

**„Komplexe traumatische
Konstellationen in Familien“**

Karl Heinz Pleyer, Dipl. Psych., Viersen 1

Folien zum Vortrag (pdf-Datei) und
weiterführende Artikel des Autors:

**herunterzuladen
von:**

www.rgst.de/downloads

2

Die Themen
vier Konstrukte zur Diskussion gestellt:

1. **„parentale Hilflosigkeit“**
als Folge traumatischer Belastung
2. **das „parentale“ Trauma**
3. **„co-traumatische“ Prozesse**
zwischen Eltern und Kindern
4. **komplexe traumatische „Konstellationen“**
5. **Folgerungen für die therapeutische Praxis** ³

Ausgangslage in den 70er Jahren

Tradierte Sichtweisen in der KJP:

Verhaltensauffälligkeiten von Kindern
sind als Störungen, Krankheiten etc. definiert: (ICD und
DSM)

Eltern sind (bis heute) keine Patienten im Sinne der RVO!
Familien bekommen keine Überweisung, bekommen keine Diagnose, werden
anamnestisch nicht befragt, sind nicht im Fokus der Behandlung.

Eltern werden als Verursacher der Störung gesehen.

ICD- Diagnose: „conditio sine qua non“?

**Verhaltensauffälligkeiten von Kindern
sind bis heute als Störungen mit
Krankheitswert zu kodifizieren, sonst
keine Behandlung nach RVO**

Folgenreiche Auswirkung:

- Fokus auf dem „identifizierten Patienten“
- Suggestierte Defizitorientierung
- Suggestiertes Expertentum



Frage:
Müssen wir Kinder erst „kränken“, um sie „therapieren“ zu dürfen?
Wer braucht eine ICD-Diagnose und wozu?

Zwei Sichtweisen

mit unterschiedlichen Konsequenzen:

Kinder werden Therapeuten
oder der Jugendhilfe
zugeführt, weil sie eine
„Störung“ haben

⇒ Kind im Fokus

Kinder werden vorgestellt,
wenn Eltern hilflos geworden
sind, „das Problem“ aus
eigener Kraft zu lösen

⇒ Eltern im Fokus

6

Beobachtung der frühen Jahre:

Verhaltensänderungen bei Kindern waren nur dann nachhaltig,
wenn es auf der Elternebene positive Änderungen der Einstellung
und des Verhaltens gab.

Auftragsklärung auf dem Prüfstand:

- Was erwarten die Kinder?
- Was erwarten Eltern (Vater, Mutter)?
- Welche Aufträge sind relevant?
- Welche Aufträge nehmen wir an, welche nicht?

7

**Von der herkömmlichen zur
systemischen Kinder- und Jugendpsychiatrie**

erweiterter Fokus:
vom „identifizierten Patienten“ zum Bezugssystem :
hin zur Kommunikation zwischen den Individuen, zu Beziehungsmustern.

Virginia Satir (eine Botschafterin der Familientherapie in Deutschland):
„Nachdem ich viele Jahre mit Familien gearbeitet habe, ... ist es mir nicht
mehr danach zumute, Eltern zu beschuldigen, auch wenn sie noch so dumm
und zerstörerisch in ihrem Verhalten sind. Ich suche dagegen jetzt
Möglichkeiten, ihr Selbstwertgefühl zu erhöhen. Damit ist ein erster Schritt
getan in Richtung auf Besserung für die gesamte Familie“. (1972)

das dominante Therapieziel:
Stärkung der Erziehungsverantwortlichen/ der Elternebene

8

Hindernisse mit langer Tradition

Grundüberzeugung in allen herkömmlichen Kindertherapien:
Eltern sind Verursacher (auch V. Satir: „Architekten der Familie“),
Kinder sind Leidtragende, werden so zu „identifizierten Patienten“

Risiko für die Therapie:

- Identifikation der Helfer mit dem Kind (als Opfer)
- emotionale Distanz, moralische Vorwürfe und Bestrafungsimpulse gegenüber Erziehungspersonen
- Helferimpulse der Therapeuten begünstigen Ungeduld und Intoleranz gegenüber der Nicht-Veränderung
- Manöver zur Schuldabwehr z. B. „Wozu Familiengespräche?“ „Schauen sie auf mein Kind!“ erzeugen Widerstand bei Helfern.
- Ignoranz, Indifferenz und dissoziative Phänomene wecken Ungeduld und Aggression bei Helfern
- Versagenserleben der Helfer verstärkt Hilflosigkeit und schwächt das Vertrauen in Therapie und die Hoffnung auf wirksame Hilfe

9

Klinische Recherche (1999)
Ausgangspunkt einer Neuorientierung

1. zur Elternbefindlichkeit:
Welche aktuellen und früheren Stressbelastungen werden berichtet?

2. zum Erziehungsverhalten:
Sind Eltern „verhaltensauffälliger“ Kinder im Umgang mit dem „Problemkind“ selbst „verhaltensauffällig“ ?

10

Ergebnis zur Frage 1
„Stressbelastungen“

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

körperlich, psychisch und/oder psychosomatisch erkrankt

Häufung von Bindungsauffälligkeiten

viele seit ihrer Kindheit chronisch belastet,

Lebenslinien durch periodische Krisen gekennzeichnet,

Leidensdruck bei Eltern meist größer als bei „Patienten“

Ergebnis zur Frage 1
„Stressbelastungen“

das Ausmaß war überraschend hoch:

- In allen Familien mehrere gravierende Stressfaktoren, die zusammenwirken und die Bewältigungsmöglichkeiten einzelner Mitglieder aktuell bzw. phasenweise überfordern.
- Bisher unzureichend anamnestisch erfasst, oft eher beiläufig bekannt geworden.

12

**Ergebnis zur Frage 2
„Auffälligkeiten“ im Erziehungsverhalten**

Alle Eltern wurden als auffällig beschrieben!!!

- emotionales Erleben:

- Hilflosigkeit und Ohnmacht gegenüber dem „Problem- (Kind)“
- Scham gegenüber der Umwelt, Beschädigung elterlichen Stolzes
- Energieverlust in der Beziehungsgestaltung
- Ambivalenz im Beziehungs- und Bindungserleben
- Große Distanz oder übermäßige Nähe

- kognitive Selbstbeschreibungen:

- Erschütterungen im Selbstbild als Eltern
- Verlust der parentalen Wirksamkeitsüberzeugung

- erzieherisches Handeln (Beobachtung durch Pädagogen):

- hilfloses wirkendes Agieren
- nutzlose, sich wiederholende Lösungsversuche,
- unpassende, erfolglose Erziehungsmaßnahmen
- Tendenz zum „Mehr- desselben“

13

**Vier charakteristische Defizite
in erzieherischen Basisfertigkeiten**

**1. Verminderte Feinfühligkeit, mangelndes oder fehlerhaftes
Mentalisieren der psychischen Befindlichkeit des Kindes**

Selektive Wahrnehmung,
Fehldeutungen der Botschaften und Intentionen des Kindes

2. unzulängliche Konfliktregulierung

Konflikte ohne konstruktive Lösungen
bzw. ausgeprägte Konfliktvermeidung

3. Rückzug aus der Verantwortung

Entscheidungen delegieren,
aktive bzw. passive Verantwortungsabgabe

4. Tendenz zur Isolation

mangelnde Kooperation mit Erziehungspartnern und anderen
Bindungspersonen

14

Folgerung:

Vier Arbeitsfelder handlungsleitend für die Therapie

1. Wahrnehmung

Gegenseitiges Mentalisieren trainieren

2. Konfliktregulierung

Positionen klären, Konflikte fördern,
coachen und zu Lösungen führen

3. Verantwortung

Wirksamkeitserleben fördern und
Verantwortlichkeit stärken

4. Kooperation

Bündnisse mit Unterstützern herstellen,
Vernetzung fördern

15

Kontrolluntersuchung mit bemerkenswertem Ergebnis

Gegenstand der Recherche:
Umgang der Eltern mit Geschwisterkindern:

Die größere Zahl von Eltern zeigte keine nennenswerten Auffälligkeiten im Umgang mit Geschwisterkindern, sondern nur im Umgang mit dem „Problemkind“.

Eine kleinere Gruppe zeigte Auffälligkeiten auch im Umgang mit den Geschwisterkindern

Frage : Wie sind die Unterschiede zu erklären?

Unterschiedliche Entstehungskontexte von elterlicher Hilflosigkeit

Unterscheidung:	partielle parentale Hilflosigkeit	generalisierte parentale Hilflosigkeit
-----------------	--------------------------------------	---

Hypothesen über Entstehungskontexte:	Stress ist mit dem Problemkind „auf die Welt gekommen“	eigene traumatische Kindheitserfahrungen, fehlende Vorbilder
---	--	--

„Parentale Hilflosigkeit“ als Leitmerkmal der Befindlichkeit und des Handelns

Definition:

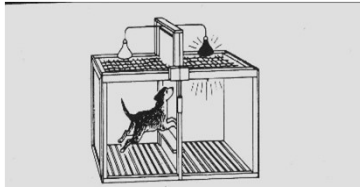
- Chronifizierte Beeinträchtigung im elterlichen Wirksamkeitserleben, Hilflosigkeit im erzieherischen Handeln, insuffiziente Wahrnehmung elterlicher Verantwortung,
- auf den Umgang mit dem Problemkind bezogen,
- keine generelle Inkompetenz in Erziehung bzw. Lebensbewältigung,
- kein Persönlichkeitsmerkmal, keine Eigenschaft!
- Vielmehr: Merkmal des kommunikativen Umgangs bzw. der besonderen Beziehung zum Kind!

Hypothese:
ein eigenwilliger „Dialekt“ zwischen hilflosem Elternteil und Problemkind?

18

Zweikammerexperiment

Solomon und Wynne (1953)



Shuttle box used in training dogs to avoid traumatic shock. (A tone or a light can be used as a conditioned stimulus.)

Versuchsordnung:

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 erhellte Kammer springt.

Ergebnis:

Wenn Versuchstiere Elektroschocks durch eigenes Verhalten nicht mehr vermeiden konnten, blieben sie erstarrt auf dem stromführenden Gitter liegen.

Erstarrung (Totstellreflex).
Endorphine reduzieren das Schmerzempfinden.

„Therapie“ nur unter Zwang gegen aktiven Widerstand möglich.

Endorphine: Schmerzdämpfer und Fluchthelfer

Die Rolle der Endorphine bei dissoziativen Zuständen ist neurowissenschaftlich gut belegt:

- Stress und Schmerz führen allgemein zu einem Anstieg der Endorphine im Gehirn!
- Anders als übliche Schmerzmittel setzt ihre Wirkung nicht am „sensiblen Cortex“ an, wo körperliche Schmerzen abgebildet werden, sondern am emotionalen Schmerzzentrum „Amygdala und Gyrus Cinguli“. Die emotionale Beteiligung am Schmerzeschehen des eigenen Körpers wird betäubt.
- das limbische System übernimmt die Führung. Es spaltet die Signale des Cortex ab, die Kommunikation zwischen Gefühl und Verstand wird außer Kraft gesetzt.
- Man merkt nicht, was man fühlt.

Belastungsreaktionen bei allen Säugetieren

Menschen und Tiere zeigen unter Extrembelastungen ähnliche Reaktionsweisen. Instinktive Verhaltensmuster, die Tiere in Bedrohungssituationen zeigen, liefern ein brauchbares Modell für die Beschreibung menschlicher Reaktionsweisen, die als PTBS definiert werden.

Van der Kolk 1985 Nijenhuis 2011

Belastungsreaktionen bei Säugetieren

Vergleichbar mit menschlichen Reaktionen

- Erstarren
- Unterwerfung
- Analgesie
- Ausschüttung endogener Opiode
- Konzentration und Kraft bleibt auf die optimalen Verteidigungs- und Rettungsmöglichkeiten gerichtet.
- Lähmung des Stimmapparates,
- Abschalten des Frontalhirns
- Steuerung durch limbisches System

**Totstellreflex und dissoziative Reaktionen
„barmherzige Vorkehrungen der Natur“**

»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 Tieres. 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.

(1872, S 15) zitiert in GREYSON 1993, aus Nijenhuis S.136



DAVID LIVINGSTONE
britischer Entdecker u.
Missionar, Afrikaforscher,
1813-73

**„Parentale Hilflosigkeit“
als systemisches Konstrukt**

Begrifflich angelehnt an das Konstrukt "Erlernte 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.



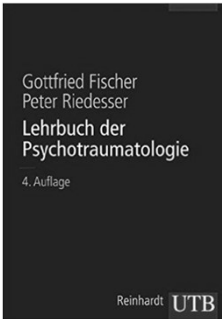
Martin E.P. Seligman ,1967

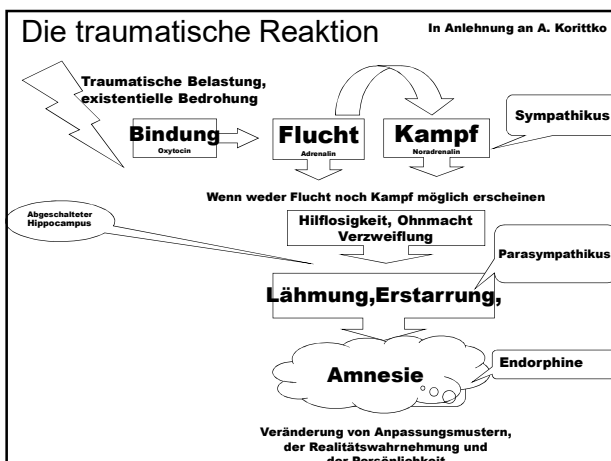
**„Parentale Hilflosigkeit“
als Traumafolgephänomen**

Hilflosigkeit ist in allen Traumadefinitionen eine dominante Erlebensqualität

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

(Fischer & Riedesser, 1999)





**Dominante Auffälligkeiten in Symptomen
der parentalen Hilflosigkeit:**

Permanente Fokussierung auf das Problem
mit Phasen der Erregung und der Angst

Erstarrung und Lähmung,
wo das Kind promptes Reagieren herausfordert

„dissoziative“ Informationsverarbeitung
• Vermeiden, Ignorieren, Vergessen, Verdrängen,
Unterwerfung, Realitätsverzerrungen, Dissoziationen etc

Kommunikative Funktion:
Selbstschutz: Schutz vor eigener Überlastung, Reduktion
auf rudimentäres Funktionieren

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!

29

Stress für Eltern im Allgemeinen:

- bei tatsächlichem oder drohendem Verlust eines Kindes
- bei der Gefährdung seiner Entwicklung
- bei erlebtem Scheitern in der Elternrolle
- bei Nicht-Gelingen der Versorgung
- bei erlebter Störung in der Beziehung zum Kind
- auch bei versagtem Kinderwunsch

Die existenzielle Bedrohung des Kindes wird von Eltern
gleich belastend erlebt, wie die Bedrohung der eigenen
Existenz - meist deutlich schlimmer!!!

30

Erstarrte Eltern- Kind- Beziehungsmuster als Traumafolge

Extremes Erleben von Angst und Stress eines Elternteils (z. B. bei Risikoschwangerschaft) kann 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

31

Beziehungsmuster als Traumafolge

Die verstrickte („symbiotische“) Beziehung

Merkmale:

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

Die distanzierte Beziehung

Merkmale:

- Unangemessenes Laissez faire gegenüber dem Problemkind
- (dissoziatives) Ausblenden seiner Schutzbedürfnisse und Bedürfnisse nach Nähe und Geborgenheit

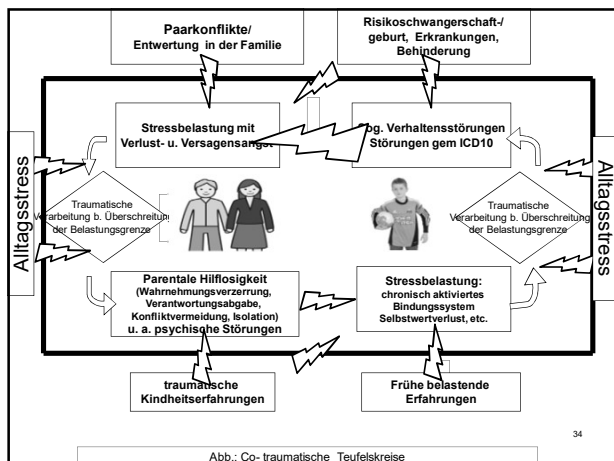
32

Plädoyer für das „parentale“ Trauma als eigenständige Traumakategorie

in Traumalehrbüchern und der empirischen Forschung vernachlässigt??

- Das „parentale Trauma“ lässt nicht allein das betroffene Individuum leiden.
- Es belastet und verändert u.U. die nachfolgende Generation.
- Folge: transgenerationale Weitergabe

33



Resultierende Annahmen

„Verhaltensauffälligkeiten“ des Kindes und „parentale Hilflosigkeit“ entstehen in der Regel miteinander.
 Sie sind wechselseitig aufeinander bezogen.
 Sie bedingen sich gegenseitig.

Muster in der Regel nur miteinander auflösbar:

Also: Kindertherapie bzw. professionelle Pädagogik nur unter Einbeziehung der Eltern!

35

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 bei Behandlung des Individuums allein oft nur schwer zu beeinflussen.

Täter- Opfer-Dichotomie ist irreführend

Wo wechselseitige Stressbelastungen wirksam sind,
Kommt es zu einseitigen Schuldzuschreibungen.

Verbreitete Sicht: Kinder sind Opfer, Eltern sind Täter.

Auch Kinder können traumatischen Stress für ihre Eltern
erzeugen. Eltern können als traumatisierte Opfer ihrer
Kinder gesehen werden.

**Eltern generell als Urheber der kindlichen Störung zu
identifizieren, ist therapeutisch selten hilfreich!**

Komplexe traumatische Stressbelastung

Familien in JPS, ambulanter und stationärer Jugendhilfe
zeigen **komplexe** Stressbelastungen, die die
Bewältigungsmöglichkeiten **mehrerer** Mitglieder
überfordern

- unbewältigte traumatische Belastungen der Vergangenheit
- mehrere **akute** Stressfaktoren mit kumulierender Wirkung
- mehr als eine Person betroffen
- chronifizierte stresserzeugende Interaktionsmuster
- wechselseitige Ansteckung

Komplexe traumatische Konstellation

Ein Traumaverständnis, das am Monotrauma (PTBS)
orientiert ist, erweist sich für die Arbeit mit unseren
Familien als zu eng, bzw. unzutreffend:

**Komplexe und zeitlich andauernde
Stressbelastungen können (auch ohne einen
katastrophalen Auslöser) dieselben Symptome
erzeugen wie ein katastrophales Monotrauma
(PTBS),**

„Oft entscheidend für akutes Traumaerleben:
der Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt“

Die traumatisierte Familie

**Kennzeichen der Beziehungen ist die
„traumatische Konstellation“**

(Begriff der Konstellation von Ludwig Reiter vorgeschlagen)

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

**Typische Folgen sind Anpassungsmuster,
die langfristig 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.**

**Grundregel für eine (traumabezogene)
therapeutische Arbeit mit Kindern**

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

**Die elterliche Verantwortung (Grundlage
ihrer Würde) ist unantastbar!**

**also: Verantwortung dort lassen (und
stärken), wo sie hingehört!**

41

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 prof. Helfern gelingt, hilflose Eltern in ihren
Lebensentwürfen und Bewältigungsversuchen zu verstehen,
sie als Personen zu achten und ihre Leistungen zu würdigen,
stärken sie deren Kinder!**

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

nachhaltigste Hilfe für das Kind:

- Auflösung co-traumatischer Interaktionen
- Stärkung des parentalen Wirksamkeitsbewusstseins
- Stärken der Selbstachtung und Würde der Eltern

- Wer mit Kindern arbeitet, muss sich daran messen lassen, ob er die Eltern in ihrem Wirksamkeitserleben stärkt (oder etwa schwächt).
- Therapeutisch/ pädagogische Arbeit mit Kindern, die die Eltern in ihrer Hilflosigkeit verstärkt, ein Kunstfehler? ⁴³

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

Stressfaktoren mindern, anstatt zu erhöhen

ein affektives Bündnis mit dem verantwortlichen Elternteil schafft Verbindlichkeit und stärkt das Selbstbewusstsein des Kindes

Desorganisierte, destabilisierende Bindungsmuster als „normale“ Reaktionen auf „abnormale“ Belastungen verstehbar machen.

Integration dissoziierter Anteile anregen u. herausfordern:
(Mentalisieren, Achtsamkeit)

Entspannte Beziehungserfahrungen zw. Eltern und Kindern vermitteln

Lebensumfeld (ressourcenbezogen) neu organisieren ⁴⁴

**Grundregel für eine traumabezogene Arbeit
mit Erwachsenen**

Nützliche Sicht: erwachsene Klienten sind Kinder ihrer Eltern. Vielfach sind ihre Lebensentwürfe und die damit verbundenen „Probleme“ aus den Beziehungen zu ihren Eltern erklärlich.

Wo die Ablösung von der Bindungsperson noch nicht vollzogen ist, sind Kinder noch auf die Eltern „bezogen“ und Eltern bleiben noch in sorgenvoller Verantwortung verhaftet

Die Balance zwischen „Autonomie und Bezogenheit“ (Stierlin) ist Ergebnis eines Reifungsprozesses, der sich von innen heraus vollzieht. Interventionen zur Loslösung von außen scheitern am Widerstand

**Elterliche Verantwortung zu stärken kann die
Ablösung meist wirksamer unterstützen** ⁴⁵

Sackgassen für professionelle Helfer

Irreführende Überzeugung mit langer Tradition:

Eltern als Verursacher der Störungen zu verstehen.
(Ursache-Wirkungsdenken)

Schuldzuschreibungen sind

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

Wir neigen allzu leicht dazu, Eltern implizit oder explizit anzuklagen, aber wir meinen in Wirklichkeit ihre Hilflosigkeit

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 empfindsamen Gegenüber Unsicherheit, Angst, Hilflosigkeit und aggressive Gefühle

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
