

"Diese Wut hört niemals auf"

Zum Einfluß realer Traumatisierungen auf die Entwicklung von Kindern (1997)¹

Zusammenfassung

Der Beitrag nimmt zunächst eine Klärung des Traumabegriffs vor, untersucht dann den Einfluß von Traumen auf soziale Interaktionen, beschreibt Ursachen frühkindlicher Traumatisierungen und die Entwicklung von Kindern mit diesem Schicksal und schließt anhand eines Märchens und der Fallstudie eines siebenjährigen Jungen mit Überlegungen zur analytischen Therapie.

The paper defines the concept of trauma, discusses the influence of early traumata on social interactions, describes causes of severe traumata in early childhood, and the development of such children, closing with remarks on psychoanalytic therapy while using a fairy tale and a case study of a seven year-old boy.

1 Einleitung

"Lies mir wieder vor, Du weißt schon," sagt mein siebenjähriger Patient, 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 schrieen 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

¹Veröffentlicht in: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKJP) 27, 1997, 73-85

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, wenn's 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 Gegenübertragungsgefühle waren mir noch präsent. Ich vermutete, daß ein Zusammenhang zwischen dem Märchen und den schweren Traumatisierungen des Patienten bestand. Jugendamtsakten belegten, daß das Pflegekind Jochen von Geburt an mangelhaft versorgt war, seine Mutter sich kurz nach der Operation suizidierte, er nach dem langen Klinikaufenthalt mit fast eineinhalb Jahren in ein Säuglingsheim verlegt wurde, von wo er mit 3 Jahren in eine Pflegefamilie kam.

Beim 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 Hieronymus Bosch gemalt oder in Dantes *Inferno* oder dem Mythos der Medusa² beschrieben wurde: Gespenster und Geister, brennendes Feuer, Eiseskälte,

²Vgl. Göbel 1994.

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 war Jochen zu Hause.

2 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 Geschehens, die ein Übermaß an Stimulierung bieten. Aber auch das Gegenteil, ein das erträgliche Maß übersteigender Mangel an Stimulierung, der z. B. bei Deprivationen vorliegt, wirkt traumatisierend und hemmt ebenfalls die normale Entwicklung (Shengold 1995, 15). Sowohl ein Übermaß an Stimulierung als auch deren Mangel können traumatisierend wirken und haben einen Rückzug vom Körpergefühl und von den Emotionen zur Folge und erzwingen Abwehrmaßnahmen gegenüber der schrecklichen Gefühlsintensität. Freud sagt dazu: "Wir nennen so (Trauma, *Einfügung B. D.*) ein Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, daß die Erledigung oder Aufarbeitung derselben in normalgewohnter Weise mißglückt, woraus dauernde Störungen im Energiebetrieb resultieren." (1916/17, 284) Diese Beschreibung im Kontext von psychischer Energie und Ökonomie beschreibt den Zusammenbruch der Abwehrmöglichkeit der Opfer durch Reizüberflutung.

In Bezug auf das Verständnis von Traumatisierungen wirkt bis heute Freuds gewandeltes Traumaverständnis nach, der in seiner 1896 entwickelten Verführungstheorie zunächst die sexuelle Verführung des Kindes für die spezifische Entstehungsursache der Psychoneurosen, besonders aber der Hysterie, verstand. Er nahm später die ubiquitäre Bedeutung sexueller Traumatisierung zurück und hielt dagegen frühkindliche Phantasien und die Bewältigung des Ödipuskomplexes für entscheidende Faktoren bei der Neurosenentstehung. Entgegen der Meinung von Massen (1984) hat Freud jedoch die zentrale Bedeutung von Verführungen für die Persönlichkeitsentwicklung nie ganz verworfen, aber er hat als Folge dieser Art der Traumatisierung die Entstehung einer traumatischen Neurose angenommen (1920). Sein Positionswechsel hat in der Geschichte der Psychoanalyse für die Einschätzung der Bedeutung von sexuellen und gewalttätigen Traumatisierungen für die psychische Entwicklung von Kindern insofern eine wichtige Rolle gehabt, weil ihnen verhältnismäßig wenig Forschungsaktivität gewidmet wurde.

Eine Ausnahme bilden Arbeiten zur Auswirkung von Krieg und Holocaust auf Kinder (u. a. A. Freud / D. Burlingham 1980, H. Keilson 1979) und die Arbeiten von P. Greenacre zu Deckerinnerungen und Rekonstruktionen von 1949, 1975 und 1982. In den letzten Jahren ist das Interesse an Traumatisierungen neu erwacht, und es sind wichtige Arbeiten zu diesem Thema erschienen.³

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 binden, abzureagieren oder zu assimilieren versucht

³Vgl. Becker 1990, Furman 1986, Heigl-Evers / Kruse 1991, Holderegger 1993, Kennedy 1986, Küchenhoff 1990, Terr 1995, Wurmser 1993, Yorke 1986.

wird. Dieser Versuch, die übermäßige Erregung nachträglich zu verarbeiten, wird vor allem durch eine Wendung von der Passivität zur Aktivität möglich. Freud (1920) meint, daß auf diesem Wege ein Trauma schließlich psychisch repräsentiert werden kann und auf diese Weise die Wiederholung strukturbildende Funktion hat. Bei den Wiederholungen unterliegt das traumatische Ereignis der Bearbeitung der Psyche, durch die es den augenblicklichen Erfordernissen angepaßt wird.

Diese Art des Umgangs mit dem Trauma zeigte sich bei einer durch eine brutale Vergewaltigung schwer traumatisierten Jugendlichen. Sie hatte sich nach der Tat aufgrund unerträglicher Schamgefühle niemandem anvertraut und das Trauma kurz danach total verdrängt. Stattdessen hatte sie eine bulimische Symptomatik entwickelt und sich von allen Kontakten zurückgezogen. Die analytische Arbeit besteht im Wiederauffinden des Verdrängten, der Beantwortung der Frage, was wirklich vorgefallen ist und der Aufarbeitung der mit dem Trauma verbundenen 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.

Je jünger ein Mensch von einem Trauma getroffen wird, desto gefährdeter ist die Psyche, weil das Ich seine Fähigkeiten zur Realitätsprüfung und Antizipation noch nicht ausreichend entwickelt hat und noch keine Strukturen zur Verfügung stehen, innerhalb derer das Trauma bearbeitet werden könnte.⁴ Das Ich, das sich innerhalb der Interaktionserfahrungen des Kindes mit seinen Pflegepersonen formt, ist nur erst rudimentär ausgebildet. Daher ist die Art und Weise der Interaktion entscheidend für die Form oder Qualität des sich entwickelnden Ich-Selbst. Die Erfahrungen innerhalb dieser Interaktionen formen die Struktur des psychischen Apparates, und diese sind als solche strukturbildend.

Wenn ein Trauma ein Kleinkind in den ersten Lebensmonaten, in denen der psychische Apparat sich gerade entwickelt, trifft, kann es nicht wie ältere Kinder, Jugendliche oder Erwachsene das Trauma abspalten, in toto verdrängen oder die traumatische Erfahrung gegen andere Erfahrungen abgrenzen, weil die notwendigen Strukturen für solche Operationen noch nicht vorhanden sind (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 körperlich 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, 124). Das Ergebnis dieser Vorgänge ist der therapeutisch bekannte und in der psychoanalytischen Literatur häufig beschriebene

⁴Zur 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.

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. Das Trauma hat die gesamte Welt des Kindes geformt. Nach Küchenhoff (1990) finden die traumatischen Erfahrungen ihren Niederschlag im Apparat selbst, und das Trauma ist dann nicht ein Fremdkörper, sondern Teil des Selbst und der Identität geworden. In diesem Sinne spricht er von "traumatischer Identität" oder "traumatischer Identitätsbildung".⁵

Die Erfahrungen dieser ersten Lebensmonate werden im Zuge von Reifungsprozessen des Gedächtnisses und der symbolischen und repräsentativen Funktionen überarbeitet, einige symbolisch encodiert, weitgehend aber organisiert zu Handlungsmustern auf dem sensomotorischen Funktionsniveau (Naumann-Lenzen 1994, 239), die nie symbolische Repräsentanz in Form subjektiver Wünsche, Ängste oder Ziele erlangen. Nicht nur in der psychoanalytischen Behandlung, sondern im Kontakt überhaupt, zeigen sich diese Erfahrungen 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 ein Übermaß reaktiver Aggression die Beziehungen und die gefährdete innere Situation des Kindes seine Außenbeziehungen bestimmen.

Die ursprüngliche Affektkonstellation mit den verschiedenen angeborenen Affekten verliert ihre Organisierungsfunktion, die im Wahrnehmen, Erinnern, Kommunizieren und Regulieren besteht, wenn durch ein Trauma die Wut und Destruktion über die anderen Affekte zu siegen beginnt. 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. durch psychotische, alkoholranke oder gewalttätige Eltern geschieht. Terr, eine amerikanische Kinderpsychiaterin und Therapeutin, die seit Jahren Kindheitstraumata und deren psychische Bewältigung erforscht, schlägt aufgrund ihrer Untersuchungen an Kindern mit unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen eine Unterscheidung zwischen Kindern mit einem einmaligen Trauma und wiederholt traumatisierten Kindern vor, weil die Auswirkungen unterschiedlich seien. Sie spricht vom Trauma-Opfer Typ I bei den Kindern, die ein einmaliges traumatisches Erlebnis gehabt haben, und vom Trauma-Opfer Typ II bei wiederholt traumatisierten Kindern. 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.⁶ Trauma-Opfer vom Typ II dagegen, die wiederholten Traumatisierungen ausgesetzt sind, "sind

⁵A. 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. (1980a, 1828-1829)

⁶Terr 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 unversehrt freikamen.

in der Lage, massive Schutzmechanismen gegen das Erinnern aufzubauen, weil darin für sie die einzige Möglichkeit besteht, ihre schreckliche Kindheit zu überstehen" (Terr, 30).

3 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 Grundstimmung⁷ 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. Dieser Zustand wird in Arbeiten über erwachsene traumatisierte Patienten mit Agitiertheit beschrieben⁸ und in amerikanischen Untersuchungen über Kinder als "temper tantrum" (Wutausbrüche) beschrieben. 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 körperlich 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 damit nur einen Teilaspekt⁹ 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.

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 abubrechen, um nicht wieder in den Strudel der Triebe und Affekte zu geraten." (Göbel 1994, 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 Eingee-

⁷Lichtenberg (1990) nennt sie Hintergrundbeziehung.

⁸Vgl. die Literaturnennungen bei Göbel 1994, 16.

⁹Zum Problem der Diagnose und Behandlung des Hyperkinetischen Syndroms siehe das Themenheft der Zeitschrift Kinderanalyse.

stimmtsein zwischen beiden, weil die integrativen Fähigkeiten des Kindes durch zu viel Hochspannung überwältigt wurden und sich fragmentierte Selbst- und Objektempfindungen etabliert haben. Das aversive System des Kindes wird durch Gefühle von Unlust und Wut aktiviert und sein Angriffs- oder Rückzugsverhalten herausgefordert.¹⁰

Innerhalb dieser beiden wesentlichen Grundmuster seelischer Funktionsweisen, dem aggressiv-destruktiven und dem erstarrt-depressiven, zeigen Kinder all die Symptome, die bei Borderline-Entwicklungsstörungen auftreten, denn diese Kinder haben, wie meine empirische Untersuchung gezeigt hat, alle ausnahmslos in ihrer Genese schwere Traumatisierungen erlitten.¹¹ Zur Symptomatik gehören Diskrepanzen im Entwicklungsverlauf, Selbstwertstörung, Panikattacken, Kontaktstörungen, Selbstschädigungen, kurzdauernde psychotische Episoden sowie Lernstörungen.

An einer Lernstörung litt auch der Junge im Märchen. Er galt als dumm und hatte eine merkwürdige Art von Beschränkung, denn ihm fehlte eine wichtige Fähigkeit: er konnte sich nicht fürchten. 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 Reifungserrungenschaft, die von Kindern mit gravierenden Ich-Störungen nicht erreicht wird.

Durch Traumatisierung wird die Lernfähigkeit beeinträchtigt, weil das aversive System 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. Erkenntnisse bezüglich eines Zusammenhangs zwischen intellektuellen und affektiven Prozessen könnten neue Möglichkeiten zur Gestaltung von Lernsituationen eröffnen.

4 Wodurch werden Säuglinge und Kleinkinder traumatisiert?

Ich möchte zur Beantwortung dieser Frage meine empirische Untersuchung über Borderline-Entwicklungsstörung heranziehen, weil in dem Erhebungsfragebogen nach Traumata in den ersten drei Lebensjahren gefragt wurde und die Auswertung der Befragung einen guten Überblick gibt über die Lebensrealität dieser Kinder. Wie ich eben bereits erwähnte, haben die 191 in die Untersuchung eingegangenen Kinder ausnahmslos in den ersten 3 Lebensjahren mindestens eine, manchmal mehrere Traumatisierungen erlitten. Es sind 92 unterschiedliche Traumata genannt, die bei der Mehrzahl der Kinder als Mehrfachbelastungen auftraten. 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.

¹⁰Parens 1979b, 1993

¹¹Vgl. Diepold 1994.

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 selbst 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, XIIIff; Becker 1968, 138; zit. nach Amendt 1992, 125).

5 Zur Entwicklung traumatisierter Kinder

Trifft eine Traumatisierung ein Kind, nachdem der psychische Apparat entwickelt ist und Strategien zur Konfliktbewältigung bestehen, wird das Ich Verarbeitungsmöglichkeiten finden, auch wenn die üblichen Abwehrstrategien versagen.¹² Die Verarbeitung scheint sich meinen Beobachtungen und den Ergebnissen der Literatur nach um die beschriebenen Grundreaktionsmuster der wütenden Destruktion sowie der Erstarrung und Entlebendigung zu gruppieren, wobei der Verlust der Symbolisierungsfähigkeit ubiquitär ist.

6 Überlegungen zur Therapie früh traumatisierter Kinder

Wie wird der junge Mann im Märchen geheilt? Der Junge 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 erwachsen geworden, konnte sich aber immer noch nicht fürchten. Den Zugang zu seiner Gefühlswelt bekam er, 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 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 Patienten verwickeln ihre Therapeuten in ein intensives Beziehungsgeflecht. Wenn sie sich

¹²Vgl. Ehlert et al. 1988.

wütend, destruktiv und hyperaktiv verhalten, externalisieren sie ihre traumatischen Erfahrungen. 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 des Therapiepaktes und des Therapeuten zu überschreiten. Sie sind motorisch impulsiv, erschrecken mit unartikulierten Lauten, werden von widerstreitenden Triebimpulsen überschwemmt, zeigen Wut von kannibalistischer Heftigkeit (Shengold 1995, 132) und stürzen ihre Analytiker in Verwirrung und Angst. Das löst bei diesen heftige eigene Aggressionen, Gefühle von Überlastung und Wünsche aus, das Kind loszuwerden, was Zweifel an der therapeutischen Identität und Schuldgefühle erzeugt. 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 Übertragungsbeziehung 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 gerichtet ist, muß unmißverständlich unterbunden werden. Dazu ist Eindeutigkeit und Entschlossenheit notwendig. Eine gewährende Haltung dient, wie ich aus eigener Erfahrung und aus vielen Kontrollanalysen 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 anwachsen läßt.

Zu Beginn der Analyse stellt sich die traumatische Identität in der Übertragung dar, indem Gewalt real wird und sich in Beziehungslosigkeit, destruktiver Aggressivität und Entlebung äußert, wie Göbel den Zustand der seelischen Erstarrung nennt (1994, 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. Ein Container nimmt Abfälle ohne Nutzungsordnung auf. Er läßt sich benutzen, und nichts "Ent-sorgtes", "der Sorgen Erledigtes" geht verloren.

Schwierigkeiten ergeben sich allerdings dadurch, daß das Deponierte nicht still im Analytiker ruht, sondern Wirkung entfaltet. Analytiker 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 in ihnen seine affektive Wirkung. Die Voraussetzung dafür ist allerdings, nicht der vom Patienten induzierten Gefahr der Erstarrung oder der Übererregung zu erliegen, wobei besonders die Übererregung die Gefahr des Gegenübertragungsagierens in sich birgt. Aber gerade darin besteht auch die Anstrengung dieser Arbeit, daß Analytiker 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.

Manchmal erlebe ich in Kontrollen bei Kandidaten, die ihre erste Behandlung mit einem traumatisierten Kind durchführen und diese Gefühlsdimension zum ersten Mal erleben, ein erschrecktes Bewußtwerden der Intensität dieser Gefühle, und es scheint, als ob ihnen in dem Moment deutlich wird, daß die analytische Arbeit mit traumatisierten Kindern schwere Anstrengung und Gefahren für die eigene Psyche birgt (Göbel 1994).

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 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, und sie stellen sich ihren Verletzungen und der Erkenntnis, daß nichts diese Verletzungen ungeschehen machen und keiner sie 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 sie allerdings so benennen konnte, hatte er sie gefühlt und damit bereits einen ersten Schritt zur Bewältigung getan. Allerdings bleibt ihm der von Narben zerfurchte Bauch als ein Mahnmal seiner Traumatisierung sein Leben lang präsent. Aber durch die Konfrontation mit dem Trauma hat die damit verbundene Wut endgültig ein Ende gehabt und ist das Leid, das bisher nur im Agieren und in diversen Symptomen seinen Ausdruck hatte finden können, symbolisch repräsentiert worden. Indem das Trauma eine Wortgestalt bekam - "Weißt du eigentlich, daß meine Mama gestorben ist, traurig, nicht?" -, ist es der Vergangenheit zugeordnet worden und hat den Weg zu altersgerechter Entwicklung freigemacht.

All das ist schwer auszuhalten, weil Analytiker in dieser Arbeit nur sehr begrenzt auf ihre Professionalität zurückgreifen können. Das, was heilt, ist ihr menschliches Fühlen.¹³ 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 in der Interaktion mit dem Analytiker ihre Analyse des Traumas vorantreiben. Vom Psychoanalytiker 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.

¹³Vgl. Holderegger, 150; Göbel, 20f.

Literatur

- [1] unerwünschter Kinder. Frankfurt/M (Fischer)
- [2] 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), 107-120
- [3] Diepold, B. (1994): Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern. Bremen (Phil. Diss.)
- [4] Ehlert, M. / Lorke, B. (1988): Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. In: Psyche, Bd. 42, 502-532
- [5] Freud, A. (1980): Anmerkungen zum psychischen Trauma. München (Kindler) = Die Schriften der Anna Freud, Bd. VI, 1819-1838
- [6] Freud, A. / Burlingham, D. (1980): Kriegskinder. München (Kindler) = Die Schriften der Anna Freud, Bd. II, 496-561
- [7] Freud, S. (1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: G. W. XI, Frankfurt a. M. (S. Fischer)
- [8] Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. In: GW XIII, Frankfurt a. M. (Fischer)
- [9] Fuhrman, E. (1986): On Trauma. When is the death of a parent traumatic? In: The Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 41, 191-208
- [10] Göbel, S. (1994): Das Haupt der Medusa. Psychische Gefährdungen des Psychoanalytikers als Objekt extremer Übertragungskonstellationen. In: Forum der Psychoanalyse, Bd. 10, 13-24
- [11] Greenacre, P. (1949): A Contribution to the Study of Screen Memories. In: The Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 3/4, 73-74
- [12] Greenacre, P. (1982): Reconstruction: Its Nature and Therapeutic Value. In: Journal of the American Psychoanalytic Association, Bd. 29, 386-402
- [13] Heigl-Evers, A. / Kruse, J. (1991): Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Bd. 40, 122-128
- [14] Herzog, J.M. (1994): Spielmethoden in Kinderanalysen. In: F. Pedrina u. a. (Hrsg.): Spielräume. Begegnungen zwischen Kinder- und Erwachsenenanalyse. Tübingen (edition diskord), 15-34
- [15] Holderegger, H. (1993): Der Umgang mit dem Trauma. Stuttgart (Klett-Cotta)
- [16] Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart (Enke)
- [17] 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), 35-50
- [18] Kennedy, H. (1986): Trauma in childhood. In: The Psychoanalytic Study of the Child, Bd. 41, H. 209-219
- [19] Küchenhoff, J. (1990): Die Repräsentation früher Traumata in der Übertragung. In: Forum der Psychoanalyse 6, 15-31

-
- [20] 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, 871-901
- [21] Masson, J. M. (1984): *Was hat man dir, du armes Kind getan?* Reinbek (Rowohlt)
- [22] Naumann-Lenzen, M. (1994): *Jenseits der Deutung. Zur Kontroverse um das Verhältnis von Deutungs-, Beziehungs- und Spielaspekten bei Psychopathologien aus der sogenannten präverbalen Lebensphase.* In: *AKJP*, Bd. 25, H. 83, 235-272
- [23] Parens, H. (1979): *The development of aggression in early childhood.* New York (Aronson)
- [24] Parens, H. (1993): *Neuformulierungen der psychoanalytischen Aggressionstheorie und Folgerungen für die klinische Situation.* In: *Forum der Psychoanalyse*, Bd. 9, 107-121
- [25] Shengold, Leonhard (1989): *Soul Murder. Seelenmord - die Auswirkungen von Mißbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit.* Frankfurt/M 1995 (Brandes & Apsel)
- [26] Terr, L. (1995): *Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht.* München (Kindler)
- [27] 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, 60-99
- [28] Yorke, C. (1986): *Reflections on the problem of psychic trauma.* In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 41, 221-236