



Modul 4
Bindungstraumata / transgenerationale
Weitergabe von Traumata

Modul 4 der Weiterbildung zum Traumapädagogen/
Traumafachberater (DeGPT/ FVTP/ GPTG)

Inhalt Modul 4:

1. Bindungsstile und Bindungsverhalten
2. Bindung und Hirnentwicklung
3. Traumatisierende Beziehungsmuster und deren gravierende Folgen
4. Typische traumatische Affekte nach anhaltenden Traumatisierungen
5. Therapeutische Konsequenzen aus der Bindungsforschung
6. Traumaspezifische Übertragungs- und Gegenübertragungsmuster
7. Häufige Übertragungsformen bei traumatisierten Menschen
8. Typische Gegenübertragungsprobleme in der Beratung/ Therapie von traumatisierten Klienten
9. Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen
10. Trauma und Epigenetik

John Bowlby:

**"Bindung ist das gefühlsgetragene Band,
das eine Person zu einer anderen
spezifischen Person anknüpft und das sie
über Raum und Zeit miteinander
verbindet."**

1. Bindungsstile und Bindungsverhalten

Bonding und Attachment – was ist das?

- Das Bedürfnis des Kindes nach Liebe und Geborgenheit drückt sich im **Bindungsverhalten des Kindes (Attachment)** aus, das sich besonders in Stresssituationen aktiv zeigt.
- Komplementär zum Bindungsverhalten der Kinder zeigt sich in Wechselbeziehung das Pflegeverhalten der Bezugspersonen (**Bonding**).

- **Fühlt sich das Kind sicher, wohl und geborgen, „ruht“ das Bindungsbestreben und das Explorationsverhalten des Kindes ist aktiviert.**
- **Kommt das Kind unter Stress, stellt es das Explorationsverhalten ein, das Bindungsbestreben wird aktiviert und das Kind sucht bei einer Bezugsperson als quasi „sichere Basis“ Nähe, Schutz und Geborgenheit.**

Bindungsverhalten
aktiviert

Exploration
aktiviert

Stress

Entspannung

Bindungsverhalten
ruht

Exploration
ruht

Die Bindungsqualität zwischen Kind und Bezugspersonen hängt in erster Linie von der **Feinfühligkeit des Pflegeverhaltens der Bezugspersonen** ab.

Unter **Feinfühligkeit** wird die Fähigkeit von Bezugspersonen verstanden, die Signale des Kindes

- **wahrzunehmen**
- **richtig zu interpretieren**
- **entwicklungs- und situationsangemessen**
- **sowie prompt darauf zu reagieren.**

- In der **ersten Phase (Geburt – 2./3. Lebensmonat)** zeigen sich **einfache Verhaltensweisen** des Kindes.
- In der **zweiten Phase (3.-6. Lebensmonat)** beginnt das Kind mit einer **deutlicheren Differenzierung**, lässt sich aber auch noch fremden Personen auf den Arm nehmen und trösten.
- In der **dritten Phase (6. Lebensmonat -3. Lebensjahr)** zeigt das Kind ein **aktives Bindungsbestreben zu seinen Bezugspersonen**.
- In der **vierten Phase (ab 4. Lebensjahr)** berücksichtigt das Kind auch die Pläne und Ziele seiner Bezugspersonen (Brisch, 2014).

- **Feinfühliges Bindungsverhalten** ist bereits **während der Schwangerschaft** von großer Bedeutung ist und zeigt nachhaltige Wirkung.
- Nach der Geburt **erkennt das neugeborene Kind seine Mutter** wieder und bevorzugt sie vor anderen Personen.
- In den **ersten sechs Lebensmonaten** kann die Mutter durch **weitere feinfühlige Bezugspersonen** leichter ergänzt werden.

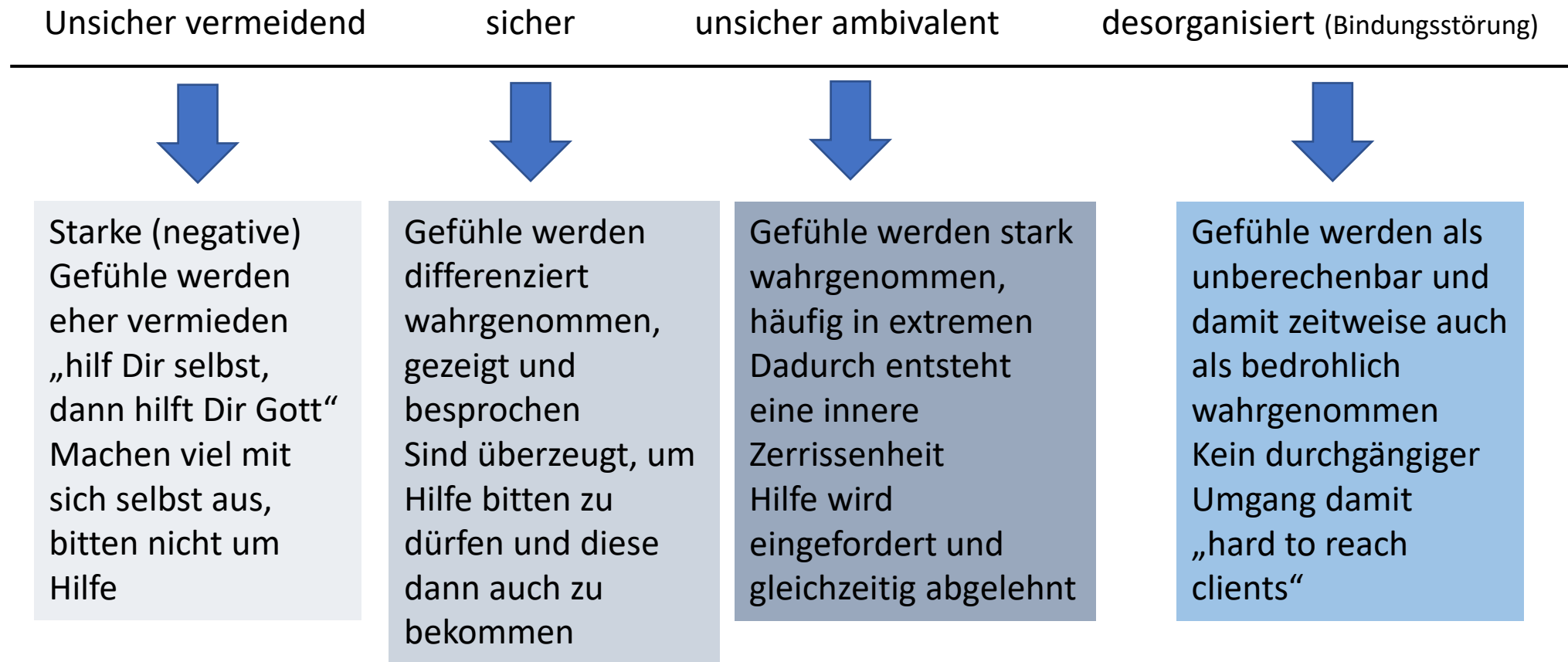




- Nach Bowlby und Ainsworth können sich beim Kind vier verschiedene Bindungsstile im Laufe der Zeit ausbilden.
- Welcher Bindungsstil sich ausbildet, hängt vom **Verhalten und Bindungsstil der Bezugspersonen** ab.
- Diese **Bindungsstile** zeigen sich in der Regel bis in das hohe Lebensalter **stabil** und werden über das eigenen Verhalten, der eigenen Feinfühligkeit gegenüber dem Kind **an nachfolgende Generationen weitergegeben**

Bindungsstile nach Mary Ainsworth

Bindungsmuster sind nur in Stresssituationen erkennbar!



Bindungsmuster des Kindes	Sicher (B)	Unsicher-Vermeidend (A)	Unsicher-Ambivalent (C)	Desorganisiert (D)
Häufigkeit des kindlichen Bindungsmuster i. d. Allgemeinbevölkerung	50-60%	30-40%	10-20%	Ca. 15%, bei misshandelnden Eltern ca 48-77%
Bindungsmuster der Mutter	Autonom (F = free to evaluate)	Abweisend, beziehungsabwehrend (D = dismissing)	Verstrickt, beziehungsüberbewertend (E = enmeshed)	Unaufgelöstes Trauma (U = unresolved)
Häufigkeit des mütterlichen Bindungsmusters i. d. Allgemeinbevölkerung	55-57%	15-16%	9-11%	17-19%
Bindungsgeschichte der Mutter	Breite Affektpalette	Idealisierung der Eltern ohne Erinnerungen	Überflutet von Erinnerungen, unverarbeitete Negative Erfahrungen	Verluste vor dem 14. LJ/ nach der Geburt des Kindes, Traumatisierungen
Bindungsrepräsentanz der Mutter (im AAI)	Kohärent, integriert	Fehlende Kohäsion	Keine Ordnung und Struktur, Abstraktion	Anzeichen fehlender Trauerarbeit
Mütterliches Verhalten gegenüber dem Kind	Vorhersagbar, angemessen, einfühlsam	Vorhersagbar, unangemessen, Hilfe ablehnend, Freude ermutigend	Unvorhersagbar, unangemessen	Gelegentliche „Absenzen“, furchterregend, angsterfüllt

Nach Remmel et al., 2006

Versuchsablauf des „Fremde-Situation-Test“ nach Mary Ainsworth (1912-1999)

1. Die Mutter setzt ihr Kleinkind bei dem Spielzeug ab (bis 30 Sek.).
2. Die Mutter setzt sich auf einen Stuhl und liest eine Zeitschrift (30 Sek.).
3. Nach spätestens 2 Minuten erfolgt ein Klopfsignal, woraufhin ihr Kind zum Spielen animiert werden soll, wenn es noch nicht spielt.
4. Die fremde Frau betritt den Raum, setzt sich auf einen Stuhl und schweigt 1 Minute.
5. Danach erfolgt ein Gespräch zwischen ihr und der Mutter (1 Min.).
6. Die fremde Frau beschäftigt sich mit dem Kind (3 Min.).
7. Die Mutter verlässt den Raum und lässt ihre Handtasche zurück (an dieser Stelle wird beobachtet, wie das Kind auf die Fremde reagiert und ob Trennungsprotest eintritt).
8. Sollte das Kind weinen, beschäftigt sich die fremde Frau mit ihm, ansonsten bleibt sie auf dem Stuhl sitzen.
9. Die Mutter spricht vor der Tür.
10. Dann kommt sie herein, nimmt ihr Kind hoch und begrüßt es.
11. Die Mutter setzt ihr Kind zum Spielzeug und versucht es zum Spielen zu animieren.
12. Die fremde Frau verlässt den Raum.
13. Nach 3 Min. verlässt die Mutter den Raum, lässt jedoch die Handtasche zurück.
14. Das Kind ist für 3 Min. allein.
15. Die fremde Frau spricht vor der Tür.
16. Die fremde Frau betritt den Raum und passt ihr Verhalten dem des Kleinkindes an (z. B. trösten oder mitspielen).
17. Die Mutter öffnet die Tür, bleibt kurz stehen und hebt ihr Kind hoch.
18. Die fremde Frau verlässt den Raum.

- Bindung ist **überlebensnotwendig**. Menschen sichern sich damit von Beginn an (bereits im Mutterleib) das Überleben.
- Ohne Bindung zu anderen Menschen würden wir an **Marasmus** (psychischer Hospitalismus) sterben.
- Kinder zwischen dem 6.-11. Lebensmonat sind bei längerer Trennung von Bezugspersonen besonders gefährdet seien, eine **anaklitische Depression** zu entwickeln.

- **Misshandlungen erzeugen Angst und Verunsicherung, diese erhöhen wiederum das Bindungsbedürfnis.**
- Zeitweilig liebevolles Verhalten des Täters bestärkt den Eindruck des Kindes, selbst böse gewesen zu sein.
- Bei **häufigem Wechsel der Bezugspersonen** kann das Kind keine sichere Bindung und somit keine konsistente Bindungsstrategie entwickeln.

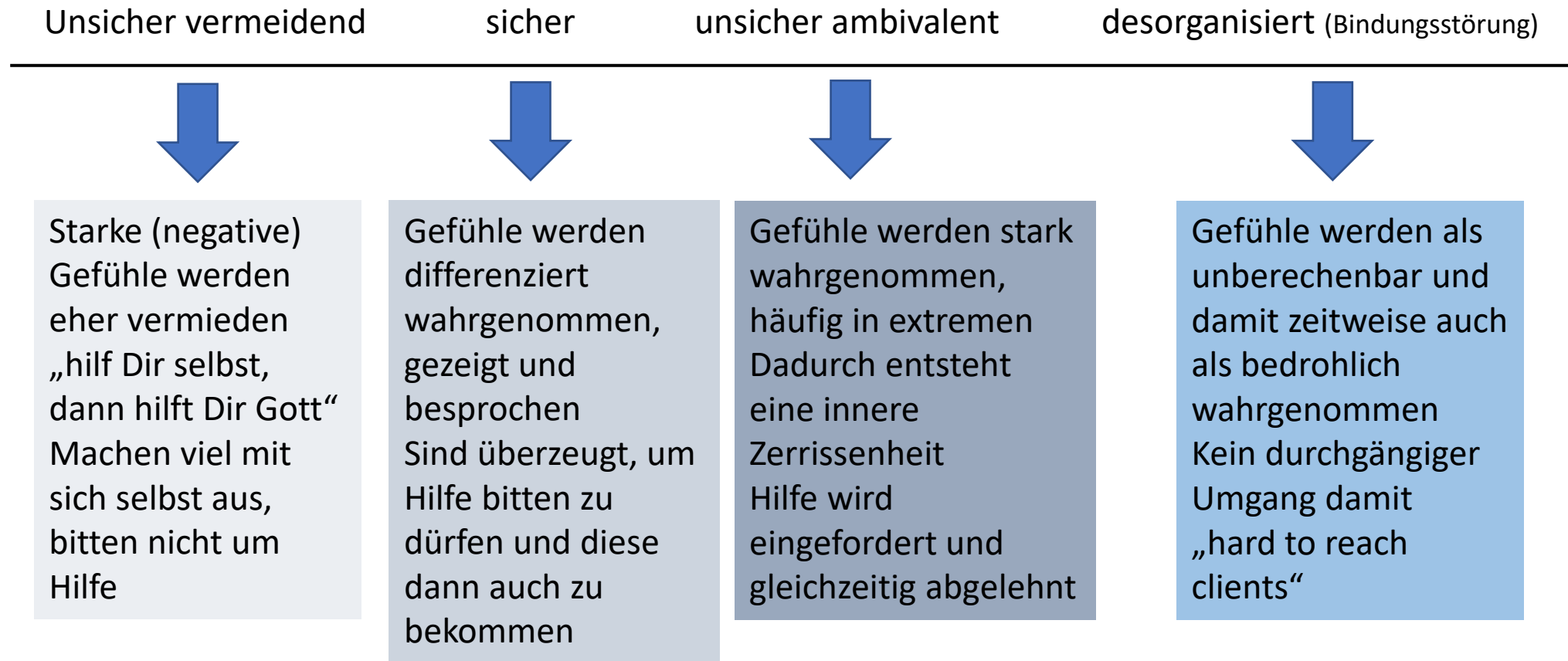
- Eine **sichere Bindung** ist die Basis, um **Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten** zu entwickeln
- Die sichere Bindung bleibt immer ein **Rückzugsort für Trost und Beruhigung** - auch im Erwachsenenalter.
- **Die Bezugsperson als sichere Basis zu nutzen, ist für Kleinkinder überlebensrelevant.**
- Die **Feinfühligkeit der Bezugsperson** ermöglicht eine sichere Bindung.
- Bindungsverhalten der Eltern sagt ist das der Kinder vorher.

- **Fehlen oder der Verlust der sicheren Bindungsbasis** ist frühestes und wahrscheinlich schädlichstes psychische Trauma.
- **Abrupte Trennungen und Verluste** sind ebenso schädlich wie Gewalttraumata.

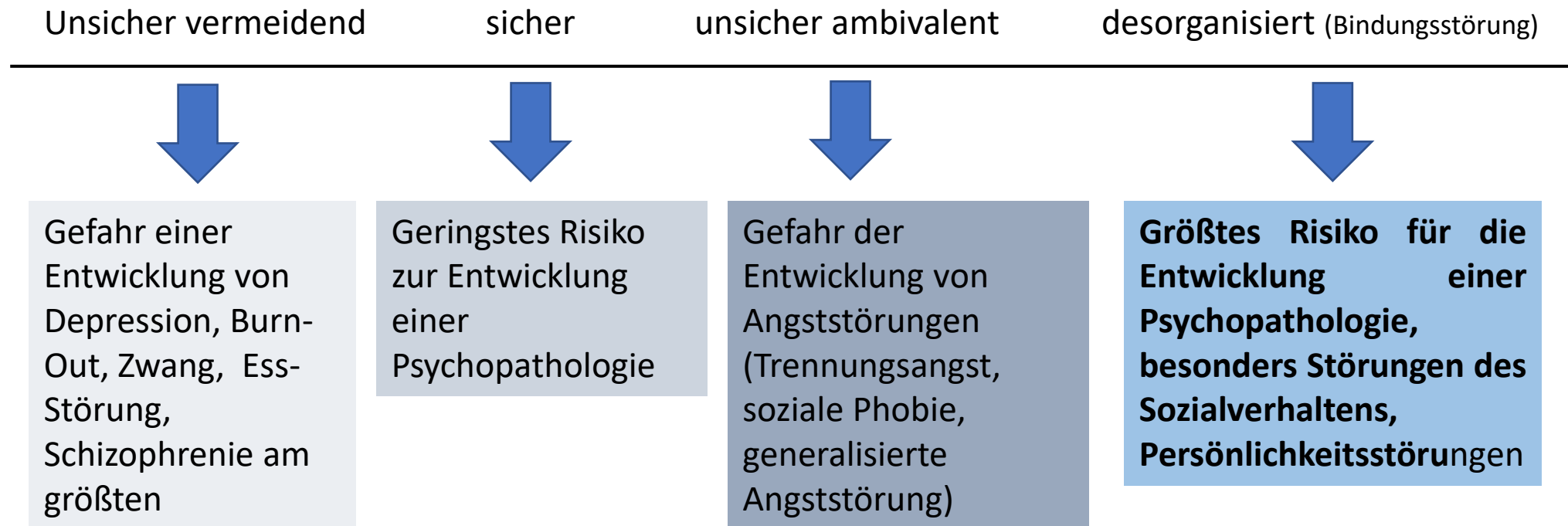
- **Traumatische Opferbindung** an die Täter ist extrem stark und als Notfallreaktion zu verstehen.
- Auch erwachsene Geiseln können **irrationale Gefühle der Bindung und Wünsche nach Trost und Zuwendung** an den Täter richten.
- **Traumatisierte Eltern** können später durch Schreien ihres Säuglings bzw. dem Gefühl der Hilflosigkeit getriggert werden, da dies an den eigenen einst erlittenen traumatischen Schmerz erinnert. **So können bei den Eltern dissoziative oder traumaspezifische Verhaltensweisen ausgelöst werden.**

Bindungsstile nach Mary Ainsworth

Bindungsmuster sind nur in Stresssituationen erkennbar!



Risiko für psychopathologische Entwicklungen nach Bindungsqualität



Bindungsrepräsentationen

Sichere Bindung (*Bindungsperson reagiert feinfühlig, angemessen und unmittelbar*)

- Wenn das Baby sich unwohl oder ängstlich fühlt, sucht es die Nähe zur Bezugsperson mit dem Wunsch darin Schutz und Geborgenheit zu erfahren.
- Kind gibt ganz klare Signale (Blickkontakt, Körperkontakt etc.) -> Bindungsperson nimmt diese Signale wahr, interpretiert sie richtig und reagiert in angemessener und direkter Weise darauf -> **Feinfühligkeit**

Beim Kind:

- absolutes Vertrauen in eine zuverlässige Bezugsperson -> *sicherer Hafen*
- Gefühl des Aufgehoben- und Verstanden-Seins
- lassen sich von Bezugsperson beruhigen
- zeigen Autonomieverhalten; Suchen Nähe bei Unsicherheit
- Stressreaktion bei Trennung
- Freude bei Rückkehr der Bindungsperson, Trost suchend und schnell beruhigt

Im Erwachsenenalter:

- Grundvertrauen in die Welt
- Berichte von Bindungssituationen aus der Kindheit, in denen sie Trost und liebevolle Fürsorge erfahren haben
- bei belastenden Kindheitserfahrungen (z. B. Schmerz, Trennung, Verlust) kann differenziert darüber berichtet werden (kohärent und selbstreflexiv)
- stabile, unterstützende Partner- und Freundschaften

Unsicher-ambivalente Bindungsrepräsentation

Beim Kind:

- große Anhänglichkeit
- wenig Explorationsverhalten
- starke Emotionen, massive Stressreaktion
- bei Trennung, auch bei Wiederkehr nur schwer Beruhigung, Nähesuchen, bei gleichzeitige auch aggressivem Verhalten

Im Erwachsenenalter:

- eifersüchtig
- Trennungsängste
- emotional abhängig
- Loslassen fällt schwer
- kontrollierend

Unsicher-vermeidende Bindungsrepräsentation

Beim Kind:

- Gefühle werden kaum gezeigt
- kein Vertrauen in Unterstützung
- Ablehnung von Körperkontakt
- keine Emotionen bei Trennung, keine bei Rückkehr d. Bindungsperson
- eher Vermeidung von Körperkontakt

Im Erwachsenenalter:

- wenig Erinnerungen an Kindheit
- Vermeidung von emotionaler Nähe
- häufige Trennung
- On-Off Beziehungen
- legen wenig Wert auf Bindung
- distanziert

Desorganisierte Bindungsrepräsentation

Beim Kind:

- wenig durchgängige Verhaltensstrategie
- emotional widersprüchliches, inkonsistentes Bindungsverhalten
- Weinen bei Trennung, Flucht bei Wiedervereinigung
- im Ablauf der Bewegungen innehaltend und erstarrend
- Emotionslosigkeit
- stereotype Verhaltensweisen
- aggressive Impulsausbrüche und plötzliche Liebesbekundungen
- Hyperaktivität
- Tagträumen / Trancehafte Zustände
- Double-Bind-Situationen (Kind MUSS sich binden)

2. Bindung und Hirnentwicklung

- Die Ausreifung und Entwicklung unseres Gehirns ist mit der Geburt nicht abgeschlossen und ist abhängig vom Nutzungsgrad und von unseren Erfahrungen.
- Besonders die **Ausreifung des präfrontalen Cortex ist abhängig von guten frühkindlichen Bindungserfahrungen.**

- **Säuglinge** sind auf gute, Halt gebende **Bindungsangebote** und eine äußere Regulation ihres Erregungsniveaus **angewiesen**.
- **Intuitive** mütterliche **Fähigkeiten** tragen dazu bei, dem Kind genügend liebevollen Körperkontakt, Spiegelung seiner affektiven Befindlichkeit und **Beruhigung** durch Berührung, Wiegen, Stimme, Rhythmus etc. zu geben.

- „Diese interaktive dyadische Regulation fördert die **Entwicklung des Gehirnareals, das für die Selbstregulierung von Erregung (Arousal) zuständig ist: des orbitalen präfrontalen Cortex**“ (Schore, 1994).
- So entwickeln sich ein **Grundgefühl von Sicherheit** in einer Beziehung und die **Fähigkeit zur Regulation** des eigenen Erregungsniveaus und der eigenen Emotionen.
- Dies fördert die **Erweiterung des Toleranzfensters und die Entwicklung der Fähigkeit des Kindes, schwierige Erlebnisse zu tolerieren**

- **Frühe Bindungstraumata wirken dauerhaft schädigend**, weil sie die Fähigkeiten, Arousal zu modulieren, gesunde Beziehungen aufzubauen und mit Stress fertig zu werden, negativ beeinflussen. Die erfahrungsabhängige Reifung des Gehirns – besonders des präfrontalen Cortex – wird beeinträchtigt.
- Das Stressverarbeitungssystem wird durch frühe unkontrollierbare Stresssituationen so geprägt, dass daraus **lebenslang Einschränkungen der Aufmerksamkeit und Lernfähigkeit, eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit und Somatisierungstendenzen** resultieren können.

- Schon **pränatal** wirken Stressoren auf uns ein
- In der frühen Kindheit erlebte **Bindungstraumata** bewirken nicht nur **unsichere bis desorganisierte Bindungsstile**, sondern auch eine **lebenslang erhöhte Stressverwundbarkeit** und Bindungsstörungen als fixierte frühe Psychopathologie

- **Eine sichere Bindung ist der beste Schutz vor Traumafolgen,**
als Grundlage für Stressregulation, Affekttoleranz,
Reflexionsvermögen

3. Traumatisierende Beziehungsmuster und deren gravierende Folgen

- Wenn die Beziehung zur primären Bezugsperson selbst traumatisierend ist, kann das Kind **keine tragenden guten inneren Objektbilder (Repräsentanzen) schützender und tröstender Beziehungen verinnerlichen**, die ihm ermöglichen, sich selbst zu achten, liebevoll zu behandeln, zu schützen, sowie zu trösten und zu beruhigen.
- Das Fundament einer gesunden Persönlichkeit fehlt. **Das Urvertrauen in die Welt und die Mitmenschen wird zerstört.**

- **Je traumatischer die frühe Bindungssituation des Kindes war, desto eher kann sich kein kohärentes Selbstbild entwickeln.**
- Viele Klienten mit **schweren Persönlichkeitsstörungen erlebten frühkindliche Bindungstraumata** in dysfunktionalen Familien.
- **Folgen:** erhöhte Vulnerabilität für Stress, beeinträchtigt Stressbewältigungssystem

- **Komplex traumatisierte Menschen** waren in ihrer frühen Kindheit und Jugend oft einer **kumulativen Traumatisierung** ausgesetzt
- Dazu zählen Entwertung, Schuldzuweisungen, Zuweisung der Sündenbockrolle, Ignorieren, Quälen, Zurückweisung und grobe Missachtung der basalen Bedürfnisse des Kindes, Machtausübung ohne Respekt vor seinem Willen, nicht altersgemäße Anforderungen und Parentifizierung/ Rollenumkehr, Missachtung der Grenzen, aber auch häufige Trennungen und tiefe Einsamkeit

- **Folgen:** destruktive Wirkung auf die Entwicklung der **Bindungsfähigkeit** wie des **Selbstwertgefühls** aus.
- Die **Degradierung** des Kindes zum **Objekt der Bedürfnisbefriedigung** Erwachsener bei Misshandlung und sexueller Gewalt bedeutet eine tiefe Entwertung und Entmenschlichung und bewirkt in Verbindung mit vielen Beschämungen eine tiefe **Verunsicherung, fehlende Selbstachtung** bis Selbsthass sowie oft die Überzeugung keinerlei Rechte zu haben.
- Dies kann auch der Grund dafür sein, dass Klienten **keine Verantwortung** für sich und ihr soziales Tun übernehmen, z.B. Anträge nicht stellen, Zahlungen nicht tätigen, Kündigungen nicht beachten, Miete nicht bezahlen oder Kinder nicht krank melden.

- **Kinder psychisch kranker Eltern** leiden gravierend unter der fehlenden oder unberechenbar wechselnden emotionalen Verfügbarkeit des Elternteils.
- Sie werden zudem häufig in einer völlig überfordernden **Rollenumkehr parentifiziert** und müssen für die kranken Eltern **Verantwortung und Fürsorge** übernehmen.
- Eine stabile Bindungs- und Selbstregulationsfähigkeit kann sich **so nicht** entwickeln.

- **Vernachlässigung und chronisch mangelnde Zuwendung sind Ursache oft lebenslang anhaltender Neigung zu Angstzuständen, Hilflosigkeit und Verzweiflung, aber auch chronisch dissoziativer Zustände wie Amnesien und**

- Folge der genannten Bindungstraumata sind u.a. **tief verwurzelte und das ganze Leben überschattende und vergiftende Überzeugungen (dysfunktionale Kognitionen)**.
- Auch viele Helferinnen haben solche **Skriptsätze** verinnerlicht, waren oft schon als Kinder die besseren Eltern und Helfer für ihre Eltern und Geschwister.

- Traumatische Auswirkungen haben auch **kognitive Verdrehungen, mit denen oft Täter missbrauchte Kinder manipulieren** → Dies führt zu Verwirrung und anhaltenden **Zweifeln an der eigenen Wahrnehmung**, was wiederum den Täter und seine destruktive Macht auf Dauer schützt.
- Ähnlich schlimme Wirkungen haben Drohungen, mit denen Kinder eingeschüchtert und erpresst werden **Die kindlichen Opfer solcher Drohungen erleben sich oft noch im Erwachsenenalter unter deren Bann, erleben sie immer noch als existenziell bedrohlich wie einst als Kind.**

- **Allein gelassen zu werden und das Gefühl des völligen Verlassen seins** ist für ein Kind das gravierendste Trauma, da es zentral auf die Bindung angewiesen und allein völlig hilflos ist.
- Das Dilemma, zugleich auf die **Bindung zu den „guten Eltern“ existenziell angewiesen zu sein und von diesen verraten zu werden**, ist für das Kind nicht zu bewältigen, führt häufig zu **dissoziativen Symptomen und Amnesien**.

- Besonders in der **Parentifizierung** ist eine typische Rollenumkehr und ein folgenschweres Bindungstrauma: Das Kind soll die Bedürfnisse der Eltern nach Versorgung und Bestätigung erfüllen, Verantwortung für deren Wohlergehen übernehmen und Probleme für sie lösen.
- **völlige Überforderung und eine nicht zu bewältigende Aufgabe, wird aber als Norm verinnerlicht.**
- **heftige Schuldgefühle: „wenn ich nur genug getan hätte, ich hätte Mama/ Papa retten müssen“.**

- Im Extremfall erlebt das Kind die **Selbstaufopferung für die Eltern als alleinige Existenzberechtigung**, da es in seinen eigenen Bedürfnissen und damit in seinem Sein ignoriert wurde.
- **Introjektion bewirkt oft Selbsthass und selbstquälerische Überzeugungen, nach denen die Welt wahrgenommen und das eigene Handeln ausgerichtet wird.**
- Eltern bringen zudem oft **im Kind projektiv eigene unerwünschte und bedrohliche Selbstanteile unter, schieben ihm aktiv die Schuld für Misshandlungen oder Missbrauch zu oder machen es für alles zum Sündenbock**, was in ihren Augen schlecht ist.

- Auch die **Entwicklung von Ich-Funktionen wie Affektdifferenzierung, Affektregulierung und Impulskontrolle hängt wesentlich von guten Bindungserfahrungen ab.**
- Eine typische Folge von Bindungstraumata ist daher die Entwicklung von **Persönlichkeitsstörungen**, deren typisches Merkmal eben diese sogenannten **Ich-strukturelle Schwäche** oder Vulnerabilität ist

4. Typische traumatische Affekte nach anhaltenden Traumatisierungen:

- Affekte von Ohnmacht
- Hilflosigkeit
- Ausgeliefertsein
- Verlassen sein
- ohnmächtige Wut und Hass
- vernichtende Schamgefühle
- quälende Schuldgefühle
- Ekel und Selbsthass
- Leeregefühl

- Sie bestimmen oft das Leben der Betroffenen und werden häufig als **quälende undifferenzierte Affekt- oder körperliche Spannungszustände** erlebt.
- Mangels reiferer Möglichkeiten der Affekt- und Impulskontrolle greifen die Patienten dann zu **primitiveren Formen der Emotionsregulation wie selbstverletzendes Verhalten, Essstörungen und Hochrisiko- oder Suchtverhalten.**

- Traumatisierte Kinder können **kein Gefühl der Selbstwirksamkeit entwickeln.**
- **Gefühle von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit bestimmen dann auch ihre Zukunftserwartungen.**
- **Kleine alltägliche Situationen können Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit dann noch im erwachsenen Leben triggern, lösen bei den Interaktionspartnern oft Unverständnis und Ärger aus.**

- Wenn ein **Kind keine Objektkonstanz** erwerben konnte, bleibt es auf die reale **Anwesenheit von äußeren Gegenübers auch im Erwachsenenalter angewiesen**.
- Dann kann Verlassen sein durch eine Trennung später eine existenzielle Bedrohung der Selbststruktur darstellen und zu schweren psychischen Dekompensationen und Suizidalität führen.

- **Objektkonstanz** bedeutet, auch bei realer Abwesenheit der Bezugsperson deren **inneres Bild aufrechterhalten und sich mit ihr weiter verbunden fühlen zu können.**
- Sonst bedeutet jede auch kleine Alltagstrennung Verlassenheit, löst Angst oder anklammerndes Verhalten aus.
- Manchmal haben sogar Suizidversuche die Funktion, dem Verlassen werden zuvorzukommen.

- Typisch für Traumaopfer sind auch **quälende Schamgefühle**, die Störungsbildern wie Depressionen, Substanzabhängigkeiten und vor allem Persönlichkeitsstörungen oft zugrunde liegen.
- Als Objekt benutzt zu werden ist eine **extreme Demütigung** und bewirkt das Gefühl, als Person wertlos zu sein. **So haben traumatisierte Menschen häufig das Gefühl, verunstaltet, beschädigt und schmutzig zu sein, mit einer Mischung aus Scham und Schuldgefühlen.**
- Schamgefühle sind oft von existenziell vernichtend erlebter Qualität und betreffen das gesamte So-Sein als Mensch: „Ich muss mich in Grund und Boden schämen“.

- Am schlimmsten sind **Schamgefühle** wohl, wenn das Opfer sexueller Traumatisierung auch angenehme Stimulation und Lust erlebte oder das Begehren und die Bevorzugung genoss.
- Ekel, Selbsthass, Hass auf den eigenen Körper und Leeregefühl sind weitere typische Folgen kindlicher Traumatisierung, besonders sexueller Ausbeutung.

- **Die Persönlichkeit verändert sich durch die Verinnerlichung traumatischer Beziehungen.**
- **Der missbrauchende Elternteil wird durch Introjektion gewissermaßen zum Selbstanteil, dies bedingt ein negatives Selbstbild mit der Überzeugung, selbst böse und schlecht zu sein.**
- **Unter dem Gebot dieser Introjekte müssen sich die Kinder später – auch als Erwachsene noch – bestrafen, vernachlässigen, erneut misshandeln lassen.**

- **Wenn das Kind sich mit Merkmalen der Täterperson identifiziert,** wird es sich so erleben und verhalten wie dieser, kann so **Macht anstatt Ohnmacht** spüren, behandelt dann später eventuell andere ausbeuterisch und missbräuchlich, prügelt wieder die eigenen Kinder.
- **Und wenn diese Kinder später Eltern werden, bringen sie die Traumafolgen natürlich mit in die Beziehung zu ihren eigenen Kindern.**

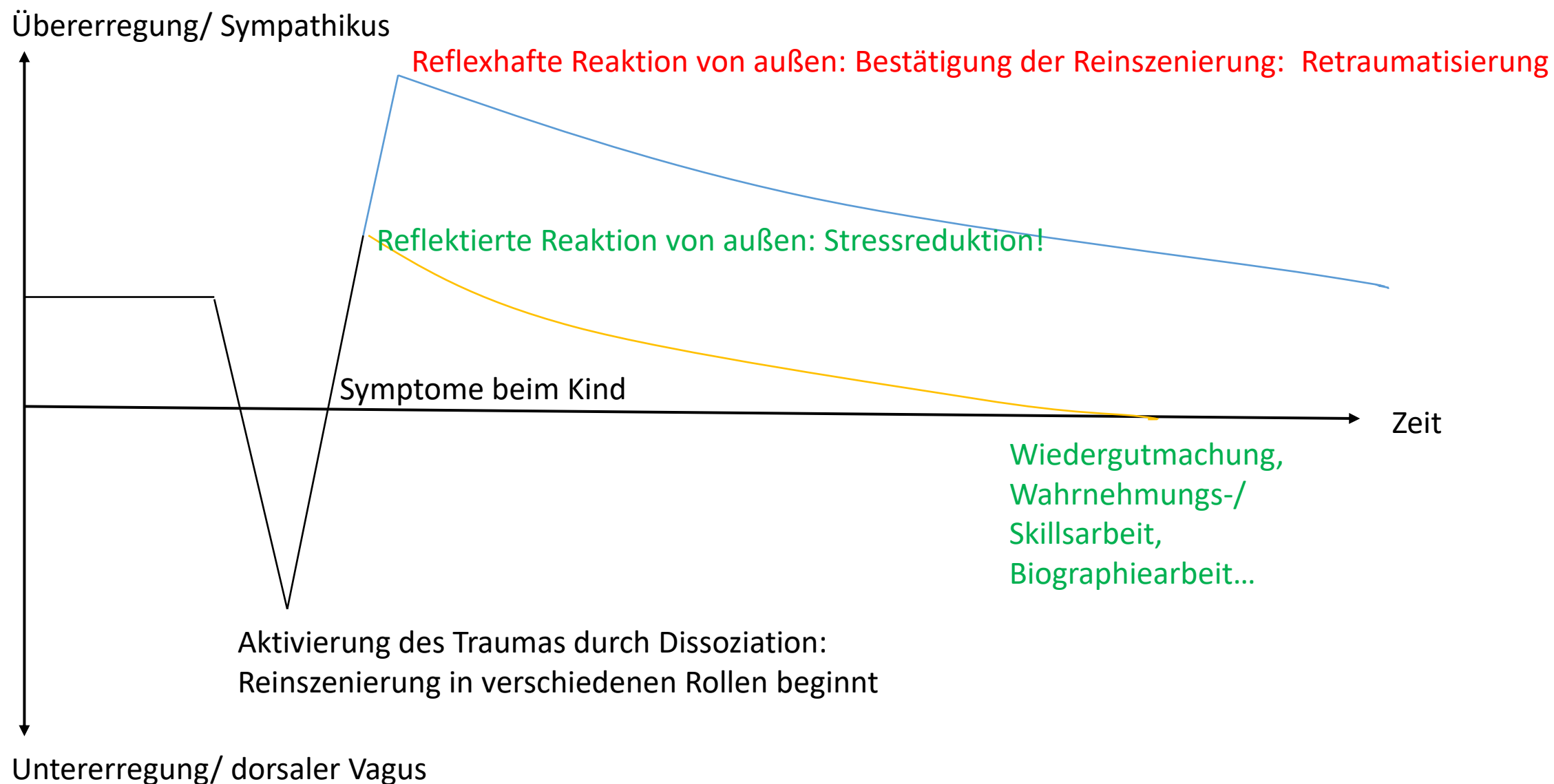
5. Therapeutische Konsequenzen aus der Bindungsforschung

Hauptaufgaben des Therapeuten/ Beraters:

- als sichere Basis für seine Klienten fungieren
- die Beziehung des Klienten zu seinen aktuell wichtigsten Bezugspersonen gemeinsam mit ihm zu reflektieren
- die Beziehung des Klienten zu ihm als Therapeuten/ Berater als einer Beziehungsfigur mit ihm zu betrachten
- die aktuelle Sicht der Welt des Klienten mit ihm zu untersuchen
- mit ihm zu überlegen, ob seine Arbeitsmodelle angemessen sind

Reflektiertes Vorgehen:

1. Starkes Empfinden/ Handlungsimpuls/ Körperreaktion/ Gedanken wird im Kontakt mit dem Gegenüber wahrgenommen
 2. Frage an sich selbst: hat dies etwas mit meiner eigenen Lebensgeschichte zu tun?
 - 3.1 Ja: Stressregulation, Selbsterfahrung, eigene Therapie, Tresorübung, sicherer Ort
 - 3.2 Nein: es hat etwas mit der Lebensgeschichte meines Gegenübers zu tun
 - 3.2.1 Übertragung/ Projektion
 - 3.2.1 Ist er angetriggert? Wie alt fühlt er sich an?
 - 3.2.2 Verbindung zum Bindungsstil des Gegenübers
- Generell: Die Symptomatik wird als Überlebensstrategie angesehen!!!
4. Stressregulation des Gegenübers über Beziehung/ Kontakt
Hier: keine Konsequenzen im Hochstress!
 5. Reflektion: Was für eine Überlebensstrategie steckt unter der Symptomatik?
Was hat das mit der Lebensgeschichte zu tun?
Triggerdiskrimination/ Einüben von Stressregulationsstrategien
Dies führt zu mehr Bewusstsein über sich Selbst
 6. Wiedergutmachung ist obligatorisch!



Wie können wir „beruhigend“ eingreifen?

Eigene Reaktivität stoppen!

- eigene Achtsamkeit, um den eigenen Stresslevel rechtzeitig zu erkennen (Achterbahnmetapher)
- Selbstberuhigungstechniken – hilft auch beim Gegenüber über die Spiegelneuronen (Modell-Lernen)
- mittelfristig: eigene Trigger in der Lebensgeschichte kennen (und evtl. selbst integrieren)

Unser Gegenüber regulieren:

- auf Ich-Ebene: authentisches Gegenüber sein
 - Synchronisation limbisches System-Präfrontaler Cortex (pacing)
- auf Sach-Ebene: möglichst ruhige Reaktion, neutral und objektiv, aber mit Mimik
 - raus aus dem limbischen System, rein in den Präfrontalen Cortex (leading)

- Bezug zur Lebensgeschichte (bei Reinszenierung)
 - Rolle des „empathischen Zeugen“
 - hier keine Konsequenzen verhängen
 - weniger reden, ist häufig mehr
 - emotional verfügbar sein, gemeinsames aushalten, Skills zur Selbstberuhigung anbieten

Ungünstig wäre...

- Reaktion auf der Beziehungsebene
- Verhalten als Appell wahrnehmen
- Konsequenzen in diesem Moment aussprechen (v.a. wenn sie nicht durchgesetzt werden können und/ oder irrsinnig sind)

10 = maximaler Stress

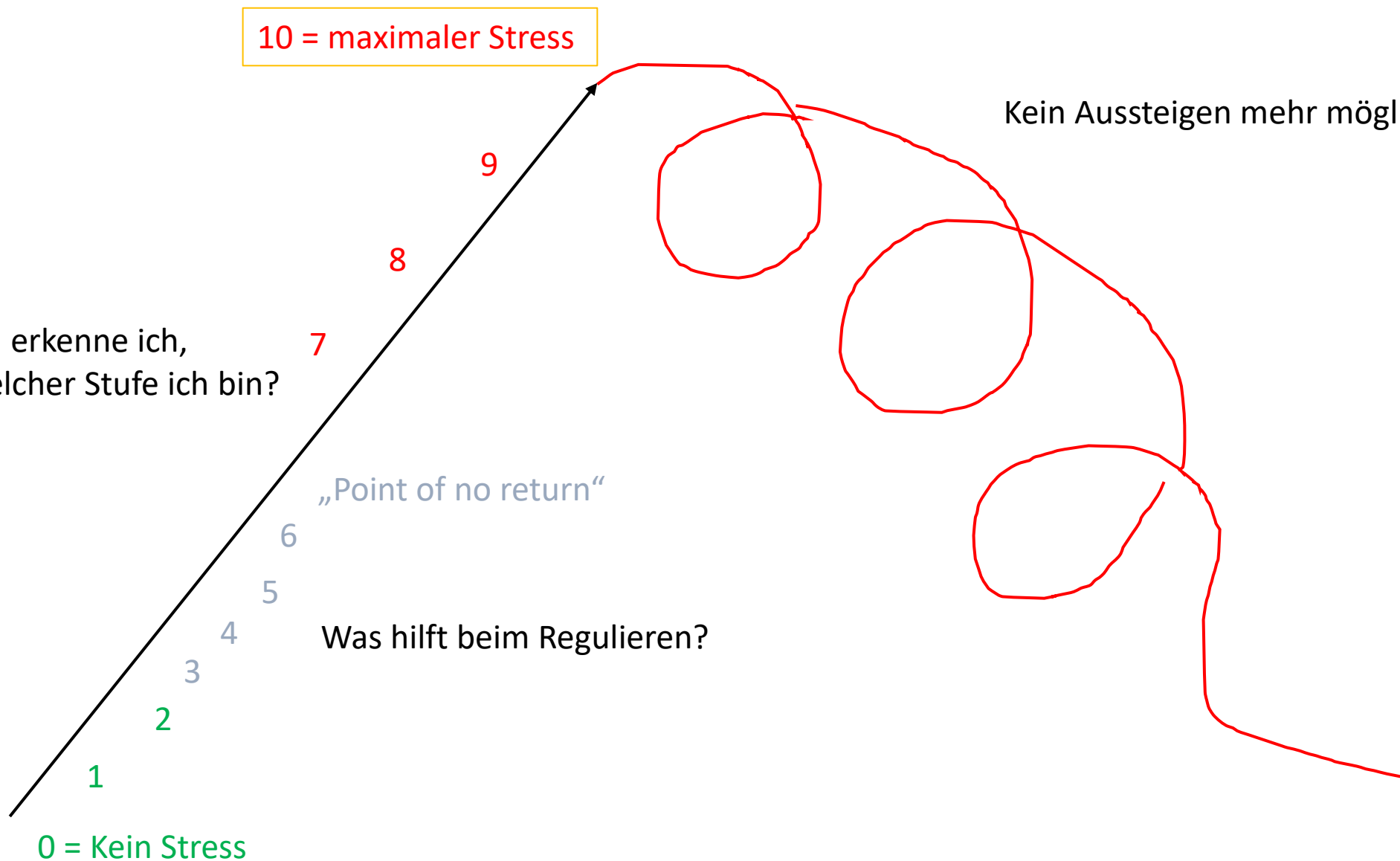
Kein Aussteigen mehr möglich

Erschöpfung

Woran erkenne ich,
auf welcher Stufe ich bin?

„Point of no return“

Was hilft beim Regulieren?



Stufe 0-2 = kaum Stress = Symptome?

Stufe 3-6 = ansteigender Stress = Symptome = was hilft?

Stufe 7-10 = großer Stress = Symptome = Stressregulation sehr schwierig....

Ab Stufe 10 = keine Stressregulation mehr möglich.... Aushalten und Schaden begrenzen

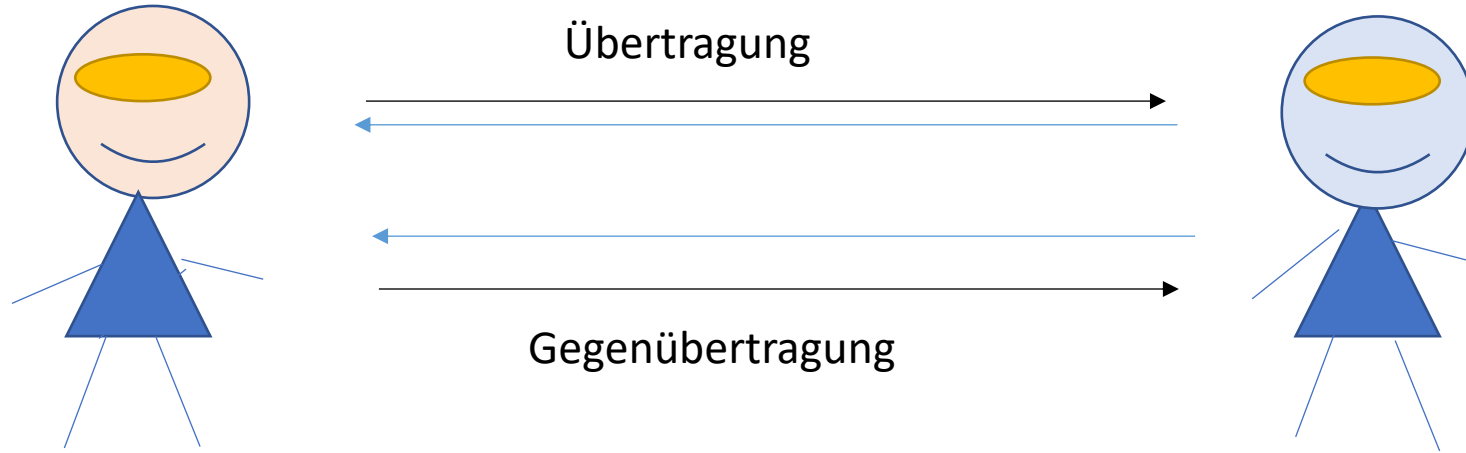
➤ woran erkennen wir unsere eigenen Stressebenen und was tun wir selbst?

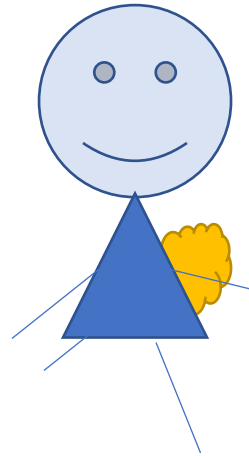
Schritte im weiteren Verlauf:

- Selbstbewußtsein (Bewusstsein über sich selbst)
- Selbstannahme/ Selbstakzeptanz
- Selbstwirksamkeit/ -ermächtigung zur Verantwortungsübernahme
- Selbstvertrauen

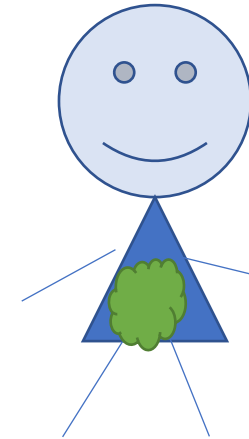
6. Traumaspezifische Übertragungs- und Gegenübertragungsmuster:

- **Übertragung** wird als **unbewusste Wiederholung vergangener Beziehungserfahrungen** und gewissermaßen Verschiebung der dazugehörigen Affekte, Wünsche und Erwartungen auf Personen der Gegenwart definiert.
- Generell prägen **Bindungs- und Beziehungserfahrungen** unsere **lebenslangen inneren Haltungen** und die Wahrnehmung wichtiger Bezugspersonen der Gegenwart – **und damit die Übertragungen**.

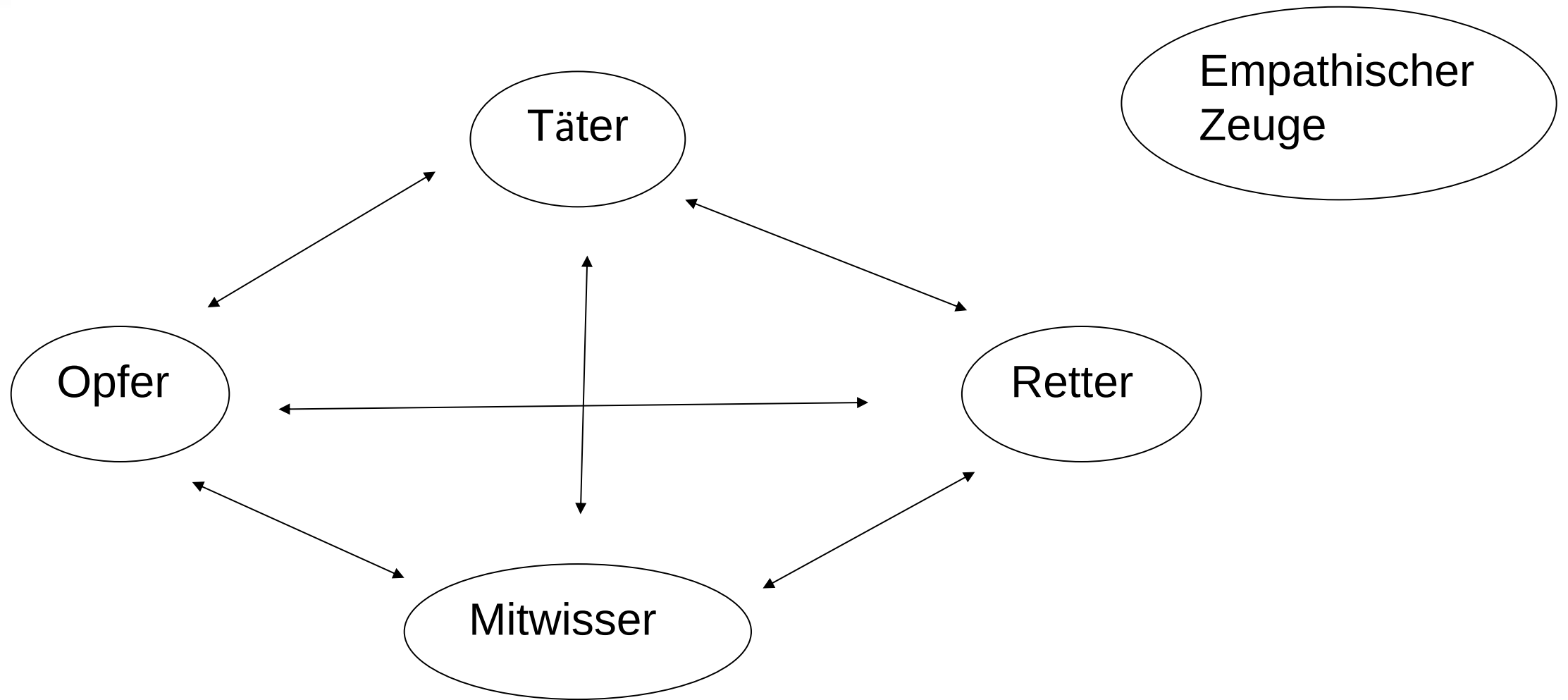




Projektion



Projektive Identifikation



- **Nach frühen Erfahrungen von Gewalt und Misshandlung können aktuelle Beziehungspersonen besonders leicht verzerrt wahrgenommen werden.**
- Das gilt **besonders für die beratende/ therapeutische Beziehung**, gerade weil diese so bedeutend und damit so stark mit frühen Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen, von denen man abhängig war, assoziiert ist.
- Diese **Machtposition der Beraterin/ Therapeutin löst leicht kindliche Erwartungen und Ängste aus.**

- **Alle alten traumatischen Erlebnisse und Gefühle, aber auch alle kindlichen Bedürfnisse nach Rettung, Liebe und Geborgenheit können durch Aspekte der therapeutischen Beziehung getriggert und so neu belebt werden.**
- Aktuelle Situationen werden gewissermaßen **aus der Perspektive der Vergangenheit** und auf potentielle Bedrohungen zentriert interpretiert. So können **geringfügige Anlässe** wie ein als kritisch oder ablehnend wahrgenommener Blick der Beraterin **heftige Stimmungseinbrüche, „Gegenattacken“ oder – auch körperliche – Fluchtimpulse** auslösen.
- Der Aufbau eines **Arbeitsbündnisses** kann dadurch **massiv erschwert** werden.

- Intensive negative **Übertragungen von Hass und Misstrauen** können den Aufbau einer Beziehung behindern. Aber auch eine **idealisierende Übertragung** mit magischen Heilserwartungen kann ein Hindernis sein.
- Generell gilt: Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle und –reaktionen bei komplex traumatisierten und dissoziativen Menschen sind sehr heftig, bisweilen von nahezu überwältigender Intensität.
- Oberstes Gebot ist daher: **erkennen, innehalten, Handlungsdruck reflektieren, Supervision.**

7. Häufige Übertragungsformen bei traumatisierten Menschen

- **Macht und Ohnmacht, sadistischer Missbraucher und hilfloses, ohnmächtig wütendes Opfer:** Die Klientin erlebt die **Beraterin als machtvoll kontrollierend (Täter)** und sich selbst **ihr ohnmächtig ausgeliefert (Opfer)**.
- **Variante der Täterübertragung:** Aspekte einer misshandelten Person werden auf den Berater übertragen, der dann als potentieller Täter wahrgenommen wird, der Gehorsam verlangt und beruhigt werden muss, oder dem man alles recht machen muss, um ihm zu gefallen oder nicht bestraft zu werden.

- **Übertragung einer vernachlässigenden Bezugsperson, die keinen Schutz gewährt und Bedürfnisse missachtet**
- **Übertragung von Aspekten der hilflosen Eltern = Parentifizierung**
- **Idealisierter, omnipotenter Retter und nach Rettung suchendes Kind**
- **Übertragung des wegschauenden Elternteils, der vom Missbrauch wusste, aber nicht eingriff.**

- **Suche nach perfekten Eltern:** Die Beraterin hat z.B. die Phantasie, die Klientin durch „Beelterung“ zu heilen, die bessere Mutter zu sein. Oder die Beraterin reagiert überbehütend und väterlich und mit Scham, dass ein Vertreter des eigenen Geschlechts „so etwas“ tun kann.
 - **Flashback-Übertragung:** Aspekte der Beraterin wie Kleidung oder Stimme können traumatische Erinnerungen/ Flashbacks triggern, die Beraterin wird evtl als Täter verkannt.
- Übertragungen sind umso heftiger, je früher das Kind traumatisiert wurde, je weniger ausgereift und stabil also die Persönlichkeit war (Ichstrukturelle Störungen), und je dissoziativer die Klientin ist.

- Typisch für Klienten mit **Borderline-Störungen** sind rasch wechselnde **Idealisierung und Entwertung**.
- Oft werden eigene **unerträgliche Affekte oder Selbstanteile im Dienste der Emotionsregulierung im anderen „deponiert“** (projektive Identifikation).
- Die **Beraterin wird** so lange **manipuliert**, bis sie sich **der unbewusst zugewiesenen Rolle entsprechend** verhält, z.B. wütend wird und Schuldgefühle bekommt.
- So hat die **Klientin den Abstand zu den eigentlich zu ihr gehörenden Affekten** und kann diese im Außen an jemandem kontrollieren oder bekämpfen.

- **Übertragungswut ist Folge von Missverständnissen und Empathieunterbrechungen**, die als Kränkung und Verlassen werden erlebt werden.
- **Übertragungswut kann auch ein unbewusster Test der Tragfähigkeit der beratenden Beziehung sein:** Wie die Beraterin/ Therapeutin mit heftigen Gefühlen umgehen kann, ob sie zurückschlägt, sich rächt oder ob sie die Klientin auch als „schwieriges Kind“ (aus)hält, ob sie Grenzen setzen und Nein sagen kann, ohne sich oder das Setting zerstören zu lassen.
- **Typisch für Klienten mit Missbrauchserfahrungen ist auch, dass sie ihr Misstrauen überspielen, sich scheinbar vorbehaltlos auf die Therapie/ Beratung einlassen, bis – subjektiv erlebt – einer neuer „Übergriff“ erfolgt**

Was hilft, negative Übertragungen zu begrenzen....

- Aktive Beziehungsaufnahme, reale Präsenz
- Wohlwollende, wertschätzende Haltung
- Jeweils das Einverständnis der Klientin für jeden nächsten kleinen Schritt einholen
- Kein längeres Schweigen entstehen lassen
- Kontrolle und Wahlmöglichkeiten
- Klarheit und Transparenz
- Ego-State-Arbeit auf der inneren Bühne
- Klärung eigener Gegenübertragungsreaktionen
- Was in ihr selbst noch unerträgliches bringt die Klientin vielleicht gerade in der Beraterin unter?
- Eigene Fehler klar eingestehen
- Klärung der aktuellen Realität in der beratenden Beziehung
- Ärger, Wut und Angst als Reaktion auf eine wahrgenommene Bedrohung in der beratenden Beziehung verstehen

- **Entlastend und wichtig zu wissen ist: alles kann traumatische Affekte triggern,** wir können es nicht verhindern, eine Handbewegung oder ein Blick kann reichen, Gefühle von Ohnmacht und Verlassen werden auszulösen.
- Eine **wohlmeinende Erklärung kann als klein machend oder demütigend ankommen.**
- Heftige **negative Übertragungsreaktionen sollten möglichst rasch geklärt** und damit die Basis der kooperativen Arbeitsbeziehung wieder gesichert werden.
- Hilfreich ist, der Klientin die **Kontrolle und Wahlmöglichkeit** zu geben.

- Auch **Verständnis und Wertschätzung** für die Schutzfunktion negativer Übertragungen hilft
- **Grenzen** müssen unbedingt klar **gewahrt** werden!
- Die **Verantwortung** liegt stets eindeutig **beim Therapeuten/ Berater**.

8. Typische Gegenübertragungsprobleme in der Beratung/ Pädagogik/ Therapie bei traumatisierten Klienten

- Der Begriff **Gegenübertragung** meint alle Emotionen, Wünsche, Erwartungen, Körperempfindungen und Handlungsimpulse, die in uns im Kontakt mit unseren Klienten entstehen.
- Je stärker **dysfunktionale Beziehungsmuster** traumatisierter Klienten die beratende Beziehung erfassen, desto mehr belastende und oft ungewohnt **heftige Gefühle, Gedanken und Impulse** erleben wir Helfer
- Der **Druck** zum Handeln wird **übergroß**.

- Auch **die körperliche Gegenübertragung** bestimmt dies stark mit.
- Von einem Klienten, der als chronische Schock-Folge körperliche Erstarrung ausstrahlt, wird sich ein Therapeut eher abwenden.
- Von jemanden, der Lebendigkeit ausstrahlt, wird sich auch ein Berater/Therapeut eher angezogen fühlen.
- **Für eine erfolgreiche Traumafachberatung oder –therapie kann ein reflektierter Umgang mit der Gegenübertragung entscheidend sein, dafür ist Supervision sehr hilfreich und wichtig, oft Voraussetzung.**

Häufige Gegenübertragungsreaktionen in der Arbeit mit traumatisierten Klient*innen:

- Mitgefühl, Mitleid
- Wut auf den Täter
- Fürsorgeimpulse bis Retterimpulse
- Ohnmacht und Hilflosigkeit, Resignation
- Gefühl von Ungenügen, Inkompetenz, Versagensängste
- Blockiert sein
- Gefühl der Abneigung und des Abgestoßen seins
- Sexuelle Phantasien und Handlungsimpuls
- Der Klientin nicht glauben, ihr die Schuld zuweisen
- Zurückweisung, Entwertung, den Klienten meiden oder loswerden wollen
- Faszination

.....

- Gefühl, kontrolliert, manipuliert, missbraucht, entwertet zu werden
- Schuldgefühle
- Schamgefühle
- Wut oder Hass auf die Klientin aktiviert evtl. Überfürsorge
- Angst vor der Klientin
- Verwirrung, Orientierungslosigkeit und Überflutung

- **Typisch für traumatische Gegenübertragungen können die überwältigende Intensität und die Fremdheit der erlebten Gefühle und Impulse sein.**
- Oder wir nehmen über **Spiegelneuronen die Schockphysiologie der Klienten auf und erstarren** emotional und körperlich selbst, können uns nicht mehr einfühlen.
- **Eine typische Gegenübertragungsreaktion auf feindselige und traumatische Übertragung ist meist ein Gefühl von Unzulänglichkeit und Inkompetenz.**

- Auch heftige erotische Wünsche und Handlungsimpulse können als **Gegenübertragungsreaktion** auftreten
- Klient*innen müssen **die Sicherheit der Grenzen** evtl. testen.
- Aufgabe der Beraterin/ Therapeutin ist eindeutig, **die Grenzen zu wahren** und jeder Verführung klar und unbedingt zu widerstehen.

Wichtig: Gefahr des Ausagierens der Gegenübertragung

- Wir agieren **Retterimpulse** aus und **überfordern uns** grenzenlos
- Distanzierung aus Angst vor der Heftigkeit der traumatischen Inhalte, glauben dem Klienten nicht, beteiligen uns an der täterloyalen „Verschwörung des Schweigens“
- Wir identifizieren uns mit dem Täter, bagatellisieren oder leugnen den Missbrauch
- Wir instrumentalisieren die Klientin für unsere eigene narzisstischen Bedürfnisse
- Wir reagieren destruktiv auf Verletzungen und Entwertungen
- Wir wehren Hass durch Überversorgung, Langeweile oder Entwertung der Klientin als hoffnungslosen Fall ab

Was hilft bei negativer Gegenübertragung? (u.a. L.Reddemann, 2004)

- Wieder reflektierenden Abstand gewinnen
- Verstehen mit Hilfe von Supervision
- Liebens- und schätzenswerte Seiten der Klienten entdecken
- Mitgefühl für die leidenden inneren Kinder
- Daran denken, dass die Klientin mit Aggression evtl ihre Würde schützt
- Positive Vision der Zukunft entwerfen
- Imaginative Techniken der Distanzveränderung, eigenes Helferteam, eigenes Verletzliches in Sicherheit bringen
- Evtl empathisch dosierte Mitteilung der eigenen Gefühle
- Psychohygiene, traumatisches Material nicht behalten, sondern z.B. imaginativ entsorgen

Laufend hilfreich...

- „sicherer Ort“: sowohl äußerlich, als auch durch die innere Haltung des Umfeldes/ der Helfenden
- Gefühl von Sicherheit in der Beziehung (Beruhigung des Nervensystems)
- Klare Leitplanken in Form von unumstößlichen
- keine Ausnahmen, klare Strukturen/ Rituale/ Vorhersehbarkeit/ Partizipation
- Beachtung der individuellen Stresstoleranzfenster
- Transparenz, Verlässlichkeit, Berechenbarkeit
- Reflektiertes Verhalten des Umfeldes (vs. reflexhaftes Verhalten)

9. Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen

- Die **Folgen** von Traumata für die **nachfolgenden Generationen** wurden insbesondere für Überlebende des Holocaust und im Zusammenhang mit Kriegstraumata beschrieben
- Nicht selten erfüllen die **Nachkommen** traumatisierter Personen die diagnostischen Kriterien einer **PTBS**, ohne selbst direkt traumatisiert worden zu sein.

- Als traumatisierend wurde besonders der **unbewusste Zwang gesehen, sich in nicht mitgeteilte Traumata der Eltern einzufühlen und deren abgespalteten Emotionen zu empfinden.**
- Kinder der Überlebenden versuchten in einer besonderen Form der **Rollenumkehr** einen Defekt der Eltern auszufüllen, indem sie ständig an die Vergangenheit der Eltern dachten, für diese die **Brücke zum Leben sein und verlorene idealisierte Bezugspersonen ersetzen** sollten und als Folge sich nicht als eigenständiges lebendiges Selbst fühlen konnten.

- **Traumatisierte junge Männer und Väter kamen mitunter völlig verändert aus Krieg und Gefangenschaft zurück**, emotional wie abgeschnitten von sich und unzugänglich für ihre Frauen und Kinder.
- Im Krieg traumatisierte Menschen haben oft im Sinne eines Bewältigungsversuchs alle psychische Kraft dazu aufgewendet, ihre **schlimmen Erlebnisse in sich abzukapseln und vor sich und anderen zu verbergen**.

- Aber gerade diese „**Schweigemauer**“ scheint der Grund dafür zu sein, dass Traumata mit tief greifenden Folgen **an die nächsten Generationen weitergegeben** werden.
- Zu diesen **Folgen können Gefühle der Leere, des untröstlichen Schmerzes, der Isolation oder des namenlosen Schreckens** ebenso gehören wie Gefühle der Verlassenheit, existenzielle Einsamkeit, von der Welt abgetrennt oder ungewollt zu sein.

- Häufig geraten die Betroffene in das **Dilemma**, zugleich stellvertretend für die Eltern ein erfolgreiches Leben leben zu sollen – und genau das zugleich nicht zu dürfen, weil es die Eltern mit deren Schmerz und Neid konfrontieren würde.
- Viele **während des Kriegs geborene Kinder** wurden in den prägenden frühen Entwicklungsjahren mit schrecklichen Erlebnissen und Verlusten konfrontiert, auch mit überfluteter Angst und Dissoziieren der Mütter.
- Oft mussten sie **kleine Erwachsene sein und viel zu früh Verantwortung übernehmen**, wurden um die eigene Kindheit betrogen und die eigenen kindlichen Bedürfnisse **abgespalten**.

- **Je jünger** die Kinder waren, **desto gravierender** wirkten sich die Traumata auf ihre kognitive und emotionale Entwicklung aus.
- Typische Folgen sind Gefühle von **Ohnmacht**, **Ausgeliefertsein** und Erstarrung, Angst vor Unabhängigkeit, **Verlustängste**, Gefühl innerer Isolation, **Identitätsprobleme**, Gedächtnisverlust und **Stagnation** der Entwicklung.
- Fehlen von Sicherheit, Vorhersehbarkeit und Vertrauen zusammen mit überwältigender Angst, Machtlosigkeit und Kontrollverlust bestimmten das Erleben und führten oft zu **lebenslang wirksamen inneren Verboten** von Unabhängigkeit und Autonomie.

- Frühe **überwältigende Verluste und abrupte Trennungen** konnten nicht betrauert, sondern mussten **verleugnet** oder **dissoziiert** werden.
- Mitunter stagnieren Therapien an einem Punkt, wo Ängste oder depressive Gefühle nicht zu den Klienten selbst gehören, sondern **von einem Eltern- oder Großelternanteil übernommen** worden sind.
- Erst durch die **Aufklärung der Traumatisierung** der Eltern und die Auseinandersetzung mit deren Geschichte wird es schrittweise möglich herauszufinden, was sich hinter den eigenen, anscheinend unlösbaren Problemen verbirgt.

- Die **schützenden psychischen Barrieren** der inzwischen alt gewordenen Kriegstraumatisierten **bröckeln** auch auf Grund des Alters, der damit oft fehlenden Struktur durch Aufgaben und der **nachlassenden kognitiven Bewältigungsfunktionen**.
- **Erlebnisse** von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein **triggern** plötzlich bislang tief verborgene Erinnerungen an Kriegstraumata und **aktivieren** die alten Schreckensbilder und –gefühle.



- Aber auch **familiäre Traumata** wie sexuelle Gewalt haben folgenschwere Auswirkungen auf die nächste Generation.
- Mütter, die ihre Töchter nicht vor sexuellen Übergriffen des Vaters oder anderen Tätern schützten, haben oft selbst als Kinder ähnliche Traumata erlebt. Manche sind **aufgrund dissoziativen Abschaltens „blind“ für das sich wiederholende Grauen** oder schauen **täteridentifiziert** aktiv weg.

- Auch der **unverarbeitete Verlust eines Kindes und die Trauer und Schuldgefühle der Eltern** können gravierende Auswirkungen auf nachfolgend geborene Kinder haben. So kann die Mutter **in Depression versunken und damit „abwesend“** sein, sich dem neuen Kind nicht zuwenden können, die **neue Schwangerschaft als Verrat an dem verstorbenen Kind** erleben.
- All das schreiben sich die lebenden Kinder oft als **ihre Schuld und ihr Versagen** zu, erleben sich wie unter einer dunklen Decke und leiden unter einem **Grundgefühl, keine eigene Existenzberechtigung** zu haben.



- **Traumatherapie ist auch noch im höheren Alter** sehr wirksam und entlastend.
- Die **Würdigung** des Leids und der Tapferkeit ermöglicht oft einen **heilsamen Trauerprozess** und gibt den Betroffenen auch ein Stück ihrer Würde zurück.

10. Trauma und Epigenetik

- **Misshandelte Kinder** sind erheblich **gefährdet**, angst- oder gemütskrank zu werden, weil der einwirkende hohe Stress die **Regulation ihrer Gene** dauerhaft verändern kann. Bei Menschen mit dieser genetischen Veranlagung verursacht das Trauma eine **dauerhafte Fehlregulation des Stresshormonsystems**.
- Die Folge ist eine **lebenslange Behinderung** im Umgang mit belastenden Situationen für den Betroffenen, welche häufig zu **Depression** oder Angsterkrankungen im Erwachsenenalter führt.

- **Traumata im Kindesalter** hinterlassen je nach genetischer Veranlagung **dauerhafte Spuren** auf der **DNA**: Epigenetische Veränderungen in einem bestimmten Gen, das für die Stresshormonregulation zuständig ist, verstärken dessen Wirkung. Die mutmaßliche Konsequenz ist eine anhaltende Fehlsteuerung der Stress-Hormonachse beim Betroffenen, die in einer psychiatrischen Erkrankung enden kann.
- Entscheidend für das kindliche Traumaopfer ist aber, dass die Stress-induzierten epigenetischen Veränderungen nur dann auftreten können, wenn es auch diese **spezielle DNA-Sequenz** besitzt.
- Nach **Traumatisierungen im Erwachsenenalter** konnten keine krankheitsassoziierte Demethylierung im FKBP5-Gen nachgewiesen werden.

- Auch traumatische Erfahrungen **noch vor der Schwangerschaft** führen zu **epigenetischen Veränderungen** bei den betroffenen Eltern und deren Kindern.
- Internationales Forscherteam weist 2015 nach, dass FKBP5 bestimmt, wie **wirkungsvoll** der Körper auf **Stresshormone** reagieren kann, und steuert so das gesamte Stresshormonsystem. Das **FKBP5-Gen** ist bei vielen Krankheiten wie beispielsweise der Posttraumatischen Belastungsstörung oder der Depression **verändert**. Forscherteam kann zeigen, dass es auch generationsübergreifende Effekte gibt.
- Die Forschungsergebnisse geben einen Hinweis darauf, dass ‘**epigenetische Vererbung**’, also die gesammelten Erfahrungen während des Lebens der Eltern, einen **Einfluss auf die Gene der Nachkommen** haben und eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Kinder spielen könnten.