rueter, Martha A. (2011): Associations between family communication patterns, sibling closeness, and Adoptive status. In: *Journal of Marriage and Family*, 73. Jg., H. 5, S. 1015–1031
- Schindler, Gila/Hoff-Emden, Heike (2017): *Die Fetale Alkoholspektrumstörung. Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis*. Berlin

- Schneider, Silvia/Margraf, Jürgen (Hrsg.) (2019): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3. Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter. Berlin
- Schofield, Gillian/Beek, Mary (2006): Attachment handbook for foster care and Adoption. London
- Schwarz, Clara (2012): Interventionen bei Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom (FAS): eine Literaturübersicht. Bachelorarbeit im Rahmen des Psychologiestudiums (B.Sc.). Erlangen
- Schwenck, Christina (2012): Externalisierende und internalisierende Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Schneider, Wolfgang/Lindenberger, Ulman (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 7. Aufl. Weinheim, S. 619–632
- Schwing, Rainer/Fryszler, Andreas (2006): Systemisches Handwerk. Göttingen
- Selwyn, Julie (2017): Post-Adoption support and interventions for Adoptive families: best practice approaches. An expertise for the German Research Center on Adoption (EFZA). München
- Selwyn, Julie/Wijedasa, Dinithi/Meakings, Sarah (2014): Beyond the Adoption order. Challenges, interventions and Adoption disruption. London
- Smith, Julie/Ross, Hildy S. (2007): Training parents to mediate sibling disputes affects children's negotiation and conflict understanding. In: Child Development, 78. Jg., H. 3, S. 790–805
- Smyke, Anna T./Zeanah, Charles H. (1999): Disturbances of Attachment Interview
- Solomon, Judith/George, Carol (2016): The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. In: Cassidy, Jude/Shaver, Phillip R. (Hrsg.): Handbook of attachment. 3rd edition. New York, S. 366–396
- Sonnenmoser, Marion (2009): Posttraumatische Belastungsstörung: Ausmaß bei Kindern unterschätzt. In: Deutsches Ärzteblatt International, 8. Jg., H. 9, 413
- Spoehr, Hans-Ludwig (2016): Das Fetale Alkoholsyndrom. Im Kindes- und Erwachsenenalter. 2., aktual. und erw. Aufl. Berlin
- Stock, Laura/Spielhofer, Thomas/Gieve, Matthew (2016): Independent evidence review of post-Adoption support interventions. Research Report. Tavistock Institute of Human Relations
- Stocker, Clare M./Youngblade, Lise (1999): Marital conflict and parental hostility: Links with children's sibling and peer relationships. In: Journal of Family Psychology, 13. Jg., H. 4, S. 598–609
- Stotz, Martina/Walper, Sabine (2015): „Lieblings- oder Schattenkind“. Bedeutung und Entstehungshintergründe elterlicher Ungleichbehandlung. In: Brock, Inés (Hrsg.): Bruderheld und Schwesterherz. Geschwister als Ressource. Originalausgabe. Gießen, S. 135–160

- Strand, Mattias/Zhang, Ruyue/Thornton, L. M./Birgegård, Andreas/D'Onofrio, Brian M./Bulik, Cynthia M. (2020): Risk of eating disorders in international adoptees: a cohort study using Swedish national population registers. A cohort study using Swedish national population registers. In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. Jg., e131
- Straus, Murray A./Gelles, Richard J./Steinmetz, Suzanne K. (2006): *Behind closed doors. Violence in the American family*. New Brunswick, N.J
- Streissguth/Ann P./Bookstein Fred L./Barr Helen M./Sampson Paul D./O'Malley Kieran/Young, Julia K. (2004): Risk Factors for Adverse Life Outcomes in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. In: *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25. Jg., H. 4, S. 228–238
- Strohm, Kate (2001): Sibling Project. In: *Youth Studies Australia*, 20. Jg., H. 4, S. 48–57
- Suitor, J. Jill/Gilligan, Megan/Johnson, Kaitlin/Pillemer, Karl (2014): Caregiving, perceptions of maternal favoritism, and tension among siblings. In: *The Gerontologist*, 54. Jg., H. 4, S. 580–588
- ter Horst, Klaus/Mohr, Karin (Hrsg.) (2012): *Mein Lebensbuch!!! Für Pflege- oder Adoptivkinder*. Begleitheft & CD-Rom. Bad Bentheim
- Terr, Lenore C. (1991): Childhood Traumas: An Outline and Overview. In: *American Journal of Psychiatry*, 148. Jg., H. 1, S. 10–20
- Textor, Martin R. (1990): Die unbekanntenen Eltern. Adoptierte auf der Suche nach ihren Wurzeln. *Zentralblatt für Jugendrecht*, 77. Jg., S. 10–14
- Thompson, Hayley/McPherson, Susan (2011): The Experience of Living with a Foster Sibling, as Described by the Birth Children of Foster Carers. A Thematic Analysis of the Literature. In: *Adoption & Fostering*, 35. Jg., H. 2, S. 49–60
- Ubrig, Cordula Gertrud (2000): *Förderung, Sozialisation und soziale Integration von Kindern mit Alkoholem-bryopathie in der BRD und den USA*. Diplomarbeit
- van den Dries, Linda/Juffer, Femmie/van Ijzendoorn, Marinus H./Bakermans-Kranenburg, Marian J. (2009): Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. In: *Children and Youth Services Review*, 31. Jg., H. 3, S. 410–421
- van Ginkel, Joost R./Juffer, Femmie/Bakermans-Kranenburg, Marian J./van Ijzendoorn, Marinus H. (2018): Young offenders caught in the act. A population-based cohort study comparing internationally adopted and non-adopted adolescents. In: *Children and Youth Services Review*, 95. Jg., S. 32–41
- Volling, Brenda L./Yu, Tianyi/Gonzalez, Richard/Kennedy, Denise E./Rosenberg, Lauren/Oh, Wonjung (2014): Children's responses to mother-infant and father-infant interaction with a baby sibling. Jealousy or joy? In: *Journal of Family Psychology*, 28. Jg., H. 5, S. 634–644

- von Borczykowski, A./Hjern, A./Lindblad, Frank/Vinnerljung, B. (2006): Suicidal behaviour in national and international adult adoptees: A Swedish cohort study. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41. Jg., H. 2, S. 95–102
- Warnecke, Marie-Luise (o.J.): Praktische Unterstützung der Herkunftssuchen. https://mbjs.brandenburg.de/media_fast/6288/praktische_unterstuetzung_der_herkunftssuchen.pdf (19.04.2021)
- Wiemann, Irmela (2003): Adoption und Identitätsfindung. In: *terre des hommes* (Hrsg.): *Babyklappe und anonyme Geburt – ohne Alternative?* Osnabrück
- Wiemann, Irmela (2004): Biografiearbeit – Heilungschance für seelisch verletzte Kinder. In: *Restposten Pflegefamilie e.V. – Träger der freien Jugendhilfe Fahrndorf* (Hrsg.): *Informationen, Berichte und Geschichten rund um das Pflegekinderwesen*. Fahrndorf
- Wiemann, Irmela/Lattschar, Birgit (2019): *Schwierige Lebensthemen für Kinder in leicht verständliche Worte fassen*. Schreibwerkstatt Biografiearbeit. Weinheim/Basel
- Wiley, Mary O’Leary/Baden, Amanda L. (2016): Birth Parents in Adoption. In: *The Counseling Psychologist*, 33. Jg., H. 1, S. 13–50
- Winkler, Robin/van Keppel, Margaret (1984): *Relinquishing mothers in Adoption: Their long-term adjustment*. Melbourne
- Witte, Susanne (2018): *Geschwister im Kontext von Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung. Risikokonstellationen, Qualität der Geschwisterbeziehung und aktuelle psychische Belastung*. Weinheim
- Witte, Susanne/Walper, Sabine/Fegert, Jörg (2019): Die dunkle Seite von Geschwisterbeziehungen. In: *Nervenheilkunde*, 38. Jg., H. 01, S. 23–28
- Wrobel, Gretchen Miller/Grotevant, Harold D./Samek, D. R./Korff, L. V. (2013): Adoptees’ curiosity and information-seeking about birth parents in emerging adulthood: Context, motivation, and behavior. *International Journal of Behavioral Development*, 37. Jg., H. 5, S. 441–450
- Zacharias-Hellwig, Judith (2017): *Mama & Papa sagt es mir, wo komm’ ich nur wirklich her?* Lindau
- Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg M. (2018): *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. 3., überarbeitete Aufl. Weinheim
- Ziegenhain, Ute/Steiner, Melanie (2019): Bindungsstörungen. In: *Schneider, Silvia/Margraf, Jürgen* (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3. Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin, S. 317–333

Anhang I.2.A: Anhaltspunkte für die Einschätzung von besonderen Bindungsbedürfnissen der Kinder

Das Bindungsverhalten eines Kindes lässt sich am besten anhand konkreter Reaktionen des Kindes in Alltagssituationen beschreiben. Insbesondere Verhaltensweisen des Kindes in Situationen, in denen es emotional belastet ist (z. B. Traurigkeit, Ärger oder Angst), können als wichtige Anhaltspunkte für Bindungsprobleme des Kindes dienen. Darüber hinaus kann es jedoch auch sehr hilfreich sein, gemeinsame Spielsituationen des Kindes mit seiner Bezugsperson zu beobachten.

Schließlich gilt es insbesondere bei Adoptivkindern mit negativen Vorerfahrungen, auf distanzloses Verhalten in Interaktionen mit Personen zu achten, die den Kindern nicht vertraut sind, da bei Kindern, die in ihren ersten Lebensmonaten oder -jahren pathogene Fürsorge (d. h. Vernachlässigung ihrer Bedürfnisse, Fehlen konstanter Bezugsperson) erfahren haben, Symptome einer Beziehungsstörung mit Enthemmung auftreten können.

1. Verhalten des Kindes bei Belastung des Kindes

Angelehnt an das Bindungstagebuch von K. Chase Stovall u. a. (2005) eignet sich folgender Leitfaden für die Verhaltensbeobachtung.

Gab es eine Situation, bei der sich das Kind wehgetan bzw. verletzt hat, es von der Bezugsperson getrennt wurde, oder Angst vor etwas hatte? Beschreiben Sie das Verhalten des Kindes und seiner Bezugsperson.

Bitte beschreiben Sie zunächst die Situation in zwei bis drei Sätzen.

Wie hat sich das Kind verhalten?

Wie hat die Bezugsperson reagiert?

Wie hat das Kind auf das Verhalten der Bezugsperson reagiert?

Hinweise für die Strukturierung der Beobachtung: Verhaltensweisen von Kindern, auf die in den Beobachtungen besonders geachtet werden kann

Welche Verhaltensweisen zeigt das Kind in der Belastungssituation?

- Das Kind sucht Nähe der Bezugsperson (ruft, geht hin, sucht Körperkontakt).
- Das Kind weint (hierbei ist wichtig darauf zu achten, ob das Kind dabei gleichzeitig nach Unterstützung der Bezugsperson sucht, z. B. durch einen suchenden Blick oder eine Annäherung, oder ob es sich dabei abwendet).
- *Das Kind wendet sich ab, zieht sich zurück und distanziiert sich räumlich von der Bezugsperson.*
- *Das Kind verhält sich so, als ob nichts gewesen wäre.*

Wie reagiert das Kind auf Zuwendung/Trost der Bezugsperson?

- Das Kind schmiegt sich an/akzeptiert es, getröstet zu werden, bis es beruhigt ist.
- *Das Kind ignoriert die Bezugsperson (z.B. spielt weiter, ohne die Bezugsperson zu beachten).*
- *Das Kind bagatellisiert die Situation und verneint negative Emotionen.*
- *Das Kind wendet sich ab und geht weg von der Bezugsperson.*
- *Das Kind lehnt den Trost offen und mit Widerstand ab (windet sich aus einer Umarmung, wehrt sich gegen Annäherung der Bezugsperson).*
- *Das Kind bleibt weiter verstimmt und ist schwer zu beruhigen.*
- Das Kind kehrt, wenn es beruhigt ist, zu seiner Beschäftigung zurück.
- *Das Kind bleibt in der Nähe der Bezugsperson/kann sich nicht lösen und zum Spiel zurückkehren.*
- *Das Kind beruhigt sich kurz, bleibt dann aber quengelig.*

Hinweise für die Auswertung. Die kursiv markierten Verhaltensweisen geben Hinweise darauf, dass das Kind Schwierigkeiten hat, die Bezugsperson als sicheren Hafen bzw. als sichere Basis zu nutzen.

Das Verhalten des Kindes ist immer in Zusammenhang mit dem Verhalten der Bezugsperson zu betrachten, d. h. das Verhalten des Kindes hängt davon ab, ob die Bezugsperson feinfühlig auf das Kind reagiert (Nimmt sie die Signale des Kindes wahr? Interpretiert sie diese richtig? Reagiert sie angemessen und prompt?).

Zudem gilt zu berücksichtigen, dass das Ausmaß und die Form von Bindungsverhalten sich mit dem Alter der Kinder verändert. Während bei jüngeren Kindern in den ersten Lebensjahren Körperkontakt und Nähe zur Bezugsperson besonders wichtig sind, um negative Gefühle zu regulieren, rücken mit zunehmenden Alter auch andere Formen der Regulation, z. B. über die Sprache und über gemeinsames Spiel, in den Vordergrund (Marvin u. a. 2016). Die hier beschriebenen Verhaltensweisen gelten vor allem für jüngere Kinder im Altersbereich bis ca. sechs Jahre.

2. Verhalten des Kindes in Spielinteraktionen mit der Bezugsperson

Auch das Verhalten des Kindes in Spielsituationen mit der Bezugsperson kann wichtige Hinweise auf die Bindungsbeziehung des Kindes zu seiner Bezugsperson geben. Anhaltspunkte für eine positive Beziehung sind beispielsweise (z. B. Waters/Deane 1985).

- Das Kind drückt offen seine (positiven und negativen) Gefühle aus.
- Das Kind zeigt Spielfreude und teilt diese mit der Bezugsperson.

- Das Kind kommuniziert reziprok mit der Bezugsperson (wechselseitige Kommunikation).
- Das Kind sucht im Spiel Rückversicherung bei der Bezugsperson, z.B. durch Blicke oder verbale Äußerungen.
- Das Kind sucht bei Herausforderungen im Spiel die Unterstützung der Bezugsperson und kann diese, wenn sie angemessen ist, auch annehmen.

Hinweise für die Auswertung. Es gilt zu beachten, dass übermäßiges Rückversichern durch „kontrollierende“ Blicke, bei dem das Kind emotional belastet wirkt, nicht als positiv gewertet werden sollten.

3. Verhalten des Kindes gegenüber unvertrauten Personen

Gerade bei Adoptivkindern ist im Hinblick auf distanzloses Verhalten wichtig, darauf zu achten, wie sich das Kind gegenüber unvertrauten Personen verhält. Hilfreich sind dabei in Anlehnung an Anna Smyke und Charles Zeanah (1999) folgende Leitfragen für die Beobachtung des Kindes sowie für Gespräche mit den Bezugspersonen über das Verhalten des Kindes:

- Wenn das Kind an einem Ort ist, der ihm nicht vertraut ist, was macht es dann?
 - Versichert es sich, z. B. durch Blicke oder verbal, bei der Bezugsperson zurück?
 - Kommt es auch vor, dass sie/er einfach davongeht, ohne sich bei ihnen rückzuversichern?
 - Tendiert sie/er dazu, einfach ohne ein bestimmtes Ziel wegzugehen?
- Wie geht das Kind mit Erwachsenen um, die es nicht kennt?
 - Tendiert es dazu, freundlich zu sein und auf die Erwachsenen zuzugehen, oder hält es sich im Hintergrund und beobachtet die Situation?
 - Tendiert es dazu, schüchtern im Umgang mit Fremden zu sein, oder ist es jemand, der auf Menschen zugeht, die es nicht kennt?
- Gab es schon eine Situation, in der das Kind mit einer ihm unvertrauten Person mitgegangen ist? Wenn nein, gibt es Hinweise darauf, dass das Kind dies tun würde, wenn man es lassen würde?

Hinweise für die Auswertung. Verhaltensweisen, die möglicherweise auf Symptome einer Beziehungsstörung mit Enthemmung hinweisen können sind nach Peter Falkai u. a. (2018):

- Eine mangelnde Zurückhaltung des Kindes gegenüber unvertrauten Personen mit übermäßig freundlicher verbaler und körperlicher Annäherung.
- Eine fehlende Rückversicherung bei den Bezugspersonen in unvertrauten Situationen.
- Die Tendenz, mit unvertrauten Personen bereitwillig mitzugehen.

Quellen

- Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich/Döpfner, Manfred/Gaebel, Wolfgang/Maier, Wolfgang/Rief, Winfried/Saß, Henning/Zaudig, Michael (Hrsg.) (2018): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. 2. korrigierte Auflage, deutsche Ausgabe. Göttingen
- Marvin, Robert S./Britner, Preston A./Russell, Beth S. (2016): Normative Development: The Ontogeny of Attachment in Childhood. In: Cassidy, Jude/Shaver, Phillip R. (Hrsg.): Handbook of attachment. 3rd edition. New York
- Smyke, Anna T./Zeanah, Charles H. (1999): Disturbances of Attachment Interview. Tulane University School of Medicine
- Stovall, K. Chase/Dozier, Mary/Lindhiem, Oliver (2005): Attachment Diary: Coding Manual-Revised. Department of Psychology, University of Delaware
- Waters, Everett/Deane, K. E. (1985): Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50. Jg., H. 1, S. 41–65

Anhang I.2.B: Spezialisierte Fachstellen für Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf FASD und ihre Familien

FASD-Zentrum Charité Berlin

Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Ansprechpersonen: Prof. Dr. med. Ludwig Spohr, Frau Heike Wolter

Telefon: 030 450 564308

www.fas-spohr.com

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

Herzbergstraße 79
10365 Berlin-Lichtenberg

Telefon: 030 54724960

www.keh-berlin.de/de/fasd-ambulanz

Evangelischer Verein Sonnenhof

FASD Fachzentrum Berlin
Neuendorfer Straße 60
13585 Berlin

Telefon: 030 3358031

Fax: 030 3379815

www.fasd-fachzentrum.de

SPZ Elisabeth Krankenhaus Essen

Klara-Kopp-Weg 1
45138 Essen

Telefon: 0201 897-0

Fax: 0201 8972249

www.contilia.de/einrichtungen/elisabeth-krankenhaus-essen

SPZ Leipzig; FHLE e.V.

Landsberger Straße 28
04157 Leipzig

Ansprechperson: Dr. med Heike Hoff-Emden

Telefon: 0341 984690

Fax: 0341 9800645

www.fhle.de/sozialpaedriatisches-zentrum

Kinderklinik und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital

der Universität München (LMU), Ambulanz für Risikokinder mit

ToxinExposition in der SchwangerSchaft (TESS)

iSPZ Campus Hauner

Teilstandort Haus Haydn

Haydnstraße 5

80336 München

Ansprechperson: PD Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam Landgraf

Telefon: 089 552734-0

Fax: 089 552734-222

www.klinikum.uni-muenchen.de/Integriertes-Sozialpaediatrisches-Zentrum-im-Dr-von-Haunerschen-Kinderspital

**Heckscher Klinikum München (Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie)**

Deisenhofener Straße 28

81539 München

Ansprechperson: Dr. med Martin Sobanski

Telefon: 089 9999-0

Fax: 089 9999-1111

www.kbo-heckscher-klinikum.de

FASD-Ambulanz Walstedde

Dorfstraße 9

48317 Drensteinfurt

Telefon: 02387 9194-6000

Fax: 02387 9194-96000

www.tagesklinik-walstedde.de

Ein Überblick über weitere spezialisierte Anlaufstellen findet sich unter

www.fasd-deutschland.de/diagnostik-aerzte

Quelle

Landgraf, Mirjam N./Heinen, Florian (2013): Fetales Alkoholsyndrom. S3-Leitlinie zur Diagnostik. Stuttgart

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Deutsches Jugendinstitut e.V.

Nockherstraße 2
D-81541 München

Postfach 90 03 52
D-81503 München

Telefon +49 89 62306-0

Fax +49 89 62306-162

www.dji.de