

---

# Komplexe Traumatisierungen in der Familie - Auswirkungen auf das mütterliche Fürsorgeverhalten und die frühkindliche Bindungsentwicklung

(Dr. Michael Hipp)


## Inhalt:

1. Einleitung
2. Zur Bedeutung der frühkindlichen Bindungsentwicklung
3. Bindungsqualität als Spiegel der frühen Mutter-Kind-Interaktion
4. Unverarbeitete Traumatisierungen als Belastung der Mutter-Kind-Beziehung
  - 4.1 Unkontrollierte Überlebensreaktionen
  - 4.2 Überlastungsschutz durch Kontaktvermeidung
  - 4.3 „Unmarkierte“ Spiegelungen der kindlichen Emotionen
  - 4.4 Aufhebung der Generationsgrenzen: Das Kind als kleiner Erwachsener
5. Komplexe Hilfen im multiinstitutionellen Kontext
  - 5.1 Institutionelle Kooperationshindernisse
  - 5.2 Personenbezogene Kooperationshindernisse
  - 5.3 Traumapädagogik als Grundlage der Beziehungsgestaltung
  - 5.4 Videogestützte Förderung der Mutter-Kind-Interaktion
6. Literatur

## 1. Einleitung

Die Dienste des Gesundheitswesens, der psychosozialen Versorgung sowie der Kinder- und Jugendhilfe werden zunehmend von Familien in Anspruch genommen, die sich in Multiproblemlagen befinden. Bei den Eltern lassen sich dabei sehr häufig traumatische Erfahrungen in ihrer eigenen Kindheit wie zum Beispiel Vernachlässigung, emotionale Misshandlung, unverarbeitete Beziehungsverluste, Gewalt oder sexueller Missbrauch nachweisen. Meist wurden sie dadurch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung nachhaltig beeinträchtigt. Aufgrund ihrer Autonomiedefizite fällt es ihnen schwer, den Anforderungen in Beruf und Familie zu entsprechen. Erwerbslosigkeit, Armut, Verschuldung, Konflikte mit den Behörden, Haushaltsdesorganisation sowie Trennung und Scheidung sind regelhaft zu beobachten. Immer ist auch die Fürsorge- und Erziehungsfähigkeit in Bezug auf die eigenen Kinder eingeschränkt. Die Thematisierung der zugrunde liegenden psychischen Störung wird aufgrund der damit verbundenen Stigmatisierung und Entwertung häufig abgelehnt. Die betroffenen Eltern erwarten voraussetzungsfrei Entlastung und Schutz für sich selbst sowie Therapie für ihre Kinder, damit diese besser handhabbar werden. Die institutionellen Hilfsangebote erscheinen wenig attraktiv,

---




da sie auf dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ basieren und daher eher als zusätzliche Belastung wahrgenommen werden. Diese Erwartungsdivergenzen führen zu Missverständnissen und Enttäuschungen. Im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle werden viele Kooperationsbeziehungen vorzeitig beendet. Eine kontinuierliche Förderung der Eltern-Kind-Beziehung ist in diesem Kontext der Instabilität nicht möglich.

Zum kompetenten Umgang mit den desintegrierten Familiensystemen sind daher traumaspezifische Kenntnisse der Fachkräfte auf allen Ebenen des psychosozialen Versorgungssystems und eine multiinstitutionelle Vernetzung zwingend erforderlich. Vor allem müssen aber Methoden eingesetzt werden, die anschlussfähig sind an die Vorstellungswelten der betroffenen Eltern und die eine wirksame Förderung der Eltern-Kind-Interaktionen gewährleisten. Dabei haben sich besonders videogestützte Verfahren bewährt. Die Visualisierung des Fürsorgeverhaltens der Eltern ermöglicht eine Anschaulichkeit, die erst die Voraussetzung dafür bildet, dass Entwicklungsimpulse verstanden, angenommen und umgesetzt werden können.

## **2. Zur Bedeutung der frühkindlichen Bindungsentwicklung**

Das Gehirn des Neugeborenen, Säuglings und Kleinkindes entwickelt sich in Abhängigkeit von den frühen Interaktionserfahrungen mit der Umwelt. Im Gegensatz zum Tierreich folgt die Reifung d.h. die Spezialisierung der noch undifferenzierten Nervenzellen nur geringen genetischen Vorgaben. Die damit implizierte ungeheure Entwicklungschance kann jedoch nur genutzt werden, wenn die Kinder in diesem frühen Stadium angemessen versorgt, reguliert und gesichert werden. Bereits in der Schwangerschaft wirken sich extreme Stresserfahrungen der Mutter nachteilig auf die Entwicklung der fetalen Gehirnstrukturen aus. Und auch nach der Geburt belasten Mangelzustände mit den damit verbundenen überhöhten neurotoxischen Cortisolblutspiegeln die Reifung des frühkindlichen Gehirns. In den ersten beiden Lebensjahren sorgt das Bindungssystem des Kindes mit seinen Notruf- und Kontaktsignalen dafür, dass die mütterliche und später auch väterliche Zuwendung in ausreichendem Maß bereitgestellt wird. Nur im regulierten und gesicherten Zustand kann das Kind neugierig die Außenwelt erkunden. Im Rahmen eines aktiven Explorationssystems erwirbt das Kind nicht nur neue sensomotorische und kognitive Kompetenzen. Es macht Selbstwirksamkeitserfahrungen und lernt spielerisch, Stress und Frustrationen auszuhalten, ohne vorschnell aufzugeben. Im Prozess der Auseinandersetzung mit der Außenwelt reißt der Kontakt des Kleinkindes zu den Bindungspersonen niemals ab. Es ist bestrebt, jeden Entwicklungsfortschritt „anzuzeigen“, um ihn entsprechend bestätigen zu lassen. Hier entscheidet die Aufmerksamkeit der Bindungspersonen darüber, wie intensiv das Kind in seinen Explorationsbemühungen ermutigt wird und wie nachhaltig die Lernerfahrungen strukturell im Gehirn abgebildet werden. Nur in einem „Flow“ emotionaler Verbundenheit entsteht jene Dynamik, die das Kind langfristig zur Autonomie des Erwachsenen führen kann. Helm Stierlin hat diesen Vorgang einmal mit dem Begriff der „bezogenen Individuation“ charakterisiert. Eltern geben so ihren Kindern Wurzeln und Flügel.

---




Ein chronisch aktiviertes Bindungssystem mit den dazu gehörenden Gefühlsäquivalenten wie Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht verweist auf eine Mangelversorgung („Wurzellosigkeit“). Das vernachlässigte Kind ist dann so stark mit der eigenen existenziellen Regulation beschäftigt, dass es die Umwelt ignoriert oder als bedrohlich wahrnimmt. Exploration wird zum gefährlichen „Luxus“, den sich das überforderte Kind nicht leisten kann. Die im Belohnungszentrum produzierten „Glückshormone“ wie z.B. Dopamin werden nicht ausreichend über das Explorationsverhalten generiert. Das damit assoziierte Defizit an Neugier und Motivation führt langfristig zu Lernunlust, Interessellosigkeit und dysfunktionalen Ersatzbefriedigungen. Frühsymptome sind umfassende Entwicklungsverzögerungen sowie Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome.

### **3. Bindungsqualität als Spiegel der frühen Mutter-Kind-Interaktion**

Für Neugeborene und Säuglinge wird meist die Mutter im Schutz einer symbiotischen Beziehung zur sogenannten „sicheren Basis“. Die Wahrnehmungsschwelle der Mutter für die kindlichen Bedürfnissignale ist so stark herabgesetzt, dass selbst der Tiefschlaf jederzeit unterbrochen werden kann, um die Versorgung des Kindes sicherzustellen. Das Weinen des eigenen Kindes aktiviert reflektorisch das Bedrohungszentrum (Amygdala) der Mutter, so dass sie sich im eigenen Stresszustand dem Kind tröstend und regulierend zuwenden muss. Ausreichend feinfühliges Mütter gelingt es intuitiv, die Bedürfnisse des Säuglings in Abgrenzung von den eigenen Bedürfnissen richtig zu interpretieren und anschließend zeitnah eine angemessene Versorgung sicherzustellen.

Die Begründerin der Videomethode Marte Meo, Maria Aarts (2002), hat uns für die Beschreibung der Interaktionselemente in der Mutter-Kind-Beziehung wichtige Beobachtungskriterien und Begrifflichkeiten zur Verfügung gestellt. So erlaubt die freie, d.h. zweckungebundene Situation eine unmittelbare Analyse von Feinfühligkeit und Responsivität der Mutter im Explorationskontext. In einer Atmosphäre der Sicherheit, Gelassenheit und positiven Zuwendung („schöner Blick“ der Mutter) wird das Geschehen von der Neugier des Kindes in der Auseinandersetzung mit der Außenwelt bestimmt (Niklaus Loosli 2010). Die Kontaktgestaltung von Seiten der Mutter wird geprägt von ihrer Aufmerksamkeit gegenüber den Initiativen des Kindes. Sie folgt den frei oszillierenden Explorationsaktivitäten und ortet immer wieder den aktuellen Interessenfokus des Kindes. Dieser wird dann „benannt“ d.h. sprachlich definiert. Das gleiche gilt für Handlungssequenzen des Kindes, die begleitet, beschrieben und bestätigt werden. Das Kind fühlt sich dadurch wahrgenommen und gesichert. Die kindliche Neugier wird stimuliert und neuronale Kompetenznetze werden durch die Ausschüttung von „Glückshormonen“ synaptisch verschaltet. Die Gestaltung eines gemeinsamen dynamischen Erlebnisraumes zwischen Mutter und Kind eröffnet ein wirksames Trainingsfeld für Fokussierung und Defokussierung von Aufmerksamkeit. Die Verbalisierung der kindlichen Explorationsaktivitäten bildet die Grundlage für eine nachhaltige Sprachförderung. Ebenso große Bedeutung gewinnt die emotionale Spiegelung und damit Regulierung des kindlichen Affektzustandes, die im Rahmen der kommunikativen Feedback-Schleifen zwischen Mutter und Kind kontinuierlich erfolgen. Kleinkinder verfügen noch nicht über eine Metaebene, über die sie sich selbst und ihren Affektzustand reflektieren können. In der Symbiose sind sie nicht oder später nur unvoll-

---



ständig von ihrer Mutter abgegrenzt. Die Realität der Mutter wird zu ihrer Realität. Sie sind davon abhängig, in ihrer Gefühlswelt von der Mutter real und „markiert“ reguliert und gespiegelt zu werden. Die Mutter übernimmt dabei die Funktion eines „Containers“, der die Gefühle des Kindes identifiziert, in sich aufnimmt, „verdaut“ und in gereinigter d.h. verträglicher Form zurückgibt. In diesem Akt der reifen mütterlichen Mentalisierung gelingen beim Kind Affektdifferenzierung und Realitätsanpassung. Dies bildet die Grundlage für die Entwicklung der sogenannten Spiegelneurone (Bauer 2006), mit deren Hilfe intuitives Verstehen der emotionalen Befindlichkeit eines anderen Menschen möglich wird. Das Kind gewinnt einen realistischen Eindruck von seinem Zustand und seinem Sein in der Welt. Der verlässliche und kontingente Zusammenhang zwischen Exploration des Kindes und mentalisierter Resonanz der Bindungsfigur führt zu kohärenten Selbst- und Objektrepräsentanzen als Voraussetzung für die Entwicklung der Selbstregulationsfähigkeit (Fonagy 2012)


Neben die undefinierten Kontexte der „freien Situationen“ treten die strukturierten, zielgerichteten Kontaktmomente. Bei Körperhygiene (z.B. Waschen, Wickeln, Ankleiden etc.), Essen, Ortswechsel, Übergang in die Schlafphase etc. müssen die Eltern direkte Funktionen übernehmen. Der Leitungsmoment beginnt mit dem Anschluss an das kindliche Erleben. Die Aufmerksamkeit des Kindes wird durch Verringerung des Gesichtsabstandes, direkte Ansprache in kindgerechtem Tonfall und Spiegelung der aktuellen Affektklage sichergestellt. Es folgt die klare Benennung der elterlichen Erwartung bzw. des Handlungszieles. Nach klar markiertem Anfang werden das gewünschte Verhalten des Kindes und die erreichten Zwischenziele positiv konnotiert und bestätigt. Die Vorhersehbarkeit der Handlungsschritte beruhigt das Bindungssystem des Kindes und unterstützt die Lernbereitschaft. Das Kind entwickelt im Langzeitverlauf kooperatives Verhalten als Vorstufe einer Verselbstständigung. Jedoch bleiben die Eltern durch ihre wiederholten Strukturvorgaben und Orientierungshilfen bis zur Adoleszenz prägend für die Entwicklung der kindlichen Gehirnarchitektur.

#### **4. Unverarbeitete Traumatisierungen als Belastung der Mutter-Kind-Beziehung**

##### **4.1 Unkontrollierte Überlebensreaktionen**

Die Geburt ihres Kindes aktualisiert bei einer traumatisierten Mutter die eigene Bindungsgeschichte. Abgespaltene Erinnerungen an traumatische Erfahrungen wie Vernachlässigung, Gewalt oder sexueller Missbrauch drängen ins Bewusstsein und bedrohen die Identität. Das Bindungsverhalten des Kindes, das auf physische und emotionale Nähe, Versorgung und Schutz abzielt, wirkt als „Triggerreiz“ und destabilisiert die Grenze zur Vergangenheit. In einer „Täterübertragung“ kann das Kind plötzlich als „böses Elternteil“ und somit als existenzielle Bedrohung erscheinen. In diesem Akt der Täter-Opfer-Reinszenierung wird die Mutter mit den eigenen Traumagefühlen wie Todesangst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Scham- und Schuldgefühlen sowie Wut konfrontiert. Eine kritische Reflexion auf der Metaebene im Hier und Jetzt ist nicht mehr möglich. Im Rahmen sozialpädagogischer Hilfemaßnahmen erworbene Selbstberuhigungsstrategien können angesichts der flashbackartigen Wiederkehr der grausamen Vergangenheit nicht

---




mehr erinnert werden. Eine Schaltung zu den reflexiven kortikalen Hirnzentren birgt angesichts der imaginierten Bedrohung die Gefahr eines heiklen Zeitverlustes. Das Alarmzentrum im limbischen System (Amygdala) blockiert das Broca Sprachzentrum („sprachlos vor Entsetzen!“) und aktiviert unmittelbar die vegetativen Systeme. Im Sinne eines Kontrollverlustes laufen defensive Notfallprogramme ab zur Abwehr der Identitätsfragmentierung (Hofmann & Besser 2003). Gegenüber dem Kind entstehen unerträgliche Wutgefühle, die sich mit Schreien, Brüllen und eventuell Gewalt Ausdruck verschaffen können. Panikgefühle übersetzen sich in Fluchtimpulse. Es kann vorkommen, dass die Mutter das Kind sich selbst überlässt oder die Versorgungsverantwortung wahllos an andere Menschen delegiert. Sind weder Kampf- noch Fluchtimpulse umsetzbar, tritt also eine Situation der Unentrinnbarkeit ein, kommt es zu einer „Notabschaltung“ der „sympathischen“ Stressbewältigungssysteme. Die Stresshormone Adrenalin und Cortisol werden ersetzt durch die Endorphine, die als körpereigene Opiate wie bereits in der primären Traumasituation das unerträgliche Erleben neutralisieren sollen. Die Folge sind dissoziative Zustände. Im Trancezustand bricht der Kontakt zum Kind vollständig ab. Der Säugling wird in seinem Bewusstseinszustand nicht mehr gespiegelt, in seine Bedürftigkeit nicht mehr wahrgenommen und nicht mehr extern reguliert. Er verbleibt in negativ emotionalen, dysfunktionalen und vital bedrohlichen Zuständen, auf die er selbst im Zustand der Unentrinnbarkeit, Hilflosigkeit und Ohnmacht nur mit Dissoziation reagieren kann. In dieser von Vernachlässigung geprägten Versorgungskonstellation wird die parasympathische Regulationsstrategie der Mutter in die Säugling- und Kleinkindpersönlichkeit eingebaut (Sachsse 2004, S.43). Ein valider Prädiktor für das Risiko einer Entwicklungs Traumatisierung beim Säugling ist das Vorliegen einer extremen Dissoziation der Mutter in der Schwangerschaft. In diesem Fall ist das Körpererleben der Mutter so stark abgespalten, dass sie die Schwangerschaft nicht oder nur sehr verspätet wahrnimmt und für das Neugeborene die sichere Basis mit den verlässlichen Regulations- und Versorgungsfunktionen nicht darstellen kann.

In einer Atmosphäre der traumaassoziierten Notfallbereitschaft werden die Kinder immer wieder mit erschrockenen, erschreckenden, abwesenden oder emotional nicht verfügbaren Bindungspersonen konfrontiert. Es besteht ein erhöhtes Risiko der direkten Traumatisierung der Kinder. In diesem Fall geben die Eltern ihre Traumaerfahrungen wie z.B. schwere physische Vernachlässigung, Gewalt oder sexueller Missbrauch unmittelbar an die nächste Generation weiter.

#### **4.2 Überlastungsschutz durch Kontaktvermeidung**

Die potentielle Bedrohung, die durch das Bindungsverhalten des eigenen Kindes ausgeht, überfordert die Abwehr traumatisierter Mütter. Das Kind muss daher auf Distanz gehalten werden. Viele Mütter vermeiden das Stillen des Säuglings, da sie dies als Kontrollverlust empfinden. Dadurch verzichten sie auf einen Teil des bei der Laktation ausgeschütteten Oxytocin. Dieses in der Hypophyse produzierte „Bindungshormon“ verstärkt das Einfühlungsvermögen, erleichtert das unbewusste soziale Lernen und stimuliert die Selbstberuhigungssubstanz Serotonin. (Strathearn 2011). Stillen über mehr als vier Monate hat daher einen protektiven Effekt gegenüber einer emotionalen Kindesvernachlässigung.

---



Eine weitere Form der Vermeidung ist die Erhöhung der Wahrnehmungsschwelle gegenüber den kindlichen Bedürfnissignalen und Explorationsinitiativen. Die Mütter reagieren deutlich verzögert auf das Bindungsverhalten ihrer Kinder. Im Rahmen einer MRT Studie in Texas Children`s Hospital (Kim 2014) konnte nachgewiesen werden, dass das Bedrohungs- und Bindungszentrum (Amygdala) im limbischen System dieser Mütter durch die traurigen Gesichter der eigenen Kinder weniger aktiviert wird als durch die traurigen Gesichter fremder Kinder. Der kindliche Stress wird geleugnet, sodass die notwendige emotionale Distanz eingehalten werden kann. Die Kinder geraten daher in starke Spannungszustände, bevor sie von ihren Müttern reguliert werden. Die dabei auftretenden hohen Stresshormonspiegel (Cortisol) belasten die Gehirneifung und führen zu Fehleinstellungen der Stressbewältigungssysteme.

Die Kontaktarmut betrifft alle Interaktionsbereiche. Die Kinder werden sprachlich, mimisch und taktil kaum gespiegelt. Die Mütter benennen auch ihre Handlungen kaum und machen sich dadurch nicht vorhersehbar. Dies macht sich nachteilig bemerkbar in allen sogenannten Leitungssituationen wie zum Beispiel Essen, Körperhygiene (Wickeln), Ortswechsel, Zubettgehen etc. Die Mütter schließen beim Start einer Leitungssequenz nicht an das Denken des Kindes an und erhalten dadurch auch nicht seine volle Aufmerksamkeit. Zielvorgaben werden nicht klar formuliert, auch Zwischenschritte werden weder definiert noch bestätigt. In einem solch strukturarmen Handlungsprozess sind die Kinder desorientiert. Sie reagieren ängstlich ausweichend oder oppositionell ablehnend. So eskalieren Leitungsmomente sehr schnell zu Kampfszenen, in denen das Leitungsziel gegen den entschiedenen Widerstand des erregten Kindes durchgesetzt werden muss.

#### **4.3. „Unmarkierte“ Spiegelungen der kindlichen Emotionen**

Säuglinge und Kleinkinder sind davon abhängig, dass ihr eigener Affektzustand mit den dazu gehörenden aktuellen Kontextbedingungen von ihren primären Bindungspersonen wahrgenommen, verdaut (mentalisiert) und zeitnah „markiert“ gespiegelt werden. Eine ausreichend gute „Markierung“ gelingt dann, wenn die Bindungsperson feinfühlig ist und ihre Resonanz nicht durch die eigene belastete Vergangenheit kontaminiert wird. Gerade bei traumatisierten Müttern führen die Bindungsaffekte ihrer Kinder wie Angst, Trostbedürfnis und Ärger zu einer Aktualisierung der eigenen belasteten Bindungserfahrungen. Sie reagieren daher entweder panisch und hilflos oder ärgerlich abwehrend. Manchmal erklären Sie die Gefühle des Kindes für ungültig (Invalidierung) und falsch, um den emotionalen Abstand aufrechterhalten zu können. Die Vergangenheit der Mutter wird somit zur Gegenwart des Kindes. Statt reguliert, getröstet und in seinem realen Zustand gespiegelt zu werden wird das Kind beunruhigt, bestraft oder alleingelassen. Doch das Kind, das sich selbst d.h. seinen realen Zustand nicht in der Mutter findet, findet die Mutter d.h. deren traumatisierte Persönlichkeitsanteile (Fonagy 2012). In der Symbiose ohne eigene Persönlichkeitsgrenzen muss sich das Kind mit den Trauma-Anteilen der Mutter identifizieren und sie in die eigene Identitätsstruktur einbauen. So überträgt die Mutter die bedrohlichen Gefühlsäquivalente ihrer eigenen Traumaerfahrungen „sekundär“ auf das Kind, ohne dass dieses die gleichen Erfahrungen wie zum Beispiel physische Vernachlässigung, Gewalt und sexuellen Missbrauch gemacht hat.




---

#### 4.4. Aufhebung der Generationsgrenzen: Das Kind als kleiner Erwachsener

Traumatisierte Mütter sind Überlebende von „Beziehungskatastrophen“. Als solche sind sie bestrebt, eine „heile“ Familie zu gründen, um die bedrängende Vergangenheit hinter sich zu lassen und eine von Sicherheit und Geborgenheit geprägte Zukunft zu gestalten. Vor allem den Kindern kommt dabei in der „Retterübertragung“ eine wichtige Symbolfunktion zu. Als „guter“ Elternteil sollen sie ihrer von Einsamkeit und Angst gequälten Mutter in der Symbiose Liebe und Geborgenheit bieten. Sie sollen die soziale Bedeutung der Mutter erhöhen, Vater und Mutter verbinden und eine Brücke zur Großelterngeneration schlagen, in der das mütterlich Trauma entstanden ist. Während sich in der Schwangerschaft die Rettungsilusion uneingeschränkt entwickelt, kann schon die Geburt und die nachfolgenden Versorgungsverpflichtungen gegenüber dem Kind zu einer Ernüchterung, Enttäuschung oder gar Entfremdung führen. Spätestens ab dem sechsten Monat wird das Kind aufgrund seiner Explorationsaktivitäten als eigenständiges Individuum mit abgegrenzten Bedürfnissen und Motivationen erkennbar. Wenn das Kleinkind dem Willen der Mutter ersten Widerstand entgegensetzt, reagiert diese mit Unverständnis und Ablehnung. Der Annäherungs-Vermeidungskonflikt wird aktiviert, in die misstrauische Grundhaltung gegenüber der Welt wird nun auch das Kind einbezogen. Im Sinne einer „Double-Bind-Konstellation“ werden die Bindungsbedürfnisse des Kindes nach Nähe als Bedrängung, die Abstand generierenden Explorationsinitiativen als Ablehnung wahrgenommen. Da sie die mentalen und regulativen Fähigkeiten des „erwachsenen“ Kindes überschätzt und sich selbst als hilflos und ohnmächtig erlebt, fühlt sich die Mutter durch die kindlichen Versorgungsansprüche provoziert, manipuliert und gedemütigt. Aus der „Retterübertragung“ wird die „Täterübertragung“. Das Kind ähnelt jetzt dem „bösen“ Elternteil, der die Mutter verraten und traumatisiert hat. Das „unkontrollierbare“ Kind aktiviert die „Täterintroyekte“ der Mutter, mit ihren toxischen, destruktiven Botschaften („Ich bin schlecht!“). Zur Aufrechterhaltung der Selbstkohäsion muss die Mutter ihre aggressiven Impulse externalisieren. Das Kind wird zum „Blitzableiter“ der mütterlichen Wut. Besonders gefährlich wird die Situation, wenn die Bedrohung personalisiert wird, die Mutter im Verhalten des Kindes eine konkrete Person in ihrer Vorgeschichte zum Beispiel den gewalttätigen Vater des Kindes wiederzuerkennen glaubt. Die Wege zu Vernachlässigung, emotionalen Misshandlungen oder gewalttätigen Übergriffen werden dadurch gebahnt. In einigen Fällen wird die Beziehung gleichermaßen traumatisierter Eltern durch die Dämonisierung des Kindes stabilisiert. Durch die Bändigung des „kleinen Monsters“ kann Solidarität erfahren und die Partnerschaft vom „Bösen“ befreit werden.

Besonders bei Müttern mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann es zu einer Rollenaufspaltung der Kinder kommen. Dem „schwarzen Schaf“, das häufig mit Diagnosen wie zum Beispiel Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Störung des Sozialverhaltens etc. „versorgt“ wird, steht dann das „weiße, gute Kind“ gegenüber, das auffällig unauffällig und sehr angepasst wirkt. Es kann in einem von Feindseligkeit und Überforderung geprägten Familiensystem dadurch überleben, dass es seine eigene Bedürftigkeit verleugnet, seinen negativen Affekte kontrolliert und im Sinne eines „falschen Selbst“ eine Fassade der Freundlichkeit und Beschwichtigung aufbaut. Als „parentifiziertes“ Kind verbleibt es in der „Retterübertragung“, indem es sehr früh die emotionale Versorgung der bedürftigen Mut-

---



ter übernimmt. Auf der einen Seite wirkt es dabei frühreif und manchmal „altklug“, auf der anderen Seite verzichtet es in der nicht auflösbaren Symbiose zur Mutter auf eine wirkliche Autonomieentwicklung. Im Erwachsenenalter wird seine Persönlichkeit häufig bestimmt durch hohe Leistungsmotivation, starke Anpassungsfähigkeit und „zwanghafte“ Fürsorglichkeit, d.h. die innere Notwendigkeit gebraucht zu werden. Diese Eigenschaften können beruflich im psychosozialen Helfersystem und privat in der Rolle der co-abhängigen Versorgung eines unsicheren (evtl. süchtigen oder psychisch kranken) Partners zur Geltung kommen. .

## **5. Komplexe Hilfen im multiinstitutionellen Kontext**

### **5.1 Institutionelle Kooperationshindernisse**

Um die Familien mit psychisch kranken Eltern ganzheitlich verstehen und unterstützen zu können, ist eine integrierte, systemübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Institutionen des Gesundheitswesens (inklusive der Erwachsenenpsychiatrie) und der Kinder- und Jugendhilfe unabdingbar. Aufgrund der Differenzierung und Spezialisierung der Angebote sowie der unterschiedlichen Kostenträgerschaft ist jedoch eine Kultur der Abgrenzung entstanden, in dem es kaum verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen den Systemen gibt (Wagenblaus 2001). Dabei stehen die unterschiedlichen Perspektiven unverbunden nebeneinander. Nicht selten polarisieren sich die Institutionen in einer falsch verstandenen Parteilichkeit zwischen Elternrecht und Kindeswohl. Die Tabuisierung der psychischen Erkrankungen und entsprechende Qualifizierungsdefizite der Fachkräfte belasten die Entwicklung eines gemeinsamen Fallverständnisses. So tritt das Paradox ein, dass gespaltene Hilfe- und Therapiesysteme eine Integration der gespaltenen traumatisierten Familiensysteme erreichen sollen.

### **5.2 Personenbezogene Kooperationshindernisse**

Bei der Hilfeplanung sind die Kontaktbesonderheiten und die Lernbeeinträchtigungen der betroffenen Eltern zu berücksichtigen. Infolge ihres Misstrauens im Sinne einer biografisch begründeten Beziehungsvorsicht können sich traumatisierte Menschen nur schwer auf verbindliche Beziehungen einlassen. Sie haben sich mit den entwertenden Botschaften ihrer eigenen Eltern identifiziert und können sich daher nicht vorstellen, dass man einem so „schlechten Menschen“ wie sie ehrliche Sympathie entgegenbringen könnte. Aufgrund ihrer Stressintoleranz nehmen sie die in den Hilfeplänen formulierten Ziele sehr schnell als Belastung wahr. Die Thematisierung ihrer Defizite im Umgang mit ihren Kindern wirkt bedrohlich und verstärkt ihre Tendenz zur Selbstentwertung. Im Kontext des daraus entstehenden Hilfe-Kontroll-Dilemmas kommt es zu intensiven Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen. Während die Fachkräfte initial eher als potentieller Retter („guter Elternteil“) idealisiert werden, erscheinen sie später als gefährliche Täter („böser Elternteil“). Die Suche nach „symbiotischer“ Nähe wird abgelöst durch feindselige Ablehnung bis hin zum Kontaktabbruch. In der Folge kommt es gegenüber den Leistungsanbietern zu einer als „Hopping-Verhalten“ bekannt gewordenen Wechseldynamik. Die Ungleichzeitigkeit der Kontakte mit den Eltern in Bezug auf die Idealisierungs-Entwertungs-Rhythmen kann zu einer Spaltung des Helferfeldes



---


mit unüberbrückbaren Perspektivdifferenzen bis hin zu einer Entscheidungs- und Handlungsparalyse führen.

### **5.3 Traumapädagogik als Grundlage der Beziehungsgestaltung**

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit zerstören bei Menschen die Überzeugung, sich selbst schützen zu können. Im Zustand der „Notfallbereitschaft“ fühlen sie sich auch in objektiv sicheren Situationen bedroht und zeigen reflexartig Verteidigungsreaktionen. In Abhängigkeit von den traumabezogenen Gefühlsäquivalenten wie zum Beispiel Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Wut, Leere etc. werden die Handlungsmuster von Flucht/Vermeidung, Angriff/Gewalt oder Dissoziation/Freezing bestimmt. Um der Reinszenierung der Vergangenheit vorzubeugen und den Kontakt zwischen den Eltern und ihren Kindern zu bewahren, wird jeder professionelle Helfer vornehmlich zu einem „Sicherheitsbeauftragten“ (Kühn 2008). Nur in einem sicheren äußeren Ort können bei den Eltern die katastrophischen Reflexmuster überwunden, das Mentalisierungsniveau stabilisiert und die Lernfähigkeit wiederhergestellt werden. Erst im „sicheren Hafen“ einer schützenden Beziehung wird Entwicklung möglich. Dies impliziert, dass im Rahmen einer Langzeitstrategie kompensatorische Entlastungen gewährt und dadurch Überforderungen vermieden werden. Destruktive Beziehungsmuster in der Familie müssen identifiziert und beendet werden. Institutionelle Bedrohungen wie zum Beispiel durch Sanktionen des Jobcenters wegen unzureichender Mitarbeit oder der vor-schnelle Verlust der Wohnung aufgrund einer unpassenden Größe können durch die amtsärztliche Begutachtung der Erwerbsfähigkeit und/oder der Umzugsfähigkeit abgewendet werden. Die Rückgewinnung der Handlungsfähigkeit unter Stress gelingt durch die sichernde Begleitung einer Fachkraft bei der Bewältigung aller Aufgaben. Hierdurch werden Misserfolgserlebnisse vermieden und Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglicht.

Ein großer Teil der Probleme der Eltern sind nicht auf deren Elternschaft sondern auf deren psychische Erkrankung zurückzuführen. Die Fachkräfte der Jugendhilfe können daher ergänzt werden durch Fachkräfte aus dem Bereich des ambulant betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen. Um die Finanzierung durch den überörtlichen Sozialhilfeträger sicherzustellen, muss eine psychiatrische Diagnostik durchgeführt werden. Da psychisch kranke Menschen häufig keine Krankheitseinsicht zeigen und einer „Psychiatisierung“ eher ablehnend gegenüberstehen, muss ein niedrigschwelliger Zugang zum psychiatrischen System angestrebt werden. Als Kooperationspartner kommen vornehmlich die auch ärztlich besetzten sozialpsychiatrischen Dienste infrage, die auch Hausbesuche anbieten können. Um Missverständnissen vorzubeugen ist das begrenzte Anliegen der Jugendhilfe im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung konkret zu formulieren. Das Tandemmodell der psychosozialen Versorgung hat mehrere Vorteile. Die Fachkräfte des ambulant betreuten Wohnens repräsentieren den kompensatorischen und substituierenden Aspekt der Hilfeerbringung. Ihr Auftrag ist auf eine lange Dauer hin konzipiert, so dass belastende, höherfrequente Überprüfungen der Entwicklungsfortschritte der Eltern entfallen. Durch die spezifische Qualifikation der sozialpsychiatrischen Fachkräfte können die Eltern besser zur Durchführung einer Psychotherapie motiviert werden, in der sie am „inneren sicheren Ort“ arbeiten können. Doch auch im Falle eines Entzugs des Sorgerechtes behalten die Eltern

---



den Anspruch auf das ambulant betreute Wohnen. Um Spaltungsprozessen entgegenzuwirken, sind regelmäßige Absprachen zwischen den Fachkräften der Jugendhilfe und des ambulant betreuten Wohnens erforderlich.


#### **5.4 Videogestützte Förderung der Mutter-Kind-Interaktion**

Mütter mit frühkindlichen Traumaerfahrungen sind in ihrer Mentalisierungsfähigkeit stark eingeschränkt. Sie können sich nur unzureichend aus der Meta-Position heraus selbst reflektieren oder in andere Menschen einfühlen. Ihre intuitiven Fähigkeiten bei der Versorgung des Säuglings und des Kleinkindes sind dadurch erheblich eingeschränkt. Eine Bindungsförderung, die sich auf sprachlich kognitive Beratungsangebote beschränkt, kann von diesen Müttern nicht angenommen werden. Sie verstehen die abstrakten Hinweise nur unvollständig, können diese nicht umsetzen oder empfinden diese als Kritik und Abwertung. Auch vorbildhafte Interaktionssequenzen zwischen der Familienhilfe und dem Kind im Sinne des Lernens am Modell können von den Müttern nur schwer angenommen werden. Es besteht zudem ein Risiko, dass das kooperative Verhalten des Kindes gegenüber der Fachkraft als Illoyalität gegenüber der Mutter verstanden wird und sich dadurch die Überzeugung des „bösen Kindes“ bestätigt.

Einen direkten Weg zum limbischen System über eine Visualisierung der Mutter-Kind Interaktion ermöglichen die videogestützten Verfahren. Neben der entwicklungspsychologischen Beratung, dem Video Home Training ist dies vor allem die Marte Meo- Methode, die von der Niederländerin Maria Aarts entwickelt worden ist. Hier werden meist im Wochenrhythmus Videosequenzen der Mutter-Kind Interaktionen im Kontext der freien Situation oder eines Leitungsmomentes aufgenommen. Die Videokamera wird dabei zum externen Beobachter, der zunächst den nur unzureichend ausgebildeten inneren Beobachter der Mutter substituiert. Die Mutter gerät dadurch in die Metaposition d.h. sie sieht ihr Verhalten erstmals von außen. Es werden dabei gegenüber der Mutter nur die gelungenen Interaktionssequenzen präsentiert. Sie kann dadurch an sich selbst lernen, ohne mit der Fachkraft rivalisieren zu müssen. Es werden dabei die dysfunktionalen Annahmen (z. B. „Ich bin eine schlechte Mutter!“ „Ich bin den Bedürfnissignalen und Aktivitäten meines Kindes hilflos ausgeliefert!“) widerlegt. Die Mutter erlebt sich als selbstwirksam. Sie kommt immer besser in Kontakt ihrem Kind, hat also zunehmend „Genussmomente“. Dadurch entsteht eine „Entwicklungsstimmung“ mit einer in die Zukunft weisenden Haltung der Zuversicht. Die Mutter erkennt, dass sie im Kontext der Hilfeerbringung nicht nur Aufträge sondern auch Geschenke erhält (Aarts 2002). Dadurch wird das Hilfe-Kontroll-Dilemma entschärft oder sogar überwunden. Die Mutter wird wieder neugierig auf sich selbst und ihr Kind. Das Explorationsverhalten als Grundlage jeder Lernentwicklung wird aktiviert.

## **6. Literatur**

Aarts, M. (2002): Marte Meo. Ein Handbuch. Harderwijk: Aarts Productions  
Bauer, J. (2006): Warum ich fühle, was Du fühlst – Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hoffmann und Campe-Verlag

- 
- 
- Fonagy, P.; Bateman, A. W.; Luyten, P. (2012): Introduction and overview in Handbook of mentalization in mental health practice. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, 3-42
- Hofmann, A.; Besser, L. (2003): Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungsmethoden in Karl-Heinz Brisch & Theodor Hellbrügge (Hg.), Bindung und Trauma – Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern, Stuttgart: Klett-Cotta, 172-202
- Kim, S. (2014): Mothers`unresolved trauma blunts amygdala response to infant stress in social neuroscience, 9, 352-364
- Kühn, M. (2008): Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Begriff. In Schmid/Fegert (Hrsg.): Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. Themenheft Traumpädagogik I. Stuttgart, 318-327
- Niklaus Loosli, T. (2010): Ein Fallbeispiel aus der Prävention: Die Wirksamkeit von Marte Meo neurobiologisch erklärt. In: Marte Meo Magazine, Aarts Productions, Eindhoven, Niederlande
- Sachsse, U (2004): Traumazentrierte Psychotherapie – Theorie, Klinik und Praxis, Schattauer
- Stierlin, H. (1989): Individuation und Familie, Suhrkamp
- Strathearn, L. (2011): Maternal neglect: Oxytocin, Dopamine and the Neurobiology of Attachment in JNeuroendocrinol.,11, 1054-1065
- Wagenblass, S., & Schone, R. (2001): Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. In Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50 (7), 580-592

**Der Autor:**

Dr. med. Michael Hipp, Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.  
Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Hilden  
Mitbegründer des Vereins KIPKEL Prävention für Kinder psychisch kranker Eltern.  
Initiator der Kooperationsvereinbarung zwischen den Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe im südlichen Kreisgebiet Mettmann  
Dozent der Fachhochschule Münster und der Hochschule Bremen bei Weiterbildungen zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“