

‚TRAUMA UND ENTWICKLUNG‘ FOLGEN VON TRAUMATISIERUNG IN KINDHEIT UND JUGEND

Annette Streeck-Fischer

Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Tiefenbrunn

Zusammenfassung

Kumulative und komplexe Traumatisierungen in der Entwicklung sind häufig Auswirkungen chronischer Misshandlungen, wie Vernachlässigung, Gewalt und/oder sexuellem Missbrauch. Chronische Misshandlungen führen zu vielfältigen Störungen, die sowohl mit chronischen posttraumatischen Belastungsreaktionen und als auch Entwicklungsstörungen einhergehen. Destruktives Verhalten ist u. a. eine Folge davon. Die Störungen zeigen sich in der Entwicklung der Affekte, der Stressregulation, der Entwicklung des Gedächtnisses und der Aktivierung, bzw. Ausblendung von bestimmten Hirnarealen mit ihren Verschaltungen.

Schlüsselwörter: Adoleszenz – Trauma – Entwicklung - Stressregulation

Summary

Cumulative and complex traumatization during development are often the result of chronic abuse such as neglect, violence and/or sexual abuse. Chronic abuse leads to manifold disorders which may be accompanied by a chronic posttraumatic stress reaction as well as developmental disorders. Destructive behavior is one of the results. These disorders are seen in the development of emotional disturbances, of stress regulation, of memory and the activation or down regulation of certain areas of the brain and their neuronal connections.

Key words: Adolescence – Trauma – Development -, Stress regulation

* * * * *

EINLEITUNG

Die Lebensgeschichten männlicher Jugendlicher, die zu destruktiven Handlungen neigen, ähneln sich: Unter oft desolaten familiären Umständen aufgewachsen oder schweren Traumatisierungen ausgesetzt, sind sie in ihrer Entwicklung schlecht ausgerüstet, aggressiv, unruhig oder vordergründig angepasst. Aufgrund verschiedener Lernschwächen machen sie in der Schule die Erfahrung mangelhaft ausgestattet zu sein und erreichen nur mit Mühe oder gar nicht das eigene oder das von der Familie vorgegebene schulische Endziel. Von der Herkunftsfamilie häufig mit der Erwartung konfrontiert, einen höheren gesellschaftlichen Status zu erwerben oder zumindest den erreichten Status nicht zu gefährden, stehen sie meist ganz ohne Abschluss als Gescheiterte da, selten mit Haupt- oder Real-

schulabschluss. Der Schritt ins Arbeitsleben geht oft mit einem gesellschaftlichen Abstieg bzw. mit der Bedrohung einher, die erreichte gesellschaftliche Stellung zu verlieren. Hinzu kommt die für sie meist schockierende Erfahrung, dass ihr soziales Umfeld ihr tatsächliches Bemühen nicht erkennt bzw. auf ihre Leistung keinen Wert legt (Streeck-Fischer 1992)

Der 16jährige P. geriet immer wieder in Erregungszustände mit aggressiv-destruktiven Durchbrüchen. Er zeigte ausgeprägte Stimmungsschwankungen: Er hatte mehrere Selbstmordversuche unternommen und andere massiv tätlich angegriffen. Er hatte verschiedene Drogen zu sich genommen und schwerste Gewalterfahrungen gemacht. Er hatte eine Weile auf der Straße gelebt und trotz guter intellektueller Begabungsausstattung gerade eben seinen Hauptschulabschluss erreicht. Er bot ein flirrendes, buntes Bild durch

seine äußere Erscheinung und sein Auftreten. Mit seiner Haartracht, einem Irokesenschnitt mit zu Spitzen gerollten rasterähnlichen Haarzacken, seinen gepiercten Ohren, seinen Tätowierungen und aufgeschnittenen Klamotten, die seine Narben auf der Haut sichtbar machten, wirkte er markig, teilweise bedrohlich, teilweise heruntergekommen und bemitleidenswert. Sein Gesicht wirkte einmal weich, dann wie erstarrt. Im Gespräch war er außerordentlich sympathisch, so dass man ihm gerne nahe kommen und ihn beschützend begleiten wollte. Wie reflexhaft reagierte er jedoch auf Versuche, ihn zu verstehen, mit Gegenangriffen, Verneinungen und Drohungen. Offenbar wurde hier ein „Täterreflex“ aktiviert, der aus einer überwältigenden Opfererfahrung aktiviert wurde. In der Gewaltszene hatte er entsprechende Erfahrungen gemacht, darüber hinaus war er ab dem Alter von 8 Jahren über eine längere Zeit hinweg sexuell missbraucht worden. Danach war er aus familiären und sozialen Bezügen herausgefallen.

Ähnlich und doch anders sind die Lebensgeschichten von weiblichen Jugendlichen: Ebenfalls unter problematischen Bedingungen aufgewachsen, erscheinen sie resistenter und in der Lage, trotz vieler misslichen Bedingungen ihren Weg zu gehen. Sie wirken brav, angepasst, stark, als Stütze der Mutter; allenfalls auffällig durch einzelne Symptome wie Einnässen oder Klauen, sind in der Schule nicht besonders gut, fallen aber nicht heraus. Erst in der frühen Adoleszenz werden sie auffällig und entwickeln dann meist verschiedene Formen von selbstdestruktivem Verhalten.

Die 18 jährige B. hatte bis zum 13. Lebensjahr eine unauffällige Entwicklung genommen; dies, obwohl sie von Ihrer Mutter über längerer Zeiträume hinweg vernachlässigt worden war. Ihre Mutter litt unter schweren Depressionen, während derer sie sich ins Bett zurückzog und ihre Tochter völlig sich selbst überließ. B. übernahm früh Aufgaben für ihre Mutter wie Einkaufen und Putzen. Im Alter von 7 Jahren stand sie morgen alleine auf, ging ohne Frühstück in die Schule, kam nach Hause und kochte für sich und die

Mutter. Durch gewaltbereite und alkoholabhängige Freunde ihrer Mutter erlebte sie beängstigende und sexuell übergriffige Szenen. B. passte sich an die jeweiligen Bedingungen an und kam in der Schule ausreichend mit. In der Pubertät begann diese scheinbare Stabilität zu bröckeln. Sie lernte schlecht, bekam schlechte Noten und hoffte nun mit ihrem bisherigen Hobby, dem Theaterspielen besonders hervorzustechen. Als auch das scheiterte, entwickelte sie eine Essstörung und steigerte sich in immer massivere Selbstverletzungen.

In den Entwicklungen der Jugendlichen zeigt sich, dass gerade die Adoleszenz zu einem Dreh- und Wendepunkt für die weitere Ausgestaltung erfahrener traumatischer Szenarien wird, so dass es zu Re- und Neutraumatisierungen kommt.

ADOLESCENZ UND ENTWICKLUNG

In der Adoleszenz mit der Ablösung und inneren Entmachtung der Eltern und anderer wichtiger Erwachsener geht der Jugendliche - bildhaft ausgedrückt - auf eine äußere und innere Reise, deren Verlauf entscheidend davon abhängig ist, wie er an deren Ausgangspunkt ausgerüstet ist. Die Reise wird u. a. davon bestimmt, wie sie geplant, organisiert und antizipiert wird, in welche Gefahrenzonen sie führt und welche Stationen zum Ausruhen aufgesucht werden. Hat der Jugendliche ausreichend gute Selbst- und Objektbilder verinnerlichen können und funktionsfähige innere Landkarten, wird er selbstkritische, selbstbestätigende Fähigkeiten, innere Prinzipien und Steuerungen entwickeln (Jacobsen 1964), die ihm in der Regel helfen, seinen Weg zu gehen und traumatische Erfahrungen abzuwenden. Haben die frühen Pflegepersonen versagt oder lediglich als äußere Stützen fungiert - wie dies bei einer Pseudolatenzorganisation (Burgener 1985) der Fall ist - einer defensiven und unecht integrierten Adaptation (falsches Selbst), die bis an das Ende der Latenz eine relative Stabilität vermitteln kann - dann geraten Jugendliche mit Beginn der Adoleszenz in einen inneren Notstand, der sie mit

Leere, tiefer Vereinsamung, Gefühlen von Heimatlosigkeit und Mangelhaftigkeit, Vernichtungs- und Zerfallsängsten konfrontiert. Dieser Notstand, der mit Begriffen wie „black hole“ (Grotstein), „Ambiguität“ (Bleger), „namenlose Furcht“ (Bion) oder das „Nichts“ (Sartre) beschrieben wird, bringt Jugendliche in Situationen, in denen sie neu- bzw retraumatisiert werden. Auf der Suche nach Halt und Orientierung außerhalb der Familie geraten sie in neue, jedoch bereits vertraute Missbrauchs- und Misshandlungssituationen, ob als Opfer oder Täter.

Männliche Jugendliche, die im Zusammenhang mit Traumatisierungen schweren Beschämungen ausgesetzt waren oder sich möglicherweise selbstverschuldet in Situationen begeben haben, in denen sie zum Opfer oder Täter wurden, präsentieren sich häufiger mit einem Panzer aus unberührbarer Härte, gesichtsloser Uniformierung und Kälte. Hinter dieser Abschottung verbergen sie massive Beschämungen und Ängste, von ihrer Maske, die eine für sie ansehnliche Fassade bieten soll, entblößt zu werden. Weibliche Jugendliche verbergen ihre Ängste und ihren vernichtenden Selbsthaß häufiger hinter einem vordergründigen angepaßten Verhalten und greifen zu Alkohol, Tablettenmissbrauch oder Selbstverletzungen, um sich zu betäuben. Die Abschirmungen der Jugendlichen gehen mit Beziehungsvermeidung und Beziehungsabwehr gerade Erwachsenen gegenüber einher, die ihnen Halt und Unterstützung bieten könnten.

Kumulative und komplexe Traumatisierungen in der Entwicklung sind häufig Auswirkungen chronischer Misshandlungen, wie Vernachlässigung, Gewalt und/oder sexuellem Missbrauch (Chaffin 1996, Cicchetti 1995, Streeck-Fischer, van der Kolk 2000). Chronische Misshandlungen führen zu vielfältigen Störungen, die mit chronischen posttraumatischen Belastungsreaktionen und Entwicklungsstörungen einhergehen (Gordon 1993, Debellis 1999). Destruktives Verhalten ist eine Folge davon. Die Störungen umfassen u.a. die Entwicklung der

Affekte, die Stressregulation, die Entwicklung des Gedächtnisses und die Aktivierung, bzw. Ausblendung von bestimmten Hirnarealen mit ihren Verschaltungen (Cicchetti & White 1990, Schore 1994, Dodge 1987, Debellis 1999 a,b). Darüber hinaus haben Kinder und Jugendliche mit frühen Misshandlungen unsichere oder desorganisierte Bindungsmuster mit pathologischen inneren Arbeitsmodellen (Bowlby 1980), die oft ihre Karrieren als Traumatisierte festlegen.

Erfahrungen von Gewalt in der Entwicklung sind nicht selten, wie aus Feldstudien (Wetzels 1997) hervorgeht. Zwischen erfahrener Gewalt und ihrer Fortführung, sei es als Opfer oder als Täter, besteht ein direkter Zusammenhang.

TRAUMATA IN DER ENTWICKLUNG UND DEREN FOLGEN

Unter einem psychischen Trauma versteht man ein Ereignis, das die psychischen und biologischen Bewältigungsmechanismen eines Menschen überfordert und das durch Unterstützung einer anderen Person, die die Unfähigkeit dieses Menschen bzw. des Organismus ausgleichen könnte, nicht kompensiert werden kann (van der Kolk, Streeck-Fischer 2002). Ein Trauma ist damit kein objektives Ereignis, dessen Wirkungen für alle Menschen gleich sind, sondern eine Erfahrung, die aufgrund der persönlichen Interpretation des Opfers und seines Entwicklungsstandes sowie seiner konstitutionellen Voraussetzungen überwältigend ist. Fischer & Riedesser (1998) unterscheiden zwischen traumatischer Reaktion, ausgelöst durch die unmittelbare traumatische Situation, und dem Traumaschema, einem durch die traumatische Situation aktivierten Wahrnehmungs-/Handlungsschema, das die weitere Entwicklung umso umfassender bestimmt, je früher die Person traumatisiert wurde.

Selma Fraiberg (1982) war eine der ersten, die anhand von klinischen Fällen von sehr jungen Kindern systematisch untersucht hat, was missbrauchendes und misshandelndes Verhalten der frühen Pflegeperson bewirkt. Sie beschreibt

verschiedene Übergänge von mangelhaft reguliertem Bindungsverhalten, bis hin zu einer aktiven Teilnahme des Kindes an einer traumatischen Beziehung. Leonore Terr (1991) hat die Wirkungen von Traumata auf Kinder im Rahmen von überwältigenden Belastungen beschrieben und ihre intrusiven Gedanken, Alpträume, repetitiven Reinszenierungen und ihr verändertes Spielverhalten dokumentiert. Sie differenziert zwei Typen von Traumaantworten, einen Typ A: bei einmaliger traumatischer Erfahrung und einen Typ B: in Antwort auf chronische Exposition. Fraibergs und Terrs Beschreibungen waren ein wichtiger Anfang für Diagnostik und Behandlung von chronisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen.

Da vielfältig traumatisierte Jugendliche oftmals breite Entwicklungsverzögerungen haben, die u.a. kognitive, sprachliche, motorische und soziale Defizite (Bower 1998,, Cole, Putnam 1993, Debellis et al 1999b, Streeck-Fischer et al 2000) beinhalten, zeigen sie komplexe und fluktuierende Störungen, die sich nur in verschiedenen klinischen Diagnosen wie Angststörungen, PTSD, Depression und verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, wie Borderline-, antisoziale, narzisstische Persönlichkeitsstörung u.a. abbilden lassen (Wolfe (1994), Putnam (1997), Giaconia et al (1995) Ackermann et al 1998). Am nächsten kommt der komplexen Problematik die im DSM IV (1996) aufgeführte Diagnose der ‚Störung durch extremen Stress‘ (DESNOS, demgegenüber sind die ICD 10 Kriterien unspezifischer). Infolge der multiplen und komplexen Beeinträchtigungen, die sich nicht nur auf die psychische Ebene beschränken, sondern kognitive und sensomotorische Störungen einschließen, greife ich den Vorschlag von Cohen et al (1987), Towbin (1993), Lincoln et al. (1998) auf, von MCDD zu sprechen, von einer multiplen und komplexen Entwicklungsstörung. Cohen u.a. haben sich mit der MCDD auf die Diagnose einer Borderline-Struktur oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindesalter bezogen, die allerdings umstritten ist. Auch Bürgin, Meng

(2000) sehen diese diagnostische Klassifikation einer Borderlinestörung im Kindes- und Jugendalter kritisch und gehen von einem Syndrom mit vielfältigen externalisierenden und internalisierenden Symptomen und kognitiven Beeinträchtigungen aus. Ebenso weisen Untersuchungen zu Risikofaktoren der Borderline-Persönlichkeitsentwicklung auf eine hohe Belastung durch reale Traumata Gudzer et al. 1996) hin. Bei 70 - 90% (Herman et al., 1989, Ogata et al., 1990, Marziali, 1992, Zanarini, 1997) der Borderline-Störungen im Erwachsenenalter konnten retrospektiv traumatische Belastungen in der Kindheit festgestellt werden (vgl. auch Driessen et al 2002)

Unsere Erfahrungen mit der Behandlung dieser Störungen (Streeck-Fischer 2000a,b) sprechen dafür, dass das entscheidende strukturierende Element für die Ätiologie dieser frühen Entwicklungs- und Beziehungsstörungen in erster Linie anhaltende und wiederkehrende Überwältigungen durch traumatische Belastungen sind und nicht - wie Kernberg (1999) meint - Auswirkungen chronischer Aggression. Kinder und Jugendliche sind oft noch anhaltend traumatisierenden Bedingungen ausgesetzt, wenn sie klinisch auffällig werden. Wiederkehrende destruktive Interaktionszirkel bestimmen den Alltag dieser jungen Patienten infolge von Reaktivierungen von Trauma-Schemata. Sie gehen mit primären biologisch verankerten Reaktionen wie fight/ flight/ freeze (Kampf, Flucht, Erstarren) und daraus folgende Bewältigungen wie Deck- oder ‚Compliance-Verhalten (Fraiberg (1982), Crittenden 1995) einher und führen zu Entwicklungsstops (Dopart 1983) mit einer Vielfalt von konsekutiven Beeinträchtigungen, die sowohl im affektiven, im kognitiven als auch im sensorischen Bereich auftreten.

ZUR PSYCHOPATHOLOGIE DES ENTWICKLUNGSTRAUMAS

1. Jugendlichen mit Traumatisierungen in der frühen Entwicklung fehlt integriertes

Selbst/Objekt-konzept, sie haben kein kontinuierliches und vorhersehbares Gefühl von sich selbst und von anderen. Sie geraten in unterschiedliche Zustände (states) oder treten als unterschiedliche Personen (alter-ego) auf oder bewegen sich in unterschiedlichen Lebensaltern. Es handelt sich hierbei um Folgen verschiedener dissoziativer Prozesse (s.u.) (Sanders 1991, Putnam 1997). Infolge ihrer mangelhaft verinnerlichten und undifferenzierten Selbst/Objektvorstellungen können sie sich nicht als getrennt von anderen wahrnehmen und Trennung nicht ertragen. Sie sind unfähig zur verbalen und konzeptuellen Repräsentation ihrer inneren Welt und ihrer Umwelt. Im Zusammenhang damit fehlt ihnen ein Gefühl für ihr eigenes Verhalten. Ohne innere Landkarten (Bowlby 1980), die ihnen Orientierung geben könnten, handeln sie statt zu reflektieren, und zeigen ihre Wünsche in ihrem Verhalten, statt sie in Wünsche zu fassen. Unfähig wahrzunehmen, wer sie sind oder wer andere sind, wissen sie nicht, wie sie andere Menschen für sich gewinnen können. Andere sind beängstigend und bedrohlich. Selten werden diese Anderen wahrgenommen als Personen, die sie begleiten und sie mit ihren eigenen Wünschen und Erwartungen erkennen. Sie haben Schwierigkeiten, neue Erfahrungen zu machen. Alles Neue ist potentiell bedrohlich. Was vertraut ist, wird tendenziell als Sicherheit gesucht, selbst dann, wenn das Vertraute eine vorhersehbare Quelle des Schreckens ist.

2. Solche Jugendliche zeigen Störungen in der Selbst-, Affekt- und Impulsregulierung (Schore 1994). Aufgrund der frühen traumatisierenden Belastungen haben sie die Fähigkeit der Selbstregulation nicht erworben. Normalerweise führen frühe Erfahrungen von Sicherheit und guter Bemerterung zu stabilen inneren neuropsychobiologischen Regulationen. Die Mutter übernimmt in der frühen Pflege die selbstobjekthafte Funktion eines neuropsychobiologischen Regulators. Insofern ist es ein wesentlicher Teil von Entwicklung, wenn

äußere Regulation durch die Mutter in innere Regulation transformiert wird. (Schore 2001). Gut funktionierende Regulationssysteme verbinden Körper, Seele und Geist miteinander. Der Mangel an selbstregulierenden Fähigkeiten, eine der schwerwiegenden Folgen chronischer Traumatisierung, geht mit einer gering modulierten Affekt- und Impulskontrolle einher, die destruktives Verhalten gegen sich selbst und andere einschließt. Der Verlust von Selbstregulation zeigt sich auch als Aufmerksamkeitsproblem, z. B. als Verlust der Fähigkeit, auf gegenwärtige Stimuli zu fokussieren (vgl. später: Lernprobleme) oder als Unfähigkeit, Handlungen infolge von Erregung zu unterbrechen (Verlust von Impulskontrolle, z. B. mit unkontrollierten Gefühlen von Wut, Ärger und Traurigkeit zu reagieren). Nicht in der Lage, die traumatischen Vorläufer ihrer Gefühle wahrzunehmen, sind sie geneigt, ihre eigenen Affektstürme, ebenso wie die emotionalen Reaktionen anderer, als retraumatisierend zu erfahren. Früh traumatisierte Jugendliche verinnerlichen neuropsychobiologische Regulationen nicht oder nur unvollständig. Einige sind zwar in der Lage, in einer gut strukturierten Umgebung sich selbst zu strukturieren. Bei diesen vordergründigen Anpassungen handelt es sich jedoch um fortgesetzte äußere Regulierungen, im Sinne abgestützter Regulierungen (Streeck-Fischer 1998), die zusammenbrechen, sobald das Umfeld desorganisiert ist, z. B. in der Schule. Dort fallen diese Kinder dann durch ihr ungesteuertes impulsives und aggressives Verhalten auf. Später im Jugendalter greifen sie weiterhin zu äußeren regulierenden Mitteln, jetzt in Form von Alkohol, Drogen oder auch bestimmten Ideologien, die identitätsstiftende und selbstregulierende Funktionen haben. Solche Ersatzregulierungen sollen den inneren Mangel an Regulierung ausgleichen. Jugendliche mit diesen Störungen sind eine über 300-fach stärker gefährdet als nichttraumatisierte Gleichaltrige in Drogenmissbrauch, Selbstverletzungen und gewalttätig-aggressives

Verhalten gegen andere zu geraten (Felitti 1998, Kendall-Tackett et al. 1993).

3. Wir finden bei diesen Jugendlichen deutliche Bewusstseinsveränderungen und Gedächtnisstörungen (Bremner, Narayan 1998). Wir erfahren oft nur bruchstückhaft oder gar nicht, was sie erlebt haben, und können dann allenfalls aus ihrem Verhalten erschließen, was sie erfahren haben. Das hat dann nichts mit Verschweigen zu tun, das als Folge von Loyalitätskonflikten oder Beschämungen (Summit 1983) auftritt. Sie sind abgetrennt von ihren Gefühlen und haben keine Sprache, die ihre inneren Zustände (van der Kolk, Fislis 1994) beschreiben könnte. Sie neigen dazu, ihre eigenen Gefühle, anderen zuzuschreiben und verinnerlichen die Haltungen anderer Menschen und Verhaltensweisen, ohne in der Lage zu sein zu überprüfen, was relevant ist und was nicht. Die Fähigkeit, Gefühle benennen zu können und Verständnis für innere Zustände zu haben, verlangt, eine frühe Pflegeperson als kreativen sozialen Spiegel (Fonagy 2001) zu erfahren, die dem Kind sein eigenes Selbst zurückgibt (Winnicott 1995). Diese Interaktionserfahrungen verhelfen zu Selbstreflexivität und der Entwicklung von inneren Repräsentanzen. Kinder und Jugendliche mit frühen Traumatisierungen wurden nicht gespiegelt und können nur mangelhaft mentalisieren. Ihre Erfahrungen werden im prozeduralen Gedächtnis gespeichert. Das prozedurale Gedächtnis ist - anders als das deklarative Gedächtnis, in dem Weltwissen und episodisches Wissen gespeichert wird - nicht verfügbar und bewusst aktivierbar. Dieses frühe Beziehungswissen (Stern 1992) zeigt sich in den Handlungen und der Interaktion mit anderen. Wurden Kinder und Jugendliche früh traumatisiert, stellt sich das in Interaktionen her, in denen sie entsprechend ihren Vorerfahrungen zum Opfer oder Täter werden.
4. Als Folge früher traumatischer Bedingungen finden wir Störungen in der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung von anderen.

Diese Störungen gehen mit verzerrten Sichtweisen einher, die sich z. B. im Umgang mit Realität und Fantasie und Vergangenheit und Gegenwart zeigen (Streeck-Fischer 2000b). Wir begegnen dem Problem, dass wir an den Erzählungen der Kinder und Jugendlichen mitunter nicht erkennen, was Wirklichkeit und was Fantasie ist. Therapeutisch ist in jedem Fall wichtig, ihre Mitteilungen als Wirklichkeit zu nehmen. Allerdings können schwere Fehler gemacht werden, wenn von therapeutischer Seite zu schnell real gehandelt und eingegriffen wird, z. B. bei sexuellem Missbrauch, der zum Eingreifen auffordert, dessen Veröffentlichung in der Regel jedoch mit einschneidenden und erneut traumatisierenden Folgen einhergeht. Schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche können infolge ihrer Dissoziationen mitunter nicht unterscheiden, was wirklich und was Fantasie ist. Um nicht in ‚traumatische Fallen‘ zu geraten, müssen äußere Schritte sehr sorgfältig überlegt werden.

5. Frühe traumatische Erfahrungen in der Entwicklung verhindern Vertrauen in Personen und die Umwelt zu entwickeln. Die Kinder und Jugendlichen haben oft korrupte Wertsysteme und brüchige Normen. Stabile innere Orientierungen fehlen in der Regel. Die Abkehr von verbindlichen gesellschaftlichen Bezügen ist dann schnell gebahnt. Die Ungewissheit, ob andere verlässlich sind, führt zu Misstrauen, Unterstellungen und Problemen mit Intimität und mündet leicht in sozialer Isolation
6. Traumatisierte Kinder und Jugendliche zeigen darüber hinaus sensomotorische Kurzschlussmechanismen. Sie haben komplexe Körperwahrnehmungsstörungen, z. B. in Form mangelnden Schmerzempfindens. Ihre Beeinträchtigungen haben insbesondere Folgen für ihre Schulkarriere. In unseren eigenen Untersuchungen haben wir bei diesen Kindern und Jugendlichen erhebliche Körperwahrnehmungsstörungen festgestellt. Diese zeigten sich u. a. im Mann-Zeichen-Test als Fehlen von Körperteile oder falschen Zuordnungen. Aufgrund von Erstarrungsreaktionen zeigen sie

als Kinder darüber hinaus häufig Auffälligkeiten in ihrer Bewegungsentwicklung und in ihrem Spiel. Indem sie in ihren Entwicklungsstadien verharren, versäumen sie wichtige Erfahrungen, so dass sie kognitiv mangelhaft ausgerüstet erscheinen. Störungen in der Aufmerksamkeitsregulierung und Störungen im Zeit- und Raumgefühl sind die Folge (Streeck-Fischer et al 2000b).

ZUR NEUROBIOLOGIE DES TRAUMAS

Traumatisierte Kinder und Jugendliche neigen zu massiven Antworten bei relativ geringen Reizen infolge von Sensibilisierungs- und Kindlingsprozessen (Post et al 1998). Diese gehen vermutlich mit beidem einher, einer herabgeminderten Funktionsfähigkeit des Frontallappens und einer gesteigerten Reizbarkeit des limbischen Systems (Amygdala). Die gesteigerte Reizbarkeit der Amygdala garantiert zwar schnelle protektive Handlungen, sobald Gefahr wahrgenommen wird, umgeht jedoch kortikales Prozessieren, das ein differenzierteres Erfassen der jeweiligen Situation ermöglichen würde. Schnelles Handeln zeigt sich in raschen motorischen Antworten, die als impulsive Reaktionen wahrgenommen werden. Wegen der Reizgeneralisierung antworten misshandelte Kinder auf geringe Trigger mit einer Vielfalt von katastrophischen Reaktionen (Perry, Pollard 1998). Normaler Stress wird zum Disaster. Solche impulsiven Reaktionen können sich auf verschiedenen Ebenen im Gehirn darstellen: Der Hirnstamm zeigt fixierte Aktionsmuster, das Kleinhirn aktiviert sensomotorische Schemata, während die limbische Schleife kontextabhängige Flight-Fight- oder Freeze-Antworten in Gang setzt.

Die meisten biologischen Forschungen zu entwicklungsbezogenen Traumata basieren auf Tierexperimenten. Nur eine kleine Anzahl von Studien hat sich bisher mit den biologischen Auffälligkeiten bei misshandelten und vernachlässigten Kindern befasst. (Putnam, Trickett 1997, Teicher et al 2002, DeBellis et al.

1994 a b, DeBellis et al 1999a,b). Die meisten Studien beschäftigen sich mit den beiden zentralen Stresssystemen; dem Katecholamin-System und der HPA-Achse. In Tiermodellen wurde deutlich, dass die Aktivierung des Katecholaminsystems und des CRF zu Angst und Übererregung führt, Kernsymptome posttraumatische Belastungsstörungen beim Menschen. Untersuchungen von DeBellis zeigen, dass die Katecholaminaktivierung durch Misshandlung bei Kindern den Befunden bei Erwachsenen entsprechen. Demgegenüber zeigen sie eine höhere Cortisolsekretion als Erwachsene, ein Ergebnis, das DeBellis (1999a) mit dem Alter und den Wachstumsbedingungen in Verbindung bringt. Putnam & Trickett (1997) haben gefunden, dass sexuell missbrauchte Kinder darüber hinaus ausgeprägte neuroendokrine Störungen in den Bereichen des Immunsystems, der thyreoidalen und der Sexualhormonfunktionen entwickeln. Zwei Studien beschreiben gesteigerte Immunantworten bei sexuell Missbrauchten. Diese Reaktionen in den Immunfunktionen können erklären, warum sexuell Missbrauchte deutlich anfälliger für Erkrankungen sind (Felitti 1998).

Misshandlung und Missbrauch in der Kindheit führen offenbar zu breiten Störungen in der Hirnentwicklung (Teicher et al 2002, DeBellis 1999b, Bremner 2002). MRT Messungen von DeBellis et al 1999b (an 44 Kindern) ergaben ein geringeres Hirnvolumen bei größeren Ventrikeln und einem schmaleren Balken. Diese Befunde stimmen mit Untersuchungen von Rutter (Sandberg et al 2001) überein, der an schwerst traumatisierten und deprivierten Kindern aus Rumänien ein eingeschränktes Hirnwachstum festgestellt hat. Nach Untersuchungen von Castellanos et al. (2002) an gesunden Kindern und Jugendlichen entwickeln sich vor allem die midsagittalen Areale des Balken im Alter von 5 bis 18 Jahren. Jungen, die missbraucht oder vernachlässigt wurden, zeigten eine Reduktion der mittleren Bereiche des Balkens (Teicher et al. 2002). Dabei scheint Vernachlässigung bei Jungen einen weit größeren Effekt zu haben als

Misshandlung. Bei Mädchen zeigte sich ebenfalls eine deutliche Reduktion in den mittleren Bereichen des Balkens – insbesondere bei solchen, die körperlich oder sexuell missbraucht wurden (DeBellis et al 1999b, Teicher et al 2002). Die Funktion des Balkens, eine Verbindung zwischen den beiden Hemisphären herzustellen, ist eingeschränkt und wird mit Störungen in den exekutiven Funktionen und Dissoziation in Verbindung gebracht. DeBellis et al 1999b vermuten, dass ein früher Neuronenverlust in parietalen und temporalen Hirnregionen, der dazugeführt haben könnte, dass die mittleren und hinteren Bereiche des Balkens sich mangelhaft entwickelt haben.

AUSBLICK

Die vielfältigen Störungen bei komplexen Traumatisierungen in der Entwicklung erfordern komplexe multimodale Therapieangebote. Es reicht nicht sich mit den psychischen Folgen in einer Einzeltherapie allein zu befassen. Daneben sind spezielle Trainings im Hinblick auf Störungen im Bereich der Stressregulation, der Aufmerksamkeit, Nachentwicklungen zu Herstellung von Arbeits – und Belastungsfähigkeit erforderlich. In der Regel sind hier stationäre settings angezeigt, in denen dann vor allem an den nicht mentalisierten gehandelten traumatisiert/ traumatisierenden Reenactments gearbeitet werden muß.

LITERATUR

1. Ackerman, P.T., Newton, J.E.O., McPherson, W.B., Jones, J.G., and Dykman, R.A. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*. 1998; 22:759-774.
2. American Psychiatric Association: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV Hogrefe 4. Auflage 1996
3. Bower G H; Sivers H. The cognitive impact of traumatic events. *Development and Psychopathology* 1998; 10: 625-653
4. Bowlby, J. *Attachment and loss* (Vol. 3). New York: Basic Books 1980.
5. Bremner J D, Narayan M. The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle. *Implications for childhood development and aging. Development and Psychopathology* 1998;10: 871-885
6. Bremner, J.D. (2002): *Neuroimaging of childhood trauma. Seminar of Clinical Neuropsychiatry* 7: 104-112
7. Bürgin D; Meng H (2000): Gibt es Borderline-Störungen bei Kindern und Jugendlichen? In Kernberg, O., Dulz, B., Sachsse, U.: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer Stuttgart
8. Burgner, M.(1985): *The oedipal experience. Effects on development of an absent. Int. J. Psychoanal.* 66, 311-320
9. Castellanos, F. X.; Lee, P. P.; Sharp, W.; Jeffries, N. O.; Greenstein, D. K. et al. (2002): *Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Jama* 288: 14, 1740-1748
10. Chaffin, M., Kelleher, K., and Hollenberg, J. Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*. 1996; 20: 191-203.
11. Cicchetti, D. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1995; 34: 541-65.
12. Cicchetti, D., & White, J. (1990). Emotion and developmental psychopathology. In N. Stein, B., Leventhal, & T. Trebasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion*. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1990; 359-382
13. Cohen, D. J.; Paul, R., Volkmer, F.: *Issues in the Classification of Pervasive Developmental Disorders and Associated Conditions*. In: D. J. Cohen, A. M. Donnan (Ed.): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. John Wiley, New York 1987
14. Cole P M, Putnam F W The effects of incest on self and social functioning: A developmental psychopathologic perspective. *Journal Consultant Clinical Psychology* 1993 ; 60: 174-185
15. Crittenden P: Attachment and psychopathology. In: Goldberg F et al (ed): *Attachment theory. The Analytic Press* New York 1995; 367-406
16. Debellis M.D., Baum, A.S., Birmher, B., Keshavan, Eccard, C.H., M.S., Boring, A.M., Jenkins, F.J., Ryan, N.D. (1999a) *Developmental traumatology Part I: Biological stress systems. Biological Psychiatry* 43, 1259-1270

17. DeBellis M.D., Keshavan, M.S., Clark, D.B., Giedd, J.N., Boring, A.M., Frustaci, K., Ryan, N.D. (1999b) *Developmental traumatology Part II: brain development. Biological Psychiatry* 43, 1271-1284
18. DeBellis, M.D., Crousos, G.P., Dorn, L.D., Burke, L. Helmers, K., Kling, M.A., Trickett, P.K. & Putnam, F.W. *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. Journal of Clinical Endocrinological Metabolism* 1994; 78: 249-255.
19. Dodge, K. A. and D. R. Somberg. 1987. "Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats of the self." *Child development* 58, 213-224
20. Dopart T *The cognitive arrest hypothesis of denial. International Journal of Psychoanalysis* 1983; 64: 47-62
21. Driessen, M. Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Bera, R., Wulff, H., Ratzka, S. (2002): *Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Nervenarzt* 73: 820-829
22. Felitti, V.J., Anda, R.F., Norderberg, D., Willimason, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. *Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. American Journal of Preventiv Medicine.* 1998;14: 245-258.
23. Fonagy, P., Target, M. (2001): *Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. Psyche* 55, 961-995
24. Fischer, G.; Riedesser, P. (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, München Basel*
25. Fraiberg S *Psychological defences in infancy. Psychoanalytic Quarterly* 1982; 51: 612-635
26. Giaconia, R. M.; Reinherz, H. Z.; Silverman, A. B.; Pakiz, B.; Frost, A. K.; Cohen, E. (1995): *Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 34:10, 1369-1380
27. Gordon, R., Wraith R. (1993): *Responses of Children and Adolescents to Disasters. In International Handbook of Traumatic Stress. Wilson and Beverley Raphael Plenum Press New York* 561-75.
28. Guzder, J.; Paris, J.; Zerkowitz, Ph.; Marchessault, K. (1996): *Risk factors for Borderline pathology in children. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35:1, 26-33
29. Herman J.L., Perry J.C. van der Kolk B.A. *Childhood trauma in Borderline Personality Disorder. American Journal of Psychiatry* 1989; 146: 490-495.
30. Jacobson, E. (1964): *Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt (Suhrkamp)* 1973
31. Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M. & Finkelhor, D.. *Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin*, 1993 113: 164-180.
32. Kernberg, O. (1999): *Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. PTT I, S. 5-15.*
33. Lincoln, A. J.; Bloom, D.; Katz, M.; Boksenbaum, N. (1998): *Neuropsychological and Neurophysiological Indices of Auditory Processing Impairment in Children with Multiple Complex Developmental Disorder. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiat.* 37: 100-112
34. Marziali E. (1992): *The etiology of Borderline personality disorder: Developmental Factors. In: Borderline Personality Disorder. Clarkin, J.F., Marziali, E. Munroe-Blum H. (Ed.) New York: Guilford Press* 27-44
35. Ogata, S.N., Silk K.R., Goodrich, S. (1990): *The childhood experience of the Borderline patient. In: Family Environment and Borderline Personality Disorder: Links PS (Ed.) Washington DC, American Psychiatric Press* 85-104.
36. Perry B. D, Pollard R (1998): *Homeostasis, stress, trauma and adaptation. Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America* 1998; 7: 33-51
37. Post Robert M; Weiss, Susan R B; Li, He; Smith, Mark A; Zhang,
38. L X; Xing, G; Osuch, E A; McCann, Una D. *Neural plasticity and emotional memory. Development and Psychopathology*, 1998 v. 10, 829-855
39. Putnam F W : *Dissociation in child and adolescents. Guilford Press New York* 1997
40. Putnam FW, Trickett PK: *The psychobiological effects of sexual abuse, a longitudinal study. Annals of the New York Academy Science* 1997; 821:150-159
41. Rutter, M. (1983): *Stress, coping and development.. Some issues and some Questions. In GanrmezyN. & Rutter M. (Eds.) Stress, coping and development in children. McGraw-Hill, New York.*
42. Sanders, B. & Giolas, M.H. *Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. American Journal of Psychiatry*, 1991;148: 50-54

43. Schore, A. *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development.* Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates 1994
44. Schore, A. (2001): *The effects of early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health.* *Infant Ment. Health J.* 22. 221- 268
45. Stern, D. (1986) *Die Lebenserfahrung des Säuglings* Klett-Cotta 1996
46. Streeck-Fischer A. *Geil auf Gewalt - Adoleszenz und Rechtsextremismus.* *Psyche* 1992; 46: 745-768
47. Streeck Fischer A. *Über die Mimikry-Entwicklung am Beispiel eines jugendlichen Skinheads mit frühen Erfahrungen von Vernachlässigung und Misshandlung.* In: Streeck Fischer A. ed. *Adoleszenz und Trauma.* Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 1998; 161-163
48. Streeck-Fischer A. (2000a): *Borderlinestörungen im Kindes- und Jugendalter – ein hilfreiches Konzept?* *Psychotherapeut* 45: 356-365
49. Streeck-Fischer A. (2000b): *Jugendliche mit Grenzenstörungen.* *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49, 497-510
50. Streeck-Fischer A., van der Kolk B. (2000a) *Down will come baby, cradle and all: diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development.* *Austrian New Zealand Journal of Psychiatry* 34: 903-918
51. Streeck-Fischer A., Kepper I., Lehmann U. Schrader-Mosbach H.: *Gezeichnet für das Leben? Stationäre Psychotherapie von misshandelten und missbrauchten Kindern.* In: Streeck-Fischer A. , Sachsse U., Oezkan I. eds. *Körper, Seele, Trauma* Vandenhoeck 2000b
52. Summit, R C. *The child sexual abuse accomodation syndrome.* *Child Abuse & Neglect.* 1983; 7: 177-193
53. Teicher M.H., Andersen, S.L. Polcari, A., Anderso, C.M., Navalta, C.M. (2002): *Developmental neurobiology of childhood stress and trauma.* *Psychiatric Clinic of North America* 25: 397-426:
54. Terr, L. *Childhood traumas: An outline and overview.* *American Journal of Psychiatry,* 1991; 27: 96-104
55. Towbin, K. E., Dykens, E. M., Pearson, G. S., Cohen, D. J. (1993): *Conceptualising Borderline Syndrome of Childhood and Childhood Schizophrenia as a Developmental Disorder.* *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiat.* 32: 775-782.
56. Tulving, e. (1995): *Organisation of memory: Quo vadis* In: Gazzaniga, M.S. (Hg.) *The Cognitive Neuroscience.* Cambridge S 839-847
57. van der Kolk, B.A., & Fislser, R. *Childhood abuse & Neglect and loss of self-regulation.* *Bulletin of Menninger Clinic* 1994; 58: 145-168.
58. Van der Kolk, B., Streeck-Fischer A. (2002) : *Gewaltbereitschaft als Traumafolge.* In Heitmeyer W. Hagan J. (Hrsg.) *Handbuch der Gewaltforschung*
59. Wetzels P.: *Gewalterfahrungen in der Kindheit.* Nomos Baden Baden 1997
60. Winnicott, D. W. (1965): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt.* Fischer
61. Wolfe, D. A.; Sas, L.; Wekerle, C. (1994): *Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse.* *Child Abuse & Neglect* 18: 1, 37-50
62. Zanarini, M. C.; Williams, A. A.; Lewis, R.; Reich, B.; Vera, S. C.; Marino, M. F.; Levin A.; Yong, L.; Frankenburg, F. (1997): *Reported pathological childhood experiences associated with the development of Borderline personality disorder.* *American Journal of Psychiatry* 154:8, 1101-1106

Correspondence:

Dr. Annette Streeck-Fischer
Chefärztin der Abteilung Klinische Psychotherapie
bei Kindern und Jugendlichen
Niedersächsisches LKH Tiefenbrunn
D – 37124 Rosdorf, Kr Göttingen