

Bürgin, Dieter; Meng, Heiner

Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 7, S. 477-488



Quellenangabe/ Reference:

Bürgin, Dieter; Meng, Heiner: Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag - In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49 (2000) 7, S. 477-488 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-9128 - DOI: 10.25656/01:912

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-9128>

<https://doi.org/10.25656/01:912>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht 

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

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

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,
Psychologie und Familientherapie

49. Jahrgang 2000

Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –
Friedrich Specht, Göttingen – Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Redakteur

Günter Presting, Göttingen

V&R Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag

Dieter Bürgin und Heiner Meng

Summary

Psychoanalytic diagnostics and pedagogical everyday-life

The results of the psychoanalytic evaluation of a patient gathered during the diagnostic process can only be applied in appropriate educational procedures if an undisturbed dialogue exists within the multidisciplinary treatment team of a ward. Pedagogic activities based on such assessments bring about a continuous verification or falsification of the primary diagnostic evaluation. They not only reflect it's quality but also furnish new information. In loop-like movements the position of the evaluation at the beginning of the in-patient treatment is supplemented or revised. Every traumatic experience, be it dissociated or otherwise isolated from consciousness, because of the continuous vulnerability of the traumatised subject can be triggered and reactivated under special conditions. The practical interlock of the results of the psychoanalytic assessment at the beginning and the educational activities of everyday-life during hospitalisation are exemplified by the case history of a multiple traumatised adolescent.

Zusammenfassung

Die Umsetzung der während des diagnostischen Prozesses gewonnenen psychodynamischen Erkenntnisse in angemessene pädagogische Vorgehensweisen setzt einen ungestörten interdisziplinären Dialog im Behandlungsteam voraus. Die im so strukturierten pädagogischen Handeln gewonnenen Erfahrungen entsprechen einem konstanten Verifizieren oder Falsifizieren der Diagnostik. Sie sagen Wichtiges aus über die Qualität der anfänglichen Einschätzungen und liefern frische Informationen, die in schlaufenförmigen Bewegungen die ursprünglichen diagnostischen Positionen ergänzen oder revidieren. Jede noch so gut dissoziierte oder abgekapselte traumatische Erfahrung kann infolge der anhaltenden Verletzlichkeit des Individuums unter ganz anderen speziellen Bedingungen, die eine dem Subjekt zumeist unbekannte Auslösewirkung haben, plötzlich reaktiviert werden. An einem Fallbeispiel einer multipel traumatisierten Adoleszenten wird das praktische Ineinandergreifen von psychodynamischer Diagnostik und pädagogischem Alltag erläutert.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 49: 477-488 (2000), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht 2000

1 Einleitung

Die stationäre Behandlung von Adoleszenten bedarf nicht nur einer sorgfältigen Diagnostik des Patienten, welche dessen intrapsychische Dynamik und Struktur zu erfassen versucht, sondern auch einer Einschätzung der Qualität seiner spezifischen Beziehungen zu und Interaktionen mit relevanten Interaktionspartnern seines Umfelds. Die Ergebnisse dieses diagnostischen Prozesses legen auf der einen Seite die Richtung des pädagogischen Handelns fest. Auf der anderen Seite tragen die reflektierten Erfahrungen aus den vielfältigen pädagogischen Interaktionen im stationären Alltag aber auch Wesentliches zur Verifikation oder Falsifikation bzw. Modifikation der anfänglichen Einschätzungen bei. Der therapeutische Prozeß ist – unter diesem Aspekt gesehen – auch ein kontinuierlich diagnostischer Vorgang.

2 Trauma

Das Traumakonzept – durch die Streßforschung in den letzten Jahren erneut aktuell geworden – hat sich bei der stationären Behandlung von Adoleszenten mit erheblichen psychischen Störungen als sehr nützlich erwiesen.

2.1 Anmerkungen zur Traumatheorie

Der Terminus „Trauma“ hat in den vergangenen Jahren eine zunehmend unspezifischere Anwendung erfahren. Die Spannweite reicht von der ursprünglichen Bedeutung eines Durchbruchs in der Reizschranke bis zur gehäuften Belastung. Diese Tatsache macht es schwer, zwischen allgemein pathogenen und traumatischen Einflüssen zu unterscheiden (A. Freud 1967). Psychisches Trauma entspricht etwa einem Zustand der Überwältigung des Ichs, in dem es seine Fähigkeit zu organisieren und zu regulieren, partiell oder total verliert, und der deshalb einen Zustand der Hilflosigkeit auslöst (Tyson u. Tyson 1990). Die über längere Zeit anhaltende Auswirkung eines derartig überwältigenden Geschehnisses kommt einem „Seelenmord“ gleich (Shengold 1989).

Winnicott (1990) definiert all diejenigen Ereignisse als Traumata, die den Zustand eines kontinuierlichen Seins des Subjekts unterbrechen. Jegliche Störung der Anpassung einer primären Bezugsperson im frühen Leben des Säuglings stört sowohl dessen Integrationsprozesse im Ich als auch den Aufbau eines Gefühls kontinuierlichen Seins in der Selbstrepräsentanz und bildet einen potentiell traumatischen Faktor. Als Integration gilt ihm ein Zustand der Einheit, der Grundgefühle wie „ich bin“ und „ich handle“ ermöglicht.

Übergriffe verschiedenster Art haben in der frühen Kindheit traumatische Auswirkungen, welche die Entwicklung der Beziehungen zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen, resp. Subjekt und Objekt, beeinträchtigen. Übermäßige Reizzufuhr, stamme diese aus der Umgebung der Außenwelt oder aus inneren Triebquellen, erzeugt Ängste eines solchen Ausmaßes, daß die Fähigkeit des Ichs, Impulse abzuwehren, au-

Ber Kraft gesetzt wird und in der Folge Gefühle von Hilflosigkeit entstehen. Traumatisierende Situationen dieser Art sind in der Säuglings- und Kleinkinderzeit, in welcher das verhältnismäßig unreife Ich schnell überwältigt ist, besonders häufig (S. Freud 1926). Werden Grundbedürfnisse eines Kindes im Laufe seiner psychosozialen Entwicklung nicht angemessen erfüllt, so erhält die Situation rasch die Qualität eines traumatischen Geschehens. Die Vulnerabilität eines Kindes ist um so größer, je jünger es ist. In seltenen Fällen ist allerdings auf Grund hereditärer Faktoren auch eine eingeschränkte Verletzlichkeit (Resilienz) zu beobachten.

Durch unzählige kleine Anpassungsstörungen des empathisch auf den Säugling eingehenden idealisierten Selbstobjektes, d.h. durch eine sanfte Desillusionierung im Sinne von Winnicott, entwickelt sich allmählich die Abgrenzung zwischen innerer und äußerer Welt, und es dominieren zunehmend die Beziehungsformen zwischen einer klar abgetrennten Selbstrepräsentanz und der Repräsentanz eines ganzen Objekts gegenüber primitiveren Funktionen der Beziehungswelt. Versagt die Empathie hingegen in größerer Weise, z.B. wenn die primäre Beziehungsperson oder das Selbstobjekt sich in ungenügender Weise auf die Affekte des Säuglings einstellt, so bewirkt dies einen traumatischen Einbruch im Ich mit zahlreichen nachfolgenden Störungen in der Entwicklung der Objektbeziehungen.

Wird ein Kleinkind schwach traumatisierenden, aber lang anhaltenden Situationen ausgesetzt, so führt dies zu einem sogenannten Strain-Trauma (Kris 1956). Wiederholtes Ungenügen primärer Beziehungspersonen in ihrer Funktion, das Klein- oder Vorschulkind zu schützen – verglichen mit anderen Traumatisierungen handelt es sich oft um scheinbare Mikroereignisse – bewirken in der Terminologie von Khan (1963) ein „kumulatives Trauma“, das in seinen klinischen Erscheinungsformen von Keilson (1979), Becker (1992) und anderen in seiner ganzen Breite gut beschrieben worden ist. Beide Formen verhindern die Strukturierung und Integration von Ich-Funktionen. Als Folge davon zeigen die betroffenen Kinder vielfach eine Prädisposition in Richtung Empfindung einer überbordenden Angst und/oder übermäßiger Rage.

2.2 *Bedeutung von Ereignis und Verarbeitung*

Es liegt auf der Hand, daß nicht das äußere Ereignis für sich allein festlegt, ob eine pathologische Konsequenz zu beobachten sein wird oder nicht. Trauma ist üblicherweise nicht ein äußeres Geschehen; Trauma ist der Name für die Qualität eines Beziehungsgeschehens zwischen einem Subjekt und einem Gegenüber. Viele Ereignisse könnten traumatisierend wirken. Es geht somit darum zu verstehen, unter welchen inneren und äußeren Bedingungen eine Situation oder ein Ereignis für ein Kind eine traumatisierende Qualität erhalten hat. Die spezifische Beziehung zwischen dem Organismus und seinem inneren wie auch äußeren Milieu legt fest, ob die Reizschranke hat aufrecht erhalten bleiben können oder nicht (Fischer 1986).

Aber nicht nur eine Überflutung der Ich-Grenzen kann traumatische Auswirkungen nach sich ziehen. Auch ein Mangel an emotionaler Zuwendung vermag traumatisierend wirken. Es ist wohlbekannt, daß bei Zuständen von emotionaler Deprivation eine

höhere Rate kinderneurotischer Symptome wie Enuresis, Enkopresis, Jactatio capitis et corporis, motorischer Unruhe, manchmal auch intellektueller Beeinträchtigung und fast immer von Beziehungsstörungen gefunden wird. Trennung, Verlassenwerden oder Verlust von einem oder beiden Eltern – das etwa ist die Reihenfolge des Schweregrades potentiell traumatisierender Mangelereignisse.

Allgemein gesprochen kann ein Trauma sowohl aus einem Zuviel eines Affekts (im Verhältnis zu den jeweiligen Verarbeitungsfähigkeiten des Kindes), z.B. Angst, Hilflosigkeit, als auch einem Zuwenig eines wesentlichen Entwicklungsingrediens resultieren, das üblicherweise vorhanden und für die Entwicklung eines Individuums unverzichtbar ist, z.B. emotionale Wärme oder Kontinuität von Beziehung.

2.3 Fehlentwicklung als Folge eines traumatischen Geschehens

Ist es zu einem Zusammenbruch der Reizschranke, zu einem Maß an Angst gekommen, welches nicht mehr Signal-, sondern nur noch Katastrophenalarm-Charakter hat, und hat sich eine Überwältigung mit zeitweiliger Ausschaltung der Ich-Funktionen eingestellt, so sprechen wir beim nachfolgenden Zustand von einer traumatischen Neurose (Yorke 1986). Bei dieser innerpsychischen Konstellation handelt es sich um eine Folge eines übermäßigen Reizzuflusses, auf den das Ich überhaupt nicht vorbereitet war und keine Gelegenheit gehabt hat, sich antizipierend vorzubereiten. Die Reizschranke als Grundstruktur ist nicht bei allen Kindern gleich stark ausgebildet. Überdies muß zwischen einer Reizschranke gegen innere Reize (Durchbruch der Abwehr z.B. von Triebimpulsen oder Schmerzreizen) und einer solchen gegen äußere unterschieden werden. Traumatische Angst wird im allgemeinen durch Situationen existentieller Bedrohung ausgelöst. Die Signalangst ist in diesen Fällen nicht mehr ausreichend, das Ich nicht mehr imstande, angemessene Abwehrmechanismen einzusetzen. Oder diese bleiben, im Vergleich zur Intensität der Reize, so ungenügend, daß es von Hilflosigkeit überflutet wird. Eine derartige, alles durchdringende Überreizung kann sich unter gegebenen Bedingungen zu jeder Zeit und bei jedem Kind einstellen, insbesondere wenn dessen Grundbedürfnisse keine genügende Befriedigung gefunden haben. Sie kann einzig durch Aktivitäten schutzgebender Erwachsener gemildert werden, welche die Quelle der genannten Ängste entdecken und dort stützend einwirken.

Traumatisierende Abläufe ziehen oft andere größere Konflikte im Ich an wie ein Magnet und wirken so als Organisatoren von Konflikten (Kennedy 1986). Sogenannte traumatische Erinnerungen haben nicht selten die Funktion von Deckerinnerungen, die an Stelle anderer, oft weit schlimmerer traumatischer Erfahrungen oder einer ganzen Reihe traumatogener Ereignisse stehen. Die Geschichte der Traumatisierung macht im Laufe der Zeit eine eigene Entwicklung durch, indem die Bedeutung des traumatischen Geschehens periodischer Umwandlung und Überarbeitung unterliegt. So wird das ursprüngliche Trauma mit Hilfe von immer komplexeren Abwehr- und Bewältigungsmechanismen anhaltend umgeschrieben (Pruett 1984). Soll die psychische Entwicklung eines traumatisierten Kindes voll verstanden werden, so ist dies meist erst nach der Adoleszenz oder erst nach dem Eintritt in eine eigene Elternschaft möglich.

Das in der Psychoanalyse verwendete Traumamodell geht von der spezifischen Hilflosigkeit und Verletzlichkeit des menschlichen Säuglings aus, der zu früh geboren wird, außerordentlich lange abhängig bleibt und zu Beginn seiner Existenz noch nicht zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit zu unterscheiden vermag. So ist jede Reaktion eines Subjekts auf einen potentiell traumatischen Reiz zuerst eine dem emotionalen Überleben dienende Anpassungs- und Schutzaktivität. Die verwendeten archaischen Abwehrmodalitäten bewirken oft eine mehr oder weniger ausgeprägte Beeinträchtigung der Selbst- und Ich-Strukturen und ziehen weitere Anpassungs- und Abwehrmechanismen nach sich, die neben dem Schließen von alten oft neue Wunden aufreißen. Diese manifestieren sich – nach einer längeren symptomatischen Zeit und unter dem Druck der biologischen und sozio-kulturellen Anforderungen, die sich im Laufe der notwendigen Umformungen der Persönlichkeitsstruktur ergeben – allerdings vielfach erst in der Adoleszenz. Traumatische Einflüsse in der frühen Kindheit wirken sich somit mindestens zweimal auf die Entwicklung des Individuums aus. Die sekundäre Elaboration und Umformung einer traumatisierenden Gegebenheit kommt einerseits durch die Einwirkungen der „Nachträglichkeit“ (Freud 1918), andererseits durch die Reifungsvorgänge der neu erworbenen genitalen Sexualität zustande.

2.4 Traumatisierung und narzißtische Entwicklung

Traumatisierung auferlegt dem Individuum ein Gefühl, ungerecht behandelt worden zu sein. Bei einem Trauma auf Grund eines Naturereignisses ist niemand anzuklagen, das Unrecht scheint durch so etwas wie Schicksal verursacht worden zu sein. Von Menschen auferlegte Traumatisierung hingegen wird als ein sozial rückzahlungsfähiges Geschehen empfunden und mit Gefühlen der Wiedergutmachtung, Rache und Entidealisierung verknüpft. Einer dem Individuum von Menschen auferlegten traumatisierenden Erfahrung folgt eine tiefste Vertrauenskrise, da das Grundvertrauen in wechselseitige schutzgebende Beziehungsstrukturen und damit Perspektiven für eine erhoffte Zukunft zerstört worden sind. Die Grundschädigung einer traumatisierten Person besteht somit in der anhaltenden Störung der Besetzung des eigenen Selbst. Ich-Funktionen, denen über längere Zeit die narzißtische Besetzung entzogen worden ist, erleiden eine irreversible Schädigung, denn die Funktionslust ist anhaltend beeinträchtigt. Es liegt auf der Hand, daß die Toleranzschwelle für eine derartige narzißtische Deprivation altersabhängig und individuell sehr variabel ist.

Traumatisierung vermag auch weitgehende Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur zu bewirken (Eissler 1968), z.B. eine Regression auf eine Existenzform mit kaum mehr bestehender Mentalisierung. Das Selbst hat gleichsam kapituliert, sich den destruktiven Kräften überlassen, so daß beinahe sämtliche emotionalen Reaktionen wie ausgelöscht sind. Oder es hat sich eine Identifikation mit dem Aggressor ausgebildet. In solchen Fällen findet vor allem eine Identifikation mit dem Narzißmus des Aggressors statt, da dies den Betroffenen offensichtlich als der einzige Weg erschienen ist, der durch das Trauma erzeugten eigenen narzißtischen Leere zu entgehen.

2.5 Trauma und Entwicklung

Traumatische Erfahrungen in der frühen Kindheit wirken sich oft nachhaltig auf die Entwicklung der Repräsentanzenwelt des Kindes aus. Unerträgliche Affekte oder Erfahrungen von seelischem Schmerz werden von den anderen Repräsentanzen dissoziativ abgelöst, wodurch der Rest des Ichs ungestört und funktional bleiben soll. Durch solche unbewußt erfolgende Dissoziationsvorgänge, bei denen Teile der Selbst-, Objekt- und Beziehungsrepräsentanzen abgespalten werden, werden auch Emotionen, Affekte und Erinnerungen vom restlichen Erlebnisbereich eines Subjekts abgetrennt. Die dissoziierten Anteile scheinen dann nicht mehr zum funktionalen Bereich der Person zu gehören. Sie erzeugen eine Art Spaltung im Ich, indem Pole sehr unterschiedlichen Funktionierens weit voneinander getrennt gehalten werden (so kann z.B. eine Polarisierung zwischen Phantasie und Realität, Ich und Über-Ich, Denken und Empfinden oder auch zwischen Schlaf und Wachzustand eintreten). Abhängig vom jeweiligen Funktionszustand hat das Individuum gleichzeitig Kenntnis von den abgespaltenen Teilen und auch nicht. Dissoziation als vertikale Spaltung – mit mehr oder weniger Regression verknüpft – ist ein wirksamer Abwehrmechanismus, der allerdings deshalb meist dysfunktional ist, weil er zu Symptombildung Anlaß gibt (z.B. Somnambulismus). Posttraumatische Symptome allerdings scheinen nicht wie üblich vor allem der Wunscherfüllung zu dienen, sondern bringen in erster Linie ein hohes Quantum an Selbst-Destruktivität zum Ausdruck und sind durch die Umwandlung von Erfahrungen eigener Passivität in aktiv handelndes Inszenieren gekennzeichnet. Die Dissoziation steht im Dienste der Verleugnung und bewirkt eine massive Reduktion derjenigen Informationen, die vom dissoziierten Pol mit dem Pol des Rest-Ichs ausgetauscht werden können. Gewisse Gedanken, Gefühle oder Erinnerungen befinden sich wie in einem isolierten Tabubereich, der keine Annäherung erlaubt, und somit in einem Zustand statischer Koexistenz mit dem übrigen Erlebnisbereich des Subjekts (Ogden 1990).

2.6 Formen der Abwehr, bleibende Verletzlichkeit und Wiederholungszwang

Vor dem Hintergrund einer intersubjektiven Beziehung betrachtet läßt sich die durch Menschen verursachte Traumatisierung durch eine ausgeprägte Asymmetrie von Macht und Ohnmacht charakterisieren (Ehlert u. Lorke 1988), die Macht liegt beim Täter, die Ohnmacht beim Opfer. Die intensiven Gefühle von Hilf- und Machtlosigkeit sind mit überwältigender Angst und nachfolgender Regression verknüpft, denn die üblichen Abwehraktivitäten reichen infolge der plötzlichen und übermäßigen Adaptationserfordernisse nicht mehr aus. Ist die Regression sehr weitgehend, so werden archaische Selbst- und Objektrepräsentationen aktualisiert, die Grenzen zwischen innen und außen durchlässig, das Ich hält Ausschau nach einem rettungsringhaften Hilfs-Ich, das die für das Überleben zentralen Funktionen übernehmen könnte. Auf der schließlich erreichten Ebene des primären Narzißmus ist in der Phantasie die Autarkie nun vollständig, in Realität aber hat sich die Abhängigkeit von externen Personen extrem erhöht. Die traumatische Regression spielt sich somit zwischen zwei Akteuren in einer

spezifischen Situation ab, die für das Opfer vielfach die Qualität eines Verlusts der Liebe des Objekts oder sogar eines Verlusts des Objekts schlechthin besitzt. Ein dermaßen von Verlust bedrohtes Kleinkind greift häufig auf den Mechanismus der Introjektion zurück, d.h. auf ein Hineinnehmen einer archaischen Beziehungsform in die Selbstrepräsentanz, um auf der phantasmatischen Ebene Kontinuität sicher zu stellen und Trennung zu verhindern, denn Liebesverlust kommt im Primärprozeß einer Bestrafung gleich. Diese kann durch ein vorwegnehmendes Eingeständnis der eigenen Fehlerhaftigkeit gleichsam reduziert und mit dem Angebot, ein braves Kind sein zu wollen, scheinbar wiedergutmacht werden. Da vom Täter her aber keine Versöhnungsgeste erfolgt, beginnt das Opfer genau das Vorstellungsbild zu übernehmen, das der Täter in der Phantasie des Opfers von ihm hat. Wird eine solche pathogene Beziehung introjiziert, so wird das Kind sie nicht mehr los, da es noch weiter auf Versöhnung hofft. So wird dieses introjizierte, pathogen-traumatisierende Bild zu einem Teil der gerade dadurch deformierten Selbstrepräsentanz des Opfers. Eine solche ist allerdings für das Über-Ich des betroffenen Individuums nicht akzeptabel und wird deshalb mittels Affektisolation, Depersonalisation oder Dissoziation von der restlichen Selbstrepräsentanz wieder abgespalten. Die im Vorbewußten verbleibenden, abgespaltenen Teile bilden die Motivatoren für wechselnde Ich-Funktions-Zustände. Die Spaltung, ursprünglich als Abwehr gegen das pathogene Introjekt gebraucht, dient paradoxerweise schließlich zur Erhaltung des Introjekts. Eine traumatisch introjizierte Beziehung ist somit durch eine regressive Suche des Selbst nach der Liebe eines primären Liebesobjekts gekennzeichnet. Der Täter wird zur einzigen Quelle narzißtischer Gratifikation, denn er befindet sich in der mächtigen Position, Trost und Wohlbefinden spenden zu können. Die introjizierte Beziehung bleibt aber ein intrapsychischer Fremdkörper, außer sie wird mit der Zeit – durch Prozesse einer globalen pathologischen Identifikation – zu einem Teil der inneren Strukturen des Individuums. Nach tiefen Traumatisierungen kann ein Opfer so selbst zum Täter werden, sofern die traumatisierende Beziehungsform in die Selbstrepräsentanz integriert worden ist und diese sich nach den Prozessen der Introjektion und Identifikation – in einer Art Wiederholungszwang von Eigentraumatisierung – wie das traumatisierende Objekt selbst verhält.

Kinder und Jugendliche erhalten oft die Funktion eines speziellen Gefäßes zugeteilt, das die von den primären Betreuungspersonen abgespaltenen und auf das Kind projizierten psychischen Inhalte aufnimmt. Bei solchen intensiven Parentifizierungsprozessen erfüllen die Kinder – mittels der eigenen introjektiven Aktivitäten – die unbewußten Mandate der primären Betreuungspersonen und entwickeln als Anpassungsstruktur leicht ein deformiertes, falsches Selbst. Dieses erlaubt ihnen gleichsam die Quadratur des Kreises, da sie mittels des falschen Selbst gehorsam und loyal zu den Eltern bleiben können und sich, mit Hilfe der abgeschirmten Strukturen des echten Selbst, nicht untreu sein müssen. Der Preis dafür besteht allerdings nicht selten im Aufbau zweier sehr widersprüchlicher Funktionsstrukturen, die untereinander in konflikthafter Beziehung stehen können. Durch Krieg, Verfolgung oder Folter massiv traumatisierte Eltern übermitteln ihre nicht integrierten traumatischen Beziehungserfahrungen nicht selten direkt auf ihre Kinder. Kestenberg nannte diesen unbewußt ablaufenden Mechanismus (Projektion und Externalisation durch die Eltern, Introjek-

tion und Identifikation durch das Kind) „Transposition“. Er kommt besonders leicht zustande, wenn die Eltern keinen Weg gefunden haben, ihre traumatischen Erfahrungen zu metaphorisieren, d.h. in eine verbal-symbolisierte oder in eine szenische Form zu bringen, und diese aus genau dem Grunde keinen Zugang zu kommunikativen Abläufen erhalten. Der traumatische Fremdkörper kann durch eine solche Weitergabe von Generation zu Generation übermittelt werden. Kumulative transgenerationale (Re-)Traumatisierungen bilden eine Brücke zwischen individuellen und sozialen Formen des Traumas.

Ohne genaue Kenntnis über die Details einer spezifischen Situation eines Individuums ist – außer in Fällen massiver Traumatisierung durch Katastrophenereignisse – keine Voraussage darüber möglich, welches Geschehen eine traumatisierende Auswirkung haben wird. Weder Konflikte, schlimme äußere Ereignisse, noch das Ausmaß von Belastungen an sich sind für die Traumatisierung entscheidend, sondern die mangelnde Wirksamkeit der im intrapsychischen Bereich verwendeten Abwehrmechanismen oder der im interpersonellen Gebiet zur Anwendung gelangenden Anpassungs- und Bewältigungsvorgänge.

Traumatisierbarkeit scheint paradoxerweise ein inhärentes Risiko und der unvermeidbare Preis für die Fähigkeit zu sein, einen bedeutungsvollen intersubjektiven Dialog zu führen. In allen helfenden Berufen ist eine bevorzugte Sympathie für die Opfer zu beobachten. Aber die Fähigkeit, eine angemessene Distanz zu wahren und nicht dem Phänomen der Affektansteckung zu unterliegen, ist genauso wesentlich für das Erbringen einer adäquaten Hilfeleistung. Denn jedes auch noch so gut dissoziierte oder abgekapselte traumatische Erlebnis kann unter speziellen Bedingungen, die eine dem Subjekt zumeist unbekannte Auslösewirkung besitzen, plötzlich reaktiviert werden. Die in keinem Verhältnis zum Auslöseereignis stehende Intensität der dann plötzlich aufschießenden Affekte weist darauf hin, wie stark ein Individuum durch ein Trauma mit lebenslang anhaltender, spezifischer Verletzlichkeit gezeichnet worden ist.

3 Fallvignette

Die Patientin wurde im Alter von 13 Monaten aus einem südamerikanischen Land von Eltern in der Schweiz adoptiert. Wegen Unterernährung und Tuberkuloseverdacht soll das Kind in der Schweiz anfänglich für drei Wochen pädiatrisch hospitalisiert worden sein. Von ihren leiblichen Eltern hat die Patientin keine Kenntnis. Über die Adoptionssituation wurde sie erst in der Latenz informiert. In der Primarschulzeit zog die Familie aus recht unklaren Gründen in ein südliches Land, dessen Sprache die Patientin völlig neu erlernen mußte. Schulschwierigkeiten mit Leistungshemmung und -verweigerung wurden manifest. Die Patientin begann in der Frühadolescenz mittels Sport und dann Erbrechen, Gewicht abzunehmen, weil sie sich zu dick gefühlt habe. In der Adoleszenz soll sie zuerst von einem Freund der Familie, dann von einem Gleichaltrigen vergewaltigt worden sein.

Im Alter von 16 Jahren wurde die Patientin wegen Schulproblemen, einer höchst komplexen Adoptionsproblematik, atypischer Bulimie und schwerer Neurodermitis bei uns zur stationären Behandlung aufgenommen. Sie war scheu, zurückhaltend und subdepressiv und klagte über Alpträume. Die Beziehung zu den Adoptiveltern war äußerst schwierig und eine Elternarbeit

kaum möglich, da diese zumeist im Ausland weilten oder zu vereinbarten Besprechungen nicht erschienen.

Die Patientin dürfte im ersten Lebensjahr einiges an Entbehrung durchgemacht haben mit nicht geringer Traumatisierung. Mit Sicherheit erlebte sie im Alter von 13 Monaten einen Wechsel der primären Betreuungsperson und damit auch des Sprachmilieus, als sie von ihrer Adoptivmutter in die Schweiz geholt wurde. In diesem Alter kann ein Kind noch kaum verbal auf ein solches Ereignis vorbereitet werden und ist durch diese Art Trennung ohne entsprechende Substitutperson in hohem Ausmaß traumatisierbar, wie viele Studien, ausgehend von den prinzipiellen Erkenntnissen von Robertson und Robertson (1975), seither belegt haben.

Über die Kleinkinderzeit liegen kaum gesicherte Informationen vor. In der Latenzzeit hingegen erfolgte die Eröffnung der Adoptionsituation. Das kluge Mädchen hatte diesbezüglich, auf Grund der völlig anderen Hautfarbe ihrer Adoptiveltern, gewiß bereits schon lange Verdacht geschöpft, aber nicht gewagt, ihre Gedanken zu denken. Ihre Schwierigkeiten, noch rund zehn Jahre später kaum darüber sprechen zu können, belegen die Angst vor dem Wiederaufleben der existentiellen Kränkung. Es muß diesbezüglich also von einer weiteren Traumatisierung ausgegangen werden. Ein plötzlicher, durch die Lebenssituation der Eltern auferlegter weiterer Wechsel des Landes, der Sprache und des Schulsystems, mit Verlust aller bisherigen Freunde und der gesamten, mühsam aufgebauten Kontinuität der Welt der Gleichaltrigen, schlug als weiteres Trauma noch einmal in die gleiche Kerbe. Offenbar waren nun die adaptativen und kompensatorischen Ich-Leistungen deutlich überfordert, so daß sich im Leistungsbereich deutliche Symptome zu manifestieren begannen.

Der Beginn der Adoleszenz brachte mit dem Anstieg der gesamten Triebintensität eine zusätzliche Überforderung mit sich, der Zusammenbruch der Körper-Selbstrepräsentanz kündigte sich mit einer anorektiformen Symptomatik an. Eine doppelte Vergewaltigung in der Adoleszenz war bei allem Suchen nach Nähe und Zuwendung und den gewaltsam-übergriffigen Antworten im Bereich der Sexualität eine neue Form von Traumatisierung, der die Patientin völlig hilflos entgegengestanden haben muß.

Umsetzung der diagnostischen Evaluation in pädagogische Konzepte:

Bei dieser Situation multipler, sequentiell-repetitiver Traumatisierung galt es für alle nicht nur, sehr behutsam vorzugehen, sondern auch alles daran zu setzen, daß sich nicht – als Wiederholungszwang im pädagogisch-therapeutischen Kontext – nochmals Ähnliches während der stationären Behandlung abspielen würde. Auf Grund der theoretischen Traumakonzepte wurden folgende Hauptlinien des pädagogischen Vorgehens festgelegt:

- Es galt, darauf zu achten, der Patientin keine unnötigen Trennungen irgendwelcher Art aufzuerlegen und mit ihr ein Gefühl sexueller Autonomie zu erarbeiten.
- Der hohen Verletzlichkeit der Patientin sollte Rechnung getragen, Ich-Überforderungen und nachfolgende Hilflosigkeitsgefühle sollten vermieden werden. Dabei galt es aber gleichzeitig, der Verarbeitungskapazität angemessene Forderungen zu realisieren.
- Die Restrukturierung der Selbstrepräsentanz an Hand des Körper-Selbst (Körperpflege, Behandlung der Neurodermitis) sollte behutsam gefördert werden.
- Vermeidungen und regressiven Bewegungen sollte entgegen gewirkt werden.
- Angemessenes Sich-Wehren sollte unterstützt, die Externalisierung von Beziehungschaos aber durch liebevolle Konfrontationen reduziert werden.
- Eventuelle Dissoziationen sollten erkannt und reduziert werden, und es sollten Hilfeleistungen bei der Wiederherstellung eines Gefühls von Kontinuität im Sein angeboten werden.

Die Patientin hatte anfänglich Mühe, sich auf die Behandlung einzulassen und verließ die Abteilung in den ersten Wochen mehrfach unangekündigt. Sie war scheu, zurückhaltend, klagte über Ein- und Durchschlafstörungen sowie über Alpträume. Wegen ihrer liebenswürdigen Art und Hilfsbereitschaft aber war sie bei den anderen Jugendlichen sehr beliebt und konnte auch einige gute Beziehungen zu Mitpatientinnen aufbauen. Daneben imponierten aber eine große Unzuverlässigkeit und Nachlässigkeit. Konnte sie zu Beginn des Aufenthalts nie erkennen, was sie selbst zum Ausbruch von Streitereien beigetragen hatte, so gelang ihr dies unter sorgfältiger Konfrontation durch die Betreuenden in zunehmendem Maße. Zeitweilig sehr provokant und manipulativ-ausspielend kam sie auch kleinen Forderungen nur höchst zögerlich nach. Konfrontativen Gesprächen wich sie am Anfang durch fluchtartiges Weglaufen regelmäßig aus. Mit der Zeit allerdings kam sie immer rascher wieder zurück und bat um Weiterführung des Dialogs. Auf Grund der mangelnden, höchst inkonsistenten Kooperation mit den Adoptiveltern mußte schließlich eine andere rechtsgültige Vertretung für die Patientin gefunden werden, die Entscheidungsbefugnis hatte. Zur Bewältigung der Alltagsaufgaben bedurfte die Patientin – auf Grund großer Erziehungsdefizite und mangelnder Selbständigkeit – anfänglich eines sehr strukturierten Zeitplans, denn ihr Zimmer war innerhalb kürzester Zeit stets wieder in ein absolutes Chaos umgewandelt und Quantifizierungen verschiedenster Art, wie der Umgang mit Geld oder zeitlichen Abmachungen, waren ihr ein Greuel. Unter sorgfältiger Anleitung übernahm sie in erfreulich raschen Schritten vermehrt Eigenverantwortung. Auch der sorglose Umgang mit dem eigenen Körper, in den sie zu Beginn des Aufenthalts in der Abteilung mit Zigaretten Löcher hineingebrannt hatte und dessen neurodermitische Symptome sie höchst unsachgemäß pflegte, wich allmählich einer liebevollen, altersangemessenen Pflege. Ihr Gewicht konnte die Patientin schließlich – ohne weiter zu erbrechen – stabil halten.

Trotz schneller Auffassungsgabe und guter Intelligenz holte die Patientin die ausgeprägten schulischen Lücken nur zögerlich auf, da ihr Durchhaltevermögen gering und die Vermeidungsneigung groß waren. Dennoch vermochte sie bei der Entlassung nach rund 18 Monaten Hospitalisation einen mittleren Schulabschluß zu erreichen, der allerdings nicht ihren grundsätzlichen Fähigkeiten entsprach.

In der Freizeit schrieb die Patientin regelmäßig Tagebuch. Konflikten gab sie nun nicht mehr über ihren Körper Gestalt, sondern brachte Ängste, Nöte und Emotionen mit Worten zum Ausdruck. Unsicherheiten bezüglich ihrer Zukunft (Schule, Beruf, Wohnen, finanzielle Mittel) vermochte sie nun auszuhalten und Lösungsvorschläge für anstehende Probleme zu entwickeln. Sie distanzierte sich von der reinen Opferrolle und übernahm vermehrt Verantwortung für ihr eigenes Tun und Handeln. Eigeninitiative und Selbständigkeit im Alltag schienen aber noch weiter entwickelbar. Schließlich konnte sie sich einige Monate vor der Entlassung, nach zwei Anläufen, für den Eintritt in einen psychotherapeutischen Prozeß zu entschließen.

4 Grundsätze praktischer Umsetzung

Der diagnostische Prozeß umfaßt sowohl die psychodynamische Einschätzung als auch Überlegungen, wie diese – auf Grund eines gemeinsamen theoretischen, pädagogisch-therapeutischen Grundkonzepts – umgesetzt und damit auch vertieft werden können.

Die Bewegungen während einer psychoanalytischen Psychotherapie wirken darauf ein, den Prozeß der Dissoziation dadurch rückgängig zu machen, daß die abgetrennten Teile im Verlauf der Übertragung und ihrer Auflösung in den Rest der Persönlichkeit reintegriert werden. Sie bewegen sich gleichsam entgegen dem ursprünglichen

Strom der Abwehraktivitäten. Das Setting und der Schutzraum der Beziehung liefern den Rahmen für die erwünschten Abläufe.

Die pädagogischen Interaktionen im Alltag einer stationären Adoleszentenbehandlung laufen für alle Protagonisten viel ungeschützter ab, sind aber viel facettenreicher, so daß an Hand der täglichen Forderungen und Interaktionen dissoziierte alte Traumatisierungen rasch reaktiviert werden. Hier gilt es, ohne das Mittel der Deutung, hingegen mit Hilfe des Dialogs und der liebevoll-standhaften Auseinandersetzung, die für ein auslösendes Ereignis unangemessene Reaktion herauszuarbeiten, sie in gemeinsamer Arbeit ich-fremd werden zu lassen und danach bei der Suche nach günstigeren Verarbeitungsweisen für die Entwicklung des Individuums behilflich zu sein. Schreiten die Integrationsvorgänge voran und reduzieren sich die dissoziativen Vorgänge, so können zeitweilig verschiedene Ich-Funktionen gestört werden. Das gesamte Behandlungsteam ist darauf angewiesen, ein Wissen über solche Vorgänge zu besitzen, damit Veränderungen dieser Art nicht als Rückfälle oder Verschlechterungen verstanden, sondern als störende Begleitgeräusche eines sich wandelnden Individuums in Kauf genommen werden können.

Die Umwandlung gewonnener psychodynamischer Erkenntnisse in angemessene pädagogische Vorgehensweisen setzt einen ungestörten interdisziplinären Dialog und hohe Sorgfalt voraus. Die Praktikabilität und Effizienz des pädagogischen Handelns stützt sich auf die zu Beginn formulierten Grundhypothesen und auf die Möglichkeiten, diese im Alltag umzusetzen. Sie liefert aber gleichzeitig frische Information, die in schlaufenförmigen Bewegungen die ursprüngliche Einschätzung einer Revision unterzieht. Das anfängliche Formulieren und die auf Grund falsifizierender oder verifizierender Erfahrungen erfolgende Neuformulierung der zentralen Arbeitshypothesen bilden ein zentrales Element in der stationären interdisziplinären Behandlung von Jugendlichen durch ein eingespieltes Team, das tiefergehende Veränderungen als eine ambulante Behandlung ermöglicht.

Bei der Behandlung schwer traumatisierter Patienten stellt sich bereits bei Hospitalisationsbeginn – in Zusammenarbeit zwischen Jugendlichen, Angehörigen und Teammitgliedern – die Frage, wie weit die stationäre Therapie gehen soll. Die jeweiligen Antworten müssen erarbeitet werden. Dem Wunsch nach einer therapeutischen Wiederbelebung der traumatischen Erlebnisse im Laufe der vorgesehenen stationären Behandlung ist mit Vorsicht und Zurückhaltung zu begegnen. Vielfach reicht es, einem Patienten eine Vision von Beziehung zu vermitteln, eine Ahnung, wie Beziehung auch noch sein könnte, als Motivation für ein neues eigenes und weiteres Suchen. Primäres Behandlungsziel ist es dann, diesen schwer traumatisierten Patienten behilflich zu sein, wieder so weit Hoffnung und Mut zu finden, daß sie, trotz des Zwangs zur äußeren Lebensbewältigung, erneut Kraft haben, selbst den Ursachen ihrer inneren Verletzung weiter nachzugehen. Es reicht in solchen Situationen, die Realität der Traumatisierung an sich mit Respekt anzuerkennen. Die Kunst der Behandlung liegt darin, die Spannung auszuhalten zwischen der Scylla einer praematuren Zuschreibung des Traumas zu spezifischen historischen Gegebenheiten und der Charybdis des Gebrauchs theoretischer Konstrukte zur eigenen Abwehr. Um den Weg zurück zur Ursache, in die innere, persönliche Höhle des Löwen der Jugendlichen zu gehen, brauchen diese jun-

gen Menschen mutige Begleiter, die sie mit Respekt und Unerschrockenheit auf ihrer Suche begleiten können, ohne sie zu etwas hinführen zu müssen. Das Ziel einer Rekonstruktion traumatischer Wirklichkeit stellt, aufgrund der zeitlichen Beschränktheit einer stationären Behandlungsphase, nicht selten eine Überforderung für alle dar. Ein solcher Schritt muß oft an eine Psychotherapie delegiert werden, die sich in Fällen schwerer Traumatisierung ohnehin an die stationäre Behandlungsphase anschließen sollte. Die Rekonstruktion der Traumatisierung an sich ist eine *Conditio sine qua non* der Heilung, aber nicht der stationären Therapie. Angesichts der ökonomischen Forderungen wird, vielleicht mehr denn je, der Fokus einer stationären Behandlung darauf ausgerichtet sein, den frühestmöglichen Zeitpunkt zu finden, an dem ein Patient in eine ambulante Weiterbetreuung entlassen werden kann oder muß. Dies umfaßt auch die Tatsache, daß das Team einer stationären Behandlungseinheit das Ernten der Früchte, deren Wachstum es zu fördern versucht hat, oft andern Helfern überlassen muß.

Literatur

- Becker, D. (1992): Ohne Haß keine Versöhnung. Freiburg: Kore.
- Ehlert, M.; Lorke, B. (1988): Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. *Psyche* 42(6): 502-532.
- Eissler, K.R. (1968): Weitere Bemerkungen zum Problem der KZ-Psychologie. *Psyche* 22(6): 452-463.
- Fischer, G. (1986): Empirische Forschung zur Wirkung von Traumata bei Kindern und Jugendlichen. Kritik und Informationen zu einem wieder aktuellen Thema. *Psyche* 40(2): 145-161.
- Freud, A. (1967): Comments of trauma. In: Furst, S.S. (Ed.): *Psychic trauma*. New York: Basic Books, S. 235-245.
- Freud, S. (1918): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. *GW Bd. XII*, S. 72.
- Freud, S. (1926): Hemmung, Symptom und Angst. *GW Bd. XIV*.
- Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Enke.
- Kennedy, H. (1986): Trauma in Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 41: 209-219.
- Khan, M. (1963): The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child* 18: 286-306.
- Kris, E. (1956): The recovery of childhood memories in psychoanalysis. In: *The selected papers of Ernst Kris*. New Haven: Yale Univ. Press.
- Ogden, Th.H. (1990): *The matrix of the mind*. London: Jason Aronson Inc.
- Pruett, K.D. (1984): A chronology of defensive adaptations to severe psychological trauma. *Psychoanalytic Study of the Child* 39: 591-612.
- Robertson, J.; Robertson, J. (1975): Neue Beobachtungen zum Trennungsverhalten kleiner Kinder. *Psyche* 29(7): 626-664.
- Shengold, L. (1989): *Soul murder*. New Haven: Yale Univ. Press.
- Tyson, Ph.; Tyson R. (1990): *Psychoanalytic theories of development: an integration*. New Haven: Yale Univ. Press.
- Winnicott, D.W. (1990): Die Vorstellung eines gesunden Individuums. In: Winnicott, D.W.: *Der Anfang ist unsere Heimat*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Yorke, C. (1986): Reflections on the problem of psychic trauma. *Psychoanalytic Study of the Child* 41: 221-236.

Anschrift der Verfasser: Prof. Dr. Dieter Bürgin, Dr. Heiner Meng, Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und -poliklinik, CH-4058 Basel; E-Mail: dieter.buergin@unibas.ch.