



Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung in (trauma-) pädagogischen Settings

Selbstwirksamkeit der Fachkräfte mit der
Interaktionsanalyse fördern

Marc Schmid und Birgit Lang

Modul 3: Beziehungsgestaltung, Selbstfürsorge und Interaktion

Lerneinheit 2: Interaktions- und Gegenübertragungsanalyse

traumapaedagogik.elearning-kinderschutz.de



Inhalt

1. Einleitung.....	2
2. Überraschende Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen.....	4
3. Geschichte der Gegenübertragung und deren Bedeutung für die Pädagogik.....	6
4. Wie entstehen Gegenübertragungsgefühle?.....	10
4.1. Umgang mit nicht erfüllten Bedürfnissen.....	10
4.1.1. Überkompensation.....	11
4.1.2. Absolute Verdrängung und Verleugnung.....	12
4.1.3. Akzeptanz und Unterwerfung:.....	12
4.2. Intensität von Gegenübertragungsgefühlen.....	17
5. Traumatische Übertragung.....	19
6. Übertragung von Emotionen.....	22
7. Übertragung von Beziehungserfahrungen und unerfüllten Beziehungsbedürfnissen.....	26
8. Übertragung von Rollenerfahrungen.....	29
9. Übertragung innerer Überzeugungen.....	32
10. Hoch destruktive Gegenübertragungen und Reinszenierung von Grenzverletzungen.....	35
11. Gegenübertragung im Team – Teamspaltung.....	37
12. Fallbesprechung mit Fokus auf die Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter im Umgang mit ihren Gegenübertragungsgefühlen.....	39
13. Zusammenfassung und Fazit.....	42

1. Einleitung

„Erkenne dich selbst, bevor du Kinder zu erkennen trachtest.“

Janusz Korczak

Die persönliche Interaktion mit schwer belasteten und/oder komplex traumatisierten Klientinnen und Klienten in verschiedenen psychosozialen Settings wie Schulen, Kindergärten, Hilfen zur Erziehung, Pflegeverhältnissen, Suchtkliniken und anderen Betreuungs- und Fördersettings stellen für pflegende, begleitende und betreuende Fachkräfte häufig eine große Herausforderung dar. Besonders schwer und wiederholt traumatisierte Menschen scheinen sich von den anderen Klientinnen und Klienten abzuheben. Ihre Verhaltensweisen sind intensiver und überraschender, sie zeigen scheinbar unberechenbare emotionale Ausbrüche und machen schwer zu interpretierende Beziehungsangebote.

In vielerlei Hinsicht ist die pädagogische Beziehungsgestaltung im Alltag sogar noch herausfordernder als der therapeutische Beziehungsaufbau, da das Setting viel weniger strukturiert und eindeutig definiert ist. Eine Psychotherapeutin bzw. ein Psychotherapeut geht mit den Patientinnen und Patienten eine recht eindeutig definierte Beziehung ein. Diese ist zeitlich beschränkt, so dass sich die Therapeutin bzw. der Therapeut darauf vorbereiten und sie gegebenenfalls nachbereiten kann. Im pädagogischen Alltag kann es hingegen immer wieder plötzlich zu schwierigen Interaktionen und Grenzverletzungen kommen. Die Pädagogin bzw. der Pädagoge bleibt nach einer solchen belastenden Interaktion unter Umständen noch während ihres/seines gesamten Dienstes mit den durch diese Interaktion ausgelösten Gefühlen konfrontiert und muss während dieser Zeitspanne weiter mit der Klientin oder dem Klienten interagieren. Die Anspannung von Klient und Fachkraft kann sich dann gegenseitig beeinflussen und zu erneuten Eskalationen hochschaukeln (vgl. Abb. 1).

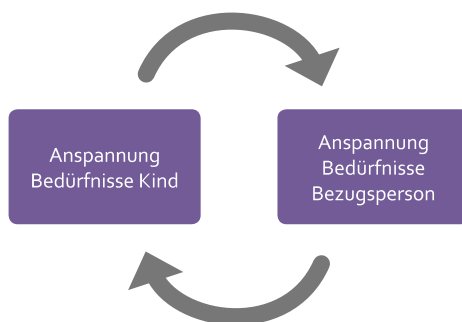


Abbildung 1: Verstärkung Anspannung

Neben dem Gefühl der Überforderung und Hilflosigkeit im Versuch, die traumatisierten Mädchen und Jungen zu führen, werden in der Begegnung mit ihnen auch Gefühle von unendlicher Traurigkeit und großer Wut, manchmal Schuld und Scham, Angst oder Ekel spürbar (Dalenberg, 2000; Huber, 2003).

Wirft man einen Blick auf die Geschichte der Kinder und Jugendlichen, findet man traurige, schlimme, teils fürchterliche interpersonelle Erfahrungen, nicht selten mit ihren direkten Bezugs-/Bindungspersonen. Mit der Geschichte der Mädchen und Jungen konfrontiert entstehen Stellvertreter- und Zeugenschaftsgefühle, wie Traurigkeit über das unversorgte Kind; Wut über die Ungerechtigkeiten, die ihm widerfahren sind; Hass auf Erwachsene, die dem Kind fassungslose Gewalt angetan haben; Scham für die Verletzung der Intimsphäre und Menschenwürde; Ekel über die Bilder der sexuellen Handlungen und Gewalttaten, die den Klientinnen und Klienten angetan wurden oder die sie selbst anderen angetan haben; Angst vor dem, was das Kind an noch Verborgenen mitbringt und davor, ob man dem überhaupt gerecht werden kann. Unter solchen starken Gefühlen begegnen Betreuende den Mädchen und Jungen mit Sorge, großer Fürsorge, Mitleid und dem unbedingten Wunsch, dem Kind eine neue, bessere Erfahrung mit auf den Weg zu geben sowie vielleicht wieder etwas gutzumachen.

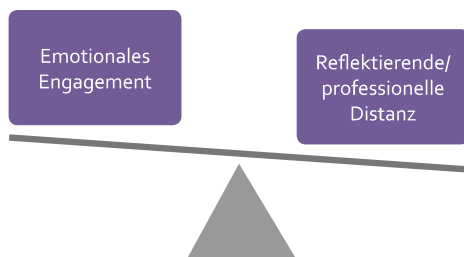


Abbildung 2: Mittlerer Abstand

2. Überraschende Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen

Trotz der wertschätzenden, wohlwollenden und fürsorglichen Einstellung der Pädagoginnen und Pädagogen reagieren die Mädchen und Jungen jedoch häufig nicht mit Dankbarkeit, Freude und Entspannung, sondern mit Misstrauen, Angst und Rückzug, Wut und Aggression, Verachtung und Ablehnung (s. Grafik Empathie und Verstrickung). Denn dies sind gut gelernte Interaktionsmuster, die ihren internen Bindungsrepräsentationen entsprechen. Dadurch entstehen bei der **Betreuungsperson innere emotionale Dilemmata**, sowohl den Kindern und Jugendlichen gegenüber, als auch gegenüber sich selbst als Mensch, Erwachsener/Erwachsenem und Fachkraft. Diese unterschiedlichen Gefühlslagen wirken sich wiederum auf den Umgang mit den Kindern und Jugendlichen verunsichernd aus. Häufig werden dadurch deren Erfahrungen mit Erwachsenen und Bezugspersonen bestätigt und ihre Verhaltensweisen verstärkt.

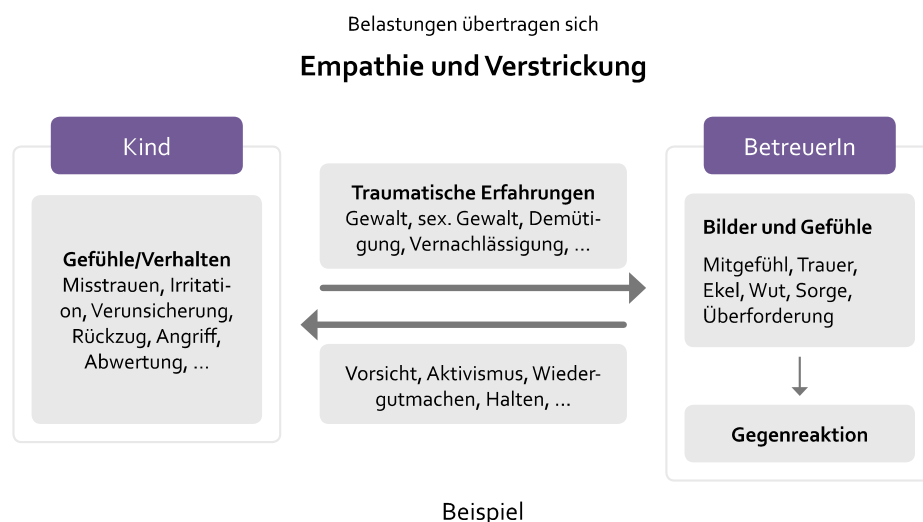


Abbildung 3: Beispiel für den Prozess von Empathie und Verstrickung

In der Traumapädagogik wird an vielen Stellen immer wieder die Notwendigkeit eines **sicheren Ortes** für die betroffenen Kinder und Jugendlichen als Basis für neue und korrigierende Erfahrungen betont. Dabei werden die Betreuungspersonen selbst mit ihrer persönlichen wie auch fachlichen Sicherheit und Stabilität als ein wesentlicher Teil dieses sicheren Ortes betrachtet. Dies erscheint logisch und nachvollziehbar,

wenn man beachtet, dass die Mädchen und Jungen ihre traumatischen Erfahrungen häufig durch überforderte, überlastete, hoch verunsicherte und teilweise kranke Menschen erlitten haben. Diese Erfahrungen prägten ihre Erwartungen an andere Menschen und bewirkten oft hohen Respekt vor allen Situationen, die nicht verunsichernd und für sie berechenbar sind. Dies legt nahe, dass die Kinder und Jugendlichen **hochsensibilisiert für Verunsicherungen bei Menschen** geworden sind. Als Spezialistinnen und Spezialisten in diesem Bereich erkennen sie Zeichen von Veränderung und Verunsicherung sehr früh, bewerten die daraus entstehende Not schnell sehr hoch und reagieren dadurch früh und stark, so dass ihre Reaktionen für andere überraschend und unberechenbar erscheinen. Tatsächlich sind sie aber folgelogisch, und wenn sich die Betreuungsperson reflektiert, stellt sie nicht selten fest, dass sie in inneren emotionalen Dilemmata steckte und dadurch in Not geraten war, sich hilflos gefühlt hatte, wütend oder ängstlich war oder Schuldgefühle bekommen hatte.

3. Geschichte der Gegenübertragung und deren Bedeutung für die Pädagogik

„Die Gegenübertragung mutierte vom Aschenputtel zur strahlenden Prinzessin der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.“

Horst Kächele

Das Phänomen des Entstehens intensiver Gefühle im Kontakt mit Klientinnen und Klienten wurde schon zu den Anfängen der Psychotherapie erkannt und diskutiert. Der Begriff der **Übertragung und Gegenübertragung** wurde Anfang des letzten Jahrhunderts von **Sigmund Freud** selbst eingeführt (Freud, 1910, 1912). Freud ging aber noch sehr stark davon aus, dass die Gegenübertragungsgefühle eher ein Ärgernis seien und gegen das Abstinenzgebot verstoßen - obwohl er sich bei genauer Analyse seiner Therapien oft selbst durchaus von Gegenübertragungsgefühlen leiten ließ und diese bei seinen therapeutischen Interventionen durchaus nutzte. Heftige Gegenübertragungsgefühle galten bei Freud und seinen Schülern dennoch lange Zeit als Zeichen der **therapeutischen Unreife und Unprofessionalität** und sollten durch intensivierete Lehranalysen „ausgemerzt“ werden.

Einer der für die Theorie der therapeutischen Beziehung bedeutsamsten psychoanalytischen Autoren der Generation von Freud war sicher **Sandor Ferenczi** (1932, 1970, zitiert nach 2004). Ferenczi sprach der Entwicklung einer **Vertrauensbeziehung** zwischen Psychoanalytiker und seinem Analysand eine große Bedeutung zu. Ferenczi beschrieb schon früh, welche Bedeutung die **Introjektion** früher Beziehungserfahrungen, die Übernahme von Leitsätzen der Bezugspersonen sowie die Atmosphäre in einer Familie auf die Entwicklung von Gefühlen in der therapeutischen Beziehung hat, und welche Auswirkungen diese Gegenübertragungsgefühle auf das Verhalten der Therapeutin oder des Therapeuten haben können.

Zwanzig Jahre später beschrieben Psychoanalytiker (Heimann, 1950; Orr 1954) erstmals, dass das **Übertragungserleben** nicht wie von Freud angenommen schädlich ist und auf eine mangelnde Abstinenz oder Neutralität hinweist, sondern ganz im Gegenteil ein **wichtiges Werkzeug** für die Beziehungsgestaltung und den therapeutischen Prozess sein könnte und die Therapeutin bzw. der Therapeut diese für sein Fallverständnis und seine Therapieplanung nutzen sollte.

Die Begriffe der Übertragung und Gegenübertragung wurden hauptsächlich innerhalb der Psychoanalyse verwendet, aber natürlich spielt das Phänomen bei jeder Form der

Therapie und helfenden Begegnung in psychosozialen Bezügen eine große Rolle. Daher wurde es unter anderer Nomenklatur in fast **allen Therapieschulen** weiterentwickelt und genutzt. Erklärungen dafür, wie Erfahrungen eines Menschen und die daraus resultierenden Emotionen innerhalb von Interaktionen und Beziehungsgestaltungen auf die therapeutische Beziehung übergehen bzw. deren Emotionen beeinflussen, lassen sich sowohl mit lerntheoretischen, psychodynamischen als auch systemischen Modellen in Einklang bringen (Zimmer, 2011; Sulz, 2001; Grawe 2000). Letztlich gehen alle therapeutischen Schulen davon aus, dass der Mensch in seinem **Herkunftssystem Erfahrungen** im Umgang mit seinen Beziehungsbedürfnissen macht, die sein weiteres Interaktionsverhalten und die Erwartungen an künftige Interaktionen prägen (s.u.). Lösungsversuche und Überlebensstrategien, die in der Kindheit entwickelt wurden, werden dann in anderen Interaktionen wiederholt, teilweise fast reinszeniert, insbesondere in jenen Situationen, in denen Beziehungsbedürfnisse aktualisiert werden. Besonders intensiv treten diese Übertragungsgefühle folglich in **helfenden Beziehungen**, z. B. im pädagogischen, pflegerischen oder therapeutischen Bereich, auf, da hier Beziehungsbedürfnisse und der Wunsch nach besonders intensiver und emotionaler Versorgung in besonderem Maße aktualisiert werden. Ein zentraler Wirkmechanismus aller Therapieschulen ist gewiss, dass die Klientinnen und Klienten bezüglich der in der therapeutischen Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin **andere/korrigierende Beziehungserfahrungen** machen. Dies erklärt, weshalb die therapeutische Beziehung in vielen Metaanalysen als ein wesentlicher gemeinsamer Wirkfaktor über alle Therapieschulen hinweg genannt wird (Lambert, 1992; Zimmer, 2011).

Ebenfalls schon in den 50er Jahren führte **Bion** (2006) das **Konzept des Containments** ein. Er entwickelte das Bild eines Containers, in welchem eine Bezugsperson in der Interaktion mit einem Kind sämtliche belastende Gefühle, die in einer Interaktion mit einem kleinen Kind aktualisiert werden, versorgt. Unerträgliche seelische Inhalte können durch den empathischen Kontakt zu einer vertrauten und kompetenten Bezugsperson, welche die belastenden Emotionen erkennen, benennen und „containen“ kann, nach und nach in erträgliche Inhalte verwandelt werden. Dieses Prinzip ist ein wichtiger Aspekt der Bindungsentwicklung (Powell et al., 2015) und wird auch im therapeutischen Umgang mit Säuglingen eingesetzt (Schmid & Pérez, 2013). Auch Winnicott (1960) beschrieb das ruhige, bewusste Wahrnehmen und Aushalten der Gefühle des Kindes als zentrale Fertigkeit einer ausreichend guten Mutter. Dieses Verhalten des Holdings oder des Containments der ausreichend guten Mutter lässt sich hervorragend auf die pädagogische und therapeutische Arbeit mit komplex traumatisierten Klientinnen und Klienten adaptieren, die strukturelle Störungen im psychoanalytischen Sinne oder unzureichende Fertigkeiten der Selbst- und Emotionsregulationen in einem verhaltenstherapeutischen Theoriemodell aufweisen. Menschen mit diesen Problemen benötigen unabhängig von ihrem biologischen Alter eine vertrauensvolle Beziehung. Diese vertrauensvolle Beziehung vermittelt eine

gewisse Sicherheit, hat eine beruhigende Wirkung und unterstützt dadurch bei der Emotionsregulation, so dass diese Fertigkeiten der Selbststeuerung sich nach und nach besser entwickeln und die Symptome dadurch überwunden werden können.

Die heute am besten evaluierten **psychodynamischen Therapieverfahren** wie die Übertragungsfokussierte Psychotherapie nach Kernberg (Clarkin et al., 1999, 2001) oder die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (Bateman & Fonagy, 2005, 2008) fokussieren sich sehr auf die **Analyse der Gegenübertragungsgefühle**. Diese Therapieansätze gehen davon aus, dass das Entwickeln einer stabilen, sicheren Wahrnehmung von sich selbst und anderen Menschen auch in emotionalen Stresssituationen eine wichtige Voraussetzung für eine gesunde sozio-emotionale Entwicklung ist, und dass sich die Probleme auch in der therapeutischen Beziehung zeigen. Als zentralen Wirkmechanismus erachten sie die Klärung der zentralen Beziehungsthemen in therapeutischen oder anderen relevanten Beziehungen. Dadurch wird die Klientin bzw. der Klient für seine interpersonelle Wahrnehmung und die daraus resultierenden Emotionen sensibilisiert und kann alternative Interpretationen erarbeiten.

Für die Pädagogik und Milieutherapie entscheidend war, dass **August Aichhorn** (2005) die **Bedeutung der positiven Übertragung der betreuten Jugendlichen** als zentrales Element einer erfolgreichen Pädagogik und Beeinflussung von Jugendlichen erkannte. Er beschrieb ein Liebesdefizit, das die Jugendlichen kompensieren mussten. Interessant ist, dass er als Vater der Milieutherapie, wenn man ihn genau liest, eigentlich vor allem von der Beziehung des Zöglings zum Erzieher schreibt (Cifali & Imbert, 2013). Aus heutiger Sicht sind die Unterschiede, welche es im Umgang der Pädagoginnen und Pädagogen zwischen den Zöglingen in Aichhorns Heimen im Vergleich zu anderen Besserungsanstalten jener Zeit gab, kaum vorstellbar. In den anderen Besserungsanstalten vollbrachten die Erzieherinnen und Erzieher ihren Dienst noch mit der Knute und Prügel, die als ein legitimes pädagogisches Mittel galten (Cifali & Imbert, 2013). Für Aichhorn (2005) war es wichtig, dass den Zöglingen höflich, interessiert und offen begegnet wurde, sodass diese dadurch eine Vertrauensbeziehung zum Personal aufbauen und sich emotional öffnen konnten.

Für pädagogische Kontexte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Hausärztinnen und Hausärzte ist das Modell der **Balintgruppen** von großer Bedeutung für das Fallverständnis und die Einordnung seiner Gegenübertragungsgefühle (Balint, 1957, dtsh. 2001). Es wurde von Balint ursprünglich dafür entwickelt, mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Hausärztinnen und Hausärzten ihre Problemfälle in der Gruppe zu besprechen, um die Teilnehmenden durch diesen Austausch in der Gruppe emotional zu entlasten und von den Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen profitieren zu lassen. Die Analyse der Rückmeldungen von den anderen Teilnehmenden zu ihren

Gegenübertragungsgefühlen kann das Fallverständnis sehr erweitern. Heute sind solche Gruppen ein nicht mehr wegzudenkender Bestandteil der Facharztausbildung in der sprechenden Medizin und eine anerkannte Supervisionsmethode für Pflegekräfte und andere psychosoziale Berufsfelder. Für die traumapädagogische Arbeit ist die von Balint eingeführte Form der Supervision insbesondere deshalb so wertvoll, da sie explizit den **emotionalen Ausdruck von Gegenübertragungsgefühlen** fördert und diese in ein gemeinsames **Fallverständnis** integriert. Deshalb wurde die Grundidee der Balintgruppe in Fallbesprechungen, in denen es in erster Linie auf die emotionale Versorgung des Teams ankommt, in einigen traumapädagogischen Konzepten aufgenommen (Lang et al., 2009; Schmid, 2010, 2012).

4. Wie entstehen Gegenübertragungsgefühle?

4.1. Umgang mit nicht erfüllten Bedürfnissen

Letztlich entstehen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle aus der psychosozialen Lerngeschichte und dem Umgang mit zentralen Beziehungsbedürfnissen bzw. genauer gesagt damit, wie nicht erfüllte Beziehungsbedürfnisse kompensiert werden. Viele Autoren haben sich mit den verschiedenen Beziehungsbedürfnissen und deren Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie und in anderen helfenden Berufen im psychosozialen Bereich auseinandergesetzt. Das **Modell von Serge Sulz** (2001) unterscheidet mit Blick auf die Bindungstheorie und die Entwicklungspsychologie zwischen **zentralen Bindungs- und Autonomiebedürfnissen**. Er nimmt dabei unter anderem an, dass sich praktisch jeder zwischenmenschliche Konflikt über die dyadische Regulation bzw. Dysregulation von Autonomie- und Bindungsbedürfnissen (Überblick s. Tabelle 1) erklären lässt.

Tabelle 1: Autonomie- und Bindungsbedürfnisse nach Sulz (2001)

Bindungsbedürfnisse	Autonomiebedürfnisse
▶ willkommen sein, dazu gehören	▶ selber machen können
▶ Geborgenheit, Wärme, Zärtlichkeit	▶ Selbstbestimmung, Freiraum
▶ Schutz, Sicherheit, Zuverlässigkeit	▶ Grenzen gesetzt bekommen, Grenzen erleben
▶ Liebe erhalten	▶ konkurrieren
▶ Aufmerksamkeit, Beachtung	▶ gefördert und gefordert werden
▶ Empathie, Verständnis, anerkannt werden	▶ Vorbilder und Modelle haben
▶ Wertschätzung, Bewunderung, Lob	▶ Intimität, Hingabe und Erotik
	▶ ein Gegenüber, mit dem man sich auseinandersetzen kann

Um die Entstehung von maladaptiven Interaktionsmustern und Übertragungs-/Gegenübertragungsmustern verstehen zu können, geht man davon aus, dass jeder Mensch mit zentralen Beziehungsbedürfnissen in ein Familiensystem hineingeboren

wird. Das Herkunftssystem wird mit diesen Bedürfnissen konfrontiert und mehr oder wenig herausgefordert, sie zu erfüllen. Es werden und können nie alle Bedürfnisse optimal erfüllt werden. Um die nicht erfüllten Beziehungsbedürfnisse auszugleichen, muss das Kind nun Strategien entwickeln, damit umzugehen.

Die Nichterfüllung der Bedürfnisse löst Emotionen aus und führt dazu, dass bestimmte, nicht unbedingt gleiche Beziehungsbedürfnisse umso wichtiger werden.

Es kann beispielsweise eine große Angst vor dem Verlust von bestimmten Quellen der Bedürfnisbefriedigung entstehen oder auch eine große Wut, dass solche legitimen Bedürfnisse von seinem Umfeld nicht befriedigt werden. Ein Beispiel für die Entwicklung von zentraler Wut eines Menschen könnte sein, dass ein zentrales Autonomiebedürfnis nicht befriedigt wurde, weil ein Geschwisterkind ihn immer übertrumpft hat und dadurch von den Eltern bevorzugt wurde. Diese zentrale Wut könnte nun auch im Erwachsenenalter noch nachwirken und aktualisiert werden, wenn im Alltag Kolleginnen bzw. Kollegen bevorzugt werden. Dann wird diese Person vermutlich heftiger reagieren als ihre Kollegen, die diese Erfahrungen nicht gemacht haben. Ein Beispiel für die Entstehung zentraler Angst könnte in einem solchen Modell ein unbefriedigtes Beziehungsbedürfnis sein (wie das Gefühl, nicht dazuzugehören), welches sich im Erwachsenenalter etwa aktualisieren könnte, wenn sich Beziehungen und Gruppen bilden, in die man nicht automatisch mit einbezogen wird (z. B. ein Heimkind, das „austickt“, wenn es nicht in einer Gruppe zu einer Aktivität mitgenommen wird).

Je größer die Defizite in der Bedürfnisbefriedigung sind, desto stabiler und heftiger sind die gewählten Bewältigungsstrategien. Bei Menschen, die durch ihre nächsten Bezugspersonen traumatisiert worden sind, sind diese Beziehungsbedürfnisse und das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit von existentieller Bedeutung, weshalb es nach Judith Herman (2014) bei der Übertragung und Gegenübertragung in der Behandlung von traumatisierten Menschen immer um Leben und Tod gehen kann. Dementsprechend entsteht eine **besondere Intensität**, die sich von den anderen Patientengruppen grundlegend unterscheidet. Es gibt **drei zentrale Strategien**, um mit diesen unerfüllten Bedürfnissen (über-)leben zu können.

4.1.1. Überkompensation

Das Bedürfnis wird derart bedeutsam, dass man eine Möglichkeit sucht, wie es fast immer erfüllt wird - auch wenn der Preis dafür bedeutet, dass andere Bedürfnisse, die für die Person in dieser Entwicklungsphase weniger bedeutsam sind, verleugnet oder nicht adäquat entwickelt werden. Wenn zum Beispiel ein Kind bei einer schwer vernachlässigenden, unsteten, alleinerziehenden Mutter aufwächst, die die Bindungsbedürfnisse des Kindes missachtet hat, kann das Kind, um sich seine

Bindungsbedürfnisse zu erfüllen, in ein Muster verfallen und eigene Autonomiebedürfnisse unterdrücken. Später als Jugendliche/r werden vermutlich Beziehungen gesucht, die in irgendeiner Form von ihr oder ihm abhängig sind. Dafür werden auf Autonomiebedürfnisse verzichtet, da so eine höhere Sicherheit gegeben ist, dass die Bindungsbedürfnisse kontinuierlich erfüllt werden. In helfenden Beziehungen wird diese Person als eher unselbständig und klammernd auffallen. Sie wird rasch eine intensive Bindung aufbauen, aber Schritte in Richtung Verselbständigung und aktive Mitarbeit in Pädagogik und Therapie fallen ihr eher schwer.

4.1.2. Absolute Verdrängung und Verleugnung

Die nicht erfüllten Bedürfnisse werden psychisch ausgemerzt und nicht mehr erlaubt, da nicht mehr daran geglaubt wird, dass diese Bedürfnisse erfüllt werden. Angeknüpft an das oben genannte Beispiel würde hier die Strategie des Kindes etwa lauten: „Ich muss alleine durchs Leben gehen, ich kann mich nur auf mich verlassen und keinem anderen Menschen vertrauen“. Diese Lösungsstrategie führt dazu, dass die Personen nur recht oberflächliche Beziehungen haben, in helfenden Beziehungen bleiben, oft sehr lange distanziert und kaum zu erreichen sind. Teilweise sind sie auf einer oberflächlichen Art durchaus zugänglich und charmant, lassen sich aber emotional nicht wirklich ein. Teilweise sind sie aber auch offen abweisend, wenden sich äußerlich ab und ziehen sich zurück.

4.1.3. Akzeptanz und Unterwerfung:

Man findet sich mit der Situation ab, dass ein Beziehungsbedürfnis nicht sicher erfüllt wird. Eine Person, die diese Strategie wählt, könnte zum Beispiel immer wieder in ähnliche Muster verfallen und sich Beziehungen suchen, die ähnlich mit ihr umgehen wie die Eltern. Klientinnen und Klienten mit diesen Mustern sind oft besonders unzugänglich für ihre Emotionen und Bedürfnisse, da sie letztlich nur diesen Umgang mit ihren Bedürfnissen kennen und akzeptieren. Deshalb ist es wichtig, die Klientinnen und Klienten für ihre eigenen Bedürfnisse und den Preis für diese starren Interaktionsmuster zu sensibilisieren.

Diese Muster und zentralen interaktionalen Probleme zeigen sich in fast allen nahen und emotional besetzten Beziehungen und besonders intensiv in helfenden Beziehungen. Dort hat man aber eben auch die Chance, sie zu erkennen, Beziehungsbedürfnisse zu erfüllen und alternative Strategien anzubieten. Sehr oft kann man bei der Analyse von Gegenübertragungsgefühlen in pädagogischen Kontexten erkennen, dass die Kinder in den Helferinnen und Helfern immer wieder ähnliche Emotionen auslösen, wie sie dies auch häufig in der Interaktion mit ihren Bezugspersonen erlebt haben. Zum Beispiel kann das schwer vernachlässigte Kind,

das bei der depressiven und völlig überforderten Mutter das Gefühl von Versagen, Ohnmacht und Überforderung ausgelöst hat, ähnliche Gefühle im Team auslösen. Oder der nach einem Delikt verstoßene Sohn löst bei neuen Delikten in der Institution auch rasch Ausstoßungstendenzen aus. In der Regel ist es ein Leichtes, wenn man die Heimkarriere eines Kindes im Rahmen einer Biographiearbeit rekonstruiert und Kontakt zu den vorhergehenden Institutionen aufnimmt, die Gegenübertragungsgefühle der Betreuenden dort zu erraten. Fast immer lösen die Klientinnen und Klienten ähnliche Impulse aus. Dies kann teilweise so weit gehen, dass sich reviktimisierende Muster aktualisieren, und die Klientinnen und Klienten in ihren Einrichtungen oder bei ihren Pflegeeltern Opfer von Grenzverletzungen werden. Das relative Risiko, Opfer von erneuten Misshandlungen in der Heimerziehung zu werden, ist für Kinder, die in ihren Herkunftssystemen schwere Misshandlungen erlebt haben, um ein Vielfaches erhöht (Hobbs et al., 1999).

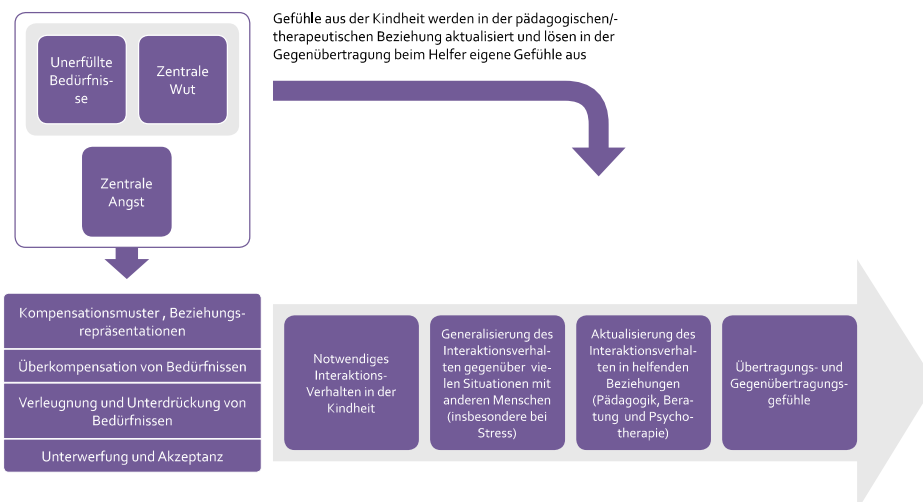


Abbildung 4: Gegenübertragungsfehler

Ein wichtiger Punkt bei helfenden Beziehungen ist, dass es nicht ausreicht, eine gute Beziehung zu haben, sondern es ist auch notwendig, gemeinsam an einem Strang zu ziehen, um die vereinbarten Ziele in der Therapie und Pädagogik erreichen zu können (vgl. Schmid, 2012, 2013; Schmid et al., 2012). George Downing (2007) differenziert deshalb zwischen einer **Beziehungsebene** und einer **Kooperationsebene** der helfenden Beziehung – diese Unterscheidung ist sehr hilfreich. Zumeist hat man es mit Fällen zu tun, in denen eine positiv besetzte emotionale Verbindung von beiden aufgebaut werden kann, es aber im Betreuungs- oder Behandlungsverlauf stockt, weil die Patientin oder der Patient aus irgendwelchen guten Gründen nicht macht, was die psychosozialen Helferinnen und Helfer sich für sie oder ihn wünschen. Es gibt aber

auch Fälle, in denen die Kooperation eigentlich gut funktioniert, sich allerdings die Beziehungsebene nicht ausreichend entwickeln kann. Dies kann bei traumatisierten Menschen daran liegen, dass sie einfach sehr lange brauchen, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Es kann aber auch daran liegen, dass die Patientin oder der Patient Eigenschaften an den Tag legt, die es den Helfenden erschweren, sich emotional für ihn zu engagieren, z. B. dass sie/er die Helfenden manipuliert oder etwas an sich hat, was Ekel auslöst etc.

Ein weiteres sehr brauchbares Modell wurde von der Arbeitsgruppe um Klaus **Grawe** (2000; vgl. auch Stucki & Grawe, 2007) vorgestellt. Es nimmt eine andere Aufteilung von Beziehungsbedürfnissen vor und beinhaltet Ideen zu deren Förderung im Rahmen guter helfender Beziehungen in Pädagogik und Psychotherapie. Grawes Arbeitsgruppe beschreibt **das Bedürfnis nach Bindung, nach Kontrolle, nach Selbstwertschutz/-steigerung sowie nach Lustgewinn** als die zentralen Bedürfnisse, die es im Rahmen einer helfenden Beziehung zu adressieren gilt. Dies kann bereits durch Kleinigkeiten im therapeutischen und pädagogischen Alltag erfolgen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Zentrale Bedürfnisse nach Grawe

Bedürfnis nach Bindung

Förderlich für dieses Bedürfnis ist folgendes Helferverhalten	Hinderlich für dieses Bedürfnis ist folgendes Helferverhalten
<ul style="list-style-type: none"> ▶ vermitteln, dass man da ist/„Anwalt“ ist ▶ gemeinsame Zeiten im Eins-zu-eins-Kontakt haben ▶ „gemeinsam“ an Schwierigkeiten arbeiten ▶ vermitteln, dass Nöte bei einem gut aufgehoben sind ▶ Verständnis und Wertschätzung ▶ nonverbale Zuneigung und Nähe (Sitzhaltung, Arme, Blick, nicken, lächeln) ▶ aktives Zuhören 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ oft „allein“ lassen (zu spät, vergessen, Absprachen häufig verschieben) ▶ bei Eins-zu-eins-Kontakten viele Störungen zulassen (telefonieren, klopfen etc.) ▶ sich nicht an wichtige Dinge erinnern (Lebenssituation etc.) ▶ Gefühl geben, sie/er sei einer von vielen ▶ kritisieren und abwerten ▶ nonverbale Distanz (wenig Blickkontakt, kaum nicken, lächeln)

- ▶ Selbstoffenbarung
- ▶ abgelenkt und ungeduldig sein
- ▶ nicht richtig zuhören
- ▶ auf persönliche Fragen abwehrend/kalt reagieren

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Förderlich für dieses Bedürfnis ist folgendes Helferverhalten

Hinderlich für dieses Bedürfnis ist folgendes Helferverhalten

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Transparenz, Erklärungen ▶ in alle Schritte/Entscheidungen explizit einbeziehen ▶ Wahlmöglichkeiten bieten ▶ Bereitschaft für Vorgehen/Techniken abklären ▶ spüren lassen, dass es um ihre/seine Anliegen geht ▶ auf Anregungen/Initiativen etc. eingehen ▶ eigenen Einfluss aufzeigen (Erfolge!) ▶ auf Über- und Unterforderung achten | <ul style="list-style-type: none"> ▶ alles selber entscheiden ▶ pädagogische Ziele vorgeben ▶ Klientinnen und Klienten „drängen“ ▶ Eigeninitiative im Keim ersticken ▶ im Unklaren lassen, was passiert ▶ sich uneindeutig und missverständlich ausdrücken ▶ zu starke Problemaktivierung ▶ überfordern ▶ Entscheidungen ohne die Klientin/den Klienten treffen |
|--|--|

Bedürfnis nach Selbstwertschutz/-steigerung

Förderlich für dieses Bedürfnis ist folgendes Helferverhalten

Hinderlich für dieses Bedürfnis ist folgendes Helferverhalten

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Interesse zeigen ▶ Stärken und Erfolge ausgiebig berichten lassen ▶ Themen mit positiver Bedeutung ansprechen ▶ Lob/Komplimente | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Desinteresse ▶ unbeeindruckt sein ▶ das bisher Erreichte als wenig hilfreich darstellen ▶ kritisieren und abwerten |
|--|---|

- | | |
|--|--|
| (Veränderungsbereitschaft, Mut etc.) | ▶ Rollengefälle betonen |
| ▶ Erfolge verstärken | ▶ Fehlverhalten und/oder kranke Anteile im Vordergrund halten |
| ▶ gesunde Anteile betonen | ▶ Misserfolge auf Klientinnen/Klienten zurückführen – alternative Erklärungen nicht gelten lassen. |
| ▶ Erfolge auf Verhalten und Anstrengung der Klientin/des Klienten attribuieren | |
| ▶ guten Grund für Symptomatik herausarbeiten (Überlebensleistung) | |

Bedürfnis nach Lustgewinn/Unlustvermeidung

Förderlich für dieses Bedürfnis ist folgendes Helferverhalten

- ▶ positive Gefühle erleben lassen
- ▶ gemeinsam Spaß haben, Humor
- ▶ Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen (Wohlbefinden induzieren)
- ▶ gemeinsame Erfolge auskosten und feiern
- ▶ gemeinsam lachen, freundliche, entspannte Mimik
- ▶ „Abwechslung“
- ▶ einladende Gestaltung der Räume und Anlagen
- ▶ gepflegte Erscheinung der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter

Hinderlich für dieses Bedürfnis ist folgendes Helferverhalten

- ▶ nur negative Gefühle haben - kein Platz für Spiel und Spaß
- ▶ Rigidität in den Tagesabläufen – keine Bereitschaft für spontane Veränderungen
- ▶ unter Druck setzen
- ▶ Misserfolge überanalysieren
- ▶ gelangweilt wirken
- ▶ Monotonie, wenig Raum und Zeit für Spaß
- ▶ Räume und Anlage mit wenig Aufforderungscharakter
- ▶ unordentliche, ungepflegte Räume – Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

Die **Erfahrungen**, die die Kinder im Kontakt mit anderen Menschen, insbesondere mit ihren zentralen Bindungspersonen und dem Umgang mit ihren wichtigen Beziehungsbedürfnissen, gemacht haben, prägen sich zu **unbewussten Erwartungen** aus, wie sich andere Menschen zu ihnen verhalten werden. Diese Erwartungen prägen die eigenen Gedanken und das eigene Verhalten und führen zu Anpassungsprozessen,

wie einem chronisch höheren Anspannungsniveau, einer Hypersensibilität für Gefahrensituationen, Unsicherheit bei anderen Menschen und einem Grundmisstrauen statt eines Grundvertrauen.

So wird ein Kind, das die Erfahrung gemacht hat, dass seine Bindungspersonen nicht die Wahrheit sagen, davon ausgehen, dass auch andere Erwachsene, vielleicht sogar überhaupt alle Menschen nicht die Wahrheit sagen. Mit dieser Überzeugung gehen sie in Kontakt und nehmen ihr Gegenüber von vornherein nicht ernst, da sie davon ausgehen, dass dessen Aussage sowieso nicht eintreten wird. Bei der betroffenen Pädagogin oder dem betroffenen Pädagogen löst dieses Nicht-ernst-genommen-Werden Verunsicherung und vielleicht Ärger aus. Dies führt unter Umständen dazu, dass die Betreuungsperson ihre Angebote zurückzieht, weil sie davon ausgeht, dass beim Kind kein Interesse besteht. Damit **bestätigt** sich für das Kind, dass die Erwachsenen ihre Angebote nicht einhalten.

4.2. Intensität von Gegenübertragungsgefühlen

Die Intensität von Gegenübertragungsgefühlen variiert in Abhängigkeit von der Nähe und Intensität der helfenden Beziehung und dem Verlauf des pädagogischen und therapeutischen Prozesses. In Anbetracht der Tatsache, dass es sehr wenig Forschung zu diesen Themen gibt, stellen die folgenden Zeilen eine Mischung aus theoretischer Reflexion und praktischer Erfahrung dar.

Je traumatisierter jemand ist und je weniger Selbststeuerung und Emotionsregulationsfähigkeiten bzw. je weniger Struktur und Ich-Stärke eine Klientin oder ein Klient hat, desto intensiver sind gewöhnlich die Gegenübertragungsgefühle (Dulz & Schneider, 1995; Rudolf, 2004). Seitens der Pädagoginnen und Pädagogen haben besonders **engagierte und junge** Mitarbeitende die stärksten Gegenübertragungsgefühle. Dies resultiert vermutlich daraus, dass die Mitarbeitenden noch nicht ausreichend habituiert haben. Je erfahrener eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter ist, und je mehr solche oder ähnliche Situationen durchlebt wurden, desto eher können die Gefühle, die dabei entstehen, eingeordnet und verarbeitet werden. Es ist aber auch ein Qualitätsmerkmal und ein Zeichen von Professionalität des emotionalen Engagements, wenn sich auch sehr erfahrene Mitarbeitende immer wieder in ihrem Berufsalltag emotional berühren lassen. Ein gravierendes Nachlassen der Intensität der Gegenübertragungsgefühle kann auch auf eine beginnende Mitgefühlerschöpfung und ein erhöhtes Burnout-Risiko hinweisen (Fengler & Sanz, 2011) – Empathie und Emotionen sollten geschärft bleiben.

In der Regel sind die Gegenübertragungsgefühle in pädagogischen Teams dann besonders ausgeprägt, wenn sich die Klientin oder der Klient mehr auf die

Beziehungen einlässt und somit nun einerseits emotional bezogene Kontakte intensiver aufnimmt, andererseits in den Strukturen sicher wird, die „Honeymoon-Phase“ endet und im pädagogischen Alltag oder mit der pädagogischen Bezugsperson die ersten Konflikte auftreten. Für das Verständnis eines pädagogischen Prozesses mit einem schwer traumatisierten Kind ist es wichtig zu realisieren, dass es oft erst einmal schwerer werden muss, bevor und damit es besser werden kann. Sehr oft sind Krisen ein Zeichen dafür, dass bei der Klientin oder dem Klienten Beziehungsbedürfnisse aktualisiert werden und sie bzw. er in Kontakt geht. Deshalb ist es gerade bei den ersten Krisen wichtig, diese zarten Pflänzchen zu schützen und die Bindungsangebote - seien sie noch so destruktiv - nicht durch Sanktionen, Ultimaten oder gar Abbrüche zu belasten. Die Klientinnen und Klienten müssen die Erfahrung machen, dass auf ihre ersten Beziehungsangebote sicher, **mit emotionalem Engagement und mit pädagogischer Präsenz reagiert** und auf ihre Beziehungsbedürfnisse eingegangen wird. Sie sollten eine andere - korrigierende - Erfahrung im Umgang mit diesen Beziehungsangeboten machen.

Für die Pädagogik fast wichtiger als für die Psychotherapie - von körpertherapeutischen Verfahren abgesehen - ist die Tatsache, dass **körperliche Berührungen** die Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle ganz wesentlich **intensivieren** (Downing, 1996). Im pädagogischen Bereich, gerade mit kleinen Kindern, ist es notwendig, auch körperlich zu beruhigen und Trost zu spenden, was aber eine völlig neue Dimension der Gegenübertragung mit sich bringt und diese in der Regel intensiviert. Es entsteht zum Beispiel ein intensives Gefühl der Ohnmacht und Verunsicherung, wenn eine Pflegemutter realisiert, dass das Kind auf liebevolle Berührungen kaum reagiert, sich gar abwendet oder bei Berührungen beim Wickeln jedes Mal panisch schreit. Gelingende körperliche Berührungen und Beruhigung fördern die positive Übertragung und verstärken die Bindungsbedürfnisse. Deshalb ist es sinnvoll und wichtig, bei der Arbeit mit kleinen Kindern ein Gefühl dafür und eine Haltung dazu zu entwickeln, wie viel Berührung einem als Fachkraft/Pflegemutter gut tut, wo die eigenen Grenzen verlaufen und wie diese gegenüber dem Kind gewahrt werden. Gerade bei kleinen Kindern mit Erlebnissen von sexueller Gewalt, die jedes Gefühl für Schamgrenzen verloren haben, ist es sehr wichtig, die Grenzen eindeutig zu wahren, ohne aus der emotionalen Beziehung mit dem Kind zu gehen. Für das Kind sollten die Grenzen deutlich benannt und erklärt werden, und es sollte ein normaler Kontakt weitergeführt werden. Problematisch ist oft, dass sich Fachkräfte stark zurückziehen und empören, wenn die Kinder ihnen körperlich zu nahe kommen. Um sicher reagieren zu können, sollten solche Situationen daher antizipiert werden. Die hohe Intensität der leiblichen Übertragung wird auch bei körperlichen Grenzverletzungen deutlich. Gerade Grenzverletzungen, die mit sehr engem Körperkontakt und Ekelgefühlen einhergehen, sind für Mitarbeitende (und auch für Klientinnen und Klienten) oft besonders belastend (z. B. das Beißen oder das Schmieren mit Kot) und müssen daher besonders intensiv aufgearbeitet werden.

5. Traumatische Übertragung

Die traumatische Übertragung zeichnet sich dadurch aus, dass die Erfahrungen, die aus den traumatischen Erfahrungen heraus wirken, ausschließlich **destruktiv** und häufig **existentiell** sind, und dadurch in der Gegenübertragung äußerst intensive und hoch belastende Emotionen und Handlungsimpulse hervorrufen können. Um den Mädchen und Jungen trotzdem eine sichere, liebevolle, weise und starke Bezugsperson (Powell et al., 2015) sein zu können, ist es wichtig, dass die Fachpersonen das Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung kennen, verstehen und die daraus entstehenden belastenden Gefühle und Verunsicherungen versorgen können. Dadurch gelingt es, in einen emotional sicheren Grundzustand innerhalb der Beziehungsgestaltung zurückzukehren.

Um eine **Sicherheit** mit den in der Sache liegenden Dilemmata zu entwickeln, sind vier Aspekte bedeutsam:

1. **Erkennen der eigenen Gefühle:** Bin ich wütend, oder überlagert die Wut meine Angst oder Scham?
2. **Benennung der eigenen Gefühle,** als Ausdruck dafür, dass ich dazu stehen kann.
3. **Zuordnung der Gefühle:** Wo kommen sie her, zu wem gehören sie? Bin ich wütend auf das Kind, weil es nicht das gemacht hat, was ich wollte, oder bin ich wütend auf mich, weil ich es nicht hinbekommen habe, dass das Kind das macht, was ich wollte? Bin ich ängstlich, weil das Kind wütend ist, oder bin ich wütend, weil das Kind ängstlich ist? Kenne ich diese Art von Gefühl aus anderen Kontexten in meiner Biographie?
4. **Versorgung meiner Gefühle:** Was benötige ich, damit ich mit dem Verhalten des Kindes sicher bin, und es mich nicht verunsichert? Aber Achtung: Es geht nicht darum zu überlegen, wie man das Kind dazu bringt, sich anders zu verhalten!

Im Kontakt und in der Beziehungsgestaltung mit hoch belasteten Kindern und Jugendlichen spielen **vier Ebenen der Übertragung und Gegenübertragung** (s. Tab. 3) eine Rolle, auf die hier im Weiteren einzeln eingegangen wird. Die Untergliederung des Übertragungsphänomens in diese vier Ebenen bietet die Möglichkeit, die emotionale Versorgung durch unterschiedliche Fokussierung gezielt und effektiv umzusetzen.

Die vier Übertragungsebenen und unterschiedliche Fokuse im Überblick:

Tabelle 3: Aspekte traumatischer Übertragung

Übertragung	Fokus (Versorgung gerichtet auf)
Emotionen	Sicherheit
Beziehung	„Bin ich wertvoll?“
Rollen	Rollenautonomie
Überzeugung	Innere Haltung

Neben den vier genannten Ebenen und der oben beschriebenen höheren Intensität von Gegenübertragungsgefühlen gibt es noch weitere Themen, die sehr spezifisch in die Interaktionen zwischen psychosozialen Helfenden und traumatisierten Menschen einfließen, und die Übertragung und Gegenübertragung massiv beeinflussen können. Dalenberg (2000) beschreibt viele traumaspezifische Phänomene, die bei der Beziehungsgestaltung beachtet werden müssen, die sich in der Regel aber auch mit den vier genannten Ebenen erläutern lassen. Sie sollen aber zusätzlich wenigstens kurz erwähnt werden:

- ▶ Darf ich mich mit meiner Geschichte den Helfenden zumuten? Was denken sie von mir, kann ich meine Scham- und Schuldgefühle in dieser Beziehung überwinden – ist die Beziehung ausreichend tragfähig?
- ▶ Glaubte diese Fachkraft mir? Ist die Geschichte der Klientin/des Klienten glaubwürdig, ist ihr/ihm das wirklich genau so passiert?
- ▶ Wie können Klientin/Klient und Helfende mit selbstdestruktiven Zuschreibungen umgehen? Was bedeuten die vom Täter übernommenen negativen Introjekte für die Selbststeuerung und die Beziehung von Klientin/Klient zum psychosozialen Helfenden? Welchen Umgang finden Fachkräfte und Klientinnen/Klienten mit den daraus resultierenden, destruktiven Reinszenierungen, Aggressionen, selbstgefährdendem (Hochrisikoverhalten) und selbstverletzendem Verhalten sowie Selbsthass?
- ▶ Haben die Fachkräfte ausreichend Geduld und Durchhaltevermögen, um

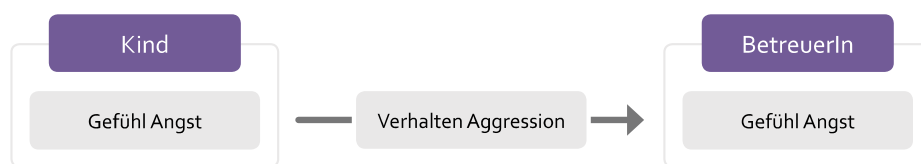
bei Rückschlägen durchzuhalten, oder geben sie auf und verlassen mich?
Haben sie Demut vor der (Über-)Leistungsleistung der Klientinnen und Klienten?

- ▶ Empfinde ich zu viel Empathie für das Vermeidungsverhalten und unterstütze zu wenig bei der Bewältigung?

Insbesondere die Frage, inwiefern ein berichtetes Trauma von den psychosozialen Helfern ernst genommen wird, und ob diese auch bei den ersten Kooperationsproblemen ihr emotionales Engagement aufrechterhalten, ist für den weiteren Verlauf von Hilfen entscheidend. Denn oft wiederholen sich hier Muster aus den Herkunftssystemen, wo traumatische Erfahrungen unter den Tisch gekehrt und verleugnet wurden und auf Problemverhalten und Selbsthass oft mit Ausstoßungstendenzen reagiert wurde. Ein Verständnis dieser Muster und ein gezieltes, wohl dosiertes Beziehungsangebot, das eine korrigierende Erfahrung ermöglicht, befähigen oft zu einem „Einlassen“ auf einen intensiveren pädagogischen und/oder therapeutischen Hilfeprozess (Dalenberg, 2000).

6. Übertragung von Emotionen

Die Erfahrungen, die wir im Laufe unseres Lebens im Kontakt, in Begegnungen mit anderen Menschen und insbesondere in unseren engsten Beziehungen machen, bilden die Grundlage, wie wir anderen Menschen begegnen, wie wir sie einschätzen und zuordnen. Diese Einschätzungen führen zu begründeten Erwartungen, wie unser Gegenüber sein wird, und wie es sich verhalten wird. Entsprechend unserer Erwartung gegenüber dieser Person und Situation, werden wir handeln. An dieser Erwartung und unserer emotionalen Ausgangslage orientieren sich aber auch unsere Wahrnehmung und die Interpretation des Verhaltens des Interaktionspartners. Wenn ich z. B. oft körperliche Misshandlung erlebt habe, werde ich sehr sensibel auf die kleinsten Anzeichen von Wut in Mimik, Gestik und Stimme des Gegenübers reagieren und unbewusst auch die eigene Mimik, Gestik und Körpersprache auf die von mir erwarteten Verhaltensweisen ausrichten. Entsprechend wirkt unsere Interaktion auf unser Gegenüber und beeinflusst wiederum dessen Emotionen und Interpretation der Situation. Da Emotionen immer einen Handlungsimpuls auslösen, wird die Reaktion des Gegenübers von diesen Emotionen mit beeinflusst. So überträgt sich unsere emotionale Ausgangslage auf unser Gegenüber und kommt in dessen Reaktion zu uns zurück. Nicht selten wird dadurch unsere Erwartung bestätigt. Zum besseren Verständnis folgt eine beispielhafte Darstellung, ausgehend von einem Kind, das in seinem Verhalten von Angst in seiner emotionalen Ausgangslage gesteuert wird (nach Lang, 2009).



Beispiel

Abbildung 5: Beispiel für Übertragung von Emotionen I (nach Lang, 2009)

Das aggressive Verhalten des Kindes, das aus seinem Gefühl der Angst angestoßen wird, löst bei der Fachperson in diesem Beispiel ebenfalls Angst aus.

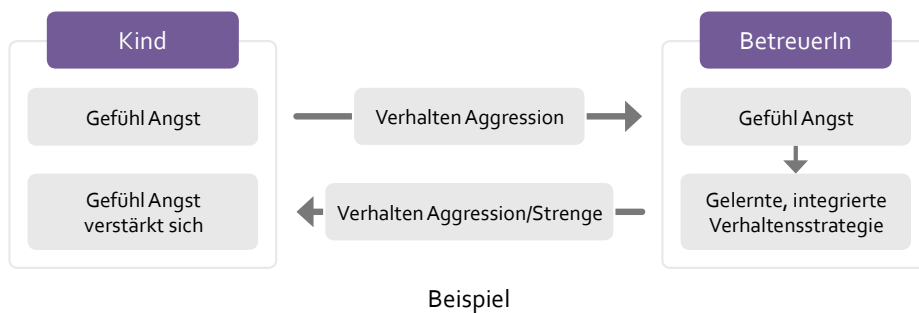
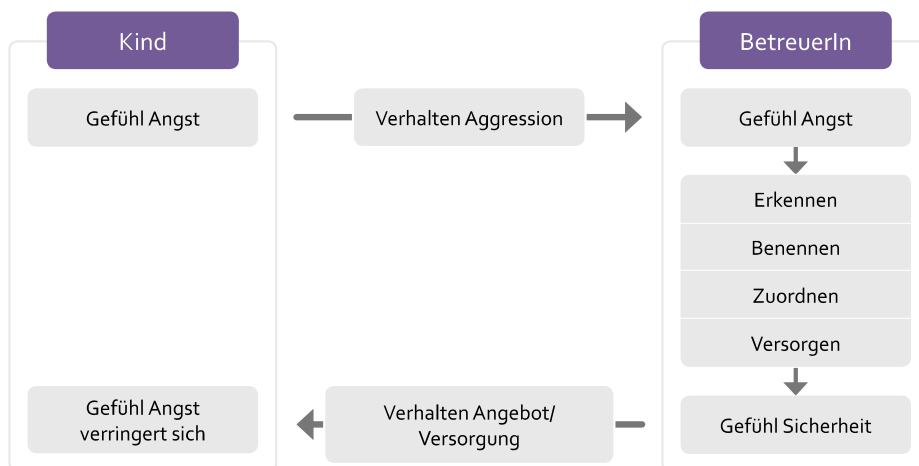


Abbildung 6: Beispiel für Übertragung von Emotionen II (nach Lang, 2009)

Das Erleben von Angst löst bei der Fachperson deren integrierte Verhaltensstrategien für Angst aus, die i.d.R. Angriff oder Flucht sein können.

Im pädagogischen Setting dieses Beispiels zeigen sich Angriff durch Strenge und Flucht durch Nachgeben.

Beide Reaktionen bringen in der Wirkung die Verunsicherung der Fachperson zum Kind zurück und verstärken dessen Ausgangsgefühl der Angst. Dadurch wird sich sein Verhalten, das Ausdruck seiner Angst war, noch verstärken.



Beispiel

Abbildung 7: Beispiel für Übertragung von Emotionen III (nach Lang, 2009)

Zur Herstellung der eigenen Sicherheit ist es für die Fachperson wichtig, die Interaktion im Nachhinein zu reflektieren. Dazu gehört, das eigene erlebte Gefühl zu identifizieren, zuzuordnen, woher es kommt (welcher Teil geht vom Kind aus und welcher Teil stammt aus eigenen biografischen Erfahrungen), um dann dieses Gefühl der Verunsicherung zu versorgen bzw. „containen“ zu können.

Der Fokus der emotionalen Versorgung und Stabilisierung der Fachperson liegt auf der **Herstellung von Sicherheitserleben**. Die Versorgung des eigenen Gefühls kann darin bestehen, etwas zu finden, was dieses Gefühl abschwächt oder beseitigt, z. B. dadurch, dass das Verhalten des Kindes neu bewertet wird („Das Kind will mir nichts Böses, sondern es hat Angst und möchte meine Hilfe.“). Eine andere Möglichkeit der Versorgung kann sein, das Gefühl an sich neu zu bewerten („Angst ist gut, es ist gut, dass sie da ist, sie zeigt mir, dass es wichtig ist, vorsichtig zu sein.“). Das bedeutet also keine Angst vor der Angst zu haben, sondern eine Sicherheit im Umgang mit der eigenen Angst zu erlangen.

In jedem Fall ist die Sicherheit nur dann wirklich hergestellt, wenn sich die Fachperson **mit dem aggressiven Verhalten des Kindes sicher** fühlt, nicht aber, wenn die Abschwächung der Aggression des Kindes gebraucht wird, um sich sicherer zu fühlen. Das Gefühl der Sicherheit der Fachperson wird in der Interaktion mit dem Kind auf dieses übertragen und dessen Verhalten für Angst wird weniger notwendig und somit abnehmen.

Neben den Gefühlen, die in den konkreten Interaktionen mit den Klientinnen und Klienten aktualisiert werden, lösen auch die traumatischen Geschichten leicht immer wieder belastende innere Bilder und heftige Emotionen sowie chronische Übererregung aus. Zu wissen, was den Klientinnen und Klienten angetan wurde oder sie anderen angetan haben, kann zu wiederkehrenden inneren Bildern und heftigen Emotionen führen. Teilweise übertragen sich auch heftige, in der traumatischen Situation dissoziierte Gefühle, so dass professionelle Helferinnen und Helfer nicht selten plötzlich heftige Emotionen oder eine gewisse Übererregung verspüren, wenn sie eine Anamnese erheben oder mit Akten oder Berichten aus der Biographie der Klientin oder des Klienten konfrontiert werden. Diese Geschichten und Bilder werden von den Klientinnen oder Klienten und ihren Herkunftssystemen oft abgespalten von jeglicher Emotionalität berichtet. Bei den Fachkräften können sie zu dauerhafter Übererregung und Intrusionen von grausigen Bildern sowie zu Vermeidungsverhalten führen (vgl. Schmid, 2013). Dies wird im Konzept der **sekundären Traumafolgestörung** beschrieben (z. B. Daniels, 2007). Die Entwicklung eines sekundären Traumas stellt für Menschen, die intensiv mit traumatisierten Menschen arbeiten, ein nicht zu unterschätzendes Risiko dar, welches sich direkt auf die Belastungen am Arbeitsplatz und die innere Sicherheit im Arbeitsalltag auswirkt. Fachkräfte müssen daher für erste Anzeichen dieser Symptome sensibilisiert werden. Sie sollten lernen, ihre Psychohygiene und Resilienzfaktoren zu pflegen und in ihren Arbeitsumfeldern entsprechend sowohl fachlich als auch emotional und strukturell in ihrem pädagogischen Alltag unterstützt werden.

7. Übertragung von Beziehungserfahrungen und unerfüllten Beziehungsbedürfnissen

Die Bindungserfahrung von Kindern und Jugendlichen bildet sich aus der Art und Weise, wie ihre Bindungspersonen mit ihnen Beziehung gestalten. Diese Form der Beziehungsgestaltung und internen Bindungsrepräsentation bildet ein sogenanntes **inneres Arbeitsmodell**, das die Art der eigenen Beziehungsgestaltung mit anderen Menschen ebenso steuert wie auch die innere Erwartung, wie andere Menschen mit ihnen Beziehung gestalten werden.

Entsprechend dem Modell der Übertragung von Emotionen wirkt sich die Erwartung an die Beziehungsgestaltung des Gegenübers maßgeblich auf das eigene Verhalten, die eigene Körpersprache sowie die innere und nach außen sichtbare Anspannung innerhalb der Interaktion aus. Dies aktiviert dementsprechende Gefühle und daraus resultierendes Beziehungsverhalten beim Gegenüber. Die Art und Weise, wie Bindungsrepräsentationen die Erwartung an andere Menschen, somit die Einstellung und unser Verhalten in Interaktionen beeinflussen und durch die entsprechende Reaktion des Gegenübers provozieren und schließlich die Erwartungen und das Weltbild bestätigen, führt in einen **Teufelskreis** (vgl. Abb. 8 nach Binder & Strupp, 1991).

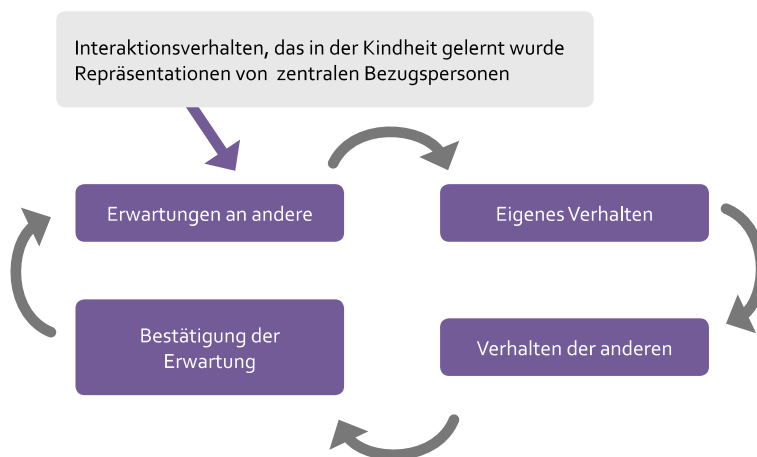


Abbildung 8: Teufelskreis adaptiert nach Binder & Strupp, 1991

Die Fähigkeit, die Motive und das Verhalten von anderen Menschen mit seinem eigenen Verhalten und seiner eigenen Innenwelt in Einklang zu bringen, ist momentan eines der meist diskutierten Konzepte der psychodynamischen Theorie, da es

Bindungstheorie und die Entwicklung des Selbst und dessen Fertigkeiten zur Regulation auf eindrucksvolle Weise miteinander verbindet (Fonagy et al., 2004). Durch die aktive Rolle der Therapeutin bzw. des Therapeuten kommt dieser/diesem auch eine haltende und unterstützende Funktion zu (vgl. Winnicott, 1990, 1992; Bion, 2006), wobei dies aus einer Rolle des Moderators und des „Entdeckungshelfers“ heraus geschieht (Bateman & Fonagy, 2005, 2008; Bolm, 2009, 2015). Es gibt bereits Adaptationen für das Vorgehen im Jugendalter und stärker sozialpädagogisch ausgerichteten Settings in welchen die „Entdeckungshelfer“ eine aktivere und strukturierende Rolle einnehmen (Taubner, 2008; Kirsch, 2014).

Die Beziehungsgestaltung mit Mädchen und Jungen, die interpersonelle traumatische Erfahrungen häufig innerhalb von Bindungsbeziehungen gemacht haben, ist eine große Herausforderung und Belastungsquelle für Fachkräfte. Die Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen sind häufig geprägt von unberechenbaren Beziehungsmustern aus Gewalt, Abwertung, Missbrauch, Manipulation, Überforderung und Missachtung, gespickt mit Freundlichkeit und Wohlwollen. Diese Unberechenbarkeit mit all den gelernten Aspekten bringen sie als gelernte Muster mit in die Beziehungsgestaltung mit den Fachkräften und gehen auch davon aus, dass diese wiederum die Beziehung zu ihnen in der gelernten Form gestalten werden. In der Übertragung entstehen dadurch im Versuch, mit den Mädchen und Jungen eine „gute“ Beziehung zu gestalten, nicht selten Gefühle von Abwertung, Ohnmacht, Wut etc.

Um dem Kind in der Gegenreaktion nicht abweisend, abwertend, zurückziehend oder aggressiv zu begegnen, und es dadurch in seiner Erfahrung zu verstärken, bedarf es auch hier einer emotionalen Stabilisierung der psychosozialen Helferinnen und Helfer.

Der Fokus der emotionalen Versorgung und Stabilisierung der Fachperson liegt hier auf der **Herstellung des Erlebens „wertvoll“ zu sein** - insbesondere wertvoll für und mit anderen.

Um sich auch für die Kontakte mit den Kindern wertvoll oder wieder wertvoll erleben zu können, erweist es sich häufig als sehr hilfreich, aktuelle Beziehungen im eigenen Handlungs- und Lebensfeld zu aktivieren, in denen man sich selbst als wertvoll und beachtet erlebt. Wird man von einem Kind z. B. missachtet, kann einen das sehr verletzen, und man fühlt sich abgewertet. Dafür kann eine aktuelle Beziehung, in der man sich besonders beachtet erlebt, stabilisierend und ausgleichend wirken und das innere Selbstbewusstsein als wertvoller Beziehungspartner wieder herstellen. Es ist also sehr hilfreich, die Beziehungen im aktuellen Leben unter dem Gesichtspunkt zu reflektieren, inwieweit man sich bezüglich unterschiedlicher Aspekte der Beziehung wertvoll erlebt, und diese als Ressource zur Verfügung zu haben.

Ein Beispiel aus dem Alltag einer Pädagogin

Lucas ist völlig egal, was ich zu ihm sage. Er ignoriert alles, macht, was er will, sagt es geht ihm am A... vorbei, was ich von ihm will. Ich fühle mich von ihm stehen gelassen, ignoriert und dadurch abgewertet. Zur Versorgung überlege ich mir, in welchen Beziehungen meines Lebens ich viel Beachtung bekomme und finde meine beste Freundin, meinen Lebenspartner und meine Mutter. Ich überlege mir, wie ich diese Ressource auch im Arbeitsalltag nutzen kann – und zwar immer dann, wenn ich das Gefühl habe, nicht beachtenswert zu sein. Ich bitte meine Freundin, mir auf einen Zettel aufzuschreiben, warum sie so gerne mit mir zusammen ist, und nehme diesen Zettel immer mit mir. So versorgt muss ich Lucas mit seiner Reaktion nicht abwerten oder bestrafen, sondern überlege, ob und woher Lucas das vielleicht selbst kennt, ignoriert zu werden. Vielleicht werde ich sogar feststellen, dass Lucas das nach wie vor erlebt, und es wichtig ist zu überlegen, wie und wo ich und meine Kolleginnen und Kollegen Lucas mehr Beachtung ermöglichen können.

8. Übertragung von Rollenerfahrungen

Innerhalb der Beziehungserfahrungen, die interpersonell traumatisierte Kinder gemacht haben, finden sich neben den oben beschriebenen unberechenbaren Mustern auch Erfahrungen zu **unterschiedlichen Rollen** innerhalb zwischenmenschlicher Interaktionen wieder. Die traumatische Erfahrung beinhaltet die Verteilung von Täter und Opfer und die damit verbundenen Emotionen von Scham und Schuld. Aus der Opferrolle heraus entsteht die Idee einer Retterrolle, welche die Aufgabe übernimmt, das Opfer vor dem Täter zu beschützen. Das klassische transaktionsanalytische Spiel des Dramadriehcks (Karpman, 1968, 2014) wird bei traumatisierten Menschen in einem besonders schnellen Wechsel der Rollen gespielt. Ein falsches Wort oder eine Geste können einen Rollenwechsel auslösen.

Im Kontakt mit Mädchen und Jungen, die innerhalb traumatischer Beziehungserfahrungen diese Rollenverteilung erleben mussten, übernehmen psychosoziale Helferinnen und Helfer, auch wenn sie nicht naiv eine Rolle als professionelle Helferin oder professioneller Helfer antreten, anfangs meist die fürsorgliche Retterrolle. Die Helfenden finden sich dann sehr schnell im Erleben wieder, ein Opfer zu sein (von den Klientinnen und Klienten nicht ausreichend wertgeschätzt oder gar verletzt zu werden) oder in die Täterrolle gedrängt zu werden („jemanden sanktionieren oder verfolgen zu müssen, obwohl der Klient und ich das gar nicht wollen“) oder dringendst als rettende Person („Nur ich kann der Klientin/dem Klienten helfen!“) gebraucht zu werden. Alltäglichen Interaktionen, wie z. B. „Du hast heute Küchendienst“, und den damit verbundenen Reaktionen des Jugendlichen („Immer ich“), kommt unter Umständen eine ganz andere Wirkung und Intensität zu. Denn in diesem „Immer ich“ schwingt für den Jugendlichen die Energie der biografischen Erfahrung (z. B. „Immer musste ich zu Hause Aufgaben für meine betrunkene Mutter übernehmen und hatte Angst, dass wir Schläge meines Vaters abbekommen“) mit. So kann sich die Fachkraft durch einen einfachen Satz wie „Immer ich...“ in einer Täterrolle erleben. In der Gegenreaktion kann passieren, dass die Fachkraft, im Versuch diese Rolle loszuwerden, entweder „zurückschlägt“, indem sie dem Jugendlichen vorwirft, sich ständig drücken zu wollen und seinen Pflichten nicht nachzukommen, oder in eine Retterrolle schlüpft, indem sie für den „armen Jungen“ den Küchendienst übernimmt. Mit beiden Lösungsversuchen wird der Jugendliche in seinem Erleben, immer alles abzukriegen und nichts hinzuzubekommen (Opferrolle), wiederum bestätigt.

Die Übertragung der Rollenerfahrung entsteht auf dieselbe Weise, wie schon weiter oben im Text beschrieben, über die inneren Muster, die die Interaktionen mit anderen steuern und über die daraus entstehenden Erwartungen an die anderen.

In der **Transaktionsanalyse** wird zur Verdeutlichung dieser Dynamik das sogenannte „**Dramadreieck**“ (Karpman, 1968) als Verstehensmodell genutzt und beschrieben.

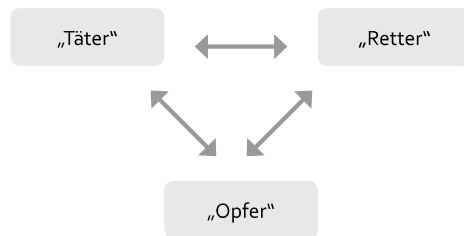


Abbildung 9: Dramadreieck nach Karpman, 1968

Innerhalb dieses Dreiecks wird deutlich, dass alle Rollen miteinander verknüpft sind. Ein Opfer kann es nur geben, solange es einen Täter oder einen Retter gibt. Einen Retter kann es nur geben, solange es ein Opfer gibt, und einen Täter kann es nur geben, solange es auch ein Opfer gibt. Die Rollen wechseln aber teilweise in einer Interaktion wild hin und her (z. B. mutiert die sanktionierende Fachkraft vom Täter zum Opfer, wenn sie vom sanktionierten Jugendlichen beleidigt wird).

Analysiert man Interaktionen entlang der unterschiedlichen Rollen, die jede/jeder eingenommen hat, stellt man fest, dass die Rollen keinesfalls statisch vergeben sind, sondern vielmehr während einer Interaktion hin und her wechseln. Eine als Helfer gestartete Interaktion kann sowohl in der Täterrolle als auch in der Opferrolle enden. Zudem können im Verlauf der Interaktion noch die anderen Rollen eingenommen werden. Alle drei Rollen können sozialpädagogische Fachkräfte ganz erheblich belasten und zu Burnout und Grenzverletzungen führen.

Der Fokus der emotionalen Versorgung und Stabilisierung der Fachperson, ebenso wie die Versorgung der beteiligten Klientinnen und Klienten, liegen hier deshalb auf dem **Ausstieg aus dem Dramadreieck**. Um sich vor der Rollenübernahme im Dramadreieck zu schützen, ist es wichtig, ein Team für die Rollen und insbesondere auf die beiläufigen Angebote solcher Rollen durch traumatisierte Menschen zu sensibilisieren - mit dem Ziel, in solchen Situationen die **Rollenautonomie** zu wahren bzw. wieder herzustellen.

Rollenautonomie bedeutet letztendlich, als autonome Persönlichkeit unabhängig von den anderen zu handeln und zu reagieren und sich nicht in eine solche Rolle drängen zu lassen, sondern seine Autonomie auch zu wahren, wenn einem die Klientinnen oder Klienten die Einnahme einer solche Rolle „nahelegen“.

Der Ausstieg aus dem Dramadreiack kann je nach Rolle, in der sich die Fachkraft befindet, unterschiedlich aussehen:

Aus der Opferrolle:

1. Bedanken beim Retter: „Vielen Dank, dass Du mir geholfen hast.“
2. Dem Täter verzeihen bzw. eine Entschuldigung/Wiedergutmachung annehmen: Der hat sich ohnmächtig gefühlt. Vermutlich kennt er das von daheim und wusste sich nicht anders zu helfen. Er hat mich eigentlich gar nicht gemeint“.

Aus Sicht des Täters:

1. Sich entschuldigen beim Opfer: „ Ich weiß nicht, was da mit mir abgegangen ist. Du warst eigentlich gar nicht gemeint. Es tut mir leid“
2. Sich bedanken beim Retter: „Gut, dass du eingeschritten bist. Ich bin übers Ziel hinaus geschossen.“

Aus Sicht des Retters:

1. Helfen durch Unterstützen des Opfers zur Selbsthilfe (Autonomie und Kompetenz des Opfers wahren): „Möchtest du dem etwas erwidern oder lieber mit mir rausgehen und Kuchen backen, oder hast du noch eine andere Idee?“
2. Herstellen von Transparenz über die Rollenverteilung von Täter und Opfer sowie das Angebot zur Moderation: „Hier geht gerade der eine auf den anderen los. Ich könnte jetzt einschreiten, möchte euch aber lieber anbieten mit euch zu klären, was los ist.“

9. Übertragung innerer Überzeugungen

Erfahrungen, die im Laufe des Lebens gemacht werden, werden von Menschen meist in Bezug zu sich selbst gesetzt. Durch sich häufig wiederholende Erfahrungen bilden sich **innere Überzeugungen oder Glaubenssätze**, durch die sich die Person in Bezug zu anderen Menschen, sich selbst oder in der Welt setzt, z. B.: „Ich bin ein Glückspilz“, „Mich mag keiner“ oder „Ich schaffe alles“.

Diese Selbstüberzeugungen wirken als **Leitfaden** dafür, wie man Dinge angeht oder sich gegenüber anderen Menschen verhält. Interpersonell komplex traumatisierte Menschen haben stark destruktiv geprägte Selbstüberzeugungen, die sie in den Kontakt mit anderen mitbringen, z. B. „Ich bin nichts wert“, „Der will mir nichts Gutes“, „Ich bin nicht gewollt“ oder „Ich kann niemandem trauen“ etc.

Fachkräfte haben hingegen aus ihrem Selbstverständnis als HelferIn bzw. Helfer und ihrem Menschenbild heraus meist Selbstüberzeugungen wie „Ich werde dir helfen“, „Ich bin gut“ oder „Ich werde dir nie etwas Böses tun“ etc. Treffen nun diese sich **widersprechenden Selbstüberzeugungen** aufeinander, kann das **große Verunsicherungen** auf beiden Seiten auslösen, was häufig dazu führt, dass das traumatisierte Kind sich in seiner Selbstüberzeugung bestätigt erlebt.

Die Selbstüberzeugung und Haltung des Kindes, die der Selbstüberzeugung der Fachkraft widerspricht, löst ein Gefühl bei der Fachkraft aus, aus der heraus eine Gegenreaktion aktiviert wird. Da der eigenen Selbstüberzeugung widersprechende Haltungen des Anderen schnell als Angriff oder gar Bedrohung der eigenen Selbstüberzeugung/ Identität erlebt werden, fallen die Gegenreaktionen entsprechend schützend, fliehend oder angreifend aus. Das führt zum einen dazu, dass sich das Kind dann in seiner destruktiven Selbstüberzeugung bestätigt erlebt, und zum anderen, dass sich die Fachkraft in einer Handlung wiederfindet, die ihrem eigenen Selbstbild widerspricht.

Zum besseren Verständnis ein Beispiel:

Schritt 1:

Das Kind kommt mit der inneren Überzeugung „Es wird sich eh nichts ändern“ in die neue Gruppe und begegnet der dort wartenden und freundlich eingestimmten Pädagogin.

Schritt 2:

Die Haltung des Kindes, die durch Körpersprache, Mimik und evtl. auch verbale Äußerungen auf die Pädagogin wirkt, löst bei der Pädagogin ein Gefühl aus, z. B. Ärger (es könnte auch Schuldgefühl, Trauer etc., sein).

Schritt 3 (am Bsp. Ärger):

Das Gefühl wird begleitet von inneren Gedanken oder Überzeugungen, die handlungsleitend für die Gegenreaktion sind, z. B. „Woher willst du das wissen?“ oder „Ich werd's dir schon beweisen!“.

Schritt 4:

Die Gegenreaktion könnte in diesem Beispiel sein, dass die Pädagogin in einen Aktivismus verfällt, was wiederum das Erleben von Unwirksamkeit beim Kind und Vorsicht- und Rückzugstendenzen tendenziell eher noch verstärkt, wodurch die Überzeugung des Kindes bestätigt würde.

Oder die Fachkraft „bockt“ und macht eher nichts oder wenig, und das Kind fühlt sich darin bestätigt, dass nichts oder zu wenig für es gemacht wird und es nicht wert ist, dass andere Menschen sich für es einsetzen.

Fokus der emotionalen Versorgung und Stabilisierung der Fachperson, ebenso wie die Versorgung der beteiligten Mädchen und Jungen, liegt hier in der **Stabilisierung der inneren Überzeugung**, also Haltung der Fachkraft. Diese wird durch die Reflexion und Hypothesenbildung zu den Selbstüberzeugungen des Kindes hergestellt, aus der dann ein hilfreicher Leitgedanke für die Fachkraft entwickelt wird.

Um dies am oben benannten Beispiel zu verdeutlichen:

Schritt 5:

Es wird überlegt: „Was wäre ein hilfreicher Satz oder Ausspruch gegenüber dem Kind mit seiner Überzeugung?“

z. B. „Klar bist du misstrauisch.“ oder „Komm an, ich bin da.“.

Ein solcher neuer und förderlicher Leitgedanke wirkt entlastend auf die Fachkraft, und das daraus resultierende Verhalten gegenüber dem Kind wirkt ebenso entlastend auf dieses.

Wichtig bei der Erarbeitung hilfreicher Leitgedanken ist, dass der Gedanke die **völlige emotionale Zustimmung** der Fachkraft trifft, da dies die Authentizität sicherstellt und damit die emotionale Übertragungswirksamkeit dem Kind gegenüber erhöht.

10. Hoch destruktive Gegenübertragungen und Reinszenierung von Grenzverletzungen

In der Interaktion mit traumatisierten Klientinnen und Klienten entstehen nicht selten Interaktionen, in denen auch die professionellsten und abgeklärtesten Fachkräfte von ihren Gefühlen und Einstellungen gegenüber den ihnen anvertrauten Klientinnen und Klienten plötzlich überwältigt werden. Teilweise entstehen plötzliche aggressive Gewaltphantasien. Man könnte jemanden an die Wand klatschen oder gar umbringen, unter Umständen erlebt man Gefühle von sexueller Erregung und Anziehung oder Gefühle von Ekel und Ausstoßungstendenzen, bei denen man das Gefühl hat, es mit der Klientin oder dem Klienten nicht länger aushalten oder nicht mehr im selben Raum sein zu können. Diese können einerseits als besonders ausgeprägte Kennzeichen der oben beschriebenen Übertragungsphänomene von Bedürfnissen und Emotionen aus der Kindheit verstanden werden. Interessant ist aber andererseits, dass diese Gegenübertragungsphänomene gerade in solchen Situationen auftreten, in denen sich die Klientinnen und Klienten selbst auch besonders destruktiv verhalten, sei es gegen sich selbst (Suizidversuche, Selbstverletzung, Hochrisikoverhalten) oder gegenüber anderen (Aggression, sexuelle Übergriffe, Belügen/Manipulieren). Dies legt nahe, auch noch nach anderen Erklärungsmodellen zu suchen, da die Situationen nicht nur mit dem interaktionellen Geschehen, sondern eben auch mit der Selbststeuerung der Klientin/des Klienten assoziiert sind.

Ein hilfreicher Ansatz für diese Phänomene, wenn auch empirisch schwer zu untersuchen, ist das **Konzept der Täterintrojekte und der Egostates** (Peichl, 2013; Vogt, 2012). Täterintrojekte entstehen immer dann, wenn sich Opfer stark mit den Täterinnen bzw. Tätern identifizieren. Dies geschieht einerseits, weil die Täterin/der Täter die/der Stärkere und Überlegene ist, der/dem nicht widersprochen werden kann, andererseits weil eine Identifikation mit der Täterin/dem Täter von diesem verstärkt wird. Besonders gerne ist die Täterin/der Täter zwar grausam, aber auch sehr charismatisch, tritt kompetent auf und hat auch versorgende und liebenswerte Aspekte. Ähnlich wie bei Folterungen oder Entführungen ist das Opfer dem Täter dann teilweise emotional nahe, weil er es nicht erschießt, etwas zu trinken bringt etc. Erfahrene Folterknechte wenden dieses Phänomen gerne an. Gerade kleine Kinder, die in einer Abhängigkeit von der Täterin/vom Täter sind und wenig emotional validierende Bezugspersonen in der Außenwelt haben, identifizieren sich gerne mit den Täterinnen/Tätern. Sie übernehmen und kopieren Verhaltensweisen von ihnen und vor allem häufig auch Zuschreibungen und Sätze wie „Wenn du dies oder das getan hast, hast du Schläge verdient, du bist doch die letzte Hure...“. Diese von der Täterin/vom Täter übernommenen Verhaltensweisen schockieren die begleitenden

Fachkräfte oft sehr und führen dazu, dass sie zu agieren beginnen. Sie reagieren damit aber eben auch auf Täterintrojekte.

Der große Vorteil der Arbeit mit **Täterintrojekten** und Egostates ist, dass diese Verhaltensweisen dadurch **externalisiert** werden können, d.h. sie werden von der Person der Klientin oder des Klienten getrennt. Dies erleichtert es den Fachkräften, diese Dinge zu bearbeiten und in einer helfenden Beziehung zur Klientin oder zum Klienten zu bleiben. Auch für die Klientin oder den Klienten ist die Externalisierung von großem Vorteil, da es eine innerliche Distanzierung mit der Auseinandersetzung mit diesen Aspekten erlaubt. Dadurch kann dieses Verhalten eher akzeptiert und eher einer Verhaltenskontrolle zugeführt werden, da gesunde und für die Selbststeuerung zuständige Ich-Anteile mehr Verantwortung übernehmen können.

Gegenübertragung als Werkzeug der Pädagogik

Widmet man sich dem Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung näher, kann das Gefühl entstehen, im Kontakt mit den Mädchen und Jungen, Frauen und Männern ständigen **Gefahren der Reinszenierung** ausgesetzt zu sein. Tatsächlich bieten sich den Pädagoginnen und Pädagogen dadurch jedoch viele Chancen, durch das achtsame Wahrnehmen eigener Emotionalitäten und die entsprechende Versorgung und Stabilisierung mehr Sicherheit, Entspannung und Gelassenheit auch in schwierigen Interaktionen zu erlangen und sich dadurch in der Arbeit deutlich handlungsfähiger und effektiver zu erleben. Die Übertragung ist dadurch kein Phänomen, dem man ausgeliefert ist, sondern wird vielmehr gezielt als **fachliches Werkzeug** genutzt.

11. Gegenübertragung im Team – Teamspaltung

Das Phänomen der Teamspaltung ist sehr eng mit dem Erleben von Gegenübertragung assoziiert. Letztlich bedeutet ein Konflikt im Team über die vermeintlich beste bzw. adäquate pädagogische Intervention bzw. Reaktion in der Regel, dass eine Klientin oder ein Klient unterschiedliche und vermutlich recht heftige emotionale Reaktionen und Handlungsimpulse auslöst. Vermutlich spiegeln alle Gegenübertragungsgefühle wichtige Aspekte der sozio-emotionalen Lerngeschichte der Klientin oder des Klienten wieder. Sie alle sind wichtig und richtig und sollten entsprechend beim Fallverständnis und der Therapieplanung beachtet werden. Für ein Team ist es oft schon eine erhebliche Beruhigung zu hören, dass **alle Wahrnehmungen bedeutsam** sind, und dass keine der heftig diskutierenden Parteien im Recht oder Unrecht ist. Dadurch kann man aus dem Dramadreieck (s.o.) aussteigen und niemand verliert sein Gesicht. Außerdem ist es gerade in der Supervision von Teamkonflikten, die unmittelbar durch ein Verhalten eines Kindes/Jugendlichen ausgelöst werden, sehr wichtig, auf der Verhaltensebene und bei der Klientin/dem Klienten zu bleiben und den guten Grund für ihr bzw. sein Verhalten zu suchen. Sehr oft entstehen Teamkonflikte daraus, dass man sich zu früh auf eine Interpretationsebene begibt (z. B.: „Sie/er möchte uns spalten“). Stattdessen sollte sich das Team aus der Perspektive der Klientin oder des Klienten fragen, wie es dazu kommt, dass sich diese/dieser gegenüber einer bestimmten Fachkraft in diesen speziellen Situationen auf diese Art und Weise verhält.

Es ist also wichtig, die heterogenen Reaktionen im Team zu nutzen und die verschiedenen, identifizierten Beziehungsbedürfnisse der Klientin bzw. des Klienten und Handlungsimpulse nebeneinander zu betrachten und daraus ein förderliches Verständnis im Team und eine gemeinsame Strategie zu entwickeln.

Eine solche Strategie muss nicht zwangsläufig bedeuten, dass sich alle im Team gleich verhalten müssen. Es kann sehr sinnvoll sein, **unterschiedliche Rollen** zu übernehmen und bewusst mit der Spaltung zu arbeiten. Es ist aber unabdingbar, dass jede und jeder im Team weiß, **aus welchem guten Grund** sich die Kollegin oder der Kollege auf eine bestimmte Art und Weise verhält, und dass mit den Interventionen eine **gemeinsame Strategie** verfolgt wird, über die ein Konsens im Team herrscht. Dieser **Konsens im Team**, zu dem sich alle Mitarbeitenden mit einer bewussten Entscheidung selbst verpflichten, ist von entscheidender Bedeutung, da es

niemandem dauerhaft ohne „Nebenwirkung“ gelingt, seine Gegenübertragungsgefühle allein wegen eines Teamkonsenses oder einer Ansage der Teamleitung zu unterdrücken. Es ist sehr wichtig, dass alle Aspekte gehört werden und in einen Kompromiss einfließen.

Neben Spaltungsprozessen kann es auch noch andere Gegenübertragungsphänomene geben. Es kann sein, dass in einem Team eine einheitliche Gegenübertragungsreaktion vorherrscht, die durch einen gravierenden Vorfall **heftige Ausstoßungstendenzen** oder eine **kollektive Verunsicherung** als ein Gegenübertragungsphänomen entstehen lässt. Es kann auch eine **Spirale von immer gravierenderen Sanktionen** in einem Team ausgelöst werden, welche die persönlichen Grenzen der Klientin oder des Klienten verletzen, sowie das moralisch und ethisch Vertretbare überschreiten können.

Eine Möglichkeit, solchen Tendenzen von destruktiven Übertragungen vorzubeugen, ist die Benennung **eines Hüters der traumapädagogischen Haltung und der Beziehungsorientierung** im Team. Diese Person achtet darauf, dass in Fallbesprechungen wertschätzend gesprochen wird, und weist Teamkolleginnen und -kollegen mit deren Einverständnis darauf hin, wenn sie den Eindruck hat, dass diese destruktive Gegenübertragungen ausagieren.

12. Fallbesprechung mit Fokus auf die Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter im Umgang mit ihren Gegenübertragungsgefühlen

Es ist sicher deutlich geworden, wie relevant Übertragungen in der fachlichen Beziehungsgestaltung sind, und wie bedeutsam die Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung für die Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden ist. Wie oben bereits erwähnt, werden die belastenden Übertragungen, die auf die Fachkräfte wirken, aus den biografischen Erfahrungen ihrer Klientinnen und Klienten gespeist. Daher sollten sowohl die Analyse der biographischen Erfahrungen und des daraus resultierenden Beziehungsbedürfnisses als auch die emotionale Versorgung und Stabilisierung der Mitarbeitenden als Teil der Pädagogik angesehen werden und konsequent und strukturell in die Fallbesprechungen einfließen.

Eine Möglichkeit, Fälle strukturiert zu besprechen, sich dabei auch bei komplexen Fällen nicht im großen Leid zu verlieren und die Ergebnisse zu sichern, bietet die **Interaktionsanalyse**. Die Interaktionsanalyse wurde entwickelt, um einerseits gewisse Standards und Haltungen in Fallbesprechungen zu garantieren, und andererseits die Zeit für Fallbesprechungen so effektiv wie möglich dazu zu nutzen, die Teams in den Interaktionen mit den Klientinnen und Klienten zu unterstützen (Schmid & Lang, 2015). Leider wird das Potential von Fallbesprechungen hierfür oft nicht gut genutzt. Häufig wird die Zeit für die Fallbesprechung von organisatorischen Themen überlagert. Nicht selten werden zwar Fälle besprochen, allerdings ohne diese auf einen konkreten Lösungsversuch und mit Bedacht auf die Ergebnissicherung zu fokussieren (Schmid & Lang, 2015). Oft bleibt es recht unverbindlich, welche konkreten Interventionsschritte aus einer Fallbesprechung folgen, und was danach konkret im Alltag zu tun ist. Um eine klarere Fokussierung auf Lösungsansätze - in Verbindung einer traumapädagogischen Haltung - zu vermitteln, wurde die Interaktionsanalyse entwickelt und in zwei Forschungsprojekten erfolgreich eingesetzt (Schmid et al., 2014).

Die Interaktionsanalyse, die im Arbeitsteil dieses Moduls ausgeführt wird, nimmt traumarelevante Aspekte auf und führt strukturiert durch die Ebenen von Übertragung und Gegenübertragung und deren Versorgung. Durch die Anwendung der Interaktionsanalyse werden einerseits die **zentralen Emotionen und Beziehungsbedürfnisse der Klientin oder des Klienten** identifiziert, andererseits wird die Anwenderin/der Anwender auch über Körperwahrnehmung und Handlungsimpulse zu **eigenen Gegenübertragungsgefühlen** hingeführt. Neben der Sensibilisierung für dieses hoch komplexe Geschehen ermöglicht es die Arbeit mit der Interaktionsanalyse aber auch, den „**guten Grund**“ für ein **Problemverhalten**

herauszuarbeiten und daraus **Ideen** für die Versorgung der hinter dem Problemverhalten stehenden Bedürfnisse zu entwickeln. Die Umsetzung dieser Ideen werden antizipiert und mögliche Hindernisse bei der Umsetzung gegebenenfalls besprochen und ausgeräumt. Ziel ist es, die emotionale Unsicherheit bezüglich der konkreten Umsetzung der pädagogischen Intervention mit möglichst praxisnahen Schritten zu reduzieren, die emotionale, körperliche und kognitive Stabilisierung zu verbessern, dadurch die Selbstwirksamkeit der Anwendenden zu erhöhen und sie für die nächste schwierige Interaktion mit der Klientin bzw. dem Klienten zu wappnen. Es ist wichtig, dass dies in einer offenen Atmosphäre geschieht, so dass sich die Teammitglieder öffnen können und sämtliche Hindernisse und Unsicherheiten, die sie auf fachlicher oder persönlicher Seite haben, benennen können. Über die Bewältigung der Hürden sollen mindestens zwei konkrete und verhaltensnahe Ansatzpunkte dafür gefunden werden, wie man in ähnlichen Situationen gegebenenfalls handeln kann. Die erarbeiteten Vorschläge sind aber eher als ein gezieltes und hypothesengeleitetes **Ausprobieren** zu verstehen, weshalb auch immer möglichst zwei Alternativen erarbeitet werden sollen. Diese Haltung des „Ausprobieren, was passt“ scheint gerade bei Teams, die mit komplex traumatisierten Menschen arbeiten, von entscheidender Bedeutung zu sein, da sich die Ohnmacht und die Alternativlosigkeit der traumatischen Situation leicht auf das Team überträgt und dieses lähmen kann. In diesem Zustand kommen dem Team selbst einfachste pädagogische Interventionen nicht mehr in den Sinn, oder sie werden nicht genutzt oder mit der pädagogischen Präsenz/Energie ausgeführt, die notwendig ist, um erfolgreich zu sein. Es wäre in dieser Situation sehr gefährlich, einem Team eine vermeintlich sichere Lösung an die Hand zu geben, da ein Scheitern dieser Lösung die ganze Hoffnung zerstören und die Ohnmacht und kollektive Selbstunwirksamkeit verstärken würde. Generell kann und darf es nicht das Ziel sein, als „Superpädagoginnen und Superpädagogen“ alle Interaktionen spielend bewältigen zu können. Im Gegenteil kann eine sich selbstreflektierende Fachkraft auch Modell für die Klientinnen und Klienten sein, indem sie realisieren, wie sich eine Fachkraft professionell schwierigen Interaktionen stellt oder sich eine Auszeit nimmt, wenn sie bemerkt, dass sie nicht mehr als sichere, liebevolle und souveräne Bindungsperson fungieren kann (Powell et al., 2015). Nur eine authentische und möglichst sichere, oder sich zumindest ihrer Unsicherheit bewusste und regulierte Fachkraft kann einem Kind oder Jugendlichen helfen, seine Emotionen zu regulieren und als sichere vertrauensvolle Bindungsperson auftreten. Das Ziel der Fallbesprechungen sollte es sein, die Mitarbeitenden soweit zu versorgen, dass die Beziehungen zur Klientin bzw. zum Klienten gewahrt werden, und dass die Klientin bzw. der Klient eine positive Übertragung zum pädagogischen Team aufbauen oder aufrechterhalten kann. Dies verlangt ein hohes Ausmaß an emotionaler Belastbarkeit und pädagogischer Präsenz, da es viel schwieriger ist, nach einem Fehlverhalten in einer Beziehung zu bleiben, als sich zu distanzieren und zu sanktionieren.

„Liebe mich am meisten, wenn ich es am wenigsten verdient habe, denn dann brauche ich es am dringendsten.“

Zitat von einem Poster StattKnast Berlin

13. Zusammenfassung und Fazit

Das Verständnis des Zusammenspiels von Beziehungsbedürfnissen und Emotionen der Klientin oder des Klienten und der emotionalen und motivationalen Reaktion der Helfenden ist vermutlich eines der wichtigsten und nützlichsten Instrumente für das Fallverstehen und die Auswahl der adäquaten pädagogischen Reaktion bzw. Intervention. Bei traumatisierten Klientinnen und Klienten ist das Phänomen und die Intensität der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung besonders ausgeprägt, was einerseits in den traumatischen Erlebnissen und Emotionen und andererseits in den dramatisch vernachlässigten sowie missachteten und nun in der helfenden Beziehung aktualisierten Beziehungsbedürfnissen begründet ist. Wichtig ist dabei zu reflektieren, dass neben der Übertragung von Emotionen auch Bedürfnisse, Rollen, Einstellungen und Werthaltungen von den Klientinnen und Klienten auf psychosoziale Fachkräfte weitergegeben bzw. übertragen werden. Diese können pädagogische Entscheidungen positiv und negativ beeinflussen. Es ist wichtig, diese zu differenzieren, kontinuierlich mit einer förderlichen traumapädagogischen Haltung abzugleichen und in ein entsprechendes Fallverständnis und die Förderplanung zu integrieren. Es ist wichtig zu verstehen, dass belastende Gegenübertragungsgefühle und maladaptive Handlungsimpulse der Fachkräfte eine „normale“ Reaktion sind und sich die Professionalität im Umgang mit ihnen zeigt. Dabei muss auch realisiert und akzeptiert werden, dass es, um dieses Instrument der Gegenübertragung gut für den pädagogischen Prozess zu nutzen, individuelle, institutionelle, strukturelle und fachpolitische Voraussetzungen braucht. Es muss einerseits verstanden werden, dass Zeiten der Selbstreflexion und Psychohygiene ein entscheidendes Qualitätsmerkmal eines ausreichend guten pädagogischen Konzeptes sind. Hierfür müssen geeignete Strukturen mit ausreichend Ressourcen geschaffen werden. Andererseits müssen die dafür vorgesehenen Zeiten aber auch fachlich hochwertig genutzt und Standards für Fallbesprechungen (weiter-)entwickelt und evaluiert werden.

Literatur

- Aichhorn, A. (2005). *Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung* (11 ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Balint, M. (2001). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit* (10 ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2005). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorders - Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, *165*(5), 631-638.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1991). The Vanderbilt approach to Time-Limited Dynamic Psychotherapy. In P. Crits-Christoph & J. P. Barber (Eds.), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy* (pp. 137-165). New York, NY: Basic Books; US.
- Bion, Wilfred R. (2006). *Aufmerksamkeit und Deutung*. Tübingen: Edition Diskord.
- Bolm, T. (2015). *Mentalisierungsbasierte Therapie*. München: Reinhardt.
- Bolm, T. (2009). *Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) für Borderline-Störungen und chronifizierte Traumafolgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Cifali, M., & Imbert, F. (2013). *Freud und die Pädagogik*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N., Hull, J.W., Delaney, J.C., & Kernberg, O.F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, *15*(6), 487-495.
- Clarkin, J.F., Kernberg, O.F., & Yeomans, F. (1999). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder patients*. New York: Guilford.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F., & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapie der Borderlinepersönlichkeit - Manual zur Psychodynamischen Therapie*. Stuttgart: Schattauer.

- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington: American Psychological Association.
- Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 5(3), 49-61.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel Verlag.
- Downing, G. (2003). Video Microanalyse Therapie: Einige Grundlagen und Prinzipien. In H. Scheuerer-Englisch, G. J. Suess, & W. K. Pfeifer (Eds.), *Wege zur Sicherheit: Bindungswissen in Diagnostik und Intervention* (pp. 25-50). Giessen: Psychosozialer Verlag.
- Downing, George, Wortmann-Fleischer, Susanne, von Einsiedel, Regina, Jordan, Wolfgang, & Reck, Corinna. (2014). Video intervention therapy for parents with a psychiatric disturbance *Infant and early childhood mental health: Core concepts and clinical practice* (pp. 261-279). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc ; US.
- Dulz, B., & Schneider, A. (1995). *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Fengler, J., & Sanz, A. (Eds.). (2011). *Ausgebrannte Teams. Burnout-Prävention und Salutogenese*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ferenczi S. (2004) Schriften zur Psychoanalyse I-III. Giessen. Psychosozial Verlag .
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, G. L., & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud S. (2004) Gesammelte Werke. Frankfurt am Main. Fischer Verlage.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (Hogrefe Ed. 2 ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Herman, J. (2014). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann, 4. Aufl.
- Hobbs, G. F., Hobbs, C. J., & Wynne, J. M. (1999). Abuse of children in foster and residential care. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1239-1252.

- Huber M.(2003) Trauma und die Folgen. Paderborn. Junfermann.
- Karpman, Stephen. (1968). Fariy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26), 39-43.
- Karpman, S. B. (2014). *A Game Free Life: The definitive book on the Drama Triangle and Compassion Triangle by the originator and author-the new transactional analysis of intimacy, openness, and happiness*. San Francisco, CA: Drama Triangle Publications.
- Kirsch, Holger (Ed.) (2014). *Das Mentalisierungskonzept in der Sozialen Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lang, B., Wiesinger, D., & Schmid, M. (2009). Das traumapädagogische Konzept der Wohngruppe "Greccio" in der Umsetzung. *Trauma & Gewalt*, 3(2), 106-115.
- Lang, B. (2009). Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn, & W. Weiss (Eds.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (pp. 211-219). Weinheim: Juventa.
- Loewenstein, R.J., & Brand, B. (2014). Treating Complex Trauma Survivors. *Psychiatric Times* (October).
- Orr, D.W. (1954). Transference and countertransference: a historical survey. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 621-670.
- Peichl, J. (2013). *Innere Kritiker, Verfolger und Zerstörer. Ein Praxishandbuch für die Arbeit mit Täterintprojekten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2015). *Der Kreis der Sicherheit. Die klinische Nutzung der Bindungstheorie*. Lichtenau: G. P. Probst Verlag.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmid, M. (2007). Stationärer Kontext - Kooperation zwischen stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe bei Adoleszenten mit einer Borderline -Persönlichkeitsstörung. In R. Brunner & F. Resch (Eds.), *Borderline-*

Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: Ätiologie, Diagnostik und Therapie (pp. 195-229). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmid, M. (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: "Traumasensibilität" und "Traumapädagogik". In J. M. Fegert, U. Ziegenhain, & L. Goldbeck (Eds.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (pp. 36-60). Weinheim: Juventa.

Schmid, M. (2012). Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In M. A. Landolt & T. Hensel (Eds.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2 ed., pp. 404-440). Göttingen: Hogrefe.

Schmid, M. (2013). Psychisch belastete Kinder in der Heimerziehung eine kooperative Herausforderung. In Integras (Ed.), *Leitfaden Fremdplatzierung* (pp. 142-160). Zürich: Integras.

Schmid, M. (2013). Traumafolgestörungen und deren Auswirkungen auf die implizite und explizite Emotionsregulation. In T. In-Albon (Ed.), *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze* (pp. 170-198). Stuttgart: Kohlhammer.

Schmid, M., Schröder, M., & Jenkel, N. (2012). Traumatisierte Kinder zwischen Psychotherapie und stationärer Jugendhilfe - gemeinsame Falldefinition und Hilfeplanung anhand von EQUALS. In S. B. Gahleitner & H. G. Homfeldt (Eds.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste* (pp. 133-158). Weinheim: Beltz Juventa.

Schmid, M., & Pérez, T. (2013). Wie man mit Kindern über belastende Lebensereignisse sprechen kann und warum es wichtig ist dies zu tun. Mit Kindern redet ja keiner (Teil 1). *Netz(1)*, 25-27.

Schmid, M., Pérez, T., Schröder, M., & Gassmann, Y. (2014). Möglichkeiten der traumasensiblen/-pädagogischen Unterstützung. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 118-132). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmid, M., & Lang, B. (2015). Die traumapädagogische Interaktionsanalyse als

Mittel der Fallreflexion. *Trauma & Gewalt*, 9(1), 48-65

- Schulz von Thun, F. (1998). *Miteinander reden 3 - Inneres Team und situationsgerechte Kommunikation* (14. ed.). Reinbek: Rowohlt.
- Strauss, K. (1993). *Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom - das Grönenbacher Modell*. Paderborn: Junfermann.
- Stucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. *Psychotherapeut*, 52(1), 16-23.
- Sulz, S. K. D. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. Gestaltung von Prozess und Inhalt in der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Taubner, Svenja. (2008). *Einsicht in Gewalt. Reflexive Kompetenz adoleszenter Straftäter beim Täter-Opfer-Ausgleich*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Thomä, Helmut, & Kächele, Horst. (2006). Gegenübertragung. In Helmut Thomä & Horst Kächele (Eds.), *Psychoanalytische Therapie* (3. ed., pp. 97-118). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Vogt, R. (2012). *Täterintrojekte – Diagnostik und Behandlungsmodelle dissoziativer Strukturen*. Kröning: Asanger Verlag.
- Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent- infant relationship. In D.W. Winnicott (Ed.), *The Maturation Processes in the Theory of Emotional Development* (pp. 37-55). Madison: International Universities Press.
- Winnicott, D.W. (1990). *Babys und ihre Mütter*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D.W. (1992). *Kind, Familie und Umwelt*. München/Basel: Reinhardt.
- Zimmer, D. (2011). Therapeut-Patient-Beziehung. In M. Linden & M. Hautzinger (Eds.), *Verhaltenstherapiemanual* (pp. 39-44). Berlin/Heidelberg: Springer.