

Dorothea Weinberg

# Traumatherapie mit Kindern

Strukturierte Trauma-Intervention  
und traumabezogene Spieltherapie





## ZU DIESEM BUCH

Die Arbeit widmet sich umfassend den speziellen kindertherapeutischen Vorgehensweisen bei akuten oder bei frühen und lang anhaltenden Traumatisierungen. Für beide Grundsituationen hat die Autorin aus ihrem langjährigen Erfahrungswissen heraus therapeutische Interventionen entwickelt, die eine erfolgreiche Behandlung ermöglichen: Die »Strukturierte Trauma-Intervention« wird bei klar umrissenen Traumata eingesetzt, die dem Kind bewusst sind. Die Methode setzt an den zwei Grundproblemen traumatischen Erlebens an: Der Zerstörung des subjektiven Sicherheitserlebens und der Fragmentierung der Wahrnehmungen und Erinnerungen.

Für früh und anhaltend traumatisierte Kinder legt die Autorin ein – ebenfalls erprobtes – spieltherapeutisches Konzept vor. Es werden Interventionsformen zum Aufbau von subjektivem Sicherheitserleben, zur Affektstabilisierung und zur Bearbeitung von emotionalen und kognitiven Spaltungen vorgestellt.

Besonderes Gewicht legt das Buch auf Fragen der Diagnostik, die gerade bei Kindern große Probleme bereiten kann. Zahlreiche eindrucksvolle Fallbeispiele geben Einblick in die Verfassung und die unterschiedlichen Verarbeitungsweisen traumatisierter Kinder.

Die Reihe »Leben Lernen« stellt auf wissenschaftlicher Grundlage Ansätze und Erfahrungen moderner Psychotherapien und Beratungsformen vor; sie wendet sich an die Fachleute aus den helfenden Berufen, an psychologisch Interessierte und an alle nach Lösung ihrer Probleme Suchenden.

Dorothea Weinberg

# Traumatherapie mit Kindern

Strukturierte Trauma-Intervention und  
traumabezogene Spieltherapie

Klett-Cotta

# Leben Lernen 178

Hinweis zum Download von Zusatzmaterialien und Informationen

Ergänzende Informationen, Übungen und Materialien können Sie aus dem Internet herunterladen, indem Sie das Buch auf der Webseite des Verlages ([www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)) suchen und dort dem Link zum Downloadmaterial folgen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2013 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Umschlag: Jutta Herden, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von Fotolia, © fotomauer\_11/fotolia

Datenkonvertierung: le-tex publishing services GmbH, Leipzig

Printausgabe: ISBN 978-3-608-89195-9

E-Book: ISBN 978-3-608-10523-0

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20301-1

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Inhalt

Vorwort: Warum noch eine Veröffentlichung zum Thema »Traumatherapie«?	11
I. Der Traumabegriff	19
1. Traumapsychologie in der Wissenschaftsgeschichte	19
2. »Trauma« ist kein einheitlicher Begriff	23
2.1 Trauma-Ereignis	23
<i>Fallbeispiel Judith</i>	25
<i>Fallbeispiel aus einer Fortbildungsgruppe</i>	26
2.2 Trauma-Reaktion	27
2.2.1 Kampf	27
<i>Fallbeispiel Thomas</i>	28
2.2.2 Flucht	29
2.2.3 Täuschung	30
<i>Fallbeispiel Ronja</i>	31
<i>Fallbeispiel Maja</i>	33
2.2.4 Erstarrung	34
<i>Fallbeispiel Boris und Jakob</i>	35
2.2.5 Schutzsuche	36
2.3 Trauma-Erfahrung	39
2.4 Trauma-Folgen	40
2.4.1 Die Stärke der Trauma-Folgen	42
2.4.2 Persönliche und soziale Ressourcen	44
<i>Fallbeispiel Thorsten</i>	44
2.4.3 Bindung	47
3. Einmalig, anhaltend oder früh traumatisiert	53
<i>Fallbeispiel Kiki</i>	53
<i>Fallbeispiel Petra</i>	54

	<i>Fallbeispiel Jonas</i>	57
	<i>Fallbeispiel Marianne</i>	60
	<i>Fallbeispiel Sara</i>	62
II.	Traumatisierende Kindheiten	69
1.	Typische Kindheitstraumata	69
1.1	Tod der Mutter	70
	<i>Fallbeispiel Samuel</i>	70
1.2	Misshandlung	72
1.3	Verelendung	73
1.4	Verwahrlosung	74
	<i>Fallbeispiel Sebastian</i>	75
1.5	Verlusterfahrungen	76
	<i>Fallbeispiel Marta</i>	77
1.6	Sexueller Missbrauch	80
III.	Traumafolgen in der Kindheit	83
1.	Neurophysiologische Aspekte	83
1.1	Traumasppezifische kortikale Erregung	83
1.1.1	Erster Kreislauf: Erregung führt zu Wachheit und hoher Lösungsorientiertheit	83
1.1.2	Zweiter Kreislauf: Chronische Übererregung führt zu Hemmung und Degeneration	85
1.2	Traumasppezifische Mechanismen des Speicherns und Erinnerns	86
1.3	Eine neue Chance	93
2.	Kindliche Entwicklung in Lebenskrisen	94
2.1	Kindliche Symptomatik	97
2.1.1	Übererregung	98
2.1.2	Wiedererleben	99
	<i>Fallbeispiel Susanne</i>	100
	<i>Fallbeispiel Patrick</i>	102

2.1.3	Vermeidung	103
2.1.4	Zusammenfassung	106
2.2	Seelenblindheit	106
2.2.1	Verhaltensunauffälligkeit beim Kind	106
2.2.2	Seelenblindheit bei der Familie	107
	<i>Fallbeispiel Andi und Leo</i>	107
2.2.3	Seelenblindheit bei den gesellschaftlichen Institutionen	108
2.2.4	Seelenblindheit bei den Fachleuten	111
IV.	Diagnostik und Differentialdiagnostik	114
V.	Traumatherapie für bewusste und abgrenzbare Trauma-Erfahrungen	118
1.	Strukturierte Trauma-Intervention (STI)	119
1.1	Ablauf der STI	121
	0: Sicherer Ausgangs- und Endpunkt	121
	1: Visueller Sinn in Schwarz-Weiß	122
	2: Visueller Sinn in Farbe	122
	3: Auditiver Sinn	122
	4: Körpersinne	123
	5: Gefühle und Gedanken	123
	Die Tresorübung	134
	Motorische Abfuhr	134
	Nach der STI	135
1.2	Stil der Durchführung	135
2.	Die Prinzipien der STI	136
2.1	Sicherheitserleben aufbauen	136
	2.1.1 Die Methode des Zeichnens	137
	2.1.2 Der 0-Durchgang	137
	2.1.3 Ton, Tempo und therapeutische Haltung	138

2.2	Von der künstlichen Desintegration zur Integration voranschreiten	139
2.3	Konfrontation	140
3.	Rahmenbedingungen der STI	141
3.1	Vorbereitung der Intervention	141
3.2	Die Nacharbeit	142
3.3	Das Phasenmodell der STI	143
VI.	Spieltherapie	144
1.	Der Begriff	144
2.	Das spieltherapeutische Konzept	147
2.1	Kinder spielen Seele	148
2.2	Die »zweite Realität«	151
	<i>Fallbeispiel Michael</i>	158
2.3	Intervention und freies Spiel auf der Ebene der »zweiten Realität«	161
	<i>Fallbeispiel Selma</i>	162
	Spieltherapeutische Intervention	163
	Die heilende Kraft des freien Spiels	165
2.4	Aggression und Täter-Opfer-Umkehrung	166
2.5	Regression und Fürsorglichkeit	170
	<i>Fallbeispiel Susi</i>	171
2.6	Spieltherapeutische Interventionen zur Überprüfung und Verbesserung des Sicherheitserlebens	173
	<i>Fallbeispiel Kilian</i>	175
VII.	Spieltherapeutische Prozessdiagnostik	178
1.	Anamnese und das Phänomen der Täuschung	178
2.	Exploration und erste Interventionen	181
	<i>Fallbeispiel Emanuel</i>	183
3.	Erwartungen von außen an Exploration oder Therapie	187

4. Exploration und Fehlinformation durch Kind oder Mutter	188
<i>Fallbeispiel Paula</i>	188
<i>Fallbeispiel Sara</i>	193
5. Diagnostische Verfahren und mögliche Hinweise auf traumatisches Erleben	194
<i>Fallbeispiel Selma</i>	194
VIII. Traumabezogene Spieltherapie	197
1. Der misslungene Aufbau guter innerer Instanzen	201
<i>Fallbeispiel Petra</i>	204
2. Der therapeutische Aufbau guter innerer Instanzen	206
<i>Fallbeispiel Susi</i>	208
<i>Fallbeispiel Cindy</i>	212
3. Die Arbeit mit nicht endenden aggressiven Spielen und die Würdigung der totalen Hilflosigkeit	214
<i>Fallbeispiel aus einer Fortbildungsgruppe</i>	217
<i>Fallbeispiel Thorsten</i>	217
4. Die gezielte Arbeit mit Spaltungen	219
<i>Fallbeispiel Petra</i>	224
<i>Fallbeispiel Kiki</i>	225
<i>Fallbeispiel Sebastian</i>	227
5. Der therapeutische Aufbau von Grenzen	232
»Nein-Sagen	233
Verteidigen und Erobern einer Insel	233
6. Bindung, Regression und therapeutische Beziehung	234
IX. Arbeit mit den Bezugspersonen	239
1. Prinzipien für die Arbeit mit Bezugspersonen	241
2. Ist die Therapeutin die bessere Mutter?	244
3. Ein Modell für die Familienarbeit bei stationär aufgenommenen Kindern in der Jugendhilfe	246
4. Kulturabhängige Beziehungsaufnahme	252

5. Bezugspersonen in der Therapie	253
<i>Fallbeispiel Jaqueline</i>	254
X. Wir, die TherapeutInnen	257
1. Eigene Betroffenheit	257
2. Eigenes Geschlecht	258
3. Wir sind uns selbst die Nächsten	260
4. Fortbildung, Supervision, Fachlichkeit	261
Anhang: Die Reise zum sicheren Ort	262
Literatur	266

# Vorwort

## Warum noch eine Veröffentlichung zum Thema »Traumatherapie«?

Extreme Erlebnisse und ihre Auswirkungen auf die seelische Entwicklung der Beteiligten sind seit gut zehn Jahren Gegenstand einer lebhaften Diskussion zwischen Fachleuten in Deutschland. Vor allem die Kriegseignisse im ehemaligen Jugoslawien trugen dazu bei, dieses Thema auch einer breiten Öffentlichkeit bewusst zu machen. Interessierte Laien und Fachleute waren gleichermaßen entsetzt über das Ausmaß an Unmenschlichkeit und Gefühlskälte, das in einer der beliebtesten Ferienregionen der Deutschen um sich griff. Und sie fragten sich, wie diese Gesellschaften aus dem Wahn von blindem Hass, Missachtung und Rachebedürfnis wieder herausfinden sollten. In diesem Zusammenhang wurde vereinzelt auch die Rolle der Kinder in den traumatisierenden Ereignissen wie Vertreibung, Verstecken in Wäldern, Opfer oder Zeugen von Gewalttaten zu werden, schmerzlichen Verlusterlebnissen usw. in den Medien thematisiert. So widmete das GEO-Magazin 7/1993 einen langen Artikel der psychologischen Behandlung kriegstraumatisierter Kinder in Kroatien durch UNICEF-Mitarbeiter. Unter der Leitung von Prof. Irina Besic wurde ein »Enttraumatisierungsprogramm« für alle Grundschulen Kroatiens entwickelt und durchgeführt. Damit war ein Meilenstein in der psychologischen Behandlung kriegstraumatisierter Kinder errichtet worden – leider hat dies in der Fachöffentlichkeit Deutschlands keine große Aufmerksamkeit hervorgerufen<sup>1</sup>.

Für mich war dieser Geo-Artikel ein »Aha-Erlebnis« erster Güte: Da traute sich diese Irena Besic, Kinder in die Konfrontation mit dem Schrecklichsten hineinzuführen, ihre entsetzlichen, um alles in der Welt gemiedenen Erinnerungen wiederzubeleben! Dies passte nun gar nicht zu unseren Therapietheorien und praktischen Anwendungen! Jahrelang hatte ich in einem großen Kinderheim mit schwer bindungstraumatisierten Kindern gearbeitet, die obendrein oft noch Misshandlung und Missbrauch erlebt hatten. Auf die Idee, sie offen-

---

<sup>1</sup> Nichtsdestotrotz hat das Problem der kriegstraumatisierten Kinder viele deutsche Fachleute beschäftigt. Beispielhaft seien Willi Butollo aus München und Peter Riedesser aus Hamburg genannt.

siv mit ihrem Schicksal zu konfrontieren, wären wir wohl nicht gekommen.

Sicherlich hatte von den USA ausgehend die Diskussion um Traumatherapie zwischenzeitlich auch bei uns angefangen. Aber erstens bezogen sich die darauf folgenden Veröffentlichungen fast ausschließlich auf Erwachsene. Nur die EMDR-Methode bietet inzwischen eine Ableitung für Kinder an.

Und zweitens: Wer von uns hätte damals den Mut gehabt zur Konfrontation?

Die Angst, einen Menschen, insbesondere ein Kind, das einem anvertraut wurde, durch ein solches Vorgehen nachhaltig zu schädigen, war groß – und berechtigt!

Das kroatische Modell wäre auch nicht auf uns übertragbar gewesen, denn es war für die Notwendigkeiten und Möglichkeiten einer kriegstraumatisierten Gesellschaft konzipiert. In unserer Gesellschaft spielen aber kriegsbedingte Traumatisierungen (inzwischen) nur noch eine kleine Rolle. Dennoch erleben bei uns Kinder zuweilen Schreckliches:

Sexueller Missbrauch, schwere Misshandlungen und Vernachlässigung sind schwer wiegende Trauma-Ereignisse. Sie werden überwiegend von den nächsten Bezugspersonen ausgeübt und erstrecken sich meist über Jahre. Sie gehören zu den für die seelische Entwicklung gefährlichsten Lebenserfahrungen von Kindern! Denn hier werden die Identität des Individuums, seine Lebensberechtigung und Liebensehrtheit durch seine nächsten Bezugspersonen so massiv in Frage gestellt, dass es regelmäßig zu einer erheblichen Störung in der Bindungs- und Identitätsentwicklung kommt.

Die Erfahrung von schweren Verkehrsunfällen, Naturkatastrophen und Verbrechen ist bei uns zwar schon viel seltener. Kinder können aber auch solche Erlebnisse nur selten gut verkraften.

Ebenso ist das plötzliche und seelisch unvorbereitete und unbegleitete Erleben des Sterbens von Mutter oder Vater oder anderer nahe stehender Menschen zwar nur noch ein seltenes, aber, wenn es eintritt, ein zutiefst verstörendes Ereignis in der Welt eines Kindes.

Wir haben also genug Anlass, kinderspezifische Traumatherapien zu entwickeln. Aber wie sollen sie aussehen?

Die Angst, einem Kind durch Konfrontation Schaden zuzufügen, ist keineswegs ein versteckter Ausdruck für Drückebergerei seitens der Therapeuten: Konfrontation birgt immer das Risiko einer Retrau-

matisierung. Und Kinder sind noch leichter zu traumatisieren als Erwachsene – das gilt auch für die Retraumatisierung.

Heute wissen wir, dass die Behandlung akut traumatisierter Menschen grundsätzlich das Angebot zur Konfrontation umfassen sollte<sup>2</sup>. Genauso aber müssen wir als Therapeuten dafür sorgen, dass diese äußerst schonend und dennoch konsequent durchgeführt wird. Davon zu unterscheiden ist die Gruppe der früh und anhaltend traumatisierten Menschen. Bei ihr wird oftmals eine Konfrontation gar nicht möglich oder sinnvoll sein. Aber auch für diese Personengruppe brauchen wir ein Repertoire an traumaspezifischen Interventionen ohne Konfrontation innerhalb eines geschlossenen therapeutischen Konzeptes.

Die Behandlung von ganz jungen traumatisierten Kindern stellt eine methodische Herausforderung dar, auf die wir noch keine schlüssigen Antworten gefunden haben. Auch meine Erfahrungen sind begrenzt, aber:

Infolge des besagten GEO-Artikels gründete sich unter meiner Beteiligung in Nürnberg eine kleine Non-Government-Organization für sozial-psychologische Projekte im ehemaligen Jugoslawien. Seit dem Kriegsende konzentrieren wir uns auf die psychologische Betreuung und fachliche Schulung eines kleinen Säuglings- und Kleinkinderheimes im Nordwesten Bosniens. Am Anfang hatten wir es in »Dom Duga« reihenweise mit hospitalisierten Babys zu tun, die nach der Geburt von ihren Müttern im Kreiskrankenhaus zurückgelassen worden waren und dort Monate verblieben. Die Entdeckung der schwerst hospitalisierten Babys und Kleinkinder im Krankenhaus im Zuge der ersten privat organisierten Hilfslieferungen nach Bihac war es auch, die einige Männer aus Mittelfranken veranlasste, dort, in einem völlig vom Krieg zerstörten und verminten Tal, ein kleines Kinderheim zu bauen. Dieses Heim wurde von Anfang an komplett mit Spendengeldern (ganz überwiegend deutschen, aber auch zunehmend bosnischen) gebaut und betrieben. Es arbeiten dort nur Laien. Aber inzwischen sind alle nach der Methode der ungarischen Kinderärztin *Emmi Pikler* angeleitet worden und leisten eine phantastische Arbeit. Immer wieder werden dort Babys aufgenom-

---

<sup>2</sup> Die inzwischen allgemein anerkannten Richtlinien zur Traumatherapie der ANMF sind unter der homepage [www.uni-duesseldorf.de](http://www.uni-duesseldorf.de) nachzulesen. Einen sehr guten und knappen Überblick gibt auch der Artikel von R. Bollmann im Deutschen Ärzteblatt 5/2002.

men<sup>3</sup>, die im Krankenhaus zurückgelassen wurden oder deren Mutter bei der Geburt starb; oder Kleinkinder, die extrem vernachlässigt und verwahrlost wurden, und auch einige, die schreckliche Bluttaten miterleben mussten: Drei dieser Kinder waren z. B. im Elternhaus anwesend, als der Vater eine Bombe zündete und sich und seine Frau in den Tod riss – treffen wollte er wohl alle. Zwei weitere Kleine erlebten, wie der Vater die Mutter erstach. Ein Vierjähriger musste zusehen, wie seine Mutter nach jahrelangen Misshandlungen durch seinen Vater diesen erstach ...

Über zehn Prozent der in Dom Duga aufgenommenen Kleinkinder haben ausgesprochene Blut- und Gewalttaten unmittelbar miterlebt und leiden zusätzlich unter dem daraus resultierenden Totalverlust aller bisherigen Bindungen. Man kann nicht umhin zu vermuten, dass sich hier auf einer individuellen Ebene noch Jahre nach Kriegsende das seelische Erbe einer traumatisierten Gesellschaft manifestiert.

Neben der Freude, die gute Arbeit in Dom Duga ein Stück begleiten zu dürfen, bietet sich mir dort auch die Chance, die Entwicklung von traumatisierten Kleinkindern beobachten zu können. Die Möglichkeiten zu therapeutischen Interventionen ist über fast 1000 Kilometer hinweg natürlich sehr begrenzt. Aber ich erlebe die heilende Wirkung einer guten pädagogischen Struktur auf bindungstraumatisierte Kinder. Und natürlich auch die Grenzen ihrer Wirkung.

In meiner Praxis setzt sich diese Erfahrung so um, dass ich seit einigen Jahren schon mit dreijährigen traumatisierten Kindern Psychotherapie mache und beobachte, dass dies unter ganz bestimmten Bedingungen auch sehr gut gelingt.

Dennoch ist die Zeit noch nicht reif, mich schon über die psychologische Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern konzeptionell zu äußern.

Das hier vorliegende Buch ist weniger ein theoretisches, sondern mehr ein konzeptionelles und praktisches Buch. Gute Veröffentlichungen zur Traumapsychologie gibt es inzwischen viele – allerdings mangelt es bisher an der Beleuchtung kindspezifischer Aspekte der Traumatisierung und ihrer Behandlung. Diese Lücke soll das vorliegende Buch schließen helfen.

---

<sup>3</sup> Das Kinderheim Loczy in Budapest wird von Emmi Piklers Tochter Anna Tardos geführt und bildet in der Pikler-Methode aus. Eine der wichtigsten Veröffentlichungen ist: E. Pikler, *Lasst mir Zeit*, München 1988.

Es wird hier um einzelne Kinder gehen, deren Schicksale und Therapieverläufe beispielhaft für Theorie und Methodik sind. Deswegen werden einige der Fallbeispiele immer wieder unter anderen Gesichtspunkten auftauchen und uns durch das Buch begleiten.

Das erste Kapitel nimmt eine Begriffsklärung und -differenzierung vor, die notwendig ist, um dem gegenwärtigen begrifflichen Wirrwarr um »Trauma« und »Traumatisierung« und deren inflationärem Gebrauch etwas Klarheit entgegenzusetzen.

Das zweite Kapitel stellt typische Fälle von traumatisierten Kindern vor, um eine genauere Vorstellung von Wesensart und Unterscheidungsmöglichkeiten von traumatisierenden Lebensbedingungen und Reaktionsformen in der Kindheit zu vermitteln.

Das dritte Kapitel geht auf die neurophysiologischen Auswirkungen und die Besonderheiten kindlicher Reaktionsformen nach Trauma-Erfahrungen ein.

Das vierte Kapitel ist eine kurze Einführung in diagnostische Verfahren, die nach meiner Erfahrung hilfreich für die Erfassung von psychischen Störungen infolge von Trauma-Erfahrungen sind. Die Kürze dieses Kapitels ist der Tatsache geschuldet, dass es auch in diesem Sektor in Deutschland noch wenig zielführende Verfahren und Standardisierungen gibt.

Das fünfte Kapitel stellt die Methode der »Strukturierten Trauma-Intervention« (STI) vor. Sie wurde von mir speziell für Kinder entwickelt und dient der Behandlung von dem Kind bewussten Trauma-Erfahrungen. Sie richtet sich an eine Altersgruppe ab etwa sieben Jahren, lässt sich aber auch effektiv bei Erwachsenen einsetzen.

Das sechste Kapitel führt in Grundlagen der Spieltherapie ein, die für die Behandlung traumatisierter Kinder von großer Bedeutung sind.

Das siebte Kapitel befasst sich mit den prozessdiagnostischen Möglichkeiten in der spieltherapeutischen Behandlung von früh und anhaltend traumatisierten Kindern.

Das achte Kapitel stellt ein spieltherapeutisches Konzept vor, das von mir speziell für die Belange früh und anhaltend traumatisierter Kinder entwickelt wurde. Die traumabezogene Spieltherapie richtet sich an eine Altersgruppe ab drei Jahren und lässt sich in veränderter Form auch bei vielen Jugendlichen einsetzen, wenn sie erst einmal Vertrauen gefasst haben. Dieses Konzept eignet sich gerade für Kinder und Jugendliche, die kaum einen bewussten Zugang zu ihren Trauma-Erfahrungen haben. Darüber hinaus setze ich es zur Vorbe-

reitung und Stabilisierung der Kinder ein, mit denen im Anschluss die STI durchgeführt werden soll.

Das neunte und zehnte Kapitel runden dieses Buch zwar ab, beziehen sich aber auf Themen, die nicht mehr im Zentrum dieser Veröffentlichung stehen, nämlich auf die Arbeit mit den Bezugspersonen und den Umgang der Behandler mit sich selbst.

Zum Entstehen dieser Veröffentlichung haben viele Kolleginnen und Kollegen beigetragen, die mich in den Fortbildungsveranstaltungen der letzten fünf Jahre immer wieder konzeptionell gefordert und herausgefordert haben. In meinem persönlichen Umfeld haben viele mit mir einzelne Aspekte dieses Buches diskutiert. Ihnen allen gebühren meine Anerkennung und mein herzlicher Dank. Ganz besonders aber haben mich mein Ehemann Harald Weinberg und meine Freundin und geschätzte Kollegin Anja Kaiser kontinuierlich und kritisch begleitet und unterstützt, sodass das Beste herausgekommen ist, was ich zu geben in der Lage bin. DANKE!

Zu meinem persönlichen Hintergrund möchte ich erwähnen, dass ich Mutter zweier Töchter bin. Wenn ich zu mir ehrlich bin, muss ich zugeben, dass ich mich als Mutter häufig genug unpädagogisch und manches Mal auch falsch verhalte. Perfektion sollte nicht unser Anspruch sein. Aber wenn schon jemand wie ich, in sozial abgesicherter Position und in stabiler und erfüllender Partnerschaft mit dem Vater meiner Kinder, zu Fehlern neige – wie viel mehr muss ich das bei Eltern in stressgeladenen Lebensumständen akzeptieren. Daher neige ich nicht zur Verurteilung von Müttern und Vätern. Und dennoch verurteile ich manche elterlichen Verhaltensweisen, um die es hier auch gehen wird, auf das Schärfste.

Obwohl meine fachliche und gedankliche Heimat in der personenzentrierten Richtung liegt, habe ich schon in meiner ersten Berufsphase wesentliche Modifikationen durchgeführt. Ich habe zehn Jahre in einem Kinderheim gearbeitet und dort sehr schnell gemerkt, wie wichtig in der Behandlung schwer gestörter Kinder zusätzlich zu dem einführenden Mitgehen ein strukturierender, leitender Umgang ist. So hat mir die Weiterbildung in Kinderpsychodrama hervorragende konzeptionelle und handwerkliche Mittel an die Hand gegeben. Jeder, der in diese Ausbildung<sup>4</sup> einmal hineingeschnuppert hat, wird

---

<sup>4</sup> Alfons Aichinger und Walter Holl beschreiben ihre Konzeption und Arbeit in: A. Aichinger, W. Holl (1997).

ihre Auswirkungen auf meine Arbeit ab dem sechsten Kapitel mit (hoffentlich) viel Vergnügen wiedererkennen können.

In der traumatherapeutischen Konfrontation darf es aber nicht psychodramatisch zugehen. Das Kinderpsychodrama setzt immer eine solch produktive und sprudelnde seelische und zwischenmenschliche Dynamik in Gang, dass ich diese Methode nur zulasse, wenn ich mir sicher bin, dass keine tief greifende Traumatisierung zur Bearbeitung kommen soll. In der Anfangsphase der Entwicklung meiner eigenen Traumatherapie legte mir einmal ein schwer lernbehindertes neunjähriges Mädchen aus eigenem Antrieb die Darstellung ihrer jahrelangen Vergewaltigungen in ihrer Pflegefamilie im Rollenspiel hin: Ich stand fassungslos daneben und konnte sie nicht stoppen, sie wechselte ständig die Rollen der Beteiligten und setzte komplett ohne meine Hilfe das schreckliche Rollenspiel in Szene. Ich konnte eigentlich nur durchsetzen, dass es strikt bei dem »So-tun-als-ob«-Prinzip blieb (also z. B. angezogen bleiben) und sie in den Vergewaltigungsphasen nicht in die Opferrolle, also die Eigenidentifikation, ging. Es war ein grausiges und erschütterndes Geschehen, was sich da vor meinen Augen abspielte – und ich war mir sicher, dass das Kind davon Schaden nehmen würde. Aber als sie von mir Abschied nahm, drehte sie sich noch einmal zu mir zurück, lachte mich zum ersten Mal offen und frei an und rief »Danke!« Gegen meine Erwartungen hat diese Stunde unsere therapeutische Beziehung nachhaltig vertieft und einen starken seelischen Entwicklungsschub bei dem Mädchen freigesetzt. Aber es hätte auch furchtbar schief gehen können! Heute weiß ich zwar, dass meine beiden spontanen Interventionen (So-tun-als-ob-Regel und keine Opferidentifikation zulassen) wichtige Schutzmechanismen darstellen, um Retraumatisierung vorzubeugen. Aber diese beiden reichen nicht aus. Das Kind hätte ohne weiteres in einen Angst- oder Dissoziationszustand geraten können – und das hätte ich dann verantworten müssen.

Was ich aus dieser aufrüttelnden Erfahrung gelernt habe war, dass ich weiter auf dem Weg der Konfrontation gehen wollte, aber Mittel und Wege zu finden versuchte, um Schutzmechanismen und haltgebende Strukturen einzuführen. Um den Schutz des Kindes zu gewährleisten und nicht zuletzt um meiner selbst willen.



# I. Der Traumabegriff

Das Wort »Trauma« (Pl.: Traumata) stammt aus dem Altgriechischen und bezeichnet Wunden im umfassenden Sinne. In der Medizin wird es als Fachwort für körperliche Verletzungen benutzt. Parallel hat sich die Anwendung auf seelische Verletzungen durchgesetzt. So wie im medizinischen Sinne eine äußerliche Kraft auf und durch die Körperoberfläche hindurch schädigend gewirkt hat, so ähnlich lässt sich das auch im psychologischen Sinn verstehen:

Das seelische Gleichgewicht eines Menschen wird durch ein äußeres Ereignis erschüttert, die zentrale sensorische Verarbeitung wird durch die Reizüberflutung überfordert, Angst und Erregung steigen ins Unerträgliche; das Grundvertrauen, durch seine nächsten Bezugspersonen geschützt und in seinen eigenen körperlichen und seelischen Abgrenzungen zur Umwelt unantastbar und sicher zu sein, wird beschädigt.

Die Symptombilder einer Akuten Belastungsstörung und einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) werden in der ICD-10 definiert. Sie können hier vorausgesetzt werden. Leider geht man dort – wie so oft – nicht auf die Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters ein. Diese werden in diesem Buch im zweiten und dritten Kapitel ausgeführt.

## 1. Traumapsychologie in der Wissenschaftsgeschichte

Man könnte aufgrund der aktuellen Diskussionen und der regen Entwicklung im Fach der Psychotraumatologie denken, dass es sich erstens um ein junges Fach<sup>5</sup> handelt und es sich zweitens – zumindest

---

<sup>5</sup> Lange vor der modernen Wissenschaft hat sich die Menschheit schon Konzepte zu Traumatisierung und ihren seelischen Folgen gebildet. Alle Religionen, viele religiöse Rituale wie im Schamanismus, die überwiegende Zahl der Mythen und Märchen lassen sich unter diesem Gesichtspunkt verstehen. Da dies aber wahrlich ein weites Feld ist, wollen wir es hier noch nicht einmal betreten.

hinsichtlich der kulturübergreifend weit verbreiteten sexuellen Traumata in Abgrenzung und Konfrontation zur Psychoanalyse entwickelt.

Es ist aber so, dass am Beginn der Psychopathologie als Wissenschaft die Erforschung der Hysterie stand. Dabei ging es ganz wesentlich um ein aufklärerisches Anliegen<sup>6</sup>: Im Paris des 19. Jahrhunderts gab es starke aufklärerische Kräfte, die der katholischen Kirche das Monopol entreißen wollten, dem »einfachen Volk« die Welt zu erklären. Der »Teufel« wurde noch als reales Wesen hingestellt und erlebt. Mit der Angst vor dem leibhaftig Bösen und der Strafandrohung von ewiger Verdammnis verfügte die katholische Kirche nach wie vor über eine starke Bindungsmacht. Charles Darwin hatte zwar seine Thesen zur Evolution schon veröffentlicht, aber sie wurden nur langsam einer breiteren Öffentlichkeit bekannt. Eine Schöpfungsgeschichte ohne Gott war damals nur für einen kleinen Kreis Intellektueller vorstellbar. Der Wunsch, der katholischen Kirche die Definitionsmacht über Gut und Böse, Recht und Unrecht zu entreißen, bewegte einige Ärzte um den Pariser Psychiater *Charcot*<sup>7</sup> dazu, das Herzstück des Teufelsglaubens zu entzaubern: die Besessenheit.

Vom Bösen besessen galten überwiegend Frauen. Bei einigen war dies auch ganz sinnfällig: Plötzlich fuhr der Teufel in sie hinein. Gerade schien sie noch ganz normal, jetzt zuckt sie in schrecklichen Konvulsionen, wobei oftmals unanständige Gebärden der Hüften und Brüste kaum zu übersehen war. Ganz offensichtlich also Teufelsbuhlinnen. Andere wurden plötzlich von Lähmungen heimgesucht. Manche stießen gar schreckliche Flüche und Lästerungen aus. Andere gerieten in Absenzen. Wieder andere schienen sich vor den Augen des Betrachters in eine andere Person zu verwandeln ... Klare Zeichen von Besessenheit und somit Beweise für die Existenz des Teufels. Im Pariser Armenkrankenhaus, der Salpêtrière, begann *Charcot* diese Verhaltensweisen als Symptome einer hysterischen Erkrankung exakt zu beobachten, sie gezielt auszulösen<sup>8</sup> und zu kategorisieren.

---

<sup>6</sup> Judith Lewis-Herman hat in ihrem Buch »Die Narben der Gewalt« die vergessene Geschichte der Traumapsychologie sehr anschaulich und packend dargestellt.

<sup>7</sup> J. M. Charcot, Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, Leipzig 1886

<sup>8</sup> Judith Lewis-Herman (1993) S. 23, zitiert ein Vorlesungsexzerpt von 1887, ein erschütternder Beleg für die rein technische Betrachtung von in Hypnose gezielt ausgelöster Angst und Leid.

Er schaffte den Durchbruch: Hysterikerinnen wurden in der Folge als neurologisch kranke Menschen angesehen. Bis dahin hatte die Medizin sie als Simulantinnen betrachtet, deren Gebaren mit der weiblichen Sexualität im Zusammenhang stehen müsse. Deswegen auch der Name »Hysterie« (von griech. *Hystera*, Gebärmutter).

Erst seine Schüler *Janet* und *Freud* begannen, mit diesen Frauen zu reden. Überdies experimentierten sie mit der neu entwickelten Hypnose. Sie konnten nachweisen, dass in der Anamnese dieser Frauen sehr häufig Hinweise auf sexuelle Übergriffe im Kindesalter auftauchten. Weiterhin stellte sich heraus, dass Frauen unter Hypnose gerade diese Erlebnisse mit ihrem ganzen Schrecken wiedererlebten und danach nicht mehr besessen waren. Damit brach ein starker Pfeiler in der katholischen Welterklärung: Die Idee der Besessenheit verlor in den folgenden Jahrzehnten an Glaubwürdigkeit, und die betroffenen Menschen wurden zunehmend als seelisch krank angesehen.

Das Wissen um die Ursachen dieser Erkrankungen aber verschwand sehr schnell wieder aus dem Bewusstsein. Und dabei spielte nun *Freud* tatsächlich eine tragische Rolle. Er hatte bei Charcot in Paris gelernt, und die Theorie der traumabedingten Neurose ist auch immer ein Bestandteil seiner Psychopathologie geblieben. Zur Hysterie schrieb er 1896: »Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich ... ein oder mehrere Erlebnisse von frühzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören.«<sup>9</sup> Diese Erklärung bekam aber bald darauf Konkurrenz durch den von ihm formulierten Ödipuskomplex, der die Ursache für die hysterische Neurose in den verdrängten psychosexuellen Trieben des Kindes sieht. Diese Theorie, die die Ursache für das Leiden in den Patienten – also meistens in die als Kind sexuell missbrauchte Frau – zurückverlegt, fand natürlich großen Anklang: Sowohl im Bürgertum des damaligen Wien – was nicht verwundert, da es in deren Familien auch viele Hysterikerinnen gab – als auch bei *Freuds* Schülern. Die Pädosexualität verschwand, kaum dass sie im Zuge des Krieges der Weltanschauungen öffentlich benannt worden war, wieder aus dem Bewusstsein. Ab da beteiligten sich Psychiatrie und Psychotherapie leider an dem alten Mechanismus, das Opfer zum Täter umzudefinieren und damit die bestehende Gesellschaft und ihr Machtgefüge zu stabilisieren.

---

<sup>9</sup> S. Freud, Zur Ätiologie der Hysterie, Gesammelte Werke, Bd. 1

Diese Umdefinition führte wiederum zu einer moralischen Abwertung des Begriffes der Hysterie. Da nun auch nicht mehr die Metapher der Besessenheit zur Eigenidentifikation taugte, begannen die betroffenen Frauen in der Folge ihre Symptomatik mehr und mehr zu unterdrücken. Die Hysterie in ihrer ursprünglichen, nämlich ausagierenden Form gibt es in der westlichen Welt kaum mehr. Sie ist abgelöst worden durch schwere, unerträgliche innere Spannungsgedühle und Dissoziationen.

Tatsächlich ging und geht es um Unterdrückung von Frauen und Mädchen. Aber eben nicht nur, denn sexueller Missbrauch betrifft nicht nur heute, sondern betraf auch damals kleine Jungen.

Aber nicht nur kleine Jungen, sondern auch ausgewachsene Männer wurden massenhaft demselben Mechanismus der machterhaltenden Umdefinition unterworfen: Aus dem Ersten Weltkrieg haben wir zum ersten Mal wissenschaftliche Beschreibungen der von der Front-erfahrung traumatisierten Soldaten. Mit Filmkameras wurden ihre konvulsiven Anfälle, ihr exzessives Schütteln und Bibbern, ihr unkoordiniertes Zappeln und Grimassieren unbarmherzig festgehalten. Was passierte mit ihnen? Auch sie verschwanden von der Bildfläche: Ihr Leiden wurde zunächst als Kriegsneurose definiert. Der Kriegsneurose entzog man aber sehr schnell die Anerkennung als traumabedingte seelische Folgeerkrankung. Als man nämlich merkte, wie negativ sich diese Anerkennung auf die Wehrtüchtigkeit der jungen Männer und die Wiedereinsetzbarkeit der betroffenen Soldaten auswirkte, unterzog man die Kriegsneurose einer Umdefinition: Hier appellierten einige Schwächlinge an Mitleid und wollten sich nur ihrer vaterländischen Pflicht entziehen.

Während meiner Universitätsausbildung in den 80er-Jahren stand die Kriegsneurose noch genau in diesem Ruch!

Tatsächlich war der Erfolg dieser Umdefinition umwerfend: Das Schütteln, Bibbern, Brüllen ... es verschwand. Der Soldat blieb mannhaft und verschwand in der Folgezeit in der trostlosen Sucht. Diese, erst durch die Vietnamveteranen endlich dokumentierte Tragik der traumatisierten Soldaten wurde bis dahin ignoriert, weil sie in der isolierten Privatheit als individuelles Versagen erschien.

Hysterie und Kriegsneurose nahmen also einen ähnlichen Verlauf in der Wissenschaftsgeschichte. Man muss wohl den Schluss ziehen, dass es sich um ein hoch politisches Feld handelt, mit dem wir uns in diesem Buch beschäftigen wollen.

## 2. »Trauma« ist kein einheitlicher Begriff

Die Begriffe »Trauma« und »traumatisiert« werden in der gegenwärtigen Diskussion vielschichtig und inflationär benutzt, was immer wieder zu Missverständnissen in der Kommunikation führt<sup>10</sup>. Ich selbst ziehe es vor, begrifflich zwischen

- a) Trauma-Ereignis, b) Trauma-Reaktion, c) Trauma-Erfahrung und d) Trauma-Folgen zu unterscheiden.

### 2.1 Trauma-Ereignis

Einen Überblick über mögliche Trauma-Ereignisse und ihre Gewichtung für psychische Folgewirkungen gibt das folgende Diagramm. Im Unterschied zu anderen traumapsychologischen Veröffentlichungen differenziert dieses Diagramm die Kategorie des »Man-made-Desaster« in zwei Untergruppen, um dem extrem unterschiedlichen traumatisierenden Potenzial gerecht zu werden:

URSACHE		einmalige	anhaltende →
Naturkatastrophen		z. B. Erdbeben, Überschwemmung	daraus resultierender Heimatverlust und Verarmung
Man-made Desaster	Identifikationsferne Menschen	z. B. ein Überfall durch fremde Soldaten	z. B. daraus resultierende Vertreibung
	Identifikationsfiguren	Bedrohung bzw. Übergriff durch vertraute Menschen, durch Familienangehörige, durch Mutter oder Vater	Misshandlung, Missbrauch oder seelische Grausamkeit im sozialen Nahfeld, in der Familie, durch Mutter oder Vater

<sup>10</sup> Beispielhaft zitiere ich aus dem Deutschen Ärzteblatt: »Die überwiegende Mehrzahl der Traumaopfer leidet an einer oder an mehreren Persönlichkeitsstörungen.« (DÄ/PP, 8, 2003, S. 362) Die irreführende Bezeichnung »Traumaopfer« meint in diesem Fall Personen mit PTBS.

Dieses Diagramm ist so zu verstehen, dass von oben nach unten und von links nach rechts die die Seele zerstörende Potenz des Trauma-Ereignisses zunimmt. Dabei muss die Stärke der Verletzungen, Todesangst und Verluste als ungefähr gleich vorgestellt werden:

D. h., Opfer einer Überschwemmung mit Überlebensangst, Erleben von Sterben anderer und Verlust von Familienangehörigen (Feld 1) haben trotz der schweren seelischen, sozialen und materiellen Folgen für ihr Leben bessere Chancen, dies auf die Dauer seelisch zu verarbeiten als Opfer einer Familientragödie mit Überlebensangst, Erleben von Sterben und Verlust von Familienangehörigen, die der vorläufige Schlusspunkt einer langen Eskalation von innerfamiliären Gewalt ist (Feld 6).

Es gibt drei Prinzipien, die sich in langen Jahren klinischer Erfahrung herauskristallisiert haben:

1. Je mehr die Ursache des Trauma-Ereignisses in den Identifikationsprozess des Opfers eingreift, desto gravierender sind die Folgen. Darum sind sog. »Man-made-Desaster« schlimmer als Naturkatastrophen, aber wiederum Folter durch Mutter oder Vater seelisch schlimmer als gleichartige Folter durch fremde Personen.
2. Je mehr sich diese Trauma-Ereignisse häufen, je chronifizierter ihre Schädigungen auf das Individuum einwirken, umso gravierender sind die seelischen Folgen. Die Zeitdimension stellt auch einen Faktor bei der z. B. von *Luise Reddemann* oder *Willi Butollo* benutzten Unterscheidung von »einfachen« und »komplexen« Traumatisierungen dar<sup>11</sup>. Das Problem der anhaltenden Trauma-Ereignisse durch Bezugspersonen ist in der Forschung noch keineswegs genügend erfasst, was sich auch in der dafür nicht vorhandenen Kategorie im DSM III ausdrückt. In meiner Begrifflichkeit handelt es sich um »einmalige« und »anhaltende« Traumatisierung, wobei es sich dabei um die beiden Enden eines Kontinuums handelt.
3. Je früher die Traumatisierung einsetzte, umso tief greifender sind die Beschädigungen im Aufbau der Persönlichkeitsstruktur. Besonders bei den früh Traumatisierten werden wir es mit der so genannten Persönlichkeitsveränderung zu tun bekommen.

---

<sup>11</sup> Die Bezeichnung »einfach« für ein PTBS verwende ich nicht, weil sie missverständlich im Sinne von »unerheblich« ist.

Fachleute wissen, dass es innerhalb der Familie kaum den Fall eines einmaligen Missbrauchs gibt, sicherlich aber den der einmaligen schweren Misshandlung. Entscheidend für die Traumafolgen ist wie immer der Aspekt der individuellen und sozialen Ressourcen. Gelänge es dem Vater z. B., seinen sexuellen Missbrauch an der Tochter gegenüber Mutter und Tochter zu thematisieren, sodass sie gemeinsam nach Möglichkeiten der Wiedergutmachung und des Schutzes für das Kind suchen könnten, wäre ein solcher Fall vorstellbar. Aber gibt es das? Ich habe auf jeden Fall noch nie davon gehört.

Für den Fall der einmaligen schweren Misshandlung sind aber genau diese innerfamiliären Umgangsweisen deutlich vorstellbarer.

### *Fallbeispiel Judith*

Das zwölfjährige Mädchen wird von seinen Eltern bei mir vorgestellt: Seit einem Jahr gehen ihre Leistungen in der Schule rapide zurück, sie habe massive Schlafprobleme und äußere viel Angst. Auslöser sei eine Vergewaltigung durch ihren Patenonkel gewesen, der in der Nähe wohne und bei dem sie bis dahin viel Zeit in den Ferien verbracht habe. Da dieser Patenonkel der Bruder des Vaters sei und die Großeltern väterlicherseits sich mit ihm gegen die Vorwürfe solidarisierten, sei ein tiefer Riss in der Großfamilie entstanden. Im Endeffekt habe das Kind nicht nur den vertrauten Onkel, sondern auch die sehr geliebten Großeltern verloren, worunter es sehr leide.

Judiths Eltern glaubten ihr vorbehaltlos und stellten sich schützend hinter sie. Sie konfrontierten den Bruder des Vaters mit den Vorwürfen und brachen den Kontakt zu ihm ab, als dieser und seine Frau alles abstritten.

Das Mädchen selbst war bei unserem Erstgespräch anwesend, hörte der Darstellung der Eltern zu, bestätigte sie, blieb aber ansonsten passiv. Sie wies die für viele Traumatisierte typische starre Mimik auf.

In der ersten Sitzung berichtete sie von ständigen intrusiven Erinnerungen, nächtlichem Ausreißen und Umherstreifen, um dem Einschlafen entgehen zu können. Es stellte sich heraus, dass sie im Tief schlaf vergewaltigt worden war. Dennoch brachte sie in ihren Zeichnungen und Gestaltungen im Therapieraum mehrere Sicherheit bietende »Innere Instanzen« (s. Kapitel VI und VII) zum Ausdruck. In der zweiten Sitzung bot ich ihr die Phantasiereise »Reise zum sicheren Ort« (s. Anhang) an, die für sie zu einem intensiven positiven Erlebnis wurde. Darauf führte ich mit ihr in der dritten und vierten Sitzung die »Strukturierte Trauma-Intervention« (STI, s. Kapitel IV) durch. Die

fünfte Sitzung diente der Kontrolle ihres Erlebens und der Effekte der STI: Das Kind zeigte eine lebhaftige Mimik, einen wachen Blick, hatte keine Schlafprobleme mehr, hatte sich wieder ans Lernen gemacht und konnte seine Trauer um die einst so vertraute und heimelige Großfamilie zum Ausdruck bringen. Ihr war so durchgreifend geholfen, dass Eltern, Kind und ich in der sechsten Sitzung gemeinsam beschlossen, vorerst keinen Therapieantrag zu stellen. Durch spätere katamnestiche Telefonate ergab sich, dass der gute Start der Beginn einer erfolgreichen Neuorientierung und Reifung geworden war.

Warum habe ich diesen Fall so ausführlich beschrieben?

Einmal handelt es sich eindeutig um ein durch eine Bezugsperson verursachtes Trauma, das einmalig blieb, weil die Eltern sofort drastische Maßnahmen ergriffen.

Und zum Zweiten glaube ich, dass durch die gesellschaftliche Entwicklung der letzten Jahrzehnte eine menscheitsgeschichtlich neue Chance entstanden ist: Nicht mehr das Schweigen, Isolieren oder gar halbbewusste Opfern eines Kindes zum Wohle des (in früheren Zeiten überlebensnotwendigen) Familienzusammenhaltes muss den Umgang miteinander bestimmen. Erstmals besteht eine reale Chance zum Offenlegen durch das Kind und zu dessen Schutz. Durch die Offenheit und den Schutz ergeben sich Chancen, die Chronifizierung (Feld 6) zu vermeiden, indem das einmalige innerfamiliäre Trauma-Ereignis seelisch integriert wird und die damit verbundenen Verluste betrauert werden können.

Eine weitere Konstellation für Feld 5 ergibt sich aus plötzlichen gewalttätigen Durchbrüchen einer Bezugsperson, z. B. im Zuge einer psychotischen Dekompensation.

### *Fallbeispiel aus einer Fortbildungsgruppe*

Eine vierköpfige junge Familie liegt miteinander im Elternbett, das vierjährige Mädchen wacht mitten in der Nacht auf und erblickt den Vater mit einem Säbel in der erhobenen Hand am Bett stehen. Es schreit auf und weckt die Mutter. Diese wacht auf und versucht den Hieb mit den bloßen Händen abzuwehren. Sofort ist alles voller Blut: Mutter, Kinder, Bett, Teppich. Trotzdem schnappt sich die Mutter Baby und Tochter und kann mit ihnen zu den Nachbarn fliehen, die von dem Gebrüll aufgewacht sind. Im Hinauslaufen sieht das Kind im Augenwinkel, wie der Vater sich den Säbel an den Bauch setzt.

Die Anamnese ergab für das Kind keine Vorschädigung. Direkt nach