

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3692>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Klütsch, Verena; Reich, Günter

Titel: Die mehrgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen - empirische und familiendynamische Perspektiven

Erscheinungsjahr: 2012

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61 (8), 564-583

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

ORIGINALARBEITEN

Die mehrgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen – empirische und familiendynamische Perspektiven

Verena Klütsch und Günter Reich

Summary

Intergenerational Transmission of Trauma – Empirical Research and Family Dynamics Approach

A tendency to pass on traumatic experiences from one generation to the next can be observed in family systems. This continuity manifests itself very differently, e. g. in posttraumatic stress disorders, anxiety disorders, mood disorders, aggressive behavior, social withdrawal or health risk behaviors in the second or third generation. Besides physiological mechanisms (e. g. levels of cortisol) psychosocial “mediators” as attachment security, emotional regulation and availability, parenting style as well as family dynamic processes like family secrets, communication deviances and resulting disturbances of mentalization, disturbances of interpersonal boundaries, conflicts of loyalty and delegation are of relevance. A case example and considerations of resilience processes are given as well.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 564-583

Keywords

trauma – intergenerational continuities – family dynamics – resilience

Zusammenfassung

In familiären Systemen gibt es eine Tendenz zur Weitergabe traumatischer Erfahrungen über mehrere Generationen. Allerdings manifestiert sich diese sehr unterschiedlich, z. B. in posttraumatischen Belastungsstörungen, Angststörungen, affektiven Störungen, Aggressivität, sozialem Rückzug oder riskantem Gesundheitsverhalten in der nächsten oder übernächsten Generation. Wirksam werden neben physiologischen Mechanismen (Kortisolspiegel) psychosoziale „Vermittler“ wie die Bindungssicherheit, emotionale Regulierung und Verfügbarkeit, der Erziehungsstil sowie familiendynamische Prozesse wie Familiengeheimnisse, Kommunikationsstörungen und daraus folgende Störungen der Mentalisierung, Grenzenstörungen, Loyalitäts- und Delegationskonflikte. Ein Fallbeispiel sowie Befunde und Überlegungen zur Resilienz schließen den Beitrag ab.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 564 – 583 (2012), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

Schlagwörter

Trauma – intrafamiliäre Weitergabe – Familiendynamik – Resilienz

1 Hintergrund

Familientherapeuten haben schon früh die Tendenz in familiären Systemen beschrieben, Beziehungsmuster, Erlebens- und Verhaltensweisen über die Generationen zu wiederholen. Unsere Göttinger Arbeitsgruppe (Sperling, Massing, Georgi, Reich, Wöbbe-Mönks, 1982; Massing, Reich, Sperling, 2006; Reich, Massing Cierpka, 2007) spricht von einem „intrafamiliären Wiederholungszwang“, wobei sowohl die klinische Beobachtung als auch die empirische Forschung gegen linear-kausale Verknüpfungen sprechen. Die Wiederholungstendenzen sind in der Regel moderat (Rutter, 1998), neben Kontinuitäten gibt es Diskontinuitäten und nur in Systemen, die stark von psychischen Erkrankungen oder psychosozialen Problemen gekennzeichnet sind, sind die Wiederholungstendenzen oft massiv und überwältigend. Daher müssen neben den Mechanismen, die Wiederholungen begünstigen, auch solche identifiziert werden, die Veränderung fördern. Hierzu liefert z. B. die Bindungsforschung Hinweise (vgl. Reich, Massing Cierpka, 2008). Traumatisierungen spielen in der Entwicklung familiärer Wiederholungstendenzen eine besondere Rolle. Schweren seelischen Störungen scheinen immer Traumatisierungen im Familiensystem oder des Familiensystems voranzugehen, die oft schon in der Vorgeneration stattfanden, dort aber nicht verarbeitet werden konnten. Die Frage der Verarbeitung und der Verarbeitungsmöglichkeiten ist also entscheidend.

2 Empirische Befunde zur intergenerationellen Weitergabe von Traumatisierungen

Bevor die Befunde referiert werden, soll darauf hingewiesen werden, dass empirische Studien zu möglichen psychischen Langzeitfolgen von traumatischen Erfahrungen, wie z. B. dem Holocaust oder Kriegserlebnissen, ein uneinheitliches Bild ergeben. Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg und Sagi-Schwartz (2003) fanden anhand einer Reihe von Metaanalysen keine Evidenz für eine sekundäre Traumatisierung in der zweiten Generation von Holocaustüberlebenden (vgl. auch Fridman, Bakermans-Kranenburg, Sagi-Schwartz, van IJzendoorn, 2011). Sagi-Schwartz, van IJzendoorn und Bakermans-Kranenburg (2008) fanden keine Belege für eine tertiäre Traumatisierung. Die von Psychotherapeuten im klinischen Alltag häufig beobachteten psychopathologischen Auffälligkeiten bei Nachkommen der Überlebenden konnten empirisch nicht als generelles Phänomen abgesichert werden (Kellermann, 2001). Nach Dekel und Goldblatt (2008) sind sekundäre Traumatisierung bei Nach-

kommen von Holocaustüberlebenden nur in klinischen Subgruppen mit Tendenzen zu psychischen Störungen, Schwierigkeiten in der Individuation-Separation sowie uneinheitlichen Stressverarbeitungsstrategien zu finden. Deshalb verlagerte sich das Forschungsinteresse auf klinisch auffällige Subgruppen und die Untersuchung ihrer spezifischen Schwierigkeiten in der Stressverarbeitung und der erhöhten Vulnerabilität für PTSD (Dekel u. Goldblatt, 2008). Bezüglich der Frage, was inhaltlich weitergegeben wird bzw. was sich infolge des Traumas beim Nachwuchs manifestiert, lassen sich nach Kellermann (2001) vier Bereiche unterscheiden: das Selbst(-wertgefühl) (z. B. Identitätsprobleme), kognitive Auffälligkeiten (wie z. B. katastrophisierende Erwartungen), Affektivität (z. B. Vernichtungsangst) und interpersonelle Schwierigkeiten (z. B. Bindungsängste).

Erwachsene Kinder von Holocaustüberlebenden (2. Generation) zeigten höhere Lebenszeitprävalenz für PTSD, affektive Störungen, Angststörungen und in einem geringeren Ausmaß Substanzmissbrauch gegenüber einer Kontrollgruppe. Das Vorliegen einer PTSD bei der Mutter erhöhte das Risiko für PTSD beim Kind (Yehuda, Bell, Bierer, Schmeidler, 2008).

Wiseman, Metzl und Barber (2006) referieren als typische – wenn auch nicht psychopathologisch gravierende – Merkmale von Angehörigen der 2. Generation erhöhte Raten in den Bereichen Ängstlichkeit, Depressivität und psychosomatische Beschwerden, Schwierigkeiten im Gefühlsausdruck, Neigung zu Schuldgefühlen sowie Aggressionshemmung. Gangi, Talamo und Ferracuti (2009) berichten für diese Generation eine höhere Ausprägung in den Bereichen Ängstlichkeit, niedrige Selbstachtung, Aggressionshemmung sowie Ambivalenz in Beziehungen. Mütter aus der 2. Generation zeigten höhere Raten an psychischer Belastung und berichteten häufiger Schwierigkeiten mit Elternschaft und Kindererziehung als Mütter ohne Holocaust in der Familiengeschichte, wobei die Ergebnisse der Mütter nicht im klinisch auffälligen Bereich lagen (Scharf, 2007). Geschlechtsspezifische Unterschiede berichten Wiseman et al. (2002, zit. n. Scharf, 2007): Töchter zeigten häufiger Probleme bei Separation und Individuation, Söhne erschienen als verstrickter in ihren Partnerschaften. Auch in der dritten Generation von Holocaustüberlebenden zeigten sich Auswirkungen der Traumatisierungen: Eltern und Lehrer erfassten höhere Raten von Angst, neurotischen Verhaltensweisen, Aggressivität, sozialem Rückzug sowie Gehemmtheit bei Kindern im Alter von 4-13 Jahren (Rubinstein et al., 1990, zit. n. Scharf, 2007). Adoleszente Söhne, in deren Familiengeschichte beide Elternteile vom Holocaust betroffen waren, nahmen ihre Eltern als weniger wertschätzend und weniger Autonomie gewährend wahr als die der Vergleichsgruppe (Scharf, 2007). Zudem war ihr Selbstbild negativer getönt, sie erlebten sich in Beziehungen stärker ambivalent, und Gleichaltrige schätzten ihr soziales Funktionsniveau niedriger ein. In einer weiteren Untersuchung (Iliceto et al., 2011) erlebten Enkel von Holocaustüberlebenden andere häufiger als zurückweisend, feindlich, unterwürfig, unsicher, unzuverlässig und kompetitiv in interpersonellen Beziehungen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Außerdem fand sich unter ihnen eine erhöhte Reizbarkeit.

Belastungen infolge von Traumatisierungen werden auch von Kriegsteilnehmern an den Nachwuchs weitergegeben. Das Review von Dekel und Goldblatt (2008) zeigte z. B.: Je gravierender der Vater Kampfhandlungen ausgesetzt war, umso größer war das Ausmaß an Distress bei den Kindern. Je größer der Distress beim Vater und je häufiger der Gebrauch von Gewalt, umso größer das Ausmaß des Distress bei den Kindern. Emotionale Loslösung und Distanziertheit des Vaters infolge der PTSD hatten eine starke Auswirkung auf die Kinder.

Untersuchungen zeigten eine Verbindung zwischen Feindseligkeit und Gesundheit über die Generationen und bei beiden Geschlechtern (De Genna, Stack, Serbin, Ledingham, Schwartzman, 2006). So sagte Aggression von Müttern während der Kindheit aktuell riskantes Gesundheitsverhalten voraus, Aggression und sozialer Rückzug riskantes Gesundheitsverhalten in der Adoleszenz, was wiederum direkt mit Gesundheitsproblemen bei Vorschulkindern dieser Mütter zusammenhing, auch wenn Covariaten wie nachgeburtlicher Gesundheitsstatus und Geschlecht kontrolliert wurden (De Genna et al., 2006). Schon vorher konnte prospektiv gezeigt werden, dass Aggression von Müttern in der Kindheit z. B. Teenager-Mutterschaft, rasche Geburtenfolge der Kinder, Schulversagen und schwierige Mutter-Kind-Interaktionen vorhersagt (Serbin et al., 1998).

Auch bei ehemaligen deutschen Flüchtlingskindern, die Flucht und Vertreibung am Ende des 2. Weltkrieges erlebt haben, scheinen langfristig Einschränkungen vorzuliegen, wie häufigere körperliche Erkrankungen, schlechteres psychisches Befinden sowie höhere Ängstlichkeit und Panikstörungen (Beutel et al., 2007; Kuwert et al., 2009, zit. n. Muhtz et al., 2011). Muhtz et al. (2011) fanden in ihrer eigenen Untersuchung 60 Jahre nach der Flucht bei den Vertriebenen einen Zusammenhang zwischen Fluchtdauer sowie Anzahl der erinnerten traumatischen Erlebnisse (wie z. B. Hunger, Bombardierung oder Vergewaltigung) mit der späteren psychischen Belastung durch Symptome einer PTSD und einer geringeren Lebensqualität. Ergebnisse zur möglichen Weitergabe der Auswirkungen dieser traumatischen Erlebnisse an die nächsten Generationen innerhalb der hier untersuchten beschriebenen Population liegen (noch) nicht vor.

Nach Kellermann (2008) sollten neben der Psychopathologie, den genetischen und individuellen Unterschieden auch demografische Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass eine Traumatisierung weitergegeben wird, untersucht werden. Die klinische Untergruppe der besonders gefährdeten Nachkommen hat „einige oder alle der folgenden Charakteristika gemein“ (Kellermann, 2008): 1. Geburt bald nach dem Trauma der Eltern, 2. einziges oder erstgeborenes Kind, 3. beide Eltern sind Holocaustüberlebende, 4. Ersatzkind für ein verstorbene Kind, 5. Eltern aufgrund außerordentlicher psychischer Not und erheblichem Verlust stark gestört, 6. symbiotische Beziehung zwischen Eltern und Kind, verstrickte Familienbeziehungen, 7. zuviel oder zuwenig über das Trauma sprechen.

3 Vermittlungswege von Traumatisierungen

3.1 Physiologische Mechanismen

Posttraumatische Belastungsstörungen der Eltern scheinen die Prävalenz ähnlicher Symptome in der nächsten Generation ohne eigene Traumaerfahrung zu erhöhen. Als ein möglicher Vermittler gilt der Kortisolspiegel: Die Forschergruppe um Rachel Yehuda (z. B. Brand, Engel, Canfield, Yehuda, 2006) beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen PTSD bei Müttern, Kortisolspiegel und kindlichem Temperament. Es wurden Zusammenhänge gefunden zwischen dem psychischen Stress bei Müttern aufgrund eines Traumas während der pränatalen Phase und der Langzeitauswirkung auf das ungeborene Kind. Kinder, deren Mütter traumatisiert waren und PTSD-Symptomatik aufwiesen, hatten einen niedrigeren Kortisolspiegel als Kinder von unbelasteten Müttern (Yehuda et al., 2005). Je geringer der mütterliche Kortisolwert, desto größer war das Ausmaß des psychischen Stresses, den die Mütter bei ihren Kindern wahrnahmen, und desto größer die Irritation der Kinder bei unbekanntem Reizen, wie z. B. lauten Geräuschen, neuen Speisen oder Fremden.

Wahrscheinlich werden niedrige Kortisolspiegel und andere chronobiologische Veränderungen bei den Nachkommen über glucocorticoid Programmierung erworben, entweder über in-utero-Exposition oder als Antwort auf mütterliches Verhalten in frühen Entwicklungsphasen (Yehuda et al., 2007).

3.2 Bindung, emotionale Regulierung und emotionale Verfügbarkeit

Bindungsmuster werden in der Tendenz, wenn auch nicht durchgängig, mehrgenerational weitergegeben. Dies gilt insbesondere dann, wenn die sichere Bindung den zusammengefassten Mustern unsicherer Bindung gegenübergestellt wird (also sichere vs. unsichere Bindung). Eine Reihe von Untersuchungen ergab einen „Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung beim Kind und Nachweisen für eine elterliche Bindungsrepräsentation mit ungelöstem Trauma und/oder Verlust beim AAI [...]“ (Fonagy, 2001, S. 47). Zudem fand sich ein signifikanter „Zusammenhang zwischen einem ungelösten Trauma, das vor der Geburt des Kindes beim AAI festgestellt wurde, und Beobachtungen eines ängstlichen oder beängstigendem Verhaltens gegenüber einem erstgeborenen Kind von acht Monaten (Jacobovitz, Hazen, Riggs, 1997). Diese Verhaltensweisen umfassten Aufdringlichkeit, Zähneblecken, scheinbar tranceähnliche Zustände und ähnliches mehr“ (Fonagy, 2001, S. 47). Zajac und Kobak (2009) fanden in einer Hochrisikostichprobe einen Zusammenhang zwischen unverarbeitetem Verlust sowie Misshandlung bei den Eltern und Verhaltensproblemen bei den Kindern (6-13 Jahre, Fremdbeurteilung durch Lehrer), allerdings nur bei Eltern mit unsicherer Bindung (vermeidend oder verstrickt), während sichere Bindung als Schutzfaktor erschien. Die Kinder zeigten über die Erhebungszeitpunkte hinweg zunehmend mehr externalisierendes (oppositionelles und aggressives) Verhalten sowie

soziale und Aufmerksamkeitsprobleme. Der elterliche Bindungsstil konnte mehr Varianz bezüglich Verhaltensauffälligkeiten beim Kind aufklären als psychopathologische Merkmale bei den Eltern (Depressivität und Dissoziation).

Psychopathologische Auffälligkeiten infolge eines Traumas wirken sich auf die Beteiligung der Mutter an der gegenseitigen Emotions- und Spannungsregulation während früher wichtiger Entwicklungsphasen beim Kind aus (Schechter et al., 2008). Dissoziation bei der Mutter bedeutet Inkonsistenz und Unberechenbarkeit, was es dem Kind schwer macht, sich auf diese unklaren psychischen Zustände einzustellen. Das Kind entwickelt unintegrierte Vorstellungen von sich und der Bezugsperson, was sich wiederum in späteren Beziehungen – insbesondere der zu eigenen Kindern – negativ bemerkbar macht. Zudem kann der intensive Ausdruck von Frustration, Wut, Schrecken und Verzweiflung von kleinen Kindern mit noch wenig entwickelten Regulationsfähigkeiten bei den Müttern auf Grund ihrer Gewalterfahrung als Trigger des reaktualisierten Gefühls von Ohnmacht wirken. Infolgedessen kann die Mutter völlig vereinnahmt sein in ihren verzweifelten Bemühungen, sich selbst zu regulieren, und darüber die Signale des Kindes grob fehlinterpretieren, was wiederum die Verzweiflung beim Kind erhöht. Es kommt zu Inkongruenzen des mütterlichen und kindlichen Affekts sowie zum Rollentausch. Im ungünstigsten Fall kommt es zum Einsatz des Abwehrmechanismus der Projektiven Identifizierung auf Seiten des überforderten Elternteils, dessen weitreichende schädliche Auswirkungen hinlänglich bekannt sind (Weingarten, 2004). „Bei Müttern, die von ausgeprägter Gewalt in der Partnerschaft berichten, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass ihre Kinder eine desorganisierte Bindung entwickeln“ (Fonagy, 2001, S. 53). Innerhalb einer selektierten Stichprobe von Müttern mit Gewalterfahrung und ihren Kindern (im Alter von 8-50 Monaten) konnten Milner et al. (2010) nachweisen, dass gestörte Repräsentanzen der Mutter über ihr Kind atypisches, inkonsequentes Verhalten dem Kind gegenüber vorhersagten. Am häufigsten trat bei diesen Müttern feindlich-intrusives Verhalten auf. Im Weiteren zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Schweregrad der PTSD und vermeidendem Verhalten der Mutter dem Kind gegenüber. Die Weitergabe von Gewalt in Familien wird durch das Vorliegen einer psychischen Symptomatik der Eltern infolge des Traumas mediiert (Milner et al., 2010). Dieser Zusammenhang war ebenfalls bei denjenigen Eltern stärker, deren Bindungsstil als hochgradig defensiv vermeidend klassifiziert worden war. Hinweise auf gestörte mütterliche Repräsentanzen sind entwertende, selbstbezogene Äußerungen über das Kind, unrealistische Erwartungen, inkohärente Charakterisierungen und emotionale Verstrickung. Die Einschätzung der mütterlichen Repräsentanzen in Bezug auf das Kind ist für den klinischen Alltag wichtig, da diese eine Dysregulation von Trauma-assoziierten Emotionen bei den Müttern anzeigen können, was die Beziehung zum Kind schädlich beeinflussen kann.

In den letzten Jahren wurde in diesem Kontext das auf der Bindungstheorie beruhende Konzept der „Emotionalen Verfügbarkeit“ (Emotional availability) ausgearbeitet und untersucht. Dieses beschreibt die Kapazität einer Dyade, eine emotionale Verbindung zu teilen und sich an einer wechselseitig erfüllenden und gesunden Beziehung zu erfreuen. Die Komponenten für die Bezugsperson des Kindes umfassen Sensitivität,

Strukturierung, Nicht-Intrusivität und Nicht-Feindseligkeit. Emotionale Verfügbarkeit hängt eng mit dem Bindungstypus zusammen (Biringen u. Easterbrooks, 2012). So gibt es offensichtlich einen deutlichen Zusammenhang zwischen einer Kindheitsgeschichte von mütterlicher Aggression und Rückzug und beobachteter mütterlicher Feindseligkeit (negative emotionale Verfügbarkeit) in der Mutter-Kind-Interaktion bis in die Mittelschulzeit der Kinder hinein (Stack et al., 2012). Werden Kinder sowohl Misshandlung durch die Mütter als auch Gewalt zwischen den Eltern ausgesetzt, reagieren diese übermäßig responsiv und die Mütter involvierend, in einer fürsorglichen Kontrolle, die charakteristisch für Kinder mit desorganisierter Bindung ist. Nicht nur die Interaktion zwischen Müttern und Kindern, sondern der Gesamtkontext familiärer Gewalt beeinflusst die Auswirkung der Misshandlungen von Seiten der Mutter auf die Kinder (Timmer, Thompson, Culver, Urquiza, Altenhofen, 2012). Durch familiäre Konflikte und Spannungen werden Kinder physiologisch erregt (Wood, Klebba, Miller, 2000), was auch als „spill-over“-Phänomen beschrieben wird. Wird diese Erregung nicht emotional reguliert, führt dies zu Verhaltensauffälligkeiten verschiedener Art. „Meta-Emotion“ beschreibt die Fähigkeit von Beziehungspersonen, sich in das Erleben anderer einzufühlen und dieses zu modulieren (Gottman u. Notarius, 2002). Genau diese Fähigkeit ist in belasteten Familiensystemen gestört oder nicht vorhanden, sodass die emotionale Erregung nicht verarbeitet, nicht symbolisiert und damit weitergegeben wird.

Diese Faktoren wiederum hängen eng mit der Verarbeitung von Bindungserfahrungen zusammen, und damit auch mit der Reflexionsfähigkeit, die von einigen Autoren als zentral für die Weitergabe von Bindungsmustern angesehen wird (Bateman u. Fonagy, 2008). Das Ausmaß, in dem diese Fähigkeit vorhanden ist, verbessert die Mentalisierungsaktivität von Müttern gegenüber Kindern bezüglich ihrer Repräsentation bei der Mutter und beim Umgang mit inneren Zuständen des Kindes. Traumatisierung beeinträchtigt diese Funktion sowie viele andere kognitive und emotionale Regulierungsfunktionen (Bateman u. Fonagy, 2008).

3.3 Erziehungsstil

Kindliche Aggression und antisoziales Verhalten von Jungen und Mädchen gefährden später die Entwicklung der eigenen Kinder. Folgen von kindlichem aggressiven Verhalten sind z. B. Schulversagen, riskantes Verhalten in der Adoleszenz, frühe Elternschaft und Alleinerziehendenstatus. Diese kindlichen und adoleszenten Verhaltensstile wiederum sagen ein harsches, aggressives, vernachlässigendes und wenig anregendes Elternverhalten gegenüber dem Nachwuchs voraus. Diese Kontinuität unterbrechende Faktoren sind u. a. der Bildungsstatus der Mutter und konstruktive Elternpraktiken wie emotionale Wärme, konsistente disziplinarische Praktiken und ein kognitives Gerüst (Serbin u. Karp, 2004).

Ungeübte und unerfahrene Erziehungspraktiken von Eltern und späteres antisoziales Verhalten von Jungen in der Adoleszenz sagen zudem aggressives Verhalten in der Partnerschaft voraus (Capaldi u. Clark, 1998). In einer Drei-Generationen-Studie (Bailey,

Hill, Oesterle, Hawkins, 2009) konnte gezeigt werden, dass es eine Kontinuität elterlicher Überwachung der Kinder und strenger Disziplin von der Großelterngeneration auf die Elterngeneration gibt. Externalisierendes Verhalten setzt sich von der Elterngeneration auf die Kindergeneration fort, und zwar vermittelt über Substanzmissbrauch bei den Eltern. Zudem gibt es einen geringfügigen indirekten Effekt von strengem Erziehungsverhalten von der Großelterngeneration auf die Kindergeneration.

In einer prospektiven Drei-Generationen-Studie zu antisozialem Verhalten (Smith u. Farrington, 2004) zeigte sich eine Kontinuität von antisozialem Verhalten über drei Generationen. Innerhalb der Generation der Eltern sagten Verhaltensprobleme in der Kindheit antisoziales Verhalten im Erwachsenenalter und eine antisoziale Partnerschaft („assortive mating“) antisoziales Verhalten der Kindergeneration voraus. Konflikte zwischen den Eltern und autoritäres Erziehungsverhalten sagten Verhaltensprobleme in den Folgegenerationen vorher. Väter, die von ihren Vätern wenig beaufsichtigt wurden, beaufsichtigten auch ihre Kinder nicht.

Ebenso wird konstruktives väterliches Verhalten über drei Generationen direkt weitergegeben, auch bei widrigen Umständen im Lebenslauf (Kerr, 2009).

Der Erziehungsstil ist offensichtlich auch beeinflusst durch Holocausterfahrungen in den Vorgenerationen und beeinflusst wiederum deren Auswirkungen (Scharf, 2007). Adoleszente, deren beide Eltern Kinder von Holocaustopfern waren, erlebten ihre Mütter als weniger akzeptierend und zur Unabhängigkeit ermutigend als es Adoleszente der Vergleichsgruppe taten und berichteten weniger positive Selbstwahrnehmung als diese. Sie erlebten ihre Väter ähnlich wie die Mütter und zeigten ein höheres Ausmaß an ambivalenter Bindung sowie ein schlechteres soziales Funktionieren. Diese Effekte zeigten sich allerdings nicht, wenn lediglich ein Elternteil aus einer Familie von Holocaustopfern stammte.

3.4 Familiengeheimnisse

Die potenziell schädliche Wirkung von Familiengeheimnissen auf verschiedene Aspekte des familiären Lebens ist ausführlich beschrieben worden (vgl. Reich et al., 2007). Traumatisierungen führen oft zu Familiengeheimnissen, die wiederum traumatisierend wirken können. So ist es „die durchgängige Beobachtung, dass Kinder negative Ereignisse, wie z. B. elterliche Wut, als weniger bedrohlich wahrnehmen, wenn offen darüber geredet wird“ (Fonagy, 2001, S. 22). Wiseman et al. (2006) beschreiben in Familien von Holocaustüberlebenden eine Spannung zwischen dem Schweigen der Eltern über Details ihrer traumatischen Erfahrungen und dem Lärm des Traumas durch die sichtbaren Folgen, wie z. B. Flashbacks und Angstanfällen, deren Trigger für das Kind unklar bleiben, was zu Schuldgefühlen führen kann. Auf der einen Seite neigen Eltern, die Opfer politischer Gewalt waren, angesichts ihrer traumatischen Erfahrungen dazu, ihren Kindern zu vermitteln, dass die Welt ein gefährlicher Ort sein kann, und sie vor möglichen Gefahren zu warnen (Weingarten, 2004). Andererseits droht die Überwältigung der Kinder, wenn sie tatsächlich

von den schrecklichen Erlebnissen ihrer Eltern erfahren. Ein intergenerationelles Kommunikationsmuster der betroffenen Familien ist die „conspiracy of silence“, eine nonverbale Abmachung der Familie, traumatische Erfahrungen unausgesprochen und abgetrennt vom Alltag zu halten (Danieli, 1998, zit. n. Wiseman et al., 2006). Dies gründet nicht nur auf dem Bedürfnis der Eltern zu vergessen, sondern auch auf der Überzeugung, das Zurückhalten von Holocaustdetails sei notwendig für die normale Entwicklung des Kindes. Da das Kind auf das Bedürfnis der Eltern zu schweigen sensitiv reagiert, wird somit von beiden Generationen eine „doppelte Mauer des Schweigens“ aufrechterhalten (Bar-On, 1995), was Wiseman et al. (2006) unter „reciprocal overprotectiveness“ zwischen Eltern und Kind fassen. In Bezug auf Trauma relevante Bereiche kann in den betroffenen Familien die Fähigkeit leiden, zwischen äußerer und innerer Realität zu unterscheiden (Grubrich-Simitis, 2010), was durch Familiengeheimnisse gefördert wird.

Nachkommen von Müttern, die in Konzentrationslagern interniert waren, zeigten als Erwachsene größere Schwierigkeiten in engen zwischenmenschlichen Beziehungen, vor allem Nähe zuzulassen, wenn sie von ihren Müttern wenig explizite Informationen über deren traumatische Erfahrung erhalten hatten, im Vergleich zu denjenigen, in deren Familien über dieses Thema offen gesprochen wurde (Wiseman et al., 2002). In der Beziehung zu den Eltern äußerten die zuerst Genannten häufiger den Wunsch, Konflikte auszutragen (der oft aber frustriert werde), nahmen andere häufiger als ängstlich, verletzlich, kontrollierend oder außer Kontrolle wahr und erlebten sich selbst öfter als ängstlich.

Familiengeheimnisse können auch mit Familienmythen verbunden sein bzw. durch diese „abgesichert“ werden (Reich, 2001, De Castro, 2008, zit. n. Connolly, 2011), wobei die Nachkommen dann vor der unlösbaren Aufgabe stehen können, aus widersprüchlichen oder schwer einzuordnenden Angaben und hiermit zusammenhängenden Erinnerungen einen Sinn abzuleiten.

3.5 Kommunikationsstörungen, Unfähigkeit zur Metakommunikation und Störung der Mentalisierung

Traumatisierungen sind, oft im Zusammenhang mit Familiengeheimnissen, mit Kommunikationsstörungen verbunden. Dies können Mystifizierungen sein (Laing, 1969). Hier geht es darum, dass ein wichtiger Vorgang in einem Beziehungssystem verschleiert, vertuscht, verdunkelt oder maskiert wird. Die Mystifizierung führt beim Gegenüber zu einem Gefühl von Konfusion oder Verwirrung. Es ist nicht erkennbar, was wirklich erlebt oder getan wurde. Auch Beziehungsfallen („double-bind“) können zur Abwehr der Wahrnehmung von Traumatisierungen und deren Folgen eingesetzt werden (vgl. hierzu ausführlich Reich u. Klütsch, im Druck). Folgen eines solchen „double-bind“-Interaktionssystems sind, dass das Individuum: 1. in eine intensive Beziehung verstrickt ist, 2. in einer Situation gefangen ist, in der die eine Botschaft des Gegenübers die andere aufhebt, und 3. nicht in der

Lage ist, sich mit den geäußerten Botschaften kritisch auseinanderzusetzen, um zu entscheiden, auf welche Botschaft es reagiert. Es kann nicht metakommunizieren. Über die Widersprüchlichkeit findet keine Metakommunikation statt und bereits das Wahrnehmen der Widersprüche oder deren Ansprechen ist bedrohlich. Diese Unfähigkeit zur Metakommunikation ist aus familiendynamischer Sicht das Hauptproblem in traumatisierten Familiensystemen, das zur Störungen in der Mentalisierung, der Metaemotion, dem Verstehen und Verarbeiten unverständlicher emotionaler Zustände und Verhaltensweisen und damit zur Tradierung traumatischer Erfahrungen führt. Mentalisierungsunfähigkeit durch Traumatisierung führt wiederum dazu, dass sich das Selbst als inkohärent erlebt und sich eine Tendenz entwickelt, den fremden Selbstanteil zu externalisieren, in einer anderen Person zu induzieren, quasi einen „Stellvertreter“ zu erzeugen (Projektive Identifizierung), um das eigene Kohärenzgefühl wenigstens vorübergehend wieder herzustellen (Bateman u. Fonagy, 2008). Kommunikationsstörungen können diese Funktion oder diese Wirkung haben.

3.6 Grenzenstörungen, Loyalitäts- und Delegationskonflikte

Grenzenstörungen werden familiär tradiert (vgl. Reich et al., 2008). Unverarbeitete Traumatisierungen sind regelmäßig mit Grenzenstörungen in familiären Systemen verbunden, insbesondere der Grenze zwischen Eltern- und Kindergeneration und der Grenze um die elterliche Dyade. Um das Trauma herum kann zudem eine undurchdringliche Grenze gezogen werden (Familiengeheimnis), die durch einen Mythos abgesichert wird, der ebenfalls der Prüfung entzogen ist (De Castro, 2008, zit. n. Conolly, 2011).

Massive Störungen der Generationengrenzen können mit destruktiver Parentifizierung (Jurkovic, 1998) verbunden sein, d. h. der exzessiven Übernahme partnerschaftlicher oder elterlicher Funktionen durch Kinder im Familiensystem, die z. B. die Aufgabe haben, elterliche Affekte zu regulieren, übermäßig Rücksicht nehmen oder sich in Elternfunktion um jüngere Geschwister kümmern müssen. Traumatisierungen, die zu Einschränkungen der elterlichen Funktions- und Beziehungsfähigkeit führen, können so durch die Kinder kompensiert werden. Die Balance von Geben und Nehmen zwischen den Generationen und damit die Loyalitätsbalance werden erheblich gestört, weil Loyalität ausgebeutet wird. Der Geschädigte hält sich an der nächsten Generation schadlos, in der Regel ohne es bewusst zu wollen oder zu merken (vgl. Reich et al., 2007). Die Wahrnehmung eigener Interessen oder auch die Wahrnehmung und das Ansprechen von Traumatisierungen sowie deren sicht- und fühlbarer Folgen oder gar das Tragen in außerfamiliäre Beziehungen, z. B. in Therapien, kann zu massiven Loyalitätskonflikten führen, die sich nur noch in Symptomen äußern können. Auch diese Konflikte verhindern eine Verarbeitung von Traumatisierungen, da sie die Kommunikation darüber einschränken oder ganz versperren.

3.7 Integrative Modelle

Das Modell von Roth (2011) zu transgenerationellen Konsequenzen von PTSD unterscheidet zwischen drei Ebenen: elterlicher und Nachwuchsebene sowie Ebene der Mechanismen der Transmission.

1. Die Autorin geht davon aus, dass PTSD bei einem Elternteil die psychische Gesundheit des Kindes indirekt beeinflusst über die PTSD Symptomatik und Komorbiditäten wie z. B. Alkoholabusus oder Depression. Zudem können in Wechselwirkung beim anderen Elternteil auch Belastungsfaktoren bestehen, wie z. B. Depressionen, körperliche Beschwerden oder soziale Probleme. Moderatoren: Traumatisierungen von Müttern scheinen eine größere Auswirkung zu haben als Traumatisierung von Vätern, am stärksten ist die Beeinträchtigung jedoch, wenn beide Elternteile betroffen sind.
2. Auf der Ebene des Kindes findet sich neben Depression und Angst ein erhöhter Stresslevel, welcher das Risiko für Verhaltensprobleme, Somatisierung und bei Exposition mit traumatischem Stress für PTSD beim Kind erhöht. Moderierend wirken hier vor allem Alter und Geschlecht des Kindes.
3. Familiäre Belastungsfaktoren werden als Transmissionsmechanismen aufgefasst: Zum einen ungünstiges Erziehungsverhalten wie Gewalt, inadäquate emotionale Reaktionen und schlechte Beziehung zwischen Eltern und Kind, zum anderen eheliche Konflikte. Den größten moderierenden Einfluss auf dieser Ebene haben der sozioökonomische Status und soziale Unterstützung der Familie.

Weingarten (2004) unterscheidet bezüglich der möglichen Auswirkungen von Zeugenschaft des elterlichen Traumas auf die Nachwuchsgeneration ebenfalls zwischen drei Ebenen: die Familie, das nähere Umfelds (community) und die Gesellschaft. Letztere bezieht sich auf das kollektive Gefühl von Scham und Erniedrigung ethnischer Minderheiten (z. B. Afroamerikaner). Die Bewältigung variiert in Abhängigkeit davon, wieweit die Zusammenhänge ins Bewusstsein treten und welche aktiven Handlungsmöglichkeiten (empowerment) bestehen.

Kellermann (2011, S. 145) sieht Trauma „als eine Art Infektionskrankheit“, die über folgende Transmissionsebenen und -faktoren und deren Zusammenspiel übertragen werden kann: Psychoanalytisch erfassbare Prozesse (unbewusst übertragene abgewehrte Emotionen), soziokulturelle Prozesse (Klima der Verdrängung und Erinnerung, Sozialisation, Modelllernen und Erziehungsstile), familientherapeutisch-systemische Sicht (Verstrickung über das Medium der gestörten Kommunikation) sowie biologische Einflüsse (Gene und Bluthormone, die für erhöhte Vulnerabilität für PTSD sorgen).

Ein eigenes klinisches familiendynamisch-psychoanalytisches Prozessmodell (Reich, 2011) umfasst folgende Ebenen:

1. Traumatisierungen in der ersten Generation führen bei den unmittelbar Betroffenen (und den Zeugen) zu Affektüberflutung (Erregung, Angst, Scham, Demütigung, Schuld, Zorn) und

2. folgend zu individuellen sowie kollektiven Abwehrbemühungen (Affektblockierung, Verleugnung, Mystifizierung, double-bind, Substanzmissbrauch, zwanghaftes Handeln) mit der Folge einer Blockierung von Mentalisierung, „Metaemotion“, Reflexiver Funktion, Störungen des Kohärenzgefühls und Etablierung eines „fremden Selbst“.
3. Die mangelnde Verarbeitung führt zu Einbrüchen emotionaler und physiologischer Erregung bei den Betroffenen und durch das „spill over“ auch bei den nahen Angehörigen zu Einbrüchen in die Fantasie und Flashbacks, fehlender emotionaler Resonanz und Verfügbarkeit sowie Impulshandlungen.
4. Dem gegenüber bestehen Bedürfnisse nach „Normalität“ sowie Loyalitätsgebote, die zu einer doppelten Wirklichkeit mit Familiengeheimnissen, Imbalance des Gebens und Nehmens und Loyalitätskonflikten führen.
5. Gefühle von Bedrohung und Verlust, Scham und narzisstische Wut sowie andere heftige Affekte führen dann zu einem emotionalen (depressiven, dissoziativen) Rückzug oder zu einer Erzeugung des fremden Selbstanteils in der Folgegeneration (z. B. durch Impulshandlungen), über die wiederum nicht metakommuniziert werden darf, was zu weiterer Traumatisierung und Aufrechterhaltung destruktiver Mechanismen führt.

4 Fallbeispiel¹

Marion, eine 19-jährige Schülerin, meldet sich wegen einer bulimischen Essstörung mit manchmal mehrfachen täglichen Essanfällen und Erbrechen, zeitweisem Alkoholmissbrauch, Selbstverletzungen durch Schneiden an den Oberschenkeln sowie immer wieder auftretenden heftigen Arbeitsblockaden in unserer Ambulanz. Sie gerät häufig in Zustände von emotionaler Verwirrtheit und Taubheit, findet keine Grenzen gegenüber den Ansprüchen anderer, die sie mit ihren Problemen in Beschlag nehmen. Sie fühlt sich zwischen verschiedensten Verpflichtungen hin- und hergerissen, auch wenn es sich um Freizeitaktivitäten wie Wanderungen, Radtouren oder Abende mit ihrer Theatergruppe handelt.

Trotz hervorragender Leistungen treten massive Arbeitsblockaden auf. Ideen und Gedanken strömen auf sie ein. Sie beschäftigt sich mit unendlichen Mengen an Material, bevor sie anfängt, etwas zu schreiben. Wenn sie dann anfängt, verwirft sie häufig das Geschriebene und fürchtet vernichtende Kritik. Sowohl in diesen Phasen als auch dann, wenn sie sehr gute Noten oder Bestätigung erhält, kommt es zu der bulimischen Symptomatik, Alkoholmissbrauch und bei größter Anspannung zu dem selbstverletzenden Verhalten. Diese Impulshandlungen sind ihr zutiefst peinlich. Wenn sie davon berichtet, fühlt sie sich klein, dumm und hässlich, erträgt sich selbst nicht, sagt Sitzungen ab. Sie versucht lange, die Symptomatik vor der Familie zu verheimlichen. Begegnungen allein

¹ In dieser Falldarstellung wird der Indikativ benutzt, um die Ausführungen nicht zu verkomplizieren. Dabei ist festzuhalten, dass es sich um Schilderungen (Patientin, Familie) und zum Teil um Interpretationen (Therapeuten) handelt.

mit ihrer Mutter meidet sie. Von dieser fühlt sie sich in Gesprächen überrollt und dominiert. Diese läßt bei ihr nur ab, will nie hören, was die Patientin zu sagen hat, klagt über ihr Leben und den Vater, der sich in seiner Arbeit als Steuerberater vergräbt, sowie über die Geschwister der Patientin, die inzwischen im Ausland leben. Gibt die Patientin Hinweise oder Ratschläge, wie es besser gehen könnte, werden diese vom Tisch gewischt: „Das geht so nicht.“ „Das machst du dir jetzt zu einfach.“ Oder aber: „Das weiß ich doch schon, hältst du mich für dumm?“ Die Patientin ist in diesen Interaktionen oft gelähmt. Das widersprüchliche Verhalten der Mutter wird von dieser offensichtlich nicht bemerkt und ist nicht ansprechbar. Die Patientin traut sich nicht, dies zu thematisieren, und trägt ihre Spannungen zurück in ihr Zimmer. Erst allmählich wird deutlich, dass Marion von der Mutter in der Kindheit in Ausbrüchen von Jähzorn heftig geschlagen wurde. Zudem kam es zu rezidivierenden depressiven Phasen der Mutter, in denen diese nicht ansprechbar auf dem Sofa lag, die Räume verdunkelte, und die Patientin in ihren intensiven Bemühungen, die Mutter mit Spielzeug, Bewegungen oder Sprechen zu einer Reaktion zu bewegen, scheiterte, so dass die Patientin selbst in stumme Tagträumereien versank. Die Heirat der Eltern fand wegen der Schwangerschaft der Mutter mit dem ältesten Bruder der Patientin statt. Die Mutter selbst klagte wiederholt über die unglückliche Beziehung zu ihrem Mann. Zudem gab es heftige Spannungen zwischen der Mutter und der Großmutter väterlicherseits, einer dominanten herrischen Frau, die die Mutter wegen ihrer Herkunft als „Flüchtling“ in der Familie eigentlich nicht duldete. Der Vater lavierte zwischen den Frauen hin und her. Er gab der Patientin häufig nonverbal zu verstehen, dass er sich über die Mutter ärgerte. Später deutete er auch ziemlich unverhohlen seine sexuelle Unzufriedenheit mit der Mutter an.

In den Sitzungen tut Marion sich schwer damit, die Grenzüberschreitungen und Gewalttätigkeiten zu erwähnen. Sie entwickelt starke Schuldgefühle, die Familie und die Familienloyalität zu verraten, insbesondere bei Kritik an den Eltern. Sowohl innerhalb der Familie als auch in der Therapie ist lange Zeit Metakommunikation nicht möglich. Die Patientin befindet sich in der Familie in einer klassischen double-bind-Situation. Der Aufforderung, der Mutter zu helfen, folgt das Verbot der entsprechenden Bemühungen. Die Widersprüchlichkeit des Verhaltens der Mutter kann nicht angesprochen werden, ohne dass sich die Patientin bedroht fühlen muss. Familiengespräche lehnt die Patientin zunächst ab, da dies ein Offenlegen ihrer eigenen Schwierigkeiten bedeutet hätte. Sie fürchtet vernichtende Kritik, insbesondere von der Mutter, sowie massive Selbstrechtfertigungen von beiden Eltern, die ihr keine Chance lassen würden, bei ihren Wahrnehmungen und Empfindungen zu bleiben. Als sich die Symptomatik zuspitzt, wird eine stationäre Einweisung unumgänglich. In diesem Zug kommt es zu mehreren Familiengesprächen, in denen die Vorgeschichte der Eltern deutlicher wird.

Die Mutter war die Lieblingstochter ihres Vaters, der periodisch Alkoholmissbrauch betrieb und dann gewalttätig wurde, allerdings nie gegen die Mutter der Patientin, sondern gegen deren Brüder. Der Vater der Mutter (Großvater von Marion), war im letzten Kriegsjahr als junger Soldat eingezogen worden und verbrachte längere Zeit in französischer Kriegsgefangenschaft, wo es anscheinend zu Misshandlungen gekom-

men war. Nach der Entlassung verdingte er sich zunächst als Hausierer, bis er eine Anstellung am Finanzamt fand. In der Familie herrschte eine Atmosphäre der Angst, in der keine Kritik geduldet wurde. Die Familien beider Eltern waren aus Schlesien geflüchtet, wobei sie im Frühjahr 1945 von russischen Truppen eingeholt wurden. Mehrere Frauen wurden vergewaltigt und durch Schläge misshandelt. Hierüber wurde in der Familie nie gesprochen. Die nach dem Krieg geborene Mutter kannte diese Ereignisse nur durch Andeutungen. Deren Mutter litt allerdings unter rezidivierenden Depressionen, was von der Familie vertuscht wurde. Die Mutter der Patientin trug ein Schuldgefühl gegenüber ihren Brüdern in sich, denen gegenüber sie auf drastische Weise bevorzugt worden war. Von den Brüdern wurde sie deswegen gehasst. Nach dem Tod des Großvaters (des Vaters der Mutter) brach der Kontakt zu diesen ab. Lediglich zur Großmutter mütterlicherseits wurde noch einige Jahre Kontakt bis zu deren Tod aufrecht erhalten. Die Beziehung zum Vater der Patientin war für die Mutter eine Möglichkeit, aus ihrer Familie herauszukommen. Als Flüchtlingsfamilie hatte diese in dem westfälischen Bauerndorf einen schlechten Stand, wurde verachtet und ausgegrenzt, was die Mutter zutiefst beschämte und verletzte.

Der Vater von Marion stammte aus einer Landwirtsfamilie, die einen Abstieg hinter sich hatte. Der Großvater väterlicherseits hatte eine bipolare Erkrankung und durch lange Phasen der Krankheit und Untätigkeit den Landbesitz der Familie weitgehend verloren, so dass diese in einem Resthof wohnen musste. In manischen Phasen gab der Großvater Unmengen Geld aus, schlug auch die Mutter häufiger, missbrauchte eine der Schwestern des Vaters, bis er sich schließlich in einer Scheune erhängte. Der Vater hatte als Kind oft versucht, sich schützend vor die Mutter und die Schwester (Großmutter und Tante der Patientin) zu stellen, was ihm nicht immer gelang. Die Familie wurde durch die Schneiderinnentätigkeit der Großmutter väterlicherseits über Wasser gehalten, was diese nicht davon abhielt, auf die Schwiegertochter und deren Familie herabzublicken. Im Gegenteil, die eigene Scham und Verletzung wurde durch Verachtung der in den Augen der Großmutter väterlicherseits noch Minderen externalisiert.

In den Familiengesprächen wird eine massive Loyalitätsspaltung bei Mutter und Vater deutlich, bei der Mutter gegenüber dem eigenen Vater und der Ursprungsfamilie. Als Lieblingstochter und Vertraute war sie diesem eng verbunden gewesen. Die Impulshandlungen und insbesondere die Schläge gegenüber den Brüdern verurteilt sie. Gegenüber der Familie ihres Mannes und gegenüber dem Dorf musste sie die Familienloyalität wahren. Aus ihrer Familie durfte möglichst nichts Kritisches nach außen dringen, da dies sonst weitere Angriffsflächen geboten hätte. Also begrub sie alle Konflikte in sich. Der Vater von Marion war der Hoffnungsträger seiner Mutter, sowohl gegenüber den aggressiven Grenzüberschreitungen und Traumatisierungen als auch dem Versagen des Großvaters väterlicherseits. Auch hier galt es, das Bild der Familie nach außen zu wahren und insbesondere die manisch-depressive Erkrankung und die Gewalt zu vertuschen. Da in der väterlichen Familie bereits mehrere psychotische Depressionen aufgetreten waren, galten diese in der Familienideologie der Großmutter väterlicherseits als Zeichen „schlechten Erbgutes“. Der Vater von Marion war von

der Großmutter sehr gefördert worden, fühlte sich gleichzeitig von dieser gegängelt. So stand er in einem tiefen Loyalitätskonflikt. Er hatte sehr viel bekommen, sah die Bemühungen seiner Mutter und unterwarf sich deren Dominanz, was wiederum zu einem Loyalitätskonflikt gegenüber seiner Frau führte.

Die Störung der Balance zwischen Geben und Nehmen über mehrere Generationen kulminiert in der offenen Symptomatik der Patientin und deren massiver Über-Ich-Problematik, die dahinter steht. Auf der einen Seite hat sie die verurteilenden und herabsetzenden, letztlich traumatisierenden Über-Ich-Anteile bei den Ursprungsfamilien und der Eltern internalisiert, andererseits das Gebot der Familie, nach außen zu schweigen. Die Impulshandlungen aller Familienmitglieder befriedigen nicht nur das Bedürfnis nach Spannungsentlastung und –abfuhr und mildern die Schuldgefühle, sondern dienen auf einer tieferen Ebene dazu, die Balance zwischen Geben und Nehmen wieder herzustellen. Zudem sind sie ein Symptom der emotionalen Nichtverfügbarkeit über mehrere Generationen. Insbesondere das Verbot der Metakommunikation, ebenfalls über mehrere Generationen, führt dazu, dass Traumatisierungen intrafamiliär weitergegeben werden.

5 Resilienz/Schutzfaktoren

Die intrafamiliäre Weitergabe von Traumaerfahrungen kann modifiziert oder weitgehend verhindert werden. Hohe Anpassungsleistungen in Familien jüdischer Holocaustüberlebender über mehrere Generationen werden u. a. durch drei mögliche Schutzfaktoren erklärt, welche die Ausprägung des posttraumatischen Stresses beeinflussen (Sagi-Schwartz et al., 2008).

1. Bewahren der sicheren Bindung an die Elternfiguren, da die traumatischen Erfahrungen von anonymen, bürokratisch organisierten Tätern, nicht aber von Beziehungsfiguren, zugefügt wurden, so dass die Überlebenden eigenen Kindern entsprechende positive Beziehungserfahrungen ermöglichen können.
2. Günstige genetische Ausstattung mit weniger intensiven Stressreaktionen in der traumatischen Situation. Dies verbesserte eventuell die Überlebenschancen und ermöglichte die Weitergabe des genetischen Schutzes gegen PTSD an die nächste Generation (van Ijzendoorn et al., 2003).
3. Ein gutes soziales Funktionsniveau vieler jüdischer Familien in der westlichen Welt mit einem hohen Bildungsstandard, gesellschaftlicher Anerkennung und öffentlicher Verarbeitung des Holocaust durch Gedenkveranstaltungen.

Ein höherer Bildungsstandard ist anscheinend generell protektiv. So sagen z. B. die Jahre, die Mütter zur Schule gehen, eine Verminderung von Schulversagen von Kindern und Teenagerschwangerschaften bei diesen voraus (Serbin et al., 1998).

Ein wichtiger Faktor bei der intergenerationellen Weitergabe von Trauma ist die Fähigkeit bzw. Unfähigkeit, sich zu erinnern, zu trauern und das Trauma zu symbolisieren. Aus

der Bindungsforschung ist bekannt, dass die Tradierung von schmerzhaften Affekten und unsicheren Bindungen unterbrochen wird, wenn Mütter ihre Eltern nicht idealisieren und die zu dieser Beziehung gehörenden schmerzhaften Affekte nicht abwehren. Meist trägt eine dritte Beziehung zu einer Unterbrechung der Kontinuität bei, z. B. ein emotional verfügbares alternatives Elternteil, neue Erfahrungen in der Adoleszenz oder supportive eheliche Beziehungen (vgl. Reich et al., 2008 und die dort zitierte Literatur). Unmetabolisierte, unsymbolisierte mentale Strukturen werden sonst in zukünftige Generationen weitergetragen (Eizerik, 2010, zit. n. Connolly, 2011). Von daher ist offene, aber nicht Grenzen überschreitende Kommunikation und damit nicht ängstigende Kommunikation über traumatische Erfahrungen und deren Folgen protektiv (Kellermann, 2008).

Es kommt also darauf an, die traumatischen Erfahrungen in einen Gesamtkontext zu integrieren, so dass auf der narrativen Ebene eine sinnvolle Lebens- und Familiengeschichte geschaffen wird, die den Schmerz und die Bedrohung gerade nicht ausblendet, sondern mit einbezieht. So zeigt ein transkultureller Ansatz, dass weiter erzählte Geschichten über Trauma in Indianerfamilien über mehrere Generationen hinweg in bedeutsamer Weise identitätsstiftend wirkten. Die Älteren vermittelten damit Copingstrategien, um Lebensereignisse in eine kohärente Geschichte von Weiterentwicklung einzubetten: „The trauma was framed and integrated into both their family foundation and individual identity“ (Denham, 2008, S. 393). Traumatische Erlebnisse können also wie Lebenskrisen allgemein auch zu veränderter Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie kritischer Prüfung von persönlichen Lebenszielen und Bedeutungszusammenhängen führen (Dekel u. Goldblatt, 2008). Dies führt zu dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky und dem hier zentralen Kohärenzgefühl, das gekennzeichnet ist durch ein Gefühl von Verstehbarkeit, ein Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit und ein Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011).

6 Fazit

Die Faktoren, die zu der intergenerationellen Weitergabe von Traumatisierungen und deren Unterbrechung beitragen, sind zum Teil beforscht, z. T. weiter zu untersuchen. Einige wesentliche sind im obigen Beitrag dargestellt. Wichtig ist die differenziertere Erarbeitung eines bio-psycho-sozialen Gesamtmodells, das die verschiedenen angesprochenen Ebenen der traumatischen Ereignisse über die physiologische, sozioökonomische und allgemeinere interpersonelle Ebene mit den spezifischeren familiendynamischen und intrapsychischen Verarbeitungen verbindet und die vielen vorliegenden Einzelbefunde hierin einordnet. Der mit Familien arbeitende Praktiker kann prüfen, welche der klinisch beobachteten und bereits quantitativ erforschten, hier zum Teil dargestellten Faktoren in den von ihm behandelten Familien eine Rolle spielen, wie sie zusammenwirken, und kann hieraus mögliche Behandlungsschwerpunkte ableiten. Zudem muss weitere Forschung möglichst auf

mehreren Ebenen mit angemessener Methodik die Mechanismen der Weitergabe untersuchen. Für die familiendynamische Forschung reichen simple Fragebogenstudien sicher nicht aus, um die subtilen und diffizilen Vermittlungsprozesse zu erfassen. Hier sind Interaktionsbeobachtungen, (Reich u. Stasch, 2012) z. B. zur Erfassung von Kommunikationsabweichungen, und Interviewstudien notwendig. Psychoanalytische Hypothesen müssen auch durch qualitative Untersuchungsmethoden erfasst werden. Zudem müssen biologische Parameter einbezogen werden.

Literatur

- Bailey, J. A., Hill, K. G., Oesterle, S., Hawkins, J. D. (2009). Parenting practices and problem behavior across three generations: Monitoring, harsh discipline, and drug use in the intergenerational transmission of externalizing behavior. *Developmental Psychology*, 45, 1214-1226.
- Bar-On, D. (1995). *Fear and hope: Three generations of five Israeli families of Holocaust survivors*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bateman, A. W., Fonagy, P. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Beutel M. E., Decker O., Brähler E. (2007). Welche Auswirkungen haben Flucht und Vertreibung auf Lebensqualität und Befindlichkeit? Repräsentative Erhebung mit den vor 1946 Geborenen in Deutschland. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 203-215.
- Biringen, Z., Easterbrooks, M. A. (2012). Emotional availability: Concept, research, and window on developmental pathology. *Development and Psychopathology*, 24, 1-8.
- Brand, S. R., Engel, S. M., Canfield, R. L., Yehuda, R. (2006). The effect of maternal PTSD following in utero trauma exposure on behavior and temperament in the 9-month-old infant. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 454-458.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von J. Bengel, R. Strittmatter u. H. Willmann (Erw. Neuauflage). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 6*. Köln.
- Capaldi, D. M., Clark, S. (1998). Prospective family predictors of aggression toward female partners for at-risk young men. *Developmental Psychology*, 34, 1175-1188.
- Connolly, A. (2011). Healing the wounds of our fathers: intergenerational trauma, memory, symbolization and narrative. *Journal of Analytical Psychology*, 56, 607-626.
- Danieli, Y. (1998). *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. New York: Plenum Press.
- De Castro, R. (2008). *Testimoni del non-provato: Ricordare, pensare, immaginare la Shoah nella terza generazione*. Rom: Carocci Editore.
- De Genna, N. M., Stack, D. M., Serbin, L. A., Ledingham, J. E., Schwartzman, A. E. (2006). From risk-behavior to health risk: Continuity across two generations. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27, 297-309.
- Dekel, R., Goldblatt, H. (2008). Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 281-289.
- Denham, A. R. (2008). Rethinking Historical Trauma: Narratives of Resilience. *Transcultural Psychiatry*, 45, 391-414.

- Eizerik, C. L. (2010). The past as resistance, the past as constructed. Panel Report. *International Journal of Psychoanalysis*, 91, 387-390.
- Fonagy, P. (2001). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fridman, A., Bakermans-Kranenburg, M. J., Sagi-Schwartz, A., van IJzendoorn, M. H. (2011). Coping in old age with extreme childhood trauma: Aging Holocaust survivors and their offspring facing new challenges. *Aging & Mental Health*, 15, 232-242.
- Gangi, S., Talamo, A., Ferracuti, S. (2009). The long-term effects of extreme war-related trauma on the second generation of Holocaust survivors. *Violence and Victims*, 24, 687-700.
- Gottman, J. M., Notarius, C. I. (2002). Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. *Family Process* 41, 159-197.
- Grubrich-Simitis, I. (2010). Reality testing in place of interpretation: A phase in psychoanalytic work with descendants of Holocaust survivors. *Psychoanalytic Quarterly*, 79, 37-69.
- Iliceto, P., Candilera, G., Funaro, D., Pompili, M., Kaplan, K. J., Markus-Kaplan, M. (2011). Hopelessness, temperament, anger and interpersonal relationships in Holocaust (Shoah) survivors' grandchildren. *Journal of Religion and Health*, 50, 321-329.
- Jacobovitz, D., Hazen, N., Riggs, S. (1997). Disorganized mental process in mothers, frightening/frightened caregiving and disoriented/disorganized behavior in infancy. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.
- Jurkovic, G. J. (1998). Destructive parentification in families: causes and consequences. In L. L'Abate (Hrsg.), *Family Psychopathology. The relational roots of dysfunctional behavior* (S. 237-255). New York: The Guilford Press.
- Kellermann, N. P. F. (2001). Transmission of Holocaust trauma – an integrative view. *Psychiatry*, 64, 256-267.
- Kellermann, N. P. F. (2008). Die Kinder der Child Survivors. In H. Radebold, W. Bohleber, J. Zinnecker (Hrsg.), *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten* (S. 57-74). Weinheim: Juventa.
- Kellermann, N. P. F. (2011). „Geerbtes Trauma“ – Die Konzeptualisierung der transgenerationalen Weitergabe von Traumata. In J. Brunner, N. Zajde, (Hrsg.), *Holocaust und Trauma. Kritische Perspektiven zur Entstehung und Wirkung eines Paradigmas* (S. 137-160). Göttingen: Wallstein.
- Kerr, D. C. R. (2009). A prospective three generational study of fathers' constructive parenting. Influences from family of origin, adolescent adjustment, and offspring temperament. *Developmental Psychology*, 45, 1257-1275.
- Kuwert, P., Brähler, E., Glaesmer, H., Freyberger, H. J., Decker, O. (2009). Impact of forced displacement during World War II on the present-day mental health of the elderly: A population-based study. *International Psychogeriatrics*, 21, 748-753.
- Laing, R. D. (1969). Mystifizierung, Konfusion und Konflikt. In G. G. Bateson, D. D. Jackson, R. D. Laing (Hrsg.), *Schizophrenie und Familie* (S. 274-304, 5. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Massing, A., Reich, G., Sperling, E. (2006). *Die Mehrgenerationen-Familientherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Milner, J. S., Thomsen, C. J., Crouch, J. L., Rabenhorst, M. M., Martens, P. M., Dyslin, C. W., Guimond, J. M., Stander, V. A., Merrill, L. L. (2010). Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk? *Child Abuse Neglect*, 34, 332-344.
- Muftic, C., von Alm, C., Godemann, K., Wittekind, C., Jelinek, L., Yassouridis, A, Kellner, M. (2011). Langzeitfolgen von in der Kindheit am Ende des II. Weltkrieges erlebter Flucht und Vertreibung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61, 233-238.

- Reich, G. (2001). „Das hat es bei uns nie gegeben!“ Familiengeheimnisse und Familienmythen. *Kontext*, 32, 5-19.
- Reich, G. (2011). Trauma, Über-Ich-Entwicklung, Impulshandlung Familiendynamische Perspektiven. Der „innere Richter“ im Einzelnen und in der Kultur. Symposium zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Dr. Léon Wurmser. Koblenz, 3. Dezember 2011.
- Reich, G., Klütsch, V. (im Druck). Familiendynamische Aspekte von Psychosen. In B. Schimmelmann, F. Resch (Hrsg.), *Juvenile Psychosen – Entwicklungspsychopathologie, Früherkennung und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Reich, G., Massing, A., Cierpka, M. (2007). *Praxis der psychoanalytischen Familien- und Paartherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Reich, G., Massing, A., Cierpka, M. (2008). Die Mehrgenerationenperspektive und das Genogramm. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 259-292). Berlin: Springer.
- Reich, G., Stasch, M. (2012). Familieninteraktionsforschung. In M. Ochs, J. Schweitzer (Hrsg.), *Handbuch Forschung für Systemiker* (S. 313-329). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roth, M. (2011). *Generationsübergreifende Folgen von Posttraumatischer Belastungsstörung* (Dissertation). Universität Konstanz.
- Rubinstein, I., Cutter, F., Templer, D. I. (1990). Multigenerational occurrence of survivor syndrome symptoms in families of Holocaust survivors. *Journal of Death and Dying*, 20, 239-244.
- Rutter, M. (1998). Some research considerations on international continuities and discontinuities: Comments on the special section. *Developmental Psychology*, 34, 1269-1273.
- Sagi-Schwartz, A., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. (2008). Does intergenerational transmission of trauma skip a generation? No meta-analytic evidence for tertiary traumatization with third generation of Holocaust survivors. *Attachment and Human Development*, 10, 105-121.
- Scharf, M. (2007). Long-term effects of trauma: Psychosocial functioning of the second and third generation of Holocaust survivors. *Development and Psychopathology*, 19, 603-622.
- Schechter, D. S., Coates, S. W., Kaminer, T., Coots, T., Zeanah, C. H. Jr., Davies, M., Schonfeld, I. S., Marshall, R. D., Liebowitz, M. R., Trabka, K. A., McCaw, J. E., Myers, M. M. (2008). Distorted maternal mental representations and atypical behavior in a clinical sample of violence-exposed mothers and their toddlers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9, 123-147.
- Serbin, L. A., Cooperman, J. M., Peters, P. L., Lehoux, P. M. Stack, D. M., Schwartzman, A. E. (1998). Intergenerational transfer of psychosocial risk in women with childhood histories of aggression, withdrawal or aggression and withdrawal. *Developmental Psychology*, 34, 1246-1262.
- Serbin, L. A., Karp, J. (2004). The intergenerational transfer of psychosocial risk: Mediators of vulnerability and resilience. *Annual Review of Psychology*, 55, 333-336.
- Smith, C. A., Farrington, D. P. (2004). Continuities in antisocial behavior and parenting across three generations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 230-247.
- Sperling E., Massing A., Georgi H., Reich G., Wöbbe-Mönks E. (1982). *Die Mehrgenerationen-Familientherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stack, D. M., Serbin, L. A., Girouard, N., Enns, N. L., Bentley, V. M. N., Ledingham, J. E., Schwartzman, A. E. (2012). The quality of the mother-child relationship in high-risk dyads: Application of the Emotional Availability Scales in an intergenerational longitudinal study. *Development and Psychopathology* 24, 93-105.
- Timmer, S. G., Thompson, D., Culver, M. A., Urquiza, A. J., Altenhofen, S. (2012). Mothers' physical abusiveness in a context of violence: Effects on the mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, 24, 79-92

- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 459-469.
- Weingarten, K. (2004). Witnessing the effects of political violence in families: Mechanisms of intergenerational transmission and clinical interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 45-59.
- Wiseman, H., Barber, J. P., Raz, A., Yam, I., Foltz, C., Livne-Snir, S. (2002). Parental communication of Holocaust experiences and interpersonal patterns in offspring of Holocaust survivors. *International Journal of Behavioral Development*, 26, 371-381.
- Wiseman, H., Metzler, E., Barber, J. P. (2006). Anger, guilt, and intergenerational communication of trauma in the interpersonal narratives of second generation Holocaust survivors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 176-184.
- Wood, B. L., Klebba, K. B., Miller, B. D. (2000). Evolving the biobehavioral family model: The fit of attachment. *Family Process*, 39, 319-344.
- Yehuda, R., Bell, A., Bierer, L. M., Schmeidler, J. (2008). Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 1104-1111.
- Yehuda, R., Engel, S. M., Brand, S. R., Seckl, J. R., Marcus, S. M., Berkowitz, G. S. (2005). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90, 4115-4118.
- Yehuda, R., Teicher, M. H., Seckl, J. R., Grossman, R. A., Morris, A., Bierer, L. M. (2007). Parental posttraumatic stress disorder as a vulnerability factor for low cortisol trait in offspring of holocaust survivors. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1040-1048.
- Zajac, K., Kobak, R. (2009). Caregiver unresolved loss and abuse and child behavior problems: Intergenerational effects in a high-risk sample. *Development and Psychopathology*, 21, 173-187.

Korrespondenzanschriften:

Dipl.-Psych. Verena Klütsch, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen; E-Mail: verena.kluetsch@med.uni-goettingen.de
Prof. Dr. Günter Reich, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen; E-Mail: greich@gwdg.de

Verena Klütsch und *Günter Reich*, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Göttingen