

# Erfahrungsbilanz der Behandlung von Kindern mit prä- und perinatalen Traumen

---

Natascha Unfried

Grüna, Deutschland

**Keywords:** Stress, dissociation, creation of analogies, structural disorder, imagination

**Abstract:** *Assessment of Experience in the Treatment of Children with Pre- and Perinatal Traumas.* The present report is based on the therapeutic concept designed by Renate Hochauf. The imaginative approach appears to be a way for children and adolescents with early traumas to recall the dissociated parts of the traumatic scene and hence to find a way of integrating them. The report presents various examples of disruptive patterns of analogies, in particular the lack of self-realisation. In addition, excerpts from controlled regression therapy, particularly the phases after the “break-off point”, are outlined. The therapeutic relationship allows the pain and fear to be re-enacted, but also enables the traumatic situation to be brought to a close. It was able to be shown how the trigger-dependent projections stopped in the children, and changes in personality development were able to be observed. The report presents preliminary results.

**Zusammenfassung:** Der vorliegende Erfahrungsbericht basiert auf dem Therapiekonzept von Renate Hochauf. Die imaginativ-methodische Herangehensweise scheint für frühtraumatisierte Kinder und Jugendliche eine Möglichkeit zu sein, die dissoziierten Anteile der traumatischen Szene zu erinnern und somit einen Weg zur Integration zu finden. Im Bericht werden unterschiedliche Beispiele von störenden Analogiekonstellationen aufgezeigt, insbesondere das Fehlen von Selbstvollzug. Weiterhin werden Auszüge der kontrollierten Regressionstherapie, vor allem die Phasen nach dem „Abschaltpunkt“ skizziert. Die therapeutische Beziehung ermöglicht das Wiedererleben der Schmerzen, der Angst, aber auch die Beendigung der traumatischen Situation. Es konnte gezeigt werden, wie die triggerabhängigen Projektionen bei den Kindern endeten und Veränderungen der Persönlichkeitsentwicklung nachweisbar waren. Der Erfahrungsbericht stellt ein vorläufiges Ergebnis dar.

\*

---

Vortrag gehalten auf der 13. Heidelberger Arbeitstagung „Pränatale Psychologie und Psychotraumatologie“ der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) in Heidelberg, 23./24. Oktober 1999

Korrespondenzanschrift: Natascha Unfried, Dipl.-Med, Kinderärztin, Lutherstraße 13, 09224 Grüna, Telefon (0371) 858541

Theoretische Grundlage für den Erfahrungsbericht bildet der Beitrag von Renate Hochauf in dieser Ausgabe der Zeitschrift (S. 503–517). Dieses Therapiekonzept stellte für mich die Basis meiner Arbeit mit traumatisierten Kindern dar. Die imaginativ methodische Herangehensweise erwies sich für diese Altersgruppe als besonders gut geeignet. Seit 1994 beginnend, fielen mir zunächst bei Jugendlichen in pubertären Krisen und später auch bei jüngeren Kindern statt regelrechter Symbolisierungsprozesse die von Hochauf (1999) beschriebenen Analogiebildungen auf. Gleichzeitig war bereits frühzeitig das durch das Trauma veränderte Umwelterleben im Sinne der von Janus (1993/1997) beschriebenen Grundgestimmtheit gut beobachtbar. Es führte mich zunehmend zu einer anders zentrierten Wahrnehmung. Diese frühen Traumata bestimmen so grundlegend die Beziehungen zur Welt, so daß nachfolgende „dem Muster“ entsprechende Erfahrungen unendlich wiederholt werden auf dem Weg zum Erwachsenwerden. Frühzeitige Integration auch dieser abgespaltenen Anteile ins Erleben verringern, aus meiner bisherigen Erfahrung, bei Kindern das Nichtverstehen, reduzieren die Ohnmacht und ermöglichen wieder Initiative.

### **Entwicklung und Trauma**

Entwicklung nach heutigem Kenntnisstand beinhaltet die Fähigkeit eines Organismus sich lebenslang (nicht nur in der Kindheit) an die Anforderungen der vorgegebenen und sich verändernden Umwelt zu adaptieren. Ein Kind ist dementsprechend zu jedem Zeitpunkt seiner Entwicklung „reif“, einschließlich seines intrauterinen Lebens, d. h. es verfügt über die für die jeweilige Zeit notwendige Ausstattung. In der gesamten kindlichen Entwicklung sind die Bewegungszustände und Pausen notwendig, für die sich bis zum Tode fortsetzende entfaltende Arbeit. Dieses Machen („Selfmaking“ = Selbstvollzug) setzt immer wieder Erproben (Bewegen) und Festhalten (Strukturieren) in den lebenswichtigen Pausen voraus. Das Kind entsteht als ganzheitliches Geschehen, bei dem sich selbstorganisierende Teilstrukturen (Zelle, Zellverbände, u. ä.) in übergeordnete selbstorganisierende Strukturen einordnen. Durch so miteinander vernetzte Teile, eingebunden in ein Feld von nicht entfalteten Möglichkeiten, wird Leben möglich. Die Initiative des Kindes führt zur Auseinandersetzung mit der es umgebenden Umwelt. Diese fort-dauernde Entwicklung geht mit Gefahren einher. Je nach Differenzierung des Gehirns und gemachter Erfahrungen hat das Kind nur bestimmte Möglichkeiten der Bewältigung in sich zur Verfügung. Wird es in einer sehr frühen Entwicklungsphase von einem Trauma aus der Außenwelt erreicht, gelingt es oft nur kurz mit extremen Einsatz von Angst, Schmerz und Körpersymptomen dem entgegen-zusteuern. Frühzeitig kommt es zum Einsetzen der Schockreaktion. Der Schock als erschütterungsbedingtes Versagen im eigentlichen Sinne macht die Situation deutlich. Wie wir von R. Hochauf (1999) wissen, führt der schockbedingte Amoralitätsverlust für das konkrete traumatische Ereignis zum Ausschluß aus dem Prozeß der Integration in das Gesamterleben der kindlichen Persönlichkeit. Somit bleiben der weitere Verlauf und insbesondere die Beendigung des Traumas für das Kind nicht wahrnehmbar und als unvollendete Kette dissoziiert – auf sub-cortikaler Ebene kreisend (van der Kolk 1998). (s. Abb. 1)

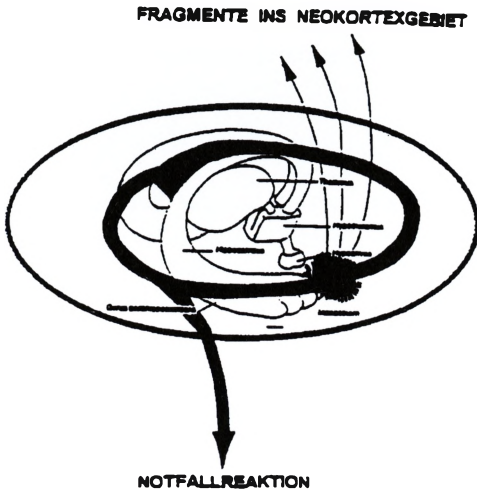


Abb. 1.

Das inhaltliche Geschehen selbst ist dadurch auf dieser Ebene festgehalten und nicht, bzw. nur unter bestimmten Kontextbedingungen erinnerbar, dementsprechend benennbar. Ab diesem Zeitpunkt (schockbedingter Abwehrprozeß, Hochauf 1999) des traumatischen Ereignisses ist die Handlungskette unterbrochen und wie Kinder es nennen:

- „die Zeit abgerissen“
- „bis zu diesem Zeitpunkt“
- „bis zu dieser Seite – dann ist Schluß“
- „bis zu dieser Stelle – dann reißt es ab“

Dies entspricht dem „Abschalt­punkt“.

Kommt es bei Kindern im Verlauf des Traumas zur totalen Ausweglosigkeit, d. h. zur Gefahr des Sterbens, dann bleibt dies ebenfalls dissoziiert. Kinder retten sich an bestimmte „Stellen“, in bestimmte Körperhaltungen u. ä. So führt nicht bewältigbarer Stress zu einer veränderten Wahrnehmung. Die traumatischen Inhalte werden falsch bzw. ungenügend in den sich entwickelnden und ständig adaptierenden Neokortex eingebaut.

Beispiele bei Kindern:

- Verlust der Fähigkeit, sich auf bestimmte Reize zu konzentrieren (Aufmerksamkeitsprobleme)
- falsche Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Teilleistungsstörungen
- Verlust der Impulskontrolle
- Veränderte „Grundgestimmtheit“ (nach Janus)
- kognitive Störungen u. ä.

Bei Kindern bleiben die Wahrnehmungsinhalte der Primärebene oft noch gut erkennbar, sie zeigen sich als „darunterliegende reale Lebenserfahrung“ wie Einsperrgefühle, Einengung, nicht heraus können, nichts tun können, nichts

bewegen können, wie steif sein, Lichterscheinungen, Visionen, Bilder, Körperempfindungen, usw., typische Abbildungen auf imaginärer Ebene.

### **Therapie mit Kindern**

Meiner Meinung nach ist das Wichtigste für das Verständnis des Veränderungsprozesses – das eigene Wissen um die traumabedingten Erlebnisse und deren Abbildung, das Empfinden und Wahrnehmen. Es läßt uns erkennen, daß viele der kleinen und größeren Patienten ständig zwischen erneutem Durchleben und der Abwehr ihrer spezifischen traumatischen Erinnerung hin- und hergerissen sind. Oft schon im Erstkontakt, der bei mir in der Regel mit Kind und Eltern beginnt, erlebe ich die Konzentration auf Probleme, die im Hier und Jetzt wenig erklärbar sind bzw. daß plötzlich in Belastungssituationen sehr oft „weggrutschen“, nicht „da sein“, u. ä. benannt wird.

An den Abschnitten im therapeutischen Prozess, wo deutlich wird, daß das Kind mehrfach „alte Erinnerungen“ reaktualisiert, oft verbunden mit den für die „falsche Zeit“ vorhandenen Körperbewegungen, Emotionen, Verhaltensweisen u. a. Modalitäten, setze ich die von Hoचाuf (1999) beschriebene Therapie modifiziert ein. Kinder kommen sehr oft „am Abschaltpunkt“, d. h. unterschiedlich regrediert, zur Vorstellung. Es liegen mehrere in der Situation gleich erlebte Ereignisse unterschiedlicher Zeitebenen übereinander (aktuelle Situationen als Auslöser).

Therapieziel ist zunächst, die Rekonstruktion der traumatischen Szene mit dem Schwerpunkt, „zu erleben“, daß die Situation schmerzhaft, schlimm, usw. war aber auch, daß sie ein Ende, einen Ausweg und insbesondere ein Überleben hat, bei allen Unsicherheiten und Ängsten auf diesem Weg.

Das Kind kann somit die eigene Erfahrung machen, daß die Affekte, Körperempfindungen, Bilder, Stimmen, Gerüche, u. ä. zu einer bestimmten Situation, zu einer anderen Zeit, in eine andere Umgebung gehören. Es ist so möglich, die beiden „vermischten Welten“ in Bezug auf die jeweilige traumatische Erfahrung kindgemäß zu benennen.

- Es gibt wieder eine Zeitachse!
- Puzzleteile fügen sich zusammen, eine Ordnung entsteht.

Jetzt kann das Kind aufhören

- „sich zu verstecken“,
- „klein zu machen“,
- „sich aufzulösen“,
- „weg zu sein“,
- „um sich zu schlagen“, u. ä.

Die Realwahrnehmung wird möglich – alle (bzw. wesentliche Teile) zugehörigen Bestandteile werden in das höherorganisierte Nervensystem = Neokortex integriert (abgespeichert), andere Zuordnungen werden möglich (Edelmann 1993).

Therapeutische Verfahrensweise (modifiziert): Anteile (Ängste, Körperempfindungen, Bilder, Gefühle, o. ä.) werden auf der imaginativen Ebene ver-



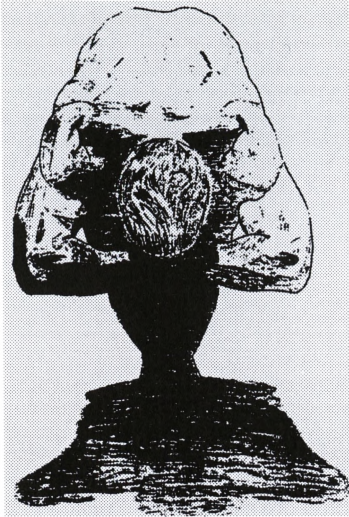


Abb. 2.

sucht zuzuordnen. Kinder finden (bestimmte therapeutenseitige Voraussetzungen einhaltend) schneller / leichter Zugang zu früheren Bewußtseinssebenen und können es oft bildlich darstellen oder benennen (Evertz 1998).

Nachfolgend möchte ich meine Darlegungen anhand von kurzen Fallsequenzen mit einigen Bildern verdeutlichen.

### 16,2 j. Knabe (C.)

Vorstellungsgrund:

- schlechte Schulergebnisse und die Gefahr, den Schulabschluß nicht zu schaffen und dementsprechend keine Ausbildung beginnen zu können.
- Ängste – ständiger Rückzug – fühlte sich ständig beobachtet
  - „alle schauen mich an“
  - „ich weiß nicht, was ich machen soll“
  - „hilflos sein“
  - „nicht in der Lage sein, etwas zu tun“
- in früheren Schuljahren hatte er oft nicht weiter mitgeschrieben
- im Kleinkindalter waren kurzfristige Bewußtlosigkeiten in Anforderungssituationen aufgetreten
- aus der Anamnese ist eine purulente Meningitis im Alter von 1,2 Jahren bekannt; nachfolgend Sprachentwicklungsverzögerung mit Beginn des Sprechens im Alter von ca 2. Jahren, sonst keine weiteren organischen pathologischen Befunde
- C. hatte über viele Jahre ein Bild wiederholt aus für ihn unklaren Gründen gemalt, es gab ihm Halt. (s. Abb. 2)

Kontrollierte Regression: „alle schauen mich an, hilflos sein, nichts tun können“. Auszüge: C. fand sich in einem weißen Zimmer, sitzt auf einer komischen Liege, kenne sie, ich habe Angst – (C. windet sich, ist körperlich sehr unruhig) – ich kann



Abb. 3.

nicht weg – eine Frau hält mich fest, noch zwei Leute – die machen was?, ich kann es nicht sehen (rutscht körperlich weg – wird steif – klappt dann nach vorn) – Angst, Angst es tut weh (C. zuckt, verzieht das Gesicht) etwas wie eine Spritze (C. zeigt an den Rücken) – vorbei, (Anspannung läßt nach) – Tränen – noch Angst (unklar) – daß es wiederkommt, jetzt liege ich wie im Bett, wie Fahrstuhl, schwarz, große Angst, Angst (körperlich steif) – ich bin wie weg – ich kann nichts merken, wie ... (zuckt mit den Achseln) – tot – es gehe weiter, ich wache auf, ein anderes Zimmer, ich sitze im Bett, ein anderer Junge ist auch hier (körperlich streckt er sich)

Im Nachgespräch will C. das Bild malen (s. Abb. 3), er benennt es jetzt, „es war wie sterben und nichts tun können“. Nachfolgend konnte sowohl von der Kindesmutter, als auch vom Krankenbericht bestätigt werden, daß C. kurz nach der Untersuchung bewußtlos wurde, erst nach Stunden hatte er wieder klares Bewußtsein und ärztlicherseits war die Lebensbedrohung der Mutter benannt; erst nach dem 1. Tag stabilisierte sich damals sein Zustand.

C. hatte in der sich nun anschließenden Zeit bei schulischen Anforderungen nicht mehr diese Ängste und Blackouts. Er beendete die Schule, besucht zur Zeit die Berufsschule mit guten Leistungen, das Bedrohungsgefühl sei nicht mehr da, er ist offener, geht deutlich aufrechter, jetzt kann er zunehmend besser über Probleme mit Bezugspersonen in der Therapie sprechen.

### 9,3 j. Knabe (T.)

Vorstellungsgrund: Schaukelbewegungen des Körpers und besonders des Kopfes seit der Geburt, verstärkt sei es, seit es der Kindesmutter wieder schlecht gehe und eine evtl. stationäre Behandlung bevorstehe (eigene traumatische Lebensgeschichte der Mutter – mehrfache Krankenhausaufenthalte bisher), T. kriecht unter die Bettdecke, duckt sich, habe Angst, daß jemand ins Zimmer komme, oft zuckte er plötzlich zusammen und benennt Angst, wisse nicht warum, sonst soll er ein weniger ängstlicher Junge sein. Kindesmutter gab an, daß sie nicht in der Lage war das Kind anzunehmen, vor der Geburt habe sie schon erhebliche Angst gehabt.

- T. gibt bereits beim Erstkontakt an, daß er ständig das Gefühl habe, es komme jemand ins Zimmer (dabei zuckt er kurz mit dem Kopf),

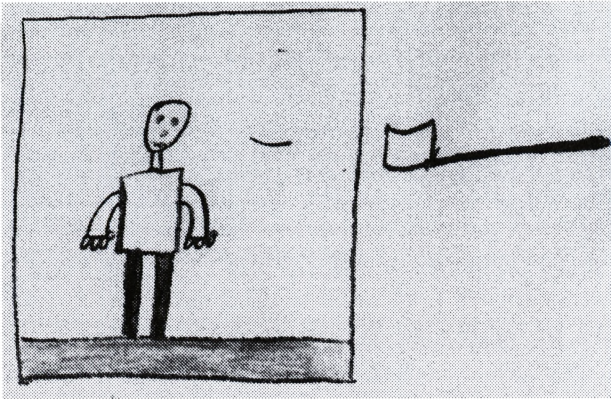


Abb. 4.

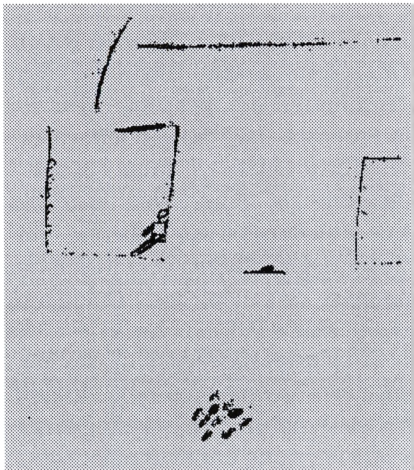


Abb. 5.

– ich träume einen Traum, daß mir jemand (ein Mann?) den Kopf abhacken will (s. Abb. 4).

Kontrollierte Regression: „Gefühl, jemand kommt herein“. Auszüge: T. findet sich sehr klein in einem Raum oder wie Zimmer in der Ecke – oben – so wie über dem Kopf schlägt jemand mit einem Beil oder Messer ein Loch herein – ich nehme den Kopf weg (körperlich bewegt T. mehrfach den Kopf zur Seite), wenn ich wegdrehe passiert nichts – Angst – der Mann war lieb, Angst vor dem Messer (T. krümmt sich zusammen), die Tür, die übliche ist zu – ich muß warten, ich muß dort raus, dort oben, wo er das Loch gemacht hat – eine Oma oder Frau hilft mir, (T. streckt sich), ich bin raus.

Nachgespräch: T. nimmt einen Zettel und malt es auf (s. Abb. 5), „ich bin nämlich auch so komisch auf die Welt gekommen, der Bauch ist aufgeschnitten worden, ich bin verkehrt geboren worden“. T. fiel jetzt noch ein, er sei später auch in einem Schuppen „eingesperrt“ gewesen, die Tür war offen und er konnte nicht raus, das Fenster wurde damals von außen eingeschlagen, T. lacht jetzt darüber.



Nachfolgend waren die Kopfbewegungen kaum noch nachweisbar, die Behandlung wurde von der Kindesmutter nicht weitergeführt, da das störende Symptom weg war.

### 12 j. Knabe (M.)

Vorstellungsgrund: Deutliche Ängste mit körperlicher Symptomatik der Panik, verstärkt seit der Umschulung in den gymnasialen Bereich – besonders in Deutsch fielen Probleme in der Rechtschreibung auf, testpsychologisch konnte eine LRS ausgeschlossen werden,

- „M. erklärt, es ist mir plötzlich komisch beim Schreiben z. B. runter und runder, d paßt nicht rein, es ist zu dick?, ich kann dann nicht mehr denken, alles ist wie weg – leer“
- „M. beschreibt noch einen schon länger wiederkehrenden Traum, er war wie zwischen zwei Häusern, erst ein Gang, dann war es wie ein Raum“. (s. Abb. 6)

Kontrollierte Regression: „Gefühl, es ist zu eng“. Auszüge: M. ist in dem Raum, der sich wieder verschlossen hat, ich war dann eingeschlossen – denn vorn war auch zu – habe nichts sehen können (M. schwitzt sehr und windet sich körperlich) – ich habe Angst – es wird immer enger – wie erdrückt – ich muß noch warten (schwitzt weiter, wackelt mit dem Kopf und Schultern) – ich will raus, wütend – jetzt ist es locker – jetzt wieder, die Wände – bewegen sich, eng – ich werde größer – noch enger (M. stöhnt, bewegt die Schultern) – jetzt kommt wie Nahrung hier ein, ich weiß nicht – Unruhe, Angst nicht durchzupassen – Angst – ein Mann mit Maske oder so etwas? (körperlich sehr angespannt) – er macht die Öffnung auf, (M. streckt die Arme), ich gehe wie nach Hause. (s. Abb. 7, 8)

Nachgespräch: M. sehr erleichtert, er könne es so schwer sagen, er will es zeigen und baut mit Bausteinen alles auf, er sei froh, rausgekommen zu sein, wie aus dem Bauch früher. Nachfolgend verschwinden die Angstsymptome in Leistungssituationen. M. berichtet von Veränderungen in der Schule, wenn er etwas nicht wisse, könne er fragen oder im Duden nachsehen. Die Kindesmutter benannte einen operativen Eingriff in der frühen Schwangerschaft, welcher erhebliche Ängste bei ihr auslöste. M. malt Skizzen (Abb. 9).

### **Vorläufige Zusammenschau einiger Besonderheiten in der Therapie mit Kindern**

- Schnellerer Zugang auf Primärbewußtseinsebene (da noch zeitlich näher, weniger verzerrt und überlagert).
- Intensiverer Zusammenhang der sensomotorischen Mitreaktion und begleitenden Affekte während der Imagination der Szene (pseudosymbolische Deckstruktur noch unvollständig ausgebildet, Sinneskanäle noch unvollständig getrennt, Myelinisierung nicht abgeschlossen = Hirnentwicklung in sensiblen Phasen).
- Integration des rekonstruierten Materials über spielerische, bildliche u. a. Medien bis verbale Reflexion.
- Mit frühzeitiger Rekonstruktion prägender traumatischer Szenen sind möglicherweise nachfolgend angebotene Fürsorge nicht mehr aktiv aggressiv bzw.



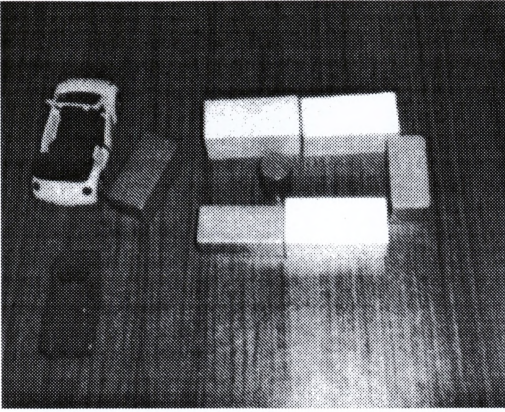


Abb. 6.

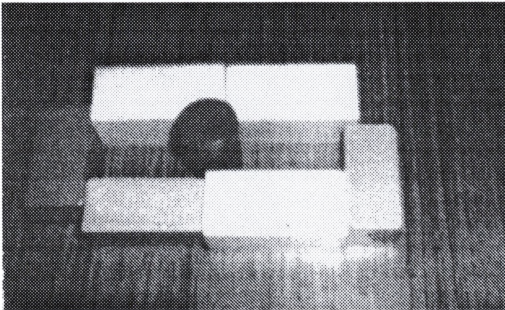


Abb. 7.

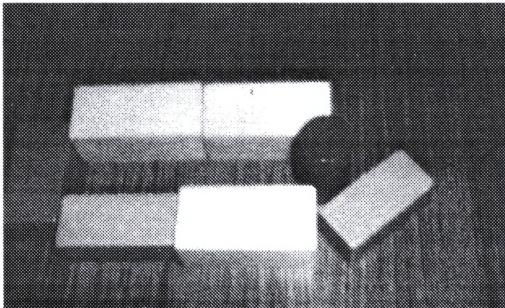


Abb. 8.

passiv autoaggressiv abzuwehren. (sonst Daueraktivierung subkortikaler Überlebenssysteme, wie vorher in Abb. 1 gezeigt, z. B. wichtig bei Adoptivkindern!)

- Schwierigkeiten ergeben sich aus meiner Sicht, wenn Jugendliche sich aus dem „sozialen Uterus Familie bzw. anderen ähnlichen Strukturen“ verabschieden und gleichzeitig auch aus dem therapeutischen Setting („therapeutische Zeuggenschaft“). Jetzt sind nochmals Integration des gewonnenen Materials in die eigene Struktur notwendig.
  - Endgültigkeit  
„die erlebte Kindheit mit allen traumatischen Erlebnissen ist wahr, bleibt so“  
„es gibt keine erneute Rettungsillusion“.
  - Oft beginnt mit dieser intensiven Trauer der Eintritt in die Erwachsenenentwicklung.

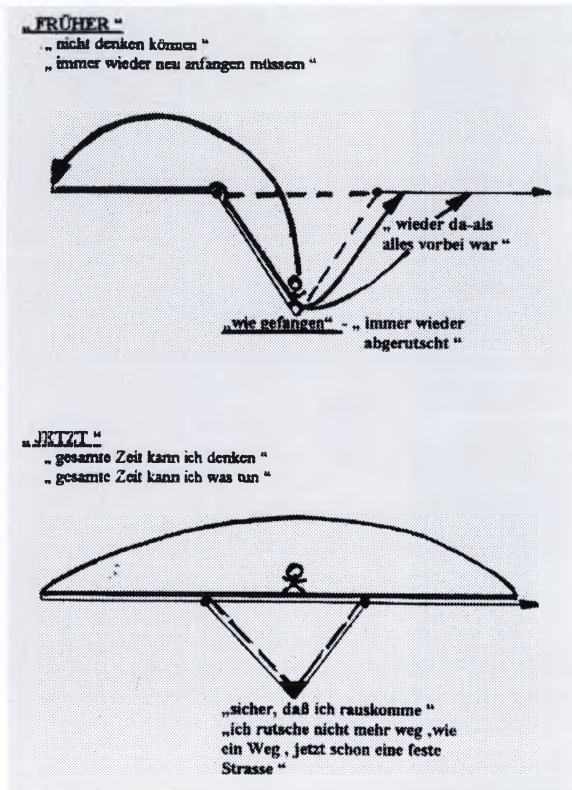


Abb. 9.

## Literatur

- Bischof M (1996) Biophotonen. Zweitausendeins, Frankfurt
- Edelmann GM (1993) Unser Gehirn – Ein dynamisches System. Piper, München Zürich
- Evertz K (1998) Der Ursprung der Bilder – Pränatale Wahrnehmung, Ästhetik und Kunst. Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 10(1): 365–392
- Fuckert D (1996) Energetische Qualitäten, körperliche Manifestation und emotionaler Ausdruck bei frühkindlichen Störungen. Int J Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 8(4) 503–517
- Hochauf R (1999) Imaginative Psychotherapie bei frühtraumatisierten Patienten. Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 11(4): 503–517
- Janus L (1997) Wie die Seele entsteht. Mattes, Heidelberg
- Janus L, Haibach S (1997) Seeliches Erleben vor und nach der Geburt. LinguaMed Verlag, Neu-Isenburg