

## **Begleitung von Mädchen und jungen Frauen in der externen Therapie Vortrag am 22.6.06 im St. Konradihaus Schelklingen**

Meine Ausführungen haben die therapeutische Begleitung der Mädchen außerhalb des Wohn- und Ausbildungsbereiches des Konradihauses zum Thema.

Die meisten Mädchen, die hier untergebracht sind, haben nach meiner Erfahrung entweder frühe Bindungsstörungen oder traumatische Erfahrungen erlebt, zumindest eine schwierige Trennung hinter sich.

Deshalb möchte ich die Therapie unter traumatherapeutischen Gesichtspunkten beschreiben. In diesem Zusammenhang werde ich auch kurz einflechten, was die Gehirnforschung Neues entdeckt hat, das für das Verständnis des Verhaltens der Mädchen nützlich sein kann.

Das negative Selbstkonzept, die Beeinträchtigung durch unzuverlässige oder ambivalente Bindung und der Schrecken der Erinnerung lösen sich nicht von selbst auf, wenn die Mädchen in einer positiven geborgenen Umgebung sind. Traumatische Erfahrungen haben oft traumatische Erwartungen zur Folge. Das heißt, die Jugendlichen gestalten ihre Welt und Beziehungen so, als lebten sie noch in der traumatischen Umwelt. Das ist der Grund, warum wir als Pädagogen oder Therapeuten manches Verhalten als provozierend frech oder gefährlich einschätzen, die Jugendlichen das aber gar nicht merken. Das Trauma kann erst überwunden werden, wenn das Opfer in der Lage ist, ein neues geistiges Muster zu entwerfen und das Geschehene versteht. Dazu kann externe Therapie einen Beitrag leisten.

Welche traumatischen Erfahrungen haben die Mädchen hinter sich, wenn alle Maßnahmen im ambulanten Bereich nicht mehr greifen und ein stationärer Aufenthalt angesagt ist?

Ich zähle einige auf: Vernachlässigung, seelische Misshandlung (viele haben psychisch gestörte Mütter), körperliche Misshandlung, häusliche Gewalt (es kann schlimmer erlebt werden, wenn der Vater die Mutter schlägt, als wenn der Vater mich schlägt, denn ohnmächtig zuschauen zu müssen, macht enorme Schuldgefühle), traumatische Sexualisierung, traumatische Trennung.

Welche Möglichkeiten haben wir Menschen in unserer physiologischen Ausstattung mitbekommen, um in einer Situation zu reagieren, die alle bisherigen Erfahrungen übersteigt?

Ich kann **kämpfen**. Stellen wir uns ein kleines Kind vor, das nicht zureichend versorgt wird, was kann es tun? Es wird brüllen, schreien und wenn es damit keinen Erfolg hat, wird es resignieren, seine Gefühle abstellen, nichts mehr fühlen, nichts mehr wollen. Das kann so weitreichende Folgen haben, dass es seine Bedürfnisse gar nicht mehr kennt. Kämpfen ist für Kinder meistens, wenn sie Opfer Erwachsener und damit abhängig sind, aussichtslos.

Sie können **fliehen**. Kinder müssen wieder zurück, was erwartet sie dann Schlimmes? Haben sie jemand zurückgelassen und in welchem Zustand ist diese Person? Fliehen ist also auch keine langfristige Lösung.

Sie **erstarren**. Die Schreckensstarre ist eine Reaktionsmöglichkeit, die schlimme Folgen hat. Das Kind fühlt sich hilflos und ausgeliefert, die Gefühle werden eingefroren. Scheinbar ist es nicht möglich, diese Starre abzuschütteln und sich seines geretteten Lebens zu freuen.

Eine weitere Möglichkeit ist die **Täuschung**, mit der wir es häufig zu tun haben. Denken Sie an das Lächeln von jemand, dem die Angst im Gesicht steht.

Oder das Lolita-Verhalten eines früh sexuell traumatisierten Mädchens, das die Züge der Täuschung trägt. Sie demonstriert: Sieh her, ich will es von mir aus- du brauchst mich gar nicht zwingen- ich habe alles unter Kontrolle und sich dann wahllos prostituiert.

Wenn man erst mal auf die Täuschungsvariante der Notfallreaktion aufmerksam geworden ist, kann man sie bei Kindern, die z.B. von einer Bindungsperson sexuell missbraucht oder stark verwirrt und geängstigt worden sind, regelmäßig beobachten: es gibt kaum strahlendere Kinder- aber nur, wenn sie mit dem übergriffigen Erwachsenen zusammen sind. Ansonsten wirken sie eher starr, abweisend und schwierig.

Sicher kennen Sie folgende Szene: wenn eine Jugendliche wütend auf ihre Mutter ist, sie alles heißt, nie mehr etwas mit ihr zu tun haben will ... Diese Mutter taucht nun zum Besuch auf, wird freudigst begrüßt, das Mädchen fällt ihr um den Hals. Als Außenstehende denken wir dann, wer spinnt jetzt sie oder ich? Das Verhalten bedeutet, in diesem Moment ist alles vergessen, was an Schmerzlichem gefühlt wird. Es wird abgespalten. Der verletzte, wütende Teil verschwindet von der Bildfläche und kann erst wieder zum Vorschein kommen, wenn die Situation als sicher eingestuft wird.

Die Täuschung ist für Außenstehende kaum zu durchschauen, denn sie ist perfekt. Sie unterliegt nicht der bewussten Kontrolle der Betroffenen. Sie hat auch nichts mit Schauspielerei zu tun, sondern ist im Kern eine instinktmäßig einsetzende Schutzreaktion.

Als solche war sie für die von der Mutter abhängige Jugendliche einmal wichtig. Jetzt, wo die Jugendliche nicht mehr bei der Mutter wohnt, ist es zum ersten Mal möglich zu hinterfragen, ob dieser Schutzmechanismus noch sinnvoll und lebenswichtig ist, ob er beibehalten werden soll oder durch ein Verhalten ersetzt werden kann, bei dem kein Teil des Erlebens verschwinden muss.

Das sind also die Reaktionsmöglichkeiten auf ein traumatische Erleben: Kampf, Flucht, Erstarren und Täuschung.

An dieser Stelle möchte ich kurz ausführen, wie traumatische Erfahrungen im Gehirn gespeichert werden, um zu zeigen, dass das Vergangene nicht tot ist, nicht einmal vergangen ist und den Alltag prägt.

Wenn eine heftige Bedrohung im Gehirn ankommt, dann wird das Furchtzentrum, die Amygdala, aktiviert. Sie wird mit Cortisol überschwemmt, während die ordnende Kraft des Hippokampus blockiert wird. Das Gehirn ist überfordert und kann nicht in gewohnter Weise arbeiten. Normalerweise wird das Erlebte durch Assoziationen mit anderen, schon gemachten Erfahrungen verglichen, bearbeitet und mit Sprache versehen im Langzeitgedächtnis gespeichert und ist so dem bewussten Erinnern zugänglich.

Traumatische Reize werden nicht ganzheitlich gespeichert, als erlebte Geschichte mit Anfang, Ende, klarem Ablauf und in Worte gefasst abrufbar, sondern sektioniert: hier ein Bild, dort ein Fetzen Farbe, ein Geruch...

Das normalerweise stimmige Entstehen von Erinnerungsbildern im Hippokampus wird blockiert und das emotionale Gedächtnis in der Amygdala wird von anderen Gedächtniszentren abgetrennt. Durch diese Spaltung werden die affektiven Erlebnisinhalte nicht bearbeitet, sondern bleiben eins zu eins bis zum Lebensende in ihren neuronalen Zentren eingraviert.

Alle durch das Trauma- Ereignis aktivierten Affekte und Emotionen prägen sich also der Amygdala ein und hinterlassen damit einen ständigen Erregungsherd im Organismus, der zu einer immer wieder auflaufenden Übererregung der Betroffenen führt.

Ein ständiges Anspannungsgefühl, Übererregung, diffuse und spezifische Angst und Hilflosigkeitsempfinden sind die psychologischen Folgen oder Begleiterscheinungen dieser Spaltung. Kommt eine weitere Belastung hinzu - und sei sie auch noch so klein - kann sie zum Ausflippen führen. Die auslösende Situation steht in keinem Verhältnis zur Reaktion.

Am besten lernt die Jugendliche alles zu vermeiden, was Anspannung und Erregung noch unerträglicher machen könnte und an die auslösende Situation erinnern könnte:

Orte, Personen, Gerüche, Klänge, Gegenstände...

Dafür sorgt in krassen Fällen, wenn das Gehirn total überfordert ist, das Gehirn selbst mit Dissoziation, d.h. die ganze Erinnerung wird komplett verdrängt und ist dem Bewusstsein nicht mehr zugänglich. Die Jugendliche kann sich an das Ereignis nicht mehr erinnern.

Der Körper speichert aber alles genau und reagiert an Stellen, die ihn an das Geschehene erinnern. Es kann also sein, dass eine Körperreaktion, z.B. Zittern abläuft und überhaupt nicht klar ist, was das mit der Gegenwart zu tun hat. Die Auslöser werden in der Fachsprache Trigger genannt, die Erinnerungsbilder, sogenannte Flashbacks, hervorrufen. Ein Geruch, eine Farbe kann die traumatische Erinnerung auslösen, so dass ich mich in der Vergangenheit wiederfinden mit der ganzen Panik, die ich damals erleben musste.

Wie im Film muss ich alles noch einmal durchstehen und es braucht lange bis ich mich wieder bis in die Gegenwart durchkämpfe. Der alte Film wird wie in Trance durchlebt und kann nicht abgeschaltet werden.

So passiert es, dass eine Jugendliche aus einem nicht erkennbaren Anlass (auch für sie selbst nicht) ausflippt, aggressiv wird gegenüber den Betreuerinnen oder gegen sich selbst (Ritzen). Für sie selbst unkontrollierbar hat ein Trigger ein Flashback erzeugt und die Jugendliche findet sich in einem alten Film wieder, den sie erlebt, als fände die Traumatisierung jetzt statt mit allen Affekten und Körperreaktionen wie damals. Die biographischen Auslöser, Ursachen und Rahmenbedingen verschwinden oft aus dem Bewusstsein, so dass nicht klar ist, was die Trigger sind, die ein Flashback auslösen können. Nicht selten ist die Erinnerung an große Teile der Kindheit gelöscht.

Die Kombination aus Hemmung und Blockierung einerseits und die Übererregung andererseits bewirken irritierende Gedächtnisphänomene:

- die in der Amygdala abgespeicherten Affekte bleiben dort lebenslang und werden nicht gelöscht (ohne Behandlung)
- die Erinnerungsinhalte können nicht bewusst abgerufen oder bewusst zur Seite geschoben werden
- überschwemmende Erinnerungen treten ein, wenn die Blockaden und Vermeidungen übersprungen werden (Müdigkeit, Trigger, Schlaf, Krankheit...)
- Erinnerungseindrücke sind vollkommen sensorisch gespeichert und losgelöst von einer zeitlichen Einordnung. Sie werden als absolut gegenwärtig, körperlich bedrohlich und unaufhörlich wieder erlebt.
- Gleichzeitig ist Erinnerung und Vergessen möglich und kann sich abwechseln.
- Traumabezogene Erinnerungseindrücke werden bei früh traumatisierten Kindern im Körper gespeichert, ohne dass für die Ereignisse Worte vorhanden sind, und sind so dem bewussten Zugang verschlossen.

Es ist Aufgabe der Therapie, den Jugendlichen diese Wirkungsweisen des Gehirns und ihres Körpers verständlich zu machen.

Sie erfahren, dass ihre Symptome, ihr „verrücktes“ Verhalten eine normale Reaktion ist auf eine damals abnorme Situation. Die Mädchen haben oft Angst, verrückt zu werden, wenn sie plötzlich dieser Übererregung ausgeliefert sind.

In der Therapie lernen die Jugendlichen, dass das Erlebnis und seine Konsequenzen dazu führen, dass sie anders über die Welt und über sich selbst denken und dass sie ein anderes geistiges Konzept brauchen für sich selbst.

Sie lernen, dass einige Dinge, die sie tun, um ihre Symptome in den Griff zu bekommen, eine Besserung verhindern. Z.B. wenn sie an früher gelernten damals nützlichen Schutzmechanismen festhalten, die das Schlimme erträglich gestaltet haben, wie die oben genannte Täuschung oder Dissoziation.

In der Therapie

- wird deshalb gelernt, das fraktioniert gespeicherte Erleben zu integrieren und zu verarbeiten
- wird darüber gesprochen, wie ich seit dem Trauma über die Welt und über mich denke („ich bin an allem selbst schuld“)
- werden neue Wege ausprobiert, um die Symptome in den Griff zu bekommen
- wird erfahren, dass es möglich ist, aus der Opferrolle durch eigenes Tun selbstwirksam herauszufinden und dass die Zeit des Aushaltens vorbei ist

Ziel ist nicht das Erlebte auszulöschen oder zu vergessen, denn das wird nicht möglich sein.

Ziel ist, die Affekte, die Bilder, die fragmentiert gespeicherten Teile der traumatischen Erinnerung zu integrieren und zu einem einheitlichen Geschehen zusammenzubringen, zu verarbeiten und so als Erinnerung zu speichern. Die Erinnerung an das Trauma löst dann zwar Trauer und Schmerz aus, aber nicht mehr die heftigen panischen Ängste und tranceartigen Flashbacks, denen die Mädchen hilflos ausgeliefert sind. Mit den Mädchen werden Bewältigungsstrategien gefunden, die sie einsetzen können, um dem Arousal, der Übererregung, zu entkommen. Strategien, mit denen sie die sozialen Beziehungen anders gestalten oder sie wieder in Ordnung bringen können.

Strategien, mit denen sie sich vor sich selbst schützen können, die Mädchen, die sich ritzen, und auf andere Weise selbst verletzen.

Sie lernen achtsam auf ihren Körper zu hören und seine Signale wahrzunehmen.

Kurzum, sie brauchen vielseitig Anleitung zur Selbsthilfe in schwierigen Situationen.

Das alles ist erst möglich, wenn eine stabile Basis zur Therapeutin geschaffen und das Vertrauensverhältnis zur Therapeutin tragfähig ist für Belastungen.

In allen Untersuchungen zur Effektivität von Therapie, egal welcher methodischer Ausrichtung, ist deutlich herausgearbeitet worden, dass die Beziehung zur Therapeutin die wichtigste Grundvoraussetzung für die Beschäftigung mit dem Trauma oder der Bindungsstörung ist. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass schon allein die Information über die geschilderten Zusammenhänge, die Information, dass nicht alles ihre Schuld ist und dass es Wege gibt, sich selbst und seine zerstörenden Verhaltensweisen in den Griff zu bekommen, sehr viel Hoffnung und Vertrauen schafft.

Ich gehe dann weiter mit Stabilisierungsübungen, wie sie Luise Reddemann entwickelt hat, die Ressourcen unterstützen, die eigenen Selbstheilungskräfte fördern und erste Schritte zu einer anderen Körperwahrnehmung ermöglichen.

Vielleicht sind sie diesen Imaginationsübungen schon begegnet z.B. „der innere sichere Ort“, die „inneren Helfer“, der Tresorübung und anderen Übungen.

Um eine zuverlässige Beziehung zu einer Therapeutin überhaupt möglich zu machen, ist die Motivierung der Mädchen durch die Betreuerinnen sehr wichtig. Es kostet sie sicher eine Menge Ausdauer und Energie, den Mädchen Hoffnung zu machen, dass sie durch Therapie etwas verbessern können. Die Jugendlichen brauchen immer wieder Unterstützung und Motivation, dass sie dran bleiben.

Die Konfrontation mit dem Traumaereignis ist kein unmittelbares Ziel. Nicht in allen Fällen ist es möglich und notwendig, das Trauma selbst durch zu arbeiten. Wenn es gelingt, so viel Stabilität zu schaffen, dass die traumatischen Bilder mit speziellen Methoden (Screening, EMOR ...) visualisiert und bearbeitet werden, dann schafft das große Erleichterung und Entlastung.

Hilfreich ist der Austausch mit den Betreuerinnen. So erfahre ich, welche Symptome sich im Alltag zeigen, wie sich die Jugendlichen in Krisen verhalten und kann das Verhalten der Mädchen mit ihnen thematisieren. Umgekehrt kann ich manchmal durch meine Sichtweise der Dinge zum Verstehen von schwierigen Verhaltensweisen der Mädchen beitragen und wir können gemeinsam wirkungsvolle Interventionen überlegen.

Eine externe Therapie außerhalb der Institution, in der die Mädchen wohnen und ihre Ausbildung machen, hat den Vorteil eines größeren Abstandes. Vielleicht erleichtert es den Jugendlichen, mehr aus der Beobachterposition heraus auf ihr Verhalten zu schauen. Das therapeutische Setting außerhalb ist ein Schonraum, in dem ein anderes Tempo möglich ist, Reflektieren und nach innen Schauen. Ich möchte damit nicht sagen, dass ich Therapie innerhalb der Institution nicht für geeignet halte, aber ich weiß meine Rolle als externe Therapeutin zu schätzen, unabhängig von der Hierarchie der Institution und von deren Geldgebern. Das erleichtert meine Parteilichkeit für die Mädchen, auch weil ich nicht für die Strukturierung des Alltags zuständig bin. So stehe ich nicht unter Erfolgsdruck der Institution gegenüber und bin ihr keine Rechenschaft schuldig.

Gabriele Kupferschmid-John  
Dipl.-Pädagogin  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Traumatherapeutin

Lit.:

Wilma Weiß, Philipp sucht sein Ich, Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen, BeltzVotum, 2003

Dorothea Weinberg, Traumatherapie mit Kindern, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2005

Michaela Huber, Trauma und die Folgen, Junferman, 2004