

„Parentale Hilflosigkeit als Traumafolge“

Karl Heinz Pleyer, Viersen

Rettet das Kind – Steiermark

Fortbildung am 12./ 13. Juni 2013

1

Themen des Vortrages:

**3 Konstrukte als Ausgangspunkte einer
traumabezogenen Arbeit in Familien**

1. „parentale Hilflosigkeit“
2. das „parentale“ Trauma
3. „co-traumatische“ Prozesse

Folgerungen für die Praxis

2

Themenübersicht:

1. „Parentale Hilflosigkeit“

Ursache bzw. Folge traumatischer Erfahrungen?

2. „parentale“ Traumatisierung
dissoziiertes Thema in der Psychotraumatologie?
3. „co- traumatische“ Prozesse
Teufelskreise in Eltern- Kind- Beziehungen
4. komplexe traumatische „Konstellation“

3

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern
nach ICD 10 der WHO (psychiatrische Sicht)



Sind Eltern „verhaltensauffälliger“ Kinder
selbst „verhaltensauffällig“?

**Klinische Recherche
zur Befindlichkeit von Eltern** (Pleyer, 1999)

- 1. Frage
Auffälligkeiten im Erziehungsverhalten?
- 2. Frage
Belastungsfaktoren in der Familie?

5

Ergebnisse zur ersten Frage:

Eltern zeigten in allen Fällen Auffälligkeiten im
Umgang mit dem „Problemkind“.

1. erzieherisches Handeln:

- Unpassende, erfolglose Erziehungsmaßnahmen
- nutzlose, sich wiederholende Lösungsversuche,
- Tendenz zum „Mehr- desselben“

2. kognitive Selbstbeschreibungen:

- Erschütterungen im Selbstbild
- Verlust der parentalen Wirksamkeitsüberzeugung

3. emotionales Erleben:

- Hilflosigkeit und Ohnmacht als Grundbefindlichkeit
- Energieverlust in der Beziehungsgestaltung
- Ambivalenz im Beziehungs- und Bindungserleben
- Große Distanz oder übermäßige Nähe

6

Vier Symptomfelder:

handlungsleitend für die therapeutische Praxis

1. **Auffälligkeiten in der Wahrnehmung**
Selektive Wahrnehmung, Fehldeutungen der Botschaften und Intentionen des Kindes
2. **Auffälligkeiten der Konfliktregulierung,**
Vermeidung von Präsenz
3. **Auffälligkeiten in der Verantwortlichkeit**
aktive bzw. passive Verantwortungsabgabe
4. **Tendenz zur Isolation,**
mangelnde Kooperation mit Erziehungspartnern

7

Zusatzuntersuchung:

zum Umgang mit Geschwisterkindern

Ergebnis: zwei Gruppen von Eltern!

- Gruppe 1
zeigte keine besonderen Auffälligkeiten im Umgang mit ihren anderen Kindern (Geschwistern) nur im Umgang mit dem Problemkind!
- Gruppe 2
zeigte Auffälligkeiten im Umgang mit allen ihren Kindern

8

Zusatzuntersuchung mit bemerkenswertem Ergebnis:

Frage: Wie gehen dieselben Eltern mit den Geschwisterkindern um?

Es gab zwei Gruppen!

- Gruppe 1
zeigte keine besonderen Auffälligkeiten im Umgang mit ihren anderen Kindern (Geschwistern) nur im Umgang mit dem Problemkind!
- Gruppe 2
zeigte Auffälligkeiten im Umgang mit allen ihren Kindern

9

Verhaltensauffälligkeiten bei Eltern

Zusammenfassend:

- Chronifizierte Beeinträchtigung im erzieherischen Handeln bzw. der elterlichen Verantwortlichkeit
- die sich auf den Umgang mit dem Problemkind, bezieht.
- Keine generelle Inkompetenz in Erziehung bzw. Lebensbewältigung, keine Eigenschaft!
- Vielmehr: Merkmal des spezifischen Beziehungsmusters!

10

Zweite Frage: Belastungen in Familien

mindestens ein Elternteil seit längerem jenseits der psychischen bzw. physischen Belastungsgrenze.

- körperlich, psychisch und/oder psychosomatisch erkrankt
- Besondere Häufung von Bindungsauffälligkeiten
- Bei allen mehrere Stressfaktoren, die kumulativ zusammenwirken, und die Bewältigungsmöglichkeiten phasenweise überfordern.
- Lebenslinien vieler Elternteile durch periodische Krisen gekennzeichnet, viele seit ihrer Kindheit chronisch belastet,

11

zwei Hauptquellen für Belastungen

1. Hauptquelle: Beziehung zum „Problemkind“ (60%)

- Schwangerschaft oder Geburt mit Störungen und Risiken
- Behinderungen, schwere Krankheiten etc. des Problemkindes
- Chronisches Scheitern der Erziehungsziele/ Beziehungswünsche

2. Hauptquelle: eigene Kindheit (40%)

- Bindungsauffälligkeiten in aktuellen Primärbeziehungen
- Misshandlungserfahrungen (Vernachlässigung, Gewalt, etc.)
- angstbesetzte Bilder von eigenen Eltern

3. weitere Quellen: Verschiedene aktuelle Stressoren (100%)

- Verlustserfahrungen (Tod eines Kindes) Krankheit v. Bezugspersonen
- chronische Disqualifikation der parentalen Funktion bzw. durch Familienmitglieder oder „Helfer“ oder helfende Institutionen
- psychische/ psychosomatische Krankheiten, Suchtphänomene etc.

Hypothesen

über die unterschiedlichen Gruppen

Gruppe 1

fehlende Rollenkompetenzen aufgrund früher traumatischer Erfahrungen und negativer Vorbilder

bei Eltern mit gestörten Bindungsmustern

Gruppe 2

Blockade (nicht Verlust) vorhandener Fähigkeiten im Prozess des Parenting mit dem „Problemkind“ durch traumatische Erfahrungen

bei Eltern, die durch das eigene Kind traumatisiert sind

„Parentale Hilflosigkeit“

begrifflich abgeleitet von Seligmans Konstrukt der "Erlernenen Hilflosigkeit"

Sie entsteht in traumatischen Situationen, die man weder durch Flucht noch durch Angriff abwenden kann.

Sie resultiert aus der Überzeugung/ Erwartung, Stressfaktoren aus eigener Kraft nicht beeinflussen zu können.

Sie zerstört die Bereitschaft, sich selbst aus leidvollen Situationen zu befreien.

Sie ist der Boden für Passivität und Depression.

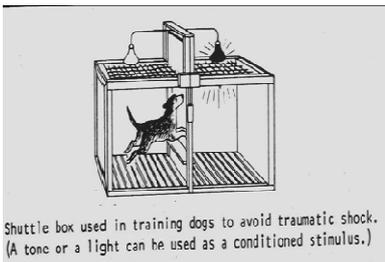


Martin E.P. Seligman ,1967

Zweikammerexperiment

Solomon und Wynne (1953)

Versuchsanordnung:



Elektroschock wird angekündigt, indem das Licht in der Kammer, in der sich der Hund befindet, gelöscht wird.

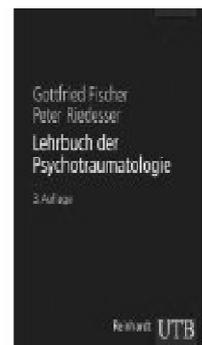
Der Hund kann angekündigte Elektroschocks vermeiden, wenn er in die erhelle Kammer springt .

„Parentale Hilflosigkeit“ ein Trauma- Phänomen?

Hilflosigkeit ist in allen Traumadefinitionen eine dominante Erlebensqualität

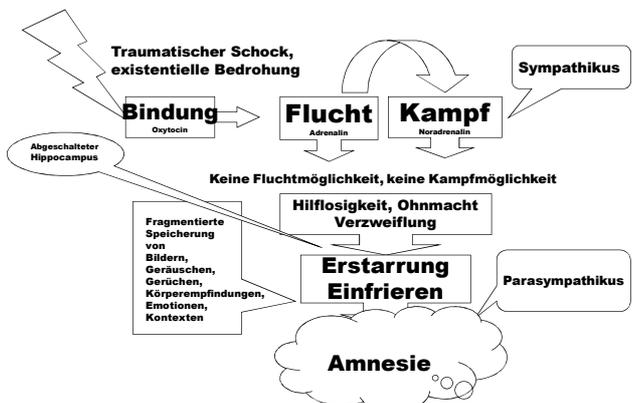
„Erlernenen Hilflosigkeit“ ist eine zutreffende phänomenale Beschreibung des Traumas auf der psychologischen Ebene.

(Fischer & Riedesser, 1999)



Was passiert bei einer Traumatisierung?

Die Traumatische Zange nach Korittko

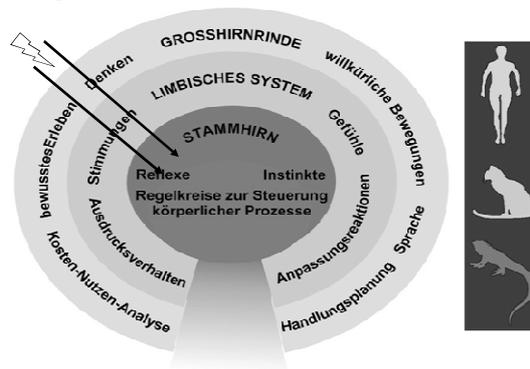


Fahrstuhleffekt der Triggerinformation



19

Was passiert im Gehirn?



20

Nach Hüther

Neurobiologie der dissoziativen Reaktion

- Anstieg von Stress-Hormonen
- Reaktionen des parasympathischen Nervensystems
 - Fallender Blutdruck und sinkende Pulsfrequenz
 - Manchmal Ohnmacht trotz ansteigend zirkulierendem Adrenalin
 - Aktivierung des körpereigenen Opiatsystems zur Schmerzregulierung (Endorphine)
 - Veränderung der Schmerz Wahrnehmung, des Zeitgefühls, des Gefühls von Ort und Realität

Verteidigungsreaktionen von Tieren als Modell für traumainduzierte dissoziative Reaktionen

»Als ich loslief und hinter mich schaute, sah ich, dass der Löwe zum Sprung ansetzte. Ich befand mich auf einer kleinen Anhöhe; im Sprung erwischte er meine Schulter, und wir fielen zusammen zu Boden. In unmittelbarer Nähe meines Ohrs knurrte er fürchterlich, und er schüttelte mich, wie ein Terrier eine Ratte schüttelt. Der Schockzustand, in den ich daraufhin verfiel, erzeugte eine Starre, die jener ähnelte, in die offenbar Mäuse verfallen, nachdem sie von einer Katze das erste Mal auf ähnliche Weise geschüttelt worden sind. Ich wurde in einen träumerischen Zustand versetzt, in dem ich weder Schmerz noch Entsetzen verspürte, obgleich mir alles was geschah, sehr bewusst war. ...

Dieser eigentümliche Zustand war nicht das Resultat eines mentalen Prozesses. Das Geschüttelt werden vertrieb die Furcht und jedes Gefühl des Entsetzens beim Anschauen des Tiers. In diesen Zustand verfallen wahrscheinlich alle Tiere, die von Fleischfressern getötet werden. Und wenn dies tatsächlich so ist, ist es eine barmherzige Vorkehrung unseres wohlthätigen Schöpfers, denn es verringert den Schmerz des Todes.«

- DAVID LIVINGSTONE 1872, S 15 zitiert in GREYSON 1993 Aus Nijenhuis S.136

Symptome des PTBS

- **Übererregung**
 - Übersteigerte Wachsamkeit
 - Schlafstörungen
 - Herzrasen, Atemnot, Beklemmungen
 - Somatoforme Störungen
 - Konzentrationsstörungen
 - Taubheits- und Starre-Empfinden
- **Erstarrung bzw. Vermeidungsmuster**
 - Vermeidung von Ereignis-„Triggern“
 - Sozialer Rückzug
 - Emotionale Empfindungslosigkeit (numbing)
 - Alkohol- und Medikamenten-Gebrauch
- **ungewolltes Wiedererleben (Intrusionen)**
 - Flash-backs und Alpträume
 - Panik-Attacken u. a. Angststörungen
 - Zwanghaftes Grübeln

23

Post-traumatische Kommunikation

(mod. nach Harkness & Zador, 2004)

- **Sich aufdrängende Bilder aus der Vergangenheit:** erschweren Kommunikation in der Gegenwart
- **Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit:** erschweren den Umgang mit eigenen Emotionen und denen von anderen
- **Körperliche Anspannung:** erschwert ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen in andere; Wutausbrüche oder Isolation möglich

Phasenverlauf traumatischer Verarbeitung bei PTBS



Erleben und Bewältigung des Traumas abhängig von Vulnerabilität und Resilienz
Nach einem traumatischen Ereignis versucht die Psyche, das Gleichgewicht wiederzuerlangen:

- 1. Phase: Verleugnen, Abwehrmechanismen**
- 2. Phase: Intrusionen**
(Einbrüche, typisch für posttraumatische Belastungsreaktionen)
 Das Ereignis will ins Bewusstsein zurück:
 (Alp-) Träume, Schlafstörungen, Illusionen, flash-backs, Zwangsvorstellungen, zwanghaftes Bedürfnis, unterbrochene Handlungen fortzuführen oder zu wiederholen, Affektdurchbrüche, Verwirrung, Erschöpfungszustände, andere vegetative Symptome und psychosomatische Reaktionen
- 3. Phase: Durcharbeiten**
Realistische Verarbeitung d. h.: Bemühung, die eigenen Reaktionen zu verstehen, sie vom Gegenwartserleben abzulösen und der Vergangenheit zuzuordnen.

Auswirkungen von Speicherungen im Gedächtnis

Auswirkungen der Speicherung	im expliziten Gedächtnis	im impliziten Gedächtnis (Traumagedächtnis)
Abrufbarkeit	Erinnerung kann bewusst abgerufen werden	Kein willkürlicher Zugriff möglich, durch Trigger ausgelöst
Kontrolle	Willentliche Unterbrechungen möglich	Erinnerungen überfluten, sind nicht steuerbar
Verbindung Bedeutung Veränderbarkeit	Einzelne Sinneseindrücke werden in einem aktiven Prozess logisch und plausibel zusammengefügt	Unzusammenhängende, fragmentierte Speicherung, die keine Logik ergibt
Gefühle	Wenig Einfluss auf aktuelle Emotionen und Affekte	Gehirn kann zwischen Vergangenheit und Gegenwart nicht unterscheiden, Gefühle sind real und gegenwärtig ohne erkennbaren Auslöser
Koppelung an Sprache	An Sprache gekoppelt, Erinnerungen lassen sich beschreiben	Nichtsprachliche Sinneseindrücke, die verbal nicht beschreibbar und begründbar sind

Trauma Typ II

Oft unerkannte Trauma-Phänomene

Traumatisierung durch fortgesetzte Stressbelastung, die unerkannt bleibt, wenn sie nach außen erfolgreich geleugnet wird. (z. B. bei fortgesetztem Scheitern)

Konzept der „erlernten Hilflosigkeit“ als gut übereinstimmende phänomenale Beschreibung des Traumas auf der psychologischen Ebene.

(Fischer 1999, 84)

27

Verlauf traumatischer Bewältigung

Traumatische Situation	angemessenes Reagieren auf Bedrohung nicht möglich, kein Ausweg	Extreme Aktivierung
Traumatische Reaktion	Wechselspiel zwischen Intrusionen und emotionaler Abwehr	Erstarrung, bzw. alle Abwehrmechanismen
Traumatischer Prozess	Versuch einer Integration, Bildung neuer Lebensentwürfe, die Selbstschutz garantieren	Persönlichkeitsveränderung

Persönlichkeitsveränderungen und Veränderung von Charakterzügen

- Durch extreme traumatische Erlebnisse verursachte (Neu-)Strukturierung der neuronalen Systeme bewirken Persönlichkeitsveränderungen und Veränderungen von Charakterzügen.
- Vernachlässigung (Unteraktivierung):
 - Mangel visueller Stimuli
 - Monotone Umwelten
 - Mangel an Berührungen
- Misshandlungen (Überaktivierung)
 - Kampf und Flucht nicht sinnvoll
 - Hyperaousal (erhöhte Alarmbereitschaft)
 - Dissoziation (Schreck-Starre)

29

Alarm-Reaktionen (Sofort- Reaktionen)

- Bei Bedrohung oder Gefahr
 - Verstärkung des Herzschlages
 - Erhöhter Blutdruck, Erhöhung des Pulses
 - Umleitung des Blutes in die Skelettmuskeln und Herzkranzgefäße (kalte Hände, kalte Füße, blasses Gesicht)
 - Vorbereitung der Kampf- und Flucht-Reaktion
 - Anheben des Blutzuckerspiegels, Muskelanspannungen (Zittern, Schulter- und Nackenverspannungen)
 - Aktivierung der Stresshormone: Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol
 - Erhöhen der Stoffwechselgeschwindigkeit (Erweiterung der Bronchien und der Pupillen)
 - Abschalten aller nicht für die Situation wichtigen Informationen

30

Die chronifizierte Alarmreaktion

- Immer wieder einer vorher erlebten Gefahr ausgesetzt
- Nachdenken/ Grübeln über die gefährliche Situation
- Spezifische Erinnerungen werden generalisiert
- Aktivierung bei Triggern, obwohl die Gefahr vorüber ist

- Umfassende Dysregulationen in anderen beteiligten Regionen des Gehirns führen zu
 - Motorischer Hyperaktivität
 - Angst und Schlafstörungen
 - Impulsivität
 - Schneller Puls und Bluthochdruck

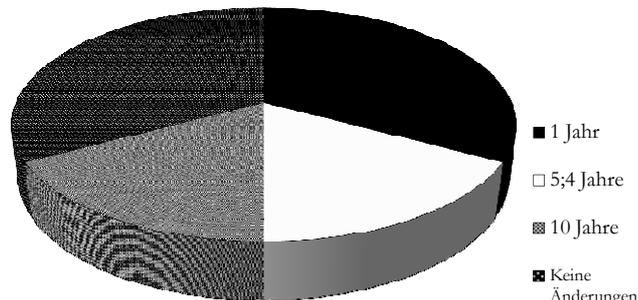
- Schneller Übergang von Furcht zu generalisierter Angst und Erleben von Terror

- Alltägliche Stressoren führen zu einer Überreaktion, dauernder latenter Angstzustand wird zu einer Persönlichkeitskomponente

31

Andauern der Symptomatik bei PTBS

Symptomfreiheit ohne Therapie nach:



Mit Therapie tritt Symptomfreiheit früher ein, aber nach sechs Jahren kein Unterschied mehr. (Kessler 1995)
Bei einem Drittel keine Besserung der Symptomatik trotz Behandlung.

Heilungschancen durch Therapie oft überschätzt?

- Ein Trauma „heilt“ nie! (Judith Herman)

- Verlauf vollzieht sich nach inneren Gesetzen des Organismus
Bewältigung ist abhängig von Abwehr- und Selbstheilungskräften und vor allem von der Umgebung

- Therapie kann „Heilung“ unterstützen, manchmal beschleunigen.

- Ein Drängen zur Therapie kann das Problem für den Betroffenen verstärken (sein Selbstbild, krank, nicht normal zu sein)

- Hohe Bedeutung der Pädagogik, weil sie dazu beitragen kann, Betroffenen zur Normalität zu verhelfen, indem er seinen Zustand verstehen und akzeptieren lernt.

33

Trauma speziell bei Kindern

34

Trennung als Stressbelastung

Die massivste Bedrohung für die frühe Hirnentwicklung ist eine Trennung von der Mutter!

Je früher eine Trennung erfolgt, desto umfassender ist die Auswirkung auf das Gehirn.
(Auch kurzfristige Trennungen sind möglicherweise traumatisch.)

Kinder, die im ersten Lebensjahr lang anhaltend (durch Vernachlässigung oder Misshandlung) traumatisiert, oder durch traumatisierte Eltern betreut wurden, entwickeln eine Cortisol-Überproduktion, die zur Zerstörung bereits entwickelter Synapsen- Vernetzungen (Corpus Callosum und Kortex) und zu einer Dysregulation von neuro-biologischen Regelkreisen führen kann.

Die Erregung kann sich auch so stark ausbreiten, dass die älteren „Notfallreaktionen“ stimuliert werden und die Überstimulation dämpfen (Erstarren, Lähmung).

Spekulationen:

Bei Jungen wird ein Dopamin- Mangel (Aggression nach außen) angenommen, bei Mädchen ein Serotonin- Mangel (Aggression gegen sich selbst, Depression).

Das dissoziative Reaktion bei Kindern

- Kleine Kinder sind schlecht für Kampf und Flucht ausgestattet
- Schreien, um Hilfe zu erhalten

- Führt das nicht zum Erfolg, erstarrt das Kind körperlich, emotional und kognitiv

- Traumatisierte Kinder brauchen nur geringe Auslöser, „Trigger“

- Sie kommen Aufforderungen nicht nach, hören nicht, antworten nicht, tun etwas nicht aus Angst

- Forderungen und Drohungen vergrößern die Angst

- Sie wirken empfindungslos, reaktionslos, tagträumerisch, roboterhaft, abwesend

36

Kinder und Bedrohung

- Dissoziative Anpassungsmuster sind umso wahrscheinlicher
 - Je jünger
 - Je immobiler
 - Je hilfloser
 - Je machtloser
 - Je mehr Opiat-Aktivierung (Verletzungen, Schmerz, Folter)
- Evolutionäres Erbe:
 - Frauen und Kinder als Beute: Dissoziation
 - Männer als Kämpfer und Verteidiger: Hyperarousal
- Psychiatrische Diagnosen
 - Jungen: ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, oppositionelles Trotzverhalten (externalisierende Störungen)
 - Mädchen: Depression, Angst, SVV, dissoziative Störungen, affektive Störungen, Borderline (internalisierende Störungen)
 - Jungen fallen auf, Mädchen stören nicht (Prinzessinnen-Land)

Folgen der Entwicklungstraumatisierung

- **Traumatisierte Kinder zeigen unzureichende Kontrolle ihrer Emotionen**
 - - sie können Wut und Ärger nicht kontrollieren
 - - sie können ihre Angst nicht mindern
 - - sie können sich in ihrer Traurigkeit nicht trösten
 - - sie können große Aufregung oder Freude nicht ertragen
- **Sie können soziale Beziehungen unzureichend aufbauen, weil sie soziale Signale nicht interpretieren und dem Rhythmus von Beziehungen nicht folgen können.**

38

Symptome der Traumaverarbeitung

Mit welchen Verhaltensweisen ist bei Kindern zu rechnen, wenn sie eine Katastrophe, einen Unfall oder den Tod eines nahen Angehörigen erlebt haben?

- sich hartnäckig aufdrängende Gedanken an das Ereignis, vor allem in ruhigen Momenten (z. B. vor dem Einschlafen)
- lebhaftere Vorstellungen von Bildern der Ereignisse und seinen Folgen
- Schlafstörungen, schlimme Träume, nächtliches Aufwachen
- neue Trennungängste
- Wut und Reizbarkeit, leicht „explodieren“
- nicht reden wollen
- Konzentrationsschwierigkeiten, vor allem in der Schule
- Schwierigkeiten, schon Gelerntes anzuwenden; Rückschritte in der Entwicklung
- Hoffungslosigkeit, keine Zukunftspläne
- Ängste, die mit dem Ereignis zusammen hängen und vorher nicht da waren
- Vermeiden von Situationen, die mit dem Ereignis zusammen hängen
- Schuldgefühle, falsche Bewertungen von vorhergehenden Ereignissen oder eigenen Verhaltensweisen

M. Herbert: Posttraumatische Belastung- wie Kinder lernen, damit zu leben, Huber, 1999

39

Trauma und Verantwortung

Verantwortliches Denken und Handeln braucht

- Selbstwirksamkeitsbewusstsein
- Fähigkeit zu Mentalisieren
- Fähigkeit der Emotionskontrolle

Verantwortlichkeit ist im präfrontalen Cortex verortet, unter traumatischem Stress

- Abschaltung kortikaler Aktivitäten
- Aktivierung des limbischen Systems bzw.
- Reflexartige Muster des Stammhirns (Totstellreflex)

Persönlichkeitsveränderung als Langzeitfolge

- Verminderte Fähigkeit/ Bereitschaft zur Selbstverantwortung und
- Übernahme von Verantwortung für andere (Kinder)

Psychiatrische Symptome:

Einschränkungen der Fähigkeit Verantwortung für sich und andere zu übernehmen (Jay Haley)

40

Typische Symptome entwicklungstraumatisierter Kinder

Lügen, Stehlen, Einnässen, Einkoten, Leistungsverweigerung, Depressiver Rückzug, Aggressivität, motorische Unruhe, Konzentrationsstörungen, Essstörungen, Nahrungsmittel horten, bzw. verstecken, usw, usw, usw, usw,

41

Symptome von Eltern aus der Perspektive des Traumas:

1. Wahrnehmungsverzerrung
2. Konfliktvermeidung
3. Verantwortungsabgabe
4. Isolation

Gemeinsame Merkmale:

„dissoziative“ Informationsverarbeitung

- Vermeiden, Ignorieren, Vergessen, Verdrängen, Realitätsverzerrungen etc.
- Erstarrung und Lähmung, (wo das Kind Präsenz bzw. promptes Reagieren herausfordert.)

Gemeinsame Funktion:

- Schutz vor Überlastung,
- Reduktion auf rudimentäres Funktionieren

Komplexe traumatische „Konstellation“

Ein Traumabegriff, der am PTBS orientiert ist, erweist sich für das Verständnis unserer Familien als zu eng:

Mit „Trauma“ wird üblicherweise assoziiert: eine katastrophale Erfahrung eines Individuums, verursacht durch ein einmaliges Ereignis (Monotrauma), welches die Bewältigungsmöglichkeiten überfordert.
Folgen:

- permanente psychische Alarmbereitschaft: (Übererregung, Intrusionen, flashbacks etc.)
- nicht kontrollierbare Mechanismen zum Schutz gegen Stressüberflutung: (Konstriktion und Dissoziation)

43

Komplexe traumatische „Konstellation“

Familien, in denen wir arbeiten, zeigen meist komplexe Stressbelastungen, die die Bewältigungsmöglichkeiten mehrerer Mitglieder überfordern

Stressoren:

- Unbewältigte Stressbelastungen der Vergangenheit
- Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen
- mehrere akute Stressoren mit kumulierender Wirkung
- Mehr als eine Personen unterschiedlich betroffen,
- wechselseitige Ansteckung
- Chronifizierung der Interaktionsmuster

Komplexe traumatische „Konstellation“

• Wo das Bewältigungsmuster des Einen zum Stressor für den Anderen wird, bekommt die „Konstellation“ den Charakter eines eigenständig wirksamen Stressfaktors,

Typische Folgen sind Anpassungsmuster, die zu Persönlichkeitsveränderungen führen. Betroffene fühlen sich selbst oft nicht krank oder gestört. Bewältigungsmuster dienen dazu, im Alltag funktionsfähig zu bleiben. Sie belasten eher die engsten Bezugspersonen.

Langzeit- Folgeerscheinungen sind mehr an den Interaktionsmustern, als an Krankheitssymptomen der Individuen zu identifizieren.

Fazit:

Traumaphänomene

als Merkmale der Beziehungsregulierung in Familien, die Hilfen von Therapeuten und Einrichtungen der Jugendhilfe in Anspruch nehmen,

sind eher die Regel als die Ausnahme!

46

Themenübersicht:

1. „Parentale Hilflosigkeit“
als Traumafolge

2. Das „parentale“ Trauma

3. „co-traumatische“ Prozesse
Teufelskreise in Eltern- Kind- Beziehungen

4. Folgerungen für Therapie und Pädagogik

47

Das „parentale“ Trauma

Eltern erleben die existenzielle Bedrohung ihres Kindes nicht selten schlimmer als die existenzielle Bedrohung der eigenen Person!

„Die Vorstellung einer Mutter, kein kompetentes Lebewesen (im Sinne der Evolution) zu sein, ist katastrophal und damit ist große Angst verbunden.“
(Stern, 1998)

Mit der Elternrolle verbundene Traumata haben kein besonderes Kapitel in Trauma- Lehrbüchern. Wieso?

Das parentale Trauma, ein dissoziiertes Thema in der Psychotraumatologie????

48

Das „parentale“ Trauma

(Traumatischer) Stress entsteht für Eltern :

- aus drohendem oder tatsächlichem Verlust eines Kindes,
- aus der Gefährdung seiner Entwicklung
- aus versagtem Kinderwunsch

- aus erlebtem Scheitern in der Elternrolle
- aus dem Nicht-Gelingen der Versorgung
- aus erlebter Störung in der Beziehung zum Kind

49

Plädoyer für das „parentale“ Trauma,
als eigenständige Traumakategorie

**Das „parentale Trauma“ lässt nicht
allein das betroffene Individuum leiden.**

**Es belastet und verändert die
nachfolgende Generation.**

50

Erstarrte Eltern- Kind- Beziehungsmuster als Traumafolge

Extremes Erleben von Angst und Stress der Mutter (z. B. bei der Geburt) können zur Folge haben, dass sich Eltern-Kind- Interaktionsmuster als posttraumatisches Phänomen über die akute Bedrohung/ Belastung hinaus verfestigen (erstarrte, eingefrorene Muster).

**Merkmal:
Hohe Stabilität der Interaktionsmuster aufgrund einer beiderseitigen autoregulativen Angststeuerung bei Mutter und Kind**

51

Zwei Formen traumatischer Eltern- Kind- Beziehungsmuster

1. Die „verstrickte“ Beziehung

(Das erstarrte Schutz- und Schonungsmuster)

Merkmale:

- Unangemessenes Schutz- und Schonungsverhalten gegenüber dem Problemkind
- (dissoziatives) Ausblenden seiner Autonomie- und Explorationsbedürfnisse und seiner Selbsthilfekräfte

2. Die distanzierte Beziehung

Merkmale:

- Unangemessenes Laissez-faire gegenüber dem Problemkind
- (dissoziatives) Ausblenden seiner Schutzbedürfnisse, und Bedürfnisse nach Bindung, Zugehörigkeit und Versorgung

Wie stehen „parentale Hilflosigkeit“ und
kindliche Verhaltensauffälligkeiten
zueinander in Beziehung?

53

Themenübersicht:

1. „Parentale Hilflosigkeit“

ein Traumafolgephänomen?

2. Das „parentale“ Trauma

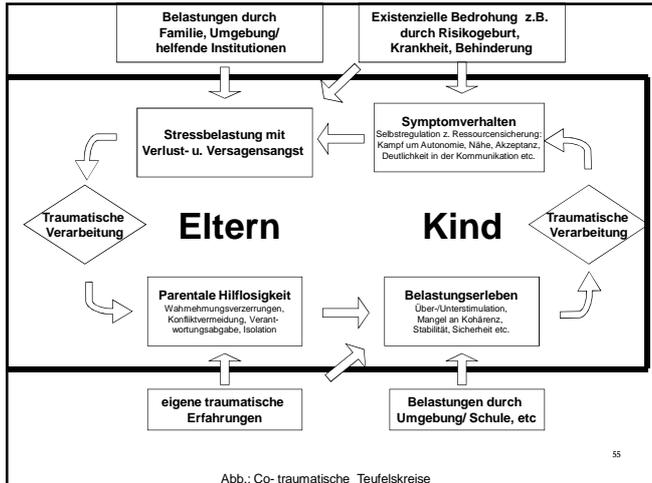
dissoziiertes Thema in der Psychotraumatologie?

3. „co-traumatische“ Prozesse Teufelskreise in Eltern- Kind- Beziehungen

4. Folgerungen für Therapie und Pädagogik

54

"Parentale Hilfslosigkeit" als Traumafolge



Resultierende Annahmen für therapeutisch/ pädagogisches Handeln

„Verhaltensauffälligkeiten“ des Kindes und „parentale Hilfslosigkeit“ entstehen miteinander.

Sie sind wechselseitig aufeinander bezogen. Sie bedingen sich gegenseitig.

Muster lassen sich in der Regel nur miteinander auflösen.

Ein Argument gegen Kindertherapie ohne Einbeziehung der Eltern!

Interaktionsmuster verfestigen sich zu „Teufelskreisen“:

Interaktionen sind durch dissoziative Bewältigungsprozesse der bewussten Kontrolle entzogen.

Sie sind durch Chronifizierung im limbischen System fest verankert.

werden zeitstabil, änderungsresistent und sind so therapeutisch schwer zu beeinflussen

Themenübersicht:

1. „Parentale Hilfslosigkeit“

ein Traumafolgephänomen?

2. „parentale“ Traumatisierung

dissoziiertes Thema in der Psychotraumatologie?

3. „Co-traumatische“ Prozesse

Teufelskreise in Eltern- Kind- Beziehungen

4. Folgerungen

für Therapie und Pädagogik

Grundregel für eine traumabezogene Arbeit mit Kindern

Achtung!

Therapie und Erziehung durch professionelle Helfer sind Arbeit auf fremdem Hoheitsgebiet!

Die elterliche Verantwortung (Grundlage ihrer Würde) ist unantastbar!

also: Verantwortung dort lassen, wo sie hingehört!

Ein nützliches Instrument, um Befindlichkeit von Eltern und Kindern zu diagnostizieren:

DESNOS- Kriterien: Judith Herman (1994), van der Kolk (2000),

Symptomatische Reaktionen bei „komplexer traumatischer Belastungsstörung“

1. Störungen in der Regulation von Affekten und Impulsen
2. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins
3. Störungen der Selbstwahrnehmung
4. Störungen in den Beziehungen zu anderen Menschen
5. Somatisierung
6. Veränderung von Lebenseinstellungen

Folgerungen für eine „traumabezogene“ Pädagogik und Therapie mit Kindern und ihren Familien

nachhaltigste Hilfe für das Kind:

- Stärkung des parentalen Wirksamkeitsbewusstseins
 - Auflösung cotraumatischer Prozesse
 - Stärken der Selbstachtung und Würde der Eltern
- Arbeit der Fachleute muss sich daran messen lassen, ob sie die Eltern in ihrem Wirksamkeitserleben stärkt (oder etwa schwächt).
- Therapie mit Kindern, die die Eltern in ihrer Hilflosigkeit verstärkt, ein Kunstfehler?

61

Fallen beim Umgang mit komplexen traumatischen Konstellationen

1. Identifikation mit dem Schwächeren:
mit dem unversorgten, nicht gut behandelten Kind schafft emotionale Distanz zu Eltern.
2. Kulturell tradierte Verständnisfalle (Damasio):
Kognitive Defizite rufen Helferimpulse hervor.
Emotionale Defizite werden eher als moralische Verfehlungen begriffen. Sie rufen Distanzwünsche und Bestrafungsimpulse hervor.

Defizite aufgrund von körperlichen Verletzungen erzeugen Mitgefühl.

Die Folgen von Traumata: Mentalisierungsdefizite u. Defizite der Verantwortlichkeit. Sie verursachen besonders beim einfühlsamen Gegenüber Unsicherheit,

Sackgassen für professionelle Helfer

Irreführende Überzeugung mit langer Tradition:
Eltern sind Verursacher der Störungen des Kindes.
(Ursache-Wirkungsdenken)

Schuldzuschreibungen sind

- aus systemischer Sicht unangemessen
- hinderlich für die Kooperation mit Eltern
- schädlich für das Selbstbewusstsein des Kindes

Oft neigen wir dazu, Eltern implizit oder explizit anzuklagen. Aber wir meinen in Wirklichkeit ihre Hilflosigkeit, die mit einer nicht kontrollierbaren Krankheit vergleichbar ist!

Was brauchen wir „Profis“?

Risiken für professionelle Helfer

- Wo wir nichts bewirken (können), entsteht Hilflosigkeit
- Folge: Selbstzweifel, Verlust von Kompetenzüberzeugungen
- Burnout als Langzeitfolge
- durch emotionales Mitschwingen (sek. Traumatisierung), Mitleiden

Welche Hilfen benötigen die Helfer?

- Vernetzung statt Einzelkämpfertum
- Traumabezogene Beratung zum Fallverstehen
- Kollegiale Intervention
- Interne oder externe Fall- und Teamsupervision
- Fortbildungen über Trauma, Bindungstheorie etc.
- Selbstreflexion eigener traumatischer Erfahrungen
- Achtsame Selbstfürsorge

Was brauchen wir „Profis“?

Zeit, Zeit und nochmal Zeit:

- Beziehung herstellen, Familiengeschichte(n) kennenlernen
- Durchschauen der Beziehungsdynamik, Erkennen von Mustern

Vertrauen und Geduld:

- Veränderungsresistenz als „normal“ respektieren
- Geschwindigkeit der Familie akzeptieren
- Rückschläge voraussagen und aushalten
- Bleiben anstatt zu flüchten (oder weiter zu verweisen)
- Hineinversetzen (Mentalisieren) anstatt zu Verurteilen

Wertschätzung und Respekt :

- die liebenswerten Seiten der Menschen finden
- Die Einzigartigkeit ihrer Entwicklung respektieren
- Das Bedürfnis eines jeden Kindes respektieren, die eigene Existenz als Geschenk zu verstehen

Herausforderung für Pädagogen und Therapeuten: Teufelskreise in „Engelskreise“ verwandeln

1. Vertrauen herstellen, Sicherheit geben,
 2. Stressfaktoren mindern, anstatt zu erhöhen
 3. ein affektives Bündnis mit dem verantwortlichen Elternteil schafft Verbindlichkeit und stärkt das Selbstbewusstsein des Kindes
 4. Desorganisierte, destabilisierende Bindungsmuster als „normale“ Reaktionen auf „abnormale“ Belastungen verstehbar machen.
 5. Integration dissoziierter Anteile anregen u. herausfordern: (Mentalisieren, Achtsamkeit)
1. Entspannte Beziehungserfahrungen zw. Eltern und Kindern vermitteln
 2. Lebensumfeld (ressourcenbezogen) neu organisieren

66

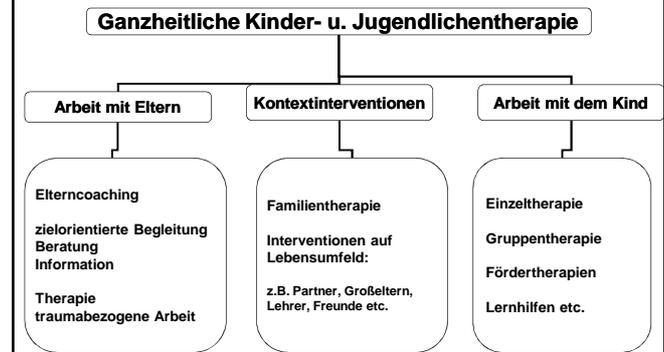
Was brauchen Kinder?

Stolz auf die eigene Herkunft, Respekt und Achtung gegenüber den eigenen Eltern sind die wichtigsten Quellen für das Selbstbewusstsein von Kindern.

Kinder brauchen aktive Unterstützung, ihre Eltern (wieder) respektieren und sich mit und an ihnen identifizieren zu können.

Wenn es uns Helfern gelingt, hilflose Eltern in ihren Lebensentwürfen und Bewältigungsversuchen zu respektieren, sie als Personen zu achten und ihre Leistungen zu würdigen, helfen wir ihren Kindern.

Eltern und Kind als Einheit verstehen und behandeln



Einige Prinzipien

▫ Eltern und Kind als kommunikative Einheit betrachten und behandeln.

▫ Information plus Energie als Input ins „Familiensystem“

▫ Gezielte Beeinflussung der Kräfteverhältnisse

- Bündnis mit dem Erziehungs- Verantwortlichen

▫ Schutz geben und Schutz organisieren

- Bedrohungen kontrollieren, Überlastungen minimieren

▫ Nutzen des vorhandenen Lösungspotentials (einen Schritt dahinter bleiben)

▫ auch direktives Anleiten zur Schaffung von Handlungsoptionen (angemessen bei extremer parentaler Hilflosigkeit)

Methodische Prämissen

■ **Hilfeprozess: Übergangsritual mit außergewöhnlichen Regeln**
■ (mit zeitlicher Begrenzung und überschaubarer Zielsetzung)

■ **Hilfeprozess als Mannschaftsspiel**

■ **Kind ist kein verantwortlicher Vertragspartner**

■ **Verantwortung für Ziele und Lösungen bei den Eltern**

Was brauchen Familien in „komplexen traumatischen Konstellationen“

- **1. Sicherheit: Schutz vor erneuter (Re-) Traumatisierung**
 - - durch Familienmitglieder
 - - durch professionelle Helfer
 - - durch Androhung von Fremdunterbringung oder Distanzierung vom Kind
- **2. eine stabile und vertrauensvolle Beziehung zum hilflosen Elternteil aufbauen oder fördern**
- **3. „Trigger“ identifizieren:**
 - - wovor haben Eltern besondere Angst?
 - - was vermeiden sie am meisten?
 - - in welchen Situationen verhalten sie sich so, dass sie soziale Unterstützung verlieren?

Was brauchen Familien in „komplexen traumatischen Konstellationen“

- **4. desorganisierte, destabilisierte Bindungsmuster der Eltern zu ihrem Kind (als gelernte Schutzreaktionen) respektieren, erkunden und thematisieren;**
 - **5. die Bewusstmachung dissoziierter Erinnerungsanteile anregen:**
 - - Erinnerungen und aktuelles Erleben (Alpträume) durcharbeiten (erzählen lassen).
 - - Neukonstruktionen (Metaphern) entwickeln, die der Vergangenheit einen Sinn geben können
- Achtung: Alltagsbewältigung geht vor!**
- **6. Geschwindigkeit der Betroffenen bei der Verarbeitung akzeptieren, Verdrängen oder Vermeiden etc. können (lange Zeit oder dauerhaft) funktional sein.**
 - **7. Das Lebensumfeld ressourcenbezogen neu organisieren**

Merkmale des Arbeitsrahmens

- **Beidseitige Machbarkeitsprüfung durch detailliertes Erläutern des Hilfeangebotes und der Klientenressourcen**
- **Sicherheit geben und Hoffnung stärken**
- **Arbeitsbündnisse mit „affektiver Rahmung“ und gegenseitiger Verbindlichkeit**
- **Offenheitsgebot zwischen Eltern und prof. Helfern**
- **Erreichbarkeit der Erziehungsverantwortlichen als unabdingbare Voraussetzung (physische und „virtuelle Präsenz“)**

Hilflosgigkeit der Eltern als Baustelle

Ziele:

Präsenz – Wirksamkeitserleben - Verantwortung

• Trainingsfelder

- **Wahrnehmungsverzerrung:**
- **Konfliktvermeidung**
- **Verantwortungsabgabe**
- **Tendenz zur Isolation, mangelnde Kooperation**

• Methoden

Wahrnehmung, Achtsamkeit schulen
Mentalisierungstraining,
Konflikte aufdecken, fördern
und coachen, Modell sein
Verantwortung lassen, übertragen
und Entscheidungen herbeiführen
Kooperation fordern, vorleben und
trainieren

Trainingsfeld Wahrnehmung

1. Beziehungswahrnehmung verbessern wechselseitige Botschaften angemessen entschlüsseln durch geleitete Interaktionen

- Mentalisieren,
- Achtsamkeitsübungen,
- Verbalisieren von Emotionen

Was ist Mentalisieren? – ein Exkurs

- **Mentalisieren heißt, sich vorzustellen, was im Kopf des anderen vorgeht (Fonagy).**
- **Empathiefähigkeit: sich in andere hineinzusetzen, zu fühlen, was der andere fühlt und sich selbst und die eigenen Gefühle quasi von außen zu betrachten und zu beurteilen.**
- **Fähigkeit, die Realität drinnen und die Realität draußen zu unterscheiden.**
- **Das Mentalisierungsdefizit korrespondiert bei Autisten mit einer reduzierten Ausstattung mit „Spiegelneuronen“ im Frontalhirn.**

Stress und Mentalisieren

- **Leichter Stress fördert die Aufmerksamkeit als Voraussetzung zum Mentalisieren.**
- **Starker Stress blockiert diese Funktion.**
- **Wenn Angst oder Stress die Bewältigungsgrenze überschreiten, geht das Frontalhirn offline und übergibt an das limbische System (zuständig für basale Überlebensfunktionen).**
- **Die Funktion des Mentalisierens schaltet sich ab.**
- **Im Falle der Chronifizierung reduziert sich die Fähigkeit, sich in den Anderen**

Trainingsfeld Verantwortung

2. Verantwortlichkeit stärken:

- **Wirksamkeitserfahrungen herbeiführen**
- **Lernen, sich zu positionieren,**
- **Entscheidungen zu treffen**

Trainingsfeld Konflikte

3. Konflikte als Lösungsprozesse begreifen und deren Chancen nutzen

- Fördern, herbeiführen, coachen von Konflikten
- Ergebnisse und Lösungen erarbeiten helfen
- selbst Konflikte mit Klienten eingehen

Trainingsfeld Kooperation

4. Kooperation

- Vereinbarungen transparent und verbindlich
- Permanentes Aushandeln auf gleicher Augenhöhe
- Arbeitsergebnisse Schritt für Schritt überprüfen
- Mediatives Vorbereiten zukünftiger Unterstützungspartnerschaften (z. B. in der Schule)

Arbeitsschritte

- Wechselseitige Machbarkeitsprüfung (Erläutern des Therapieangebotes, Prüfung vorhandener Voraussetzungen)
- Chemieprüfung und Auftragsklärung
- „Bejahungsritual“ vor dem eigentlichen Start
- Erwartungen auf Mehrstimmigkeit prüfen
- Einstimmigkeit herstellen (Lenkradmetapher)
- (Joining) Lösungshypothesen auf Konsensfähigkeit überprüfen
- Metapher des verlängerten Armes
- Regeln für das Kind erarbeiten (notwendige Arbeitsorientierung für Erzieher)
- Verbindliche Vereinbarung erzieherischer Handlungsweisen
- dissoziative Kommunikation aufdecken und überwinden
- Spannungen offen machen, Konflikte coachen
- Entschuldigungs- und Versöhnungsrituale zum Training der Verantwortlichkeit