

**Entwicklung und Evaluation eines klinischen
Behandlungsansatzes für traumatisierte Jungen**

—

**unter besonderer Berücksichtigung
körper- und bewegungsorientierter Interventionen**

vorgelegt von

JAN VOLMER

als Dissertation zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Philosophie (Dr. phil.)

in der
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
der Technischen Universität Dortmund

Dortmund

2011

Gutachter: Prof. Dr. Gerd Hölter
Prof. Dr. Wolfgang Beudels

I WIDMUNG UND DANKSAGUNG

Gewidmet ist diese Arbeit den von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung betroffenen Kindern.

Noah und Luc, meine häufige physische und emotionale Abwesenheit in den letzten Monaten tut mir leid.

Auch Euch ist diese Arbeit gewidmet!

Ich danke den Kolleginnen und Kollegen des Projekts „Starke Jungs?!“. Sie alle hatten den Mut, sich auf ein schwieriges Thema einzulassen, und haben dieses Projekt mit viel Engagement, Lebendigkeit und Ernsthaftigkeit getragen.

Bei meinen Kolleginnen und Kollegen des *Psychotherapeutischen Zentrums Kitzberg-Klinik* bedanke ich mich dafür, dass ich an ihrem Wissen und ihren Erfahrungen teilhaben und sehr viel über Psychotherapie und Psychotraumatologie lernen durfte.

Mein Dank gilt ferner Prof. Dr. Gerd Hölter für sein Vertrauen sowie für die fachliche und persönliche Unterstützung.

Prof. Dr. Wolfgang Beudels danke ich für den guten Zuspruch und die wertvollen Anregungen.

Meinem Freund Dr. Benedikt Faber danke ich herzlich für das Lektorat.

Riesigen Dank an Maria! Ohne Deine emotionale und organisatorische Unterstützung hätte diese Dissertation vermutlich nie ein Ende gefunden.

II INHALTSVERZEICHNIS

0	Einleitung	1
1	Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter	7
1.1	Das Trauma	7
1.1.1	Die Geschichte der Psychotraumatologie.....	7
1.1.2	Trauma oder kritisches Lebensereignis?	9
1.1.2.1	Traumata im Spiegel der Entwicklungspsychopathologie	10
1.1.2.2	Typologie von Traumata	13
1.1.3	Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung	15
1.1.3.1	Sexueller Missbrauch	15
1.1.3.2	Körperliche Misshandlung	19
1.1.3.3	Kindesmisshandlung als Bindungstrauma... ..	22
1.2	Die Folgen des Traumas	24
1.2.1	Vom Notfall zur Pathologie	25
1.2.2	Traumasympptome bei Erwachsenen und Kindern	27
1.2.3	Folgen von Missbrauch und Misshandlung	29
1.2.4	Jungen explodieren – Mädchen implodieren?	31
1.3	Die Therapie des Traumas	35
1.3.1	Die vier Phasen der modernen Traumatherapie	35
1.3.2	Traumatherapeutische Verfahren bei Kindern	39
1.3.3	Interventionen nach Missbrauch und Misshandlung	43
1.4	Zusammenfassung und Folgerungen	45
2	Entwicklung eines 3-Säulen-Interventionsmodells für misshandelte Jungen	47
2.1	Rahmenaspekte der Intervention	47
2.1.1	Das Prinzip Entwicklungsförderung.....	48
2.1.2	Der Aspekt Sekundärprävention.....	50
2.1.3	Einordnung in das Phasenmodell der Traumatherapie.....	51
2.1.4	Das Setting der Kleingruppe.....	53
2.2	Säule 1: Psychodynamische Orientierung	57
2.2.1	Die Beziehungsgestaltung misshandelter Jungen.....	60
2.2.2	Die Konfliktthemen misshandelter Jungen.....	64
2.2.3	Die psychische Struktur misshandelter Jungen.....	67
2.3	Säule 2: Körper- und Bewegungsorientierung	71
2.3.1	Körper und Trauma.....	71
2.3.2	Körpererfahrungen misshandelter Jungen.....	74
2.3.3	Körpersymptome misshandelter Jungen.....	77
2.3.4	Entwicklungsförderung über die Medien Körper und Bewegung.....	81

2.3.5	„Nachreifung“ im Rahmen körper- und bewegungsorientierter Interventionen.....	85
2.4	Säule 3: Orientierung am Wirkfaktorenmodell von Orlinsky/Howard.....	87
2.4.1	Passung Behandlungsmodell – „Störung“.....	88
2.4.2	Passung Behandlungsmodell – Jungen.....	93
2.4.3	Passung Therapeuten – Jungen.....	96
2.4.4	Passung Therapeuten – „Störung“.....	103
2.5	Rahmenbedingungen.....	105
2.5.1	Räumliche und materielle Rahmenbedingungen.....	105
2.5.2	Personale Rahmenbedingungen.....	106
2.5.3	Auswahl der Teilnehmer.....	107
2.5.4	Struktur der Stunden.....	108
2.6	Therapieziele.....	112
2.6.1	Praxisbeispiele.....	115
2.6.1.1	Modifizierung der Bindungs-, Selbst-, Objekt- und Körperrepräsentanzen.....	115
2.6.1.2	Stabilisierung und Ressourcenverankerung.....	124
2.7	Zusammenfassung.....	134
3	Planung und Evaluation der Intervention.....	135
3.1	Forschungsansatz.....	137
3.1.1	Einzelfallstudien.....	139
3.1.1.1	Quantitative Einzelfallstudien.....	139
3.1.1.2	Qualitative Einzelfallstudien.....	140
3.1.2	Zusammenfassung.....	142
3.2	Forschungsdesign.....	144
3.2.1	Untersuchungsplan.....	144
3.2.2	Zeitplan.....	145
3.3	Hypothesen.....	148
3.4	Erhebungsinstrumente.....	152
3.4.1	Ein- und Ausgangsdiagnostik.....	152
3.4.1.1	Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ).....	152
3.4.1.2	Qualitative körperbezogene Diagnostik.....	158
3.4.1.3	Befunderhebung.....	159
3.4.2	Weitere Erhebungsinstrumente.....	164
3.4.3	Kontinuierliche Datenerhebung.....	167
3.4.3.1	Standardisierte Beobachtung.....	169
3.4.3.2	Nicht-standardisierte Beobachtung.....	178
3.5	Zusammenfassung.....	181

4	Durchführung der Studie.....	183
4.1	Kevin: Vorgeschichte, Symptomatik, Diagnosen.....	184
4.1.1	Psychosomatische Anamnese und Biografie.....	185
4.1.2	Ergebnisse der Eingangsdiagnostik.....	186
4.1.3	Therapieziele.....	190
4.1.4	Therapieverlauf.....	192
4.1.4.1	Qualitative Auswertung.....	193
4.1.4.2	Quantitative Auswertung.....	195
4.1.5	Ergebnisse der Ausgangsdiagnostik.....	197
4.1.6	Zusammenfassung und Prognose.....	202
4.2	Sebastian: Vorgeschichte, Symptomatik, Diagnosen.....	204
4.2.1	Psychosomatische Anamnese und Biografie.....	205
4.2.2	Ergebnisse der Eingangsdiagnostik.....	206
4.2.3	Therapieziele.....	210
4.2.4	Therapieverlauf.....	212
4.2.4.1	Qualitative Auswertung.....	213
4.2.4.2	Quantitative Auswertung.....	216
4.2.5	Ergebnisse der Ausgangsdiagnostik.....	218
4.2.6	Zusammenfassung und Prognose.....	222
4.3	Dustin: Vorgeschichte, Symptomatik, Diagnosen.....	223
4.3.1	Psychosomatische Anamnese und Biografie.....	224
4.3.2	Ergebnisse der Eingangsdiagnostik.....	224
4.3.3	Therapieziele.....	228
4.3.4	Therapieverlauf.....	230
4.3.4.1	Qualitative Auswertung.....	231
4.3.4.2	Quantitative Auswertung.....	234
4.3.5	Ergebnisse der Ausgangsdiagnostik.....	236
4.3.6	Zusammenfassung und Prognose.....	241
4.4	Maxim: Vorgeschichte, Symptomatik, Diagnosen.....	242
4.4.1	Psychosomatische Anamnese und Biografie.....	243
4.4.2	Ergebnisse der Eingangsdiagnostik.....	244
4.4.3	Therapieziele.....	248
4.4.4	Therapieverlauf.....	250
4.4.4.1	Qualitative Auswertung.....	251
4.4.4.2	Quantitative Auswertung.....	253
4.4.5	Ergebnisse der Ausgangsdiagnostik.....	255
4.4.6	Zusammenfassung und Prognose.....	259
4.5	Gegenüberstellung der Einzelfälle.....	261
4.5.1	Hypothesenprüfung: Quantitativer Forschungsansatz.....	261
4.5.2	Hypothesenprüfung: Qualitativer Forschungsansatz.....	271
4.5.3	Diskussion der Ergebnisse.....	274
5	Persönliche Schlussbemerkungen.....	277
6	Literaturverzeichnis.....	280

7	Anlagen.....	294
	Anlage A: Anamnesebogen.....	295
	Anlage B: Beispiel-Tagebuch.....	298

III DARSTELLUNGSVERZEICHNIS

Kap. 0: Einleitung

0.1	„Ich spucke alles aus“	2
0.2	Der Missbrauch als allgegenwärtige Körperrepräsentanz.....	3

Kap. 1: Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter

1.1	Pathogene und protektive Faktoren für die psychische Entwicklung.....	11
1.2/	Paula und Saphira. Anwendungsbeispiele für den	
1.3	„Entwicklungspsychopathologischen Referenzrahmen“	12
1.4	Klassifikation traumatischer Ereignisse.....	14
1.5	„Schläge sind doch keine Prügel“	20
1.6	Hypothetisches Modell zur Erklärung der Transmission gewaltbedingter Traumata.....	21
1.7	Typologie des Beziehungstraumas.....	23
1.8	Vom Notfall zur Pathologie.....	24
1.9	Gegenüberstellung der PTBS-Symptomatik bei Erwachsenen und Kindern.....	28
1.10	„Ich rühre mich nicht“	32
1.11	Das 4-Phasen-Modell der stationären Psychotherapie.....	36
1.12	Das bipolare Prinzip der Traumatherapie.....	37
1.13	Szene des „Monsterspiels“ im Rahmen des Projekts „Starke Jungs?!“	41

Kap. 2: Entwicklung eines 3-Säulen-Interventionsmodells für misshandelte Jungen

2.1	Idealtypische Entwicklung der Steuerung im zeitlichen Verlauf...	52
2.2	Stabilisierung und Ressourcenverankerung im Sinne der Prävention und Entwicklungsförderung.....	53
2.3	Nosologische Pyramide.....	57
2.4	Beziehungsmuster missbrauchter Kinder.....	61
2.5	René Magritte: „Der Geist der Geometrie“	63
2.6	Aspekte und Teilbereiche der Körpererfahrung.....	74
2.7	„Matthias“ – Selbstportrait.....	75
2.8	Herzschlagvariabilität im kohärenten und im chaotischen Zustand.....	77
2.9	Fragmentierungserlebnisse im Körper.....	78
2.10	Psychosoziale Krisen und bewegungsorientierte Aktivitäten.....	85
2.11	Allgemeines Modell von Psychotherapie.....	87
2.12	Allgemeines Modell von Psychotherapie: Passung Behandlungsmodell – „Störung“	88
2.13	Allgemeines Modell von Psychotherapie: Passung Behandlungsmodell – Jungen.....	93
2.14	Allgemeines Modell von Psychotherapie: Passung Therapeuten – Jungen.....	96

2.15	Allgemeines Modell von Psychotherapie: Passung Therapeuten – „Störung“.....	103
2.16	Hierarchisierung der Therapieziele.....	114
2.17	„Das Pferd als überdimensionales Kuscheltier“.....	123
2.18	Kontaktaufnahme zum Ressourcenpol.....	129
2.19	Wagnis Sprung.....	130
2.20 –	Anstrengung und Stolz sind dem Jungen beim Hinaufklettern auf das Pferd deutlich anzusehen.....	132

Kap. 3: Planung und Evaluation der Intervention

3.1	Zeitplanung.....	147
3.2	Beziehungsachse der OPD-KJ.....	154
3.3	Integrationsniveaus der Strukturachse der OPD-KJ.....	156
3.4	Klassifikation der Beobachtungsformen.....	167
3.5	Ratingsskalen <i>Körperbezogene Variablen</i>	172
3.6	Ratingsskalen <i>Beziehungs- und Konfliktbezogene Variablen</i>	173
3.7	Ratingsskalen <i>Strukturbezogene Variablen</i>	174
3.8	Formen der Datengewinnung über die unstrukturierte Beobachtung.....	181
3.9	Übersicht über die Erhebungsinstrumente.....	182

Kap. 4: Durchführung der Studie

4.1	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Kevin: Eingangsdiagnostik.....	186
4.2	Befunderhebung <i>Achse Konflikt</i> , OPD-KJ, Kevin: Eingangsdiagnostik.....	187
4.3	Befunderhebung <i>Achse Struktur</i> , OPD-KJ, Kevin: Eingangsdiagnostik.....	188
4.4	<i>Selbstbildnis Kevin</i> vor Therapiebeginn.....	192
4.5	Ausschnitt aus Fragebogen, ausgefüllt von Kevins Stiefmutter....	193
4.6	Grafische Darstellung der Therapeutenratings zum <i>Therapieverlauf Kevin</i>	196
4.7	Tabellarische Darstellung der Therapeutenratings zum <i>Therapieverlauf Kevin</i>	196
4.8	Ratings Bezugsperson im Prä-Post-Vergleich: Kevin.....	197
4.9	Ratings Therapeuten zum im Prä-Post-Vergleich: Kevin.....	197
4.10	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Kevin: Ausgangsdiagnostik.....	198
4.11	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Kevin: Eingangsdiagnostik.....	198
4.12	„Tore schießen unmöglich“ – Kevin beugt eventuellen Misserfolgserlebnissen vor.....	199
4.13	Befunderhebung <i>Achse Konflikt</i> , OPD-KJ, Kevin: Ausgangsdiagnostik.....	200
4.14	Befunderhebung <i>Achse Struktur</i> , OPD-KJ, Kevin: Ausgangsdiagnostik.....	201
4.15	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Sebastian: Eingangsdiagnostik.....	206

4.16	Befunderhebung <i>Achse Konflikt</i> , OPD-KJ, Sebastian: Eingangsdiagnostik.....	208
4.17	Befunderhebung <i>Achse Struktur</i> , OPD-KJ, Sebastian: Eingangsdiagnostik.....	209
4.18	Mit Behutsamkeit den Verletzungen begegnen.....	214
4.19	Getragen-werden und zur Ruhe kommen.....	215
4.20	Grafische Darstellung der Therapeutenratings zum <i>Therapieverlauf Sebastian</i>	216
4.21	Tabellarische Darstellung der Therapeutenratings zum <i>Therapieverlauf Sebastian</i>	216
4.22	Ratings Bezugsperson Prä-Post-Vergleich: Sebastian.....	217
4.23	Ratings Therapeuten im Prä-Post-Vergleich: Sebastian.....	217
4.24	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Sebastian: Ausgangsdiagnostik.....	218
4.25	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Sebastian: Eingangsdiagnostik.....	218
4.26	Befunderhebung <i>Achse Konflikt</i> , OPD-KJ, Sebastian: Ausgangsdiagnostik.....	219
4.27	Befunderhebung <i>Achse Struktur</i> , OPD-KJ, Sebastian: Ausgangsdiagnostik.....	220
4.28	Legen des Körperumrisses – <i>Ausgangsdiagnostik Sebastian</i>	221
4.29	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Dustin: Eingangsdiagnostik.....	225
4.30	Befunderhebung <i>Achse Konflikt</i> , OPD-KJ, Dustin: Eingangsdiagnostik.....	226
4.31	Befunderhebung <i>Achse Struktur</i> , OPD-KJ, Dustin: Eingangsdiagnostik.....	227
4.32	Das Führen des Pferdes als Beweis der Selbstwirksamkeit.....	232
4.33	Grafische Darstellung der Therapeutenratings zum <i>Therapieverlauf Dustin</i>	234
4.34	Tabellarische Darstellung der Therapeutenratings zum <i>Therapieverlauf Dustin</i>	234
4.35	Ratings Bezugsperson im Prä-Post-Vergleich: Dustin.....	235
4.36	Ratings Therapeuten im Prä-Post-Vergleich: Dustin.....	235
4.37/	Der Therapeut ist „Fest wie ein Stein“ – aber Dustin schafft es	
4.38	dennoch, ihn umzustoßen.....	236
4.39	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Dustin: Ausgangsdiagnostik.....	237
4.40	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Dustin: Eingangsdiagnostik).....	237
4.41	Befunderhebung <i>Achse Konflikt</i> , OPD-KJ, Dustin: Ausgangsdiagnostik.....	238
4.42	Befunderhebung <i>Achse Struktur</i> , OPD-KJ, Dustin: Ausgangsdiagnostik.....	239
4.43	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Maxim: Eingangsdiagnostik.....	244
4.44	Befunderhebung <i>Achse Konflikt</i> , OPD-KJ, Maxim: Eingangsdiagnostik.....	246
4.45	Befunderhebung <i>Achse Struktur</i> , OPD-KJ, Maxim: Eingangsdiagnostik.....	247

4.46	Grafische Darstellung der Therapeutenratings zum <i>Therapieverlauf Maxim</i>	253
4.47	Tabellarische Darstellung der Therapeutenratings zum <i>Therapieverlauf Maxim</i>	253
4.49	Ratings Bezugsperson im Prä-Post-Vergleich: Maxim.....	254
4.49	Ratings Therapeuten im Prä-Post-Vergleich: Maxim.....	254
4.50	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Maxim: Ausgangsdiagnostik.....	255
4.51	Befunderhebung <i>Achse Beziehung</i> , OPD-KJ, Maxim: Eingangsdiagnostik.....	255
4.52	Befunderhebung <i>Achse Konflikt</i> , OPD-KJ, Maxim: Ausgangsdiagnostik.....	256
4.53	Befunderhebung <i>Achse Struktur</i> , OPD-KJ, Maxim: Ausgangsdiagnostik.....	257
4.54	Legen des Körperumrisses mit Seilen, <i>Ausgangsdiagnostik Maxim</i>	258
4.55	Statistische Auswertung zu <i>Variable 1: Bewegungsverhalten</i>	261
4.56	Prä-Post-Vergleich <i>Variable 1: Bewegungsverhalten</i> – Ratings Bezugspersonen.....	262
4.57	Statistische Auswertung zu <i>Variable 2: Achtsamkeit mit dem eigenen Körper</i>	263
4.58	Prä-Post-Vergleich zu <i>Variable 2: Achtsamkeit mit dem eigenen Körper</i> – Ratings Bezugspersonen.....	263
4.59	Statistische Auswertung zu <i>Variable 3: Nähe-Distanz- Regulation (körperbezogen)</i>	264
4.60	Prä-Post-Vergleich zu <i>Variable 3: Nähe-Distanz-Regulation (körperbezogen)</i> – Ratings Bezugspersonen.....	264
4.61	Statistische Auswertung zu <i>Variable 4: Beziehungsverhalten</i>	265
4.62	Prä-Post-Vergleich <i>Variable 4: Beziehungsverhalten</i> – Ratings Bezugspersonen.....	266
4.63	Statistische Auswertung zu <i>Variable 5: Wichtigstes Konfliktthema</i>	266
4.64	Prä-Post-Vergleich zu <i>Variable 5: Wichtigstes Konfliktthema</i> – Ratings Bezugspersonen.....	267
4.65	Statistische Auswertung zu <i>Variable 6: Imponierendes Strukturdefizit</i>	268
4.66	Prä-Post-Vergleich zu <i>Variable 6: Imponierendes Strukturdefizit</i> – Ratings Bezugspersonen.....	268
4.67	Zusammenfassung der statistischen Auswertung.....	269
4.68	Vergleich körperbezogene und psychodynamische Parameter – Expertenratings.....	270
4.69	Vergleich körperbezogene und psychodynamische Parameter – Ratings Bezugspersonen.....	270
 Kap. 5: Persönliche Schlussbemerkungen		
5.1	„Ich bin hier, um es zu beenden“.....	279

0 Einleitung

In der öffentlichen Wahrnehmung galten Jungen als Opfer sexuellen Missbrauchs und körperlicher Misshandlung lange Zeit als seltene Randphänomene. Erst als im Januar 2010 die ersten Missbrauchsfälle in der katholischen Kirche publik wurden, drangen sie vermehrt in das gesellschaftliche Bewusstsein. Die Debatte begann mit dem Bekanntwerden der Verdachtsfälle in einem katholischen Elitegymnasium in Berlin, in dem Lehrer und Jesuiten-Patres mindestens 30 Schüler sexuell missbraucht haben sollen. Der Skandal erreichte wenig später das Benediktinerkloster Ettal, die Regensburger Domspatzen und schließlich das Kinder- und Jugendhilfezentrum St. Josef im bayerischen Schrobenhausen, in dem der spätere Augsburger Bischof Walter Mixa mindestens fünf Schüler mehrfach geschlagen haben soll. Mixa hatte sechs Wochen zuvor sexuellen Missbrauch als „abscheuliche Verbrechen“ gekennzeichnet, an denen die „sexuelle Revolution sicher nicht unschuldig“ sei (Quelle: www.fr-online.de). Aussagen wie diese führten die Diskussion schnell in die Polaritäten von Moral und Amoral, Wahrheit und Lüge sowie in Dimensionen von Schuld und Sühne. Eine sachliche und differenzierte Auseinandersetzung mit dieser komplexen Thematik war kaum möglich, stattdessen standen in erster Linie Fragen nach der Verantwortlichkeit im Fokus der Debatte: Ist das Zölibat schuld an den Verbrechen? Besteht ein Zusammenhang zwischen Homosexualität und Pädophilie? Was wusste der Vatikan?

Gleichzeitig begann jedoch das öffentliche Erinnern. Wenige Monate nach ihrem Amtsantritt legte die „Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs von Kindern“, Christine Bergmann, im Juni 2010 ihren ersten Zwischenbericht vor. Es hätten sich über 1000 Anrufer bei ihr gemeldet und ihre Missbrauchserfahrungen als Kinder offengelegt, 60% der Betroffenen hätten sich noch nie zuvor jemandem anvertraut (Quelle: <http://www.spiegel.de>). Das Alter der Anrufenden reichte von 17 bis 79 Jahren, das Durchschnittsalter lag bei 50 Jahren. Jahrzehntlang haben die Opfer geschwiegen, verdrängt oder verleugnet. Warum setzte die öffentliche Debatte über den sexuellen Missbrauch so spät ein?

Unter dem Titel „Sprachloses Kind“ deutet der Schriftsteller und Pädagoge Bodo Kirchhoff (Quelle: DER SPIEGEL 11/2010) das lange Schweigen Betroffener als



Dar. 0.1: „Ich spucke alles aus“ (Quelle: Ka/Alfred 2006, 84)

Sprachnot: „Und lieber behält man intimen Schmutz für sich, als sich einer schmutzgierigen Welt auszusetzen, die sich nur respektlos erschüttert zeigt“ (150). Der französische Buchautor Olivier Ka hat dieses Schweigen nicht länger ausgehalten und seine Missbrauchserfahrungen mit Hilfe eines befreundeten Zeichners in einem autobiografischen Comic (2006) bearbeitet: „Warum ich Pater Pierre getötet habe“ (frz. Original-Titel: „Pourquoi j’ai tué padre Pierre“) handelt von der Lebensgeschichte eines Jungen, der als 12-jähriger von einem Priester missbraucht und Zeit seines Lebens von den Geschehnissen eingeholt wird. Als seine eigene Tochter zwölf Jahre alt wird, entwickelt er zunehmend psychosomatische Symptome und beschließt, selbst mittlerweile 35 Jahre alt, seine Geschichte aufzuschreiben: „Ich grabe, ich wühle, ich spucke alles aus“ (84). Wie Ka hat auch Kirchhoff sich dafür entschieden, seine Missbrauchserfahrungen als Schüler der evangelischen Internatsschule Gaienhofen mitzuteilen: „Wer ein sexuelles Schicksal hat – mehr als eine sexuelle Biografie –, der muss früher oder später davon erzählen, um nicht kindisch darin zu verharren“ (151). Der Drang, das Schweigen zu durchbrechen, wurde in seinem Fall stärker als die Scham.

Die aktuelle öffentliche Aufarbeitung der Skandale suggeriert eine große zeitliche Distanz zu den Missbrauchsfällen. Tatsächlich ist das Phänomen jedoch bis heute aktuell, wie der Blick in kinderpsychiatrische Kliniken und in Einrichtungen der Jugendhilfe zeigt. Auch mein persönlicher Zugang zu der Thematik ergibt sich aus der praktischen Tätigkeit in diesen Berufsfeldern. Seit dem Beginn meines Arbeitslebens 1993 in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie habe ich in verschiedenen medizinischen und pädagogischen Einrichtungen umfangreiche Erfahrungen mit sexuell missbrauchten und körperlich misshandelten Jungen sammeln können. Auch dort

sprachen die Kinder selten explizit über ihre missbräuchlichen Erfahrungen. Meistens traf man auf eine „Mauer des Schweigens“, wie Bange (2007) sein Buch über den sexuellen Missbrauch an Jungen untertitelt. „Keinem der Betroffenen sieht man an, wie viel in ihm kaputt ist, welchen Umfang das Sprachloch hat; jeder hat seine Scheinsprache entwickelt, um mit sich und der Welt klarzukommen“ (Kirchhoff 2010, 151). Aber schweigen die Kinder wirklich? Mit zunehmender Erfahrung und mit der Bereitschaft, mich auf die Not der Kinder einzulassen, lernte ich die „Scheinsprache“ zu decodieren: Das Kind, das keine Berührung zulassen mochte; das Kind, das sich selbst öffentlich stimulierte; das Kind, das den Kontakt mit Blicken, Gesten und Worten erotisierte; das Kind, das anderen Kindern gegenüber sexuell übergriffig war; das Kind, in dessen Zeichnungen immer wieder symbolisierte Geschlechtsteile auftauchten; das Kind, das sich verpanzerte; das Kind, das bei Themen mit sexueller Färbung sofort in eine hohe Erregung geriet – diese Kinder drückten ihr Erleben über ihren Körper aus und erzählten darüber ihre Geschichten. Viele kamen aufgrund körperlicher Auffälligkeiten in Behandlung, für die keine organischen Ursachen gefunden wurden. Sie klagten über Bauchschmerzen, waren hyperaktiv, nässten oder koteten ein, waren anorektisch oder adipös, viele zeigten selbstverletzendes Verhalten.

Als wir im Jahr 2004 im *Bewegungsambulatorium an der Universität Dortmund* damit begannen, einen Förderansatz für sexuell missbrauchte und körperlich misshandelte Kinder zu konzipieren, maßten wir der Körper- und Bewegungsorientierung daher einen hohen Stellenwert bei. Der Körper ist der Ort, an dem sich das Unrecht zuge- tragen hat, dort sind die Erfahrungen ge- speichert und dort arbeiten sie im „Unter- grund“ weiter, wo sie „als verdrängte Anteile der Charakterstruktur ihren Einfluß auf das Verhalten des Menschen“ (Hammer 1995, 151) ausüben. Die missbräuchlichen Körper- erfahrungen lassen sich nicht abstreifen wie eine zweite Haut, sie sind tief eingegraben in



Dar. 0.2: Der Missbrauch als allgegenwärtige Körperrepräsentanz (Quelle: Ka/Alfred 2006, 93)

den Zellen des Körpers und werden damit unweigerlich zum Teil der Lebensgeschichte.

Die Auffälligkeiten missbrauchter und misshandelter Kinder beschränken sich jedoch nicht auf die körperliche Ebene, sondern manifestieren sich auch in ihren Beziehungsmustern. Im Stationsalltag konnte wiederholt beobachtet werden, dass die Kinder ihre traumatischen Erlebnisse entweder umkehrten und ihrerseits „Täter“-Verhalten zeigten oder sie weitere Übergriffe erlebten und in einer „Opferrolle“ verharrten. Die Bezeichnung „Opfer“ ist unter Jugendlichen mittlerweile ein gebräuchliches Schimpfwort, mit dem gedankenlos, schadenfroh oder verächtlich jene tituiert werden, denen Leid geschieht oder die Anzeichen von Schwäche zeigen. „Opfersein“ steht für Hilflosigkeit und Ohnmacht, jene traumatischen Gefühle, die nicht auszuhalten sind und die um jeden Preis abgewehrt werden müssen. Das gilt für Jungen zusätzlich, da diese Gefühle nicht mit den traditionellen Anforderungen der männlichen Geschlechterrolle übereinstimmen. Auch der missbrauchte oder misshandelte Junge will nicht „schwach“ sein, er möchte zu den „Starken“ gehören, denen nichts Leidvolles mehr widerfahren kann. Da er es am eigenen Leib so erfahren und gelernt hat, zieht er seine Stärke vielleicht aus der Erniedrigung anderer und gibt sein Trauma nur weiter, statt es zu verarbeiten.

Diesen – vereinfacht und prototypisch dargestellten – Teufelskreis zu durchbrechen war das Ziel des von der „Aktion Mensch“ unterstützten Projektes „Starke Jungs?!“, das im Januar 2005 im *Bewegungsambulatorium an der Universität Dortmund* ins Leben gerufen wurde. Es richtete sich an insgesamt 40 verhaltensauffällige Jungen, die sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung innerhalb des erweiterten Familienkreises erfahren haben. Mit der Projektidee war die Hoffnung verknüpft, dass das Trauma als prägende Gestalt des Erlebens bei den teilnehmenden Kindern von „Starke Jungs?!“ ein wenig an Bedeutung verlieren könne.

In der vorliegenden Dissertation wird im ersten Teil die Konzeption des dem Projekt zugrundeliegenden Interventionsmodells erläutert. Während meiner Tätigkeiten in der *Elisabeth-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie* sowie im

Bewegungsambulatorium an der Universität Dortmund habe ich festgestellt, dass die körper- und bewegungsorientierte Arbeitsweise den betroffenen Jungen vielfältige Möglichkeiten eröffnet, sowohl korrigierende Körper- und Beziehungserfahrungen zu sammeln als auch ein Gefühl von Stärke zu entwickeln. Bei meiner aktuellen Arbeitsstelle im *Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg Klinik* habe ich hingegen ein breites Wissen über Psychotraumatologie und über die Therapie traumatisierter Menschen erwerben können. So bildet das Interventionsmodell letztlich die Synthese aus meinen bisherigen Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in den Bereichen „Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung“, „Körper- und Bewegungstherapie“ sowie „Traumatherapie“.

Da ein vergleichbar akzentuierter und auf diese Zielgruppe zugeschnittener Ansatz bislang jedoch nicht veröffentlicht worden ist, wird im zweiten Teil der Arbeit die Eignung des entwickelten Interventionsmodells im Rahmen einer Einzelfallstudie (n=4) überprüft. Mit der OPD-KJ (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter, 2003) wurde zur Evaluation ein recht neues diagnostisches Verfahren ausgewählt, das einen theoretischen Bezug zur psychodynamischen Ausrichtung der Intervention aufweist sowie dem breiten Symptombild traumatisierter Kinder Rechnung trägt. Dieses Instrument wurde zur Veränderungsmessung im Rahmen von klinischen Studien bislang noch kaum erprobt. Da seine Anwendung aufgrund der theoriegeleiteten Fundierung und hohen Komplexität geschulten Untersuchern vorbehalten ist, haben sich meine Projektmitarbeiterin Cordula Stobbe und ich bei Prof. Schulte-Markwort, einem der Entwickler der OPD-KJ, in dem Verfahren ausbilden lassen.

Insgesamt gliedert sich die Arbeit in fünf Kapitel:

In Kapitel 1 erfolgt – unter besonderer Berücksichtigung der Kindesmisshandlung – eine Einführung in das Fachgebiet der Psychotraumatologie. Einleitend werden zunächst die historischen Wurzeln der Beschäftigung mit Traumata dargestellt und eine Bestimmung des Traumbegriffs vorgenommen. Anschließend wird auf die psychischen Folgen katastrophentypischer Erfahrungen eingegangen und das breite diagnostische Spektrum der Traumafolgestörungen beleuchtet. Den Abschluss des ersten Kapitels bildet ein Überblick über den aktuellen Stand der Traumatherapie.

Im 2. Kapitel, dem Hauptteil der Arbeit, wird die Entwicklung eines Interventionsansatzes für sexuell und körperlich traumatisierte Jungen unter Bezugnahme auf relevante theoretische Rahmenmodelle erörtert. Neben der Körper- und Bewegungsorientierung wird die psychodynamische Schwerpunktsetzung der Intervention begründet. Auf der Grundlage dieser Überlegungen erfolgt schließlich die Bestimmung der Therapieziele, deren Umsetzung anhand von Praxisbeispielen illustriert wird.

Das 3. Kapitel widmet sich der Planung, wie die Maßnahme zu evaluieren ist. Neben der Wahl des Forschungsansatzes werden das Forschungsdesign und die Erhebungsinstrumente diskutiert sowie die Hypothesen für die quantitative und qualitative Auswertung aufgestellt.

Das 4. Kapitel beinhaltet die Durchführung der Studie anhand von vier ausführlichen Kasuistiken. Hierbei werden nach der Angabe anamnestischer Daten die Ergebnisse der Ein- und Ausgangsdiagnostik dargestellt, der Therapieverlauf beschrieben und Prognosen für die weitere Entwicklung der Kinder gegeben. Abschließend erfolgt eine Gegenüberstellung der Einzelfälle mit Prüfung der in Kapitel 3 aufgestellten Hypothesen.

Die Arbeit endet im 5. Kapitel mit persönlichen Schlussbemerkungen zum Prozess des Entstehens dieser Arbeit sowie zu den Schwierigkeiten, die die Beschäftigung mit einer diffizilen und komplexen Thematik wie „Kindesmisshandlung“ birgt.

1 Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter

Der Begriff „Trauma“ (griechisch: Verletzung, Wunde) stammt ursprünglich aus der Chirurgie und bezeichnet die Schädigung oder Verwundung des Körpers durch äußere Einflüsse. In Abgrenzung dazu beschäftigt sich die Psychotraumatologie mit den seelischen Verletzungen, wenngleich sich für das Verständnis von Ursachen und Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen auf die Analogien aus der somatischen Medizin bezogen werden kann: „Im Rückgriff auf den Zusammenbruch von Organfunktionen, auf Behinderungen (...) und pathologische Narbenbildungen, die bei körperlichen Verletzungen auftreten können, spricht man bei schweren seelischen Verletzungen von einem ‚Zusammenbruch psychischer Funktionen‘, von ‚pathologischen Reaktionen‘, ‚psychosozialen Behinderungen‘ und ‚Symptombildungen‘“ (Riedesser et al. 2007, 289). An dieser Stelle wird zunächst eine allgemeine Einführung in das Fachgebiet unter besonderer Berücksichtigung des sexuellen Missbrauchs und der körperlichen Misshandlung von Jungen vorgenommen.

1.1 Das Trauma

1.1.1 Die Geschichte der Psychotraumatologie

Die neuere Geschichte der Psychotraumatologie begann Ende des 19. Jahrhunderts an der Pariser Salpêtrière. Die von Pierre Janet (1859-1947), einem französischen Philosophen und Psychiater, sowie dem Neurologen Jean-Martin Charcot (1825-1893) dort durchgeführten Hypnoseexperimente bei „hysterischen“ Frauen verwiesen auf einen Zusammenhang zwischen psychopathologischen Auffälligkeiten und traumatischen Erlebnissen, insbesondere in Bezug auf sexuelle Gewalt (vgl. Landolt 2004, Huber 2005a). Die Arbeiten inspirierten den Psychoanalytiker Sigmund Freud (1856-1939), der oft im Hôpital Salpêtrière hospitierte, zu seinen frühen Abhandlungen über Neurosen, deren Entstehung er als Folge von Gewalterfahrungen verstand. „Leider vollzog dieser bekanntermaßen im Jahre 1906 dann eine Kehrtwende seiner Ansichten“ (Huber 2005a, 25) und vertrat von nun an die Auffassung, dass es sich bei den Erinnerungen an den sexuellen Missbrauch nicht um reale, sondern „lediglich um phantasierte Erlebnisse im Rahmen der ödipalen Entwicklungskrise handle“ (Landolt 2004, 16). In der Psychoanalyse wurden in der Folge reale Traumata als Entstehungsbedingungen

für psychische Erkrankungen lange Zeit vernachlässigt. Eine Ausnahme bildeten die Arbeiten des Ungarn Sándor Ferenczi (1873-1933), der seinem Lehrer Freud in diesem Punkt entschieden widersprach: „Vor allem wurde meine schon vorher mitgeteilte Vermutung, dass das Trauma, speziell das Sexualtrauma, als krankmachendes Agens nicht hoch genug angeschlagen werden kann, von neuem bestätigt“ (Ferenczi 1932, zit. nach Bange 2007, 17). Ferenczi war es auch, der als erster die Theorie der „Identifikation mit dem Aggressor“ als Bewältigungsversuch traumatischer Kindheitserfahrungen formulierte (vgl. Hirsch 1996). Auf diesen Aspekt wird in Kapitel 1.2.4 (Jungen explodieren, Mädchen implodieren?) näher eingegangen.

Während der beiden Weltkriege entwickelte sich die Beschäftigung mit schweren Traumatisierungen notwendigerweise weiter. Zunächst wurde der Begriff des „shell shock“ geprägt, mit dem die Belastungssymptome körperlich unversehrter Soldaten als Folge der Explosionserschütterungen beschrieben wurden. Nachdem zunächst angenommen worden war, dass die Symptome durch erschütterungsbedingte Schädigungen des zentralen Nervensystems hervorgerufen wurden, verwarf man diese Hypothese, nachdem die gleichen Symptome auch bei Soldaten beobachtet worden waren, die keine Fronteinsätze absolviert hatten. Eine psychologische Herleitung der Symptome stieß zur damaligen Zeit jedoch auf großen Widerstand, da die Soldaten dem Verdacht der Simulation ausgesetzt waren und ihre „Moral und Motivation“ (Landolt 2004, 17) in Frage gestellt wurde. Das führte dazu, dass die kriegstraumatisierten Soldaten oft diskriminiert wurden.¹ Der Freud-Schüler Abram Kardiner (1891-1981) beschrieb vor dem Hintergrund seiner Beschäftigung mit Überlebenden des zweiten Weltkrieges die psychovegetativen Symptome der Betroffenen und interpretierte diese in Abgrenzung zu rein organischen Erklärungsmodellen als krankhafte neurotische Reaktion („Physioneurose“). Mit dieser Sichtweise „begann im Grunde die moderne Psychotraumatologie“ (Huber 2005a, 29). Allerdings konzentrierte sich die Forschung in der Folge in erster Linie auf unbestreitbare Realtraumata (Kriege, Naturkatastrophen, Folter, Konzentrationslager) und weniger auf innerfamiliäre Beziehungstraumata.

¹ Michaea Huber (2005a) berichtet, dass sie diese Einstellung gegenüber traumatisierten Patienten häufig auch heute noch in psychiatrischen Einrichtungen vorfindet: „Doch es gilt auch hier anzuerkennen, dass es Angehörige des Gesundheitswesens gibt, (...), die erst einmal nicht oder auch: nicht mehr bereit sind, eine PatientIn als in Not geratenen Mitmenschen respektvoll zu behandeln“ (27).

Im Jahre 1952 wurden die nach traumatischen Erfahrungen auftretenden Symptome als „schwere Belastungsreaktion“ im DSM-I² aufgeführt. Diese eher unspezifische Klassifikation erwies sich als wenig hilfreich für die klinische Praxis und Forschung und wurde in der ersten Revision des DSM (1968) wieder fallengelassen. Erst die umfangreichen Befunde der „National Vietnam Readjustment Study“ an Vietnamveteranen führte schließlich zur eindeutigen Klassifikation der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ als eigenständiges Syndrom im DSM-III.

1.1.2 Trauma oder kritisches Lebensereignis?

Der Begriff des Traumas hat längst Eingang in den alltäglichen Sprachgebrauch gefunden. Seine geradezu inflationäre Verwendung zur Beschreibung negativer Lebensereignisse hat dazu geführt, dass die Bedeutung tatsächlicher traumatischer Erfahrungen verharmlost, schlimmstenfalls sogar in Abrede gestellt wird. Was unterscheidet ein negatives Lebensereignis von einem Trauma?

Eine wissenschaftlich anerkannte und oft zitierte Definition stammt von Fischer/Riedesser (2003). Demnach ist ein Trauma „ein vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (12). Wie aus dieser Definition hervorgeht, ist ein Trauma kein objektives, immer pathologisch wirksames Ereignis, sondern „eine Erfahrung, die aufgrund der persönlichen Interpretation des Opfers und seines Entwicklungsstandes sowie seiner konstitutionellen Voraussetzungen überwältigend ist“ (Streek-Fischer 2005a, 92). Das wirft die Frage auf, unter welchen Umständen ein kritisches Lebensereignis zu einem Trauma wird und wie sich daraus ein pathologisches Verhalten entwickelt. Zur Klärung dieser Frage ist der Einbezug entwicklungspsychopathologischer Erkenntnisse notwendig.

² DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen). Ein erstmals (DSM-I) 1952 herausgegebenes Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung). Inzwischen liegt es in der vierten Version vor (DSM-IV).

1.1.2.1 Traumata im Spiegel der Entwicklungspsychopathologie

Die Entwicklungspsychopathologie beschäftigt sich mit „den Ursachen und dem Verlauf individueller Muster fehlangepassten Verhaltens“ (Petermann et al. 2004, 3). Die Ursachen psychischer Erkrankungen sind multifaktoriell bedingt: „Risikofaktoren“ für eine gesunde Entwicklung lassen sich unterscheiden zwischen Faktoren, die sich auf biologische und psychische Merkmale des Individuums beziehen (Vulnerabilität), und Faktoren, die psychosoziale Merkmale der Umwelt des Individuums betreffen (Stressoren) [vgl. Laucht 2006, 54f.]. Nachdem sich die Wissenschaft lange Zeit auf die Erforschung dieser Risikofaktoren konzentriert hatte, wird seit Mitte der achtziger Jahre zunehmend untersucht, wie Menschen trotz widriger Umstände gesund bleiben. Pionierarbeit leisteten die Studien von Werner/Smith (1989), die die Entwicklung eines gesamten Geburt-jahrgangs der Insel Kauai (n=698) über 30 Jahre hinweg verfolgt haben. Mit ihren Beobachtungen an Risikokindern, die sich trotz traumatischer Erlebnisse in der Kindheit gut entwickelten („vulnerable, but invincible“, ebd.), haben sie maßgeblich das Konzept der Resilienz beeinflusst. Resilienz kann mit „Widerstandsfähigkeit“ übersetzt werden, die sich auf Eigenschaften des Kindes (z.B. Temperament), auf positive Bindungserfahrungen in der Familie und auf externale Unterstützungssysteme, die die Kompetenzen des Kindes fördern, zurückführen lässt (vgl. Laucht 2006, 64). Auch die Folgen von Gewalteinwirkungen, Grenzüberschreitungen und anderen seelischen Erschütterungen für die psychische Entwicklung richten sich maßgeblich an den vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren. Aus einer Vielzahl von Längsschnittstudien und retrospektiven Querschnittstudien konnte schließlich folgende Formel abgeleitet werden: „Je mehr Risikofaktoren auftreten, desto mehr Schutzfaktoren werden als Gegengewicht benötigt, um eine positive Entwicklung einzuschlagen“ (Egle/Hoffmann 2000, 6). Die nachstehende Tabelle gibt zusammenfassend einen Überblick über die wichtigsten und empirisch nachgewiesenen protektiven und pathogenen Faktoren:

Protektive Faktoren	Pathogene Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> - Dauerhafte gute Beziehung zu mind. einer Bezugsperson - sicheres Bindungsverhalten - Großfamilie - Überdurchschnittliche Intelligenz - robustes, aktives Temperament - internale Kontrollüberzeugungen - soziale Förderung 	<ul style="list-style-type: none"> - niedriger sozialökonomischer Status - Arbeitslosigkeit der Eltern - außerfamiliäre Unterbringung - chronische Disharmonie - unsicheres Bindungsverhalten - Scheidung/Trennung der Eltern - chronische Krankheiten in der Familie - Jungen vulnerabler in Kindheit - Mädchen vulnerabler in der Adoleszenz

Dar. 1.1: Pathogene und protektive Faktoren für die psychische Entwicklung

Die Wucht, mit der eine potenziell traumatisierende Situation einen Menschen trifft, ist nicht nur von den Risiko- und Schutzfaktoren und dem Ausmaß der Traumatisierung, sondern ferner von dem Entwicklungsstadium, in dem sich der Betroffene befindet, abhängig:

„Was für ein Kleinkind traumatisierend sein kann, z.B. die abrupte, längerfristige Trennung von zentralen Bezugspersonen, ist für einen Adoleszenten zu bewältigen; was einen Jugendlichen schwer erschüttern kann, z.B. Zeuge eines Massakers zu werden, ist für einen Säugling nicht belastend, sondern fällt, weil er das Geschehen noch nicht kognitiv erfassen kann, ins ‚affektive Nichts‘“ (Riedesser et al. 2007, 280).

Für das Verständnis der Entstehung einer traumatischen Situation kann die entwicklungspsychopathologische Matrix von Riedesser/Fischer (2003) herangezogen werden: Auf der Grundlage des psychodynamischen Paradigmas der Entwicklungspsychologie (A. Freud, E. Erikson) entwickelten die beiden Autoren einen Referenzrahmen, in dem sowohl die entwicklungs- und situationsabhängigen Entstehungsbedingungen eines Traumas als auch die in der Folge entwickelten Symptome sowie die eingeleiteten Interventionen nebeneinander dargestellt und in Beziehung gesetzt werden können (vgl. Riedesser et al. 2007, 281). Dazu ein Beispiel aus der klinischen Praxis:

	Entwicklungsaufgaben	Entwicklungsschwierigkeiten	Traumatische Situationen	Bewältigungsversuche	Symptomatik	Intervention	Prävention
Säugling							
Kleinkind							
Vorschulkind	Eintritt in den Kindergarten	keine	Unfall, Tod der Eltern	Funktioniert normal	Nächtliches Schreien	keine	Pflegefamilie
Schulkind	Einschulung	keine			Leichte Bindungsstörung	Stat. Psychotherapie	
Jugendliche/r							
junge/r Erwachsene/r							

Dar. 1.2 (oben) und Dar. 1.3 (unten):
 Paula und Saphira. Anwendungsbeispiele für den
 „Entwicklungspsychopathologischen Referenzrahmen“
 (in Anlehnung an: Riedesser et al. 2007)

	Entwicklungsaufgaben	Entwicklungsschwierigkeiten	Traumatische Situationen	Bewältigungsversuche	Symptomatik	Intervention	Prävention
Säugling							
Kleinkind							
Vorschulkind							
Schulkind	Einschulung	keine	Unfall, Tod der Eltern	Dissoziation	Flashbacks, Wiedererleben	Amb. Psychotherapie	Pflegefamilie
Jugendliche/r	Präpubertät	Extreme Verweigerung	Neue Pflegefamilie	Regression	Schwere Bindungsstörung	Stat. Psychotherapie	
junge/r Erwachsene/r							

beim Zeitpunkt des Unfalls gerade eingeschult worden. Nach dem traumatischen Ereignis zeigte sie schwere dissoziative Symptome, redete kaum und zog sich weit in ihre eigene Welt zurück. Nachts wachte sie oft auf, schrie panisch und ließ sich über mehrere Stunden nicht beruhigen. Mit zunehmender Dauer wurde Saphira ihrer Umwelt gegenüber immer aggressiver. Die Pflegeeltern fanden keinen Zugang zu dem Mädchen und fühlten sich überfordert. Nach drei Jahren wechselte Saphira ohne ihre Schwester in eine andere Pflegefamilie, in der sie sich deutlich wohler fühlte. Hier zeigte sie stark regressive Tendenzen und ein anklammerndes Bindungsverhalten. Sie „klebte“ an den neuen Pflegeeltern, war oft krank und mied soziale Aktivitäten.

Beide Mädchen haben in ihren ersten Lebensjahren stabile und verlässliche Bindungen durch fürsorgliche Erwachsene erfahren und das „Urvertrauen“ (vgl. Erikson 1973) entwickeln können. Der plötzliche Verlust beider Elternteile wurde von den Geschwistern sehr unterschiedlich verarbeitet. Dem zweijährigen

Die Geschwister Paula (6) und Saphira (10) kommen vier Jahre nach einem schweren Verkehrsunfall, bei dem die leiblichen Eltern ums Leben kamen, in stationäre psychotherapeutische Behandlung. Nach dem Unfall wurden die Mädchen, die selbst fast unverletzt blieben, gemeinsam in einer Pflegefamilie untergebracht. Paula, damals 2,5 Jahre alt, zeigte bis auf schreckhaftes Aufwachen in der Nacht keine posttraumatischen Symptome. Sie fand sich gut in der Pflegefamilie zurecht und nahm rasch intensive Bindungen auf. Paula besucht nun die 1. Klasse und ist ein aufgeschlossenes, fröhliches Mädchen mit einem gewinnenden Charme, das im Alltag bis auf ein leicht distanzloses Bindungsverhalten keine gravierenden sozial-emotionalen Auffälligkeiten aufweist. Ihre Schwester Saphira hingegen war

Mädchen war es aufgrund seiner positiven Bindungsrepräsentanzen (vgl. Bowlby 1975) möglich, rasch und unkompliziert Beziehungen zu ihren Pflegeeltern aufzunehmen und sich – zumindest vordergründig – fast vollkommen normal zu entwickeln. Das „Todeskonzept“ (vgl. Piaget/Inhelder 1983) der sechsjährigen Saphira hingegen war zu diesem Zeitpunkt bereits soweit differenziert, dass ihr die Irreversibilität des Todes und damit das ganze Ausmaß der Tragödie bewusst war. Für die Bewältigung dieser Situation war demnach die bewusste und unbewusste *Interpretation* durch die traumatisierten Mädchen entscheidend: „Sie bestimmt Auswahl und Einsatz von Bewältigungsstrategien und ist entscheidend dafür, ob eine Belastung zu Symptomen führt, die auch über längere Zeiträume anhalten können“ (Riedesser 2006, 162). Für das Verständnis der Schwere der Belastung nach kritischen Lebensereignissen sind neben den individuellen Voraussetzungen des Opfers jedoch auch die Ereignisse selbst von Bedeutung. Davon handelt der nächste Absatz.

1.1.2.2 Typologie von Traumata

Von der amerikanischen Psychiaterin Leonore Terr (1991) stammt die Differenzierung zwischen Typ I- und Typ II-Traumata: Menschen können demnach durch ein einmaliges Ereignis (Typ I: „Schocktrauma“) oder durch wiederholte oder oft sogar vorhersehbare Geschehnisse (Typ II) traumatisiert werden. Ferner wird zwischen „man-made disasters“ (von Menschen hervorgerufene Katastrophen) und „natural disasters“ (Naturkatastrophen) unterschieden. Riedesser (2006) stuft das Traumatisierungspotenzial der verschiedenartigen Erlebnisse wie folgt ein: „(...) von Menschen verschuldete Unfälle haben ein höheres Potential, ein Kind seelisch zu verletzen, als Naturkatastrophen, jedoch ein geringeres als Kriegsgreuel oder Aggressivität oder Mißbrauch innerhalb der Familie“ (161). Weinberg (2006, 23) hat folgende Klassifikation traumatischer Ereignisse vorgenommen:

URSACHE		einmalige	anhaltende →
Naturkatastrophen		z. B. Erdbeben, Überschwemmung	daraus resultierender Heimatverlust und Verarmung
Man-made Disaster	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

Dar. 1.4: Klassifikation traumatischer Ereignisse (Quelle: Weinberg 2006, 23)

Körperliche und seelische Verletzungen, die Kindern von ihren Eltern oder engen Bezugspersonen zugefügt werden, sind demnach besonders schwerwiegend. Dies ist auch der Zusammenfassung von Huber (2005a, 75) zu entnehmen: Äußerst schwere Traumareaktionen sind ihr zufolge zu erwarten nach Ereignissen und Bedingungen,

- ❑ die sehr lange dauern und sich häufig wiederholen;
- ❑ die das Opfer mit schweren körperlichen Verletzungen zurücklassen;
- ❑ die vom Opfer schwer zu verstehen sind;
- ❑ die zwischenmenschliche Gewalt beinhalten;
- ❑ bei denen der Täter ein nahestehender Mensch ist;
- ❑ bei denen das Opfer den Täter mochte (mag);
- ❑ bei denen das Opfer sich mitschuldig fühlt;
- ❑ die sexuelle Gewalt beinhalten;
- ❑ nach denen niemand dem Opfer beigestanden hat und
- ❑ nach denen niemand mit dem Opfer über die Tat geredet hat.

Die besondere Schwere von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung eines Kindes im Rahmen eines chronischen Beziehungstraumas ist offensichtlich, im Folgenden werden diese Aspekte vertieft.

1.1.3 Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung

Kindesmisshandlung (Sexueller Missbrauch, Gewalt, Vernachlässigung) in Familien ist ein großes gesellschaftliches Problem. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts wurde diese Tatsache negiert, stattdessen wurde folgende Ansicht vertreten:

Die Mütter herzten ihre Kinder, und die Väter scherzten und ließen ihnen die notwendige Strenge angedeihen, alles zusammen war aber gut. Die bekanntgewordenen Ausnahmen, die Kindsmörderinnen und Blutschänder, gehörten entweder überhaupt nicht der menschlichen Art an („Unmenschen“) oder sie waren Produkte der unteren sozialen Schichten, bei denen die Höhe des Menschentums ohnehin nicht so recht erreicht war“ (Egle et al. 1996, VII).³

Längst ist bekannt, dass Kindesmisshandlung ein Phänomen aller gesellschaftlichen Schichten ist und bei Betroffenen die Ursache tiefen Leids darstellt. Wesentliche Aspekte des sexuellen Missbrauchs und der körperlichen Misshandlung sollen im Folgenden ausgeführt werden.

1.1.3.1 Sexueller Missbrauch

„Sexueller Missbrauch ist ein gesellschaftliches Phänomen; meistens entsprechen die Berichte der Kinder der Wahrheit.“

„Sexueller Missbrauch an Kindern ist in den seltensten Fällen Realität; überwiegend handelt es sich um Lügengespinste.“

Diese beiden Zitate stammen nicht nur von ein- und derselben Person, sondern datieren auch aus dem gleichen Jahr. Als Sigmund Freud 1886 seine Hospitation bei Charcot in Paris beendete und nach Wien zurückkehrte, tat er dies mit „umfassenden Informationen und widersprüchlichen Interpretationen über die Zusammenhänge von Sexualität, Hysterie und Lüge“ (Krutzenbichler 2000, 115). Der bis heute anhaltende Disput um Bagatellisierung des Themas auf der einen und Überschätzung auf der anderen Seite findet in den Thesen Freuds seinen Ursprung. In der Psychoanalyse hat die Thematik des sexuellen Missbrauchs (ein Begriff, der von Freud kreiert wurde) eine Vielzahl von heftigen Kontroversen ausgelöst, in denen sich viele Phänomene des sexuellen Missbrauchs an sich wiederfinden, wie z.B. Verleugnung, Schweigegebote und das Ausnutzen einer

³ Öffentliches Aufsehen erregte in den sechziger Jahren der Fall des Metzgergesellen Jürgen Bartsch, der zwischen 1962 und 1966 im Ruhrgebiet vier Jungen sadistisch missbrauchte und tötete. Während seiner zehnjährigen Haft entstand im Briefaustausch zwischen ihm und dem amerikanischen Schriftsteller Paul Moor ein beeindruckendes und beklemmendes Selbstportrait des als „Bestie von Langenberg“ und „Teufel in Menschengestalt“ bezeichneten Bartsch (Paul Moor: „Opfer und Täter. Das Selbstbildnis des Jürgen Bartsch“).

Autoritätsstellung. Die Verleugnung des realen Missbrauchs von Kindern gipfelte in der Aussage des Analytikers Karl Abraham, der glaubte, den Nachweis führen zu können, „daß in einer großen Anzahl von Fällen das Erleiden des sexuellen Traumas vom Unbewußten des Kindes gewollt wird, daß wir darin eine Form infantiler Selbstbestätigung zu erblicken haben“ (Abraham 1907, zit. nach Krutzenbichler 2000, 119). Abraham stritt das Vorkommen sexueller Kontakte zwischen Erwachsenen und Mädchen⁴ damit nicht ab, erklärte sich diese aber mit Hilfe der von Freud vertretenen Verführungstheorie⁵. Dessen Konzept der Gegenübertragung wurzelt ebenfalls in der Debatte um sexuellen Missbrauch: Freuds Schüler C.G. Jung hatte, wie viele Analytiker der ersten Generation (Otto Rank, Rene Allendy, Ernest Jones, Otto Groß), eine seiner Patientinnen (Sabina Spielrein) während der Analyse sexuell missbraucht, was er 1909 auf Druck der Patientin und seiner eigenen Ehefrau öffentlich zugeben musste. Freud unterstützte Jung in dieser Angelegenheit, indem er den sexuellen Missbrauch als Gegenübertragung auf die Liebe der Patientin („Übertragungsliebe“) erklärte. Erst 1915 brachte er, nach einigen Jahren des Ringens um einen festen Standpunkt, unmissverständlich zum Ausdruck: „Die Kur muß in der Abstinenz durchgeführt werden“ (Freud 1915, zit. nach Krutzenbichler 2000, 120).

Der knappe Abriss der Geschichte um die Debatte des sexuellen Missbrauchs in der Psychoanalyse scheint an dieser Stelle erforderlich, da er die Diskussion bis heute prägt. Zwei zentrale Aspekte sind nach wie vor Gegenstand scharf ausgetragener Kontroversen:

- Die Aufteilung der Welt in Opfer und Täter, Verteidiger und Angreifer, Gläubige und Zweifler, wodurch Parteilichkeit zum zentralen Thema der Auseinandersetzung wird (vgl. Richter-Appelt 1995, 85).
- Die einerseits diffamierenden Bewertungen der Opfer („Hysterikerinnen“) und der Täter („Dämonen“) und andererseits ihre Idealisierung bzw. Exkulpation.

Eine seriöse Betrachtung, die den „Opfer“-Anteil der Täter und auch die Beteiligung der Opfer mit berücksichtigt, sieht sich in der emotional aufgeladenen Debatte schnell den Anfeindungen des einen oder anderen Lagers ausgesetzt.

⁴ Jungen wurden zum damaligen Zeitpunkt als Opfer sexuellen Missbrauchs nicht wahrgenommen.

⁵ Richter-Appelt (1995) verweist mit Blick auf die ihres Erachtens überzogene und teilweise ungerechtfertigte Kritik an der Rolle Freuds darauf, dass es sein Verdienst war, dass die Bedeutung der kindlichen Sexualität für die psychische Entwicklung bekannt wurde (59f.).

Definition und Zahlen

Bange (2007) definiert den sexuellen Missbrauch an Jungen als „jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Jungen entweder gegen seinen Willen vorgenommen wird oder der Jungen aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Jungen zu befriedigen“ (24f.). Diese Definition wird als „weite“ Definition verstanden, da sie auch Handlungen ohne unmittelbaren Körperkontakt einschließt. Engere Definitionen erklären erst sexuelle Handlungen, die direkt am Kind vorgenommen werden, oder bei der die Kinder gezwungen werden, sexuelle Handlungen am Körper des Erwachsenen vorzunehmen, als sexuellen Missbrauch. Outsem (1993, 22) fordert, dass sich jeder Autor bei seiner Veröffentlichung klar zu einer Definition äußern sollte. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff des sexuellen Missbrauchs in seiner engen Definition benutzt. Diese Entscheidung enthält keine Bewertung, da unbestritten z.B. auch die erzwungene Zeugenschaft altersunangemessener sexueller Handlungen missbräuchlich und potenziell traumatisierend ist. Alle Teilnehmer des Projektes „Starke Jungs?!“ haben jedoch als „kleinsten gemeinsamen Nenner“ Schädigungen unmittelbar am Körper erfahren, die ihnen von engen Bezugspersonen zugefügt wurden. Präziser ist es daher, den Terminus „sexuell missbrauchte Jungen“ zu konkretisieren und von Jungen zu sprechen, die Handlungen mit körperlichem Sexualkontakt durch bedeutend ältere Bezugspersonen erfahren haben. Dazu zählen Penetration, Masturbation, Oralverkehr und das als „fondling“ (Outsem 1993, 21) bezeichnete Betasten und Streicheln von Geschlechtsteilen.

Die Erhebung von Zahlen zum sexuellen Missbrauch unterliegt erheblichen forschungsmethodischen Schwierigkeiten, wie z.B. der Frage der Definition (eng oder weit), der Auswahl der Stichprobe sowie der Form der Fragestellung (vgl. Bange 2007, 31). Wie die aktuellen Enthüllungen im Zusammenhang mit den Missbrauchs- und Misshandlungsfällen in der katholischen Kirche deutlich belegen, muss zudem insbesondere bei Jungen von einer sehr hohen Dunkelziffer ausgegangen werden, die seriöse Daten über das Ausmaß des sexuellen Missbrauchs an Jungen kaum erlaubt. Die in verschiedenen Dunkelfelduntersuchungen ermittelten Prävalenzraten liegen, bezogen auf die Zielgruppe Jungen,

bei 5–10% (bei Mädchen 15–20%) (s. ebd., 36). Boehme (2002) geht aufgrund internationaler Dunkelfeldstudien von einer Prävalenzrate von 3–30% aus.

Bei Teegens Untersuchung (1992) missbrauchter Erwachsener (n=576) lag der Anteil weiblicher Opfer bei über 90%, die Täter hingegen waren zu 89% männlich. Demgegenüber stehen aktuelle Zahlen, die den Anteil der Jungen als Opfer sexuellen Missbrauchs bei 20–25% sehen, manche Autoren gehen von bis zu 50% aus (vgl. Schnack/Neutzling 2000). Jegliche Schätzungen sind schwierig, da viele Jungen es vermeiden, ihre Erfahrungen mitzuteilen und Hilfe zu ersuchen. Tun sie es trotz ihrer Scham- und Schuldgefühle dennoch, treffen sie oft auf Angehörige und professionelle Berater/Therapeuten, die den Schilderungen der Jungen entweder nicht glauben können oder nicht glauben wollen. Jungen werden als Opfer bis heute sehr wenig wahrgenommen. Diese Wahrnehmungsblockade kann verschiedene Gründe haben:

- Viele Jungen berichten emotionslos von dem Erlebten. Die vermeintliche Teilnahmslosigkeit schürt Zweifel an der Glaubwürdigkeit, dabei ist der Mangel an Emotionen häufig ein Hinweis auf ihre dissoziative Abspaltung.
- Die Wehrhaftigkeit der Jungen wird überschätzt, der mit dem sexuellen Missbrauch fast immer einhergehende emotionale Missbrauch unterschätzt.
- Der Missbrauch durch Frauen wird tabuisiert. Was zwischen Vater und Tochter als sexualisiert gelten würde, gilt zwischen Mutter und Sohn oft als „Mutterliebe“.
- Jungen bagatellisieren das Erlebte häufig. Insbesondere der Missbrauch durch Frauen wird als erste heterosexuelle Erfahrung, als „Einführung in die körperliche Liebe“, reinterpetiert.

Im Vergleich zu Mädchen werden mehr Jungen von Menschen missbraucht, die nicht zum erweiterten Familienkreis gehören. Schätzungen zufolge (vgl. Bange 2007, 37) werden 50% der Jungen von Bekannten aus dem außerfamiliären Nahraum missbraucht (Lehrer, Priester, Erzieher, Freunde der Eltern, Trainer) und etwa 25% durch Unbekannte. Ca. 25% der Täter sind innerfamiliäre Bezugspersonen.

1.1.3.2 Körperliche Misshandlung

Misshandlungen von Säuglingen und Kindern wurden bis in die späten fünfziger Jahre für ein selten vorkommendes Phänomen gehalten und in der Fachliteratur nur selten beschrieben (vgl. Riedesser 2006, 160). Das änderte sich mit den erstmals 1962 veröffentlichten Studien von Ruth Kempe aus Denver zum „battered child syndrom“. Mit einiger Verspätung erreichte die Diskussion um körperliche Züchtigungen von Kindern Deutschland und hält bis heute an. Zum 08.11.2000 trat das von der rot-grünen Regierung auf den Weg gebrachte Gesetz zur Ächtung von Gewalt in der Erziehung in Kraft: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig“ (§1631 II BGB). Dass dieses Gesetz sehr umstritten ist, zeigen nicht nur die Gegenstimmen von CDU/CSU, sondern auch die Äußerungen vieler Eltern, Pädagogen, Psychologen und Ärzte, die den Standpunkt vertreten: „Ein Klaps hat noch keinem geschadet“. In genau diesem Spannungsfeld bewegt sich eine hitzig geführte Diskussion, die anhand eines Beispiels aus eigener Praxis illustriert werden soll:

Eine 33-jährige Patientin, die zusammen mit ihrem 4-jährigen Sohn in stationärer psychotherapeutischer Behandlung ist, stürmt empört in mein Büro und fordert mich auf, als „pädagogischer Leiter“ Stellung zu beziehen zu der Aussage einer Mitpatientin, die einen „Klaps auf den Po“ als „Gewalt“ bezeichnet hatte. Die Frau ist völlig außer sich und ahmt immer wieder die Bewegung nach, mit der sie ihren Sohn diszipliniert hatte. „Das Kind braucht ab und zu eine Grenze, das tanzt einem doch sonst auf dem Kopf rum! Die spinnt doch, das ist doch keine Gewalt – Gewalt ist, wenn man mit dem Kochlöffel geschlagen wird oder mit dem Gürtel, bis man grün und blau ist!“ Im weiteren Verlauf konnte die Patientin den Zusammenhang zwischen der selbst erfahrenen Gewalt in der Kindheit durch ihre Mutter (mit dem Gürtel, mit dem Kochlöffel) und ihrer aktuellen Erregung etwas besser erkennen.

In diesem Fallbeispiel taucht neben der Frage nach der Definition von Gewalt und dem „Züchtigungsrecht“ der Eltern auch ein mögliches Erklärungsmodell für die Entstehung von Kindesmisshandlungen auf. Diesen beiden Aspekten soll im Folgenden nachgegangen werden.

Definition



Dar. 1.5: „Schläge sind doch keine Prügel“
(Quelle: www.hodenwald.de)

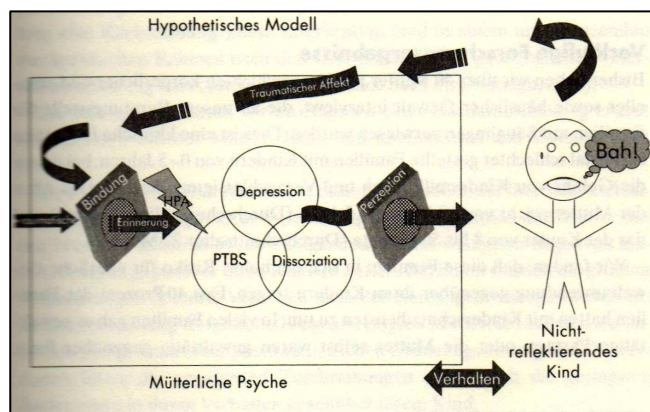
„Mit körperlicher Mißhandlung sind Schläge oder andere gewaltsame Handlungen (Stöße, Schütteln, Verbrennungen, Stiche usw.) gemeint, die beim Kind zu Verletzungen führen können“. Während es nach Engfers Definition (2000, 27) ausreicht, dass die körperlichen Angriffe zu Verletzungen führen können, fordert der amerikanische

Professor und Experte für elterliches Disziplinierungsverhalten, Robert Larzelere, im Interview mit der Zeitschrift „Verhaltenstherapie“ (2010) eine differenziertere Betrachtungsweise: „Misshandlung ist die schwerste Form körperlicher Bestrafung, aber Hauen ist eindeutig etwas anderes. (...) Demnach ist (...) Schlagen eine Form der körperlichen Bestrafung, die physisch nicht verletzend ist, eine Verhaltensänderung anstrebt und mit der flachen Hand auf die Extremitäten oder den Hintern ausgeführt wird“ (ebd.). Die selbst bei Experten uneindeutige Haltung spiegelt sich auch in einer Untersuchung aus dem Jahre 2008 wider: 39% aller deutschen Eltern glaubten, dass ihnen nach deutschem Recht ein „Klaps auf den Po“ erlaubt sei, immerhin 25% befanden dies für eine „leichte Ohrfeige“, 7% für eine schallende Ohrfeige und 3% für eine Tracht Prügel (vgl. Trunk 2010). Insgesamt jedoch ist die Auffassung, dass Gewalt ein geeignetes Erziehungsmittel sei, bei deutschen Eltern gegenüber früheren Jahrzehnten rückläufig (vgl. ebd., 14). Genaue statistische Angaben über das tatsächliche Ausmaß von Kindesmisshandlung sind schwer zu ermitteln. Dunkelfeldstudien gehen davon aus, dass zwischen 50 und 66% aller deutschen Eltern ihre Kinder schlagen (vgl. Engfer 2000, 27). Jungen scheinen etwas häufiger von körperlicher Misshandlung betroffen zu sein als Mädchen.

Erklärungsmodelle

Gewalt gegen Kinder sei heutzutage überwiegend „ein Ausdruck elterlicher Hilflosigkeit und Verzweiflung, nicht ihrer Pädagogik“, vermutet Weinberg (2006, 72). Das gilt zumindest für schwere körperliche Gewalt: Trunk (2010) stellt in ihrem Aufsatz („Kindesmisshandlung: Ein Abriss“) ein „Pfadmodell für schwere

Körperstrafen“ vor, das aus einer Untersuchung (n=4474) von Eltern aus Deutschland, Schweden, Österreich, Spanien und Frankreich gewonnen wurde. Zwei Erkenntnisse lassen sich aus diesem Modell eindeutig gewinnen: Zum einen stellt das Rechtsbewusstsein um das Verbot schwerer Körperstrafen einen protektiven Faktor bezüglich Gewalt gegen Kinder dar, zum anderen ist die in der Kindheit selbst erlebte Gewalt *der* entscheidende Risikofaktor für spätere Gewalttätigkeit gegen die eigenen Kinder. „Kriminologische Untersuchungen zeigen, dass Kinder aus gewaltbelasteten Familien eine stärkere Neigung zu aggressivem Verhalten aufweisen“ (ebd., 17). Der Weg für eine transgenerationale Weitergabe der Gewalt im Sinne eines „Gewaltzyklus“ ist gebahnt und es bedarf sekundärpräventiver und therapeutischer Hilfen, um diesen Teufelskreis zu unterbrechen. Hilfreiche An-



Dar. 1.6.: Hypothetisches Modell zur Erklärung der Transmission gewaltbedingter Traumata (Quelle: Schechter 2006, 227)

satzpunkte liefert dafür das unter psychotraumatologischer Perspektive von Schechter (2006) entworfene hypothetische Modell zur Erklärung der Transmission gewaltbedingter Traumata, das psychopathologische und sozial-situationale Erklärungsmodelle miteinander verknüpft. Demnach rufen die

vom Kind ausgehenden Stresssignale wie Schreien, Angst, Wut oder Trauer traumatische Erinnerungen bei der Mutter hervor, werden durch ihre eigenen Beziehungserfahrungen „gefiltert“ und treffen dann auf die posttraumatische Symptomatik. Die wiederum führt dazu, dass die Signale des Kindes verzerrt (nämlich als gewalttätig, beherrschend oder gefährlich) wahrgenommen werden und sich die Mutter defensiv gemäß diesen Zuschreibungen verhält, was beim Kind die Gefahr chronischer Verhaltensauffälligkeiten erhöht und den Teufelskreis weiter aufrecht erhält. Die so entstehende Hilflosigkeit mündet in Gewaltausbrüche, die die Endpunkte eskalierender Interaktionen zwischen der überforderten Bezugsperson und dem verhaltensauffälligen Kind markieren. Interventionen bei den Bezugspersonen können aus der Aufarbeitung der eigenen

Kindheitsgeschichte bestehen oder in einem „Feinfühligkeitstraining“, in dem die Eltern lernen, die Signale des Kindes richtig zu entschlüsseln.

1.1.3.3 Kindesmisshandlung als Bindungstrauma

„Eine der traumatisierendsten Erfahrungen für ein Kind ist das Erleben von sexueller Gewalt durch eine Bindungsperson oder eine Person, die durch ihre Fürsorgestellung in einer solchen Position ist, wie etwa Lehrer, Erzieher, Pfarrer, Gruppenleiter“ (Brisch 2006, 111).

An dieser Stelle soll der Frage nachgegangen werden, warum ausgerechnet Gewalt durch Bindungspersonen eine solch psychotoxische Wirkung entfaltet. In diesem Zusammenhang muss auf die immense Bedeutung der Bindungsforschung für die Entwicklung der Psychotraumatologie hingewiesen werden. Sie ist untrennbar verknüpft mit dem Namen des englischen Psychiaters und Psychoanalytikers John Bowlby (1907-1990). Die Kernaussage der von ihm entworfenen Bindungstheorie lautet, dass der Entwicklung der frühen Bindungsprozesse zwischen dem Säugling und den primären Bezugspersonen eine entscheidende Bedeutung für die psychische Entwicklung zufällt. Bei einem gelungenen Bindungsprozess entwickelt das Kind ein „inneres Arbeitsmodell einer sicheren Basis“, ein internes Schema des Verhältnisses zwischen seinem Selbst und anderen Bindungsobjekten. Daraus entwickelt sich die „Bindungsrepräsentanz“, die bestimmt, mit welcher „inneren Landkarte“ von Beziehungen der Mensch in Kontakt zu anderen Menschen tritt.⁶

Missachtung und Missbrauch der Bindungsbedürfnisse eines Kindes *durch eine Bezugsperson* führen zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses des Kindes und erhöhen die Komplexität und Schwere des Geschehens maßgeblich. Romer/Riedesser (2004) haben sowohl das Ausmaß des Traumas als auch die Bindungsnähe zwischen Täter und Opfer in ihrer Typologie des Beziehungstraumas „Sexueller Missbrauch“ berücksichtigt und anschaulich dargestellt:

⁶ Zur Geschichte und Beschreibung der Bindungstheorie muss ansonsten an dieser Stelle auf die sehr umfangreiche Literatur verwiesen werden (Grundlagenwerke: Bowlby 1975, Grossmann 2003).



Dar. 1.7: Typologie des Beziehungstraumas (Quelle: nach Romer/Riedesser 2004, 50)

Die Schwere eines Beziehungstraumas ist entscheidend auf das Ausnutzen der kindlichen Bedürfnisse nach einer verlässlichen dyadischen Beziehung und nach Zärtlichkeit sowie auf die damit einhergehende Zerstörung des Urvertrauens zurückzuführen. In der Regel bleibt bis zum Erkennen – in sehr vielen Fällen auch danach – der sexuellen oder körperlichen Misshandlung der Bindungskontext erhalten. „Dies bedeutet, daß das Kind durchaus etwa den Vater als Bindungsperson für sich selbst und seine Geschwister erleben kann, während es in der Mißhandlungssituation den Vater als jemanden erlebt, der seine Position als Vertrauensperson für die eigenen Bedürfnisse ausnutzt und für die Signale der Abwehr und des Widerstandes von Seiten des Kindes nicht empfänglich ist. (...) Das hinterläßt einen unlösbaren Bindungskonflikt“ (Brisch 2006,111). Ein ehemaliger Schüler der Odenwaldschule veranschaulicht diesen Konflikt, indem er auf die Frage, ob er Hass verspüre, wenn er an seine Missbraucher denke, mit Blick auf den ihn missbrauchenden, aber dennoch geliebten Musiklehrer resigniert antwortet: „Da ist diese Wärme drin, die ich nicht weg kriege“ (Quelle: www.hodenwald.de).⁷

⁷ Streek-Fischer (2010) verweist unter Bezugnahme auf das Stockholm-Syndrom darauf, dass auch ein Opfer sexuellen Missbrauchs oder körperlicher Misshandlung, das dem Täter nicht entkommen kann, diesen als Versorger und Beschützer wahrnimmt: „Unter Bedrohung wird Freundlichkeit anders wahrgenommen als unter normalen Bedingungen. Kleinste Freundlichkeitsbeweise verbinden sich mit Vorstellungen besonderer Nähe und Zuwendung“ (164).

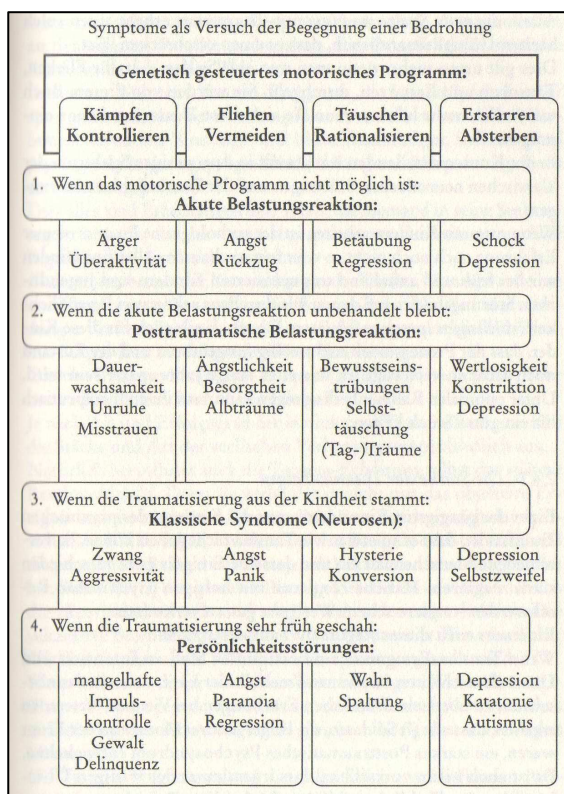
Weitere Auswirkungen von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung durch Bindungspersonen werden unter psychodynamischen Gesichtspunkten in Kapitel 2.2 erörtert.

1.2 Die Folgen des Traumas

Die Folgen traumatischer Erfahrungen werden im Allgemeinen differenziert nach

- ❑ Akuten Belastungsreaktionen, die im unmittelbaren Anschluss an die Traumasituation auftreten (Kurzzeitfolgen),
- ❑ Anpassungs- und posttraumatischen Belastungsstörungen (Mittel- bis Langzeitfolgen) und
- ❑ Andauernden Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung (Langzeitfolgen).

Diese Differenzierung erscheint schlüssig und leicht nachvollziehbar im Hinblick auf Monotraumata, die dem Menschen zu einem bestimmtem Zeitpunkt seines Lebens widerfahren. Schwieriger sind die Folgen bei frühen und langanhaltenden



Dar. 1.8: Vom Notfall zur Pathologie
(Quelle: Heinerth 2003, 36, zit. n. Weinberg 2005, 41)

Traumatisierungen zu klassifizieren, da in dem Fall bereits die Strukturentwicklung negativ beeinflusst wird. Heinerth (2003, 36, nach Weinberg 2005) hat diesen Aspekt in seiner Darstellung der Folgen von Traumata berücksichtigt (Dar. 1.8). In dem Schaubild erklärt er, wie sich Zustände („states“) zu andauernden Persönlichkeitscharakteristika („traits“) entwickeln können. Das Schaubild liest sich Spalte für Spalte von oben nach unten. Beispiel: Ein Kind erlebt, dass die Mutter heftig vom Vater verprügelt wird. Es „wählt“ die Methode Flucht und begibt sich in das Kinderzimmer. In der Folge zieht es sich angstvoll

aus dem Familiengeschehen zurück und wird von Alpträumen geplagt. Geschah das Trauma im frühen Alter und hielt es lange an, so ist mit der Entwicklung einer Angststörung zu rechnen. Ein anderes Kind reagiert in der gleichen Situation mit Kampf: es will die Mutter beschützen und greift den Vater an, kann gegen dessen Übermacht aber nichts ausrichten. Es reagiert mit vermehrter Unruhe und Aggression. Um die Entstehung ähnlicher Situationen rechtzeitig antizipieren und vermeiden zu können, kommt es zu einer Dauerwachsamkeit. Das Kind begibt sich in ständige Kampfbereitschaft, die jederzeit aktiviert werden kann. Dauerhaft ist, ohne ausreichende Bearbeitung der Traumata, mit der Entstehung dissozialer und delinquenter Verhaltensweisen zu rechnen.

Im Folgenden sollen die akuten und die posttraumatischen Belastungsreaktionen näher ausgeführt werden. Da das Augenmerk dieser Arbeit auf sexuell missbrauchten und körperlich misshandelten Kindern liegt, wird nach der Darstellung der allgemeinen posttraumatischen Belastungssymptome auf die Folgen dieser spezifischen Erfahrungen eingegangen.

1.2.1 Vom Notfall zur Pathologie

In einer traumatischen Situation wird der Mensch mit einem extremen äußeren Stressor (Gewalt, Lebensbedrohung) konfrontiert. Es kommt dabei zu einer Überflutung mit aversiven, also „feindlichen“ Reizen, die das Stammhirn in Millisekunden beantworten muss. Ein „Umweg“ über das Großhirn, wo im Nicht-Notfall Informationen verarbeitet und Entscheidungen getroffen werden, würde zu lange dauern und eine vitale Gefährdung bedeuten (s. ausführlich: Kap. 2.3.1: „Körper und Trauma“). Zwei vom Stammhirn gesteuerte Notfallinstinkte, mit denen der Organismus auf eine äußere Bedrohung reagiert, sind der „Kampf“ (fight) und das „Fliehen“ (flight). Bei einer dritten Notfallreaktion, der „Täuschung“, versucht die angegriffene Person, die Bedrohung abzuwehren oder zu entschärfen, indem sie durch übertriebene Freundlichkeit oder Unterwürfigkeit beim Aggressor eine „Beißhemmung“ auslöst – vergleichbar mit einem kleinen Welpen, der sich auf den Rücken wirft und sich dem bedrohenden ausgewachsenen Hund fiepsend ausliefert (vgl. Weinberg 2006, 30). Gelingt es, sich über den einen oder den anderen Weg aus der Situation zu befreien und die Bedrohung abzuwenden, wird die Erfahrung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht als Trauma gespeichert. Stehen dem Betroffenen diese Möglichkeiten aufgrund situativer oder personaler Bedingungen jedoch nicht zur Verfügung, bleibt als

letzter Ausweg das „Einfrieren“ (freeze). Beim „Einfrieren“ wird versucht, sich durch „geistiges Wegtreten“ von den überwältigenden Gefühlen zu entfremden. „Es ist, als wenn das Gehirn sich sagt: Ich bringe den Organismus nicht erfolgreich aus der Situation heraus, und ich kann den aggressiven Impuls nicht äußerlich niederringen – also muss ich genau dies intern tun: Ich mache den aggressiven Reiz unschädlich und erlaube dem Organismus, sich innerlich davon zu distanzieren“ (Huber 2005a, 43). In dem Augenblick, in dem die Lähmung eintritt und innerlich alles erstarrt, wird das Ereignis zum Trauma.

Exkurs: Dissoziation

Dissoziation kommt als Überlebensstrategie in unerträglichen Lebenssituationen zum Einsatz. Sie bezeichnet den teilweisen oder völligen Verlust des Empfindens und der Wahrnehmung. Die Körperempfindungen werden abgespalten. Der Strom des Bewusstseins wird unterbrochen, wodurch das Erinnerungsvermögen schwer beeinträchtigt wird. Vereinzelt sind später Erinnerungsfragmente verfügbar, doch kann keine zusammenhängende Geschichte über das Ereignis erzählt werden. Traumatisierte Menschen sind aus diesem Grund in der Regel zutiefst verunsichert, ob ihnen das Trauma „wirklich passiert“ ist oder ob sie sich das nicht doch „nur einbilden“. Wird Dissoziation als Möglichkeit erkannt, emotional unerträgliche Wahrnehmungen und Erfahrungen zu bewältigen, kann sich diese Bewältigungsstrategie dauerhaft verfestigen. Streek-Fischer (1999) hat dafür den Begriff der „Seelenblindheit“ geprägt: Viele traumatisierte Menschen verfügen über die Fähigkeit, sich trotz schwerer Traumata scheinbar unauffällig zu entwickeln. Sie haben das Leiden dissoziiert und funktionieren vordergründig perfekt, sind aber „seelisch abgetaucht“ (vgl. Weinberg 2006, 107) und lassen sich nur schwer erreichen. Dieses auch als „numbing“ (Gefühlstaubheit) bezeichnete Verhalten hat den Sinn, den Organismus vor einer erneuten Überwältigung durch innere und äußere Reize zu schützen.

Das Kämpfen, Fliehen, Täuschen und Einfrieren sind unmittelbare *Traumareaktionen*. Es handelt sich um Notfall-Bewältigungsstrategien für unerträgliche Lebenssituationen. Bleiben diese unverarbeitet, können sich die akuten Traumareaktionen chronifizieren und zu Traumaschemata weiterentwickeln, d.h., die in der Notsituation genutzten Bewältigungsstrategien werden zu Strategien, die sich über weite Teile des gesamten Lebens ausbreiten (“states become traits“). Im

Zusammenhang mit dem sexuellen Missbrauch von Kindern wird darauf in Kap. 2.2 noch ausführlicher eingegangen.

1.2.2 Traumasymptome bei Erwachsenen und Kindern

Akute Belastungsreaktionen (wie Schock, Betäubung, Rückzug) sind zunächst normale Reaktionen auf unnormale Situationen. Bei vielen Menschen aber, denen katastrophenartige Erlebnisse widerfahren sind, bleiben dauerhafte seelische und körperliche Schäden zurück. Wenn diese in Verhaltensweisen zum Ausdruck kommen, die ohne das traumatische Ereignis nicht aufgetreten wären, wird von einer „Traumafolgestörung“ gesprochen. In den beiden Diagnosehandbüchern ICD-10⁸ und DSM-IV⁹ werden diese Symptombildungen unter den Diagnosen „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung“ (ICD-10: F43) bzw. „Akute Belastungsstörung“ (DSM-IV) aufgeführt. Für die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)“ müssen diese Symptome über einen Monat andauern und eine klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen hervorrufen. Die Symptomtrias der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ besteht aus den drei Bereichen Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung:

Intrusives Wiedererleben: Das traumatische Erlebnis wird von der Person (in Alpträumen oder flashbacks) auf belastende Weise wiedererlebt. Dabei können nur belastende Gedanken auftreten, oder die Person kann während des Wiedererlebens nicht unterscheiden, ob es sich um Realität oder Illusion handelt (Pseudohalluzinationen). Reize, die an das Trauma erinnern (Triggerung), lösen schweres Leid aus.

Vermeidung und reduzierte emotionale Reagibilität: Die Betroffenen vermeiden alles, was mit dem Trauma in Verbindung gebracht werden könnte. Die Personen leiden an emotionaler Abgestumpftheit, haben ein geringeres Interesse an vorher als wichtig empfundenen Aktivitäten. Entfremdungsgefühle (von anderen Menschen, von den eigenen Gefühlen) können auftreten.

⁸ „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“.

⁹ „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“.

Vegetative Übererregtheit: Die Patienten zeigen erhöhte Reizbarkeit und Wut sowie eine Steigerung der Vigilanz (übermäßige Wachsamkeit). Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und übertriebene Schreckreaktionen sind häufige Symptome.

An der Beschreibung der Symptomatik wird deutlich, dass hier ein breites differentialdiagnostisches Feld besteht: Das Symptombild der PTBS weist mit dem anderer psychischer Erkrankungen erhebliche Schnittmengen auf. Im Erwachsenenbereich gilt dies insbesondere für das Spektrum der Persönlichkeitsstörungen (und hier vor allem für die sogenannte Borderline-Störung), bei Kindern und Jugendlichen für die Störungen des Sozialverhaltens. Hoffmann/Besser (2006) vermuten, dass die Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland unterdiagnostiziert werden: „Besonders Störungen mit Konzentrationsproblemen, einer Hyperaktivitätsstörung sowie externalisierendem aggressivem Verhalten im Schulalter können einen posttraumatischen Hintergrund haben“ (199).

Die Psychologin Dorothea Weinberg (2006) hat die Traumasymptome erwachsener Menschen denen von Kindern gegenübergestellt (s. Dar. 1.9). Auf

Allgemein gültig	Spezifisch für Kinder
Übererregung	
Schlafstörungen Reizbarkeit und Wut Konzentrationschwierigkeiten Hypervigilanz Übertriebene Schreckreaktionen	Nächtliches Aufwachen Angst vor dem Zubettgehen Hyperaktivität Ungehorsam und Aggressivität Extreme und schnelle Stimmungswechsel Provokation von körperlichen Strafen und anderen Schmerzen
Wiedererleben	
beständig traumabezogene Affekte Intrusive Erinnerungen Träume mit wiedererkennbarem Inhalt Reinszenierungen im Handeln	Posttraumatisches Spiel Wiederinszenierung im Spiel Alpträume mit/ohne spezifischen Inhalt
Vermeiden	
Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen, Aktivitäten, Erinnerungen Vermindertes Interesse Entfremdungsgefühle Eingeschränkte Affekte Eingeschränkte Körperwahrnehmung Hoffnungslosigkeit	Abflachung der allgemeinen Reagibilität Eingeschränkte Spielfähigkeit Vermeiden von Ruhephasen Sozialer Rückzug Verlust von Entwicklungsfähigkeiten Regression Leben in heilen Phantasiewelten Gefühl ständiger Langeweile und Leere

Dar. 1.9: Gegenüberstellung der PTBS-Symptomatik bei Erwachsenen und Kindern (Quelle: Weinberg 2006, 105)

der linken Seite ist die PTBS-Symptomatik gemäß ICD-10 dargestellt, die sich jedoch an den Zuständen orientiert, die man ab dem Jugendalter findet, während auf der rechten Seite die Symptomatik dargelegt wird, wie sie spezifisch für Kinder ist. In Abhängigkeit vom Alter treten die Symptome der drei übergeordneten Symptombereiche Übererregung, Wiedererleben und Vermeidung in verschiedenen Variationen auf (vgl. Levine/Kline 2004, 64). Zeichen von

Übererregung zeigen sich bei Kleinkindern z.B. durch untröstliches Weinen, bei Grundschulkindern durch hyperaktives Verhalten und bei Jugendlichen durch Selbstverletzung oder durch den Gebrauch psychotroper Substanzen. Van der Kolk (2005) schlägt vor, für die nächste Auflage des DSM die Diagnose der „Traumatischen Entwicklungsstörung“ einzuführen, um Kinder mit frühen und lang anhaltenden Traumatisierungen besser erfassen zu können, da sich deren Symptomatik durch die traumabedingte Beeinflussung der Entwicklung deutlich von den PTBS-Symptomen unterscheidet. Als mögliche Leitsymptome beschreibt er fünf Bereiche von Dysregulationen bei früh und chronisch traumatisierten Kindern:

- Affekte (Defizite in der Affektregulation)
- Körper (Somatisierungstendenzen)
- Verhalten (mangelnde Impulskontrolle)
- Denken (negative Gedankenkreisläufe)
- Beziehungsgestaltung (Bindungsstörungen)

Es ist davon auszugehen, dass die Einführung der Diagnose der „Traumatischen Entwicklungsstörung“ im DSM-V zu einem steilen Anstieg der traumabezogenen Diagnosen im Kindes- und Jugendalter führen würde.

1.2.3 Folgen von Missbrauch und Misshandlung

Das Symptombild misshandelter und missbrauchter Kinder ist vielfältig und unterschiedlich „laut“. „Neben charakteristischen Verletzungsspuren (...) sind es vor allem die unter dem Bild verschiedener Verhaltensauffälligkeiten und psychosomatischer Störungen verborgenen Folgen der Misshandlung, die oft schwer zu erkennen und zu interpretieren sind“ (Bürgin/Rost 2000, 163). Dazu zählen tiefgreifende Entwicklungsstörungen ebenso wie Verhaltens- und emotionale Störungen.

Peter Levine (2004), einer der bekanntesten amerikanischen Forscher zum kindlichen Trauma, hat zusammen mit Maggie Kline eine Liste von Auffälligkeiten zusammengestellt, die auf einen sexuellen Missbrauch hindeuten können. Um die Folgen, die sich auf der Verhaltensebene möglicherweise einstellen, zu skizzieren, eignet sich diese Aufstellung besser als eine Auflistung möglicher Diagnosen nach sexuellem Missbrauch. Die Entwicklung einer bestimmten psychischen Erkrankung ist von vielen weiteren Bedingungen

abhängig und kann in den seltensten Fällen monokausal auf den Missbrauch zurückgeführt werden. „Fast jedes bekannte kinderpsychiatrische Störungsbild kann in Verbindung mit Missbrauch auftreten“ (Fegert 1992, 82). In Anlehnung an Levine/Kline (2004, 96f.) sind als mögliche Anzeichen für sexuellen Missbrauch zu benennen:

- Sexualisierte Aktivitäten: Altersunangemessene sexuelle Handlungen wie Zungenküsse, Nachahmen des Geschlechtsverkehrs, Einsetzen sinnlicher Gesten gegenüber Erwachsenen, öffentliches Masturbieren, Berühren der Genitalien Erwachsener u.ä.
- Sozialer Rückzug: Wenn das Kind sich von anderen Kindern oder von Erwachsenen zurückzieht, es verstummt und soziale Aktivitäten meidet, trägt es vielleicht ein Geheimnis in sich, über das zu reden dem Kind verboten wurde.
- Körperliche Auffälligkeiten: Brennen, Juckreiz und Schmerzen im Genitalbereich; Ausfluss und Symptome von Geschlechtskrankheiten; Bauch- und Unterleibsschmerzen; Kopfschmerzen.
- Regressives Verhalten: Daumenlutschen; Bettnässen; Schlaf- und Essstörungen.
- Dissoziative Symptome: Verträumtheit; Rückzug in die eigene Welt; Konzentrationsprobleme; Amnesien.
- Persönlichkeitsveränderungen: unvermittelte Stimmungswechsel; chronische Reizbarkeit; extreme Scheu.
- „Komische“ Fragen oder Aussagen: „Ich möchte kein Ministrant mehr sein“; „Angelinas Papa trägt Unterhosen mit Bärchen drauf“; „Was bedeutet es, wenn (...) ein Mann jemand anderem seinen Penis in den Mund steckt?“ (ebd., 96).

Der häufig gezogene Rückschluss, wonach ein Kind mit sekundärer Enuresis sexuell missbraucht ist, ist genauso unzulässig wie der Ausschluss eines Missbrauchs, wenn keine der genannten Symptome auftreten. Insbesondere dissoziative Symptome sind schwer zu erkennen und nicht selten werden die Folgen traumatischer Ereignisse erst viele Jahre später sichtbar (sleeper effect).

Das Verhalten körperlich misshandelter Kinder ist ebenfalls nicht nur durch die spezifische Traumatisierung, sondern durch ihre gesamte Lebens- und Beziehungssituation geprägt. „Eine die Mißhandlung beweisende psychische

Symptomatik existiert nicht“ (Motzkau 2000, 63). Hinweise auf eine körperliche Misshandlung ergeben sich aus (vgl. ebd.):

- körperlichen Verletzungen (Hämatome, Schwellungen, Schürfwunden, Verbrennungen und Verbrühungen);
- aggressiven Verhaltensweisen (eruptive Durchbrüche, Affektinkontinenz);
- Rückzug und Ängstlichkeit;
- eingeschränkter Selbstwahrnehmung; Störung des Körperschemas; auto-destruktiven Tendenzen;
- Hospitalismussymptomen (besonders bei Säuglingen);
- Sprachentwicklungsverzögerungen;
- verminderten intellektuellen Leistungen.

Im Hinblick auf die Symptomatik nach Missbrauch und Misshandlung zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Jungen entwickeln häufiger externalisierte Verhaltensweisen (sexualisiertes acting-out, Fremdaggressionen) als Mädchen. Dem Aspekt der geschlechtsspezifischen Verarbeitung traumatischer Erfahrungen soll im kommenden Kapitel nachgegangen werden.

1.2.4 „Jungen explodieren – Mädchen implodieren?“¹⁰

Schon in der Bedrohungssituation sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten: Frauen neigen eher zu Flucht-, Männer eher zu Kampfreaktionen (vgl. Huber 2005a, 42). Tatsächlich scheinen sich diese unmittelbaren Bewältigungsversuche auch in den dauerhaften Verarbeitungsstrategien abzuzeichnen: Jungen entwickeln eher „laute“ Symptome wie Hyperaktivität (Verhältnis Jungen zu Mädchen 6:1) und dissoziales Verhalten (3:1), Mädchen eher „leise“ Symptome wie Depressionen (2:1 Mädchen) und Essstörungen (ca. 15:1) (vgl. Schnack/Neutzling 2000). Auch Huber hat beobachtet: „Traumatisierte Jungen neigen dazu, gewalttätig gegen andere zu werden“ (2005c). Demnach ist das steuernde Gefühl bei Jungen die Wut, bei Mädchen die Angst? Möglicherweise hängt das jedoch mehr mit der Art der Traumatisierung zusammen: Jungen und Männer berichten häufiger über „Kampftraumata“ als Frauen, Mädchen und

¹⁰ Unter diesem Titel hielt Michaela Huber auf der BKJ-Tagung im Mai 2005 einen Vortrag über die geschlechtsspezifische Verarbeitung traumatischer Erfahrungen.

Frauen häufiger über sexuelle Traumata. Kommt es bei Jungen zum sexuellen Missbrauch, dann eher durch außerfamiliäre Täter (vgl. Kap. 1.1.3.1), bei Mädchen und Frauen ist der (sexuelle) Täter in der Regel eine enge Bindungsperson. Werden Jungen jedoch durch ihnen bekannte Menschen sexuell missbraucht, sind ihre Kampfmöglichkeiten durch die emotionale Bindung zu den Tätern ebenso eingeschränkt wie die der Mädchen. Der dänische Autor Jensen (2004) beschreibt die dann notwendige „Flucht nach innen“ sprachlich sehr anschaulich, Olivier Ka (Dar. 1.10) liefert die Bilder dazu:



Dar. 1.10: „Ich rühre mich nicht“ (Quelle: Ka 2006, 54)

„Seine Hände tasten im Dunkeln herum, und er wird immer erregter. Er sagt, ich solle ihn anfassen, aber ich habe keine Lust dazu. Er bettelt immer weiter, bis ich schließlich ganz still liege, ohne etwas zu sagen. Mein Körper ist steif wie ein Brett. Ich versuche, so zu tun, als ob ich schlafe. Überlege, ob ich ein wenig schnarchen soll, damit es echter wirkt, oder es besser lasse“ (91, zit. n. Bange 2007, 27).

Möglicherweise ist die Fähigkeit zur Aktivierung des genetischen Notfallprogramms „Kampf“ abhängig von der Bindungsnähe zum Täter (ohne oder nur wenig), vom Kräfteverhältnis (körperlich überlegen) sowie

vom Macht- oder Abhängigkeitsverhältnis (keines). Die Gefühle des Ausgeliefertseins, der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Scham und Angst dürften sich bei Opfern sexuellen Missbrauchs zwischen Jungen und Mädchen jedoch zunächst nur graduell unterscheiden. Erst mit zunehmendem Alter steigen bei Jungen mit der Kraft auch die Möglichkeiten, die erlittene Gewalt nach außen zu richten, sich zu rächen und die benannten Gefühle aus der Traumasituation weiterzugeben, um sie selbst nicht mehr spüren zu müssen. Die „unmännliche“ Opferseite in ihnen (schwach und ängstlich) wird durch unruhig-aggressives und „hyperphallisches“ (Dammasch 2010, 75) Verhalten abzuwehren versucht. Dabei kommt es zur Identifikation mit dem Aggressor. Anna Freud verstand diesen Vorgang als

„Abwehrmechanismus, der das gekränkte Ich durch Identifikation mit dem mächtigen Aggressor, der eher imitiert wird, wieder aufrichtet“ (Hirsch 2000, 127). Ferenczi benutzt diesen Begriff in einem anderen Kontext:

Es ist eher eine Unterwerfung, ein Akzeptieren des traumatischen Systems, ein introjektives Hineinnehmen des Täters, der dadurch – weil er ja auch lebensnotwendig gebraucht wird – „gut“ bleiben kann, ein liebender Vater zum Beispiel, während das Böse, das ja in der traumatischen Gewalt enthalten ist, in das Kind bzw. das Opfer gelangt. Dort wirkt es fortan selbstwerterniedrigend und regelmäßig Schuldgefühle verursachend, das Opfer empfindet das Schuldgefühl, das der Täter nicht haben kann“ (ebd.).

Beide Sichtweisen sind für das Verständnis traumatisierter Jungen wichtig:

1. Die „unmännliche“ Opferseite wird als schwach und hilflos abgewehrt, indem es zu betont männlichen, aggressiven Reaktionsbildungen kommt. Aus der Erniedrigung des Opfers kann eine Selbstwertbestätigung abgeleitet werden.
2. Die Gefühle des Verrats und Vertrauensverlustes, wenn der Aggressor ein nahestehender Mensch ist, werden durch die Identifikation mit dem Täter abgewehrt. Dessen abgespaltene Schuld- und Schamgefühle werden dadurch in sich aufgenommen.

Während der Misshandlungszyklus bei körperlicher Gewalt bereits dargelegt wurde und die Neigung der Jungen, erlittene Gewalt gegen andere zu richten (40% der jugendlichen Straftäter, n=324, wurden in ihrer Kindheit misshandelt; vgl. Bange 2007, 81) ebenso offenkundig wie unstrittig ist, bleibt die Frage, ob auch sexuell missbrauchte Jungen tatsächlich so häufig vom Opfer zum Täter werden, wie allgemein vermutet wird. Bange (vgl. ebd.) stellt fest:

- Fast alle Kinder – besonders Jungen –, die andere Kinder zu sexuellen Handlungen zwingen, sind sehr häufig bzw. fast immer selbst betroffen.
- Zwischen 20 und 80% aller jugendlichen Täter waren selbst Opfer sexueller Gewalt.
- 29% der polizeilich erfassten erwachsenen Kindesmissbraucher gaben an, in ihrer Kindheit selbst sexuell missbraucht worden zu sein.

Diese Zahlen lassen mit steigendem Alter der Missbrauchstäter einen abfallenden Zusammenhang zwischen erlittenen und weitergegebenen sexuellen Traumatisierungen erkennen. Allerdings können im Laufe der Zeit auch die Erinnerungen

verblasst oder die Geschehnisse gänzlich dissoziiert sein. Bei Selbstauskünften erwachsener Täter mag zudem die Scham, ein Opfer sexuellen Missbrauchs geworden zu sein, zu dessen Verleugnung führen. Dennoch ist die Entstehung von Täterverhalten durch eine Vielzahl von Faktoren (Jungensozialisation, soziale Probleme, Vernachlässigung, sexualisiertes Familienklima) bedingt, von denen der selbst erfahrene Missbrauch nur ein Aspekt ist. Bange weist darauf hin, dass möglicherweise sogar gerade das Erleiden eines eigenen Missbrauchs davor schützt, anderen Menschen Gewalt anzutun (ebd., 82). Er lässt in seinem Buch („Sexueller Missbrauch an Jungen“) viele betroffene Männer zu Wort kommen, die die These „Vom Opfer zum Täter“ als diffamierend empfinden, zumal viele Männer mit vermeintlich untypischen Symptomen wie Depression und Suizidalität reagieren. Außerdem gibt es auch Männer, die wiederholt zum Opfer werden und/oder ihren Missbrauch reinszenieren. Damit wird das Phänomen bezeichnet, bei dem Missbrauchsoffer in einer Art Wiederholungszwang die zuvor immer wieder enttäuschten Sehnsüchte nach Geborgenheit, Nähe und Wärme erneut in missbräuchlichen Beziehungskonstellationen mit Tätern zu stillen versuchen. Dahinter steht möglicherweise der Glaube, nun selbst die Kontrolle über das Geschehen zu haben – weil *sie* es ja sind, die die Situation aktiv herstellen. Auf einer unbewussten Ebene kann zudem der Wunsch mitschwingen, die ursprüngliche traumatische Situation wiederzuerleben – in der Hoffnung auf einen nunmehr glücklichen Ausgang (vgl. Suesske 2001). Doch trotz dieser berechtigten Einwände gegen pauschale Vorurteile kann nicht ignoriert werden, dass der erfahrene Missbrauch nicht nur einen erheblichen Risikofaktor für die Entwicklung einer Opferidentität, sondern auch für eine eigene Täterschaft darstellt.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sexuell missbrauchte und körperlich misshandelte Jungen bei unzureichenden Schutzfaktoren unangepasste Verhaltensmuster entwickeln, die als verfestigte Bewältigungsstrategien verstanden werden können. Da Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch im erweiterten Familienkreis ausgesprochen selten einmalige Ereignisse sind (vgl. Romer/Riedesser 2004) und in sogenannten Multi-Problem-Familien mit vermehrten Risikofaktoren häufiger vorkommen, ist die Gefährdung für entsprechend

traumatisierte Kinder, psychisch zu erkranken, sehr hoch. Die banale Erkenntnis, dass Traumata krank machen, ruft die Frage nach geeigneten Therapieansätzen hervor.

1.3 Die Therapie des Traumas

Analog zur Psychotraumatologie unterlag die Traumatherapie einem ständigen Wechsel von Phasen der Weiterentwicklung und Phasen der Verleugnung und der Verdrängung. Die sich mit der Zeit durchsetzende Erkenntnis, dass Erfahrungen von Kriegen, Naturkatastrophen, Unfällen, Entführungen auf der einen und zwischenmenschlicher Gewalt auf der anderen Seite bei den Betroffenen ähnliche Symptome erzeugen, schuf eine breite Basis für die Entwicklung einer Behandlung posttraumatischer Symptome. Für die Anwendung bei Erwachsenen liegen inzwischen eine Reihe kontrollierter klinischer Studien vor, die die Effektivität traumatherapeutischer Verfahren belegen (vgl. Hoffmann/Besser 2006, 176). Diese Evidenzbasierung hat zur Entstehung von Leitlinien geführt, die für die Arbeit mit traumatisierten Menschen richtungsgebend sind. Folgende Grundlagen sind charakteristisch für alle therapeutischen Ansätze im Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. ebd., 176 f.):

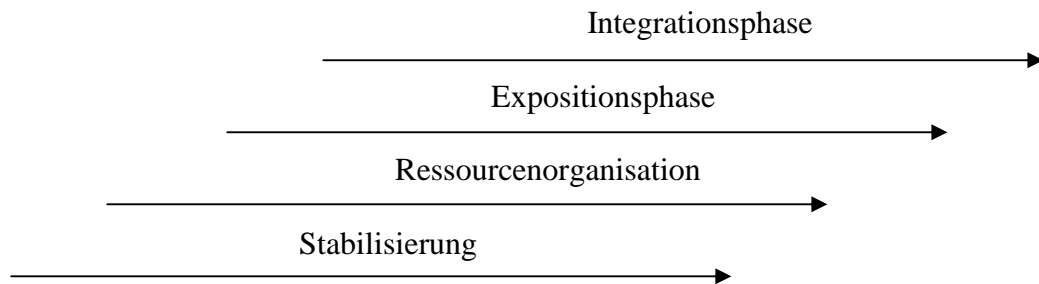
1. Die Notwendigkeit von therapeutischen Phasen.
2. Der Wert einer sicheren therapeutischen Beziehung.
3. Die Unterstützung der Selbstheilungskräfte der Patienten.

Der Wert einer sicheren therapeutischen Beziehung wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch mehrfach thematisiert. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich zunächst auf das Phasenmodell der Traumatherapie sowie auf den Aspekt der Selbstheilungskräfte.

1.3.1 Die vier Phasen der modernen Traumatherapie

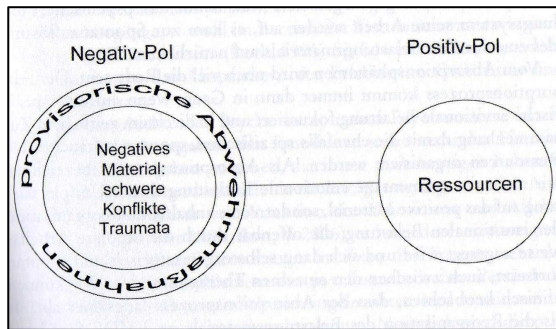
Die integrative, d.h. die Grenzen therapeutischer Schulen überschreitende Traumatherapie gliedert sich in die Phasen *Stabilisierung*, *Exposition (Traumadurcharbeitung)* und *Integration*. Dieses dreischrittige Vorgehen in der Behandlung von Traumata basiert im Wesentlichen auf Judith Herman (1994) und wurde seitdem vielfach adaptiert und weiterentwickelt. Um die besondere Bedeutung der Selbstheilungskräfte hervorzuheben, hat Plassmann (2007) der Ressourcen-

organisation eine eigene Phase zugeordnet, so dass sich für die Therapie traumatischer Störungen folgender Ablauf ergibt:



Dar. 1.11: Das 4-Phasen-Modell der stationären Psychotherapie (Quelle: nach Plassmann 2007, 62)

Die Grafik veranschaulicht, dass sich die Phasen nicht starr aneinander anschließen, sondern eher ineinander übergehen, wobei die Arbeit der früheren Phasen während des ganzen Prozesses im Hintergrund weiterläuft. Bevor jedoch die einzelnen Phasen näher beschrieben werden, sind zuvor wesentliche Prämissen der modernen Traumatherapie zu verdeutlichen. Plassmann (2007) bezeichnet die Erkenntnis, „dass Heilung ein selbstorganisatorischer Vorgang ist“ (27), als „Geburtsstunde der modernen Traumatherapie“ (ebd.). Wie bereits dargelegt wurde, kann ein Trauma als Ungleichgewicht zwischen Belastungsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten des betroffenen Menschen beschrieben werden. Unter Berücksichtigung des *Prinzips Selbstorganisation* wäre ein Trauma dadurch gekennzeichnet, dass das innerpsychische Heilungssystem unter der Wucht der Ereignisse zusammengebrochen ist und das Traumageschehen die Verarbeitungsressourcen der Person zum Erliegen gebracht hat. Therapie hätte so gesehen die Aufgabe, den psychischen Selbstheilungsapparat wieder zu aktivieren. In dem Zusammenhang muss Therapie dem Menschen dabei helfen, den Heilungsprozess zwischen den Belastungen und den Ressourcen neu anzustoßen. Damit ist das *Prinzip der Bipolarität* benannt. „Heilungsprozesse scheinen nur in Gang zu kommen bei gutem Kontakt zu dem, was man Ressourcen nennt“ (ebd., 33). Diese Ressourcen bilden als salutogenetische Persönlichkeitsanteile das Gegengewicht zum emotionalen Belastungsmaterial. Bei unverarbeiteten traumatischen Erlebnissen bildet sich um dieses „Traumamaterial“ (vgl. ebd.) ein Ring kompensatorischer Abwehrmaßnahmen (s. Dar. 1.12), die im vorigen Abschnitt als Traumabewältigungsstrategien bezeichnet wurden. Diese Symptome traumatisierter Menschen können als „psychobiologisch



Dar. 1.12: Das bipolare Prinzip der Traumatherapie (Quelle: Plassmann 2007, 35)

sinnvoller Selbsthilfeversuch verstanden werden“ (Riedesser 2006, 168), der dem Zweck dient, die traumatischen Erfahrungen zu verarbeiten oder deren Wiederholung zu verhindern. Gleichzeitig sind diese Strategien aber auch „Abkömmlinge“ des Traumas, durch die ein Heilungs-

prozess blockiert wird. Ein Großteil der Energie traumatisierter Menschen fließt dann nämlich in die Versuche, sich „das Trauma vom Hals“ zu halten, wie Huber (2005b, 91f.) es formuliert.

In der *Stabilisierungsphase* steht die Kontrolle über diese dysfunktionalen Muster und die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbststabilisierung im Mittelpunkt der Behandlung. Das Erkennen und Kontrollieren der dysfunktionalen Muster ist notwendig, „weil sie immer nur kurzfristig helfen und wegen ihrer engen Verwandtschaft zum belastenden Material den negativen Bereich ständig vergrößern“ (Plassmann 2007, 34). Die Fähigkeit zur Selbstberuhigung muss erworben werden, damit die mit dem Trauma assoziierten starken emotionalen Belastungen von Übererregung eigenständig reguliert werden können. Die eigenen Gefühle steuern zu können und damit erneuten „Überflutungen“ vorzubeugen, bedeutet eine Rückgewinnung von Kontrolle und Sicherheit. Dafür stehen eine Vielzahl von Imaginations-, Achtsamkeits- und Atemübungen zur Verfügung, z.B. „Sicherer Ort“, „Innere Helfer“, „Innerer Garten“ oder die „Tresorübung“ (ausführlich s. Huber 2005b, 91-127).

In der *Phase der Ressourcenorganisation* steht die Stärkung der salutogenetischen Persönlichkeitsanteile im Mittelpunkt der Behandlung. Dabei können sowohl auf vorhandene Ressourcen (Sport, Kultur, Intellekt, Humor, Entspannung, Kontakt zu Tieren, Sexualität, Spiritualität, Malen, Musizieren, Schreiben, Reisen etc.) zurückgegriffen als auch neue Fähigkeiten ergänzend aufgebaut werden. „Sorgfältige Ressourcenorganisation bringt die Patientinnen mit ihren eigenen Kraftquellen in Verbindung“ (Plassmann 2007, 71).

In der *Expositionsphase* wird Kontakt mit dem traumatischen Belastungsmaterial aufgenommen. Die Auseinandersetzung mit dem Schrecken und den Schmerzen

des Erlebten soll den Patienten ermöglichen, Abgespaltenes zu integrieren und es damit eindeutig der Vergangenheit zuzuordnen. Huber (2005b) warnt jedoch davor, die Wiederbegegnung mit dem Trauma im Rahmen einer Traumaexposition mit „Traumatherapie“ gleichzusetzen: „99,9 Prozent der Traumabehandlung besteht aus anderen Maßnahmen, vor allem Stabilisierung, Ressourcenaktivierung und ein Gezielt-in-Distanz-Bringen des Traumamaterials. Nur etwa die Hälfte aller komplex traumatisierten Menschen sind so zu stabilisieren, dass überhaupt eine geplante Exposition stattfinden kann“ (Kluft 1997, zit. nach ebd., 237). Die wesentlichen Elemente der Traumakonfrontationsphase sind (vgl. Reddemann/Sachsse 2000, 385):

- geplantes und gezieltes Aufsuchen der Traumata
- gesteuertes Begegnen mittels bewußt herbeigeführter Dissoziation/Assoziation
- Abreaktion
- innerer Trost

Als Durcharbeitungsstrategien der klassischen psychotherapeutischen Schulen sind die Reizüberflutungs- und Konfrontationstherapien aus der Verhaltenstherapie sowie das „freie Assoziieren“ der Psychoanalyse bekannt. Beide Ansätze gelten für die Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen für ungeeignet, schlimmstenfalls wirken sie überflutend und führen zu einer Retraumatisierung (Huber 2005b, 244 f.). Ebenso fragwürdig sind erlebnisaktivierende Verfahren, die einen schnellen Erfolg versprechen und häufig mit Ideen von Katharsis einhergehen, wie das „Rebirthing“, die „Urschrei-Therapie“ oder die „Familienaufstellung“ nach Bert Hellinger. Zwei schulenübergreifende Vorgehen haben sich für die Durcharbeitung von traumatischen Erfahrungen hingegen bewährt:

1. Das EMDR (Shapiro 1998)
2. Die Screen-Technik (Putnam 1989, Reddemann/Sachsse 1996)

Die Entstehung der EMDR-Methode (**E**ye **M**ovement **D**esensitization und **R**eprocessing) ist einer eher zufälligen Beobachtung von Francine Shapiro aus dem Jahre 1987 zu verdanken. Sie registrierte während eines Spaziergangs, wie sich unter schnellen, bilateralen Augenbewegungen ihre hohe emotionale Belastung zunehmend verminderte und schließlich verschwand. In den ersten Versuchen mit Bekannten, später mit den ersten Testpersonen, induzierte Shapiro durch horizontale Bewegungen mit ihren Händen vor den Augen der Betroffenen

diese (bei ihr selbst spontan aufgetretenen) Augenbewegungen und konnte feststellen, dass sich die Belastungen dadurch auflösen ließen. Diese Ergebnisse konnten in späteren kontrollierten Studien (vgl. van der Kolk et al. 1997) repliziert werden, wobei die genaue Wirkungsweise bis heute ungeklärt ist. Das EMDR ist eine äußerst invasive Methode, durch die starke emotionale Reaktionen hervorgerufen werden können. Die Anwendung ist speziell ausgebildeten Therapeuten vorbehalten.

Die Traumasyntese mithilfe der Bildschirmtechnik (Reddemann/Sachsse 1996, Huber 2005b) stellt eine weitere, besser zu dosierende und deshalb etwas „sanftere“ Technik dar, dem Trauma gezielt wiederzubegegnen. Wie beim EMDR gilt auch hier, dass nur Belastungen von verarbeitbarer emotionaler Stärke reprozessiert werden dürfen. Das erfordert ein schrittweises Vorgehen mit wiederholten Pausen, die zur Stabilisierung und Ressourcenaktivierung genutzt werden sollen.

Die vierte und letzte Phase der Traumatherapie, die *Integrationsphase* (oder auch: *Neuorientierungsphase*), ist „eine Phase des Trauerns und des Neubeginns“ (Reddemann/Sachsse 2000, 288). Es ist ein Trauern über das u.U. lange verleugnete schlimme eigene Schicksal und geht meistens einher mit dem Verlust der Illusion von fürsorglichen Bindungspersonen. Oft werden auch die durch das Trauma verursachten Einschränkungen auf die bisherige Lebensführung betrauert. In dem Zusammenhang nimmt die Arbeit an Scham- und Schuldgefühlen viel Raum ein (vgl. ebd.). In der Integrationsphase werden des weiteren neue Lösungsmöglichkeiten für die zu erwartenden Belastungssituationen im Alltag entwickelt. „Eine gut verlaufende Neuorientierungsphase wird daran erkennbar, dass die Balance zwischen Ressourcen und antizipierten Belastungen stets zu Gunsten der Ressourcen ausfällt“ (Plassmann 2007, 77). Gelingt es dem Patienten am Ende der Therapie, auf diese – zuvor verschütteten – Fähigkeiten wieder zurückzugreifen, kann von einer erfolgreichen Therapie gesprochen werden.

1.3.2 Traumatherapeutische Verfahren bei Kindern

Interventionen bei traumatisierten Kindern können in der Einzeltherapie, der Gruppentherapie, der Familientherapie sowie in der Pharmakotherapie ansetzen (vgl. Landolt 2004). Der Einsatz von Psychopharmaka erfolgt trotz mangelnder Evidenzbasierung meistens begleitend zu einer psychotherapeutischen Maßnahme,

nach einer amerikanischen Studie (Cohen et al. 2001) führten 95% der ärztlichen Therapeuten bei Kindern mit posttraumatischen Belastungssymptomen eine Pharmakotherapie durch. In der Praxis (zumal bei komplex traumatisierten Kindern mit komorbiden Störungen, die eine psychiatrische Behandlung erfordern) wird in der Regel ein multimodales Behandlungsangebot zusammengestellt, in dem sich die verschiedenen Verfahren ergänzen.

Einzeltherapie

Die *einzeltherapeutischen Ansätze* lassen sich grob in vier Richtungen unterteilen (vgl. Landolt 2004, Hoffmann/Besser 2006):

1. Kognitiv-behaviorale Methoden (Cohen et al. 2000, Landolt 2008)
2. Hypnotherapeutisch-imaginative Verfahren (Reddemann/Sachsse 1996, Appel-Ramb 2008)
3. EMDR-Methode (Hoffmann 1999, Hoffmann/Besser 2006, Seidel 2007, Hensel 2008)
4. Spieltherapie (Weinberg 2006, Weinberg/Hensel 2008)

Zu den Interventionen der auf den klassischen und kognitiven Lerntheorien basierenden *kognitiv-behavioralen Ansätzen* gehören Techniken der Stimuluskontrolle, der Konsequenzkontrolle, der Selbstkontrolle, des Modelllernens sowie Entspannungsverfahren und kognitive Verfahren. Wirksamkeitsnachweise liegen für die Arbeit mit sexuell ausgebeuteten Kindern vor (vgl. Landolt 2004, 91). In den *hypnotherapeutisch-imaginativen Verfahren* kommen Techniken zum Einsatz, in denen durch Meditation oder durch Übungen zur inneren Konzentration sowohl eine Distanzierung vom Belastungsmaterial als auch eine Imagination positiver Bilder wie „der sichere Ort“ oder „die inneren Helfer“ ermöglicht werden.

Die Anwendung der *EMDR-Methode* bei Kindern unterscheidet sich von der Anwendung bei Erwachsenen nur unwesentlich. Wie im „traditionellen“ EMDR wird mit einem Standardprotokoll gearbeitet, das unter altersspezifischen Gesichtspunkten für die Arbeit mit Kindern modifiziert wird. Die Durchführung der Methode gliedert sich in die acht Phasen „Anamnese und Behandlungsplanung“, „Vorbereitung und Stabilisierung“, Aktualisierung und Einschätzung“, „Prozessierung“, „Verankerung“, „Körpertest“, „Abschluss“ und „Überprüfung“ (vgl. Hensel 2008). Die Erforschung der Wirksamkeit von EMDR bei Kindern steckt noch in den Anfängen, bislang liegen überwiegend Fallberichte vor.

Gleiches gilt auch für die Spieltherapie, die insbesondere bei komplex traumatisierten Kindern indiziert ist, die eine dissoziative Amnesie bezogen auf die Traumainhalte aufweisen. Dieser Ansatz soll etwas ausführlicher dargestellt werden.

Exkurs: Spieltherapie mit traumatisierten Kindern

Die meisten Techniken der Spieltherapie stehen in der Tradition analytisch-tiefenpsychologischer Methoden. Sie sehen das kindliche Spiel als primäres Medium der



Dar. 1.13: Szene des „Monsterspiels“ im Rahmen des Projekts „Starke Jungs?!“
(Foto: Gabriele Klaes)

Behandlung an. Im Gegensatz zu verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, in denen ebenfalls „gespielt“ wird, ist das Spiel in den tiefenpsychologisch ausgerichteten Spieltherapien nicht Mittel zum Zweck, sondern Selbstzweck. Das Kind erhält den Raum zu spielen, wonach dem Kind zumute ist. „Halten Sie viel von der kindlichen Fähigkeit zu spielen!“, rief der englische Kinder-

psychiater Donald W. Winnicott aus: „Wenn ein Kind spielt, machen ein oder zwei Symptome nichts aus, und wenn ein Kind sein Spiel genießt, sowohl allein als auch mit anderen, so ist keine besondere Schwierigkeit zu befürchten“ (Winnicott 1973, zit. n. Hammer 1995,120). Dieser optimistischen Aussage liegt die Idee zugrunde, dass ein spielendes Kind seine Lebensthemen im „intermediären Bereich“ externalisiert und verarbeitet. Der „intermediäre Bereich“ bezeichnet den Bereich zwischen der Innen- und der Außenwelt, in dem die heilenden Kräfte des kindlichen Spiels (Zulliger 1970) aktiv werden können. Das aber setzt die Fähigkeit zur Symbolisierung voraus, auf der die Phantasietätigkeit beruht. Viele früh und anhaltend traumatisierte Kinder, die wenig Zuwendung und Anregung erfahren haben, spielen diese Spiele nicht. Ihre Symbolisierungsfähigkeit, durch die Spiele auf der „Als-ob-Ebene“ erst möglich würden, ist durch die traumatische Einwirkung gestört oder sogar zerstört worden. In einer Therapie muss diesen Kindern Gelegenheit geboten werden, diese Fähigkeit neu zu entwickeln. Streek-Fischer (1997) sieht deshalb einen großen Fortschritt darin, „wenn aus dem schrecklichen Erleben ein schreckliches Spiel geworden ist“. Inhaltlich inszenieren traumatisierte Kinder dann vielfach sehr aggressive Spiele mit Täter-Opfer-Konstellationen, in denen die biographisch

erlebte Ohnmacht szenisch umgekehrt und die erwachsene Spielfigur zum Ziel wüstester Attacken wird. Parallel kommen, z.B. in „Arzt“- oder „Familien“-Spielen, immense Bedürfnisse nach Versorgung zum Vorschein.

Gruppen – und Familientherapie

Als Wirkfaktoren der *Gruppentherapie* gelten bei homogener Gruppenkonstellation die Überwindung der Isolation und der Stigmatisierung sowie die gegenseitige Unterstützung und das Entwickeln gemeinsamer und individueller Bewältigungsstrategien (vgl. Landolt 2004, 100). Gruppentherapeutische Ansätze zielen daher insbesondere auf die psychische Stabilisierung und die Ressourcenaktivierung der Patienten. Eine Auseinandersetzung mit dem Trauma im Sinne einer Exposition kann hingegen leicht zu einer sekundären Traumatisierung der anderen Gruppenmitglieder führen. Die *familientherapeutische Arbeit* hat insbesondere zum Ziel, das Kind vor erneuten Traumatisierungen zu schützen. Nach der Aufdeckung von innerfamiliärer Misshandlung müssen die Familienkonstellationen in der Regel neu geordnet werden, sei es durch Auszug der misshandelnden Person oder durch die Fremdunterbringung des Kindes in einer Jugendhilfeeinrichtung oder Pflegefamilie. Auch eine Aussöhnung zwischen den misshandelnden und misshandelten Familienangehörigen ist in manchen Fällen möglich (bei Inzestfamilien: vgl. Joraschky 2000). Bei traumatischen Erfahrungen, die dem Kind von Personen außerhalb der Familie zugefügt wurden, ist der Einbezug der Angehörigen notwendig, um diese sowohl im Umgang mit dem Kind zu „coachen“, als auch sie selbst zu unterstützen, da sich die Folgen der Traumatisierung des Kindes auf die ganze Familie auswirken.

1.3.3 Interventionen nach Missbrauch und Misshandlung

„Interventionen bei Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch von Kindern stellen alle beteiligten Professionellen angesichts der Komplexität psychologischer, medizinischer, rechtlicher, sozialer und ethischer Aspekte des Kinderschutzes vor große Herausforderungen. [...] Insgesamt stehen zu wenig evidenzbasierte Methoden zur Verfügung, das Problem erscheint zu schwierig und provoziert entweder Vermeidung oder blindes Agieren“ (Goldbeck/Petermann 2010, 215).

Mit dieser kritischen Bestandsaufnahme reagieren Goldbeck/Petermann auf einen in der Zeitschrift „Verhaltenstherapie“ publizierten Aufsatz des Freiburger Psychologen Helmut Wetzel¹¹, dem sie scheinbar „blindes Agieren“ vorwerfen: „Problematische Verstrickungen eines Kindertherapeuten“ betiteln sie ihre Rezension, wobei sie unter „Verstrickungen“ offensichtlich das hohe Maß an Subjektivität des Autors bei der Interpretation der Aussagen und Zeichnungen eines misshandelten Jungen verstehen. Goldbeck/Petermann äußern die Hoffnung, dass „die inzwischen breiter gewordene gesellschaftliche Debatte um Kindesmisshandlung [...] auch in der Berufsgruppe der Psychotherapeuten ein stärkeres Bedürfnis nach Fortbildung und Evidenzbasierung des eigenen Handelns“ (2010, 216) nach sich ziehe. In der Tat sprechen Brink und Schmidt in einem Übersichtsartikel zur Psychotherapie bei misshandelten und missbrauchten Kindern und Jugendlichen aus dem Jahr 2000 von „Erfahrungsberichten“ über unterschiedliche Therapieformen, was eher aneinandergereihte Fallvignetten vermuten lässt als eine evidenzbasierte Empfehlung für eine bestimmte Arbeitsweise. Für die *Einzeltherapie* liegen entsprechend nur einige wenige ältere Studien mit kleinen Stichproben vor (vgl. O’Donohue/Elliot 1992, zit. nach Brink/Schmidt 2000), die einen positiven Einfluss verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungen erkennen lassen. Im Mittelpunkt der verschiedenen Settings standen „der Aufbau von „ *coping-Mechanismen*“ oder „ *skills*“, die dem Kind in besonderer Weise beim Bewältigen oder Lösen von Problemen“ (ebd., 351) helfen sollten. Die *Gruppentherapie* gilt „als Therapieverfahren der Wahl bei misshandelten und missbrauchten Kindern“ (ebd., 354). Jedoch beziehen sich die meisten der von den Autoren referierten Konzepte auf die Thematik des sexuellen Missbrauchs und hier auf die Zielgruppe Mädchen. Arbeiten über jungenspezifische Ansätze, die zudem auch die Problematik der körperlichen Misshandlung einbeziehen, lagen

¹¹ Helmut Wetzel: „Das Hilfesuchen des Kindes in der Therapie: Subjektive Wirklichkeiten und kommunikative Strukturen“ (In: Verhaltenstherapie 2010; 20: 53-59).

den Autoren nicht vor. Für die Gruppe der sexuell missbrauchten Männer und Jungen erteilt Bange (2007) unter Bezugnahme auf die übereinstimmende Meinung von Experten unterschiedlicher Therapieschulen dem Wunsch nach einer breiten Evidenzbasierung eine Absage: „Die Beratungs- oder Therapiemethode für sexuell missbrauchte Jungen und Männer zu suchen, hat keinen Zweck“ (117). Was den Betroffenen helfe, sei individuell verschieden und könne daher nicht verallgemeinert werden. Er plädiert dafür, die Haltung gegenüber den missbrauchten Jungen und Männern stärker zu gewichten als die Methode und verweist auf das von Ferenczi formulierte Credo: *Ohne Sympathie keine Heilung* (vgl. ebd.).

Im Hinblick auf den Aspekt der generationalen Transmission von Misshandlung und Missbrauch unter bindungstheoretischen Aspekten berichtet Dornes (2000) über eine große Untersuchung („Minnesota-Projekt“, s. Egeland et al. 1988) über

- Opfer, die ihre Erfahrungen im späteren Leben auf der Täterseite wiederholten und
- Opfer, die das Trauma nicht wiederholten.

Die Unterschiede bestanden darin, dass „Nichtwiederholer“

- in der Kindheit mind. eine Person hatten, an die sie sich vertrauensvoll wenden konnten;
- irgendwann im Leben längere therapeutische Unterstützung (mindestens ein Jahr) erhalten hatten;
- befriedigende soziale Kontakte hatten.

Eine gute Beziehungserfahrung in der Therapie und eine Verbesserung der sozialen Fähigkeiten stellen demnach wesentliche Faktoren bei der Durchbrechung des Misshandlungszyklus dar und beugen eigener Gewalttätigkeit vor.

1.4 Zusammenfassung und Folgerungen

Die bisherigen Ausführungen geben erste Anhaltspunkte für die Konzipierung eines Interventionsmodells für traumatisierte Kinder. Sie sollen an dieser Stelle zusammengefasst werden und zu den theoretischen Modellen überleiten, die für die Erstellung des in Kap. 2 dargelegten Interventionsansatzes den Rahmen bilden.

1. Erfahrungen von Missbrauch und Misshandlung führen in Abhängigkeit vieler Begleitumstände zu unterschiedlichen Symptombildern.

Eine für die Zielgruppe „misshandelte Jungen“ konzipierte Intervention darf sich daher nur bedingt am Symptom orientieren. Es wird eine pathogenetische Ausrichtung der Maßnahme vorgeschlagen, ohne dabei die Individualität des einzelnen Jungen zu vernachlässigen. Diesem Aspekt wird in der *psychodynamischen Orientierung* der Intervention Rechnung getragen.

2. In den Missbrauchs- und Misshandlungssituationen wird der Körper der Betroffenen zum Ort des Schmerzes sowie zum Objekt sexueller Begierde und unkontrollierter Aggression. Diese Erfahrungen führen, wie im weiteren Verlauf der Arbeit noch gezeigt wird, zu der Entwicklung negativer Körperrepräsentanzen, die sich in vielen der posttraumatischen Symptome abbilden. Es erstaunt daher, dass der Einbezug des Körpers in die Therapie traumatisierter Jungen bisher weitgehend vernachlässigt wurde. Mit einer *Körper- und Bewegungsorientierung* soll diese Lücke geschlossen werden. Als nonverbale Methode soll diese Zugangsweise dazu beitragen, die Sprachlosigkeit zu überwinden und den Heilungsprozess anzuregen, indem das Verdrängte, sprachlich oft nicht Fassbare, über den Körper und die Bewegung mitgeteilt und damit „geteilt“ wird.

3. Schulen- und methodenübergreifend ist der Wert einer guten therapeutischen Beziehung in allen psychotherapeutischen Verfahren unumstritten (vgl. Wampold 2001). Das gilt, wie dargestellt, in besonderem Maße für die Arbeit mit bindungstraumatisierten Menschen. Aufgrund ihrer schmerzlichen Bindungserfahrungen begegnen sie anderen Menschen mit großem Misstrauen und benötigen die Sicherheit einer guten Beziehung zum Therapeuten, um sich auf eine Therapie einlassen zu können. Die Bindungserfahrungen misshandelter Jungen spiegeln sich in ihrer Beziehungsgestaltung zu den Therapeuten wider. Diese müssen nicht nur mit den teilweise bizarren Bindungsangeboten umgehen, sondern auch die Wucht der Traumaereignisse aushalten können.

Es scheint so zu sein, dass die Verarbeitungsstrategien misshandelter und missbraucher Menschen geschlechtsspezifisch differieren. Diese Unterschiede müssen erfasst und in die Intervention einbezogen werden.

Diese „Passungen“ zwischen dem Behandlungsmodell, den Therapeuten, den Kindern und der „Störung“ der Kinder werden in der *Orientierung am Wirkfaktorenmodell von Orlinsky/Howard* (1987) berücksichtigt.

In dem nun folgenden zweiten Kapitel wird das auf den drei Säulen *Psychodynamische Orientierung, Körper- und Bewegungsorientierung* und *Orientierung am Wirkfaktorenmodell von Orlinsky/Howard* basierende Interventionsmodell erläutert und begründet.

2 Entwicklung eines 3-Säulen-Interventionsmodells für misshandelte Jungen

In dem zweiten Kapitel dieser Arbeit wird das dem Ansatz von „Starke Jungs?!“ zugrundeliegende Interventionsmodell erläutert. Es beginnt mit der Darstellung verschiedener Rahmenaspekte des Angebotes (Kap. 2.1) und beschäftigt sich im Hauptteil (Kap. 2.2 bis 2.4) mit den theoretischen Grundlagen für die Ausgestaltung der Intervention. In Kap. 2.6 erfolgt die Bestimmung der Therapieziele. Sie bilden die Synthese aus den theoretischen Vorüberlegungen sowie den vorhandenen Rahmenbedingungen (2.5) und leiten zu den Praxisbeispielen (2.6.1) über.

2.1 Rahmenaspekte der Intervention

Neben den drei Säulen *Psychodynamische Orientierung*, *Körper- und Bewegungsorientierung*“ sowie *Orientierung am Wirkfaktorenmodell von Orlinky/Howard*“ sind zunächst verschiedene Rahmenbedingungen der Intervention zu bestimmen. Unter Bezugnahme auf den Vorschlag van der Kolks (2005), den Begriff „Traumatische Entwicklungsstörung“ für die Symptomatik früh und anhaltend traumatisierter Kinder einzuführen, ist die Förderung der emotionalen Entwicklung ein übergeordnetes Ziel der Arbeit. In Kapitel 2.1.1 wird einleitend das Prinzip der *Entwicklungsförderung* unter dem Gesichtspunkt der Selbstorganisation lebender Systeme dargelegt. Aufgrund der Gefahr von Reinszenierungen des Traumas auf der Opfer- als auch auf der Täterseite muss ferner dem Aspekt *Sekundärprävention* hohe Bedeutung beigemessen werden (Kap. 2.1.2). Wie in Absatz 1.3.1 dargestellt wurde, hat sich schulübergreifend das *Phasenmodell* in der Behandlung traumatisierter Menschen durchgesetzt. Im Hinblick auf die Intervention bedarf es einer Einordnung, in welcher Phase der traumatherapeutischen Behandlung diese ansetzt und welcher Techniken sie sich dabei bedient (Kap. 2.1.3). Ferner kann die Behandlung traumatisierter Kinder unter verschiedenen Settingbedingungen erfolgen. Die Wahl des *Kleingruppensettings* im Rahmen der Maßnahme „Starke Jungs?!“ wird in Kap. 2.1.4 begründet.

2.1.1 Das Prinzip Entwicklungsförderung

Die Maßnahme „Starke Jungs?!“ bewegt sich im Grenzbereich zwischen einem pädagogischen und einem therapeutischen Angebot, lässt sich jedoch keinem der beiden Paradigmen eindeutig zuordnen. Während in der Pädagogik die *Erziehung* der Kinder im Vordergrund steht, ist das Agens der Therapie die *Behandlung*. Beide Begriffe folgen einer Idee vom Menschen als „triviales System“ (H. von Foerster 1999): Die Kinder oder Patienten werden als Maschinen ohne eigenes Innenleben begriffen, die durch einen „Input“ von außen instruiert werden und einen vom Intervenierenden festgelegten „Output“ erzeugen sollen. Der veraltete Glaube an diese Form der Beeinflussbarkeit von Menschen fußt auf einem einfachen Ursache-Wirkungs-Denken, das den Aspekt der Selbstorganisation lebender Systeme vernachlässigt. Die chilenischen Biologen Maturana und Varela (vgl. 1990) haben für diesen den Begriff der Autopoiese (aus dem Griechischen: „Selbst-Erzeugung“) geprägt. „Kern dieses Konzeptes ist die Annahme eines Strukturdeterminismus, der besagt, daß Veränderungen in einem lebenden System nicht instruktiv bewirkt werden können, sondern von der inneren Struktur des Systems abhängig sind“ (Volmer 1999, 56). Ausschlaggebend für die Reaktionen des Menschen auf den Input des Pädagogen oder Therapeuten sind (nach Rotthaus 1998) in erster Linie seine „Struktur und das innere Prozessieren“ (66). Der Planbarkeit von „Erziehung“ und „Behandlung“ sind damit enge Grenzen gesetzt. Demgegenüber zielt die Entwicklungsförderung darauf, eine blockierte oder gehemmte Entwicklung anzuregen und zu unterstützen. Sie begreift seelisches Wachstum als autonomen Prozess, der sich bei geeigneten Rahmenbedingungen in Wechselwirkung mit der Umwelt vollzieht. Eine traumatisierende Umwelt jedoch wirkt auf einen sich im Reifungsstadium befindlichen Organismus ein und richtet infolgedessen schwere Schäden bereits beim Strukturaufbau an. Unter anhaltendem traumatischen Stress kommt es daher zu Entgleisungen der Entwicklung sowohl auf der biopsychischen (Kognition, Affektregulation, Selbstempfinden) als auch auf der interpersonellen (Bindung und soziale Kompetenzen) Organisationsebene (vgl. Naumann-Lenzen 2003, 597). Traumatisierte Kinder weisen dementsprechend oft Entwicklungsstillstände auf, die sich durch die Desorganisation internaler und interpersoneller Regulationsfähigkeiten (vgl. Schore 2002) erklären lassen. Pädagogische und therapeutische Bemühungen müssen sich daher an der Förderung der Entwicklung orientieren. Im Folgenden

soll der Frage nachgegangen werden, welches Prinzip einer Förderung zugrunde liegt, die seelisches Wachstum als selbstorganisatorischen Prozess begreift.

„Meiner Auffassung nach ist Psychotherapie angewandte Entwicklungspsychologie. Der Therapeut benutzt sein Wissen über die normale Entwicklung, um Klarheit zu gewinnen über eine Funktionsstörung beim Patienten, und um zu einem Entschluss zu kommen, wie er die Entwicklungsspirale beeinflussen kann, damit entwicklungsbezogenes Wachstum [...] einsetzen kann“ (Basch 1988, 29, zit. nach Naumann-Lenzen 2003, 607).

Diese grundsätzliche Haltung liegt dem Ansatz von „Starke Jungs?!“ zugrunde. Die teilnehmenden Kinder gehören der Gruppe der sogenannten „Frühgestörten“ an, also jenen Menschen, die früh im Leben schwere Schädigungen erlitten haben und die aus diesem Grund ihre altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben nicht bewältigen konnten. Pädagogen wie Therapeuten kommt deshalb die Aufgabe zu, diesen Kindern eine Nachbearbeitung ihrer Entwicklungsaufgaben zu ermöglichen und damit einer „Nachreifung“ den Weg zu ebnet. Der Begriff der Reifung illustriert am Beispiel der Frucht anschaulich, dass sich lebende Systeme einerseits selbstorganisatorisch, andererseits auch nur unter bestimmten Umweltbedingungen entwickeln.¹² Im Wissen um die elementare Bedeutung früher Bindungserfahrungen bildet die Herstellung einer sicheren therapeutischen Beziehung im Umgang mit bindungstraumatisierten Menschen den „guten Boden“. Auf dieser Basis können durch die Schaffung einer anregungsreichen Umwelt, durch Ermutigung und Unterstützung, aber auch durch Begrenzung, die weiteren Entwicklungsschritte initiiert werden. In Kap. 2.3 wird erläutert, wie über eine körper- und bewegungsorientierte Zugangsweise entwicklungsförderliche Rahmenbedingungen hergestellt werden sollen. In dem Zusammenhang wird auch eine Orientierung an einem entwicklungspsychologischen Modell erfolgen.

Da sich das Interventionsmodell insgesamt stärker an psychologischen als an pädagogischen Theorien orientiert, wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit von

¹² Könnte man in dem Zusammenhang Therapie mit einem Gewächshaus vergleichen? Menschen, die unter ihrer „normalen“ Lebenssituation keine gesunde Entwicklung nehmen konnten, reifen unter künstlichen Bedingungen nach? Der manchmal zu hörende Vorwurf jugendlicher Psychotherapiepatienten: „Sie reden doch nur mit mir, weil sie dafür bezahlt werden“ mag die Enttäuschung verdeutlichen, dass die Umstände der Begegnung künstlich herbeigeführt wurden. Dennoch, und das ist die andere Seite, bleibt die Begegnung real.

den professionellen Helfern als „Therapeuten“ gesprochen, wenngleich „Entwicklungsförderer“ die präzisere Bezeichnung wäre.

2.1.2 Der Aspekt Sekundärprävention

Die gängigen Präventivmaßnahmen zum sexuellen Missbrauch bezwecken das Gegenteil von dem, was sie bewirken wollen (vgl. Fey 1988). Die Warnungen vor dem „bösen Onkel von der Straße“ verängstigen die Kinder eher, als dass sie sie schützen, denn sie führen schlimmstenfalls zu einem Verlust von Selbständigkeit und Selbstvertrauen. Unsichere und abhängige Kinder sind jedoch besonders gefährdet, Opfer sexuellen Missbrauchs zu werden (s. Kap. 2.2.2). Zudem warnt niemand vor dem „lieben Onkel“ oder dem „coolen Trainer“, der mit viel höherer Wahrscheinlichkeit als Täter in Erscheinung tritt. Eine sinnvolle Prävention muss die Kinder stärken und sie in die Lage versetzen, Gefahren zu erkennen und sich gegen An- und Übergriffe zu wehren. Nach Fey (1988) sind folgende Themen und Zielbereiche in der präventiven (Sexual-)Erziehung zentral:

- „Mein Körper gehört mir“: Das Recht auf Selbstbestimmung stärken.
- „Geheimnisse“: Unterscheidungen zwischen freudigen Überraschungen und ängstigenden Geheimnissen treffen lernen.
- „Intuition“: Das Vertrauen in die eigenen Gefühle stärken.
- „Berührungen“: Zwischen „guten“, „schlechten“ und „merkwürdigen“ Berührungen differenzieren zu lernen.
- „Neinsagen“: Die Fähigkeit stärken, sich zu wehren und Grenzen zu ziehen.

An dieser Aufstellung wird zum einen deutlich, dass der Einbezug des Körpers in die präventive Arbeit mit traumatisierten Kindern von außerordentlicher Bedeutung ist. Zum anderen lässt sich die Ressourcenförderung als zentrale Methode der Prävention bestimmen. Im Rahmen des vorliegenden sekundärpräventiven Interventionsmodells soll der Zugewinn an Stärke sexuell missbrauchte und körperlich misshandelte Kinder davor schützen,

- erneut zum Opfer zu werden und
- selbst zum Täter zu werden.

Während sich also die Primärprävention an Menschen richtet, bevor diese geschädigt werden, zielen sekundärpräventive Maßnahmen auf den Schutz bereits traumatisierter Personen vor erneuter Traumatisierung. „Wir sind in diesem Punkt relativ entschieden: Die derzeit beste verfügbare Sekundärprävention ist eine adäquate Therapie des primären Psychotraumas“, fassen Hoffmann et al. (2000, 516) ihre Überlegungen zusammen. So gesehen leiten sich Maßnahmen zur Sekundärprävention von sexuellem Missbrauch von traumatherapeutischen Ansätzen ab. An dieser Stelle ergibt es Sinn, nun eine Einordnung der Intervention in das Phasenmodell der modernen Traumatherapie vorzunehmen.

2.1.3 Einordnung in das Phasenmodell der Traumatherapie

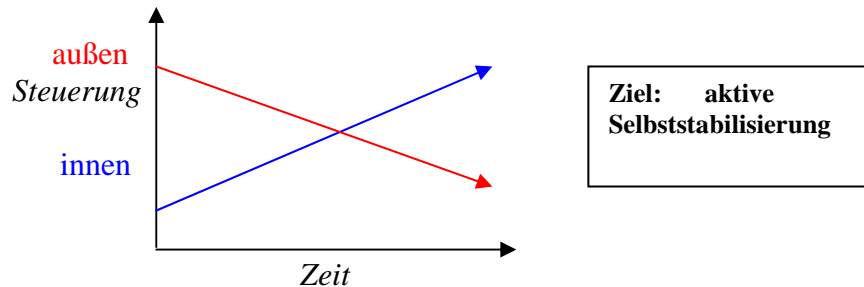
„Die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen ist kein Therapieziel! Vielmehr dient die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen bestimmten Therapiezielen“ (Reddemann 2004).

Das Interventionsmodell von „Starke Jungs?!“ wurde auf der Grundlage des 4-Phasen-Modells der modernen Traumatherapie konzipiert und ist in diesem Kontext beschränkt auf die Phasen *Stabilisierung* und *Ressourcenverankerung*. Es versteht sich explizit nicht als ein isoliertes traumatherapeutisches Verfahren, sondern als supportive Maßnahme in einer umfassenden traumatherapeutischen Behandlung. Die Expositionsarbeit, also eine Auseinandersetzung mit dem emotionalen Belastungsmaterial, ist ausdrücklich nicht Gegenstand der Maßnahme. Das hat folgende Gründe:

1. Die Therapeuten sind in einem Verfahren, das für eine strukturierte Traumaexposition geeignet wäre, nicht ausgebildet.
2. Die Kinder haben noch nicht die für eine belastende Expositionsarbeit notwendige emotionale Stabilität.
3. Die Kinder haben noch keinen ausreichend guten Zugang zu ihren Ressourcen.

Emotionale Stabilität und eine gute Ressourcenorganisation bilden erst die Voraussetzungen dafür, um sich mit den traumatischen Erlebnissen auseinanderzusetzen zu können. Allein dazu, nicht aber zur Exploration und Aufarbeitung des Erlebten, soll das Angebot beitragen. Ergänzend zu den Ausführungen in Kap. 1.3.1 sollen im Folgenden die Inhalte der Stabilisierungsphase und der Phase der Ressourcenorganisation noch einmal vertieft werden.

Stabilisierung bedeutet Rückgewinnung von Kontrolle über dysfunktionale Muster. Diese werden verstanden als früher durchaus hilfreiche und wirksame Lösungsversuche für sehr schwierige Lebenssituationen, die inzwischen aber entweder nicht mehr die gewünschte Erleichterung verschaffen (so z.B. bei selbstverletzendem Verhalten) oder die in sozialen Zusammenhängen (Schule, peergroup) zu massiven Schwierigkeiten führen und daher einer Behandlung bedürfen (z.B. hyperaktives Verhalten). Die wesentliche Arbeit in der Stabilisierungsphase besteht in der Regulierung von Emotionen im „Hier und Jetzt“. Bei der Gruppenarbeit mit Kindern ist anfangs eine sehr hohe Strukturgebung durch die Therapeuten notwendig, um die äußere Sicherheit zu gewährleisten. Entwicklung und Spiel-Entfaltung benötigen einen „von Realangst entlasteten Raum“ (Naumann-Lenzen 2003, 612). Ein Therapieerfolg käme in einer Zunahme der Fähigkeit zur Innensteuerung zum Ausdruck. In der Stabilisierungsphase gilt die Regel: So viel Außensteuerung wie nötig, so wenig wie möglich. Das Ziel besteht darin, Gefühle möglichst selbständig regulieren zu können.

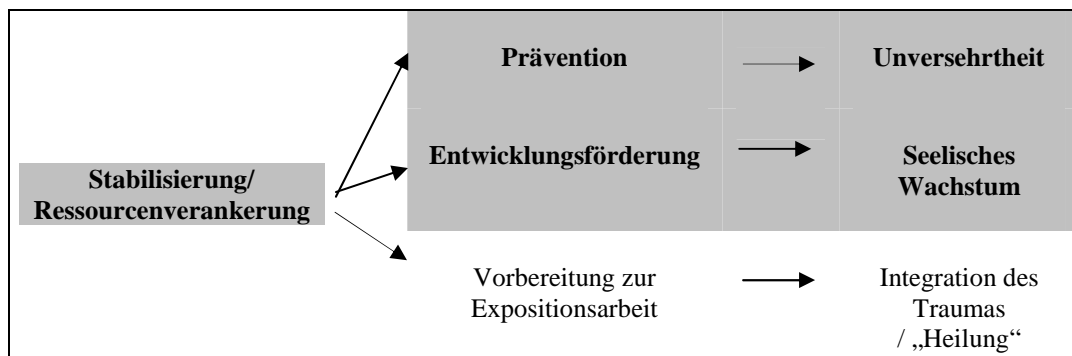


Dar. 2.1: Idealtypische Entwicklung der Steuerung im zeitlichen Verlauf

Die Phase *Ressourcenverankerung* steht unter dem Gesichtspunkt „Was macht stärker?“ Den belastenden Erfahrungen von Ohnmacht, Schwäche, Hilflosigkeit müssen im Sinne der Bipolarität Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Stärke und Achtung gegenübergestellt werden, damit die negativen Erfahrungen ihren prägenden Einfluss verlieren. Plassmann (2007) versteht „seelische Heilungsvorgänge als eine Art Schwingung zwischen dem emotionalen Belastungsmaterial und dem psychischen Heilungssystem. Damit diese Schwingung in Gang kommt, ist es wichtig, dass der positive Bereich [...] in der Therapie genauso viel Berücksichtigung findet, wie der Belastungsbereich“ (124). Die dem Menschen innewohnenden Ressourcen können von dem emotionalen Belastungsmaterial

überlagert sein, sie sind deshalb aber nicht verschwunden. Therapie muss den Kindern in dieser Phase ermöglichen, mit ihren Ressourcen, d.h. mit ihren salutogenetischen Persönlichkeitsanteilen, wieder in Kontakt zu kommen, um Stärke, Kraft, Gesundheit wieder fühlbar werden zu lassen und so die blockierten Selbstheilungskräfte wieder aktivieren zu können.

An dieser Stelle sollen die bisherigen Ausführungen grafisch zusammengefasst werden:



Dar. 2.2: Stabilisierung und Ressourcenverankerung im Sinne der Prävention und Entwicklungsförderung

Im kommenden Abschnitt wird dargelegt, welche Überlegungen dazu geführt haben, die Intervention als Gruppenarbeit zu konzipieren.

2.1.4 Das Setting der Kleingruppe

Den Ursprung der psychischen Erkrankungen traumatisierter Menschen bilden schlechte zwischenmenschliche Erfahrungen. Traumafolgestörungen, insbesondere dissoziale und aggressive Störungen, sind u.a. durch erhebliche Schwierigkeiten in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen gekennzeichnet (vgl. Kap. 2.2). Eine Therapie im Setting „Gruppe“ kann den Kindern die Möglichkeit bieten, „fehlende soziale Erfahrungen nachzuholen und intrapsychische sowie interaktionelle Konflikte und Einflüsse angemessen zu verarbeiten und zu integrieren“ (Lehmkuhl 2001, 306). Trotz fehlender empirischer Belege wird diese Behandlungsform aufgrund klinischer Beobachtungen als „sehr viel versprechend“ (ebd.) beschrieben. Das gilt (s. Kap. 1.3.3) auch für die Arbeit mit misshandelten Kindern.

In der Literatur zur Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen wird das Fehlen alters- und themendifferenzierter Konzepte beklagt und die Schwierigkeit der Übertragbarkeit gruppentherapeutischer Ansätze für Erwachsene auf Kinder betont (Rahm und Kirsch 2000, Lutz 2008). Für die Konzipierung der Intervention „Starke Jungs?!“ kann eine Orientierung an den von Yalom (1970) für die Arbeit mit Erwachsenen aufgestellten Richtlinien der Gruppenpsychotherapie dennoch wichtige Impulse geben. Wesentliche Aspekte seines interpersonellen Ansatzes finden sich bei Hölter (1988), Metzmacher (1995), Petzold (1973, 1986), Rahm (2004) und Rahm/Kirsch (2000) wieder. Sechs der elf von Yalom herausgearbeiteten therapeutischen Wirkfaktoren in Gruppentherapien werden im Folgenden in das vorliegende Interventionsmodell integriert:

Konfliktlösendes Aufarbeiten der Erfahrungen in der Herkunftsfamilie

Hiermit ist kein Auf- oder Durcharbeiten der traumatischen Erfahrungen gemeint. Da jedoch die in früheren Beziehungserfahrungen entwickelten Muster und Stile konstituierend für die Entwicklung und Struktur späterer Beziehungen („inner working modell“) sind, werden diese auch im Rahmen der Gruppe virulent. In der Gruppe wird von den Therapeuten und den anderen Kindern auf die Dysfunktionalität dieser Muster im Hinblick auf soziale Beziehungen hingewiesen, um einer Verfestigung dieser Strukturen entgegenzuwirken.

Entwicklung sozialer Umgangsformen

Kinder geben in der Regel ein promptes, ehrliches und schonungsloses Feedback. Sie liefern ihrem Gegenüber damit wertvolle Informationen darüber, wie sie das Verhalten des Anderen empfinden. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, anhand dieser Situationen das Lernen von Selbst- und Beziehungsreflexion (eigenes und fremdes Verhalten und Erleben verstehen und würdigen) zu ermöglichen.

Nachahmendes Verhalten

Zum einen spielen das Erleben alternativer Verhaltensweisen durch männliche Therapeuten und die Möglichkeit der Identifikation mit einer positiv besetzten männlichen Therapeutenfigur als Bezugsperson gerade für misshandelte und missbrauchte Jungen eine wichtige Rolle. Zum anderen können sich die Kinder

auch Verhaltensweisen anderer Gruppenmitglieder zum Vorbild nehmen und diese ausprobieren.

Katharsis

Katharsis meint den offenen, „reinigenden“ Ausdruck von Affekten, doch darf es nicht beim bloßen Äußern bleiben: „Besonders wichtig ist es, *wie* (Hervorhebung im Original) sie [die Teilnehmer der Gruppe, der Verf.] Gefühle ausdrücken können und dass der Ausdruck von Gefühlen keine Katastrophe im zwischenmenschlichen Umgang darstellt“ (Yalom 2005, 66).

Kohäsion

Kohäsion meint das Gefühl, zusammenzugehören, akzeptiert zu werden, ein wertvolles Mitglied der Gruppe zu sein. Diese Erfahrung, Bestandteil einer Gruppe zu sein und sich in ihr aufgehoben zu fühlen, gilt als universalster aller therapeutischen Faktoren. Da die Teilnehmer der Studie überwiegend schlechte Beziehungserfahrungen gemacht und nur wenig vertraute Beziehungen erlebt haben, bieten sich ihnen in der Gruppe möglicherweise erstmals Gelegenheiten, sich auf der Gefühlsebene konstruktiv und entwicklungsfördernd mit anderen auseinander zu setzen.

Interpersonelles Lernen

„Interpersonelles Lernen beinhaltet Identifizierung, Klärung und Modifizierung unangepasster interpersoneller Beziehungen“ (Yalom 2005, 68). Dieser Punkt basiert auf drei wesentlichen Annahmen:

- Die interpersonelle Theorie: Die aktuellen Symptome werden als Ausdruck gestörter zwischenmenschlicher Beziehungen verstanden. Die psychiatrisch auffälligen misshandelten und missbrauchten Kinder haben massive Probleme, befriedigende und dauerhafte Beziehungen einzugehen. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, beziehungsrelevante Verzerrungen und Störungen aufzudecken und zu bearbeiten.
- Die Gruppe als sozialer Mikrokosmos: Das Verhalten in einer Therapiegruppe ähnelt dem sozialen Verhalten „außerhalb“. Unangepasstes Verhalten wiederholt sich demnach in der Interaktion der Gruppenmitglieder.

- Das Hier und Jetzt: Aus den voranstehenden Prämissen folgt, dass alle Vorkommnisse innerhalb der Gruppe wichtige Informationen über „die Welt draußen“ liefern und dieses Material im Hier und Jetzt der Gruppe therapeutisch bearbeitet werden kann. Die Vergangenheit und die gegenwärtige Lebenssituation werden dadurch nicht irrelevant, doch die therapeutische Arbeit konzentriert sich auf die Geschehnisse im Hier und Jetzt der Gruppe. Yalom (ebd., 222) differenziert dabei die Erlebnis- und die Verständnisebene: *„Die Gruppe erlebt sich im Hier und Jetzt und wendet sich dann sich selbst zu, macht also eine selbstreflexive Kehrtwende und untersucht, was sich ereignet hat“* (Hervorhebung im Original).

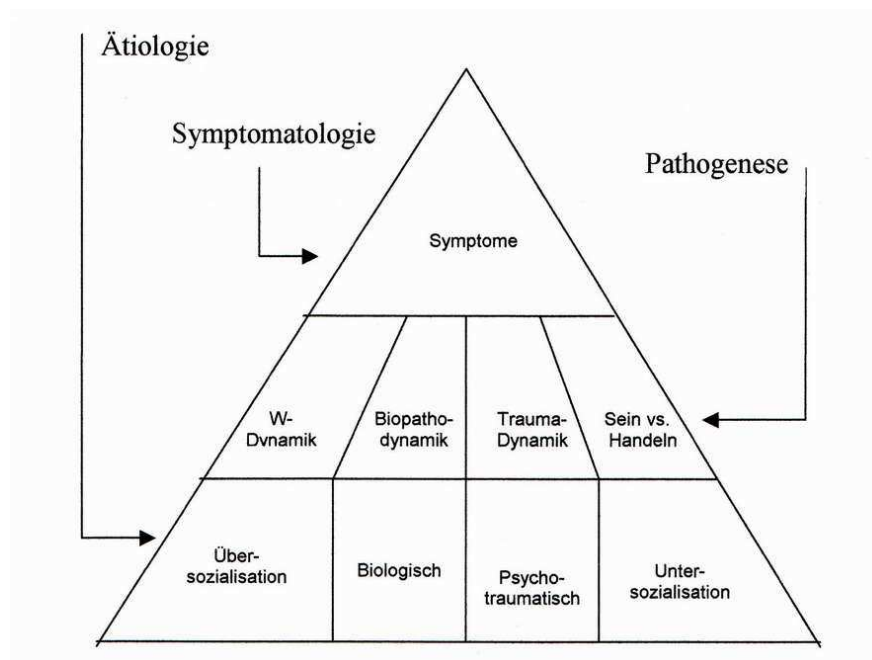
Aufgrund der erheblichen Verhaltensauffälligkeiten traumatisierter Jungen ist in der Arbeit in der Gruppe, insbesondere in der Anfangsphase, eine höhere Strukturgebung notwendig, wodurch die Grenzen zwischen dem pädagogischen und dem therapeutischen Agens verschwimmen können (vgl. Lutz 1981). Im Rahmen der vorliegenden Konzeption wird ein mittlerer Strukturierungsgrad angestrebt, bei dem der Leiter eine hohe Aktivität und Anleitungsfunktion wahrnimmt, Interpretationen anbietet und sowohl im Hinblick auf die Gruppe als auch auf den einzelnen Teilnehmer interveniert.

Zusammenfassung

Den Hintergrund für den gruppentherapeutischen Ansatz bilden interpersonale Theorien, die in objektbeziehungspsychologischen und bindungstheoretischen Modellen sowie in der Analyse pathologischer Muster zwischenmenschlicher Beziehungen wurzeln. Das Behandlungssetting „Gruppe“ impliziert, dass sich der Fokus nicht auf die „Aufarbeitung“ der Erkrankung richtet, sondern auf die Behandlung der ihr zugrundeliegenden oder aus ihr entstandenen interpersonellen Störung. Die Konzentration richtet sich auf die Interaktion zwischen den Gruppenteilnehmern im Hier und Jetzt.

2.2 Säule 1: Psychodynamische Orientierung

Auf das Spektrum der Traumafolgestörungen wurde im ersten Kapitel bereits eingegangen; die konkrete Symptomatik der einzelnen Teilnehmer ist den Einzelfalldarstellungen zu entnehmen. Für das vorliegende Interventionsmodell ist jedoch weniger die Symptomebene als vielmehr die ätiologische und pathogenetische Ebene handlungsleitend. Es erfolgt deshalb eine Orientierung an Fischer (2007), der den Begriff „kausale Psychotherapie“ geprägt hat. Der Leitgedanke dieses Verfahrens besteht darin, die Intervention nicht nach der Symptomatik auszurichten, sondern nach den Bedingungen, die zur Verursachung des Symptoms beigetragen haben (Kausalität). Fischer (2007) hat mit der „Nosologischen Pyramide“ („Nosologie“ = Lehre von der Klassifikation von Krankheiten) das Verhältnis von Ätiologie, Pathogenese und Symptomatologie psychischer Krankheiten voranschaulicht.



Dar. 2.3: Nosologische Pyramide (Quelle: nach Fischer 2007, 120)

Hieraus wird ersichtlich, dass das gleiche Symptombild auf verschiedene krankheitsauslösende und krankheitsaufrechterhaltende Einflüsse zurückgeführt werden kann. Eine bloße Behandlung der Symptome (z.B. die Gabe von Psychopharmaka bei Hyperaktivität) könnte deshalb womöglich die Entstehung weiterer Folgestörungen verhindern, jedoch nicht die aufrechterhaltenden strukturellen Bedingungen beeinflussen. Kausale Psychotherapie bedeutet jedoch auch nicht, „die Ursachen zu beseitigen und die Störung bestehen zu lassen“ (ebd., 121), sondern

bei der Planung der Intervention alle Ebenen zu berücksichtigen. Auch die Traumatherapie trägt diesen Gedanken in sich, indem sie das konkrete Symptombild als Endergebnis eines umfassenden Krankheitsprozesses versteht und sich bei den Interventionen an der *Struktur* eines Störungsbildes orientiert. Diese Struktur manifestiert sich auf der pathogenetischen Ebene, die als Bindeglied zwischen der ätiologischen und symptomatologischen Ebene zu verstehen ist. Hier bildet sich die *Dynamik* einer Erkrankung in Form von pathologischen Mustern ab. Diese stellen einerseits Lösungsversuche für die Bewältigung der krankheitsauslösenden Bedingungen (Ätiologie) dar, verursachen andererseits aber aufgrund ihrer Dysfunktionalität die Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung (Symptomatologie). Da ein wesentliches Ziel des vorliegenden Interventionsmodells daraus besteht, einer erneuten Verwehrtheit der Jungen vorzubeugen, setzen die Interventionen vorrangig auf der pathogenetischen Ebene an. Ein Beispiel: Ein häufig vorkommendes Muster traumatisierter Jungen ist die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen in „Täter-“ und „Opfer“-Konstellationen. Das ist vor dem Hintergrund der traumatischen Erfahrungen erklärbar, führt jedoch auf der Symptomebene sowohl zu einerseits aggressiven und delinquenten, andererseits depressiven und ängstlichen Reaktionsbildungen. Das bedeutet, dass nicht nur das gleiche Symptom verschiedene Auslöser haben kann, sondern umgekehrt auch, dass völlig gegensätzliche Symptombilder aus der gleichen Dynamik erwachsen können. Eine erfolgreiche Unterbrechung des Täter/Opfer-Musters wäre im Hinblick auf die Prävention einer Reinszenierung des Traumas daher als hilfreicher zu bewerten als die Reduktion einer aggressiven oder depressiven Symptomatik. Aus diesen Überlegungen heraus wird eine Orientierung an der Trauma- bzw. Psychodynamik einer Orientierung am Symptom vorgezogen.

Psychotraumata werden in Fischers Modell als eigenständige ätiologische Einflussgröße verstanden, die eine ätiologieeigene phasenspezifische Behandlung erfordert. Zwischen den verschiedenen ätiologischen Einflussgrößen bestehen Schnittmengen: Bei den Teilnehmern der vorliegenden Studie ist diese besonders groß zwischen den Ätiologiebereichen „Psychotrauma“ und „Untersozialisation“. Letzteres meint ein verwöhnendes oder verwehrtes Erziehungsmilieu, in dem Normen und Werte nicht adäquat vermittelt werden und das u.U. zur Entstehung dissozialer Verhaltensweisen beiträgt. In der Therapie, zumal in einer

Gruppentherapie mit Kindern, müssen daher neben den phasenspezifischen traumatherapeutischen Interventionen (Stabilisierung und Ressourcenorganisation) auch nachsozialisierende Elemente berücksichtigt werden.

Die Psychodynamik misshandelter Jungen wird in Anlehnung an die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik des Kindes- und Jugendalters (OPD-KJ) unterteilt in die Dimensionen *Beziehungsverhalten*, *Konfliktthemen* und *Struktur*. Da sich Konflikt und Struktur immer auch in Beziehungen abbilden (vgl. Grande 2007) und nicht unabhängig voneinander zu betrachten sind, soll zunächst das Verhältnis dieser drei Bereiche kurz erläutert werden.

Zum Verhältnis von Beziehung, Konflikt und Struktur

Struktur- und Konfliktebene verhalten sich ähnlich wie das Fußballregelwerk zum Fußballspiel: Erst die Kenntnis (Wahrnehmung) und Verinnerlichung (Integration) der Regeln (die *Struktur*) durch die Spieler schafft die Voraussetzungen dafür, dass sich ein Spiel mit einer speziellen Dynamik (der *Konflikt*) entwickeln kann. Analog dazu stellt die psychische Struktur einen Rahmen zur Verfügung, „in dem eine Konfliktspannung Halt findet und eine prägende Gestalt entwickeln kann“ (Grande 2007, 149). Für das Verständnis der Beziehungsgestaltung von Menschen ist die Differenzierung zwischen struktur- und konfliktbedingten Problematiken von hoher Relevanz. Konfliktbedingte Beziehungsstörungen sind dadurch charakterisiert, dass auf den Interaktionspartner eine Absicht gerichtet ist, z.B. wenn der Kontakt zum Anderen dazu dienen soll, den eigenen Selbstwert zu stabilisieren. Bezogen auf die Fußball-Metaphorik wäre das beispielsweise ein bewusstes Foulspiel, um sich im Spiel einen Vorteil zu verschaffen. Strukturbedingte Beziehungsstörungen sind hingegen durch ein Unvermögen gekennzeichnet, sie sind also *nicht* intentional, z.B. das rüde Einsteigen eines Spielers, dem die Regeln nicht vertraut sind. In der Therapiesituation muss die Unterscheidung zwischen konflikt- und strukturbedingten Beziehungsangeboten der Patienten zwingend vorgenommen werden, um die Interventionen verantwortlich und unterstützend ausrichten zu können und weder Absicht zu unterstellen, wenn ein Unvermögen vorliegt, noch ein Strukturproblem beheben zu wollen, wenn sich *eigentlich* ein Konfliktgeschehen abbildet.

2.2.1 Die Beziehungsgestaltung misshandelter Jungen

Bei innerfamiliär misshandelten Jungen zeigen sich neben der spezifischen Symptomatik fast immer beziehungsrelevante Verzerrungen und Störungen, die die Gestaltung normaler menschlicher Beziehungen erschweren. Es herrscht ein tief verwurzeltes Misstrauen gegenüber anderen Menschen vor, da ein eklatanter Mangel an Urvertrauen besteht. Viele Jungen scheinen ohne Hoffnung zu sein, auf zuverlässige, wohlwollende und unterstützende Erwachsene zu treffen. Dem zugrunde liegt „eine schwerwiegende Fragmentierung bis Zerstörung des inneren Arbeitsmodells von Bindung“ (Brisch 2006, 108f.). Das misshandelte Kind, das nicht einmal, sondern oft über viele Jahre sequentiell durch eine Bindungsperson traumatisiert wurde, hat nicht „nur“ mit den Folgen des Missbrauchs an sich zu kämpfen, sondern zusätzlich mit dem Umstand, schlimmstenfalls das Vertrauen in Menschen verloren zu haben und von ihnen keinen Schutz, keinen Trost und keine Hilfe mehr zu erwarten. Auch in der Therapie können die Therapeuten davon ausgehen, dass die Jungen ihre ambivalenten Bindungserwartungen auf sie übertragen. „Für den Aufbau einer sicheren therapeutischen Beziehung ist eine enorme Feinfühligkeit des Therapeuten notwendig, weil die Patienten sich mit allen bizarren Bindungsmustern bis zur psychopathologischen Ausprägung der Bindungsstörungen in die therapeutische Beziehung einbringen“ (Brisch 2006, 111). In Kapitel 1.3 wurde beschrieben, dass sich Bewältigungsversuche aus der Traumasituation bei mangelnder Verarbeitung des Traumas oder bei anhaltender Traumatisierung zu dauerhaften Persönlichkeitsmerkmalen entwickeln können. Romer/Riedesser (2004) haben die Bewältigungsstrategien und die sich als traumareaktive Muster verfestigten Copingversuche von Missbrauchsoptionen differenziert herausgearbeitet:

Bewältigungsstrategie („states“)	Verfestigte Copingversuche („traits“)
Verleugnung: „... nur ein böser Traum“	Emotionale Taubheit
Pseudo-Gefügigkeit: „Ich tu nur so, als ob ich mitspiele“	Falsches Selbst
Hass nach innen: „Ich stell mir vor, ich mach in mir alles tot“	Selbstverletzung
Vermeidung von Nähe: „Ich brauche niemanden...“	Pseudo-Autonomie
Regression: „Ich bin wieder so wie früher...“	Infantile Abhängigkeit
Dissoziation: „Ich bin nicht mehr in mir...“	Dissoziative Störung
Sexualisierung des präsexuellen Bindungshungers: „Wenn ich ein schönes Mädchen bin, werd' ich gemocht...“	Hysterische Gefallsucht
Selbstbeschuldigung: „... nur, weil ich schlecht bin“	Opferidentität
Sexualisiertes Acting out: „Ich habe es selbst in der Hand...“	Zwanghafte Promiskuität
Identifikation mit dem Aggressor: „Ich habe auch Macht...“	Sadismus

Dar. 2.4: Beziehungsmuster missbrauchter Kinder (Quelle: nach Romer/Riedesser 2004, 52)

Diese verschiedenen Muster der Beziehungsgestaltung bilden sich auch in der therapeutischen Beziehung ab. Es besteht die große Gefahr von Verstrickungen, wenn es dem Therapeuten nicht gelingt, die Beziehungsangebote misshandelter Jungen als traumabedingte Copingversuche zu verstehen, sondern sie im Sinne der Traumadynamik komplementär beantwortet. Einige der in der klinischen Praxis häufig vorkommenden Beziehungsmuster sollen im Folgenden erläutert werden.

Täuschung

Misshandlungsoffer versuchen oft, eine Übereinstimmung mit dem Erwachsenen herzustellen und sich diesem chamäleonhaft anzupassen. In der Hoffnung, die tatsächliche oder vermeintliche Bedrohung dadurch abwehren zu können, lächeln sie überdurchschnittlich oft („social smile“) und zeichnen sich durch eine überempathische, vorausseilende Gefälligkeit aus. Sie antizipieren genau, welches Verhalten und welche Aussagen die Therapeuten von ihnen erwarten und „bedienen“ diese Erwartungen entsprechend. Ihre dennoch vorhandene Wut bahnt sich dann den Weg über „stille“ dissoziale Verhaltenweisen. Werden sie damit konfrontiert, finden sie vermeintlich treffende Erklärungen und Interpretationen für ihr Verhalten, sie verbleiben jedoch abgetrennt von ihren Affekten und wirken dadurch „papageienhaft“. „Kann dieser Als-ob-Modus mit Hilfe der Pseudo- oder

Hypermentalierung [vgl. Fonagy 2008] als Abwehrform nicht durchgehalten werden – etwa in Verbindung mit Demütigungen und Beschämungen – so „platzt“ diese Bewältigungsform und es kann blinde Wut durchbrechen“ (Streek-Fischer 2010, 167).

Bindungsambivalenz zwischen Angst und Vereinnahmung

Viele bindungstraumatisierte Kinder zeigen ein sozial promiskuitives Bindungsverhalten mit wahlloser Kontaktaufnahme, sie vertrauen sich ohne Scheu jedem an, der ein wenig Aussicht auf Bindung verspricht. Hier sind die Hilfe suchenden Bindungskräfte aktiv, also Anteile der Persönlichkeit des Kindes, die gerettet werden möchten. Andere Kinder lassen keinen Wunsch nach Bindung erkennen, sondern geben sich pseudoautonom und bedürfnislos. Das sind die Anteile der Persönlichkeit, die aufgrund fortlaufender Enttäuschungen ihrer Bindungsbedürfnisse die Hoffnung auf Rettung bereits aufgegeben haben. In der Regel sind beide Anteile in einer Person vereint: Es besteht ein starkes Spannungsfeld zwischen der Sehnsucht nach verlässlichen und fürsorglichen Bindungspersonen auf der einen und einer „archaischen Angst vor Nähe“ (vgl. Romer/Riedesser 2004) auf der anderen Seite. Ihr tiefsitzendes Misstrauen veranlasst die Kinder, die Erwachsenen immer wieder zu testen. Insbesondere wenn sich die Herstellung einer guten Beziehung angebahnt hat und die Kinder sich verstanden und angenommen fühlen, stellen sie diesen Kontakt durch zerstörerisches Beziehungsverhalten auf die Probe. Diese zunächst bindungsfeindlich erscheinenden Kräfte können als Absicherung verstanden werden, ob die Bindungsrepräsentanz tatsächlich im positiven Sinne modifiziert werden kann.

Herstellen erneuter Täter-Opfer-Muster

„Das Dilemma des traumatisierten Kindes besteht darin, dass Bindung lebensnotwendig und gleichzeitig lebensgefährlich ist“ (Huber 2005b, 134). Weil diese Spannung nicht auszuhalten ist, müssen die Kinder, um die lebensnotwendige Bindung an die Eltern aufrechtzuerhalten, deren Täteranteile abspalten. Diese Anteile werden stattdessen nach innen genommen, wo es zwangsläufig zu einer Identifikation mit dem „Bösen“ kommt. Als Folge dieses Kompromisses „zwischen Überleben und Selbstverleugung“ (ebd., 136) bleiben alle Spaltungen aus der Traumasituation bestehen und wirken sich auf die Beziehungen zu

anderen Menschen aus: Es kommt zur Unterwerfung gegenüber und zur Idealisierung von vermeintlichen Autoritäten (Opferidentität) oder zur Unterdrückung, Ausbeutung und Sadismus (Täteridentität). Dieses Muster bildet sich deutlich auch in therapeutischen Beziehungen ab. Im Fachjargon heißt es dann, sie (die Therapeuten) würden „zum Täter gemacht“ (im Kontakt mit opferidentifizierten Patienten) oder sie würden „gequält“, wenn die täteridentifizierten, bindungsfeindlichen Anteile der Persönlichkeit des Patienten aktiv sind. Es handelt sich um Formen der Reinszenierung des Traumas. Damit die Spaltungen aufgelöst und überwunden werden können, muss dieser Mechanismus zwingend verstanden werden.

Parentifizierung und Sexualisierung



Dar. 2.5: René Magritte:
„Der Geist der
Geometrie“, 1936/37
©VG Bild-Kunst, Bonn
2008

Als „Parentifizierung“ wird eine Bindungsstörung bezeichnet, bei der es zu einer Rollenumkehr zwischen dem Kind und dem Erwachsenen kommt (siehe Dar. 2.5). „Alles im Leben des Päderasten dreht sich um hilflosen Sex“, schreibt Kirchhoff (2010, 150). Wenn sich ein Opfer in die Schwäche des Täters empathisch einfühlt, kann es durch diese Überlegenheit scheinbar die Kontrolle über die Beziehung erobern. In der Missbrauchssituation ist das Kind gezwungen, die Bedürfnisbefriedigung des Erwachsenen zu übernehmen. Anstatt Fürsorglichkeit, Zärtlichkeit und Schutz durch wohlwollende Bindungspersonen zu erfahren, lernt es früh, die Bindung dadurch zu retten,

dass es umgekehrt die Bedürfnisse der Erwachsenen befriedigt.

In diesem Zusammenhang sind auch viele der provozierenden und verführerischen Beziehungsangebote missbrauchter Kinder zu verstehen. Neben dem Aspekt des Wiederholungszwangs, „durch Umwandlung von Passivität in Aktivität die Gefühle des hilflosen Ausgeliefertseins durch wiederholte Kontrolle des Ablaufes zu bewältigen“ (Romer/Riedesser 2004, 54), steckt in dieser Form der sexualisierten Kontaktgestaltung auch der verzweifelte Versuch, den Bindungshunger zu stillen.

2.2.2 Die Konfliktthemen misshandelter Jungen

„Wähle Kinder aus, die ungeliebt sind. Versuche nett zu ihnen zu sein, bis sie dir vertrauen und erwecke den Eindruck, dass sie von sich aus bereitwillig mitmachen. Benutze Liebe als Köder.“

„In der Regel ging ich Beziehungen zu schüchternen, vaterlosen Knaben ein, die sehr verschlossen waren und Kontaktschwierigkeiten hatten.“

Diese beiden Zitate von Pädophilen (zit. n. Bange 2007, 58) verdeutlichen, wie gezielt sich sexuelle Täter ihre Opfer aussuchen und mit welcher Perfidität sie ein Vertrauensverhältnis zu ihnen aufbauen. Dabei kommt ihnen zugute, dass viele Jungen ein starkes, oftmals ungestilltes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit durch Väter oder durch väterliche Objekte haben. Die Täter gaukeln ihnen Interesse an ihrer Person und an ihrer Männlichkeit vor, sie umschmeicheln sie mit Geschenken und Privilegien „und verstricken sie bald in ein Netz aus Geheimnis, Geheimhaltungspflicht und Kumpanei. Kommt es dann zu sexuellen Übergriffen, sitzen die Jungen in der Falle“ (Schnack/Neutzling 2000, 259).

Täter wissen vom Hunger der Jungen nach körperlicher Zuwendung. Liebevoller Körperkontakt zu einem erwachsenen männlichen Gegenüber ist den meisten Jungen unbekannt; manche ihrer Väter sind nicht mehr in der Familie, andere meiden Nähe und Zärtlichkeit im Kontakt zu ihren Söhnen. Manchmal ist die Missbrauchssituation tatsächlich mit ambivalenten Gefühlen zwischen Ekel und Erregung verknüpft – was bei den Jungen zu Verwirrung, Schuld- und Schamgefühlen führt.

„ seine Zunge schmeckte nach Rauch und Odol, unvergesslich. Ich war noch nie so geküsst worden und erwiderte den Kuss, um nicht unhöflich zu sein, aber es war auch ein Bedürfnis, frisch geweckt; und ich dachte, es sei seine Art, Kopfweh zu heilen. Dann streichelte er mein kindliches Ding, es wurde groß und hart, glühend gegen meinen Willen, also schämte ich mich auch glühend, und Winnetou flüsterte mir in den Mund: „Dem Schwein ist alles Schwein, dem Reinen ist alles rein“. Das waren seine einzigen Worte in dieser ersten Nacht von vielen“ (Kirchhoff 2010, 150).

Viele Jungen erleben während der Missbrauchssituation, wenn diese nicht mit Gewalt gekoppelt ist, neben den Gefühlen von Ekel und Abscheu auch Lust und Erregung. Die Erektion des kindliches Gliedes wird von den Tätern als vermeintlicher Beweis ihrer Zustimmung zu den sexuellen Handlungen interpretiert – zumindest suggerieren sie das den Jungen („siehst du, du findest

das doch auch schön“). Dadurch kommt es bei den Opfern zu starken Zweifeln an der eigenen Wahrnehmung: Passiert hier etwas Unrechtes oder gibt es nicht doch ein stilles Einverständnis? Manchmal wird zudem Hass auf den eigenen Körper entwickelt, der anders reagiert hat, als es von den Jungen gewollt war. In diesem Zusammenhang entsteht vielfach eine Angst vor Homosexualität. In der Wahrnehmung der Jungen sind zwei sexuell miteinander verkehrende Menschen gleichen Geschlechts, die auch noch beide Lustgefühle empfinden, schwul. „Dabei verkennen die Jungen wie auch die breite Öffentlichkeit: Es geht beim sexuellen Missbrauch nicht um einvernehmliche Sexualität. [... Es] ist schlicht und einfach eine Form sexualisierter Gewalt und nicht Ausdruck einer sexuellen Orientierung“ (Bange 2007, 48). Zu dem vermeintlichen Stigma des Schwulseins und der Angst, beschmutzt und beschädigt zu sein, kommen erschwerend grundsätzliche Zweifel an der eigenen Männlichkeit auf. Misshandlung und Missbrauch sind durch eine Asymmetrie von Macht und Ohnmacht gekennzeichnet und unmittelbar mit der Erfahrung von Hilflosigkeit und Schwäche verknüpft. Es fällt Jungen schwer, diese Gefühle anzunehmen, sie schämen sich, weil sie nicht den Anforderungen der männlichen Geschlechterrolle entsprechen. Sie wollen keine „Schlappschwänze“, „Weicheier“ oder „Memmen“ sein, sondern wünschen dem Rollenklischee als wehrhafte, starke und überlegene Jungs zu genügen. Gerade bei chronischen Verläufen werden Macht und Ohnmacht, Kontrolle und Unterwerfung zu zentralen Themen der Jungen, die als festgelegte Erlebnismuster in weiten Teilen des Alltags virulent werden. Viele dieser Kinder geraten schnell in Konflikte mit anderen Kindern und Erwachsenen, sie begehren gegen jegliche Regeln und Einschränkungen auf, sind ungeduldig und bestimmend. Häufig wollen sie in einer Reaktionsbildung auf die erlebte Ohnmacht nun ihrerseits bestimmen, kontrollieren und Macht ausüben. Von anderen werden sie als impulsiv und jähzornig erlebt. Andere Kinder tendieren zu regressiven Abwehrhaltungen, sie zeigen sich besonders fügsam, angepasst, zurückgezogen und scheu. Häufig lassen sie es zu, dass andere über sie bestimmen, es besteht die Gefahr einer Chronifizierung der Opferrolle. Selten sind die Täter- und Opferrollen starr: Bei vielen Jungen kommt es in Abhängigkeit der Umstände zu beiden Bewältigungsversuchen.

Misshandlung und Missbrauch entsprechen einer Erniedrigung und Demütigung durch die Gewalt anderer und verletzen die seelische Integrität der Kinder. Für

eine gesunde Selbstwertentwicklung ist eine empathische und gewaltfreie Eltern-Kind-Beziehung die Voraussetzung. In der Regel entstehen bei missbrauchten und misshandelten Kindern erhebliche Insuffizienzgefühle, die sich über das gesamte Erleben ausbreiten: Viele halten sich in ihrem Selbsterleben für dumm, hässlich und nicht liebenswert, nicht selten wehren sie das mit einer betont lässigen Fassade ab und schwanken heftig zwischen Selbstentwertung und Selbstüberschätzung.¹³ Es gelingt ihnen kaum, ihr Selbstwertgefühl unabhängig von anderen zu regulieren, so dass es schon bei kleinen Misserfolgen zum Einbruch kommt. Die Jungen sind oft schnell gekränkt oder reagieren gereizt auf jede Form der Kritik. Häufig fühlen sich andere Menschen im Gegenübertragungsgeschehen von ihnen abgewertet und auf Distanz gehalten.

Das misshandelte Kind hat ferner mit schweren Schuldgefühlen zu kämpfen. Da ihm die Vorstellung, die Eltern könnten etwas Böses machen, zunächst fremd ist, sucht es die Schuld für die verwirrenden und schmerzhaften Ereignisse in der Regel bei sich. „Dadurch kann es die Illusion aufrechterhalten, daß die Eltern im Prinzip gute, verlässliche und schützende Bindungspersonen wären, wenn es nur selbst nicht so schlecht, unruhig, böse wäre und die Eltern zur Weißglut reizte“ (Riedesser 2006, 167). Es wehrt damit auch das Gefühl der Ohnmacht ab, indem es sich einredet, dass es es selbst in der Hand gehabt hätte, etwas an seiner Situation zu verändern. Für ein betroffenes Kind bleibt die Absurdität einer sexuellen oder gewaltvollen Bedrohung durch eine geliebte Vertrauensperson ansonsten „ohne jeden akzeptablen Sinn und läuft damit den Möglichkeiten mündlicher Äußerung zuwider“ (Reichelt 1994, 20). Kirchhoff (2010) hat diesen Aspekt der Sprachlosigkeit in den Mittelpunkt seiner Ausführungen gestellt.

„Der Päderast flüstert geilen Unsinn, seine Sprache ist so verklärt wie versaut, ein gebildetes obszönes Delirieren. Winnetou hat Scheiße geflüstert, die ich für Gold hielt; alles im Leben des Päderasten dreht sich um hilflosen Sex, ohne dass es dazu eine geklärte, mit anderen teilbare Sprache dazu gibt, wie auch. Winnetou war in der Schule mein Religionslehrer, er hat von Jesus geredet und an meine Seufzer unter seinen Händen gedacht, das hat er mir später gestanden“ (2010, 150).

¹³ „Ein früh und anhaltend traumatisierter junger Mensch wirkt oft total cool und tough, eisenhart und belastbar, wird kaum einmal krank. Aber warum ist seine Prognose so schlecht? [...] [D]as Nervensystem ist nicht endlos strapazierbar. Und die Coolness ist nichts anderes als die Außenwirkung ständiger seelischer Abwehrprozesse“ (Weinberg 2005, 56).

Neben der fehlenden Sprache kommt häufig auch eine Verpflichtung zur Geheimhaltung hinzu. Täter schüchtern ihre Opfer in vielen Fällen massiv ein, um sie zum Schweigen zu veranlassen: So wird z.B. mit der Ermordung des Haustieres oder mit der Einweisung in ein Heim gedroht, falls „das Geheimnis“ ausgesprochen wird. Wenn die Kinder sich dennoch an eine dritte Person (z.B. an die Mutter) wenden, wird die Misshandlung trotz offensichtlicher Merkmale oft negiert und den Kindern die Wahrnehmung abgesprochen.¹⁴

Zusammenfassung

Die Konfliktthemen misshandelter Jungen sind von den Grundgefühlen der Ohnmacht, der Minderwertigkeit, der Sprachlosigkeit sowie der Schuld und der Scham bestimmt. Bei sexuell missbrauchten Jungen kommt ferner die Angst vor Homosexualität hinzu. Insgesamt kommt es zu einer Desorientierung in der Geschlechtsidentität, die häufig durch eine Überidentifizierung mit dem Stereotyp der männlichen Rolle kompensiert wird.

2.2.3 Die psychische Struktur misshandelter Jungen

„Psychische Struktur ist das Ergebnis einer bidirektionalen Wechselwirkung von angeborenen Bereitschaften und interaktionellen Erfahrungen in der Herausbildung von spezifischen Erlebnis- und Handlungsdispositionen [...]“ (Arbeitskreis OPD-KJ 2003, 123).

Die Entwicklung der psychischen Struktur eines Menschen beginnt bereits in den ersten Minuten nach der Geburt: das Baby nutzt seine neu erworbene Fähigkeit zum Schreien, um seine Umwelt auf seine Bedürfnisse aufmerksam zu machen. Trifft es auf wohlwollende Bindungspersonen, werden seine Bemühungen erfolgreich sein und das Baby wird sein inneres Gleichgewicht mit der Hilfe der Erwachsenen wieder herstellen können. Auf der Grundlage dieser positiven Interaktionserfahrungen wird das Baby mit der Zeit lernen, sein Handlungsrepertoire sukzessive zu erweitern. Das Temperament des Kindes beeinflusst diesen Prozess (vgl. Mannheimer Risikokinder-Studie: Laucht 2003, 53-71), indem die angeborenen Affektdispositionen in der Bindungsperson Gefühle erzeugen, die ihren Ausdruck sowohl in liebevoller Zuwendung als auch in

¹⁴ „Ach, Quatsch, sowas macht der Papa doch nicht. Da hast du dich bestimmt gestoßen“, erwiderte die Mutter eines inzwischen erwachsenen Patienten, als ihr der damals 8-jährige Junge seine blauen Flecken zeigte. Rückblickend empfand der Mann diesen Moment als „schlimmsten“.

Aggressivität oder Ablehnung finden können. In der Theoriebildung zur psychischen Struktur finden deshalb neben der Objektbeziehungstheorie (Sullivan 1953) und der Selbstpsychologie (Kohut 1971, Kernberg 1989) zunehmend auch die Erkenntnisse aus der Emotions- und Temperamentsforschung, der Bindungstheorie (Grossmann 2003) und der Säuglingsforschung (Lichtenberg 1991, Stern 1992) Berücksichtigung (vgl. Hochauf 2003, 45; Arbeitskreis OPD-KJ 2003, 123). Den Kern der psychischen Struktur bilden die vom Kind verinnerlichten Beziehungserfahrungen. Macht das kleine Kind nun sehr früh im Leben anhaltende Erfahrungen von Misshandlung oder Vernachlässigung durch Bindungspersonen, so entwickeln sich diese leiblichen, sinnlichen und emotionalen Wahrnehmungen zu Repräsentanzen. Dadurch wirken die Traumatisierungen nicht nur im Moment des Geschehens auf das Kind ein, sondern sie färben auch spätere Situationen und Erfahrungen gemäß diesen Wahrnehmungen ein (vgl. Hochauf 2003, 46), was wiederholte traumatische Ereignisfolgen nach sich ziehen kann. Frühe Traumatisierungen sind daher strukturprägend und können dazu führen, dass bestimmte Bereiche der Struktur nicht nur schlecht ausgereift, sondern geradezu zerstört sind (vgl. Rudolf 2002). Die Einflüsse erlebnisbedingter Traumatisierungen auf Selbstregulation und Persönlichkeitsentwicklung des Kindes sind auch empirisch nachgewiesen (vgl. Resch/Schulte-Markwort 2005). Diese Strukturdefizite müssen jedoch nicht bei jeder Anforderung an die psychische Struktur habituell zum Tragen kommen, sondern treten dann auf, wenn eine Situation assoziativ mit dem ursprünglichen Trauma verbunden ist (vgl. Rudolf 2002, 15). So lässt es sich erklären, dass es auch bei normalerweise gut strukturiert wirkenden Menschen zu einem Ausfall von Fähigkeiten kommen kann, sobald es um mit dem Trauma assoziierte Themen (u.a. Sexualität, Gewalt) geht. „Dann allerdings kommt es zum kompletten Zusammenbruch einzelner Regulationsfähigkeiten, zur Überflutung mit extremen Affekten der Panik, Verzweiflung und Hilflosigkeit und zu notfallmäßigen Reaktionen des Dissoziierens oder Agierens“ (vgl. ebd.).

Im Folgenden sollen die konkreten Auswirkungen früher Misshandlungserfahrungen auf verschiedene Strukturbereiche skizziert werden. Struktur wird in diesem Zusammenhang verstanden als „Verfügbarkeit von Anpassungsleistungen, die im interaktionellen Verhalten der Kinder und Jugendlichen mit ihrer Umwelt sichtbar werden“ (Koch /Streek-Fischer 2004, 110). In Anlehnung an die OPD-KJ

erfolgt die Differenzierung zwischen den Bereichen „Steuerung“, Selbst- und Objektwahrnehmung“ sowie „Kommunikative Fähigkeiten“.

Steuerung

„Schwere, oft chronische Traumatisierungen können durch körperliche Misshandlung entstehen: Statt dem Kind aus Zuständen affektiver oder psychosomatischer Dysregulation, die sich zum Beispiel in Schreien oder motorischer Unruhe äußern, durch Trost und beruhigende Gesten herauszuhelfen, werden Mutter oder Vater zum Aggressor“ (Riedesser 2006, 166). Wenn bereits die Eltern ihre Affekte nicht gut regulieren können, können sie auch ihren Kindern nicht beibringen, wie man sich adäquat selbst beruhigen kann. Die Fähigkeit zur Selbsttröstung ist dann bei letzteren oft schlecht ausgebildet, negative Gefühle können kaum abgepuffert werden. Das Selbstgefühl ist schwer beschädigt, wodurch die Vulnerabilität für weitere Traumatisierungen erhöht ist. Ein Junge im Grundschulalter z.B., der die Frustration einer Niederlage nicht ertragen kann und dieses unerträgliche Gefühl durch aggressive Reaktionsbildungen abzuwehren versucht, wird sowohl negative Rückmeldungen zu seinem Verhalten erfahren als auch in Gefahr sein, in körperlichen Auseinandersetzungen erneut traumatisiert zu werden. Beides wird zu einer weiteren Beschädigung des Selbstgefühls führen.

Selbst- und Objektwahrnehmung

Unter den abnormen Entwicklungsbedingungen haben die Kinder kein kohärentes Selbstbild entwickeln können. Ihre Selbstbeschreibungen geraten aufgrund der willkürlichen Bewertungen ihrer Person durch die Bindungspersonen undifferenziert, verzerrt und widersprüchlich. Bei dissoziativen Spaltungen des Selbst kommt es sowohl zu Omnipotenzgefühlen („Ich bin der Größte“) als auch zu dem Gefühl, ein absoluter Versager zu sein („Ich bin ein Nichts“). Eine sichere Unterscheidung zwischen der eigenen Rolle und der Rolle der anderen kann aufgrund der diffusen Rollenverteilung (z.B. in Missbrauchsfamilien) nicht sicher vorgenommen werden.¹⁵ Die Qualität der objektbezogenen Fähigkeiten ist ebenfalls abhängig von den verinnerlichten Beziehungserfahrungen. Die nicht ernst genom-

¹⁵ Diese Kinder erkennen auch die pädagogischen und therapeutischen Mitarbeiter von psychiatrischen und Jugendhilfeeinrichtungen nicht als Träger einer bestimmten Rolle. Das spiegelt sich bspw. in Situationen, in denen sie fragen, was der Mitarbeiter eigentlich beruflich mache.

menen oder nicht respektierten Gefühle misshandelter Kinder sind Ausdruck und Folge eines eklatanten Empathiemangels der Bindungspersonen. So können auch die Kinder nicht lernen, sich tatsächlich (und nicht im Sinne einer vordergründigen Anpassungsleistung) in den anderen hineinzusetzen und dessen Perspektive zu übernehmen.¹⁶

Kommunikative Fähigkeiten

Die dissoziative Abspaltung der Gefühle unter den frühen und anhaltenden Traumasituationen führt dazu, dass dem Kind „eine nur extrem eingeschränkte Gefühls- und Affektwahrnehmung und -umsetzung“ (Weinberg 2006, 56) zur Verfügung steht, was es in der Kontaktaufnahme zu anderen Menschen schwer beeinträchtigt und einen emotionalen Austausch mit anderen unmöglich macht. Durch die Mangelenerfahrung des Teilens von gemeinsamen emotionalen Erlebnissen, gleich welcher Art, kann kein Zusammengehörigkeitsgefühl (das Gefühl von WIR) entwickelt werden. Wenn die primären Affekte (vgl. Izard 1994) nicht abgespalten sind und Freude, Angst, Interesse, Verachtung, Ekel, Wut und Traurigkeit in die Interaktion eingebracht werden, dann erfolgt das häufig in starker Intensität, so dass sie nicht zur Herstellung befriedigender sozialer Kontakte beitragen. Auch selbstreflexive Gefühle wie Scham, Neid oder Stolz sind bei früh und anhaltend misshandelten Kindern oft nicht verfügbar, da „die Fähigkeit zur Selbstreflexivität, die mit der frühen Erfahrung einer feinfühlig spiegelnden Pflegeperson verbunden ist“ (Streek-Fischer 2010, 168), nicht oder nur mangelhaft entwickelt werden konnte. Im Kontakt zu Kindern mit einem desintegrierten Strukturniveau im Bereich der kommunikativen Fähigkeiten fühlt sich das Gegenüber ausgeschlossen, es entsteht kein Gefühl des emotionalen Beteiligtseins und folglich auch keine wechselseitige Bezogenheit.

¹⁶ In psychiatrischen Kliniken und Jugendhilfeeinrichtungen rufen Kinder mit mangelndem Empathievermögen aufgrund ihrer Brutalität und ihres fehlenden Unrechtsbewusstseins bei den Mitarbeitern erfahrungsgemäß starke Gefühle von Fassungslosigkeit und Hilflosigkeit hervor, zumal „man denen nicht mal richtig böse sein kann.“

2.3 Säule 2: Körper- und Bewegungsorientierung

Entgegen der cartesianischen Auffassung, wonach die Fähigkeit zu denken menschliches Dasein begründet („Cogito ergo sum“), kommt dem Körper als Existenzträger in der körper- und bewegungsorientierten Arbeit eine zentrale Bedeutung zu. Mit seiner Aussage, „das ICH“ sei „zunächst einmal ein körperliches“ verwies Freud darauf, dass sich die menschliche Entwicklung primär in der Entwicklung mit dem eigenen Körper vollzieht. „Die Entwicklung seines (des Säuglings, der Verf.) Körpers, mit dem im zunehmenden Maße auf die Umwelt eingewirkt werden kann, bestätigt ihn als werdende Persönlichkeit, deren Entwicklung sich in der aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt vollzieht“ (Hammer 1995, 151). Der Körper bildet den Ausgangspunkt aller Erfahrungs- und Wahrnehmungsprozesse. Was bedeutet es folglich, wenn der Körper bereits in frühen Jahren Ziel anhaltender Gewalt wurde? Darum soll es in den folgenden Abschnitten gehen.

2.3.1 Körper und Trauma

„*Der Hysterische leide größtenteils an Reminiszenzen*“, weil „diese Erinnerungen Traumen entsprechen, welche nicht genügend ‚abreagiert‘ worden sind“ (Freud 1895, 86 zit. nach Hirsch 2000, 135).

In ihren Anfängen beschäftigte sich die Psychoanalyse mit körperlich-seelischen Traumata als Ursache für psychisches Leiden und psychogene Körpersymptome. Freud verweist in dem Zitat darauf, dass nicht das Ereignis als solches Leid auslöst, sondern die „Reminiszenzen“, die er als „Abkömmlinge unbewußt wirkender Erinnerungen“ (vgl. ebd.) versteht. Es handelt sich also um Erinnerungen, die dem Bewusstsein nicht zugänglich sind, die aber außerhalb des Bewusstseins gespeichert sein müssen, da sie bei bestimmten Auslösereizen assoziativ geweckt werden können. Dabei kommt es dann zu einer Übererregung mit körperlichen Symptomen wie starkem Herzklopfen, Schwitzen, flacher Atmung, Zittern und vielen weiteren. Diese Reaktionen verweisen darauf, dass die Grundlagen eines Traumas in erster Linie physiologischer und nicht psychologischer Natur sind: „Das Trauma befindet sich im Nervensystem – nicht im Ereignis!“ (Levine/Kline 2004, 22). Wie kann es sein, dass Ereignisse körperlich gespeichert und erinnert werden können? Babette Rothschild (2002) erzählt in ihrem Buch „Der Körper erinnert sich“ folgende Geschichte:

„Eine Patientin des französischen Arztes Edouard Claparede, der Anfang des 20. Jahrhunderts lebte und wirkte, war aufgrund einer Hirnverletzung nicht in der Lage, neue Erinnerungen zu bilden. Jedes Zusammentreffen des Arztes mit der Patientin war so, als sähe sie ihn das erste Mal. [...] Aus Neugierde beschloss Dr. Claparede, ein Experiment durchzuführen. Als er einmal wieder den Untersuchungsraum betrat, streckte er seine Hand aus, um die Patientin wie gewohnt zu begrüßen, verbarg aber diesmal in seiner Handfläche eine Heftzwecke. Wie immer ergriff die Patientin seine Hand, zog sie aber wegen des unerwarteten Schmerzes sofort zurück. Bei der nächsten Begegnung weigerte sie sich, Claparde mit Handschlag zu begrüßen, konnte aber nicht erklären, warum sie dies nicht wollte“ (60f., nach Claparede 1911/1951).

Offensichtlich war lediglich das explizite Gedächtnis der Frau geschädigt, während das implizite Gedächtnis noch funktionierte. Das implizite Gedächtnis ist in der Amygdala verankert, jener Hirnregion, die von Geburt an körperlich-sensorische und emotionale Informationen speichern kann. Anders als das explizite Gedächtnis, das im Hippocampus verortet ist, auf Gedanken basiert und erst im Alter von drei Jahren ausgereift ist, sind im impliziten Gedächtnis Ereignisse mit Emotionen verknüpft und verbleiben sprachlos. In Gefahrensituationen ist, wenn eine vitale Bedrohung besteht, die keine Zeit zum Nachdenken lässt, die Funktion des Hippocampus unterdrückt, während die Amygdala aktiviert ist. In der Folge „ätzt“ die unter der Bedrohung entstandene Emotion der Angst in der Amygdala neuronale Schaltkreise ein (vgl. Damasio 1997, 2000), vergleichbar mit Landkarten von physikalischen, körperlichen Empfindungen, durch die zukünftige Bedrohungssituationen unmittelbar mit einem „Plan“ (Flucht oder Erstarrung) beantwortet werden können. Bei traumatisierten Menschen ist das Gehirn dann nicht mehr vollständig in der Lage, Gefahren realistisch einzuschätzen. Es ist hochsensibel für alle Wahrnehmungen und reagiert auch in objektiv unbedrohlichen Situationen mit dem physikalischen Notfallprogramm, so, als würde das ursprüngliche Trauma noch bestehen. Verantwortlich dafür ist die Aktivierung der Amygdala durch sogenannte „Trigger“: Körperempfindungen wie Gerüche, Geräusche, Gefühls, Geschmecktes oder Erblicktes werden automatisch und unbewusst mit der Traumasituation assoziiert und lösen den „Notfallplan“ aus: „Das Denken wird von den Gefühlen überfallen. Menschen mit PTSD¹⁷ sind sehr sensitiv darauf eingestimmt, selbst auf minimale Reize so zu reagieren, als ob ihr Leben in Gefahr sei“ (van der Kolk et al. 2000, zit. n. Levine/Kline 2004, 29).

¹⁷ PTSD = Post-traumatic Stress Disorder; engl. für PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung)

Freud sieht in der mangelnden „Abreaktion“ eines Ereignisses die Ursache für seine traumatisierende Wirkung. Wie ist das zu verstehen? Wie in Kap. 1.2.1 erläutert wurde, reagieren Menschen in einer Gefährdungssituation instinktiv mit Flucht- oder Kampfimpulsen. Das ist, wie gerade dargestellt, keine willentliche Entscheidung, sondern Ausdruck einer biologischen Programmierung, die das Überleben sichern soll. Sobald das Gehirn (hier: die Amygdala) eine vitale Bedrohung wahrnimmt, aktiviert es eine große Menge an Energie, die den Organismus für die Flucht oder zum Kampf vorbereitet:

„Während dieses rapiden, unwillkürlichen Umschaltens zieht sich gleichzeitig der Blutstrom aus den Verdauungsorganen und der Haut zurück und fließt in die große motorische Fluchtmuskulatur. Die Atmung wird schneller und flacher, die Speichelproduktion geht zurück. Die Pupillen weiten sich, damit sie mehr Informationen aufnehmen können. Die Blutgerinnung nimmt zu, während das verbale Ausdrucksvermögen abnimmt. Die Muskelfasern sind stark erregt, häufig bis zum Zittern“ (ebd., 23).

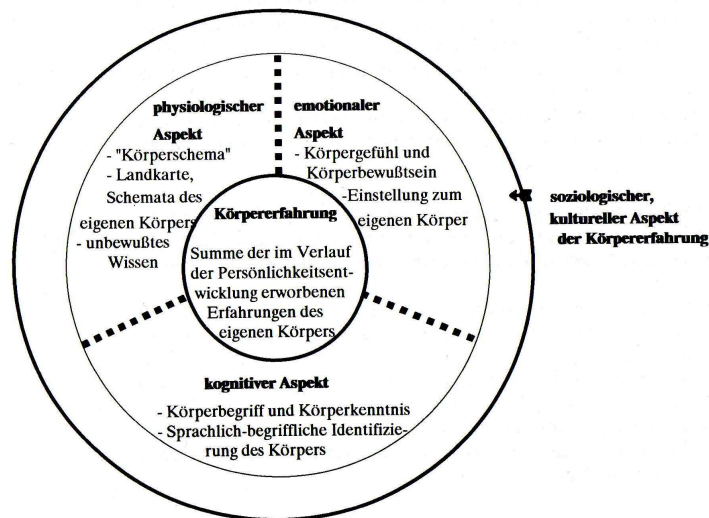
Wenn dann die Umstände keine motorische Aktivität zulassen, sondern stattdessen eine Erstarrung eintritt, kann sich die aktivierte Energie nicht entladen, sondern verbleibt eingeschlossen im Körper und schafft das Potenzial für traumatische Symptome. Sie verwandelt sich in psychosomatische Symptome, also in körperliche Affektregulate, die leicht als Ausdruck von Körperkrankheit missverstanden werden können, da bei traumatisierten Menschen (wie bei sehr kleinen Kindern) die emotionale und die körperliche Erregung sehr eng miteinander verbunden sind. Aus dem Tierreich ist hingegen bekannt, dass sich Tiere nach erfolgten Bedrohungen schnell regenerieren: Sie zittern die überschüssige Energie aus dem Körper heraus, indem sie beben, keuchen, Bewegungen vervollständigen und sogar schnelle Augenbewegungen durchführen (vgl. ebd., 31). Tiere streben ungehemmt nach ihrem körperlich-seelischen Gleichgewicht, während Menschen dazu neigen, ihre Empfindungen und Gefühle zu bewerten und sich diese starken Körperreaktionen infolgedessen nicht zu erlauben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass alle körperlich-sinnlichen Erfahrungen, auch jene aus den ersten Lebensjahren, im impliziten Gedächtnis, auch „Körpergedächtnis“ genannt, gespeichert werden. Sie wirken unbewusst und finden Ausdruck in psychosomatischen Beschwerden und anderen Körper-

symptomen. Im Hinblick auf die Konzipierung des vorliegenden Interventionsmodells sollen die Körpererfahrungen und die Körpersymptome sexuell missbrauchter und körperlich misshandelter Jungen im Folgenden dargestellt werden.

2.3.2 Körpererfahrungen misshandelter Jungen

Nach dem bipolaren Prinzip der Traumatherapie müssen den negativen Körpererfahrungen positive Körpererfahrungen entgegengestellt werden. Doch was sind „Körpererfahrungen“? Der Begriff wurde in verschiedenen Zusammenhängen „in einer Spanne zwischen vielfältigen Sinnesempfindungen, Saunabaden und Reflexzonenmassage so kontrovers ausgedeutet“ (Zimmermann et al. 2008, 92), dass er zu einem terminologischen Pudding geworden ist. Zur besseren Einordnung wird in Anlehnung an den „Lehrbrief zur Körpererfahrung“ des Aktionskreises Psychomotorik (1989) in den folgenden Ausführungen zwischen den physiologischen, kognitiven und emotionalen Aspekten des Komplexes „Körpererfahrung“ unterschieden.

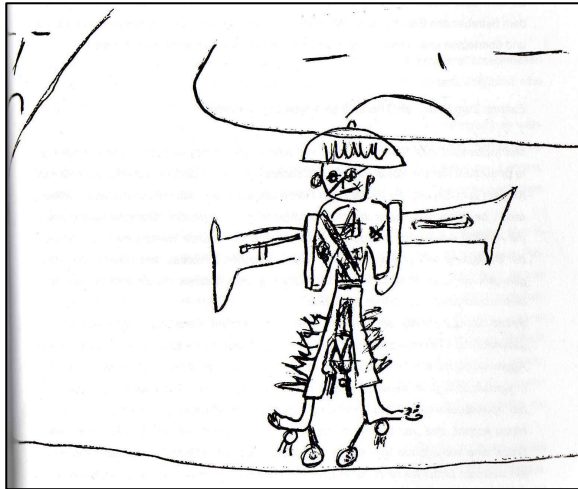


Dar. 2.6: Aspekte und Teilbereiche der Körpererfahrung (Quelle: Lehrbrief 1989, 5)

Physiologischer Aspekt

Die Wahrnehmung der Sinnesreize und deren Integration in das zentrale Nervensystem bilden die Basis für die Entwicklung des Körperschemas, der „inneren Landkarte“ des Körpers. Die Sinnesbereiche umfassen das vestibuläre, das propriozeptive, das taktile, das visuelle und das auditive System. Das Bild vom eigenen Körper konstituiert sich aus diesen äußeren Informationen, hat aber darüber hinaus auch einen subjektiven, oft überwertigen Vorstellungscharakter, so

beispielsweise bei magersüchtigen Menschen, die glauben, zu dick zu sein. „Das Bild des eigenen Leibes entsteht von Anfang an aus frühen Interaktionsmustern, durch die Identifikation mit dem Körper des anderen und den Formen körperlicher Begegnung“ (Joraschky 2000, 147). Körperlich und sexuell traumatisierte Kinder



Dar. 2.7: „Matthias“ –Selbstportrait:
 „Matthias verpanzert sich in einer Welt, die von zwei traurigen Sonnen überstrahlt wird. Seine Stacheln und Zacken wehren jeglichen Kontakt ab und machen seinen Körper unzugänglich für zarte Gefühle“ (Quelle: Hammer 1995, 317)

entwickeln vor dem Hintergrund der im Laufe ihres Lebens gesammelten Körpererfahrungen gravierende Störungen des Körperschemas und Körperbildes: So wird in Selbstzeichnungen missbrauchter Jungen der Penis oft überproportional groß gezeichnet oder der geschundene und in der Folge verpanzerte Körper geschlagener Kinder in eckiger, kantiger Form dargestellt (s. Dar. 2.7).

Kognitiver Aspekt

„Der kognitive Aspekt der Körpererfahrung hebt solche Vorgänge hervor, die im Entwicklungsverlauf schließlich zum bewußten Wahrnehmen des Körpers und seiner Struktur, zu Erkenntnissen über funktionale Zusammenhänge, zum Wissen und zum (Nach-)Denken über den eigenen Körper führen“ (Lehrbrief 1989, 11). Mangelndes Wissen über den Körper drückt sich in der Unkenntnis über die Bezeichnungen der einzelnen Körperteile oder über die körperliche Struktur aus. Bei sexuell missbrauchten Kindern gibt es häufig ein detailliertes Wissen über die Sexual- und die Ausscheidungsorgane, aber auch darüber hinaus ist, nach klinischen Eindrücken, das Interesse am Körper und an den Vorgängen im Körper im Verhältnis zur Normalbevölkerung groß. Erlittene Verletzungen, chronische Krankheiten und besonders psychosomatische Beschwerden führen zu emotionalen Fokussierungen auf einzelne Körperbereiche, denen darüber auch eine gesteigerte Aufmerksamkeit zuteil wird.

Emotionaler Aspekt

Der emotionale Aspekt der Körpererfahrung erfasst das Körpergefühl, das Körpererleben und das Körperbewusstsein. Die Grundlage für eine positive Entwicklung dieser Bereiche bilden die frühen elementaren Körpererfahrungen eines Säuglings im Kontakt zu seiner Bezugspersonen. Kinder, die

- die Behutsamkeit und den Halt liebevoller Berührungen,
- die Zuverlässigkeit im Stillen ihrer körperlichen Bedürfnisse (Nahrung, Sauberkeit) und
- den Austausch wechselseitig bezogener Gesten und Berührungen

erfahren haben, können ein intaktes Körpergefühl und eine positive Einstellung zum eigenen Körper entwickeln. Störungen in der Beziehung zum eigenen Körper entstehen z.B. durch Erfahrungen von körperlicher Gewalt, Vernachlässigung (mangelnde Pflege und Versorgung, mangelnde körperliche Nähe), sexuellen Missbrauch und chronische Krankheiten. Lieblosigkeit, Härte, mangelnde Zärtlichkeit sowie die Domestizierung des Körpers zugunsten des Geistes können ebenfalls zu Schwierigkeiten im Aufbau eines positiven Körpergefühls führen. Ein beschädigtes Körpergefühl kann als Hauptursache für ein vulnerables Selbstgefühl angesehen werden (vgl. Joraschky et al. 2006).

Zusammenfassung

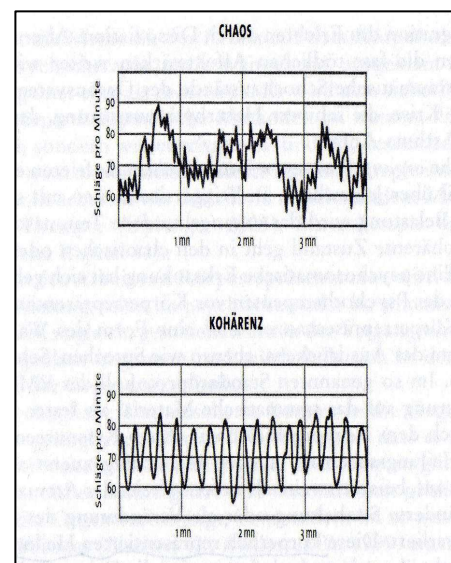
Mit „Körpererfahrungen“ werden „die Summe der im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung erworbenen Erfahrungen des eigenen Körpers“ (Lehrbrief 1989, 5) bezeichnet. Sie umfassen physiologische, kognitive und emotionale Aspekte. Negative Körpererfahrungen wie Missbrauch und Misshandlung wirken sich gravierend auf die eigene Körperlichkeit aus: „Störungen des Selbstwertes mit Gefühlen absoluten Selbstunwertes, einhergehend mit ständigen Selbstzweifeln und oft trostlosen Körpergefühlen des Hässlichseins und der Verunstaltung sind typische Phänomene“ (Joraschky 2000, 140). Der eigene Körper (als Empfänger der Gewalt) wird von Gewaltopfern zudem oft als „fraktioniert“, „abgespalten“, „nicht zu sich gehörend“ empfunden und abgelehnt (vgl. Hammer/Müller 2001). Wie sind diese Konsequenzen zu erklären? Die Folgen von negativen Körpererfahrungen werden im folgenden Kapitel auf der Ebene der Repräsentanzen und auf der Verhaltensebene erörtert.

2.3.3 Körpersymptome misshandelter Jungen

Wie Bindungserfahrungen in Gestalt des „inner working modells“ Bindungsrepräsentanzen bilden, so führen die verinnerlichteten Körpererfahrungen zu Repräsentanzen des Körpers. Sie können verstanden werden als körperlich repräsentierte Erinnerungen an alle im Laufe des Lebens körperlich erfahrenen Erlebnisse. Dazu gehört, unabhängig vom Zeitpunkt des Widerfahrens, auch der Missbrauch und/oder die Misshandlung: Dieses im Körpergedächtnis gespeicherte emotionale Belastungsmaterial taucht in der Gegenwart als Körperrepräsentanz in Form von Schmerzen unterschiedlicher Art, aber auch in Körperhaltungen und

Bewegungsmustern wieder auf (vgl. Plassmann 2007, 39ff.). Es handelt sich also um ein Affektäquivalent: ein „Schmerz, der nicht primär durch zentrale Prozesse entsteht, vielmehr durch reversible (funktionelle) Mechanismen infolge psychosozialer Belastung“ (Egle/Nickel 2000, 232). Diese Reaktionen kennzeichnen normale Verarbeitungsvorgänge, die erst bei Überlastung infolge traumatischer oder langanhaltend negativer Einwirkung zu einer (psychosomatischen) Erkrankung führen. Plassmann (2007, 41) unterscheidet auf Organebene drei unterschiedliche Erscheinungsformen körperlicher

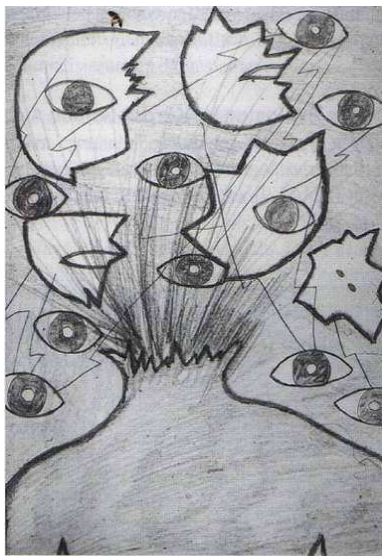
Repräsentanzen: den *kohärenten*, den *chaotischen* und den *traumatischen Zustand*. Der *kohärente* Zustand ist Ausdruck eines gut arbeitenden Verarbeitungsapparates: Die körperlichen Rhythmen (Puls, Herzschlag) sind ungestört und arbeiten harmonisch (vgl. ebd.). Bei zu starker Belastung wechselt der Organismus in einen *chaotischen* Zustand, der sich z.B. in Unregelmäßigkeiten in der Herzschlagvariabilität (s. Dar. 2.8) äußert. Bei einem weiteren Anstieg der Affekte kommt es zu einer kompletten Destabilisierung des Systems, das seine Tätigkeit nur noch auf das Überleben ausrichtet, „dazu gehört auch die emotionale Desintegration des Erlebten durch Dissoziation“ (ebd. 42). Um das Leid aushalten zu können und das psychische Überleben zu sichern, tritt der Mensch aus seinem Körper heraus und rettet damit einen Teil seiner Persönlichkeit – auf Kosten der



Dar. 2.8: Herzschlagvariabilität im kohärenten und im chaotischen Zustand (Quelle: Servan-Schreiber 2004, zit. n. Plassmann 2007, 41)

Beziehung zum eigenen Körper, der im Zuge dieser Überlebensstrategie abgespalten wird. Huber (2005a, 62) schildert für diese Form der Dissoziation, Depersonalisation genannt, ein Beispiel:

Als ihr „Freund“ sie ohrfeigt, spürt Marion diesen Schlag: Ihr Kopf wird herumgerissen, ihre Wange brennt, ihr Nacken schmerzt. Tränen schießen ihr in die Augen. Doch als er seinen Gürtel aus der Hose zieht, um sie damit zu schlagen, und als er sie später vergewaltigt, hilft ihre gute Dissoziationsfähigkeit ihr sehr: Plötzlich spürt sie keine Schmerzen mehr, ihr Körper fühlt sich wie taub an, dann bekommt sie das Gefühl, als öffne sich ihr Kopf und ein Teil von ihr schwebte nach hinten und oben und aus dem Körper heraus...



Dar. 2.9:
Fragmentierungserlebnisse im
Körper (Quelle: Joraschky
2000, 150)

Joraschky (2000, 150) zeigt dazu die Zeichnung einer Patientin (vgl. Dar. 2.9), in der sie dieses körperliche Fragmentierungserlebnis bildnerisch darstellt. Doch auch im Prozess der Abspaltung des Körpers oder einzelner Körperteile bleiben die fast tödlichen Affektstärken auf Organebene weiter wirksam:

„Auch solche *organgebundenen Traumaschemata* frieren ein, sie bleiben zeitstabil über Jahrzehnte. In Triggersituationen mit spezifischer emotionaler Belastung wird das organgebundene Traumaschema aktiviert. Der kohärente Zustand geht in den chaotischen oder traumatischen über“ (Plassmann 2007, 42).

Unter Berücksichtigung, dass schwere Miss-handlungen und sexueller Missbrauch mit einer gravierenden Übererregung des Organismus („chaotischer Zustand“) oder mit der Notwendigkeit von Abspaltungsprozessen („traumatischer Zustand“) einhergehen, dürfte es früh und sequentiell traumatisierten Kindern erst gar nicht möglich sein, ein kohärentes Körpergefühl zu entwickeln.

Bei dieser Gruppe lassen sich entsprechend folgende körper- und bewegungs-bezogene Verhaltensweisen und Erscheinungsformen beobachten:

- ❑ Hyperaktives Bewegungsverhalten
- ❑ Waghalsiges, parasuizidales und autoaggressives Bewegungsverhalten
- ❑ Erstarrung, Lähmung, Apathie
- ❑ Mangelndes oder sehr starkes Schmerzempfinden
- ❑ Vegetative Übererregtheit und erhöhte Schreckhaftigkeit
- ❑ Grenzverletzendes, sexualisiertes Verhalten anderen gegenüber
- ❑ Autoerotische Aktivität, Entblößen des Geschlechts

All das sind Beispiele für Körperrepräsentanzen, die an unregulierte emotionale Zustände gekoppelt sind. Subsummiert man die Symptome aus dieser Liste in Kategorien, so lassen sich drei benennen und unterscheiden, in denen die Auswirkungen der traumatischen Körpererfahrungen unmittelbar sichtbar werden:

Bewegungsverhalten

Traumatisierte Jungen lassen sich nach klinischen Beobachtungen in ihrem Bewegungsverhalten in zwei Typen unterscheiden: der „draufgängerische“ Typus zeigt ein waghalsiges, getriebenes und enthemmtes Bewegungsverhalten, während der „unlebendige“ Typus in einem übertrieben vorsichtigen, schlaffen und adynamischen Bewegungsverhalten zum Ausdruck kommt. Beide Formen können verstanden werden als Bewegungsäquivalente von zwischen Übererregung und emotionaler Taubheit oszillierenden inneren Gefühlszuständen. Als Hintergrund dafür sind gewaltbelastete, unsichere oder ambivalente Bindungen in Betracht zu ziehen.

Umgang mit dem eigenen Körper

Missbrauch und Misshandlung stellen auf emotionaler wie auf körperlicher Ebene Entwertungen dar, die die Entstehung des Selbstgefühls erschweren. Der Körper der Kinder wurde Ziel von Aggressionen oder zum Objekt der sexuellen Bedürfnisbefriedigung von Erwachsenen. Das Körpergefühl ist nicht intakt, der eigene Körper wird von den Jungen als fremd, nicht zugehörig empfunden und abgelehnt. Es kommt zu autoaggressiven und autoerotischen Handlungen. Der Umgang mit dem eigenen Körper schwankt zwischen einer übertrieben intensiven Beschäftigung mit ihm auf der einen und einem vernachlässigenden, unachtsamen Verhalten auf der anderen Seite.

Körperlicher Umgang mit anderen

Sowohl im Rahmen von Misshandlungen als auch von sexuellem Missbrauch werden die Körpergrenzen der Kinder ignoriert. Für misshandelte Kinder ist Körperkontakt eng mit dem Gefühl von Schmerz verknüpft. Missbrauchte Kinder haben „gelernt“, dass ein sexualisierter Körperkontakt mit (einer pervertierten Form von) Zuwendung einhergehen kann. Klinische Erfahrungen zeigen, dass diesen Kindern ein natürlicher, angemessen aufeinander bezogener Körperkontakt kaum möglich ist. Das Spektrum ihrer körperbezogenen Beziehungsgestaltung reicht von distanzlosem sexualisierten/gewalttätigen Verhalten bis zur vollständigen Vermeidung körperlichen Kontaktes.

Zusammenfassung

Die Erfahrungen von Missbrauch und Misshandlung sind körperlich gespeichert und führen zur Entstehung negativer Körperrepräsentanzen. Auf der Verhaltens/-Symptomebene können deren Auswirkungen im Bewegungsverhalten, im Umgang mit dem eigenen Körper und in der Form des körperlichen Umgangs mit anderen beobachtet werden. Im Rahmen therapeutischer Bemühungen hat daher die Modifizierung der Körperrepräsentanzen durch korrigierende Körpererfahrungen einen zentralen Stellenwert zu erhalten. Dafür plädiert indirekt auch Plassmann (2007), wenn er schreibt:

„Niemals löst der Körper seine Kohärenz auf, alle Organe, alle Körperteile, alle Organsysteme bleiben stets zu einem Ganzen verbunden. [...] Wahrscheinlich aus diesem Grund bilden sich in der Körperrepräsentanz sehr rasch und sehr leicht natürliche Integrale aus Traumaschema und Heilungsschema“ (42).

In den kommenden Abschnitten soll nun erläutert werden, welche Konzepte für die körper- und bewegungsbezogene Arbeit mit Kindern bereits vorliegen und wie sie für die Therapie traumatisierter Jungen adaptiert werden können.

2.3.4 Entwicklungsförderung über die Medien Körper und Bewegung
Körper- und bewegungsbezogene Interventionen bei Kindern finden in Deutschland Berücksichtigung in verschiedenen pädagogisch-therapeutischen Ansätzen, die unter dem Sammelbegriff „Psychomotorik“ firmieren. Hinsichtlich ihrer Zugangsweisen, Ziele, Mittel, Inhalte sowie der zugrundeliegenden Bewegungsmodelle und Menschenbilder unterscheiden sie sich teilweise erheblich voneinander. Die in Deutschland bekanntesten und am weitesten verbreiteten Ansätze sind (nach Seewald 1997):

- Die psychomotorische Übungsbehandlung (Kiphard/Hünnekens 1977)
- Der lern- und kompetenztheoretische Ansatz (Schilling 1980)
- Der kindzentrierte Ansatz (Zimmer/Volkamer 1986)
- Der verstehende Ansatz (Seewald 1992)
- Der systemisch-konstruktivistische Ansatz (Balgo 1998)
- Die französische Psychomotorik nach B. Aucouturier (Esser 1992)

Hölter (2005) hat in seinem Aufsatz „Psychomotorik und Psychotherapie – Ähnlichkeiten und Unterschiede“ das Verhältnis von Psychomotorik und Psychotherapie analysiert. Er zeigt auf, dass sich die Psychomotorik seit ihren Anfängen mit der eher funktional ausgerichteten Übungsbehandlung nach Kiphard zunehmend zu einem Ansatz entwickelt hat, der „der *Bedeutungsdimension des Ausdrucksverhaltens* mehr Bedeutung“ (133, Hervorhebung im Original) schenkt. Hölter selbst gab dieser Entwicklung entscheidende Impulse, als er bereits 1984 eine sinndifferente Erweiterung des bis dahin im deutschsprachigen Raum neurophysiologisch geprägten Bewegungsverständnisses nach einem psychoanalytischen Ansatz vorschlug (vgl. Hölter 1984). Eine Marburger Studiengruppe (Denzer, Färber, Hammer, Seewald) griff diese Idee ihres Lehrers Hölter auf und konzipierte den „Verstehenden Ansatz“, den sie als „Antithese zum vorherrschenden empirisch-analytischen Denken“ (Seewald 1992, 204) verstanden. Sie orientierte sich theoretisch eng u.a. an den Überlegungen des englischen Kinderarztes und Analytikers Donald W. Winnicott, dessen Ausarbeitungen zur Objektbeziehungstheorie die analytisch orientierte Kindertherapie wesentlich geprägt haben (vgl. Winnicott 1973).

Wie der „Verstehende Ansatz“ richtet auch die „Psychomotorische Praxis Aucouturier (PPA)“ den Fokus ihrer Bemühungen auf die motorische Ausdrucksfähigkeit und die Sinnhaftigkeit des kindlichen Handelns. Das Handeln der Kinder wird hier als Repräsentation des Anderen bzw. dessen, was die Kinder im Anderen erlebt haben, verstanden. In Deutschland wird die PPA insbesondere von Esser vertreten, die sowohl das psychoanalytische Grundgerüst des Ansatzes als auch die praktische Umsetzung 1992 in ihrem Buch „Beweg-Gründe“ in enger Anlehnung an Aucouturier dargestellt hat.

Balgo (1998) gründet seinen Entwurf einer systemisch-konstruktivistischen Psychomotorik auf die Theorie lebender Systeme Maturanas, die Kybernetik 2.Ordnung, den radikalen Konstruktivismus und das Autopoesis-Konzept. Auch er geht davon aus, dass das Bewegungshandeln des Kindes „Sinn macht“, hat dabei jedoch weniger die individuelle Lebensgeschichte als vielmehr die aktuellen Lebensumstände im Blick. Aussagen über „gestörtes“ Bewegungsverhalten versteht Balgo unter Einnahme einer konstruktivistischen Perspektive als Beschreibungskategorien nicht-verstehender Beobachter.

Volkamer und Zimmer (1986) fundieren ihren „kindzentrierten Ansatz“ mithilfe der Prinzipien der humanistischen Psychologie und betonen den in der Natur des Menschen liegenden Wunsch nach Wachstum und Selbstaktualisierung. Kernpunkt ihres psychomotorischen Ansatzes ist die Umstrukturierung des negativen Selbstkonzeptes der Kinder. Körper- und Bewegungserfahrungen sollen den Aufbau eines positiven Körperkonzeptes ermöglichen, das wiederum die Grundlage des Selbstkonzeptes darstelle. „Nicht die Förderung der Bewegungsentwicklung, das Behandeln bestimmter Schwächen mit zielgerichteten Übungen bringt die persönlichkeitsstabilisierenden Wirkungen hervor, sondern die Möglichkeiten zu einer Veränderung der Selbstwahrnehmung“ (Zimmer 1996, 43).

An diesen Skizzen psychomotorischer Begründungs- und Behandlungsmodelle wird der Einfluss psychotherapeutischer Ansätze deutlich (siehe dazu das Buch *Psychomotorik – Ansätze und Arbeitsfelder* von Köckenberger/Hammer 2004). Ziele und Methoden von Psychotherapie und Psychomotorik weisen mittlerweile große Schnittmengen auf (vgl. Hölter 2005).

Wie lassen sich jedoch psychomotorische Ansätze in eine traumatherapeutische Intervention integrieren? Bevor dieser Frage nachgegangen wird, soll das heilpädagogische Reiten und Voltigieren als besondere Form psychomotorischer Entwicklungsförderung in groben Zügen dargestellt werden.

Entwicklungsförderung in der Arbeit mit dem Pferd

Der Wert von Tieren für die Menschen in pädagogisch-therapeutischen Zusammenhängen wird im Allgemeinen darin gesehen, dass grundlegende menschliche, emotionale und soziale Bedürfnisse und Sehnsüchte im Kontakt mit Tieren oft leichter gelebt werden können als mit Mitmenschen. Als weitere positive Auswirkungen des Kontaktes zwischen Menschen und Tieren auf die Psyche werden die Anregung von Lebensfreude und die Verbesserung der Kontaktfähigkeit angenommen. Auf der Grundlage dieser Erfahrungen findet der Einsatz von Tieren seit den 60er Jahren immer mehr Eingang in die soziale Arbeit. Tiere gelten als eine Quelle der Lebendigkeit und der Verbundenheit, sie lösen Begeisterung und Freude aus. Eines der menschlichen Grundbedürfnisse, verstanden zu werden, wird von sozial lebenden Tieren unmittelbar und bewertungsfrei befriedigt. Sie nehmen mit ihrem präzisen Einfühlungsvermögen Stimmungen intuitiv wahr und beantworten die empfangenen Signale in einer leiblichen, „analogen Kommunikation“ (Watzlawick 1996), ohne dabei Bewertungen vorzunehmen: „Es (Das Tier, der Verf.) fühlt die Niedergeschlagenheit seines Herrn, den der Chef zurechtwies, aber es kennt ihn nicht als ‚Versager‘“ (Greiffenhagen 1991, 56).

Besonders die therapeutische Arbeit mit dem Pferd ist aufgrund der körperlichen und bewegungsspezifischen Besonderheiten sowie der emotional kommunikativen Fähigkeiten des Tieres weit verbreitet. Das sog. „therapeutische Reiten“ kann unterschieden werden in eher krankengymnastisch orientierte Ansätze (der „Hippotherapie“), das „Reiten als Sport für Behinderte“ und das „Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren“ (vgl. Gäng, 1994, 19). Der letztgenannte Ansatz wurde für die pädagogisch-therapeutische Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern und psychisch kranken Menschen entwickelt.

Nicht das Erlernen von reiterischen Fähigkeiten steht im Vordergrund dieses Ansatzes, sondern eine günstige Beeinflussung der Persönlichkeit in den Bereichen Motorik, Emotionen, Wahrnehmung und Lernen. Im Kontakt zum Pferd und der Reittherapeutin soll das Selbstwertgefühl gestärkt und das

Selbstbild realistisch ausdifferenziert werden können. Im Hinblick auf die Überprüfung der Eignung des heilpädagogischen Reitens für die Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern hat Stoffl (2003) die Ergebnisse ihrer Studie in folgenden Thesen zusammengefasst:

- Eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Kind und Pferd schafft die Voraussetzungen für eine verbesserte Fähigkeit zur Selbst- und Beziehungsreflexion.
- Die gelöste Stimmung zwischen Mensch und Pferd senkt die Hemmschwelle für freundliche und positive zwischenmenschliche Interaktionen.
- Die Selbsteinschätzung der Kinder gewinnt durch die Rückmeldungen des Pferdes an Realitätsbezug.
- Der Zugang zu den eigenen Gefühlen und die Befriedigung derselben wird erleichtert durch die Eigenschaft des Pferdes, Menschen emotional anzusprechen sowie durch die Tendenz der Menschen, Gefühle auf das Pferd zu projizieren.
- Die vorurteilsfreie und offene Kontaktaufnahme des Pferdes zum Menschen ermöglicht die Befriedigung der Bedürfnisse nach Vertrauen, Akzeptanz und Zuneigung.
- Der Abbau von Ängsten kann auf das Erlernen vom Umgang mit realistischen Ängsten bei gleichzeitigem Aufbau von Vertrauen zurückgeführt werden.
- Die Übernahme von Verantwortung für das Pferd steigert das allgemeine Verantwortungsgefühl.
- Verbesserungen der sozialen Kompetenzen ergeben sich aus dem gegenseitigen Helfen der Kinder (z.B. beim Aufsteigen), durch das Aushandeln von Kompromissen sowie durch die Rücksichtnahme gegenüber dem Pferd.

Die Wirkfaktoren des heilpädagogischen oder therapeutischen Reitens können sich erst durch das Zusammenspiel zwischen der Reitherapeutin, dem Pferd und dem Klienten/Patienten entfalten. Auf diesen Aspekt wird in Kap. 2.4.3 ausführlicher eingegangen.

2.3.5 „Nachreifung“ im Rahmen körper- und bewegungsorientierter Interventionen

In Kap. 2.1.1 ist die Förderung der Entwicklung der traumatisierten Kinder als übergeordnetes Ziel des Interventionsmodells benannt worden. Den Hintergrund dafür bildete die Erkenntnis, dass frühe Traumata das seelische Wachstum blockieren. Eine auf Entwicklungsförderung ausgerichtete körper- und bewegungsbezogene Intervention muss sich daher notwendigerweise an einem Entwicklungsmodell orientieren. Seewald (1998) hat die Entwicklungsförderung als „Paradigma der Psychomotorik“ beschrieben. Sie bilde das „Überschneidungsfeld zwischen Pädagogik und Therapie“ (136), in dem psychomotorische Ansätze zu Hause seien. Einige Jahre zuvor hatte bereits Hölter (1990) die Relevanz entwicklungspsychologischer Überlegungen für die Psychomotorik herausgearbeitet und auf der Grundlage des Modells der seelischen Entwicklung nach E.H. Erikson (1973) den einzelnen Entwicklungsphasen psychomotorische Spiel-/Bewegungsanlässe zugeordnet. Er betont die Möglichkeiten des psychomotorischen Settings, durch „geeignete Anregungsbedingungen [...] die

Fähigkeit der Nachreifung“ (109) zu fördern. Hammer (1995) hat diese Überlegungen übersichtlich in einem Schaubild zusammengefasst (Dar. 2.10). Er stellt fest, dass entwicklungsgestörte Kinder im freien Spiel „zurückgreifen auf Bewegungs- und Spielformen, die eigentlich ihre entwicklungsfördernde Kraft schon in früheren Entwicklungsstufen hätten entfalten müssen“ und dass sie nun versuchen, „die ungelösten Krisen ihrer Vergangenheit zu bewältigen, um sich damit neue Entwicklungschancen für die Zukunft zu eröffnen“ (132). Bereits an dieser knappen

Psychosoziale Krisen	Psychosoziale Modalitäten	Bewegungsorientierte Aktivitäten
Vertrauen - Mißtrauen (1. Lebensjahr)	geben - bekommen >Ich bin, was man mir gibt<	<ul style="list-style-type: none"> entspannt liegen gehalten werden Körperkontakt suchen sich einwickeln (Wärme) schaukeln und schwingen sich fallen lassen schweben im Wasser
Autonomie - Scham und Zweifel (2. und 3. Lebensjahr)	festhalten - loslassen auf eigenen Füßen stehen >Ich bin, was ich will<	<ul style="list-style-type: none"> erforschen von Dingen und der Umwelt erforschen des eigenen Körpers, der eigenen Möglichkeiten ausprobieren von Materialien (z.B. Fahrgeräte) Fangspiele (einer gegen alle) verstecken (= entdeckt werden als Bestätigung der eigenen Existenz) raufen und balgen
Initiative - Schuldgefühl (4. - 6. Lebensjahr)	Tun (Drauflosgehen) Tun als ob >Ich bin, was ich mir zu werden vorstellen kann<	<ul style="list-style-type: none"> Rollenspiele (Räuber und Gendarm, Monstertspiele) Wettkämpfe (Laufspiele) mit Fahrgeräten in den Raum fahren
Wertsinn - Minderwertigkeitsgefühl (Schulalter)	mit anderen zusammen etwas >Richtiges< machen >Ich bin, was ich lerne<	<ul style="list-style-type: none"> Judo, Tanz Klettern, Kanu Segelboot bauen und damit auf Törn gehen Fahrräder zusammenbauen und damit fahren

Dar. 2.10: Psychosoziale Krisen und bewegungsorientierte Aktivitäten (Quelle: Hammer 1995, 133)

Darstellung werden die großen Schnittmengen in der Ausrichtung eines tiefenpsychologisch orientierten psychomotorischen und eines traumatherapeutischen Ansatzes (vgl. Kap. 2.1.1) für entwicklungsblockierte Kinder deutlich. Die „Nachreifung“ ist ein zentrales Anliegen in der Arbeit mit traumatisierten Kindern. Das von Hölter und Hammer entwickelte Schema kann in dem Zusammenhang für die Ausgestaltung der Intervention wichtige Impulse geben:

- Schaffung vertrauensfördernder und „nährender“ Angebote (Körperkontakt, gehalten werden, Schaukeln, Schweben, Entspannen).
- Anbieten von Bewegungsgelegenheiten, die der Entwicklung von Autonomie dienen (Verstecken, Fangen, Raufen, Erforschen von Dingen und Ausprobieren von Materialien).
- Spiele mit Wettkampfcharakter, in denen sich die Kinder messen, sowie Rollenspiele, in denen sich die Kinder in verschiedenen Rollen ausprobieren können.

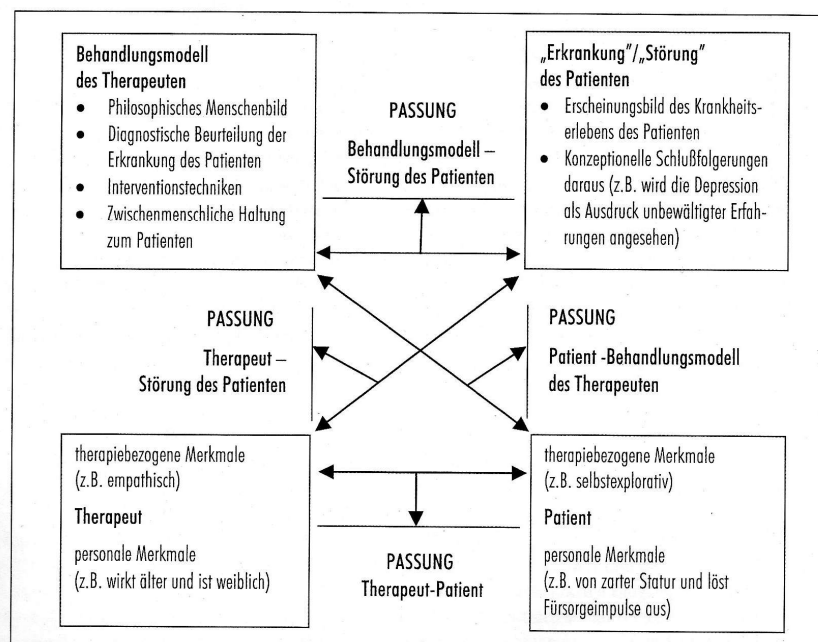
An diesen Beispielen können die Möglichkeiten einer körper- und bewegungsorientierten Entwicklungsförderung angedeutet werden.

In Kap. 2.3.4 wurde neben den „klassischen“ psychomotorischen Ansätzen auch das „therapeutische Reiten“ als mögliche Zugangsweise in der Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern benannt. Im weiteren Verlauf der Arbeit soll nun diskutiert werden, ob sich die Medien „Körper“, „Bewegung“ und „Pferd“ auch für die stabilisierende und ressourcenorientierte Arbeit im Sinne des 4-Phasen-Modells der Traumatherapie eignen. Dazu soll zunächst untersucht werden, ob dieser Zugang für die Arbeit mit misshandelten Jungen tatsächlich indiziert ist. Die bislang aufgeführten theoretischen Überlegungen liefern dafür Anhaltspunkte, müssen jedoch auch gegen mögliche Kontraindikationen abgewogen werden. Das Wirkfaktorenmodell von Orlinsky/Howard (1987) bildet ein geeignetes Rahmenmodell, um die Passung zwischen dem Behandlungsmodell und der Zielgruppe zu prüfen sowie die Überlegungen zur Ausgestaltung der Intervention zu konkretisieren.

2.4 Säule 3:

Orientierung am Wirkfaktorenmodell von Orlinsky/Howard

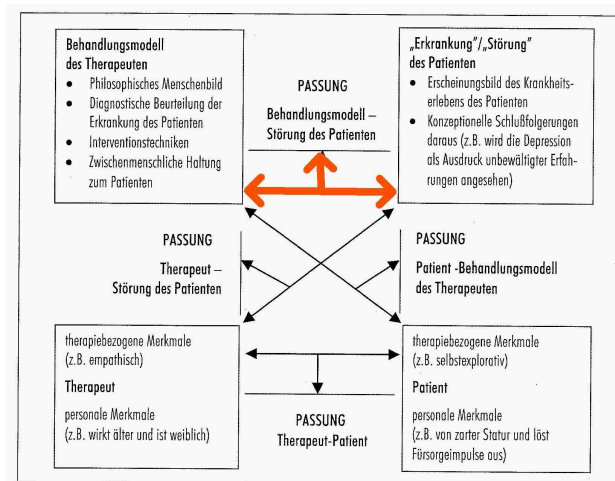
Die weitere Planung der Intervention erfolgt unter Bezugnahme auf das 1987 von den amerikanischen Psychologen David Orlinsky und Kenneth Howard entwickelte „generic modell of psychotherapy“. Die beiden Psychotherapieforscher beziehen sich auf die – später u.a. von Wampold (2001) sowie Luborsky et al. (2002) bestätigten - übereinstimmenden Metaanalysen zu der als „Dodo-bird-verdict“ erstmals 1936 von dem amerikanischen Psychologen Saul Rosenzweig aufgestellten These. Sie besagt, dass die unspezifischen Wirkfaktoren die Effekte von Psychotherapie bestimmen, nicht das spezifische Verfahren: „*At last the Dodo said, ,Everybody has won und must have prizes’*“ (www.ptk-hessen.de). In ihrem empirisch fundierten Modell bestimmen Orlinsky/Howard vier verschiedene Einflussgrößen auf den Verlauf psychotherapeutischer Behandlungen (Behandlungsmodell, Störung des Patienten, Person des Therapeuten, Person des Patienten).



Dar. 2.11: Allgemeines Modell von Psychotherapie (Quelle: nach Orlinsky/Howard 1987)

Über eine Metaanalyse ergab sich, dass die *Passungen* zwischen diesen Variablen über den Erfolg einer Psychotherapie entscheiden. In diesem Kapitel wird diskutiert, wie das Förderangebot so differenziert werden kann, dass es den Anforderungen an „gute Passungen“ entspricht.

2.4.1 Passung Behandlungsmodell – „Störung“



Dar. 2.12: Allgemeines Modell von Psychotherapie: Passung Behandlungsmodell – „Störung“

Im Hinblick auf die Körperarbeit mit traumatisierten Menschen können zwei verschiedene Richtungen gegeneinander abgegrenzt werden: Zum einen die skeptische Haltung, dass körperorientierte Therapieverfahren für Menschen mit traumatischen Körpererfahrungen kontraindiziert sein könnten, da die Gefahr einer Retraumatisierung

gegeben sei. Zum anderen die Überlegung, sie seien gerade aus dem Grund, dass der Körper Empfänger der Gewalt wurde, indiziert, zumal sich die Repräsentanzen des Traumaschemas auf der körperlichen Ebene manifestierten.

Während die gezielte Arbeit mit dem Körper in der Traumatherapie mit Erwachsenen trotz kontrovers geführter Diskussion (vgl. Joraschky/von Arnim 2000, 437) in der Praxis weite Verbreitung gefunden hat, sind entsprechende Ansätze im Zusammenhang mit Kindern bislang kaum publiziert worden. An dieser Stelle soll nun skizziert werden, welche Bedeutung der Arbeit mit dem Körper in den verschiedenen traumatherapeutischen Verfahren für Kinder beigemessen wird.

In der *traumafokussierten kognitiv-behavioralen Therapie* (Landolt 2008) wird der Körper im Rahmen von Entspannungsverfahren (z.B. n. Petermann 1999) in die Behandlung einbezogen. Über die Durchführung dieser Verfahren „sollen Kinder willentlich eine körperliche Entspannung herbeiführen können, welche die physiologische Stressreaktion in angstausslösenden Situationen hemmt“ (Landolt 2008, 49). Unter Verweis auf die Gefahr von flashbacks und dissoziativen Zuständen, die durch Entspannung ausgelöst werden könnten, plädiert der Autor für die Anwendung von Verfahren, die vom Kind „aktive Verhaltensweisen“ wie „zählen oder innere Dialoge“ (ebd.) erfordern.

Für die *psychodynamisch-imaginative Traumatherapie* betont Appel-Ramb (2008), sei die Übernahme von Fürsorge für den eigenen Körper ein essenzieller Bestandteil der Therapie. Vor dem Hintergrund der langanhaltenden traumatischen Erfahrungen (Typ-II-Traumata) sei das Körpergefühl und die Körpererinnerung „oftmals so negativ, dass auch oder vor allem der Körper ‚geheilt‘ werden“ (ebd., 145) müsse. Es werde mit „dem Körperlichen“ therapeutisch aktiv durch das Aufgreifen der Symbolsprache der Kinder und Jugendlichen umgegangen (vgl. ebd., 146). Des Weiteren wird unter indikativen Gesichtspunkten „körperliche Unterstützung“ (ebd.) in Form von craniosakraler Therapie, Physiotherapie, Shiatsu sowie aktiver sportlicher Betätigung und Möglichkeiten des körperlichen Ausagierens angeboten.

Beim EMDR mit Kindern (Hensel 2008, Seidel 2007) wird das Kind vor der Prozessierungsphase nach seinen im Zusammenhang mit den traumabezogenen Gefühlen stehenden Körperempfindungen gefragt, um die „schrittweise Aktivierung des Traumanetzes“ (Hensel 2008, 70) abzuschließen. Nach dem Prozessieren der belastenden Situation bittet der Therapeut das Kind, „seinen Körper auf Missempfindungen [zu] scannen“ (ebd., 71). Damit prüft er, ob der Gedanke an die Belastungssituation auch nach dem Durcharbeiten noch negative Körperreaktionen hervorzurufen vermag. Auf einen anderen körperlichen Aspekt von EMDR bei Kindern verweist Seidel (2007) mit ihrer Beobachtung, „dass Kinder, deren Prozessieren unter EMDR noch nicht abgeschlossen ist, die rhythmische (bilaterale, der Verf.) Bewegung selbständig ausführen z.B. durch Klopfen oder spontane Augenbewegungen“ (230). Möglicherweise stelle bereits das Schaukeln in einer Wiege einen Vorgang dar, „der durch die rhythmische Bewegung mentale Verarbeitung fördert“ (ebd.).

In der traumabezogenen Spieltherapie (Weinberg 2005, Weinberg/Hensel 2008) wird der Körper „automatisch“ in die Spielhandlungen einbezogen, darüber hinaus aber erfährt die Arbeit am und mit dem Körper keine weiterreichende konzeptionelle Berücksichtigung. Weinberg (2005) betont jedoch das „subjektive Erleben“ von Missbrauchs- und Misshandlungsoffern, dass „persönliche Abgegrenztheit und Intaktheit zerstört wurden“ (232). In dem Zusammenhang schlägt sie zwei Spiele („Nein-Sagen“; „Verteidigen und Erobern einer Insel“) vor, in denen Kinder auf verbaler und auf körperlicher Ebene das Verteidigen ihrer Grenzen spielerisch üben können.

Insgesamt scheint das Potenzial körper- und bewegungsbezogener Interventionen für die traumatherapeutische Arbeit mit Kindern damit noch nicht ausgeschöpft. Ebenso steckt die Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in die psychomotorische Arbeitsweise noch in den Anfängen: Ein Themenheft der Zeitschrift „Motorik“ („Psychomotorische Gewaltprävention“, 2008) beschäftigt sich in zwei Beiträgen mit den Möglichkeiten einer psychomotorischen Arbeitsweise mit traumatisierten Kindern. Eckert (ebd.) verweist in ihrem Beitrag darauf, dass „im Rahmen der Psychomotorik [...] in der Tradition der „Psychomotorischen Praxis Aucouturier“ unter anderem auch mit traumatisierten Kindern direkt an ihren Themen gearbeitet [wird]“ (21). Sie berichtet von dem Projekt „Psychomotorik in der Gewaltprävention“, das auf den theoretischen Grundlagen tiefenpsychologisch ausgerichteter Ansätze basiere. Franz („Gewaltpräventive Aspekte der sinnverstehenden psychomotorischen Entwicklungsbegleitung“) bezieht sich in seinen Ausführungen auf die sinnverstehende Psychomotorik nach Seewald und argumentiert für eine „gewaltpräventive Erfahrungsbildung im intermediären Schutzraum, die von der leiblich-szenischen Präsenz des Psychomotorikers in der dialogischen Verwicklung getragen ist“ (11). Tenor beider Beiträge ist, dass die Kinder ihre traumatischen Erfahrungen in den Psychomotorik-Gruppen reinszenieren und über das körperliche Symbolspiel verarbeiten. Es fehlen jedoch Verweise auf die Problematik und auf die Grenzen des Einbezugs des Körpers in der Therapie derjenigen Kinder, die Gewalt an ihrem Körper erlebt haben. Im Gegensatz dazu schreibt Bange, Herausgeber zahlreicher Arbeiten zum sexuellen Missbrauch an Jungen, dass sich sexuell missbrauchte Männer „vor jeder Therapie hüten [sollen], bei der es erforderlich ist, sich berühren zu lassen“ (2007, 140). Er schildert, wie einem missbrauchten Mann sogar der Händedruck zur Begrüßung „zuviel“ sein kann. Trotz dieses Einwandes wird hier für den Einbezug des Körpers plädiert, da mit Worm (1997) entgegnet wird, dass „die Erfahrung falscher, missbräuchlicher Berührung durch Nicht-Berührung allein [nicht] zu lösen ist“ (66). Vielmehr müssen für die Körperarbeit mit traumatisierten Kindern Prinzipien entwickelt werden, die Retraumatisierungen verhindern. So stellt es gerade das Ziel einer Behandlung dar, die Kinder zu befähigen, einen adäquaten körperlichen Kontakt zu Mitmenschen eingehen zu können, ohne dass in Alltagssituationen wie einer Begrüßung mit Händedruck die unangenehmen Gefühle aus der Traumasituation

reaktiviert werden.¹⁸ Hier wird davon ausgegangen, dass ein Kind aus einer Inzestfamilie in der Therapie möglicherweise das erste Mal einen stimmigen Körperkontakt kennenlernt. Das würde eine elementare Erfahrung darstellen. Volmer (2008) hat sich mit den unterschiedlichen Perspektiven beschäftigt und auf die Möglichkeiten, aber auch auf die Gefahren körperorientierter Arbeit mit traumatisierten Kindern hingewiesen. Im Folgenden sollen die dort entwickelten grundlegenden Prinzipien und methodischen Konsequenzen zusammengefasst und erläutert werden.

Das Prinzip Selbstbestimmung

Bange weist in dem oben genannten Beispiel darauf hin, dass schon ein unverfänglicher Händedruck eines Fremden Erinnerungen an das Trauma hervorrufen kann. Diese Erinnerungen sind direkt verknüpft mit den damaligen Emotionen und Körpergefühlen, die nun wieder aktiviert werden und Ekel, Scham, Angst oder Ohnmacht auslösen. Es ist deshalb möglich, dass es gerade bei einer körperbezogenen Arbeitsweise in der Therapie immer wieder zu Abreaktionen von im Körper gespeicherten Traumaerinnerungen kommen kann. Die Erfahrung, einer körperbezogenen Situation hilflos ausgeliefert zu sein, käme einer Retraumatisierung gleich und muss daher zwingend vermieden werden.

Die Kinder benötigen die Sicherheit, selbstbestimmt über ihren Körper verfügen zu können. Die Gefahr der sekundären Traumatisierung durch die Triggerung von Intrusionen, die an die Gewalterfahrung erinnern, muss zwingend mitbedacht und der Respekt vor den Entscheidungen eines Kindes, sich auf bestimmte Spiele und Übungen nicht einzulassen, unbedingt gewahrt werden. Hammer (1995) betont diesen Aspekt mit einem Verweis auf die Funktion des Selbstschutzes, die diesen Entscheidungen zugrunde liege: „In einer spannungsgeladenen Situation [...] ist die Hinführung zum Fühlen und Spüren des eigenen Körpers, das Zulassen muskulärer Entspannung nicht möglich und bedeutet geradezu eine Gefährdung der Person. Würden sie in dieser Situation ihren Spannungspegel aufgeben, der sich in der Verpanzerung der Körpermuskulatur als Abwehrmechanismus zeigt, wären sie ohne Schutz der Situation ausgeliefert und könnten noch leichter von ihren Gefühlen überschwemmt werden“ (330). Eine Unterwanderung dieses

¹⁸ Relativierend ergänzt Bange einige Zeilen weiter: „Dennoch können ‚weiche‘ Formen des Körperkontaktes (z.B. stützendes Halten) für die Genesung sehr wichtig sein“ (ebd.).

Reizschutzes¹⁹ könnte eine Überflutung durch aversive Gefühle verursachen und zu einer Retraumatisierung führen.

Das Prinzip Sicherheit

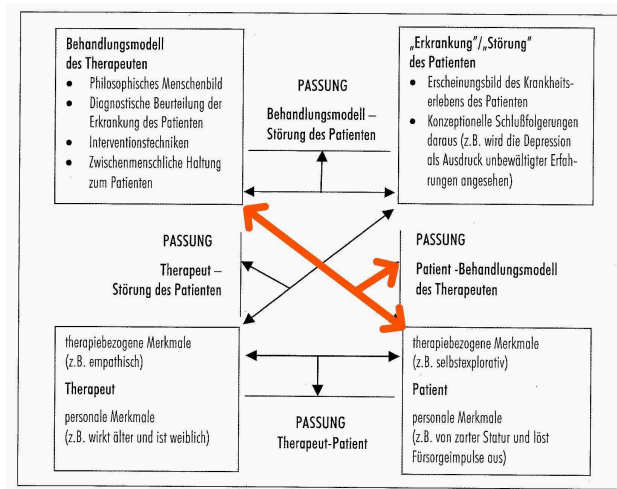
Eine Voraussetzung für das Erlangen von Stabilität ist die äußere Sicherheit. Fast entschuldigend merkt Franz (2008) in einer Fußnote seines Beitrages an, dass es den Kindern meist an innerer Struktur fehle und es „zum Zwecke des Strukturaufbaus“ deshalb notwendig sei, „einen verbindlichen zeitlichen Rahmen (Anfangs- und Schlusskreis)“ einzuhalten, „sowie einige auch durch empathische Direktivität des Begleiters vertretene Spielregeln wie z.B. kein absichtliches Verletzen und der Regel, nicht das zu zerstören, was andere Kinder aufgebaut haben“ (16) zu bestimmen.

In der vorliegenden Konzeption hingegen wird eine hohe Strukturgebung zu Lasten des „freien Spiels“ favorisiert, um die oben genannte Forderung, Retraumatisierungen zwingend zu vermeiden, einhalten und Sicherheit gewährleisten zu können. Die Therapie muss im übertragenen wie im konkreten Sinne ein „sicherer Ort“ sein. Da dieser Aspekt die unabdingbare Voraussetzung für gesunde Entwicklungsprozesse bildet, muss der Schutz vor körperlichen Angriffen und anderen Übergriffen garantiert werden. Aufgrund ihres Erfahrungshintergrunds sind die „freien“ Spiele der Kinder häufig sexuell und gewalttätig eingefärbt. Bloße Reinszenierungen stellen die traumatische Situation wieder her und wirken schlimmstenfalls retraumatisierend. Nach klinischen Erfahrungen wäre das freie Spiel vorrangig in der Einzeltherapie zu leisten, während es in einer Gruppe strukturell schwer gestörter Kinder in der Regel keinen konstruktiven, d.h. gesundheitsfördernden Charakter besitzt.

Das Angebot findet daher im hochstrukturierten Setting statt mit ritualisierten Abläufen, direkter Einflussnahme durch die Therapeuten und mit einem klaren Regelwerk, bei dem Gewaltfreiheit auf verbaler und auf körperlicher Ebene von hervorragender Bedeutung ist.

¹⁹ „Reizschutz“ ist ein von Freud entwickelter Begriff für eine Funktion des psychischen Apparates, den Organismus gegen äußere Reize, die ihn aufgrund ihrer Intensität zerstören würden, zu schützen. Im Alltagsjargon bezeichnen wir diesen Vorgang als „dicht machen“.

2.4.2 Passung Behandlungsmodell – Jungen



Dar. 2.13: Allgemeines Modell von Psychotherapie:
Passung Behandlungsmodell – Jungen

Kindern nicht unmittelbar mit „Therapie“ in Verbindung gebracht: In ihrer Wahrnehmung gehen sie stattdessen zum „Turnen“ bzw. zum „Reiten“. Dieser Aspekt ist von Bedeutung, da der Begriff „Therapie“ schnell die Assoziation „es geht um meine Probleme“ auslöst. Das Pferd sowie das Raum- und Materialangebot einer Turnhalle hingegen besitzen eine Eisbrecher-Funktion, sie lösen spontan die sich meist reflexartig einstellende Verkrampfung, sobald „über Probleme“ geredet werden soll. Zudem klingen „Turnen“ und „Reiten“ in den Ohren der Kinder eher ressourcen- als defizitorientiert, hier erscheinen ihnen Erfolgs- und Selbstwirksamkeitserlebnisse wahrscheinlicher als in einer „Gruppentherapie“.

Auf den ersten Blick ergeben sich daraus methodische Komplikationen, wenn die Erwartungen und Ziele der Kinder eher aus „Spaß haben“, „Reiten lernen“ und „Fußball spielen“ bestehen, während die Therapeuten „Selbstberuhigungsstrategien vermitteln“ und „Machtkonflikte verflüssigen“ wollen. Die unterschiedlichen Fokusse speisen sich aus den unterschiedlichen Ideen, was „gut“ für das Kind sei. Als Idealfall wird eine „informierte Zustimmung“ angesehen, also eine verhandelte Übereinkunft zwischen dem Therapeuten und dem Patienten hinsichtlich ihrer jeweiligen Zielvorstellungen. Eine wichtige Aufgabe des Therapeuten besteht deshalb bei Beginn des Therapieprozesses darin, einen entsprechenden Konsens mit den Kindern und auch mit deren Erziehungsberechtigten zu finden, um die Voraussetzungen für ein tragfähiges Arbeits-

Die verbale Kommunikation traumatisierter Kinder ist oft stark blockiert, so dass sich in primär sprachlich orientierten Therapieverfahren häufig ein „Reflexionskrampf“ einstellt. Sowohl das körper- und bewegungsorientierte als auch das reitbezogene Angebot besitzen demgegenüber einen hohen Aufforderungscharakter. Beide Ansätze werden von den

bündnis zu schaffen. Die Qualität dieser „alliance“ gilt als ein wesentlicher Wirkfaktor für das Gelingen einer Therapie. Bei dem körper- und bewegungs- bzw. dem reitbezogenen Angebot gelingt die Verständigung darüber verhältnismäßig leicht: Ein für das Kind und den Therapeuten annehmbarer Konsens hinsichtlich der Inhalte der Arbeit ergibt sich aus der Unterscheidung zwischen „instrumentellen“ und „finalen“ Zielen (vgl. Hölter 2010). Wünscht sich die Gruppe zu Beginn der Stunde, in der heutigen Sitzung Fußball zu spielen, so kann der Therapeut diesen inhaltlichen Vorschlag als „instrumentelles“ Ziel aufgreifen, um darüber die ihm wichtigen, „finalen“ Therapieziele (z.B. „Stärkung der sozialen Kompetenzen“, „Frustrationstoleranz erhöhen“, „Selbstbewusstsein stärken“ oder „Verbesserung des Körpergefühls“, wenn die „Athleten“ in der Halbzeitpause eine „Sportlernermassage“ angeboten bekommen) zu bearbeiten. Insofern lassen sich die Gestaltungswünsche der Kinder gut mit den Therapiezielen der Therapeuten in Einklang bringen.

Jungen in der körper- und bewegungsorientierten Therapie

In ihrem Aufsatz „Sportunterricht und Jungenarbeit“ treffen Schmerbitz/Seidensticker (1997) über das Verhältnis von Jungen zu ihrem Körper folgende Aussage: „Die Funktion des Körpers besteht nicht darin, sich über ihn auszudrücken, sondern ihn so zu ertüchtigen, dass er für sportliche Zwecke optimal belastbar ist“ (30, zit. n. Neuber 2003, 109). Banges Beobachtung (2001) weist in eine ähnliche Richtung: „Die meisten Jungen inszenieren sich so, als ob sie keine Probleme haben.“ Daraus folgert er: „Den Finger z.B. darauf zu legen, dass und wo Jungen ihrem Körper entfremdet [...] sind, ist demnach kein passender Zugang“ (33). Der Körper unterläge dem Diktat der Leistungsfähigkeit und sei als Ausdrucksorgan der Innenwelt geradezu verzichtbar. Dieser Auffassung wird hier widersprochen: Zum einen bleibt der Körper für Jungen wie Männer, Mädchen wie Frauen ein Ausdrucksorgan, das in seiner Bedeutung sehr weit über den sportlichen Erfolg oder das Aussehen hinausgeht. Zum zweiten muss der Entfremdung vom Körper entgegengewirkt werden, da er das zentrale Medium der Beziehungsgestaltung darstellt. Jungen, die in der Traumasituation körperliche Gewalt erfahren haben, „präparieren“ ihren Körper so, dass ihm von außen kein Schmerz mehr zugefügt werden kann. Das kann z.B. erreicht werden durch eine dissoziative Abspaltung bestimmter Körperzonen oder durch eine muskuläre

Verpanzerung. Dem Körper kommt die wichtige Funktion zu, die biografisch erlebte Schwäche und Hilflosigkeit abzuwehren. Die eigene Stärke speist sich in den Augen vieler Jungen aus ihrer körperlichen Kraft, mittels derer sie ein erneutes Opfersein zu verhindern versuchen. „Muskeln zu haben“ dient nach diesem Verständnis in erster Linie dem Zweck, eine erneute Verwehrtheit zu vermeiden. Einer „Entfremdung“ vom Körper jedoch nicht entgegen zu wirken würde bedeuten, die trauma- und sozialisationsbedingte Spaltung zwischen dem inneren Erleben (Verletzbarkeit, Not, das Gefühl von Schwäche) und dem äußeren Ausdruck (Kraft, Unverletzbarkeit) aufrecht zu erhalten. In seiner Bedeutung als Medium der Beziehungsgestaltung sendete der „entfremdete“ Körper dann Botschaften, die den dichotomen Beziehungsdimensionen „Macht/Ohnmacht“, „Täter/Opfer“, „Überlegenheit/Unterlegenheit“ weiter Vorschub leisten und damit das Traumamuster weiter chronifizieren würde.

In der körper- und bewegungsorientierten Arbeit müssen daher Wege gefunden werden, die eigene Stärke und Wehrhaftigkeit erfahrbar werden zu lassen und *gleichzeitig* die Sensibilität und Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper zu fördern sowie die eigene Verletzbarkeit anzuerkennen. Dann kann die Spaltung zwischen der geschlechtssozialisations- und traumabedingten körperlichen Härte und Verpanzerung auf der einen und der inneren Not und Verletztheit auf der anderen Seite überwunden werden und der Körper wieder als Medium einer gewaltfreien Beziehungsgestaltung fungieren.

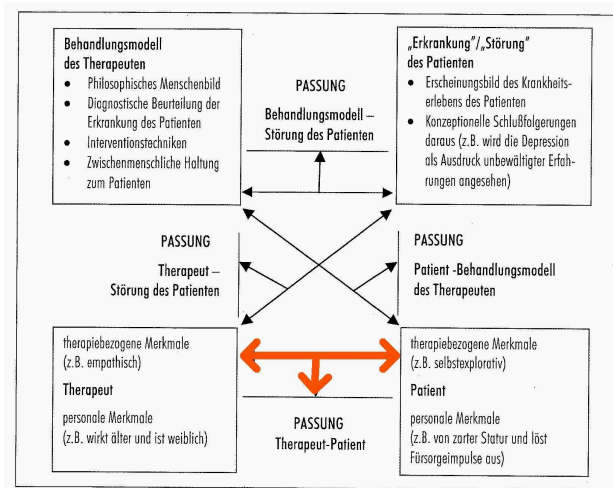
Jungen und Pferde

Pferdbezogene Aktivitäten gelten gemeinhin als Mädchendomäne. Jungen zeigen sich zunächst häufig scheu und ehrfürchtig beim ersten Kontakt mit dem starken, übermächtigen Tier. Die unbekanntes Situation, die sie zunächst schwer einschätzen, steuern und kontrollieren können, ruft selbst bei draufgängerischen, mutigen und kräftigen Jungen Unbehagen hervor. Das im Alltag meist nicht zugelassene Gefühl der Angst tritt sichtbar zum Vorschein und muss „eingestanden“ werden.

Ist die Unsicherheit überwunden und das Interesse geweckt, können Jungen in der Reittherapie Erfahrungen sammeln, die ihnen im Alltag aufgrund geschlechtsspezifischer Sozialisationsbedingungen schwer zugänglich sind: In der Versorgung des Pferdes beim Putzen, Hufe auskratzen und Füttern können sie die

Qualitäten des Versorgens und Pflegens erleben und beim Streicheln und Schmusen auch ihr Bedürfnis nach Nähe und Körperkontakt befriedigen. Gleichzeitig können sie eigene regressive Bedürfnisse stillen und sich beim Tragen ihrerseits versorgen lassen. Zudem werden im Kontakt zum Pferd Rangordnungsthemen virulent, die im Gegensatz zu Traumasituationen gewaltlos gelöst werden: Die Dominanz über das Tier und das Erfahren der eigenen Stärke ergeben sich aus dem partnerschaftlichen Umgang, nicht durch die Ausübung von Macht und Willkür.

2.4.3 Passung Therapeuten – Jungen



Dar. 2.14: Allgemeines Modell von Psychotherapie: Passung Therapeuten – Jungen

Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten gilt als Basis für jede Form der Psychotherapie (vgl. z.B. Hubble et al. 2001). Bei Menschen mit gravierenden Beziehungsstörungen ist die Arbeit besonders schwierig und stellt oft nicht nur die Basis, sondern gleichzeitig auch das Ziel einer

Behandlung dar. Mit seiner berühmten Aussage „There is no such thing like a baby. There is a baby and someone“ unterstrich Winnicott seine Auffassung, dass ein Baby nicht unabhängig von der Mutter betrachtet und erforscht werden kann. Wie Mutter und Baby treten auch der Therapeut und der Patient in eine dyadische Beziehung: „Es gibt keine Theorie über einen Patienten ohne den dazugehörigen Therapeuten“ (Buchholz/Streek 1994, 71). Psychotherapie ist ein interaktioneller Prozess zwischen mindestens zwei Menschen, deren *beider* Interaktionsgeschehen einen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf der therapeutischen Beziehung nehmen.

Die therapeutische Beziehung

Sexuell missbrauchte und körperlich misshandelte Kinder haben nicht nur Gewalt erlebt, sondern sind darüber hinaus oft auch nicht ausreichend von anderen Erwachsenen geschützt worden. Ihr Bild von Erwachsenen (gewalttätig, unempathisch, nicht schützend, grenzverletzend) ist geprägt von ihren Erfahrungen mit frühen engen Bezugspersonen. Mit dieser Vorstellung von Erwachsenen geht das Kind in den Kontakt zum Therapeuten, wodurch es zu starken Projektionen kommt.

Der Therapeut wird mit den oft heftigen und in der Regel ambivalenten Gefühlen und Beziehungswünschen konfrontiert. Seine Aufgabe besteht nun darin, das „innere Arbeitsmodell von Bindung“ des Patienten zu ergänzen und zu modifizieren, indem er dem Kind neue, korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglicht. Unabhängig von der spezifischen Behandlungsmethodik gelten folgende therapeutische Haltungen für die Arbeit mit bindungstraumatisierten Menschen als heilungsfördernd (vgl. Brisch 1999, Huber 2005b nach Siegel 2001, Riedesser/Romer 2004, zusammenfassend Volmer 2008):

Konsequentes, vorhersagbares und wiederholendes Handeln

In der Gruppenarbeit mit traumatisierten Kindern ist eine hohe Strukturgebung durch den Therapeuten unerlässlich. Der therapeutische Rahmen muss klar definiert und für die Kinder transparent sein. Ausnahmen schaffen meist Unsicherheit, Chaos verursacht Angst. Es ist daher notwendig, dass der Therapeut Stärke ausstrahlt und von den Kindern als rahmenschützend erlebt wird. Das ermöglicht ihnen, in ihrer Rolle als Kind zu bleiben und nicht in die Situation zu kommen, anstelle des als überfordert und hilflos erlebten Erwachsenen selbst für Ordnung sorgen zu müssen.

Achtsamkeit und Respekt

Die manchmal bizarren, manchmal abstoßenden Verhaltensweisen der Kinder sind als aus der Not der Vorerfahrungen geborene coping-Strategien zu verstehen. Sie stellen Versuche dar, mit ihren traumatischen Erlebnissen oder mit krankmachenden Systembedingungen zurechtzukommen. Den Kindern Respekt entgegenzubringen bedeutet, diese Verhaltensweisen in diesem Sinne zu würdigen

und sie nicht als Bösartigkeiten und zielgerichtete Gemeinheiten zu interpretieren. Gleichzeitig müssen sie als dysfunktional und schädlich kenntlich gemacht und deshalb unterbrochen werden.

Wechselseitiges Einstimmen

Ein Erwachsener, der zu einem Säugling Kontakt aufnimmt, imitiert intuitiv dessen Laute und Mimik. In der therapeutischen Situation mit den älteren Kindern versucht der Therapeut gleichfalls, eine Interaktion herzustellen, die in Qualität und Timing auf den Patienten abgestimmt ist: Er nimmt den Sprechmodus seines Gegenübers auf und bemüht sich, einen tonischen Dialog herzustellen. Huber nennt diesen Einstimmungsprozess deshalb das „Gaga auf höherer Ebene“ (2005b, 108).

Reflexiver Dialog

Eine wichtige Komponente einer sicheren Bindung zwischen dem Säugling und der Bindungsperson ist die Fähigkeit des Erwachsenen, die Signale des (noch) nicht-sprechenden Kindes richtig zu deuten. Ein Weinen kann z.B. Angst, Hunger, Schmerz, Reizüberflutung oder Müdigkeit bedeuten. Die Bindungsperson erkennt die Notsituation des Kindes und reagiert darauf: Sie nimmt es zunächst auf den Arm, beruhigt und tröstet es, sie gibt dem Kind etwas zu essen, wickelt es, legt es schlafen, etc. Im Kind erwächst so die Zuversicht und Sicherheit, richtig verstanden zu werden. Im therapeutischen Kontext spiegelt der Therapeut auch dem älteren Kind, welche Emotionen, Gedanken, Wahrnehmungen oder Absichten er beobachtet, und macht so das Innerseelische, das von dem Kind selbst nicht gesagt werden kann, kommunizierbar.

Reparieren von und Anknüpfen nach unterbrochener Kommunikation

In Streitsituationen kommt es vor, dass die Kommunikation zwischen den Kontrahenten abbricht. Das kann in Form eines inneren Rückzugs geschehen oder durch ein Verlassen des Raumes. Letzteres geht oft einher mit einem lauten Zuschlagen der Tür, wodurch dem Zurückgelassenen signalisiert werden soll, dass der Kontakt unerträgliche Wut oder großen Schmerz hervorgerufen hat und deshalb beendet wird. In der therapeutischen Situation treten solche Momente z.B. nach Grenzsetzungen durch den Therapeuten auf oder bei Meinungs-

verschiedenheiten zwischen den Kindern. Der Therapeut übernimmt im Folgenden die Aufgabe des Moderators, damit die Kommunikation wieder hergestellt werden kann. Er signalisiert dem Kind seine Bereitschaft zur Klärung und macht entsprechende Angebote. Die Verantwortung zur Klärung liegt bei allen Beteiligten, die Initialzündung für diesen Prozess kommt vom Erwachsenen. Oft reagieren die Kinder dankbar, wenn sie „Wiedergutmachung“ leisten und ihren Teil zum „Reparieren“ einer beschädigten Kommunikation beisteuern können.

Kohärente Geschichten

Kohärente Geschichten beziehen sich auf gemeinsame Erlebnisse und lassen den Charakter einer Situation aus der Erinnerung wieder lebendig werden. Das kann bei der Abschlussrunde am Ende einer Therapiestunde sein, wenn der Therapeut und das Kind die kurz zuvor gemeinsam erlebte Bewegungshandlung oder einen in einer früheren Therapiestunde geteilten Moment erinnern. Durch die Erzählung wird die Erfahrung zu einer gemeinsamen Geschichte, also zu einer integrierten zwischenmenschlichen Kommunikation.

Emotionale Kommunikation

Das Teilen von Glücksmomenten, das tröstende zur Seite stehen bei Schmerz und Traurigkeit, die Begleitung in ihrer Angst: Misshandelte Kinder haben die meisten dieser Qualitäten durch sichere Bindungspersonen entbehren müssen. In der Therapie kommt dem Therapeuten (als späte Bindungsperson) die Aufgabe zu, zunächst eher unbeschwerte, unterstützende, „nährende“ Momente schaffen, um damit das „Urvertrauen der therapeutischen Beziehung“ anzubahnen. Im weiteren Verlauf kann dann auf dieser Basis Begrenzung und Konfrontation erfolgen.

Gefahren beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung

Aufgrund der Brisanz des Themas und des intensiven Übertragungsgeschehens können in der Arbeit mit traumatisierten Menschen beim Therapeuten leicht Helferideologien entstehen, die sich schädlich auf den Therapieverlauf auswirken. Als „Kunstfehler“ gelten Vorstellungen wie (vgl. Streek-Fischer 2010, 172):

- Besonders schwer gestörte Patienten brauchen eine besonders intensive Beziehung,
- Die Identifikation mit den Omnipotenzzuschreibungen der Patienten (und den eigenen Rettungsphantasien),
- Die Unterwerfung unter die Aggression des Patienten, statt ihn zu konfrontieren,
- Die Bearbeitung der Vergangenheitsorientierung mit Verleugnung der Gegenwart,
- Das Abtreten der Beziehungskontrolle an den Patienten.

„Grundsätzlich ist es wichtig, das Miteinander-verstrickt-Sein frühzeitig zu erkennen und sich durch ein auf das interaktionelle Geschehen fokussierendes interaktionelles Vorgehen als eine andere Person außerhalb des vertrauten Musters zu zeigen“ (ebd., 171). Die hohe emotionale Besetzung des Themas Kindesmisshandlung kann bei fehlender oder bei zu großer innerer Distanz des Helfers zu schwerwiegenden Fehlern in der therapeutischen Arbeit führen. Insbesondere die Überfokussierung des Missbrauchsgeschehens unter mangelnder Berücksichtigung weiterer, vielleicht sogar bedeutsamerer Phänomene (wie emotionale Vernachlässigung oder gravierende soziale Probleme) ist ein Merkmal unprofessionellen Umgangs.

Zusammenfassung

Insgesamt kreisen die therapeutischen Bemühungen darum, das Kind trotz seiner Vorerfahrungen zu befähigen, die bipolaren Wünsche nach Nähe und Verbundenheit auf der einen und Distanz und Autonomie auf der anderen Seite auszubalancieren und auf dieser Grundlage entwicklungsförderliche Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen. Die therapeutische Beziehung ist dabei elementar, der Therapeut aber darf in seiner Bedeutung auch nicht überhöht werden. Die Endlichkeit der therapeutischen Beziehung muss von Beginn an ebenso betont werden wie der professionelle Kontext, in dem die Begegnung stattfindet. Retraumatisierungen durch neuerliche plötzliche Bindungsabbrüche und durch enttäuschte Erwartungen sind zwingend zu vermeiden. Im Folgenden werden weitere Aspekte der Passung zwischen den Therapeuten und den Jungen diskutiert.

Geschlechtsspezifische Aspekte

In Kindergärten, Grundschulen und Horten sind Jungen überwiegend mit weiblichen Bezugspersonen im Kontakt. Wenn sie aufgrund ihrer mangelnden sozialen Kompetenz nicht in Sportvereine integrierbar sind und aus diesem Grund auch dort keinen Kontakt zu einem Mann (männlichen Trainer) haben, gibt es außer dem eigenen Vater häufig niemanden, der ihnen bei der Ausbildung ihrer eigenen Geschlechtsrollenidentität als Vorbild dienen könnte. Sogar im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie liegt das Verhältnis von Therapeutinnen zu Therapeuten bei ca. 3:1 (vgl. Boerner 2009, 22). Damit alternative Männlichkeitsbilder entwickelt werden können, ist die Vorbildfunktion des männlichen Therapeuten z.B. im Hinblick auf den Umgang mit Wut und anderen Gefühlen von signifikanter Bedeutung.

Das „Therapeutenpaar“

Die Leitung der Gruppe durch ein Therapeutenpaar wirkt aufgrund ihrer symbolischen Repräsentation der Elternfiguren grundsätzlich übertragungsfördernd. In der Praxis der von Therapeutenpaaren geleiteten Gruppentherapie mit Kindern ist zu beobachten, dass die Jungen weiblichen Therapeutinnen dabei im Wesentlichen auf zwei verschiedene Weisen begegnen. Gerade Jungen, die bei ihren alleinerziehenden Müttern aufwachsen, erschaffen sich eine Identität als „Retter“. Oft wurden sie als Partnerersatz instrumentalisiert, entwickelten eine „Größenphantasie“ und verstanden sich infolgedessen als der „bessere Mann“. Diese Jungen umschmeicheln in der Therapie die mütterlichen Ersatzobjekte, entwerten sie aber hintergründig, indem sie ihre elterliche Autorität nicht anerkennen, sondern selbst für Ordnung sorgen wollen. Den Kontakt zum männlichen Therapeuten vermeiden sie, da er als Konkurrent wahrgenommen wird. Jungen mit starken, nicht abgewehrten täterloyalen Anteilen neigen gegenüber weiblichen Therapeutinnen zu offen oder versteckt vorgetragenen herrschsüchtigen, frauenverachtenden Verhaltensweisen. Von ihren Vätern geschlagene Jungen haben häufig erlebt, dass auch ihre Mütter geschlagen wurden. Im Versuch, die eigene Opferidentität abzuwehren, identifizieren sich die Jungen mit dem aggressiven männlichen Vorbild und werden Frauen gegenüber ebenfalls zum Täter. In der Therapiesituation versucht der Junge dann, oft auf subtile Weise, sich mit dem männlichen Therapeuten in einer Art „Männersolidarität“

gegen die weibliche Therapeutin zu verbünden. In der Regel kommt es im einen wie im anderen Fall zum Versuch der Spaltung. Das Therapeutenpaar muss in der Lage sein, die eigenen geschlechtsspezifischen Wahrnehmungen sowie die Übertragungen der Jungen, oft Idealisierung oder Verachtung, zu reflektieren, um den Spaltungsprozessen entgegenwirken zu können. Dazu müssen sie den Kindern als Vorbild für einen partnerschaftlichen, herrschafts- und gewaltlosen Umgang zwischen Mann und Frau dienen. Methodisch eignet sich dafür neben dem konkreten Interaktionsverhalten auch der Dialog auf der Metaebene in Form eines „reflecting teams“, z.B. um geschlechtsbezogene Übertragungsphänomene aufzulösen.

Die Reittherapeutin im Beziehungsdreieck „Therapeutin – Pferd – Kind“

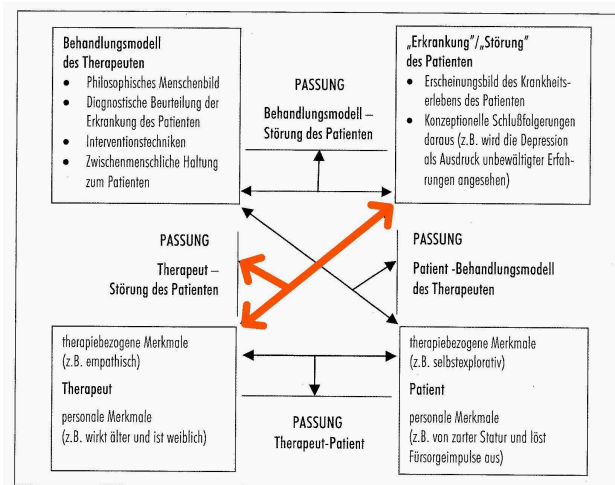
Unter Hinzuziehung eines Pferdes wird die Therapeutin-Kind-Dyade zu einer Triade, wie sie sich auch in der Urform der menschlichen Beziehungsmuster darstellt: In der Familie, bestehend aus Mutter, Vater und Kind. Die Enge einer symbiotischen Zweierbeziehung (Mutter und Kind) wird aufgelöst durch einen triangulierenden Dritten (der Vater). In den Familien traumatisierter Kinder ist dieser Triangulierungsprozess in der Regel missglückt. In der Therapiesituation mit dem Pferd können nun soziale Beziehungserfahrungen zu drei verschiedenen Objekten bzw. Objektbeziehungen verinnerlicht werden: Zwischen dem Kind und dem Pferd, dem Kind und der Therapeutin und zwischen der Therapeutin und dem Pferd.

1. Das Entstehen einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Kind und Pferd entwickelt sich im Zusammenspiel der gegenseitigen Beziehungsangebote. Das Pferd wünscht sich vom Kind Klarheit und Präsenz, das Kind sucht beim Pferd die Erfüllung grundlegender Bedürfnisse wie Nähe, Zärtlichkeit, Akzeptanz und Verständnis. Eine Übereinstimmung zwischen den Bedürfnissen des einen und der Beantwortung dieser Wünsche durch den anderen Beziehungspartner(s) schafft eine „sichere Bindung“: Diese Erfahrung haben fast alle bindungs-traumatisierten Kinder nicht machen dürfen.
2. Die Reittherapeutin nimmt Einfluss auf die Beziehungsgestaltung des Kindes zum Pferd. Sie zeigt, wie es einen guten Kontakt zum Tier herstellen kann, indem sie in diesem Prozess eine moderierende Funktion einnimmt. Sie fordert das Kind z.B. auf, das Pferd zu loben, ihm klare Anweisungen zu geben, sie

schützt aber auch das Pferd vor einer unsachgemäßen Behandlung durch das Kind. Daneben übernimmt sie gegenüber dem Kind ihre pädagogische Verantwortung, kann sich aber ansonsten „zurückhalten, da ihr ja bei dem Anbahnungsmodell das Pferd als tragfähige Beziehungshilfe die Vermittlung wichtiger Beziehungsinhalte abnimmt“ (Voßberg, 1994, 171).

3. Die Reittherapeutin dient dem Kind als Modell für den Umgang mit dem Pferd, ihr verantwortungsvoller und freundlicher Umgang mit diesem wird von ihm imitiert und fließt in das eigene „Beziehungsrepertoire“ ein. Gegenüber dem Herdentier Pferd verhält sich die Reittherapeutin dominant: „Bei [...] unerwünschtem Verhalten korrigiert oder straft sie (die Reittherapeutin, der Verf.) kurz und knapp mit der Stimmelmelodie energischer Worte [...] oder einem kurzen Ziehen am Anbindestrick“ (ebd.). Sie wahrt jedoch durch ihr anerkennendes, zugewandtes und wertschätzendes Verhalten dessen Beziehungsfähigkeit.

2.4.4 Passung Therapeuten – „Störung“



Dar. 2.15: Allgemeines Modell von Psychotherapie: Passung Therapeuten – „Störung“

Die Arbeit mit schwer bindungstraumatisierten Menschen erfordert neben viel Sensibilität und Verantwortungsgefühl eine hohe Fachkompetenz. Deshalb benötigt der Therapeut vertiefte Kenntnisse in Psychotraumatologie. Er muss mit dem breiten Spektrum der Traumafolgestörungen vertraut sein, um die dysfunktionalen Verhaltensweisen der Kinder als

coping-Strategien vor dem Hintergrund ihrer traumatischen Erfahrungen interpretieren zu können. Zudem sollte er in der Lage sein, die sehr starken, häufig auch überflutenden, aber noch unverstandenen Gefühle traumatisierter Kinder aufzunehmen und bei sich zu bewahren (das „containment“ im Sinne Bions²⁰), um sie dann in Deutungen zu transformieren und sie damit in einen für das Kind

²⁰ Wiedemann, W. (2007): Wilfried Bion. Biografie, Theorie und klinische Praxis des >Mystikers der Psychoanalyse<.

nachvollziehbaren Zusammenhang zu stellen. Auch dem Aushalten der positiven (z.B. Idealisierung) und negativen (z.B. Täter) Projektionen und der Differenzierung zwischen Gegen- und Eigenübertragungen kommt in der therapeutischen Arbeit mit bindungstraumatisierten Kindern eine wichtige Bedeutung zu. „Der Therapeut soll sich durch die Traumaerzählung berühren lassen, zugleich der pathogenen Gewalt des Traumas standhalten und dieser kompensierende und pathogene Kräfte entgegenhalten“ (Landolt 2004, 87). In diesem Zusammenhang ist eine kontinuierliche Supervision durch erfahrene Supervisoren sinnvoll und notwendig.

Zusammenfassung

In Kap. 2.4. wurden anhand des „Allgemeinen Modells von Psychotherapie“

1. methodisch-didaktische Grundhaltungen des Angebots erörtert und
2. Überlegungen dargelegt, wie „gute Passungen“ zwischen den Variablen, bei denen ein Einfluss auf den Behandlungsverlauf angenommen wird, ermöglicht werden können.

Dazu wurden die Spannungsfelder zwischen dem Behandlungsmodell, den Kindern, der „Störung“ und den Therapeuten ausführlich beleuchtet. Aus dieser Analyse sollen und müssen Konsequenzen für die Gestaltung der Intervention hervorgehen. Im Folgenden werden die aus den Vorüberlegungen resultierenden räumlichen, personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen der Studie dargestellt.

2.5 Rahmenbedingungen

Die Therapie erstreckt sich über 40 Einheiten à 60 Minuten, das entspricht dem gängigen Bewilligungsumfang einer psychomotorischen Förderung im *Bewegungsambulatorium an der Universität Dortmund e.V.* durch die Stadt Dortmund.

In Anlehnung an Empfehlungen von Slavson (1976) und aufgrund klinischer Erfahrungen ist die Gruppengröße auf vier Kinder mit einer homogenen Altersstruktur beschränkt. Das Angebot findet über den Zeitraum von 20 Wochen je einmal wöchentlich für je eine Stunde als körper- und bewegungsbezogenes sowie als reitbezogenes Angebot statt. Aus organisatorischen Gründen werden die Kinder zu den Stunden an manchen Tagen von Mitarbeitern der Studie zu Hause abgeholt, ansonsten sind die Erziehungsberechtigten für die Wegstrecken verantwortlich.

2.5.1 Räumliche und materielle Rahmenbedingungen

Das körper- und bewegungsbezogene Angebot wird in einem ca. 60 qm großen Bewegungsraum durchgeführt, der mit verschiedenen Materialien (Kasten, Weichbodenmatte, Schaumstoffwürfel) ausgestattet ist und der auch Bewegungsmöglichkeiten in der dritten Dimension (z.B. in der Hängematte) bietet. Die geringe Größe der Halle hat den Nachteil, dem zu erwartenden starken Bewegungsdrang der Teilnehmer nicht voll entsprechen zu können. Andererseits führen die räumlich engen Grenzen zu einer größeren Nähe zwischen Therapeuten und Kindern, wodurch für diese die sicherheitsspendende Präsenz der Erwachsenen fühlbarer wird. Ein größerer Bewegungsraum würde möglicherweise zu äußerer und innerer Chaotisierung führen und eine konzentrierte Arbeit erschweren. Raumstruktur und Materialauswahl ermöglichen es dennoch, Nischen und Rückzugsmöglichkeiten zu schaffen. Ein Einwegspiegel erlaubt das Videografieren der Diagnostik und der Therapiestunden, ohne dass die Kinder von einer sichtbaren Kamera abgelenkt würden.

Das reitbezogene Angebot findet auf einem Reiterhof statt, auf dem eine 30x60 m große Reithalle zur Verfügung steht, ebenso im Außenbereich eine kleinere runde Reitbahn sowie ein direkt angrenzendes Feld- und Wiesengebiet mit Sandwegen, das für Ausritte und Spaziergänge mit den Pferden genutzt werden kann. Auf dem

Hof sind mehrere mittelgroße und große Pferde vorhanden, die im heilpädagogischen Reiten und Voltigieren eingesetzt werden. Für das Angebot im Rahmen der Studie wurden überwiegend ein großer brauner und ein noch größerer schwarzer Wallach ausgewählt, die sich beide durch einen schwungvollen Galopp und einen taktreinen Schritt auszeichnen.

2.5.2 Personale Rahmenbedingungen

Das Therapeutenteam umfasst drei Personen. Neben ihren formalen Qualifikationen und ihren Erfahrungen werden weitere personenspezifische Merkmale beschrieben, die einen Einfluss auf den Behandlungsverlauf ausüben können:

Der hauptverantwortliche Therapeut des bewegungs- und körperorientierten Angebots ist ein erfahrener männlicher Motopäde mit einer Ausbildung in „Konzentrativer Bewegungstherapie“. Er ist seit vielen Jahren in einer großen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie als Bewegungstherapeut tätig und ist dort täglich mit traumatisierten Kindern im Kontakt. Er begegnet den Kindern in der Ausgestaltung seiner Therapeutenrolle einführend, humorvoll, ehrlich, geduldig und ohne Scheu, „Dinge beim Namen zu nennen“. Fragen der Kinder zu seinem Privatleben beantwortet er, sofern es dem Vertrauensaufbau dient und Intimitätsgrenzen nicht überschritten werden. Er verfügt über die Fähigkeit, unkonventionelle kreative Lösungen für die Unterbrechung von Machtkämpfen zu finden. Seine Ruhe und seine Authentizität strahlen die Souveränität aus, die notwendig ist, damit traumatisierte Kinder sich sicher fühlen können. Als erwachsener Mann ist der Therapeut für die Kinder zudem sowohl Projektionsfläche für Täter- und Vaterübertragungen als auch Vorbild für die Ausgestaltung ihrer Geschlechtsrollenidentität.

Die Leiterin des reitbezogenen Angebots ist diplomierte Sozialarbeiterin, Reit- und Voltigierpädagogin sowie Ausbilderin beim Deutschen Kuratorium für Therapeutisches Reiten. Seit vielen Jahren führt sie eine eigene Praxis für Therapeutisches Reiten und bietet heilpädagogisches Reiten und Voltigieren für psychisch kranke Kinder an. Ihre Kontaktgestaltung zu den Kindern ist herzlich und direkt. Die Ausgestaltung ihrer Beziehungsangebote ergibt sich ansonsten im Wesentlichen aus ihrer Aufgabe im Beziehungsdreieck Kind – Pferd – Therapeut. In dieser Konstellation benötigt die Mitarbeiterin eine hohe Triangulierungs-

kompetenz. Die Klarheit in ihrer Ansprache ergibt sich aus den Notwendigkeiten des Reitstallbetriebs und wirkt deshalb nie autoritär.

Als Co-Therapeutin ist bei beiden Angeboten eine Diplom-Pädagogin mit dem Studienschwerpunkt Bewegungserziehung und -therapie tätig. Sie verfügt ebenfalls über eine ruhige Ausstrahlung und zeichnet sich insbesondere durch ihre Authentizität sowie durch ihre annehmende und wertschätzende Haltung aus.

2.5.3 Auswahl der Teilnehmer

Neben dem Alter (Grundschulalter), dem Geschlecht (männlich) und dem Ausmaß der Beeinträchtigung (klinisch relevante psychische Symptomatik) muss die Auswahl der Probanden unter weiteren Gesichtspunkten sorgfältig vorgenommen werden. Die Indikationsstellung erfolgt in Zusammenarbeit zwischen den vorbehandelnden Ärzten und Therapeuten der *Elisabeth-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie* und dem Leiter der Untersuchung. Folgende „formale“ Bedingungen müssen erfüllt sein:

1. Aus der Anamnese der Jungen muss eindeutig hervorgehen, dass sie sexuellen Missbrauch und/oder körperliche Gewalt durch Bezugspersonen aus dem engen oder erweiterten Familienkreis (Eltern, Großeltern, Onkel/Tante, Paten) erfahren haben. Die Eingrenzung „durch Bezugspersonen aus dem erweiterten Familienkreis“ ist notwendig, da, wie in Kapitel 1 dargestellt, die Bindungsnähe zum Täter einen wesentlichen Einfluss auf die Traumadynamik ausübt. Zudem wirken sich sequentielle Traumatisierungen anders auf die Symptomatik der Opfer aus als singuläre Ereignisse.
2. Eingang in die Stichprobe finden nur Jungen, deren Symptomatik im Zusammenhang mit der sexuellen und körperlichen Gewalt zu verstehen ist. Eine gesicherte Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) stellt jedoch keine notwendige Bedingung dar. Viele Symptome der PTBS gleichen z.B. denen der hyperkinetischen Störung und anderen Störungen des Sozialverhaltens, der Anpassungsstörungen sowie der Emotionalen Störungen. Bindungsstörungen sind gerade bei innerfamiliärem Missbrauch und innerfamiliärer Misshandlung in der Regel Leit- oder Nebendiagnosen.
3. Es muss sichergestellt sein, dass die Teilnehmer ausreichend stabil sind, um an der Maßnahme teilzunehmen. Kontraindikationen sind akute Krisen sowie

die Kenntnis von schnellen Triggerungen von Intrusionen bei körper- und bewegungsbezogenen Aktivitäten.

4. Für die Studie kommen nur Kinder in Betracht, deren Bezugspersonen eine kontinuierliche Teilnahme der Kinder an der Maßnahme gewährleisten können. Dieses Kriterium ist bei den sogenannten „Multi-Problem“-Familien hoch einzuschätzen. Die Bezugspersonen müssen motiviert und in der Lage sein, die Strapazen des Bringens zur und Abholens von der Therapiestunde auf sich zu nehmen.

5. Es darf bis zum Ende der Maßnahme keine weitere stationäre oder teilstationäre Behandlung geplant sein. Auch weitere Interventionen dürfen nicht stattfinden, um den Einfluss auf das Behandlungsergebnis nicht zu verfälschen. Eine Ausnahme bilden die regelmäßigen ärztlichen Nachsorgetermine in der *Elisabeth-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie* zur Kontrolle und Notfallprophylaxe.

Die Zusammenstellung der Gruppe gestaltet sich wie folgt: In seiner Tätigkeit als Bewegungstherapeut in der Kinder- und Jugendpsychiatrie lernt der Leiter der Studie potenzielle Teilnehmer kennen. In enger Absprache mit den behandelnden Therapeuten und Ärzten werden dann geeignete Jungen ausgewählt und ihre Bezugspersonen über das Angebot informiert. Als letzte „Entscheidungsinstanz“ für die Indikationsstellung fungiert die Chefarztin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wenn alle oben aufgeführten Bedingungen erfüllt sind, ist eine Teilnahme an dem Angebot „Starke Jungs?!“ möglich.

2.5.4 Struktur der Stunden

Die Struktur des körper- und bewegungsbezogenen Angebots

Jede Einheit gliedert sich in eine Anfangsrunde, einen Hauptteil und eine Abschlussrunde. Von dieser Struktur wird aus Gründen der Vorhersagbarkeit und Transparenz in keiner Stunde abgewichen, die einzelnen Blöcke können aber unterschiedlich akzentuiert sein.

In der *Anfangsrunde* versammeln sich die Teilnehmer der Gruppe an der immer gleichen Stelle im Raum mit den Therapeuten in einem Sitzkreis. Der Reihe nach berichten alle von ihren guten und schlechten Erlebnissen der vergangenen Zeit und bekunden ihre aktuelle Gemütsverfassung. Ausgehend von der aktuellen

Befindlichkeit der Kinder ermuntern die Therapeuten zum Reden, fragen interessiert nach, begrenzen den Redefluss, folgen empathisch, helfen beim Fokussieren oder greifen beruhigend ein. Am Ende der Anfangsrunde wird gemeinsam besprochen, wie der Hauptteil der Stunde gestaltet wird. Während sich die Struktur der Stunden immer wiederholt und dadurch einen rituellen Charakter erhält, orientieren sich die Inhalte der Stunden am Prozess. Sie variieren in Abhängigkeit der aktuellen Themen und Stimmungen der einzelnen Kinder und der Gesamtdynamik der Gruppe. Aufgegriffen wird, „was gerade da ist“. Nach Metzmacher (1995, in Anlehnung an Petzold/Berger 1986) können in der bewegungstherapeutischen Arbeit mit Kindern folgende Arbeitsmodalitäten mit unterschiedlichen Akzentuierungen unterschieden werden:

Bei Spielen und Übungen mit einem *funktional-übungszentrierten Akzent* geht es vorrangig um die Stabilisierung des allgemeinen Wohlbefindens. Die aktuelle Gemütsverfassung der Kinder am Anfang der Stunden wird in strukturierten Übungen, im zeitlichen Ablauf meist direkt nach der Anfangsrunde, aufgegriffen.

Spiele und Übungen mit einem *erlebniszentrierten Akzent* sind „auf die Förderung der Kreativität, Sensibilität, Expressivität, Kommunikationsfähigkeit etc. gerichtet“ (ebd., 233). Dabei können die Therapeuten Anregungen geben, z.B. durch den Einsatz bestimmter Materialien oder Angebote, oder sie lassen die Kinder Inhalte aus vorhergegangenen Stunden aufgreifen und weiterentwickeln. Hier besteht für jedes Kind die Möglichkeit, den individuellen Bedürfnissen nach eher progressiven oder eher regressiven Aktivitäten sowie Beschäftigungen allein oder in der Gruppe nachzugehen. Manche Kinder üben sich im Erlernen spezifischer Bewegungsfertigkeiten, andere fordern eine Versorgung über Massagen oder in der Hängematte ein, wieder andere entwickeln eine gemeinsame Spielidee.

Eine *konfliktzentrierte Arbeit* direkt am Körper ist angesichts des jungen Alters der Kinder sowie des Gruppensettings nicht indiziert. „Bezogen auf konflikthafte Geschehen im Rahmen sozialer Interaktionen, so wie es in der Beziehung zum Therapeuten oder zu den Mitgliedern der Therapiegruppe zum Ausdruck kommen kann, ist der Versuch der Bearbeitung und Klärung weniger eine spezifische Arbeitsmodalität als vielmehr prozessbegleitender Bestandteil der therapeutischen Arbeit“ (ebd., 234). Diese Klärung jedoch muss nicht immer verbal erfolgen, sondern kann auch mit Mitteln der Bewegungsarbeit verknüpft werden.

In der *Abschlussrunde* versammeln sich die Teilnehmer wieder im Sitzkreis und reflektieren den Verlauf der Stunde. Sie werden angeleitet, in sich hinein zu horchen, ihre Stimmung wahrzunehmen und diese mitzuteilen. Das Erzählen gemeinsam erlebter Glücksmomente aus der Stunde bewirkt innerhalb der Gruppe ein intensives Kohärenzerleben, ebenso die erfolgreiche Klärung einer spannungsgeladenen Konfliktsituation mit anschließender Versöhnung.

Vor und nach den Stunden besteht für die Therapeuten die Möglichkeit, mit den Bezugspersonen der Kinder Absprachen zu treffen und sich gegenseitig von besonderen Vorfällen zu berichten.

Die Struktur des reitbezogenen Angebots

Im Vergleich zum körper- und bewegungsorientierten Angebot in der Turnhalle wird das heilpädagogische Reiten und Voltigieren noch stärker durch die Vorgaben der Reittherapeutin strukturiert. Dieses relativ starre Korsett ergibt sich insbesondere aus den Notwendigkeiten und Gefahren des Stallbetriebes, die ein hohes Maß an Kontrolle erfordern.

Auch hier gliedern sich die Stunden in drei Teile: Im *Anfangsteil* einer jeden Stunde steht die Kontaktaufnahme zum Pferd. In der Weise, in der die Kinder dem Pferd begegnen, kommt bereits ihre Gestimmtheit zum Ausdruck (z.B. überschwänglich, traurig, freudig, ängstlich, aggressiv). Sie werden angeregt, ihre Beziehungsgestaltung zum Pferd zu reflektieren und auch die Stimmung des Pferdes wahrzunehmen (ist es entspannt, neugierig, schläfrig, nervös?). In dem Zusammenhang können Unterschiede herausgearbeitet werden: Was ist der eigene Anteil und was gehört zum Tier?

Auch beim anschließenden Putzen des Pferdes können die Wahl der Bürsten, die Art des Putzens und die Wahl der geputzten Körperteile des Pferdes thematisiert werden, um dieses dann zum Ausgangspunkt einer Reflexion über die dazugehörigen Bedürfnisse und Ängste zu machen.

In der Reithalle oder im Gelände gibt es dann beim Schreiten neben dem Pferd eine Zeit der Einstimmung: Die Kinder achten auf ihren eigenen Weg und auf den des Pferdes und stimmen ihren Rhythmus auf den des Tieres ab. Beim Führen müssen die Kinder vom Pferd als ranghöheres Gegenüber wahrgenommen werden. Hier müssen sie Sicherheit und Präsenz ausstrahlen sowie Verantwortung übernehmen, damit das Pferd ihnen vertraut und sich von ihnen leiten lässt. Dabei

können die Kinder Selbstwirksamkeitserfahrungen sammeln und lernen, dass zum „Bestimmen“ in erster Linie ein guter Kontakt zu sich selbst benötigt wird.

Im *Hauptteil* der Stunde stehen dann verschiedene Übungen und Spiele auf dem Pferd (beim Reiten geführt von der Reittherapeutin oder einem anderen Kind, beim Voltigieren an der Lounge) im Vordergrund. Die Inhalte richten sich nach dem Prozess und können neben Übungen zur Körperwahrnehmung auch verschiedene Themen wie z.B. Angst, Vertrauen, Präsenz, Selbstwert, Aktivierung oder Einflussnahme aufgreifen.

Im *Schlussteil* der Stunde wird das Pferd wieder in die Box oder auf die Koppel geführt. Es erhält zum Abschied als Dankeschön ein Klopfen, eine Liebkosung, etwas zu fressen und nicht selten die verstohlen zugeflüsterte Versicherung einer tief empfundenen Zuneigung.

Zusammenfassung

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung werden die zu beeinflussenden Faktoren so gestaltet, dass eine möglichst hohe Passung gewährleistet wird. Es handelt sich dabei um Annahmen, die zum Teil aus der Theorie abgeleitet werden konnten, überwiegend jedoch noch nicht empirisch belegt sind. Nachdem neben der Theorie auch die praktischen Rahmenbedingungen erörtert wurden, können in Kap. 2.6 nun die Therapieziele formuliert werden. Sie lassen sich aus der Synthese der dargestellten theoretischen Modelle ableiten und beziehen die tatsächlichen vorhandenen Rahmenbedingungen ein. Hieraus wiederum ergeben sich die Inhalte der Intervention, die anhand von Praxisbeispielen in Kap. 2.6.1 dargestellt werden.

2.6 Therapieziele

In Anlehnung an die Therapieziele der „Klinischen Bewegungstherapie“ (vgl. Hölter 2011) lassen sich die Ziele für die körper- und bewegungsorientierte Maßnahme auf drei Ebenen bestimmen:

Ebene 1: Allgemeine Ziele

Unter allgemeinen Zielen versteht man in der Klinischen Bewegungstherapie Ziele, die sowohl somatisch-funktionelle (z.B. Verbesserung des physischen Wohlbefindens) als auch edukativ-psychoziale (z.B. Erlernen bewegungsbezogener Kompetenzen) und psychotherapeutische (z.B. Bewegungstherapie als Begleitung einer verbalen Psychotherapie) Akzente aufweisen können. Gemäß der Einordnung in das 4-Phasen-Modell der modernen Traumatherapie sind die *Psychische Stabilisierung* und die *Ressourcenaktivierung* der Teilnehmer die allgemeinen, übergreifenden Ziele der Therapie.

Ebene 2: Spezielle Ziele

Die speziellen Ziele der Arbeit beziehen sich auf die bisherigen Körper- und Beziehungserfahrungen der traumatisierten Kinder. Wie in den Kapiteln 2.2 und 2.3 dargelegt wurde, wirken sich frühe und langanhaltende Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen durch Bindungspersonen negativ auf die Bindungs-, Selbst-, Objekt- und Körperrepräsentanzen der Kinder aus. Diese manifestieren sich im Hier und Jetzt der Therapie und müssen auch in der Gegenwart bearbeitet werden. Das spezielle „Zielpaket“ der Intervention besteht daher aus der *Modifizierung der Bindungs-, Selbst-, Objekt- und Körperrepräsentanzen* durch korrigierende Körper- und Beziehungserfahrungen.

Ebene 3: Störungsspezifische Ziele

Die störungsorientierten Ziele können dann bestimmt werden, wenn die psychische Erkrankung und/oder die Pathogenese bekannt sind. In den bisherigen Ausführungen wurden die Symptome der Kinder unter psychodynamischer und unter körperbezogener Perspektive erörtert. Die Bestimmung der störungsspezifischen Therapieziele erfolgt unter Bezugnahme auf die operationalisierten Kategorien „Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene“ (Psychodynamische Perspektive) bzw. „Bewegungsverhalten“, „Umgang mit dem eigenen Körper“, „Körperlicher Umgang mit anderen“ (körperbezogene Perspektive). Weil die

imponierenden Konfliktthemen (z.B. Kontrolle/Unterwerfung, Selbstwert, Autonomie, Schuld) und Strukturdefizite (z.B. mangelnde Steuerungsfähigkeit, Empathiemangel, undifferenziertes Selbstbild) individuell andere Aspekte aufweisen können und die Inhalte entsprechend individuell angepasst werden müssen, werden die daraus sich ergebenden Ziele in der Untergruppierung „Differenzielle Ziele“ aufgeführt (s. Dar. 2.6: „Hierarchisierung der Therapieziele“).

Die Therapieziele auf der störungsspezifischen Ebene werden durch das angemessene „Normalverhalten“ der jeweiligen Bereiche gebildet:

Körperbezogene Therapieziele:

1. Angemessenes Bewegungsverhalten
2. Achtsamkeit im Umgang mit dem eigenen Körper
3. Angemessene Nähe-Distanz-Regulation (auf körperlicher Ebene)

Psychodynamische Therapieziele:

1. Angemessenes Beziehungsverhalten
2. Auflösung des dominierenden Konfliktthemas
3. Behebung des imponierenden Strukturdefizits

Zusammenfassung

Die übergreifende Zielsetzung der Intervention besteht aus der Stabilisierung und Ressourcenaktivierung der Teilnehmer und einer Modifizierung ihrer Körper-, Bindungs-, Selbst- und Objektrepräsentanzen. Damit sind auf störungsspezifischer Ebene verschiedene Subziele verknüpft. Diese sind erreicht, wenn sich unter psychodynamischer Perspektive positive Veränderungen auf der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene abbilden. Auf körperlicher Ebene würde eine Modifizierung der Repräsentanzen in einem besser regulierten Bewegungsverhalten, einem angemessen achtsamen Umgang mit dem eigenen Körper sowie in einer adäquaten Nähe-Distanz-Regulation zu anderen seinen Ausdruck finden.

Hierarchisierung der Therapieziele

Übergeordnetes Ziel		Entwicklungsförderung	
Ebene 1	Allgemeine Ziele		Ressourcenaktivierung
	Psychische Stabilisierung		
Ebene 2	Spezielle Ziele		
	Modifizierung der Bindungs-, Selbst-, Objekt- und Körperrepräsentanzen		
Ebene 3	Störungsspezifische Ziele		
	Angemessenes Bewegungsverhalten	Achtsamkeit im Umgang mit dem eigenen Körper	Angemessene Nähe-Distanz-Regulation (Körper)
	Angemessenes Beziehungsverhalten		
	Differenzielle Ziele		
Auflösung des dominierenden Konfliktthemas		Behebung des imponierenden Strukturdefizits	

Dar. .2.16: Hierarchisierung der Therapieziele

2.6.1 Praxisbeispiele

Die Darstellung der Therapieinhalte erfolgt beispielhaft unter Bezugnahme auf die allgemeinen und speziellen Therapieziele „Modifizierung der Bindungs-, Selbst-, Objekt- und Körperrepräsentanzen“ sowie „Stabilisierung“ und „Ressourcenverankerung“. In Kap. 2.6.1.1 werden die psychodynamischen und körperbezogenen Parameter und in Kap. 2.6.1.2 die traumatherapeutischen Phasen auf den körper- und bewegungsorientierten Ansatz bezogen. Die vorgenommene Unterteilung hat dabei in erster Linie heuristischen Wert, da die Schnittmenge zwischen diesen Therapiezielen groß ist.

2.6.1.1 Modifizierung der Bindungs-, Selbst-, Objekt- und Körperrepräsentanzen

Positive Körper- und Beziehungserfahrungen sollen den „Ressourcenpol“ vergrößern, damit dieser dem „Belastungspol“ der traumatischen Lebenserfahrungen gegenübergestellt werden kann und die Repräsentanzen eine Korrektur erfahren. Sie folgen nicht vorgefertigten Programmen oder spezifischen Übungen, sondern sind in erster Linie beziehungsgestaltende Prinzipien der körper- und bewegungsorientierten Arbeit, die sich aus den *Lebensthemen* der Kinder ableiten. Es werden daher im Folgenden Gegensatzpaare (Modi aus der Traumasituation – heilungsfördernde Modi und körperbezogene Angebote in der Therapie) gebildet und auf die körper- und bewegungsorientierte Arbeit mit den traumatisierten Jungen bezogen.

Bindungsrepräsentanz: Beziehungsverrat – Beziehungsaufbau

Als Rahmenmodell für den Beziehungsaspekt in der körper- und bewegungsorientierten Arbeit kann das Konzept der „Beziehungsorientierten Bewegungspädagogik“ der englischen Bewegungspädagogin Veronica Sherborne (1998) herangezogen werden. Sherborne unterteilt in folgende drei Beziehungskategorien, die in Bewegungssituationen relevant sind:

1. Cared-Beziehungen (Füreinander-Bewegungssituationen)
2. Against-Beziehungen (Gegeneinander-Bewegungssituationen)
3. Shared-Beziehungen (Miteinander-Bewegungssituationen)

Aus der Perspektive psychoanalytisch geprägter entwicklungspsychologischer Modelle (A. Freud, Erikson, Mahler) können diese Kategorien als Beziehungs-

charakteristika spezifischen Entwicklungsstufen zugeordnet werden. Folgt man Eriksons Modell der „8 Stufen der seelischen Entwicklung“ (1973), so entspricht die psychosoziale Modalität in der ersten Entwicklungsstufe (1. Lebensjahr), „*Ich bin, was man mir gibt*“, den „cared“-Bewegungssituationen. Die psychosoziale Modalität im 2. und 3. Lebensjahr, „*Ich bin, was ich will*“, dient der Entwicklung von Initiative und Autonomie. Hier geht es darum, die eigenen Interessen auch gegen den elterlichen Widerstand durchzusetzen. Diese Modalität wird in den spielerisch vollzogenen körperlichen Auseinandersetzungen der „against“-Bewegungssituationen aufgegriffen. In den Übungen zum Miteinander („shared“-Beziehungen) wird die Phase des Teilens und der Gegenseitigkeit symbolisiert, in der das Kind Einsicht in soziale Interaktionen gewinnt.

Im Folgenden werden diese Dimensionen mit Praxisbeispielen versehen, wobei diese zwar der Logik der Übungen Sherbornes folgen, aber auf das Setting und die Zielgruppe abgestimmt und deshalb nicht immer mit ihren eigenen Beispielen identisch sind.

Cared-Beziehungen

Cared-Beziehungssituationen sind kennzeichnend für die basalen, frühen Bewegungserfahrungen, wie sie besonders im ersten Lebensjahr durchlebt werden. Der Säugling ist auf umsorgende und behütende Erwachsene angewiesen, die ihn tragen, schaukeln und pflegen, die nahen Körperkontakt anbieten und die im konkreten wie im übertragenen Sinne Halt geben. Der erlebte Mangel solcher Erfahrungen findet in der körper- und bewegungsorientierten Arbeit mit früh traumatisierten Kindern Ausdruck in der starken Suche nach Bewegungssituationen, in denen diese Modalitäten erfahrbar werden. Es werden in der Therapie daher entsprechende Gelegenheiten angeboten, wobei das Charakteristikum darin besteht, dass der eine Partner für den anderen da ist und sich in seine Befindlichkeit einfühlt:

Beispielhaft dafür ist die Übung „Führen und Folgen“, bei der ein Partner den anderen, der dabei die Augen geschlossen hält, durch den Raum führt. Das erfordert von dem „Blinden“ viel Vertrauen und Mut. Für viele Kinder stellt das eine gewaltige Herausforderung dar. Kann die Aufgabe gemeistert werden, so bedeutet dies u.U. eine neue Beziehungserfahrung: Die eigene Hilflosigkeit und Schutzbedürftigkeit wird vom anderen nicht missbraucht und ausgenutzt, sondern mit Unterstützung und Hilfe beantwortet.

„Cared“- Erfahrungen in der Arbeit mit dem Pferd

Wie bereits mehrfach betont wurde, ist das Urvertrauen bindungstraumatisierter Menschen tief erschüttert, so dass Beziehungen zu Mitmenschen oft scheitern oder erst gar nicht aufgenommen werden können. Mit dem Pferd wird die durch die Vorerfahrungen belastete Zweier-Beziehung durch ein „entlastendes Beziehungsmedium“ (Wedekind 1988) zu einem Beziehungsdreieck erweitert. In diesem Dreieck bildet die Fachkraft die Basis, sie steuert die Prozesse, indem sie begleitet, unterstützt, spiegelt, verbalisiert und ermuntert (vgl. Schnorbach 2009, Solmaz 2010). Im Kontakt mit dem Pferd erfährt der Aspekt des *Getragen-werdens* eine große Bedeutung: Kinder mit Bindungstraumata haben die Erfahrung gemacht, dass sich Beziehungen als „nicht tragfähig“ erwiesen haben. In Notsituationen (Hunger, Müdigkeit, Schmerz) benötigt das kleine Kind eine stabile und verlässliche Bindungsperson, die in solchen Momenten aufgrund ihrer Größe, Stärke und Belastbarkeit die Not zu regulieren vermag. Viele Kinder haben sich nicht getragen und gehalten gefühlt, sondern mussten lernen, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln eine Selbstberuhigung herbeizuführen. Eine Besonderheit des Pferdes besteht in seiner Fähigkeit, den Menschen tragen zu können. „Diese Form des Tragens kann für Patienten weitaus überzeugender und glaubhafter sein als der haltgebende Psychotherapeut“ (Groth 2004, 40). Möglicherweise kann diese Erfahrung aus dem Grund besser zugelassen werden, da sie nicht unmittelbar mit frühkindlichen Erfahrungen der mütterlichen Zurückweisung assoziiert wird und daher weniger angstbesetzt ist.

„Vielleicht liegt in diesem Phänomen die Ursache dafür, daß so viele Menschen sich scheinbar nach dem, was durch das heilpädagogische Reiten angeboten wird, sehnen und die erste Zeit für ein ‚Auftanken‘ benötigen: ohne Sprache, oder vielleicht nur mit Lauten, im Wohlgefühl der körperlich-seelischen Erlebnisse und mit einer sehr großen positiven Übertragungsbereitschaft, welche in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen eine positive Entwicklung ermöglicht“ (Kupper-Heilmann 1999, 37).

Viele frühkindliche Bewegungsaktivitäten von Kindern im 1. Lebensjahr finden sich beim Getragen-Werden durch das Pferd wieder. Hier finden sich Entsprechungen zum tonischen Dialog der Mutter mit ihrem Neugeborenen, die es hält, trägt, schaukelt und wiegt. Das entspannte Liegen, das sich-fallen-lassen, der Körperkontakt: auch diese basalen Bewegungsmodalitäten können im Kontakt zum Pferd erfahren werden. Diese neuen, korrigierenden Körper- und

Beziehungserfahrungen können eine langersehnte, doch bislang ungestillte Befriedigung ursprünglicher Bedürfnisse bedeuten und zu einer tiefen Entspannung und Beruhigung führen.

Against-Beziehungen

Against-Beziehungssituationen bauen entwicklungspsychologisch auf den „Cared“-Beziehungen auf. Wurde dort noch in den Bewegungssituationen die symbiotische Phase repräsentiert, so symbolisieren „Against“-Situationen nun den Prozess der Ablösung. Gegen den Widerstand des Gegenübers wird die eigene Position vertreten und verteidigt. Die Interagierenden sind keine Gegner, sondern Partner, die in der spielerischen Auseinandersetzung ihre Kraft und ihre Grenzen wahrnehmen und so das Bewusstsein für sich und für den anderen schärfen können. Die Erfahrungen aus diesen Übungen fließen in das Selbstkonzept ein und wirken deshalb identitätsfördernd. Der gegenseitige Respekt der Partner sowie ihr sensibler, fairer und verantwortungsvoller Umgang miteinander bilden die Basis für den Aufbau von Vertrauen und prosozialem Verhalten. Beudels und Anders (2006) haben mit dem „Ringeln und Raufen“ ein vielfach praxiserprobtes Konzept erarbeitet, in dem folgende, für traumatisierte Kinder relevante Themen und Inhalte aufgegriffen werden (nach Beudels 2008):

- ❑ Jemandem unter- oder überlegen sein
- ❑ Etwas in Angriff nehmen, Angreifen, sich behaupten
- ❑ Grenzen erkennen, anerkennen, ziehen; mit Grenzverletzungen umgehen
- ❑ Etwas wagen, begründen und verantworten
- ❑ Sich selbst und andere im Griff haben
- ❑ Regeln aushandeln, verbindlich machen, einhalten, überprüfen, gemeinsam verändern
- ❑ Halt geben und Halt finden
- ❑ Um eine Position kämpfen, eine Position einnehmen

Hierzu zwei Beispiele:

1. *Die beiden Partner stehen sich in einem Abstand von ca. 70 cm gegenüber und halten ihre Handflächen aneinander. Das Ziel besteht darin, den eigenen Stand zu bewahren und gleichzeitig das Gegenüber aus dem Gleichgewicht zu bringen. Dies geschieht entweder durch das Wegdrücken des Partners oder aber durch das überraschende Nachgeben, so dass der andere die Balance verliert. Hierbei können Kinder die Erfahrung machen, dass für den stabilen eigenen Stand nicht der Einsatz, sondern gerade das Zurücknehmen der körperlichen Kraft zielführend sein kann.*
2. *Gruppenübung ohne direkten Körperkontakt: Das Kind versucht, gegen den Widerstand der von außen drückenden Anderen, eine aufrecht stehende zweigeteilte Weichbodenmatte (die „Gletscherspalte“) zu durchqueren.*

Shared-Beziehungen

In Übungen, die der Shared-Beziehungskategorie zugeordnet werden können, geht es um Einsicht in soziale Zusammenhänge und um die Entwicklung grundlegender sozialer Kompetenzen. Dazu zählen die Fähigkeiten, sich abzustimmen und zu kooperieren, Rücksicht zu nehmen und zu teilen. Dies wird gefördert durch Spiele, die eine Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung erfordern und die auch die wechselseitige Abhängigkeit voneinander erfahrbar werden lassen.

Hierzu wiederum einige Beispiele:

1. *Die beiden Partner stellen sich in gleicher Blickrichtung nebeneinander und halten sich mit der rechten bzw. linken Hand fest. Während ihre Füße relativ dicht beieinander stehen bleiben, neigen sie ihre Körper langsam in unterschiedliche Richtungen, wobei für eine gelingende Balance der richtige Neigungswinkel gefunden werden muss.*
2. *Die Gruppe versucht, einen aufgeblasenen Wasserball durch Pritschen, Köpfen, Baggern und Schießen möglichst lange in der Luft zu halten und ein Herunterfallen auf den Boden zu vermeiden.*
3. *Auf einer umgedrehten Längsbank balancieren zwei Kinder aus unterschiedlicher Richtung. Die Partner haben die Aufgabe, ohne das Herabsetzen der Füße neben der Bank die Positionen zu tauschen.*

Objektrepräsentanz: unbeständig und machtvoll – fürsorglich und gewaltlos

Kinder aus gewaltbelasteten Familien überwachen präzise und misstrauisch ihre Umgebung und nehmen kleinste atmosphärische Veränderungen wahr. Sie sind ständig „auf der Hut“ und „auf dem Sprung“, was deutlich am Spannungszustand ihres Körpers abzulesen ist. Das dient dazu, Gefahren rechtzeitig antizipieren zu können und den Körper auf den „Notfallplan“ (vgl. Kap. 2.3.1) vorzubereiten. Um „loslassen“ zu können, müssen die Kinder die Erwachsenen als fürsorglich wahrnehmen. In der Therapie werden daher Gelegenheiten geschaffen, in denen die Jungen Halt und Geborgenheit erfahren und einen Teil des verloren gegangenen oder unterentwickelten Vertrauens in andere Menschen zurückgewinnen können. Der häufig vorgebrachte Wunsch nach Schaukeln in der Hängematte kann z.B. als Versuch gewertet werden, an vorgeburtliche Zeiten, als „die Welt noch in Ordnung“ war, wieder anzuknüpfen. Vertrauensübungen bieten Gelegenheiten, die haltende Umgebung unmittelbar zu erfahren, z.B. wenn ein Kind sich inmitten eines Stehkreises von den Außenstehenden sanft und vorsichtig hin- und herwiegen lässt, ohne sich selbst aktiv um seine Stabilität und sein Wohlergehen sorgen zu müssen.

Fürsorglichkeit drückt sich ferner aus in der Wahrnehmung und Anerkennung der Gefühle. Ernst genommen zu werden stellt eine Mangelerfahrung bindungs-traumatisierter Kinder dar. Mit Sätzen wie: „Stell dich nicht so an“, „Jungen heulen nicht“ oder „Du findest das doch auch schön“ wird den Kindern das Vertrauen in die eigene Wahrnehmung geraubt. Das mangelnde Empathievermögen der Bezugspersonen führt dazu, dass Schmerzen und Bedürfnisse von den Kindern immer seltener geäußert werden. In der Therapie werden die Schmerzen, Ängste und Sorgen der Kinder ernst genommen und die Bedürfnisse nach Schutz und Versorgung soweit wie möglich befriedigt, auch wenn sie den Therapeuten zunächst unwirklich erscheinen mögen. Viele Kinder projizieren ihre psychischen Schmerzen auf die körperliche Ebene (vgl. Kap. 2.3.2), so dass das „Verarzten“ einer kleinen Verletzung immer auch ein Trostpflaster für die Seele ist.

Misshandlung und Missbrauch sind durch eine Asymmetrie von Macht und Ohnmacht gekennzeichnet und unmittelbar mit der Erfahrung von Hilflosigkeit verknüpft. Die Kinder haben die Erwachsenen als unberechenbar und mächtig erlebt. Diese Erlebnisse bilden sich auf der Beziehungsebene in Form von

Kontroll- und Unterwerfungsmustern ab. Die Kenntnis und Reflexion dieser Dynamik versetzt die Therapeuten in die Lage, entstehende Machtkonflikte rechtzeitig zu erkennen und zu entschärfen. Dabei garantieren sie ein Höchstmaß an Transparenz und Verlässlichkeit in ihren Handlungen, so dass sie von den Jungen *nicht* als gewaltvoll und unberechenbar erlebt werden.

Selbstrepräsentanz: hilflos, schwach und nicht lebenswert – geschützt, stark und wertgeschätzt

Die Jungen haben erlebt, dass ihr Körper der Willkür von Erwachsenen schutzlos ausgeliefert war. Selbstbestimmung und Schutz wurden als grundlegende Prinzipien der therapeutischen Arbeit bereits ausgeführt. Im Hinblick auf Berührungen der Kinder durch die Therapeuten muss ein Höchstmaß an Transparenz und Vorhersagbarkeit gewährleistet sein. Wenn Übungen, Spiele oder akute Krisensituationen einen Körperkontakt erfordern, wird dies den Kindern zunächst erklärt – sie haben dann die Möglichkeit, sich dagegen zu entscheiden. Lediglich bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung müssen Berührungen zum Schutz aller Beteiligten auch gegen den Willen der Kinder erfolgen.

Misshandlung und Missbrauch entsprechen einer Erniedrigung und Demütigung durch die Gewalt anderer und zersetzen das Selbstwertgefühl, da die seelische Integrität des Kindes verletzt wird. Die eigene Stärke und Selbstwirksamkeit zu fühlen, bildet das Gegengewicht zum Gefühl der Schwäche und des Ausgeliefertseins. Den Jungen soll daher Gelegenheit geboten werden, sich ihrer Kraft und Wehrhaftigkeit gewahr zu werden. Die Therapeuten können dann durch die anerkennende Wertschätzung der Leistungen der Kinder den Aufbau des Selbstwertgefühls unterstützen.

Unter den abnormen Entwicklungsbedingungen haben die Kinder zudem kein kohärentes Selbstbild entwickeln können. Die Selbstbeschreibungen geraten undifferenziert und verzerrt. Die Entwicklung eines zunehmend differenzierten Selbstbildes kann unterstützt werden in Situationen, in denen die Folgen des eigenen Handelns unmittelbar erkennbar sind. Verzerrungen in der Wahrnehmung oder Beurteilung können durch die Therapeuten prompt korrigiert werden.

Körperrepräsentanz: Sich hässlich und verunstaltet fühlen – sich schön und wertvoll fühlen

Das Gefühl der Verunstaltung sowie des Hässlich- und des Schmutzigseins sind typische Phänomene nach erfahrener Misshandlung und missbräuchlicher Sexualität (vgl. Joraschky 2000, 140). Sie führen in vielen Fällen zu Scham und zur Ablehnung des eigenen Körpers. In der Therapie müssen daher Situationen geschaffen werden, die die Jungen mit Stolz und Zufriedenheit auf ihren Körper blicken lassen. Komplimente zum Aussehen (z.B. Kleidung, Frisur, Muskeln) oder die Anfertigung von Fotografien, auf denen zu sehen ist, wie die Kinder gerade eine Mutprobe bewältigen, oder auf denen sie sich aus anderen Gründen gefallen, sind Zeichen der Wertschätzung und können die Wahrnehmung und emotionale Besetzung des eigenen Körpers positiv beeinflussen.

Die Körpererfahrungen der Jungen waren demütigend: Sie wurden grob behandelt, ihre Grenzen wurden missachtet, es wurden ihnen körperliche und psychische Schmerzen zugefügt. Daher hat jede Berührung in der Therapie, ob im Rahmen eines strukturierten Angebotes oder im freien Kontakt, achtsam, respektvoll und behutsam zu sein. Sanfte indirekte Berührungen über Bälle oder Federn, mit wachsender Vertrautheit auch vorsichtige Massagen, stellen eine Möglichkeit dar, Zärtlichkeit zu erfahren und sich zu entspannen. Dabei können die Jungen selbst bestimmen, wer sich ihrem Körper annähern darf und wo sie berührt werden möchten. Auch angeleitete und achtsame Selbstberührungen können zu einem verbesserten Körpergefühl sowie zu einer erhöhten Sensibilität im Umgang mit dem eigenen Körper führen.

Im Hinblick auf die Förderung des Körperschemas können verschiedene Spiele und Übungen durchgeführt werden, z.B.:

1. *Buchstaben oder Zahlen auf dem Rücken des Kindes formen, die es erraten muss.*
2. *Das Kind legt sich auf eine ausgerollte Tapete, ein anderes Kind oder der Therapeut zeichnet den Körperumriss ab Abschließend kann der Umriss betrachtet und als Ausgangspunkt eines Gesprächs über den eigenen Körper genutzt werden.*

Weitere Übungen zur Förderung des kognitiven Aspekts der Körpererfahrung sind folgende:

1. „Körperteile begrüßen sich“: Die Kinder laufen durch den Raum und begrüßen sich, indem sie mit immer anderen Körperteilen (z.B. mit dem rechten Knie) gegenseitig berühren.
2. „Auflagepunkte benennen“: Die Kinder liegen auf dem Bauch, während der Therapeut Bierdeckel auf verschiedene Körperteile auflegt, die vom Kind benannt werden sollen.

Arbeit an den Körperrepräsentanzen mit Hilfe des Pferdes



Dar. 2.17: „Das Pferd als überdimensionales Kuscheltier“ (Foto: Gabriele Klaes)

Im Kontakt mit dem Pferd kann eine als „ungefährlich“ erlebte körperliche Nähe zu einem anderen Lebewesen hergestellt werden. Das Pferd fordert durch seine Blicke und durch die Weichheit seines Fells zu Nähe und Kontakt auf, lässt das Kind aber den ersten Schritt machen. Das ermöglicht auch Menschen, die im zwischenmenschlichen Kontakt kaum Nähe zulassen können (das gilt besonders für Jungen und Männer), ihre Wünsche nach Zärtlichkeit und Zuwendung zum Ausdruck zu bringen und zu befriedigen.

„Hinzu kommt die Eignung des Pferdes, eine im humanen Bereich bereits als intim geltende Nähe zuzulassen und sich als überdimensionales Kuscheltier zur Befriedigung von Wünschen nach Körperkontakt und Zuneigung einzubringen“ (Stoffl 2003, 266). Das Maß an Annäherung kann vom Menschen selbst bestimmt werden. Anders als andere Tiere fordert das Pferd keine Zuwendung ein und reagiert auch nicht gekränkt auf Zurückweisung.

Zudem kann das pferdgestützte Angebot dazu beitragen, das gestörte Körpergefühl wiederherzustellen. Sich auf den Rhythmus des Pferdes einzulassen (im Trab, im Galopp), erfordert nicht nur Gespür für das Tier, sondern auch für sich: Das Kind muss sich immer wieder neu stabilisieren und seine Balance finden, wobei seine eigene Aktivität unmerklich mobilisiert wird. Die Grenze zwischen dem eigenen und dem Körper des Pferdes wird z.B. auch beim Liegen

auf dem Pferd erspürt, wenn der Geruch und die Wärme des schwitzenden Tieres aufgenommen und als etwas Neuartiges, aber auch als etwas Wohligen erfahren werden kann. Der „andere Körper“ kann im Gegensatz zu der Traumasituation mit positiven Gefühlen assoziiert werden.

Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde unter Bezugnahme auf die Psychodynamik und die Körperlichkeit bindungstraumatisierter Jungen geschildert, wie eine körper- und bewegungsbezogene Arbeit dazu beitragen könnte, die Bindungs-, Objekt-, Selbst- und Körperrepräsentanzen zu korrigieren. Es wurden verschiedene Grundsituationen dargestellt und eine Auswahl möglicher Inhalte gezeigt. Dabei wird davon ausgegangen, dass ein ambulantes Angebot in einem relativ engen Zeitrahmen (vgl. Kap. 3.2) lediglich Impulse für die Modifizierung von Repräsentanzen geben kann. Im Sinne der Selbstorganisation lebender Systeme können diese Impulse jedoch als effektive Anregungen für die Neuorganisation des Selbstheilungssystems verstanden werden.

2.6.1.2 Stabilisierung und Ressourcenverankerung

Stabilisierung

Der Psychiater und Traumaforscher Bessel von der Kolk bezeichnet den Verlust der Selbstregulation als die nachhaltigste Auswirkung eines Traumas (vgl. 2000, 174). Das Wiedererlangen dieser Fähigkeit steht im Zentrum stabilisierender Arbeit mit traumatisierten Menschen. Versteht man ein Trauma nach Huber als ein Erlebnis, das einem Betroffenen „den Boden unter den Füßen wegzieht“ (2005a, 91), so liegt es nahe, dass zunächst wieder „sicherer Boden unter den Füßen“ gewonnen werden muss. Innere und äußere Sicherheit schaffen die Basis für alle weiteren Stabilisierungsschritte. An der Metaphorik des „sicheren Bodens“ lassen sich bereits die Möglichkeiten erahnen, über körper- und bewegungsorientierte Interventionen Stabilisierungsfortschritte zu initiieren. Die auf Stabilisierung ausgerichtete Arbeitsweise sieht vor, die sich auf der körperlichen Ebene manifestierenden dysfunktionalen Muster im Hier und Jetzt der Therapiestunde zu unterbrechen. Die Kontrolle von Zuständen starker innerer und äußerer Erregung muss erlernt werden. Die Fähigkeit zur Selbstregulation, hier verstanden als Kompetenz, die eigenen Affektzustände selbständig zu

regulieren, entwickelt sich in Abhängigkeit von kompetenten Bindungspersonen. Diese müssen in der Lage sein, äußere Sicherheit zu gewährleisten sowie Strategien zur Selbstberuhigung zu vermitteln. Insofern setzt die stabilisierende Arbeit sowohl auf der körperlichen Ebene als auch auf der Beziehungsebene an. Diese beiden Aspekte sollen anhand von drei Beispielen aus der körper- und bewegungsorientierten Arbeit mit einer Gruppe von vier Jungen dargestellt werden.

Beispiel 1: Ein Junge erzählt in der Anfangsrunde hastig und kurzatmig von einem Streit mit einem Mitschüler, der in einer körperlichen Auseinandersetzung gemündet hätte. Seine Schilderungen werden ausgeschmückt mit brutalen Bildern, er ist in großer Erregung und wird mit zunehmender Dauer auch motorisch immer unruhiger. Deutlich wird, wie sich die Gefühle aus den Geschehnissen des Morgens zu vermischen beginnen mit denen aus früheren Gewalterfahrungen durch den leiblichen Vater. Der Junge wurde durch den Streit mit dem Mitschüler „getriggert“. Ließe man das Kind in seiner Erzählung fortfahren, so ahnt man, würde es aufgrund der Überflutung durch die Gefühle nicht mehr zwischen „damals“ und „jetzt“ unterscheiden können.

Der Therapeut spendet zunächst Sicherheit. Er spiegelt dem Jungen, wie aufgeregt er ihn gerade erlebt. Unter Versprachlichung seines Tuns setzt er sich dann in die unmittelbare Nähe des Jungen („Ich glaube, du brauchst jetzt mal jemanden an deiner Seite“). Dann versichert er dem Kind, dass „Hier“ und „Jetzt“ alles in Ordnung ist und nichts Schlimmes geschehen kann. Er fordert ihn auf, seinen Blick auf die Gegenstände im Raum und auf die anwesenden Personen zu richten (Re-Orientierung im Hier und Jetzt), damit er zu der gleichen Einschätzung gelangen kann. Wenn der Junge es annehmen kann, legt ihm der Therapeut seine Hand auf den Rücken und fragt nach, ob er die Hand spüren könne. Damit lenkt er den Fokus der Aufmerksamkeit auf die haltgebende und wärmende Berührung und fragt weiter, ob sich die Berührung gut anfühle. Haben diese Interventionen dem Kind geholfen, sich zu beruhigen, kann unter den nun „sicheren“ Bedingungen zu der ursprünglichen Geschichte vom Morgen zurückgekehrt werden.

Beispiel 2: Die Jungen „erstürmen“ die Halle, rennen wild umher und entwickeln das „Spiel“, sich im Laufen gegenseitig in den Genitalbereich zu fassen. Das alles wird begleitet durch derbe, sexualisierte Äußerungen und durch Bewegungen, die dem Geschlechtsverkehr nachempfunden sind. Wie sich später herausstellte, hatte ein Junge in der Umkleidekabine einem anderen Jungen die Hose heruntergezogen. Dieser sexuelle Impuls hat bei allen Kinder Erinnerungen aktiviert, die sich in Sekundenschnelle zu einer Welle sexualisierter Verhaltensweisen ausbreiteten und die von den Therapeuten nur noch schwer zu stoppen sind.

In der anschließenden Besprechung wird gemeinsam überlegt, wie mit der Situation umgegangen werden kann. Der Übergriff in der Umkleidekabine hat große Angst und Unsicherheit hervorgerufen, die im anschließenden „Spiel“ kontraprophisch abgewehrt wurde. Es wird daher beschlossen, für jedes Kind Höhlen als persönliche Schutzräume zu errichten (das Konzept des „safe place“, bezogen auf das psychomotorische Setting: s. Kuntz 2009), in denen es sich die Kinder nach Fertigstellung gemütlich machen. So entsteht äußere Sicherheit, die dann den Rahmen für die Imaginationsübung „Sicherer Ort“ bildet. Die Kinder werden angeleitet, sich einen realen oder nur in ihrer Phantasie existierenden Ort zu imaginieren, an dem sie sich wohl und sicher fühlen. Um zu einem späteren Zeitpunkt die angenehmen Gefühle vom „sicheren Ort“ wieder aktivieren zu können, endet die Übung mit einer Selbstberührung (z.B. Zupfen am Ohrfläppchen). Dieser körperliche Reiz wird also mit dem sicheren Ort assoziiert, wodurch eine „Rückkehr“ zu diesem mit Hilfe des Stimulus erleichtert wird. Wenn es den Kindern zu schwer fällt, sich auf eine Imagination einzulassen, können sie diesen Ort auch zeichnen. Gelingt auch das nicht, kann die gerade erbaute Höhle als imaginärer sicherer Ort verankert werden.

Beispiel 3: In der Anfangsrunde einer Therapiestunde breitet sich eine diffuse, bleierne Atmosphäre aus. Drei der vier Kinder starren mit leeren Augen vor sich hin, Wortbeiträge werden mit schwerer, leiser Stimme vorgetragen, ein Junge kneift sich in den Unterarm, ein anderer beißt sich die Fingernägel ab, ein Dritter spielt sich am Genital. Den Therapeuten fällt es schwer, sich zu konzentrieren, sie verspüren bei sich selbst eine zunehmende Müdigkeit. Es besteht keine Freude, noch nicht einmal Interesse an der gemeinsamen Stunde. Die Kinder wirken stumpf, emotional taub.

Da die Kinder mit dieser Stimmung bereits zur Therapie erschienen sind, ist den Therapeuten der Auslöser unklar. Die Selbststimulationen der Kinder deuten darauf hin, dass sie starke Reize benötigen, um sich spüren zu können. Offensichtlich sind sie in einem dissoziativen, tranceartigen Zustand oder, umgangssprachlich ausgedrückt: sie sind „woanders“, „nicht in dieser Welt“. Die Therapeuten versuchen nun, die Kinder „zurückzuholen“ in die gegenwärtige Situation. Dazu fordern sie sie auf, ihre Augen in ihrer Mitte zu zentrieren und einen Ort im Raum (besser noch: den Therapeuten) zu fixieren. Dann sollen sie versuchen, eine andere Körperhaltung einzunehmen, indem sie den Oberkörper aufrichten und den Kopf heben. Später wird angeregt, im jeweils eigenen Tempo den Raum zu durchschreiten, um ein „Ankommen“ zu ermöglichen. Der Therapeut leitet die Kinder an, den Boden unter den Füßen zu spüren (Erspüren der Körpergrenzen, die im dissoziierten Zustand verloren zu gehen drohen; festen Halt spüren). In das Gehen können Atemübungen eingebaut werden: Die Kinder imaginieren sich beim Einatmen (3 Sekunden) einen mit angenehmen Gefühlen assoziierten sinnlichen Eindruck (z.B. eine Farbe, ein Geruch) und atmen anschließend die belastenden Gedanken und Gefühle aus (5 Sekunden). Beim Ausatmen darf sich mit dem ganzen Körper geschüttelt werden. Im weiteren Verlauf klopfen sich die Kinder selbst mit den Händen am ganzen Körper ab (Steigerung der Vitalität, „Wecken der Lebensgeister“, Gewahrwerden des eigenen Körpers), später können sich die Teilnehmer der Gruppe gegenseitig am Rücken abklopfen (wieder Kontakt zur Außenwelt aufnehmen).

Exkurs: Dissoziation vs. Präsenz in der Arbeit mit dem Pferd

Die als Überlebensstrategie in Traumasituationen entstandene Fähigkeit zu dissoziieren kann, sofern sie gezielt eingesetzt wird, einen funktionalen Charakter besitzen. Haben traumatisierte Kinder jedoch keine Kontrolle über diesen Prozess, dann ist das Erlernen von Präsenz ein wichtiger Stabilisierungsschritt. Das Pferd fordert vom Menschen eindeutige und klare Signale, die von diesem aber nur ausgehen können, wenn er „im Hier und Jetzt“ ist. Sobald das Pferd spürt, dass das Kind nicht präsent ist, reagiert es irritiert und geht aus dem Kontakt: es lässt sich nicht führen, richtet die Aufmerksamkeit auf etwas anderes oder versucht sogar, den unbewohnten Körper, den er auf seinem Rücken wahrnimmt, abzuwerfen. Es reagiert damit auf den double-bind-Charakter der Situation: Physisch spürt es den Menschen, psychisch jedoch bleibt dieser leer, unerreichbar und damit unberechenbar. Ein lebendiger Bewegungsdialog mit dem Pferd erfordert vom Kind deshalb Präsenz und Konzentration.

Ressourcenverankerung

Die Ressourcen der traumatisierten Kinder sind vom emotionalen Belastungsmaterial überlagert, leben aber im Verborgenen weiter. Das Selbstheilungssystem ist unter der Wucht der Ereignisse zusammengebrochen und nun nicht mehr in der Lage, das psychische Gleichgewicht zwischen belastenden und gesundheitsfördernden Momenten selbstorganisatorisch wiederherzustellen. In der Therapie muss den Kindern in dieser Phase ermöglicht werden, wieder mit ihren Ressourcen in den Kontakt zu kommen und Stärke, Kraft, Selbstwirksamkeit und Gesundheit zu fühlen.

Fallvignette:



Dar. 2.18:
Kontaktaufnahme zum
Ressourcenpol (Foto: Jan
Volmer)

Ein sehr sportlicher 12-jähriger Junge (s. auch Volmer 2008, 242 f.) zeigt beim Fußballspielen sehr gute Leistungen, lässt daran aber keine Freude erkennen. Lob wehrt er unwirsch ab, „Das kann ja jeder“, findet er. Seine sportliche Begabung stellt an sich eine gute Ressource dar, könnte den Selbstwert stabilisieren und damit ein protektiver Faktor im Hinblick auf die Traumaverarbeitung sein. Doch seine aggressive und dissoziale Symptomatik hat zum Ausschluss aus seinem Fußballverein geführt, so dass auch die Ressource „Fußball“ vom Belastungsmaterial überschattet wird. Er schleppt sich lustlos durch's Leben, die Körperspannung ist kaum ausgeprägt, „kein Bock“ ist sein Lebensmotto. Es scheint nichts zu geben, was ihm Kraft geben und seinen Willen nach einem besseren Leben aktivieren könnte. Erst auf

dem Großtrampolin (s. Dar. 2.18) erwacht seine Freude, so, als ob die ungewohnten neuen Bewegungserlebnisse seine „Lebensgeister“ stimuliert hätten. Er probiert sich aus, entdeckt seinen Ehrgeiz wieder und sättigt sein Bedürfnis, sich (körperlich) zu spüren. Der Junge hat sein Trauma deshalb nicht „überwunden“, aber beim Zusehen *fühlt* man unwillkürlich, wie er Kontakt zu seiner inneren Gesundheit aufgenommen hat.

Zwei Aspekte sind für die Ressourcenverankerung zentral und werden näher ausgeführt: Selbstwirksamkeitserlebnisse und selbstwertsteigernde Erfahrungen.

Vermittlung von Selbstwirksamkeitserlebnissen

Nach Bandura (1997) speist sich das Selbstwirksamkeitserleben aus der Meisterung schwieriger Situationen, aus der Beobachtung von Vorbildern, aus sozialer Unterstützung und aus physiologischen Reaktionen. In der psychomotorischen Gruppe können diese Quellen „angezapft“ und die Wirksamkeit des eigenen Handelns unmittelbar erfahren werden. Auf interaktioneller Ebene wird sie am Widerstand des anderen präzisiert: Hier eignen sich Übungen aus der beziehungsorientierten Bewegungspädagogik nach Sherborne (1998) und ausgewählte Ring- und Raufspiele (vgl. Beudels /Anders 2006).

In der Übung „Fest wie ein Stein“ (ein Partner kniet „auf allen Vieren“ auf einer Matte, der andere soll versuchen, diesen „Stein“ mit den Händen umzustößeln) verschaffen sich nahezu alle Kinder eine große Genugtuung, wenn sie im Rahmen einer strukturierten spielerischen Handlung den Erwachsenen „umschmeißen“ und so das biografisch erlebte Ungleichgewicht zwischen dem mächtigen Erwachsenen und dem ohnmächtigen Kind unerwarteterweise umkehren können.

Im Vorfeld ist zu prüfen, ob entsprechende Übungen zu einer Aufweichung eines potenziellen Machtkonfliktes beitragen oder diesen möglicherweise verschärfen. Hier ist eine Anpassung an den Einzelfall erforderlich: Für ein Kind, das in einem aktiven Verarbeitungsmodus des Erlebten bereits Kontrolle und Dominanz gegenüber anderen Menschen ausübt, wird das Aufzeigen seiner (körperlichen) Grenzen heilsamer sein als ein weiterer Beweis für die eigene Kraft. Eine „Stärke“, die sich aus der Erniedrigung anderer Menschen speist, ist ein „Abkömmling“ des Traumaschemas und kann deshalb nicht zur Gesundheit beitragen.

Selbstwirksamkeit kann ferner durch die Bewältigung spannungsreicher Bewegungssituationen erfahren werden. Das Zutrauen, schwierige Aufgaben meistern zu können, ist bei den meisten traumatisierten Kindern gering ausgeprägt. Gelegenheiten für Selbstwirksamkeitserfahrungen können durch Angebote geschaffen werden, deren Bewältigung sich die Kinder zuvor nicht zugetraut haben (nach Bandura 1997). In der Therapie erfolgt das etwa durch:

- ❑ *Hoch hinauf klettern*
- ❑ *Ein schwieriges Hindernis überwinden*
- ❑ *Ein Sprung aus der Höhe*
- ❑ *Das Stehen auf Stelzen*
- ❑ *Ein schwieriger Balanceakt*



Dar. 2.19: Wagnis Sprung (Foto: Gabriele Klaes)

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Entscheidung, das Risiko einzugehen, vom Kind frei getroffen werden muss. Auf physiologischer Ebene wird es im Vorfeld eines „Wagnisses“ Stresssymptome zeigen (Herzklopfen, Schweißausbrüche).

Durch die wiederholte Erfahrung erfolgreicher Bewältigung können diese starken körperlichen Reaktionen abgebaut und künftige schwierige Situationen entspannter angegangen werden.

Auch in der Arbeit mit dem Pferd können der erfahrenen Ohnmacht Selbstwirksamkeitserlebnisse entgegengestellt werden. Das Tier ruft angesichts seiner Größe und Kraft zunächst Respekt, häufig auch Angst hervor, lässt sich bei sachgerechtem Umgang aber als Partner gewinnen. Das Kind muss dem Pferd gewaltlos vermitteln, „wo es lang geht“. „Die Zügel in der Hand zu halten“ symbolisiert die Kontrollfähigkeit über eine Situation, darf aber im Kontakt zum Pferd nicht machtvoll missbraucht werden, da das Pferd seine Gefolgschaft ansonsten verweigert.

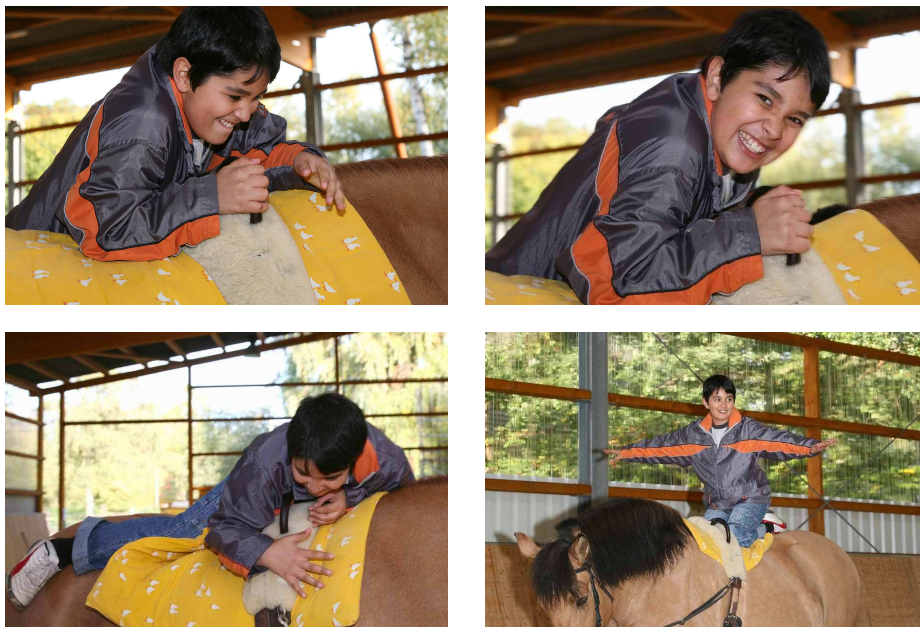
Zum Bestehen all dieser Wagnisse benötigen die Kinder vom Therapeuten Ermutigung, Zuspruch, Ansporn und die positive Unterstellung, dass ihnen die Bewältigung gelingen wird. Manche Kinder haben die negativen Selbstüberzeugungen so stark internalisiert, dass sie bereits resigniert haben und die für neue Erfahrungen notwendige Anstrengungsbereitschaft, Neugierde und Motivation erst erzeugt werden muss. Dieser Prozess kann vom Therapeuten z.B. durch „Dramatisierung“ und „Verheißung“ unterstützt werden (Katz-Bernstein, mündl. Mitteilung).

Selbstwertsteigernde Erfahrungen

Die Frustration des kindlichen Bedürfnisses nach Geliebtwerden und Anerkennung kann also als bedeutsam für die Entstehung einer Selbstwertproblematik angesehen werden. Die Unsicherheiten bezüglich des eigenen Wertes werden häufig mit Größenphantasien abzuwehren versucht. Die Entwicklung einer realistischen Selbsteinschätzung wird durch das fragile Selbstwertgefühl erschwert. Wie weiter oben bereits erwähnt, ist sequentiell traumatisierten Kindern die Regulation des Selbstwertgefühls oft kaum möglich. In Gruppen werden sie als offen oder versteckt konkurrierend, neidvoll, missgünstig und selbstbezogen erlebt. Sie neigen zur Selbstüberschätzung oder zur Selbstentwertung, bewegen sich sprichwörtlich auf „dünnem Eis“. Bereits eine kleine Kränkung kann zum Selbstwerteinbruch führen. Im Rahmen der körper- und bewegungsorientierten Therapie können Gelegenheiten geschaffen werden, wieder „festen Boden“ unter den Füßen zu fühlen. Dies kann zum einen konkret über Achtsamkeits- und Imaginationsübungen geschehen, zum anderen – im metaphorischen Sinne – über

Übungen, die der Entwicklung einer realistischen körperlichen Selbsteinschätzung dienen. Nicht grenzenlose narzisstische Bestätigung, sondern eine ausgewogene Mischung aus Erfahrungen der körperlichen Grenzen auf der einen und der körperlichen Möglichkeiten und Kräfte auf der anderen Seite ist als entwicklungsförderlich einzuschätzen. In Regelspielen mit Konkurrenzcharakter neigen Erwachsene dazu, selbstwertunsichere Kinder gewinnen zu lassen, um ihnen die befürchtete Kränkung zu ersparen. Das ist ebenso wenig hilfreich wie Situationen, in denen sie immer wieder ihre Schwäche und Unterlegenheit fühlen, weil beide Extreme die alten und dysfunktionalen (Abwehr-) Muster weiter verfestigen. Unsicherheiten bezüglich des eigenen Wertes gehen in der Regel mit einem Hunger nach Spiegelung durch andere einher. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, sowohl ein differenziertes Feedback zu geben als auch Situationen zu schaffen, in denen die Kinder selbst eigene und unverfälschte Rückmeldungen über ihre körperlichen Kräfte und Grenzen erhalten.

Beispielhaft lassen sich selbstwertstärkende Aktivitäten anhand einer Sequenz aus der Arbeit mit dem Pferd illustrieren.²¹



Dar. 2.20 bis 2.23: Anstrengung und Stolz sind dem Jungen beim Hinaufklettern auf das Pferd deutlich anzusehen (Fotos: Gabriele Klaes)

²¹ Eine Gefährdung des Selbstwertgefühls der Kinder geht vom Pferd dabei nicht aus: „Seine Ziele sind Wohlbefinden, Sicherheit und Klarheit, niemals will es belehren oder beschämen, abwerten oder konkurrieren“ (Mehlem 2004, 24).

Die Situation in der Reithalle bekommt durch das Lebewesen Pferd einen Ernstcharakter, aus dessen Bewältigung (das „Bestehen im Wagnis“) eine Bestätigung der eigenen Person abgeleitet werden kann. Ein nach Abwägung der Risiken und nach der Überwindung von Ängsten sich einstellendes Erfolgserlebnis im Kontakt zum Pferd schafft eine Erfahrung des eigenen Könnens, weckt Gefühle echten Stolzes und trägt so zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls bei.

Zusammenfassung

In den Praxisbeispielen wurde zunächst verdeutlicht, wie in der bewegungsorientierten Arbeit mit Kindern stabilisierend gearbeitet werden kann. Steuerungsfähigkeit wird erlernt, indem die körperlichen Signale wahrgenommen und direkt in der betroffenen Körperregion so reguliert werden, dass die Intensität der Emotion geringer wird. Diesbezüglich eignen sich kleine Modifikationen in Atemtechnik, Körperhaltung, Blick oder Position im Raum, aber auch Phantasie-reisen und Entspannungsübungen. Dazu benötigen die Kinder zunächst viel Unterstützung, da die Wahrnehmung des eigenen Körpers oft nachhaltig gestört ist. Die Durchführung geplanter, strukturierter (Entspannungs- und Stabilisierungs-) Übungen scheitert oft am Widerstand der Kinder, denen eher nach „action“ zumute ist. Orientieren sich die Interventionen jedoch am Prozess und knüpfen sie an das Erleben der Kinder an, lassen sie sich gut in die Arbeit integrieren.

Im Hinblick auf die Ressourcenorganisation verdeutlichen die Praxisbeispiele, dass sich der körper- und bewegungsbezogene Zugang in besonderer Weise zu eignen scheint, das psychische Selbstheilungssystem zu aktivieren. Die dafür benötigten Selbstwirksamkeitserlebnisse und selbstwertsteigernden Aktivitäten ergeben sich insbesondere aus der Bewältigung spannungsreicher Situationen.

2.7 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde die Entwicklung eines Interventionsmodells für misshandelte Jungen dargestellt und begründet. Zunächst wurden übergeordnete Ziele (Entwicklungsförderung und Sekundärprävention) der Maßnahme bestimmt und die Wahl des Settings (Gruppe) erörtert. Es erfolgte ferner eine Einordnung der Intervention in das 4-Phasen-Modell der modernen Traumatherapie. Unter Bezugnahme auf die pathogenetisch orientierte Ausrichtung der Therapie wurden anschließend Überlegungen zu der Psychodynamik misshandelter Jungen angestellt. Die spezifische Zugangsweise über Körper und Bewegung wurde sowohl im Hinblick auf die traumatherapeutischen Phasen „Stabilisierung“ und „Ressourcenverankerung“ als auch im Hinblick auf die Modifizierung von Repräsentanzen als geeignet befunden. Es wurde herausgearbeitet und begründet, dass das Angebot in einem hochstrukturierten Setting stattfinden muss, um der Gefahr von Retraumatisierungen vorzubeugen. Neben der spezifischen Zugangsweise wurden anhand des „Allgemeinen Modells von Psychotherapie“ weitere Faktoren herausgefiltert, die einen Einfluss auf den Therapieerfolg nehmen können. Bei der Konzipierung der Intervention wurde auf eine möglichst hohe Passung zwischen diesen Faktoren geachtet.

Die Therapieziele wurden auf verschiedenen Ebenen bestimmt. Die störungsorientierten Ziele auf der dritten Zielebene bilden die Maße, anhand derer der Erfolg der Therapie evaluiert werden soll.

In Kapitel 3 erfolgt nun die Darstellung des Forschungsansatzes, mit dem der Frage nach der Wirksamkeit des entwickelten Interventionsmodells nachgegangen wird.

3 Planung und Evaluation der Intervention

Das auf drei Jahre angelegte und von der „Aktion Mensch“ sowie der „Stiftung Heidehof“ unterstützte Projekt „Starke Jungs?!“ richtete sich an insgesamt 40 Jungen, die sexuellen Missbrauch und körperliche Gewalt erfahren haben. Über eine körper- und bewegungsorientierte Arbeit unter Einbezug des „Heilpädagogischen Reitens und Voltigierens (HPR/HPV)“ sollten die Jungen eine körperliche und emotionale Stabilisierung und einen verbesserten Zugang zu ihren Ressourcen erfahren sowie die Repräsentanzen des Traumaschemas modifizieren können.

Nach der Hälfte des Projektzeitraumes konnte eine ermutigende Zwischenbilanz gezogen werden: Der überwiegende Teil der Jungen nahm das Angebot gut an und profitierte, unabhängig von der individuellen Symptomatik, im hohen Maße davon. Diese zunächst sehr allgemeinen Beobachtungen wurden auch von den direkten Bezugspersonen der Kinder sowie den behandelnden Kindertherapeuten der *Elisabeth-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie* geteilt. Aus zwei Richtungen wurden jedoch auch Vorbehalte geäußert: Diese betrafen einerseits ethische Bedenken („Keine Experimente mit traumatisierten Kindern!“), andererseits Argwohn gegenüber psychomotorischen Interventionen im Allgemeinen („Die spielen ja dort nur“) und dem HPR/HPV im Besonderen („Reitunterricht auf Rezept“). Diese kritischen Stimmen von Berufskollegen waren neben dem eigenen Forschungsinteresse der Ausgangspunkt für die Planung einer Untersuchung, die mögliche Effekte bewegungsorientierter Interventionen auf die Entwicklung traumatisierter Jungen darlegen sollte. Das Forschungsinteresse im Rahmen dieser Untersuchung konzentriert sich daher auf die Frage, ob die in Kap. 2 beschriebene Zugangsweise eine passende und hilfreiche Intervention für traumatisierte Jungen darstellt.

Zum Forschungsstand berichten Brink und Schmidt in einem Übersichtsartikel aus dem Jahr 2000, dass bislang noch kaum Forschungsergebnisse im Hinblick auf evaluierte und auf die Zielgruppe „traumatisierte Kinder“ bezogene Therapiekonzepte vorliegen. Die wenigen referierten Untersuchungen beziehen sich auf die Thematik des sexuellen Missbrauchs und dabei auf die Zielgruppe Mädchen. Arbeiten über jungenspezifische Ansätze, die zudem auch die Problematik der körperlichen Misshandlung einbeziehen, lagen den Autoren nicht vor. Das lässt

sich, zumindest zum Teil, durch die Vielfalt der Symptomatik erklären: Misshandlungen und Missbrauch sind nachweislich ätiologisch wirksame Einflussgrößen für die Entstehung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, führen jedoch zu sehr unterschiedlichen Symptombildern. Da sich der Fokus der meisten Evaluationsstudien auf die Behandlung der Symptomatik richtet, ließen sich bislang kaum Effekte über missbrauchs- oder misshandlungszentrierte Interventionen ermitteln. Auch im Hinblick auf die Wirksamkeit körper- und bewegungsbezogener Interventionen bei Kindern wird ein eklatanter Mangel an Effektivitätsnachweisen beklagt (vgl. Hamsen 2003, 155 ff).

Die Fragestellung in der vorliegenden Studie lautet daher:

Welche Auswirkungen haben körper- und bewegungsorientierte Interventionen auf die Symptomatik misshandelter Jungen?

Aufgrund eigener klinischer Erfahrungen, die auf eine hohe Affinität traumatisierter Jungen gegenüber der körper- und bewegungsorientierten Zugangsweise verweisen und die ferner positive Entwicklungsverläufe bei den traumatisierten Jungen erkennen lassen, wird folgende gerichtete Forschungshypothese aufgestellt:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen können das Ausmaß der Symptomatik misshandelter Jungen positiv beeinflussen.

Daraus leitet sich ab, *was* eigentlich erforscht werden soll. In der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um die Evaluation einer Therapiemaßnahme; d.h., die oben aufgeführte allgemeine Forschungshypothese ist eine *Veränderungshypothese*. Das Objekt der Evaluation ist zum einen die Intervention, zum anderen die Entwicklung derjenigen Kinder, auf die die Intervention zugeschnitten ist.

Wie aber ist ein Therapieerfolg zu messen? Schulte (1993, nach Hamsen 2003) differenziert drei Ebenen der Effektivitätsmessung, die sich an den Therapiezielen und an einem allgemeinen Krankheitsmodell orientieren. Die erste Ebene betrifft die Krankheitsursachen, die zweite Ebene das eigentliche „Kranksein“ (die Kernsymptomatik), die dritte Ebene die Krankheitsfolgen (Sekundärsymptome). Die pathogenetische Ebene (1. Ebene nach Schulte) wurde ebenso wie die daraus abgeleiteten störungsorientierten Maße (2. Ebene nach Schulte) in Kapitel 2 diskutiert. Die Sekundärsymptome werden zwar erhoben, angesichts der ätiologischen Ausrichtung des Angebots jedoch nicht fokussiert. Im Rahmen dieser

Studie beschränkt sich die Erfolgsmessung auf die psychodynamischen und körperbezogenen Parameter auf der Ebene der störungsspezifischen Maße.

Im Folgenden werden Überlegungen zu einer passenden Forschungsstrategie angestellt. Diese wird auf eine „möglichst adäquate Umsetzung des Forschungsproblems in dem gewählten theoretischen Bezugsrahmen und im Hinblick auf das festgelegte Forschungsziel im Rahmen der verfügbaren personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen“ (Kriz/Lisch 1988, 266) ausgerichtet.

3.1 Forschungsansatz

Trotz der in Kapitel 2 dargestellten zahlreichen Argumente für eine körper- und bewegungsorientierte Arbeitsweise mit traumatisierten Jungen wurde die Frage nach ihrer Wirksamkeit bislang noch nicht beleuchtet. Unter dem Druck potenzieller Kostenträger entsteht jedoch mehr und mehr die Notwendigkeit, die Effektivität eines Verfahrens wissenschaftlich zu begründen (vgl. Buchholz 2008, Kriz 2008). Der Ruf nach evidenzbasierter Psychotherapie führte in den vergangenen Jahren zu der konsequenten Entwicklung störungsspezifischer und manualisierter Therapieverfahren (vgl. ebd.). Erstrebt wird eine Einheitlichkeit von anzuwendenden Techniken bei spezifischen Störungen, wobei ein theoretischer Eklektizismus billigend in Kauf genommen wird. Psychotherapieforschung jedoch bleibt abstrakt, solange sie Therapie auf ein Konglomerat von Techniken reduziert, die in einer Art manualisierter Prozedur am Patienten durchgeführt werden. „The manuals and protocols applied, the many assessments, and so on connect poorly to daily patient care“ (de Maat et al 2007, zit. nach Buchholz 2008, 17). Dennoch hat die Frage nach der Effektivität von Therapieverfahren unter dem Druck der Kostenträger zu der Entwicklung einer Vielzahl manualisierter Psychotherapien geführt, deren Wirksamkeit in sogenannten RCT-Studien („randomized controlled trials“) empirisch belegt wurde. Daran ist mit Blick auf die Notwendigkeit der Orientierung an naturalistischen Bedingungen und unter Verweis auf die Problematik von Therapiemanualen viel Kritik geäußert worden (vgl. Buchholz 2008). Kritisiert wird insbesondere die mangelhafte Übertragbarkeit der an der Medizin orientierten Evidenzbasierung auf das psychotherapeutische Gebiet. „In therapeutischer Interaktion geschehen Dinge, die einen entscheidenden ‚Nachteil‘ haben: Man kann sie schlecht prognostizieren. Ein Gespräch, dessen Ergebnis feststeht, ist kein Gespräch, sondern Instruktion;

Therapie sollte aber nicht mit Unterweisung verwechselt werden, nur um sie besser evaluieren zu können“ (ebd., 15). In der vorliegenden Untersuchung besteht zudem die Schwierigkeit, dass sich die schwer bindungstraumatisierten Kinder ohnehin nicht im Sinne eines Therapiemanuals instruieren lassen würden, da davon auszugehen ist, dass sie eine therapeutische Beeinflussung nur im Rahmen einer sicheren und intensiven Bindung zum Therapeuten zulassen. Mit Blick auf die Bindungsrepräsentanzen bindungstraumatisierter Jungen liegt es nahe, dass die Herstellung einer therapeutischen Beziehung von größerer Bedeutung für einen Therapieerfolg sein wird als das spezifische Verfahren. Letzteres ist dennoch nicht beliebig, denn es liegt ebenso nahe, dass Jungen über bewegungsorientierte Interventionen in der Regel leichter zu motivieren sein werden als z.B. über ein Häkel- und Strickangebot zur Förderung der Handgeschicklichkeit. Selbst das variierte jedoch wahrscheinlich in Abhängigkeit vom durchführenden Leiter: Ein als „cool“ und gleichzeitig warmherzig erlebter Ergotherapeut könnte die Jungen vermutlich besser erreichen als ein nüchterner Sporttherapeut. Eine Betonung dieser Kontextvariablen erfolgte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung bereits mit der Orientierung an dem Wirkfaktorenmodell von Orlinsky/Howard (1987).

Naturgemäß entsteht in der Evaluationsforschung ein Spannungsfeld zwischen wissenschaftlichen Anforderungen und praktischen Gegebenheiten. So ist im Forschungsdesign eine sinnvolle Balance zwischen diesen beiden Polen zu finden. Die praxisnahe Fragestellung, die Heterogenität der Zielgruppe sowie der Fokus auf der Veränderungsmessung stellen ebenfalls besondere Anforderungen. Die Rückkehr zu Einzelfallstudien, wie u.a. von Thomä und Kächele (2006) gefordert, bietet sich aufgrund der Komplexität des Forschungsgegenstandes und aus organisatorischen Gründen auch als Forschungsstrategie in der vorliegenden Studie idealerweise an.

3.1.1 Einzelfallstudien

Einzelfallstudien können sowohl quantitativer als auch qualitativer Art sein und sind in der psychologischen Forschung seit über 100 Jahren fest verwurzelt (Petermann 1996a, nach Hamsen 2003, 170). Ihre Anwendung eignet sich insbesondere bei feld- und geschehensnaher Forschung, geringer Stichprobengröße und bei einer großen Heterogenität der untersuchten Zielgruppe. Im Mittelpunkt von Einzelfallforschung steht eine Untersuchungseinheit, bezogen auf die vorliegende Untersuchung: der traumatisierte Junge.

3.1.1.1 Quantitative Einzelfallstudie

Quantitative Einzelfallstudien dienen in erster Linie dem Zweck, Interventionsmaßnahmen zu überprüfen. Im Rahmen der vorliegenden Studie soll untersucht werden, welchen Einfluss die körper- und bewegungsorientierte Intervention (die „unabhängige Variable“) auf ausgewählte Merkmale (die „abhängigen Variablen“) der Kinder hat. An quantitative Einzelfallstudien muss als wesentliches Kriterium die externe und interne Validität angelegt werden. Eine hohe interne Validität wird erreicht, wenn die Veränderung der abhängigen Variablen eindeutig auf die unabhängige Variable zurückgeführt und ein Einfluss von Störvariablen bestmöglich ausgeschlossen werden kann. Die Kontrolle von Störvariablen erfolgt zum Beispiel über die Bildung von Kontrollgruppen, über die Zufallszuweisung von Probanden und über die Replikation der Untersuchung unter gleichen Bedingungen. Eine hohe externe Validität wird erzielt, wenn sich die Resultate der Studie auf andere Untersuchungen, z.B. mit anderen Probanden oder anderen Therapeuten, übertragen lassen. Eine Steigerung der internen Validität über die Schaffung von Laborbedingungen senkt jedoch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Realsituationen. Um einerseits wissenschaftliche Kriterien interner Validität zu erfüllen, aber andererseits verwertbare Ergebnisse für die Praxis zu erzielen, muss ein passender Untersuchungsplan gefunden werden.

Die meisten Einzelfallstudien beruhen auf einem Vergleich zwischen den in einer Baseline erhobenen Daten (Grundrattendaten) und den während der Intervention erhobenen Daten (Interventionsdaten). Dieser zweiphasige A-B-Plan ist ein einfacher Untersuchungsplan, der zwar mögliche Veränderungen während der

Interventionsphase dokumentieren kann, der aber weder eine zweifelsfreie Zuordnung der Ergebnisse auf die Maßnahme noch Rückschlüsse auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse erlaubt. Im Rahmen der komplexeren A-B-A-Pläne wird nach der Interventionsphase noch eine zweite Baseline erhoben. Sinken die Daten wieder auf das Ausgangsniveau der ersten Baseline ab, kann die Veränderung mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Intervention zurückgeführt werden. Erreichen die Daten in der zweiten Baseline aber das gleiche Niveau wie die Interventionsdaten, kann dieses Ergebnis auch auf einen Generalisierungseffekt zurückzuführen sein, d.h.: es könnte angenommen werden, dass ein Transfer der erzielten Veränderungen während der Intervention auf die Zeit danach gelungen ist; das wiederum wäre ein wesentlicher Gradmesser für einen Therapieerfolg. Dieser Problematik kann nur mit Untersuchungsbedingungen begegnet werden, die eine sehr hohe interne Validität aufweisen. Die Bedingungen dafür können in den vorliegenden Rahmenbedingungen der Untersuchung jedoch nicht erfüllt werden. Es wird daher entschieden, neben einer Verwendung des A-B-A-Untersuchungsplans noch eine ergänzende qualitative Untersuchung vorzunehmen.

3.1.1.2 Qualitative Einzelfallstudie

Der Methodenstreit zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen kann, grob vereinfacht, auf folgende Positionen reduziert werden:

Vertreter quantitativer Forschungsansätze kritisieren die Subjektivität und vermeintliche Willkür qualitativer Forschung und bemängeln die aufgrund geringer Fallzahlen mangelhafte Repräsentativität ihrer Ergebnisse. Qualitative Forscher halten dagegen, dass die Komplexität und Tiefe sozialer Vorgänge über die standardisierten Methoden des quantitativen Paradigmas nicht abgebildet werden können.

Über das wissenschaftlich Quantifizierbare hinaus interessiert besonders das Individuelle, Besondere, das nicht zerlegbare Ganze. Bezogen auf die qualitative Forschungsfrage der vorliegenden Studie ist „das Ganze“ die individuelle Entwicklung der Teilnehmer. Welche Entwicklungen können beobachtet werden? Welche Einflüsse sind dafür maßgeblich? In welcher Beziehung stehen die lebensgeschichtlichen Erfahrungen der Kinder zu den beobachtbaren Verhaltensweisen? Lamnek (1989a) hat die Prinzipien qualitativer Einzelfallforschung in

Abgrenzung zu quantitativen Forschungsansätzen ausführlich dargestellt. An dieser Stelle können nur ausgewählte, für die vorgestellte Studie unmittelbar relevante Aspekte aufgegriffen werden.

Das *idiographische Vorgehen* verweist auf das Bestreben, das Einmalige (den Menschen) in seinem konkreten Kontext und in seiner Individualität zu beschreiben, während das an den Naturwissenschaften orientierte *nomothetische Verfahren* auf das Suchen von Gesetzesaussagen ausgerichtet ist. Nicht der konkrete, kausale Zusammenhang zwischen den abhängigen und den unabhängigen Variablen steht hier im Zentrum des Interesses, sondern das zu verstehende Phänomen. Dabei ist qualitative Forschung notwendigerweise auf *Interpretation* angewiesen.

Ein wesentliches Merkmal qualitativer Untersuchungen besteht aus dem *Prinzip Offenheit*. Die Beobachtungen sind nicht auf die operationalisierten Variablen beschränkt, sondern sind dem Menschen in seiner Ganzheit gegenüber aufgeschlossen. Das birgt für den Forscher die Möglichkeit, seine durch sein Vorwissen entstandenen Vorurteile zu überwinden und neues Wissen zu erwerben, statt sein Wissen – wie in der quantitativen Forschungslogik – nur auf die Probe zu stellen.

Nach Mayring (2002) muss qualitative Forschung fünf Postulaten folgen:

1. Orientierung am Subjekt

Im Mittelpunkt der qualitativen Forschung steht das Kind in seiner ganzen Persönlichkeit. Die Berücksichtigung seiner individuellen Lebensgeschichte ist in dieser Studie elementar, da die Intervention auf die Entstehungsbedingungen der Krankheit, und nicht auf die vordergründige Symptomatik der Jungen abgestimmt ist.

2. Deskription als Ausgangspunkt

Den Ausgangspunkt der Untersuchung bildet die genaue Beschreibung der Individuen. Qualitative Forschung ist deshalb „fallorientiert“. In der vorliegenden Untersuchung wird diesem Aspekt u.a. in der Datenerhebung durch die OPD-KJ („Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“) Rechnung getragen, da bereits dieses Instrument „als solches“ von einer qualitativen Grundhaltung geprägt ist (vgl. Kap. 3.5.1.1).

3. Problemorientierung

Das „Problem“ in der traumatherapeutischen Arbeit besteht darin, dass aufgrund komorbider Störungen in der Regel nicht die für die Expositionsarbeit notwendige emotionale Stabilität erreicht werden kann. Die im Alltag labilisierenden Begleiterkrankungen manifestieren sich insbesondere auf der körperlichen sowie auf der Beziehungsebene. Inwieweit körper- und bewegungsbezogene Angebote *bei jedem einzelnen Kind* zu emotionaler Stabilität beitragen können, ist Gegenstand der qualitativen Auswertung.

4. Alltagsnähe

Die Alltagsnähe ist in dieser Studie bedingt gegeben: In dem Gruppensetting werden die individuellen Beziehungsmuster deutlich; Körper und Bewegung sind, wie „im wirklichen Leben“, die zentralen Medien der Beziehungsgestaltung.

5. Schrittweise Verallgemeinerung

Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse kann bei qualitativen Studien, zumal bei einer geringen Stichprobengröße, nur schrittweise erfolgen. Aus dieser Studie werden deshalb lediglich erste Hinweise erfolgen, die dann als Ausgangspunkte für weitere Forschungsfragestellungen dienen können.

Zusammenfassung

Die Zielsetzung des qualitativen Forschungsansatzes besteht in der tiefgehenden Beschreibung der Entwicklung der Jungen, deren Verhaltensweisen nur unter Berücksichtigung der Kontextbedingungen verstanden werden können. Durch die Orientierung an dem Wirkfaktorenmodell von Orlinsky/Howard (1987) wurde diesem Aspekt bereits in der Theoriebildung Rechnung getragen.

3.1.2 Zusammenfassung

Den Anforderungen an die interne Validität von quantitativen Einzelfallstudien kann im Rahmen dieser Untersuchung nur sehr bedingt entsprochen werden. Eine Ergänzung der quantitativen Auswertung um eine qualitative Analyse des Veränderungsprozesses ist notwendig, um der Fragestellung gerecht zu werden. Die Intervention wird also unter zwei Gesichtspunkten evaluiert:

1. Inwieweit lassen sich über körper- und bewegungsorientierte Therapieangebote die Folgen sexuellen Missbrauchs und körperlicher Misshandlung von Jungen im Hinblick auf psychodynamische und körper-spezifische Dimensionen beeinflussen? Innerhalb dieser quantitativen Auswertung wird das *Verhalten* der Kinder, konkret bezogen auf die einzelnen Therapieziele, in den Mittelpunkt der Untersuchung gerückt. Das Erkenntnisinteresse richtet sich nicht auf die Persönlichkeit der Kinder, sondern orientiert sich, über den Einzelfall hinweg, an Variablen. Dazu wird folgende gerichtete Hypothese aufgestellt:

Hypothese 1:

Über ein körper- und bewegungsorientiertes Angebot können psychodynamische und körperbezogene Verhaltensmerkmale traumatisierter Jungen beeinflusst werden.

2. Inwieweit kann das körper- und bewegungsorientierte Therapieangebot einen heilungsfördernden Einfluss auf die Entwicklung der gesamten Persönlichkeit des Kindes ausüben? Im Rahmen dieses qualitativen Paradigmas steht der Versuch des Verstehens im Vordergrund. Der Fokus richtet sich auf das *Erleben* der Teilnehmer. Hierzu wird folgende gerichtete Hypothese aufgestellt:

Hypothese 2:

Ein körper- und bewegungsorientiertes Angebot kann für den individuellen Jungen, mit seiner traumatischen Lebensgeschichte, eine geeignete Unterstützung bei der Bewältigung seiner Probleme sein.

Innerhalb der vorliegenden Untersuchung werden also qualitative und quantitative Verfahren ergänzend eingesetzt und kombiniert, um so ein umfassenderes Bild zu der Fragestellung zu erhalten. Bevor in Kapitel 3.3 die Hypothesen zum Zwecke der Veränderungsmessung weiter operationalisiert werden, wird nun zunächst das Design der Studie dargestellt.

3.2 Forschungsdesign

3.2.1 Untersuchungsplan

In Kapitel 3.1 wurde die Einzelfallstudie als geeigneter Forschungsansatz zur Überprüfung der allgemeinen Forschungshypothese herausgearbeitet. Im Anschluss daran wurde begründet, dass nur die Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden der Forschungsfrage gerecht werden kann.

Die Wahl der Erhebungsinstrumente muss unter Bezugnahme auf die theoretischen Hintergründe der Intervention (psychodynamische Ausrichtung, Körper- und Bewegungsbezug, Orientierung am Wirkfaktorenmodell von Orlinsky/Howard), die gegebenen Rahmenbedingungen und den Forschungsansatz erfolgen und sie müssen geeignet sein, die aufgestellten Hypothesen zu überprüfen. Für die Ein- und Ausgangsdiagnostik kann dabei auf ein bestehendes Verfahren zurückgegriffen werden (s. Kap. 3.4.1).

Zur Veränderungsmessung in Einzelfallstudien müssen die Daten im zeitlichen Verlauf in Form einer recht dichten Zeitreihe erhoben werden. Eine kontinuierliche Datenerhebung mit einem statusdiagnostischen Instrument birgt jedoch Probleme hinsichtlich möglicher Regressionseffekte, Reliabilitäts- und Messbedeutungsprobleme (vgl. Hamsen 2003, 178 f.). Für die spezifischen Belange der Veränderungsmessung müssen daher in der vorliegenden Untersuchung aus der Statusdiagnostik änderungssensitive Verfahren abgeleitet werden, die eine direkte Einschätzung der spezifischen Veränderungswerte bei möglichst vielen Messzeitpunkten ermöglichen.

Die so erhobenen Daten zur Überprüfung der Hypothesen im Rahmen der quantitativen Untersuchung sollen sich aufgrund möglicher Generalisierungseffekte sowohl auf die Interventionssituation als auch auf die häusliche Situation beziehen. Für die Beobachtungen der Bezugspersonen kommt ein A-B-A-Forschungsdesign mit der Erhebung zweier Baselines vor und nach der Intervention in Betracht. Für die Baselines wird ein Zeitraum von drei Wochen festgelegt. Eine längere Baseline hätte zwar den Vorteil, dass sich die zu erwartenden Verhaltensschwankungen möglicherweise stabilisieren würden, doch wüchse mit ihr auch die Gefahr, dass die Anbindung der Probanden an die Studie durch den fehlenden Kontakt zu den Mitarbeitern verloren ginge. Für die Intervention wird aus den bereits genannten Gründen ein Zeitraum von 20

Wochen festgelegt. Insgesamt sind die Probanden und ihre Bezugspersonen damit 26 Wochen, ein halbes Jahr, an der Untersuchung beteiligt.

Für die Beobachtungen der Therapeuten muss eine andere Forschungsstrategie als ein A-B-A-Design gefunden werden, da sie das Verhalten der Probanden während der Baselines nicht einschätzen können. Der Interventionszeitraum wird daher geviertelt, so dass zu den einzelnen Variablen jeweils ein Mittelwert aus den erhobenen Werten in den einzelnen Therapievierteln ermittelt werden kann. Eine Überprüfung der Hypothesen kann dann über die Entwicklung der Werte über die vier Viertel (Trend) und über einen Vergleich der Werte zwischen dem 1. und dem 4. Viertel (Prä-Post) erfolgen.

Für die qualitative Untersuchung ist es notwendig, unvorhergesehene und unerwartete Geschehnisse, die sich außerhalb der festgelegten Beobachtungskategorien ereignen, zu erfassen und über diesen Informationsgewinn weitergehende Erkenntnisse zu erlangen. Es werden daher alle Therapiestunden videografiert und damit einer qualitativen Auswertung durch den Untersucher zugänglich gemacht. Dieses Vorgehen wird im Zusammenhang mit der Auswertung der Daten noch einmal aufgegriffen.

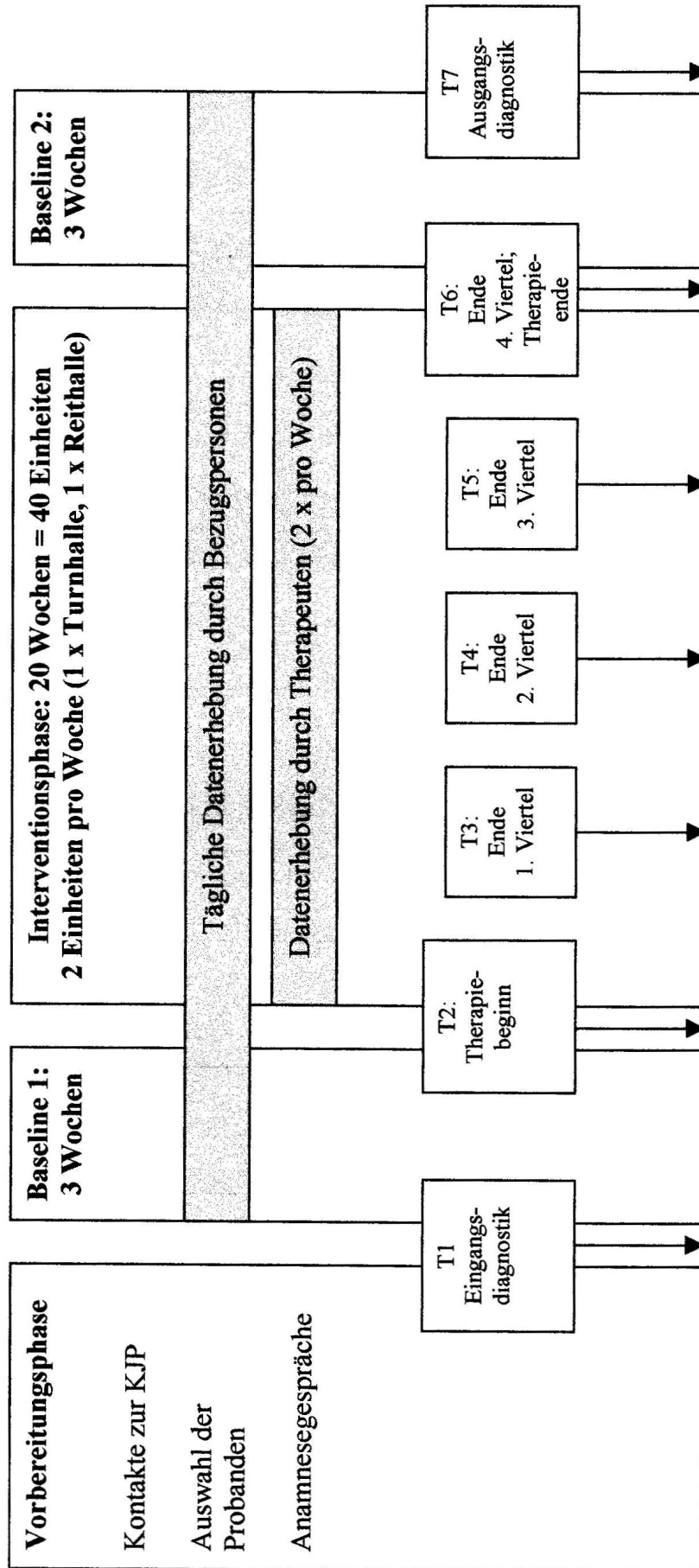
Diese sehr zeitintensive Untersuchungsgestaltung lässt insgesamt nur vier Probanden zu. Diese werden in einer Therapiegruppe zusammengefasst.

3.2.2 Zeitplan

Über den gesamten Zeitraum des Projekts „Starke Jungs?!“ wurden gemeinsam mit den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie Kinderpsychiatern der *Elisabeth-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie* insgesamt 40 geeignete Teilnehmer für die Maßnahme ausgewählt. Vor dem Start der Einzelfallstudie erfolgen für jeden der vier Teilnehmer zwei bis drei Gespräche mit den Sorgeberechtigten der Jungen, den Behandlern der Klinik sowie dem Leiter der Studie. Darin müssen die Bezugspersonen für die Teilnahme ihrer Kinder an der Maßnahme ausreichend motiviert werden, um eine hohe Drop-out-Rate zu vermeiden. Außerdem wird in diesen Vorgesprächen die Anamnese erhoben. Vorbereitend werden zudem die Akten studiert und Kontakte mit weiteren Personen aus dem Helfersystem und der Schule aufgenommen. Zum Zeitpunkt T1 (s. Dar. 3.1, übernächste Seite), unmittelbar nach Beginn des neuen Schuljahres, kommt es im Rahmen der Befunderhebung zum ersten Kontakt zwischen den

Therapeuten und den Teilnehmern. Die teilweise aus den Ergebnissen der Eingangsdagnostik abgeleiteten konkreten Therapieziele werden im Anschluss operationalisiert und für die Bezugspersonen der Kinder in einem Therapie-Tagebuch zusammengestellt. Die täglichen Ratings der Bezugspersonen in den drei Wochen vor Therapiebeginn (T1-T2) stellen die erste Baseline dar. Mit Beginn der Intervention (T2) starten die Ratings der Therapeuten im Anschluss an jede Therapieeinheit. Die Zeitpunkte T3, T4, T5 und T6 markieren das jeweilige Ende der vier Therapieabschnitte, in welche die Therapie aus forschungsmethodologischen Gründen unterteilt wurde. Zum Zeitpunkt T6 endet die Maßnahme und damit auch die Datenerhebung durch die Therapeuten, während die Ratings der Bezugspersonen noch weitere drei Wochen für die zweite Baseline durchgeführt werden (T6-T7). Die Ausgangsdagnostik erfolgt drei Wochen nach Therapieende parallel zum Ende der Datenerhebung durch die Bezugspersonen.

Zeitplan



Dar. 3.1: Zeitplanung

3.3 Hypothesen

Die in Kapitel 3.1 formulierte Hypothese der quantitativen Erhebung „Über ein körper- und bewegungsorientiertes Angebot können psychodynamische und körperbezogene Verhaltensmerkmale traumatisierter Jungen beeinflusst werden“, soll im Folgenden durch die Formulierung präziserer Hypothesen einer Beantwortung zugänglich gemacht werden. „Körper- und bewegungsorientierte Angebote“ umfassen die Arbeit in der Turnhalle sowie auf dem Reithof in der in Kapitel 2 dargestellten, auf die Zielgruppe zugeschnittenen Form. Die „psychodynamischen und körperbezogenen Verhaltensmerkmale“ bestehen aus den sechs störungsspezifischen Maßen *Bewegungsverhalten*, *Achtsamkeit mit dem eigenen Körper*, *Nähe-Distanz-Regulation (körperbezogen)*, *Beziehungsverhalten*, *wichtigster innerpsychischer Konflikt* und *imponierendes Strukturdefizit*, die von den in Kapitel 2 aufgestellten Therapiezielen abgeleitet sind. Der Terminus „traumatisierte Jungen“ wird spezifiziert, indem der weite Begriff des Traumas auf den sexuellen Missbrauch und die körperliche Misshandlung reduziert sowie der Begriff „Jungen“ durch „Jungen im Grundschulalter“ ersetzt wird.

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgt bezogen sowohl auf die Interventionssituation als auch auf die häusliche Situation. Die Nullhypothese wird aus Gründen der Übersichtlichkeit in den eckigen Klammern wiedergegeben.

Hypothese zum „Bewegungsverhalten“

Für die Interventionssituation (I)

Hypothese II:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation **[nicht]** positiv auf das Bewegungsverhalten sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Für die häusliche Situation (H)

Hypothese H1:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation **[nicht]** positiv auf das Bewegungsverhalten sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Hypothese zur „Achtsamkeit mit dem eigenen Körper“

Für die Interventionssituation

Hypothese I2:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation **[nicht]** positiv auf die Achtsamkeit im Umgang mit dem eigenen Körper von sexuell missbrauchten und/oder körperlich misshandelten Jungen im Grundschulalter aus.

Für die häusliche Situation

Hypothese H2:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation **[nicht]** positiv auf die Achtsamkeit im Umgang mit dem eigenen Körper von sexuell missbrauchten und/oder körperlich misshandelten Jungen im Grundschulalter aus.

Hypothese zur „Nähe-Distanz-Regulation (körperbezogen)“

Für die Interventionssituation

Hypothese I3:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation **[nicht]** positiv auf die körperbezogene Nähe-Distanz-Regulation sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Für die häusliche Situation

Hypothese H3:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation **[nicht]** positiv auf die körperbezogene Nähe-Distanz-Regulation sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Hypothese zum „Beziehungsverhalten“

Für die Interventionssituation

Hypothese I4:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation **[nicht]** positiv auf das Beziehungsverhalten sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Für die häusliche Situation

Hypothese H4:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation **[nicht]** positiv auf das Beziehungsverhalten sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Hypothese zum „Wichtigsten innerpsychischem Konflikt“

Für die Interventionssituation

Hypothese I5:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation **[nicht]** positiv auf den wichtigsten innerpsychischen Konflikt sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Für die häusliche Situation

Hypothese H5:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation **[nicht]** positiv auf den wichtigsten innerpsychischen Konflikt sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Hypothese zur „Psychischen Struktur“

Für die Interventionssituation

Hypothese I6:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation **[nicht]** positiv auf das imponierende Strukturdefizit sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Für die häusliche Situation

Hypothese H6:

Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation **[nicht]** positiv auf das imponierende Strukturdefizit sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Neben der Intervention können weitere Faktoren einen Einfluss auf das Verhalten der Kinder haben und die Ergebnisse der Untersuchung verzerren. Bei diesen als „Störvariablen“ (vgl. Bortz/Döring 1995, 6) bezeichneten Einflussfaktoren handelt es sich im Rahmen der Studie insbesondere um besondere häusliche und schulische Vorkommnisse, Reifungsprozesse der Kinder und um eine mögliche Einleitung oder Umstellung der Medikation. Auch interventionsbezogene Variablen (Wechsel des Pferdes im Rahmen des reitbezogenen Angebots, Veränderungen in der Gruppenkonstellation durch Krankheit eines Kindes) können einen Einfluss auf das Verhalten nehmen. Die Problematik der Erfassung potenziell einflussnehmender Variablen wird im Zusammenhang mit der Datenauswertung noch einmal aufgegriffen.

3.4 Erhebungsinstrumente

Die Instrumente der Datenerhebung sind abhängig von den theoretischen Überlegungen und den praktischen Bedingungen. Im Folgenden wird differenziert zwischen den Erhebungsinstrumenten der Ein- und Ausgangsdiagnostik sowie der kontinuierlichen Datenerhebung.

3.4.1 Ein- und Ausgangsdiagnostik

Ein Spezifikum der vorliegenden Studie liegt in einer individualisierten Therapieevaluation mit einer starken Betonung der Charakteristika des Einzelfalls. Es müssen daher Erhebungsinstrumente gewählt werden, die der Breite des Symptombildes traumatisierter Jungen Rechnung tragen und gleichzeitig dem ätiologieorientierten Interventionsangebot entsprechen. Die, vor dem Hintergrund der in Kapitel 2 angestellten theoretischen Überlegungen, operationalisierten Hypothesen erfordern, dass die Diagnostik die Psychodynamik und die körperbezogenen Parameter der Kinder abbildet. Mit der „Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (Arbeitskreis OPD-KJ) und einer „Qualitativen körperbezogenen Diagnostik“ werden zwei Verfahren gewählt, die diesem Anliegen Rechnung tragen.

3.4.1.1 Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ)

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) wurde seit 1993 in Kooperation mehrerer deutschsprachiger Universitätskliniken und Lehrstühle mit dem Ziel entwickelt, ein die gängigen Klassifikationsschemata ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ergänzendes Verfahren zu schaffen, das explizit nicht theoriefrei ist und psychodynamisch relevante Diagnoseachsen enthält. Die OPD-KJ ist aus der OPD entstanden, wurde aber u.a. unter Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte modifiziert (vgl. Arbeitskreis OPD-KJ 2003). Sie umfasst folgende Achsen:

1. Beziehungsverhalten (Achse 1)
2. Konflikt (Achse 2)
3. Struktur (Achse 3)
4. Behandlungsvoraussetzungen (Achse 4)

Um Entwicklungsaspekten Rechnung zu tragen, wird bei den Achsen Konflikt, Struktur und Behandlungsvoraussetzungen eine Altersdifferenzierung in drei Altersstufen (2-5 Jahre, 6-11 Jahre, 12 Jahre und älter) vorgenommen.

Ein wesentliches Anliegen der OPD-KJ besteht darin, „die Unschärfe und Vieldeutigkeit mancher psychoanalytischer Begrifflichkeiten und Konstrukte durch Operationalisierung zu reduzieren“ (ebd., 12). Im Hinblick auf die Psychotherapieforschung dient diese Operationalisierung dem Ziel, durch eine Steigerung der Interraterreliabilität bei der psychodynamischen Beurteilung psychischer Zustände von Kindern und Jugendlichen verwertbare Ergebnisse im Sinne von Prä-/Post-Vergleichs zu ermöglichen. „Die Datenerhebung ist geprägt von einer qualitativen Grundhaltung“ (28) des Untersuchers bezogen auf das Individuum und kann nur von eingehend geschulten Diagnostikern vorgenommen werden, die „mit den Grundlagen des psychoanalytischen Verständnisses von Krankheiten vertraut“ (27) sind. Aus diesem Grund haben sich der Leiter und eine Mitarbeiterin der Studie von Prof. Dr. Schulte-Markwort in drei mehrtägigen Seminaren in der Anwendung des Verfahrens ausbilden lassen.

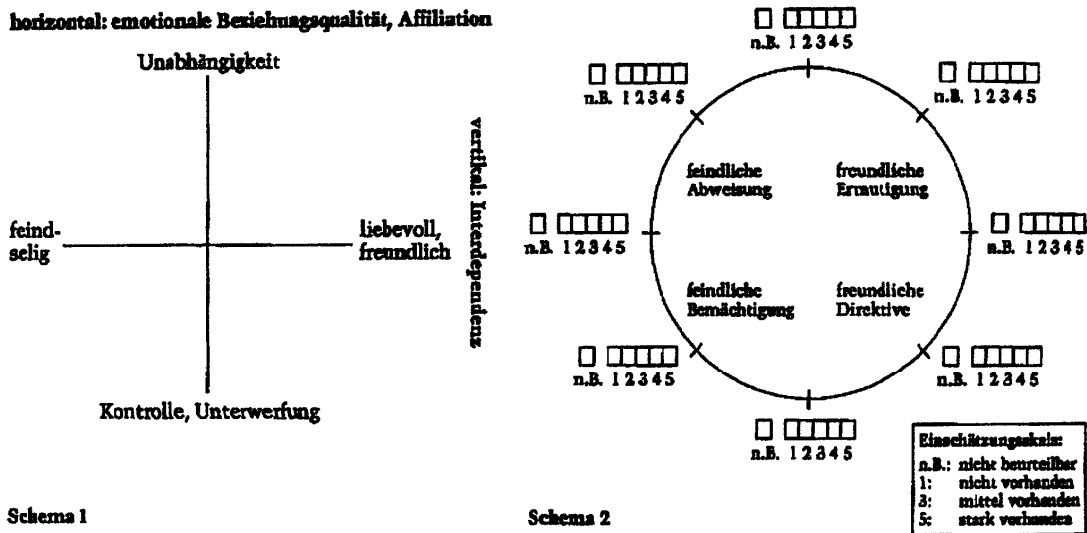
Im Folgenden werden die Beziehungs-, Konflikt- und Strukturachse zusammenfassend dargestellt. Die Achse „Behandlungsvoraussetzungen“ wird in der vorliegenden Studie nicht erhoben, da sie die für die Studie zentralen Problembereiche nicht erfasst.

Beziehungsachse

Traditionelle psychodynamische Diagnostik, die auf dem szenischen Verstehen beruht und in der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene eine zentrale Rolle spielen, ist kaum vergleichbar und bleibt damit letztlich ungenau. Mit der Beziehungsachse der OPD-KJ werden diese psychodynamisch relevanten Aspekte der Diagnostik operationalisiert.

Die Beziehungsachse basiert auf dem zirkumplexen Modell der SASB (Structural analysis of social behavior) nach L.B. Smith. Die Struktur dieses Modells umfasst die zwei Grunddimensionen einer Strukturachse („Autonomie vs. Kontrolle) und einer Zuneigungsachse („feindselig vs. freundlich“) sowie drei Aufmerksamkeitsfokuse der Interaktion: Der Andere, das Selbst, Introjekt. Für die OPD-KJ wurde

dieses Modell unter Beibehaltung seiner Struktur in seiner Komplexität reduziert und teilweise mit einer anderen Terminologie versehen.



Dar. 3.2: Beziehungsachse der OPD-KJ (Quelle: Zeller-Steinbrich et al. 1999)

Die Betrachtung dyadischer Beziehungsmuster kann unter folgenden drei Gesichtspunkten vonstatten gehen:

1. Objektgerichteter Kreis: Wie wird auf den Kommunikationspartner eingewirkt, wie wird über ihn gesprochen?
2. Subjektgerichteter Kreis: Wie wird auf das Beziehungsangebot reagiert?
3. Selbstbezüglicher Kreis: Wie wird mit sich selbst umgegangen/über sich selbst gesprochen?

„Mit der Beziehungsachse OPD-KJ ist es möglich, den Beziehungswandel, den der Patient im Laufe der Behandlung durchläuft, zu dokumentieren, und zwar sowohl in Hinblick auf die therapeutische Beziehung als auch in Bezug auf seine gegenwärtige personale Umgebung, die Veränderung der Beziehungen zu den Eltern oder anderen Beziehungspersonen, zu Geschwistern, in der Altersgruppe und in Hinblick auf innere Beziehungsrepräsentanzen.“ (Zeller-Steinbrich et al. 1999, 126) Im Rahmen dieser Untersuchung werden der objektgerichtete und der subjektgerichtete Kreis kodiert.

Konfliktachse

Konflikte werden unter psychodynamischen Gesichtspunkten verstanden als innerpsychische, unbewusste Zusammenstöße ambivalenter Bedürfnisse oder Motivationsbündel. Relevant für die Kodierung auf der Konfliktachse sind nur Konfliktthemen, die zeitlich überdauernd und dysfunktional, d.h. entwicklungs-hemmend und für das Zusammenleben störend sind. Die theoretische Fundierung dieser OPD-KJ-Achse wurzelt in Objektbeziehungstheorien, in analytischen Strömungen der Familientherapie sowie in der neueren Säuglingsforschung. Folgende Themen innerpsychischer Konflikte sind für die OPD-KJ-Diagnostik relevant:

- Abhängigkeit vs. Autonomie
- Unterwerfung vs. Kontrolle
- Versorgung vs. Autarkie
- Selbstwertkonflikte
- Loyalitätskonflikte
- Ödipale Konflikte
- Identitätskonflikte
- Konflikthafte Lebensbelastungen

In der Verarbeitung dieser intrapsychischen Konflikte werden zwei gegensätzliche Modalitäten beschrieben. Der „aktive Modus“ liegt dann vor, „wenn kontraprobische Abwehr und Reaktionsbildung überwiegen“ (Arbeitskreis OPD-KJ 2003, 74), während im „passiven Modus“ regressive Abwehrhaltungen dominieren. Die Befunddokumentation erfolgt anhand einer Einschätzung aller Konfliktthemen in die Kategorien „nicht vorhanden“, „vorhanden und wenig bedeutsam“, „vorhanden und bedeutsam“, „vorhanden und sehr bedeutsam“ oder „nicht beurteilbar“. Abschließend werden der wichtigste und der zweitwichtigste Konflikt hervorgehoben.

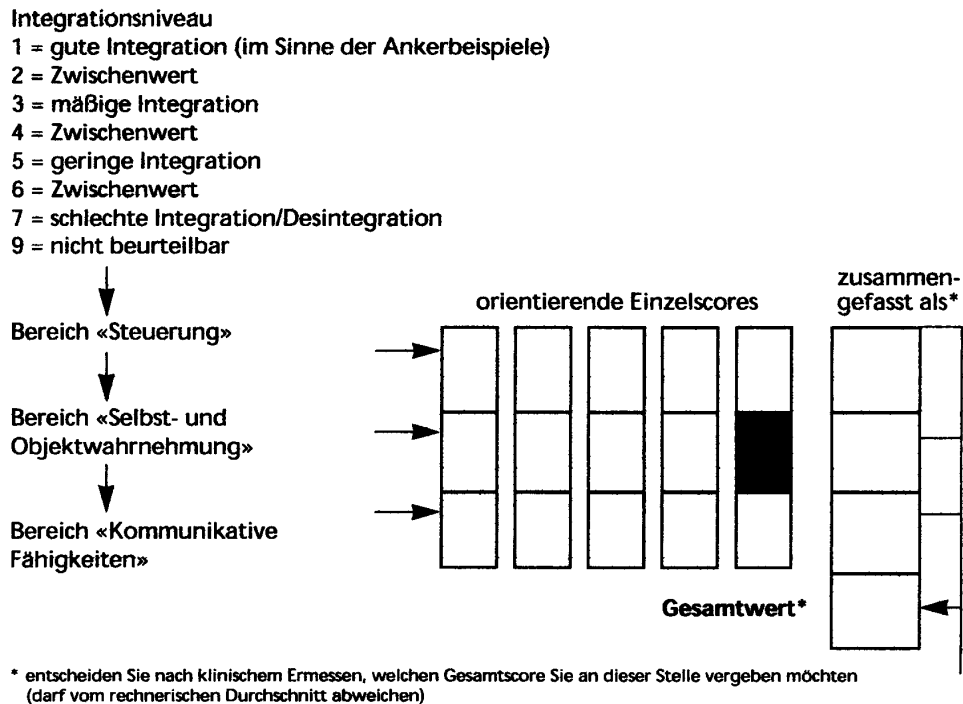
Strukturachse

Struktur wird hier verstanden als „Verfügbarkeit von Anpassungsleistungen, die im interaktionellen Verhalten der Kinder und Jugendlichen mit ihrer Umwelt sichtbar werden“ (Koch/Streek-Fischer 2004, 110). Die Strukturachse der OPD-

KJ umfasst drei wesentliche Dimensionen, die in mehrere Bereiche aufgeteilt sind.

1. „Steuerung“: Negativer Affekt, Selbstgefühl, Impulsregulierung, Steuerungsinstanzen, Konfliktbewältigung
2. „Selbst- und Objektwahrnehmung“: Selbsterleben, Selbst-Objektdifferenzierung, Objekterleben, Empathie
3. „Kommunikative Fähigkeiten“: Kontakt, Entschlüsselung fremder Affekte, Kommunikative Funktion eigener Affekte, Reziprozität, Internalisierte Kommunikation

Kodiert wird auf einer siebenstufigen Einschätzungsskala das jeweilige Integrationsniveau der einzelnen Items (die „orientierenden Einzelscores“, vgl. Darstellung 3.3).



Dar. 3.3: Integrationsniveaus der Strukturachse der OPD-KJ (Quelle: Verlag Hans Huber, 2003)

Bei der Beurteilung des Strukturniveaus können anamnestiche Daten hinzugezogen werden, wenn die Untersuchungssituation keine eindeutige Zuordnung ermöglicht.

Aspekte der empirischen Überprüfung der OPD-KJ

Bei den ersten Interrater-Reliabilitätsstudien zur Beziehungssachse führten die Einschätzungen auf der Zuneigungsachse (horizontal) zu höheren Übereinstimmungen als auf der Achse der Interdependenz (vertikal). Insgesamt sind die Ergebnisse noch wenig aussagekräftig und bedürfen einer weiteren empirischen Überprüfung.

Für die Therapieplanung ist auf der Konfliktachse insbesondere die Bestimmung des wichtigsten Konfliktes von Bedeutung. Die zur Ermittlung der globalen Urteilsakkordanz erhobenen Daten von insgesamt 24 instruierten Ratern belegen eine „über die Zufallserwartung hinausgehende Übereinstimmung der Beurteilungen des wichtigsten Konfliktes“ (ebd., 121).

Zur Reliabilität der Strukturachse können aufgrund unzureichender Prüfungen keine Auskünfte gegeben werden. Erste Untersuchungen zur Interraterreliabilität zeigten eine deutlich höhere Übereinstimmung beim Gesamtscore sowie in den drei Bereichen gegenüber den einzelnen Items.

Zusammenfassung

Im Rahmen der dargestellten Studie wird eine pathogenetisch orientierte Arbeitsweise einer symptomorientierten vorgezogen. Um dennoch den Weg zu einer Veränderungsmessung auf Verhaltensebene zu bahnen, wird mit der psychodynamischen Diagnostik ein Verfahren gewählt, das eine enge Verknüpfung der beiden Ebenen vornimmt. Es wird davon ausgegangen, dass die Auswirkungen der traumatischen Lebenserfahrungen auf der Beziehungs-, der Konflikt- und der Strukturachse abgebildet werden können (Begründung in Kapitel 2.2). Da auch Auswirkungen auf körperlicher Ebene vermutet werden, bedarf es neben der psychodynamischen auch einer körperbezogenen Diagnostik, die im nächsten Abschnitt dargestellt wird.

3.4.1.2 Qualitative körper- und bewegungsbezogene Diagnostik

Die qualitative körper- und bewegungsbezogene Diagnostik kombiniert Elemente aus einem von Reinecke (2000) entwickelten Verfahren zur Integration der Bereiche „Körperlichkeit und Körpererleben“ in die Persönlichkeitsdiagnostik mit dem Beobachtungsverfahren „Löwener Beobachtungsbogen für das Verhalten in psychomotorischer Therapie (LOVIPT)“.

Körperbezogene Diagnostik in der klinischen Psychologie

Den theoretischen Hintergrund des Verfahrens bildet die vor dem Hintergrund der neueren Säuglingsforschung (insb. Stern 1992, Dornes 1995) gewonnene Annahme einer engen Verzahnung des Körper- und des Selbsterlebens. Die körperbezogene Diagnostik (nach Reinecke 2000) umfasst sechs Elemente, die das Körperbild und das Körpererleben psychiatrisch auffälliger Kinder und Jugendlicher abbilden sollen. Die äußere Erscheinung (1), die (psychosomatische) Anamnese (2), ein Gespräch über das Körpererleben (3), die Selbsteinschätzung (4), eine zeichnerische Selbstdarstellung (5) und eine gestalterische Darstellung (6). Das Kernstück des Verfahrens bildet die gemeinsame Reflexion über den Körper des Kindes, der zuvor in seinem Umriss von der Untersucherin auf eine ausgerollte Tapetenrolle gezeichnet wurde. Die Betrachtung des Umrisses markiert den Einstieg in ein strukturiertes Gespräch über die Körperkenntnis, über Körpergefühle, über die Akzeptanz des Körpers und über die Beziehung zum Körper. „Hier ist ein Element entwickelt worden, das die Kinder/Jugendlichen anregt, zu ihrer Körperlichkeit auf verschiedenste Weise in Kontakt zu treten“ (Reinecke 2000, 167). Dieser Baustein der körperbezogenen Diagnostik wird im Rahmen der vorliegenden Studie einbezogen. Als Ausgangspunkt des Gesprächs fungiert jedoch nicht der *reale*, sondern der (mit Seilen gelegte) *antizipierte* Körperumriss des Kindes (s. „Leitfaden Befunderhebung“ im nächsten Abschnitt). Hiervon werden sich Informationen zum Körperschema, der „inneren Landkarte vom Körper“ versprochen.

Löwener Beobachtungsbogen für das Verhalten in psychomotorischer Therapie

Die LOVIPT-Skalen wurden ursprünglich von van Coppenolle et al. für die zielgerichtete Beobachtung des Bewegungsverhaltens von Erwachsenen entwickelt (vgl. Simons et al. 1989). Über motorische Dimensionen hinaus sollten vor allem psychologische Aspekte des Bewegungsverhaltens der Patienten erfasst werden. Es wurden schließlich neun Beobachtungskategorien gewonnen: Die emotionalen Beziehungen (1), die Selbstsicherheit (2), der Grad der Aktivität (3), der Grad der Entspanntheit (4), die Bewegungskontrolle (5), das situative Interesse (6), die Expressivität beim Bewegen (7), die verbale Kommunikation (8) und das Vermögen zur Anpassung und Selbstkontrolle (9). Der LOVIPT umfasst eine allgemeine Beschreibung dieser Dimensionen mit der zugehörigen bipolaren Ausprägung (+3 bis -3). Das Instrument kann als Beobachtungsverfahren in allen Situationen, daher auch zur Prozessdiagnostik, angewendet werden.

Zusammenfassung

Mit der körper- und bewegungsbezogenen Diagnostik sollen neben den psychodynamischen auch körperliche Aspekte der Persönlichkeit der Kinder erfasst werden. Im Hinblick auf die Ausgestaltung der Therapie ist insbesondere die Kenntnis der bewussten Einstellung der Kinder zu ihrem Körper von hohem Interesse und erfährt deswegen besondere Aufmerksamkeit. Die Beobachtungen anhand der Kategorien aus dem LOVIPT können Hinweise auf den körperlichen Zustand des Organismus geben („kohärent“, „chaotisch“ oder „traumatisch“, vgl. Kap. 2.3.3). Die Erkenntnisse aus den Ein- und Ausgangsuntersuchungen werden in den Kategorien „Bewegungsverhalten und körperlicher Ausdruck“, „körperbezogene Perzeptionen und Kognitionen“ sowie „körperbezogene Emotionen“ ausgewertet und zusammengefasst.

3.4.1.3 Befunderhebung

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung werden in der Eingangs- und Ausgangsdiagnostik die Auswirkungen der durch sexuelle und körperliche Gewalt geprägten bisherigen Lebenserfahrungen der vier Probanden auf die Psychodynamik und das Körpererleben untersucht. Zur Befunderhebung werden im OPD-KJ-Manual zu jeder Achse verschiedene Vorgehensweisen vorgeschlagen, die im Rahmen der hier dargestellten Studie bestmöglich in einer Kombination von Interview- und Spielsituationen integriert werden. Zusätzlich fließen die

Informationen aus den Gesprächen mit den Vorbehandlern und Bezugspersonen sowie aus dem Aktenstudium in die Bewertung ein. Die Befunderhebung auf der Basis der OPD-KJ erfolgt anhand einer 60-minütigen körper- und bewegungsorientierten Spielsequenz mit dem Kind und dem hauptverantwortlichen Therapeuten. Dazu wurde vom Leiter der Studie ein Leitfaden erstellt, an dem sich der durchführende Diagnostiker orientiert. Der Einbezug der körperbezogenen Diagnostik (nach Reinecke 2000) und der Übungen aus dem „relationship play“ (nach V. Sherborne 1989) stellt den Bezug zu der inhaltlichen Ausgestaltung der Intervention und deren theoretischer Fundierung sowie eine Erweiterung der Persönlichkeitsdiagnostik um den Bereich der Körperwahrnehmung und des Körpererlebens her. Ausgangspunkt für ein Gespräch über das Körpererleben ist der mit Seilen ausgelegte Körperumriss. Die qualitative Auswertung der körperbezogenen Diagnostik gibt wichtige Hinweise für die Ausgestaltung der Intervention und ist im Sinne der Dialogik bereits als eine solche anzusehen. Der komplette Leitfaden zur Eingangsdiagnostik wird im kommenden Abschnitt dargestellt.

Der hauptverantwortliche Therapeut des körper- und bewegungsbezogenen Angebots ist angehalten, sich in der Eingangsuntersuchung so eng wie möglich an dem erstellten Leitfaden zu orientieren. Die Fragen über die verschiedenen Aspekte des Körpererlebens (3.1 bis 3.5) sind als Anhaltspunkte für ein Gespräch zu verstehen, nicht als starre „Fragenbatterie“. Abweichungen vom Leitfaden sind erlaubt und können bei der Auswertung sogar neue diagnostische Hinweise geben. Die Ein- und Ausgangsdiagnostik wird videographiert. Die Auswertung erfolgt anschließend im Co-Rater-Verfahren durch zwei geschulte Rater, die nicht aktiv in die Untersuchungssituation eingebunden waren.

Leitfaden zur Befunderhebung

1. Offene Spielsituation

Das Kind kann sich Spielmaterial und Bewegungssituation frei wählen. Der Untersucher geht auf das Spielangebot bzw. auf den Bewegungswunsch des Kindes ein und folgt ihm zunächst widerstandslos („Sie gehen jetzt ins Tor und ich schieß drauf“; „Du bist jetzt die Fliege und ich muss dich tothauen“; „Du bist ein kopfloses Phantom und musst mich fangen“; „Du musst die Zeit stoppen, wie lange ich Seil springen kann“). Mit der Zeit versucht der Untersucher, Spielvariationen einzuführen („Jetzt bist du mal die Fliege“) und, falls möglich, gemeinsam mit dem Kind etwas Drittes zu entwickeln oder zu gestalten.

2. Übungen/Spiele aus dem „Relationship Play“, nach V. Sherborne

Beziehungskategorie „against“: *Fest wie ein Stein*

Ein Partner kniet auf allen Vieren in einer ihm möglichst stabilen Position, während sein Partner ihn versucht umzuwerfen oder wegzuschubsen. Danach Rollenwechsel.

Beziehungskategorie „shared“: *Gemeinsames Aufstehen*

Untersucher und Kind setzen sich Rücken an Rücken, haken sich mit den Armen ein und versuchen, ohne Unterstützung der Hände aufzustehen; alternativ:

Ruderboot

Kind und Untersucher sitzen sich auf dem Boden mit gespreizten und ausgestreckten Beinen gegenüber, halten sich an den Händen und machen wechselseitige Ruderbewegungen mit ihrem Rumpf und Oberkörper.

Beziehungskategorie „cared“: *Führen und Folgen*

Der Untersucher führt das Kind, das die Augen verbunden hat, durch den Raum über Hindernisse hinweg. Er hält ständig Körperkontakt, gibt aber keine verbalen Anweisungen. Danach werden die Rollen getauscht.

3. Körpererleben

Der Untersucher gibt dem Kind mehrere Schnüre oder dünne Seile und bittet es, damit den eigenen Körperumriss zu legen. Falls das Kind die Aufgabenstellung nicht sofort versteht, kann der Untersucher die Übung in Ansätzen vormachen („So groß, denke ich, ist mein Kopf, dann kommt meine Schulter...“). Wenn das Kind fertig ist, soll es sich etwas Zeit für eine Überprüfung nehmen. Dann legt es sich in den Umriss hinein. Der Untersucher

benennt mögliche Verzerrungen („Oh, dein Bein ist ja viel länger“) und korrigiert den Umriss dabei (während das Kind noch liegt). Anschließend steht das Kind auf und der Untersucher beginnt mit den Fragen zum Körpererleben/zu diesem Umriss:

3.1 Betrachtung

- Was siehst du alles?
- Was siehst du noch?
- Was gibt es noch, was man hier nicht sehen kann?
- Was gehört sonst noch zu dir?

3.2 Körperkenntnis

- Was gehört eigentlich sonst noch alles zum Menschen?
- Kennst du noch Dinge im Inneren des Menschen?

3.3 Gefühle

- Wo ist eigentlich die Mitte deines Körpers?
- Welche Teile in deinem Körper spürst du?
- Wo in dir fühlst du dich am wohlsten?
- Wo fühlst du dich nicht gut?
- Magst du es, berührt zu werden?

3.4 Akzeptanz

- Magst du deinen Körper?
- Was gefällt dir am besten an ihm?
- Angenommen, du hättest drei Wünsche frei: Was würdest du an deinem Körper ändern?
- Wünschen sich andere, dass an deinem Körper etwas anders wäre?

3.5 Beziehung

- Was bedeutet der Körper für dich?
- Tust du deinem Körper manchmal etwas zuliebe?
- Schadest du deinem Körper manchmal? Oder: Tust du dir oft weh?
- Was bedeutet Gesundheit?
- Was bedeutet es für dich, krank zu sein, Schmerzen zu haben?
- Entscheidest du selbst, wann du duschst, dir die Haare wäschst?
- Wer sucht deine Klamotten aus?
- Ist dir dein Aussehen wichtig? Stehst du oft vor dem Spiegel?

4. **Strukturiertes Interview**

- Sag mal, weswegen warst du eigentlich in der Klinik? Bist du krank?/Hast du Probleme?
- Wenn ja: Wie schwer ist deine Krankheit; wie sehr leidest du unter deinen Problemen?
- Wie lange hast du die Krankheit/die Probleme bereits? Kannst du sagen, wann diese angefangen haben?
- Was meinst du: Woher kommt diese Krankheit/Woher kommen diese Probleme?
- Was glaubst du, womit haben deine Probleme noch zu tun?

- Möchtest du etwas ändern? Was wärest du bereit zu tun, um deine Krankheit zu besiegen/deine Probleme zu lösen?
- Was wäre in deinem Leben anders, wenn deine Probleme nicht wären/du nicht krank wärest?
- Was bist du eigentlich für ein Junge?
- Was macht dich sonst noch aus?
- Was kannst du besonders gut?
- Hast du Freunde? Wie viele? Jungen/Mädchen? Älter/Jünger? Gibt es einen besten Freund? Was macht gute Freunde aus? Was machst du am liebsten mit deinem Freund?
- Gehst du in einen Verein, machst du Sport oder Musik oder so etwas? Gibt es dort andere Kinder, mit denen du dich gut verstehst? Bist du gut in dem, was du machst?
- Wie kommst du mit deiner Familie klar? Unternehmt ihr viel zusammen? Lacht ihr viel? Wenn ja, bei welchen Gelegenheiten? Esst ihr gemeinsam?

„Zum Schluss möchte ich noch gerne wissen, wie du dich in verschiedenen Bereichen auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzt. Eine ‚1‘ steht dabei für ganz schlecht oder ganz wenig, eine ‚10‘ für super gut oder ganz viel.“

- Wie zufrieden bist du mit dir?
- Wie gut kannst du sagen, wie es dir geht/ deine Gefühle äußern?
- Wie gut kommst du mit Kindern deines Alters klar?
- Wie rücksichtsvoll bist du gegenüber anderen Kindern?

5. Abschluss

Das kurze Abschlussspiel ist von dem Kind frei wählbar: „Jetzt hast du heute einige Sachen gemacht. Vielleicht hat dir etwas besonders gefallen und du möchtest es noch einmal machen. Oder du hast noch einen anderen Wunsch. Dafür hätten wir jetzt einige Minuten Zeit.“

Zum Ende wird das Kind gebeten, Dinge, die ihm Spaß gemacht haben, und Dinge, die ihm nicht gut gefallen haben, zu benennen und eine allgemeine Rückmeldung zu der Stunde zu geben.

3.4.2 Weitere Erhebungsinstrumente

Anamnesebogen

Zur Sammlung von weiteren Vorinformationen wird nach dem ersten Anamnese-gespräch ein Fragebogen an die Bezugspersonen ausgegeben, der bis zum zweiten Vorgespräch ausgefüllt zurückgegeben werden sollte. Neben den Kontaktdaten werden darin Informationen zu folgenden Bereichen erhoben:

Familienverhältnisse:

- Name, Alter, Beruf, Krankheiten der leiblichen Eltern, Stief- und Adoptiveltern
- Anzahl, Name, Alter der Geschwister, Halbgeschwister, Stiefgeschwister
- Gemeinsam mit dem Kind in einem Haushalt lebende Personen

Anamnestiche Daten:

- Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt
- Schwerwiegende Lebensereignisse im Leben des Kindes (z.B. Verlust nahestehender Menschen, Operationen, Krankenhausaufenthalte)
- Aktuelle oder chronische Krankheiten
- Einnahme von Medikamenten
- Bisherige Fördermaßnahmen oder Therapien, deren Zeitraum und Effekte

Sozial-emotionales Befinden:

- Wichtigste Bezugspersonen des Kindes
- Freundschaften zu anderen Kindern
- Konfliktverhalten, emotionale Stabilität
- „Was müsste jemand tun, um Ihrem Kind eine Freude zu machen?“
- „Was müsste jemand tun, um Ihr Kind so richtig wütend zu machen?“
- Interessen und Stärken des Kindes
- „Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders?“

Motorische und sprachliche Entwicklung:

- Grob- und Feinmotorik
- Körperliche Ausdauer
- Sprachliches Ausdrucksvermögen

Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt ca. 30 Minuten in Anspruch. Mangelnde Sorgfalt (z.B. im Übergehen von Fragen) kann bei der Auswertung ebenso Interpretationsspielräume eröffnen wie stark tendenziöse oder „übergenaue“ Angaben.

Vorgespräche mit den Bezugspersonen

Im ersten Gespräch erhalten die Bezugspersonen Informationen über die Inhalte, Zielsetzung, Dauer und Struktur der Maßnahme. Darüber hinaus müssen die Voraussetzungen für ein Behandlungsbündnis geschaffen werden. Diese Arbeit erfordert ein behutsames Vorgehen, da die Thematik des sexuellen Missbrauchs und der körperlichen Misshandlung einerseits angesprochen werden muss, andererseits aber nicht abschrecken darf. Es wird daher zunächst allgemein von einem bewegungsorientierten Angebot für Jungen gesprochen, die „nicht nur gute körperliche Erfahrungen“ gemacht haben. Die Formulierung bleibt bewusst unscharf, um genügend Distanz zu den Belastungsthemen zu wahren. Der Projektname „Starke Jungs?!“ impliziert die Ressourcenorientierung („stark“) und die Geschlechtsspezifität, verweist mit dem Fragezeichen und dem Ausrufezeichen aber zudem auf die verschiedenen Bedeutungsdimensionen und Auslegungen von „Stärke“. Wie kann ein Junge „Stärke“ entwickeln, der zuvor oft die eigene Schwäche erlebt hat? Über die Fokussierung auf diesen Entwicklungsaspekt sollen in dem ersten Gespräch bei den Bezugspersonen die „negativen“ Gefühle (wie Angst, Scham und Schuld) vermieden werden, die bei einer stärkeren Betonung der traumatischen Erfahrungen mit hoher Wahrscheinlichkeit entweder aufträten oder vehement abgewehrt würden. Im zweiten und ggfs. dritten Gespräch werden dann vor allem solche anamnestischen Daten erhoben, die für die Therapie im hohen Maße relevant sind, aber nicht in dem Fragebogen Berücksichtigung finden können. Hier findet eine vorsichtige Annäherung an die Thematik der schlechten Körpererfahrungen statt: *„Ich hatte Ihnen in unserem letzten Gespräch ja erzählt, dass Herr/Frau xy (Bezugstherapeut/in des Kindes) Ihren Sohn für unser Projekt angemeldet hat, da er (der Junge) einige schlechte Erfahrungen gemacht hat mit Themen wie Schläge oder auch sexuellen Übergriffen. Ich kann mir vorstellen, dass das Thema nicht ganz leicht ist für Sie. Meinen Sie, Sie können mir dennoch ein bisschen was dazu erzählen?“* In Abhängigkeit der Bereitschaft der Bezugspersonen, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen, können dann präzisere Angaben über die Gewalt- und Missbrauchserfahrungen der Jungen im Gespräch mit den direkten Bezugspersonen in Erfahrung gebracht werden.

Aktenstudium

Aus den dem Untersucher zur Verfügung stehenden Akten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie lassen sich über folgende Aspekte Informationen gewinnen:

- ❑ Vorstellungsgrund in der KJP
- ❑ Psychopathologischer und körperlicher Befund
- ❑ Ergebnisse der Testdiagnostik (Leistungsdiagnostik, projektive Verfahren, störungsspezifische Diagnostik)
- ❑ Genogramm der Familie
- ❑ Diagnosen, Anamnese
- ❑ Behandlungsverlauf auf der Station
- ❑ Behandlungsverlauf in der Einzel- und Gruppentherapie, Familientherapie
- ❑ Medikamentöse Behandlung
- ❑ Ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen aus dem Spektrum der Jugendhilfemaßnahmen

Die Dichte und die Validität der über den Behandlungszeitraum in der KJP erhobenen Daten und Informationen erlauben tiefe Einblicke in die Psychodynamik der Kinder. Sie tragen damit insbesondere zum *Verstehen* im Rahmen der individuumsbezogenen qualitativen Auswertung bei.

Zusammenfassung

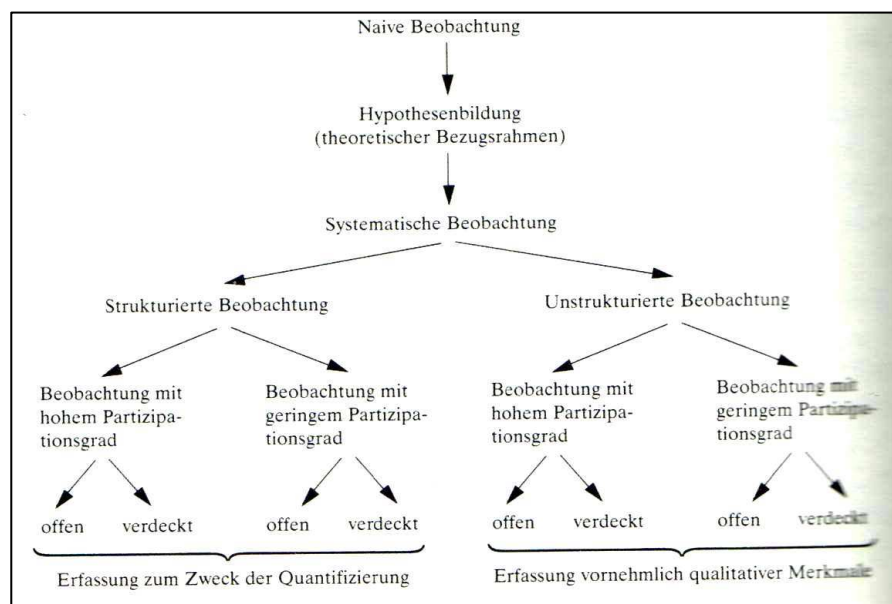
Über den Anamnesebogen, die Gespräche mit den Bezugspersonen und das Aktenstudium werden zahlreiche diagnostische Informationen gewonnen, die wichtige Hinweise und wertvolle Impulse für die individuelle Ausgestaltung der Therapiemaßnahme geben. Die für bedeutsam befundenen Angaben fließen in die Fallvorstellungen (Kap. 4) ein.

3.4.3 Kontinuierliche Datenerhebung

Die Methodik der Datenerhebung muss geeignet sein, valide Antworten auf die Forschungsfrage zu finden. Während in der Forschungslogik des quantitativen Paradigmas kontrollierende, standardisierte Techniken bevorzugt werden, wird im qualitativen Paradigma auf offene, naturalistisch-kommunikative Verfahren (vgl. Lamnek 1989a, 7) besonderer Wert gelegt. Das Spektrum der Methoden und Techniken in der Einzelfallforschung umfasst nach Lamnek (1989b) fünf Bestandteile:

- Das Qualitative Interview
- Die Gruppendiskussion
- Die Inhaltsanalyse
- Die teilnehmende Beobachtung
- Die biografische Methode

Da im Rahmen der vorliegenden Studie das Augenmerk auf die Veränderung von Verhaltensmerkmalen und auf die Entwicklung der Persönlichkeit gerichtet ist, bieten sich insbesondere Beobachtungsmethoden als Verfahren der Datenerhebung an: „Gleichwohl erscheint die Beobachtung als eine basale und abgesicherte Methode, den Gegenstand der Sozialwissenschaften, nämlich *soziales Handeln*, methodisch abgesichert in den Griff zu bekommen“ (ebd., 240). Anhand der Klassifikation der Beobachtungsformen (nach Atteslander 1971, 131) wird ersichtlich, dass Beobachtungsverfahren sowohl in quantitativen als auch in qualitativen Forschungsansätzen einsetzbar sind.



Dar. 3.4: Klassifikation der Beobachtungsformen (Quelle: Atteslander 1971, 131, zit. n. Lamnek 1989)

Wie eingangs des Kapitels erläutert wurde, hat die „naive Beobachtung“ an den ersten Projektteilnehmern zu der Entwicklung der allgemeinen Forschungshypothese geführt. Im Folgenden sollen nun die Beobachtungsformen in der vorliegenden Untersuchung dargestellt werden.

Die systematische Beobachtung

Von systematischen Beobachtungen wird dann gesprochen, wenn „ein theoretischer Bezugsrahmen vorliegt, eine systematische Planung und Aufzeichnung der Beobachtung erfolgt und Möglichkeiten zur Überprüfung und Kontrolle der Qualität der Beobachtung vorliegen“ (Martin/Wawrinowski 1991, 34, zit. nach Hamsen 2003). Aus dem Schaubild wird erkennbar, dass die systematische Beobachtung sowohl in quantitativen wie auch in qualitativen Forschungsansätzen Berücksichtigung findet. Im quantitativen Paradigma geht es um eine möglichst genaue Beschreibung der Beobachtung, im qualitativen Paradigma um die Sinnzusammenhänge der beobachtbaren Handlung. Am Beispiel eines Fußballspiels verdeutlicht Mackenroth (1952, 10f., zit. nach Lamnek 1988b, 235) die Unterscheidung zwischen objektiver und sinnverstehender Beobachtung folgendermaßen:

„23 Menschen bewegen sich für die Dauer von 1 1/2 Stunden innerhalb eines rechteckigen Feldes von etwa 100m Seitenlänge mit einer durchschnittlichen Geschwindigkeit von 8 Metersekunden und halten eine mit Luft gefüllte Lederhülle in ständiger Bewegung. [...] Es folgen Angaben über durchschnittlich zurückgelegte Wegstrecke, durchschnittlichen Kalorienverbrauch usw. *Alle Exaktheit der Messung würde eine solche Beschreibung nicht davor schützen, das Spiel vollständig zu verfehlen, davon wäre schlechthin nichts darin*“ (Hervorhebungen im Original).

Beobachtungen richten sich also immer auf Verhaltensweisen, denen sowohl ein subjektiver Sinn als auch eine objektive soziale Bedeutung beikommen. Wilson (1982, 492, zit. nach Wolff 1988, 46f.) sieht die methodologischen Diskussionen um quantitative vs. qualitative Forschungsansätze im „beiderseitigen Verständnismangel für die *Eigenart und die Konsequenzen der Kontextabhängigkeit des Sinnes*, und das führt dazu, dass die Bedeutung des Kontextes entweder völlig unterbewertet oder aber zum allerwichtigsten Prinzip überhaupt erhoben wird.“

Für die Datenerhebung im Rahmen der vorliegenden Studie sollen nun sowohl Instrumente gefunden werden, die objektive Erkenntnisse erzeugen, anhand derer die operationalisierten Hypothesen überprüft werden können, als auch Instru-

mente, die eine sinnverstehende Interpretation der Beobachtungen erlauben. Im Folgenden werden die strukturierte und die unstrukturierte Beobachtung voneinander differenziert. Beide Beobachtungsformen „richten sich auf ein *genau formuliertes Forschungsziel, sind systematisch geplant, werden systematisch aufgezeichnet und können Überprüfungen zugeführt* werden“ (Lamnek 1989b, 244). Dabei findet Berücksichtigung, dass sich der subjektive Sinn vornehmlich aus einer emotional-teilnehmenden Beobachtung erschließt, während die vermeintlich „wissenschaftlichere“ Erfassung der Realität eher kognitiv-betrachtend geschieht.

3.4.3.1 Standardisierte Beobachtung

Standardisierte Beobachtungen erfolgen anhand eines Kategoriensystems von zuvor festgelegten Beobachtungsbereichen. Die Konstruktion dieses Kategoriensystems muss sich notwendigerweise auf die zu überprüfenden Hypothesen beziehen, diese wiederum werden gebildet vor dem Hintergrund theoretischer Überlegungen. Damit ist bei strukturierten Beobachtungen von vornherein immer eine Beschränkung der Beobachtungen auf das theoretische Raster des Forschers und durch die Kategorien eine Festlegung der Erkenntnisstruktur der Untersuchung gegeben (vgl. Kriz/Lisch 1988, 133). Auf der anderen Seite bieten sie ein hohes Maß an Kontrollierbarkeit und ermöglichen eine vergleichsweise einfache statistische Abbildung (vgl. Fassnacht 1995, 188f.). Kategoriensysteme werden in Verbal-, Nominal- und Dimensionalsysteme differenziert. Als Dimensionalsysteme versteht man Beobachtungssysteme, bei denen Rating- oder Schätzskaleten zum Einsatz kommen. Dabei werden die befragten Personen „aufgefordert, einem Untersuchungsobjekt einen Meßwert aus einer vorgegebenen Antwortskala zuzuordnen“ (Kriz/Lisch 1988, 215). Trotz kritischer Einwände vieler Wissenschaftler, die die Adäquanz des Vorgehens bezweifeln, kommen in der vorliegenden Untersuchung numerische Skalen zum Einsatz, d.h., die Rater können aus einer Skala Ziffern auswählen, die für den Grad der Ausprägung eines Verhaltensmerkmals stehen. Diese Verhaltensmerkmale sind die störungsspezifischen Maße, anhand derer die Hypothesen überprüft werden sollen.

Ratingskala

Da keine numerischen Rating-Skalen zur Verfügung stehen, die die spezifischen Verhaltensbereiche abbilden, musste ein entsprechendes Instrument erst noch entwickelt werden. Diese Skala wurde von den Mitarbeitern des Projektes „Starke Jungs?!“, die sowohl über fundierte psychodynamische als auch über bewegungstherapeutische Kenntnisse und Ausbildungen verfügen, erstellt. Dabei erfolgte eine Anlehnung an die von Simons et al. (1989) entwickelten „Löwener Beobachtungskalen zum Verhalten in psychomotorischer Therapie“, in denen neun Beobachtungskategorien das Verhalten von Patienten während psychomotorischer Behandlungen abbilden. Wie im „LOVIPT“ werden auch für die vorliegende Untersuchung bipolare Skalen gewählt, da es bei den untersuchten Variablen keinen natürlichen Nullpunkt gibt. „Adäquates Beziehungsverhalten“ bspw. kann in beide Richtungen abweichen: In Richtung übertriebener, unnatürlicher Bezogenheit (+3) und in Richtung einer mangelhaften Bezogenheit (-3). Eine unipolare Skala könnte diesen Aspekt nicht abbilden. Noch deutlicher wird das bei den Konfliktthemen, die ihre Konflikthaftigkeit ja gerade aus dem Spannungsfeld gegensätzlicher Motivationsbündel schöpfen.

Für jede einzelne Variable wird zunächst ein Nullpunkt definiert, der dem erwünschten, angemessenen Verhalten entspricht. Die beiden Endpunkte der bipolaren Skala (-3 und +3) definieren einander gegenseitig, die Werte +2, +1, -1 und -2 stellen Zwischenstufen dar. Jede der insgesamt sieben numerischen Abstufungen wird mit verbalen Markern versehen (Ankerbeispiele). Dabei werden leicht verständliche, an den täglichen Sprachgebrauch angelehnte Formulierungen verwendet.

Beispiel: Beziehungsverhalten

- 3:** Das Kind verhält sich im Kontakt ***misstrauisch, unzugänglich, feindselig***
- 2:** Das Kind verhält sich im Kontakt ***abweisend, steif, kühl, misstrauisch***
- 1:** Das Kind verhält sich im Kontakt ***nüchtern, distanziert, zurückhaltend***
- 0:** Das Kind verhält sich im Kontakt ***angemessen vertrauensvoll; freundlich, offen, unbefangen***
- +1:** Das Kind verhält sich im Kontakt ***anhänglich, schmeichelnd***
- +2:** Das Kind verhält sich im Kontakt ***sehr anhänglich, gekünstelt***
- +3:** Das Kind verhält sich im Kontakt ***anklammernd, schleimig, aufdringlich***

Für jedes Kind wurde eine eigene Rating-Skala erstellt, in der die jeweiligen sechs störungsspezifischen Maße operationalisiert wurden. Dieses Vorgehen wurde nach dem Vorbild der Heidelberger Umstrukturierungsskala (s. Grande et al. 2000, 153 ff.) gewählt: Um aus der OPD ein Verfahren abzuleiten, das zur Veränderungsmessung in psychotherapeutischen Prozessen geeignet ist, wurden dort innerhalb des OPD-Befundspektrums ebenfalls für jeden Patienten therapie- und veränderungsrelevante Fokuse festgelegt, die sich aus unterschiedlichen Aspekten der Beziehungs-, der Konflikt- und der Strukturachse zusammensetzten. Diese Fokuse wurden dann umstrukturiert, um den Umgang eines Patienten mit seinen Problembereichen im zeitlichen Verlauf erfassen zu können.

In Abweichung von der Heidelberger Umstrukturierungsskala gehen in der vorliegenden Untersuchung die Maße aus zwei Problembereichen hervor: Dem Körper-/Bewegungsverhalten (Maße 1–3) und den psychodynamischen Parametern (Maße 4–6). Während die drei Variablen des ersten Problembereiches und die erste Variable (Beziehungsverhalten) aus dem OPD-KJ-Befundspektrum für alle Kinder identisch festgelegt werden, wird die fünfte und sechste Variable aus dem Konflikt- und dem Strukturbereich individuell erhoben. Die vorliegende Skala konnte daher erst *nach* der Eingangsdiagnostik endgültig konstruiert werden, da die spezifischen Schwerpunkte eben erst zu diesem Zeitpunkt feststanden.

Im Folgenden werden die Ratingskalen aller untersuchten Variablen inklusive der Ankerbeispiele in einer Übersicht dargestellt.

Körperbezogene Variablen

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Bewegungsverhalten situationsangemessen	←-----→						
gehemmt Furchtsam, traut sich nichts zu, apathisch, passiv	Übervorsichtig, wenig Antrieb; muss andauernd ermuntert werden	Zögerlich, bedächtig, vorsichtig	Lebhaft, unternehmungslustig, gewandt, sicher	Vorschnell, übereifrig, überschreiend	Übermütig, hyperaktiv, getrieben, kann kaum stillsitzen	Bringt sich in Gefahr; extrem unvorsichtig; kommt nie zur Ruhe	waghalsig
Umgang mit eigenem Körper achtsam	←-----→						
vernachlässigend Lehnt eigenen Körper ab; vernachlässigt sich	Unachtsam; kümmert sich kaum um eigenen Körper	schenkt dem Körper eher wenig Beachtung (z.B. in Bezug auf Körperpflege)	Sich angemessen pflegend; fühlt sich wohl in seiner Haut; positive Einstellung zum eigenen Körper	Übertrieben sorgsam; achtet sehr auf sein Äußeres; wehleidig	Beschäftigt sich sehr viel mit dem eigenen Aussehen und Körper	Stimuliert sich häufig; fast zwanghafte Beschäftigung mit dem eigenen Körper	übertrieben
Körperlicher Umgang mit anderen angemessen	←-----→						
kontaktvermeidend Körperkontakt wird abgewehrt und/oder als sehr unangenehm empfunden	Übervorsichtig; Körperkontakt ausweichend; scheu	Zurückhaltend; leicht gehemmt; distanziert	Angemessene Nähe-Distanz-Regulation; behutsam, respektvoll	Etwas aufdringlich; leicht grenzüberschreitend	Kaum gehemmt im körperlichen Kontakt	Übergriffig; respektlos, grenzüberschreitend	distanzlos

Dar. 3.5: Ratingskalen Körperbezogene Variablen

← **Beziehungsbezogene Variable**

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Beziehungsverhalten						
abweisend Misstrauisch, nicht unzugänglich, nicht ansprechbar, feindselig	Abweisend, steif, kühl, misstrauisch	nüchtern, distanziert, zurückhaltend, etwas mürrisch	angemessen Angemessen vertrauensvoll; freundlich, offen, unbefangen	Anhänglich, schmeichelnd	Sehr anhänglich, gekünstelt	überbindend schleimig, anklammernd, aufdringlich

Konfliktbezogene Variablen

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Anpassung						
unterwürfig „Blinder Gehorsam“, unterwürfiges Verhalten	Starker Gehorsam; hohe Anpassung an Wünsche Anderer	Brav; angepasst; unauffällig; wird leicht übersehen; anspruchlos	angemessen Findet Balance zwischen Gehorsam und eigenen Impulsen	Lässt sich oft nichts sagen; „dickköpfig“; stur	Hört schlecht auf Anderer; recht dominantes Verhalten	kontrollierend Folgt ausschließlich eigenen Impulsen, will in Situationen immerzu bestimmen
Selbstwert						
selbstunsicher Sehr ängstlich; starke Minderwertigkeits- gefühle	Schüchtern; häufig unentschlossen; wenig Zutrauen in sich	Zurückhaltend; unsicher; bescheiden	stabil „gesundes Selbstvertrauen“; selbstsicher	Stolz; etwas eitel	Selbstgefällig, eingebildet, anmaßend	überheblich Geltungssüchtig;; größenwahnsinnig; selbstverherrlichend

Dar. 3.6: Ratingskalen Beziehungs- und Konfliktbezogene Variablen und Dar. 3.7: Strukturbezogene Variablen (nächste Seite)

Strukturbezogene Variablen

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Selbstbild						
undifferenziert	↓	↑	realistisch	↑	↑	↑
Hat keine Ideen zu sich; scheint nicht recht zu wissen, wer und wie er ist	Nimmt kaum Selbsteinschätzungen vor („das schaffe ich/schaffe ich nicht“)	Kann grob eigene Stärken und Schwächen benennen	Gute, realistische Selbsteinschätzung; kennt eigene Stärken und Schwächen	Leichte Überhöhung oder Abwertung der eigenen Person	Unter- oder überschätzt sich deutlich	Widersprüchliche Selbstbeschreibungen, sehr unrealistische Selbsteinschätzung

Gefühlsausdruck						
angemessen						
ausdruckslos	↓	↑	angemessen	↑	↑	↑
Ausdruckslos, Gefühle sind nicht spürbar, Gesicht wirkt maskenhaft, starr	Unbeweglich, Mimik wenig aussagekräftig	ausdruckslos; kann Gefühle schlecht zum Ausdruck bringen	Kann Gefühle gut ausdrücken; Stimmung ist an Körperausdruck abzulesen	Unnatürlich, etwas affektiert	Theatralisch, spielt oft den Clown	übertrieben Gefühlsüberschwänglich, häufiges, unpassendes Lachen / Weinen

Impulssteuerung						
angemessen						
unbeherrscht	↓	↑	angemessen	↑	↑	↑
Kann Gefühle kaum kontrollieren; heftige Wutanfälle	Leicht erregbar; impulsiv; manchmal jähzornig	Vorschnell; vorlaut; nur teilweise kontrolliert	„Erst denken – dann handeln“; besonnen; gute Frustrationstoleranz	Zurückhaltend, bedächtig; geht wenig aus sich heraus	Sehr beherrscht; wirkt kontrolliert; kühl, steif	gehemmt Gehehmt; verkrampft

Empathie						
aufmerksam						
unachtsam	↓	↑	aufmerksam	↑	↑	↑
Nimmt Grenzen und Befindlichkeit Anderer nicht wahr; kann sich nicht in andere hineinversetzen	Fällt ihm sehr schwer, sich in Andere hineinzuversetzen, kaum Gespür für Andere; unsensibel	Kann Befindlichkeit des Gegenübers schlecht einschätzen / nimmt diese nicht gut wahr	Achtsamer Umgang mit Anderen, einfühlsam, nimmt Wünsche und Bedürfnisse Anderer gut wahr	Übertriebene Rücksichtnahme auf Andere; übersensibel	Bemutternd, Andere versorgend	selbstvergessend Kümmert sich in sehr übertriebener Manier um die Befindlichkeit Anderer; selbstvergessend

Datenerhebung über Tagebücher

Nachdem das Beobachtungsschema gebildet wurde, muss nun überlegt werden, wie die Beobachtungen dokumentiert werden können. Dabei ist auf eine geringe Zeitspanne zwischen dem Zeitpunkt der Beobachtung und dem Zeitpunkt der Dokumentation zu achten, damit wichtige Eindrücke nicht verloren gehen. Tagebücher können in diesem Zusammenhang in zweierlei Form nützlich sein: Zum einen zum Zwecke freier, assoziativer Aufzeichnungen sowie als „Gedächtnisstütze und Verständnishilfe“ (Lamnek 1989b, 292) im Rahmen qualitativer Forschung, zum anderen in standardisierter Form zur Generierung quantifizierter Daten. In der vorliegenden Untersuchung kommen die systematischen Tagebücher zum Einsatz, die sich insbesondere in der Therapieevaluation bewährt haben (vgl. Hamsen 2003, 262). Da sich die Hypothesen auf Verhaltensweisen der Kinder in der Interventionssituation und in der häuslichen Situation beziehen, werden sowohl die Therapeuten als auch die Bezugspersonen ein Tagebuch führen. Die einzuschätzenden Items beziehen sich in beiden Tagebüchern auf die sechs störungsspezifischen Maße.

Tagebücher der Bezugspersonen

Die Bezugspersonen bekommen vor Beginn der ersten Baseline das Tagebuch (Beispiel-Tagebuch im Anhang) mit den sechs für ihr Kind aufgestellten Variablen sowie den sechs zugehörigen Rating-Skalen ausgehändigt. Da bei der Fremdbeobachtung Verzerrungen auftreten können, die in der Person des Beobachters liegen, sollen die Tagebücher immer von derselben Person ausgefüllt werden. Das lässt sich jedoch im Falle von Kindern, die institutionell betreut werden, nicht gewährleisten, so dass eine umfangreiche Einführung für alle am Ratingverfahren Beteiligten erforderlich ist. Neben den Kodierungen der Items auf der bipolaren Skala können wichtige Ereignisse des Tages vermerkt werden. Dies dient zum einen der Erfassung möglicher Störvariablen, zum anderen können sich diese Informationen im Rahmen der qualitativen Auswertung als nützlich erweisen. Die Einträge in das Tagebuch sollen täglich am Abend vorgenommen werden und sich auf die beobachteten Verhaltensweisen des gleichen Tages beziehen.

Der Zeitraum der Erfassung erstreckt sich vom Beginn der ersten Baseline (3 Wochen = 21 Tage), über den Zeitraum der Intervention (20 Wochen = 140 Tage)

bis zum Ende der zweiten Baseline (21 Tage), so dass zu jeder Variablen 182 Ratings vorgenommen werden müssen, bei sechs Variablen insgesamt also (6x182=) 1092 Ratings.

Therapeuten-Tagebücher

Die Tagebücher der Therapeuten gleichen denen der Bezugspersonen bis auf zwei wesentliche Unterschiede:

1. Die Ratings der Therapeuten können sich nur auf die Interventions-situation beziehen und sind deshalb auch auf den Interventionszeitraum be-schränkt. Die Eintragungen erfolgen 2x pro Woche im unmittelbaren Anschluss an die Therapien.
2. Die Kodierungen erfolgen im Co-Rater-Verfahren, d.h., die beiden Therapeuten einigen sich auf einen Wert.

Es ergeben sich so für jedes Kind (40x6=) 240 Einschätzungen.

Quantitative Auswertung der Daten

Im Rahmen der quantitativen Auswertung der Therapeuten-Tagebücher wird für jede der sechs Variablen („Angemessenes Bewegungsverhalten“, „Achtsamkeit mit dem eigenen Körper“, „Angemessene Nähe-Distanz-Regulation auf körperlicher Ebene“, „Angemessene Nähe-Distanz-Regulation auf Beziehungsebene“, „Imponierender Konflikt“ und „Imponierendes Strukturdefizit“) eine Tabelle erstellt, in der die Mittelwerte aller vier Kinder in jedem der vier Behandlungsabschnitte eingetragen werden. Das bedeutet, dass die Spalten nicht „statistisch unabhängig“ sind und deswegen keine Varianzanalyse durchgeführt werden konnte. In dieser Situation kommt der „Friedman-Test“ zur Anwendung.

„Der Friedman-Test ist ein statistischer Test zum Vergleich von drei oder mehr gepaarten Stichproben. Da er keine Normalverteilung der Daten in den Stichproben voraussetzt, zählt er zu den nicht-parametrischen Verfahren. Er ist die parameterfreie Alternative zur ANOVA mit wiederholten Messungen und wurde benannt nach dem amerikanischen Wirtschaftswissenschaftler Milton Friedman, der ihn entwickelt hat und 1937 in der Fachzeitschrift *Journal of the American Statistical Association* veröffentlichte.“

([http://de.wikipedia.org/wiki/Friedman-Test_\(Statistik\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Friedman-Test_(Statistik)))

„Parametrische“ Verfahren sind Verfahren, bei denen eine Normalverteilung der Daten vorausgesetzt wird. „Nichtparametrische“ Verfahren sind entsprechend Verfahren, bei denen keine Normalverteilung vorausgesetzt wird.

„Normalverteilung“ bedeutet, dass sich die Daten gemäß der Gauß'schen Glockenkurve verteilen. Würde man die Daten in einem Histogramm darstellen, dann sollte dieses Histogramm in etwa die Form einer Gauß'schen Glockenkurve haben.

„Gepaarte Stichproben“ bedeutet, dass die Stichproben zu verschiedenen Zeitpunkten an den gleichen „Probanden“ gemessen wurden – in der vorliegenden Untersuchung also jeweils die (Mittel-)Werte der Kinder in den verschiedenen Stadien der Therapie. Gepaarte Stichproben sind nicht unabhängig, da z.B. ein Kind, das beim ersten Zeitpunkt einen schlechten Wert hatte, eine höhere Wahrscheinlichkeit besitzt, beim zweiten Zeitpunkt auch einen schlechteren Wert zu bekommen als ein Kind, das beim ersten Zeitpunkt einen guten Wert hat.

Die Hypothese des Friedman-Tests lautet, bezogen auf die vorliegende Untersuchung: „Es gibt keine Unterschiede zwischen den vier Zeiträumen“. Wenn diese Hypothese stimmt, dann ist der p-Wert zwischen 0 und 1 gleichverteilt, das bedeutet: Der Test nimmt einen Wert zwischen 0 und 1 an, und zwar jeden Wert gleich wahrscheinlich. An dem p-Wert lässt sich erkennen, ob ein Ergebnis statistisch signifikant ist oder nicht. Beim Friedman-Test spricht man wie bei den meisten anderen statistischen Tests bei einem p-Wert $< 0,05$ von „signifikant“.

Neben der statistischen Auswertung der Daten mit dem Friedman-Test wird eine grafische Auswertung der Daten in Form von Verlaufskurven und Diagrammen vorgenommen. Ob der Friedman-Test auch zur Auswertung der Elterntagebücher herangezogen werden kann, ist abhängig von der Konstanz der Eintragungen und kann zum Zeitpunkt der Planung noch nicht beurteilt werden.

3.4.3.2 Nicht-standardisierte Beobachtung

Im Gegensatz zu den strukturierten Beobachtungsformen ist die qualitativ-teilnehmende Beobachtung geeignet, auch hypothetisch nicht erwartete Verhaltensweisen zu erfassen. Dazu ist es zunächst hilfreich, dem Untersuchungsgegenstand mit „gleichschwebender Aufmerksamkeit“ (Freud) zu begegnen, d.h., alle Eindrücke auf sich wirken zu lassen, ohne sie sogleich in ein vorgefertigtes theoretisches Raster einzuordnen. Die unstrukturierte Beobachtung dient demnach der Methode nach eher der Theoriegewinnung als der Theorieüberprüfung. Grenzen sind durch das Vorwissen des Beobachters dennoch gegeben. Im Rahmen von Therapieevaluationen lässt sich der Forscher von einer „doppelten Suchstrategie“ (Küchenhoff 1994, 264) leiten: Er ist offen auch für die minimalsten Äußerungen der Teilnehmer, ordnet sie vor dem Hintergrund seines theoretischen Wissens ein, speist sie dann als Interpretationen und Deutungen wieder in den Therapieprozess ein, generiert neue Detailinformationen usw. „Diese Suchstrategie ist der Dialektik von Teil und Ganzem verpflichtet“ (ebd.). Die Theorie (das „Ganze“) ist wichtig für das Verständnis des Konkreten, umgekehrt wird durch die konkreten Details die Gesamtheit überhaupt erst geschaffen. Im Rahmen des qualitativen Paradigmas dieser Untersuchung sollen also in der Breite möglichst viele verschiedene Informationen über das Geschehen in der Therapie erhoben werden. Die Prüfung der zweiten Hypothese *„Ein bewegungsorientiertes Angebot kann für den individuellen Jungen, mit seiner traumatischen Lebensgeschichte, eine geeignete Unterstützung bei der Bewältigung seiner Probleme sein“*, erfolgt dann vor dem Hintergrund der theoretischen Überlegungen unter dem Gesichtspunkt, welche angenommenen Faktoren tatsächlich einen Einfluss gehabt haben.

Videoaufzeichnungen

Lamnek (1989b) bezeichnet die Aufzeichnungen von Beobachtungen per Video als ideal, „weil man dann in der Lage wäre, die Beobachtung beliebig oft zu reproduzieren und unter den verschiedensten Gesichtspunkten das Material zu sichten und zu analysieren“ (291). Im Rahmen der Untersuchung sind Videoaufzeichnungen verhältnismäßig leicht zu realisieren, da die räumlich engen Grenzen der Interventionsorte eine Erfassung des Geschehens mit einer Kamera an einem Standort zulassen. Eine Ausnahme bilden die Ausritte im

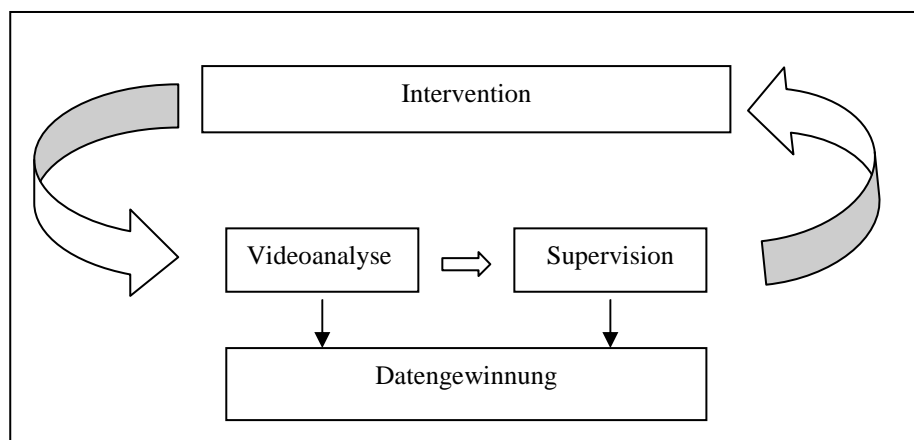
Rahmen des reitbezogenen Angebotes, hiervon lassen sich keine Aufzeichnungen anfertigen. Einer Beeinflussung des Verhaltens der Kinder durch eine Videokamera wird entgegengewirkt, indem sie hinter einem Einwegspiegel platziert wird und dadurch für die Kinder nicht sichtbar ist. Für die Situation in der Reithalle wird davon ausgegangen, dass das Pferd die Aufmerksamkeit der Kinder stark bindet und die Kamera dadurch vergleichsweise uninteressant bleibt. Aus ethischen Gründen werden die Kinder und die Bezugspersonen über das Videografieren der Therapiestunden informiert und ihr Einverständnis dazu wird schriftlich eingeholt. Es ergeben sich so insgesamt 40 Stunden Videomaterial, das unter dem Gesichtspunkt des Verstehens ausgewertet wird. „Verstehen geschieht – gerade wenn es sich auf Kommunikation bezieht – durch Interpretation“ (Lamnek 1989a, 181). Da es in psychotherapeutischen Zusammenhängen aber nicht nur auf das Verständnis des Gesprochenen, sondern ganz besonders auf das Verständnis der in den therapeutischen Situationen enthaltenden *Szenen* ankommt, hat der Psychoanalytiker Alfred Lorenzer den Begriff des „szenischen Verstehens“ (1973) geprägt. Dieses richtet sich in erster Linie auf das Erkennen von Interaktionsmustern, die als unbewusste Wiederholungen früh erlernter Beziehungsmuster verstanden werden. Damit ist das „szenische Verstehen“ nicht zu trennen von dem Konzept der Übertragung und Gegenübertragung, das im Rahmen der Fallbesprechungen (s. nächster Absatz) im Fokus steht. Neben dem Interaktionsgeschehen können im Rahmen der Videoanalysen auch die Bewegungen und Körperreaktionen der Kinder analysiert und ihre versteckten Bedeutungen zu verstehen versucht werden. Unter dem Vorzeichen, dass menschliches Verhalten grundsätzlich einen Sinn ergibt, erweisen sich nach Seewald (1997) „Leiblichkeit und Bewegung als Quellen der Sinnschöpfung und des Verstehens“ (10). Kinder schreiben ihre ersten Geschichten mit dem Körper, ihren Bedeutungen wird mit ihrer Leiblichkeit und ihren Bewegungen Ausdruck verliehen. Sowohl die körperlichen als auch die Beziehungs-Inszenierungen der Kinder im Rahmen der Therapiestunden verweisen auf ihr „Thema“, womit die „lebensgeschichtlich dominierende Sinngestalt“ (Seewald 1992, 217) gemeint ist.

Fallbesprechungen

Kinder bringen ihre Beziehungsmuster in der Regel unmittelbar im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation in die therapeutische Beziehung ein. Die Therapeuten werden mit massiven und oft ambivalenten Bindungsangeboten konfrontiert, die von der Bereitschaft zu lieben bis zum grenzenlosen Hass reichen. Zwischen Kind und Therapeut entwickelt sich vom ersten Moment an eine Beziehungsdynamik, die für einen Therapieerfolg sowohl förderlich als auch schädlich sein kann. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die therapeutische Beziehung regelmäßig kritisch zu reflektieren. In diesem Zusammenhang finden alle vier Wochen Fallbesprechungen mit dem Untersucher statt, der in Vorbereitung auf diese Besprechungen die Videoaufzeichnungen der vergangenen vier Therapiestunden studiert hat. Die Reflexion der therapeutischen Beziehung besteht in erster Linie aus der Bewusstmachung der Gefühle, die von den Jungen auf die Therapeuten gerichtet werden („Übertragung“), sowie der Gefühle, mit denen die Therapeuten die empfangenen Gefühle „beantworten“ („Gegenübertragung“). Die Analyse dieses Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens ist in den psychoanalytisch und psychodynamisch orientierten Therapieverfahren von sehr hohem diagnostischen Wert. Sie setzt jedoch voraus, dass der Therapeut unterscheiden kann, ob seine Gefühle eine Reaktion auf die Übertragung des Patienten sind oder seine eigene Übertragung. Ein Problem des Konzeptes besteht in seiner relativen Unschärfe, wodurch es bei Nicht-Analytikern dem Verdacht der Beliebigkeit ausgesetzt ist und insbesondere in Forschungszusammenhängen die Frage aufwirft, welche soziale Realität eigentlich durch diese Begriffe erfasst wird (vgl. Wolff 1994, 57). In den Fallbesprechungen können die Gefühle, Gedanken und Vorurteile der Therapeuten gegenüber den Teilnehmern benannt und reflektiert werden. Sie werden ergänzt durch die „szenischen“ Eindrücke und deren Interpretationen, die der Untersucher bei der Durchsicht der Videos gewonnen hat. Über diesen Weg des intersubjektiven Abgleichs zwischen der Innen- und der Außenperspektive kann dem Ziel, die „sozialen Tatsachen“ (ebd.) der therapeutischen Situation abzubilden, ein Stück näher gekommen werden.

Zusammenfassung

Die Videoaufzeichnungen und Fallbesprechungen können unter psychodynamischen Gesichtspunkten qualitativ ausgewertet werden. Dabei sind insbesondere die Reflexionen der Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene und das szenische Verstehen vom Interaktionsgeschehen sowie vom Bewegungsverhalten von Bedeutung. Das Verständnis beider Aspekte erhöht die Qualität der therapeutischen Arbeit maßgeblich. Die Erkenntnisse aus den Videoanalysen und Fallbesprechungen fließen so wieder in den therapeutischen Prozess ein, wie in der folgenden Grafik dargestellt wird.



Dar. 3.8: Formen der Datengewinnung über die unstrukturierte Beobachtung

Der Forscher und das Beobachtungsfeld stehen damit über die Therapeuten in einem interaktiven Prozess, so dass der Untersucher auch ohne direkte face-to-face-Beziehung zum Forschungsgegenstand aktiv an der Untersuchungssituation partizipiert.

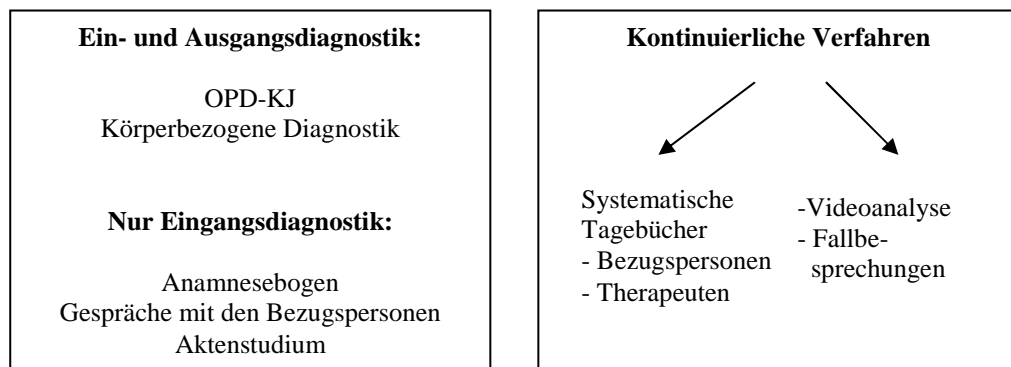
3.5 Zusammenfassung

Zur Evaluation der Maßnahme wurde als Forschungsstrategie eine Einzelfallstudie (n=4) gewählt, die sowohl quantitativer als auch qualitativer Art ist. Im Rahmen des quantitativen Ansatzes wird das Augenmerk darauf gerichtet, ob eine Veränderung der untersuchten Variablen gemessen werden kann. Es wurden Hypothesen aufgestellt und operationalisiert sowie die Methoden der Datenerhebung diskutiert. In dem qualitativ geprägten Forschungsansatz steht das Bemühen um das Verstehen des Verhaltens der Kinder im Vordergrund. Hierzu werden alle Therapiestunden videografiert und unter psychodynamischen

Gesichtspunkten ausgewertet. Zusätzlich soll sich durch eine Analyse des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens in den Supervisionen dem Verstehen genähert werden.

Von zentraler Bedeutung ist in der vorliegenden Untersuchung die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“. Sie bildet sowohl das Instrument zur Veränderungsmessung im Prä-Post-Vergleich als auch den Ausgangspunkt für die Bestimmung der allgemeinen und individuellen Therapieziele.

In der folgenden Übersicht werden die Erhebungsinstrumente zusammenfassend dargestellt:



Dar. 3.9: Übersicht über die Erhebungsinstrumente

Die im linken Kasten aufgeführten Instrumente sind als Ausgangspunkt für die Entwicklung der systematischen Tagebücher, zum besseren „Verstehen“ im Rahmen des qualitativen Forschungsansatzes sowie für die individuelle Therapieplanung von Belang. Die Tagebücher als änderungssensitives Verfahren werden eingesetzt, um die operationalisierten Hypothesen im Rahmen des quantitativen Forschungsansatzes zu überprüfen. Die Analysen der Videoaufzeichnungen aller Therapiestunden sowie die regelmäßigen Fallbesprechungen mit den Therapeuten sollen zum einen Hinweise darauf geben, welche Faktoren welchen Einfluss auf das Behandlungsergebnis nehmen, und zum anderen ein tieferes Verständnis des Erlebens der Teilnehmer ermöglichen.

4 Durchführung der Studie

Die Untersuchung konnte plangemäß durchgeführt werden. Alle vier Teilnehmer sind bis zum Ende der Maßnahme regelmäßig zu den Terminen erschienen. Auch bei den Therapeuten kam es zu keinen Ausfallzeiten, so dass die Intervention in der vorhergesehenen Form stattfinden konnte.

Zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Teilnehmer wird in den nun folgenden Kasuistiken der Name geändert. Auch leichte Abänderungen der Biografie werden vorgenommen, um mögliche Rückschlüsse auf die wahre Person zu verhindern. Sinnzusammenhänge sowie die Familien- und Psychodynamik des Einzelfalls bleiben von diesen Modifikationen unberührt.

Die Darstellung der Einzelfälle erfolgt einleitend unter der Angabe anamnestischer Daten. Anschließend werden die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung dargelegt und die individuellen Therapieziele differenziert aufgeführt. In der Folge erhält der Leser ausführliche Informationen zum Verlauf und zur Auswertung der Therapie. Im Hinblick auf die Post-Untersuchung mit der OPD-KJ muss hinzugefügt werden, dass von einer allenfalls geringen Abweichung vom Erstbefund ausgegangen wird.²² Neben methodischen Problemen (die beiden Rater der Ein- und Ausgangsdiagnostik sind identisch, so dass ihnen bei der abschließenden Erhebung die Befunde aus der ersten Erhebung vorlagen; d.h. die Ratings wurden nicht unabhängig voneinander vorgenommen) liegt der Grund für diese Einschätzung insbesondere im Instrument selbst: Die OPD-KJ erfasst strukturell tief verwurzelte Persönlichkeitsmerkmale, habituelle Beziehungsmuster und zeitlich überdauernde Konfliktthemen mit einem vergleichsweise groben System. Unter diesen Voraussetzungen von gravierenden Veränderungen auszugehen wäre vermessen. Den Abschluss der Falldarstellungen bilden Prognosen zur weiteren Entwicklung.

²² An Untersuchungen mit 50 Patienten haben Grande et al. (2000) die relative Stabilität des OPD-Befundes im Verlauf stationärer Psychotherapie ermitteln können.

4.1 Kevin: Vorgeschichte, Symptomatik, Diagnosen

Der 7-jährige Kevin lebt seit drei Jahren bei seinem Vater und dessen zweiter Ehefrau. Zum Haushalt gehören ferner deren 14-jährige Tochter und ein 3-jähriger gemeinsamer Sohn. Kevin hat die ersten 2,5 Jahre seines Lebens bei seiner leiblichen Mutter, insgesamt gut sechs Monate in Kliniken, zwei Jahre in vier verschiedenen Pflegefamilien und 1,5 Jahre bei seinen Großeltern väterlicherseits gelebt und wurde unmittelbar vor Beginn der Fördermaßnahme drei Monate stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt. Kevin wirkt zunächst quicklebendig, fröhlich und frech, vom äußeren Erscheinungsbild ist er ein sehr gepflegter, hübscher Junge.

Anlass für die Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren massive Aggressionen gegen andere und gegen Gegenstände, geschwisterliche Eifersucht, Lügen, Stehlen, motorische Unruhe und Konzentrationsstörungen. Ein Jahr zuvor hatte Kevin während eines Besuchs bei den Großeltern ein Feuer entfacht, das den Einsatz der Feuerwehr notwendig gemacht und einen Schaden von 100.000 € verursacht hatte. Seine Eltern waren bei der Vorstellung in der KJP nervlich schwer belastet, es sei kein normales Familienleben mehr möglich, die Tochter der Lebensgefährtin wollte „wegen Kevin“ ausziehen. Dieser habe seinen dreijährigen Bruder „grün und blau“ geschlagen und ihn gewürgt, es ginge eine lebensgefährdende Bedrohung von dem Jungen aus. Die stationäre Therapie wurde nach 3 Monaten ohne deutliche Symptomlinderung beendet.

Bei Kevin wurden folgende Diagnosen gestellt:

ICD-10 F 94.2 – G: Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

ICD-10 F 90.1 – G: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Kevin's Therapeutin meldete Kevin für unsere Maßnahme an, damit er dort seinen großen Bewegungsdrang stillen und lernen könne, ein wenig zur Ruhe zu kommen.

Folgende Informationen und Quellen bilden die Grundlagen für die folgende Falldarstellung:

- ❑ Gespräch mit der Stiefmutter von Kevin sowie deren Mutter
- ❑ Elterngespräch mit dem Vater und der Stiefmutter
- ❑ Eingangsdiagnostik Therapiemaßnahme
- ❑ Vorbefunde der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

4.1.1 Psychosomatische Anamnese und Biografie

Kevins Eltern trennten sich unmittelbar nach der Geburt des Kindes, Kevin wuchs zunächst bei seiner Mutter auf. Im Alter von 2,5 Jahren wurde Kevin mit schweren Verletzungen (Frakturen, Hämatome, blaues Auge, aufgeplatzte Lippe) ins Krankenhaus eingeliefert, wo er mehrere Monate behandelt wurde. Die Verletzungen waren ihm vom neuen Lebensgefährten der Mutter zugefügt worden. Nach dem Klinikaufenthalt wurde Kevin nacheinander in vier verschiedenen Pflegefamilien untergebracht, in keiner erwies er sich als tragbar. Daraufhin nahmen die Großeltern väterlicherseits den Jungen für 1,5 Jahre in ihre Obhut, bis der Großvater mit einem Nervenzusammenbruch in psychiatrische Behandlung kam. Erst dann zeigte sich der Vater von Kevin bereit, ihn in seine neue Familie aufzunehmen. Unterstützung erhielt die Familie vom „Kinderärztlichen Dienst für vernachlässigte und missbrauchte Kinder“.

Im Kindergarten hatte Kevin größte Schwierigkeiten, sich zu integrieren. Er akzeptierte keinerlei Einschränkungen und geriet sehr häufig in handfeste Auseinandersetzungen mit anderen Kindern, so dass eine 1:1-Betreuung erforderlich wurde. Bei den anderen Kindern erzeugte Kevin Angst. Weiterhin fiel auf, dass Kevin stahl und log und keinerlei Unrechtsbewusstsein zeigte. Auf motorischer Ebene zeigte sich eine immense Unruhe und Zappeligkeit, häufig warf er Sachen um oder stopfte sich die Lebensmittel mit beiden Händen gierig in den Mund.

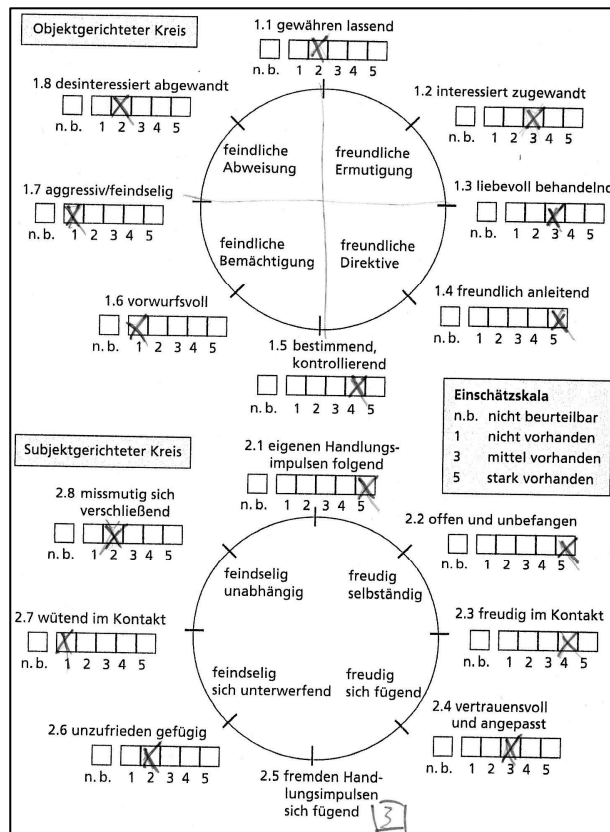
Den stationären Aufenthalt in der KJP etikettiert die Stiefmutter von Kevin als „nutzlos“, ebenso die Ergotherapie und die Spieltherapie. Lediglich die begonnene Sprachtherapie zeigte Erfolge, er spreche nun etwas deutlicher.

Als Hauptbelastungspunkt bezeichnet sie Kevins massive Aggressivität, er zerstöre seine gesamten Spielsachen und habe die Wohnzimmercouch mit einem Messer aufgeschlitzt. Den jüngeren Halbbruder habe er unlängst mit einem Messer verletzt. Sorgen bereite ihr ferner seine Distanzlosigkeit, er gehe „mit jedem mit“. Regeln und Grenzen einzuhalten gelinge ihm so gut wie nie. Als Ressource benennt sie seine Hilfsbereitschaft.

4.1.2 Ergebnisse der Eingangsdagnostik

OPD-KJ: Beziehungssachse

Auf der Beziehungsebene erleben wir einen Jungen, der vordergründig beschwingt Kontakt aufnimmt und der neuen Situation mit großer Offenheit begegnet. Er exploriert sofort die Halle und probiert alle möglichen Spielgeräte aus. Nach wenigen Minuten hat er alles erkundet und lässt sich trotz anhaltender



Dar. 4.1: Befunderhebung Achse Beziehung, OPD-KJ, Kevin: Eingangsdagnostik

extremer motorischer Unruhe auf ein kurzes Gespräch ein. Dabei ist der Therapeut stark bemüht, Unmut und Unlust bei Kevin zu vermeiden, so reichert er die Gesprächssequenz erlebnisbetont an, indem er sie als Interviewsituation mit Mikrofon gestaltet. Kevin ist permanent in Bewegung und redet ohne Unterlass, der Untersucher muss ihm „auf Schritt und Tritt“ folgen und ihn dabei immer wieder deutlich begrenzen. Dazu ist Körperkontakt notwendig, da Kevin auf das gesprochene Wort kaum reagiert.

OPD-KJ: Konfliktachse

Auf der Konfliktebene dominiert ein Selbstwertkonflikt im gemischten Verarbeitungsmodus. Kevin vollführt während der Eingangsdagnostik allerlei Kunststücke (Purzelbaum, Radwende), die trotz der mäßigen Ausführung vom Untersucher übertrieben stark gelobt und bewundert werden. Es bestehen im Gegenüber Ängste, in Kevin Gefühle von Kränkung zu erzeugen, da Kränkungserlebnisse zum völligen Einbruch des Selbstwertgefühls führen würden und deshalb abgewehrt werden müssten. Bei den Übungen zum „Gegeneinander“ stellt sich der eher schwächliche Kevin wie ein Bodybuilder in Pose und verweist auf seine „Muckis“. Beim Gegenüber erzeugt er aufgrund der virulenten Selbstwert-

problematik Mitleid und Sorge, mit zunehmender Dauer aber auch Wut und das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden. Neben dem Selbstwertkonflikt imponiert ein Macht-/Ohnmachtkonflikt im aktiven Verarbeitungsmuster. Es besteht ein starker Wunsch, Situationen bestimmen und kontrollieren zu können, Einschränkungen, z.B. in Form von Regeln, werden nicht geduldet. In der Untersuchungssituation gibt er ständig Anweisungen und Kommandos und verleitet den Therapeuten, stark von seiner Struktur abzuweichen und sich den Handlungsimpulsen des Kindes zu fügen.

Konflikt	Nicht vorhanden	Vorhanden und wenig bedeutsam	Vorhanden und bedeutsam	Vorhanden und sehr bedeutsam	Nicht beurteilbar
Abhängigkeit vs. Autonomie		x			
Unterwerfung vs. Kontrolle			x		
Versorgung vs. Autarkie		x			
Selbstwertkonflikt			x		
Loyalitätskonflikte		x			
Ödipale Konflikte		x			
Identitätskonflikte		x			
Konflikthafte Lebensbelastung	x				
Modus der Verarbeitung	Gemischt eher aktiv				
Wichtigster Konflikt	Selbstwert				
Zweitwichtigster Konflikt	Unterwerfung vs. Kontrolle				

Dar. 4.2: Befunderhebung *Achse Konflikt*, OPD-KJ, Kevin: Eingangsdiagnostik

OPD-KJ: Strukturachse

Auf der strukturellen Ebene ist ein desintegriertes Strukturniveau im Bereich „Selbst- und Objektwahrnehmung“ feststellbar, das Selbstbild ist äußerst indifferent, es wechseln sich selbstabwertende mit grandiosen Selbstbeschreibungen ab. Allenfalls gering ausgeprägt ist das Strukturniveau im Bereich der „Steuerung“. Bei Kevin bestehen trotz verschiedener Hilfemaßnahmen unzureichende Fähigkeiten, negative Emotionen abzupuffern, wodurch es immer wieder zu abwehrbetonten und kontraphobischen Verhaltensmustern mit massiv-aggressivem Charakter kommt. Kevins „Kommunikative Fähigkeiten“ variieren in Abhängigkeit vom Gesprächspartner, grundsätzlich ist er in der Lage, Kontakt herzustellen und auch zu halten, Reziprozität kann entstehen. Aufgrund der immens hohen Affektlabilität mit Impulsdurchbrüchen stellt er Beziehungen jedoch immer wieder auf die Probe. Als imponierendes Strukturdefizit wird das indifferente Selbstbild bestimmt.

Bereich		Orientierende Einzelscores					Zusammengefasst als
Steuerung	→	5	5	5	5	5	5
Selbst- und Objektwahrnehmung	→	5	5	7	7		7
Kommunikative Fähigkeiten	→	7	7	5	5	9	5
Gesamtwert							5
Integrationsniveau 1 = gute Integration (im Sinne der Ankerbeispiele) 3 = mäßige Integration 5 = geringe Integration 7 = schlechte Integration/Desintegration 9 = nicht beurteilbar							

Dar. 4.3: Befunderhebung *Achse Struktur*, OPD-KJ, Kevin: Eingangsdiagnostik

Qualitative körper- und bewegungsbezogene Diagnostik

Bewegungsverhalten und körperlicher Ausdruck

Kevins Bewegungsverhalten ist von äußerster Unachtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper geprägt. Im Verlauf der Untersuchungssituation fügt er sich wiederholt Verletzungen zu, weil er Gefahren nicht richtig einschätzt oder Gefahrenquellen nicht wahrnimmt. Er überschätzt seine motorischen Fähigkeiten deutlich und traut sich entsprechend viel zu. Schmerzen artikuliert er, fordert aber keine Versorgung ein und nimmt auch keine Versorgungsangebote an. Seine

Schienbeine und sein Kopf sind voller Beulen und blauer Flecken. Kevins Bewegungsverhalten ist rastlos und getrieben, die Kriterien für die Diagnose „Hyperkinetische Störung“ werden in der Untersuchungssituation erfüllt. Er kann nicht abwarten, bis Erklärungen zu Ende formuliert sind, stillsitzen ist ihm nicht möglich. Kevin verfügt über wenig Kontrolle über seinen Körper, sein Bewegungsverhalten ist enthemmt, unbesonnen und ungestüm. Kevins Umgang mit dem Körper des Untersuchers ist von einem Mangel an Distanz gekennzeichnet. Er geht ohne Scheu und unangemessen vertrauensvoll in den körperlichen Kontakt und stellt während der Untersuchung Situationen her, die einen Körperkontakt erfordern, scheint diesen aber nicht zu genießen. Der Untersucher kann sich entsprechend nicht „richtig“ verhalten. Geht er nicht in den Körperkontakt, riskiert er körperliche Verletzungen des Kindes und evoziert Unmut, weil er nicht auf die Spielwünsche eingeht. Ist der Kontakt dann hergestellt, ist bei Kevin ein Unwohlsein zu spüren, das im Untersucher das Gefühl hinterlässt, seinerseits distanzlos und grenzüberschreitend zu sein.

Körperbezogene Perzeptionen und Kognitionen

Kevin verfügt über eine ungenaue Vorstellung seines eigenen Körpers. Den Körperumriss legt er viel zu groß, der Kopf und die Beine stehen in keinem proportionalen Verhältnis zum restlichen Körper. Er kann die einzelnen sichtbaren Körperteile benennen, an Organen fällt ihm aber außer dem Herzen nichts ein.

Körperbezogene Emotionen

Bei der Frage nach ihm bekannten Körpergefühlen äußert er „Schmerz“, positive Emotionen assoziiert er nicht. Ob er seinen Körper und sein Aussehen mag, kann Kevin nicht eindeutig beantworten, er ist da ambivalent. Auf der einen Seite betont er immer wieder seine „Muckis“, auf der andern Seite findet er sich hässlich. Insgesamt bereitet ihm das Sprechen über seinen Körper und das Reflektieren seiner Körpergefühle deutliches Unbehagen, so dass der Untersucher diese Sequenz sehr kurz hält und nicht auf die Beantwortung aller Fragen insistiert.

Zusammenfassung des diagnostischen Eindrucks

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es sich bei Kevin um ein massiv bindungstraumatisiertes Kind handelt, das zudem schwerste körperliche Gewalt in früher Kindheit erfahren hat. Er zeigt ein enthemmtes Bindungsverhalten mit sozialer Promiskuität. Es haben sich im Zuge der vielen Wohnortwechsel und des langen Krankenhausaufenthaltes keine verlässlichen Objektbeziehungen aufbauen lassen, so dass sich auch kein Urvertrauen entwickeln konnte. Sprunghaftigkeit und Fahrigkeit sind stark ausgeprägt, Kevin wirkt getrieben und rastlos.

4.1.3 Therapieziele

Therapieziel 1: Situationsangemessenes Bewegungsverhalten

Das hyperaktive Verhalten ist im Sinne einer Traumafolgestörung zu verstehen: Es besteht ein Dauerzustand höchster vegetativer Übererregtheit. Diese Körpergefühle sind direkt mit den Gefühlen aus der Misshandlungssituation gekoppelt und werden in nahezu jeder Interaktion mit anderen Menschen getriggert. Es kann zudem gemutmaßt werden, dass das rastlose Verhalten Ausdruck lebensbestimmender innerer Unruhe ist und der Abwehr immenser Traurigkeit und Verzweiflung dient. Da die Hyperaktivität zu erheblichen Schwierigkeiten in sozialen Zusammenhängen führt, muss eine bessere Kontrolle des Bewegungsverhaltens erfolgen, um weitere Folgestörungen zu vermeiden. Die Schaffung eines sicheren Ortes mit haltgebenden Erwachsenen ist von grundlegender Bedeutung, damit Kevin sich von der Aufgabe entbinden kann, selbst für Ordnung und Sicherheit sorgen zu müssen. Möglicherweise ist er dann dazu in der Lage, Entspannung ansatzweise zuzulassen.

Therapieziel 2: Achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper

Kevin's waghalsiges und enthemmtes Bewegungsverhalten birgt große Gefahren für seine körperliche Unversehrtheit und führt zu den schmerzvollen Körpergefühlen, die Erinnerungen an die Misshandlungssituation hervorrufen. Es ist ihm bislang noch nicht möglich, positive Körpererfahrungen in Form eines stimmigen Körperkontaktes z.B. im Rahmen von Versorgungsangeboten anzunehmen. Ein achtsamer und besonnener Umgang mit dem eigenen Körper setzt positive Körpererfahrungen voraus. Es ist nicht anzunehmen, dass Kevin diese vor seinem biografischen Hintergrund im Kontakt zu erwachsenen Menschen zulassen kann,

deswegen ist hier der Umgang mit dem Pferd von besonderer Bedeutung. Daneben können ihm Situationen angeboten werden, die ohne direkten Körperkontakt positive Körperempfindungen ermöglichen und dabei auch regressive Bedürfnisse befriedigen, z.B. das genussvolle, langsame Schaukeln in einer Hängematte.

Therapieziel 3: Angemessener körperlicher Umgang mit anderen

Bei Kevin besteht eine große Ambivalenz zwischen der „Sehnsucht nach“ und der „Angst vor“ dem Körperkontakt zu erwachsenen Bezugspersonen. Seine Nähe-Distanz-Regulation oszilliert zwischen Distanzlosigkeit und Kontaktvermeidung. Er benötigt einen wohlwollenden Erwachsenen als Regulativ, der ihm nicht zuviel und nicht zu wenig Körperkontakt anbietet und ihn auf ein stimmiges Verhältnis von Nähe und Distanz hinweist.

Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten

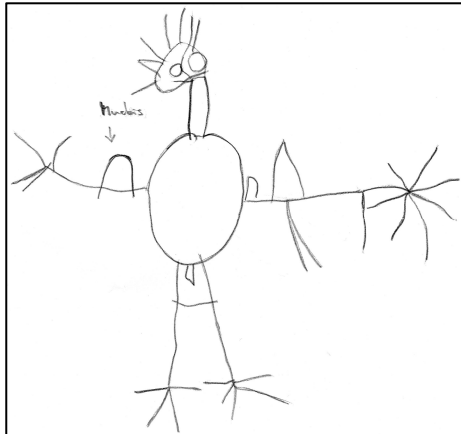
Im Kontakt zu Kevin stellt sich nach anfänglichem Wohlwollen und Freude angesichts der Lebhaftigkeit des Kindes rasch Gereiztheit und Ärger ein, da das Kind schlecht hört und jedwede Regel hinterfragt. Der Erwachsene fühlt sich entmachtet und muss seinerseits Macht demonstrieren, um sich zu behaupten. Diese Beziehungsgestaltung in der Macht-/Ohnmachtlogik bedarf einer Musterunterbrechung durch einen angemessen grenzsetzenden Erwachsenen, der sich nicht zu einer Rollenumkehr verleiten lässt und zu einer herrschaftsfreien Kommunikation in der Lage ist. Alles andere würde aus der Sicht des Kindes auf die Schwäche des Erwachsenen verweisen und entsprechend die Befürchtung begründen, bei diesem nicht sicher zu sein.

Therapieziel 5: Selbstwertstabilisierung

Das Angenommenwerden bildet die Basis für die Entwicklung von Selbstwertgefühl. Kevin ist von seinen primären Bindungspersonen immer wieder verlassen, in den ersten Lebensjahren auch misshandelt worden. In der Folge der Misshandlung und v.a. der wiederholten Bindungsabbrüche, die von dem Jungen als Abschiebung und Ablehnung seiner Person interpretiert wurden, haben sich gravierende Minderwertigkeitsgefühle entwickelt, die meistens mit Größenphantasien abgewehrt werden. Das Therapieziel besteht darin, Kevin über eine

ressourcenorientierte Arbeitsweise und besonders über kontinuierliche und verlässliche Bindungsangebote selbstwertsteigernde Erlebnisse und Erfahrungen von Angenommen- und Geachtetwerden zu ermöglichen.

Therapieziel 6: Entwicklung eines realistischen Selbstbildes



Dar. 4.4: *Selbstbildnis Kevin* vor Therapiebeginn

Der Körper wird von Kevin sehr in den Dienst des Selbstwerterhalts gestellt. Er bringt sich in gefährliche Situationen und leitet über deren Bewältigung eine Selbstwertbestätigung ab. Größenphantasien hinsichtlich seiner Kraft und motorischen Geschicklichkeit sind sichtbar. Gleichzeitig fühlt er sich hässlich und erlebt ein ums andere Mal körperliche Schmerzen. Er hat im Sinne einer strukturellen Identitätsdiffusion große Schwierigkeiten, sich ange-

messenen einzuschätzen. Das Therapieziel besteht darin, Kevin über körper- und bewegungsbezogene Angebote und über eine sachliche Bewertung seiner Leistungen zu ermöglichen, ein angemessenes und realistisches Selbstbild zu entwickeln.

4.1.4 Therapieverlauf

Kevin nahm nicht durchgängig an dem Therapieangebot teil. Neben der fehlenden Hoffnung seiner Stiefmutter, dass Kevin von der Maßnahme profitieren könnte, lag dies auch an seiner mangelnden Bindungsfähigkeit. Wenn er anwesend war, suchte er die enge Begleitung eines Erwachsenen, doch über diese Begleitung stellte sich keine überdauernde emotionale Beziehung her. Kevin war weder an die Therapeuten, noch an die Gruppe noch an die Pferde gebunden. Er konnte jedoch seinen Selbstwert über die Bewältigung schwieriger Bewegungsaufgaben und durch Siege in Wettkampfspielen stabilisieren. Dabei verwies er gerne auf seine Kraft – ganz offensichtlich wurde der Körper von Kevin also weiterhin erfolgreich in den Dienst der Selbstwertregulation gestellt.

4.1.4.1 Qualitative Auswertung

Bei Kevin lagen ungünstige Therapievoraussetzungen vor. Das Therapie- und Arbeitsbündnis hat sich nicht zufriedenstellend entwickeln können, die Veränderungsmotivation auf Seiten des Jungen war gering. „Glaube, Liebe, Hoffnung“ benennt Wampold (2001) als mitentscheidende Wirkfaktoren für das Gelingen von Psychotherapien. Bei Kevin und seinen Bezugspersonen fehlte der Glaube an „die Wende zum Guten“ vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen mit pädagogisch-therapeutischen Hilfen fast vollständig. In dem Fragebogen informierte uns die Stiefmutter über das Ergebnis vorheriger Therapiemaßnahmen:

Glauben Sie, dass Ihr Kind etwas belastet? Wenn ja, was?

Nein, nichts!

In welchen anderen Fördermaßnahmen oder Therapien ~~befindet~~ befand sich Ihr Kind?

Art der Förderung	Zeitraum	Was hat sich dadurch verändert?
Sprachtherapie	ca 2 Jahre	Seine Aussprache
Ergotherapie	ca 1 Jahr	Nichts
Elisabeth-Klinik	3 Monate	Nichts
Beratungsstelle vom Jugendamt	ca 1 1/2 Jahre	Nichts

4) Sozial-emotionales Befinden und motorische Entwicklung

Dar. 4.5: Ausschnitt aus Fragebogen, ausgefüllt von Kevins Stiefmutter

Im Folgenden werden die Entwicklungen in den einzelnen Therapiezielen qualitativ beschrieben.

Therapieziel 1: Situationsangemessenes Bewegungsverhalten

Kevin konnte im Verlauf der Therapie besser zur Ruhe kommen. Es gelang ihm an der Seite des männlichen Therapeuten, seinen anfänglich sehr starken Bewegungsdrang besser zu kontrollieren. Das zeigte sich z.B. in den Anfangs- und Abschlussrunden, bei denen Kevin verhältnismäßig gut stillsitzen konnte. Hier wurde deutlich, wie seine vermeintliche Hyperaktivität mit der Qualität der Bindungsangebote im Zusammenhang steht. Zudem konzentrierte sich Kevin gut auf gestellte Bewegungsaufgaben, deren Bewältigung Ruhe und Kontrolle verlangte.

Therapieziel 2: Achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper

Es war Kevin nicht möglich, Versorgungsangebote mit direktem oder indirektem Körperkontakt, z.B. in Form von Igelballmassagen, anzunehmen. Bei der Reittherapie fehlte Kevin oft. Er zeigte eine große Scheu vor dem Pferd, seine Größe und Kraft machten ihm Angst. Im Rahmen des Angebotes in der Turnhalle beschäftigte sich Kevin sehr viel mit seinem Körper, instrumentierte diesen jedoch als Mittel, um sich und den anderen etwas zu beweisen. Immer wieder verwies er dabei auf seine Muskeln. Sein stellenweise waghalsiges Bewegungsverhalten führte oft zu kleineren Verletzungen, die er dafür nutzte, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken und Versorgung zu erhalten. Der Zusammenhang zwischen den äußerlich sichtbaren und den von ihm tabuisierten inneren Verletzungen war dabei offensichtlich. Nach der ersten Phase der Therapie, in der er sich viel produzierte und dabei unvorsichtig agierte, ging er im weiteren Verlauf achtsamer mit seinem Körper um.

Therapieziel 3: Angemessener körperlicher Umgang mit anderen

Kevin nahm auf körperlicher Ebene kaum Kontakt zu den anderen Kindern auf. So getrieben und übereifrig sein Bewegungsverhalten war, so körperlos wirkte er dennoch. Sein Körper schien „nicht bewohnt“; wenn er in manchen Situationen im Rahmen von Begrenzungen oder Hilfestellungen berührt wurde, entstand darüber keine Nähe oder Verbundenheit. Seine massiven Gewalterfahrungen mögen den Hintergrund dafür liefern. Es ist anzunehmen, dass Kevin die Misshandlungen seelisch überlebte, indem er seinen Körper dissoziativ abspaltete. Eine Re-Integration des Körpers in die Einheit von Körper und Seele war im Rahmen dieses Angebotes nicht zu leisten.

Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten

Eine Veränderung im Beziehungsverhalten konnte nicht beobachtet werden, obwohl sich Kevin im Verlauf der Therapie sukzessive leichter führen ließ. Es entstand dabei kein zunehmender Grad an Vertrautheit und Offenheit. Eine positive Bindungserfahrung in der Therapie konnte von Kevin nicht in sein „inneres Arbeitsmodell von Bindung“ (Bowlby) verankert werden.

Therapieziel 5: Selbstwertstabilisierung

Die Therapeuten und die Stiefmutter von Kevin verzeichneten übereinstimmend eine deutliche Verbesserung der Selbstwertproblematik. Im Rahmen der Therapie „leistete“ Kevin etwas, er war motorisch geschickt und hatte Mut. Aus dem Vergleich mit den anderen Kindern der Gruppe konnte er daraus eine narzisstische Bestätigung ableiten. Da ihm sein Geschick oft bestätigt wurde, musste er seine Leistungen seltener selbst in den Vordergrund stellen. In die Bewertung dieser positiven Veränderung mischen sich jedoch Bedenken, ob die körperliche Leistungsfähigkeit bei Kevins Identitätsbildung und bei der Aufrechterhaltung seines Selbstwertes nicht zu stark akzentuiert wird. Zur Zeit scheint dieser Aspekt (in dem Zusammenhang erfolgt auch immer wieder der Verweis auf seine Muskeln) von geradezu existenzieller Bedeutung. Krankheit und Hilfsbedürftigkeit müssen entsprechend als große Gefahr erlebt werden.

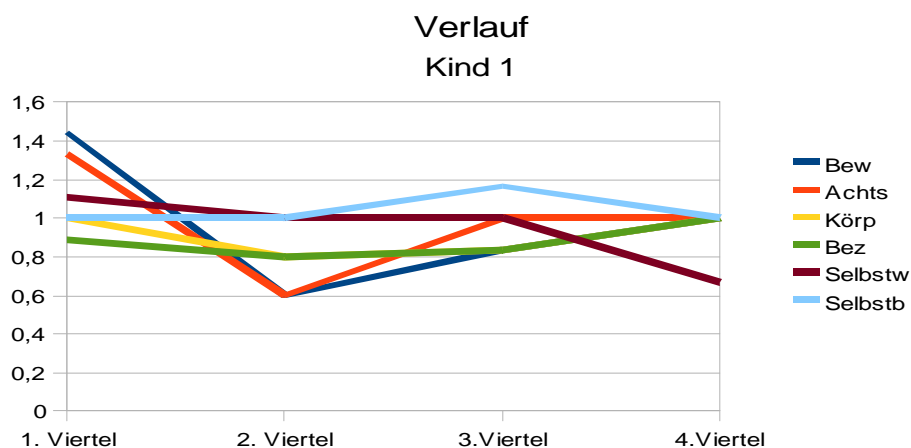
Therapieziel 6: Entwicklung eines realistischen Selbstbildes

Leider liegt kein Selbstbildnis von Kevin nach Beendigung der Therapie vor, vielleicht wären die Muskeln noch deutlicher hervorgehoben. War bei der Zielfestsetzung noch darauf verwiesen worden, ihm auch über „eine sachliche Bewertung seiner Leistungen“ eine realistische Selbsteinschätzung zu ermöglichen, so muss die Umsetzung dieser Vorgabe als gescheitert erklärt werden. Als Ursache lässt sich vermuten, dass die Virulenz der Selbstwertproblematik die Therapeuten dazu verführt haben mag, dem Kind über positive Rückmeldungen möglichst viele Erfolgserlebnisse zu verschaffen.

4.1.4.2 Quantitative Auswertung

Auswertung der Tagebücher der Therapeuten

Im Verlauf konnten die Therapeuten insgesamt eine leicht rückläufige Entwicklung der Symptomatik verzeichnen. Bei der körperbezogenen Variablen fällt eine deutliche Reduktion zwischen dem ersten und dem zweiten Therapieabschnitt auf, wobei sich der Trend im weiteren Verlauf nicht fortsetzt. Bei den Therapiezielen 4–6 sind keine nennenswerten Veränderungen zu verzeichnen.



Dar. 4.6: Grafische Darstellung der Therapeutenratings zum *Therapieverlauf Kevin*

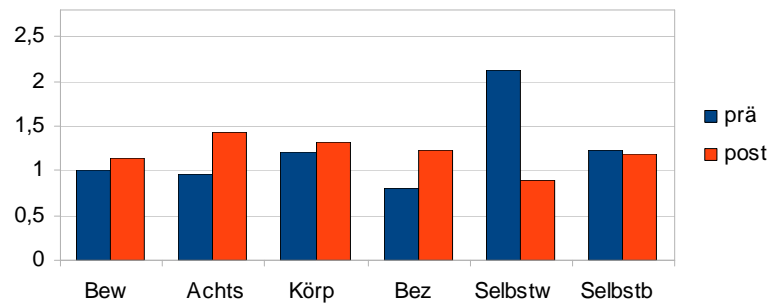
	Therapieziel 1: Angemessenes Bewegungsverhalten (blaue Linie)	Therapieziel 2: Achtsamkeit mit dem eigenen Körper (rote Linie)	Therapieziel 3: Körperlicher Umgang mit Anderen (gelbe Linie)	Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten (grüne Linie)	Therapieziel 5: Selbstwertstabilisierung (braune Linie)	Therapieziel 6: Realistisches Selbstbild (hellblaue Linie)
1. Viertel	1,44	1,3	1,0	0,88	1,1	1,0
2. Viertel	0,6	0,6	0,8	0,8	1,0	1,0
3. Viertel	0,83	1,0	0,83	0,83	1,0	1,67
4. Viertel	1,0	1,0	1,0	1,0	0,67	1,0

Dar. 4.7: Tabellarische Darstellung der Therapeutenratings zum *Therapieverlauf Kevin*

Auswertung der Tagebücher im Prä-Post-Vergleich

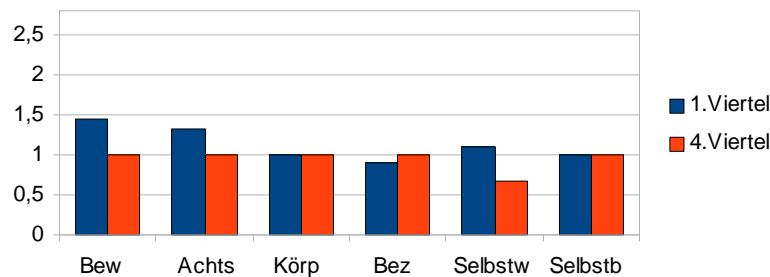
Kevin's Stiefmutter sieht eine deutliche Verbesserung bei Therapieziel 5, ansonsten eine leicht negative Entwicklung bei den anderen Zielen, am deutlichsten im Beziehungsverhalten (+0,44). Bei den Ratings der Stiefmutter ist insbesondere ihre große Skepsis gegenüber therapeutischen Interventionen zu berücksichtigen, ebenso ist eine mögliche innere Ablehnung des Kindes in Betracht zu ziehen.

Ratings Bezugspersonen Kevin



Dar. 4.8 und Dar. 4.9: Ratings Bezugsperson (oben) und Therapeuten (unten) im Prä-Post-Vergleich: Kevin

Expertenratings Kevin



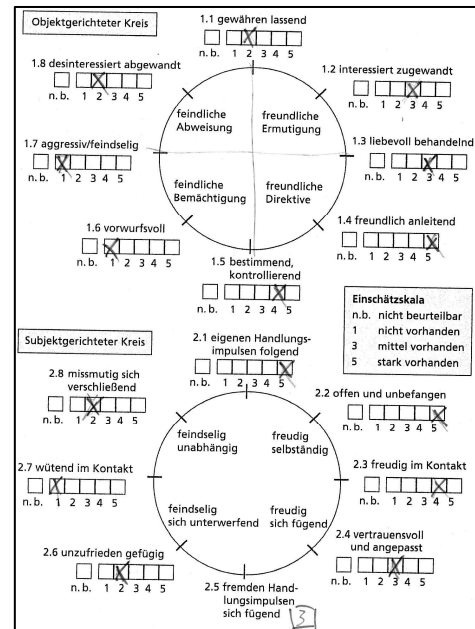
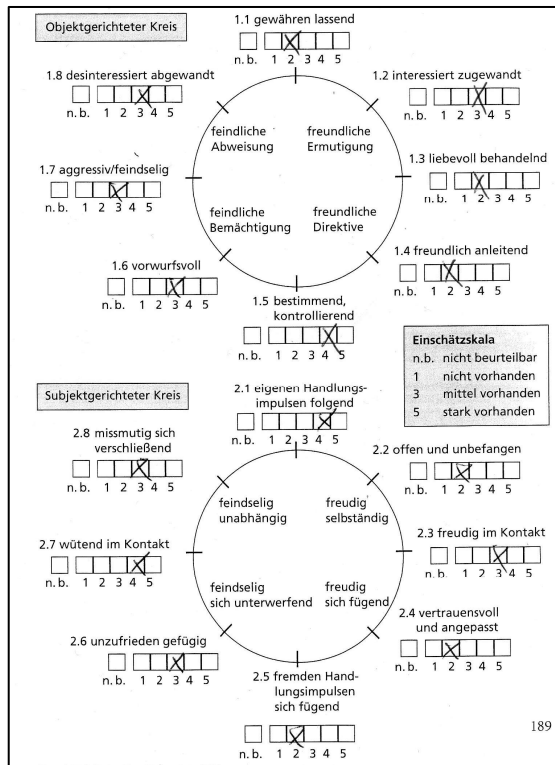
Die Ratings der Therapeuten (zum Vergleich: Mittelwerte 1. und 4. Viertel) zeigen hingegen eine positivere Entwicklung auf, insbesondere bei den Therapiezielen 1 und 5. Bemerkenswert sind die für das große Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung insgesamt verhältnismäßig niedrigen Werte.

4.1.5 Ergebnisse der Ausgangsdiagnostik

OPD-KJ: Beziehungsachse

Kevin präsentiert sich voller Energie und Lebendigkeit. Er freut sich auf die Stunde und zeigt sich interessiert am Kontakt zum Therapeuten. Dabei ist es ihm wichtig, jederzeit die Kontrolle über die Situation zu behalten. Kevin kann dem Therapeuten wenig vertrauen, zum Beispiel lässt er sich nicht mit geschlossenen Augen von ihm führen. Die Kompromissbildung bei unterschiedlichen Spielwünschen gelingt nur mühsam. Echte Freude im Kontakt entsteht in kurzen Sequenzen, wird aber immer wieder unterbrochen durch die Tendenz des Kindes,

jede Handlung im Sinne von „Können oder Nicht-Können“ sowie „Unter- oder Überlegenheit“ zu bewerten. Entsprechend werden die Beziehungsmuster stark von den dominierenden Konfliktthemen Kevins (Selbstwert und Kontrolle/ Unterwerfung) geprägt.



Dar. 4.10 und Dar. 4.11: Befunderhebung Achse Beziehung, OPD-KJ, Kevin (links: Abschlussdiagnostik; rechts: Eingangsdiagnostik)

Gegenüber der Eingangs- sind bei der Ausgangsdiagnostik auf der Zuneigungsachse die wütenden Affekte höher geratet worden (1.6, 1.7, 2.6, 2.7, 2.8), die positiven hingegen niedriger (insbesondere 2.2). Auf der vertikalen Achse zeigen sich kaum Veränderungen.

OPD-KJ: Konfliktachse



Dar. 4.12: „Tore schießen unmöglich“ – Kevin beugt eventuellen Misserfolgslebnissen vor (Quelle: Video Ausgangsdiagnostik)

Auf der Konfliktebene dominiert ein starker Selbstwertkonflikt im aktiven Verarbeitungsmodus. Kevin inszeniert jede Spielsituation so, dass er keine Niederlage befürchten muss. In der Anfangsszene wünscht er sich, Basketball zu spielen, fordert den Therapeuten aber gleichzeitig auf, er müsse „schlecht spielen“, wobei „schlecht spielen“ bedeutet, dass der Therapeut nicht einmal in die Nähe

des Balles kommen darf. Kevin benötigt sein Gegenüber nicht als Partner oder Gegner, sondern als Unterlegenen, aus dessen Schwäche er seine vermeintliche Stärke ableiten kann. Der Therapeut versucht sich aus dieser eingegengten Position mit leichter Ironie zu befreien, indem er betont teilnahmslos durch die Gegend starrt und Kevin dabei mehrfach fragt, ob er nun „schlecht genug“ spiele. Im Abschlusspiel (Fußball auf zwei Tore) baut Kevin sein Tor so klein, dass ein Torerfolg für den Therapeuten unmöglich ist (siehe Dar. 4.12). Im Gespräch fällt ihm auf Nachfrage vieles ein, was er gut könne, u.a. „Motorrad fahren“ und „Garagen bauen“; Dinge, die er mit seinem Vater zusammen gemacht hat. Er benennt auch etliche Sportarten, in denen er realistisch betrachtet jeoch wenig talentiert ist. Wenn er (Bewegungs-) Aufgaben gestellt bekommt, bei denen er ein Scheitern antizipiert, verweigert er zornig oder „quengelnd“ die Ausführung. Neben dem Selbstwertkonflikt ist ein Kontroll-/Unterwerfungskonflikt virulent. Am Anfang der Stunde, als der Therapeut ihm den Ablauf der Abschlussdiagnostik erläutert, kündigt Kevin direkt an, welchen Aufgaben er folgen und welche er verweigern werde. Bei der Aufforderung, seinen Körperumriss mit Seilen zu legen, schreit er den Untersucher an („Nein heißt Nein“ und „Den Scheiß kannst du alleine machen“) und versteckt sich anschließend minutenlang unter einem Tisch. Kurz bevor der Machtkampf zu einem Abbruch der Stunde führt, nimmt Kevin jedoch eine der zahlreichen „Brücken“, die ihm vom Therapeuten gebaut wurden, an. Letztlich überwog der Wunsch nach Bindung gegenüber dem Wunsch zu bestimmen.

Konflikt	Nicht vorhanden	Vorhanden und wenig bedeutsam	Vorhanden und bedeutsam	Vorhanden und sehr bedeutsam	Nicht beurteilbar
Abhängigkeit vs. Autonomie		x (x)			
Unterwerfung vs. Kontrolle			x (x)		
Versorgung vs. Autarkie		(x)	x		
Selbstwertkonflikt			x (x)		
Loyalitätskonflikt		x (x)			
Ödipale Konflikte		x (x)			
Identitätskonflikte		x (x)			
Konflikthafte Lebensbelastung	x (x)				
Modus der Verarbeitung	Gemischt eher aktiv (Gemischt eher aktiv)				
Wichtigster Konflikt	Selbstwert (Selbstwert)				
Zweitwichtigster Konflikt	Unterwerfung vs. Kontrolle (Unterwerfung vs. Kontrolle)				

Dar. 4.13: Befunderhebung *Achse Konflikt*, OPD-KJ, Kevin: Ausgangsdiagnostik (in Klammern: Ergebnisse Eingangsdiagnostik)

Im Vergleich zwischen der Ein- und der Ausgangsdiagnostik zeigen sich kaum Unterschiede. Der Versorgungskonflikt wird bedeutsamer eingeschätzt, da mit größerer Bindungsnähe der Wunsch nach Versorgung seiner körperlichen Verletzungen deutlicher sichtbar wird.

OPD-KJ: Strukturachse

Es herrscht ein desintegriertes Strukturniveau im Bereich der Selbstwahrnehmung vor. Das Selbsterleben ist geprägt von maßlosen übertriebenen Einschätzungen bezüglich des eigenen Könnens. Kevin schätzt seine Kompetenzen bei allen Ratingfragen undifferenziert mit 10/10 Punkten ein, eine Infragestellung dieses Selbstbildes erlaubt er nicht. Die Steuerungsfähigkeiten bewegen sich wie die kommunikativen Fähigkeiten auf einem etwas höheren Niveau. Das Aushalten negativer Affekte gelingt ihm nicht und muss auf eine die Realität verzerrende Weise abgewehrt werden. Eine wechselseitige Bezogenheit stellt sich kaum her,

da gegensätzliche Wünsche und Impulse kaum verhandelt und aufeinander abgestimmt werden können.

Bereich		Orientierende Einzelscores					Zusammengefasst als
Steuerung	→	7 (5)	3 (5)	5 (5)	5 (5)	5 (5)	5 (5)
Selbst- und Objektwahrnehmung	→	7 (7)	7 (5)	5 (5)	7 (7)		7 (7)
Kommunikative Fähigkeiten	→	5 (7)	5 (7)	5 (5)	5 (5)	5 (9)	5 (5)
Gesamtwert							5 (5)
Integrationsniveau 1 = gute Integration (im Sinne der Ankerbeispiele) 3 = mäßige Integration 5 = geringe Integration 7 = schlechte Integration/Desintegration 9 = nicht beurteilbar							

Dar. 4.14: Befunderhebung *Achse Struktur*, OPD-KJ, Kevin: Ausgangsdiagnostik (in Klammern: Ergebnisse Eingangsdiagnostik)

Das undifferenzierte Selbsterleben sowie die mangelnde Fähigkeit zum Aushalten negativer Affekte werden als imponierende Strukturdefizite bestimmt. Im Vergleich zwischen Ein- und Ausgangsdiagnostik sind auf der Strukturachse kaum Unterschiede feststellbar.

Qualitative körper- und bewegungsbezogene Diagnostik

Bewegungsverhalten und körperlicher Ausdruck

Kevin bewegt sich mit einem geringen Maß an Kontrolle und kann Gefahren schwer einschätzen. Sein Körper ist in permanenter Anspannung, er nimmt sich kaum Ruhepausen, zappelt viel herum, ist ständig „auf dem Sprung“. Sein motorisches Geschick ist nur mäßig entwickelt, seine Bewegungen sind nicht gut koordiniert (beim Prellen und Schießen eines Balles), insgesamt wirkt er ungenau. Kevin selbst vertritt die Auffassung, er sei ein guter Sportler. Auch aufgrund dieser Fehleinschätzung kommt er immer wieder in Situationen, in denen er sich weh tut. Kleinste Verletzungen werden von großen Schmerzäußerungen begleitet, auch sachte Berührungen quittiert er mit lautem Schreien. Auf die Frage am Ende der Stunde, was ihm heute nicht gefallen habe, antwortet er mit einem festen Schlag auf seinen Fuß: Dort habe er sich (beim Schießen eines Plastikballes) weh getan.

Körperbezogene Perzeptionen und Kognitionen

Beim Legen des Körperumrisses in der Abschlussstunde wird der Oberkörper durch ein riesiges, liebevoll gestaltetes Herz repräsentiert, darüber hinaus legt er lustlos und schlecht proportioniert den Umriss von Kopf, Beinen und Armen. Kevin hatte bereits in der Eingangsdiagnostik das Herz als einziges Körperteil benannt, das er kenne. In der Abschlussuntersuchung benennt er es als einziges Körperteil, das er an sich möge. Am Ende der Stunde fragt er den Therapeuten vollkommen unvermittelt, ohne ersichtlichen Zusammenhang, ob dieser „eine Scheide“ habe. Nachdem der Therapeut irritiert verneint hat, streckt Kevin ihm seinen Po entgegen und sagt mit überdrehter Stimme: „Ich auch nicht, ich habe einen Penis!“

Körperbezogene Emotionen

Wie schon in der Eingangsdiagnostik ermittelt, ist Schmerz das einzige mit dem Körper assoziierte Gefühl. Immer wieder zeigt er seine vielen Narben und kleineren Verletzungen, dramatisch schildert er auch eine Situation, in der sich sein Vater am Nagelbett verletzt hatte. Die emotionale Besetzung seines Geschlechts-teils wird deutlich in einer hohen Erregung in der oben geschilderten Schlusssequenz.

4.1.6 Zusammenfassung und Prognose

Die einzige nennenswerte und deutliche Veränderung zeigte sich beim 5. Therapieziel „Selbstwertstabilisierung“. In allen anderen Bereichen war Kevins Verhalten mehr oder weniger gleichbleibend. Er hat nur sehr wenig Kontakt zur Gruppe und zum Pferd hergestellt, er hat am häufigsten gefehlt und war insgesamt wenig in die Gruppe integriert.

Im Vergleich zwischen Ein- und Ausgangsdiagnostik sind auf der Beziehungsachse einzig die Veränderungen auf der horizontalen Achse (Grad der Zuneigung) von Bedeutung. Wurde zu Beginn Kevins aktive Kontaktaufnahme noch als Offenheit und Zugewandtheit erlebt, werden in der Abschlussuntersuchung stärker die feindseligen Affekte in der Beziehungsgestaltung sichtbar.

Bei Kevin liegt vor dem Hintergrund der vielen Wechsel der Bezugspersonen eine massive Bindungsstörung vor. Gepaart mit den schlimmen Gewalttraumata erlaubt dies keine optimistische Prognose für die weitere psychische Entwicklung.

Die Gereiztheit und Resignation der Stiefmutter lässt erahnen, dass Kevin zu Hause bestenfalls geduldet wird. Der leibliche Vater wirkt zwar bemüht, aber auch hilflos. Mittelfristig wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer weiteren Zuspitzung der häuslichen Situation und schließlich zu einer Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung kommen. Eine Pflegefamilie dürfte mit dem Ausmaß der Bindungsstörung ebenfalls überfordert sein. So lange Kevin keinen sicheren Lebensort mit dauerhaft präsenten und verfügbaren Bindungspersonen hat, ist seine weitere Entwicklung gefährdet. Bei einem Verbleib Kevins in seinem derzeitigen Zuhause sind eine intensive Begleitung und Stärkung der Eltern (Vater und Stiefmutter) notwendig, gepaart mit einer längeren Einzel-Psychotherapie des Kindes zur Aufarbeitung seiner Bindungstraumata. Eine alternative Wohnform könnte in einem therapeutischen Kleinstheim mit klaren, haltgebenden Strukturen und engen, aber nicht *zu* engen Bindungen bestehen.

4.2 Sebastian: Vorgeschichte, Symptomatik, Diagnosen

Sebastian wurde vor Beginn der Maßnahme zwei Monate in der *Elisabeth-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie* tagesklinisch behandelt. Er ist bei Beginn der Förderung acht Jahre alt, wirkt in seinem äußeren Erscheinungsbild jedoch deutlich jünger. Seine Pflegemutter, bei der er seit drei Jahren lebt, bezeichnet ihn optisch als Mischung aus „Monchichi“ und „Harry Potter“.

Sebastians Pflegemutter wurde in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellig, weil Sebastian seinen jüngeren Pflegebruder wie auch Mitschüler häufig ohne Grund schlug. Sie habe verstehen können, dass sich die Eltern anderer Schüler bei ihr beschwerten, wenn ihre Kinder „mit einem blauen Auge nach Hause“ gekommen seien. Sie selbst habe keinen Zugang zu Sebastian gefunden, er sei verschlossen in seiner eigenen Welt, nicht einmal Ärger habe er ihr gegenüber offen gezeigt. Wenn er provoziert worden sei, habe er sich nichts anmerken lassen, zu verlieren habe in ihm ebenfalls keinen Ärger hervorgerufen. Körperkontakt habe er nur sehr selten hergestellt.

Motorisch war Sebastian nach Angaben seiner Pflegeeltern und seiner Lehrer sehr unruhig und unkonzentriert, es wurde daher eine ADHS-Problematik vermutet. In der Schule habe Sebastian Mitschüler bestohlen und nicht näher bezeichnete sexuelle Auffälligkeiten gezeigt. Nachts sei er häufig wegen Alpträumen aufgewacht. Die stationäre Therapie endete nach acht Wochen, die aggressiven Verhaltensweisen waren leicht rückläufig, unter der Wirkung eines Methylphenidat-Präparates ist auch die motorische Aktivität zurückgegangen.

Bei Sebastian wurden folgende Diagnosen gestellt:

ICD-10: F91.3 – G Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten

ICD-10: F93.3 – G Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität

Sebastian wird von seinem Therapeuten für das Projekt „Starke Jungs?!“ ausgewählt, damit er über den Körper adäquate Ausdrucksformen für sein emotionales Erleben findet.

Folgende Informationen und Quellen bilden die Grundlagen für die folgende Falldarstellung:

- Gespräch mit der Pflegemutter von Sebastian
- Familiengespräch mit der Pflegemutter und Sebastian
- Eingangsdiagnostik Therapiemaßnahme
- Vorbefunde der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

4.2.1 Psychosomatische Anamnese und Biografie

Zur aktuellen Problematik berichtete uns die Pflegemutter, dass es zu Hause häufig Streitigkeiten mit lautstarken Auseinandersetzungen gebe. Der achtjährige Sebastian zeige seinem jüngeren Adoptivbruder gegenüber aggressive Verhaltensweisen in einem erheblichen Ausmaß, einmal habe er dem vierjährigen Kind gar eine Plastiktüte über den Kopf gestülpt und diese dann zugehalten. Zudem sei er häufig unruhig und unkonzentriert, des Weiteren schlafe er schlecht. Sebastian selbst berichtet davon, zu Hause „nicht gut zurecht“ zu kommen, und er wolle es nach erfolgreicher Therapie schaffen, „die Mama besser aushalten“ zu können. Im Gegensatz zu seiner Pflegemutter ist er der Meinung, gut mit anderen Kindern klar zu kommen. Er berichtet, viele Freunde zu haben und deswegen auch gerne zur Schule zu gehen.

Zur Entwicklungsgeschichte berichtet die Pflegemutter, dass Sebastian im Alter von fünf Jahren vom Jugendamt in Obhut genommen worden sei. Die leibliche Mutter sei schwerbehindert und ebenso wie ihre ständig wechselnden Partner Sebastian gegenüber häufig massiv gewalttätig gewesen. Die Ehe der Pflegeeltern sei ungewollt kinderlos geblieben. Die Pflegemutter ist selbst Sozialpädagogin und hat die Ursprungsfamilie von Sebastian über ihre dortige Tätigkeit als Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) kennen gelernt. Der Pflegevater habe sich laut Aussage seiner Frau schnell mit der Vorstellung anfreunden können, Sebastian in die eigene Familie als Pflegekind aufzunehmen. Auch sie habe dem letztlich trotz ihrer Schuldgefühle gegenüber der leiblichen Mutter von Sebastian zugestimmt. Bis zu dessen siebten Lebensjahr habe es seitens der Pflegeeltern die Befürchtung gegeben, dass das Kind nicht dauerhaft in der Familie bleiben könne. Erst mit der Zustimmung des Jugendamtes, einer Änderung seines Nachnamens in den Familiennamen der Pflegeeltern zuzustimmen, sei diese Unsicherheit gewichen.

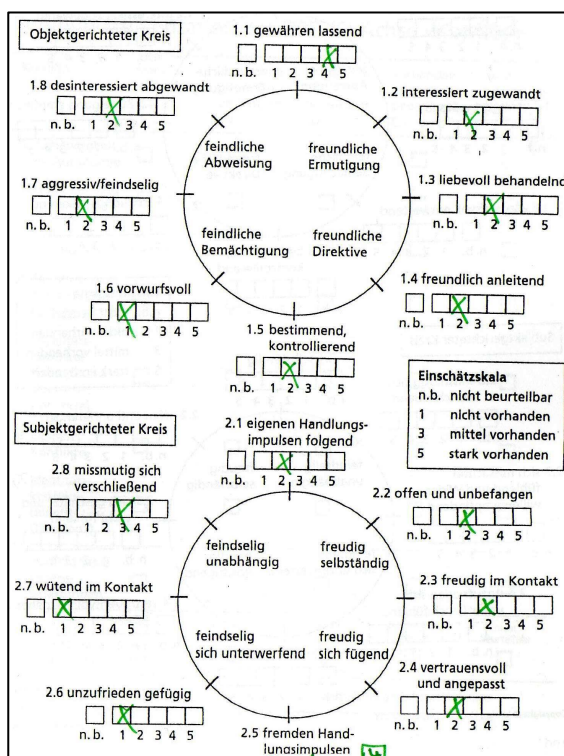
Der Kontakt zur Mutter bestehe seit ca. zwei Jahren nicht mehr. Zwar gebe es einen sporadischen Briefwechsel, doch die persönlichen Kontakte seien abgebrochen worden, weil Sebastian jeweils sehr verstört von den Besuchen zurückgekehrt sei. Sein leiblicher Vater ist unbekannt.

Die bisherige Kindheit von Sebastian sei durch eine hohe Infektanfälligkeit mit vielen Krankheiten und Operationen sowie durch zahlreiche Förderangebote im Rahmen von Krankengymnastik, Sprachheilpädagogik und Ergotherapie geprägt gewesen.

4.2.2 Ergebnisse der Eingangsdiagnostik

OPD-KJ: Beziehungssachse

Familiendynamisch fällt auf, dass Sebastians Umgang mit ihm weitgehend unbekannt Personen deutlich selbstsicherer ist, sobald seine Pflegemutter nicht anwesend ist. In ihrem Beisein ist sein Verhalten oft kleinkindhaft, so sucht er z.B. beständig ihre Rückversicherung, bevor er eine Frage beantwortet. Stellenweise bittet Sebastian selbst bei einfachsten Fragen, sie möge für ihn antworten.



Dar. 4.15: Befunderhebung Achse Beziehung, OPD-KJ, Sebastian: Eingangsdiagnostik

Im Einzelkontakt nimmt Sebastian nach kurzer Zeit freundlich Kontakt auf. Als erste Spielhandlung wünscht er sich, „Ich sehe was, was du nicht siehst“ zu spielen und den Therapeuten raten zu lassen. Man spürt seine Genugtuung darüber, dass der Therapeut den zu erratenden Gegenstand nicht entdeckt, doch Sebastian lässt sich seine Freude nicht offen anmerken. Im Gespräch gibt er sich eher wortkarg, seine Fähigkeiten zum Symbolspiel sind wenig ausgeprägt. Auf der Beziehungsebene zeigt er vordergründig ein angepasstes, fast devotes Verhalten bei eher neutraler Affektlage. Hintergründig dominiert er atmosphärisch die Szenerie, indem

er sich einem emotionalen Austausch gegenüber verschließt. Sebastian folgt stark den Handlungsimpulsen seines Gegenübers und formuliert keine eigenen Wünsche. Körperkontakt meidet er, wo immer es möglich ist.

OPD-KJ: Konfliktachse

Bei der Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion zeigt sich, anders als in der Einzelsituation, deutlich ein Autonomie-Abhängigkeitskonflikt in einem gemischten Verarbeitungsmodus. Auf der einen Seite verweigert Sebastian im Beisein der Pflegemutter fast vollständig die Übernahme von Verantwortung und präsentiert sich so hilfsbedürftig, dass sich in der Gegenübertragung rasch Mitleid und Sorge angesichts der Unselbständigkeit des Jungen einstellen. Auf der anderen Seite besteht er penibel darauf, für sich alleine sorgen zu können und keine Hilfe zu benötigen. Auf der Konfliktebene zeigt sich in der Eingangsdiagnostik deutlich ein erheblicher intrapsychischer Konflikt im passiven Verarbeitungsmodus um das Thema Unterwerfung und Kontrolle, der sowohl im Symbolspiel als auch in der gesamten Therapiesituation in der direkten Beziehungsgestaltung zum Therapeuten sichtbar wird. Ein Identitätskonflikt von bedeutsamem Ausmaß zeigt sich im passiven Modus: Sebastian wirkt angepasst, farblos und nimmt keinen eigenen Standpunkt ein.

Konflikt	Nicht vorhanden	Vorhanden und wenig bedeutsam	Vorhanden und bedeutsam	Vorhanden und sehr bedeutsam	Nicht beurteilbar
Abhängigkeit vs. Autonomie			x		
Unterwerfung vs. Kontrolle				x	
Versorgung vs. Autarkie		x			
Selbstwertkonflikt		x			
Loyalitätskonflikt		x			
Ödipale Konflikte		x			
Identitätskonflikte			x		
Konflikthafte Lebensbelastung	x				
Modus der Verarbeitung	Vorwiegend passiv				
Wichtigster Konflikt	Unterwerfung vs. Kontrolle				
Zweitwichtigster Konflikt	Identitätskonflikt				

Dar. 4.16: Befunderhebung *Achse Konflikt*, OPD-KJ, Sebastian: Eingangsdiagnostik

OPD-KJ: Strukturachse

Auf der strukturellen Ebene zeigen sich zunächst recht gute Steuerungsfähigkeiten sowie schlecht bis desintegriert ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten. Im Spiel ist ein affektiver Austausch kaum möglich, die Reziprozität ist sehr stark eingeschränkt. Das gemeinsame Spiel gestaltet sich weitgehend freudlos. Im Selbsterleben zeigt sich ein eher geringes Integrationsniveau. Seine Selbstbeschreibungen sind für sein Alter deutlich zu undifferenziert. Als imponierendes Strukturdefizit wird der Mangel an Ausdruck und Kommunikation von Gefühlen bestimmt.

Bereich		Orientierende Einzelscores					Zusammen- gefasst als
Steuerung	→	5	9	5	1	9	5
Selbst- und Objektwahrnehmung	→	5	3	1	3		3
Kommunikative Fähigkeiten	→	5	5	7	5	5	5
Gesamtwert							5
Integrationsniveau 1 = gute Integration (im Sinne der Ankerbeispiele) 3 = mäßige Integration 5 = geringe Integration 7 = schlechte Integration/Desintegration 9 = nicht beurteilbar							

Dar. 4.17: Befunderhebung *Achse Struktur*, OPD-KJ, Sebastian: Eingangsdagnostik

Qualitative körper- und bewegungsbezogene Diagnostik

Bewegungsverhalten und körperlicher Ausdruck

Sebastian bewegt sich mit einem deutlichen Übermaß an Kontrolle. Sein Gangbild ist steif und ungenau. Die Arme liegen eng am Körper an und schlenkern nicht mit. Bei der Erkundung der Halle zeigt er Interesse an den verschiedenen Gegenständen (fragt: „Was ist das?“), will diese aber nicht selber ausprobieren. Das motorische Aktivitätsniveau ist niedrig, das Passivsein kommt in einem Bewegungsverhalten zum Ausdruck, das adynamisch und lustlos wirkt. Bei den Bewegungsspielen offenbart sich ein geringes Maß an Selbstsicherheit, er zweifelt seine Fähigkeiten an, ist eher unselbständig und ergreift von sich aus keine Initiative.

Körperbezogene Perzeptionen und Kognitionen

Die Übung „Legen des Körperumrisses“ befolgt er ohne sichtbaren Unmut. Er gibt sich viel Mühe mit seinem Werk und benötigt deswegen viel Zeit. Sebastian legt einen riesigen Kopf mit riesigen Ohren, während der Rest des Körpers der tatsächlichen Körpergröße mehr oder weniger entspricht. Arme, Kopf, Beine und Bauch kann er benennen, des Weiteren fallen ihm Herz, Knochen, Blut, Gehirn und dann nach langem Nachdenken noch Hals und Ellenbogen ein.

Körperbezogene Emotionen

Das Gespräch über den Körper und über Körpergefühle missfällt ihm offenbar. Seine Antworten wirken wie reine Anpassungsleistungen. Es scheint, dass Sebastian wenig emotionalen Kontakt zu seinem Körper hat und stattdessen stark im Kognitiven verhaftet ist.

Zusammenfassung des diagnostischen Eindrucks

Zusammenfassend präsentiert sich uns ein Kind mit einem äußerst breiten Symptombild, zu dem impulsiv-aggressive Verhaltensweisen ebenso gehören wie kontaktvermeidendes und dissoziatives Verhalten. Offensichtlich hat Sebastian gelernt, die häufig innerlich anflutenden aggressiven Impulse im Kontakt zu Erwachsenen zu kontrollieren. Das wirkt sich negativ auf seine Lebendigkeit aus, Sebastian wirkt wie abgeschnitten von seinen Gefühlen, ist affektiv kaum schwingungsfähig. Es ist davon auszugehen, dass es sich bei Sebastian um eine dissoziative Störung handelt, mit einem sehr dominanten kognitiv geprägten Persönlichkeitsanteil im Vordergrund. In Bewegungssituationen zeigt er sich wenig expansiv, er traut sich wenig zu und ist sehr zurückhaltend. Von der motorischen Unruhe sehen wir nichts. Es zeigt sich nur minimales Ausdrucksverhalten sowohl auf der körperlichen als auch auf der symbolischen, sprachlichen und spielerischen Ebene.

4.2.3 Therapieziele

Therapieziel 1: Situationsangemessenes Bewegungsverhalten

Sebastians eingeschränktes Bewegungsverhalten und seine geringe motorische Leistungsfähigkeit schließen ihn von vielen altersgemäßen Aktivitäten aus und wirken sich so negativ auf seine Akzeptanz bei anderen Kindern und folglich auf sein Selbstbewusstsein aus. Die Freude an der Bewegung soll wieder geweckt und der Körper wieder als Ausdrucksorgan für inneres Empfinden genutzt werden können. Ansonsten besteht die Gefahr, dass er motorische Herausforderungen weiterhin meidet und sich infolgedessen auch die motorische Leistungsfähigkeit gegenüber Gleichaltrigen weiter verschlechtert. In körper- und bewegungsorientierten Situationen, besonders aber auch im tiergestützten Angebot mit dem Pferd, können innerhalb eines sicheren Rahmens die kindlichen Anteile mehr Raum erhalten.

Therapieziel 2: Achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper

Sebastian begegnet seinem Körper mit auffallendem Desinteresse. Bei ihm scheint die Entfremdung vom Körper im Laufe seiner Lebensgeschichte weit vorgeschritten zu sein. Ein Therapieziel besteht darin, dass es Sebastian gelingt, wieder eine Beziehung zum Körper aufzunehmen und ihn dadurch zu einem „bewohnten“ Körper werden zu lassen.

Therapieziel 3: Angemessener körperlicher Umgang mit anderen

Die Nähe-Distanz-Regulation ist bei Sebastian einerseits von äußerster Vorsicht geprägt. Er meidet den „weichen“ Körperkontakt, sucht ihn aber andererseits in den körperlichen Auseinandersetzungen „auf die harte Tour“. Er sammelt so ausnahmslos negative, mit Schmerzen verknüpfte Körpererfahrungen. In der Therapie wird es deshalb darum gehen, ihm einen Zugang zu angenehmen Körpererfahrungen zu bahnen, wahrscheinlich zunächst einmal mit dem Pferd, später dann möglicherweise auch im Kontakt zu Menschen.

Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten

Im Kontakt zu Erwachsenen scheinen aggressive Impulse vordergründig aus der Interaktion ausgeschlossen. Anders verhält es sich im Kontakt zu anderen Kindern, denen er teils offen gewalttätig, teils subtil aggressiv begegnet. In beiden Modi ist ein Macht-/Ohnmachtmuster virulent, das sich alternierend im aktiven und passiven Verarbeitungsmuster äußert. In dieser Dynamik gibt es eine dichotome Rollenidentität als Opfer oder Täter. Das macht es Sebastian schwer, offen und vertrauensvoll in den Kontakt zu anderen Menschen zu treten. In der Therapie sollte Sebastian deshalb in Konfliktsituationen trotz seiner scheinbaren Zerbrechlichkeit und seiner Unterwürfigkeit auch mit seinen „Täter-Anteilen“ konfrontiert werden. Gleichzeitig muss ihm Mut gemacht werden, sich auf neue Beziehungserfahrungen einzulassen, die nicht dem gewohnten Täter-Opfer-Schema folgen. Als bindungstraumatisierter Mensch muss Sebastian trotz seiner vordergründigen Offenheit und Zugewandtheit zunächst einmal für eine therapeutische Beziehung gewonnen werden.

Therapieziel 5: Angemessene Anpassungsleistung

Eine Balance aus Anpassungsleistungen (im Sinne von „Folgen fremder Impulse“) auf der einen und dem Nachgehen eigener Impulse auf der anderen Seite bedeutet eine Auflösung des Macht-/Ohnmacht-Konfliktes. Bei Sebastian oszilliert dieser Konflikt in Abhängigkeit der Situation zwischen stark dominantem (Mitschüler, Bruder) und stark unterwürfigem, extrem angepasstem Verhalten (Lehrer, Therapeuten). Das Therapieziel besteht darin, den inneren Konflikt in seiner lebensbestimmenden Bedeutung zu relativieren, so dass Interaktionen zu Kindern wie zu Erwachsenen auch außerhalb des Musters von Kontrolle und Unterwerfung stattfinden können.

Therapieziel 6: Angemessener Gefühlsausdruck

Das innere Erleben des Kindes bildet sich im Außen nicht ab. Sebastian schottet seine Gefühle hermetisch gegenüber Erwachsenen ab, und auch seine aggressiven und dissozialen Verhaltensweisen sind eher leiser, häufig hinterhältiger Natur. Er gibt sich einerseits bedürfnislos, ist aber heimlich eifersüchtig auf die Aufmerksamkeit seines Bruders. Statt seine Gefühle von Zurückstellung in den Kontakt mit seinen Pflegeeltern zu bringen, verlagert er das Problem auf die peer-Ebene und „bestraft“ seinen Bruder oder seine Mitschüler. Es ist davon auszugehen, dass Sebastian auf die grundlegende Bindungserfahrung, dass seine Bedürfnisse gesehen und gestillt werden, weitgehend verzichten musste. Da das Äußern von Gefühlen bzw. Bedürfnissen wahrscheinlich mit Schlägen sanktioniert wurde, werden die eigenen Gefühle nun gegenüber Erwachsenen aus den Interaktionen ausgeklammert. Das Therapieziel besteht deshalb darin, dass Sebastian am Ende der Maßnahme über ein breiteres Spektrum an Gefühlsausdrücken verfügt und so ein emotionaler Austausch zwischen ihm und Erwachsenen möglich wird.

4.2.4 Therapieverlauf

Sebastian hat kontinuierlich an der Therapiemaßnahme teilgenommen und zeigte keinerlei Motivationsprobleme. Innerhalb der Gruppe präsentierte er sich zunächst sehr angepasst, bedürfnislos und introvertiert. Erst bei der Durchsicht der Videoaufnahmen der einzelnen Stunden fiel auf, dass Sebastian immer wieder kleine, versteckte Bosheiten zeigte: Einmal stellte er einem anderen Kind unmerklich ein Bein, so dass dieses böse stürzte, ein anderes Mal brachte er mit einem gezielten

Tritt die gebaute Höhle eines Jungen zum Einsturz. Erstaunlicherweise zog Sebastian niemals den Ärger der anderen Kinder auf sich, seine extrem flache mimische Expressivität wirkte so verstörend, dass z.B. der an sich aufbrausende Junge, den Sebastian zu Fall gebracht hatte, nach einer kurzen Irritation auf eine Auseinandersetzung verzichtete. Diese versteckten Aggressionen geschahen hinter dem Rücken der Therapeuten, so dass Sebastian hier keine Konfrontation fürchten musste. Wahrscheinlich führten auch seine sehr ausgeprägten Anpassungsleistungen sowie die schwierigen anderen Kinder in der Gruppe dazu, dass eine ernsthafte Beschäftigung mit der Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Probleme vermieden wurde.

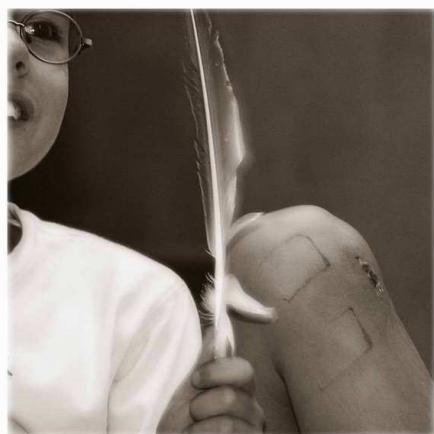
Sebastian verschloss sich wie Kevin weitgehend den persönlichen Kontakten zu den Therapeuten und den anderen Kindern, profitierte aber im hohen Maße von der Arbeit mit dem Pferd. Dort sammelte er wertvolle Beziehungserfahrungen und steigerte, wie auch in der Turnhalle, über das körper- und bewegungsbezogene Tun seine Ausdrucksfähigkeit.

4.2.4.1 Qualitative Auswertung

Therapieziel 1: Angemessenes Bewegungsverhalten

Hier deuten die Ergebnisse der Tagebücher auf eine leicht positive Veränderung hin. Sebastian hat sich trotz einem über den Therapieverlauf insgesamt gehemmten Bewegungsverhalten und einer geringen motorischen Leistungsfähigkeit getraut, sich auf neue Bewegungssituationen einzulassen. Der Sprung von einem Kasten auf eine Weichbodenmatte kostete ihn bereits viel Überwindung und erforderte eine hohe Konzentration. Freude an der Bewegung und Neugierde auf Neues wurden spürbar. Insofern ist es gelungen, den kindlichen Anteilen deutlich mehr Raum zu geben. Bei Spielen und Übungen mit Wettbewerbscharakter erlebte er seine Unterlegenheit gegenüber den anderen Kindern. Die Wut, Trauer oder Enttäuschung darüber brachte Sebastian jedoch nicht zum Ausdruck.

Therapieziel 2: Achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper



Dar. 4.18: Mit Behutsamkeit den Verletzungen begegnen
(Foto: Gabriele Klaes)

Bei diesem Therapieziel beobachteten Therapeuten und Stiefmutter eine gegensätzliche Entwicklung. Sebastian kam oft mit Verletzungen zu den Stunden, besonders häufig hatte er aufgeschrammte Knie und blaue Flecken. In den Therapiestunden jedoch passte Sebastian gut auf sich auf und verschaffte sich behutsame taktile Reize (s. nebenstehendes Foto). Die sichtbare Freude über diese Berührungen lässt den Rückschluss zu, dass Sebastian dem Ziel, den Körper als zugehörig zu erleben, einen Schritt näher gekommen ist.

Therapieziel 3: Angemessener körperlicher Umgang mit anderen

Sebastian blieb im körperlichen Kontakt zu anderen distanziert. Berührungen schienen ihm sowohl im Spiel als auch in Versorgungssituationen unangenehm und wurden gemieden. Hier traf er keine Unterscheidung zwischen Kindern und Erwachsenen, wohl aber zwischen Menschen und Pferden. Die Nähe zum Pferd konnte Sebastian sehr genießen, beim Putzen und Streicheln des Pferdes offenbarte er keine Anzeichen von Dissoziation und zeigte stattdessen eine Präsenz, die er im Kontakt zu Menschen oft vermissen ließ.

Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten

Die therapeutische Beziehung ließ sich anfangs schwer aufbauen, dafür profitierte Sebastian von Beginn an sehr von dem reittherapeutischen Angebot. Das Therapiepferd machte ihm kaum Angst, er kannte Pferde aus einer früheren krankengymnastischen Behandlung. So fasste er schnell Vertrauen und konnte sich auf dem Rücken des Pferdes ungewöhnlich tief entspannen. Er traute sich im weiteren Verlauf auch, das Pferd eigenständig am Zügel über das Gelände zu führen. Macht und Ohnmacht als Kennzeichen seiner Beziehungsmuster bildeten sich hier nicht ab. Im Kontakt zu den Therapeuten blieb er weitgehend gefügig, auch wenn er vereinzelt eigene Impulse einbrachte. Die Gespräche mit ihm waren

wenig ergiebig, zu Beginn einer Stunde bekundete er in der Regel, es ginge ihm „ganz gut“, traurig, wütend oder ängstlich war er angeblich nie. Freude entstand manchmal im gemeinsamen Erleben.

Therapieziel 5: Angemessene Anpassungsleistung

Seine Stiefmutter berichtete uns, dass Sebastian ihr gegenüber vermehrt auf-sässiges Verhalten zeigte und selbstbewusster auftrat, während die Konflikte mit seinem Stiefbruder mit weniger Härte ausgetragen würden. Ein ähnliches, aber nicht identisches Bild ergab sich im Rahmen der Therapiemaßnahme: Hier reduzierte sich zwar auch das Ausmaß seiner Unterwürfigkeit, indem Sebastian eigene Wünsche und Bedürfnisse in den Kontakt mit den Erwachsenen brachte und sich in seltenen Fällen auch gegen die Vorschläge der Therapeuten positionierte. Innerhalb der Kindergruppe jedoch fielen bei der Durchsicht der Videobänder die bereits oben erwähnten „hinterlistigen“ Aktionen auf. Vordergründig mied er die Auseinandersetzung und folgte „brav“ den Spielideen und Impulsen der anderen Kinder, im Verborgenen „wehrte“ er sich dann gegen deren Dominanz.

Therapieziel 6: Angemessener Gefühlsausdruck

Sebastians Pflegemutter und die Therapeuten sahen einen deutlichen Fortschritt im Ausdruck und der Kommunikation von Gefühlen. Insbesondere Freude wurde



Dar. 4.19: Getragen-werden und zur Ruhe kommen (Foto: Gabriele Klaes)

von Sebastian in den Kontakt gebracht, daneben auch Traurigkeit. Wütende Affekte tauchten versteckt auf und richteten sich ausschließlich gegen die anderen Kinder. Hier zeigte sich eine Parallele zu der Konkurrenz mit seinem Pflegebruder und seinen Klassenkameraden. Bei der Arbeit mit dem Pferd wurden

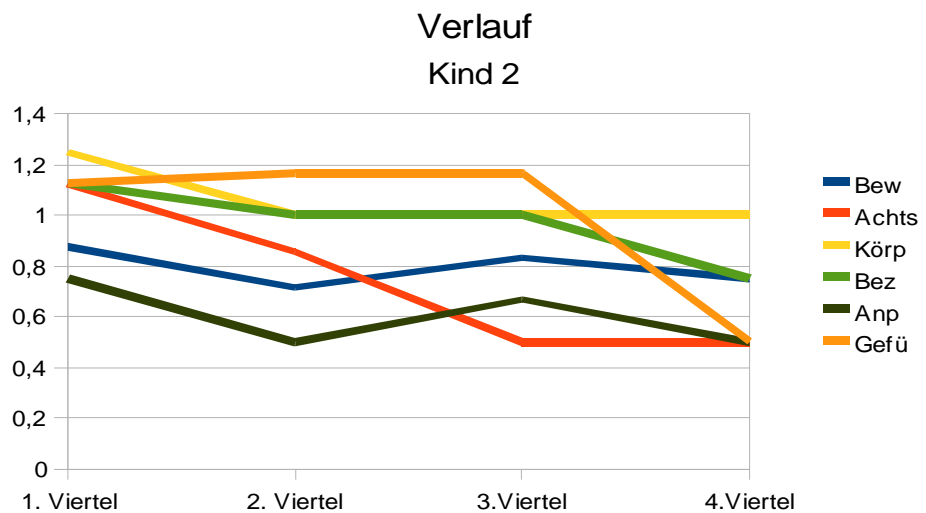
Gefühle von Stolz (beim Führen des Pferdes und beim Galoppieren) sichtbar, beim Liegen auf dem Pferd mit geschlossenen Augen wirkte er innerlich ruhig und friedvoll. Unbeschwertheit und Lachen stellten sich nach der Bewältigung schwieriger Bewegungssituationen ein. Durch die eigene Bewegung und durch den Kontakt zum Pferd wurden unterschiedliche Gefühlsqualitäten aktiviert. Die

Therapeuten nahmen diese Gefühle wahr und validierten diese, so dass Sebastian sukzessive lernte, die eigenen Affekte zu entschlüsseln und sich auch traute, diese in die Kommunikation einzubringen. Die Integration dieser zuvor abgespaltenen Gefühlsbereiche ermöglichte einen zunehmend affektiven Austausch und führte stellenweise zu einem Gefühl von „Wir“.

4.2.4.2 Quantitative Auswertung

Auswertung der Tagebücher der Therapeuten

Insgesamt fallen bei den Ratings der Therapeuten weder große Schwankungen zwischen den einzelnen Therapiezielen noch zwischen den vier Behandlungsabschnitten auf.



Dar. 4.20: Grafische Darstellung der Therapeutenratings zum *Therapieverlauf Sebastian*

	Therapieziel 1: Angemessenes Bewegungsverhalten (blaue Linie)	Therapieziel 2: Achtsamkeit mit dem eigenen Körper (rote Linie)	Therapieziel 3: Körperlicher Umgang mit Anderen (gelbe Linie)	Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten (grüne Linie)	Therapieziel 5: Angemessene Anpassung (schwarze Linie)	Therapieziel 6: Gefühlsausdruck (orangene Linie)
1. Viertel	0,88	1,13	1,25	1,13	0,75	1,13
2. Viertel	0,71	0,86	1,0	1,0	0,5	1,17
3. Viertel	0,83	0,5	1,0	1,0	0,67	1,17
4. Viertel	0,75	0,5	1,0	0,75	0,5	0,5

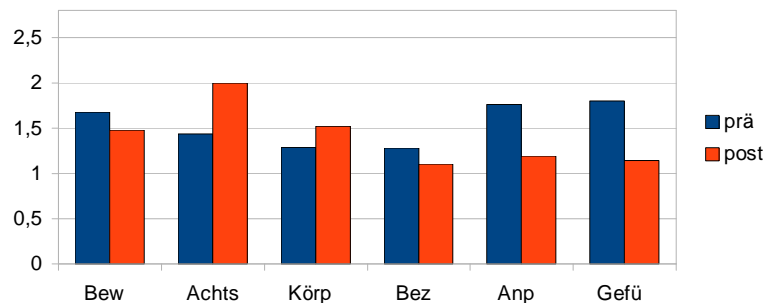
Abbildung 4.21: Tabellarische Darstellung der Therapeutenratings zum *Therapieverlauf Sebastian*

Bei Therapieziel 6 (Gefühlsausdruck) tritt eine deutlich positive Veränderung erst im letzten Viertel ein. Das ist vielleicht ein Hinweis darauf, dass Sebastian erst zu diesem Zeitpunkt begann, sich langsam zu öffnen.

Auswertung der Tagebücher im Prä-Post-Vergleich

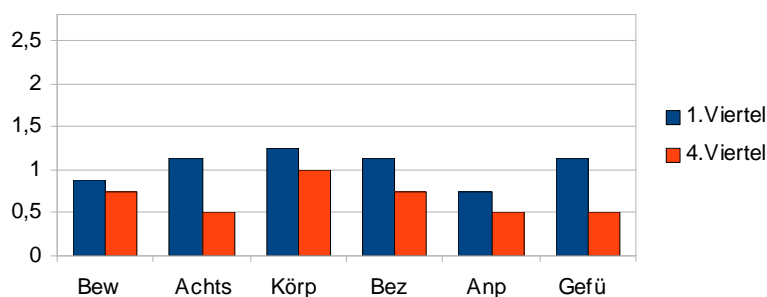
Sebastians Pflegemutter sieht eine deutlich positive Entwicklung in den Therapiezielen 5 und 6 und eine deutliche Verschlechterung bei Therapieziel 2. In den anderen Bereichen kann sie keine nennenswerten Unterschiede ausmachen.

Ratings Bezugspersonen Sebastian



Dar. 4.22: Ratings Bezugsperson im Prä-Post-Vergleich: Sebastian

Expertenratings Sebastian



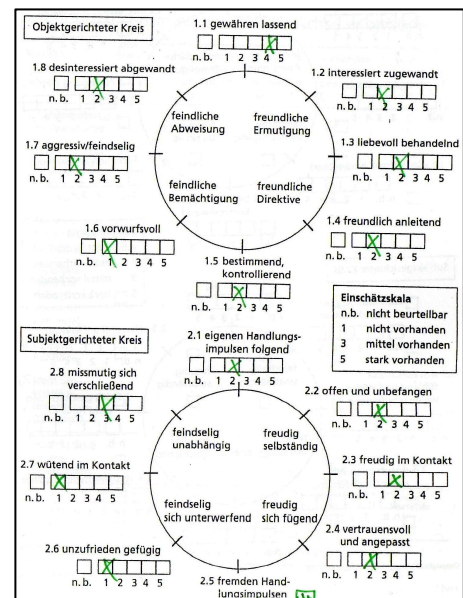
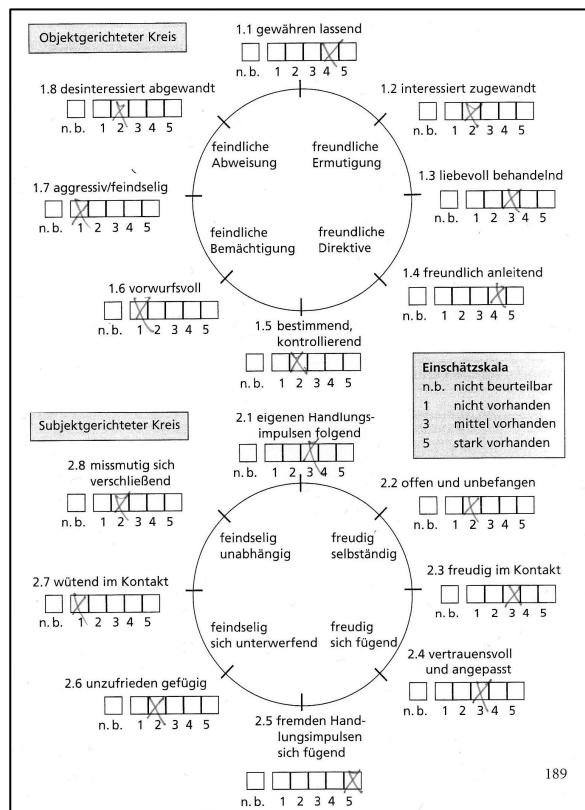
Dar. 4.23: Ratings Therapeuten im Prä-Post-Vergleich: Sebastian

Im Vergleich zwischen den Mittelwerten aus dem 1. und dem 4. Viertel sehen die Therapeuten insgesamt eine gute (Therapieziele 2 und 6) bis leichte Verbesserung. Die Eindrücke der Adoptivmutter und der Therapeuten korrelieren in vier (Bewegungsverhalten, Beziehungsverhalten, Anpassungsvermögen und Gefühlsausdruck) der sechs Therapiezielen.

4.2.5 Ergebnisse der Ausgangsdiagnostik

OPD-KJ: Beziehungssachse

Trotz der über die Therapiedauer entstandenen Vertrautheit zwischen Sebastian und dem Therapeuten fremdelt der Junge zu Beginn der Abschlussstunde. Er hört den Ausführungen des Erwachsenen geduldig, aber ausdruckslos zu, so dass seine fehlende emotionale Resonanz irritierend wirkt und den Untersucher zu unentwegtem Reden verführt, um der drohenden Leere vorzubeugen. Beim Bau einer einfachen Bewegungslandschaft bietet der mit der Zeit zunehmend gelangweilte Therapeut immer wieder seine Hilfe an – im Bemühen, Kontakt herzustellen –, wird aber durch Nichtbeachtung zurückgewiesen. Da die fehlende Lebendigkeit kaum auszuhalten ist, vergrößert der Therapeut seine Gesten, prustet, ächzt und schnauft bei kleinsten körperlichen Anstrengungen und wiederholt jedes der



Dar. 4.24 und Dar. 4.25: Befunderhebung Achse Beziehung, OPD-KJ, Sebastian (links: Abschlussdiagnostik; rechts: Eingangsdiagnostik)

wenigen und leise gesprochenen Wörter von Sebastian. Erst im Rahmen einer strukturierten Spielsequenz entsteht eine Bezogenheit und erstmalig auch Freude und Stolz, als Sebastian beim Führen des (vorgeblich blinden) Therapeuten dessen Unsicherheit und Schwäche erlebt. Danach taut der Junge im weiteren Verlauf zunehmend auf, zum Abschluss wünscht er sich gar ein gemeinsames Ballspiel, bei dem sich seine Freude an der gelungenen Interaktion in einem tänzelnden, explorativen Bewegungsverhalten widerspiegelt.

Unterschiede zwischen der Ein- und der Ausgangsdiagnostik zeigen sich vor allem auf der Zuneigungsachse (1.2–1.4 und 2.2–2.4). Hier lässt sich ablesen, dass sich Sebastian zwar anfänglich mühselig, letztlich aber doch deutlich auf die therapeutische Beziehung eingelassen hat.

OPD-KJ: Konfliktachse

Auf der Konfliktebene dominiert nach wie vor ein Kontroll-/Unterwerfungskonflikt im passiven Verarbeitungsmodus. Den klaren Forderungen folgt er gefügig und er gibt sich große Mühe, es dem Therapeuten recht zu machen. So beantwortet er im Rahmen des Interviews alle Fragen trotz sichtbaren Unbehagens (er fesselt sich während des Gesprächs mit einem Seil). Hinter der vordergründigen Anpasstheit kommt Sebastians Widerstand in seiner Wortkargheit und Trödeligkeit zum Ausdruck. Beim Therapeuten stellen sich in der Gegenübertragung Schuldgefühle ein, die er mit überschwänglichem Lob und übertriebener Motivationshilfe kompensiert. Der Konflikt verliert im Verlauf der Stunde an Bedeutsamkeit, so kann Sebastian beim Abschlusspiel seine Wünsche mit denen des Therapeuten flexibel aushandeln.

Konflikt	Nicht vorhanden	Vorhanden und wenig bedeutsam	Vorhanden und bedeutsam	Vorhanden und sehr bedeutsam	Nicht beurteilbar
Abhängigkeit vs. Autonomie			x (x)		
Unterwerfung vs. Kontrolle			x	(x)	
Versorgung vs. Autarkie		x (x)			
Selbstwertkonflikt		x (x)			
Loyalitätskonflikt		x (x)			
Ödipale Konflikte	x	(x)			
Identitätskonflikte		x (x)			
Konflikthafte Lebensbelastung	x (x)				
Modus der Verarbeitung	Vorwiegend passiv (vorwiegend passiv)				
Wichtigster Konflikt:	Unterwerfung vs. Kontrolle (Unterwerfung vs. Kontrolle)				
Zweitwichtigster Konflikt	Autonomie vs. Abhängigkeit (Identitätskonflikt)				

Dar. 4.26: Befunderhebung *Achse Konflikt*, OPD-KJ, Sebastian: Ausgangsdiagnostik (in Klammern: Ergebnisse Eingangsdiagnostik)

Der Vergleich zwischen der Ein- und der Ausgangsdiagnostik macht deutlich, dass der wichtigste Konflikt etwas aufgelöst werden konnte. Hinweise auf einen ödipalen Konflikt ergaben sich nicht mehr, der Autonomiekonflikt blieb unverändert.

OPD-KJ: Strukturachse

Auf der strukturellen Ebene zeigen sich wie in der Eingangsdiagnostik gute Steuerungsfähigkeiten und besser ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten. Beim Abschlussspiel entsteht Freude am gemeinsamen Spiel, das Ende der Stunde wird als Unterbrechung einer gelungenen Interaktion erlebt. Im Selbsterleben zeigt sich eine mangelnde Differenziertheit, die Abschlussfragen im Interview beantwortet er auf der 10-stufigen Skala alle mit 10, mit einer Ausnahme: Auf die Frage, wie gut er seine Gefühle ausdrücken könne, schätzt er sich mit einer 2 sehr realistisch ein. Der Mangel an Ausdruck und Kommunikation kann weiterhin als imponierendes Strukturdefizit bestimmt werden, ist aber auf negative Gefühle beschränkt. Sebastian hat gelernt, das Gefühl der Freude besser auszudrücken.

Bereich		Orientierende Einzelscores					Zusammengefasst als
Steuerung	→	5 (5)	5 (9)	5 (5)	1 (1)	3 (9)	5 (5)
Selbst- und Objektwahrnehmung	→	5 (5)	3 (3)	1 (1)	3 (3)		3 (3)
Kommunikative Fähigkeiten	→	3 (5)	3 (5)	5 (7)	3 (5)	3 (5)	3 (5)
Gesamtwert							3 (5)
Integrationsniveau 1 = gute Integration (im Sinne der Ankerbeispiele) 3 = mäßige Integration 5 = geringe Integration 7 = schlechte Integration/Desintegration 9 = nicht beurteilbar							

Dar. 4.27: Befunderhebung *Achse Struktur*, OPD-KJ, Sebastian: Ausgangsdiagnostik (in Klammern: Ergebnisse Eingangsdiagnostik)

Auf der Strukturebene zeigen sich Veränderungen im Bereich der kommunikativen Fähigkeiten. Die eigenen Affekte können von Sebastian noch immer nicht mitgeteilt werden, doch die gelegentlich im Kontakt aufblitzende Freude ermöglicht sporadisch das Gefühl von Gemeinsamkeit.

Qualitative körper- und bewegungsbezogene Diagnostik

Bewegungsverhalten und körperlicher Ausdruck

Sebastian zeigt ein bedeutend höheres Maß und Bewegungs- und Experimentierfreude. Er kann seine innere Freude körperlich und mimisch ausdrücken, findet Gefallen an seinem Körper und an seinem Können und demonstriert bei dem Abschlusspiel mit seinen tänzerischen Bewegungen Leichtigkeit und Lebendigkeit.

Körperbezogene Perzeptionen und Kognitionen



Dar. 4.28: Legen des Körperumrisses – *Ausgangsdiagnostik Sebastian* (Quelle: Video Ausgangsdiagnostik)

Sebastian konnte sich an diese Aufgabe aus der Eingangsdiagnostik noch erinnern („dieses Männchen machen“). Er nimmt sich viel Zeit, legt als erstes Kopf und Arme, dann die Finger, den Magen, die Beine, die Zehen, die Ohren, die

Augen, die Nase und den Mund. Auffallend ist die Reduktion des Oberkörpers auf den Magen sowie die Ausdifferenzierung der Gesichtsmerkmale. Am wichtigsten an seinem Körper seien ihm der Magen („wegen dem Essen“) und die Ohren („zum Hören“).

Körperbezogene Emotionen

Auf die Frage, welches Körperteil er am liebsten möge, muss Sebastian lange überlegen. Er wählt schließlich die Beine, weil die „so gut rennen“ können. Es gäbe nichts, was er nicht an sich möge. Das Insistieren des Therapeuten, „irgendwas müsse es doch geben“, bleibt erfolglos, da Sebastian keine Möglichkeiten zu haben scheint, sich mit negativen Gefühlen auseinanderzusetzen. Als er gefragt wird, was ihm in der Therapie besonders gefallen habe, benennt er die Massagen, die seien „cool“ gewesen.

4.2.6 Zusammenfassung und Prognose

Eine bei Bezugspersonen und Therapeuten übereinstimmend positive Entwicklung zeigte sich in den individuellen störungsspezifischen Therapiezielen aus dem Konflikt- und dem Strukturbereich. Insbesondere die Fähigkeit zum Ausdruck von Gefühlen hat sich verbessert, was auf körperlicher Ebene insbesondere in der Ausgangsdiagnostik im Einzelkontakt deutlich wurde. Der Kontroll-/Unterwerfungskonflikt konnte nach Einschätzung der Therapeuten hinsichtlich seines Ausmaßes reduziert werden. Im Umgang mit dem eigenen Körper haben sich über behutsame Eigenberührungen und über das Medium Pferd freud- und friedvolle Momente eingestellt. Der Kontakt zu den Kindern und den Erwachsenen blieb von Skepsis geprägt. Sebastian hat bei seinen Pflegeeltern jedoch ein stabiles und liebevolles Zuhause gefunden, so dass die Prognose für die weitere Entwicklung günstig ist. Seine dissoziative Symptomatik verweist auf starkes Belastungsmaterial, von dem verhältnismäßig wenig bekannt ist. Weder im Symbolspiel noch in alltäglichen Situationen findet ein aktiver Umgang mit den Traumata im Sinne von Reinszenierungen statt. Wut und Aggression werden ebenfalls im passiven Modus verarbeitet. Für die Zukunft könnte es für Sebastian hilfreich sein, über Angebote wie „Ringeln und Raufen“ (s. Anders/Beudels 2006) auch diese Gefühle kanalisiert in den Kontakt zu bringen, wobei hier auf die Gefahr der Triggerung von Intrusionen zu achten ist. In einigen Jahren könnte man sich mit zunehmender Introspektionsfähigkeit in der Therapie Sebastians Intellekt zunutze machen und verstärkt psychoedukativ mit ihm arbeiten.

4.3 Dustin: Vorgeschichte, Symptomatik, Diagnosen

Der siebenjährige Dustin wohnt bei seinem leiblichen Vater und dessen zweiter Ehefrau rumänischer Abstammung. Seine Eltern haben sich getrennt, als Dustin 2,5 Jahre alt war. Er ist ein etwas korpulenter, ungepflegt wirkender Junge.

Sein Vater stellte ihn in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor, weil er vom Schulbesuch ausgeschlossen wurde, nachdem er gegenüber Mitschülern und Lehrern verbal und körperlich aggressiv geworden war. Er habe geschlagen, gespuckt, gebissen und getreten. Zudem zeigte er erhebliche sexuelle Auffälligkeiten mit Entblößen seines Genitals und einer sexualisierten Sprache. Zuletzt waren Selbstverletzungen in Form von „Kopf gegen die Wand schlagen“, sich selbst kneifen und beißen vorgekommen. Die stationäre Therapie wurde nach drei Monaten beendet. Auf der Station zeigte er ein massiv impulskontrollgestörtes aggressives Verhalten gegenüber Mitpatienten und Personal. Dies machte häufig eine Isolation sowie die Gabe von Psychopharmaka notwendig.

Bei Dustin wurden folgende Diagnosen gestellt:

ICD-10 F 43.1 – G Posttraumatische Belastungsstörung

ICD-10 F 92.0 – G Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

ICD-10 F 98.3 – G Kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten

Seine Therapeutin meldete ihn für die Maßnahme an, da Dustin während der stationären Therapie gut auf das bewegungstherapeutische Angebot angesprochen hatte.

Folgende Informationen und Quellen bilden die Grundlagen für die Falldarstellung:

- Gespräch mit dem Vater
- Elterngespräch mit dem Vater und der Stiefmutter
- Eingangsdagnostik Therapiemaßnahme
- Aktenstudium Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

4.3.1 Psychosomatische Anamnese und Biografie

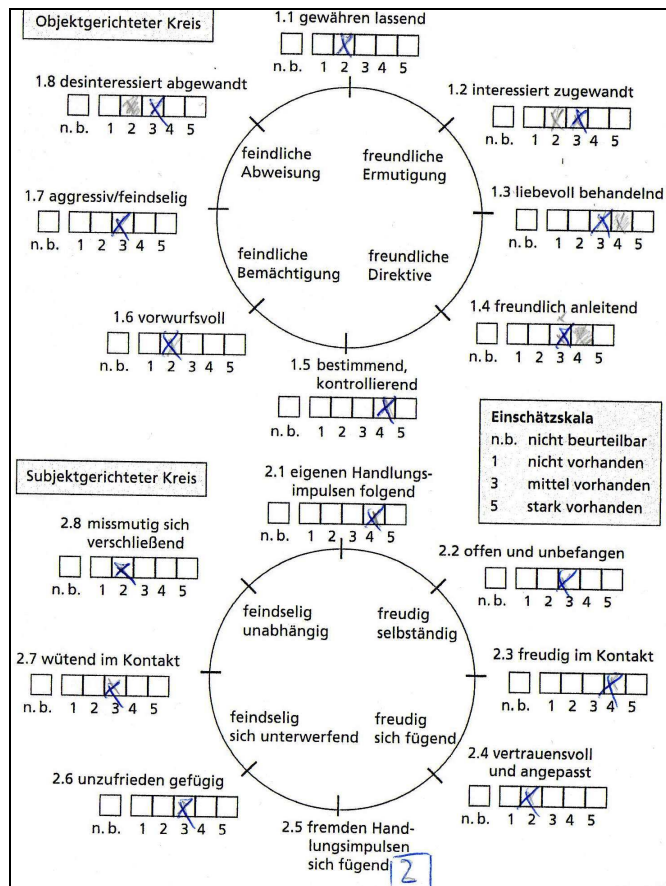
Dustin ist das erste Kind aus der Beziehung des Vaters und der als Prostituierte arbeitenden Mutter. Unklar blieb, inwieweit auch Dustin in die „Geschäfte“ der Mutter einbezogen wurde. Diese stammt aus einer Familie mit über Generationen andauernden inzestuösen Beziehungen. Zwischen Dustins Eltern waren gewalttätige Auseinandersetzungen an der Tagesordnung. Als der Junge zwei Jahre alt war, kam es zur Trennung. Der Junge lebte danach beim Vater. Dieser heiratete dann zwei Jahre später eine ältere rumänische Frau, die kaum Deutsch sprach. Dustin hat zwei Halbgeschwister, je eines von den leiblichen Eltern, Kontakt besteht nicht. Sowohl in der Familie des Vaters als auch der Mutter gibt es mehrgenerational Substanzmittelabhängigkeiten. Der Vater, bei dem er augenblicklich lebt, trinkt regelmäßig große Mengen Alkohol. In betrunkenem Zustand kommt es zu Gewalttätigkeiten gegenüber seinem Sohn und seiner Ehefrau. Die Frau schlägt Dustin ebenfalls, bildet für ihn aber dennoch und trotz der sprachlichen Barrieren eine wichtige Bezugsperson.

Der Vater berichtet, Dustin sei von Anfang an ein sehr unruhiges Kind gewesen. Er sei auch häufig erkrankt und habe schon mehrere Male operiert werden müssen. Beim Spielen sei er immer sehr unachtsam gewesen, so dass er ständig blaue Flecken am ganzen Körper gehabt habe.

4.3.2 Ergebnisse der Eingangsdagnostik

OPD-KJ: Beziehungssachse

Dem Therapeuten begegnet Dustin auf der Beziehungsebene freundlich und bestimmend. Im Kontakt ist er vergnügt, er genießt das gemeinsame Spiel und freut sich über die ihm zuteil werdende Aufmerksamkeit. Grenzsetzungen akzeptiert er in der noch fremden Situation zähneknirschend, sein Interesse am Kontakt ist größer als sein Wunsch zu dominieren. Das verändert sich im Verlauf der Stunde mit dem zunehmenden Grad an Vertrautheit. Dustin fordert zunehmend mehr Kontrolle bis hin zur Rollenumkehr. Er ist ganz begierig darauf, etwas Persönliches vom Therapeuten zu erfahren und kann davon kaum genug bekommen. Für die Offenheit seines Gegenübers „revanchiert“ er sich, indem er ebenfalls Persönliches von sich preisgibt. Im anderen erzeugt Dustin im Kontakt Wohlwollen, Akzeptanz und Interesse, aber auch Furcht vor einer möglichen Auseinandersetzung.



Dar. 4.29: Befunderhebung Achse Beziehung, OPD-KJ, Dustin: Eingangsdiagnostik

OPD-KJ: Konfliktachse

Auf der Konfliktebene dominiert ein Macht-/Ohnmachtskonflikt im überwiegend aktiven Verarbeitungsmodus. In der Klinik und in der Schule fiel ein ständiges Aufbegehren gegen Regeln auf, ein Muster, von dem der Vater auch aus dem häuslichen Kontext berichtet. Dustins mangelnder Gehorsam sowie sein Bestreben, ständig für Ordnung sorgen zu wollen, führt zu zahlreichen Konflikten. Immer wieder kommt es dann zu krisenhaften Zuspitzungen, die in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie oft nur mit einer Notfall-Medikation zu beruhigen waren. Auch bei Beginn der Maßnahme waren körperliche Auseinandersetzungen im Kontakt mit dem Vater die Regel. In der Untersuchungssituation versucht er über den Therapeuten zu bestimmen. So insistiert er beispielsweise erfolgreich darauf, dass der Therapeut sich beim Trampolinspringen die Schuhe ausziehe und dass er sich im späteren Verlauf keine Notizen mache. Auf die vorgegebenen, ihm Unlust bereitenden Übungen und auf das Gespräch lässt er

sich kaum ein. Bestenfalls schreit er dem Untersucher einige Antworten entgegen. Neben dem Macht-/Ohnmachtskonflikt ist ein Selbstwertkonflikt virulent, auch hier im aktiven Verarbeitungsmodus und in schwerer Ausprägung. Es ist ihm wichtig, innerhalb der Gruppe der Beste zu sein und damit eine Sonderrolle einzunehmen. In der Untersuchungssituation verleitet er den Untersucher immer wieder dazu, ihn überschwänglich zu loben. Über sich selbst trifft er dagegen sehr abwertende Aussagen, Selbstreflexionen vermeidet er aus Angst, mit seinen Insuffizienzgefühlen in Kontakt zu kommen.

Konflikt	Nicht vorhanden	Vorhanden und wenig bedeutsam	Vorhanden und bedeutsam	Vorhanden und sehr bedeutsam	Nicht beurteilbar
Abhängigkeit vs. Autonomie	x				
Unterwerfung vs. Kontrolle				x	
Versorgung vs. Autarkie		x			
Selbstwertkonflikt			x		
Loyalitätskonflikt		x			
Ödipale Konflikte			x		
Identitätskonflikte		x			
Konflikthafte Lebensbelastung	x				
Modus der Verarbeitung	Gemischt eher aktiv				
Wichtigster Konflikt	Unterwerfung vs. Kontrolle				
Zweitwichtigster Konflikt	Selbstwert				

Dar. 4.30: Befunderhebung *Achse Konflikt*, OPD-KJ, Dustin: Eingangsdiagnostik

OPD-KJ: Strukturachse

Auf der strukturellen Ebene verfügt Dustin über ein desintegriertes Strukturniveau im Bereich „Steuerung“ sowie über ein mäßiges bis geringes Integrationsniveau in den Bereichen „Selbst- und Objektwahrnehmung“ und „Kommunikative Fähigkeiten“. Der Umgang mit negativen Affekten bereitet ihm ebenso Schwierigkeiten wie die Aufrechterhaltung des Selbstgefühls nach erfahrener Kränkung. Im Bereich „Kommunikative Fähigkeiten“ fällt Dustins Fähigkeit auf, gemeinsam mit dem Therapeuten ein Gefühl von „Wir“ entstehen zu lassen, z.B. in der

Eingangssituation beim gemeinsamen Trampolinspringen. Mit einiger Unterstützung und mit zeitlichem Abstand kann er zudem ein für sein Alter verhältnismäßig breites Spektrum an Gefühlen benennen. Als imponierendes Strukturdefizit wird die mangelhafte Fähigkeit zur Steuerung der Impulse bestimmt.

Bereich		Orientierende Einzelscores					Zusammengefasst als
Steuerung	→	3	9	7	7	5	7
Selbst- und Objektwahrnehmung	→	5	5	3	5		5
Kommunikative Fähigkeiten	→	3	3	3	3	9	3
Gesamtwert							5
Integrationsniveau 1 = gute Integration (im Sinne der Ankerbeispiele) 3 = mäßige Integration 5 = geringe Integration 7 = schlechte Integration/Desintegration 9 = nicht beurteilbar							

Dar. 4.31: Befunderhebung *Achse Struktur*, OPD-KJ, Dustin: Eingangsdiagnostik

Qualitative körper- und bewegungsbezogene Diagnostik

Bewegungsverhalten und körperlicher Ausdruck

Dustin zeigt ein angemessen aktives Bewegungsverhalten und lässt sich auch auf neue Bewegungserfahrungen ein. In seinen Bewegungen ist er ungenau, dazu lässt ihn sein adipöses Erscheinungsbild schwerfällig und plump wirken. Dennoch zeigt er auf dem Trampolin eine gute Gesamtkörperkoordination. Dustin schätzt seine motorischen Fähigkeiten realistisch ein und traut sich nicht zu viel und nicht zu wenig zu. Lob für seine Leistungen kann er gut annehmen und offenbar in sein Selbstbild integrieren. Die Expressivität beim Bewegen ist adäquat, Zufriedenheit oder Missmut bezüglich des Ergebnisses seiner Anstrengungen sind deutlich abzulesen. Es bereitet Dustin Freude, mit dem psychomotorischen Übungsmaterial zu experimentieren und insbesondere, damit laute Geräusche zu produzieren. Auch seine Stimme lässt er immer wieder unvermittelt schrill erklingen.

Körperbezogene Perzeptionen und Kognitionen

Auf die Übung, den eigenen Körperumriss mit Seilen zu legen, reagiert Dustin mit Widerstand. Die Unterstützung des Untersuchers, ihm dabei zu helfen, nimmt er zunächst widerwillig an. Im weiteren Verlauf veralbert er ihn jedoch, indem er z.B. behauptet, er habe 23 Arme.

Körperbezogene Emotionen

Auch das Sprechen über den Körper und über Körpergefühle wehrt er vehement ab, es sei „Scheiße“, über den Körper zu reden, ohnehin sei er „hässlich“. Auf der Skala Körperzufriedenheit (1 = sehr unzufrieden, 10 = sehr zufrieden) gibt er sich eine Null.

Zusammenfassung des diagnostischen Eindrucks

Bei Dustin handelt es sich um einen Jungen mit einer äußerst „lauten“ Symptomatik. Diese Einschätzung bezieht sich nicht allein auf die Stimme, sondern insbesondere auf den Grad der Ausprägung des Machtkonfliktes und die aktive Verarbeitungsstrategie desselben. Dahinter wird ein intensiver Wunsch nach Bindung deutlich. Die strikte Ablehnung seines Körpers offenbart Dustin mit frappierender Ehrlichkeit. Im Untersucher löst er mit diesen Verhaltensweisen einen intensiven „Gegenübertragungscocktail“ von Wut, Fürsorglichkeit und Mitgefühl aus.

4.3.3 Therapieziele

Therapieziel 1: Situationsangemessenes Bewegungsverhalten

Während Dustin in der 1:1-Situation ein angemessenes Aktivitätsniveau zeigt, ist er in der Gruppe mit anderen Kindern sehr unruhig und getrieben. Seine Unruhe könnte einen aufmerksamkeitsheischenden Charakter haben. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass er die enge Bindung benötigt, um sich in Sicherheit zu wähen und zur Ruhe zu kommen. Er muss entsprechend Strategien zur Selbstberuhigung erlernen, um auch in Gruppensituationen nicht in zu große Erregung zu geraten.

Therapieziel 2: Achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper

Anamnestisch sind massive Selbstverletzungen bekannt. In der Untersuchungssituation äußert Dustin, seinen Körper hässlich zu finden und sich manchmal selbst weh zu tun. Von Bindungspersonen hat er viele Schläge einstecken müssen und wahrscheinlich wenig Zärtlichkeit erfahren. Während der stationären Behandlung in der Klinik hat er jedoch Rückenmassagen kennen und schätzen gelernt. Weitere positive Körpererfahrungen sind notwendig, damit Dustin seinem Körper achtsamer und wertschätzender begegnet und er weitere Selbstverletzungen unterlässt.

Therapieziel 3: Angemessener körperlicher Umgang mit anderen

Auch im Hinblick auf die Nähe-Distanz-Regulation differiert der Umgang mit Gleichaltrigen und Erwachsenen in der Gruppe zur Einzelsituation erheblich. Dustin forderte in der Untersuchungssituation recht viel Körperkontakt ein, wirkt dabei aber eher bedürftig als klebrig-anhänglich. Sexualisiertes Verhalten zeigte sich in der 1:1-Situation nicht. In anderen Zusammenhängen (z.B. auf der Station in der KJP) jedoch überschritt er massiv die Körpergrenzen anderer Kinder und der Erwachsenen. Vermutlich wird in Situationen mit losen Bindungen sein emotionales Belastungsmaterial schnell angestoßen und dann ausagiert.

Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten

Dustin zeigt ein enormes Bindungsbedürfnis, stellt die Beziehung mit unflätigem und aggressivem Verhalten jedoch immer wieder auf die Probe. Hat er sich anvertraut, gibt er sich sehr kindlich, weich und vertrauensvoll. Kränkungs-erlebnisse und Machtmuster stellen sich rasch her und führen zum Kontaktabbruch (bei erfahrener Kränkung) oder zu körperlich und verbal eskalierenden Streitsituationen. Für Dustin ist es von Bedeutung, die Endlichkeit der Maßnahme von Beginn an zu betonen, um bei ihm keine unrealistischen Phantasien hinsichtlich der Intensität und Dauer der Beziehung zum Therapeuten entstehen zu lassen.

Therapieziel 5: Angemessene Anpassungsleistungen

Im Kontakt zu Dustin zeigt sich bei den Erwachsenen die Tendenz, aus Angst vor der Eskalation Dustins Machtkonflikt nicht zu berühren. Solange dies nicht geschieht, verhält sich Dustin sehr freundlich, zugewandt und vertrauensvoll. Bei ihm besteht die Tendenz, die eigenen Interessen notfalls auch mit Gewalt durchzusetzen. In der Schule und der KJP entstanden so gravierende Auseinandersetzungen, die oft nur mit der Gabe der Bedarfsmedikation deeskaliert werden konnten. Das Therapieziel besteht darin, das Macht-/Ohnmachtmuster zu verflüssigen, indem der Therapeut mit einer natürlichen, aber gewaltlosen Autorität auftritt und Dustin dennoch die Gelegenheit gibt, sich innerhalb eines definierten Rahmens stark zu fühlen.

Therapieziel 6: Verbesserung der Möglichkeiten zur Impulssteuerung

Die Fähigkeiten zur Impulssteuerung bewegen sich auf einem desintegrierten Strukturniveau. Hier bietet der Vater kein gutes Vorbild, der den Alkohol zur Regulierung seiner Gefühle nutzt und im Rausch oft ein gewalttätiges Verhalten zeigt. Dem Kleinkind sind vermutlich keine Selbstberuhigungsstrategien vermittelt worden. Es ist im Gegenteil davon auszugehen, dass auch Dustins primäre Bezugspersonen diese Strategien nicht beherrschten und sie ihm aus dem Grund nicht aus einer Notsituation heraus helfen und zu seiner Beruhigung beitragen konnten. In der körperbezogenen Therapie kann mit Dustin erarbeitet werden, aufkommende negative Gefühle rechtzeitig im Körper wahrzunehmen und zu lokalisieren, um sie dann (z.B. über Atemübungen) direkt an Ort und Stelle abzupuffern.

4.3.4 Therapieverlauf

Dustins Entwicklung während der Maßnahme war beeindruckend. Dabei sah es nach dem ersten Therapieviertel so aus, als könne er die Maßnahme nicht fortführen: Immer wieder störte er massiv das Gruppengeschehen, er schrie, spuckte und biss, unterwarf sich keinen Gruppenregeln, konnte sich nicht einfügen und „schmiss“ mit Ausdrücken aus dem Fäkalbereich um sich. Erst als der Therapeut ihn zu Hause aufsuchte, um mit ihm und seinem Vater über die Problematik zu reden, änderte sich sein Verhalten nachhaltig. Dustin war offensichtlich sehr gerührt von der Aufmerksamkeit und der Mühe, mit der ihm

begegnet wurde. Er bedankte sich am Ende der Maßnahme entsprechend mit selbstgestalteten Geschenken bei den Therapeuten.

Auf der Interventionsebene konnte Dustin insbesondere die Angebote zur Integration taktiler und propriozeptiver Reize gut für sich nutzen.

4.3.4.1 Qualitative Auswertung

Therapieziel 1: Situationsangemessenes Bewegungsverhalten

Dustin zeigte bei Beginn der Maßnahme ausgeprägt hyperaktives und unreguliertes Verhalten. Er war in seinem Bewegungsdrang kaum zu begrenzen, er „raste“ durch die Halle, fasste alles an, warf vieles um und schrie währenddessen sexualisierte Ausdrücke heraus. Jeder greifbare Gegenstand wurde von ihm entweder zu einem Gewalt- oder einem Sexualobjekt umgedeutet. Dustin benötigte sehr viel Aufmerksamkeit und auch die direkte körperliche Begrenzung, um sich und andere nicht zu gefährden. Mit zunehmender Therapiedauer konnte er die erlernten basalen Techniken der Emotionsregulierung (z.B. ruhig und tief zu atmen; Blickkontakt zu einem Erwachsenen herzustellen) mit therapeutischer Unterstützung anwenden. Als hilfreich erwies sich dabei die Berührung mit der Hand auf dem Rücken des Kindes. In der sicheren Bindung kam er gut zur Ruhe und zeigte gegen Ende der Therapie kaum noch hyperaktives Verhalten. Auch der Transfer ins häusliche Umfeld glückte, was zu einer deutlichen Entspannung zwischen Vater, Sohn und Stiefmutter führte.

Therapieziel 2: Achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper

Dustin machte anfangs einen sehr ungepflegten Eindruck: er roch streng, trug viel zu kleine und auch verschlissene Kleidung, hatte ungewaschene Haare. Sein Urteil über sich, er sei „hässlich“, drückte sich in seinem äußeren Erscheinungsbild aus. Seine Beine waren übersät von Hämatomen und Schrammen, die er sich z.B. bei Raufereien in der Schule zugezogen hatte. Schmerzen äußerte er vehement, sobald er von anderen leicht berührt wurde, nicht aber, wenn er sich im Zuge seines wilden Tobens selbst verletzte. Im Laufe der Therapie konnte er sich dann aber sehr gut auf behutsame Körpererfahrungen einlassen: Er genoss die indirekten Massagen mit einer Feder oder einem Igelball, das Schaukeln in der Hängematte, den Luftzug unter dem Schwungtuch, das Getragenwerden auf dem Rücken des Pferdes. Dustins Schmerzempfinden veränderte sich ebenfalls: Bei kleineren Unfällen äußerte er seinen Schmerz auf eine angemessene Art und

Weise, Berührungen durch andere bei Übungen und Spielen konnten zunehmend besser ertragen werden. Die Beobachtungen des Vaters stimmten mit denen der Therapeuten überein, so dass auch bei diesem Therapieziel von einem geglückten Transfer in den Alltag gesprochen werden kann.

Therapieziel 3: Angemessener körperlicher Umgang mit anderen

Der Körperkontakt zu den anderen Kindern der Gruppe blieb im Wesentlichen unverändert. Die Nähe-Distanz-Regulation gelang ihm in gut regulierten Gefühlszuständen angemessen, in der Aufregung von Konfliktsituationen versuchte er jedoch mehrfach, andere Kinder am Genital zu berühren. Gegenüber den Erwachsenen und im Kontakt mit dem Pferd zeigte sich das Nähebedürfnis auch auf körperlicher Ebene, doch er verletzte dabei keine Grenzen. Dustins Vater war positiv überrascht von der Reduktion der körperlichen Auseinandersetzungen zwischen ihm und seinem Sohn und gewichtete bei seinen Ratings vor allem diesen Aspekt.

Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten

In der Gegenübertragung stellte sich zunächst Angst vor der Auseinandersetzung ein, später Wut und Resignation. Mit der Zeit entstand Mitgefühl und Sorge, dann Sympathie und Fürsorglichkeit. Das Entstehen dieser verschiedenen Gefühlsqualitäten verweist auf die aktive und bewegte Form der Beziehungsgestaltung des Jungen. Dustin war anfangs sehr ungehorsam und kaum beeinflussbar, zeigte aber dennoch auch ein großes Bindungsbedürfnis. Die innerpsychischen Konflikte „Unterwerfung/Konflikte“ und „Selbstwert“ bildeten sich in der Beziehung deutlich ab und waren von den Therapeuten kaum auszubalancieren. Der Wunsch nach Nähe blieb bei Dustin über den gesamten Therapieverlauf bestehen, konnte aber mit Unterstützung zunehmend reguliert werden. Die Macht- und die Selbstwertthemen wurden mit wachsender Bindungssicherheit weniger bedeutsam. In der Beziehung wirkte sich dies so aus, dass Dustin sowohl folgsamer wurde und sich angepasster



Dar. 4.32: Das Führen des Pferdes als Beweis der Selbstwirksamkeit (Foto: Gabriele Klaes)

verhielt, als auch dass er negative Rückmeldung besser annehmen konnte. In der reitpädagogischen Arbeit gelang es dem Jungen erst gegen Ende der Maßnahme, das Pferd zu führen, zuvor zog er so fest am Zügel, dass ihm das Pferd seine Gefolgschaft verweigerte.

Therapieziel 5: Angemessene Anpassungsleistungen

In Korrelation mit den Veränderungen in der Beziehungsgestaltung zeigte sich bei diesem Therapieziel ebenfalls eine positive Entwicklung. Dustin wollte zwar immer das Geschehen dominieren und über die anderen bestimmen, doch ließ er sich sukzessive besser begrenzen. Es bedurfte jedoch einer großen Feinfühligkeit und Konzentration seitens der Therapeuten, sich aufbauende Machtkonflikte rechtzeitig zu unterbrechen und Eskalationen mit ihm abzuwenden. Auf die Handlungsimpulse anderer einzugehen, war ihm ebenfalls nur mit viel therapeutischer Unterstützung möglich.

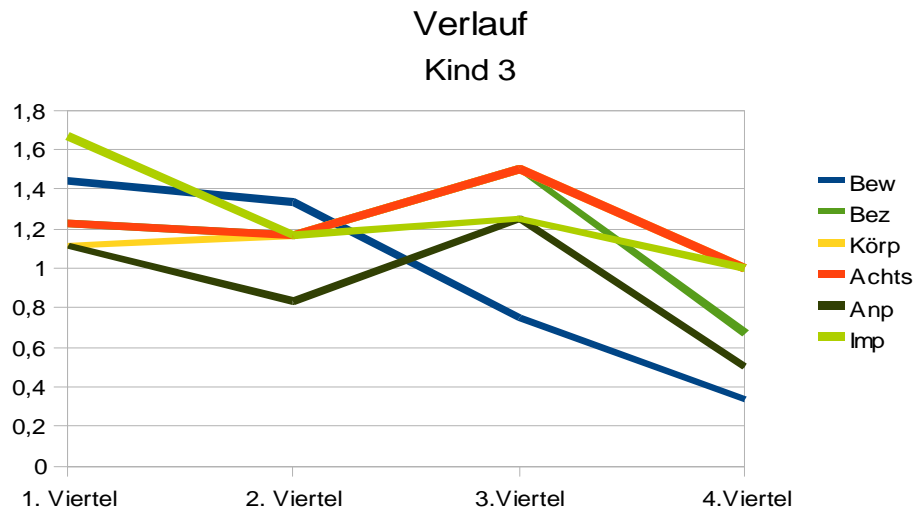
Therapieziel 6: Verbesserung der Möglichkeiten zur Impulssteuerung

Dustins Fähigkeiten zur Selbstkontrolle haben sich wesentlich verbessert. Negative Gefühle konnten mit therapeutischer Unterstützung besser abgepuffert werden, das Aushalten von Frustrationen wurde dadurch möglich. Die im Abschnitt „Situationsangemessenes Bewegungsverhalten“ beschriebenen, anfänglich willkürlichen und ziellosen aggressiven Impulse brachen seltener durch. Der Aufschub von Bedürfnissen konnte von Dustin, auch wenn ihn das große Anstrengung kostete, zunehmend besser ertragen werden. Es gelang ihm aber nur selten, dieses Verhalten die ganze Stunde aufrecht zu erhalten. Die oben erwähnten, neu erlernten Selbstberuhigungsstrategien wurden offensichtlich internalisiert, so dass ihm auch zu Hause verbesserte Fähigkeiten zur Steuerung seiner Impulse zur Verfügung standen.

4.3.4.2 Quantitative Auswertung

Auswertung der Tagebücher der Therapeuten

Die Therapeuten konstatierten eine sehr gute Entwicklung bei den Therapiezielen 1, 4, 5 und 6 und eine geringfügige Verbesserung in den Therapiezielen 2 und 3. Eine deutliche Verbesserung tritt zwischen dem 3. und 4. Therapieviertel auf.



Dar. 4.33: Grafische Darstellung der Therapeutenratings zum *Therapieverlauf Dustin*

	Therapieziel 1: Angemessenes Bewegungsverhalten (blaue Linie)	Therapieziel 2: Achtsamkeit mit dem eigenen Körper (rote Linie)	Therapieziel 3: Körperlicher Umgang mit Anderen (gelbe Linie)	Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten (grüne Linie)	Therapieziel 5: Angemessene Anpassung (schwarze Linie)	Therapieziel 6: Impulssteuerung (hellgrüne Linie)
1. Viertel	1,44	1,22	1,11	1,22	1,11	1,67
2. Viertel	1,33	1,17	1,17	1,17	0,83	1,67
3. Viertel	0,75	1,5	1,5	1,5	1,25	1,25
4. Viertel	0,33	1,0	1,0	0,67	0,5	1,0

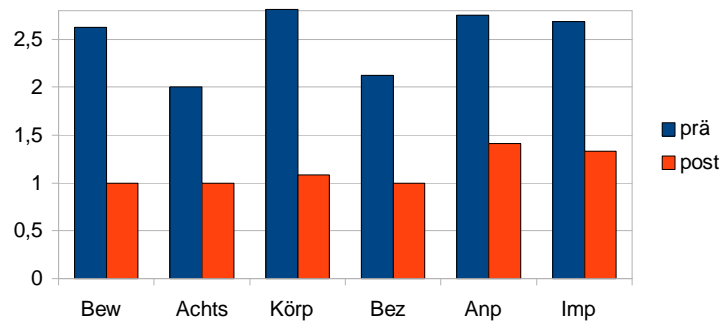
Dar. 4.34: Tabellarische Darstellung der Therapeutenratings zum *Therapieverlauf Dustin*

Insbesondere die kontinuierliche Entwicklung im Bewegungsverhalten fällt auf. Die Beobachtung der Therapeuten, wonach Dustin mit der Zeit „immer besser zur Ruhe“ gekommen sei, bildet sich in den Ratings deutlich ab.

Auswertung der Tagebücher im Prä-Post-Vergleich

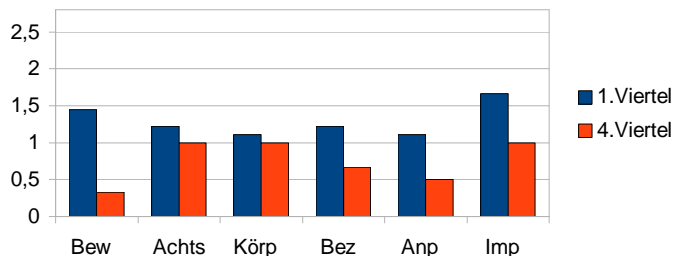
Der Vater von Dustin sah bei allen Therapiezielen ausnahmslos sehr gute Entwicklungen. Hervorzuheben ist das Therapieziel 3: Es sei im häuslichen Kontext zu deutlich weniger körperlichen Auseinandersetzungen zwischen Dustin, seinem Vater und seiner Stiefmutter gekommen.

Ratings Bezugspersonen Dustin



Dar. 4.35 und Dar. 4.36: Ratings Bezugsperson (oben) und Therapeuten (unten) im Prä-Post-Vergleich: Dustin

Expertenratings Dustin



In der Beurteilung von Dustins Entwicklung stimmen Therapeuten und der Vater tendenziell überein, quantitativ sieht der Vater jedoch eine größere Veränderung. Hier könnten möglicherweise Nachsichtseffekte greifen.

4.3.5 Ergebnisse der Ausgangsdiagnostik

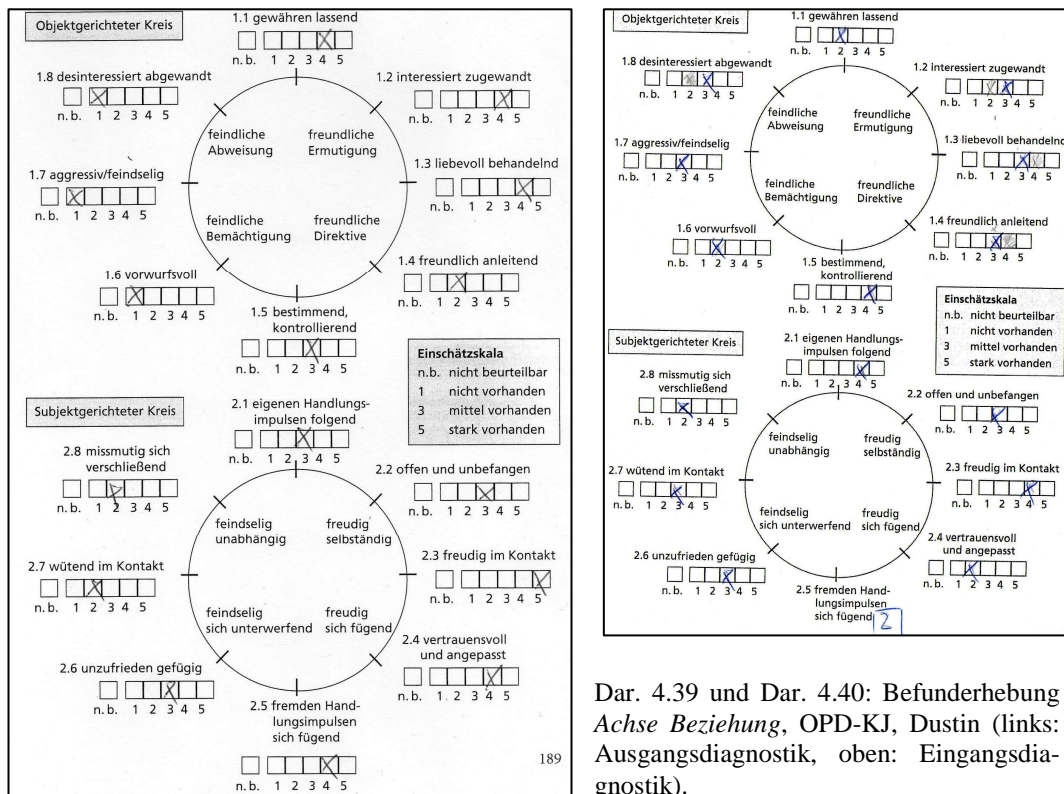
OPD-KJ: Beziehungssachse

Dustin wirkt über den gesamten Verlauf der Ausgangsdiagnostik sehr geordnet und ist stark bezogen auf den Therapeuten, ohne zu viel Nähe herzustellen. Sein Wunsch zu dominieren wird an verschiedenen Stellen deutlich: Zu Beginn der Stunde wünscht er sich beispielsweise, mit einer Stoppuhr die Zeit stoppen zu können, wie lange der Therapeut einen Hula-Hoop-Reifen kreisen lassen kann. Sich anbahnende Konflikte (Dustin möchte die Stoppuhr während der Stunde nur ungerne aus der Hand geben) können rechtzeitig und durch einfache Kompromissbildung verhindert werden. Im gemeinsamen Tun entsteht viel



Dar. 4.37 und Dar. 4.38: Der Therapeut ist „Fest wie ein Stein“ – aber Dustin schafft es dennoch, ihn umzustößen (Quelle: Video Ausgangsdiagnostik)

Freude, bei den Übungen nach Sherborne finden Kind und Therapeut kein Ende, da eine Beendigung der Sequenz aufgrund der Ausgelassenheit und des Stolzes von Dustin als zu starker Bruch erlebt würde. Beim Führen und Folgen kümmert sich Dustin in rührender Weise um den „blinden“ Therapeuten, dabei zeigt sich das ganze Ausmaß seiner Zugewandtheit und Hilfsbereitschaft.



Dar. 4.39 und Dar. 4.40: Befunderhebung Achse Beziehung, OPD-KJ, Dustin (links: Ausgangsdiagnostik, oben: Eingangsdiagnostik).

Im Vergleich zur Eingangsdiagnostik sind die deutlichsten Veränderungen in der Fügsamkeit sowie der vertrauensvollen Anpassung des Kindes zu verzeichnen (2.4 und 2.5). Unzufriedenheit und Missmut werden hingegen auch in der Ausgangsdiagnostik bei dem Interview über den Körper spürbar.

OPD-KJ: Konfliktachse

Ein Kontroll-/Unterwerfungskonflikt baut sich an manchen Stellen zaghaft auf, kann aber einfach entschärft werden. Die Beziehungsfähigkeit im Kontakt zum Therapeuten wird dadurch kaum eingeschränkt. Dustin gelingt ein gutes Ausbalancieren zwischen dem Artikulieren und Folgen eigener Impulse und dem Folgen der Impulse des Therapeuten, auch wenn ihm diese nicht immer gefallen. Es hat sich eine Über-Ich-Struktur entwickelt, durch die sich die Konfliktmuster verändert haben. Der Selbstwertkonflikt wird im Reden über den Körper deutlich, doch Dustin ist in der Lage, sich selbstreflektorisch mit seinem Aussehen und der Meinung der anderen zu seinem Körper auseinanderzusetzen. Das wird ihm durch das große Vertrauen möglich, das er zum Therapeuten gefasst hat. Selbsterhöhung und Selbstentwertung werden kaum noch sichtbar, die realistische Einschätzung seiner Fähigkeiten gelingt ihm überwiegend gut, auch bezogen auf die Reflexion seiner sozialen Kompetenz.

Konflikt	Nicht vorhanden	Vorhanden und wenig bedeutsam	Vorhanden und bedeutsam	Vorhanden und sehr bedeutsam	Nicht beurteilbar
Abhängigkeit vs. Autonomie	x (x)				
Unterwerfung vs. Kontrolle		x		(x)	
Versorgung vs. Autarkie	x	(x)			
Selbstwertkonflikt		x	(x)		
Loyalitätskonflikt		x (x)			
Ödipale Konflikte	x		(x)		
Identitätskonflikte		x (x)			
Konflikthafte Lebensbelastung	x (x)				
Modus der Verarbeitung	Gemischt eher aktiv (Gemischt eher aktiv)				
Wichtigster Konflikt:	Unterwerfung vs. Kontrolle (Unterwerfung vs. Kontrolle)				
Zweitwichtigster Konflikt	Selbstwert (Selbstwert)				

Dar. 4.41: Befunderhebung *Achse Konflikt*, OPD-KJ, Dustin: Ausgangsdiagnostik (in Klammern: Ergebnisse Eingangsdiagnostik)

Im Vergleich zwischen Ein- und Ausgangsdiagnostik sind gravierende Veränderungen zu verzeichnen. Die Konfliktausprägungen sind deutlich geringer, der Kontakt wird durch sie kaum noch beeinflusst. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Ergebnisse nicht äquivalent auf den Alltag übertragen lassen, da die Stabilität der therapeutischen Beziehung zu dieser Entwicklung maßgeblich beitrug.

OPD-KJ: Strukturachse

Im Rahmen der Abschlussuntersuchung zeigt sich ein gutes bis mäßiges Integrationsniveau. Die Ergebnisse im Bereich der „Kommunikativen Fähigkeiten“ weisen auf Dustins Fähigkeiten zur angemessenen Kontaktgestaltung hin. Im Rahmen der Kommunikation gelingt auch die Selbst- und Affektregulierung. Im Bereich Selbst- und Objekterleben fallen die differenzierten Selbstbeschreibungen und die gesteigerten Fähigkeiten zur Selbstreflexion auf. Dem Therapeuten begegnet Dustin mit einer überwiegend angemessenen Nähe-Distanz-Regulation, punktuell ist er etwas frech, doch ist seine Haltung grundsätzlich von angemessenem Respekt gekennzeichnet. Leichte Schwierigkeiten sind in der Dimension der Steuerung negativer Affekte zu verzeichnen. Missmut und Ärger über das Interview können nur mühsam abgewehrt werden. Als imponierendes Strukturdefizit wird der Bereich der Konfliktbewältigung bestimmt, da es Dustin sehr schwerfällt, seine eigene Beteiligung am Entstehen von Konflikten einzusehen.

Bereich		Orientierende Einzelscores					Zusammengefasst als
Steuerung	→	3 (3)	3 (9)	3 (7)	3 (7)	5 (5)	3 (7)
Selbst- und Objektwahrnehmung	→	3 (5)	3 (5)	1 (3)	3 (5)		3 (5)
Kommunikative Fähigkeiten	→	1 (3)	3 (3)	1 (3)	1 (3)	9 (9)	1 (3)
Gesamtwert							3 (5)
Integrationsniveau 1 = gute Integration (im Sinne der Ankerbeispiele) 3 = mäßige Integration 5 = geringe Integration 7 = schlechte Integration/Desintegration 9 = nicht beurteilbar							

Dar. 4.42: Befunderhebung *Achse Struktur*, OPD-KJ, Dustin: Ausgangsdiagnostik (in Klammern: Ergebnisse Eingangsdiagnostik)

Im Vergleich sind deutliche Entwicklungen in allen Dimensionen zu verzeichnen. Auch hier muss einschränkend zugefügt werden, dass die Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung des Kontextes zu erfolgen hat. Dennoch decken sich die Eindrücke der Abschlussuntersuchung mit den Beobachtungen von Dustins Vater aus dem Alltag.

Qualitative körper- und bewegungsbezogene Diagnostik

Bewegungsverhalten und körperlicher Ausdruck

Dustin bewegt sich trotz seiner Schwerfälligkeit und ungelinkten Gesamtkörperkoordination frei und unbeschwert. Er lässt sich von dem Therapeuten einen Purzelbaum beibringen und zeigt auch bei anderen neuen Bewegungserfahrungen weder Scheu noch Übermut. Kraft und Anstrengungsbereitschaft sind stark ausgeprägt, der Körper wird von Dustin als Ausdrucksorgan der Innenwelt genutzt: Freude oder Ärger über seine Leistungen zeigt er offen in kindlich-angemessener Form.

Körperbezogene Perzeptionen und Kognitionen

Im Unterschied zur Eingangsuntersuchung lässt sich Dustin auf die Übung ein, seinen Körperumriss mit Seilen nachzulegen. Freude entsteht dabei nicht, größeren Ehrgeiz entwickelt er auch nicht. Bei der Überprüfung durch das Hineinlegen stellt er fest, dass der Umriss deutlich zu groß ist, bemerkt dazu aber nur lapidar: „Passt genau.“ Die Bemühungen des Therapeuten, die körperbezogenen Kognitionen zu erfassen, konterkariert er wie in der Eingangsuntersuchung mit absurden Antworten, z.B., dass er 3000 Beine habe.

Körperbezogene Emotionen

Das Reden über seinen Körper behagt Dustin nach wie vor nicht. Er muss von Mitschülern viele Hänseleien über seine Körperfülle ertragen, eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik möchte er lieber vermeiden. Dustin versteckt sich, offensichtlich aus Scham, bei dem Gespräch hinter großen Schaumstoffwürfeln, erzählt dann: „Andere Leute lachen mich immer aus, wegen meinem fetten Bauch.“ Seine unzureichenden Konfliktbewältigungsstrategien offenbart er bei der Frage, wie er darauf reagiere: „Dann hau’ ich die.“ Im Gegensatz zur Eingangsdiagnostik („Ich bin hässlich“) ist er jetzt selbst zufriedener mit seinem Körper: Auf die Frage, ob er seinen Körper möge, antwortet er: „Mal so, mal so.“

4.3.6 Zusammenfassung und Prognose

Dustin war in der Eingangsuntersuchung und zu Beginn der Therapie ein sehr schwer zu führendes Kind. Seine sexuellen und aggressiven Impulse konnte er kaum regulieren, immer wieder geriet er in massive Konflikte mit den anderen Kindern und den Therapeuten. Es stand zwischenzeitlich der Ausschluss aus der Gruppe zur Diskussion. Dennoch hat sich sein Verhalten in allen Therapiezielen deutlich verbessert. Ein Grund dafür liegt in seiner Fähigkeit, rasch emotionale Bindungen zu anderen Menschen herzustellen. Er ging mit großer Offenheit und ohne Scheu auf neue Menschen, Kinder wie Erwachsene, zu. Dustin fragte viel, interessierte sich, setzte sich auseinander. Er verfügte auch über das Vertrauen und den Mut, sich auf ruhige Sequenzen einzulassen und Versorgungsangebote anzunehmen. Die Kombination aus seinem aktiven Verarbeitungsmodus und der Offenheit für neue Körpererfahrungen hat es ihm, gepaart mit den sicheren Bindungsangeboten in einer überschaubaren Gruppengröße, ermöglicht, von dem körper- und bewegungstherapeutischen Angebot im hohen Maße zu profitieren.

In der Abschlussuntersuchung bestätigten sich diese Beobachtungen. Im Rahmen des strukturierten und sicheren Kontextes traten keinerlei sexuelle und selbst- oder fremdgefährdende Impulse auf. Die körperbezogenen Emotionen haben sich verändert: Die Bewertung der anderen, er sei fett und hässlich, wird nicht mehr unreflektiert ins Selbstbild übernommen.

Dustin hatte seinen Vater zeitlebens und dauerhaft als Bindungsperson zur Verfügung. Dessen Erziehungskompetenzen sind wenig ausgeprägt, doch sein Engagement und sein „Herzblut“ für seinen Sohn stellen einen bedeutsamen protektiven Faktor dar. Herr S. hat jede Woche vier Stunden damit verbracht, Dustin zu dem Therapieangebot zu begleiten, dort auf ihn zu warten und anschließend wieder mit Bus und Bahn nach Hause zu fahren. Diese Bereitschaft ermöglichte es Dustin überhaupt erst, an der Maßnahme zu partizipieren.

Dustin ist z.Zt. noch mit größeren Gruppen überfordert. Er benötigt die stetige Präsenz eines Erwachsenen, um seine schnell und heftig anflutenden Impulse rechtzeitig und angemessen zu regulieren. Von einer prognostisch günstigen Entwicklung könnte ausgegangen werden, wenn eine Einzelfallhilfe oder Sozialpädagogische Familienhilfe (jeweils gemäß §35a KJHG) Dustin in der Schule und bei der Integration in Vereine begleiten und unterstützen würde.

4.4 Maxim: Vorgeschichte, Symptomatik, Diagnosen

Maxim wurde vor Beginn der Maßnahme insgesamt zwölf Wochen in zwei verschiedenen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär behandelt. Seine Mutter hatte ihn auf Drängen des Jugendamtes dort vorgestellt. Maxim ist ein achtjähriger, schwächlicher Junge mit südländischem Aussehen. Sein Gesichtsausdruck ist ernst und traurig.

Vorstellungsgründe waren Auto- und Fremdaggressionen (Kopf gegen Fliesen schlagen; mit der Faust in Glasscheiben schlagen), Enuresis und Enkopresis sowie verschiedene Ängste. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung erwog Maxims Mutter eine Fremdunterbringung ihres Sohnes in einer Pflegefamilie, nahm dann aber davon Abstand. Während des stationären Aufenthaltes wurde wegen Kindeswohlgefährdung gegen den Willen der Mutter eine Unterbringung Maxims in einer stationären Jugendhilfemaßnahme angeordnet. Im Laufe der Behandlung wurde deutlich, dass Maxim schwer misshandelt und vernachlässigt sowie aller Wahrscheinlichkeit nach für pornografische Zwecke missbraucht worden war. Auf der Station zeigte er aggressiv-impulsives Verhalten sowie massive Ängste, letztere vor allem in der Einschlafsituation. Er äußerte ferner wiederholt Suizidgedanken. In der Einzeltherapie kamen stark regressive Wünsche nach basaler Zuwendung und Versorgung zur Geltung.

Bei Maxim wurden folgende Diagnosen gestellt:

ICD-10 F 43.1 – G: Posttraumatische Belastungsstörung

ICD-10 F 91.0 – G: Störung des Sozialverhaltens mit oppositioneller Störung

ICD-10 Z 1.3 – G: Körperliche Kindesmisshandlung

Maxim wurde von seiner Therapeutin für die Maßnahme angemeldet, weil sie sich für ihn korrigierende Erfahrungen im Sinne von „Selbstbestimmung über seinen Körper“ erhoffte.

Folgende Informationen und Quellen bilden die Grundlagen für die folgende Falldarstellung:

- ❑ Gespräch mit der Vormünderin von Maxim
- ❑ Gespräch mit dem Bezugserzieher aus der Wohngruppe
- ❑ Eingangsdiagnostik Therapiemaßnahme
- ❑ Vorbefunde der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

4.4.1 Psychosomatische Anamnese und Biografie

Maxim ist das mittlere dreier Kinder, alle Kinder haben verschiedene Väter. Maxims Vater hat vier weitere Kinder von vier verschiedenen Frauen. Die Schwangerschaft war nicht geplant. Während der Schwangerschaft wurde Maxims Mutter von dem Vater geschlagen und in den Bauch getreten. Maxim hat als Säugling und Kleinkind viel geschrien, was zu erheblichen Konflikten zwischen den Elternteilen geführt hat. Nachdem der Vater das zu dem Zeitpunkt vierjährige Kind nach Angaben der Mutter „gegen den Türrahmen geschleudert“ hatte, trennt sie sich von dem Kindsvater.

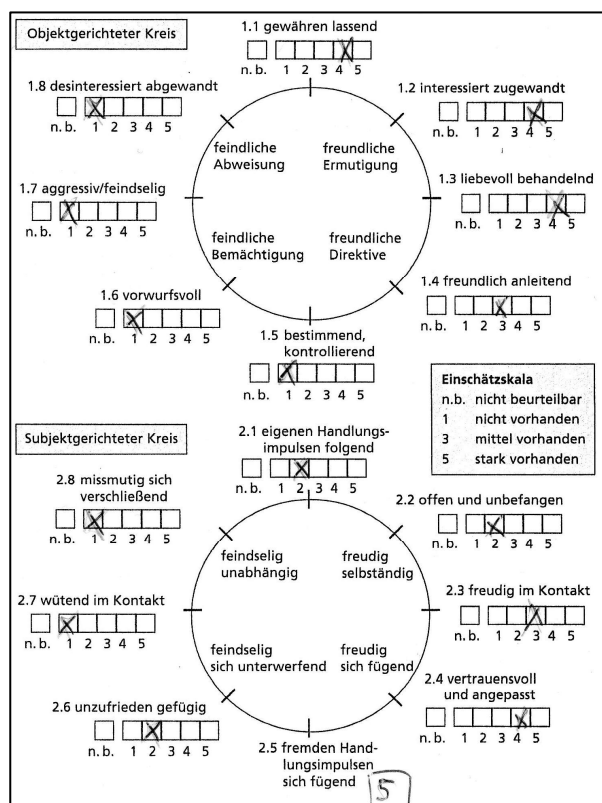
Die sprachliche und motorische Entwicklung verlief verzögert, im Kindergarten fiel Maxim gegenüber den anderen Kindern deutlich zurück. Er zeigte außerdem aggressive und sexuelle Auffälligkeiten, woraufhin er vom Kindergartenbesuch ausgeschlossen wurde. Seine Mutter hatte erhebliche eigene psychische Probleme und trank viel Alkohol. Es wurde ihr deshalb vom Jugendamt eine „Sozialpädagogische Familienhilfe“ zur Seite gestellt. Nachdem die Probleme mit Maxim und seinen beiden Halbgeschwistern eskaliert waren, wurde der Mutter das Sorgerecht für alle Kinder entzogen. Es hatte sich während der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung herausgestellt, dass sich die Mutter prostituierte und wahrscheinlich auch ihre Kinder an Freier verkaufte.

Zum Zeitpunkt des Beginns der Maßnahme lebte Maxim seit zwei Monaten in der Jugendhilfeeinrichtung. Dort wurde er als sehr anhänglich, aber auch als sehr abwertend erlebt. Die männlichen Mitarbeiter wurden idealisiert, den weiblichen wünschte er bisweilen sogar den Tod. Manchmal fragte er, was er gemacht habe, dass er nicht bei seiner Mutter leben dürfe.

4.4.2 Ergebnisse der Eingangsdiagnostik

OPD-KJ: Beziehungssachse

Auf der Beziehungsebene begegnet Maxim dem Therapeuten in der Eingangsdiagnostik zunächst verschüchtert, leicht misstrauisch und abwartend, im Affekt freundlich. Er folgt den Anweisungen des Gegenübers und bringt nur zaghaft eigene Handlungsimpulse ein. Den Wünschen des Therapeuten, z.B. Sachen aufzuräumen, folgt er prompt, fast unterwürfig. Am Kontakt zeigt er sich interessiert, er stellt immer wieder Blickkontakt her und gibt sich größte Mühe, dem anderen zu gefallen. Alle Fragen beantwortet er pflichtbewusst, signalisiert zwischendurch aber wiederholt, dass er an anderen Themen mehr interessiert ist. So fragt er den Therapeuten während des Gesprächs unvermittelt nach dessen starken Körperbehaarung und einer sichtbaren Narbe am Knie. Im Gegenüber erzeugt er viel Vorsicht und Behutsamkeit, aber auch Wohlwollen. Feindselige



Affekte fehlen vollständig. An selbstgewählten Spielszenen bevorzugt Maxim Spiele mit einem kooperativen Charakter. Die Spielhandlungen sind sehr einfach und beschränken sich darauf, einen Ball auf verschiedene Weise dem Mitspieler zuzupassen. Handlungen, die ein etwas höheres Maß an Vertrauen erfordern, lehnt er ab. Er lässt sich nicht mit geschlossenen Augen führen und bricht auch ein Spiel ab, bei dem er auf einem Rollbrett durch die Halle gezogen wird.

Dar. 4.43: Befunderhebung Achse Beziehung, OPD-KJ, Maxim: Eingangsdiagnostik

OPD-KJ: Konfliktachse

Auf der Konfliktebene erleben wir einen Jungen mit einem starken Selbstwertkonflikt im passiven Verarbeitungsmodus. Maxim meidet Konkurrenzsituationen und wählt Situationen mit einem geringen Anspruchsniveau. Er besitzt wenig Selbstvertrauen. Auf die Frage, was er gut könne, fällt ihm zunächst Fußball ein, er revidiert dies aber schnell, indem er sagt, dass er nicht mehr im Verein spiele, da er nicht gut genug sei. Auf der anderen Seite äußert er, sehr viele Freunde zu haben und sehr beliebt zu sein, bei Fragen nach sozialen Kompetenzen ist die Skala (1–10) nach oben offen, er bewertet sich mehrfach mit einer 11 oder 12. Die 1:1-Situation in der Eingangsdiagnostik genießt Maxim sichtlich, die Idee eines Gruppensettings missfällt ihm hingegen. Neben dem Selbstwertkonflikt sind ein Macht-, ein Identitäts- und ein ödipaler Konflikt virulent, wobei letzterer von diesen am bedeutendsten erscheint. Die Beziehungen zum Therapeuten in der Untersuchungssituation, aber auch zu den männlichen Bezugserziehern in der Wohngruppe werden deutlich erotisiert; das zeigt sich etwa in der Frage nach der Körperbehaarung, über die Maxim befindet, sie sei sehr schön. Im Hinblick auf den Körper des Therapeuten zeigt er sich unangemessen neugierig, über Mimik und Körperhaltung werden zudem verführerische Aspekte in die Beziehung eingebracht. Die Beschäftigung mit dem eigenen Körper wird von Maxim verstärkt gesucht, insbesondere unter sexuellen Aspekten. Als erstes Körperteil von sich benennt er den „Pipi-Mann“. In der Gegenübertragung wird spürbar, dass etwas „nicht stimmig“ ist, die Interaktion findet auf einer Erwachsenenenebene statt, das kindliche Element, die Freude und Spontaneität im Spiel, fehlt vollständig.

Konflikt	Nicht vorhanden	Vorhanden und wenig bedeutsam	Vorhanden und bedeutsam	Vorhanden und sehr bedeutsam	Nicht beurteilbar
Abhängigkeit vs. Autonomie	x				
Unterwerfung vs. Kontrolle			x		
Versorgung vs. Autarkie	x				
Selbstwertkonflikt				x	
Loyalitätskonflikt		x			
Ödipale Konflikte			x		
Identitätskonflikte			x		
Konflikthafte Lebensbelastung			x		
Modus der Verarbeitung	Vorwiegend passiv				
Wichtigster Konflikt	Selbstwertkonflikt				
Zweitwichtigster Konflikt	Ödipaler Konflikt				

Dar. 4.44: Befunderhebung *Achse Konflikt*, OPD-KJ, Maxim: Eingangsdagnostik

OPD-KJ: Strukturachse

Auf der strukturellen Ebene herrscht ein mäßiges Integrationsniveau in den Bereichen „Steuerung“ und „Kommunikative Fähigkeiten“ sowie ein geringes Integrationsniveau im Bereich „Selbst- und Objekterleben“ vor. Das Selbsterleben ist undifferenziert, Selbstbeschreibungen sind kaum möglich („Ich bin lieb, nein böse, nein, doch eher lieb, weiß nicht“). Im Hinblick auf das Objekterleben ist die Fähigkeit, den Untersucher durchgängig als Träger einer bestimmten Rolle wahrzunehmen, wenig ausgebildet. Das anfängliche Misstrauen löst sich unangemessen schnell auf, so dass in der Abstufung des Nähe-Verhältnisses (unbekannt, bekannt, vertraut) nicht ausreichend differenziert wird. In diesem Zusammenhang sind auch Empathie und objektbezogene Affekte auf einem desintegrierten Strukturniveau. Maxim nimmt nicht wahr, dass sein unstimmgiger Nähewunsch, sein devotes Kontaktverhalten und seine mangelnde Kindlichkeit im Untersucher Befremden auslösen. Vor dem Hintergrund seiner gravierenden Missbrauchserfahrungen hat er verinnerlicht, darüber Wohlgefallen und Akzeptanz im Erwachsenen zu erzeugen. Im Bereich „Kommunikative Fähigkeiten“ fällt besonders auf, dass die Unterscheidung zwischen Gefühl und

Gefühlsausdruck kaum gelingt, so dass auch die Fähigkeit zum „Als-ob-Spiel“ wenig entwickelt ist. Als imponierendes Strukturdefizit wird die mangelnde Empathiefähigkeit bestimmt.

Bereich		Orientierende Einzelscores					Zusammen- gefasst als
Steuerung	→	3	5	3	3	3	3
Selbst- und Objektwahrnehmung	→	5	3	5	7		5
Kommunikative Fähigkeiten	→	5	9	3	3	3	3
Gesamtwert							3
Integrationsniveau 1 = gute Integration (im Sinne der Ankerbeispiele) 3 = mäßige Integration 5 = geringe Integration 7 = schlechte Integration / Desintegration 9 = nicht beurteilbar							

Dar. 4.45: Befunderhebung *Achse Struktur*, OPD-KJ, Maxim: Eingangsdiagnostik

Qualitative körper- und bewegungsbezogene Diagnostik

Bewegungsverhalten und körperlicher Ausdruck

Maxim zeigt ein gehemmttes Bewegungsverhalten, er traut sich wenig zu und exploriert wenig, sondern greift lieber auf Vertrautes zurück. Bei den Übungen zum „Gegeneinander“ bietet er kein echtes Gegenüber, er leistet kaum Gegenwehr. Auseinandersetzungen geht er weitgehend aus dem Weg und er meidet Konkurrenzsituationen. Maxim wirkt darüberhinaus fast ein wenig desinteressiert an den Bewegungsaufgaben, er muss stellenweise ermuntert werden, aktiver zu werden. Seine Bewegungen wirken gebremst, übervorsichtig, zaghaft. Es wird keine Lust und Freude an der Bewegung und am „Austesten“ seiner körperlichen Grenzen sichtbar. Maxim zeigt kein Verlangen nach Kraftverausgabung, entsprechend stellt sich keine körperliche Erschöpfung ein. Der körperliche und mimische Ausdruck ist nichtssagend, unbeweglich. Maxim blickt überwiegend ernst und traurig, selten taucht ein wenig Freude im Gesichtsausdruck auf. Das Fehlen von Unbeschwertheit und Expansivität lässt ihn insgesamt starr und gehalten erscheinen.

Körperbezogene Perzeptionen und Kognitionen

Das Legen seines Körpermrisses mit Seilen gelingt ihm gut. Er kann alle sichtbaren Körperteile benennen und verfügt über ein breites Wissen im Hinblick auf die Bezeichnung und die Funktion der wichtigsten Organe.

Körperbezogene Emotionen

Maxim ist emotional sichtlich mit dem Thema Körperlichkeit beschäftigt. Er kann klar benennen, was er an sich mag und was nicht. Während der Untersuchung will er dem Untersucher immer wieder einzelne Bereiche seines Körpers zeigen, die für ihn emotional besetzt sind (weil er dort mal Schmerzen gehabt habe; wo er gerne berührt werde; wo es kitzelig sei). Er zeigt ferner ein unangemessen großes Interesse am Körper des Untersuchers, und dies nicht in kindlicher Weise im Sinne von „Was hast du denn da?“, sondern sehr bedacht, ernst und erwachsen. Dieses alt und reif wirkende Verhalten und Reden sowie die verführerisch anmutenden Posen lassen auch ohne Kenntnis der Biografie erahnen, dass Maxim altersunangemessene sexuelle Körpererfahrungen gemacht haben muss.

Zusammenfassung des diagnostischen Eindrucks

Insgesamt erleben wir einen sehr ernsten Jungen, der nach anfänglichem Misstrauen die Exklusivität einer Zweierbeziehung stark sucht. Es wird ein eklatanter Selbstwertkonflikt mit einer Vermeidung jeder kritischen Konkurrenzsituation, die Kränkungserlebnisse entstehen lassen könnte, sichtbar. Die stärksten Eindrücke sind das sehr fügsame Verhalten Maxims sowie das Fehlen kindlicher Freude, Spontaneität und Eigensinns.

4.4.3 Therapieziele

Therapieziel 1: Situationsangemessenes Bewegungsverhalten

Durch sein zögerliches und wenig exploratives Bewegungsverhalten versäumt Maxim es, neue Bewegungs- und Körpererfahrungen zu machen und darüber auch sein Selbstwertgefühl zu steigern. Auf sozialer Ebene verhindert dies eine mögliche Kontaktfläche zu anderen Kindern seines Alters, sei es im freien, unter Jungen oft körperbetonten Spiel, oder in Sportvereinen. Die Angst vor Bewertung und Versagen hemmt ihn, sich auf neue Situationen einzulassen. Hier spielt sein geringes Selbstwertgefühl ebenso eine Rolle wie seine schlimmen Erfahrungen, in

denen sein Körper instrumentalisiert und seine Bewegungen auf Funktion und Leistung reduziert wurden. Er soll deshalb während der Therapiemaßnahme Bewegungsangebote ohne Leistungsdruck erhalten, in denen er korrigierende, kindlich-freudvolle Bewegungserfahrungen sammeln kann.

Therapieziel 2: Achtsamer Umgang mit dem eigenen Körper

Maxim beschäftigt sich sehr viel mit seinem Körper und mit seinem Aussehen. Er ist es gewohnt, seinen Körper zu präsentieren und hat gelernt, dass er darüber in Kontakt mit anderen Menschen kommt. Wegen des Ausmaßes und der Chronizität seiner Missbrauchserfahrungen, vor allem aber wegen des Mangels an korrigierenden positiven Körper- und Beziehungserfahrungen hält er seinen Körper im Kontakt zu Erwachsenen für sein zentrales und wichtigstes Kommunikationsmedium. In der Vergangenheit wurden ihm darüber auch Wohlwollen und Zuwendung zuteil – wenn auch auf eine pervertierte Art und Weise. Ein wichtiges Therapieziel besteht deshalb nicht in einer Betonung, sondern in einer Relativierung der Bedeutung des Körpers als Kontaktmedium zu Erwachsenen. Zugleich soll er die Eigenverfügbarkeit seines Körpers erfahren lernen.

Therapieziel 3: Angemessener körperlicher Umgang mit anderen

Das Interesse Maxims am Körper des Untersuchers ist unangemessen, ebenso wie seine verführerisch anmutenden Posen mit ihrem erotisierenden Charakter. Hier soll Maxim die zunächst irritierende, aber korrigierende Erfahrung machen, dass es für eine gute Beziehung zum Therapeuten keinerlei Kontaktangebote dieser Art bedarf und dass entsprechende Kontaktwünsche auch abgewiesen werden, wenn sie nicht stimmig sind. Insofern benötigt Maxim Hilfe bei der Regulierung des Nähe-Distanz-Verhältnisses in dem Sinne, dass er die Kriterien für Angemessenheit erst *erlernen* muss.

Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten

Maxims Bindungswünsche in der Eingangsuntersuchung waren ausgeprägt. Er versuchte den Therapeuten durch starke Folgsamkeit für sich zu gewinnen. Während der Maßnahme soll er bestärkt werden, eigene Impulse in die Interaktion einzubringen und lernen, sich zu behaupten. Schmeichelndes und anklammerndes Verhalten muss als solches benannt werden, auch wenn es zunächst von Maxim

als Kränkung erlebt wird. Er braucht deshalb Erwachsene, die ihm trotz Konflikten oder Anspannung Bindungssicherheit vermitteln können.

Therapieziel 5: Selbstwertstabilisierung

Maxim stabilisiert seinen Selbstwert im Kontakt zu Erwachsenen über seine Folgsamkeit und freundliche Zugewandtheit. Dieses Beziehungsverhalten ist jedoch eine Anpassungsleistung im Sinne des Traumaschemas und daher nicht dauerhaft und nicht in dieser Ausprägung zur Selbstwertregulation geeignet. Maxim hat die haltgebende Funktion und empathische Qualität der Mutter-Kind-Dyade nicht erlebt und hat so das Urvertrauen nicht entwickeln können. Für die Entstehung einer Selbstwertproblematik ist die Frustration des kindlichen Bedürfnisses nach Geliebtwerden und Anerkennung bedeutsam. Es ist im Rahmen eines Förderangebotes jedoch nicht möglich, diese basalen Wünsche grundlegend zu befriedigen.

Therapieziel 6: Entwicklung von Empathie

Maxim hat in der Beziehung zu seinen primären Bindungspersonen vermutlich keine Erfahrungen von Empathie machen können. Da er bereits als Kleinkind funktionalisiert wurde, ist kaum vorstellbar, dass versucht wurde, sich in seine Gefühle hineinzusetzen. Er hat aber gelernt, dass er überleben kann, wenn er die Wünsche anderer antizipiert und erfüllt. Diese Leistung hat äußerlich Ähnlichkeit mit Empathievermögen, folgt aber einer anderen Logik und verkehrt die Erwachsenen- und Kindebene. Das Erlernen echter Empathie ist ein wichtiges Therapieziel, für das das Erfahren der eigenen Wünsche und Bedürfnisse jedoch die Voraussetzung bildet.

4.4.4 Therapieverlauf

Maxim kam gerne zu den Stunden. Er suchte gerade bei dem männlichen Therapeuten viel Anlehnung und bevorzugte insgesamt ruhigere Aktivitäten. Gerne nahm er Gelegenheiten wahr, sich selbst (mit einer Feder, einem Massageball) behutsame taktile Reize zu verschaffen. Vor der Fotokamera, mit der in ausgewählten Stunden Aufnahmen gemacht wurden, setzte er einen lasziven, erotisierenden Blick auf. Hier wurden höchstwahrscheinlich Erinnerungen angestoßen, die im Zusammenhang mit dem Missbrauch stehen. Maxim geriet

dabei jedoch nicht in einen inneren Erregungszustand, konnte also ausreichend gut zwischen der Situation damals und dem Hier und Jetzt unterscheiden.

Schon in der Eingangsuntersuchung stellte der Junge Fragen nach der Körperbehaarung des Therapeuten, zeigte ihm seinerseits den eigenen Körper und setzte im Verlauf der Therapie immer wieder verführerische Gesten ein. Er vergewisserte sich mutmaßlich, ob *dieser* Mann (der Therapeut) wie *die anderen* (missbrauchenden) Männer ist. Der Junge löste besonders im männlichen Gegenüber starke Reaktionen in der Gegenübertragung aus. Die Fähigkeit des Therapeuten, die sexuell stark gefärbten Beziehungsangebote des Jungen richtig einzuordnen und regulierend zu beantworten, war eine *conditio sine qua non* für die zunehmend angemessenere Nähe-Distanz-Regulationsfähigkeit.

4.4.4.1 Qualitative Auswertung

Therapieziel 1: Angemessenes Bewegungsverhalten:

Maxim gewann zunehmend mehr Mut, sich auf neue Bewegungserfahrungen einzulassen. Insbesondere beim Reiten und Voltigieren zeigte sich diese Entwicklung deutlich. Er zögerte oft sehr lange, bevor er sich auf eine unbekannte Bewegungssituation einließ, wog sorgfältig ab und entschied sich auch manches Mal dagegen. Umso größer war seine Freude, wenn er eine spannungsreiche Situation bewältigte. Auch auf Spiele mit Wettbewerbscharakter ließ er sich mit zunehmender Therapiedauer ein. Immer wieder fiel auf, dass Maxim fast ausschließlich beim männlichen Therapeuten nach Lob und Anerkennung suchte. Im Rollenspiel mit dem männlichen Gegenüber übte Maxim den Widerstand, spielte z.B. im als-ob-Spiel eine fauchende Katze, die ihre Krallen ausfuhr.

Therapieziel 2: Achtsamkeit mit dem eigenen Körper

Maxim war im Verlauf der Therapie innerlich stark damit beschäftigt, sein Verhältnis zum eigenen Körper wiederherzustellen. Die Selbststimulierungen, z.B. mit der Feder, verschafften ihm angenehme und vor allem selbstbestimmte Körpererfahrungen. Ein selbstverletzender oder selbstgefährdender Umgang mit dem eigenen Körper wurde nicht beobachtet. Maxim registrierte anfangs irritiert und leicht gekränkt, dass seine körperliche Anbiederung vom männlichen Therapeuten begrenzt und damit ein erlerntes Beziehungsmuster unterbrochen

wurde. Diese Form der Kontaktaufnahme kam gegen Ende der Therapie kaum noch vor.

Therapieziel 3: Körperlicher Umgang mit anderen

Wie im vorangegangenen Abschnitt bereits ausgeführt, hat Maxim korrigierende Beziehungserfahrungen im körperlichen Umgang mit Männern machen können. In den Ratings fällt die große Diskrepanz zwischen den Experten- und den Erzieherratings ins Auge. Sie kann dahingehend interpretiert werden, dass die Sensibilität für die Thematik bei den Therapeuten größer ist und das Muster entsprechend genauer analysiert und präziser unterbrochen werden kann. Offensichtlich ist es nur geringfügig gelungen, einen Transfer der veränderten Kontaktgestaltung in den Lebensalltag zu erwirken.

Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten

Maxims eher fügsames Verhalten blieb weitgehend bestehen. Er versuchte, der „Liebling“ des Therapeuten zu sein und vermied daher Verhaltensweisen, die diese Position hätten gefährden können. Es gelang ihm jedoch im oben beschriebenen als-ob-Spiel, auch aggressive Impulse in die Interaktion einzubringen.

Therapieziel 5: Selbstwertstabilisierung

Wie zu befürchten war, hat sich der tief verwurzelte Selbstwertkonflikt im Rahmen dieses ambulanten Angebotes nicht positiv beeinflussen lassen. Maxim blieb ein Junge mit einem niedrigen Selbstwertgefühl, die Erfolgserlebnisse, aus deren Bewältigung er eine Ich-Bestätigung hätte ableiten sollen, hatten bei weitem nicht die notwendige Tragweite. Erschwerend kam hinzu, dass seine Mutter die Besuchskontakte zu ihm abgebrochen hatte, wodurch sich besonders in der Wohngruppe die depressive Symptomatik verstärkte.

Therapieziel 6: Entwicklung von Empathievermögen

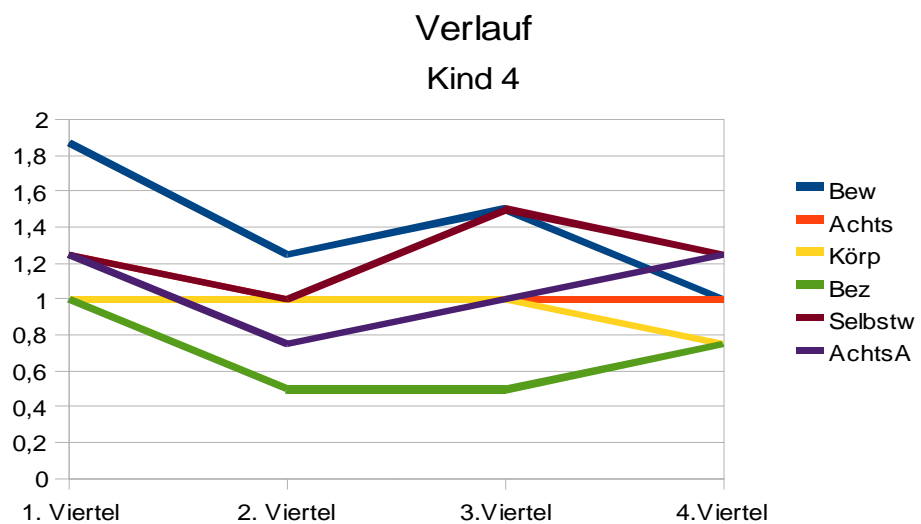
In diesem Bereich zeigten sich, bei Therapeuten und Erziehern übereinstimmend, keinerlei Veränderungen. Maxim verhielt sich keineswegs unempathisch in dem Sinne, dass er anderen gegenüber böswillig und gemein aufgetreten wäre. Er war nur zu sehr damit beschäftigt, im anderen ein Bild von sich zu erzeugen, als dass er den Freiraum gehabt hätte, sich in die Befindlichkeit des Gegenübers

einzufühlen. Zu dem Pferd nahm er kaum Kontakt auf, er traute sich zwar „hinauf“, kommunizierte aber kaum mit dem Tier, woraufhin auch keine Bezogenheit entstand.

4.4.4.2 Quantitative Auswertung

Auswertung der Tagebücher der Therapeuten

Auffällig sind die negativen Entwicklungen vom 3. zum 4. Viertel bei den Therapiezielen 4, 5 und 6. Hier ist ein Zusammenhang mit einem parallelen Lebensereignis zu vermuten: Maxims Mutter hat entgegen seinem Wunsch den Kontakt zu ihm abgebrochen.



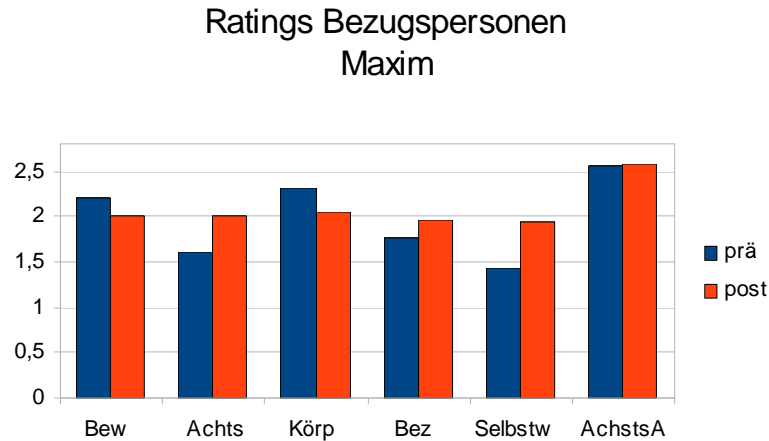
Dar. 4.46: Grafische Darstellung der Therapeutenratings zum *Therapieverlauf Maxim*

	Therapieziel 1: Angemessenes Bewegungsverhalten (blaue Linie)	Therapieziel 2: Achtsamkeit mit dem eigenen Körper (rote Linie)	Therapieziel 3: Körperlicher Umgang mit Anderen (gelbe Linie)	Therapieziel 4: Angemessenes Beziehungsverhalten (grüne Linie)	Therapieziel 5: Selbstwertstabilisierung (braune Linie)	Therapieziel 6: Entwicklung von Empathie (schwarze Linie)
1. Viertel	1,875	1,25	1,0	1,0	1,25	1,25
2. Viertel	1,25	1,0	1,0	0,5	1,0	0,75
3. Viertel	1,5	1,0	1,0	0,5	1,25	1,0
4. Viertel	1,0	1,0	0,75	0,75	1,5	1,25

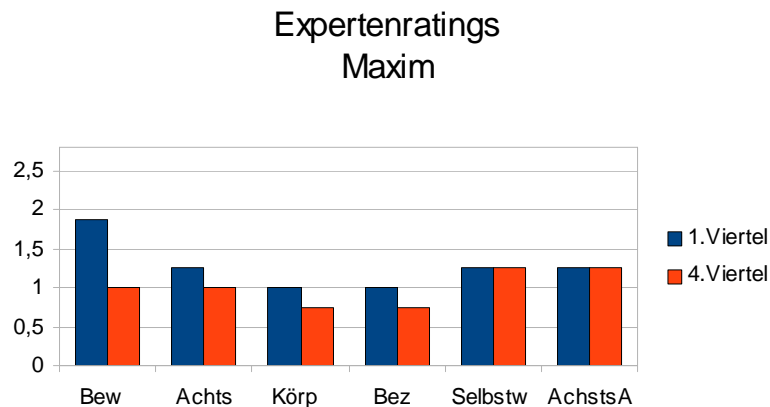
Dar. 4.47: Tabellarische Darstellung der Therapeutenratings zum *Therapieverlauf Maxim*

Auswertung der Tagebücher im Prä-Post-Vergleich

Die Ratings der Bezugspersonen aus der Jugendhilfeeinrichtung sind wenig aussagekräftig. Bei der Analyse der Tagebücher entstand der Eindruck, dass die immer gleichen Werte zwei Wochen rückblickend eingetragen wurden.



Dar. 4.48 und Dar. 4.49: Ratings Bezugsperson (oben) und Therapeuten (unten) im Prä-Post-Vergleich: Maxim

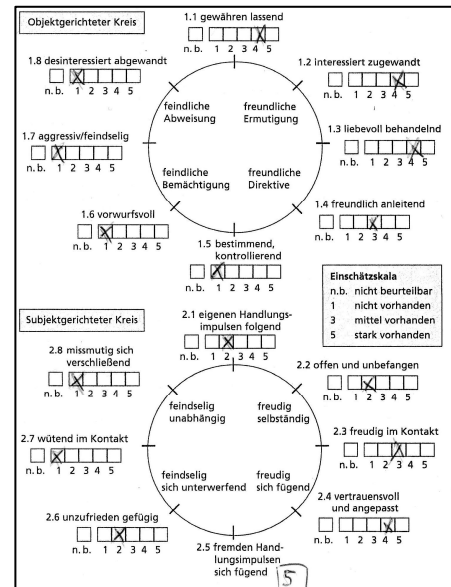
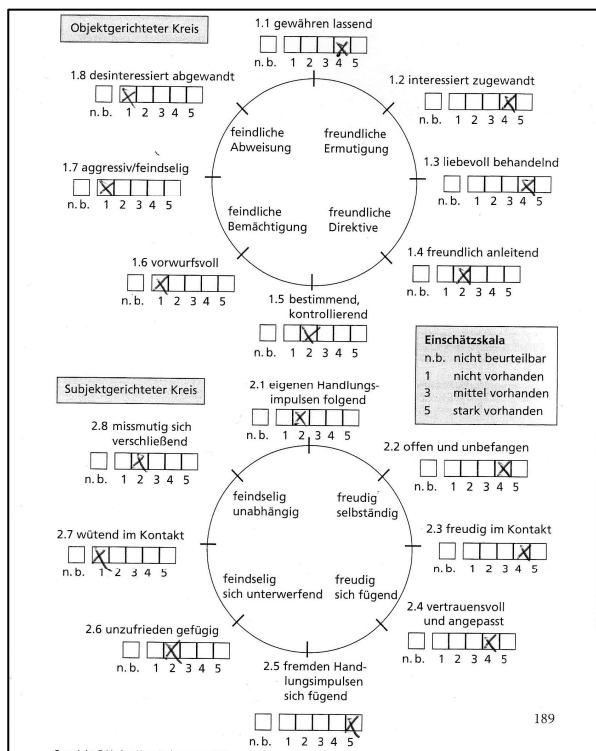


Nach Einschätzung der Therapeuten hat sich im Vergleich zwischen dem 1. und dem 4. Viertel lediglich bei Therapieziel 1 eine deutliche Verbesserung eingestellt, während alle anderen Werte auf dem in etwa gleichen Niveau stagnierten. Bei den Einschätzungen der Bezugserzieher fallen die sehr hohen Werte in beiden Baselines ins Auge, die sich im Grad der Ausprägung nicht mit den Eindrücken der Therapeuten decken.

4.4.5 Ergebnisse Ausgangsdiagnostik

OPD-KJ: Beziehungssachse

Maxim kann den Beginn der Abschlussstunde kaum erwarten. Er freut sich sichtlich, den Therapeuten für sich allein zu haben und bemüht sich sehr, ein „braver Junge“ zu sein. Geduldig lässt er alle Fragen über sich ergehen, auch wenn sich sein Interesse am Gesprächsinhalt in Grenzen hält. Im gesamten Verlauf der Stunde zeigt er sich fügsam und zugewandt. Immer wieder sucht er die körperliche Nähe des Therapeuten, ergreift seine Hand oder rutscht mit seinem Sitzkissen näher an ihn heran. Seine Spielideen sind wenig kreativ und identisch mit denen aus der Eingangsdiagnostik. Beim Therapeuten stellt sich in der Gegenübertragung rasch Langeweile ein, der er mit dem Einbringen vieler eigener Impulse begegnet. Freude entsteht erst in der körperlichen Auseinandersetzung bei den Übungen zum „Gegeneinander“. Wie in der Eingangsdiagnostik sind keinerlei feindselige oder aggressive Affekte zu beobachten. Lebendigkeit und Freude leiten sich nicht aus dem Spielinhalt oder aus der puren Lust an der Bewegung ab, sondern sind abhängig von dem Grad der Nähe zum Therapeuten.



Dar. 4.50 und Dar. 4.51: Befunderhebung Achse Beziehung, OPD-KJ, Maxim (links: Abschlussdiagnostik, oben: Eingangsdiagnostik)

Zwischen der Ein- und Ausgangsdiagnostik bestehen Unterschiede in dem Grad an Offenheit (2.2), der mit zunehmender Vertrautheit gewachsen ist.

OPD-KJ: Konfliktachse

Am deutlichsten zeichnet sich ein ödipaler Konflikt im aktiven Verarbeitungsmodus ab. Eine unangemessene Sexualisierung wird deutlich spürbar bei dem Gespräch über das Körpererleben, das vom Therapeuten aufgrund der erotischen Färbung vorzeitig beendet wird. Maxim zeigt eine große Neugier am Körper des Therapeuten und benennt den eigenen Po als den ihm liebsten Körperteil. Die Beschäftigung mit dem eigenen Körper spiegelt sich auch im Hochziehen des T-Shirts und Erkundens seines Bauchnabels während des Interviews wider.

Ferner zeigt sich weiterhin ein Selbstwertkonflikt im passiven Verarbeitungsmodus. Maxim wählte auch in der Ausgangsdiagnostik Situationen mit einem geringen Anspruchsniveau. Auf die Frage, wie zufrieden er mit sich sei, gibt er sich auf der zehnstufigen Skala eine 8. Er begründet dies mit seinem guten Kopfball und guten Schuss beim Fußball. Andere Stärken, auch außerhalb des Bereiches Sport, fallen ihm nicht ein.

Konflikt	Nicht vorhanden	Vorhanden und wenig bedeutsam	Vorhanden und bedeutsam	Vorhanden und sehr bedeutsam	Nicht beurteilbar
Abhängigkeit vs. Autonomie	x (x)				
Unterwerfung vs. Kontrolle		x	(x)		
Versorgung vs. Autarkie	x (x)				
Selbstwertkonflikt			x	(x)	
Loyalitätskonflikt		x (x)			
Ödipale Konflikte			x (x)		
Identitätskonflikte		x	(x)		
Konflikthafte Lebensbelastung		x	(x)		
Modus der Verarbeitung	Vorwiegend passiv (vorwiegend passiv)				
Wichtigster Konflikt	Ödipaler Konflikt (Selbstwertkonflikt)				
Zweitwichtigster Konflikt	Selbstwertkonflikt (Ödipaler Konflikt)				

Dar. 4.52: Befunderhebung *Achse Konflikt*, OPD-KJ, Maxim: Ausgangsdiagnostik (in Klammern: Ergebnisse Eingangsdiagnostik)

Im Vergleich zwischen Ein- und Ausgangsdiagnostik zeigen sich erhebliche Veränderungen: Der wichtigste und der zweitwichtigste Konflikt haben die Positionen getauscht, der Selbstwertkonflikt wurde wie auch der Kontroll-/ Unterwerfungskonflikt in geringerer Ausprägung kodiert. Der ödipale Konflikt hingegen weist nach wie vor die gleiche Virulenz auf.

OPD-KJ: Strukturachse

Auf der strukturellen Ebene sind gegenüber die Eingangsdiagnostik leichte Veränderungen zu verzeichnen. Im Bereich „Selbst- und Objekterleben“ herrscht ein etwas besseres Integrationsniveau im Selbsterleben und in der Selbst-Objektdifferenzierung vor. Maxim konnte den Therapeuten als Träger einer definierten sozialen Rolle erkennen und passte seine Nähe-Distanz-Regulation trotz des nach wie vor bestehenden Nähewunsches daran an. Er zeigte kleine Anzeichen, die Gefühle des Therapeuten wahrzunehmen (Wunsch nach Distanz) und er richtete sein Handeln danach aus (rückte ein Stück von ihm ab).

Bereich		Orientierende Einzelscores					Zusammengefasst als
Steuerung	→	3 (3)	5 (5)	1 (3)	1 (3)	3 (3)	3 (3)
Selbst- und Objektwahrnehmung	→	3 (5)	3 (3)	3 (5)	5 (7)		5 (5)
Kommunikative Fähigkeiten	→	3 (5)	5 (9)	3 (3)	3 (3)	3 (3)	3 (3)
Gesamtwert							3 (3)
Integrationsniveau 1 = gute Integration (im Sinne der Ankerbeispiele) 3 = mäßige Integration 5 = geringe Integration 7 = schlechte Integration / Desintegration 9 = nicht beurteilbar							

Dar. 4.53: Befunderhebung *Achse Struktur*, OPD-KJ, Maxim: Ausgangsdiagnostik (in Klammern: Ergebnisse Eingangsdiagnostik)

Im Hinblick auf die Kommunikation eigener Affekte hat Maxim seine Fähigkeiten erweitert. Immer wieder brachte er in der Ausgangsdiagnostik seinen Ärger über ein anderes Kind der Gruppe zum Ausdruck und konnte seine Meinung dabei gut begründen.

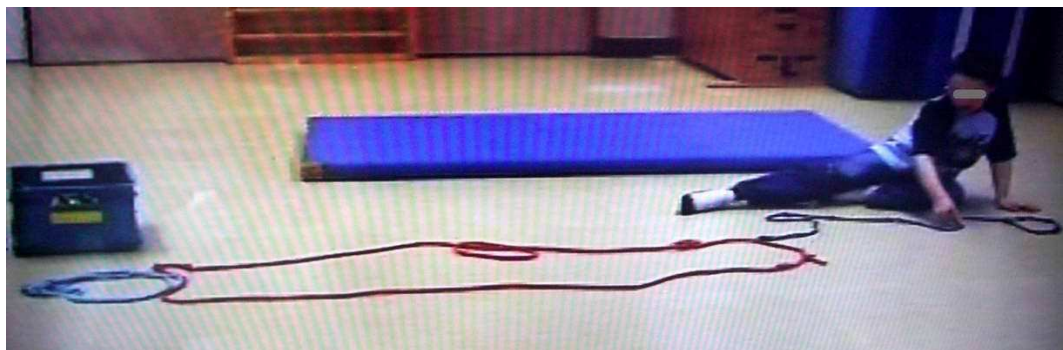
Qualitative körper- und bewegungsbezogene Diagnostik

Bewegungsverhalten und körperlicher Ausdruck

Wie bereits in der Eingangsdiagnostik greift Maxim auch in der Abschlussstunde auf vertraute und einfache Bewegungsmuster zurück. Freude an der Bewegung entsteht im gemeinsamen und körpernahen Tun mit dem Therapeuten. Die Mimik ist gegenüber dem Beginn der Therapie ausdrucksstärker, die Gesichtszüge sind weicher und lassen mehr von den inneren Vorgängen erkennen. Die körperliche Anstrengungsbereitschaft ist deutlich erhöht, es gibt ferner einen Wunsch nach Kraftverausgabung und Gewinnen-wollen.

Körperbezogene Perzeptionen und Kognitionen

Maxim hat große Schwierigkeiten, Größe und Umfang seines Körpers einzuschätzen, Kopf, Rumpf und Beine geraten viel zu groß. Das verwundert, da er in der Eingangsdiagnostik noch eine realistische Einschätzung vorgenommen hatte. Bei der Überprüfung durch das Hineinlegen stellt er seinen Irrtum fest, lässt aber kein Erstaunen erkennen. Bei der gesamten Übung wirkt er nicht nachlässig, aber lustlos, lieber würde er die Zeit nutzen, um enger mit dem Therapeuten im Kontakt zu sein.



Dar. 4.54: Legen des Körperumrisses mit Seilen, *Ausgangsdiagnostik Maxim*
(Quelle: Video Ausgangsdiagnostik)

Körperbezogene Emotionen

Auf die Fragen zu den körperbezogenen Emotionen antwortet Maxim ohne große Scheu. Als ungeliebte Körperteile benennt er seine Finger und seinen Bauch, weil er oft Bauchweh habe. Das Körperteil, das er am liebsten habe, sei der „Popo“, weil der „so oft pupst“. Insgesamt möge er seinen Körper. Maxim kehrt das Gespräch an diesem Punkt um und stellt nun seinerseits Fragen nach dem Körper

des Therapeuten. Dabei interessiert er sich wie in der Eingangsdiagnostik besonders für die Behaarung und fragt nach, ob die Haare auf dem (fast unbehaarten) Kopf des Therapeuten wieder wachsen würden. Er wundert sich über die Antwort und verweist auf die ansonsten starke Körperbehaarung. Der Therapeut ist nun bestrebt, das Gespräch wieder in eine andere Richtung zu lenken, da Maxims Interesse eine große Intimität herstellt. Diese wird jedoch nicht primär durch den Inhalt, sondern durch die Versunkenheit und Nachdenklichkeit seiner Fragen erzeugt.

4.4.6 Zusammenfassung und Prognose

Nur in zwei der sechs Therapieziele erkannten sowohl die Therapeuten als auch die Erzieher eine positive Entwicklung (Bewegungsverhalten, Körperlicher Umgang mit anderen). Die nach klinischen Eindrücken durchaus auch darüber hinaus zu beobachtbaren Veränderungen, besonders im Hinblick auf die Erfahrungen der Eigenverfügbarkeit des Körpers, bilden sich in den Ergebnissen der Tagebücher nicht ab. Im Vergleich der Ein- und Ausgangsdiagnostik scheint der Selbstwertkonflikt an Bedeutsamkeit verloren zu haben, doch dieser Befund findet sich nicht in den Ergebnissen aus den Tagebüchern wieder. Der ödipale Konflikt, der während der Therapie weniger virulent war, bildet sich in der 1:1-Situation der Ausgangsdiagnostik hingegen deutlich ab. Ein wesentliches Lebensereignis, nämlich der Kontaktabbruch durch die Mutter, verstärkte wahrscheinlich die depressive Symptomatik zum Ende der Therapie. Nach den Eindrücken aus der Therapie ist Maxim nach wie vor gefährdet, Opfer sexueller Übergriffe zu werden, womöglich in selbst aktiv herbeigeführten Situationen. Vor dem Hintergrund, dass er von den missbrauchenden Männern eine Form der Zuwendung erhalten hat, scheint eine Selbstwertstabilisierung sowie eine Suche nach Liebe und nach väterlicher Begleitung über sexuelle Kontakte gut möglich. Von großer Bedeutung wird es sein, dass sich seine künftigen männlichen Bezugspersonen in der Jugendhilfeeinrichtung, in der Schule und in Sportvereinen von seinen sexuell gefärbten Kontaktangeboten weder abgestoßen noch angezogen fühlen und dass sie ihm ein Regulativ für die angemessene Befriedigung seiner Nähebedürfnisse sein können. Eine hilfreiche präventive Maßnahme gegen eine erneute Viktimisierung wäre eine sorgfältige psychotherapeutische Aufarbeitung seiner traumatischen Erfahrungen. Voraussetzung für die dafür notwendige Stabilität ist

eine Klärung seiner Wohnsituation, eine Integration in die soziale Gemeinschaft sowie die absolute Vermeidung von Kontakten zu Menschen, die ein einschlägiges Täterverhalten zeigen.

4.5 Gegenüberstellung der Einzelfälle

4.5.1 Hypothesenprüfung: Quantitativer Forschungsansatz

Nachdem in den Einzelfalldarstellungen eine auf den Einzelfall bezogene qualitative Auswertung des Therapieverlaufs vorgenommen wurde, werden im Folgenden die in Kapitel 3.3 aufgestellten operationalisierten Hypothesen auf ihre Gültigkeit überprüft. Die statistische Auswertung bezieht sich aufgrund der unzureichenden Dokumentation der Bezugspersonen während der Maßnahme ausschließlich auf die Ratings der Therapeuten und kann daher nur Aussagen über die in den Therapiesitzungen beobachtbaren Veränderungen treffen, nicht aber über mögliche Auswirkungen auf den Lebensalltag der Kinder. Da die Beobachtungen der Bezugspersonen jedoch während der ersten und zweiten Baseline sorgfältig erhoben wurden, erlauben sie zumindest einen prä-post-Vergleich, der grafisch in Diagrammen dargestellt und der ergänzend zu der Auswertung der Therapeutenratings aus der Interventionssituation interpretiert wird.

Hypothese zum „Bewegungsverhalten“

Für die Interventionssituation

Hypothese II: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation **[nicht]** positiv auf das Bewegungsverhalten sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

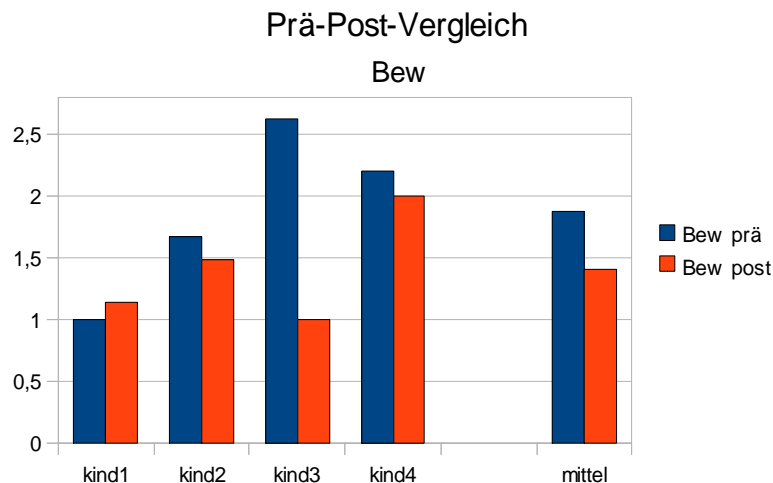
Bew	1. Viertel	2. Viertel	3. Viertel	4. Viertel	Wert der Teststatistik	p-Wert
kind1	1,44444444	0,6	0,83333333	1	8,1	0,044
kind2	0,875	0,71428571	0,83333333	0,75		
kind3	1,44444444	1,33333333	0,75	0,33333333		
kind4	1,875	1,25	1,5	1		
	1,40972222	0,97440476	0,97916667	0,77083333		

Dar. 4.55: Statistische Auswertung zu *Variable 1: Bewegungsverhalten*

Die Differenz zwischen den Mittelwerten aus dem ersten und dem vierten Behandlungsabschnitt verweist auf eine deutlich positive Entwicklung bei dieser Variablen. Die Veränderung ist mit einem p-Wert von 0,044 statistisch signifikant. Die Hypothese II ist damit verifiziert.

Für die häusliche Situation

Hypothese H1: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation **[nicht]** positiv auf das Bewegungsverhalten sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.



Dar. 4.56: Prä-Post-Vergleich *Variable 1: Bewegungsverhalten* – Ratings Bezugspersonen

Lediglich bei Dustin (Kind 3) sah der Vater eine deutliche positive Veränderung im Bewegungsverhalten, ansonsten verharrten die Werte auf dem in etwa gleichen Niveau. Während die Therapeuten in der Interventionssituation eine signifikante Verbesserung sahen, bilden sich diese Veränderungen in der häuslichen Situation nicht ab. Dieser Unterschied kann dahingehend interpretiert werden, dass für eine Reduktion der motorischen Unruhe die Unterstützung der Therapeuten notwendig war und die Fähigkeit zur Selbstberuhigung noch nicht in einem ausreichenden Maße erworben wurde.

Hypothese zur „Achtsamkeit mit dem eigenen Körper“

Für die Interventionssituation

Hypothese I2: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation **[nicht]** positiv auf die Achtsamkeit im Umgang mit dem eigenen Körper von sexuell missbrauchten und/oder körperlich misshandelten Jungen im Grundschulalter aus.

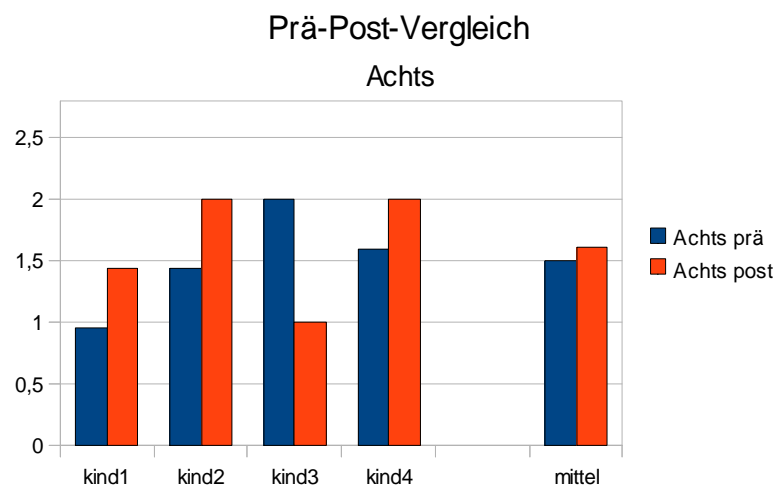
Achts	1. Viertel	2. Viertel	3. Viertel	4. Viertel	Wert der Teststatistik	p-Wert
kind1	1,33333333	0,6	1	1	6,71	0,082
kind2	1,125	0,85714286	0,5	0,5		
kind3	1,22222222	1,16666667	1,5	1		
kind4	1,25	1	1	1		
	1,23263889	0,90595238	1	0,875		

Dar. 4.57: Statistische Auswertung zu Variable 2: Achtsamkeit mit dem eigenen Körper

Die Mittelwerte zwischen den Therapieabschnitten verweisen bei allen Kindern auf einen positiven Trend, der p-Wert liegt jedoch bei 0,082 in einem statistisch nicht signifikanten Bereich. Aufgrund der deutlichen Tendenz hätte das Ergebnis bei einer größeren Stichprobe signifikant sein können.

Für die häusliche Situation

Hypothese H2: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation **[nicht]** positiv auf die Achtsamkeit im Umgang mit dem eigenen Körper von sexuell missbrauchten und/oder körperlich misshandelten Jungen im Grundschulalter aus.



Dar. 4.58: Prä-Post-Vergleich zu Variable 2: Achtsamkeit mit dem eigenen Körper – Ratings Bezugspersonen

Wiederum wurde nur von Dustins Vater (Kind 3) eine positive Entwicklung beobachtet, bei den anderen drei Kindern ist der Wert in der zweiten Baseline sogar höher als in der ersten. Drei der vier Kinder haben in den Therapiestunden die Angebote zu behutsamen Eigenberührungen und Massagen gerne aufgegriffen und gut zulassen können. Denkbar ist, dass die Ratings der Therapeuten von der Kenntnis dieser Situationen positiv beeinflusst wurden.

Hypothese zur „Nähe-Distanz-Regulation (körperbezogen)“

Für die Interventionssituation

Hypothese I3: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation **[nicht]** positiv auf die körperbezogene Nähe-Distanz-Regulation sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

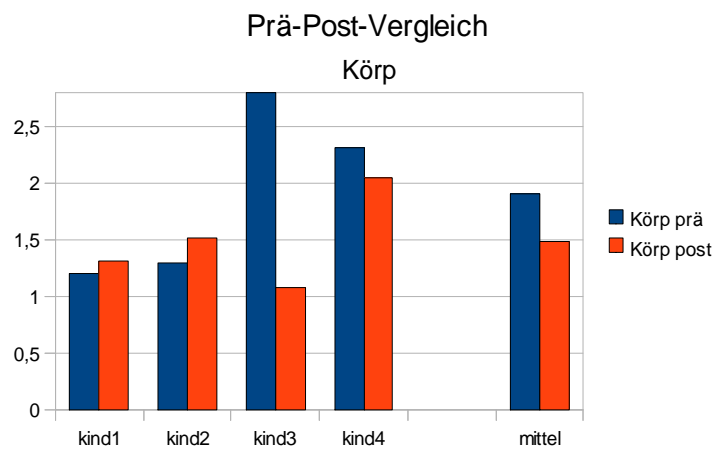
Körp	1. Viertel	2. Viertel	3. Viertel	4. Viertel	Wert der Teststatistik	p-Wert
kind1	1	0,8	0,83333333	1	2,81	0,42
kind2	1,25	1	1	1		
kind3	1,11111111	1,16666667	1,5	1		
kind4	1	1	1	0,75		
	1,09027778	0,99166667	1,08333333	0,9375		

Dar. 4.59: Statistische Auswertung zu Variable 3: Nähe-Distanz-Regulation (körperbezogen)

Die Mittelwerte zwischen den Therapieabschnitten verweisen auf einen leicht positiven Trend, der p-Wert liegt mit 0,42 in einem statistisch nicht signifikanten Bereich. Bei allen vier Kindern sind die Ratings bei diesem Therapieziel im zeitlichen Verlauf sehr stabil geblieben.

Für die häusliche Situation

Hypothese H3: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation **[nicht]** positiv auf die körperbezogene Nähe-Distanz-Regulation sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.



Dar. 4.60: Prä-Post-Vergleich zu Variable 3: Nähe-Distanz-Regulation (körperbezogen) – Ratings Bezugspersonen

Die von den Therapeuten beobachtete Stabilität bei diesem Item wird durch die Ratings der Bezugspersonen bestätigt. Eine Ausnahme bilden wieder die Werte von Dustins Vater, den möglicherweise der Rückgang der körperlichen Auseinandersetzungen zwischen ihm und seinem Sohn zu den sehr positiven Kodierungen motiviert hat.

Hypothese zum „Beziehungsverhalten“

Für die Interventionssituation

Hypothese 4: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation [nicht] positiv auf das Beziehungsverhalten sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Bez	1. Viertel	2. Viertel	3.Viertel	4.Viertel	Wert der Teststatistik	p-Wert
kind1	0,88888889	0,8	0,83333333	1	4,11	0,25
kind2	1,125	1	1	0,75		
kind3	1,22222222	1,16666667	1,5	0,66666667		
kind4	1	0,5	0,5	0,75		

1,05902778 0,86666667 0,95833333 0,79166667

Dar. 4.61: Statistische Auswertung zu *Variable 4: Beziehungsverhalten*

Die Mittelwerte zwischen den Therapieabschnitten verweisen deutlich auf eine positive Tendenz, der p-Wert liegt bei 0,25. Es ist ein klarer Trend in der Entwicklung der Mittelwerte zu erkennen, bei einer größeren Stichprobe hätte das Ergebnis signifikant sein können.

Für die häusliche Situation

Hypothese H4: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation [**nicht**] positiv auf das Beziehungsverhalten sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

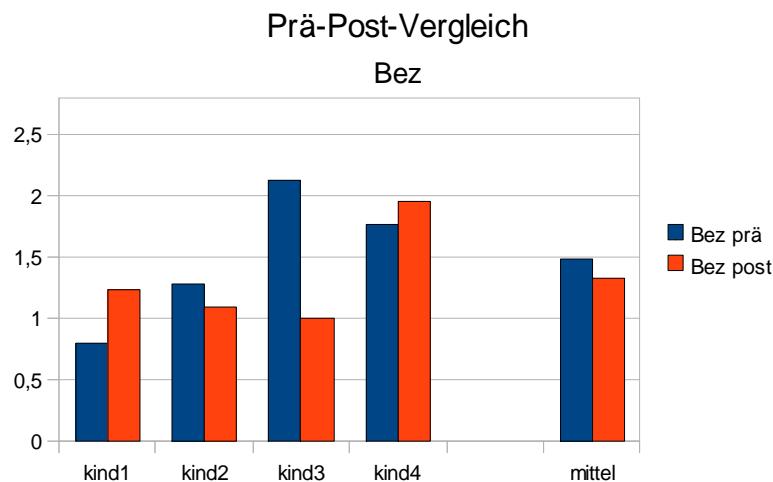


Abb 4.62: Prä-Post-Vergleich Variable 4: Beziehungsverhalten – Ratings Bezugspersonen

Auch beim vierten Therapieziel stufen die Bezugspersonen das Verhalten der Kinder 1, 2 und 4 nach Beendigung der Therapie auf einem ähnlichen Niveau ein wie in der ersten Baseline, während Dustins Vater wiederum deutliche Veränderungen konstatiert. Bei Kind 1 (Kevin) sehen Therapeuten und Stiefmutter übereinstimmend eine leicht negative Entwicklung im Beziehungsverhalten.

Hypothese zum „Wichtigsten Konfliktthema“

Für die Interventionssituation

Hypothese 15: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation **[nicht]** positiv auf den wichtigsten innerpsychischen Konflikt sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

Konflikt	1. Viertel	2. Viertel	3. Viertel	4. Viertel	Wert der Teststatistik	p-Wert
kind1	1,11111111	1	1	0,66666667	8,03	0,045
kind2	0,75	0,5	0,66666667	0,5		
kind3	1,11111111	0,83333333	1,25	0,5		
kind4	1,25	1	1,5	1,25		
	1,05555556	0,83333333	1,10416667	0,72916667		

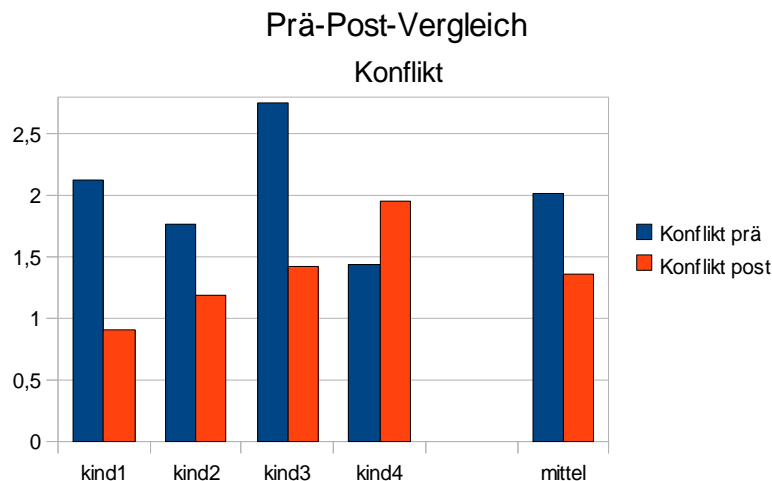
Dar. 4.63: Statistische Auswertung zu Variable 5: Wichtigstes Konfliktthema

Die Differenz zwischen den Mittelwerten aus dem ersten und dem vierten Behandlungsabschnitt verweist auf eine deutlich positive Entwicklung bei dieser

Variablen. Die Veränderung ist mit einem p-Wert von 0,045 statistisch signifikant. Die Hypothese I5 ist damit verifiziert.

Für die häusliche Situation

Hypothese H5: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation **[nicht]** positiv auf den wichtigsten innerpsychischen Konflikt sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.



Dar. 4.64: Prä-Post-Vergleich zu *Variable 5: Wichtigstes Konfliktthema* – Ratings Bezugspersonen

In Übereinstimmung zu den Ratings der Therapeuten zeigt sich bei der Konflikt-Variablen eine deutliche positive Entwicklung bei den Kindern 1, 2 und 3 und eine negative Entwicklung bei Kind 4. Wie beim „Beziehungsverhalten“ decken sich die Einschätzungen von Therapeuten und Bezugspersonen auch bei dieser psychodynamischen Variablen.

Hypothese zum “Imponierenden Strukturdefizit“

Für die Interventionssituation

Hypothese I6: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der Interventionssituation **[nicht]** positiv auf das imponierende Strukturdefizit sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.

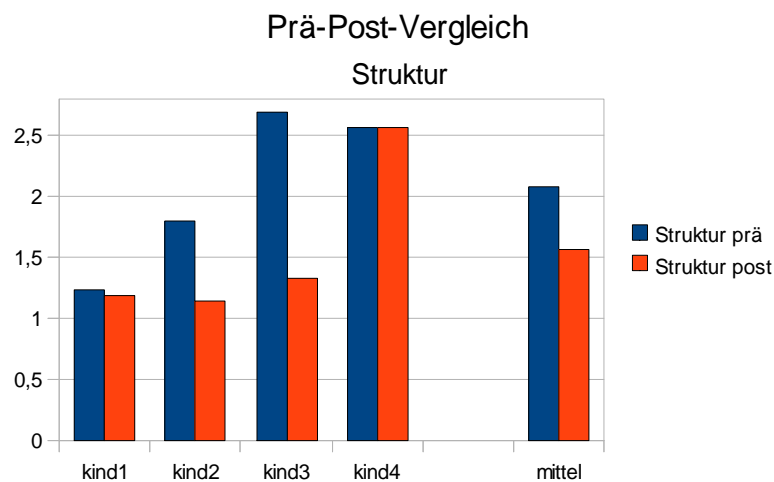
Struktur	1. Viertel	2. Viertel	3. Viertel	4. Viertel	Wert der Teststatistik	p-Wert
kind1	1	1	1,16666667	1	3	0,39
kind2	1,125	1,16666667	1,16666667	0,5		
kind3	1,66666667	1,16666667	1,25	1		
kind4	1,25	0,75	1	1,25		
	1,26041667	1,02083333	1,14583333	0,9375		

Dar. 4.65: Statistische Auswertung zu Variable 6: *Imponierendes Strukturdefizit*

Die Mittelwerte zwischen den Therapieabschnitten verweisen auf einen positiven Trend, der p-Wert liegt bei 0,39. Bei einer größeren Stichprobe hätte das Ergebnis signifikant sein können.

Für die häusliche Situation

Hypothese H6: Körper- und bewegungsorientierte Interventionen in der beschriebenen Form wirken sich in der häuslichen Situation **[nicht]** positiv auf das imponierende Strukturdefizit sexuell missbrauchter und/oder körperlich misshandelter Jungen im Grundschulalter aus.



Dar. 4.66: Prä-Post-Vergleich zu Variable 6: *Imponierendes Strukturdefizit* – Ratings Bezugspersonen

Bei der Struktur-Variablen fallen die im Durchschnitt vergleichsweise hohen Werte auf. Bei Kind 2 und Kind 3 verzeichnen die Bezugspersonen ebenso wie die Therapeuten eine positive Entwicklung, während die Einschätzungen bei Kind 1 und 4 sowohl in der Interventionssituation als auch in der häuslichen Situation auf dem gleichen Niveau verbleiben.

Zusammenfassung der Ergebnisse

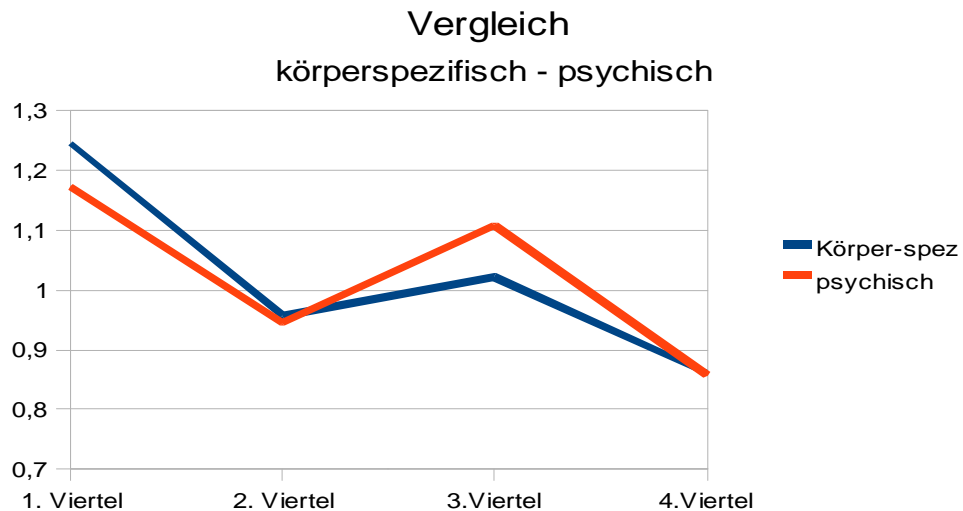
Bei zwei Variablen können die Hypothesen bestätigt werden („Bewegungsverhalten“, „Konflikt“), bei den anderen vier Variablen lassen sich überwiegend positive Tendenzen erkennen, die jedoch nicht im statistisch signifikanten Bereich liegen. Eine negative Entwicklung konnte für die Interventionssituation bei keiner Variablen festgestellt werden.

<i>Hypothese</i>	<i>Variable</i>	<i>Trend</i>	<i>Statistische Signifikanz</i>
1	Bewegungsverhalten	klar positiv	+
2	Achtsamkeit mit dem eigenen Körper	positiv	-
3	Nähe-Distanz-Regulation (Körper)	leicht positiv	-
4	Beziehungsverhalten	positiv	-
5	Wichtigster innerpsychischer Konflikt	klar positiv	+
6	Imponierendes Strukturdefizit	positiv	-

Dar. 4.67: Zusammenfassung der statistischen Auswertung

Eine größere Stichprobe hätte womöglich zu aussagekräftigeren Ergebnissen geführt. Eine Kontrollgruppe hätte es ermöglicht zu überprüfen, ob sich auch Kinder ohne Therapie „verbessert“ hätten oder ob die Verbesserung, die anhand der Daten zu erkennen ist, ausschließlich durch die Therapie herbeigeführt wurde. Da keine Kontrollgruppe vorhanden war, konnte jedoch nur überprüft werden, ob es überhaupt eine Veränderung gibt. Auch lassen sich keine Aussagen über mögliche Generalisierungseffekte treffen. Während Dustins Vater bei der zweiten Baseline deutlich geringere Werte gewählt hat als in der ersten Baseline, verzeichnen die Bezugserzieher von Maxim offenbar keinerlei Entwicklung. Bei ersterem scheinen Nachsichtseffekte zu greifen, bei den Erziehern bestehen die Möglichkeiten, dass sie entweder wenig Sensibilität für Entwicklungsverläufe haben oder einfach nur lustlos die gleichen Werte geratet haben.

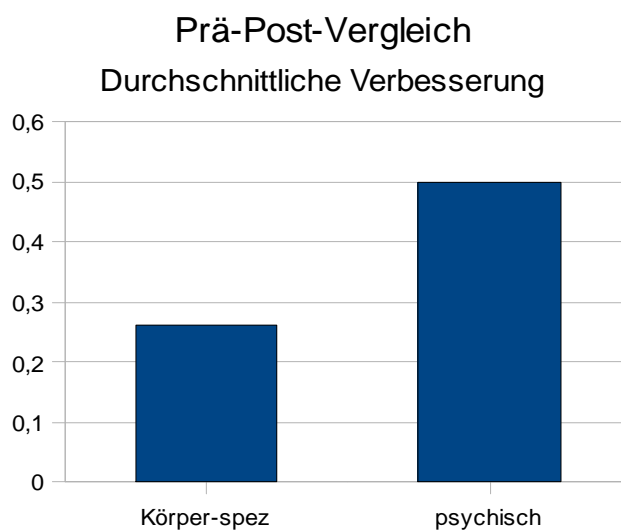
Zum Vergleich zwischen den körperbezogenen und den psychodynamisch orientierten Variablen wurden die Ratings der Therapeuten in zwei Gruppen (Bewegungsverhalten, Achtsamkeit mit dem eigenen Körper, körperlicher Umgang mit anderen vs. Beziehungsverhalten, imponierendes Konfliktthema, imponierendes Strukturdefizit) zusammengefasst.



Dar. 4.68: Vergleich körperbezogene und psychodynamische Parameter – Expertenratings

In Darstellung 4.68 zeigt sich die enge Korrelation zwischen der Entwicklung in den körperbezogenen und den psychodynamisch orientierten Therapiezielen. Insgesamt konnte in beiden Bereichen eine Verringerung des Ausmaßes der Symptomatik erreicht werden.

Die Ratings der Bezugspersonen wurden ebenfalls zu den oben genannten Gruppen zusammengefasst (Dar. 4.69, nächste Seite). Im Prä-Post-Vergleich zeigt sich eine deutliche Verbesserung (0,5) bei den psychodynamisch orientierten Variablen und eine etwas geringere (0,265) bei den körperbezogenen Variablen.



Dar. 4.69: Vergleich körperbezogene und psychodynamische Parameter – Ratings Bezugspersonen

Ein interessantes Ergebnis ist das sehr hohe Maß an Übereinstimmung zwischen den Therapeuten- und den Bezugspersonen-Ratings bei den psychodynamischen Variablen. Bei allen vier Kindern waren die Einschätzungen der Entwicklungen in den drei Therapiezielen ganz und gar deckungsgleich. Möglicherweise liegt der Aufmerksamkeitsfokus bei den Bezugspersonen im Alltag weniger auf der körperlichen Ebene als vielmehr auf den Verhaltensweisen, die sich unmittelbarer im direkten Beziehungsverhalten widerspiegeln, wodurch die Ratings präziser geraten. Als wahrscheinlich kann angenommen werden, dass sich die positiven Veränderungen auf der psychodynamischen Ebene eher in den Alltag transferieren lassen als bei den körperbezogenen Parametern.

4.5.2 Hypothesenprüfung: Qualitativer Forschungsansatz

In der aktuellen Diskussion um die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren stellt sich immer wieder die Frage nach dem Einfluss von spezifischen versus unspezifischen Wirkfaktoren. Wann ist ein Verfahren wirksam? Die Beantwortung dieser Frage setzte die Idee voraus, dass die Relation zwischen den Symptomen der Patienten und den Interventionen von weiteren Einflüssen weitgehend unbehelligt wäre. Das in Kapitel 2 referierte „Allgemeine Modell von Psychotherapie“ (Orlinsky/Howard 1987) jedoch ist ein „kontextuelles“, d.h., es werden im Gegensatz zum „medizinischen Modell“ unspezifische Einflüsse auf psychotherapeutische Prozesse angenommen. Demnach wäre Psychotherapie mehr als das Beseitigen von Funktionsstörungen (hier: den Traumafolgestörungen) mit einer spezifischen Veränderungstechnologie (hier: den körper- und bewegungsorientierten Interventionen). In Kapitel 3.1.1.2 wurde im Zuge der qualitativ ausgerichteten Einzelfallforschung folgende Hypothese aufgestellt:

„Ein körper- und bewegungsorientiertes Angebot kann für den individuellen Jungen, mit seiner traumatischen Lebensgeschichte, eine geeignete Unterstützung bei der Bewältigung seiner Probleme sein.“

Während diese Frage in den Kasuistiken bereits individuell beantwortet wurde, sollen an dieser Stellen die qualitativ gewonnenen Erkenntnisse in Bezug auf die „Passungen“ zusammenfassend dargestellt werden:

Passung Therapeuten – Jungen – Erkrankung der Jungen

Die Qualität der therapeutischen Beziehung wirkte entscheidend auf das Behandlungsergebnis ein. Folgende Aspekte haben sich dabei als hilfreich erwiesen:

- Die Fähigkeit der Therapeuten, das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen erkennen, verstehen und auflösen zu können (vgl. Kasuistiken 3 und 4).
- Die Fähigkeit der Therapeuten, den eigenen Anteil an den Affekten vom Übertragungsgeschehen differenzieren zu können, damit verbunden auch die Bereitschaft zur Reflexion der eigenen Traumatisierungen.
- Phasenspezifische Beziehungsangebote, in denen das Verhältnis von Gewährenlassen und Kontrollieren flexibel ausbalanciert und dadurch ein Ausstieg aus dysfunktionalen Machtkonflikten ermöglicht wird.
- Die Authentizität des Therapeuten; das „Sich-zur-Verfügung-stellen“ als männliche Identitätsfigur.
- Eine grundsätzlich von Wertschätzung, Wärme, Klarheit und Verlässlichkeit geprägte therapeutische Haltung.
- Supervision und die Pflege der eigenen „Psychohygiene“ der Therapeuten.

Der Behandlungserfolg von Dustin ist eng verknüpft mit der Person des männlichen Therapeuten, besonders aber mit der Qualität der therapeutischen Beziehung. „Im Gegensatz zu einer Tablette, die weitgehend unabhängig davon wirkt, welche Beziehung man zum Arzt hat, ist die Beziehung in der Psychotherapie essentiell“ (Kriz 2008, 10). Das Arbeitsbündnis zwischen dem Therapeuten und Dustin wurde an jenem Tag beschlossen, an dem der Therapeut den vom Ausschluss der Maßnahme bedrohten Jungen zu Hause besuchte. Die Wertschätzung, die in dieser (zuvor gut reflektierten) Intervention begründet lag, stellte den nach klinischen Eindrücken entscheidenden Veränderungsmotor für die weitere Entwicklung des Kindes dar. Hätte Dustin mit einem distanzierter arbeitenden Therapeuten eine ähnlich gute therapeutische Beziehung herstellen können? Buchholz (2008) fragt sich in diesem Zusammenhang, „inwieweit therapeutische Philosophien Effekte beim Behandlungsergebnis zeigen“ (19). Das persönliche Engagement des Therapeuten ermöglichte es Dustin überhaupt erst, sich auf die Eingangsuntersuchung einzulassen: Er beantwortete die Fragen im Interview erst, nachdem der Therapeut ihm zuvor Persönliches von sich erzählt

hatte. Der Einfluss der „Philosophie“ des Therapeuten auf das Behandlungsergebnis ist in dieser Fallvignette also von entscheidender Bedeutung.

Passung Behandlungsmodell – Jungen – Erkrankung der Jungen

Das Behandlungsmodell bietet einen geeigneten Zugang für eine stabilisierende und ressourcenfördernde Arbeit mit traumatisierten Jungen. Mit Ausnahme eines Teilnehmers haben alle Jungen entweder von dem bewegungs- oder dem reitbezogenen oder von beiden Angeboten profitiert. Folgende Erkenntnisse konnten gewonnen werden:

- Im Gruppensetting geschieht unwillkürlich eine Problemaktualisierung, insbesondere die Interaktionsstörungen sowie der Umgang mit dem eigenen Körper zeichnen sich im „Hier und Jetzt“ der Stunden ab.
- Der körper- und bewegungsorientierte Zugang sowie die Arbeit mit dem Pferd haben einen hohen Aufforderungscharakter und eignen sich für die Aktivierung und Verankerung von Ressourcen.
- Strategien zur Selbstberuhigung können direkt am Körper ansetzen.
- Das Pferd eignet sich gerade bei schwer bindungsgestörten Kindern als von negativen Projektionen unbelastetes Bindungsobjekt für die Erfüllung von verschiedenen Bedürfnissen und ermöglicht korrigierende Beziehungserfahrungen.
- Die Vermittlung von korrigierenden positiven Körpererfahrungen ist möglich, ohne in körpernahen Situationen biografisches Belastungsmaterial zu aktivieren. Sensibilität und Behutsamkeit sind aufgrund der Gefahr von Triggerungen unverzichtbar.

Deutlich wird, dass eine rein quantitative Auswertung der Ergebnisse ohne die fallrekonstruktiv verfahrenende Kasuistik lediglich einen geringen Aussagewert im Hinblick auf die Frage nach der Wirksamkeit körper- und bewegungsorientierter Interventionen bei traumatisierten Kindern hätte. Nicht das Verfahren oder die Methoden sind wirksam oder unwirksam, sondern ihre Anwendung durch die Person des Therapeuten. Es bestätigt sich, dass „die Illusion, man könne personenunabhängig Methoden evaluieren und vergleichen“ (Buchholz, 2008, 20), aufgegeben werden muss.

4.5.3 Diskussion der Ergebnisse

Bei der Analyse der Therapeuten-Tagebücher konnte festgestellt werden, dass die Kodierungen bei dem reitbezogenen Angebot deutlich mehr zum Nullpunkt tendierten als bei dem Angebot in der Turnhalle. Da eine der jeweils zwei Rater(innen) bei beiden Angeboten identisch war, sind diese Effekte durch die Person des Beobachters nicht zu erklären. Die Erkenntnis, dass die Kinder im Rahmen des reitbezogenen Angebotes ein „normaleres“ Verhalten zeigten, muss jedoch nicht zwangsläufig auf die Überlegenheit dieses Zugangs verweisen. Die Situation in der Reithalle ist durch den Einbezug des Pferdes viel weiter von der Realität entfernt als die Interventionssituation in der Turnhalle, so dass sich Transferleistungen in den Alltag möglicherweise weniger leicht herstellen lassen. Unabhängig von Fragen der Generalisierung kann jedoch festgehalten werden, dass das Pferd einen stabilisierenden Einfluss auf die Jungen im Hier und Jetzt der Interventionssituation nehmen konnte. Hier schliesse sich logisch eine Studie zum Vergleich zwischen den Effekten einer psychomotorischen und einer Reittherapie an, wobei aus den genannten Gründen der Kontrolle der Generalisierungseffekte eine hohe Bedeutung beigemessen werden sollte.

Eingangs des Kapitels wurde die Vermutung geäußert, dass die OPD-KJ vielleicht nicht ausreichend sensitiv sei, um Veränderungen im zeitlichen Verlauf erfassen zu können.²³ Im Vergleich zwischen der Ein- und Ausgangsdiagnostik konnten jedoch – insbesondere auf der Konfliktachse, aber auch auf der Beziehungs- und der Strukturachse – manifeste Veränderungen festgestellt werden. Damit ist die Eignung des Instrumentes für Längsschnittstudien zumindest in Betracht zu ziehen. In der vorliegenden Studie wurden die Kodierungen im Co-Rater-Verfahren (zwei Rater) vorgenommen, eine höhere Anzahl voneinander unabhängiger Rater könnte diese ersten Hinweise möglicherweise stützen.

Unter dem Eindruck der Fallbesprechungen im Rahmen der Supervisionen entstand die Idee, dass der Erfolg einer Therapie auch mit der Intensität des Übertragungsgeschehens im Zusammenhang stehen könnte. Die stärksten

²³ Für die erste Überarbeitung der OPD-KJ wurde sogar ein Verzicht auf die Zwischenstufen der Strukturachse erwogen, um die Reliabilität des Instrumentes – auf Kosten der Sensitivität – zu erhöhen (mündl. Mitteilung Schulte-Markwort, 2006). Jedoch sind bis jetzt (Januar 2011) lediglich auf der Beziehungsachse die Beurteilungsmöglichkeiten von fünf auf vier Kategorien reduziert.

Therapieeffekte zeigten sich bei dem Jungen, über den am meisten diskutiert wurde und der die stärksten Gegenübertragungsgefühle ausgelöst hatte (Dustin). Im Rahmen einer Kasuistik im „Kursbuch für Kinder- und Jugendlichentherapie“ berichtet die Psychoanalytikerin Renate Höhfeld (2005), dass sie einen jungen Patienten „insbesondere aufgrund seiner eindrucksvollen Art, in mir Gegenübertragungsgeschehen auszulösen, in Behandlung“ (120) genommen hat. Diese Textpassage wird in dem an gleicher Stelle veröffentlichten Kommentar des Kinder- und Jugendpsychiaters Christoph Wewetzer mit den Worten kritisiert, dass sich die Behandlungsindikation „entscheidend aus Kriterien der Befindlichkeit des Patienten und seiner Angehörigen ergeben [sollte] und nicht ‚insbesondere‘ nach dem Kriterium eines ‚Gegenübertragungsgeschehens‘“ (132). Nach den – zahlenmäßig geringen – Erfahrungen aus der vorliegenden Untersuchung scheint dieses Kriterium jedoch nicht so abstrus, wie es von Wewetzer dargestellt wird. In einer Psychotherapieforschung, die sich weniger einer Effektivitätsforschung verpflichtet fühlt und sich mehr dem Interaktionsgeschehen zwischen dem Therapeuten und dem Patienten widmet, könnte die Untersuchung des Einflusses der Intensität des Übertragungsgeschehens jedenfalls ein interessanter Ansatzpunkt sein. Wie Wampold (2001) gezeigt hat, ist die „alliance“ (die Fähigkeit des Therapeuten, eine gute Beziehung herzustellen) ein wesentlicher Gradmesser für den Erfolg der Therapie.

In der Tat gab es im Rahmen der Untersuchung unterschiedlich gute Passungen zwischen der Person des Therapeuten und den Teilnehmern. Unklar blieb jedoch, durch welche Verhaltensweisen des Therapeuten sich die Qualität der therapeutischen Beziehung konstituierte. Gemeint ist die „Mikrostruktur“ des Interaktionsgeschehens, wie sie in therapeutischen Gesprächen zum Beispiel in Form von „Hhms“ oder in Schweigepausen zum Ausdruck kommt. „Wie sich herausstellt, macht aber die Fähigkeit zum methodischen Einsatz dieser interaktiven ‚sweet little nothings‘ einen wesentlichen Bestandteil sozialer und professioneller Kompetenz – gerade auch im psychotherapeutischen Bereich – aus“ (Wolff 1994, 53). Jeder Therapeut weiß intuitiv um die große Bedeutung dieser Instrumente und wird z.B. versuchen, einen (zu viel) redenden Patienten mit einem einfachen Weglassen von „Hhms“ verstummen zu lassen – und doch ist die Wirkung dessen, „was Therapeuten machen“, kaum erforscht (vgl. ebd.). Es ist ein faszinierender Gedanke, das im Rahmen der vorliegenden Untersuchung

erhobene Videomaterial unter dem Fokus zu untersuchen, welche Mikrostrukturen der therapeutischen Beziehung sichtbar gemacht werden können.

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation muss jedoch an dieser Stelle eine Beschränkung erfolgen. Die Arbeit endet nun mit einigen persönlichen Reflexionen zum Prozess ihres Entstehens. Die Ausführungen konzentrieren sich dabei auf die Frage, wie die Beschäftigung mit dieser Thematik auf die Person des Verfassers gewirkt hat.

5 Persönliche Schlussbemerkungen

Am Anfang meiner Beschäftigung mit der Thematik der Kindesmisshandlung stand die praktische Erfahrung als Zivildienstleistender in der *Elisabeth-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Ich erinnere mich noch ebenso gut an meine freudige Verwunderung über die zugewandte Kontaktaufnahme eines ca. siebenjährigen Mädchens an meinem ersten Arbeitstag wie an mein Erschrecken über die Kotschmierereien eines etwa gleichaltrigen Jungen am selben Tag. Von dem Wissen um Übertragungsphänomene und Traumasymptome war ich noch Lichtjahre entfernt. Das Ausmaß der sexuellen und aggressiven Verhaltensweisen betroffener Kinder machte mich in der Folge zwar oft ratlos, bisweilen auch fassungslos und wütend, aber nicht krank: Im Vordergrund stand stets die Freude an der Arbeit mit all der Lebendigkeit und den Herausforderungen eines Stationsalltags. Erst mit der intensiven theoretischen Beschäftigung kamen Phasen, in denen die emotionale Distanz zum Thema verloren ging. Das Lesen autobiografischer Berichte von Missbrauchstätern, in denen sie ihre psychologisch perfiden Strategien offenlegten, hat starke Gefühle der Wut und der Abscheu aktiviert, die manchmal nur noch mühevoll zu kontrollieren waren. Noch mehr bewegten mich aber Berichte der Missbrauchsopfer. An einigen Stellen habe ich Bodo Kirchoff zitiert, der trotz der Prägnanz und Ungeschminktheit seiner Worte einen der wenigen für mich erträglichen autobiografischen Texte verfasst hat. „Die Gewalt lasse ich hier weg“, schreibt er: „Sie haut nur rein, und später gibt man damit an“ (150). Andere Autoren wählten weit drastischere Worte für das Erlebte; diese Worte wirkten auf mich ein und entfalteten eine geradezu psychotoxische Wirkung: Ich träumte abscheuliche Träume, in denen die mir nächsten Menschen furchtbaren Situationen ausgeliefert waren. Die Beschäftigung mit dem Gebiet führte zum Verlust von Naivität und bisweilen auch von Leichtigkeit. In Zeiten mangelnder Fähigkeit, innere Distanz herzustellen, entstand eine Hypersensibilität für Grenzverletzungen: Uneindeutige Situationen wurden zu „Übergriffen“, zotige Sprüche zu „Sexismus“, hinter jeder sexualisierten Verhaltensweise wurde ein sexuelles Schicksal vermutet. Ein Zustand deutlich erhöhter Vigilanz, wie man es auch von einer Posttraumatischen Belastungsstörung kennt. Ohne Zweifel lässt sich sagen, dass ich mich in dieser Phase im Grenzbereich zur Sekundärtraumatisierung bewegt habe. Wie die direkt betroffenen Menschen selbst, so musste auch ich lernen, dass die eigene

psychische Gesundheit bei ernsthafter Beschäftigung mit dieser Materie nur durch einen guten Kontakt zu den eigenen Ressourcen erhalten werden kann.

Interessanterweise war neben meinem privaten Umfeld gerade meine praktische therapeutische Arbeit mit betroffenen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eine solche Ressource. Als Mitarbeiter einer Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin mit Schwerpunkt Traumatherapie²⁴ komme ich zwar ebenfalls mit Themen in Berührung, die mir unter die Haut gehen und mich sogar erschüttern, aber immer blitzen bei den Patienten irgendwo irgendwelche Ressourcen auf, die ihnen als Betroffene und mir als Helfer Mut und Hoffnung machen. Zudem kann ich die Geschichten meiner Patienten mit den Kolleginnen und Kollegen zeitnah teilen, während der Prozess des Lesens und Schreibens meistens ein recht einsamer ist, der wenig Raum für Austausch und Psychohygiene birgt. Insbesondere aber hat die intensive theoretische Auseinandersetzung mit Traumatisierungen meine pädagogisch-therapeutische Kompetenz erheblich erhöht, zumal Psychoedukation in vielen Behandlungen ein wichtiger Baustein ist. Mir wurde andererseits aber auch klar, was ich *nicht* beherrsche und welche gefährlichen Konsequenzen ein leichtsinniger Umgang mit „Halbwissen“ haben kann. Beides zusammen stärkte mein Vertrauen, im Wissen um meine fachlichen Grenzen traumatisierte Menschen angemessen begleiten zu können. Eine professionelle Beschäftigung mit der Thematik, theoretisch wie praktisch, duldet keinen Voyeurismus, keine Bagatellisierung, keine Überidentifizierung und keine Verleugnung. Sie verlangt zudem, sich mit den verdrängten und vermiedenen Anteilen seiner eigenen Geschichte zu befassen und die blinden Flecken ins Bewusstsein zu heben.

Beim Verfassen dieser Arbeit galt es, auch sprachlich die Balance zu finden zwischen wissenschaftlicher Distanz und emotionaler Beteiligung. Weder sollte effektheischende Betroffenheit noch durch eine allzu nüchterne Sprache eine Divergenz zum Inhalt erzeugt werden. Den Abschluss soll deshalb ein Bild von Ka/Alfred bilden, denen dieser Spagat in ihrem autobiografischen Comic grandios gelungen ist. Es erzählt die Schlussequenz einer Begegnung, bei der Ka 25 Jahre nach dem erfahrenen sexuellen Übergriff seinem Missbraucher, einem Priester,

²⁴ *Psychotherapeutisches Zentrum Kitzberg-Klinik, Bad Mergentheim*

noch einmal gegenübertritt und ihn mit seinen Taten konfrontiert. Während der Priester den Wunsch nach einem neuerlichen Treffen und einer möglichen Versöhnung äußert, zieht Ka es vor, die Auseinandersetzung mit diesem Teil seiner Geschichte in aller Ernsthaftigkeit, Ruhe und Selbstfürsorglichkeit zu beenden:



Dar. 5.1: „Ich bin hier, um es zu beenden“ (Quelle: Ka/Alfred 2006, 109)

6 Literaturverzeichnis

- Abraham, K. (1907): *Das Erleiden sexueller Traumen als Form infantiler Sexualbetätigung*. In: Zeitschrift für Sexualwissenschaften: 165-179.
- Ainsworth, M.; Blehar, M.C.; Walters, E.; Wall, S. (1978): *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aktionskreis Psychomotorik (1989): *Lehrbrief Körpererfahrung*. Lemgo: Ak'P.
- Appel-Ramb, C. (2008): *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT)*. In: Landolt, M.A.; Hensel, T. (Hrsg.): *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (135-163). Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2003): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual*. Bern: Hans Huber.
- Atteslander, P. (1971): *Methoden der qualitativen Sozialforschung*. Berlin: de Gruyter.
- Balgo, R. (1998): *Bewegung und Wahrnehmung als System*. Schorndorf: Hofmann.
- Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bange, D. (2001): *Sind die gängigen Konzepte der Mädchen- und Jungenarbeit noch zeitgemäß?* In: Forum für Kinder und Jugendarbeit, 4: 29-34.
- Bange, D.; Körner, W. (2002): *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch*. Göttingen: Hogrefe.
- Bange, D. (2007): *Sexueller Missbrauch an Jungen. Die Mauer des Schweigens*. Göttingen: Hogrefe.
- Basch, M.F. (1988): *Understanding Psychotherapy. The Science behind the art*. New York: Basic Books.
- Bender, D.; Lösel, F. (2000): *Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und Bewältigung von Misshandlung und Vernachlässigung*. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (40-58). Stuttgart: Schattauer.
- Beudels, W.; Anders, W. (2006): *Wo rohe Kräfte sinnvoll walten*. Dortmund: Borgmann.
- Beudels, W. (2008): *Gegen Gewalt ankämpfen: Ringen und Raufen als präventives Angebot im Kindergarten*. In: Motorik 31(1): 25-34.
- Beudels, W., Hammer, R., Hamsen, R., Kuhlenkamp, S., Volmer, J. (Hrsg.) (2008): *Bewegung in der Lebensspanne* (230-247). Lemgo: Aktionskreis Literatur und Medien.
- Böhme, U. (2002): *Jungen als Opfer*. In: Bange, D.; Körner, W. (Hrsg.): *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch* (245-254). Göttingen: Hogrefe.
- Boerner, R. (2009): *Psychotherapie 2000-2009*. In: DGPPN-Sonderheft 2009: 20-23.
- Bortz, J.; Döring, N. (1995): *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Bovensmann, H. (2006): *Multiple Traumatisierungen in der Vorgeschichte sexuell übergriffiger Jungen*. In: *Nervenheilkunde* 9/2006: 747-751.
- Bowlby, J. (1975): *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Brink, A.; Schmidt, M.H. (2000): *Psychotherapie bei misshandelten und missbrauchten Kindern und Jugendlichen*. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (347-360). Stuttgart: Schattauer.
- Brisch, K.H. (1999): *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2006): *Trauma und Bindung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H. (2006): *Bindungsstörungen und Trauma*. In: Brisch, K.-H.; Hellbrügge, T. (Hrsg.): *Trauma und Bindung* (105-134). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2010): *Bindung, Angst und Aggression*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Buchholz, M.; Streek, U. (Hrsg.) (1994): *Heilen, Forschen, Interaktion*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Buchholz, M.; Streek, U. (1994): *Psychotherapeutische Interaktion: Aspekte qualitativer Prozeßforschung*. In: Buchholz, M.; Streek, U. (Hrsg.): *Heilen, Forschen, Interaktion* (67-106). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Buchholz, M. (2008): *Was ist eine methodisch adäquate Wirksamkeitsstudie?* In: *Persönlichkeitsstörungen* 12,1: 12-21.
- Bürgin, D.; Rost, B. (2000): *Psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (157-178) Stuttgart: Schattauer.
- Carlson, V; Cicchetti, D.; Barnett, D.; Braunwald, K. (1989): *Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants*. In: *Developmental Psychology*, 25 (4): 525-531.
- Claparede, E. (1951): *Recognition und "me-ness"*. In: Papaport, D. (Hrsg.): *Organisation and pathology of thoughts* (58-75). New York: Columbia University Press.
- Cohen, J.A.; Berliner, L; Mannarino, A.P. (2000): *Treating traumatized children. A research review und synthesis*. In: *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal*: 29-46.
- Cohen, J.A.; Mannarino, A.P.; Rogal, S. (2001): *Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder*. In: *Child Abuse and Neglect*, 25: 123-135.
- Damasio, A.R. (1997): *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Dammasch, F. (2010): *Ritter ohne Schwert – unruhig-aggressive Kinder und ihre inneren Beziehungsmuster*. In: Brisch, K.-H.; Hellbrügge, T. (Hrsg.): *Bindung, Angst und Aggression* (72-83). Stuttgart: Klett-Cotta

- Dornes, M. (1995): *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Dornes, M. (2000): *Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie*. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (70-83). Stuttgart: Schattauer.
- Düring, S.; Hauck, M. (Hrsg.) (1995): *Heterosexuelle Verhältnisse*. Stuttgart: Enke.
- Eckert, A.R. (2008): *Trauma – Gewalt – Autonomie. Psychomotorische Gewaltprävention als Hilfe zur Verarbeitung erlebter Traumatisierung*. In: *Motorik* 31(1): 18-24.
- Egeland, B.; Jacobvitz, D.; Scroufe, L.A. (1988): *Breaking the cycle of abuse*. In: *Child development*, 59: 1080-1088.
- Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.) (2000a): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.) (2000b): *Vorwort zur 1. Auflage*. In: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (VII-VIII). Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U. T.; Hoffmann, S.O. (2000): *Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend*. In: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (3-22). Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U.T; Nickel, R. (2000): *Somatoforme Schmerzstörungen*. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (225-245). Stuttgart: Schattauer.
- Endres, M.; Biermann, G. (Hrsg.): *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*. München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Engfer, A. (2000): *Gewalt gegen Kinder in der Familie*. In: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (23-39). Stuttgart: Schattauer.
- Erikson, E.H. (1973): *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Fischer.
- Esser, M. (1992): *Beweg-Gründe*. München: Reinhardt.
- Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie (Hrsg.) (2004): *Psychotherapie mit dem Pferd*. Bremen: Pferdesport Verlag.
- Fassnacht, G. (1995): *Systematische Verhaltensbeobachtung. Eine Einführung in die Methodologie und Praxis*. München, Basel: Ernst Reinhard.

- Fegert, J.M. (1992): *Diagnostik und klinisches Vorgehen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch bei Mädchen und Jungen*. In: Walter, J.: *Sexueller Missbrauch im Kindesalter* (68-101). Heidelberg: HVA/Edition Schindele.
- Ferenczi, S. (1932): *Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind*. In: Masson, J.M. (1984): *Was hat mir dir, Du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie* (317-339). Reinbek: rororo.
- Fey, E. (1988): *Von unabhängigen Müttern, starken Kindern, dem Sinn des Ungehorsams und sozialen Netzen*. In: Kazis, C. (Hrsg.): *Dem Schweigen ein Ende. Sexuelle Ausbeutung von Kindern in der Familie* (189-218). Basel: Lenos.
- Fischer, G.; Riedesser, P. (2003): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Fischer, G. (2007): *Kausale Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger.
- Foerster, H. von (1999): *Wie wir uns erfinden*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Fonagy, P. (2008): *Psychoanalyse und Bindungstrauma unter neurobiologischen Aspekten*. In: Leuzinger-Bohleber, M.; Roth, G.; Buchheim, A. (Hrsg.): *Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma* (132-148). Stuttgart: Schattauer.
- Franz, S. (2008): *Gewaltpräventive Aspekte der sinnverstehenden psychomotorischen Entwicklungsbegleitung*. In: *Motorik* 31(1): 11-17.
- Freud, S. (1895): *Studien über Hysterie*. In: *GW I*, 75-312. Frankfurt: Fischer (1977).
- Freud, S. (1915): *Bemerkungen über die Übertragungsliebe*. In: Freud, S.: *GW X*. Frankfurt: Fischer.
- Frick-Tanner, E.; Tanner-Frick, R. (2003): *Tiergestützte kinder- und jugendtherapeutische Praxis*. In: Olbrich, E.; Otterstedt, C.: *Menschen brauchen Tiere* (130-138). Stuttgart: Kosmos.
- Gäng, M. (Hrsg.) (1994): *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren*. München: Ernst Reinhard.
- Gäng, M. (1994): *Heilpädagogisches Reiten*. In: Gäng, M. (Hrsg.): *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren* (23-104). München, Basel: Ernst Reinhard.
- Gegenfurtner, M.; Keukens, W. (Hrsg.) (1992): *Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen*. Essen: Westarp Wissenschaften.
- Ginott, H.G. (1961): *Gruppenpsychotherapie mit Kindern*. Weinheim: Beltz.
- Goldbeck, L.; Petermann, F. (2010): *Problematische Verstrickungen eines Kindertherapeuten*. In: *Verhaltenstherapie* 2010: 215-216.
- Grande, T.; Rudolf, G.; Oberbracht, C. (2000): *Veränderungsmessung auf OPD-Basis: Schwierigkeiten und ein neues Konzept*. In: Schneider, W.; Freyberger, H.J.: *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (148-161). Bern: Hans Huber.
- Grande, T. (2007): *Wie stellen sich Konflikt und Struktur in Beziehungen dar?* In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (53): 144-162.
- Greiffenhagen, S. (1991): *Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung*. München: Droemer Knaur.
- Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (2003): *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Groth, B. (2004): *Vom Getragenwerden zum Dialog*. In: Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie (Hrsg.): *Psychotherapie mit dem Pferd* (39-51). Bremen: Pferdesport Verlag.
- Hammer, R. (1995): *Bewegung in der Heimerziehung. Die Psychomotorik als Grundlage der Alltagsgestaltung einer Heimwohngruppe*. Dortmund: Inaugural Dissertation.
- Hammer, R.; Müller, W. (2001): *Jugendliche und Gewalt. Ein Versuch, dieses Phänomen aus der Sicht der Psychomotorik zu verstehen und damit umzugehen*. In: *Motorik*, 24 (2): 65-71.
- Hansen, R. (2003): *Bewegungsorientierte Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen*. Dortmund: unv. Dissertation.
- Heinerth, K. (2000): *Von der akuten zur posttraumatischen Belastungsreaktion. Eine stresstheoretische Grundlegung zum Verständnis und zur klientenzentrierten Intervention*. München: Psychologische Arbeiten und Berichte (PAB) der Ludwig-Maximilians-Universität.
- Heinrichs, N. (2010): *Ein Klaps kann eine angemessene Disziplinierungsmaßnahme sein. Ein Interview mit Robert Larzelere*. In: *Verhaltenstherapie* 2010; 20: 61-64.
- Heinz, B. (2004): *Lucia – Therapie einer Jugendlichen mit Posttraumatischem Belastungssyndrom*. In: Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie (Hrsg.): *Psychotherapie mit dem Pferd* (64-75). Bremen: Pferdesport Verlag.
- Herman, J. (1994): *Die Narben der Gewalt*. München: Kindler.
- Hensel, T. (2008): *EMDR (Eye Movement Desensitization und Reprocessing)*. In: Landolt, M.A.; Hensel, T. (Hrsg.): *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (61-83). Göttingen: Hogrefe.
- Herpertz-Dahlmann, B.; Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hrsg.) (2007): *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Krankheiten*. Stuttgart: Schattauer.
- Hirsch, M. (1996): *Zwei Arten der Identifikation mit dem Aggressor – nach Ferenczi und Anna Freud*. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Heft 45/6: 198-205.
- Hirsch, M. (2000): *Vernachlässigung, Mißhandlung und Mißbrauch im Rahmen einer psychoanalytischen Traumatalogie*. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früherer Traumatisierungen* (126-139). Stuttgart: Schattauer.
- Hochauf, R. (2003): *Frühe Traumatisierung und Strukturstörung*. In: *Zeitschrift für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* 2003 (2), 45-58.
- Höfeld, R. (2005): *Dissoziative Störung: Kasuistik I*. In: Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hrsg.): *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma* (117-130). Weinheim: Beltz.
- Hölter, G. (1984): *„Balancieren ist nicht immer genug.“ Überlegungen zu einer erweiterten Sichtweise von Bewegungsstörungen in der Schule*. In: *Motorik* 7 (4): 167-172.
- Hölter, G. (1988): *Bewegung und Therapie – interdisziplinär betrachtet*. Dortmund: modernes lernen.

- Hölter, G. (1990): *Psychomotorik aus psychotherapeutischer Sicht*. In: Huber, G.; Rieder, H.; Neuhäuser, G. (Hrsg.): *Psychomotorik in Therapie und Pädagogik* (93-120). Dortmund: modernes lernen
- Hölter, G. (1993): *Ansätze zu einer Methodik der Mototherapie*. In: Hölter, G. (Hrsg.): *Mototherapie mit Erwachsenen* (52-80). Schorndorf: Hofmann.
- Hölter, G. (1995): *Motopädagogik – Modell für eine allgemeine Bewegungserziehung oder paramedizinische Spezialdisziplin?* In: *Praxis der Psychomotorik* 20 (4): 186-193.
- Hölter, G. (2005): *Psychomotorik und Psychotherapie. Ähnlichkeiten und Unterschiede*. In: *Motorik* 28 (3): 130-137.
- Hölter, G. (2011): *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hoffmann, A. (1999): *EMDR in der Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme.
- Hoffmann, A.; Besser, L.-U. (2006): *Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen*. In: Brisch, K.-H., Hellbrügge, T. (Hrsg.): *Trauma und Bindung* (172-202). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hoffmann, S.O.; Egle, U.T.; Joraschky, P. (2000): *Bedeutungen von Traumatisierungen in Kindheit und Jugend für die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen – Versuch einer Bilanz*. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (513-520). Stuttgart: Schattauer.
- Huber, G.; Rieder, H.; Neuhäuser, G. (Hrsg.): *Psychomotorik in Therapie und Pädagogik*. Dortmund: modernes lernen.
- Huber, M. (2005a): *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1*. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2005b): *Wege der Traumabehandlung. Teil 2*. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2005c): „Mädchen implodieren – Jungen explodieren?“ *Wie aus traumatisierten Kindern soziale Grenzgänger werden*. Vortrag auf der bkj-Tagung am 03.03.2005.
- Hubble, M.A.; Duncan; B.L, Miller; S.D. (2001). *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: modernes lernen.
- Izard, C.E. (1994): *Die Emotionen des Menschen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Jensen, K.D. (2004): *Ich werde es sagen. Geschichte einer missbrauchten Kindheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Joraschky, P. (2000a): *Sexueller Mißbrauch in Familien*. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (84-98). Stuttgart: Schattauer.
- Joraschky, P. (2000b): *Die Auswirkungen von Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch auf Selbstwert und Körperbild*. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung,*

- Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (140-153). Stuttgart: Schattauer.
- Joraschky, P.; von Arnim, A. (2000): *Körperbezogene Psychotherapieverfahren*. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (433-466). Stuttgart: Schattauer.
- Joraschky, P.; Pöhlmann, K.; von Arnim, A. (2006): *Körpererleben und körperorientierte Psychotherapie bei traumatisierten Patienten*. In: *Psychotherapie im Dialog* 6 (2): 196-202.
- Ka, Olivier; Alfred (2006): *Warum ich Pater Pierre getötet habe*. Ulm: Carlsen.
- Kattermann, V. (2010): *Warum gerade jetzt?* URL: <http://tagesspiegel.de/kultur/warum-gerade-jetzt/1722436.html>. (Stand: 21/032010).
- Kazis, C. (Hrsg.) (1988): *Dem Schweigen ein Ende. Sexuelle Ausbeutung von Kindern in der Familie*. Basel: Lenos.
- Kernberg, O.F. (Hrsg.) (1989): *Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, P.F. (1989): *Narzisstische Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit*. In: Kernberg, O.F. (Hrsg.): *Narzisstische Persönlichkeitsstörungen* (261-330). Stuttgart: Schattauer.
- Kiphard, E.J.; Hünnekens, H. (1977): *Bewegung heilt. Psychomotorische Übungsbehandlung bei entwicklungsrückständigen Kindern*. Gütersloh: Flöttmann.
- Kirchhoff, B. (2010): *Sprachloses Kind. Was damals im Internat wirklich geschah*. In: *Der Spiegel* 11/2010, 150-151.
- Koch, E.; Streeck-Fischer, A. (2004): *Der Fall B aus Sicht der Achse Struktur der OPD-KJ*. In: Schulte-Markwort, M.; Resch, F.; Bürgin, D. (2004): *Die operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) in der Praxis*. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53 (2): 77-126.
- Köckenberger, H; Hammer, R. (Hrsg.) (2004): *Psychomotorik – Ansätze und Arbeitsfelder*. Dortmund: modernes lernen.
- Kohut, H. (1971): *Narzissmus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- van der Kolk, B.; McFarlane, A.; Weiseth, L. (Hrsg.) (2000): *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann.
- van der Kolk, B. (2005): *Developmental trauma disorder: Towards to a rational diagnosis for chronically traumatized children*. URL: <http://traumainstitut.de> (Stand: 30/06/2010).
- van der Kolk, B.; Spinazzola, J.; Blaustein, M.; Hopper, J.; Hopper, E.; Korn, D.; Simpson, W. (2007): *A randomized clinical trial of EMDR, fluoxetine and pill placebo in the treatment of PTSD: Treatment effects and long-term maintenance*. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 68: 37-46.
- Kriz, J.; Lisch, R. (1988): *Methoden-Lexikon*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kriz, J. (2008): *Welches sind adäquate wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychotherapieforschung?* In: *Persönlichkeitsstörungen* 12, 1: 3-10.
- Krutzenbichler, S. (2000): *Sexueller Mißbrauch als Thema der Psychoanalyse von Freud bis zur Gegenwart*. In: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P.

- (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (115-125). Stuttgart: Schattauer.
- Küchenhoff, J. (1994): *Die Erforschung der Krankheitsverarbeitung unter psychoanalytischer Perspektive*. In: Buchholz, M.; Streek, U. (Hrsg.): *Heilen, Forschen, Interaktion* (261-290). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kuntz, S. (2009): *Der „Safe Place“ in der Psychomotorik*. In: *Motorik* 32(3): 165-175.
- Kuntzag, L. (1998): *Traumatisierte Vorschulkinder: Diagnostische Grundlagen und Manuale*. Paderborn: Junfermann.
- Kupper-Heilmann, S. (1999): *Getragenwerden und Einflussnehmen. Aus der Praxis des psychoanalytisch orientierten heilpädagogischen Reitens*. Gießen: psychosozial.
- Laireiter, A. (2003): *Theoretische Zugänge und Paradigmen zu „Sozialen Beziehungen“*.
URL: <http://www.sgb.ac.at/psy/lehre/laireiter/theorien.pdf> (Stand 10/08/2005).
- Lamnek, S. (1989a): *Qualitative Sozialforschung. Band 1*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lamnek, S. (1989b): *Qualitative Sozialforschung. Band 2*. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lamprecht F. (Hrsg.) (2007): *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie?* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Landolt, M.A. (2004): *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M.A. (2008): *Trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie*. In: Landolt, M.A.; Hensel, T. (Hrsg.): *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (43-60). Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M.A.; Hensel, T. (Hrsg.)(2008): *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Laucht, M. (2006): *Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern*. In: Brisch, K.-H.; Hellbrügge, T. (Hrsg.): *Trauma und Bindung* (53-71). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lehmkuhl, G. (2001): *Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. In: Tschuschke, V. (Hrsg.): *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (306-311). Stuttgart: Thieme.
- Leuzinger-Bohleber, M.; Roth, G.; Buchheim, A. (Hrsg.) (2008): *Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Levine, P.; Kline, M. (2004): *Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können*. München: Kösel.
- Lew, M. (1993): *Als Junge missbraucht. Wie Männer sexuelle Ausbeutung in der Kindheit verarbeiten können*. München: Kösel.
- Lichtenberg, J. D. (1991): *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin: Springer.
- Lorenzer, A. (1973): *Sprachzerstörung und Rekonstruktion*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Luborsky, L; Rosenthal, R.; Diguier, L.; Berman, J.S.; Levitt, J.T.; Seligman, D.A.; Krause, E.D. (2002): *The Dodo bird verdict is still alive and well – mostly*. In: *Clinical Psychology: Science and practice*, 9, 1: 2-12.
- Lutz, C. (1981): *Praxis der Gruppentherapie bei Kindern*. Stuttgart: Bonz.

- Lutz, C. (2003): *Praxis der Gruppentherapie mit Kindern*. Opus Magnum
URL: <http://www.opus-magnum.de/lutz/gruppe/> (Stand 12/08/2005).
- de Maat, S.; Dekker, K.; Schoevers, R.; de Jonghe, F. (2007): *The effectiveness of long-term psychotherapy: Methodological research issues*. In: *Psychotherapy Research* 17: 59-66.
- Mackenroth, G. (1952): *Sinn und Ausdruck in der sozialen Normenwelt*. Meisenheim, Glan: Westkulturverlag.
- Main, M.; Solomon, J. (1986): *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings, and implications for the classification of behavior*. In: Brazelton, T.B.; Yogmann, M. (Eds.): *Affective development in infancy* (95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Martin, E.; Wawrinowski, U. (1991): *Beobachtungslehre. Theorie und Praxis reflektierter Beobachtung und Beurteilung*. Weinheim, München: Juventa.
- Masson, J.M. (1984): *Was hat mir dir, Du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie*. Reinbek: rororo
- Maturana, H.R.; Varela, F.J. (1990): *Der Baum der Erkenntnis*. München: Goldmann.
- Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim: Beltz.
- Mehlem, M. (2004): *Angst und Pferde – Wege zur Bewältigung und Integration von Ängsten mit Hilfe der Pferde*. In: Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie (Hrsg.): *Psychotherapie mit dem Pferd* (20-38). Bremen: Pferdesport Verlag.
- Metzmacher, B. (1995): *Integrative Bewegungstherapie mit Kindern*. In: Petzold, H.; Ramin, G. (Hrsg.): *Schulen der Kinderpsychotherapie* (227-255). Paderborn: Junfermann.
- Moor, P. (1991): *Opfer und Täter. Das Selbstbildnis eines Kindermörders in Briefen*. Reinbek: Rowohlt.
- Motzkau, E. (2000): *Hinweise auf und diagnostisches Vorgehen bei Mißhandlung und Mißbrauch*. In: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (59-69). Stuttgart: Schattauer.
- Naumann-Lenzen, M. (2003): *Frühe, wiederholte Traumatisierungen, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen*. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52: 595-619.
- Neuber, N. (2003): *Früh übt sich, wer ein Meister werden will!?* In: *Motorik* 26 (3): 106-116.
- Ohne Autor (2010): *Sexueller Missbrauch*. URL: <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,700695,00.html>. (Stand: 15/06/2010).
- Ohne Autor (2010): *Die Chronik eines Skandals*. URL: <http://www.fr-online.de/politik/spezials/missbrauch/die-chronik-eines-skandals/-/1477336/2723572/-/index.html> (Stand: 02/12/2010).
- Ohne Autor (2010): *Lebenslange Last. Ein Missbrauchsoffer der Odenwaldschule erzählt*. URL: <http://www.hodenwald.de> (Stand: 15/11/2010).

- Ohne Autor (2010): *Psychotherapeutenkammer Hessen: Stellungnahme zum ‚Panel‘ Forschungsgutachten*. URL <http://www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/download/324>. (Stand: 10/02/2010).
- Ohne Autor (2010): *Friedman-Test*. URL: [http://de.wikipedia.org/wiki/Friedman-Test_\(Statistik\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Friedman-Test_(Statistik)). (Stand: 04/09/2009).
- Olbrich, E.; Otterstedt, C. (2003): *Menschen brauchen Tiere*. Stuttgart: Kosmos.
- Orlinsky, D.E.; Howard, K.I. (1987): *A generic model of psychotherapy*. In: *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6: 6-27.
- van Outsem, R. (1993): *Sexueller Missbrauch an Jungen – Forschung – Praxis – Perspektiven*. Ruhnmark: Donna vita.
- Papaport, D. (Hrsg.) (1951): *Organisation and pathology of thoughts*. New York: Columbia University Press
- Passolt, M. (Hrsg.) (1996): *Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern*. München: Reinhardt.
- Petermann, F. (Hrsg.)(1996a): *Einzelfallanalyse*. München: Oldenbourg
- Petermann, F. (1996b): *Einzelfallanalyse – Definitionen, Ziele und Entwicklungslinien*. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Einzelfallanalyse* (1-11). München: Oldenbourg
- Petermann, U. (1999): *Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche*. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F.; Niebank, K.; Scheithauer, H. (2004): *Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin: Springer.
- Petzold, H.G. (1973): *Kreativität und Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.; Berger, A. (1986): *Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie*. In: Petzold, H.G.; Frühmann, R. (Hrsg.): *Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit* (95-126). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.; Ramin, G. (Hrsg.)(1995): *Schulen der Kinderpsychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Piaget, J.; Inhelder, B. (1983): *Die Psychologie des Kindes*. Frankfurt: Fischer
- Plassmann, R. (2007): *Die Kunst des Lassens. Psychotherapie mit EMDR für Erwachsene und Kinder*. Gießen: psychosozial.
- Putnam, F.W. (1989): *Diagnostic and treatment of multiple personality disorder*. New York, London: Guilford Press.
- Rahm, D.; Kirsch, C. (2000): *Entwicklung von Kindern heute. Ein Diskussionsbeitrag aus der Perspektive der Integrativen Gruppentherapie mit marginalisierten Kindern*. In: *Beratung aktuell*, 1 (1): 17-40.
- Rahm, D. (2004): *Integrative Gruppentherapie mit Kindern*. Paderborn: Junfermann.
- Reddemann, L.; Sachsse, U. (1996): *Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter Patientinnen und Patienten*. In: *Psychotherapeut* 41: 169-174.
- Reddemann, L.; Sachsse, U. (2000): *Traumazentrierte imaginative Therapie*. In: Egle, T.U.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und*

- psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen (375-389). Stuttgart: Schattauer.*
- Reddemann, L. (2004): *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren.* Stuttgart: Pfeiffer.
- Reichelt, S. (1994): *Kindertherapie nach sexueller Mißhandlung: Malen als Heilmethode.* Zürich: Kreuz-Verlag.
- Reinecke, M. (2000): *Körperbilder von Kindern und Jugendlichen. Körperbezogene Diagnostik in der klinischen Psychologie.* Bern: Peter Lang.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1994): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 der WHO.* Bern: Huber.
- Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (2005): *Editorial: Die Bedeutung des Traumas für psychische Störungen.* In: Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hrsg.): *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma (89-91).* Weinheim: Beltz.
- Richter-Appelt, H. (1995): *Sexuelle Traumatisierungen und körperliche Mißhandlungen in der Kindheit. Geschlechtsspezifische Aspekte (56-76).* In: Düring, S.; Hauck, M. (Hrsg.): *Heterosexuelle Verhältnisse.* Stuttgart: Enke.
- Richter-Appelt, H. (1997): *Verführung – Trauma – Missbrauch.* Gießen: psychosozial.
- Riedesser, P. (2006): *Entwicklungspsychopathologie.* In: Brisch, K.-H.; Hellbrügge, T. (Hrsg.): *Trauma und Bindung (160-171).* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Riedesser, P.; Resch, F.; Adam, H. (2007): *Entwicklungspsychotraumatologie.* In: Herpertz-Dahlmann, B.; Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hrsg.): *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Krankheiten (279-290).* Stuttgart: Schattauer.
- Romer, G.; Riedesser, P. (2004): *Beziehungstrauma und Bewältigung bei sexuellem Kindesmissbrauch. Implikationen für das psychotherapeutische Verständnis von Bindungs- und Beziehungsstörungen bei sexuell traumatisierten Kindern.* In: *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2 (4): 47-61.
- Rothschild, B. (2002): *Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas in der Traumabehandlung.* Essen: synthesis.
- Rotthaus, W. (1998): *Wozu erziehen?* Heidelberg: Carl Auer.
- Rudolf, G. (2002): *Strukturbezogene Psychotherapie.* Stuttgart: Schattauer.
- Schechter, S. (2006): *Gewaltbedingte Traumata in der Generationenfolge.* In: Brisch, K.-H.; Hellbrügge, T. (Hrsg.): *Trauma und Bindung (224-234).* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schilling, F. (1980): *Das Bewegungsverhalten von Kindern mit minimaler cerebraler Dysfunktion.* In: *Motorik* 3 (2): 61-68.
- Schmerbitz, H.; Seidensticker, W. (1997): *Sportunterricht und Jungenarbeit.* In: *Sportpädagogik* 21, 6: 25-37.
- Schnack, D.; Neutzling, R. (2002): *Kleine Helden in Not. Jungen auf der Suche nach Männlichkeit.* Reinbek: rororo.
- Schneider, W.; Freyberger, H.J. (2000): *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik.* Bern: Hans Huber.

- Schnorbach, R. (2009): *Heilsame Bindungserfahrungen*. In: Mensch und Pferd international 4/09: 164-175.
- Schore, A.N. (2002): *Dysregulation of the right brain: A fundamental Mechanism of Traumatic Attachment and the Psychopathogenesis of Posttraumatic stress disorder*. In: Australian and new Zealand Journal of psychiatry, 36: 9-30.
- Schulte, D. (1993): *Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit*. In: Zeitschrift für klinische Psychologie 12 (4): 374-393.
- Schulte-Markwort, M.; Bilke, O.; Janssen, P.L. (1998): *Wie ist psychodynamische Diagnostik operationalisierbar?* In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 26 (3): 211-220.
- Seewald, J. (1992): *Vorläufiges zu einer verstehenden Motologie*. In: Motorik 15 (4): 206-221.
- Seewald, J. (1997): *Der Verstehende Ansatz und seine Stellung in der Theorielandschaft der Psychomotorik*. In: Praxis der Psychomotorik (22) 1: 4-15.
- Seewald, J. (1998): *Zwischen Pädagogik und Therapie – Entwicklungsförderung als Paradigma der Psychomotorik*. In: Praxis der Psychomotorik 23 (3): 136-143.
- Seidel, M. (2007): *Stationäre Psychotherapie bindungsgestörter und traumatisierter Kinder und Jugendlicher und ihrer Mütter und Väter*. In: Plassmann, R.: *Die Kunst des Lassens. Psychotherapie mit EMDR für Erwachsene und Kinder* (169-237). Gießen: psychosozial.
- Shapiro, F. (1989): *Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories*. In: Journal of Traumatic Stress Studies (2): 199-223.
- Sherborne, V. (1998): *Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik*. München: Reinhardt.
- Siegel, D. (2001): *Toward an Interpersonal Neurobiology of the developing Mind: Attachment Relationships, „Mindsight“, and Neuronal integration*. In: Infant Mental Health Journal, Vol. 22 (1-2): 67-94.
- Simons, J. (1989): *Zielgerichtete Beobachtung des Bewegungsverhaltens in der Psychiatrie*. In: Motorik 12 (1): 66-71.
- Slavson, S.R.; Schiffer, M. (1976): *Gruppenpsychotherapie mit Kindern*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Solmaz, E. (2010): *Bindung und Beziehung. Ein wesentlicher Bestandteil der reitpädagogischen Arbeit*. In: Mensch und Pferd international 1/10: 11-19.
- Staats, H.; Kreische, H.; Reich, G. (Hrsg.)(2005): *Innere Welt und Beziehungsgestaltung. Göttinger Beiträge zu Anwendungen der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stern, D. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stoffl, R. (2003): *Mit Pferden erziehen – Wissenschaftliche Begründung, empirische Prüfung, Qualitätssicherung*. URL: <http://kups.ub.uni-koeln.de/volltexte/2003/962/> (Stand: 10/02/2010).
- Streck-Fischer, A. (1997): *Verschiedene Formen des Spiels in der analytischen Psychotherapie*. In: Forum der Psychoanalyse 13: 19-37.
- Streck-Fischer, A. (2002): *Kinder und Jugendliche mit komplexen Traumatisierungen in analytischer Psychotherapie*. In: Endres, M.; Biermann, G. (Hrsg.): *Traumatisierung in Kindheit und Jugend* (116-130). Basel: Ernst Reinhardt.

- Streeck-Fischer, A. (2005a): *Trauma und Entwicklung*. In: Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hrsg.): *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma* (92-103). Weinheim: Beltz.
- Streeck-Fischer, A. (2005b): *Transmission von Trauma – Weitergabe von was und von wem?* In: Staats, H.; Kreische, H.; Reich, G. (Hrsg.): *Innere Welt und Beziehungsgestaltung. Göttinger Beiträge zu Anwendungen der Psychoanalyse* (80-96). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck-Fischer, A. (2007): *Probleme in der Diagnostik und Behandlung traumatisierter Kinder*. In: Lamprecht F. (Hrsg.): *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie?* (52-70). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck-Fischer, A. (2010): *Traumatisierte Bindung – Chancen und Gefahren in der Psychotherapie von Jugendlichen mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten*. In: Brisch, K.-H.; Hellbrügge, T. (Hrsg.): *Bindung, Angst und Aggression* (162-176). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Süsske, R. (2001): *Kein sicherer Ort? Spätfolgen von Missbrauch und Gewalterfahrungen bei Männern*. URL: http://www.suesske.de/suesske_trauma2a.htm (Stand: 01/10/2010).
- Sullivan, H.S. (1953): *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Teegen, F. (1992): *Sexueller Missbrauch von Jungen und Mädchen: Psychodynamik und Bewältigungsstrategien*. In: Gegenfurtner, M.; Keukens, W. (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen* (11-31). Essen: Westarp Wissenschaften.
- Terr, L. (1991): *Childhood Traumas: An outline and overview*. In: *American Journal of Psychiatry*, 148: 10-20.
- Thomä, H.; Kächele, H. (2006): *Psychoanalytische Therapie. Forschung*. Heidelberg: Springer.
- Tschuschke, V. (Hrsg.) (2001): *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Trunk, D. (2010): *Kindesmisshandlung: Ein Abriss*. In: *Verhaltenstherapie* 2010; 20: 11-18.
- Verlag Hans Huber (2003): *OPD-KJ Manual – Bogen zur Befunderhebung*. URL: <http://verlag.hanshuber.com/opdkj/> (Stand 10/08/2005).
- Yalom, I.D. (1996): *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. München, Pfeiffer.
- Yalom, I.D. (2005): *Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie*. München: btb-Verlag.
- Volmer, J. (1999): *Systemisches Denken und Psychomotorik als Gestaltungsprinzipien der Heimerziehung*. Dortmund: unv. Diplomarbeit.
- Volmer, J. (2008): *Psychomotorik und Psychotrauma*. In: Beudels, W.; Hammer, R.; Hamsen, R.; Kuhlenkamp, S.; Volmer, J. (Hrsg.): *Bewegung in der Lebensspanne* (230-247). Lemgo: Aktionskreis Literatur und Medien.
- Voßberg, J. (1994): *Anbahnung und Gestaltung positiver Beziehungen mit Kleinpferden*. In: Gäng, M. (Hrsg.): *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren*. München (152-209). Basel: Ernst Reinhard Verlag.
- Wampold, B.E. (2001): *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahwah: Erlbaum.

- Watzlawick, P. (1996): *Menschliche Kommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wedekind, E. (1988): *Beziehungsarbeit*. Frankfurt am Main: Brandes und Apel.
- Weinberg, D. (2006): *Traumatherapie mit Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, D.; Hensel, T. (2008): *Traumazentrierte Spieltherapie*. In: Landolt, M.A.; Hensel, T. (Hrsg.): *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (111-143). Göttingen: Hogrefe.
- Werner, E.; Smith, R. (1989): *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: Adams, Bannister and Cox.
- Wetzel, H. (2010): *Das Hilfesuchen des Kindes in der Therapie. Subjektive Strukturen und kommunikative Strukturen*. In: *Verhaltenstherapie* 2010; 20: 53-59.
- Wewetzer, C. (2005): *Kommentar zu: Höfeld, R.: Dissoziative Störung: Kasuistik I*. In: Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hrsg.): *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma* (130-132). Weinheim: Beltz.
- Wiedemann, W. (2007): *Wilfried Bion. Biografie, Theorie und klinische Praxis des >Mystikers der Psychoanalyse<*. Gießen: psychosozial.
- Wilson, T.P. (1982): *Qualitative oder quantitative Methoden in der Sozialforschung?* In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34: 487-508.
- Winnicott, D.W. (1973): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett.
- Wolff, S. (1994): *Innovative Strategien qualitativer Sozialforschung im Bereich der Psychotherapie*. In: Buchholz, M.; Streek, U. (Hrsg.): *Heilen, Forschen, Interaktion* (39-66). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Worm, G. (1997): *Berührung als Abstinenzverletzung – Berührung als Heilungsweg*. In: Richter-Appelt, H. (Hrsg.): *Verführung – Trauma – Missbrauch* (51-67). Gießen: psychosozial.
- Yalom, I. (1970): *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. (2005): *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zeller-Steinbrich, G.; Bürgin, D.; von Klitzing, K.; Bogyi, G.; Karle, M.; Weber, M.; Zimmermann, R. (1999): *Beziehungsdiagnostik mit der OPD für Kinder und Jugendliche*. In: *Psychotherapie Forum*, 7 (3): 118-128.
- Zimmer, R.; Volkamer, K. (1986): *Kindzentrierte Mototherapie*. In: *Motorik* 9 (1): 49-58.
- Zimmer, R. (1996): *Die Entwicklung des Selbstkonzeptes für die Entwicklung hyperaktiver Kinder*. In: Passolt, M. (Hrsg.): *Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern* (29-44). München: Reinhardt.
- Zimmermann, Y.; Hölter, G.; Wassink, K. (2008): *„Achtsame“ Körpererfahrung in der Psychomotorik*. In: *Motorik* 31(2): 90-101.
- Zulliger, H. (1970): *Die heilenden Käfte im kindlichen Spiel*. Frankfurt: Fischer.

7 Anlagen

Anlage A: Anamnesebogen

Anlage B: Beispiel-Tagebuch

Anlage A: Anamnesebogen

BEWEGUNGSAMBULATORIUM AN DER UNIVERSITÄT DORTMUND

ERSTKONTAKTBOGEN

1. Persönliche Angaben

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Schule: _____

Ansprechpartner dort: _____

Kinderarzt/-ärztin: _____

	Name	Vorname	geb.	Beruf	erwähnenswerte Krankheiten
Mutter					
Vater					
Geschwister					
sonstige Personen im Haushalt					

Mit wem lebt das Kind in einem Haushalt? _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Tel.-Nr.: _____ eMail (falls vorhanden): _____

2. Vorstellungsgrund

Wer hat Ihnen empfohlen, Ihr Kind im Bewegungsambulatorium vorzustellen?

Aus welchen Gründen?

Welche Auffälligkeiten sehen Sie persönlich?

Seit wann beobachten Sie diese Auffälligkeiten?

3. Anamnestiche Daten:

Wie verlief die Schwangerschaft? _____

Wie verlief die Geburt? _____

Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse im Leben Ihres Kindes? (Verlust nahestehender Menschen durch Tod oder Trennung, schwere Krankheiten, Krankenhausaufenthalte/Operationen o.ä.)?

Leidet Ihr Kind aktuell oder chronisch unter Krankheiten / körperlichen Beeinträchtigungen (auch Allergien)?

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Glauben Sie, dass Ihr Kind etwas belastet? Wenn ja, was?

In welchen anderen Fördermaßnahmen oder Therapien befindet oder befand sich Ihr Kind?

Art der Förderung	Zeitraum	Was hat sich dadurch verändert?

4.) Sozial-emotionales Befinden und motorische Entwicklung

In welchem Alter begann Ihr Kind ...
... zu krabbeln: _____
... zu laufen : _____

Zu wem hat Ihr Kind engen Kontakt ?
1. _____
2. _____
3. _____

Sind Freundschaften zu anderen Kindern vorhanden (viele, wenige, nur zu Jungen/Mädchen)?

Wie beurteilen Sie

..... Ihres Kindes ?

... *die Grobmotorik* (z.B. beim Balancieren, Klettern): _____

... *die Feinmotorik* (z.B. beim Malen und Schneiden, die Stifthaltung) : _____

... *die körperliche Ausdauer*: _____

... *die Aufmerksamkeit*: _____

... *das sprachliche Ausdrucksvermögen*: _____

... *das Konfliktverhalten*: _____

... *die emotionale Stabilität* (Grundstimmung, Zufriedenheit mit sich):

... *das Lernverhalten* (z.B. Merkfähigkeit, Interesse an neuen Lerninhalten): _____

Was müsste jemand tun, um Ihrem Kind eine Freude zu machen?

Was müsste jemand tun, um Ihr Kind so richtig wütend zu machen?

Wofür interessiert sich Ihr Kind?

Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders?

Wo sehen Sie seine besonderen Stärken?

Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

Wer hat den Bogen ausgefüllt? _____ Datum: _____

Vielen Dank!

© Bewegungsambulatorium an der Universität Dortmund, 2004

Anlage B: Beispiel-Tagebuch

Christian

Woche vom:

Bewegungsverhalten

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Beziehungsverhalten

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Achtsamkeit mit dem eigenen Körper

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Anpassung

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Körperlicher Umgang mit anderen

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Impulssteuerung

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Datum: Besondere Ereignisse:

Blatt:

Woche vom:

Bewegungsverhalten

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Beziehungsverhalten

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Achtsamkeit mit dem eigenen Körper

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Anpassung

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Körperlicher Umgang mit anderen

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Impulssteuerung

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Mo						
Di						
Mi						
Do						
Fr						
Sa						
So						

Datum: Besondere Ereignisse:

Schriftliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form als Dissertation eingereicht und ist als Ganzes noch nicht veröffentlicht.

Würzburg, im Februar 2011
