



Modul 4

Zentrale Aspekte traumasensibler Arbeit

Modul 4 der Weiterbildung

Traumapädagogik/ Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/ FVTP/ GPTG)

Inhalt

Bindungsstile und Bindungsverhalten

Bindung und Hirnentwicklung

Traumatisierende Beziehungsmuster und deren gravierende Folgen

Typische traumatische Affekte nach anhaltenden Traumatisierungen

Therapeutische Konsequenzen aus der Bindungsforschung

Traumaspezifische Übertragungs- und Gegenübertragungsmuster

Häufige Übertragungsformen bei traumatisierten Menschen

Typische Gegenübertragungsprobleme in der Beratung/ Therapie von traumatisierten Klient*innen

Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen



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."

BONDING UND **ATTACHEMENT**: WAS IST DAS?

- Bedürfnis des Kindes nach Liebe und Geborgenheit drückt sich im **Bindungsverhalten des Kindes (Attachement)** aus:
 - ist besonders in Stresssituationen aktiv
 - innere Stressoren (Hunger, Müdigkeit, Angst)
 - äußere Stressoren (Trennung von der Bindungsperson, Gefahr, Schmerz)
 - **Stressoren aktivieren das Bindungsverhalten des Kindes und das Kind signalisiert den Bezugspersonen damit, dass es Hilfe, Schutz und Unterstützung benötigt. Damit sichert sich das Baby intuitiv sein Überleben** (Brisch, 2014, Cierpka et al., 2014).

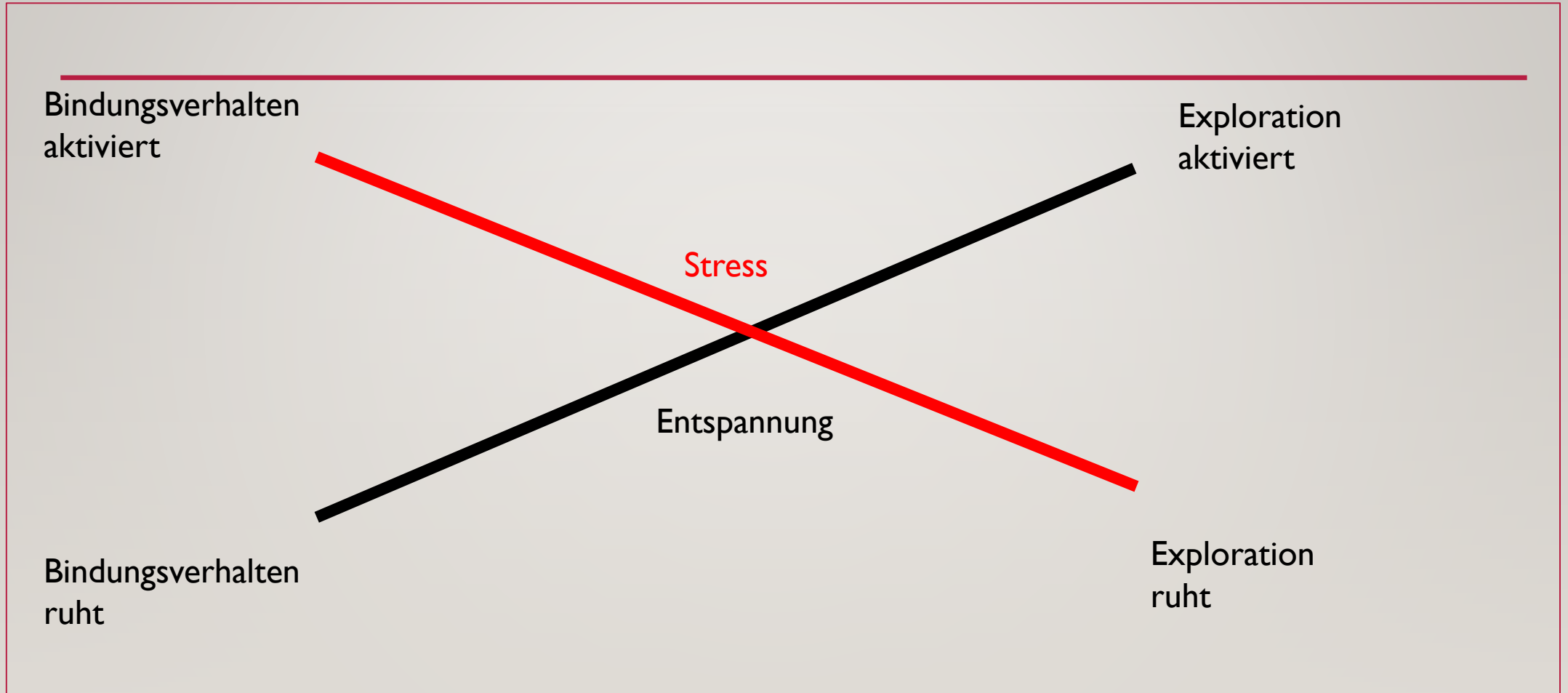
BONDING UND ATTACHEMENT: WAS IST DAS?

- **Komplementär zum Bindungsverhalten der Kinder zeigt sich in Wechselbeziehung das Pflegeverhalten der Bezugspersonen (bonding).**
- im Kontakt mit den Bezugspersonen entsteht in den ersten zwölf Monaten der Bindungstyp des Kindes
- zwischen einer oder mehreren Bezugspersonen
- Bindung sichert das Überleben des Babys

- **Fühlt sich das Kind sicher, wohl und geborgen, „ruht“ das Bindungsbestreben und das Explorationsverhalten des Kindes ist aktiviert.**
Es ist „stressfrei“ in der Lage, seine Umwelt zu erkunden und Lernerfahrungen zu machen.
- **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.**
- **Ist das innere Gleichgewicht wieder hergestellt, beruhigt sich das Bindungsbestreben des Kindes und das Explorationsverhalten wird wieder aktiviert.**



„NORMALE“ BINDUNG



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
- prompt darauf zu reagieren

Eine sichere, feinfühlige Bindung ermöglicht dem Baby im besten Fall das **Erlernen von Affekt- und Selbstregulierung** und wirkt sich als **festes Fundament für die weitere Entwicklung des Kindes** aus.



Neue Studien aus der pränatalen Psychologie und Neurobiologie zeigen, dass ein **feinfühliges Bindungsverhalten** bereits während der Schwangerschaft von großer Bedeutung ist und nachhaltige Wirkung zeigt.

Nach der Geburt erkennt das neugeborene Kind seine Mutter wieder und bevorzugt sie vor anderen Personen.

Beobachtungen lassen aber vermuten, dass, wie es auch Bowlby beschreibt, in den ersten sechs Lebensmonaten die Mutter durch weitere feinfühligke Bezugspersonen leichter ergänzt werden kann.



SPIEGELNEURONEN

- Pacing
- Rapport
- Leading

(aus **N**euro- **L**inguistisches- **P**rogrammieren)

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 eigene Verhalten, der eigenen Feinfühligkeit gegenüber dem Kind an nachfolgende Generationen weitergegeben.



DIE 4 BINDUNGSTYPEN

Bindungsmuster sind nur in Stresssituationen erkennbar!

Unsicher vermeidend



Starke (negative)
Gefühle werden
eher vermieden
„helf Dir selbst,
dann hilft Dir
Gott“
Machen viel mit
sich selbst aus,
bitten nicht um
Hilfe

sicher



Gefühle werden
differenziert
wahrgenommen,
gezeigt und
besprochen
Sind überzeugt, um
Hilfe bitten zu
dürfen und diese
dann auch zu
bekommen

unsicher ambivalent



Gefühle werden stark
wahrgenommen,
häufig in extremen
Dadurch entsteht
eine innere
Zerrissenheit
Hilfe wird
eingefordert und
gleichzeitig abgelehnt

desorganisiert (Bindungsstörung)



Gefühle werden als
unberechenbar und
damit zeitweise auch
als bedrohlich
wahrgenommen
Kein durchgängiger
Umgang damit
„hard to reach
clients“

DIE 4 BINDUNGSTYPEN

Bindungsmuster sind nur in Stresssituationen erkennbar!

Unsicher vermeidend

sicher

unsicher ambivalent

desorganisiert (Bindungsstörung)



Gefahr einer
Entwicklung von
Depression, Burn-
Out, Zwang, Ess-
Störung,
Schizophrenie am
größten



Geringstes Risiko
zur Entwicklung
einer
Psychopathologie



Gefahr der
Entwicklung von
Angststörungen
(Trennungsangst,
soziale Phobie,
generalisierte
Angststörung)



Größtes Risiko für die
Entwicklung einer
Psychopathologie,
besonders Störungen des
Sozialverhaltens,
Persönlichkeitsstörungen

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. C.W. Hufeland berichtete bereits 1798, dass von 7000 Findelkindern in Paris nach 10 Jahren trotz ausreichender Pflege und Ernährung nur noch 180 leben würden.

1970 bestätigte Spitz, dass gerade Kinder zwischen dem 6.-11. Lebensmonat 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 der Täter*innen bestärken den Eindruck des Kindes, selbst böse gewesen zu sein.
- Bei **häufigem Wechsel der Bezugspersonen** kann es keine sichere Bindung und somit keine konsistente Bindungsstrategie entwickeln.
- Bei häufigem Fehlen von Bemutterung kann ein Kind **schwerste Schäden durch Hospitalismus bis hin zum Tod durch Marasmus** (Protein- bzw. Energiemangel) erleiden (Spitz, 1996).



Eine **sichere Bindung** ist die Basis, um:

- Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln.
- äußere Ereignisse kontrollieren zu können, ohne von ihnen überwältigt zu werden.
- sie bleibt immer ein Rückzugsort für Trost und Beruhigung bei äußeren Schwierigkeiten, auch im Erwachsenenalter.

Das Phänomen, die Bezugsperson als sichere Basis zu nutzen, ist für Kleinkinder überlebensrelevant. Dies wurde in vielen unterschiedlichen Kulturen nachgewiesen.

Die **Feinfühligkeit der Bezugsperson**, kindliche Signale richtig zu erfassen und angemessen und prompt darauf zu reagieren, ermöglicht eine sichere Bindung.

Aufgrund des Bindungsverhaltens der Eltern ist das der Kinder vorhersagbar.



Unter bindungstheoretischer Perspektive muss das **Fehlen oder der Verlust der sicheren Bindungsbasis als das früheste und wahrscheinlich schädlichste psychische Trauma** angesehen werden.

So wirken sich abrupte Trennungen und Verluste, die nicht von einer verlässlich Geborgenheit bietenden Umgebung aufgefangen werden, ebenso schädlich wie Gewalttraumata aus.



Traumatische Opferbindung an die Täter*innen (pathologische Bindung an die Täter*innen) ist extrem stark und als Notfallreaktion zu verstehen. Mit liebevoller Zuwendung abwechselnde Gewaltanwendung scheint die Bindung zwischen Täter*innen und Opfer noch zu intensivieren. Im Sinne des Stockholm-Syndroms können auch erwachsene Geiseln irrationale Gefühle der Bindung und Wünsche nach Trost und Zuwendung an Täter*innen 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.



BINDUNG UND HIRNENTWICKLUNG

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

„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 zugleich die Erweiterung des Toleranzfensters und die Entwicklung der Fähigkeit des Kindes, schwierige Erlebnisse zu tolerieren, zu verarbeiten und sie sogar in Wachstumschancen zu verwandeln.



Frühe Bindungstraumata wirken dauerhaft schädigend auf:

- die Fähigkeiten, Arousal zu modulieren (Selbstregulation).
- gesunde Beziehungen aufzubauen.
- mit Stress fertig zu werden.
- die erfahrungsabhängige Reifung des Gehirns – besonders des präfrontalen Cortex – wird beeinträchtigt.

Das hat **lebenslange Folgen für die Stressbewältigungskompetenz und damit für die Selbst- und Affektregulation, für die Lern- und Beziehungsfähigkeit, sowie die Selbstreflexions- und Mentalisierungsfunktion.**



Folge von unkontrollierbaren Stresssituationen (wie frühkindliche Deprivation wie Gewalttraumata) können eine Prägung des Stressverarbeitungssystems in folgenden Bereichen bedeuten:

- **lebenslang Einschränkungen der Aufmerksamkeit**
- **lebenslang Einschränkungen der Lernfähigkeit**
- **eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit und Somatisierungstendenzen**



Schon **pränatal** wirken Stressoren auf uns ein, von

- stärkeren Anstrengungen der Mutter
- unverarbeiteten und damit weiter wirkenden Traumata der Mutter
- aktuell erlebten Traumata der Mutter

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**.

Bindungstraumata können sein:

- fehlende Empathie und Missachtung der basalen kindlichen Bedürfnisse mit Wechsel von Vernachlässigung und Überbehütung



Eine sichere Bindung ist der beste Schutz vor Traumafolgen!

Sichere Bindung bietet eine stabile Grundlage in den Bereichen:

- Stressregulation
- Affekttoleranz
- beobachtendem Reflexionsvermögen

So wird das Fundament einer stabilen Persönlichkeit und eines gesunden Stressverarbeitungssystem gelegt.



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.**
- **diese ermöglichen ihm, 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.

Tiefe Einsamkeit, Hilflosigkeit und das Gefühl eines tiefen Verlassen seins sind die Folgen.

Je traumatischer die frühe Bindungssituation des Kindes war, je eher kann sich kein kohärentes Selbstbild entwickeln und je vulnerabler wird das Kind für späteren Stress sein.



Viele Klient*innen mit **schweren Persönlichkeitsstörungen erlebten frühkindliche Bindungstraumata** in dysfunktionalen Familien mit desorgansiertem Bindungsstil.

Folgen sind eine erhöhte Vulnerabilität:

- für Stress und ein beeinträchtigtes Stressbewältigungssystem im Hippocampus und präfrontalen Cortex.
- dadurch entsteht eine Disposition für spätere dissoziative Störungen und andere Traumafolgen.



Komplex traumatisierte Menschen waren in ihrer frühen Kindheit und Jugend oft einer **kumulativen Traumatisierung** (Khan, 1963) ausgesetzt

- im Sinne aushaltender, sich ständig wiederholender emotionaler Gewalt
- Missbrauch und Vernachlässigung
 - Entwertung und Schuldzuweisungen
 - Zuweisung der Sündenbockrolle
 - Ignorieren
 - Quälen
 - Zurückweisung
 - grobe Missachtung der basalen Bedürfnisse des Kindes
 - Machtausübung ohne Respekt vor seinem Willen
 - nicht altersgemäße Anforderungen und Parentifizierung/ Rollenumkehr
 - Missachtung der Grenzen
 - häufige Trennungen und tiefe Einsamkeit

Vernachlässigung und psychische Gewalt wie feindselig-entwertende Behandlung des Kindes wirken sich sehr destruktiv 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 (Wöller, 2006).

Dies kann auch der Grund dafür sein, dass Klient*innen 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 – z.B. suchtkranker, schwer depressiver oder psychotischer – 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 Depersonalisierung (Lyons-Ruth, 2003). Dies kann sich in Gefühlen wie, „gar nicht am eigenen Leben beteiligt“ zu sein, äußern.



Folge der genannten Bindungstraumata sind u.a. tief verwurzelte und das ganze Leben überschattende und vergiftende Überzeugungen.

- **dysfunktionale Kognitionen oder negative Glaubenssätze**
 - **Diese bestimmen oft unbewusst Beziehungen und Berufsleben**
 - **„ich bin nie gut genug“**
 - **„ich bin wertlos“**
 - **„ich bin unwichtig“**
 - **„ich bin unfähig“**
 - **„ich habe kein Recht auf eigene Gefühle und Wünsche“**

Auch viele Helfer*innen haben solche Skriptsätze verinnerlicht, waren oft schon als Kinder die besseren Eltern und Helfer*innen für ihre Eltern und Geschwister.



Traumatische Auswirkungen haben auch **kognitive Verdrehungen, mit denen oft Täter*innen missbrauchte Kinder manipulieren** („Du willst das doch auch“).

Dies führt zu Verwirrung und anhaltenden Zweifeln an der eigenen Wahrnehmung, was wiederum Täter*innen und dessen destruktive Macht auf Dauer schützt.

Ähnlich schlimme Wirkungen haben Drohungen, mit denen Kinder eingeschüchtert und erpresst werden („Wehe, wenn du das jemanden erzählst, stirbst du...“ oder „Du gehörst mir, ich werde immer wissen, was du tust und dich überall finden.“).

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 **Wegschauen der Mutter** angesichts der kindlichen Not oder sexueller Missbrauch, die **Weigerung, dem Kind Glauben zu schenken**, bewirken ein **Gefühl tiefster Einsamkeit und des Verraten seins**.

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**. Oft wird dieser Verrat, durch die Mutter, als das tiefste Trauma erlebt und kann erst spät in einer Traumatherapie realisiert und ausgehalten werden.



Besonders in der **Parentifizierung** ist eine typische Rollenumkehr und ein folgeschweres Bindungstrauma:

Das Kind soll die Bedürfnisse der Eltern nach Versorgung und Bestätigung erfüllen, Verantwortung für deren Wohlergehen übernehmen und Probleme für sie lösen. Dieses Schicksal kennen viele Kinder suchtkranker oder anders psychisch kranker Eltern.

Natürlich ist das eine völlige Überforderung und eine nicht zu bewältigende Aufgabe, wird aber als Norm verinnerlicht. So quälen sich Kinder auch später häufig noch mit heftigen Schuldgefühlen: „wenn ich nur genug getan hätte, ich hätte Mama/ Papa retten müssen“. Auch daraus kann eine Motivation für ein Helfer*innenberuf entstehen.



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. „Ich war nur ein Mülleimer.“ Ein Kind übernimmt die Schuld, die Scham und die Verfehlungen der Eltern gegen sich selbst, übernimmt es als „normal“, dass es an ihm liege, die Eltern zu besänftigen und für sie zu sorgen.

Diese 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. Kinder können sich oft nur durch Rückzug und Schweigen schützen, weil niemand ihnen beisteht.



Entwicklung der Ich-Funktionen hängt wesentlich von guten Bindungserfahrungen ab:

- Affektdifferenzierung
- Affektregulierung
- Impulskontrolle

Eine typische Folge von Bindungstraumata ist daher die Entwicklung von **Persönlichkeitsstörungen**, deren typisches Merkmal eben diese sogenannte Ich-strukturelle Schwäche oder Vulnerabilität ist.



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 nicht als differenzierte Gefühle wahrgenommen, sondern als **quälende undifferenzierte Affekt- oder körperliche Spannungszustände** erlebt.

Der als unerträglich erlebte Druck muss dann schnell „weggemacht werden“, mangels reiferer Möglichkeiten der Affekt- und Impulskontrolle greifen die Patient*innen dann zu primitiveren Formen der Emotionsregulation wie:

- selbstverletzendes Verhalten
- Essstörungen
- Hochrisikoverhalten
- Suchtverhalten



Traumatisierte Kinder können **kein Gefühl der Selbstwirksamkeit entwickeln**, sie waren den Traumata stets wehrlos und als Schwächere ausgeliefert, konnten weder kämpfen noch flüchten.

Gefühle von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit bestimmen dann auch ihre Zukunftserwartungen.

Eine Mutter, die nicht eingreift, trägt – auch als weitere Modell für Hilflosigkeit – zu diesem Bild bei. Wenn es aussichtslos war, über eigene Gefühle zu sprechen, oder dies bestraft wurde, bleibt die Ohnmacht des Kindes nach außen hinter Schweigen unsichtbar.

Kleine alltägliche Situationen können Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit dann noch im erwachsenen Leben triggern, lösen bei den Interaktionspartnern oft Unverständnis und Ärger aus, manchmal die Unterstellung die Person stelle sich absichtlich dumm, um sich versorgen zu lassen oder Macht auszuüben.



Wenn ein **Kind** kein **zuverlässiges inneres Bild** einer **fürsorglichen Bezugsperson** verinnerlichen und damit Objektkonstanz erwerben konnte, bleibt es auf die reale **Anwesenheit von äußeren Gegenüber** auch im **Erwachsenenalter** angewiesen, um nicht starke **Verlassenheitsängste** zu erleben.

Dann kann Verlassen sein durch eine Trennung, später eine existenzielle Bedrohung der Selbststruktur darstellen und zu schweren psychischen Dekompensationen und Suizidalität führen.



Objektkonstanz

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, wie nach der Beratungsstunde oder bei Urlaub der Berater*in, Verlassenheit, löst Angst oder anklammerndes Verhalten aus. Manchmal haben sogar Suizidversuche die Funktion, dem Verlassen werden zuvorzukommen.



Typisch für Trauma – Opfer 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, kein Recht auf Respekt und Achtung zu haben, keine menschenwürdige Behandlung zu verdienen.

So haben traumatisierte Menschen häufig das Gefühl verunstaltet, beschädigt und schmutzig zu sein, mit einer Mischung aus Scham und Schuldgefühlen.

Schuldgefühle scheinen leichter zu ertragen zu sein, weil sie noch die illusionäre Hoffnung enthalten, man hätte etwas tun können. Schamgefühle dagegen 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. Sie führen oft zu selbstdestruktiven Verhalten, das so „hilft“, sich von unerträglichen Gefühlen vorübergehend zu entlasten (Wöller, 2006).



Die Persönlichkeit verändert sich durch die Verinnerlichung traumatischer Beziehungen.

Das Kind muss um jeden Preis eine positive Bindung zu den Eltern aufrechterhalten, nimmt die Schuld der Täter*innen und den Hass der Tat in sich hinein.

Der missbrauchende Elternteil wird durch Introjektion gewissermaßen zum Selbstanteil, dies bedingt ein **negatives Selbstbild** mit der Überzeugung, selbst böse und schlecht zu sein.

Dies hält die Hoffnung aufrecht, durch die Veränderung des eigenen Verhaltens aktiv doch noch die Liebe der Eltern wiedergewinnen zu können.

Unter dem Gebot dieser Introjekte müssen sich die Kinder später – auch als Erwachsene noch – bestrafen, vernachlässigen, erneut misshandeln lassen. Sie dürfen aufgrund innerer Verbote nicht liebevoll und fürsorglich mit sich umgehen.



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. Oder es trägt im Erwachsenenalter die täterloyale Überzeugung vor „Prügel haben noch nie jemanden geschadet.“.



Und wenn diese Kinder später Eltern werden, bringen sie die Traumafolgen natürlich mit in die Beziehung zu ihren eigenen Kindern.

Sie brauchen oft Hilfe, um nicht aus alten „Gespenstern der Kindheit“ heraus zu agieren – oft gegen ihre bewusste ausdrückliche Absicht, einfach, weil sie keine „gute Mutter“ erleben und verinnerlichen konnten. Oder weil sie getriggert werden durch alltägliche Reize wie das Schreien oder die Abhängigkeit ihres Babys.



THERAPEUTISCHE KONSEQUENZEN AUS DER BINDUNGSFORSCHUNG

Hauptaufgaben der Therapeut*innen/ Berater*innen:

- als sichere Basis für seine Klient*in fungieren
- die Beziehung der Klient*in zu seinen aktuell wichtigsten Bezugspersonen gemeinsam mit ihm zu reflektieren
- die Beziehung der Klient*in zu ihm als Therapeut*in/ Berater*in als eine Beziehungsfigur mit ihm zu betrachten
- die aktuelle Sicht der Welt der Klient*in mit ihr/ihm zu untersuchen
- mit ihr/ihm zu überlegen, ob die 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 sie*er angetriggert? Wie alt fühlt sie*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?

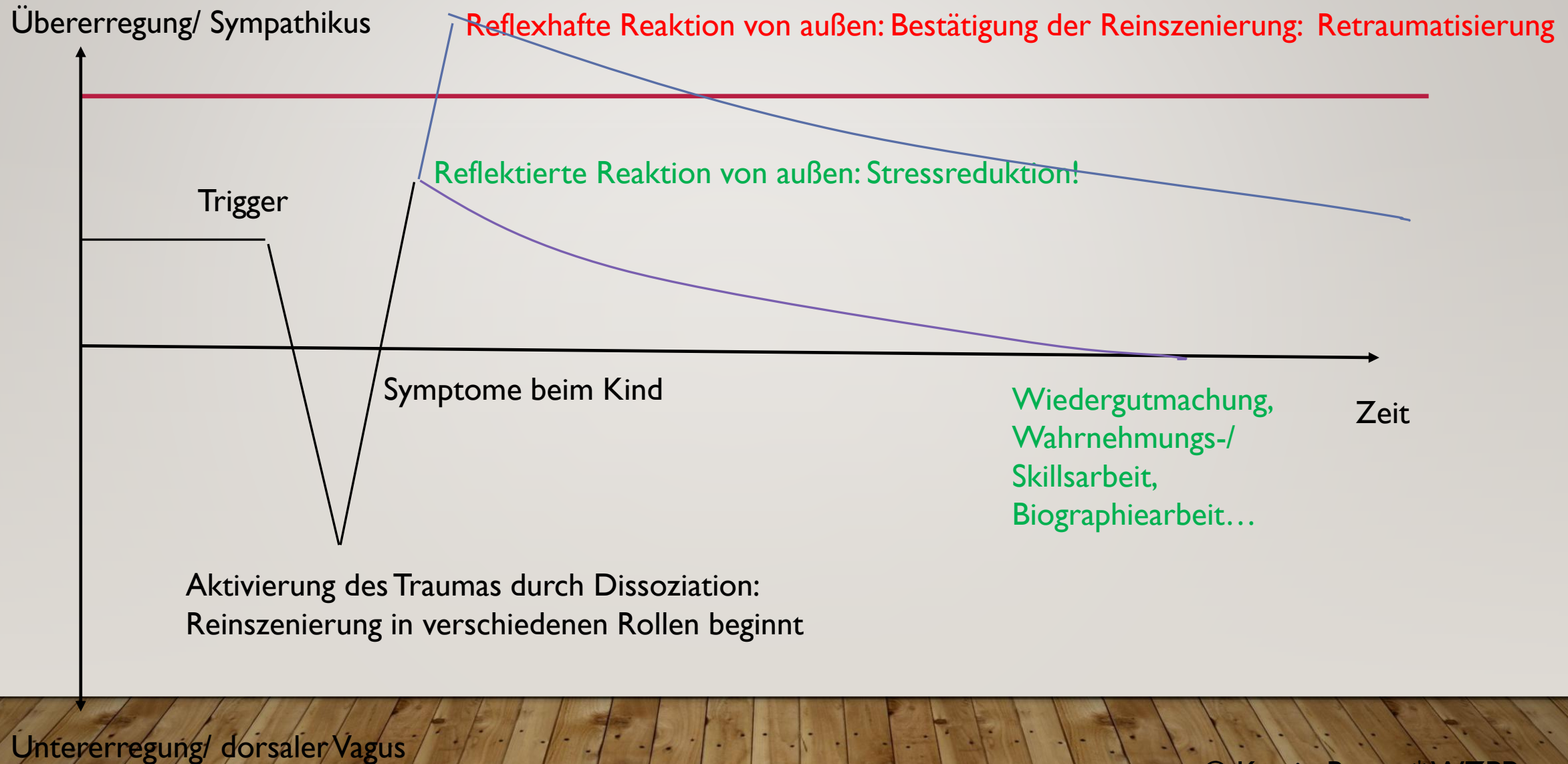
Was hat das mit der Lebensgeschichte zu tun?

Triggerdiskrimination/ Einüben von Stressregulationsstrategien

Dies führt zu mehr Bewusstsein über sich Selbst

6. Wiedergutmachung ist obligatorisch!

ERREGUNGSVERLAUF DES KINDES



WIE KÖNNEN WIR „BERUHIGEND“ EINGREIFEN?

- Eigene Reaktivität stoppen!
- eigene Achtsamkeit, um eigenes 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)

WIE KÖNNEN WIR „BERUHIGEND“ EINGREIFEN?

- Unser Gegenüber regulieren (im High-Level ist kein Gespräch möglich)
 - auf Ich-Ebene: authentisches Gegenüber sein, d.h. „Ich sehe, dass Du unglaublich wütend bist. Ich bin auch wütend! Lass uns schauen, was wir mit unserer Wut machen – dann können wir reden.“
 - Synchronisation limbisches System-Präfrontaler Cortex (pacing)
 - auf Sach-Ebene: möglichst ruhige Reaktion, neutral und objektiv, aber mit Mimik!!, d.h. „Ich sehe, dass Du wütend bist. Was würde Dir jetzt helfen, weniger wütend zu sein?“
 - raus aus dem limbischen System, rein in den Präfrontalen Cortex (leading)

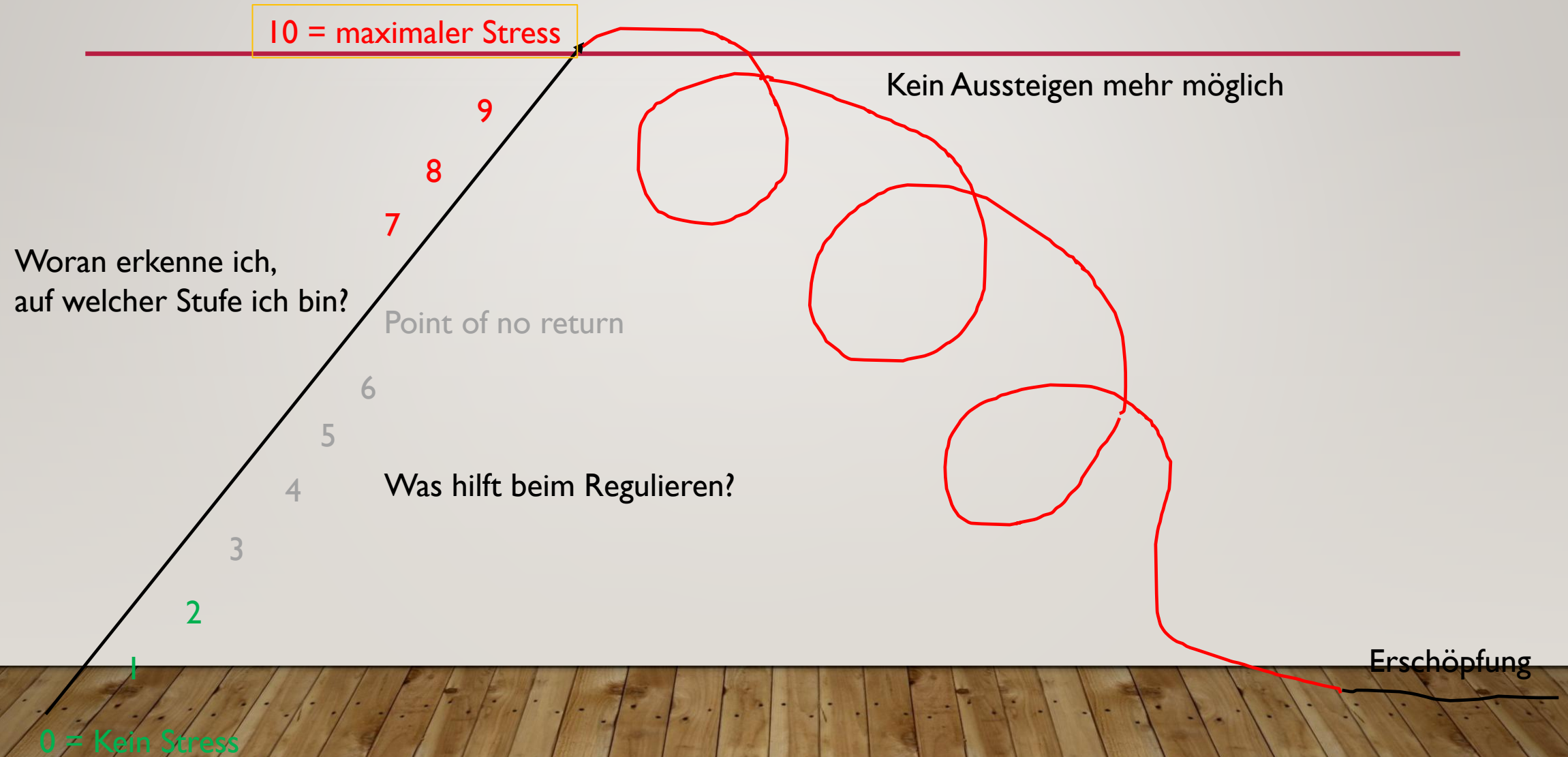
WIE KÖNNEN WIR „BERUHIGEND“ EINGREIFEN?

- Bezug zu Lebensgeschichte (bei Reinszenierung), d.h. „Du kannst es gerade schwer aushalten, dass es so schön ist. Das hat irgendwas mit Deiner Lebensgeschichte zu tun. Ich halte das jetzt mit Dir aus und mache jetzt nicht das, was Du eigentlich von mir erwartest.“
 - 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, d.h. es persönlich nehmen und mit Du-Botschaften reagieren „Du willst mich ärgern!“
- Verhalten als Appell wahrnehmen „Der will doch nur Aufmerksamkeit!“ „Der will bestimmen!“
- Konsequenzen in diesem Moment aussprechen (v.a. wenn sie nicht durchgesetzt werden können und/ oder irrsinnig sind)

ACHTERBAHN-METAPHER



STRESS-REGULATION

- 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 Stresstufen und was tun wir selbst?

Schritte im weiteren Verlauf:

Selbstbewusstsein (Bewusstsein über sich selbst)

Selbstannahme/ Selbstakzeptanz

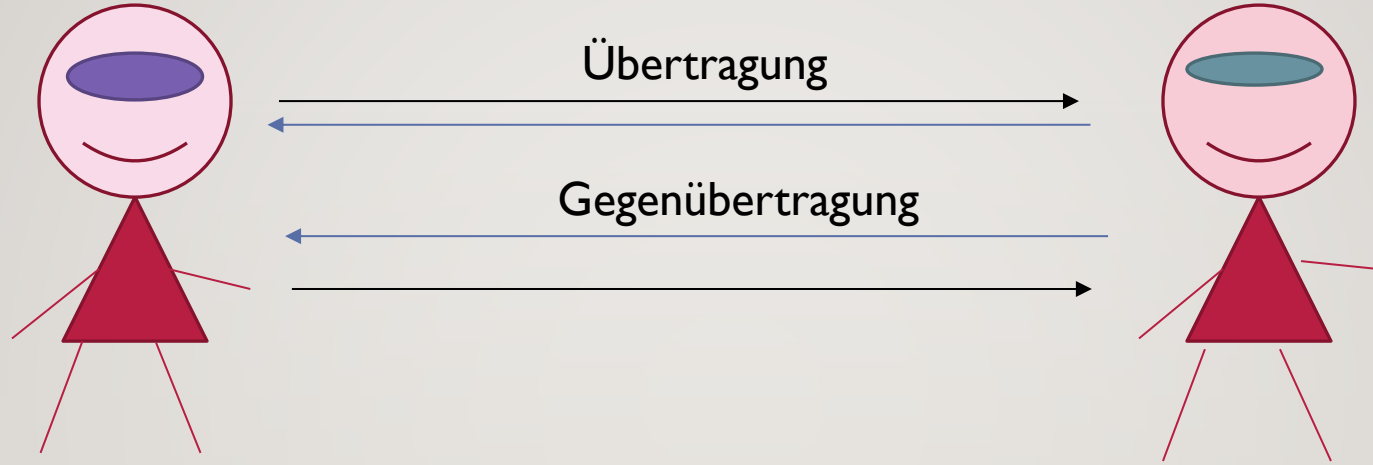
Selbstwirksamkeit/ -ermächtigung zur Verantwortungsübernahme

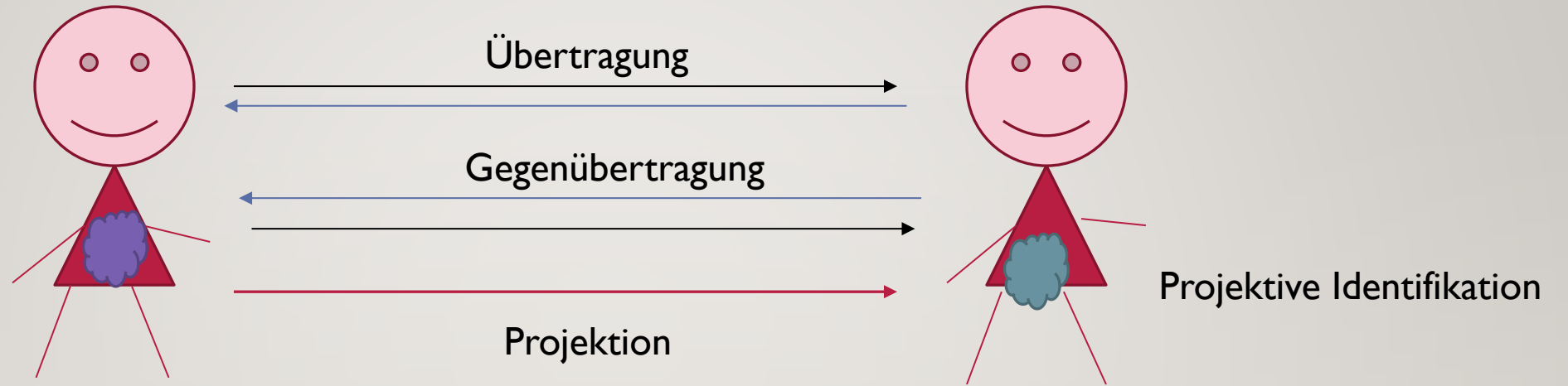
Selbstvertrauen



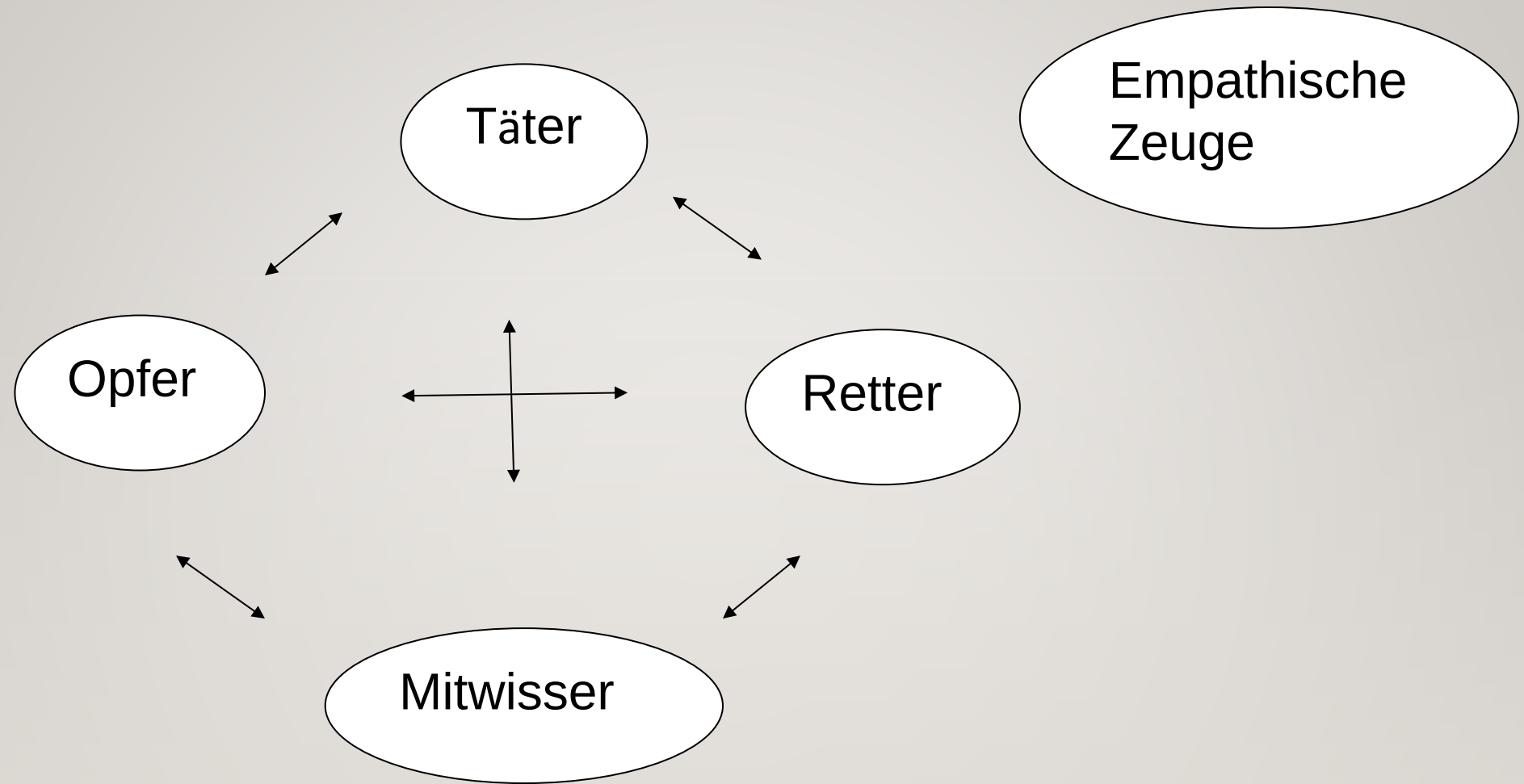
TRAUMASPEZIFISCHE ÜBERTRAGUNGS- UND GEGENÜBERTRAGUNGSMUSTER

- **Übertragung** wird als unbewusste Wiederholung vergangener Beziehungserfahrungen und gewissermaßen Verschiebung der dazugehörigen Affekte, Wünsche und Erwartungen auf Personen der Gegenwart definiert. Dies geschieht unbewusst, in allen Lebensbereichen und primär unabhängig von Traumata. Nach frühen Traumata und Vernachlässigung kommen weitere Aspekte hinzu.
- Generell prägen Bindungs- und Beziehungserfahrungen unsere lebenslangen inneren Haltungen und die Wahrnehmung wichtiger Bezugspersonen der Gegenwart – und damit die Übertragungen. Und sie prägen den Bindungsstil. Sicher gebundene Personen erleben andere eher als zuverlässig und vorhersagbar, unsicher gebundene als bedrohlich und zurückweisend.





Das Trauma-Viereck: Täter-Opfer-Retter-Mitwisser



Nach frühen Erfahrungen von Gewalt und Misshandlung können aktuelle Beziehungspersonen besonders leicht verzerrt wahrgenommen werden. Auf sie gerichtete Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse nehmen leicht die Färbung einer Retter-Opfer-Täter-Dynamik an. 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 Berater*in/ Therapeut*in löst leicht kindliche Erwartungen und Ängste aus.

Traumatisierte Menschen erwarten in dieser Beziehung sowohl Nähe wie bei Distanz bedrohliches.



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 aus der Perspektive der Vergangenheit und auf potentielle Bedrohungen zentriert interpretiert.
- Geringfügige Anlässe (ein als kritisch oder ablehnend wahrgenommener Blick der Berater*in) können heftige Stimmungseinbrüche, „Gegenattacken“ oder – auch körperliche – Fluchtimpulse auslösen.
- Der Aufbau eines Arbeitsbündnisses kann dadurch massiv erschwert werden.
- Zumal Klient*innen oft zunächst die Tragfähigkeit der beratenden Beziehung auch unbewusst testen, z.B. durch Provokation, Entwertung oder vorwurfsvoll forderndes Verhalten, aber auch durch Einladung zu regressiver Versorgung und zu grenzüberschreitendem Kontakt.



Aufbau einer Arbeits- Beziehung kann behindert werden durch:

- **intensive negative Übertragungen von Hass und Misstrauen**
- **idealisierende Übertragung („Nur sie können mir helfen“) mit magischen Heilserwartungen**
- **Sie hindern, weil die Klient*innen nicht aktiv und erwachsen ihren Teil der Verantwortung in der gemeinsamen Arbeit übernehmen und die Idealisierung zudem zwangsläufig in Enttäuschung und oft Entwertung kippt.**



Nicht erkannte Übertragungs- Gegenübertragungs- Verstrickungen sind häufig die Ursache von Scheitern und Abbrüchen in der Beratung, Betreuung oder Therapie.

Generell gilt:

Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle und – reaktionen bei komplex traumatisierten und dissoziativen Menschen sind sehr heftig, bisweilen von nahezu überwältigender Intensität. Sie haben oft den Charakter „es geht um Leben und Tod“ (Herman, 1993/ 2003).

Oberstes Gebot ist daher:

Erkennen, innehalten, Handlungsdruck reflektieren, Supervision!



HÄUFIGE ÜBERTRAGUNGSFORMEN BEI TRAUMATISIERTEN MENSCHEN

- **Macht und Ohnmacht, sadistische*r Missbraucher*innen und hilfloses, ohnmächtig wütendes Opfer:** Klient*innen erleben Berater*innen als machtvollkontrollierend (Täter*innen) und sich selbst ihr*ihm ohnmächtig ausgeliefert (Opfer). Oder umgekehrt: Durch unbewusste Identifikation der Klient*in mit der*dem Täter*in können die Berater*innen in die Position eines hilflosen, missbrauchten Kindes gebracht werden, das mit Vorwürfen gequält oder manipuliert und ohnmächtig gemacht wird.
- **Variante der Täterübertragung:** Aspekte einer misshandelten Person werden auf Berater*innen übertragen, die*der dann als potentieller Täter*in wahrgenommen wird, die*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:**
so wird die*der Berater*in nun erlebt, die*der Klient*in erlebt sich als das vernachlässigte Kind.
- **Übertragung von Aspekten der hilflosen Eltern = Parentifizierung:**
die*der Klient*in sorgt sich um die*den Berater*in statt um sich, schont sie*ihn.
- **Idealisierte*r, omnipotente*r Retter*in und nach Rettung suchendes Kind:**
die*der Klient*in idealisiert die*den Berater*in, erwartet Rettung, klammert sich an sie*ihn als omnipotent fantasierte Retterfigur.
- **Übertragung des wegschauenden Elternteils:**
der vom Missbrauch wusste, aber nicht eingriff.



- **Suche nach perfekten Eltern:** die*der Berater*in hat z.B. die Phantasie, die*den Klient*in durch „Beelterung“ zu heilen, die bessere Mutter zu sein. Oder die*der Berater*in reagiert überbehütend und väterlich und mit Scham, dass ein*e Vertreter*in des eigenen Geschlechts „so etwas“ tun kann.
- **Verführer*in und Verführte*r:** Klient*in bringt Berater*in dazu, Grenzen zu überschreiten, eine „besondere“ Beziehung mit ihr*ihm einzugehen, ihr*ihm besonders viel Zeit zu widmen, besondere Aufgaben für sie*ihn zu übernehmen, privaten Kontakt zuzulassen. Und umgekehrt: Berater*in verführt Klient*in, schlimmstenfalls dazu, eine intime Beziehung mit ihr einzugehen.
- **Flashback-Übertragung:** Aspekte der Berater*in wie Kleidung oder Stimme können traumatische Erinnerungen/ Flashbacks triggern, die*der Berater*in wird evtl. als Täter*in verkannt.



Übertragungen sind umso heftiger:

- **je früher das Kind traumatisiert wurde.**
- **je weniger ausgereift und stabil also die Persönlichkeit war (Ichstrukturelle Störungen).**
- **je dissoziativer die*der Klient*in ist.**



Typisch für Klient*innen 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)**.

Berater*innen werden so lange manipuliert, bis sie sich der unbewusst zugewiesenen Rolle entsprechend verhält, z.B. wütend wird und Schuldgefühle bekommt.

So hat die*der Klient*in den Abstand zu den eigentlich zu ihr gehörenden Affekten und kann diese im Außen an jemanden kontrollieren oder bekämpfen.

Das Team streitet sich etwa plötzlich heftig, und die*der zuvor aufgewühlte Klient*in wirkt erstaunlich ruhig.



Übertragungswut ist **Folge** von **Missverständnissen** und **Empathieunterbrechungen**, die als Kränkung und Verlassen werden erlebt werden. Die Wut ist häufig ein Schutz gegen Gefühle von Scham, Schuld und gegen heftige Selbstvorwürfe, zumal die*der Klient*in oft tiefgreifende Selbstwertprobleme und eine beeinträchtigte Fähigkeit zur Affektregulierung hat.

Übertragungswut kann auch ein **unbewusster Test der Tragfähigkeit der beratenden Beziehung** sein: Wie die*der Berater*in/ Therapeut*in mit heftigen Gefühlen umgehen kann, ob sie*er zurückschlägt, sich rächt oder ob sie*er die*den Klient*in auch als „schwieriges Kind“ (aus)hält, ob sie*er Grenzen setzen und Nein sagen kann, ohne sich oder das Setting zerstören zu lassen.



Typisch für Klient*innen mit Missbrauchserfahrungen ist auch, dass sie ihr Misstrauen überspielen, sich scheinbar vorbehaltlos auf die Therapie/ Beratung einlassen, bis – subjektiv erlebt – ein neuer „Übergriff“ erfolgt (Reddemann, 2004a), die Therapeutin etwas versäumte, zu viel oder zu wenig sagte o.Ä. .

Solche Beziehungstests machen es extrem schwer für die Therapeut*innen/ Berater*innen, selbst eine Wertschätzung ihrer Kompetenz aufrechtzuerhalten (van der Kolk et al., 2000). Supervision ist auch hier besonders wichtig.



WAS HILFT, NEGATIVE ÜBERTRAGUNGEN ZU BEGRENZEN:

- aktive Beziehungsaufnahme, reale Präsenz
- wohlwollende, wertschätzende Haltung
- jeweils das Einverständnis der Klient*innen für jeden nächsten kleinen Schritt einholen
- kein längeres Schweigen entstehen lassen
- Kontrolle und Wahlmöglichkeiten geben Sicherheit
- Klarheit und Transparenz, alles erklären, dabei nicht überfordern!

- Ego-State-Arbeit auf der inneren Bühne
- Klärung eigener Gegenübertragungsreaktionen (Supervision)
- Was in der Klient*in selbst unerträgliches bringt die Klient*in vielleicht gerade in der Berater*in unter? (Projektion)
- eigene Fehler klar eingestehen, sich entschuldigen
- Klärung der aktuellen Realität in der beratenden Beziehung, bei Missverständnissen die eigene positive Absicht erklären
- 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 kleinmachend oder demütigend ankommen. Oder die Klient*in schluckt alles, macht alles mit, um bloß nicht verlassen zu werden.

Heftige negative Übertragungsreaktionen sollten möglichst rasch geklärt und damit die Basis der kooperativen Arbeitsbeziehung wieder gesichert werden.



Auch Verständnis und Wertschätzung für die Schutzfunktion negativer Übertragungen hilft:

Oft ist der Hintergrund von Entwertung und Misstrauen gegenüber der Berater*in die Angst vor erneutem Verrat, Ausbeutung und Machtmissbrauch, Angst vor der (zugleich ersehnten und gefürchteten) Nähe und Abhängigkeit.



Grenzen müssen unbedingt klar gewahrt werden!

Das ist besonders wichtig bei erotisierter Übertragung.

Aktiv verführerisches Verhalten der Klient*innen kann eine Form des Schutzes gegen passiven Ausgeliefertsein und damit die Umkehr einer erlebten und missbräuchlichen Verführung sein (Wöller, 2006).

Die Verantwortung liegt stets eindeutig bei Therapeut*innen/ Berater*innen.

Es gilt kein „aber sie hat es doch selbst gewollt“ – das sagte oft schon die*der Täter*in in der Kindheit.



TYPISCHE GEGENÜBERTRAGUNGSPROBLEME IN DER BERATUNG/ THERAPIE VON TRAUMATISIERTEN KLIENT*INNEN

- Der Begriff Gegenübertragung meint alle Emotionen, Wünsche, Erwartungen, Körperempfindungen und Handlungsimpulse, die in uns im Kontakt mit unseren Klient*innen entstehen.



Je stärker dysfunktionale Beziehungsmuster traumatisierter Klient*innen die beratende Beziehung erfassen, je mehr belastende und oft ungewohnt heftige Gefühle, Gedanken und Impulse erleben wir Helfer*innen:

Ablehnung, Rückzugswünsche, Wut, Schuldgefühle, Verletztheit, Ohnmacht, Trauer, Hilflosigkeit, Verlassenheit, Orientierungslosigkeit etc.

– und desto schwerer wird es, eine reflektierende Distanz zu behalten.

Der Druck zum Handeln wird übergroß. Man möchte sich wehren, die*den Klient*in vielleicht gar loswerden. Oder man beschuldigt sie*ihn konkret, bricht den Kontakt ab. So wiederholt sich leicht ein gegenseitig sich aufschaukelnder entgleister Dialog – wie in der Kindheit der Klient*innen.



Auch **die körperliche Gegenübertragung** bestimmt dies stark mit.

- Wird von der Klient*in, als chronische Schock Folge, körperliche Erstarrung ausgestrahlt, wird sich ein Therapeut eher abwenden wollen – auch als Selbstschutz – weil so über Spiegelneurone ähnlich unangenehme Körperempfindungen ausgelöst oder eigene Traumata getriggert werden (Madert, 2007).
- Wenn jemand Lebendigkeit ausstrahlt, wird sich auch eine Berater*in/ Therapeut*in eher angezogen fühlen.

Auch hier gilt:

- Erkennen, innehalten, Handlungsdruck reflektieren.

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 die Täter,*in etwas unternehmen wollen gegen die Täter*in
- Fürsorgeimpulse bis Retter*in- Impulse
- Ohnmacht und Hilflosigkeit, Resignation

- Gefühl von Ungenügen, Inkompetenz, Versagensängste
- blockiert sein, nicht mehr denken können
- Gefühl der Abneigung und des Abgestoßen seins, evtl. (körperlich) Ekel
- sexuelle Phantasien und Handlungsimpuls
- Klient*in nicht glauben, ihr die Schuld zuweisen (wie z.B. einst die Mutter)
- Zurückweisung, Entwertung, die Klient*innen meiden oder loswerden wollen
- Faszination



- Gefühl, kontrolliert, manipuliert, missbraucht, entwertet zu werden
- Schuldgefühle, etwa bei berechtigter Grenzsetzung
- Schamgefühle
- Wut oder Hass auf die Klient*innen aktiviert evtl. Überfürsorge
- Angst vor der*dem Klient*in, sich klein und ausgeliefert zu fühlen
- Verwirrung, Orientierungslosigkeit und Überflutung (besonders bei Klient*innen mit dissoziativen Störungen und rasch wechselnden Übertragungen)



Typisch für traumatische Gegenübertragungen können die überwältigende Intensität und die Fremdheit der erlebten Gefühle und Impulse sein.

- So kann intensive Verzweiflung ein „deponiertes“ Gefühl der Klient*innen sein. Wir erleben dann ein von der*dem Klient*en abgewehrtes oder dissoziiertes Gefühl. Wir fühlen uns wertlos, beschämt, dumm o.ä..
- Oder wir nehmen über **Spiegelneuronen die Schockphysiologie der Klient*innen auf und erstarren** emotional und körperlich selbst, können uns nicht mehr einfühlen. Das kann auch über die Aktivierung eigener Traumata geschehen (Madert, 2007).



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:

sexuell traumatisierte Klient*innen sind es gewohnt, von Vertrauenspersonen und von Menschen in Macht- und Autoritätspositionen, von denen sie Schutz erwarten, missbraucht zu werden.

Sie müssen die Sicherheit der Grenzen evtl. testen.

- Aufgabe der Berater*in/ Therapeut*in ist eindeutig, die Grenzen zu wahren und jeder Verführung klar und unbedingt zu widerstehen. Falls das nur schwer gelingt oder die Grenzsetzung zu scheitern droht, unbedingt Supervision aufsuchen.



Wichtig ist die Gefahr des Ausagierens der Gegenübertragung – sowohl aus Überidentifikation mit den Klient*innen wie aus übermäßiger Distanzierung:

- Bei unsicher-ambivalentem Bindungsstil versorgen wir evtl. Klient*innen überfürsorglich-grenzüberschreitend, ziehen uns dann aus Ärger über ihre maßlosen ausbeuterischen Forderungen frustriert zurück,.
Die Folge können Schuldgefühle sein, die ein Versorgen nach sich ziehen – manchmal bis zum Burnout.



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



WAS HILFT BEI NEGATIVER GEGENÜBERTRAGUNG

- wieder reflektierenden Abstand gewinnen:
 - Nicht aus Druck heraus entscheiden oder handeln, das gilt für das ganze Team!
- Verstehen mit Hilfe von Supervision
- liebens- und schätzenswerte Seiten der Klient*innen entdecken
- Mitgefühl für die leidenden inneren Kinder
- daran denken, dass Klient*innen mit Aggression evtl. eigene 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)
 - darf ich hier sein? Werde ich in meinen Bedürfnissen wahrgenommen/ gesehen/ gehalten? Verlässlichkeit? Besonderes Problem bei Pflegekindern....
- Klare Leitplanken in Form von unumstößlichen Regeln (nur was ausreichend getestet worden ist und sich als stabil erwiesen hat, muss nicht mehr getestet werden)
 - keine Ausnahmen, klare Strukturen/ Rituale/ Vorhersehbarkeit/ Partizipation

LAUFEND HILFREICH....

- Beachtung der individuellen Stresstoleranzfenster: weder über-, noch unterfordern: Selbstermächtigung!
- Transparenz, Verlässlichkeit, Berechenbarkeit
- reflektiertes Verhalten des Umfeldes (vs. reflexhaftes Verhalten)

TRANSGENERATIONALE WEITERGABE TRAUMATISCHER ERFAHRUNGEN

- Die Folgen von Traumata für die nachfolgenden Generationen wurden insbesondere für Überlebende des Holocaust und im Zusammenhang mit Kriegstraumata beschrieben (Grubrich-Simitis, 1979; Kerstenberg, 1974).
- Nicht selten erfüllen die Nachkommen traumatisierter Personen die diagnostischen Kriterien einer PTBS, ohne selbst direkt traumatisiert worden zu sein.
- Sie leiden unter Panikattacken und Holocaust-Intrusionen, obwohl sie selbst erst viele Jahre nach dem Krieg geboren wurden. Gesamte Familienleben wurden und werden bis heute davon beeinträchtigt.



Als traumatisierend wurde besonders der **unbewusste Zwang** gesehen, sich in nicht mitgeteilte Traumata der Eltern einzufühlen und deren abgespalteten Emotionen zu empfinden.

Grubrich-Simitis beschrieb, wie die Kinder in einer besonderen Form der **Rollenumkehr** gewissermaßen einen Defekt der Eltern auszufüllen versuchten, 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.

Oder ihre unbewältigten Erlebnisse brachen in Jähzorn- und Gewaltausbrüchen durch. Nicht selten war Alkoholabusus ein Bewältigungsversuch, der zugleich neue Gewalt förderte.



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**.

Ebenso die Frauen, die ihre Schreckenserlebnisse der Bombennächte, der Flucht und besonders der sexuellen Gewalterfahrungen – oft bis heute – **in Schweigen hüllen, aus Scham und um andere nicht zu belasten**.

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. Aber auch das Gefühl, sich verstecken zu müssen und keine Spuren hinterlassen zu dürfen. Oder eine Mischung aus Schuldgefühlen und Wut, nicht geschützt worden zu sein (Kellermann, 2001).



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 Krieges geborene Kinder** („child survivors“, Kellermann, 2001) wurden in den prägenden frühen Entwicklungsjahren mit schrecklichen Erlebnissen und Verlusten konfrontiert, auch mit überfluteter Angst und Dissoziieren der Mütter. Viele der außergewöhnlichen Überlebensstrategien, die sie sich aneignen mussten, wirkten lebenslang weiter. Oft mussten sie **kleine Erwachsene sein und viel zu früh Verantwortung übernehmen, wurden um die eigene Kindheit betrogen und die eigenen kindlichen Bedürfnisse wurden abgespalten. Diese blieben als bedürftige Anteile (Innere Kinder) lebendig, die lebenslang weiter nach Versorgung und Anerkennung suchen.**



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.

Kriegskinder „lernten“ somit oft früh im Leben, dass äußere Kräfte, denen sie machtvoll ausgeliefert waren, ihr Schicksal bestimmten. Daraus entwickelte sich nicht selten eine ausgeprägte „**erlernte Hilflosigkeit**“ und **Opfermentalität**.

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 (Kellermann, 2001)



Frühe überwältigende Verluste und abrupte Trennungen konnten nicht betrauert, sondern mussten verleugnet oder dissoziiert werden. Als Folge wurden oft spätere Beziehungen oberflächlich gehalten, „das Herz verschlossen“, um nie wieder einer schmerzhaften Trennung ausgeliefert zu sein.

Mitunter stagnieren Therapien an einem Punkt, wo Ängste oder depressive Gefühle nicht zu den Klient*innen selbst gehören, sondern von einem Eltern- oder Großelternteil übernommen worden sind, die sie dann auch nicht – stellvertretend für diese – lösen können. 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.



Heute versucht die zweite Generation, die tabuisierten Geschichten von damals zu erzählen, die Lücken des Schweigens zu füllen (Bode 2004, 2009).

Die schützenden psychischen Barrieren der inzwischen alt gewordenen Kriegstraumatisierten bröckeln auch auf Grund:

- des Alters, der damit oft fehlenden Struktur durch Aufgaben
- der nachlassenden kognitiven Bewältigungsfunktionen
- Erlebnisse von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein
 - Krankheit und Krankenhausbehandlung oder Aufenthalt im Altenheim triggern plötzlich bislang tief verborgene Erinnerungen an Kriegstraumata und aktivieren die alten Schreckensbilder und – gefühle

➤ **Das sollten die betreuenden Ärzt*innen und Pfleger*innen wissen.**



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.
- So wiederholt sich das einst selbst erlittene entsetzliche Verlassen werden am eigenen Kind.



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 – und auch für Therapeut*innen sehr berührend.

Die Würdigung des Leids und der Tapferkeit, mit der schlimme, auch transgenerationale und Kriegstraumata und deren tief greifenden Folgen oft jahrzehntelang getragen wurden, ermöglicht oft einen heilsamen Trauerprozess und gibt den Betroffenen auch ein Stück ihrer Würde zurück.

