

Barbara Diepold

"Diese Wut hört niemals auf"

Zum Einfluß realer Traumatisierungen auf die Entwicklung von Kindern

Ich werde heute zu Ihnen über Traumatisierungen im Kindesalter sprechen: was sind Traumatisierungen, welche Auswirkungen haben sie auf Kinder und was für Einflußmöglichkeiten gibt es? Ich berichte aus meinem Erfahrungshintergrund als analytische Kinder- und Jugendlichentherapeutin, und sie werden beim Hören Ihre Erfahrungen aus der Schule, aus Kindertagesstätten, dem allgemeinen Sozialdienst oder wo Sie sonst arbeiten hinzufügen.

Einleitend möchte ich Sie jetzt hineinnehmen in eine Therapiestunde mit einem siebenjährigen Jungen, den ich Jochen nenne:

"Lies mir wieder vor, Du weißt schon," sagt er, und ich lese: "... Da kamen aus allen Ecken und Enden schwarze Katzen und schwarze Hunde an glühenden Ketten, immer mehr und mehr, daß er sich nicht mehr bergen konnte; die schrieten greulich ... da faßte er sein Schnitzmesser und rief "fort mit dir, du Gesindel", und haute auf sie los. Ein Teil sprang weg, die anderen schlug er tot und warf sie hinaus in den Teich."

Zum elften Mal schon die gleiche Geschichte! "Lies weiter", fordert Jochen. "Wie Mitternacht herankam, ließ sich ein Lärm und Gepolter hören ... endlich kam mit lautem Geschrei ein halber Mensch den Schornstein herab und fiel vor ihm hin. "Heda!" rief er, "noch ein halber gehört dazu, das ist zu wenig." Da ging der Lärm von frischem an, es tobte und heulte, und fiel die andere Hälfte auch herab. Da fielen noch mehr Männer herab, einer nach dem andern, die holten neun Totenbeine und zwei Totenköpfe, setzten auf und spielten Kegel. Da nahm er die Totenköpfe, setzte sie in die Drehbank und drehte sie rund."

Er will die Geschichte bis zu Ende hören, jedes Mal. "Als es spät war, kamen sechs große Männer und brachten eine Totenlade hereingetragen. Sie stellten den Sarg auf die Erde, er aber ging hinzu und nahm den Deckel ab: da lag ein toter Mann drin. Er fühlte ihm ans Gesicht, aber es war kalt wie Eis. "Wart", sprach er, "ich will dich ein bißchen wärmen" ... Da nahm er ihn heraus, setzte sich ans Feuer und legte ihn auf seinen Schoß, und rieb ihm die Arme, damit das Blut wieder in Bewegung kommen sollte. Als auch das nichts helfen wollte, brachte er ihn ins Bett, deckte ihn zu und legte sich neben ihn. Über ein Weilchen ward auch der Tote warm, fing an sich zu regen und rief: "Jetzt will ich dich erwürgen!"

Immer wieder hatte Jochen das Märchen "von einem der auszog, das Fürchten zu lernen" hören wollen, wohl weil er ahnte, daß auch seine Fähigkeit zu fühlen schwer beeinträchtigt war, genau wie die des Jungen im Märchen, der immer sagte: "Ach, wenns mich doch gruselte."

Das Vorlesen war für mich sehr anstrengend, weil die Schrecken des Märchens mit all der Grausamkeit und Gewalt auf mir lasteten, und ich ertappte mich dabei, daß ich manchmal emotional abschaltete, nur noch mechanisch las. Er ließ aber nicht locker, und immer wieder mußte ich mich diesem Schrecken aussetzen, er dagegen folgte dem schrecklichen Geschehen eher

wie träumend. Die Stimmung in diesen Vorlesestunden war insgesamt traurig. Nach dem 7. Vorlesen, bei dem er sich auf die Couch gelegt hatte, zog er plötzlich sein T-Shirt hoch, schob seine Hose ein Stück herunter, sodaß sein nackter Bauch zu sehen war und sagte: "guck mal!" Ich war erschüttert, denn ich sah seinen von vielen Narben zerfurchten Bauch. Ich wußte aus seiner Vorgeschichte, daß er mit 4 Monaten wegen eines Darmverschlusses operiert worden war, daß die Operationswunde nicht geheilt war und er deshalb über ein Jahr lang in der Kinderklinik hatte verbringen müssen. Ich sagte: "Ich sehe deinen Bauch mit so vielen Narben und ich weiß, daß du sehr krank warst, als du noch ein kleines Baby warst. Da hast du viele Schmerzen gehabt, und es ist dir schlecht gegangen. Jetzt sieht man immer noch die Narben."

In den folgenden Stunden mußte ich weiterlesen. Nach dem 12. Mal sagte er unvermittelt, aber sehr nachdenklich: "Weißt du eigentlich, daß meine Mama gestorben ist, als ich ganz klein war? Traurig, nicht?"

Danach hat er nie wieder nach diesem Märchen gefragt.

Diese Behandlung liegt Jahre zurück. Anlässlich meiner Beschäftigung mit Traumatisierungen kam sie mir wieder in Erinnerung. Merkwürdigerweise hatte ich den Inhalt des Märchens vergessen, nur sein Titel und meine heftigen Gefühle, in unserer Fachsprache "Gegenübertragungsgefühle" genannt, waren mir noch präsent. Damit sind die Gefühle gemeint, die vom Gegenüber in einem ausgelöst werden.... **Beispiel**

Zu meinem Fall zurück: Ich vermutete anhand meiner heftigen Gefühle, daß ein Zusammenhang zwischen dem Märchen "Von einem, der auszog, das Fürchten zu lernen" und dem Schicksal des Patienten bestand. Er hatte nämlich in seinem frühen Lebensalter schwere Traumatisierungen erlitten. Jugendamtsakten belegten, daß das Pflegekind Jochen von Geburt an mangelhaft versorgt war und zwischen seiner jugendlichen Mutter, deren Mutter und den Eltern des inhaftierten Vaters hin und hergereicht wurde, seine Mutter sich kurz nach der Operation suizidierte, er nach dem langen Klinikaufenthalt mit fast eineinhalb Jahren in ein Säuglingsheim verlegt wurde, wo die Kinder noch die meiste Zeit im Gitterbett verbrachten und von wo er mit 3 Jahren in eine Pflegefamilie kam.

Beim erneuten Lesen des Märchens war ich erstaunt, weil es mir wie ein Bilderbuch der inneren Welt von Traumatisierten erscheint, ähnlich wie sie auch in Bildern von Hyronimus Bosch gemalt oder in Dantes Inferno oder dem Mythos der Medusa¹ beschrieben wurde: Gespenster und Geister, brennendes Feuer, Eiseskälte, Leichenstarre, von Kopf bis Fuß gespaltene Menschen, deren Fragmente sich zu ganzen Menschen zusammensetzen, Menschenleere und Einsamkeit, Spiele mit Leichenteilen, Unfälle und mörderische Aggressivität. In dieser Welt schien Jochen zu Hause zu sein.

1. Was ist ein Trauma?

Ein Trauma ist ein plötzliches, intensives, gewalttätiges und schmerzhaftes Ereignis, das die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten eines Menschen überfordert, weil es die Psyche gleichsam überschwemmt. Schwere Unfälle, Mißhandlungen und sexueller Mißbrauch sind Prototypen dieses

¹ Vgl. Göbel 1994

Geschehens, die ein Übermaß an Stimulierung bieten. Aber auch das Gegenteil, ein das erträgliches Maß übersteigender Mangel an Stimulierung, der z. B. bei Deprivationen vorliegt, wirkt traumatisierend und hemmt ebenfalls die normale Entwicklung. (Shengold 1995, S.15) Sowohl ein Übermaß an Stimulierung als auch deren Mangel können traumatisierend wirken und haben einen Rückzug vom Körpergefühl (**Beispiel**: nicht warm und kalt oder hungrig und satt unterscheiden können) und von den Emotionen (**Beispiel**: starres Gesicht, überdrehte Quirligkeit) zur Folge und erzwingen Abwehrmaßnahmen (**Beispiel**: Schläger, Vielfraß, Kasper) gegenüber der schrecklichen Gefühlsintensität.

In den letzten Jahren ist über Traumatisierungen vermehrt gearbeitet worden.²

Sigmund Freud konstatierte, daß in der traumatischen Neurose das Trauma, z. B. eine gewalttätige oder sexuelle Mißhandlung oder ein Objektverlust, durch ständige Wiederholung des Ereignisses zu verarbeiten versucht wird. Dieser Versuch, die übermäßige Erregung nachträglich zu verarbeiten, wird vor allem durch eine Wendung von der Passivität zur Aktivität möglich, indem man nicht erleidet und Opfer ist, sondern etwas tut. Freud (1920) meint, daß die ständige Wiederholung eines Ereignisses strukturbildende Funktion hat und auf diesem Wege ein Trauma schließlich psychisch repräsentiert werden kann. Bei den Wiederholungen wird das traumatische Ereignis von der Psyche bearbeitet, d. h., daß es sich dem wirklichen Geschehen gegenüber verändert. Aber es wird so den augenblicklichen Erfordernissen, z. B. dem Lebensalter des Menschen angepaßt.

Diese Art des Umgangs mit dem Trauma zeigte sich bei einer durch eine brutale Vergewaltigung schwer traumatisierte Jugendliche. Sie hatte sich nach der Tat aufgrund unerträglicher Schamgefühle niemandem anvertrauen können, und hat das schreckliche Ereignis kurz danach total verdrängt. Stattdessen hat sie eine Bulimie entwickelt und sich von allen Kontakten zurückgezogen. Als sie schwer depressiv und sehr dick geworden war, wurde die Behandlung bei mir eingeleitet. Die analytische Arbeit bestand im Wiederauffinden des verdrängten Ereignisses: Sie setzte sich damit auseinander, was wirklich vorgefallen war und bearbeitete allmählich die mit dem Trauma verbundenen heftigen unterschiedlichen Affekte. In schmerzhaften Konfrontationen, die immer auch die Gefahr der Retraumatisierung bergen, arbeitete die Patientin sich in der Therapie schrittweise an ihre Erinnerungen und Gefühle heran. Dieser mühevollen Prozeß hat mehrere Jahre in Anspruch genommen. Diese Jugendliche hatte dank einer Kindheit in heilen familiären Beziehungen die psychischen Voraussetzungen, dem lange Unsagbaren Worte zu geben und dem gefühlsmäßig Unerträglichen schließlich die abgespaltenen Gefühle wieder zuzufügen.

Je jünger ein Mensch von einem Trauma getroffen wird, desto geringer sind die Möglichkeiten, auf diese Weise das Erlebnis zu verarbeiten. Das Ich hat die Fähigkeiten zur Realitätsprüfung und Antizipation noch nicht ausreichend entwickelt, und es stehen noch keine psychischen Strukturen zur Verfügung, innerhalb derer das Trauma bearbeitet werden könnte.³ Das Ich, das sich in den ersten Lebensjahren durch die Interaktionen des Kindes mit seinen Pflegepersonen formt, ist nur erst rudimentär ausgebildet. Die Art und Weise der Interaktionen ist entscheidend für die Form oder Qualität des sich entwickelnden Ich und Selbst. Die neuere Säuglingsforschung hat in vielen

² Vgl. Becker 1990, Furman 1986, Heigl-Evers/Kruse 1991, Holderegger 1993, Kennedy 1986, Küchenhoff 1990, Terr 1995, Wurmser 1993, Yorke 1986

³ Zur Unterscheidung sog. "früher" und "später" Traumata vgl. Küchenhoff (1990), der einen qualitativen Unterschied sieht, der durch das Leistungsvermögen eines bereits ausgebildeten Ichs beim Erwachsenen bestimmt ist. (S. 17)

differenzierten Ergebnissen gezeigt, wie die Erfahrungen innerhalb dieser Interaktionen die Struktur des psychischen Apparates formt, und bereits Rene Spitz wies in seinen Forschungsarbeiten in den vierziger und fünfziger Jahren auf die katastrophalen Folgen emotionaler Deprivation hin und schuf den Begriff des Hospitalismussyndroms. Ich tippe dies nur in aller Kürze an und will damit sagen, daß sich ein reifes Ich im lebendigen emotionalen Beziehungsaustausch zwischen dem Säugling und seinen Beziehungspersonen entwickelt.

Wenn ein Trauma ein Kleinkind in diesen ersten Lebensmonaten trifft, wird es anders damit umgehen müssen und kann es nicht wie ältere Kinder, Jugendliche oder Erwachsene zu bewältigen versuchen: das traumatische Geschehen abzuspalten, es völlig zu verdrängen, oder die traumatische Erfahrung gegen andere Erfahrungen abzugrenzen, weil einfach die notwendigen Strukturen noch gar nicht vorhanden sind, um solche geistigen Aktivitäten vorzunehmen. (Küchenhoff 1990) Trifft ein Trauma das Kind in dieser Zeit, bevor die Fähigkeit zur Symbolisierung und zur Sprachfähigkeit ausgebildet ist, resultiert daraus eine diffuse Spannung mit primitiven Generalisierungen der sensomotorischen Schemata (Piaget) und ein reaktives Auslösen von Handlungsmustern wie Schreien, Strampeln, Abwenden. Das bedeutet, daß sehr frühe Traumatisierungen nicht psychisch repräsentiert sind, d. h. keine Erinnerungsspuren hinterlassen haben, sondern körpernah als innere Spannung oder Unruhe erlebt werden und den Patienten als getrieben und gefühllos wirken lassen. Dieses Körpererleben mit seinen diffusen, undifferenzierten und manchmal überwältigenden Spannungen bleibt wie ein Fremdkörper im seelischen Erleben, das sprachlicher Bewältigung nicht zugänglich ist. (Heigl-Evers/Kruse S. 124) Das Ergebnis dieser Vorgänge ist der therapeutisch bekannte und in der psychoanalytischen Literatur häufig beschriebene Mangel an Urvertrauen, was zur Folge hat, daß gute Beziehungserfahrungen nicht verinnerlicht werden können. Stattdessen wird Gefahr und Unberechenbarkeit inkorporiert, und die entscheidende Lebenserfahrung ist Unsicherheit und Bedrohung mit einem inneren Szenarium, das ich anhand des Märchens deutlich gemacht habe, und das jeder von uns aus Therapien kennt. Das Trauma hat die gesamte Welt des Kindes geformt. Die traumatischen Erfahrungen finden ihren Niederschlag im Apparat selbst, und das Trauma ist dann nicht ein Fremdkörper, sondern Teil des Selbst und der Identität geworden.⁴

Sie werden im Zuge von Reifungsprozessen des Gedächtnisses und der symbolischen und repräsentativen Funktionen überarbeitet, und einige werden symbolisch abgespeichert. Weitgehend aber schlagen sie sich nieder zu Handlungs- und Erwartungsmustern auf sensomotorischem Funktionsniveau (Naumann-Lenzen 1994, S. 239), die nie eine symbolische Wirklichkeit in Form subjektiver Wünsche, Ängste oder Ziele bekommen. Wie sieht das konkret aus: Nicht nur in der psychoanalytischen Behandlung sondern im Kontakt überhaupt zeigen sich traumatische Früherfahrungen als diffuse, körpernah erlebte Spannungen, Neigung zum Agieren, Panikattacken, Wutausbrüchen. Diese innere Situation des Kindes ist relativ unabhängig davon, ob sich die traumatische Situation inzwischen geändert hat, weil im Kind sozusagen ein Übermaß reaktiver Aggression vorhanden ist und seine Beziehungen bestimmt. Es ist so, daß das Kind seine gefährdete innere Situation in seinen Außenbeziehungen realisiert und erlebt. Durch das Trauma sind die Affekte von Wut, Haß und Destruktion so heftig, daß sie sozusagen die anderen angeborenen Affekte übertönen und die gesamte Funktionsmöglichkeit der Psyche mit dem

⁴ A. Freud war gegen eine Ausweitung des Traumabegriffs. Sie wollte ihn auf Entwicklungsphasen beschränken, in denen Strukturbildung bereits stattgefunden hat und in denen die Vermittlerrolle des Ich bereits etabliert ist. (1980 a, S. 1828-1829)

Wahrnehmen, Erinnern, Kommunizieren und Regulieren verlorengelassen. Die Welt und die Beziehungen sind lebensgefährlich geworden.

So wie das Alter, in dem ein Trauma einen Menschen trifft, Auswirkungen für die Bewältigung hat, ist es auch von entscheidender Bedeutung, ob es sich um eine einmalige traumatische Situation, wie etwa bei einer Naturkatastrophe oder einem Unfall handelt, oder ob sich die Traumata ständig wiederholen, wie das z. B. im Zusammenleben mit psychotischen, alkoholkranken oder gewalttätigen Eltern geschieht. Lenore Terr, eine amerikanische Traumaforscherin, die seit Jahren Kindheitstraumata und deren psychische Bewältigung erforscht, schlägt vor, Kinder mit unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen zu unterscheiden: Kinder, die ein einmaliges traumatisches Erlebnis gehabt haben, gehören zum Trauma-Opfer Typ I, wiederholt traumatisierte Kinder zum Trauma-Opfer Typ II. Sie konstatiert, daß über drei Jahre alte Kinder vom Typ I, die ein einzelnes furchtbares Erlebnis durchmachten, nahezu immer in der Lage sind, ihre Erfahrungen in präzisen Details nachzuerzählen.⁵ Trauma-Opfer vom Typ II dagegen, die wiederholten Traumatisierungen ausgesetzt sind, "sind in der Lage, massive Schutzmechanismen gegen das Erinnern aufzubauen, weil darin für sie die einzige Möglichkeit besteht, ihre schreckliche Kindheit zu überstehen." (Terr, S. 30)

Wie verändern sich die Interaktionen durch eine Traumatisierung?

Das affektive Klima zwischen dem Kleinkind und seinen Bezugspersonen verändert sich durch ein Trauma oder noch mehr durch wiederholte Traumatisierungen in charakteristischer Weise: Das Spannungsniveau im Kind erhöht sich derart, daß es nicht auszugleichen ist und sich allmählich eine negative Grundstimmung⁶ mit feindseliger Beziehungsaufnahme und raschen Stimmungsumschwüngen einstellt. Das Aggressionspotential ist in ständiger Aktionsbereitschaft. Die Kinder sind auf Kampf eingestellt und greifen an, bevor sie selbst verletzt werden können. Es kann sich kein kohärentes Selbst mit einem Gefühl der Ich-Identität entwickeln, und die Kinder bleiben in klammernder Abhängigkeit von den Objekten, die sie doch gleichzeitig immer wieder von sich stoßen müssen, um nicht erneut der Gefahr der Traumatisierung ausgesetzt zu sein. Diese agitierte, wütende Destruktion, die sich im Laufe der Entwicklung des Kindes aus den von Lichtenberg so beschriebenen Hochspannungszuständen entwickelt, ist ein emotionaler Ausdruck, der sich vor allem körpernah ausdrückt. Die Kinder können in der Schule oder bei Tisch nicht stillsitzen und verwandeln das Therapiezimmer von einem Augenblick zum anderen in ein Chaos. Sie bekommen bei pädiatrischen oder kinderpsychiatrischen Untersuchungen häufig die Diagnose eines Hyperkinetischen Syndroms und werden mit Psychopharmaka behandelt. Meines Erachtens erfaßt man mit dieser Diagnose nur einen Teilaspekt⁷ ihrer Erkrankung, weil die Beziehungsdynamik nicht genügend berücksichtigt wird. Häufig findet die innere Situation auch Ausdruck in psychosomatischen Beschwerden. So litt mein Patient Jochen, der das Fürchten lernen wollte, z. B. an einem endogenen Ekzem und andere Kinder klagen fortgesetzt über Bauchschmerzen oder können nicht schlafen.

⁵ Terr hat ausführliche Forschungsergebnisse zu dieser These vorgelegt, die sie in Untersuchungen über die 26 Kinder aus Chowchilla gewonnen hat, die 1976 Opfer der Entführung eines Schulbusses wurden und die nach 77 Stunden körperlich unverehrt freikamen.

⁶ Lichtenberg (1990) nennt sie Hintergrundbeziehung.

⁷ Zum Problem der Diagnose und Behandlung des Hyperkinetischen Syndroms siehe das Themenheft der Zeitschrift Kinderanalyse.

Neben der wütenden Destruktion ist das andere Grundmuster der Reaktion Erstarrung und Depression. In dieser Reaktionsform wird die Hochspannung eingekapselt und bricht nur bei entsprechenden Auslösern hervor. Vorherrschend ist eine eingefrorene Gestik und Mimik, eine veränderte Sprache und ein abgewandter Blick, den die Kinder manchmal noch dadurch unterstreichen, daß sie die Augen verdecken. Bei ihnen ist das reiche Gefühlsleben mit den angeborenen Affekten erstarrt. "Psychisch bedeutet dies, den emotionalen Dialog mit dem äußeren Objekt abzubrechen, um nicht wieder in den Strudel der Triebe und Affekte zu geraten." (Göbel 1994, S. 15) Die Kinder sind abweisend, zurückgezogen und klammern sich in der Regel an ihre Mütter an, ohne jedoch in eine wirkliche Beziehung zu ihnen zu treten, wobei sie aber im nächsten Augenblick nach einer Kränkung wütend schreien oder auf sie einschlagen können. Es fehlt das aufeinander Eingestimmtsein zwischen beiden, weil die integrativen Fähigkeiten des Kindes durch zuviel Hochspannung überwältigt wurden und sich fragmentierte Selbst- und Objektempfindungen etabliert haben.

Innerhalb dieser beiden wesentlichen Grundmuster seelischer Funktionsweisen, dem aggressiv-destruktiven und dem erstarrt-depressiven, zeigen Kinder all die Symptome, die bei sog. Borderline-Entwicklungsstörungen auftreten, denn diese Kinder haben, wie ich in einer empirischen Untersuchung zu diesem Krankheitsbild zeigen konnte, alle ausnahmslos in ihrer Genese schwere Traumatisierungen erlitten.⁸ Zur Symptomatik dieser Kinder gehören Diskrepanzen im Entwicklungsverlauf, Selbstwertstörungen, Panikattacken, Kontaktstörungen, Selbstschädigungen, kurzdauernde psychotische Episoden und Lernstörungen.

An einer Lernstörung litt auch der Junge im Märchen. Er galt als dumm und hatte eine merkwürdige Art von Beschränkung, denn er konnte nicht fühlen. Das zeigte sich bei ihm daran, daß er sich nicht fürchten konnte. Selbst in großer Lebensgefahr merkte er nicht seine Gefährdung, verfügte aber dennoch über eine merkwürdige Art von Schläue und über enorme Kraftentfaltung, wenn er wütend wurde. Psychoanalytisch ausgedrückt war seine Unfähigkeit zur Signalangst wie auch seine Dummheit ein Ausdruck seiner Entwicklungsstörung, denn die Entwicklung von Signalangst ist eine Reifungserrungschaft, die von Kindern mit gravierenden Ich-Störungen nicht erreicht wird.

Durch Traumatisierung wird die Lernfähigkeit beeinträchtigt, weil das aversive System, also Haß und Wut, übermäßig stimuliert wird, in diesem Zustand aber Informationsverarbeitung, also Lernen im weitesten Sinn nicht möglich ist. Ein tobendes, schreiendes, zorniges Kind kann nicht lernen, weil das nur bei mäßiger Spannung und wacher Aufmerksamkeit geschehen kann. Ich kann diesen interessanten Gedanken hier nicht weiter verfolgen, er ist aber in bezug auf das Lernen im weitesten Sinne interessant: intellektuelle und affektive Prozesse haben einen engen Zusammenhang, was für die Gestaltung von Lernsituationen zu berücksichtigen wäre. Ich komme zu meinem Thema zurück:

Wodurch werden Säuglinge und Kleinkinder traumatisiert?

Ich möchte zur Beantwortung dieser Frage meine empirische Untersuchung über Borderline-Entwicklungsstörung heranziehen. Wie ich eben bereits erwähnte, haben die 191 in die Untersuchung

⁸ Vgl. Diepold 1994.

eingegangenen Kinder ausnahmslos in den ersten 3 Lebensjahren mindestens eine, manchmal mehrere Traumatisierungen erlitten. Ich will einige davon nennen, um deutlich zu machen, daß das Feld breit ist und über die gängigen und klassischen Traumatisierungen durch sexuellen Mißbrauch oder Mißhandlung weit hinausgeht. Es sind

Trennungen von den Eltern durch deren Tod oder durch Krankenhausaufenthalt, Deprivation, ständig wechselnde Betreuungspersonen, schwerer Streit in der Familie, Krankheiten (Eßstörung, Gipsbett, Frühgeburt mit Brutkasten, Ekzem, Allergien, Asthma, Infektionskrankheiten, Operationen), Mißhandlungen, sexueller Mißbrauch, schwere psychische Erkrankungen oder Alkoholismus der Eltern.

Die Tatsache, daß bei dieser Aufzählung Mißhandlungen und sexueller Mißbrauch nicht wie bei erwachsenen Patienten im Vordergrund stehen, sondern diese bei Kindern eher seltene Traumatisierungen (Mißhandlungen 34 %, sexueller Mißbrauch 18 %) neben anderen sind, hat m. E. vor allem den Grund, daß es sich um eine empirische Untersuchung von Kindern handelt, bei der die Eltern, die meistens Verursacher der Traumatisierungen sind, Angaben zur Genese machen und sich wohl nur selten selber anklagen. Von daher muß man gerade bei der Häufigkeit des diagnostizierten sexuellen Mißbrauchs oder gewalttätiger Mißhandlungen von einer hohen Dunkelziffer ausgehen, die nach internationalen Erfahrungen bei etwas 90 % liegt. (Kempe/Helfer (Hrsg.) 1972, S. XIIIff; Becker 1968, S. 138; zit. nach Amendt 1992, S. 125)

Die Verarbeitung dieser Erlebnisse scheint nach meinen Beobachtungen und den Ergebnissen der Literatur mit Hilfe der beiden beschriebenen Grundreaktionsmuster abzulaufen: einerseits wütende Destruktion und andererseits Erstarrung und Entlebendigung, wobei der Verlust der Symbolisierungsfähigkeit zu beiden Formen gehört.

Überlegungen zur Therapie früh traumatisierter Kinder

Dazu zunächst noch einmal ein Blick ins Märchen "Von einem, der auszog, das Fürchten zu lernen": Wie wird der junge Mann in diesem Märchen geheilt? Er hatte durch die Konfrontationen mit seiner schrecklichen Innenwelt und durch seinen Kampf mit den Monstern seiner Vergangenheit schließlich das Schloß erlöst und vom König dessen Tochter zur Frau bekommen. Er war zwar von seinem Alter her erwachsen geworden, konnte sich aber immer noch nicht fürchten. Den Zugang zu seiner Gefühlswelt bekam er erst, als seine junge Frau ihm nachts, als er schlief, die Decke wegzog und einen Eimer voll kalten Wassers mit zappelnden kleinen Fischen über ihn kippte. Da wachte er auf und rief, "ach was gruselt's mich, was gruselt's mich, liebe Frau! Ja, nun weiß ich, was Gruseln ist." Seine Frau hatte beherzt gehandelt: Sie mutete ihm etwas Unangenehmes zu und schaffte ihm damit ein heftiges, direktes, affektives und körpernahes Erleben, das ihn im Innersten erreicht und geheilt hat.

Ich möchte mein Nachdenken über das Märchen beenden, indem ich abschließend frage, ob uns dieser Schluß mit dem beherzten Handeln der Königstochter Hinweise für therapeutisches Handeln geben könnte.

Ich meine *Ja* und möchte das abschließend ausführen. Traumatisierte Kinder verwickeln uns in ein intensives Beziehungsgeflecht. Wenn sie sich wütend, destruktiv und hyperaktiv verhalten, externalisieren sie ihre traumatischen Erfahrungen, d. H. sie verlegen sie nach außen. Wenn sie seelisch erstarrt sind, haben sie die lebendigen Beziehungen abgebrochen und sich mit Unbelebtem

identifiziert. Beide Grundreaktionsmuster lösen heftige Gegenübertragungsgefühle aus und machen therapeutisches Handeln schwierig. Die Mehrzahl der traumatisierten Kinder versucht heftig agierend die Grenzen in der Therapie, in der Schule oder der Familie zu überschreiten. Sie sind motorisch impulsiv, erschrecken mit unartikulierten Lauten, werden von widerstreitenden Triebimpulsen überschwemmt, zeigen Wut von kannibalistischer Heftigkeit (Shengold S. 132) und stürzen ihre Beziehungspersonen in Verwirrung und Angst. Das löst bei diesen heftige eigene Aggressionen, Gefühle von Überlastung und Wünsche aus, das Kind loszuwerden. Wenn diese Gefühle in uns Therapeuten auftauchen, erzeugt das Zweifel an der therapeutischen Identität und Schuldgefühle. Aber man entwickelt auch Mitleid mit dem Kind und möchte, daß es ihm besser als bisher geht, was dazu verleiten kann, korrigierende emotionale Erfahrungen anzubieten. Das würde zwar die eigene psychische Streßsituation erleichtern, aber auch die Möglichkeit nehmen, das Trauma in der therapeutischen Beziehung zu bearbeiten.

In der Anfangsphase der Behandlung ist durch die ungesteuerte Motorik und Hektik, mit der von einem Spiel zum nächsten gehetzt und Grenzen überschritten werden, der therapeutische Rahmen in Gefahr. Dann besteht die erste wichtige Aufgabe darin, die Stabilität des Rahmens zu sichern: alles, was gegen die Paktabsprachen (**erläutern**) gerichtet ist, muß unmißverständlich unterbunden werden. Dazu ist Eindeutigkeit und Entschlossenheit notwendig. Eine gewährende Haltung dient, wie ich aus eigener Erfahrung und aus vielen Supervisionen weiß, nur der eigenen Angstentlastung, nimmt dem Kind aber den Halt, den es nötig braucht, weil sie das Agieren fördert und damit auch die Angst im Kind anwachsen läßt.

Zu Beginn der Behandlung stellt sich die traumatische Identität in der Beziehung zum Therapeuten, der Übertragung, dar, indem Gewalt real wird und sich in Beziehungslosigkeit, destruktiver Aggressivität und oder Entlebendigung äußert, wie Göbel den Zustand der seelischen Erstarrung nennt (1994, S. 19). Der eigentliche traumatische Inhalt ist nicht symbolisiert und ist dem Fühlen nicht zugänglich. Man wird als Analytiker mit primärprozeßhaftem Material überschwemmt. Dafür fehlt in der Regel der eigene Erfahrungsrahmen, und die Empathiefähigkeit ist überfordert. Bion hat für das Beziehungsgeschehen in diesem Kontext die Metapher vom Container geprägt, der das Erleben und die Affekte des Patienten, die zur Zeit keinen anderen Ort finden können, aufnimmt.

Schwierigkeiten ergeben sich allerdings dadurch, daß das Deponierte nicht still in uns ruht, sondern Wirkung entfaltet. Wir sind eben nicht leblos wie Container, sondern fühlende Menschen, die von dem Leid der traumatisierten Kinder angerührt werden. Was das Kind selbst noch nicht fühlen kann, entfaltet doch in ihnen seine affektive Wirkung. Die Voraussetzung für *unser* Fühlen ist allerdings, nicht der vom Patienten induzierten Gefahr der Erstarrung oder der Übererregung zu erliegen, wobei besonders die Übererregung die Gefahr des Gegenübertragungsgagierens in sich birgt. Aber gerade darin besteht auch die Anstrengung dieser Arbeit, daß Therapeuten durch ihr Fühlen erfassen, was das Kind an Leid in sich hat und sich trotzdem nicht verführen lassen, dieses Leid wieder gutmachen zu wollen. Das ist nicht möglich, und man würde bei dem Versuch eine Spirale von Bedürfnissen und eine regressive Eskalation im Kind in Gang setzen.

Im Märchen beginnt der junge König zu fühlen, als seine Frau ihn mit kaltem Wasser und Fischen übergießt. Wir müssen unsere traumatisierten Patienten mit Frustrationen, Konfrontationen oder der Verweigerung des Mitagierens treffen und ihnen unter Umständen sogar erneut Schrecken und Schmerz zufügen, damit die seelische Erstarrung ein Ende hat und der Weg zu den Gefühlen frei werden kann. Indem Kinder anfangen zu fühlen, hören sie auf, das Trauma zu wiederholen. Sie

stellen sich dann ihren Verletzungen und der Erkenntnis, daß nichts diese Verletzungen ungeschehen machen und keiner diese je wieder gutmachen kann. Das löst zuweilen das Gefühl aus, daß die innere Wut so groß ist, daß sie nie aufhört, wie mein Patient Jochen das einmal gesagt hatte, "diese Wut hört niemals auf." Indem er diesem Gefühl eine Wortgestalt geben konnte, hatte er sie gefühlt und damit bereits einen ersten Schritt zur Bewältigung getan. Allerdings wird ihm der von Narben zerfurchte Bauch als ein Mahnmal seiner Traumatisierung sein Leben lang präsent bleiben. Aber durch die Konfrontation mit dem Trauma in der Therapie hat die damit verbundene Wut endgültig ein Ende gefunden; und das Leid, das bisher nur im Agieren und in diversen Symptomen seinen Ausdruck hatte finden können, konnte eine symbolische Gestalt bekommen. Indem er es in Worte faßte "weißt du eigentlich, daß meine Mama gestorben ist, traurig, nicht?" ist es der Vergangenheit zugeordnet worden und hat ihm den Weg zu altersgerechter Entwicklung freigemacht.

All das ist schwer auszuhalten, weil wir in dieser Arbeit nur sehr begrenzt auf unsere Professionalität zurückgreifen können. Das, was heilt, ist unser menschliches Fühlen.⁹ Aber es gibt in der Analyse von Kindern eine entscheidende Kraft, die dieser Arbeit entgegenkommt, und das ist die Kreativität der Kinder. Sie finden für ihre spezifische Konfliktlage genau die Spiele, mit Hilfe derer sie ihre Bearbeitung des Traumas vorantreiben. Vom uns ist gefordert, sich wach und sensibel darauf einzustellen, zu verstehen versuchen, was das Kind in der Spielsymbolik zeigt und den wechselseitigen Inszenierungen im Spiel zu folgen (Herzog 1994). Es geht nicht um treffende Deutungen, sondern um die therapeutische Nutzung des "Spielraums" oder "Möglichkeitsraums", in dem das Kind der Regisseur ist und bleibt und das Tempo seiner inneren Entwicklung bestimmt (Kelleter 1994). Dann kann der Therapieraum zum "imaginären Raum" zwischen dem Trauma und der Realität werden.

⁹ Vgl. Holderegger, S. 150, Göbel, S. 20f.

Literatur

- Amendt, G. (1992): Das Leben unerwünschter Kinder. Frankfurt/M (Fischer)
- Becker, D. (1990): Ohne Haß keine Versöhnung. Aus der therapeutischen Arbeit mit Extremtraumatisierten in Chile. In: E. Herdieckerhoff et al. (Hrsg.): Hassen und Versöhnen. Psychoanalytische Erkundungen. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 107-120
- Diepold, B. (1994): Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern. Bremen (Phil. Diss.)
- Ehlert, M.; Lorke, B. (1988): Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. In: Psyche, Bd. 42, S. 502-532
- Freud, A. (1980): Anmerkungen zum psychischen Trauma. München (Kindler) = Die Schriften der Anna Freud, Bd. VI, S. 1819-1838
- Freud, A.; Burlingham, D. (1980): Kriegskinder. München (Kindler) = Die Schriften der Anna Freud, Bd. II, S. 496-561
- Freud, S. (1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: G. W. Frankfurt a. M. (S. Fischer), Bd. XI
- Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. In: GW XIII. Frankfurt a. M. (Fischer)
- Fuhrman, E. (1986): On Trauma. When is the death of a parent traumatic?. In: The Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 41, S. 191-208
- Göbel, S. (1994): Das Haupt der Medusa. Psychische Gefährdungen des Psychoanalytikers als Objekt extremer Übertragungskonstellationen. In: Forum der Psychoanalyse, Bd. 10, S. 13-24
- Greenacre, P. (1949): A Contribution to the Study of Screen Memories. In: The Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 3/4, S. 73-74
- Greenacre, P. (1982): Reconstruction: Its Nature and Therapeutic Value. In: Journal of the American Psychoanalytic Association, Bd. 29, S. 386-402
- Heigl-Evers, A.; Kruse, J. (1991): Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Bd. 40, S. 122-128
- Herzog, J.M. (1994): Spielmethoden in Kinderanalysen. In: F. Pedrina u. a. (Hrsg.): Spielräume. Begegnungen zwischen Kinder- und Erwachsenenanalyse. Tübingen (edition diskord), S. 15-34
- Holderegger, H. (1993): Der Umgang mit dem Trauma. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart (Enke)
- Kelleter, R. (1994): Austausch im intermediären Raum. Zur Gestaltung der analytischen Situation in der Kinderanalyse. In: F. Pedrina u. a. (Hrsg.): Spielräume. Begegnungen zwischen Kinder- und Erwachsenenanalyse. Tübingen (edition diskord), S. 35-50
- Kennedy, H. (1986): Trauma in childhood. In: The Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 41, H. 209-219
- Lichtenberg, J.D. (1990): Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung. In: Psyche, Bd. 44, S. 871-901
- Masson, J.M. (1984): Was hat man dir, du armes Kind getan?. Reinbek (Rowohlt)
- Naumann-Lenzen, M. (1994): Jenseits der Deutung. Zur Kontroverse um das Verhältnis von Deutungs-, Beziehungs- und Spielaspekten bei Psychopathologien aus der sogenannten präverbale Lebensphase. In: AKJP, Bd. 25, H. 83, S. 235-272
- Parens, H. (1979): The development of aggression in early childhood. New York (Aronson)
- Parens, H. (1993): Neuformulierungen der psychoanalytischen Aggressionstheorie und Folgerungen für die klinische Situation. In: Forum der Psychoanalyse, Bd. 9, S. 107-121
- Terr, L. (1995): Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht. München (Kindler)
- Wurmser, L. (1993): Das mißhandelte Kind. Zum Umgang mit Seelenblindheit und Seelenmord in der Therapie schwerer Neurosen. In: Arbeitskreis DGPT/VAKJP für analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, H. 5, S. 60-99
- Yorke, C. (1986): Reflections on the problem of psychic trauma. In: The Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 41, S. 221-236

Anschrift der Verfasserin:
Dr. phil. Barbara Diepold

Schildweg 20
D-37085 Göttingen