

M. Endres / G. Biermann
(Hrsg.)

Traumatisierung in Kindheit und Jugend

2. Auflage



Reinhardt



Beiträge zur Kinderpsychotherapie, Band 32
(Herausgegeben von Gerd Biermann und Manfred Endres)

Manfred Endres und Gerd Biermann
(Herausgeber)

Traumatisierung in Kindheit und Jugend

Mit Beiträgen von

Adam Alfred, Gerd Biermann, Juliane Bründl,
Peter Bründl, Barbara Diepold, Manfred Endres,
Ernst Federn, Annedore Hirblinger, Hans Keilson,
Ilany Kogan, Sibylle Moisl, Klaus Räder,
Annette Streeck-Fischer, Joachim Walter

2. Auflage

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Dr. med **Manfred Endres**, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker, Vorsitzender der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

Prof. Dr. med. **Gerd Biermann**, Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychoanalytiker

Umschlagbild: Kinderzeichnung aus dem Kalender 1997 des Berliner Fördervereins f. psych. kranke Kinder u. Jugendliche. Wir danken für die freundliche Abdruckgenehmigung.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Traumatisierung in Kindheit und Jugend / Manfred Endres und Gerd Biermann (Hrsg.). Mit Beitr. von Adam Alfred ... – 2. Aufl. – München ; Basel : E. Reinhardt, 2002
(Beiträge zur Kinderpsychotherapie ; 32)
ISBN 3-497-01585-7

© 2002 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Ernst Reinhardt Verlag, Postfach 380280, D-80615 München
Net: www.reinhardt-verlag.de Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

<i>Vorwort</i>	7
<i>Manfred Endres, Sibylle Moisl:</i> Entwicklung und Trauma	11
<i>Klaus Räder:</i> Gewalt gegen Kinder: ethnologische und evolutionsbiologische Perspektiven	28
<i>Hans Keilson:</i> Sequentielle Traumatisierung bei Kindern durch man-made disaster	44
<i>Joachim Walter:</i> Psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingskindern und ihren Familien.	59
<i>Ernst Federn:</i> Psychotherapie bei Terroropfern	78
<i>Ilany Kogan:</i> Die Suche nach der Geschichte der Nachkommen von Holocaust-Überlebenden in ihren Analysen: Rekonstruktion des „seelischen Lochs“	83
<i>Peter Bründl:</i> Seelische Nachwirkungen von Fluchttraumata in den nachfolgenden Generationen	98
<i>Annette Streeck-Fischer:</i> Kinder und Jugendliche mit komplexen Traumatisierungen in analytischer Psychotherapie.	116
<i>Barbara Diepold:</i> Schwere Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren – Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung und Möglichkeiten psychoanalytischer Behandlung	131

6 Inhalt

Annedore Hirblinger:

Der Opfer-Täter-Komplex im Bereich sexuellen Mißbrauchs –
Behandlungstechnische Perspektiven bei der Aufarbeitung
des Beziehungstraumas 142

Juliane Bründl:

Trauma, Adoleszenz und Kreativität – Aus der Behandlung
einer jungen Frau 172

Adam Alfred:

Borderline-Erkrankung und Adoleszenz – ein Therapiebericht . . . 192

Gerd Biermann:

Kinder als Zeitzeugen – Erinnerungen an meine Jugend
im Berlin der 30er Jahre 222

Vorwort

Zu den wesentlichen Erkenntnissen psychoanalytischer Theoriebildung zählt die Erkenntnis, daß Traumatisierungen im Kindesalter zu psychischen Erkrankungen, die mitunter erst nach vielen Jahren in Erscheinung treten, führen können. Aus diesem Grund konzentrierte sich die psychotherapeutische Forschung in den letzten Jahren verstärkt darauf, Methoden zu entwickeln, die es möglich machen, die Folgen kindlicher Traumatisierungen zu behandeln. Darüber hinaus hatten gerade Vertreter der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie das Anliegen, Wissen über die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen. So sollten die Lebensbedingungen von Kindern verbessert und damit psychischen Erkrankungen vorgebeugt werden.

Beiden Zielen fühlte sich die Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen in den zurückliegenden zwanzig Jahren ihres Bestehens verpflichtet, in denen viele Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater sowie an der Psychotherapie von Kindern Interessierte psychotherapeutisch weitergebildet wurden. Im Rahmen der zweimal jährlich stattfindenden Weiterbildungswochen werden seit einigen Jahren Symposien zu aktuellen kinderpsychotherapeutischen Themen veranstaltet. Im vorliegenden Buch sind die Vorträge des Symposions „Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter“, das im Frühjahr 1997 stattfand, publiziert und werden durch weitere Beiträge ergänzt. Natürlich konnte auf dem Symposium das weit gefaßte Thema „Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter“ nicht umfassend behandelt werden. Die Thematik hat angesichts zahlreicher Veröffentlichungen und Veranstaltungen in jüngster Zeit hohe Aktualität.

Nach einem einführenden Beitrag von Manfred Endres und Sibylle Moisl zum entwicklungspsychologischen Verständnis von Traumatisierungen nimmt Klaus Räder eine evolutionsbiologische Perspektive ein und untersucht die soziobiologischen Faktoren, die Einfluß auf kindliche Überlebenschancen haben.

Hans Keilson untersucht aus psychiatrischer und psychoanalytischer Sicht die Folgen sequentieller Traumatisierung bei Kindern durch „man-made disaster“.

Joachim Walter, Kinderarzt und Psychotherapeut, in der Arbeitsgruppe um Peter Riedesser in Hamburg tätig, versucht ein psychodynamisches Verständnis für Traumatisierungen bei Flüchtlingskindern zu entwickeln und daraus Behandlungsstrategien abzuleiten.

Ernst Federn, er wurde vom Nazi-Regime verfolgt und sechs Jahre im Konzentrationslager Buchenwald interniert, entwickelt in seinem Beitrag eine Strategie zur psychotherapeutischen Behandlung von Terroropfern.

Ilany Kogan, Psychoanalytikerin in Israel, macht sich in ihrem Beitrag auf die Suche nach der Geschichte der Nachkommen von Holocaust-Überlebenden in ihren Analysen und versucht, das „seelische Loch“ zu rekonstruieren. Frau Kogan beschäftigt sich dabei, ebenso wie Peter Bründl in „Seelische Nachwirkungen von Fluchtraumata in den nachfolgenden Generationen“ mit der Frage, wie traumatische Erfahrungen an die nächste Generation weitergegeben werden und zu psychischen Symptomen führen können.

Annette Streeck-Fischer berichtet von ihren Erfahrungen in der stationären psychoanalytischen Behandlung von komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen.

Barbara Diepold untersucht in ihrem Beitrag, welche Folgen Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren für die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern haben und welche Erfordernisse an die psychoanalytische Behandlung dieser Kinder zu stellen sind.

Annedore Hirblinger entwickelt in ihrem Beitrag „Der Opfer-Täter-Komplex im Bereich sexuellen Mißbrauchs“ behandlungstechnische Perspektiven bei der Aufarbeitung des Beziehungstraumas.

Das Buch wird durch zwei detaillierte Fallberichte abgerundet, die zeigen, wie in psychoanalytischen Behandlungen multiple Traumatisierungen bearbeitet werden können.

Juliane Bründl beschreibt in ihrer Falldarstellung, wie in einer lange dauernden analytischen Behandlung eine schwer traumatisierte Patientin den Anschluß an ihre normale Entwicklung wieder aufgreifen kann und zu ihrer Kreativität zurückfindet.

Adam Alfred schildert in seinem ausführlichen Fallbericht, der dem Leser einen umfassenden Einblick in die psychoanalytische Werkstatt gewährt, die Behandlung eines schwer traumatisierten Jugendlichen mit Borderline-Struktur.

Den Abschluß des Buches bildet ein Beitrag von Gerd Biermann. Er beleuchtet aus autobiographischer Perspektive den Einfluß politischer Prozesse auf seine Jugend im Berlin der 30er Jahre.

Mit dem zunehmenden Wissen, welches die Forschung der vergangenen Jahrzehnte zusammengetragen hat, wird deutlich, daß Auswirkungen von Traumatisierungen überaus komplex und Reduzierungen auf grundlegende Mechanismen kaum möglich sind. Aus diesem Grund haben wir in diesem Buch Beiträge zusammengetragen, die das Phänomen der Traumatisierung und deren Folgen aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. Einen breiten Raum nehmen Falldarstellungen ein, die zeigen sollen, daß es nur im Einzelfall möglich ist, Auswirkungen von Traumatisierungen zu beschreiben, um daraus behandlungstechnische Konsequenzen zu entwickeln.

Wir danken Simone Eiche für die Bearbeitung der Manuskripte und für die Erstellung des Registers. Den beteiligten Autorinnen und Autoren gilt unser Dank für ihre Bereitschaft, an diesem Buch mitzuwirken.

*Unserem Freund und Lehrer
Jacques Berna*

MANFRED ENDRES UND SIBYLLE MOISL

Entwicklung und Trauma

Die Folgen psychischer und physischer Traumatisierung als Ursache für psychische Erkrankungen finden in jüngerer Zeit in psychotherapeutischen Fachkreisen zunehmendes Interesse. Dabei werden gegenwärtig im psychoanalytischen Diskurs vor allem neurobiologische, entwicklungspsychologische und behandlungstechnische Fragestellungen untersucht. Nachfolgend werden zunächst anhand von empirischen Untersuchungen und kurzen Fallvignetten die häufigsten Ursachen von Traumatisierungen im Kindesalter skizziert. Nach einem kurzen Abriss zur historischen Entstehung der Traumakonzepte bei Freud, Spitz und den Robertsons werden aktuelle entwicklungspsychologische Erkenntnisse dargestellt, wobei insbesondere die Bindungstheorie und die Theorien zur Selbstentwicklung herangezogen werden, um die Wichtigkeit eines entwicklungspsychologischen Verständnisses der Auswirkungen von Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter zu betonen.

Durch die Rezeption neuerer entwicklungspsychologischer Forschungsergebnisse ist die Bedeutung realer Traumatisierung für die Entstehung psychischer Störungen wieder stärker in den Vordergrund getreten. Gegenwärtig wird vor allem die Häufigkeit und die Folge sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit öffentlich diskutiert. Häufigkeitsangaben zum sexuellen Mißbrauch von Mädchen schwanken zwischen wenigen Promille bis zu 30–50%. Aufschlußreiche Daten bringt eine empirische Untersuchung von Peter Wetzels (1997) zu Gewalterfahrungen in der Kindheit. Bei mehr als 3000 befragten Personen berichteten 9% der Frauen und 3% der Männer von eigenem sexuellem Mißbrauch in der Kindheit. Elterliche Gewalt im Sinne einer strafrechtlich relevanten körperlichen Mißhandlung erlebten 12% der Männer und 10% der Frauen. Zwei Drittel aller sexuell mißbrauchten Personen wurden zusätzlich körperlich mißhandelt. Diese Zahlen zeigen, daß allein durch sexuellen Mißbrauch und/oder körperliche Mißhandlung bereits 15% der Bevölkerung in ihrer Kindheit schweren Traumatisierungen ausgesetzt waren.

Fallvignette 1: Eine Patientin kommt im Alter von 24 Jahren in psychoanalytische Behandlung, nachdem sie aufgrund längerer Arbeitslosigkeit zunehmend depressiv dekompenziert und bei der gegenwärtigen Umschulung zur medizinisch-

technischen Assistentin aufgrund massiver Konzentrationsstörungen die gestellten Anforderungen nicht erfüllen kann. Zusätzlich entwickelt sie in der Beziehung zu ihrem Freund panische Angstzustände, die sich immer dann einstellen, wenn ihr Freund intimen sexuellen Kontakt sucht. Anamnestisch ist zu erfahren, daß die Patientin von ihrer Mutter über viele Jahre in täglichen Bestrafungsritualen schwerst mißhandelt und von ihrem Vater sexuell mißbraucht wurde. In der Spätadoleszenz entwickelt die Patientin eine schwere Anorexie und Störungen der Kognition im Sinne einer Pseudodebilität. Verschiedene Intelligenztests variierten zwischen Minderbegabung und überdurchschnittlicher Begabung.

Der Prozentsatz von Traumatisierungen im Kindesalter steigt weiter, wenn schwere psychische bzw. psychiatrische Erkrankungen (Psychosen, Suchterkrankungen, Borderlinestörungen) eines oder beider Elternteile – die Häufigkeit dürfte bei 2–5% liegen – oder Trennungs- und Verlusterfahrungen hinzugerechnet werden. Diesbezüglich schätzt Riedesser (1998), daß 5–15% aller Kinder eine lebensbedrohliche Erkrankung eines Elternteils bewältigen müssen. Dabei hängt die Schwere der kindlichen Traumatisierung davon ab, ob eine Erkrankung oder der Tod eines Elternteils vom anderen Elternteil oder von anderen Bezugspersonen kompensiert werden kann. So kann eine Trennung der Eltern zur traumatischen Erfahrung für die Kinder werden, wenn es den Eltern nicht gelingt, ihre Elternfunktionen für die Kinder aufrechtzuerhalten.

Fallvignette 2: Ein 17jähriger junger Mann nahm nach Schulabschluß eine Ausbildung zum Fernmeldetechniker auf und entwickelte im Rahmen der Ausbildung eine schwere Zwangssymptomatik. Er begann zwanghaft Geschichtsbücher auswendig zu lernen, verspätete sich auf dem Weg zur Ausbildungsstätte, weil er alle Plakate und Autokennzeichen lesen mußte. Zuhause entwickelte er Zwangsrituale, er mußte in bestimmten zeitlichen Abständen den Balkon der elterlichen Wohnung betreten. – Der Patient kam als einziges Kind seiner Eltern zur Welt. Wegen einer Sprachstörung war er im Kleinkindalter in logopädischer Behandlung. Der Vater des Patienten, ein überaus genauer, korrekter Mann, habe selbst an Zwangssymptomen, an einem ausgeprägten Waschzwang, gelitten. Die Mutter sei sehr ängstlich gewesen, sie habe den Patienten ständig behütet, ihn nie aus den Augen gelassen, sie habe sehr auf Sauberkeit und Ordnung geachtet. Kurz nach der Geburt des Patienten entwickelte sie eine schizophrene Psychose, wodurch die Beziehung zum Kind zunehmend gestört wurde. Aufgrund des paranoiden Erlebens im Sinne eines Eifersuchtswahns kam es zu massiven ehelichen Auseinandersetzungen. Darüber hinaus bezog die Mutter den Sohn in ihr Wahngelände ein, verdächtigte ihn wie den Vater, sexuelle Kontakte zu Nachbarinnen zu unterhalten.

Fallvignette 3: Ein sehr besorgter Vater bringt seinen 13jährigen Sohn in psychotherapeutische Behandlung. In den letzten Monaten entwickelten sich bei dem Jungen zunehmend Konzentrationsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten in der Schule. Er zog sich zunehmend zurück, hatte kaum noch Kontakt zu Mitschülern.

Anamnestisch ist bekannt, daß die Mutter des Jungen, als er zwei Jahre alt war, an einem Karzinom erkrankte und ein halbes Jahr später starb. Im Anschluß an den Tod der Mutter entwickelte der Junge eine Hüftkopfnekrose, die eine mehrmonatige Behandlung im Gipsbett erforderlich machte. Die Hüftkopfnekrose heilte ohne Folgeschäden aus. Ein Jahr nach dem Tod der Mutter heiratete der Vater erneut, zur Stiefmutter entwickelte der Junge eine gute Beziehung.

Seit Mitte des letzten Jahrhunderts wird die pathogenetische und ätiologische Bedeutung von traumatischen Schockerlebnissen untersucht. Eine vierte Fallvignette gibt ein Beispiel für eine posttraumatische Belastungsreaktion.

Fallvignette 4: Ein zwölfjähriger Junge kam vor dreieinhalb Jahren mit seinen Eltern aus Armenien nach Deutschland. Der Junge war durch das Erdbeben, das sich 1988 in Armenien ereignete, traumatisiert worden, als das Haus, in dem er mit seinen Großeltern lebte, zerstört wurde. Seit dem Erdbeben habe der Junge jede Nacht Alpträume. Er wache auf, schreie, schlafe nach einiger Zeit wieder ein. Seither nässe er zweimal in der Woche nachts ein. Darüber hinaus fallen leichte Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen auf. Die plötzliche Zerstörung seiner gewohnten Umgebung durch die Naturgewalten und die akute eigene Lebensbedrohung überforderten die Verarbeitungsmechanismen des kindlichen Ichs, was eine akute posttraumatische und später eine progrediente Belastungsreaktion zur Folge hatte. Die unverarbeitete Traumatisierung spiegelt sich in der aktuellen Symptomatik wider, wobei die Schlafstörungen von Alpträumen verursacht sind, in denen das Trauma im Sinne eines Verarbeitungsversuches wiedererlebt wird. Die Enuresis ist als somatische Reaktion auf die nächtlich auftretenden Angstzustände zu verstehen, die ebenfalls mit den traumatischen Ereignissen in Zusammenhang stehen.

Im diagnostischen statistischen Manual (DSM IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft wird das Posttraumatische Streßsyndrom (PTSD, posttraumatic stress disorder) mit den folgenden fünf Kriterien operationalisiert:

- ein schwer belastendes Ereignis außerhalb gewöhnlicher menschlicher Erfahrung
- Intrusion: das Ereignis wird ständig wiederbelebt
- Vermeidung: was an das traumatische Ereignis erinnert, wird vermieden
- gesteigerte Erregbarkeit mit Symptomen wie Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen usw.
- eine Dauer der Symptome von mindestens einem Monat:

Zu den prädisponierenden Faktoren zählen prätraumatisch psychopathologische Auffälligkeiten, aber auch ohne jede Prädisposition kann es zur Ausprägung der vollen Symptomatik kommen. Bei der posttraumatischen

Belastungsreaktion besteht oft ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer auslösenden Situation und der auftretenden Symptomatik. Diese kann aber auch mit einer Latenz von Wochen und Monaten auftreten. Häufige Begleiterscheinungen sind Konzentrationsschwierigkeiten, emotionale Labilität, Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, oft in chronifizierter Form (Fischer et al. 1996).

Die Entwicklung des Traumabegriffs in der Psychoanalyse

Analog zu den medizinischen Vorstellungen des 19. Jahrhunderts, in denen der Begriff „Trauma“ zunächst eine durch äußere Verletzung entstandene Wunde meint, konzipierten Breuer und Freud in den Studien zur Hysterie 1895 den Begriff des psychischen Traumas. Hysterischen Erkrankungen liege ein reales Trauma zugrunde, das Trauma der sexuellen Verführung. Reale Verführungserlebnisse würden über lange Zeit verdrängt und kämen dann zeitversetzt in Form einer neurotischen Symptomatik wieder zum Ausdruck. Dramatische schmerzliche Erinnerungen können nicht erinnert, sondern müssen verdrängt werden. Später relativierte Freud die Bedeutung des Traumas, die Wurzeln für die Neurosenentstehung sah er nicht mehr in frühen Traumatisierungen sondern in der frühkindlichen Sexualität und der unzureichenden Bewältigung des Ödipuskomplexes: Er rückte von der Vorstellung ab, allen hysterischen Symptomen liege eine reale sexuelle Verführung in der Kindheit zugrunde. Vielmehr träfe dies nur bei einem Teil der hysterischen Erkrankungen zu. Dies wurde ihm später – zu Unrecht, wie Nitschke (1998) ausführt – als Aufgabe der Verführungstheorie vorgeworfen. Unter dem Einfluß des ersten Weltkrieges hat er dann wieder stärker traumatisierende Elemente in seine Theoriebildung einbezogen: In „Hemmung, Symptom und Angst“ betont Freud (1926), das Wesentliche an einer traumatischen Situation sei die Erfahrung der Hilflosigkeit des Ichs angesichts unerträglicher Erregung, wobei diese Erregung inneren oder äußeren Ursprungs sein könne. Das Ich werde völlig unvorbereitet von einem äußeren Ereignis von überwältigender Qualität getroffen, wodurch die Reizschranke niedergerissen und das Ich mit maßloser Angst überflutet werde. Es sei dann außer Gefecht gesetzt und zeitweise unfähig zu funktionieren (Bergman 1996). Später versuche das Ich des Traumatisierten, die übermäßige Erregung z. B. durch ständige Wiederholung nachträglich zu verarbeiten. Die Bedeutung der Freud'schen Traumatheorie liegt auch heute noch darin, daß er als erster ein Modell zur Verfügung gestellt hat, in dem der Zusammenhang zwischen einem belastenden äußeren Ereignis und dem individuellen Erleben beschrieben wird. Heute geht man davon aus, daß nicht nur dramatische

Ereignisse, sondern auch kumulative Mikrotraumatisierungen durch schwierige Interaktionserfahrungen zwischen Kindern und Eltern Störungen der Persönlichkeitsentwicklung nach sich ziehen können.

Im Folgenden wird der Nutzen einer entwicklungspsychologischen Perspektive zum Verständnis von Wirkung und Verarbeitung von Traumata betont. Eine spezifische Vulnerabilität, verursacht durch angeborene wie erworbene Faktoren, hat eine individuell unterschiedliche Reaktion auf Belastungssituationen zur Folge und entscheidet darüber, als wie belastend eine Situation erlebt und verarbeitet wird.

Erste empirische Untersuchungen zu Traumatisierungen in der Kindheit

Nach der Formulierung der psychoanalytischen Traumatheorie entwickelte sich eine stärker empirisch ausgerichtete Traumaforschung, die sich der direkten Beobachtung kleiner Kinder in traumatischen Situationen widmete. Bowlby (1961), Spitz (1965) und Robertson (1979) haben zunächst die Auswirkungen massiver Traumata wie Tod und Verlust von Bezugspersonen auf die psychische Entwicklung kleiner Kinder untersucht. Spitz begann 1935 mit seinen Beobachtungen an Heimkindern. Sein Konzept des Deprivationstraumas entwickelte er bei der Untersuchung von Kindern in einem Frauengefängnis. Diese Kinder wurden nach dem ersten Lebenshalbjahr von ihren Müttern getrennt. Nach mehrmonatiger Trennung entstand bei ihnen das Syndrom der anaklitischen Depression. Die Kinder hatten einen starren, gefrorenen Gesichtsausdruck, waren kaum mehr ansprechbar. Bei länger fortbestehender Trennung ohne gute Ersatzpflege schien die Persönlichkeit des Kindes zu verfallen. Es entwickelte sich psychischer Hospitalismus. Bei völligem Fehlen von affektiver Zufuhr kam es zu Marasmus und zum Tod dieser Kinder.

Das Ehepaar Robertson beschäftigte sich ebenfalls mit dem Phänomen des psychischen Hospitalismus, d. h. mit den Reaktionen kleinerer Kinder in Heimen, die längere Trennungen von ihren Müttern durchmachen mußten. Diese Kinder reagierten regelmäßig in drei aufeinanderfolgenden Phasen:

- 1) Phase des Protestes: Das Kind schreit, ist unruhig und erregt, verfolgt alle Zeichen in der Umgebung, die auf ein Wiedererscheinen der Mutter hindeuten könnten.
- 2) Phase der Verzweiflung: Das Kind beginnt zu resignieren, verliert die Hoffnung, wird traurig und gerät in einen Zustand depressiver Passivität.
- 3) Phase der Verleugnung, Abwendung: Das Kind versucht sein quälendes Verlangen nach der Mutter zu verdrängen, wendet sich der neuen Umgebung zu.

Wenn die Mutter wiederkommt, braucht es oft eine längere Anlaufzeit, bevor es überhaupt Wiedererkennen und Freude zeigen kann.

Die Thesen lieferten die Grundlage für Bowlbys Bindungstheorie „Attachment and Loss“ (Bowlby 1969).

In einer weiteren Studie gingen die Robertsons der Frage nach, ob die Phasen von Protest, Verzweiflung und Verleugnung generell bei jeder Trennung von der Mutter auftreten oder ob sie durch spezifische stressauslösende Faktoren bei der Heimunterbringung ausgelöst und modifiziert werden. Sie stellten ein Modell der Heimpflege und ein Modell der Familienpflege einander gegenüber und filmten ihre direkten Beobachtungen.

Der Film „John“ zeigt einen 17 Monate alten, gut entwickelten Buben, der für neun Tage in einem Kinderheim untergebracht und dort in seinen körperlichen Bedürfnissen gut versorgt wurde. Der Verlust der sicheren Geborgenheit in der Beziehung zu seiner Mutter läßt John in seiner Entwicklung regredieren, er fällt Schritt für Schritt auf frühere Entwicklungsstufen zurück. Zunächst spielt er konstruktiv, dann greift er auf weiche Stofftiere zurück, schließlich wandert er ziellos hin und her. Von ersten Wörtern regrediert er zu Weinen und Wimmern, von interessierter Aufmerksamkeit zu Daumenlutschen.

John ist nicht traumatisiert im Sinne des Freudschen Traumabegriffs, er hat für sein Alter gut entwickelte Ich-Funktionen. Die bisherige gute Beziehung zu seiner Mutter machte es ihm eine Zeitlang möglich, Aufmerksamkeit zu suchen, Verwirrung und Kummer angemessen auszudrücken. Es scheint ihn extrem zu belasten, daß seine Ich-Initiativen nichts bewirken können. Angesichts dieser Hilflosigkeit kommt es zu einer weitreichenden Regression. Nach neun Tagen ist alle koordinierte Ich-Tätigkeit zusammengebrochen.

Der Film „Jane“ dagegen zeigt ein kleines Mädchen, das ebenfalls für neun Tage von ihrer Mutter getrennt, aber gut versorgt in der Familie Robertson als Pflegekind lebte. Bei ihr konnten die schwerwiegenden Symptome von John, insbesondere der regressive Entwicklungszusammenbruch, nicht beobachtet werden.

Die Folgen vorübergehender oder dauerhafter Trennung eines Kindes von seiner Bezugsperson hängen also in hohem Maße von der Qualität des Ersatzmilieus ab, in welchem das Kind nach der Trennung lebt. Kinder, die eine oder beide Hauptbezugspersonen verlieren, können sich bei ausreichend guter Ersatzpflege im kognitiven und sozial-emotionalen Bereich weitgehend normal entwickeln. Das war bei den von Spitz und Bowlby untersuchten Kindern nicht der Fall. Sie kamen nach dem Verlust der Mutter meist in Heime, die wenig kognitive Anregung boten und durch häufigen Personalwechsel und/oder durch schlecht ausgebildete Betreuungspersonen keine stabile emotionale Zuwendung boten.

Entwicklungslinien und Traumatisierung

Die Komplexität traumatischer Phänomene, vor allem aber die spezifischen Auswirkungen einer traumatischen Situation auf ein bestimmtes Individuum sind durch deskriptive Beschreibungen wie die eingangs erwähnte DSM IV-Klassifizierung nur unzureichend erfaßt. Die entwicklungspsychologische Betrachtungsweise eröffnet die Möglichkeit, die spezifische kindliche Persönlichkeit als „bio-psycho-soziale Einheit“ (Riedesser 1998) an einem bestimmten Punkt zu erfassen, um dann besser verstehen zu können, wie traumatische Situationen vom Einzelnen in seiner spezifischen Entwicklung individuell erlebt und verarbeitet werden. Die entwicklungspsychologische Betrachtungsweise bezieht die schädigenden Vorerfahrungen, aber auch die Bewältigungsstrategien (Copingmechanismen) mit ein. Die psychische Entwicklung wird nicht verstanden als linearer Vorgang, sondern als ein Ineinanderwirken und eine Verflechtung verschiedener Entwicklungslinien. Diese Schematisierung mag zunächst künstlich erscheinen, kann aber für das Verständnis psychischer Prozesse hilfreich sein. Anna Freud (1982) entwarf das Modell unterschiedlicher Entwicklungslinien, die sich neben anderen auf Triebentwicklung, auf Ich- und Über-Ich-Entwicklung beziehen. Die kindliche Persönlichkeit wird nicht statisch gesehen, sondern in einem dynamischen Wachstumsprozeß auf verschiedenen Ebenen. Tyson & Tyson (1997) stellen die genetische und die entwicklungspsychologische Betrachtungsweise einander gegenüber. Die genetische Betrachtungsweise unterstreicht die Bedeutung von Triebentwicklung, innerem Konfliktgeschehen, traumatischen Lebensereignissen und infantiler Neurose. Sie betont den prägenden Einfluß von Kindheitserfahrungen auf die individuelle Entwicklung und sucht nach den Ursprüngen der besonderen Schwierigkeiten. Im Gegensatz dazu umfaßt eine entwicklungspsychologische Betrachtungsweise nicht nur die Erforschung intrapsychischer Konflikte und infantiler Neurosen, sondern fragt nach dem Ursprung und der Entstehungsgeschichte psychischer Strukturen – also jener Strukturen, die im Dienst der Anpassung stehen sowie all jener, die konflikthaft miteinander verschränkt sind bzw. das Konfliktgeschehen beeinflussen. Die Entwicklungspsychologie stellt das reale, nicht das rekonstruierte Kind ins Zentrum. Folgen wir dem entwicklungspsychologischen Ansatz, so steht der Prozeß struktureller Entwicklung im Vordergrund: Es wird gefragt, welchen Einfluß das Zusammenwirken von konstitutionellen Faktoren, Reifungsschritten und individuellem Erleben auf die Bildung intrapsychischer Strukturen und Funktionen ausübt. Entwicklung ist kein linear-kontinuierlicher Prozeß, sondern enthält regressive und progressive Elemente. Unterschiedlichste Entwicklungslinien beeinflussen sich, auch

konstitutionelle Faktoren und Umweltfaktoren greifen in Entwicklungsprozesse ein. Daraus ergibt sich, daß es kaum möglich ist, generelle Aussagen über Folgen von Traumatisierung zu machen. Lediglich im Einzelfall kann nachvollzogen werden, wie traumatische Ereignisse den Entwicklungsprozeß beeinflußt haben. Es hängt von der Qualität und Quantität des Traumas, dem Zeitpunkt des Einwirkens, von der Konstitution des Betroffenen sowie von den Schutzfunktionen des Umfeldes ab, wie der Entwicklungsprozeß beeinträchtigt wird. Auch gravierende Ereignisse, wie zum Beispiel der Tod eines Elternteiles, müssen vom Kind nicht zwangsläufig als traumatisch erlebt werden. Nach Furman (1986) kommt es entscheidend darauf an, welche zusätzlichen Beeinträchtigungen mit dem Todesfall gegeben sind und wie die bisherige Entwicklung verlaufen ist. Um den Menschen als bio-psycho-soziale Einheit zu beschreiben, nennen Tyson & Tyson (1997) ein Geflecht von Entwicklungslinien:

- Entwicklung der Psychosexualität
- Entwicklung der Objektbeziehungen
- Selbstentwicklung
- Entwicklung der Kognition
- Entwicklung des Über-Ichs
- Entwicklung der Geschlechtsidentität.

Für jede einzelne dieser Entwicklungslinien läßt sich untersuchen, welche Faktoren zu Störungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen führen, die eine Prädisposition für traumatisches Erleben schaffen könnten. Im Folgenden werden die Entwicklungslinien des Bindungsverhaltens und der Selbstentwicklung herausgegriffen, die in den letzten zwanzig Jahren durch die experimentellen Ergebnisse der Säuglingsforschung besonders intensiv untersucht worden sind. Vor allem aber scheinen Bindung und Selbstentwicklung im Hinblick auf Modellkonzeptionen über die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen besonders bedeutsam.

Das Bindungsverhalten

Bowlby, der das Konzept der Bindung entwickelte, bezeichnet Bindung als artspezifisches Signalsystem, um dem menschlichen Baby Überleben zu garantieren (Bowlby 1969). Menschliche Beziehungen entstehen aus Interaktionen des Neugeborenen mit seinen Pflegepersonen. Diese Interaktionen finden ihren Niederschlag in Gedächtnisspuren, die zu sogenannten Arbeitsmodellen organisiert werden. Aus diesen Gedächtnisspu-

ren und Arbeitsmodellen entwickeln sich generalisierte Interaktionsrepräsentanzen, die auch in Abwesenheit des Objektes aufgerufen werden können. Dazu zählt die Fähigkeit zur Antizipation. Das Bindungssystem (Übersicht bei Köhler 1992/1996) wird nur in Gefahren- und Trennungssituationen aktiviert und löst dann Bindungsverhalten wie Suchen, Weinen, Nachfolgen, Anklammern und Protest bei Trennung aus. Das Bindungsverhalten von Kleinkindern kann mittels eines Testes, die sogenannte „Fremde Situation“ (Ainsworth 1978) untersucht werden. Die bisherigen Forschungen stimmen darin überein, daß sich das Bindungsverhalten bis zum sechsten Lebensmonat entwickelt und lebenslang bestehen bleibt. In der Versuchsanordnung „Fremde Situation“ werden Mutter und Kind zunächst aufgefordert, im Spiellabor in Gegenwart eines freundlichen Fremden zu spielen, wie sie es gewohnt sind. Dann verläßt die Mutter für eine begrenzte Zeit den Raum. Das Verhalten des Kindes auf wiederholte Trennungen wird untersucht. Seine Reaktion auf ihr Weggehen und auf ihre Wiederkehr ermöglicht es, verschiedene Bindungskategorien (Kategorie A, B, C und D) voneinander abzugrenzen.

Sicher gebundene Kinder (Kategorie B) machen in Normalpopulationen den größten Prozentsatz (ca. 60–70%) aus. Sicher gebundene Kinder verhalten sich während der Trennung erwartungsgemäß. Manche sind freundlich gegenüber dem Fremden, manche sind deutlich durch die Abwesenheit der Mutter gestört. Bei der Wiederkehr der Mutter freuen sie sich, suchen Nähe und Kontakt zu ihr.

Der Kategorie der sicheren Bindung stehen die Kategorien der sogenannten unsicheren Bindung gegenüber. Kinder der Kategorie A meiden die Mutter, sie zeigen keinen besonderen Distress, wenn die Mutter abwesend ist. Wenn die Mutter zurückkommt, wird sie ignoriert.

Kinder der Kategorie C sind ängstlich und abhängig von ihrer Bindungsperson, sie sind oft schon vor der Trennung bedrückt, fürchten sich vor der „fremden“ Person. Während der Abwesenheit der Mutter sind sie extrem belastet. Bei der Wiederkehr der Mutter ist ein deutliches Schwanken zwischen Kontaktwunsch und Abwehr zu beobachten.

Kinder der Kategorie D zeigen in der „Fremde Situation“ gleichzeitig widersprüchliche Verhaltensmuster, als ob miteinander nicht vereinbare Verhaltenssysteme aktiviert wären. Solche Verhaltensmuster sind z. B. stereotype, verlangsamte oder einfrierende Bewegungen sowie Furcht oder Konfusion. Dieses Verhalten tritt auch in Anwesenheit der Eltern auf. Die D-Kategorie ist kein vorherrschendes Bindungsmuster sondern ist mit den drei anderen Bindungsmustern verbunden. Vielleicht drückt sich in dem desorganisierten Verhalten ein auf Bewältigung abzielender Abwehrmodus aus, mit dem das Kind verschiedene Gefühlszustände ausdrückt, ähnlich wie im Abwehrmodus der Dissoziation.

Fallvignette 5: Ein zehnjähriger Zwillingssbub wird von seinem besorgten Lehrer zur Therapie überwiesen. Er habe in der Klasse eine Außenseiterrolle, sei immer der Sündenbock, werde ständig gehänselt und geschlagen. Er habe keinerlei Freunde, weiche jedem Kontakt aus, lasse jeden auflaufen, auch der sich freundlich um ihn kümmere. Sein Zwillingssbruder sei umgänglicher, sozial besser integriert. – Beim ersten Kontakt erlebt die Therapeutin einen zurückgezogenen, muffigen, allerdings auffallend hübschen Jungen, der jeden Kontakt zu vermeiden sucht. Hoffnung gibt ihr allerdings, als es plötzlich aus ihm herausbricht: „Warum immer ich? Warum bin immer ich der Depp?“ Erst im Laufe einer langen Therapie enthüllt sich das Familiendrama. Er wurde als einziger seiner Geschwister von der psychisch schwerkranken Mutter bis zum dritten Lebensjahr schwer mißhandelt, bis diese die Familie verließ. Sie habe schon seinen Anblick nicht ertragen können, weil er ihr so ähnlich gesehen habe. Er sei als einziger so hübsch und dunkel gewesen wie sie. Es ist anzunehmen, daß die Mutter gerade auf dieses Kind ihre eigenen negativen Selbstanteile projizierte, ihr Bindungsverhalten also durch ihre eigenen Verzerrungen extrem belastet war. Ihr Sohn entwickelte daraufhin ein vermeidend-desorganisiertes Bindungsmuster (A/D).

Künftige Forschungen über Bindungsverhalten werden psychotherapeutische Strategien wesentlich beeinflussen. Kinder mit unsicherer Bindung scheinen ein höheres Risiko zu haben, im Laufe ihres Lebens psychisch zu erkranken. Demnach ist unsichere Bindung ein zusätzlicher Vulnerabilitätsfaktor, wenn im Leben traumatische Situationen auftreten. Kinder mit unsicherer Bindung sind später in spezifischen traumatischen Situationen störrischer und anfälliger, was zu kumulativer Traumatisierung führen kann.

Eine andere Forschungsstrategie untersucht protektive Faktoren und die Bedingungen, unter denen eine einigermaßen gelungene Entwicklung auch in Anbetracht ungünstiger Lebensumstände möglich ist. Diese Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, daß protektive Faktoren in drei Gruppen zusammengefaßt werden können:

- angeborene Eigenheiten des Kindes
- Bedingungen des sozialen Umfeldes wie Unterstützung durch Verwandte oder Bekannte
- Besonderheiten des Familienmilieus.

Letzteres bezieht sich auf die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung und die Qualität der Elternbeziehung. Die Kernaussage der Protektionsforschung lautet, daß die Existenz einer positiven Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder zu einem anderen vertrauten Erwachsenen ein erst-rangiger Schutzfaktor für die weitere Entwicklung ist. Diese Fragestellungen sind in retrospektiven wie prospektiven Studien geprüft worden, die alle zu dem Ergebnis kamen, daß die Qualität der Bindung, sei es zu

einem Elternteil, sei es zu einer außerfamiliären Bezugsperson, im Hinblick auf künftige Pathologie oder Normalität von entscheidender Bedeutung ist (Dornes 1997).

Die Entwicklung des Selbstempfindens

Parallel mit der Entwicklung des Bindungsverhaltens geht die Entwicklung des Selbst einher. Als Selbst wird zunächst noch nicht das Selbstgefühl verstanden, sondern eine erste nicht reflektierte Bewußtheit. Stern (1985) entwarf ein Modell von verschiedenen Stufen der Selbstentwicklung, die nacheinander entstehen und lebenslang wirksam bleiben: In der ersten Phase von der Geburt bis zum 2. Lebensmonat, der Phase des „auf-tauchenden Selbst“, geht es um das Sich-Einspielen von biologischen Rhythmen zwischen Mutter und Kind, um die Regulierung von Zuständen (states) wie Schlaf, Dösen, wache Inaktivität, wache Aktivität, Quengeln und Schreien. Bei Störungen in dieser Phase infolge von Regulationsdefiziten könnte ein Mensch z. B. sein Leben lang unter schwer steuerbaren Spannungszuständen leiden, die sich in schweren Schlafstörungen äußern können.

Nach zwei Monaten haben die meisten Mutter-Kind-Paare gemeinsame Rhythmen entwickelt. Jetzt taucht das soziale Lächeln auf. Es entwickelt sich ein Kern-Selbst in Abgrenzung zu einem Kern-Anderen. Dieses rudimentäre Kern-Selbstempfinden entwickelt sich durch ständige Austauschprozesse, Interaktionen zwischen Mutter und Baby. Die Zeit zwischen dem zweiten und siebten Lebensmonat sei die sozialste im menschlichen Leben, da das Baby ausschließlich auf soziale Kommunikation eingestellt ist. Die Erlebnisweisen des Kern-Selbst sind mit Worten noch kaum beschreibbar. Hier geht es um Grundstrukturen, die sich in Begriffen wie „Body-Ego“ ausdrücken. Im Zusammenhang mit einer sicheren Bindung kann das Kind in dieser Lebensphase positiv getönte Interaktionserfahrungen im prozeduralen Gedächtnis in Erinnerungsspuren speichern und das „Urvertrauen“ im psychoanalytischen Sinn beginnt sich zu entwickeln. Massive traumatische Störungen wie Mißhandlungen oder der Tod der Mutter, der nicht durch gute Ersatzpflege ausgeglichen wird, könnten als Zustände „archaischer Qual“ (Winnicott, zit. nach Stern 1985) im prozeduralen Gedächtnis gespeichert werden. Sie würden dann Teil des Kern-Selbstempfindens, und zwar noch nicht als Angst, aber als eine Art von organismischem Unbehagen gespeichert.

Fallvignette 6: Eine 30jährige Patientin leidet immer wieder unter schweren Panikattacken mit Atemnot, an Schweißausbrüchen und völligem körperlichen

Zusammenbruch. Sie kann keine äußeren Anlässe angeben, nur daß diese seit der Geburt ihres ersten Kindes stärker geworden seien. Früher habe sie sich durch extreme sportliche Betätigung etwas besser vor diesen Zuständen schützen können. Aus ihrer Lebensgeschichte ist bekannt, daß ihre Mutter an einem Unfall verstarb, als sie einige Monate alt war. Der Vater sei nach diesem Schock depressiv geworden und die Patientin wurde bis zu ihrem achten Lebensjahr von häufig wechselnden Kindermädchen betreut. – Der vegetative Aufruhr der Patientin, ihre körperlichen Zusammenbrüche könnten als organismisches Unbehagen angesehen werden, das im Kern-Selbst integriert wurde und stärker aktiviert wurde, als sie selbst Mutter wurde.

Als drittes Element der Selbstentwicklung entsteht zwischen dem siebten und fünfzehnten Lebensmonat die Intersubjektivität. Der Säugling entdeckt, daß er ein Gefühlsleben hat, das er mit anderen teilen kann. In der Gefühlsabstimmung (*affect attunement*) nimmt die Mutter Gefühlsäußerungen des Babys auf und beantwortet sie in einer anderen Sinnesmodalität. Im *social referencing* kann sich das Baby in Gefahrensituationen bei der Mutter rückversichern: ein Baby, das eine neue Aufgabe zu lösen hat, schaut sich zur Mutter um. Lächelt diese ermunternd, so kann das Kind die Situation freudig in Angriff nehmen. Auf diesen beiden Ebenen des *social referencing* und der Affektabstimmung ergeben sich vielfältige Beeinflussungsmöglichkeiten: Die Mutter kann ihr Kind angemessen ermutigen oder aber Ängste oder neuroseähnliche Symptome in ihm erzeugen. Durch die intersubjektiven Abstimmungen zwischen Eltern und Kind entsteht im Kind allmählich eine Art von mentalem Bewußtsein, ein Sich-Einfühlen-Können in eigene und fremde Gefühlszustände und schließlich das Gefühl, man selbst zu sein.

Fallvignette 7: Die Patientin ist ein dünnes, blasses, sehr bizarr wirkendes siebenjähriges kleines Mädchen. Sie ist in kindertherapeutischer Behandlung, weil sie in der Schule (1. Klasse) debil wirkt und in eine Sonderschule überwiesen werden soll. In der Diagnostik hat sich aber ein hoher IQ ergeben. Sie kann zum Beispiel schon fließend lesen. In gemeinsamen Familiensitzungen zeigt sich, daß die rührend hilflos wirkende Mutter kaum emotionalen Kontakt zu ihren Kindern herstellen kann. Während intensiver Gespräche mit ihr beginnt sie zu erinnern, daß sie selbst von frühester Kindheit an überwiegend Kontakt zur Natur suchte. Ihre Eltern hätten sie gegen ihren Willen in Pfadfinderlager gesteckt, damit sie das „Überleben“ lerne. Diese Eltern, die Großeltern der Patientin, waren die einzigen Überlebenden aus ihren Ursprungsfamilien, die in *displaced persons camps* überlebten. Die Patientin entwickelt in der Therapie große Freude an einem Spiel, das sie „Innen und Außen“ nennt. Sie zeichnet sich von außen: dünne Haare, Brille, lange Beine, und malt innen hinein die Gefühle wie zum Beispiel Wut (rot) oder Freude (gelb). Gern sitzt sie auch auf dem Tisch, ihr Gesicht ganz nah gegenüber dem Gesicht der Therapeutin, auf derselben Höhe. Diese soll dann mimisch Ärger

oder Spaß ausdrücken. Die Patientin beantwortet diese mimischen Ausdrücke dann ebenfalls. Das Mädchen versucht intersubjektive Affekt Abstimmungen im Sinne einer Intersubjektivität, die bei dieser Mutter und ihrem Kind nachhaltig beeinträchtigt waren, jetzt im therapeutischen Prozeß herzustellen. In seiner eigenen Ursprungsfamilie war dem Mädchen dies aufgrund von mehrgenerationeller Traumatisierung nicht möglich.

Affektentstehung und Copingmechanismen

Heute geht man davon aus, daß Selbstentwicklung ein lebenslang fortlaufender Prozeß ist, der durch traumatische Erfahrungen wie Verluste von Bezugspersonen, Gewalterfahrungen, körperliche Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen auf vielfältige Art beeinträchtigt werden kann.

Die empirische Säuglingsforschung hat zahlreiche Daten zur Chronologie der Affektentstehung geliefert. Traumatische Ereignisse können dazu führen, daß das Ich mit überwältigenden Affekten überschwemmt wird. Durch Gegensteuern mittels geeigneter Abwehrmechanismen soll die Beherrschung der unerträglichen Affekterfahrung ermöglicht werden. Während der Traumatisierung, unmittelbar danach oder in Vorbereitung auf eine wiederkehrende oder absehbare Traumatisierung entwickelt der Mensch Copingmechanismen. Der Wichtigste scheint die grundlegende menschliche Fähigkeit zur Dissoziation zu sein, die eine Bewältigungsmöglichkeit für emotional unvereinbare Wahrnehmungen und Erfahrungen ist. Zitat Sachsse (1996,47):

„Dissoziation als grundlegende Fähigkeit des Menschen zur Realitätsbewältigung kann bewußt induziert werden. Fast alle sexuell oder aggressiv mißbrauchten oder gefolterten Menschen haben die Fähigkeit entwickelt, Depersonalisationszustände aktiv herbeizuführen, den eigenen Körper verlassen zu können, neben sich zu stehen oder sich ganz tief in sich zurückzuziehen, dorthin wo Schmerz und Scham und Pein nicht mehr hinkommen. Induzierte Derealisation und Depersonalisation sind autoaggressive Veränderungen oder Zerstörungen der eigenen Wahrnehmung, die aktuell autoprotektiv sind, aber mittel- und langfristig problematisch werden ...“

Im Anschluß an extreme Traumatisierungen lassen sich sogenannte Flashbacks finden, nämlich die Beobachtung, daß traumatische Situationen oft nach Jahren scheinbar unverändert (photographisch) ins Bewußtsein dringen. Hierbei ist allerdings umstritten, ob diese sogenannten Flashbacks als wiederkehrende Abbildungen real erlebter Szenen verstanden werden können oder ob es sich um Neuschöpfungen der Psyche handelt. Dennoch scheint die Hypothese zutreffend zu sein, daß durch extreme Traumatisierung die Fähigkeit zur Verarbeitung von Erfahrungen beschädigt wird,



Abb. 1

... Ich fühle mich wie gejagt, gehetzt, ruhelos, total unter Druck ... mal tot, leer und abgestorben, dann unendlich gequält und verletzt, zerschnitten, voller Angst, Verzweiflung und Ekel.

d. h. die Symbolisierungsfähigkeit zur Verarbeitung traumatischer Erfahrungen erheblich beeinträchtigt ist. Therapeutische Ansätze haben dann das Ziel, die Symbolisierungsfähigkeit zur Traumaverarbeitung wiederherzustellen. Eine gelungene Herstellung der Symbolisierungsfähigkeit, indem körperliche Integrität wiederhergestellt und die Dissoziation der Affekte aufgehoben ist, zeigt die abgebildete Plastik (Abb.1). Skulptur und Text sind von einer Patientin, die in ihrer Kindheit schwer traumatisiert wurde.

Zurückliegende Traumatisierungen können in besonders sensiblen Entwicklungsphasen in besonderer Weise die weitere Entwicklung beeinträchtigen.

Adoleszenz als sensible Entwicklungsphase

Sensible Entwicklungsphasen, in denen sich Ich und Selbststrukturen verflüssigen und neu formen, können die ödipale Entwicklungsphase, die Adoleszenz oder Schwangerschaft und Elternschaft sein. In der Adoleszenz fließen zahlreiche Entwicklungslinien zusammen, die sich konfliktvoll verdichten. Unter dem biologischen Druck der pubertären Entwicklung müssen neue Lösungen im Bereich der Selbstentwicklung, der Ich-Entwicklung und der Entwicklung der Geschlechtsidentität gefunden werden. Die sogenannte physiologische Ich-Schwäche im Rahmen der adoleszenten Entwicklung kann dazu führen, daß die Auswirkungen zurückliegender Traumatisierungen, die bislang von einem weitgehend stabilen Ich in Schach gehalten wurden, aufbrechen und in krisenhaft verlaufenden Entwicklungsprozesse münden (Endres 1994). Unter dem Erleben des erwachsen werdenden Körpers, der zunehmenden geschlechtlichen Reife, können Gewalterfahrungen und sexuelle Übergriffe, die Jugendliche in ihrer Kindheit erlebt haben, zu einem Zusammenbruch der Entwicklung führen, der oft ohne therapeutische Hilfe nicht bewältigt werden kann. Das von Freud entwickelte Konzept der Nachträglichkeit, das von Erdheim (1993) modifiziert und erweitert wurde, geht davon aus, daß Erfahrungen lebenslang überarbeitet und durch nachfolgende Erfahrungen modifiziert werden. Dies wird auch von der aktuellen Gedächtnisforschung bestätigt (Edelman 1995). Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter haben so lebenslang Auswirkungen auf die psychische Entwicklung und können mitunter in dramatischer Form auch im Erwachsenenalter zu schweren psychischen Dekompensationen führen. Dabei kann auch die Überich-Entwicklung durch traumatische Ereignisse beeinträchtigt werden, wobei gewalttätige Übergriffe oder der Verlust von Bezugspersonen schuldhaft verarbeitet werden.

In Anlehnung an eine von Fischer und Riedesser (1998) vorgeschlagene Konzeptualisierung können Traumafolgen unterschiedlichsten Entwicklungsbereichen zugeschrieben werden. Diese entwicklungspsychologisch orientierte Herangehensweise ermöglicht unter Berücksichtigung von konstitutionellen und protektiven Faktoren die Entwicklung therapeutischer Konzepte. Zudem eröffnet sie eine präventive Perspektive, da dank zunehmender Kenntnis von Traumafolgen für die psychische Entwicklung durch geeignete Interventionen Folgen aktueller Traumata gemildert werden können.

Literatur

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978): Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Erlbaum, Hillsdale NJ
- Bergman, M. (1996): Fünf Stadien der Entwicklung der psychoanalytischen Traumakonzeption. *Mittelweg (Zeitschrift des Hamburger Instituts für Sozialforschung)* 36, H. 2, 12-22
- Bowlby, J. (1961): Die Trennungsangst. *Psyche* 15, 411-461
- (1969): Bindung – Eine Analyse der Mutter Kind Beziehung. Kindler, München 1975
- Dornes, M. (1997): Risiko- und Schutzfaktoren für die Neurosenentstehung. *Forum der Psychoanalyse* 13, 119-138
- Edelmann, G. E. (1995): Göttliche Luft, vernichtendes Feuer. Piper, München
- Endres, M. (1994): Krisen im Jugendalter. Reinhardt, München/Basel
- Erdheim, M. (1993): Psychoanalyse, Adoleszenz und Nachträglichkeit. *Psyche* 47, 934-950
- Fischer, G., Gurrus, N., Pross, C., Riedesser, P. (1996): Psychotraumatologie – Konzepte und spezielle Themenbereiche. In von Uexküll, Th.: *Psychosomatische Medizin*. (Hrsg. R. Adler, J. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, Th. von Uexküll und W. Wesiak). 5. Auflage. Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore
- , Riedesser, P. (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Reinhardt, München/Basel
- Freud, A. (1968): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. *Gesammelte Werke* XIII, 1-69. Fischer, Frankfurt/M.
- (1926): Hemmung, Symptom und Angst. *Gesammelte Werke* XIV, 111-205. Fischer, Frankfurt/M.
- Furman, E. (1986): On trauma – when is the death of a parent traumatic? *Psychoanal. St. Child* 41, 191-207
- Köhler, L. (1992): Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. *Forum Psychoanal.* 8, 263-280