



# Bindungstrauma verstehen

Ein Einblick in das Traumaverständnis anhand einer anonymisierter Falldarstellung des 10jährigen Jungen.

Von Sabine Claudia Schrittwieser-Garrison



In meiner fast 10jährigen Tätigkeit in einer sozialpädagogischen Wohneinrichtung in OÖ sind mir viele bindungstraumatisierte Kinder ebenso wie Jugendliche begegnet, welche auf Grund ihrer belastenden Familiensituation nicht mehr in ihren Herkunftsfamilien leben konnten. Ich bin als Klinische-, und Gesundheitspsychologin, wie auch als Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision tätig und begleite diese Kinder / Jugendlichen in dieser für sie schwierigen Zeit. Viele von ihnen haben in ihrer Vorgeschichte Traumatisierungen erlebt, manche intensiver, andere weniger stark. Diese Erlebnisse haben bei den Kindern / Jugendlichen Spuren hinterlassen, welche das Leben von ihnen mehr oder weniger beeinflussen. Dies ist ein wesentlicher Grund, weshalb ich mich in den letzten Jahren intensiv mit dem Thema Trauma, Traumaauswirkungen, Traumatherapie, Traumapädagogik etc. befasst habe. Ich empfinde es als bedeutsam, dass Berufsgruppen, welche mit traumatisierten Menschen zu tun haben, über ein Basiswissen zum Thema Trauma, Traumaentstehung, Traumaauswirkung, Umgang mit traumatisierten Menschen verfügen, um sich gut empathisch einfühlen zu können, was dazu beiträgt, diese Klientengruppe besser zu verstehen, bzw. erleichtert es auch die Beziehungsarbeit immens. Der folgende Artikel widmet sich dieser Thematik.

Der Bericht handelt von einem 10-jährigen Jungen, welchen ich Stefan (anonymisiert) nennen möchte. Er hat zusammen mit seiner 8-jährigen Schwester für zirka sechs Monate in der Übergangswohngruppe der sozialpädagogischen Einrichtung, in welcher ich tätig bin, gelebt. Anschließend durfte er gemeinsam mit ihr in eine Pflegefamilie ziehen, wo es den beiden mittlerweile sehr gut geht.

### Zur Vorgeschichte:

Die Ursache, weshalb die Geschwister in die Einrichtung kamen, war eine Meldung bei der Kinder- und Jugendhilfe von Seiten der Schule aufgrund deren verwahrlosten Zustands. Zudem wurde Stefans Verhalten immer auffälliger. Er bedrohte andere Kinder verbal und griff sie oftmals körperlich an (Schubsen, Schlagen, Treten, Beschimpfen). Hinzufügen möchte ich noch, dass seine Familie schon seit zirka 10 Jahren von der Kinder- und Jugendhilfe betreut wird, da auch ältere Geschwisterkinder Auffälligkeiten im Verhalten zeigten. Das Ausmaß der ambulanten Familienunterstützung war zu diesem Zeitpunkt leider ausgeschöpft.

Wie nahmen unsere SozialpädagogInnen Stefan wahr? Schnell stellte sich heraus, dass Stefan nicht ausreichend über soziale Kompetenz verfügt, um längerfristig in einer größeren Wohngruppe leben zu können. Wenn Stefan etwas ärgere, er eifersüchtig auf andere Kinder sei, oder er durch ihm bewusste, sowie unbewusste Reize getriggert werde, beschimpfe sowie bedrohe er jüngere, bzw. schwächere Kinder verbal und/oder körperlich. Stefan habe dann Wutausbrüche und handle impulsiv. Gruppendynamisch wolle Stefan die „Alphaperson“ sein, bestimmen können. Er halte es kaum aus, wenn andere bestimmen, was er zu tun habe. „Macht“ zu haben wäre ihm wichtig. Somit brauche Stefan viel Aufmerksamkeit und ausreichend Einzelbetreuung. Im Einzelsetting wirke er unauffällig. Die Wahrnehmung unserer SozialpädagogInnen Stefans Verhalten betreffend war somit ähnlich jener seiner Lehrer.

### Stefan in der psychologischen / psychotherapeutischen Betreuung:

Der Junge kam zweimal pro Woche zu mir. Zusätzlich zur psychologischen Diagnostik arbeitete ich therapeutisch stabilisierend mit ihm. Er kam sehr gerne zu mir in die Einheit und konnte gut in Kontakt zu mir treten. Das Einzelsetting tat ihm gut. Es schien mir, als müsste er diesbezüglich einiges nachholen. Stefan suchte nach Halt, Orientierung, Struktur und Sicherheit. Er berichtete, dass er seit zirka zwei Jahren ein Problem mit seiner Aggression habe. Er möchte dieses nicht haben, könne aber

nicht anders und hätte gerne diesbezüglich Hilfe. Stefan erzählte von kontinuierlichen traumatischen familiären Konfliktsituationen mit Gewalt in seiner Vergangenheit. Vorwiegend habe er Gewalt zwischen seinen beiden Elternteilen beobachtet. Vor allem wäre sein Vater immer wieder gewalttätig gegen seine Mutter und gegen seine älteren Brüder gewesen, gegen ihn selbst und seine Schwester jedoch nicht. Stefan habe einmal seine Mutter gegen seinen Vater verteidigt, wobei er dabei große Angst verspürt hatte. Sein Vater wäre vor ungefähr zwei Jahren aus der elterlichen Wohnung gezogen, was bedeutet, dass Stefan zirka acht Jahre der gewalttätigen Familiensituation ausgesetzt war.

### Was passiert im menschlichen Organismus, wenn kontinuierlich traumatische Erfahrungen gemacht werden?

Kontinuierliche Erfahrungen, wie die zuvor erwähnten, stellen für den menschlichen Organismus eine Belastung dar, welche eine Auswirkung auf die emotionale Regulierungsfähigkeit, bzw. auf die Impulssteuerung haben. Traumatische, nicht verarbeitbare Erlebnisse werden im Körper bzw. im Nervensystem gespeichert. Im Folgenden möchte ich erklären, was im Nervensystem passiert, wenn Menschen kontinuierliche traumatische Erfahrungen erleben:

Zuerst möchte ich auf die gesunde Reaktion des Autonomen Nervensystems eingehen. Es gibt hier einen sympathischen Zweig, welcher bei Stress aktiviert wird, wodurch es zu einem Energieaufbau kommt. In entspannten Zeiten sorgt der parasympathische Zweig für Erholung und es kommt zum Energieabbau. Im gesunden Zustand werden der sympathische und der parasympathische Zweig abwechselnd in einem sanften Rhythmus aktiviert. So fühlen wir uns im Leben wohl. Zur Veranschaulichung siehe folgende Abbildung 1:

Die natürliche Regeneration des Nervensystems

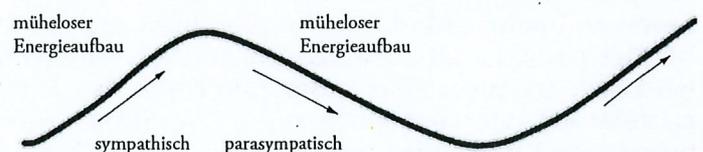


Abbildung 1: Die gesunde Reaktion des autonomen Nervensystems (Quelle: Heller, 2019, S. 60)

## Was passiert jedoch bei traumatischem Stress und Dysregulation des autonomen Nervensystems?

Wird ein traumatisches Ereignis erlebt, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass der Aufbau der sympathischen Energie über den gesunden Bereich des Nervensystems hinausgeht (siehe Abbildung 2), was zu Aggression/Wut, Hyperaktivität, Unruhe, Panik, Manie, impulsivem Verhalten, als auch zu Kampf- und Fluchtverhalten etc. führen kann. Erlebt das Kind / der Jugendliche oder der Erwachsene in wiederholter Weise traumatische Ereignisse, wird es für den Organismus immer schwerer, mit der Überforderung bzw. mit der hohen Aktivierung des Nervensystems fertig zu werden. Es kann zu einem „Steckenbleiben in der Aktivierung“ kommen, so wie es vermutlich bei Stefan der Fall ist. Dies ist für den Körper nicht mehr im gesunden Bereich. Es kann zu Erkrankungen kommen wie Hyperaktivität, ADHS, Störung des Sozialverhaltens, Panik, Manie, immer wieder auftretende Aggressionen, erhöhte Impulsivität, geringe Frustrationstoleranz etc.. Sollte der Körper gar mit dieser überhohen Aktivierung nicht mehr fertig werden, und sollten weitere traumatische Erfahrungen hinzukommen, kann es passieren, dass es zu einer Art „Zusammenbruch“ kommt und es so von der hohen Aktivierung im Nervensystem zu einer „scheinbar“ niedrigen Aktivierung im Nervensystem kommt. „Scheinbar“ deshalb, weil die hohe Aktivierung unter der niedrigen Aktivierung im Nervensystem bestehen bleibt, jedoch nach Außen nicht ersichtlich ist. Der parasympathische Bereich des Nervensystems wird aktiviert, jedoch auf ungesunde Weise. Es kommt zu einer Art „Steckenbleiben in der Erstarrung“. Hierbei können Krankheiten wie Depression, Burn-Out / Erschöpfung, Psychosomatische Beschwerden (Reizdarmkrankung, Migräne, Asthma, Diabetes, Neurodermitis, Allergien etc.), ebenso wie Persönlichkeitsstörungen oder psychotische Zustände entstehen (siehe Abbildung 2).

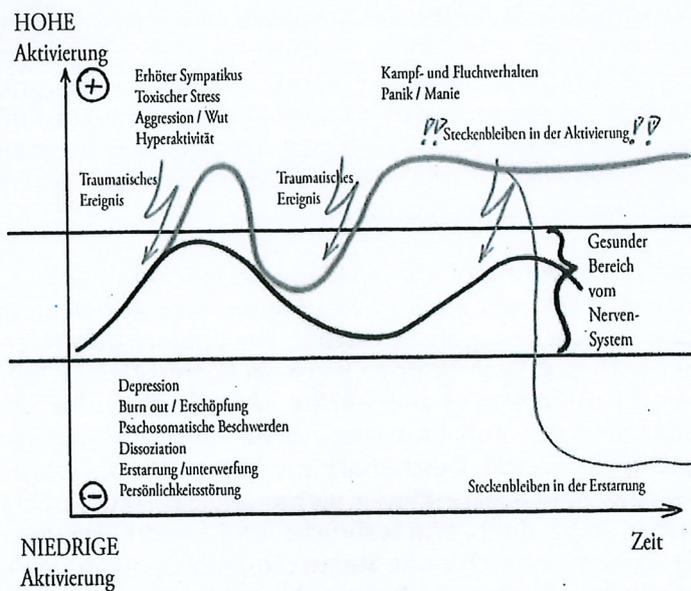


Abbildung 2: Funktionsweise des autonomen Nervensystems. Die Auswirkungen bei kontinuierlichem traumatischen Stress (Schrittweiser-Garrison, 2020 in Anlehnung an das Modell von Levine, 2014)

Ich vermute, dass Stefan durch die wiederkehrenden traumatischen Erlebnisse in der hohen sympathischen Aktivierung des Nervensystems steckengeblieben ist, und er daher Symptome wie immer wieder auftretende Aggressionen, Impulsivität, Unruhe, unangemessenes Sozialverhalten usw. zeigt. Seine beiden Diagnosen „Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, F 92.8 und „Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen, F 43,25“ basieren vermutlich darauf.

### Weiters möchte ich erklären, was ein täternahes Introjekt, wie ich es bei Stefan vermute, ist:

Wenn Kinder oder Erwachsene immer wieder Gewalt beobachten oder erleben und der Täter seinen aggressiven Anteil (wir alle haben viele Anteile, gute, neutrale und nicht so gute) abgespalten hat, weil er damit überfordert ist, dann besteht die Gefahr, dass diese Kinder über Spiegelneuronen jene abgespaltenen Anteile in sich aufnehmen - was dazu führt, dass sie sich ähnlich wie der Täter fühlen. Sie fühlen Macht, die Kraft, Power, Aggression etc.. Dies fühlt sich vermutlich besser an als die Opferposition, wobei es auch möglich ist, opfernahe Introjekte in sich aufzunehmen. Somit solidarisiert sich das Kind mit dem Täter, zudem es ihm kaum oder gar nicht möglich ist, anderweitig aus dieser Situation zu entkommen. Ein Kind, welches in einer Familie aufwächst, in der Gewalt regelmäßig Thema ist, kann kaum bzw. nicht entfliehen. Diese Reaktion stellt somit eine Art Schutz für das Kind dar, bzw. eine Möglichkeit, mit dieser misslichen Situation umzugehen. Das Kind schützt so die Bindungsbeziehung zum Täter, von welchem es abhängig ist. Hinzufügen möchte ich, dass dieses täternahes Introjekt beim Kind wiederum abgespalten ist. Auf diese Art und Weise werden traumatische Erfahrungen von einer Generation auf die nächste Generation weitergegeben, was sich über mehrere Generationen erstrecken kann. Ein täternahes Introjekt als Anteil in sich zu haben bedeutet nicht, automatisch ein Täter zu sein, wenngleich die erhöhte Gefahr besteht, später zum Täter zu werden, sofern diese traumatischen Erfahrungen nicht psychotherapeutisch gut aufgearbeitet werden. In der Psychotherapie geht es darum, wieder in den gesunden Bereich des Nervensystems zu gelangen, bzw. sich anzunähern.

Wird das täternahes nicht therapiertes Introjekt durch entsprechende Reize getriggert, was automatisch bzw. oftmals unbewusst passiert, dann hat das Kind - bzw. der

Erwachsene - keine Kontrolle darüber. Das Nervensystem reagiert wie es reagiert, weil diese Erfahrungen in Bereichen im Gehirn gespeichert werden (Stammhirn bzw. auch Reptiliengehirn genannt, siehe dazu Abbildung 3), welche keiner bewussten Kontrolle - wie es beispielsweise über das Großhirn möglich ist - zugänglich sind. Die Reaktion zeigt sich in Form von Kampf, Flucht, Erstarrens- oder Unterwerfungsverhalten). Solche traumatisch überfordernden Erfahrungen sind nicht bzw. nur teils in Bereichen des Gehirns abgespeichert, welche der kognitiven Kontrolle zugänglich sind. Der Großteil der Erfahrung ist im Stammhirn gespeichert.

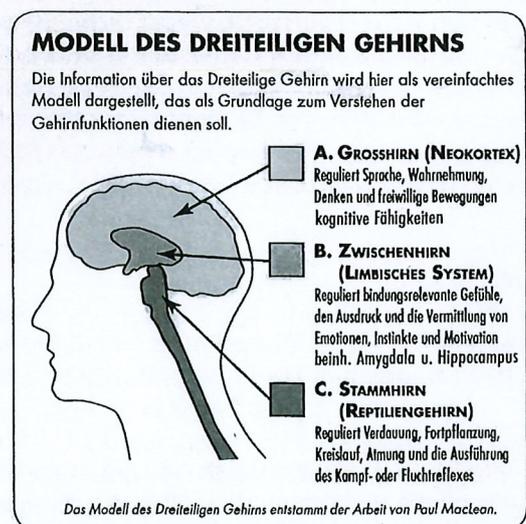


Abbildung 3: Das Modell des dreiteiligen Gehirns nach MacLean (Quelle: Levine, 2014, S. 16)

So können Reinszenierungen der erlebten traumatischen Erfahrungen stattfinden, solange diese nicht therapeutisch aufgearbeitet werden. Das bedeutet, dass täteri-

mitierendes Verhalten stattfindet, sofern ein Reiz einen Trigger darstellt. Dies können Worte sein, dies kann eine Stimmung sein, ein bestimmter Blick einer anderen Person, etc., etc., worauf die täternahe Reaktion folgt, mit kaum Kontrolle darüber. In der Psychotherapie geht es darum, die Kontrolle über das Verhalten zu erlangen, als auch darum, diese traumatischen Erlebnisse ins Bewusstsein zu integrieren, was eine Herausforderung darstellt. Es ist hierbei wichtig, nach umfangreicher Ressourcenarbeit, an den abgespaltenen Anteil der Persönlichkeit zu gelangen und die Erfahrung, in welcher der Klient „stecken geblieben“ ist, zu vervollständigen bzw. zu integrieren. Dabei ist es wichtig, an die Erfahrungen zu gelangen, welche im Stammhirn abgespeichert wurden. Diese Erfahrungen sind unbewusst und der Sprache nicht zugänglich. Somit sind in der Psychotherapie Methoden notwendig, um sprachunabhängig an diese Erlebnisse zu gelangen. In meiner Masterthesis zum Thema „Ein mit Somatic Experiencing erweitertes Focusing“ möchte ich mich künftig mit dieser Thematik auseinandersetzen. Im Zuge der Klientenzentrierten Psychotherapie wird hier eine Möglichkeit aufgezeigt, wie die unbewussten, abgespaltenen Anteile bewusst und auch in die Persönlichkeit integriert werden können. Der Klient kann es so schaffen, belastende Situationen besser auszuhalten, Verhaltensweisen besser zu kontrollieren und präsenter, als auch ausgeglichener, in seinem Leben zu sein.

Der detaillierte Prozess der Traumapsychotherapie würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, die Traumathematik ist sehr umfangreich. In den letzten Jahren gab es zahlreiche Forschungsstudien auf diesem Gebiet, vor allem was die neurologischen Erkenntnisse betrifft. Ich habe in diesem Artikel versucht, wesentliche Erkenntnisse ebenso wie Erfahrungen darzustellen und hoffe, etwas zum Traumaverständnis beigetragen zu haben, um sich besser in Klienten mit Bindungstraumatisierungen einfühlen zu können - unabhängig davon, ob es Kinder, Jugendliche, oder Erwachsene betrifft.

#### Literatur:

Heller, Laurence & Heller Diane Poole (2012). Trauma-Lösungen. Grundlagen zur Traumaaarbeit. Essen: Synthesis-Verlag

Levine, Peter (2014). Studienbuch Somatic Experiencing (SE). Basiskonzept der Traumabewältigung. Eigenverlag

#### Mag. Sabine Claudia Schrittwieser-Garrison

geb. in Graz, aufgewachsen in OÖ,  
studierte Psychologie in Salzburg,  
ist Klinische-, und Gesundheitspsychologin,  
als auch Somatic Experiencing Praktitionerin, sowie  
Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision,  
DUK 18