

Erfahrungen in der Therapie sexuell traumatisierter Jugendlicher¹

Einleitung

In einem Symposium zu Sexualdelikten, also zu Delikten, deren Vollzug eine - moralisch und rechtlich gesehen - asymmetrische soziale Interaktion voraussetzt und schon daher ungleiche Opfer und Täter hinterlässt, erschien es den Veranstalter sinnvoll, beide Seiten dieses sozialen Geschehens zu berücksichtigen. Unsere Aufgabe war es also, über die Opferseite auf der Basis unserer Erfahrungen in der Therapie mit sexuell missbrauchten Jugendlichen zu berichten. Damit verbanden wir die Hoffnung, die Auseinandersetzung mit der prekären Lage jener Menschen, die sexuelle Misshandlungen an Kindern begangen haben, mit Aspekten zu ergänzen, die aus der prekären Lage derjenigen stammen, die Opfer solcher Handlungen geworden sind. Daher beschlossen wir, uns mit den Folgen, die solche Handlungen auf der Opferseite hinterlassen, möglichst sachlich umzugehen, ohne unangebrachte Affekte oder Sensationslust zu mobilisieren.

Zu diesem Zweck umreißen wir anhand betreffender Statistiken zuerst den gesellschaftlichen Kontext des sexuellen Missbrauchs an Kindern und Jugendlichen. Im Anschluss befassen wir uns mit den zeitlich versetzt auftretenden Folgen dieses Delikts bei jugendlichen und erwachsenen „Überlebenden“ und geben dann einen kurzen Überblick über einige der derzeit diskutierten theoretischen Erklärungsmodelle zu diesem Phänomen. Mit Blick auf unsere eigene Praxis und aus dem Blickwinkel unserer systemischen Perspektive gehen wir dann auf spezielle Aspekte der Psychotherapie mit sexuell Traumatisierten und nutzen diese als Bausteine für die Erarbeitung unseres eigenen Vorgehens. Zum Schluss folgt ein ausführlicher Praxisbericht von Anna Becker über eine stationäre Therapie mit einer vielfach traumatisierten Jugendlichen.

Zum gesellschaftlichen Kontext

Die Geschichte der Menschheit zeigt, dass Kindern – zumindest aus europäischer Sicht – in den meisten Gesellschaften bis in das 19. Jahrhundert hinein kein Recht auf Selbstbestimmung zuerkannt wurde. Sexuelle Handlungen von Erwachsenen an Kindern wurden zwar christlich-moralisch bemängelt, jedoch ausgiebig und folgenlos praktiziert. Die Kinder - und auch die Frauen -

gehörten in patriarchalisch organisierten Gesellschaften ohnehin zum Familienbesitz, so dass deren „Benutzung“ weitgehend selbstverständlich war. Sie wurden herangezogen, um Arbeiten und andere Handlungen, die den Erwachsenen bzw. dem Familienverband nutzen, auszuüben. Deren Einwilligung war, falls sie überhaupt eingeholt wurde, nebensächlich. Zu solchen Handlungen gehörte an vielen Orten die sexuelle Befriedigung der Erwachsenen (vgl. z.B. Bange, 1992; Rensen, 1992). Die Ansicht wiederum, dass Kinder als Schwächere eines besonderen gesellschaftlichen Schutzes bedürfen, ist relativ neu und hängt vermutlich mit der allgemeinen Verbesserung der Lebensbedingungen zusammen. Das Kind als eigenständige Rechtsperson entsteht in Europa erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Der wissenschaftliche Diskurs von Recht und Medizin hatte sich bis dahin mit der Ausnutzung und Ausbeutung von Kindern kaum nennenswert befasst. Im Rückblick auf unsere Geschichte muss man festhalten, dass es weder geschichtlich noch wissenschaftlich eine absolute Begründung für das Verbot der Sexualität mit Kindern ableiten lässt. Dieses Verbot entstammt vielmehr einer allmählich entstandenen Konsensbildung, die vom ethischen Empfinden unserer Epoche größtenteils bestimmt und so zu einer jener normativen Selbstverständlichkeiten geworden ist, die einmal etabliert, nicht mehr hinterfragt werden. Ein solches ethisches Empfinden dient alsdann als Begründung für die Rechtsprechung und für die Geordnetheit des Zusammenlebens und steht deshalb nicht zur Disposition.

Im medizinischen und sozialwissenschaftlichen Diskurs ist der sexuelle Übergriff an Kindern erst in den letzten Jahrzehnten nachdrücklich thematisiert worden. Noch 1972 hatten die prominenten Sexualwissenschaftler an der Universität Hamburg, Schorsch, Schmidt & Sigusch (1972), an dem zu jener Zeit reformierten Sexualstrafrecht bemängelt, dass es die Erkenntnisse der Sexualwissenschaft zu wenig berücksichtige. Speziell mit Blick auf sexuelle Handlungen an Kindern wurde die festgelegte Altersgrenze von 14 Jahren für willkürlich und unangemessen beurteilt, zumal es Pubertierende unter 14 Jahren gäbe, die durchaus von sexuellen Beziehungen mit Erwachsenen profitieren würden. Außerdem sei eine direkte Kausalität zwischen solchen sexuellen Erfahrungen in der Kindheit und einer etwaigen Fehlentwicklung der Persönlichkeit keineswegs nachgewiesen. Ein sexuelles Erlebnis mit einem Erwachsenen

¹ Überarbeitete Textvorlage des Vortrags beim Symposium: „Sexualdelikte - Opfer und Täter“, 18. Nov. 1999; Verein für Sozialtherapie Lingen

müsse für das Kind nicht zwangsläufig ein Trauma sein. Diesen Sexualwissenschaftler zur Folge erwachse eine solche Einstellung aus dem Mythos des asexuellen Kindes, sie stimme aber mit den Erkenntnissen der Sexualwissenschaft nicht überein.

Nach einer schrittweise Überwindung der früheren Ignoranz zum Thema sexueller Missbrauch an Kindern und dessen Folgen und ebenfalls nach Überwindung einer in den 80er-Jahren aufgeflamnten, ausgesprochen „erregten Aufklärung“ zum Thema (vgl. Rutschky, 1992), imponiert die neuere Fachliteratur zunehmend mehr als Versuch, dieses Thema abseits von ideologischen und moralisierenden Attitüden mit der gebotenen Sachlichkeit zu behandeln. Die Zeit, in der die Zahlen von anderen Autoren in die eigenen Veröffentlichungen unüberprüft übernommen und weiter tradiert wurden, nähert sich ihrem Ende zu. Aus jener Zeit stammen zum Beispiel die Aussagen, dass indessen jede zweite Frau Opfer sexueller Missbräuche in ihrer Kindheit geworden seien, dass die geschätzte Dunkelziffer in Deutschland bei 300.000 Fällen im Jahr liege, und dass letzten Endes alle Männer potentielle, eigentlich nur dürftig verhinderte Vergewaltiger und Missbraucher seien. Sachlicher ermittelte Schätzungen auf der Basis der 10.000 bis 15.000 in der polizeilichen Kriminalstatistik registrierten Fälle deuten auf eine wohl realistischere Dunkelziffer von 50.000 bis 60.000 Fälle im Jahr hin. Berücksichtigt man jedoch die ca. 5.000 Minderjährigen unter 16 Jahren, die in den meisten Großstädten Deutschlands der mehr oder weniger geduldeten Kinderprostitution nachgehen, müsste diese Zahl bei konservativer Hochschätzung um ca. 2 Millionen im Jahr erhöht werden (vgl. Bange, 1992; Bange & Deegener, 1996).

Psychotraumatologie

Die Auseinandersetzung mit psychischen Traumata und deren Folgen war bis vor kurzem ein eher randständiges Thema klinisch-psychologischer und psychiatrischer Forschung. In den letzten Jahrzehnten hat diese Thematik aber eine derartige Beachtung gefunden, dass man mittlerweile von einem eigenständigen wissenschaftlichen und klinischen Programm sprechen kann mit eigenen Lehrbüchern (z.B. Fischer & Riedesser, 1998) und eigenen Zeitschriften (z.B. Child Abuse and Neglect, Persönlichkeitsstörungen). Ein besonderes Merkmal dieses Projektes ist die relativ problemlose interdisziplinäre Kooperation zwischen den beteiligten Professionellen und Wissenschaftlern, und zwar weitgehend unabhängig von ihrer theoretischen und methodischen Provenienz. So gelangte zum Beispiel einer der prominenten Vertreter der kognitiv-behavioralen Therapie, Donald Meichenbaum (1994), bei seiner so kritischen wie integrativen Erörterung des Themas zur Entwicklung eines therapeutischen Ansatzes, der neben kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken auch Elemente aus anderen Schulen wie der Gestalttherapie, der systemischen und der psychodynamischen Therapie enthält.

Epidemiologie: das Ausmaß des Problems

Bei nicht repräsentativen Befragungen, die in unterschiedlichen westlichen Ländern zwischen 1979 und 1995 meistens an Studentengruppen vorgenommen wurden, variieren die Angaben darüber, ob an ihnen bis zum 16. Lebensjahr ein sexueller Missbrauch vorgenommen wurde, bei den Frauen zwischen 8% und 46% und bei den Männern zwischen 3% und 18%. Bei vier nicht repräsentativen Studien, die in Deutschland zwischen 1992 und 1995 stattfanden, lag das Ausmaß des berichteten sexuellen Missbrauchs bei den Frauen zwischen 25% und 31%, und bei den Männern zwischen 4% und 14%. Die Unterschiede zwischen diesen Ergebnissen gehen zum großen Teil auf Unterschiede in der Definition des sexuellen Missbrauchs und der verwendeten Erhebungsmethoden zurück. Repräsentative Befragungen aus fünf westlichen Ländern bestätigen diese Prävalenzraten: Sie liegen bei den Frauen zwischen 12% und 33% und bei den Männern zwischen 7% und 16%. In einer Broschüre des Bundesministeriums für Frauen und Jugend aus dem Jahr 1993 heißt es zusammenfassend, dass bei Frauen mit einer durchschnittlichen Prävalenzrate von rund 17% und bei den Männern von ca. 7% zu rechnen ist (vgl. Bange & Deegener, 1996).

Eine aktuelle Veröffentlichung über den Stand der Dinge in den USA, die in Zusammenarbeit mit der American Professional Society on the Abuse of Children erstellt wurde, stellt einleitend fest, dass es nach wie vor unmöglich sei, genaue Daten für das Ausmaß an sexuellen Misshandlungen zu ermitteln, zumal ein Großteil davon nach wie vor unaufgedeckt bleibe bzw. nicht registriert werde (vgl. Berliner & Elliot, 1996). Die vorhandenen Daten, die vor allem aus retrospektiven Erhebungen stammen, lassen u.a. folgendes festhalten:

- Das Durchschnittsalter beim Beginn eines sexuellen Missbrauchs an Minderjährigen liegt bei 9 Jahren, die Streubreite reicht vom Säuglingsalter bis zum 17. Lebensjahr. Nachbefragungen aus den 80er Jahren bei erwachsenen Frauen ergaben, dass 38 % bis 45 % sexuellen Missbrauch mit Körperkontakt (orale, anale und / oder vaginale Penetration) vor dem 18. Geburtstag erlebt hatten. Fügt man die Übergriffe ohne Körperkontakt (z.B. Exhibitionismus) hinzu, erhält man Raten von 54 % bis 62 %.
- Bei den Tätern handelt es sich bei ca. 6% bis 16% um Väter und Stiefväter, bei 25% um insgesamt nahe Verwandte. Ca. 40% der Täter sind selbst Jugendliche. Nur ca. 5% bis 15% der Täter waren den Opfern unbekannt. Die Mehrheit der Täter sind männlichen Geschlechts. Frauen kommen als Täterinnen bei 5% bis 20% der missbrauchten Jungen vor.
- Häufige Merkmale von Familien, in denen sexueller Missbrauch vorkommt, sind: geringe Kohäsion, desorganisierte Struktur und im allgemeinen dysfunktionaler als die Norm. In Familien mit Inzest wurden Kommunikationsprobleme, Mangel an emotionaler

Nähe und Flexibilität und soziale Isolierung beobachtet, wobei unklar blieb, ob dies Ursache oder Folge des sexuellen Missbrauchs war.

- Das Aufdecken wird erschwert durch Gewaltausübung oder Gewaltandrohung und vielfältige sonstige Drohungen, durch emotionale Verwirrung unter Einsatz suggestiver, erwachsener Autorität und/oder durch Geschenke.
- Weniger als 50% der Betroffenen decken von sich auf; viele schweigen ein Leben lang. Das Verhältnis berichteter sexueller Misshandlungen durch erwachsene Psychiatricpatientinnen stieg von 6% auf 70%, wenn sie bei der stationären Aufnahme danach gefragt wurden.

Definition

Den Erhebungen, die zu obigen Daten führten, lag eine Definition des sexuellen Missbrauchs zugrunde, die sich an einem prominenten Forscher dieses Bereiches, David Finkelhor (1984), orientiert. Es handelt sich um die derzeit allgemein konsensualisierte Festlegung, dass jede sexuelle Handlung zwischen einem Erwachsenen und einem Kind rechtlich und moralisch abzulehnen sei, egal ob das Einverständnis des Kindes vorliegt oder nicht. Die betreffende sexuelle Handlung kann sexuelle Penetration, sexuelle Berührung oder eine andere, sexuell motivierte Handlung ohne Körperkontakt wie Exhibitionismus und Voyeurismus sein. Dabei ist es unerheblich, ob die sexuelle Handlung infolge von Gewaltwirkung, Gewaltandrohung oder andere Maßnahmen geschieht, die geeignet sind, das Kind psychisch einzuschüchtern, zu manipulieren oder sonstwie zu einer Zustimmung zu verführen. Diese normative Festlegung wird damit begründet, dass die sexuelle Handlung eines Erwachsenen an einem Kind nicht auf der Basis einer wissentlichen Zustimmung („informed consent“) des Kindes stattfinden kann. Denn Kinder verfügen nicht über die Reife und Erfahrung, um Einsicht in die Tragweite und die Folgen einer solchen Zustimmung zu haben. Sie können also nicht wissentlich in - prinzipiell asymmetrische - sexuelle Handlungen mit Erwachsenen oder wesentlich älteren Jugendlichen einwilligen. Selbst unter der Annahme, dass es Kinder gäbe, die tatsächlich zur wissentlichen Einwilligung in sexuelle Handlungen mit einem Erwachsenen in der Lage wären, und selbst dann, wenn es manche Kinder gibt, die keine erkennbaren negativen Folgen aus sexuellen Handlungen mit Erwachsenen tragen, müsse nach Finkelhor eine Gesellschaft, die den Schutz der Schwächeren zu einem wesentlichen Recht erklärt, diese Handlungen ohne Ansehen der Person verbieten und unter Strafe stellen. Nur auf diese Weise kann das Risiko, dass die große Mehrzahl einwilligungsunfähiger Minderjährige ungeschützt bleibe, minimiert werden.

Diese Gesichtspunkte finden sich zusammengefasst in folgender von Bange und Deegener (1996: 105) vorgelegter Definition wieder: „Sexueller Missbrauch an Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes

vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann.“

Die Autoren ergänzen diese Definition mit Aspekten, die auf die Motivation der Täter abheben: „Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen“.

Zu den Auswirkungen: Methodische Probleme

Die Erforschung der unmittelbaren und mittelbaren Folgen von traumatischen Erlebnissen stößt mehrfach an methodologischen Grenzen, denn sie ist auf die Rekonstruktion vergangener Ereignisse angewiesen. Dies erfordert Nachbefragungen, die ob als anonyme Fragebogenerhebungen oder als persönliches Interview geführt, unlösbare methodische Probleme aufwerfen und eine klare Interpretation der Ergebnisse erschweren, so zum Beispiel: hohe Verweigerungsrate, verminderte Offenheit (zuweilen auch das Gegenteil), Vergessen und Verdrängen, nachträgliche subjektive Umordnung der Fakten usw. Nebenher ist zu beachten, dass diese Forschung mit einem Geflecht unterschiedlicher Einflüsse, die auf das Kind sowohl vor dem sexuellen Missbrauch als auch in der Zeit danach einströmen, konfrontiert ist und es daher außerordentlich schwer hat, klare kausale Zusammenhänge zu erkennen. Hinsichtlich dieses Problems deuten allerdings jüngste multivariate Datenanalysen darauf hin, dass der sexuelle Missbrauch selbst bei differentieller Einbeziehung der beteiligten Stressoren sich durchaus als eigenständiger traumatisierender Faktor erweise (vgl. Banger & Deegener, 1996).

Aus den Ergebnissen eines Zweigs der Forensischen Psychologie, der sich mit dem Wahrheitsgehalt von Zeugenaussagen befasst, lässt sich folgern, dass Menschen bei der Rekonstruktion emotional bedeutsamer Ereignisse aus dem Gedächtnis dazu neigen, diese erzählerisch mit Attributen auszustatten, die nicht unbedingt mit den „historischen“ Fakten übereinstimmen. Bei den Ergänzungen, Umgestaltungen oder Unterlassungen, die hierbei vorkommen, handelt es sich nicht um willkürlich erdichtete Konstruktionen, sondern um Inhalte, die als zuverlässige Erinnerungen erlebt werden. Ein solches „Erinnern“ kann derart intensiv sein, dass der Erzählende alle emotionalen und kognitiven Zustände, die eine solche Situation begleitet hätten, gegenwärtig erzeugt und als „real“ erlebt. Offensichtlich gelingt es Menschen, angesichts des unausweichlichen Bedürfnisses, Sinn aus dem eigenen Erleben zu machen, die eigenen Zustände so zu gestalten, dass eine Unterscheidung zwischen faktischer und imaginativer Erinnerung nicht mehr möglich ist. Man spricht von einem „faulse memory syndrome“ (vgl. z.B. Fischer & Riedesser, 1998, Greuel et al., 1998). Meichenbaum (1994) bemerkt zu diesem Thema, dass die Unterscheidung zwischen authentischer und falscher Erinnerung (recovered and faulse memory) ein weiterer jener Balanceakte ist,

die den Traumatherapeuten zur behutsamen Arbeit aufordern, will er bei seinen Patienten weder post facto konstruierte Leidgeschichten iatrogen bestätigen noch tatsächlich geschehene Belastungen ignorieren.

Zu den Auswirkungen bei Kindern und Erwachsenen: Statistische Aspekte

Es gilt mittlerweile als Erkenntnis, dass die medizinisch-klassifikatorisch motivierte Aufstellung eines „sexual abuse syndrome“ keinen Bestand hat, dass es also kein spezifisches sexuelles Misshandlungssyndrom gibt (vgl. z.B. Fegert, 1993). Meichenbaum (1994) stellt in seiner ausführlichen Übersicht über die unmittelbaren Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs an Kindern folgendes fest:

- Bis zu 2/3 der missbrauchten Kindern zeigen Symptome der Art, wie sie im allgemeinen bei psychiatrisch gestörten Kindern auftreten: Angst, Furchtsamkeit, Alpträume, Schlafstörungen, intrusive („einbrechende“) Gedanken, Zwangshandlungen, internalisierte und externalisierte Verhaltensstörungen (Weinen, Erregbarkeit, Rückzug, Depression, Passivität, Affektdurchbrüche, aggressive Verhaltensweisen), sexualisiertes Verhalten, reduzierter Selbstwert, Affektisolierung, regressives Verhalten.
- Spezifischere Störungen bei missbrauchten Kindern sind Ängste im Zusammenhang mit Situationen, die an den Missbrauch erinnern, so z.B. beim Baden, Ausziehen und beim Umgang mit körperbetonten Affekten; sie können zudem inadäquates Spielverhalten mit Gleichaltrigen zeigen, indem sie körperliche Angriffe provozieren oder selbstverletzendes Verhalten ausüben.
- 1/2 bis 2/3 der missbrauchten Kinder erholen sich während der ersten 12 bis 18 Monaten nach der Tat; 10 – 24 % verschlechtern sich.

Aber:

- 20 % - 50 % der Opfer von sexuellem Missbrauch zeigen keine Symptome. Die Bedeutung, die das Kind dem Missbrauch gibt, spielt offenbar eine wichtige Rolle.

Zu den mittelbaren Langzeitfolgen, die erst im Jugendlichen- und Erwachsenenalter auftreten, zählt Meichenbaum u.a. folgende Auffälligkeiten auf:

- Erhöhtes Risiko für psychiatrische Auffälligkeiten und stoffliche Abhängigkeit (jeweils vier- und dreimal höher als bei anderen Gruppen).
- Bei ca. 8 % aller psychiatrischen Erkrankungen lag ein sexueller Missbrauch in der Kindheit vor. Bis zu 70 % der psychiatrischen Patienten mit der Diagnose „borderline Persönlichkeit“ waren als Kinder Opfer eines sexuellen Missbrauchs.
- Emotionale Störungen (Depressionen, Angst- und Panikstörungen, überhöhte Empfindsamkeit gegenüber Gefahr und Drohung, Kontrollprobleme).
- Soziale Störungen (schlechte soziale Anpassung, antisoziale Einstellungen, Angst und Misstrauen,

Schwierigkeiten bei der Herstellung und Erhaltung intimer Beziehungen, sexuelle Probleme)

- Psychische Störungen (Vermeidung, Somatisierung, Dissoziation, Abhängigkeitsneigung)
- Spannungsreduzierende Handlungen wie Substanzmissbrauch, Essstörungen, Selbstverletzungen, sexuelle Promiskuität
- Störungen des Selbstgefühls (mangelndes Selbstwertgefühl, Selbsterniedrigung, Selbstbeschuldigung, Schuldgefühle)
- Erhöhte Tendenz zur Wiederholung des Missbrauchs an den eigenen Kindern (bei 30 % der Opfer:

Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS): Menschen, die als Kind sexuell missbraucht wurden und davon eine anhaltende Beeinträchtigung getragen haben, zeigen viele der Symptome, die nach den neuen ICD 10 zu der diagnostischen Kategorie einer posttraumatischen Belastungsstörung gehören: „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde“.

Diese diagnostische Kategorie ist in den neuen Klassifikationskatalog der WHO übernommen worden, um schwere Beeinträchtigungen infolge nicht bewältigbaren Stresses zu erfassen. Auch dann, wenn einzelne Untersuchungen zeigen, dass nur ca. 1/4 der sexuell missbrauchten Menschen eine voll ausgebildete posttraumatische Belastungsstörung aufweisen, ist es nicht von der Hand zu weisen, dass der sexuelle Missbrauch an Kindern bei einer beträchtlichen Zahl der Opfer einzelne oder mehrere Symptome dieser Belastungsstörung zur Folge hat. Der sexuelle Missbrauch an Kindern ist im hohen Maße geeignet, sich traumatisierend auszuwirken (vgl. auch Draijer, 1990).

Subjektive Schuldzuschreibung: Der Münchner Psychologe Butollo (1997) berichtet von einer Untersuchung an U-Bahn-Führern, die im Gefolge des Umstands, dass sie einen Selbsttöter überfahren hatten, traumatisiert waren. Oft Monate nach diesem Schockerlebnis waren sie trotz verschiedenster Symptome einer posttraumatischen Reaktion nicht bereit, von sich aus psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen. Sie hatten als Fahrer eines U-Bahn-Zuges zwar „aktiv“ einen Selbstmörder überfahren, ohne aber zu irgendeiner Zeit die Möglichkeit gehabt, dies zu meiden oder zu verhindern. Im Selbsterleben dieser Menschen war es dennoch häufig zu einer Umkehr des Täter-Opfer-Verhältnisses gekommen: Das Opfer, der Wagenlenker, war zum Täter geworden, der den anderen überfahren hatte. Es kam bei vielen dieser Menschen zu einer Verwechslung und Vermischung von Verantwortung und Ohnmacht. Beim Versuch, dem Erlebten Sinn zu geben, wurde dem Aktiven Verantwortung zugeschrieben, während der Passive als ohnmächtig gesehen wurde. Diese Verwechslung von Aktivität mit Verantwortung und Passivität mit Ohnmacht ist bei Jugendlichen und Erwachsenen, die als Kind sexuell missbraucht wurden, eine häufige Folge des Versuchs, dem Erlebten nachträglich

Sinn zu geben: Da ich damals an der sexuellen Handlung mit dem Erwachsenen aktiv beteiligt war, trage ich Verantwortung, muss ich es wohl gewollt haben, bin also schmutzig, böse usw.

Traumatisierende Faktoren

Es gilt mittlerweile als gut gesicherte Einschätzung, dass ca. 50 % der als Kind sexuell missbrauchten Frauen als Erwachsene keine nennenswerten psychischen Beeinträchtigung aufweisen (vgl. Bange & Deegener, 1996). Ca. 50 % der Opfer – besser gesagt: der Überlebenden – nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit zeigen im Erwachsenenalter eine bemerkenswerte psychische Stärke, die durch erhöhte Sensibilität und offensives Selbstvertrauen zum Ausdruck kommt (vgl. Meichenbaum, 1994). Dieses Verhältnis wirft die Frage auf, welche Faktoren sind, die sich entweder protektiv oder pathologisch auswirken. Dabei wird unterschieden zwischen primären und sekundären Faktoren. Die primären Faktoren betreffen den sexuellen Missbrauch selbst, die sekundären leiten sich aus den Reaktionen der relevanten sozialen Umwelt des Kindes wie Familie, Schule oder auch Polizei und Gericht ab.

Die Ergebnisse empirischer Forschung zu den traumatisierenden Faktoren fassen Bange & Deegener (1996) wie folgt zusammen:

a) Primäre Traumatisierungsfaktoren:

- Opfer-Täter-Beziehung; dabei ist der Grad an Vertrautheit und emotionaler Nähe des Kindes zum Täter ausschlaggebend
- Art der sexuellen Handlung; je „intensiver“, desto traumatisierender (vor allem alle Formen der Penetration wirken sich besonders traumatisierend aus)
- Zwang und Gewalt
- Dauer und Häufigkeit (allerdings kein durchgehendes Merkmal)
- Alter des Kindes (unklar, ob jüngere Kinder gefährdeter oder geschützter sind)
- Alter des Täters; je älter bzw. je größer der Altersunterschied, desto schädlicher
- Geschlecht des Täters (Hinweise, dass weibliche Täterinnen weniger schädlich sind)

b) Sekundäre Traumatisierungsfaktoren:

- Wahrung des Geheimnisses statt Offenbarung
- Verleugnende, ablehnende oder gar bestrafende Reaktion der Eltern
- Mangelnder Zusammenhalt und emotionale Instabilität in der Familie
- Ablehnende oder fehlende Mutter
- Unsensible Praktiken seitens der Polizei, der Ärzte, des Jugendamtes und des Gerichts
- Entwicklungsverzögerungen und andere psychische Störungen beim Kind

Beim Umkehren der pathogenen Faktoren lässt sich mit einiger Sicherheit feststellen, dass ein geringes Ausmaß an Folgestörungen am ehesten unter folgenden, „günstigen“ Bedingungen zu erwarten ist:

- die sexuell missbrauchende Person war nicht der Vater oder Stiefvater
- es wurden weder Drohungen noch körperliche Gewalt eingesetzt
- es fand keine Penetration statt
- der Missbrauch war von kurzer Dauer
- die Familie hat unterstützend reagiert.

Phasen der Traumatisierung

Nach Horowitz verläuft der auf eine Traumatisierung nachfolgende Prozess in fünf Phasen (zit. n. Butollo, 1997). Jede dieser Phasen ist als Versuch zu verstehen, die Auswirkung der traumatischen Situation zu bewältigen. Dabei gibt es „normale Reaktionen“ und sog. „pathologische Reaktionen“. Beim schrittweisen Durchlaufen der „normalen Reaktionen“ ist am Schluss eine günstige Bewältigung zu erwarten. Sog. pathologische Reaktionen sind hingegen überstarke Bewältigungsversuche, die das normale Ausklingen der Belastung verhindern. Auf das schockierende Ereignis selbst folgt zunächst ein emotionaler Ausbruch, der sich durch verschiedene intensive Gefühlsäußerungen manifestieren kann. Diese Ausbrüche erweisen sich im normalen Lebensablauf als derartige Belastung, dass der Betroffene in der Folge zu einer Phase der Verleugnung übergeht: man will vom traumatischen Ereignis nichts wissen und ist bemüht zu vergessen. Diese zunächst adaptive Phase kann sehr lang dauern, zuweilen sogar ein Leben lang, wie man es von manchen ehemaligen KZ-Insassen weiß. Obwohl sich in dieser Phase verschiedene Symptome, vor allem einschränkender (konstriktiver) Art, zeigen können, ist meistens der psychotherapeutische Zugang so gut wie versperrt. In der dann folgenden Phase der Intrusion (des Einbruchs) macht sich das traumatische Ereignis auf vielfältige Weise wieder präsent, sei es durch Schlaf- oder Traumstörungen, durch Illusionen, flash-backs, Alpträume, Zwangsvorstellungen, Affektdurchbrüche, Verwirrung, Erschöpfung und sonstige vegetative Symptome und die Neigung, die Handlungen, die mit dem traumatischen Ereignis zusammenhängen, zwanghaft zu wiederholen. Diese beeinträchtigende Phase erhöht in der Regel die Bereitschaft, psychotherapeutische oder eine andere Form der Hilfestellung aufzusuchen. Es bahnt sich so die Phase des Durcharbeitens an, in der es wieder möglich wird, das damalige traumatische Geschehen realistisch wieder ins Auge zu sehen, und die Folgen aus der Gegenwart in den Bereich des Vergangenen zu verlagern. Bei jeder dieser Phasen kann es aber zu Überreaktionen kommen, die der Anpassung und Bewältigung im Wege stehen.

Hinsichtlich dieses und anderer Stufenmodelle wendet jedoch Meichenbaum (1994) aufgrund empirischer Ergebnisse ein, dass solche Stufenmodelle eher dem Bedürfnis der Kliniker nach Ordnung als dem Phäno-

men selbst entsprechen. Denn nicht jedes Opfer einer traumatischen Erfahrung durchlebt notwendigerweise alle postulierten Stufen, und viele von ihnen haben dabei Erlebnisse, mitunter positiver Art, die in das starre Schema eines Stufenmodells keinen Platz haben. Gefährlich an solchen Stufenmodellen sei es zudem, dass sie dem Kliniker nahelegen, seine Patienten von Stufe zu Stufe zu führen, statt sie bei ihrer je eigenen Schrittfolge zu begleiten.

Therapieansätze - eine Auswahl

Bei seiner Übersicht der bis dato entwickelten Therapien für den Umgang mit traumatisierten Patientinnen zählte Meichenbaum (1994) 51 voneinander unterscheidbare Ansätze. Diese reichen von der alleinigen psychopharmakologischen Intervention über unterschiedliche Formen der individuellen, Gruppen- und Familientherapie bis hin zu Kunsttherapien, pastoralen Programmen und Selbsthilfegruppen. Offenbar setzen die Psychotraumatologen bei ihren Erklärungen und Handhabungen des posttraumatischen Phänomens je unterschiedliche Akzente. Einige Forscher betonen die an der PTBS beteiligten biologischen Prozesse (z.B. van der Kolk, 1996), andere bevorzugen einen behavioralen oder psychodynamischen Rahmen, wiederum andere blicken von der Perspektive eines reiz- und emotionsverarbeitenden oder eines schema-theoretischen Modells. Meichenbaum selbst bezieht einen konstruktivistisch-narrativen Standpunkt. Im folgenden gehe ich auf diejenigen Ansätze ein, die im direkten oder indirekten Zusammenhang mit unserer eigenen klinischen Arbeit stehen bzw. unserem Konzept zugrunde liegen.

Familientherapie. Psychodynamisch orientierte Familientherapeuten gehen von Hypothesen über die interaktionellen Muster in Familien aus, die das Auftreten eines sexuellen Missbrauchs begünstigen; sie richten dementsprechend ihre Interventionen auf die Veränderung dieser Muster aus (vgl. Bentovim, 1992; Fürniss, 1991; Levold et al., 1990). Strukturell und strategisch orientierte Familientherapeuten setzen ihrerseits machtvolle Interventionen ein, um durch gezielte Veränderung der innerfamiliären Verhältnisse den sexuellen Missbrauch eines Familienmitglieds möglichst dauerhaft zu verhindern (vgl. z.B. Madanes, 1997). Marcia Sheinberg (1992) vom bekannten Ackermann Institute for Family Therapy in New York beschreibt die therapeutische Arbeit bei sexuellem Missbrauch als eine behutsame „Navigation“ mitten durch drei Dilemmata, sprich: zwischen sozialer Kontrolle und Therapie, Stolz und Scham sowie Loyalität und Schutz. Entsprechend ihrer systemisch-konstruktivistischen Orientierung macht sich Sheinberg zum Ziel, zusammen mit den Familienmitgliedern eine gemeinsame Geschichte neu zu verfassen, die Möglichkeiten für ein würdiges, weiteres Zusammenleben in der Familie eröffnet.

Selbst-Trauma-Modell. Nach Briere (1992, 1996) stellen alle Symptome, die ein traumatisierter Mensch hervorbringt, adaptive Versuche dar. Bei den Symptomen der

PTBS handele es sich um angeborene, primitive Mechanismen der Selbstheilung, die normalerweise den Zweck haben, die innere Stabilität angesichts stark abfordernder Affekte aufrechtzuerhalten. Diese Mechanismen versagen aber, wenn ein überwältigender Stress oder ein Mangel an adäquaten inneren Ressourcen die Fähigkeit des Individuums zur internen Affektregulierung überfordert. Es kommt zur Auslösung von Vermeidungsreaktionen, die einer endgültigen Eigenregulation verhindern. Eine hierzu passende Therapie muss daher dem Patienten helfen, die bisher eingesetzten, nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip funktionierenden „Primitivreaktionen“ wie Dissoziationen und andere spannungsreduzierende Handlungen durch besser modulierbare Bewältigungsstrategien zu ersetzen. Ein zentraler Aspekt der Therapie sei es, „Selbst-Arbeit“ zu leisten, und zwar nach dem Motto: „self before trauma“ (Erst das Selbst, dann das Trauma.) Dem Patienten muss geholfen werden, positive Quellen des Selbst aufzubauen, die ihm erlauben, angesichts von Stress seine internen Zustände zu steuern und innere Ressourcen zu aktivieren, um eine angemessene Affektregulation zu fördern. Während der Therapie muss ein Balanceakt zwischen Stützung und Traumaarbeit, Vermeidung und Auseinandersetzung sowie intensiver und behutsamer Intervention angestrebt werden. Die Phasen des jeweiligen therapeutischen Prozesses müssen auf flexible Weise den Grenzen und Möglichkeiten des Klienten angepasst werden.

Narrativen. Nach Ansicht des bekannten Vertreters Kognitiver Therapie, Donald Meichenbaum (1994), resultiert eine PTBS nicht zwangsläufig aus dem Geschehen selbst, sondern aus der Art und Weise, wie die Betroffenen das erlebte Material verarbeiten. Relevant sind die „Geschichten“, die Menschen sich selbst und anderen anbieten, um ihrem Lebensablauf Sinn zu geben. Viele der Opfer von sexuellem Missbrauch verbringen viel Zeit damit, der erlebten Viktimisierung (Opferung) eine akzeptable Bedeutung zu geben. Denjenigen, die das gelingt, sind eher in der Lage, wirksame Bewältigungsstrategien zu entwickeln und durchzuhalten. Bei seinem theoretischen Modell knüpft Meichenbaum an narrationstheoretische Sichtweisen an. Die Therapie hat gewissermaßen eine literarische Methode zu verwirklichen, die den Klienten zum Erzähler macht. Der Therapeut achtet indessen darauf, dem Klienten zu helfen, eine problemgeladene, belastende Lebensgeschichte, die von Scham und Erniedrigung, Schuld und Angst durchsetzt ist, in eine lösungsorientierte Geschichte von Würde und Überleben überzuführen bzw. umzudeuten, etwa durch den Einsatz „heilender“ Metaphern. Der therapeutische Prozess verläuft in fünf Phasen, die im wesentlichen mit der Einteilung nach Herman (1993) übereinstimmen. Allerdings wird hierbei nicht auf eine Wiederherstellung des Zustandes vor der Traumatisierung gezielt, sondern auf die Konstruktion neuer Zustände persönlicher Erweiterung (personal growth). Zentrales Anliegen dieses Behandlungsansatzes ist eine gezielte Anleitung des Klienten, damit er besser und effektiver als bisher mit Stress umzugehen

lernt. Nebenher wird ihm geholfen, seine leidvolle persönliche Geschichte „neu zu verfassen“.

Selbstprozesse. Nach Butollo (1997) hat eine Therapie die Wiederherstellung der „Antwortbereitschaft“ des Opfers zum Ziel. Damit ist gemeint, dass bei einem Menschen, dessen Selbst- und Weltbild in Folge einer Traumatisierung ins Wanken geraten sind, seine Bindungsfähigkeit und -bereitschaft wiederhergestellt werden. Eine Traumatisierung verändere die Gewichtung von Selbstprozessen derart dramatisch, dass nicht nur Selbstwert und Selbstkompetenz, sondern auch Sinn und Wert früherer, gewachsener Bindungen erschüttert werden. Die Psychotherapie von Traumatisierten habe daher nach Wegen zu suchen, um beim Patienten die Fähigkeit und Bereitschaft zur Wiederaufnahme eines unbelasteten Kontakts mit der Welt zu stärken. Dies gelingt sinnvollerweise auf der Basis einer neuen, das bisherige Selbst transzendierenden Integration des Traumas. Dabei sei es von untergeordneter Bedeutung, welche therapeutische Technik zur Anwendung komme. Entscheidender sei es vielmehr, dass das Trauma im Therapieprozess weder abgespalten oder verleugnet noch überbetont wird. Hierbei spiele die Qualität der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle, zumal sie eine Beziehungserfahrung ermöglichen kann, die der einfallenden, intrusiven Wirkung des Traumas entgegensteht. Eine Therapie müsse zudem die Aktivierung von früheren und aktuellen Ressourcen wie Stärken, Fähigkeiten, Kompetenzen und tragfähige Bindungen. Kontraindiziert sei es hingegen, emotionale Abreaktionen und freie Assoziationen zu fördern, frühkindliche Deutungen zu geben und eine passive Therapeutenhaltung zu verwirklichen. Im therapeutischen Kontakt entstehen Erfahrungen, die zur Wiederherstellung und Weiterentwicklung eines kompetenten, lebendigen Selbsts führen. Erst dann ist es sinnvoll, das sorgsam gehütete Geheimnis einer traumatischen Erfahrung zu lüften und daran zu arbeiten. Denn erst mit Hilfe der wieder- oder neu aufgebauten Selbstsicherheit lässt sich das Trauma in die Gesamtpersönlichkeit integrieren.

Eine angemessene therapeutische Haltung erweist sich nach Butollo (1997) an folgenden Schwerpunkten:

- begegnungsorientiert
- ressourcenorientiert
- Selbstwert und Kompetenz stärkend
- auf Selbstintegration hinzielend
- der Therapeut ist dem Klienten ein Gegenüber.

Selbstzuschreibung von Schuld. Für einen günstigen therapeutischen Umgang mit der erlebten Eigenverantwortung vieler Opfer an dem erlittenen sexuellen Missbrauch, schlägt Tilman Fürniss (1991) vor, zwischen der rechtlichen und der psychologischen Bedeutung von Verantwortung klar zu unterscheiden. Dies würde vor allem dann vermengt werden, wenn aufgrund der aktiven Beteiligung eines Kindes an einer sexuellen Handlung mit einem Erwachsenen dem Kind Verantwortung oder Mit-Verantwortung an dieser Handlung zugesprochen wird. Zum einen gilt es zu bedenken, dass es kein sexueller Missbrauch von Kindern geben kann, ohne

dass das Kind in irgendeinem Ausmaß aktiv beteiligt ist. Selbst in Situationen ausdrücklicher Gewaltanwendung wie zum Beispiel bei einem gefesselten Kind ist es für viele Kinder nicht möglich, die kontextuellen Bedingungen, die zu diesem Geschehen führten, tatsächengerecht einzuordnen und sich so als ohnmächtiges Opfer erleben zu können. Vielmehr neigen viele Opfer auch dieser folterähnlichen Situationen dazu, sich Aktivität zuzuordnen und so auch Verantwortung. Gleiches gilt für die Schuldfrage. Fürniss macht darauf aufmerksam, dass die Verwechslung von Schuld im rechtlichen Sinne mit dem Erleben oder Gefühl von Schuldsein für eine adäquate Beurteilung der Situation und eine hilfreiche Unterstützung des Kindes eher hinderlich ist. Denn das Kind hat sich in seinem Erfahrungsbereich durchaus als aktiver Beteiligter erlebt, so dass jede noch so wohlmeinende Tröstung, die dem Kind seine Erfahrung abspricht, diesem zugleich Desinteresse an seiner Realität bzw. Verleugnung seiner Erlebnisse vermittelt. Die Dynamik von Geheimnis und Verleugnung wird auf diesem Wege unwillkürlich fortgeführt, zumal die psychische Realität des Kindes ignoriert wird.

Traumasyntese. Sachsse (1998) geht von der Hypothese aus, dass traumatische Erfahrungen unverarbeitet quasi als „Erinnerungsabszesse“ im Gehirn gespeichert bleiben. Da aber ein solcher Abszess nicht herausoperiert werden kann, muss er integriert werden. Daher spricht man hier von „Traumasyntese“. Das gibt der Patientin das Gefühl zurück, Kontrolle über das Geschehen zu haben. Dafür sei es aber notwendig, das Trauma beim vollen Bewusstsein noch einmal in allen Einzelheiten zu durchleben. Angestrebt ist also eine Synthese aus Wort, Bild, Affekt und Körperempfindung, die es erlaubt, Geschehnisse als Gesamtheit und nicht bloß als Bruchstücke zu erleben.

Phasen des therapeutischen Prozesses

In Anlehnung an die psychoanalytische Tradition, vor allem der Hysteriebehandlung im ausgehenden 19. Jahrhundert, postuliert die bekannte Traumatherapeutin, Judith L. Herman (1993), dass die Genesung von traumatisierten Patienten in drei Phasen verläuft. In der ersten Phase geht es um die Wiederstellung von Sicherheit, in der zweiten Phase um das Erinnern und Trauern und, schließlich in der dritten Phase um die Wiederanbindung an das normale Leben. Diesem Phasenmodell schließen sich implizit oder explizit ein Großteil der Traumatherapeuten an (vgl. z.B. die Übersicht von Peichl, 1997). Andere, spezifische Handlungsweisen, vor allem bezüglich der Aufdeckung und des therapeutischen Umgangs mit gegenwärtig anhaltender sexueller Traumatisierung innerhalb der Familie sind zum Beispiel von Fürniss (1991) und Trepper & Barrett (1991) vorgeschlagen worden.

Beim dreiphasigen Modell geht es zu Beginn einer Traumatherapie vorrangig um die Herstellung von Transparenz und Zuverlässigkeit. Dies wird mittels einer Auftragsklärung erreicht. Beide Beteiligte handeln ge-

meinsam aus, worum es in der Therapie gehen wird. Damit dokumentieren sie, dass es sich bei ihnen um autonome, sich gegenseitig respektierende Menschen handelt, die ein *gemeinsames Ziel haben, nämlich die Bewältigung der Symptome, die den Patienten an einem erfüllenden Lebensvollzug hindern*. Mit den Worten Sachsse (1998: 73): „*Zwei erwachsene, möglichst informierte und kompetente Menschen - die Patientin und die Therapeutin - kümmern sich um eine früher Traumatisierte*“.

Erste Phase. Im Verlauf der ersten klinischen Phase, egal ob sie ambulant oder stationär durchgeführt wird, zeigen die Patienten in der Regel eine Zunahme ihrer Symptome. Sie haben ihren bisherigen Zustand der zwar einsamen, aber dennoch halbwegs sicheren Verslossenheit verlassen und sind bereit, sich auf eine therapeutische Arbeit einzulassen, die schmerzlich sein wird. In dieser Phase führen die Therapeuten diejenigen schulenspezifischen Techniken ein, von deren Anwendung sie eine Entspannung und Öffnung bei der Klienten erwarten. Verwendet werden u.a. Techniken der Verhaltens- und kognitiven Therapie wie progressive Muskelentspannung, systematische Desensitizierung, Informierung und Selbst-Management, der Systemischen Therapie wie Externalisierung und Umdeutung sowie des NLP und der Hypnotherapie wie Tranceinduktion und die Entfaltung von Innenbildern.

Mittlere Phase. In der zweiten klinischen Phase geht es bei den meisten Schulen um eine Aktualisierung des Traumas, sei es durch eine tatsächliche Exposition, eine psychodramatische Inszenierung oder eine andere spezielle Technik der Traumarekonstruktion, vor allem aus dem Bereich der induzierten oder ritualisierten Imagination und Meditation unter Verwendung körperbezogener Interventionen (vgl. Reddemann, 1998, Reddemann & Sachsse, 1997). Ziel der Traumaexposition ist es, eine Synthese aus Wort, Bild, Affekt und Körpersensationen herbeizuführen. Gelingt es, diese Synthese zu erreichen, muss das Trauma nicht mehr dissoziiert werden. Aus den Intrusionen, die ein in die Gegenwart „einbrechendes“ Durchleben der traumatischen Situation beinhalten, werden Erinnerungen, also Gegenstände, die der Vergangenheit angehören. In lockerer Paraphrasierung des Ziels Freud'scher Psychoanalyse formulieren hierzu Reddemann u. Sachsse (1997: 199): „*Wo Intrusionen sind, sollen Erinnerungen werden*“.

Der Gestaltung dieser eigentlich therapeutischen Phase liegt die Annahme zugrunde, dass traumatisierte Menschen bei dem Versuch, das Leiden bereits während des traumatisierenden Ereignisses, im direkten Anschluss daran oder im späteren Leben zu bewältigen, Formen der Vermeidung gefunden haben, die sie daran hindern, das Erlebte und die Auswirkungen davon zu integrieren. Van der Kolk (1996) schließt aufgrund von Untersuchungen, die an traumatisierten Menschen mit PTBS mit Hilfe von bildgebenden Verfahren vorgenommen wurden, dass es zumindest für einen Teil dieser Patienten gilt, dass spezifische Veränderungen im limbischen System deren Unzulänglichkeit für Psychotherapien

verantwortet. Tierexperimente haben zudem gezeigt, dass die intensive Reizung des Mandelkerns zu lebenslangen emotionalen Reaktionen angesichts bestimmter Reize führt. Solche intensive Reizungen würden deshalb traumatisierend wirken, weil es zu einem „Kurzschluss“ im Gehirn führen: die Erinnerung an diese Reizung wird unmittelbar im Mandelkern gespeichert, ohne dass der Kortex einbezogen wird. Daher müssten diese subkortikal gespeicherten, für das Bewusstsein unzugängliche Erlebnisse erst wieder erlebt werden, damit sie zum Bewusstsein und zur Versprachlichung gelangen können. Das wäre Bedingung dafür, dass der Betroffene über diese Erinnerung „verfügen“ kann und nicht nur davon beeinflusst wird.

Der traumatisierte Mensch verhalte sich gegenüber den eigenen Erinnerungen phobisch und gerate so in einen sich selbst verstärkenden und generalisierenden Kreislauf von Vermeidung und Durchbrüchen, der immer mehr Vermeidung auslöst. Insofern geht es bei der Traumaexposition um das Erlangen einer gewissen Immunität gegen Stress, sozusagen um eine „Stressimpfung“ (vgl. Meichenbaum, 1994). Diese Phase kann lang dauern, viele Rückfälle enthalten und den Therapeuten an den Rand der Verzweiflung führen. In dieser Phase des Durcharbeitens kommen je nach theoretischer Orientierung des Therapeuten verschiedene Techniken zur Anwendung. So zum Beispiel gestalttherapeutische Vorgehensweisen wie Rollentausch, körperbezogene Interventionen und kreative Medien, psychodramatische Reinszenierungen der traumatischen Szene, systemische Einbeziehung des realen Lebenskontextes sowie der Einsatz von Ritualen, Briefen und anderen Schriftstücken (vgl. z.B. Dolan, 1991), verhaltenstherapeutische Techniken aus dem Inventar der Borderline-Therapie und der Selbst-Management-Therapie. Eine aus der Kognitiven Therapie hervorgegangene Technik erfreut sich derzeit zunehmende Popularität. Es handelt sich um die auf Francine Shapiro (1997) zurückgehende EMDR-Methode (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Der traumatisierte Patient wird aufgefordert, sich das traumatische Ereignis vorzustellen und den hin und her pendelnden Handbewegungen des Therapeuten mit eigenen Augenbewegungen zu folgen. Ohne dass der Wirkmechanismus dieser Technik bekannt wäre, scheint sie vielen Traumatisierten unmittelbar zu helfen, vor allem jenen, die kaum Erinnerung an das Trauma haben. Meichenbaum (1994) warnt allerdings vor überhöhten Erwartungen, zumal die Ergebnisse empirischer Überprüfungen durchaus widersprüchlich seien.

Endphase. Schließlich geht es in der dritten Phase um die Stabilisierung des erreichten Zustands, um die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten, um die Vermittlung eines aktiven Lebensgefühls im Gegensatz zu der bisherigen Passivität als Opfer und um die Planung und Ausprobieren von Strategien, die eine Anbindung an das normale Leben sichern sollen. Eßlinger (1998) führt bei ihrer vergleichenden Auseinandersetzung mit kognitiver Verhaltenstherapie und EMDR aus, dass massierte Konfrontationsbehandlung zwar zu einer Reduktion der posttraumatischen Symptome führe, dass sie aber keinen

nennenswerten Einfluss auf Aspekte des Selbst wie Schuldgefühle und depressive Gedanken habe. Alles in allem handelt es sich bei der Traumatherapie, wie sie vom Göttinger Team um Ulrich Sachsse entwickelt wurde, um das Ergebnis eines genuin integrativen Bemühens um eine aktive Therapieform, welche die Grenzen psychotherapeutischer Schulen überschreitet.

Nebenwirkungen. Als unerwünschte Nebenwirkungen, die eine Kontraindikation zur Traumatherapie darstellen, führen Reddemann & Sachsse (1998) drei hauptsächliche Aspekte auf. Diese sind: 1) Gefahr erhöhter Stressempfindlichkeit, zumal der Patient aufgrund der durch die Traumaexposition verminderten Fähigkeit zur Dissoziierung in Bezug auf Stress in einen Zustand der Schutzlosigkeit geraten kann. Daher kann es zu akuten Problemen in den aktuellen Beziehungen der Patienten kommen, vor allem wenn es um missbräuchliche oder konflikthafte Beziehungen handelt. 2) Depressive Verstimmungen, die aus der Veränderung der Weltsicht und des Selbstverständnisses in der Therapie hervorgehen und fast zwangsläufig zu Sinnfragen und in der Folge bei vielen Patienten zu bilanzsuizidalen Erwägungen führen. 3) Überforderung, zumal die Traumaexposition eine stark beanspruchende Informationsverarbeitung und Affektregulierung des Nervensystems erfordert; sie sollte daher bei akut psychotischen und anderen geschwächten Zuständen nicht angewandt werden.

Ein systemischer Ansatz

Im systemischen Verständnis ist der Mensch konstitutiv ein kommunikatives, sinnstiftendes Lebewesen: Menschen können nicht nicht Sinn machen. Diesem Satz steht auf der Basis eines breiten theoretischen Hintergrunds systemwissenschaftlicher Prägung, auf die hier im einzelnen nicht eingegangen wird (vgl. z.B. Luhmann, 1984; Ludewig, 1992; Schiepek, 1999). Systemische Therapie versteht sich dementsprechend als kommunikativer Umgang mit Menschen, die an den Folgen kommunikativ hervorbrachter, schmerzlicher und so hinderlicher Sinngebungen leiden. Die Therapie hat demnach Bedingungen zu schaffen, die geeignet sind, jene leiderzeugenden Sinngebungen auf eine Weise neu zu kontextualisieren, dass sie an aktueller Bedeutung verlieren und so aufgegeben bzw. vergessen werden können. Therapierelevante menschliche Probleme, ob als individuelles Lebensproblem oder als kommunikatives Problemsystem, werden als kognitive oder kommunikative Prozesse mit stabilisierter Wiederholungsstruktur begriffen. Lebensprobleme eignen sich dafür, das befürchtete Risiko einer offenen Konfrontation mit den leidauslösenden, intrapsychischen oder sozial-kommunikativen Bedingungen zu meiden.

Der systemische Ansatz geht von der Autonomie lebender, psychischer und sozialer Systeme und schließt daher kausale Interventionen durch die Außenwelt aus. Systemische Therapie beschränkt sich bewusst darauf, Bedingungen zu erkunden und zu realisieren, die dem Hilfesuchenden helfen sollen, *sich zu verändern*. Be-

stimmend für den Verlauf der Therapie ist das Anliegen des Hilfesuchenden. Erst eine auf dieses Anliegen abgestimmte Definition des *therapeutischen Auftrags* grenzt den Bereich ein, in dem die Therapeutin befugt ist, zu handeln. In diagnostischer Hinsicht interessiert sich die Systemische Therapie für die Bedingungen, die der Klientin das Überleben ermöglicht haben.

Vor diesem theoretischen Hintergrund beziehen sich die Aufgaben der Therapie in der Hauptsache auf zwei Ziele:

1. Bedingungen für die Entstehung und Erhaltung einer tragenden therapeutischen Beziehung zu erkunden und herbeizuführen - hierzu gehören u.a. eine klare Ausarbeitung des Anliegens der Hilfesuche, die Erkundung passender Ressourcen beim Hilfesuchenden, die Aufmerksamkeit für die emotionalen Botschaften des Klienten, die ausdrückliche Würdigung der bisherigen Lebensweise des Hilfesuchenden usw.. Diese erste Maßnahme systemischer Praxis soll dazu beitragen, der Klienten durch Begleitung eines kompetenten Dritten emotional so weit Sicherheit zu vermitteln, dass sie die Bereitschaft entfalten können, sich für die unvermeidbaren Risiken, Zufälle und sonstigen Unvorhersehbarkeiten zu öffnen, die sie bislang vermieden hat. Auf diesem Wege kann man wieder zu einer dialogischen, für Veränderungen offenen Form des Umgangs mit sich selbst und den anderen zurückfinden.

2. Die Einbeziehung einer professionellen Person in die bisherige Problemlage auf angemessene Weise zu nutzen. Hierzu gehört neben der zukunftsorientierten Anregung zu alternativen Sicht- und Handlungsweisen die Verflüssigung hinderlicher Setzungen, Erwartungen und Kommunikationsstrukturen.

In diagnostischer Hinsicht interessiert sich die Systemische Therapie für die Bedingungen, die der Klientin das Überleben ermöglicht haben. Dieses Interesse knüpft vorrangig an zwei für die Therapie relevante Aspekte an: Zum einen lenken Fragen nach den bisherigen Überlebenstrategien die Aufmerksamkeit der Klientin auf ihre Ressourcen und öffnen so die eng geschlossene Dynamik, die das Problem aufrechterhält. Zum anderen bietet eine am Überleben interessierte Exploration vielfältige Möglichkeiten an, um von Anfang an, hinderliche feststehende Setzungen, wie z.B. den Glauben an Unveränderbarkeit und Zwangsläufigkeit aufzuweichen.

Eigene klinische Erfahrungen

Als therapeutische Mitarbeiter einer Kinder- und Jugendpsychiatrie haben wir es immer wieder mit Jugendlichen zu tun, die direkt oder indirekt an den Folgen von sexuellen und anderen Misshandlungen leiden. Bei manchen dieser Jugendlichen handelt es sich um regelrechte sog. posttraumatische Belastungsstörungen, bei anderen um weniger spezifische, jedoch nicht minder beeinträchtigende Symptomkonstellationen. Auf unserer Station werden Kinder und Jugendliche mit den unter-

schiedlichsten Störungen behandelt; insofern handelt es sich nicht um eine auf diese Probleme spezialisierte Station.

Ohne Anspruch auf Originalität zu erheben, arbeiten wir mit traumatisierten Jugendlichen auf der Basis eines eigens auf die Bedingungen unserer klinischen Einrichtung eingestellten Konzepts. Dank des enormen Engagements und der langjährigen diesbezüglichen Berufserfahrung Anna Beckers ist nach und nach ein Konzept entstanden, welches die Behandlung traumatisierter Jugendlicher mit den spezifischen Möglichkeiten unserer Station vereinbart, und zwar vor einem systemisch ausgerichteten Reflexionshintergrund. Das Konzept legt besonderen Wert auf die Tatsache, dass Jugendliche, die sich mitten im vorwärtsgerichteten Übergang zum Erwachsenen befinden, nicht einseitig auf die Verarbeitung vergangener traumatischer Ereignisse fixiert werden. Sie sollen gleichzeitig in die Lage versetzt werden, ihre aktuelle Lebenssituation in den Kontext einer lebenswerten Zukunftsperspektive zu stellen. Die Traumatherapie nach unserem Konzept verläuft, wie sonst üblich, in drei Phasen.

Phase I: Vorbereitung. Im Einklang mit unserer systemischen Orientierung legen wir besonderen Wert auf die Einhaltung folgender Merkmale:

- Herstellung einer tragfähigen, therapeutischen Beziehung
- Autonome Entscheidung der Jugendlichen für die Therapie
- Kooperation aller Beteiligten (Therapeuten, Pflegepersonal)
- Supervisorische Unterstützung aller am therapeutischen Prozess Beteiligten
- Beachtung des einweisenden Kontextes
- Einbeziehung und Unterstützung des sozialen Lebensrahmens der Patienten.

Gemäß den Vorgaben systemischer Therapie stehen die Autonomie und die Ressourcen allen Beteiligten im Mittelpunkt der Beachtung, also nicht nur die dyadische Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin. Durch Einbettung aller Beteiligten in tragfähige Beziehungsgefüge wird dafür gesorgt, dass die Auswirkungen der zuweilen stressvollen und schmerzlichen Prozesse einer Traumatherapie in Grenzen bleiben.

Phase II: Exposition und Umorientierung. In der mittleren Phase der eigentlichen Traumatherapie wird unter Einhaltung gut vorbereiteter und vereinbarter Rituale eine zweigleisige Prozedur durchgeführt. Eine allmählich intensiver werdende Annäherung an die zumeist abgespaltenen Ereignisse des sexuellen Missbrauchs wechselt sich mit einer Umorientierung auf die Gegenwart und Zukunft ab.

Die Exposition selbst findet an einem Tag der Woche in einem dafür ausgewählten, sonst nicht verwendeten Raum statt. Die Patientin wird von der Therapeutin angeleitet, sich Schritt für Schritt an das Geschehen des sexuellen Missbrauchs imaginativ zu nähern. Diese

Rekonstruktion des schmerzlichen Geschehens löst trotz, oder vielleicht wegen der rituellen Rahmung eine starke emotionale Anspannung aus. Es ist oftmals das erste Mal, dass die Jugendliche sich erlaubt, das Geschehen tatsächlich wieder zu erleben und darüber zu berichten. Gegen Ende der jeweiligen Sitzung wird durch verschiedene Maßnahmen für eine Entspannung der Patientin gesorgt. Sie wird im Anschluss an die Exposition auf die Station begleitet, wo sie bereits von einer Mitarbeiterin erwartet wird, die sich bei einer mit ihr im voraus vereinbarten, angenehmen (kontraphobischen) Aktivität begleitet, etwa beim Nehmen eines warmen Bads oder durch Vorlesen aus einem Buch.

Der komplementäre Aspekt der Gegenwarts- und Zukunftsorientierung wird an einem anderen Tag der Woche thematisiert. Die Patientin und die Therapeutin treffen sich in einem anderen Raum und befassen sich mit Fragen der weiteren Lebensplanung und mit sonstigen Zukunftsperspektiven. Dies hilft der Jugendlichen nicht nur bei ihrem altersgerechten Bedürfnis, Perspektiven zu entwickeln, sondern auch dabei, sich vor übermäßig regressiven Tendenzen zu schützen.

Durch dieses zweigleisige Konzept meinen wir, einen Weg gefunden zu haben, um die häufig unvermeidliche rückwärtsgerichtete Traumaexposition mit lösungsorientierten Zukunftsvorstellungen zu vereinbaren. Hierzu gehören auch stützende Gespräche mit den Angehörigen der Patientin im Sinne einer erweiterten Familientherapie.

Phase III: Stabilisierung. In der abschließenden Phase geht es dann um die Konsolidierung des bereits Erreichten und um die Vorbereitung auf die Entlassung.

Fallbericht: Beispiel einer stationären Behandlung

Carmen – so wollen wir sie hier nennen – war 16 Jahre alt, als sie auf unserer offenen kinder- und jugendpsychiatrischen Station aufgenommen wird. Sie war infolge von Suizidversuchen und aufgrund akuter Suizidalität bereits zweimal auf der Intensivstation einer anderen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär behandelt worden. Anlass der erneuten stationären Aufnahme bei uns waren massive Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, unter anderem dissoziative Störungen mit selbstverletzendem Verhalten, beeinträchtigtes Identitätsgefühl, allgemeiner Sinnverlust mit Suizidgedanken und eine gestörte Affekt- und Impulsregulation. Zu dem Zeitpunkt befand sie sich in ambulanter psychotherapeutischer Betreuung, die aber aufgrund der Schwere der Symptomatik trotz intensiver Anbindung an die erfahrene Therapeutin nicht genügend Sicherheit anbot. Carmen stand der erneuten stationären Behandlung skeptisch und ambivalent gegenüber. Die „drohende“ Alternative aber, nämlich die Unterbringung auf einer geschlossenen Station, half ihr, sich freiwillig für unserer Klinik zu entscheiden.

Carmen ist das einzige Kind eines spanischen Vaters und einer deutschen Mutter. Die Trennung der Eltern erfolgte, als sie noch ein Kleinkind war. Ihre Mutter lebte in der Zeit, als Carmen fünf bis elf Jahre alt war, mit einem Partner zusammen. Bekannt ist heute, dass dieser Mann sie in dieser gesamten Zeit auf schwerste Weise fortwährend sexuell missbraucht hat. Sie wurde von ihm zum oralen, analen und vaginalen Geschlechtsverkehr genötigt. Gemeinsam mit anderen Männern kam es auch zu sadistischen und gewaltsamen Handlungen. Von der Mutter, die Alkohol- und Medikamentenprobleme hatte, wurde sie darüber hinaus körperlich und emotional misshandelt.

Carmen hat im Alter von 15 Jahren einen ernsthaft geplanten, schwerwiegenden Suizidversuch unternommen. Daraufhin wurde sie erstmalig stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt. Im Rahmen dieser Behandlung offenbarte sie zum ersten Mal erste Hinweise auf den erlittenen sexuellen Missbrauch. Carmen brach ab sofort den Kontakt zu ihrer Mutter ab und wurde nach der Behandlung in einer Jugendhilfeeinrichtung untergebracht. Dort kam es immer wieder zu selbstverletzenden Handlungen in Form von „Ritzen“ und „Schnibbeln“ mit Rasierklingen und anderen Gegenständen, vor allem an den Armen. Dieses Verhalten zeigte sich meistens im Zusammenhang mit einem dissoziativen Zustand. Sie konnte sich danach an den Vorgang nicht erinnern, insbesondere nicht an die Ausgangs- und Auslösesituation. Dies beinhaltete einen völligen Kontrollverlust und so auch eine massive Selbstgefährdung.

Im Rahmen der ambulanten Therapie schrieb sie auf, was ihr geschehen war, verweigerte aber jedes Gespräch über diese Briefe. Carmen beschrieb dort auch, dass sie häufig unter Intrusionen in Form von nicht kontrollierbaren blitzartigen Bildern und Erinnerungen an die Missbrauchssituationen litt. Sie erlebte sich als in zwei Persönlichkeiten gespalten: Das missbrauchte Mädchen, das kein Recht auf Leben hat und sterben will, und die andere Carmen, die leben will und darüber sprechen kann.

Die Schwere der Traumatisierung und der Symptomatik stellte eine besondere Anforderung an die Behandlung auf einer offenen Station. Der Aufbau einer tragenden, intensiven therapeutischen Beziehung, die es dem jungen Mädchen ermöglichte, Vertrauen zu fassen, war unser Hauptanliegen in der ersten Phase der Behandlung. Gemeinsam mit allen an der Therapie Beteiligten wurde versucht, ihr ein Milieu zu bieten, das einerseits Schutz, Fürsorge und Halt bot, andererseits aber auch geeignet war, Respekt und Transparenz anzubieten, dabei vor allem ihre Grenzen zu respektieren und so ihre Selbstverantwortung zu stärken. Oftmals wirkte sie bedrückt und in sich gekehrt, sie äußerte Suizidgedanken und zeigte selbstverletzendes Verhalten. Zudem litt sie unter massiven Alpträumen. In ihrer Stimmung war sie oft schwankend. Kleinere Missverständnisse und Konflikte konnten für sie sofort eine fast existentielle Bedeutung erlangen. Allmählich fasste sie Vertrauen,

und sie ließ sich zunehmend auf die Behandlung ein. Ohne die traumatisierenden Erlebnisse, die sie erlitten hatte, aus dem Blickfeld zu verlieren, schien es uns wichtig, sie nicht auf die Eigenschaft eines Opfers zu reduzieren. Es galt vielmehr, ihr bei der Entfaltung ihrer zweifelsohne vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zu helfen.

Indem Carmen immer stabiler wurde, entwickelte sie zunehmend klarer das Anliegen, über den Missbrauch zu sprechen, um auf diesem Wege die diffusen Erinnerungen, Bilder und Gefühle wieder verfügbar zu bekommen. Sie wurde über die Vorgehensweise bei einer Traumarekonstruktion bzw. -exposition differenziert aufgeklärt. Wir vereinbarten passend erscheinende Rituale für die Durchführung der Gespräche und für die Form der Fürsorge, die ihr im Anschluss an die Termine zukommen sollte, ebenso den Raum, in dem die Rekonstruktion stattfinden würde.

Noch in der Vorbereitungszeit auf die Exposition berichtete sie von einer Fahrt nach London mit einem Freund, auf der es zum Geschlechtsverkehr kam. Dies brachte bei Carmen schmerzliche Erinnerungen zutage. Das Ausmaß der Störung wird an folgenden Auszügen ihres Tagebuchs deutlich²:

„Liebe Frau Becker! Gestern und heute ist viel passiert. Mir ging es ziemlich beschissen aber jetzt im Moment geht es. Ich habe gestern einen Brief von Michael bekommen. Ich habe Angst gekriegt, dass er weiß, dass ich geredet habe. Weil wenn er weiß, geht unsere Freundschaft kaputt und ich muss ihm wieder meinen Körper geben. Ich bin sehr billig. In London habe ich viele schöne Fotos von berühmten Gebäuden gemacht.... Ich habe viele schöne Fotos und er „dürfte“ zwei Nächte meinen Körper benutzen.... Ich hatte einen widerlichen Alptraum. Ich habe die Sache mit Michael und London wiedererlebt.... Er legt sich zu mir auf den Boden. Er tut die Decke weg und fasst mir oben unter mein Hemd. Bevor ich wegfliege, flüster ich noch ein leises „bitte nicht“. Dann flieg ich weg. Ich sehe oben von der Decke aus, wie er meinen Körper überall küsst. Mein Körper ist völlig leblos. Er stöhnt.... Dann ist mein Flug zu Ende und irgend etwas zwingt mich dazu, im Körper zu sein. Ich spüre auf einmal Schmerzen. Es ist ganz schrecklich.... Aber ich habe die Schmerzen verdient. Das ist schon o.k. so. Es ist sein erstes Mal. Ich hätte mir für ihn gewünscht, sein erstes Mal mit einem lebendigen Körper zu erleben. Es ist bestimmt nicht so schön für einen Mann, einen toten Körper zu bumsen. Aber es hat ihm wohl gefallen, da er am nächsten Abend wieder meinen Körper benutzt hat. Mein Körper ist ja auch nicht wirklich meiner.... Im Grunde gehört dieser Körper der Allgemeinheit. Wer ihn haben will, nimmt ihn sich.... Ich spür ihn sowieso nur selten.“

Im Rahmen der vereinbarten und gut vorbereiteten Traumaexposition konnte Carmen zum ersten Mal über ihre brutalen sexuellen und körperlichen Gewalterfah-

² Die Veröffentlichung der anonymisierten Auszüge aus dem Tagebuch geschieht mit Zustimmung der Patientin.

rungen sprechen. Die klare Strukturierung der Gespräche sowie die fürsorgliche Haltung des Stationspersonals nach den Stunden gaben ihr Halt und Sicherheit. Immer wieder wurde deutlich, wie verletzt ihr Selbstwertgefühl war und wie wenig sie auch als Jugendliche in der Lage war, sich zu schützen und Grenzen zu setzen. Sie berichtete unter anderem, wie sie als 14-jährige von völlig fremden Männern vergewaltigt wurde:

„Ich musste zum Bus, aber die drei haben mich abgefangen. Sie sagten, wenn ich still wäre und mitgehen würde, würde mir nix passieren. Ich war ein leichtes Opfer und ging mit. Wir sind ein Stück gegangen und hinter einer einsamen Ecke musste ich mich dann ausziehen. Die drei haben ihre Hosen runtergelassen und sich immer abwechselnd auf mich draufgelegt. Ich war weggeflogen. Dann sind sie gegangen und haben mich einfach liegen lassen. Sagen sie mir bitte, ist das alles noch Zufall? Das sich alle Männer gerade meinen Körper aussuchen, um ihn zu benutzen. Ich bin der reinste Dreck. Ich bin so voll Schmutz, dass ich Dreck kotzen könnte. Mir ist total übel. Ich kann nicht mehr schreiben, ich muss mich gleich übergeben.“

Nach allem was sie nun schon wissen, muss ich sie total anwidern. Es tut mir leid. Es tut mir so leid. I'm a dirty bitch. Sorry ! „

Wie es charakteristisch für sexuell missbrauchte Menschen ist, erlebte Carmen sich nicht als Opfer, sondern sie schrieb sich die Schuld und Verantwortung zu. Daher war es ein wichtiger Schritt in der Therapie, ihr zu helfen, einen anderen Blickwinkel auf sich selbst einzunehmen, den des schutzlosen Kindes von damals, um so zu lernen, das „Kind von damals“ zu verstehen und sich mit ihm zu versöhnen. In den parallel zu den Expositionssitzungen durchgeführten, regulären Einzelsitzungen ging es um ihre derzeitige Lebenssituation, um die Entwicklung von Perspektiven und Zukunftsvisionen, um Sexualität und Freundschaft. Carmen wirkte immer stabiler, selbstbewusster, lebensfroher und wurde mit dem Gefühl entlassen, eine Basis geschaffen zu haben, auf der sie weiter aufbauen und leben kann. Leider hielten einige der sie tragenden Beziehungen im Nachhinein nicht stand. Carmen kämpft noch heute um sich, um die „Narben der Gewalt“ zu integrieren und zu überleben.

Neben diesem sicher besonders komplexen und schwierigen Fall haben wir es in der Klinik im ambulanten und stationären Bereich mit unterschiedlich misshandelten Kindern und Jugendlichen zu tun. In sog. leichteren Fällen reicht es zuweilen, wenige Gespräche ambulant zu führen. Hierbei geht es meistens um die verspätete Klärung der Frage, ob sich die/der PatientIn tatsächlich frei von Schuld fühlen kann oder Grund hat, sich selbst das Erlebte anzukreiden. Bei solchen Gesprächen geht es häufig darum, die PatientInnen langsam zu der Einschätzung zu begleiten, dass all das, was sie als Kinder erlebt haben, eben als Kinder erlebt haben. Auch dann, wenn sie in ihrer Erinnerung deutlich das Bild eines Kindes behalten haben, das sich aktiv an der Misshand-

lung beteiligte und niemandem etwas erzählte, lernt die Betroffene zu verstehen, dass dies nicht als beabsichtigte, bewusste Handlung misszuverstehen ist, sondern vielmehr als das Ergebnis der Einflussnahme eines Erwachsenen auf die schutzlose Situation eines Kindes. Unter Anerkennung dessen, dass die Kinder das erlebt haben, was sie erlebt haben, lässt sich nebenher eine zweite, hoffentlich potentere Wahrheit etablieren, die heißt, dass Kinder eben nur Kinder sind.

Ein Fazit zum Schluss

Die Symptome einer PTBS im Gefolge eines sexuellen Missbrauchs in der Kindheit weisen hinsichtlich Erscheinungsweise, Verlauf und Remission gewisse Gleichförmigkeiten auf. Die Betroffenen sind jedoch untereinander sowohl hinsichtlich der Umstände um das Trauma als auch ihrer persönlichen Eigenschaften und ihrer sozialen Einbindung sehr verschieden.

Die Traumatherapien weisen hinsichtlich der Phasen, Ziele und Techniken gewisse Ähnlichkeiten untereinander auf, sie unterscheiden sich hinsichtlich der Eigenschaften von Patientin, Therapeutin und Institution. Daraus folgt, dass Bewältigung nicht gleich Bewältigung sein kann. Jede Patientin findet die Form der Bewältigung, die zu ihren Vorerfahrungen und Ressourcen passt.

Traumatisierte Menschen leben wie alle Menschen in Gemeinschaft und bringen dort die Bedeutungen hervor, die ihrem Leben einen Sinn geben. Eine nach medizinischem und traditionell klinisch-psychologischem Verständnis allein auf das Individuum und dessen Symptomatik bezogene Therapie verkennt die existentielle Einbettung des Menschen in seinen sozialen Kontext und verfehlt so den eigentlichen Auftrag einer Therapie, der heißt, bessere Lebensumstände zu ermöglichen. Psychisch verletzte Menschen sind –nicht darauf zu reduzieren, dass sie in eine wohl definierte Schublade passen und sich nur darüber zu definieren vermögen, sondern sie sind Personen, die aus weitaus mehr als aus ihren Verletzungen bestehen; sie verfügen als berechnete Verfasser ihrer Biographie über Stärken, Fähigkeiten, Kompetenzen und Bindungen. Daran sollte eine Therapie ansetzen!

Literatur

- Bange, D.: Die dunkle Seite der Kindheit. Köln: Volksblatt Verlag 1992.
- Bange, D., G. Deegener: Sexueller Mißbrauch an Kindern. Weinheim: Beltz PVU 1996.
- Bentovim, A.: Trauma Organized Systems. London: Karnac 1992.
- Berliner, L., D.M. Elliot: Sexual Abuse of Children. In: Briere, J. et al.: The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Thousand Oaks: Sage 1996, S. 51-71.
- Briere, J.N.: Child Abuse Trauma. Theory and Treatment of the Lasting Effects. New-bury Park: Sage 1992.
- Briere, J.N.: A Self-Trauma Model for Treating Adult Survivors of Severe Child Abuse. In: Briere, J. et al.: The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Thousand Oaks: Sage 1996, S. 140-157.

- Butollo, W.: Traumapsychologie und Traumapsychotherapie - Eine Herausforderung für psychotherapeutische Praxis und Forschung. *Psychotherapie* 2: 23-34, 1997.
- Dolan, I.M.: *Resolving Sexual Abuse*. New York: Norton 1991.
- Draijer, N.: Die Rolle von sexuellem Mißbrauch und körperlicher Mißhandlung in der Ätiologie psychischer Störungen bei Frauen. *System Familie* 3: 59-73, 1990.
- Eblinger, K.: Traumaexposition zur Traumasynthese. *Persönlichkeitsstörungen* 2: 59-76, 1998.
- Fegert, J.M.: *Sexuell mißbrauchte Kinder und das Recht*. Band II. Köln: Volksblatt Verlag 1993.
- Finkelhor, D.: *Child Sexual Abuse*. New York: Free Press 1984.
- Fischer, G., P. Riedesser: *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt 1998.
- Fürniss, T.: *The Multiprofessional Handbook of Child Sexual Abuse*. London: Routledge 1991.
- Greuel, L., S. Offe, A. Fabian, P. Wetzels, T. Fabian, H. Offe, M. Stadler: Glaubwürdigkeit der Zeugenaussage. Weinheim: Beltz PVU 1998.
- Herman, J.L.: *Die Narben der Gewalt*. München: Kindler 1993.
- Kolk, B.v.d.: The Body Keeps the Score. Approaches to the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. In: Kolk, B.v.d., A.C. McFarlane, L. Weisaeth (eds.): *Traumatic Stress*. New York: Guilford 1996, S. 214-241.
- Levold, T., E. Wedekind, H. Georgi: Familienorientierte Behandlungsstrategien bei Inzest. *System Familie* 3: 74-87, 1990.
- Ludewig, K.: *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta 1992.
- Luhmann, N.: *Soziale Systeme*. Frankfurt: Suhrkamp 1984.
- Madanes, C.: *Sex, Liebe und Gewalt*. Heidelberg: Auer 1997.
- Meichenbaum, D.: *Treating Post-Traumatic Stress Disorder*. Chichester: Wiley 1994.
- Peichl, J.: Psychotherapeutische Techniken bei traumabedingten Störungen - eine Zwischenbilanz. *Persönlichkeitsstörungen* 3: 103-112, 1997.
- Reddemann, L.: Psychotherapie auf der inneren Bühne. *Persönlichkeitsstörungen* 2: 88-96, 1998.
- Reddemann, L., U. Sachsse: Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen* 3: 113-147, 1997.
- Reddemann, L., U. Sachsse: Kritisches zur traumazentrierten Psychotherapie: „Zu Risiken und Nebenwirkungen...“ *Persönlichkeitsstörungen* 2: 104-108, 1998.
- Rensen, B.: *Fürs Leben geschädigt*. Stuttgart: Thieme 1992.
- Rutschky, K.: *Erregte Aufklärung. Kindesmißbrauch: Fakten und Fiktionen*. Hamburg: Klein-Verlag 1992.
- Sachsse, U.: Traumasynthese durch Traumaexposition. *Persönlichkeitsstörungen* 2: 72-76, 1998.
- Schorsch, E., G. Schmidt, V. Sigusch: Sexualwissenschaftliche Überlegungen zur Reform des Sexualstrafrechts. In: Sigusch, V. (Hrsg.): *Ergebnisse der Sexualmedizin*. Köln: Wissenschafts-Verlag 1972, S. 162-173.
- Shapiro, F.: *EMDR - der erlösende Blick*. Paderborn: Junfermann 1997.
- Sheinberg, M.: Navigating Treatment Impasses at the Disclosure of Incest: Combining Ideas from Feminism and Social Constructivism. *Family Process*, 31, 201-216.
- Trepper, T.S., Barrett, M.J. (1991). *Inzest und Therapie*. Dortmund: modernes lernen.