Konzept der intensivtherapeutisch individuell-geschlossenen Gruppe für Mädchen mit Traumafolgestörungen (ITG 5) im Caritas Mädchenheim Gauting

Ein Kind, das anfangs fröhlich auf der Oberfläche des Lebens dahinsegelt,
ohne die düsteren Tiefen, die verräterischen Strömungen, die verborgenen
Ungeheuer, die lauernden feindlichen Gewalten dieses Lebens zu kennen,
das vertrauensvoll, bezaubert und heiter dessen farbige Überraschungen betrachtet,
erwacht plötzlich aus seinem blauen Dahindämmern und flüstert ängstlich, mit
starrem Blick, angehaltenem Atem und bebenden Lippen:
„Was ist das, warum, weswegen?“

Janusz Korczak

Verfasser:
Dipl. Psych. Thomas **Schneider** (Psychologischer Psychotherapeut für Erwachsene, Kinder und Jugendliche, Psychoanalytiker, Abteilungsleiter)

Inhalt

Seite

1 Einleitung 4

2 Definitionen / Überblick 6
- Posttraumatische Belastungsstörung (nach ICD 10)
- Was ist eine PTSD?
- Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (= DESNOS)
- Risikofaktoren für PTBS
- Ereignisse, nach denen besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind
- Die Wirkung von Traumata
- Was geschieht im Gehirn?
- Entwicklungsbezogene Trauma-Folgestörung
- Dissoziation

3 Psychodynamische Theorie des Traumas 12

4 Exkurs: Konzept der Übertragung und Gegenübertragung 14
- Übertragung
- Gegenübertragung

5 Psychodynamische Traumatherapie 16
5.1 Aspekte der intrapsychischen Struktur dissozialer Jugendlicher
5.2 Aspekte der interpersonelle Beziehungsgestaltung dissozialer Jugendlicher
5.3 Entwicklungsförderliche therapeutisch-pädagogische Interventionen

6 Personzentrierter Ansatz 26

7 Allgemeiner theoretischer Hintergrund 31
7.1 Die Bedeutung des Traumas für die adoleszente Identitätsentwicklung
7.2 Zerstörung des Urvertrauens und Lähmung der inneren Kommunikation
7.3 Passivität und Aktivität
7.4 Die Bedeutung von Täter-Opfer-Positionen für die adoleszente Identitätsbildung

8 Theoretischer Hintergrund der PITT 34
8.1 Die Forderung der Ressourcenorientierung in der PITT
8.2 Therapeutische Parteilichkeit für das Opfer

9 „Ankommen“ und Kontraktarbeit 36

10 Stabilisierungsphase 37
10.1 Diagnostik
10.2 Ego-State-Konzept
10.2.1 Innere Kind-Arbeit
10.2.2 „Täterintrojekt-Arbeit“

11 Konfrontationsphase 46
11.1 Bearbeitung der traumatischen Inhalte
11.1.1 Die Bildschirmtechnik / Screen-Technik
11.1.2 Die Beobachtertechnik

12 Integrationsphase 51

13 Imaginations- / Ressourcengruppe 52

14 Strukturelle Rahmenbedingungen bzw. behandlungstechnische Modifikationen der Arbeit der gruppeninternen Psychologin 54

15 Qualitative Evaluation 61

16 Quantitative Evaluation 71

Anhang: angewandte Testverfahren 82

Literaturliste 83

1 Einleitung

In der Betreuung unserer Klientel im Caritas Mädchenheim Gauting müssen wir immer wieder feststellen, dass wir der Problematik einiger Mädchen mit unserem bisherigen Behandlungskonzept nicht ausreichend gerecht werden, obwohl bei ihnen ein Aufenthalt in unserer Einrichtung grundsätzlich indiziert ist.
Diagnostisch betrifft dies Mädchen mit **Traumafolgestörungen**. Als häufige Diagnosen sind in diesem Zusammenhang zu nennen: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Dissoziative Störung, Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung.

Die geschlossenen Gruppen im Mädchenheim Gauting sind relativ wenig symptom- und krankheitsorientiert, sondern vor allem **ressourcenorientiert**. Auf einer psychotraumatologischen Gruppe muss allerdings auch eine **fokus- und problemorientierte** Haltung eingenommen werden, da nur Mädchen aufgenommen werden, die (auch) ein „äußeres Ereignis“ erlitten haben, welches wahrscheinlich in besonderem Maße für die Probleme des Mädchens und die damit verbundene besondere Beziehungsgestaltung bzw. -dynamik (mit-)verantwortlich ist.
Leonore Terr (1991) unterteilt Traumata in Typ I (einmaliges Trauma) und Typ II (wiederholte Traumatisierung). Unsere Klientinnen auf den geschlossenen Gruppen sind in diesem Zusammenhang diagnostisch fast ausnahmslos dem Typ II Trauma zuzuordnen. Auf der Spezialgruppe ist darüber hinaus ein vorliegendes Typ I Trauma (z.B. sexueller Missbrauch) Aufnahmevoraussetzung.
Wenngleich die beiden oben genannten Haltungen der Ressourcen- und Problemorientierung in der Praxis nicht so diametral auseinander liegen, liegen diesen Ansätzen doch unterschiedliche Paradigmen zu Grunde. Die ressourcenorientierte Arbeit ist vor allem auf einem systemischen Ansatz gegründet, während einer problemorientierten Haltung ein lineares und kausales Krankheitsmodell von Ursache und Wirkung innewohnt. Letztere birgt die Gefahr in sich, dass sich traditionelle Behandlungsvorstellungen einschleichen und eine traditionelle Helferrolle sowohl aufdrängt als auch eingenommen wird. Die zirkulären Störungsmodelle aus der systemischen Arbeit erlauben es sehr viel leichter, Verantwortlichkeiten den Mädchen oder den Familien wieder zurückzugeben. Mit einem traditionellen Behandlungsmodell eng verbunden ist die Vorstellung, dass es einen „Experten“ gibt, der die Aufgabe hat, zu heilen. Aus solchen Aufgabenverteilungen entstehen bald die Positionen des mächtigen Heilenden und die Ohnmacht des Kranken. Solche Abhängigkeitsverhältnisse lassen weiter schnell Übertragungsverhältnisse von Idealisierung und Abwertung entstehen. Hierbei ist eine der krassesten Konstellationen das sog. „Stockholm-Syndrom“. Patienten, die langjährig einer nachhaltigen Übergriffssituation ausgesetzt sind, haben aus Überlebensgründen meist nur die Chance, psychisch zu überleben, indem sie sich mit den Peinigern identifizieren (Diese Täterintrojektion kann als ein Schutzvorgang verstanden werden, der während traumatischer Situationen hilft, sich vor überwältigender Ohnmacht zu schützen. Lebt der Täter im Selbst, ist die Tat richtig, und damit gibt es quasi keine Ohnmacht). Wenn solche Patienten stationär aufgenommen werden, reaktivieren sie teilweise entsprechende Übertragungsverhältnisse zu Teammitgliedern oder Therapeuten, was eine sinnvolle stationäre Arbeit ungemein erschwert und einer spezialisierten Haltung der dort tätigen Mitarbeiter bedarf.

Aufgrund ausführlicher Unterlagen, die uns immer vor Aufnahme der Mädchen von den Jugendämtern zugehen (z.B. psychiatrische Gutachten), können wir meist schon sehr differenziert einschätzen, ob verstärkt fokusorientierte Arbeit am Trauma anstehen würde und somit der Behandlungsschwerpunkt umschrieben gehalten werden kann.

Ebenso wie alle anderen nicht spezialisierten Gruppen im Mädchenheim Gauting arbeiten wir auf der Gruppe für Mädchen mit Traumafolgestörungen eklektisch. Neben systemischen und verhaltenstherapeutischen Interventionen kommt auf dieser Spezialgruppe vor allem auch ein tiefenpsychologisches Ansatz zum Tragen.
Die **Behandlungsdauer** komplextraumatisierter Kinder und Jugendlicher liegt in der Regel bei mindestens einem Jahr, wobei sich als grundlegendes Konzept in der Behandlung die „Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie“ (PITT) nach Dr. Reddemann im stationären Rahmen bewährt hat. 2007 wurde das bereits bestehende PITT-Manual für Erwachsene von Dr. Krüger für Kinder und Jugendliche modifiziert (PITT-KID-Manual).
Die Wirksamkeit des ressourcenorientierten Vorgehens entsprechend dem PITT-Konzept unter intensivem Einbezug von Eltern und Geschwistern ist für die stationäre Anwendung zur Behandlung von Traumafolgen bei Kindern und Jugendlichen klinisch äußerst evident. PITT fördert die Selbstberuhigungsfähigkeit signifikant; je höher die Fähigkeit zur Selbstberuhigung, desto höher der Grad an Stabilisierung. PITT wirkt ausgesprochen gut bei besonders schwer traumatisierten Patienten, d.h. bei der Gruppe der DESNOS Patienten (Diagnosis of Extreme Stress Not Otherwise Specified) mit schwerer Ausprägung.
Dieses Verfahren, welches dem dreigliedrigen Schema *Stabilisierung - Konfrontation – Integration* folgt, betont im Weiteren, dass auch eine indirekte und damit manchmal „schonendere“ Bearbeitung der traumatischen Erinnerung hilfreich sein kann, z.B. durch stabilisierende imaginative Übungen (Tresor, sicherer Ort, innere Helfer etc.)

2 Definitionen / Überblick:

Posttraumatische Belastungsstörung (nach ICD 10)

A Konfrontation mit einem traumtischen Ereignis
B Wiedererleben des traumatischen Ereignisses (flashback)
C Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit
D Chronische Übererregung
E Dauer: innerhalb von 6 Monaten
F Klinisch bedeutsames Leiden und Beeinträchtigung verschiedener Funktionsbereiche des täglichen Lebens (DSM IV)

Was ist eine PTSD?

- Sich aufdrängende Erinnerungen (flashbacks)
- Handeln oder fühlen wie in der Traumasituation
- Gefühl von Verwirrung bei Erinnerungen an die Traumasituation
- Körperreaktionen: Schweißausbrüche, Schweratmigkeit, Herzklopfen
- Veränderung des Zeitempfindens (Zeitlupe oder Zeitraffer)
- Alpträume
- Hypervigilanz (übemäßige Wachsamkeit)
- Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit
- Konzentrationsstörugen
- Angst und Panikstörungen, Depressionen, psychosomatische Beschwerden
- Chronische Schmerzen und Verspannungen
- Starkes Kontrollbedürfnis (Zwänge)

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (= DESNOS)

1. *Störung der Affekt- und Impulsregulation*
   Affektregulation
   Umgang mit Ärger
   Selbstverletzung / -beschädigung
   Suizidalität
   Störungen der Sexualität
   Exzessives Risikoverhalten
2. *Störungen der Wahrnehmung und des Bewusstseins*
   Amnesien
   Vorübergehende dissoziative Episoden und Depersonalisierung
3. *Störungen der Selbstwahrnehmung*
   Wirkungslosigkeit
   Stigmatisierung
   Schuldgefühle
   Scham
   Isolation
   Bagatellisieren

4. *Störungen der Beziehungen zu anderen*
   Unfähigkeit zu vertrauen
   Reviktimisierung
   Viktimisierung anderer Menschen
5. *Somatisierung*
   Somatoforme Beschwerden
   Hypochondrische Ängste
6. *Veränderungen von Lebenseinstellungen*
   Fehlende Zukunftsperspektive
   Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen

Risikofaktoren für PTBS

Vor dem traumatischen Ereignis:

- Geringe soziale Unterstützung
- Schicksalsschläge
- Armut der Eltern
- Vorherige Misshandlungen in der Kindheit
- Dysfunktionale Familienstrukturen
- Familiär-genetische Belastung mit psychischen Störungen
- Introversion od. extrem gehemmtes Verhalten
- Geschlecht weiblich
- Schlechte körperliche Gesundheit
- Vorherige psychische Störung

Während des Traumas:

- Dauer und Ausmaß der traumtischen Einwirkung
- Subjektives Bedrohungsgefühl (z.B. oft akute Todesangst)
- Andere damit verbundene Traumata (z.B. Zeuge der Misshandlung anderer od. selbst Täter an anderen Opfern)

Nach dem Trauma:

- Mangelnde soziale Unterstützung
- Fortgesetzte negative Lebensereignisse
- Mangelnde Anerkennung des Traumas durch andere
- Sekundäre Stressfaktoren wie Umzug, Schulwechsel, Zerstörung des Zuhauses, wiederholte Bedrohungen, weiter Angst vor dem Täter, finanzielle Probleme

Ereignisse, nach denen besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind:

- Beginn in früher Kindheit
- Dauern sehr lange
- Wiederholen sich häufig
- Gehen mit schweren körperlichen Verletzungen einher
- Sind vom Opfer schwer zu verstehen
- Beinhalten zwischenmenschliche Gewalt
- Der Täter ist ein nahestehender Mensch
- Das Opfer möchte (mag) den Täter
- Das Opfer fühlt sich mitschuldig
- Die Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt oder belastet
- Beinhalten absichtsvolle zwischenmenschliche Gewalt
- Beinhalten sexuelle Gewalt
- Beinhalten sadistische Folter
- Haben mehrere Täter das Opfer gequält
- Hatte das Opfer starke Dissoziationen
- Hat niemand dem Opfer unmittelbar danach beigestanden
- Hat niemand nach der Tat darüber mit dem Opfer gesprochen

Die Wirkung von Traumata

1. *Schockphase* (eine Stunde bis eine Woche)
   - Betäubung (Untererregung)
   - Hyperarousel (Übererregung)
   - Dissoziation (Derealisation, Depersonalisation)
   - tiefgreifende emotionale Erschütterung (erzwungene Intimität)
   - Zusammenbruch des bisherigen Weltmodells, bisheriger Sinnzusammenhänge und grundlegender Ordnungsprinzipien
   - Erschütterung des Urvertrauens (Man-made-trauma)
2. *Einwirkungsphase*
   - Ärger gegen Helfer, Ärzte, Polizei…
   - Selbstzweifel
   - Hoffnungslosigkeit
   - Ohnmacht
   - Depressionen
   - Einschlafstörungen,
   - Überlebensschuld….
3. *Erholungsphase*
   diese Phase braucht
   - Ruhe
   - Entspannung
   - Unterstützung
   - Wiedererlangen von Handlungskompetenzen
   - keine oder begleitete Konfrontation mit der traumatischen Umgebung

Was geschieht im Gehirn?

- Erinnerungen werden lediglich als Gefühlszustände gespeichert (körperliche Reaktionen, Bilder)
- Das Ereignis ist wie eingefroren oder eingebrannt
- Blockade des Sprachzentrums unter Extremstress
  - keine kognitive Einordnung
  - keine Versprachlichung des Erlebten
  - nur belastende Bilder und Emotionen
- Imaginieren ist im Gehirn wie Handeln
- Durch Übung bahnen

Entwicklungsbezogene Trauma-Folgestörung

A Exposition

- Anhaltende Exposition gegenüber einem oder mehreren Formen von entwicklungsbeeinträchtigenden interpersonellen Formen von Traumatisierung (z.B. Trennungstrauma, Verrat, tätliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Bedrohung der körperlichen Integrität, Gewaltandrohungen, emotionaler Missbrauch, Zeugenschaft von Gewalt und Tod)
- Subjektive Erlebnisqualität (Rage, Verrat, Angst, Resignation, Niederlage, Schamgefühle)

B Wiederholte Dysregulationsmuster als Antwort auf Trauma-Trigger

- Dysregulationszeichen (unterschiedlich stark ausgeprägt) bei Kontakt mit Hinweisreizen, wobei Veränderungen dazu tendieren, zu persistieren, und nicht zum Ruheniveau zurückzukehren; auch nicht dann, wenn der Patient sind der real nicht bedrohlichen Umstände bewusst ist
- Affektive Muster
- Somatische Reaktionsmuster (z.B. physiologische, motorische, medizinische)
- Verhaltensmuster (Re-Enactment, selbstverletzendes Verhalten)
- Kognitive Muster (z.B. Gedanken, dass sich das Trauma wiederholen könnte, Verwirrungszustände. Dissoziation, Depersonalisation)
- Beziehungsmuster (anklammerndes, oppositionelles, misstrauisches, überangepasstes Verhalten)
- Selbst-Attribution (z.B. Selbsthass, Schuldgefühle)

C Anhaltend veränderte Attributionen und Erwartungshaltungen

- Negative Selbst-Zuschreibungen
- Misstrauen gegenüber schützenden Bezugspersonen
- Verlust der Erwartung, dass andere Schutz bieten können
- Verlust an Vertrauen in den Schutz durch soziale Einrichtungen
- Mangelnde Gewissensfunktion bezüglich sozialer Gerechtigkeit und Sanktionen
- Unvermeidbarkeit späterer Viktimisierung

D Beeinträchtigung sozialer und anderer Funktionen

- Pädagogischer Bereich (Schule, Ausbildung)
- Familie
- Peers
- Rechtliche Aspekte
- Beruf

Dissoziation

- Ist ein Versuch, sich von äußeren Stimuli abzuwenden und in die innere Welt zurückzuziehen
- Ist ein Bewältigungsversuch, eine Strategie zur Kompensation des Traumas, weil sie zunächst effektiv zur Angstreduktion führt, nachdem andere Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Verleugnung oder Projektion nicht mehr ausgereicht haben.
- Schutz des Selbst vor angsterregenden Überflutungsgefühlen
- Bleibt das Kind sich selbst überlassen, kann es zu einer Verselbständigung der Dissoziation kommen: Führt die Dissoziation posttraumatisch zunächst zu einer Angstreduktion, verstärken dissoziative Zustände die Angst, den Realitätsbezug zu verlieren und sich nicht mehr zu finden. Diese Depersonalisationsbefürchtungen können z.B. durch selbstverletzendes Verhalten vorübergehend aufgefangen werden. Letztlich bedingen sich dann vermehrte Angst und vermehrte Dissoziationsbereitsschaft.

Einteilung dissoziativer Störungen

- Durchgängiges Muster von mangelnder Integrationsfähigkeit des Bewusstseins in den Bereichen des Gedächtnisses, der Wahrnehmung und der Identität
  Symptome: v.a. Amnesien (Gedächtnislücken), Depersonalisation (neben sich stehen, Körper als fremd empfinden etc.), Derealisation (Umgebung z.B. als fremd oder unwirklich empfinden), Flashback-Erleben (Reaktivierte traumatische Erinnerungen)
  Hinweise auf strukturelle Dissoziation: Brüche in Erzählungen, Widersprüchliche nonverbale Kommunikation, deutlich veränderter Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimmlage, zögernde Antworten

Dissoziations-Stopp-Techniken

- Von dem inneren Geschehen ablenken durch Anleitung zur Wahrnehmung der jetzigen äußeren Situation
- Hinlenken zu anderen Wahrnehmungsinhalten
- Wegpacken von belastendem Material
- Kein Vertiefen oder Erfragen des inneren Geschehens
- Reorientierung im Hier und Jetzt
- Ortswechsel, Themenwechsel
- Körperlich erden, Pat. Sich selbst (!) abklopfen lassen
- Gegenstände benennen lassen

Ziel der Stabilisierung

- Optimales Erregungsniveau zum Lernen
- Therapeutisches Fenster verbreitern zwischen Übererregung / Hyperarousal (Folge: Dissoziation) und Untererregung / Hypoarousal (Folge: Bewusstseinseinengung)

3 Psychodynamische Theorie des Traumas

Ein Trauma ist die innerpsychische Reaktion auf ein das Ich überwältigendes Ereignis. Der psychoanalytische Ansatz stellt das subjektive Erleben und die Bedeutung des Ereignisses in den Mittelpunkt.
Das Besondere am Trauma ist, dass das Ereignis nicht zu einem Erlebnis wie andere werden kann, sondern der Beginn eines neuen Lebensabschnitts wird, der nach anderen Wahrnehmungsregeln verläuft, vor allem dann, wenn sich die Umwelt dem Trauma gegenüber gleichgültig oder gar ungläubig verhält.

Was macht Ereignisse traumatisch?
Das Ereignis kann von dem Betroffenen nicht wirklich antizipiert werden, es übersteigt den Erwartungshorizont des Kindes. Ferenczi hat bezüglich sexueller Übergriffe von der „Sprachverwirrung zwischen Kind und Erwachsenen“ gesprochen, wenn der Erwachsene anstelle der Sprache der Zärtlichkeit dem Kind die Sprache der Leidenschaft aufzwingt, eine Sexualität, die dem Kind nicht vorstellbar ist. Es erlebt sie als Gewalt und Destruktivität, welche die Erfahrungshorizonte sprengt.

Das Trauma prägt in erster Linie die Internalisierung. In den frühesten Lebensjahren ist die Umwandlung der äußeren in die innere Realität von besonderer Bedeutung, da Beziehungserfahrungen verinnerlicht werden. Durch ein Trauma werden beim Kind die Objekt- und Selbstrepräsentanzen in ihrem *Herausbildungsprozess* getroffen. Insbesondere gibt es kein Schema, das geeignet wäre, die überflutenden Informationen aufzunehmen. So können traumatische Erfahrungen nicht verdrängt werden, und der Prozess der Symbolbildung wird beeinträchtigt. Eine Anpassung des eigenen Erfahrungsschemas an das traumatische Ereignis wäre ebenso mit der Gefahr des Selbstverlustes verbunden. Die Folge dieses Dilemmas ist die Dissoziation, die Abspaltung der Erinnerung in ein Reservat, in dem die Erinnerung zwar lebendig, allerdings vom übrigen Erleben abgeschnitten ist.
Der Traumatisierte erleidet während des Ereignisses *tiefste Verlassenheit*. Es ist die Situation eines totalen Selbst- und Objektverlustes. Die Suche nach Rettung vor dem Verlust findet in Form einer Regression statt. Die Suche nach Liebe und Trost bewegt sich zu omnipotenten Primärobjekten und führt unaufhaltsam zu archaischen Verschmelzungswünschen mit ihnen. Eine Objektbeziehung muss aufrechterhalten werden, um nicht aus jeder Beziehungserfahrung herauszufallen. Aufgrund dessen wird der „vorhandene“ Täter introjiziert, erscheint als das ersehnte Primärobjekt und wird damit zum Liebesobjekt. Die Beziehung zum traumatisierenden Objekt wird durch Introjektion verinnerlicht und erfahrene Gewalt führt zur Verinnerlichung des destruktiven Objektes. Um das innere Bild des guten Objekts zu erhalten, werden die Schuldgefühle des Aggressors gemeinsam mit der Gewalt introjiziert und gegen das Selbst gerichtet.

Dieses Introjekt wird als Fremdkörper erlebt und von Schuldgefühlen, Selbstwerterniedrigung und dissoziativen Phänomenen begleitet. Posttraumatisch wird dann der Versuch gemacht, sich von diesem zerstörerischen Liebesobjekt wieder zu trennen. Die Introjekte können sowohl externalisiert, inszeniert als auch agiert werden. Dies dient der Bewältigung narzisstischer Bedrohungen und der Aufrechterhaltung einer positiven Selbstrepräsentanz.

Weil die Spannung zwischen dem traumatischen Introjekt und dem Ich wie beschrieben zu Schuldgefühlen führt, kann zu deren Entlastung die Identifikation mit dem Introjekt beitragen. Auf diese Art und Weise wird das Opfer sekundär identifiziert zum Täter und gibt die ihm ursprünglich implantierte Gewalt weiter.

Die grundlegende Angst vor Hilflosigkeit und Abhängigkeit bleibt nach einer Traumatisierung bestehen, verbunden mit dem Wunsch, nie wieder traumatisiert zu werden. Neben der Introjektion kann es ebenso auch zu einer (primären) Identifikation mit dem idealisierten, omnipotenten Täter kommen. Er war in der traumatischen Situation im Zuge der regressiven Bewegung mit dem idealisierten Eltern-Introjekt verschmolzen und hatte deren Platz eingenommen. Mit der Identifikation bildet sich beim Opfer die Überzeugung heraus, nie abhängig oder schwach gewesen zu sein.

Die Erfahrung von Traumatisierungen in der Kindheit belastet in besonderer Weise die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. Neue Bindungen und Ablösungen von den Eltern stehen im Zusammenhang mit strukturellen Umgestaltungen und einer Neuorganisation der Ich-Funktionen. Besonders die durch die genitale Reifung bedingte Neubewertung von Sexualität, Liebe und Erotik hat bei sexuellen und körperlichen Traumatisierungen die Konsequenz, dass die Traumata der Kindheit neu eingeschätzt werden. Die Bewältigung des Traumas erfährt meist in dieser Phase eine besondere Dynamisierung.
Vor allem Scham- und Schuldgefühle belasten das häufig schon vulnerable Selbstgefühl des Adoleszenten. Verunsicherung in der sexuellen Orientierung und Unsicherheit in sexuellen Beziehungen sind sehr häufig festzustellen. Autonomie und Unabhängigkeit bekommen eine sehr zentrale Bedeutung und prägen oft den Umgang dieser Jugendlichen mit Therapeuten. Gefühle der Abhängigkeit und Ohnmacht müssen besonders massiv abgewehrt werden. Dem Therapeuten gegenüber werden Allmacht und Überlegenheit gezeigt und Hilfe wird nur im Sinne ganz bestimmter Anfragen oder Aufträge zugelassen.

4 Exkurs: Konzept der Übertragung und Gegenübertragung

Übertragung

Die theoretischen Grundlagen und Behandlungskonzepte der Erwachsenen-Psychoanalyse gelten in ihrem Definitionsbereich ebenso für die psychoanalytische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Aufgrund ihres Entwicklungsalters, ihrer größeren Regressionsbereitschaft, der Aktualität der Triebphasen und ihrer strukturellen Ich-Schwäche im Vergleich zum Erwachsenen sind in der Behandlungskonzeption allerdings zahlreiche kindspezifische Modifikationen erforderlich.

Am deutlichsten lassen sich diese Unterschiede am Bedeutungs- und Anwendungsgehalt des Übertragungsbegriffes explizieren. Klinisch betrachtet ist Übertragung die Wiederholung von typischen Beziehungsmustern der infantilen Vergangenheit in der Gegenwart der analytischen Behandlung. Die analytische Situation fördert durch Abstinenz und Neutralität die Entfaltung der Übertragungsbeziehung, um durch die gefühlsmäßige Vergegenwärtigung der alten, nun allerdings unangemessenen Konfliktmuster die Bewältigung von intrapsychischen und interpersonellen Konflikten zu erreichen. Während in der Erwachsenenanalyse Übertragungen „Neuauflagen, Nachbildungen von Regungen und Phantasien…mit einer…charakteristischen Ersetzung einer früheren Person durch die Person des Arztes“ (Freud) sind, sind für Kinder diese früheren Personen, zumeist die Eltern, in ihrem Leben noch als reale Objekte präsent. Weil Kinder erst eine kurze Vergangenheit haben, können sie nur wenig aus dieser Vergangenheit übertragen. Aufgrund der realen Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern wird der Therapeut nur begrenzt zu einem Übertragungsobjekt.

Für den Jugendlichen ist die Herstellung einer Übertragungsbeziehung zum Therapeuten ebenso durch die Gegenwart der Eltern eingeschränkt. Die entwicklungspsychologischen Vorgänge des Abzugs der libidinösen Besetzung von den Eltern und die damit verbundene Ablösung von den primären Objektbeziehungen führen zur narzisstischen Objektwahl und erschweren die Besetzung der Person des Therapeuten, was die Herstellung von Übertragungsprozessen behindert. Diese Beschäftigung mit sich selbst ist ein herausragendes Merkmal der Adoleszenz. Hierbei kann die Regression im Dienste des Ich der allgemeinen Ich-Entwicklung zugutekommen oder narzisstisch maligen Prozesse wie Delinquenz, Süchte oder Promiskuität verstärken. Im Mittelpunkt der psychischen Aktivität von Jugendlichen stehen v. a. Größenphantasien, das Leben in der Gegenwart und eine starke Besetzung körperlich-sexueller Gefühle. Die Vergangenheit als Wiederbelebung infantiler Abhängigkeit wird im Stadium der Entwicklung forcierter Autonomiebestrebungen kaum gesucht. Aufgrund dessen wird infrage gestellt, ob sich eine Übertragungsneurose herausbildet. Der Therapeut wird im Rahmen der Realitätsorientierung des Jugendlichen auch mehr als ein Realobjekt denn als Übertragungsobjekt gebraucht. Besonders typisch in der Pubertät ist das Umschlagen von idealisierender Übertragung in entwertende Haltungen dem Therapeuten gegenüber.

Gegenübertragung

Das Konzept der Gegenübertragung hat in seiner Bedeutung lange hinter der Analyse der Übertragungsphänomene zurückgestanden. Im Wesentlichen bestehen drei Positionen:

- Eine sehr restriktive Begriffsverwendung, die die Gegenübertragung des Analytikers lediglich als unbewusste Reaktion auf die unbewusste Übertragung des Patienten verstanden wissen will;
- Eine sehr weitgehende Begriffsverwendung, die alle Gefühle des Analytikers in Bezug auf den Patienten mit einbezieht
- Eine mittlere Position, die von spezifischen Gefühlsreaktionen des Analytikers auf die spezifische Persönlichkeit des Patienten spricht

In den letzten 50 Jahren haben sich vor allem Konzepte der Gegenübertragung als nützlich erwiesen, die die Gegenübertragungsgefühle nicht lediglich zu kontrollieren, sondern sie für den analytischen Erkenntnisprozess zu nutzen versuchen. Es entstand die Position, dass der Analytiker die in ihm geweckten Gefühle festhalten und bewahren soll, statt sie wie der Patient abzuführen. Erst hierdurch können sie dem Patienten „gehalten“ oder „verdaut“ zurückgegeben werden. So kann z.B. die vom Analytiker gespürte Langeweile bei manischem Erzählen eines Patienten ein Hinweis auf von diesem abgewehrte depressive Gefühle sein. In diesem Sinne sind die Gegenübertragungsreaktionen des Analytikers zu einer Verständnishilfe für die Gefühlsmitteilungen des Patienten aufgewertet worden. Die kontrollierte Nutzung dieser Gegenübertragungsreaktionen ist weiterhin die Voraussetzung für deren nicht agierte Verwendung.

Während bei der indirekten Verwendung der Gegenübertragung der Analytiker *seinen inneren subjektiv gefühlten* Zustand in Worte fasst und so den Patienten zu weiterem emotionalen Verstehen anregt, beschreibt der Therapeut bei der direkten Verwendung der Gegenübertragung, wie er sich als *Objekt des Patienten* fühlt.

Jugendliche konfrontieren den Therapeuten mit einem größeren Potenzial an libidinöser und aggressiver Energie als Kinder, was umgekehrt stärkere Gegenreaktionen herausfordern kann. Wut, Ablehnung und Entwertung bereits in Erstkontakten können durch gegenaggressive Reaktionsweisen die Aufnahme einer Behandlung verhindern. Dabei hat der Therapeut mit Gefühlen der Kränkung und Enttäuschung zu kämpfen. Die erhöhte Aggressivität hängt damit zusammen, dass vom Jugendlichen schon die Anbahnung einer Behandlung als eine narzisstische Kränkung empfunden wird.

Der Jugendlichentherapeut befindet sich immer wieder an der Grenze zum Handeln, die bis zur Behandlungsunterbrechung oder stationären Einweisung führen kann. Denn Jugendliche benutzten Alkohol, Drogen, Suizid, Schwangerschaft, Delinquenz oder körperliche Selbstschädigung zu selbstdestruktivem Verhalten. Das Agieren von Rettungsphantasien seitens des Therapeuten kann dann an die Stelle des Analysierens treten. Weil Jugendliche den Therapeuten auch als neues Identifikationsobjekt suchen, steht der Therapeut in der Gefahr, Idealisierungen des Patienten entgegenzukommen.

Einen bedeutsamen Komplex bei der Analyse der Gegenübertragung stellt das Verhältnis des Jugendlichen-Psychotherapeuten zu seiner eigenen Jugendzeit dar. Unaufgelöste Identifizierungen sind in der Arbeit mit Jugendlichen besonders kontraproduktiv. Unvollständig bewältigte Ablösungsprozesse hindern daran, eine angemessene, grenzsetzende Haltung einzunehmen.

5 Psychodynamische Traumatherapie

Die psychodynamische Therapie trägt einerseits den regressiven Aspekten der Beziehungsgestaltung Traumatisierter Rechnung. Im Weiteren können die vorliegenden Beziehungsstörungen mit einem analytischen Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung in der Behandlung hilfreich aufgefangen und bearbeitet werden.

Grundsätzlich sind Traumatisierte dem Therapeuten gegenüber zurückhaltend, distanziert bis misstrauisch oder bei eher hysterischer Beziehungsgestaltung distanzlos, sprunghaft und willkürlich. Beide konträre Beziehungsgestaltungen verdeutlichen eine Beziehungsstörung, der eine traumabedingte Verwundung des Selbst zugrunde liegt. Jugendliche berichten das Trauma in der Weise, wie sie den Therapeuten in einen Handlungsdialog verwickeln. So können die dem traumatischen Geschehen zugehörigen Affekte in den Gefühlen des Therapeuten wahrnehmbar sein, während der Patient selbige dissoziativ abgespalten hat. Im „Umgang mit dem Trauma“ ist aufgrund dessen zu beobachten, dass die projektive Inszenierung von Gefühlen wie Ohnmacht, Verwirrung , Wut, Schulgefühl und Angst als eine „traumatische Übertragung“ (Holderegger) den Therapeuten in entsprechende Gefühlssituationen versetzen kann. Täter-Introjekte werden nicht selten auf den Therapeuten projiziert. Hierbei kann der „Täter“ auch ein inneres Konstrukt des Patienten sein. Denn Traumata jeder Art, auch medizinische Eingriffe oder andere Erfahrungen von Bedrohung und Gewalt, werden als verinnerlichte Beziehungserfahrung an einem Objekt personalisiert, dessen Präsenz dann als verfolgend projiziert wird. Der Therapeut ist in der Arbeit mit Traumatisierten stets besonderen Belastungen ausgesetzt. Die existentielle Bedrohung mobilisiert eigene archaische Ängste. Die Begegnung mit Grausamkeiten und Gewalt berühren die eigene unbewusste archaische Triebnatur, den „psychotischen Kern“. So kann es zu einer Identifikation mit dem Opfer kommen, da eigene traumatische Anteile mobilisiert werden. Damit gerät die professionelle Haltung durch Überidentifizierung in Gefahr. Der Therapeut blockiert sich durch Gefühle der Hilflosigkeit in seinem Erleben und Handeln oder wird durch Ängste vor Überforderung absorbiert. Es kann dann in der Abwehr dieser Gegenübertragungsgefühle zur Distanzierung kommen, so dass die Dimension des Traumas bagatellisiert und/oder geleugnet wird, wodurch der Traumatisierte sich zurückgewiesen fühlen könnte. In der unbewussten Identifikation mit dem Täter steht der Therapeut dann in der Gefahr, sadistische Phantasien und Impulse subtil zu agieren. Diagnostisch sind diese Gegenübertragungsgefühle aber auch erste Hinweise auf eine Traumatisierung, noch bevor der Patient den Widerstand gegen die umfassende Erinnerung aufgegeben hat. *Die umfassende Reflektion der Gegenübertragungsgefühle dient dazu, alle Facetten der traumatisierenden Übertragung erfassen und verstehen zu können.*

Deutungen dienen der klärenden Entlastung, weniger konfliktbezogenen Konfrontationen. Der Therapeut ist zugleich reales Objekt, früheres Objekt (Übertragungsobjekt im engeren Sinne) und neues Entwicklungsobjekt. Neben dem stark wirkenden Wiederholungszwang gibt es auch immer einen unbewussten Wunsch nach Veränderung. Der Patient sucht seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen. Dazu testet er wiederholt den Therapeuten.

Das Bedürfnis der Patienten nach Sicherheit spiegelt sich in dem Bedürfnis der Therapeuten, gute und effektive Behandler im Gegensatz zu den bösen Tätern zu sein. Idealisierung vermittelt zwar ein illusionäres Gefühl der Sicherheit, aber hält gerade auch den jugendlichen Patienten davon ab, notwendige autonome Handlungen durchzuführen.

Traumatherapeutinnen können sich von der Patientin und ihrem Bericht fasziniert, allerdings auch gleichzeitig überwältigt fühlen. Spürt die Patientin die zunehmende Hilflosigkeit des Therapeuten, kann sie aus Angst vor Objektverlust in eine Art „Therapeuten-Helferposition“ dem Therapeuten gegenüber verfallen. Sie versucht, diesen u.a. durch Verschweigen, Dissoziieren oder Affektisolierung vor dem traumatischen Material zu schützen, vor allem wenn sie auch zuvor in den primären Beziehungen Parentifizierungen erlebt haben oder „wie gewohnt“ funktionieren und die Erwachsenen (in diesem Falle die Therapeutin) schonen.

Wenn die traumatisierten Jugendlichen zur gruppeninternen Therapeutin kommen, ist es um sie herum sehr chaotisch und sehr turbulent. Die Eltern sind fast am Ende oder schon gar nicht mehr bereit, die Jugendlichen zu begleiten. Die Jugendlichen sind sehr misstrauisch und kommen anfangs meist mit einer finsteren Miene zur Sitzung, schauen auf den Boden, verstecken sich unter einer Mütze oder stellten den Kragen hoch und lassen den Kopf verschwinden. Man könnte dies als aggressive Abwehrhaltung, flegelhaftes Benehmen oder verachtendes Verhalten deuten. Doch dies ist nicht so. Wenn man sich nicht beirren lässt, sie freundlich grüßt und sich nach dem Befinden erkundigt, passiert immer wieder dasselbe. Die Jugendliche schaut skeptisch und misstrauisch auf, antwortet oder zuckt mit den Schultern, aber sie gibt sich zu erkennen. Diese Jugendlichen kommen nicht mit einer verachtenden Haltung oder ähnlichem. Sie erleben die Angst die dahinter steht nicht als Signal vor etwas, sondern sie erleben die Angst als Vernichtungsangst. Diese Angst kommt auch daher, dass vor der Aufnahme auf unserer Spezialgruppe schon sehr viel vorgefallen ist. Sicher haben die Jugendlichen ihre Anteile daran, aber sie sind nicht nur die Schuldigen und Täter, zu denen man sie oft macht. Sie sind auch Opfer, Opfer ihrer frühkindlichen Traumatisierungen und deren negativen Einfluss auf die Entwicklung. Im Gespräch merken diese Jugendlichen schnell, ob Fragen ernstgemeint sind, d.h. ob das Gespräch auf derselben Ebene stattfindet und nicht von oben herab kommt. Die Gesichter hellen schnell auf und es kommt zu einem „konstruktiven“ Gespräch. Natürlich nur über Themen wie Freizeit, Freunde, Schule usw. Eine empathische Haltung spüren sie sofort, weil sie das ja oft suchen. Sie suchen jemanden, der sie ernst nimmt, ihnen Achtung schenkt, ihr Selbstwertgefühl, das sowieso sehr fragil ist, aufbaut. Sie müssen auch Vertrauen aufbauen können, was ihnen nicht leicht fällt. In den ersten Monaten übt die Therapeutin v.a. eine stützende Funktion aus. Zu Beginn der Maßnahme auf unserer Spezialgruppe gerät das psychische Gleichgewicht der Jugendlichen oft ins Wanken, da die Jugendlichen zumeist nicht auf die geschlossene Unterbringung „vorbereitet“ wurden, so dass sie vor Reizüberflutung nicht verstehen, worum es eigentlich geht. Die Therapeutin hat somit eine Stützfunktion und bekommt gleichzeitig wertvolle Beobachtungen über das Erleben dieser Jugendlichen. Sie kann mit ihnen diese Situationen reflektieren, aufzeigen was war und genauer betrachten. Die natürlich in einem dosierten Maß. Zusätzlich erhalt sie sehr viele Informationen über ihre Belastungsgrenzen, wodurch sie besser abstimmen kann, was sie den Jugendlichen zumuten kann. In dieser Zeit kann die Therapeutin sich ein Bild machen über die Fähigkeiten und Defizite der Jugendlichen. Es gilt, diese positive Übertragung und die Beziehung zur Therapeutin aufrecht zu erhalten; zu versuchen, eine Konstanz zu erarbeiten. Aber wenn die Jugendliche des Öfteren sehr aggressiv oder verstimmt zur Sitzung kommen, wird das von der Therapeutin nicht einfach so hingenommen. Die Patienten sollen über ihren Zustand sprechen und die dahinterstehende Dynamik ihrer Verstimmung zu sehen und zu verstehen versuchen.

5.1 Aspekte der intrapsychischen Struktur dissozialer Jugendlicher

Ein ziemlich sicherer Schutz vor aggressiven Durchbrüchen und massiv destruktivem Verhalten besteht, wenn folgende psychische Bedingungen erfüllt sind: Spaltungsprozesse müssen überwunden (Integration der ursprünglich bei Kindern noch getrennten „guten“ und „bösen“ Bilder von sich selbst und des anderen zu einer einheitlichen Selbst- bzw. Objektrepräsentanz) und archaische Größenphantasien integriert sein (begrenzte Möglichkeiten), das Ichideal sollte weitgehend den eigenen realen Möglichkeiten entsprechen und ein Über-Ich existieren, das frei von rigiden und grausamen Gewissensanforderungen ist.

Die lebensgeschichtliche Entwicklung traumatisierter Kinder und Jugendlicher ist meist von früh an durch massive aggressive Übergriffe und narzisstische Entwertungen gekennzeichnet. Die Betroffenen erleben dies als eine existentielle Gefährdung: Massive Ängste vor Bestrafung, bis hin zu Vernichtungsphantasien werden von Ängsten begleitet, die aus der eigenen Aggressivität stammen. Alle Versuche, dieser Bedrohung zu entkommen, scheitern aus zumindest zwei Gründen. Auf der Realebene sind die Kinder/Jugendlichen den übermächtigen Erwachsenen hilflos ausgeliefert. Personen, die eine schützende Funktion übernehmen, stehen ihnen kaum zur Verfügung. Dazu kommt, dass sie durch ihre stark aufgeheizte innere Erlebenswelt nachhaltig überfordert sind. Aufgrund der Dominanz früherer Abwehrmechanismen können massive Ängste nicht wirklich entschärft werden, so dass Reizüberflutungen und traumatisierende Erfahrungen die Folge sind.
Im Weiteren soll beschrieben werden, wie unter den gegebenen Bedingungen wichtige Besonderheiten der Ich-Entwicklung, der Über-Ich-Bildung sowie der narzisstischen Entwicklung entstehen.
Für die Ich-Entwicklung ist wichtig, dass frühe, archaische Abwehrmechanismen vorherrschen, wie Projektion, Spaltung und frühe Idealisierung. Sie sollen das Kind von einem starken inneren Druck und innerlich zerreißenden Ängsten schützen, die sich auch wegen einer geringen Angst- und Spannungstoleranz einstellen. Eine Entlastung tritt allerdings nur kurzfristig ein, unter anderem, da die Projektion aggressiver Impulse die Gefährlichkeit der äußeren Realität erhöht und zu neuen Bedrohungen führt. Ein weiteren Aspekt kommt hinzu: Frühe Abwehrformen verhindern eine differenzierte Realitätsprüfung, so dass die Folgen des eigenen Handelns lediglich begrenzt abgeschätzt werden können. Bereits allein deshalb sind die Möglichkeiten der Realitätsbewältigung eingeschränkt und es kommt zu fremdschädigendem Verhalten. Wegen der unzureichend ausgebildeten Ich-Funktionen gefährden die Kinder und Jugendlichen jedoch auch sich selbst, unmittelbar durch ihre Taten sowie reaktiv durch die sozialen Folgen dissozialen und delinquenten Verhaltens. Korrespondierend dazu verfügen sie, von der inneren Repräsentanzenwelt her betrachtet, häufig nur über wenig Möglichkeiten, mit sich selbst fürsorglich umzugehen. Ein sorgendes Verhältnis zu sich selbst fehlt weitgehend.
Die Über-Ich-Bildung aggressiver und delinquenter Jugendlicher zeichnet sich häufig dadurch aus, dass gebietende und verbietende Über-Ich-Aspekte unintegriert nebeneinander bestehen. Das strafende Über-Ich weist eine besondere Härte und Grausamkeit auf, so dass es im Falle eines Vergehens zu massiven Selbstverletzungen und Selbstentwertungen kommt, welche mit erheblichen Abwehrleistungen aus dem Bewusstsein ferngehalten werden. Insofern kann sich jemand scheinbar ohne Schuldgefühl aggressiv oder delinquent verhalten. Was von außen wie eine nicht vorhandene Gewissensinstanz aussieht, erweist sich bei genauerem Hinsehen jedoch als das Gegenteil. Eine Gewissensinstanz existiert

durchaus. Sie wird allerdings aufgrund ihres grausamen Inhalts so sehr gefürchtet, dass die kritischen inneren Stimmen zum Schweigen gebracht werden müssen. Selbstkritische und dabei gleichwohl verzeihende und steuernde Über-Ich-Funktionen konnten sich so lediglich unzureichend entwickeln. Die beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen verfügen aufgrund dessen auch kaum über Möglichkeiten, sich vor den eigenen Selbstangriffen zu schützen.
Dazu kommt eine massive Selbstwertproblematik. In ihrem Mittelpunkt steht die weitgehend unbewusste Vorstellung der eigenen Größe und Bedeutsamkeit, mit einem ausgeprägten Wunsch nach Anerkennung und narzisstischer Spiegelung. Die latenten Größenphantasien dienen Abwehrzwecken: Sie sind ein Schutz gegen übermäßige Kränkungen und unerträgliche Entwertungen, die delinquente und gefährdete Kinder und Jugendliche massiv erlebt haben und die sie in der Wiederholung fürchten. Ein stabiles Selbstwertgefühl entwickelt sich deshalb nicht und auch kein Ichideal, das mit den eigenen realen Möglichkeiten halbwegs übereinstimmt und in der Lebenspraxis eingelöst werden könnte. Im Weiteren sind die Idealvorstellungen von sich selbst stark überhöht.
Aufgrund dessen kommt es zu einem ständigen Schwanken zwischen den äußerst hohen Ichidealanforderungen und der Hoffnung, ihnen zum Beispiel durch Risikoverhalten gerecht zu werden, und massiven Entmutigungen und Selbstverurteilungen, die entstehen, wenn die Anforderungen des Ich-Ideals nur partiell oder gar nicht erfüllt werden können. Geringfügig erscheinende Kränkungen und Enttäuschungen führen zu teilweise massiven Selbstentwertungen – bedingt durch eine fehlende basale narzisstische Sicherheit und eine geringe Spannungstoleranz.
Sehr viele delinquente und gefährdete Heranwachsende sind darum ständig auf die Bestätigung des eigenen Selbstwertes von außen angewiesen. Andere Menschen werden für die eigene narzisstische Stabilität dringend benötigt, in der Hoffnung auf eine umfassende, durch nichts gestörte narzisstische Befriedigung. Hierbei zeigen diese Kinder und Jugendlichen sehr oft ein erhebliches manipulatorisches Geschick, um andere für ihre narzisstischen Bedürfnisse einzuspannen.

5.2 Aspekte der interpersonelle Beziehungsgestaltung dissozialer Jugendlicher

Die angeführten Besonderheiten der Ich-, Über-Ich- sowie der narzisstischen Entwicklung führen dazu, dass die Begegnung mit anderen auf eine bestimmte Weise gestaltet wird. Die Objektbeziehungen sind hierbei vor allem aggressiv aufgeladen. Rauchfleisch beschreibt dies, bezugnehmend auf frühkindliche erlittene Traumatisierungen, folgendermaßen: „Die Folgen dieser Entwicklungsbedingungen sind eine große Instabilität in den sozialen Beziehungen und eine starke aggressive Besetzung der Bilder, welche die betroffenen Menschen von der eigenen Person und bedeutsamen anderen Menschen entwickelt haben. In alle ihre Beziehungen mischt sich stets eine erhebliche, aus frühkindlichen Quellen stammende Aggression, die sich - in eher indirekter Form – etwa in ungeheurer Gier manifestiert. Ganz unverhüllt treten diese Impulse jedoch hervor in den ausgesprochen heftigen Neidimpulsen allen gegenüber, die es tatsächlich oder vermeintlich besser haben als sie und die vor allem ihnen etwas zu geben vermögen“.

In der offen oder latent aggressiven Beziehungsaufnahme und -gestaltung kommt etwas von den inneren Notwendigkeiten der delinquenten und gefährdeten Kinder und Jugendlichen zum Ausdruck. Ihre spannungsreiche und zerrissene innere Objektwelt schlägt sich auch in der pädagogischen Beziehung nieder und fordert bestimmte Reaktionen der Bezugspersonen wie Gefühle und Handlungsimpulse heraus. Diese Reaktionen stellen, sofern man sie zu entschlüsseln vermag, eine wichtige Erkenntnisquelle für den therapeutisch-pädagogischen Prozess dar. Fast zwangsläufig tritt in der Begegnung mit diesen Heranwachsenden das Gefühl auf, ihnen ohnmächtig ausgeliefert zu sein, sie nicht wirklich steuern bzw. beeinflussen zu können. Dieses Gefühl entsteht zum Beispiel dann, wenn sie sich immer wieder in selbst- und fremdgefährdende Situationen begeben. Sehr oft werden möglich erscheinende oder sich anbahnende Erfolge von den Jugendlichen aktiv zerstört, ohne dass dies auf den ersten Blick verständlich erscheint. Die Arbeit der Erziehenden ist hierdurch immer wieder in Frage gestellt. Ohnmachtserlebnisse und Enttäuschungen sind die Folge.

Eine sehr wichtige Rolle in der Begegnung mit anderen spielen die latenten narzisstischen Größenphantasien dieser Personengruppe und ihr Bedürfnis, in ihrer Eigenart und Besonderheit anerkannt und bewundert zu werden. Sehr häufig bewegen sie die Erziehenden mit großen Geschick dazu, diese Rolle zu übernehmen: Die Kinder und Jugendlichen genießen die offen gezeigte und/oder untergründig gespürte Bewunderung, die ihnen für ihre partiell gut entwickelten Ich-Funktionen und ihren Mut zu unangepasstem Verhalten entgegengebracht wird. Oder aber sie rufen in dem anderen ein Gefühl besonderer Bedeutung hervor. Ein Anzeichen dafür kann in der Phantasie des Erziehenden enthalten sein, nur er könne die besonders schwierige Erziehungsaufgabe lösen, vor die ihn eine bestimmte Jugendliche stellt.

Delinquente und gefährdete Kinder und Jugendliche ziehen sich aus Beziehungen zumeist dann sehr abrupt wieder zurück, wenn ihre Bedürfnisse nicht, wie erhofft, umfassend befriedigt werden. Ein solcher Kontaktabbruch hat verschiedene Ursachen: Einer der wichtigsten besteht darin, dass die nicht erfüllten Bedürfnisse zu unerträglichen Abhängigkeitsgefühlen führen. Die psychischen Eigenbewegungen anderer Menschen stellen für sie eine enorme narzisstische Kränkung dar. In der Folge wird die Arbeit der Erziehenden massiv entwertet, ihr persönliches Bemühen erscheint mit einem Mal als nicht mehr bedeutungsvoll. Die Erziehenden fühlen sich hierdurch von den Kindern und Jugendlichen ausgenutzt, als Spiegel für fremde Größenphantasien missbraucht. Oder aber sie spüren, wie sich die ehemalige Idealisierung ihrer Person in das Gegenteil verkehrt hat. Oberflächlich betrachtet

triumphieren delinquente Jugendliche über die Erwachsenen, die sie nun vermeintlich nicht mehr benötigen. Untergründig sind sie jedoch sehr besorgt, dass sich die Erziehenden ihnen gegenüber genauso entwertend verhalten und rächen könnten, wie sie selbst es tun.
Auch die ständige Bedrohung durch ein grausames, wenig verständnisvolles bzw. tröstendes Über-Ich führt zu einer spezifischen Form der Beziehungsgestaltung. Um massiven Selbstangriffen zu entgehen, die in einem regelrechten Selbsthass gipfeln können, wird die Bedrohung nach außen projiziert. Der andere erscheint in der Folge als verfolgend und strafend. Dies wirkt entlastend, da sich eine äußere Bedrohung besser bewältigen lässt und weniger gefürchtet wird als eine innere. Zudem kann auf diese Art und Weise ein latentes Strafbedürfnis befriedigt werden, so dass eine von außen kommende Bestrafung auch aus diesem Grund gewünscht und ersehnt wird. Narzisstische Kränkungen, Über-Ich- und Triebanforderungen lassen sich vor allem deshalb so schwer bewältigen, da reif entwickelte Ich-Funktionen fehlen, begleitet von einer archaischen Abwehr. Hieraus ergeben sich zahlreiche Beziehungsfolgen: Idealisierung und Spaltung führen zum Beispiel dazu, dass eine Person, die bislang nur als ideal und befriedigend erlebt wurde, nunmehr als völlig wertlos und enttäuschend, unbefriedigend und nur schlecht erscheint. Projektive Mechanismen haben zur Folge, dass Über-Ich- und Ichidealanforderungen sowie Selbstbestrafungs- und Entwertungstendenzen nach außen verlegt werden.

Fazit: Die pädagogischen Bemühungen der Erziehenden werden immer wieder „zerstört“, so dass sie ohnmächtig und depotenziert zurückbleiben. In ihrer persönlichen und fachlichen Kompetenz sind sie aufgrund dessen nachhaltig bedroht. Die Erziehenden müssen es hinnehmen, dass sie sehr oft nur den narzisstischen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen dienen sollen. Sie fühlen sich als Person nicht wirklich wahrgenommen, benutzt und entwertet und geraten selbst in entwertende und moralisch verfolgende Positionen. Dazu kommt unter anderem die Erfahrung, dass sie durch Spaltungsprozesse von einer guten Bezugsperson zu einer bösen werden, welche die Bedürfnisse der Betroffenen in keiner Weise befriedigen kann.
In einer solchen Situation muss fast zwangsläufig der Wunsch entstehen der eigenen Ohnmacht zu entkommen, indem man die Verhältnisse machtvoll umkehrt. Es ist mehr als naheliegend, dass Impulse entstehen, den eigenen Willen gewaltsam gegen den der Jugendlichen durchzusetzen. Man möchte sie lustvoll und triumphierend beherrschen, sie moralisch verurteilen und bestrafen, ihnen die eigenen Werte implantieren und sie genauso entwerten, wie sie es mit einem selbst tun. Eine sehr große Verführung besteht darin, diesen Impulsen auch real zu folgen. Die delinquenten und gefährdeten Jugendlichen aktivieren und reaktivieren massiv aggressive und entwertende Impulse derjenigen, die mit ihnen zu tun haben. Sie werden deshalb so sehr gefürchtet, da sie den eigenen Idealbildern und Über-Ich-Ansprüchen entgegenstehen. Ursprünglich wollten die Erziehenden die schwierigen Kinder besonders „gut“ behandeln, verständnisvoll und ermutigend mit ihnen umgehen, sie fördern und ihnen beistehen. Eine wichtige Rolle spielt hierbei, dass die erlittenen Entbehrungen bewältigt oder sogar wiedergutgemacht werden sollen.

Dass diese Jugendlichen eine starke Selbstwertproblematik und vor allem nur schwer auszuhaltende Trieb-Über-Ich-Konflikte in den pädagogischen Bezugspersonen auslösen, geschieht nicht zufälligerweise, sondern ist ein notwendiger Bestandteil der therapeutisch-pädagogischen Beziehungskonstellation und Gesamtproblematik. Die beeinträchtigten Jugendlichen setzen ihre inneren Konflikte und Defizite in der Beziehung zu anderen in Szene. Sie verdeutlichen hiermit etwas von ihrer inneren Not und zeigen, worin ihre Beeinträchtigungen bestehen. Dem inneren Wiederholungszwang folgend, reinszenieren sie die immer gleichen und erfolglosen Konfliktbewältigungsmuster. Gleichzeitig versuchen sie im Sinne eines Neubeginns jedoch auch, Beziehungen anders als bisher zu gestalten.
Die Erziehende wird direkt als Person angesprochen, ist unmittelbar persönlich in die kindlichen bzw. jugendlichen Inszenierungen verstrickt und muss persönlich Stellung beziehen. Als anderer Aspekt kommt jedoch hinzu: Im Sinne einer professionellen Tätigkeit erweist es sich als unumgänglich, dass auch eine Distanzierung von der unmittelbaren Situation und der eigenen Person gelingt.
Ein pädagogisch-therapeutisches Handeln kann begründet nur dann erfolgen, wenn die erheblichen inneren Konflikte, in die Erziehende geraten, wahrgenommen, reflektiert und verarbeitet werden. Hierzu gehört ganz wesentlich die Lösung einer Schuldproblematik, die aus aggressiv-entwertenden Impulsen der Erziehenden resultiert.

5.3 Entwicklungsförderliche therapeutisch-pädagogische Interventionen

Das Team der Spezialgruppe (v.a. die gruppeninterne Therapeutin) muss unbedingt auch die soziale Realität und die Umgebung mit den Bezugspersonen mit einbeziehen, andererseits aber auch direkt und konsequent an Widerstand, pathologischer Abwehr und Übertragung arbeiten (bifokales Arbeiten).

Eine entscheidende therapeutisch-pädagogische Aufgabe besteht in der Auflösung der ursprünglichen Inszenierungen und der Bearbeitung der aggressiven Beziehungsgestaltung, die mit den beschriebenen Spezifika der kindlichen Ich-, Über-Ich- und narzisstischen Entwicklung einhergehen. Das pädagogische Handeln bezieht sich darauf, dass konkrete schulische und außerschulische Lern- und Entwicklungsaufgaben bewältigt werden, auf keinen Fall auf eine therapeutische Aufarbeitung der kindlichen Lebensgeschichte. Fragen der Grenzsetzung spielen in diesem Zusammenhang eine besonders gewichtige Rolle.
Von zentraler Bedeutung ist es, dass die beeinträchtigten Jugendlichen auf ein Gegenüber treffen, das ihren aggressiven Beziehungsangeboten nicht ausweicht, um eigene Schuldgefühle zu vermeiden. Der Erziehende muss sich der an ihn herangetragenen Beziehung stellen und den Jugendlichen konturiert gegenübertreten. Hierzu gehört, dass delinquentes Verhalten als solches benannt, der eigene Wille verdeutlicht und Grenzen gezogen werden, wenn ein gemeinsamer Konsens nicht möglich ist.
Persönliche Stellungnahmen zur inneren Situation oder äußeren Lebensrealität der Jugendlichen sowie Grenzsetzungen erweisen sich von großem Nutzen, wenn sie dazu dienen, dass Spaltungsprozesse reduziert bzw. verhindert werden. Damit dies gelingen kann, muss die pädagogische Bezugsperson eine schwierige Gratwanderung zwischen zwei gegensätzlichen Polen bestehen: Sie darf sich „weder in die Position des mächtigen Aggressors noch in die des ohnmächtigen Opfers drängen“ lassen (Rauchfleisch). Einerseits geht es darum, sich dem Kind aktiv als eine Bezugsperson anzubieten, die verlässlich, vertrauenswürdig und in gewisser Weise auch bedürfnisbefriedigend ist. Andererseits muss von Anfang an auch dort Stellung bezogen werden, wo mit ablehnenden, enttäuschenden und entwertenden Reaktionen der Jugendlichen gerechnet werden kann. Nur auf diese Art und Weise lässt sich die folgenschwere Wiederholung bisheriger Erfahrungen verhindern, die nicht selten bereits mit der ersten Beziehungsaufnahme begonnen hat. Hierbei ist zu beachten, dass Spaltungsprozesse sehr oft auch durch die Erziehenden selbst verstärkt werden, da sie sich als gutes Objekt besonders wohl fühlen oder aus Angst vor einer Konfrontation in diese Rolle flüchten.
Deutliche Grenzsetzungen ermöglichen Jugendlichen eine wichtige Erfahrung: Sie erleben, dass Enttäuschendes und Befriedigendes nebeneinander bestehen kann und dennoch eine im wesentlichen befriedigende Beziehung erhalten bleibt. Sie lernen, dass sie selbst aggressive und libidinöse Bedürfnisse auf eine Person richten können, die dies auch aushält, sich als unzerstörbar erweist und der Beziehung nicht ausweicht. Eine Integration archaisch-destruktiver Impulse wird dadurch möglich. Spaltungen und Projektionen vermindern sich in der Folge, die äußere Realität lässt sich besser bewältigen.
Eine Auflösung von Spaltungsprozessen setzt seitens der Erziehenden voraus, dass sie die libidinösen wie die aggressiven Seiten der Jugendlichen gleichermaßen sehen, das Liebenswerte an ihnen ebenso wie ihre Destruktivität und ihre Selbstgefährdungstendenzen.

Die beeinträchtigten Jugendlichen benötigen Bezugspersonen, mit denen sie sich identifizieren können, unter anderem deshalb, damit beurteilende, bewertende und steuernde Ich-Leistungen gestärkt werden. Sehr oft reicht dazu eine begleitende Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen aus. Sie entlastet die Jugendlichen situativ und erhöht langfristig ihre Steuerungsmöglichkeiten. In kritischen Situationen erweist sich hingegen eine Grenzsetzung von außen als notwendig, etwa dann, wenn die Betroffenen sich selbst oder andere durch eine unzureichend entwickelte Impulskontrolle massiv gefährden.
Sehr wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass eine sorgende und schützende Haltung der Erziehenden deutlich wird. Den delinquenten und gefährdeten Heranwachsenden fehlt ein solcher schonender Umgang mit sich selbst, vor allem in schwierigen Situationen. Eine Besorgnis, um sich selbst wie um andere, wird sich lediglich dann entwickeln oder verstärken können, wenn besorgte Reaktionen der Erwachsenen wirklich spürbar und, sofern notwendig, auch auf der Handlungsebene erfahrbar sind.
Ein ständiges Zurückweichen der Betreuerinnen wirkt sich diesbezüglich fatal aus. An der Oberfläche mag es vielleicht dazu führen, dass die Erziehenden „positiv“ bewertet werden. Sie gelten als nicht-repressiv, großzügig und möglicherweise als verständnisvoll. Auf einer tieferen Ebene werden sie jedoch für ein solches Verhalten verachtet. Nicht grundlos: Ein Zurückweichen der Erziehenden hat zur Folge, dass sich die unbewussten Ängste der Jugendlichen vor der eigenen zerstörerischen Potenz und der Vernichtung guter innerer Teilobjekte erhöht. Ihre Schuldgefühle steigern sich dadurch, sie steigen teilweise bis ins Unerträgliche an. Die Jugendlichen verachten die Erziehenden deswegen, da sie untergründig spüren, dass sie ausweichen und der Begegnung mit ihnen an einer entscheidenden Stelle nicht standhalten. Der nicht bewusste innere Satz könnte heißen: „Du lässt mich ins Unglück laufen, weil Du Dich nicht traust, mir Grenzen zu setzen“ oder „Du hältst mich nicht davon ab, dass ich mich in gefährliche Situationen begeben, weil Dir ein ruhiges Gewissen wichtiger ist als das, was mit mir passiert. Ein schlechtes Gewissen bin ich Dir nicht wert.“
Eine entscheidende, auch heftige emotionale Stellungnahme belegt nicht nur die Besorgnis der Betreuerinnen. Die Heranwachsenden machen auch die bedeutsame Erfahrung, dass die Erwachsenen in Grenzsituationen handlungsfähig bleiben, da sie nicht von Aggressionen oder Ängsten überschwemmt werden. Dies kann wesentlich zur inneren Strukturbildung der gefährdeten Jugendlichen beitragen.
Ein großer Irrtum besteht in der Annahme, man könne die Beziehung zu schwierigen Menschen sichern und stabilisieren, indem man vor ihren Wünschen und Ansprüchen zurückweicht. Dies kann allenfalls kurzfristig gelingen. Langfristig ist das Gegenteil der Fall, unter anderem deswegen, da die Entwertung der Erziehenden durch eine Beziehungsvermeidung vorprogrammiert ist. Notwendige Identifizierungsprozesse mit Erwachsenen werden dadurch verunmöglicht.
Im Umgang mit den latenten Größenphantasien und den überhöhten Ich-Idealen der beeinträchtigten Jugendlichen ist eine gleichermaßen einfühlende wie klare Stellungnahme notwendig. Es geht zum Einen darum, die besondere narzisstische Bedürftigkeit dieser Personengruppe zu verstehen: Ihre Größenphantasien und die überhöhten Ichideale stellen einen mitunter lebensnotwendigen Schutzwall dar, der sich gegen eine immense narzisstische Kränkbarkeit sowie starke Selbstentwertungstendenzen richtet. Größenphantasien können lediglich schrittweise aufgegeben und die eigenen Möglichkeiten entidealisiert werden, wenn es in der Begegnung mit den beeinträchtigten Heranwachsenden nicht, wie in der bisherigen Lebensgeschichte, zu massiven Entwertungen kommt.

Zum Anderen gilt es, den narzisstischen Verführungen zu widerstehen, die diese Jugendlichen mit großem manipulatorischem Geschick inszenieren. So sehr sie auch den Sieg genießen, wenn sie Erwachsene verführt und auf ihre Seite gezogen haben, so schädlich ist er für ihre weitere Entwicklung. Die kindliche Größenphantasie wird hierdurch gestärkt, dass andere beliebig für die eigenen Zwecke verfügbar seien. Zugleich vermehrt sich die Angst, immer tiefer zu fallen, falls die gewohnten Manipulationsversuche einmal nicht mehr gelingen sollten. Denn es fehlt diesen Jugendlichen ein Netz an innerer Sicherheit, das sie im Falle eines Scheiterns der manipulativen Bemühungen auffangen könnte.
Besonders schwierig ist der Umgang mit dem archaische-strafenden Über-Ich der Jugendlichen, die eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Gewissen vermeiden, da sie eine rücksichtslose Selbstbestrafung fürchten. Sie versuchen aufgrund dessen, die Erziehenden dazu zu bewegen, dass sie das delinquente Verhalten nicht als solches wahrnehmen oder bagatellisieren. Oder aber sie bringen die Bezugsperson in die Rolle des strafenden Verfolgers, gegen den sie rebellieren können. Mit einer dringend gebotenen deutlichen Stellungnahme zu dem problematischen Verhalten zeigen die Erziehenden, dass sie in der Beziehung bleiben und einer Auseinandersetzung nicht ausweichen. Sie geraten damit notwendigerweise in eine Über-Ich-Position, repräsentieren somit eine Gewissensinstanz. Und sie sollen dies auch tun! In Folge der Auseinandersetzung und in Identifikation mit dem Erziehenden kann die Jugendliche ein Gewissen entwickeln, das nicht manipulierbar und grausam strafend ist und dennoch kritisch und verzeihend mit Schwächen umgeht.
Eine sehr große Gefahr besteht darin, sich unreflektiert von strafenden und aggressiv-entwertenden Impulsen leiten zu lassen. Der Erziehende könnte hiermit einem Strafbedürfnis blind folgen und selbst zu einem unerbittlichen Vertreter von Über-Ich-Anforderungen machen. Die Verführung, dies zu tun, ist enorm. Ungewollt kommt etwas davon in folgendem Satz zum Ausdruck: „Wenn es mehr geschlossene Einrichtungen gibt, werden noch mehr Kinder und Jugendliche gequält und misshandelt“. Hinter diesen Worten steckt die Ahnung davon, wie sehr diese Jugendlichen die gefürchteten Impulse und Verhaltensweisen aufgrund ihres immensen aggressiv-destruktiven Potentials hervorrufen können. Zwischen den Zeilen ist im Weiteren auch etwas von der Gefährdung spürbar, die sich für die Erziehenden durch die eigene Aggressivität ergibt: Delinquente und gefährdete Heranwachsende könnten dazu herhalten, dass ohnehin vorhandene aggressive Wünsche an ihnen einen Ort finden.
An dieser Stelle wird noch einmal klar, wie wichtig es ist, von der Vorstellung Abschied zu nehmen, man selbst könne in der Beziehung zu den delinquenten und gefährdeten Jugendlichen therapeutisch-pädagogisch bestehen, ohne dass man mit der eigenen Aggressivität und Schuldproblematik in Berührung kommt. Erst eine Verarbeitung dieser Problematik führt dazu, dass unumgängliche Entwicklungsprozesse in der gemeinsamen Arbeit mit den Jugendlichen in Gang kommen können.

6 Personzentrierter Ansatz

Die personzentrierte Psychotherapie bietet, vor allem durch unsere gruppeninterne Psychotherapeutin auf unserer Spezialgruppe für Mädchen mit einer Traumafolgestörung, einen weiteren hilfreichen und effektiven Ansatz, um mit diesen Jugendlichen zu arbeiten. In der Adoleszenz ist es für viele Mädchen noch möglich, auf kindliche Persönlichkeitsanteile zurückzugreifen und mit Hilfe des Symbolspiels (Spiel mit Stofftieren, Symbolfiguren und eigenen kreativen Medien wie Malen und Singen etc.) traumatische Ereignisse zu verarbeiten und aus der Distanz des Spiels diese belastenden Erlebnisse in die Gesamtpersönlichkeit zu integrieren.
Durch die immer besser ausgebildete Fähigkeit zur mentalen Abstraktion zwischen dem 14. und dem 17. Lebensjahr erlangt das Mädchen die gedankliche Kraft aus einer gewissen Distanz auf das vergangene traumatische Geschehen zu sehen und kann im Gespräch Gefühle und Bilder verarbeiten, die es belasten.
Traumatische Erfahrungen wirken sich gravierend auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes und seine Einstellung zu seiner Umwelt aus. Wie stark, hängt davon ab, wie umfassend die traumatische Erfahrung ist, in welchem Alter sie beginnt, wie lange sie andauert und ob es seinerzeit schützende Bezugspersonen gab.
Der psychische und körperliche Entwicklungsprozess eines Kindes wird durch das Erleben traumatischer Ereignisse umfassend und langfristig beeinflusst. Das kann zu Entwicklungsverzögerungen oder Entwicklungsrückständen im körperlichen und kognitiv-emotionalen Bereich führen.
Das allgemeine Lebensgefühl eines Jugendlichen wird durch traumatische Erfahrungen nachhaltig verändert. Kinder und Jugendliche beginnen ihrer Umwelt zu misstrauen. Sie müssen immer wachsam sein und ihre Umwelt beobachten, um sofort reagieren zu können, wenn etwas Ungewöhnliches passiert.
Sie haben laufend das Gefühl, bedroht zu sein und fühlen sich nirgends wirklich sicher. Äußerlich zeigen sie dann entweder Rückzugsverhalten oder aggressives Verhalten. Beide Verhaltensweisen haben eine Isolierung in sozialen Kontakten zur Folge.
Kinder müssen ihr Neugier- und Explorationsverhalten reduzieren und das wirkt sich verlangsamend auf den Entwicklungsverlauf aus. Vor allem komplex traumatisierte Jugendliche haben die Erfahrung gemacht, dass Neugierde negativ auffällt und bestraft wird. Meist ist nicht absehbar, mit welchem Verhalten die Bezugspersonen reagieren werden und angepasstes Verhalten bietet am meisten Sicherheit. Diese Kinder und Jugendlichen entwickeln eine ausgeprägte Angst vor neuen uneinschätzbaren Situationen; dies hat Entwicklungsverzögerungen zur Folge, da ausprobierendes Handeln wichtig für erfahrendes Lernen ist. Auch die körperliche Entwicklung wird negativ beeinflusst.
Komplex-traumatisierte Kinder und Jugendliche können nicht lernen, mit ihren Gefühlen umzugehen. Da diese Kinder gefühlsintensiven Situationen ausgesetzt sind, aber meist keine Unterstützung durch Erwachsene haben und keine Bewältigungsmechanismen lernen, können sie ihre Gefühle nicht regulieren. Sie lernen durch dissoziative Prozesse, diese abzuspalten. Meist sind sie in Situationen, in denen sie ihre Gefühle nicht zeigen dürfen und lernen deshalb, sie zu unterdrücken und nach außen nicht zu zeigen.
Oft leiden sie unter massiven Scham- und Schuldgefühlen, die sie nicht korrigieren können, da sie diese niemandem mitteilen dürfen.

Viele traumatisierte Jugendliche haben sehr große Probleme damit, Grenzen einzuhalten. Dies kann sich in Regelverletzungen äußern und in distanzlosem Verhalten. Angemessene Grenzen bieten Sicherheit. Zu enge Grenzen sind sehr einengend, zu weite wenig haltgebend.
Ereignisse, die traumatisch sind, brechen in den normalen Alltag ein und zerstören das bisherige Selbstverständnis. Bisher bestehende Grenzen haben dadurch ihre Bedeutung verloren. Komplex-traumatisierte Jugendliche haben oft vor dem Hintergrund des fehlenden Halts und der nicht unterstützenden Bindungsperson keine innere Struktur aufbauen können.
Sie haben die Kompetenz, sich selbst zu organisieren, für sich zu sorgen und sich zu schützen, nicht ausreichend erworben.
Störungen im Bereich sozialer Kompetenzen stehen im engen Zusammenhang mit dem ausgeprägten Misstrauen gegenüber Menschen, dem Gefühl Außenseiter zu sein und dem Gefühl, anders zu sein als die anderen. Die tiefgreifende Erfahrung, einem anderen Menschen hilflos ausgeliefert zu sein, führt zu Angst und innerem Rückzug und zu der Erkenntnis, am sichersten zu sein, wenn man alleine ist. Dies führt in der Folge zu Isolierung und Einsamkeit.
Aggressives Verhalten ist die logische Folge eines Kampfes gegen die feindlich erlebte Umwelt und „hilft“ auch gegen die Angst.

Bedeutung von Bindung

Kinder und Jugendliche, die innerhalb ihrer Familie von ihren Bezugspersonen schwer traumatisiert wurden, müssen sich massiv anpassen, um ihr Bindungssystem aufrechtzuerhalten. Sie müssen sich ihre Bindungspersonen erhalten, auch wenn diese sich ihnen gegenüber schädigend verhalten. Bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die unter einem Beziehungstrauma leiden, ist meist zu beobachten, dass sie sich selbst die Schuld am Fehlverhalten ihrer Bindungsperson geben und deshalb auch ein negatives Selbstkonzept entwickeln. Sie neigen zunächst einmal dazu, ihre Bindungspersonen zu schützen und zu verteidigen bzw. um diese zu kämpfen.

Die Bedeutung des Spiels

Das Spiel hat eine besondere Bedeutung in der Entwicklung des Kindes. Spiel ist ein angeborenes Verhaltensprogramm des Menschen mit entsprechendem intrinsischem Motivationssystem. Spiel ermöglicht dem Kind wichtige Entwicklungsschritte zu durchlaufen, die sein Selbstkonzept, den Umgang und die Regulation von Emotionen, den Aufbau von sozialen Beziehungen, die Umwelterfahrung, Selbstwirksamkeitserleben und die Realitätsbewältigung betreffen.
Spiel bedeutet spontanes selbstinitiiertes Lernen. Es ermöglicht dem Kind, neue Fertigkeiten zu erwerben, Lösungen und Strategien für Probleme zu finden und schließlich auch emotionale Konflikte zu bewältigen.
Spiel ist eine Handlung, die durch Zweckfreiheit (die Folgen der Handlung sind irrelevant), intrinsische Motivation und ein Flow-Erlebnis bestimmt sind. Der Spielprozess ist für die Psychohygiene des Kindes notwendig, da das Spiel ihm ermöglicht, eine neue Realität zu schaffen, in der sich Bedürfnisse und Wünsche sofort realisieren lassen. Durch Wiederholungen können Erfahrungen gefestigt werden, da das Kind im Spiel Sicherheit und Geborgenheit herstellen und das Spiel zur Selbsterhöhung beitragen kann.
Spiel ermöglicht es dem Kind, sich mit seiner Existenz in der Welt auseinanderzusetzen.

Themen, die im Spiel des Kindes immer wieder auftauchen, sind Themen, die das Kind existentiell beschäftigen und zwar aktuell oder langfristig. Hierbei können im Spiel des Kindes Entwicklungsthematiken, Beziehungsthematiken, aber auch aktuelle Erlebnisse und Erfahrungen auftauchen.
Gerade für traumatisierte Kinder und Jugendliche besitzen diese Entwicklungsthemen eine hohe Relevanz. Meist haben sie nicht die Möglichkeit gehabt, sich im Spielprozess weiterzuentwickeln, da ihnen keine Spielmöglichkeiten angeboten wurden oder weil ihnen sogar verboten wurde zu spielen.
Realitätsbewältigung im Spiel verläuft nach folgenden Regeln: als Nachgestaltung der Realität, als Umgestaltung der Realität und als Verlassen der Alltagsrealität.
Das bedeutet eine narrative Transformation, d.h. Umsetzung in eine Geschichte oder Spielhandlung mit Anfang und Ende, räumliche Symbolisierung von Thematiken, Materialisierung der Thematik in den Prozessen der Vergegenständlichung und Aneignung, Eskalation oder Spielhandlung als Akt der Befreiung.

Das Therapeutische im Spiel

Spiel ermöglicht dem Kind also, seine traumatischen Erfahrungen in Spielhandlungen umzusetzen, ohne sie wiedererleben zu müssen. Im Spiel kann es die Realität so umgestalten, dass eine Bewältigung möglich wird. Spiel ermöglicht dem Kind eine Distanzierung von seinen Erlebnissen. Eine Spielfigur kann stellvertretend für das Kind die schrecklichen Erfahrungen wiederholen und dabei andere, befreiende Lösungen finden. Zugleich entwickelt das Kind, indem es sich im Spielprozess als Urheber der eigenen Handlungen und deren Auswirkungen erlebt, mehr Selbstbewusstsein.
Im Spiel ist eine schrittweise Annäherung an das traumatische Geschehen möglich, da das Kind den Abstand zum Spielgeschehen verändern kann. Die Darstellung der traumatischen Ereignisse und ihre Umsetzung in eine Spielszene oder Spielaufbau ermöglicht es dem Jugendlichen erstmals zu verstehen, was passiert ist, indem es seine Erfahrungen sichtbar macht. Spiel macht es ihm möglich, seine traumatischen Erfahrungen der Therapeutin mitzuteilen und dennoch hierbei die nötige Distanz zu wahren und damit ein Wiedererleben des traumatischen Erlebens zu vermeiden.
Das Kind führt Regie im Spiel und überwindet so seine Hilflosigkeit, die es während des traumatischen Geschehens erlebt hat. Es erlangt subjektiv Macht und Kontrolle über die Ereignisse. Hierbei kann es sich auch aus einer sicheren Position mit den damals erlebten Gefühlen auseinandersetzen. Diesen Prozess kann eine Therapeutin dadurch unterstützen, indem sie die Gefühle der Spielfiguren des Kindes benennt.
Traumatisierte Kinder zeigen meist von sich aus ein Bedürfnis zu spielen. Anfänglich haben sie vielleicht Angst, Spielzeug anzufassen, da sie immer bestraft worden sind, wenn sie etwas Eigenständiges unternommen haben. Sobald sie Vertrauen gefasst haben, haben sie allerdings großes Interesse am Spiel. Sie finden bald ihr Spielzeug, um ihre traumatischen Erfahrungen darzustellen. Therapeuten können nicht immer sofort verstehen, welche Erfahrungen und Gefühle das Kind im Spiel ausdrücken will, weil Kinder ihre Erlebnisse auf eine symbolische Ebene übertragen und, wie oben dargestellt, die Realität umgestalten.
Erst im Verlauf des Spiels kann das eigentliche Erleben von der Therapeutin entschlüsselt und verstanden werden. Die Projektion auf Puppen oder anderes Spielzeug “lässt” das Kind seine Gefühle ausdrücken ohne dass es sich in Gefahr begibt. In der Rollenumkehr ist es dem Kind möglich, selbst Akteur zu sein und kein Opfer.

Formen des Spiels bei traumatisierten Kindern:
Traumatisierte Kinder zeigen spezifisches Spielverhalten:
Im *abreagierenden* Spiel zeigen Kinder das Bedürfnis, ihre traumatischen Erfahrungen durchzuarbeiten. Die Wiederholungen reduzieren die Angst und geben dem Kind Kontrolle über seine Gefühle und die Situation. Durch häufiges Spielen wird die eigene Hilflosigkeit bewältigt und die Angst lässt nach.
Im *aggressiven* Spiel offenbaren die Kinder, wie schlecht sie über sich denken und wie schuldig sie sich fühlen. Durch aggressive Spiele stellen sie ihre Identifikation mit dem Täter dar und spielen das nach, was mit ihnen gemacht wurde.
Dissoziationen werden deutlich im *dissoziativen* Spiel durch Erstarren des Kindes, durch Starren ins Weite und automatisiertes Handeln.
Im *Wiederholungs*spiel reinszeniert das Kind das traumatische Ereignis rigide und wie automatisiert. Der Spielprozess entwickelt sich nicht weiter, das Spiel bleibt in der Hoffnungslosigkeit stecken. Der Spielprozess zeichnet sich durch Monotonie, Ritualisierung und Konstanz aus. Das Spiel schafft keine Erleichterung, die Spielatmosphäre ist bleiern und gefühllos.
Im *nährenden* Spiel können traumatisierte Kinder und Jugendliche ihr Bedürfnis nach Zuwendung und ihren Mangel ausdrücken. Sie drücken dies aus, indem sie entweder für eine Puppe oder die Therapeutin eine Mahlzeit kochen und diese füttern oder indem sie eine Puppe pflegen und ins Bett bringen. Oft wollen sie allerdings auch, dass sich die Therapeutin im Rollenspiel fürsorglich ihnen gegenüber zeigt.
Im *regressiven* Spiel versucht das Kind, der traumatischen Erfahrung zu entkommen, indem es Baby spielt, selbst aus der Flasche trinkt oder sich um eine Babypuppe kümmert. Aber auch regressive, sensorische Erfahrungen tauchen im Spiel auf, das Kind schaukelt oder lässt immer wieder Sand durch die Finger rinnen. Im Verhalten zeigen sich die Kinder sehr abhängig und freundlich.

Therapeutische Grundhaltungen beim Umgang mit traumatisierten Kindern:
Grundvoraussetzung jeder psychotherapeutischen Intervention bei traumatisierten Kindern ist der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung.
Beziehungsangebote werden von Kindern und Jugendlichen von vornherein als bedrohlich erlebt, auch wenn sie noch so hilfreich sind. Weil wichtige Lernschritte nicht möglich waren, der spiegelnde Erwachsene fehlte, soziale Kompetenzen nicht erlernbar waren, das Selbstkonzept verzerrt wurde und das Selbstwertgefühl durch fehlende Wertschätzung unterentwickelt ist, brauchen Kinder ein therapeutisches Beziehungsangebot, das ihnen ermöglicht, zusammen mit einer hilfreichen Bindungsperson, diese Entwicklungsschritte nachzuholen.
Sie benötigen eine Therapeutin, die sie aushält. Sie brauchen eine Therapeutin, die versteht, warum es Kindern schwer fällt, sich mitzuteilen. Gründe, warum sie sich nicht mitteilen können sind: Durch den Prozess der Dissoziation erinnern sich Kinder mit ihrem Alltagsbewusstsein nicht an die traumatischen Erfahrungen. Oft haben die Täter ihnen verboten, über ihre Erfahrungen zu reden. Diese Drohung ist vom Kind schwer einschätzbar. Es glaubt an die Verbote. Sehr viele Kinder fühlen sich für die Ereignisse mitverantwortlich und schweigen aus Scham und weil sie sich schuldig fühlen. Ist die Bindungsperson Täter, hat das Kind Angst davor, die Bindungsperson zu verlieren und schweigt aufgrund dessen.

Integration der Erkenntnisse aus der Bindungstheorie zur therapeutischen Grundhaltung

Da traumatisierte Kinder meist negative Bindungserfahrung haben, ist gerade für sie folgendes therapeutisches Beziehungsangebot wichtig: Die Therapeutin gestaltet ihr Beziehungsangebot so, dass sie für das Kind “eine sichere Ausgangsbasis” schafft. Sie muss voraussagbar reagieren, damit das Kind Sicherheit gewinnt. Sie muss ihren Gefühlszustand auf den des Kindes abstimmen, damit das Kind lernt, dass seine Gefühle verstanden werden. Sie muss dem Kind helfen, seine Emotionen zu regulieren, indem sie angemessen auf seine Gefühlszustände reagiert und ihm zeigt, wie man sich beruhigen kann. Sie soll die Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen können und auf diese flexibel reagieren.

Kindern, die unsicher-vermeidend gebunden sind, sollte sie helfen, ihre Gefühle und Bedürfnisse zu erkennen und sie zu nutzen. Kindern, die unsicher-ambivalent gebunden sind, sollte sie helfen ihre Emotionen zu regulieren und kognitive Strategien zu entwickeln. Sie sollte durch die Spiegelung der nonverbalen Signale des Kindes diesem seine Gefühlszustände wahrnehmbar machen und so ermöglichen, dass das Kind diese in sein Selbstkonzept integrieren kann.

Indem die Therapeutin den verschiedenen mentalen Zuständen des Kindes Bedeutung beimisst, trägt sie zur Entwicklung seines Selbstkonzeptes bei.

Die Therapeutin muss durch ihre Haltung ermöglichen, dass das Kind zwischen Selbst und Nicht-Selbst unterscheiden lernt (Grenzen erkennen und setzen). Sie soll neben der Akzeptanz und dem Verständnis die Integration und das Wachstum des Kindes im Blick haben und es fördern.

Sie muss echt, ehrlich und offen reagieren, um dem Kind eine angemessene und glaubhafte Reaktion auf ihre Person zu bieten und damit seine Selbstentwicklung zu fördern.

7 Allgemeiner theoretischer Hintergrund

7.1 Die Bedeutung des Traumas für die adoleszente Identitätsentwicklung

Ein infantiles Trauma hat Auswirkungen auf den Verlauf der adoleszenten Entwicklung, wobei die Auswirkungen je nach Schwere und Inhalt des Traumas und je nach dem Entwicklungszeitpunkt, zu dem es stattfand, unterschiedlich sind.
Allerdings gibt es auch einige basale allgemeine Faktoren: so führt die überstarke Intensität der traumatischen Erregung zu einem anhaltenden hyperarousel des Organismus, zu emotionaler Taubheit und zu Vermeidungsstrategien ebenso wie zu einer Konstriktion der kognitiven und affektiven Fähigkeiten.
Aber im Zuge der Forschung zur posttraumtischen Belastungsstörung droht hinter diesen allgemeinen Charakteristiken verdunkelt zu werden, dass das Trauma auch eine „bestimmte Qualität der Beziehung zwischen einem Subjekt und seinem Gegenüber“ (Bürgin) ist.
Ich möchte nun im Folgenden einige allgemeine psychodynamische Folgeerscheinungen von Traumatisierungen und deren besondere Bedeutung für die adoleszente Entwicklung darlegen.

7.2 Zerstörung des Urvertrauens und Lähmung der inneren Kommunikation

In den psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien steht nicht mehr ein einmaliges Ereignis wie ein Unfall und die damit verbundene Theorie des Reizeinbruchs paradigmatisch im Fokus des psychoanalytischen Verstehens, sondern die Objektbeziehung. Das am stärksten pathogene Element ist nicht das physische Geschehen selbst, sondern die Misshandlung oder der Missbrauch des Kindes durch die Person, die es eigentlich für Schutz und Fürsorge benötigt. Aber es ist nicht lediglich die reale Objektbeziehung, die beschädigt wird, sondern auch der innere, schützende, Sicherheit gebende Dialog zwischen Selbst- und Objekt-Repräsentanzen. Hierdurch entstehen innere Inseln von traumtischen Erfahrungen, die von der inneren Kommunikation abgekapselt oder abgespalten sind. Bricht die innere kommunikative Dyade zwischen dem Selbst und seinen guten Objekten auseinander, so hat das innere Einsamkeit und äußerste Trostlosigkeit zur Folge. Die traumatische Erfahrung zerstört den empathischen Schutzschild, den das verinnerlichte Primärobjekt bildet, und destruiert das Vertrauen auf die kontinuierliche Präsenz guter Objekte und die Erwartbarkeit mitmenschlicher Empathie. *Im Trauma verstummt das innere gute Objekt als empathischer Vermittler zwischen Selbst und Umwelt* (Cohen). Es ist einleuchtend, dass diese Beeinträchtigung des Vertrauens in die Objekte und die Einengung der inneren Kommunikation für die Reorganisation in der Adoleszenz und die Transformation der inneren Objekte von zentraler Bedeutung sind. Der Spielraum, neue Objekte zu nutzen und sie durch Externalisierung und Internalisierung zur Restrukturierung der Innenwelt zu gebrauchen, ist eingeengt oder nicht (mehr) vorhanden.

7.3 Passivität und Aktivität

Die traumatische Erfahrung konfrontiert das Ich des Traumatisierten damit, dass die Reaktionen des Ichs zu spät erfolgen. Sie erfolgen nicht als Antwort auf eine drohende Gefahr, sondern nachdem diese Realität geworden ist und das Ich ihr passiv ausgeliefert war. Diese Hilflosigkeit und Passivität beeinträchtigen bzw. beschädigen je nach Schwere das Vertrauen in die eigene innere Aktivität.

Für das Gelingen der adoleszenten Entwicklung ist von zentraler Bedeutung das Bewusstsein einer inneren Aktivität und einer Möglichkeit zu wählen. Der Jugendliche benötigt dies, um die Identifizierungen der Kindheit durchzuarbeiten, zu verändern und aus ihnen „ein einzigartiges und einigermaßen zusammenhängendes Ganzes" seiner Identität zu machen. Das erlittene Trauma wird hierbei zu einem zentralen Organisator der Entwicklung und der seelischen Integration. Durch den Wiederholungszwang aktiviert, versucht der Jugendliche durch Agieren und Handeln eine Situation wiederherzustellen, die ihn in Kontakt mit der abgespaltenen, diffus gefühlten traumatischen Realität bringt. Dies ist oft nachweislich als Versuch zu erkennen, dem „zentralen traumatischen Situationsthema" handelnd einen anderen Ausgang zu geben als den ehemals erlittenen. Es handelt sich dabei um eine spezifische Form des *acting out*, die keine impulsive Handlung ist, um eine Spannungsabfuhr auszuagieren; vielmehr geht es um den Versuch, im Handeln eine Erfahrung herzustellen, bei der es die gegenwärtige Realität erlaubt, im Sinne einer Wiederbegegnung an eine traumatische Vergangenheit anzuknüpfen, sie wiederzubeleben und ihr, wenn möglich, einen anderen Ausgang zu geben und damit eine psychische Restitution zu bewirken. Ein zentrales Kennzeichen dieses acting out ist die Wendung des passiv erlittenen Traumas in eine oft unbewusste, aber aktiv umgestaltete Inszenierung. Mancher Jugendliche findet auf diese Art und Weise eine progressive Lösung, indem er sein Trauma als ein Identitätsthema aktiv gestaltend z. B. in Berufswahl und Interessenbildung kreativ integrieren kann.

Hat jedoch das Trauma das Gefühl des Selbst, ein aktiver Akteur sein zu können, nachhaltig überwältigt und gelähmt, ergeben sich gravierende pathologische Auswirkungen. Eine davon ist die Spaltung des Selbst: eine handelnde Person agiert einerseits interpersonal, fühlt sich allerdings andererseits nie ganz involviert. Ein Teil des Selbst erlebt sich immer als ein passiv beobachtender Außenstehender und als nicht beteiligter Zuschauer. Eine Konsequenz, von der viele traumatisierte Patienten sprechen, ist ein *eingefrorenes Zeitgefühl*. Sie haben zwar ein Gefühl für die objektive Zeit, jedoch nicht für die eigene Entwicklung und Lebenszeit, insbesondere nicht für ihre eigene Zukunft.

Eine weitere Auswirkung sind abgespaltene Zustände des Selbst, die, wenn sie aktualisiert werden, einen veränderten Bewusstseinszustand hervorrufen, in dem die innere affektive Verbindung zu sich selbst und zu den Objekten verlorengeht. Diese Patienten fühlen sich entfremdet, erstarrt, versteinert oder in extremem Maße außerhalb ihrer selbst stehend. Diese nicht integrierten Selbstzustände werden oft begleitet durch eine affektive Anästhesie, die als unerträglich erlebt wird. Bei schwer traumatisierten adoleszenten Patienten dient selbstverletzendes Verhalten häufig dazu, diesen Zustand zu beenden und sich wieder selbst zu spüren. Dissoziation kann auch in der weiteren Entwicklung als ein pathologisch wirkender Abwehrmechanismus gegen nicht-traumatische Zustände von Angst und gegen konfliktträchtige Affekte eingesetzt werden, was in der Folge dann die seelische Entwicklung über die posttraumatischen Zustände hinaus pathologisiert.

In allen diesen Fällen wird eine Dissoziation des Selbst – die in der ursprünglichen traumatischen Szene eine Schutzfunktion hatte, um eine Überstimulierung oder Überflutung des Bewusstseins durch unerträglichen Schmerz und Angst zu

verhindern – psychisch auf Dauer gestellt. Damit wird die integrative Funktion des Selbst, diese Zustände affektiv und mental zu verarbeiten, nachhaltig eingeschränkt, oder sie versagt völlig. Das Gefühl innerer psychischer Entwicklung und seelischer Integration wird gelähmt, und das Selbst bleibt in sich dissoziiert.

7.4 Die Bedeutung von Täter-Opfer-Positionen für die adoleszente Identitätsbildung

Bei einem andersartigen pathologischen Ausgang der Entwicklung wird das Opfersein zum Lebensthema oder die passiv erlittene Opferposition wird in die eines Täters umgekehrt. Bei diesen Konstellationen werden wir mit dem schwierigen Problem konfrontiert, welche Auswirkungen die erlittene destruktive Aggression sowie die in der traumatischen Situation gelähmte und ohnmächtig gemachte Wut für die Entwicklung des Traumatisierten haben.

In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden für jugendliche Gewalttäter, die selbst als Kinder misshandelt und vernachlässigt worden waren, sogenannte „turning point experiences“ beschrieben, bei denen diese Jugendlichen in der Art einer „epiphanischen Erfahrung des Rollentausches“ vom Oper zum Täter werden. In der ersten Gewalttat erleben sie plötzlich die Möglichkeit, ihre eigene kindliche Opfergeschichte zu beenden und zu einem neuen Verständnis ihrer selbst durchzubrechen.

Das Problem bei allen Traumatisierungen besteht darin, dass die eigene Wut und Aggression durch die traumatische Situation der Hilflosigkeit und Ohnmacht keinen Ausdruck finden kann. Kernberg beschreibt die Auswirkung auf die unbewussten internalisierten Objektbeziehungen. Der Wutaffekt und der Schmerz, die das Selbst erfährt, werden mit der Objekt-Repräsentanz kontaminiert und dem äußeren Objekt, in diesem Fall dem Täter, zugeschrieben, der hierdurch noch hassvoller und sadistischer erlebt wird. Diese dominierende internalisierte Beziehung tendiert später dazu, mit vertauschten Rollen in Handlung umgesetzt zu werden, das Opfer wird dann zum Täter. Krause spricht von Prozessen des Desidentifizierung, die oft bei beschämten traumatisierten Opfern einsetzten und diese zu Tätern werden lassen. Ihr beschämtes Opfer-Selbst erscheint ihnen als unerträglich. Es wird in der Folge in neue Opfer hinein externalisiert und dort in Identifizierung mit dem Täter bekämpft und vernichtet.

8 Theoretischer Hintergrund der PITT

Einer der wesentlichsten Unterschiede zwischen psychoanalytischen und verhaltenstheoretischen Therapierichtungen besteht nach Fischer und Riedesser darin, dass psychoanalytisch orientierte Therapeuten sich stärker an den natürlichen Selbstheilungsprozess der Traumapatienten anlehnen und diesen durch geeignete Interventionen zu unterstützen und zu fördern versuchen als Verhaltenstherapeuten dies tun. In dieser Tradition arbeiten wir auf unserer Spezialgruppe. So stellt die Tiefenpsychologie für die Behandlung traumatisierter Jugendlicher einen wichtigen Hintergrund dar, erlaubt sie doch erst, Gespieltes und Gesprochenes als mehr anzusehen als die pure Spielhandlung oder den schlichten Satz und ihnen einen gewissen Symbolgehalt oder auch einen biographischen Stellenwert zuzuschreiben.

Das Menschenbild, das unserem Therapiekonzept zugrunde liegt, postuliert, dass die Heilung weniger aus der Arbeitsbeziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten erwächst, sondern dass im Selbst des Patienten alles vorhanden ist, um wieder gesund zu werden. Die Probleme, Symptome und Verhaltensweisen werden vom jeweiligen Patienten vorgetragen oder inszeniert, um alte Erfahrungen zu korrigieren und um sich zu verändern.
Der psychoanalytischen Grundannahme Freuds, dass ein Problem nur im Hier und Jetzt der therapeutischen Übertragung lösbar sei, wird im Kontext unseres Settings und unserer Klientel widersprochen. Vielmehr wird gefordert, die therapeutische Beziehung so zu gestalten, dass der Patient sein Eigenes behält, seinen eigenen Schmerz, aber auch seinen eigenen Weg daraus, und dass er sich so vor einer allzu großen Abhängigkeit vom Betreuerteam / Therapeuten schützt. Der Beitrag und die Anstrengung der Betreuerinnen bestehen folglich „lediglich“ darin, Aufmerksamkeit, fachliches Wissen, Empathie, Phantasie und Unterstützung in jeglicher Form für den Patienten bereitzustellen, und nicht darin, omnipotente Helfer zu sein.
Von großer Bedeutung ist der kontinuierliche Einbezug des familiären Bezugssystems: Die Heilung eines Jugendlichen geschieht immer in Interaktion mit dem primären Bezugssystem, auch im Falle von Eltern als Tätern (in dem ein extremer Loyalitätskonflikt der Jugendlichen deutlich wird). An dieser Stelle wird klar, dass immer auch systemtheoretische Überlegungen angestellt werden müssen (systemisches Paradigma: Mehrere Faktoren werden als summativ angenommen und schaukeln sich auf, bis pathologisches bzw. symptomatisches Verhalten ausgelöst wird).

8.1 Die Forderung der Ressourcenorientierung in der PITT

Reddemann postuliert, dass wir alle jederzeit und überall ein Zaubermittel zur Verfügung haben, und zwar unsere Vorstellungskraft. Mit Hilfe dieser Vorstellungskraft sei es möglich, uns innere Welten des Trostes, der Hilfe und der Stärke zu erschaffen, unabhängig von der Gewogenheit unserer Umgebung. So durchzieht die Verwendung von Bildern bzw. bildhaften Gedanken unsere ganze Arbeit mit Traumatisierten auf der Spezialgruppe. Von großer Bedeutung ist, die ganze Behandlung hindurch auf genügend innere Stabilität und auf Stabilisierung der Patienten zu achten. Der Arbeitsprozess verläuft folgendermaßen, dass der Pat. zunächst angeregt wird, nach und nach eine gute innere Gegenwelt zu erschaffen zu der Welt der traumatischen Bilder. Erst danach wird mit den traumatischen Bildern gearbeitet. Schließlich wird, wieder mit Bildern, eine Integration der Schreckenserfahrung in den Lebenskontext herbeigeführt. Von höchster Priorität ist es, die vorhandenen Selbstheilungskräfte des Patienten zu unterstützen und somit seine Abhängigkeit vom Therapeuten so klein wie möglich zu halten. Der Schlüssel, der dem Patienten das Tor öffnet, auf die eigenen Kräfte zuzugreifen, liegt darin, dass der Therapeut dem Patienten auch wirklich zutraut, sich selbst zu trösten.

8.2 Therapeutische Parteilichkeit für das Opfer

In der Arbeit mit traumatisierten Jugendlichen ist das Einnehmen einer gewissen Parteilichkeit für den betroffenen Jugendlichen, der sich im Spannungsfeld seiner Familie bewegt und zu bewegen hat, sehr bedeutsam. Das heißt, wenn die Therapeutin entscheidende inhaltliche Diskrepanzen zwischen den Zielangaben der Eltern und der Zielformulierung der Patientin selbst feststellt und wenn die Therapeutin hierdurch in eine Entscheidungssituation kommt, so stellt sie sich eindeutig auf die Seite des Jugendlichen. Was dabei in Kauf genommen wird, sind eventuell aufkommende Spannungen und Interessenskonflikte zwischen der Therapeutin, die jetzt „Fürsprecherin“ des Kindes ist, und den Eltern. Diese Spannungen müssen ausgehalten und ausgetragen werden.
Für die therapeutische Beziehung hält Reddemann „eine milde positive, nicht idealisierende Übertragung für erstrebenswert“. Jugendliche sind lediglich dann in der Lage, diese positive Übertragung auf die Therapeutin hin aufzubauen, wenn sie spüren, dass das Gegenüber sich vor ihrem Elend nicht erschreckt, dass es standhält.

9 „Ankommen“ und Kontraktarbeit

Das bereits o. g. dreigliedrige Schema des Verfahrens **PITT** wird im Folgenden ausgeführt:

Umsetzung in die Praxis auf der Spezialgruppe:

- Überprüfung der äußeren, tatsächlich vorhandenen Sicherheit des Mädchens findet sofort statt.
- Emotionales „Ankommen“ des Mädchens auf der Gruppe wird gefördert.
- „Andocken“ der Eltern / des Bezugssystems wird ermöglicht
- Kurze Sichtung der Symptomlage des Mädchens erfolgt.
- Genaue Informationen zu den spezifischen Auswirkungen von erlebten Traumatisierungen werden dem Kind und den Sorgeberechtigten gegeben (Psychoedukation)
- Die Familie erhält zudem genaue Informationen zum Ablauf der bevorstehenden Therapie
- Intensive Beziehungsarbeit des Therapeuten zu dem Mädchen erfolgt vom ersten Tag an mit dem Ziel der Vertrauensbildung
- Das Kind bekommt sehr bald die Sicherheit vermittelt, dass es selbst die Inhalte der Therapie bestimmen kann.
- Es erhält also „Kontrolle“ über die Therapie und den Therapeuten, damit es die therapeutischen Sitzungen nicht vermeiden muss.
- Mit dem Mädchen selbst wir ein möglichst konkreter Behandlungskontrakt erstellt (Fokus auf den Widerstand vorrangig; da die Mädchen zunächst gegen ihren Willen im geschlossenen Rahmen aufgenommen werden).
- Arbeitsbündnis herstellen:
  Achtung, das Arbeitsbündnis muss immer wieder neu gesichert werden. Viele Probleme in Behandlungen entstehen dadurch, dass dies nicht genügend beachtet wird. Nach jeder Traumkonfrontation ist erst wieder erneute Stabilität zu erarbeiten.

10 Stabilisierungsphase

Umsetzung in die Praxis auf der Spezialgruppe:

10.1 Diagnostik

- Die Verhaltensbeobachtung im Alltag auf der Gruppe zeigt, wie stark der Schockzustand und wie ausgeprägt die dissozialen Verhaltensweisen des Mädchens sind.
- Es wird erkennbar, ob es sich um eine pathologische Dissoziation handelt.
- Standardisierte symptombezogene Fragebögen und Testverfahren werden angewandt, um das Ausmaß der vorliegenden Traumafolgestörung zu erfassen.
- Die Patientin wir darin unterstützt, eine „Traumalandkarte“ zu erstellen, um gemeinsam einen Überblick über die Anzahl der traumatischen Situationen, deren zeitlicher Abfolge und den Grad der Belastung zu erhalten.
- Notwendige Glaubwürdigkeitsbegutachtungen werden, falls notwendig, „früh“, d.h. vor Beginn der eigentlichen Psychotherapie von externen Gutachtern durchgeführt.
- Stabilisierung geschieht von Beginn an wesentlich dadurch, dass die Therapeutin „berechenbar“ für das Mädchen ist, d.h. die Therapeutin macht ihre Interventionen transparent und bereitet der Patientin keinen zusätzlichen Stress.
- Alle Bezugspersonen auf der Gruppe verhalten sich zugewandt-verbindlich zu dem Mädchen, damit seine Vertrauensfähigkeit zu Erwachsenen wieder wachsen kann.
- Bei nicht vorhandener äußerer Sicherheit werden alle notwendigen Maßnahmen zur Absicherung des Kindes getroffen, wie z.B. das „Wegschicken“ von Tätern vom MHG, das Prüfen juristischer Optionen
- Das Kind wird „beruhigt“ mit der wiederholten Botschaft „es ist vorbei, Du bist in Sicherheit“, die es auch als tatkräftig praktizierten Schutz durch die Mitarbeiter der Gruppe erlebt.
- Die Familie wird intensiv in die Stützung des Mädchens einbezogen (wenn Täter ausserhalb der Familie!)
- Das Mädchen wird dabei unterstützt, seine Affektregulation wieder zu verbessern bzw. eine halbwegs gelingende Affektregulation überhaupt zu erwerben.
- Trotz seiner großen Belastung kann dissoziatives Verhalten als Routineantwort des Mädchens auf an es gestellte Anforderungen auf Dauer nicht akzeptiert werden, so dass häufig ein Dissoziationsstop gegeben wird und dem Mädchen gesagt wird, welche Alltagsfertigkeiten/Verhaltensweisen konkret von ihm erwartet werden.

- Imaginatives Arbeiten auf der „inneren Bühne“ (innerseelisches wird als Gestalt, d.h. als verschiedene Gestalten, beschrieben; dadurch wird das innere Drama handhabbar, kontrollierbar) wird angeleitet, z.B. wird ein „sicherer Ort“ etabliert und „innere Helfer“ werden als Unterstützer gesucht.
- Mit der Schuldfrage wird therapeutisch umgegangen und somit werden vorhandene Täterintrojekte aufgegriffen:
  - Das Täterintrojekt benennen
  - Ihm eine Gestalt geben
  - Helfer im Kampf gegen die böse Gestalt finden
  - Die böse Gestalt unschädlich machen
  - Den Schatz der bösen Gestalt finden und sich aneignen
  - Sich bewusst machen, wie sich der Schatz im Leben auswirkt.
- „Innere-Kind-Arbeit“ findet statt, damit das Selbstbild des Kindes, das durch die Opferwerdung schwer beschädigt wurde, sich rehabilitiert:
  - Mit dem Kind in Kontakt gehen, das ressourcenvoll ist/war. Seine Kraft spüren.
  - Dem Kind versichern, dass es einem wichtig ist, dass man von jetzt an für es da sein will.
  - Sich Zeit lassen, mit diesem Kind wirklich in Kontakt zu sein
  - Mit dem Schmerz des Kindes in Kontakt gehen, z.B. sich seinen Kummer anhören oder auf andere Art den Schmerz zur Kenntnis nehmen.
  - Das Kind aus der Szene herausholen.
  - Mit dem Kind an einen sicheren Ort gehen
  - Falls die erwachsene Person von heute Schwierigkeiten hat, mit dem Kind einen tröstenden Kontakt herzustellen: die idealen Eltern installieren
  - Dann holen die idealen Eltern das Kind aus der Szene heraus und bringen es an den sicheren Ort.
  - In der Stabilisierungsphase sollte das Kind grundsätzlich aus belastenden Szenen herausgeholt werden
  - Erklären, dass es nicht darum geht, etwas zu verleugnen. Das, was heute schmerzt, sind die alten Bilder.
- Selbstverletzendes Verhalten wird als Versuch des Mädchens zur Eigenregulation gewürdigt (!), aber in der Folge werden mit ihm andere skills zur Selbstberuhigung, Spannungsabfuhr und zur Wahrung seiner Integrität erarbeitet und in der Realität erprobt.

Jugendliche verstehen die Funktion der Stabilisierungsphase sofort. Sie sind erleichtert, wenn wir sie dabei stoppen, ihre Geschichte direkt zu erzählen. Manche Jugendliche, die bisher mit ihrer Geschichte eher „hausieren gegangen“ sind, müssen andererseits begreifen, dass es einen Wert haben kann, behutsamer mit den eigenen schmerzvollen Erinnerungen umzugehen, gerade weil sie so schmerzvoll waren. Wenn sie üben, diese z.B. im Tresor aufzubewahren und den Tresor nur in „geschützten“ Situationen zu öffnen, so begegnet man therapeutisch damit gleichzeitig ihrer zwischenmenschlichen Distanzgemindertheit. Dieses in Richtung Distanzlosigkeit gehende Sozialverhalten kann eine Art von Verarbeitungsversuch sein, die Jugendliche sich im Sinne eines Traumaskripts, und damit nicht ohne weiteres bewusst zugänglich, aneignen. Durch die Stabilisierungsübungen werden die Jugendlichen dann zu einem bewussten Umgang mit ihrer Vergangenheit angeleitet, der darin besteht, dass sie das Vergangene erst mal wegpacken dürfen und sollen, um sich zunächst zu stärken.
Auch lernen sie, dass sie nicht alles alleine „aushalten“ müssen, sondern dass sie sich selbst helfende Instanzen (z.B. das innere Team) erschaffen können, auf die sie in der Folge immer zurückgreifen können. Diese erlernbare Art des Selbstmanagements gefällt Jugendlichen. Und da viele Jugendliche, auch wenn sie etwa durch eine Lernbehinderung oder eine andere Einschränkung gehandicapt sind, sich als wahre Meister des Imaginierens entpuppen, lässt sich in der Stabilisierungsphase ein Schatz an kindlichen Ressourcen ausgraben.

Die notwendigen imaginativen **Stabilisierungsübungen** (Sicherer Ort, innere Helfer) und **Distanzierungstechniken** (Tresor, Leinwand, Beobachter), die die Mädchen lernen sollen, werden vom Team vermittelt. Hierzu ausgeführt 2 Beispiele:

- Die Übung „*Gepäck ablegen*“ kann ein Gespräch über mitgeschleppte Lasten von jugendlichen Patienten anregen. „Es kommt mir so vor, als würdest du ganz viel schweres Gepäck mir dir herumschleppen. Angenommen, du würdest dir vorstellen, dass du das einmal für eine Weile ablegst, wie würdest du dich dann fühlen? Könntest du dann spüren, dass du dich leichter fühlst? Wärst du dann vielleicht offener für Neues?... Und wenn du dich so für eine Weile leichter fühlen würdest, wäre es dir dann vielleicht möglich, dein Gepäck einmal zu sortieren und zu prüfen, was du davon noch brauchst und was nicht?...“
- *Arbeit am Selbstbild*: Über das Selbstbild der Mädchen kann man gut anhand der Geschichte vom Adler, der ein Huhn sein sollte, sprechen. Sieht das Mädchen seine „Adler-Natur“, sieht sie sich als ein Wesen, das „zur Sonne fliegen kann“, oder ist der Teil, der sie ein Huhn, das im Staub nach Würmern sucht, sein lassen will, stärker? Wie fühlt es sich an, sich vorzustellen, sich der Sonne zuzuwenden?

Bevor mit Traumatisierten an deren Traumata gearbeitet wird, ist es im Weiteren wichtig, mit diesen Personen einen „Sicheren Ort“ zu erarbeiten und diesen zu installieren. Meist ist die Erfahrung, mit dem „Sicheren Ort“ „flashbacks“ oder emotionale Erinnerungen kontrollieren zu können und damit deren beängstigende Wirkungen abzumildern, die zentrale Erfahrung in der Traumaverarbeitung der betroffenen Personen: Erst das Gefühl von Kontrolle gibt dem Traumatisierten die Sicherheit, die ihm durch die Traumaerinnerungen immer wieder genommen werden. „Sicherer Ort“ kann jedoch auch bedeuten, sich mit den gleichen imaginativen Fähigkeiten einen „Tresor“ oder einen anderen abschließbaren Behälter zu erfinden, in den sich die betroffene Person vorstellt, ihre belastenden Gedanken, Bilder und Gefühle „sicher“ zu verpacken. Es folgen *2* weitere *Beispiele*:

- Mit einem Mädchen werden traumatische Erinnerungen bearbeitet, die sie offensichtlich mitnehmen und belasten. Eine Viertelstunde vor dem Ende der Sitzung wird das Mädchen eingeladen, sich vorzustellen, wie sie die belastenden Erinnerungen jetzt wegpacken könne. Dazu wird sie gebeten, sich einen Tresor vorzustellen. Sie kann sich nicht recht etwas darunter vorstellen, und die Therapeutin regt die Vorstellung des Mädchens durch das Erzählen einer Geschichte über ein Mädchen an, die ihre unangenehmen Erinnerungen in eine schwarze Holzkiste gepackt hatte und sich danach frei von den belastenden Empfindungen gefühlt hatte. Dem Mädchen fiel ein, sie könne ihre Erinnerungen in ein tiefes Loch in einem Lehmberg verpacken. Es wurde überlegt, wie groß der Lehmberg sein müsse und wie groß das Loch beschaffen sein müsse, in das ihre Erinnerungen passten. Das Mädchen malte einen Berg an die Tafel und erklärte, „der ist mindestens 5 Meter hoch, und das Loch in diesem Berg ist so groß wie ein Fußball“ und „reicht bis ganz unter hin“. Das Mädchen sollte sich dann zurücklehnen, sich diesen Lehmberg mit dem fußballgroßen und 5 m tiefen Loch vorstellen. Sie sollte sich dann weiter vorstellen, wie ihre unangenehmen Erinnerungen da hineinwanderten. Während dieser Imaginationsarbeit lächelte das Gesicht des Mädchens kurz, und dann verzog es sich gleich wieder. Befragt, was gewesen sei, erzählte das Mädchen, ihre Erinnerungen seinen da hineingegangen, kurze Zeit später aber wieder oben aus dem Loch herausgequollen. Es wurde dann überlegt, wie das Loch am geschicktesten zu verschließen sei, und das Mädchen kam auf die Idee, auf das Loch „eine dicke Stahlplatte zu legen“. Das Mädchen versuchte es noch einmal, seine unangenehmen Erinnerungen da hineinzutransportieren, und kurze Zeit später lächelte sie wieder. Diesmal blieb das Lächeln in ihrem Gesicht konstant. In der Stunde darauf berichtete das Mädchen, dass sie in der dazwischen liegenden Woche noch zwei weitere Male von der Vorstellung, Unangenehmes zu versenken, Gebrauch gemacht habe und wie sie danach von belastenden Erinnerungen in Ruhe gelassen wurde.
- Das Mädchen A. wird eingeladen, sich an ihren „Sicheren Ort“ zu „beamen“: Nach einer kurzen Entspannung *sieht* A. dann das Baumhaus, das sie sich als ihren „Sicheren Ort“ gewählt hat. Sie *hört*, wie der Wind durch die Blätter raschelt. Vielleicht hört sie sogar Vögel piepsen, und auf ihren Beinen *spürt* sie die Wärme der Sonne, die auf sie in ihrem Baumhaus scheint. A. *fühlt* sich in ihrem Baumhaus sicher.

Unbearbeitete Opfer- und Traumaerfahrungen bilden bei Jugendlichen die Grundlage, oft zum Zeitpunkt der Pubertät, bei Stress selbst Gewalt auszuüben und andere, meist Schwächere zu traumatisieren. Im schlimmsten Fall wir alles kurz und klein geschlagen, das Kind macht jetzt das, was es während der Traumasituation nicht tun konnte; seinerzeit gab es nicht die Möglichkeit der Flucht oder des Kampfes, lediglich die „Verteidigungsmöglichkeit“ des Erstarrens und der Bewegungslosigkeit. Zentrale Prämisse in diesem Zusammenhang ist: Ohne einen äußeren „Sicheren Ort“ kann kein innerer „Sicherer Ort“ entstehen. Bedingungen eines unsicheren äußeren Ortes triggern in traumatisierten Jugendlichen immer wieder an unverarbeiteten Traumaerfahrungen. Dadurch sind betroffene Jugendliche eingeladen, zu zerstören oder zu vermeiden oder zu erstarren, und sie zerstören hierdurch die zwischen ihnen und ihren Betreuerinnnen gerade gewonnenen Vertrauenspotentiale. Es kommt in der Folge zu Kontaktabbruch durch Weglaufen oder zu Gewaltausbrüchen.
Wenn der speziellen Problematik traumatisierter Jugendlicher nicht professionell begegnet werden kann, da die notwendigen Techniken nicht bekannt sind, besteht die Gefahr, dass das Team in eine hilflose Position gerät, die das Mädchen in der Konsequenz als selbst-verunsichernd erleben muss, es erlebt keinen „Sicheren äußeren Ort“. Das Mädchen „muss“ sich dann innerlich verschließen oder verstärkt agieren, was die Gefahr einer Retraumatisierung bei weiterer stationärer Behandlung in sich birgt. Das Mädchen „zwingt“ in der Folge unbewusst die Einrichtung sie zu entlassen und ihre Phantasie zu bestätigen, dass sie in ihrer Problematik/Symptomatik nicht „aushaltbar“ ist und noch nie war.

10.2 Ego-State-Konzept

Wichtigstes Ziel der Ego-State-Therapie ist, dass verschiedene Teile der „inneren Ich-Familie“ zu konstruktiver Kommunikation und Kooperation angeregt werden

- Alle Teile sind gleich wichtig
- Alle dienten dem Schutz des Kern-Selbst
- Auch innere Störenfriede / Verfolger als ev. ursprünglich überlebensrettend würdigen
- Täterintrojekte waren Kinder in höchster Not
- Ein Teil ist nur ein Teil
- Teile-Arbeit fördert mehr Ganzheit
- Ego States haben Konflikte miteinander und verschiedene Übertragungen
- Ego States sind im Alter und Reifegrad der Zeit ihrer Entstehung steckengeblieben (z.B. magisches Denken)
- Sicherheit und Stabilität sind stets von der Verbesserung der inneren Beziehungen abhängig.
- Therapieziele: Verbesserung der inneren Kommunikation und Kooperation der Ego States, der gegenseitigen Empathie und Unterstützung und damit der Reifung
- Ego States bilden eine innere Selbst-Familie
- Ziel ist einheitlicheres Selbstbewusstsein = wir können nur gemeinsam existieren und brauchen einander
- Ziel ist Verankerung aller in der Gegenwart
- Ein Ego State kann nicht eliminiert, aber verändert werden
- Ein Ego State kann meist sagen, wie alt es sich fühlt
- Ego States haben eine Identität, wenn ein State exekutiv („vorn/bewusst“) ist
- Wir alle haben Ego States, auch wenn der Grad der Dissoziation zwischen ihnen variiert
- Symptome wie Angst, Panik, PTSD u.v.a.m. lassen sich häufig als Ausdruck verschiedener Ego-States und deren Probleme verstehen. Oft handelt es sich um frühere States, die in der Zeit der Traumatisierung / Verletzung wie eingefroren sind
- Es hat sich gezeigt, dass zunächst die Arbeit an glücklichen, kompetenten Ego-States (z.B. Helferwesen, ideale Fürsorger) im Sinne eines „runden Tisches“ hilfreich ist. Im weiteren Verlauf sollte dann die Arbeit am zweiten Tisch begonnen werden: Die Berührung mit den verletzten Teilen, die der Jugendlichen Kraft kostet

2 Spezialformen der Ego State-Arbeit:

10.2.1 Innere Kind-Arbeit

Nach diesem Konzept wird die nun ältere Person von heute eingeladen, sich um das Kind von damals zu kümmern.
Voraussetzung für die Innere Kind-Arbeit ist, dass das „Jugendlichen"-Ich stabil genug sein muss, sonst wäre Ich-Stärkung und Alltagsbewältigung vorrangig. Im Weiteren muss eine imaginative Trennung zwischen Jugendlichen- und Kind-Ich der Patientin möglich sein.

- Basis ist die Zusammenarbeit zweier „älterer" Jugendlicher (Beraterin und „die Große"), die sich gemeinsam um das verletzte Kind kümmern.
- Die Große soll lernen, zunächst mit dem ressourcenvollen, inspirierten Kind in Kontakt zu gehen und dessen Kraft zu spüren
- dann mit dem Schmerz des verletzten Kindes in Kontakt zu gehen, sich dessen Kummer anzuhören, ohne ihn zu vertiefen (er ist nur im Raum)
- die „ältere" Jugendliche oder innere Helfer sollen dem Kind versichern, dass sie nun immer für es da sein werden.
- Dem inneren Kind alles an Trost und Unterstützung geben, was es damals gebracht hätte und noch immer braucht
- Dazu Ressourcen nutzen, innere Helfer, ideale Eltern
- Das innere Kind imaginativ aus belastenden Situationen herausholen in die sichere Gegenwart an den sicheren Ort
- Sich Zeit lassen, wirklich mit dem inneren Kind in Kontakt zu sein, dies täglich zu üben.

Wesentliche Wirkung der Inneren-Kind-Arbeit

- Ich-Stärkung: „Ältere" Pat. als kompetent und ressourcenvoll angesprochen.
- Antiregressiv: innerseelische Regression ohne Ausbreitung in der therapeutischen Beziehung. Klientin kann regressive Wünsche des inneren Kindes akzeptieren lernen, sich zugestehen und erfüllen lernen.
- Distanzierung von überflutenden Affekten: die „Große" betrachtet die Affekte des Kindes.
- Der Effekt der inneren Kind-Arbeit ist bessere innere Stabilität, Selbstberuhigungs- und Selbsttröstungsfähigkeit

10.2.2 „Täterintrojekt-Arbeit“

- Hineinnahme von Aspekten des Täters in das Selbst; Patient behandelt sich fortan wie einst der Täter
- Wirkt wie eine Unterwerfung und damit Anerkennung des traumatischen Systems
- Überlebensmechanismus, um die lebenswichtige Beziehung zum „guten“ Täter außen zu erhalten
- Überlebensmechanismus, um das Funktionieren und Weiterleben zu garantieren.
- Die Gewalt und die Schuld des Täters gelangen so in das Kind und müssen abgekapselt werden
- Die traumatische Szene spielt sich jetzt auf der inneren Bühne ab

In der PITT haben sich zwei imaginative Wege der Arbeit mit Täterintrojekten bewährt:

a) Das „Drachentötermodell“
b) Die Ego-State-orientierte Arbeit

Bei beiden Modellen geht es um Ähnliches: Um eine Transformation der destruktiven Teile, die dem Ich oder Selbst in konstruktiver Weise dienen sollen.

Zu a) Bei dieser Arbeit gibt es eine eindeutige Hierarchie und Wertigkeit. Das bedeutet, das heutige Ich entscheidet sich dafür, das maligne Introjekt zu vernichten. Täterintrojekte können zu jedem Zeitpunkt der Begegnung mit der Jugendlichen in Erscheinung treten. Es ist oft der Fall, dass gerade in der ersten Phase diese Anteile mobilisiert werden, wenn es darum geht, sich der Therapeutin anzuvertrauen. Auch sagen diese inneren Anteile ja nicht selten, dass es dem Kind nicht gut gehen darf. Häufig empfiehlt es sich, mögliche Anteile zu benennen (z.B. Kannst Du Dir vorstellen, dass es einen Teil / ein Wesen gibt, der dem jüngeren Kind in Dir dauernd die Schuld gibt?), aber nicht gleich umzuwandeln oder unschädlich machen zu wollen (das kann auch verbannen, zu Stein werden lassen oder in einen Helfer verwandeln bedeuten), sondern auf einen späteren Zeitpunkt zu verweisen.

Zunächst müssen ausreichend hilfreiche, versorgende Helferwesen in der Vorstellungswelt aufgebaut werden, um es sich „leisten“ zu können, auf die Täterintrojekte zu „verzichten“. Neben dem „Drachen“ ist der „innere Störenfried“ eine Begrifflichkeit, die empfehlenswert für die Täterintrojektarbeit ist.
Bezogen auf das Bild der Tafelrunde der unterschiedlichen Ego-States entsprechen diese Störenfriede unerkannten Geschöpfen oder Drachen, welche unter dem Tisch ihr Unwesen zu treiben pflegen. Sie zwicken und stören die Königin, das Ich von heute, beim guten Regieren im Alltag und auch andere Kinder am runden Tisch: sie wirken oft unerkannt, indem sie z.B. pieksen und Fallen stellen und leise von irgendwoher alte Zaubersprüche flüstern, die einmal zum Überleben geholfen haben. Sie sind den verletzten Kindern bei ihren Kämpfen früher einmal Gehilfen gewesen, wilde Gesellen von einer anderen Macht oder Drachen, die nach dem Kampf nicht

von der Seite des Kindes gewichen und an der Tafelrunde untergeschlüpft sind. Vor allem haben sie nicht verstanden, dass der Kampf jetzt vorbei ist und sie ihr Schwert einstrecken und ihr hilfreiches Geflüster beenden können. Sie haben in einem Rucksack einen Schatz verborgen, der ihnen die Kraft verleiht, die dem jüngeren Kind an der Seite früher einmal hilfreich war und den kann man versuchen, dem Drachen abzuluchsen.

Zu b) Diese Arbeit erfordert Geduld und eine völlig neutrale Haltung des Therapeuten. Hierbei ist jeder Teil gleich wichtig und wertvoll.
Beispiel: Den Teil im Dialog benennen: Fühlt es sich so an, als gäbe es in deinem Inneren verschiedene Teile? Diese innere Stimme, von der du berichtest, ist das wie ein anderer Teil? Kannst Du Dir vorstellen, dass du ein wenig nach innen schaust und diesen Teil wahrnimmst, der dich für schuldig erklärt? Kannst Du ihn fragen, warum er das macht?
Der Teil sollte ebenso willkommen sein wie jeder andere auch, auch wenn er sich „böse“ verhält. Erklärungen anbieten, warum der Teil ist, wie er ist. Etwa: Es hatte sicher einmal einen guten Sinn, dass der Teil zu der Ansicht gelangt ist, dass du schuld bist. Kannst Du ihn fragen, womit das zusammenhängt?

11 Konfrontationsphase

Umsetzung in die Praxis auf der Spezialgruppe:

11.1 Bearbeitung der traumatischen Inhalte

- Die Bearbeitung erfolgt für das Mädchen so schonend wie möglich
- Die Bearbeitung erfolgt nur, wenn aktuell kein Täterkontakt besteht
- Mit der Exposition wird nur begonnen, wenn genügend Stabilität des Mädchens vorhanden ist und wenn eine Exposition notwendig und sinnvoll erscheint. **Kriterien**:
- „Genügend Stabilität“ ist an einer gelingenderen Affektregulation, an einer Reduzierung der Eingangssymptome und an einer relativen Beruhigung der Gesamtsituation zu erkennen.
- Die Bezugspersonen werden darauf vorbereitet, dass es vorübergehend zu einer labilen Verfassung des Mädchens kommen kann.
- Jede Konfrontation mit den traumatischen Inhalten hat die stufenweise Integration des Erlebten zum Ziel und ist nicht Selbstzweck.
- Die Dosierung der zu bearbeitenden traumatischen Inhalte in der jeweiligen Sitzung steht unter der Regie des Mädchens, jedes „stop“ des Mädchens wird beachtet.
- Es wird zu Beginn der Sitzung vereinbart, ob die Therapeutin das Kind, sofern es durch seine schmerzlichen Erinnerungen sehr stark betroffen ist, in tröstender Absicht berühren darf und in welcher Form dies geschehen soll.
- Das „innere Kind“ wird zu Beginn der Trauma-Expositionssitzungen von der Patientin selbst an den „sicheren Ort“ gebracht und die Patientin stellt ihm Helfer zur Seite.
- Verschiedene Techniken wie Bildschirmtechnik oder Beobachtertechnik erlauben der Patientin ein strukturiertes Berichten über eine traumatische Erfahrung, ohne erneut davon überwältigt zu werden. Der Unterschied zwischen Bildschirm- und Beobachtertechnik besteht darin, dass die Bildschirmtechnik einen weitgehend zugänglichen inneren Film voraussetzt, während in der Beobachtertechnik eher unbekannte Teile mit Hilfe des sehr genauen Wahrnehmens deutlich werden können. Deshalb wird in unserem Setting eher die Beobachtertechnik zum Einsatz kommen. Voraussetzungen für diese Technik:
  - Innerer Beobachterin bzw. den beobachtenden inneren Teil gut kennen.
  - Innerer sicherer Ort, innere Helfer, ideale Eltern. Tresorübung
  - Die traumatische Situation benennen und einschätzen (wie belastend ist sie auf einer Skala von 1-10, 10 ist extrem belastend, 1-0 gar nicht).
  - Alle erlebenden Teile an den sicheren Ort bringen
  - Auch das erlebende Ich von heute geht an den sicheren Ort.
  - Ggf. bleibt das am Trauma beteiligte Ich weit entfernt dabei und schaut von weitem zu (manche Pat. Haben sonst das Gefühl, dass sie das Trauma nicht integrieren könnten).

- Der beobachtende Teil und das relativ neutrale Ich von heute arbeiten zusammen.
- Der beobachtende Teil berichtet dem relativ neutralen Ich von heute, was er beobachtet, und zwar sowohl die Erfahrung des Körpers, die Gedanken, die Bilder und die Gefühle (z.B. das Kind wird geschlagen, sein Rücken tut weh, es ist traurig und verzweifelt usw.)
- Die Therapeutin achtet darauf, dass alle erlebenden Teile in Sicherheit bleiben, wenn dies nicht der Fall ist, bemerkt man es an der Physiologie (Angstzeichen) und sollte es ansprechen
- Klären, ob die traumatische Szene ganz durchgearbeitet ist. (als Therapeutin kann man das nicht immer genau einschätzen.
- Wenn das Trauma durchgearbeitet ist, klären, was das verletzte jüngere Ich jetzt braucht und von wem dieses gegeben werden kann (Ich von heute, Helfer, ideale Eltern).
- Klären, was die erwachsene Person, die ja hart gearbeitet hat, am heutigen Tag zur Unterstützung braucht und imaginativ gestalten, wie der Tag weitergeht als Ermutigung.
- Noch in derselben Sitzung oder in der folgenden Grad der Belastung einschätzen, es sollte wenigstens eine Verbesserung um einen Punkt erfolgt sein. Bei chronisch Traumatisierten kann man aber niemals 1-0 erwarten.

- Diese Techniken wurden zuvor mit der Pat. an „ungefährlichen“ positiven Inhalten eingeübt.
- Während des Berichts achtet die Therapeutin darauf, dass die vier Bereiche „Verhalten“ (**B**ehaviour), „Gefühle“ (**A**ffect), „Körper-Erleben“ (**S**ensation) und „Gedanken“ (**K**ognition) bezogen auf die belastenden Erinnerungen angesprochen werden (BASK).
- Nur wenn alle vier Erlebens-Dimensionen Berücksichtigung finden, kann eine psychische und gedächtnismäßige Integration des Erlebten wie ein Zusammentragen in einem Korb (BASK) gelingen.
- Aufgaben der Therapeutin ist es, das Mädchen wie ein Zeuge bei seinem Bericht zu begleiten und ihm dabei behilflich zu sein, auf die verschiedenen Erlebens-Dimensionen zu focussieren.
- Die Sitzung endet dann, wenn die Patientin es will.
- Keine Sitzung endet, ohne dass die Patientin dazu angeregt wird, sich selbst, bzw. das „innere Kind“ zu trösten.
- Sollte dies noch nicht gelingen, so ist die Therapeutin Modell für die aufrichtige Gabe von Trost, indem sie die Patientin tröstet.
- Das Mädchen selbst wird nach den Expositionssitzungen besonders intensiv gepflegt und verwöhnt, um ihrem „Wundsein“ zu begegnen.

Zuerst ist zu betonen, dass eine traumabezogene Therapie keinesfalls unvollständig ist, wenn die Traumakonfrontation ausbleibt. Manchmal ist weniger mehr und zwar immer dann, wenn das „weise Unbewusste“ des Mädchens weiß, dass es nicht der richtige Zeitpunkt ist, „dem Schrecken zu begegnen“ (Reddemann).
Die für Trauma-Opfer zu erzielende gedächtnismäßige Assoziation von Gefühltem und zu Verstehendem wird durch bestimmte therapeutische Techniken erreicht. Diesen Techniken ist gemeinsam, dass in der therapeutischen Situation eine Integration von vier verschiedenen Bereichen der Persönlichkeit des Opfers angestrebt wird: des Verhaltens (**B**ehaviour), der Gefühle (**A**ffekt), des Körper-Erlebens (**S**ensation) und der Gedanken (**K**ognition), bezogen auf die traumatische Situation. Reddemann betont, dass lediglich dann eine Integration des Erlebten und damit eine Heilung geschehen kann, wenn wirklich alle vier Bereiche wie in einem Korb (**BASK**) zusammengebracht werden. Hierzu ist es nicht erforderlich, alle oder möglichst viele Details der traumatischen Situation einzubeziehen, sich also vom Patienten „alles“ berichten zu lassen. Vielmehr reicht eine vor allem auch vom Patienten kontrollierte und dosierte Auseinandersetzung mit dem traumatischen Material völlig aus, sofern die vier genannten Wahrnehmungs- und Verhaltensaspekte angesprochen werden. Die Expositionstechniken erzielen dann ihre therapeutische Wirksamkeit, wenn sie die Fehlfunktion aufheben, die den eigentlichen Kern der PTBS-Pathologie ausmachen. Die Techniken ermöglichen, „…dass traumatische Erfahrungen, die sofort als Empfindungen oder Gefühlszustände gespeichert werden, ohne dass sie mit früheren Erfahrungen abgeglichen und in eine persönliche Geschichte umgeschrieben würden“ nun einer „Informationsverarbeitung auf symbolischer Ebene“ zugeführt werden und eine „Transformation in mittelbare Sprache“ gelingen kann. „Menschen können sinnlose Erfahrungen offenbar nicht akzeptieren; sie werden immer versuchen, auch zu verstehen, was sie fühlen“ (van der Kolk et al.). So beschreiben die Autoren die Ausgangs-Motivationslage eines traumatisierten Menschen, der versucht mit seinen, primär als somatische Empfindungen und intensive Affektzustände gespeicherten, traumatischen Erfahrungen umzugehen.

In der Arbeit mit Jugendlichen haben sich vor allem zwei Expositionstechniken bewährt, die im Folgenden kurz skizziert werden:

11.1.1 Die Bildschirmtechnik / Screen-Technik

Zu Anfang einer Expositionssitzung mit belastendem Material wird der Patient aufgefordert, sein jüngeres Ich von vor der Traumatisierung imaginativ an den sicheren Ort zu bringen und ihm dort seinen inneren Helfer zur Seite zu stellen. Heranwachsende verstehen intuitiv, dass es darum geht, sich selbst nicht zu viel zuzumuten und wenigstens einen Teil ihrer Person, der vielleicht noch heil und ganz ist, zu bergen. Wie automatisch wird durch diese Instruktion die Fürsorge und Herzlichkeit des jetzt Jugendlichen für das Kind, das er/sie einmal war, geweckt. Die speziell eingenommene Sitzposition der Therapeutin neben der Patientin führt vermutlich schon dazu, dass diese sich solidarisch unterstützt fühlt. Die Patientin berichtet dann in der dritten Person, um mehr Distanz zu gewinnen, was auf dem imaginierten Bildschirm vor ihr zu sehen ist. Sie tastet sich erzählend vor, entrollt den lange im Tresor aufbewahrten alten „Horrorfilm“ mit der zuvor durch die Therapeutin erteilten Erlaubnis, *jederzeit stoppen zu dürfen*, nicht aushalten zu müssen. Wohltuend baut sich die empfundene Macht durch diese Kontrollmöglichkeit innerlich gegen die in der traumatischen Situation erlebte Ohnmacht auf.

11.1.2 Die Beobachtertechnik

Die Beobachtertechnik greift eine Kompetenz auf, die traumatisierte Menschen notfallmäßig lernen mussten, nämlich die Fähigkeit, leicht „umschalten“ zu können. „Das Dissoziieren wird quasi verschrieben“ (Reddemann), da das Einnehmen der Beobachterposition dem Dissoziieren sehr ähnlich ist. Durch die therapeutische Aufforderung, der Beobachter des Patienten solle die Szenerie der traumatischen Situation schildern, während der Patient selbst „sich ganz weit weg in Sicherheit bringen solle“, erhält der Patient die Möglichkeit der Affektisolierung und so der Distanzierung von dem Erlebten. Dies ist einer der zwei wesentlichen Wirkmechanismen der Beobachtertechnik. Der zweite Wirkmechanismus besteht darin, dass eine Trennung von erlebenden und beobachtenden Teilen der Person herbeigeführt wird. Das heißt, die Fähigkeit des Menschen zur Spaltung wird aufgegriffen und therapeutisch genutzt. Dazu ist es zu Beginn einer Expositionssitzung notwendig zu klären, ob es beim Patienten jüngere Ichs gibt, die von dem zu berichtenden Trauma betroffen sind. Der Kern der Beobachtertechnik ist dann, den Patienten aufzufordern, alle erlebenden Teile, inklusive des erlebenden Teils von heute, imaginativ an den sicheren Ort zu bringen. Hierdurch werden also alle Ichs des Patienten, bei denen emotional durch den Traumabericht etwas angestoßen werden könnte, optimal geschützt und versorgt. Übrig bleiben lediglich der beobachtende Teil des Patienten und sein relativ neutrales Ich von heute. Der Vorgang des „Beobachtens“ wird dann so angeleitet, dass der beobachtende Teil dem relativ neutralen Ich von heute berichten soll, was er über die traumatische Szene beobachtet. Der Patient geht mit seinem beobachtenden Teil folglich die traumatische Erfahrung durch, indem er die Inhalte der Traumatisierung distanziert beschreibt. Durch das Benennen werden Bilder, Affekte, Körpererleben, Worte und Kognitionen, die bislang dissoziiert waren, wie aus der Ferne zusammengetragen, so dass es zu einer Synthese kommt.

Der Unterschied zwischen Bildschirm- und Beobachtertechnik besteht darin, dass die Bildschirmtechnik einen weitgehend zugänglichen inneren Film voraussetzt, während in der Beobachtertechnik eher unbekannte Teile mit Hilfe des sehr genauen Wahrnehmens deutlich werden können.

Von der Tendenz her bevorzugen Jugendliche die Beobachtertechnik gegenüber der Bildschirmtechnik. Das Einnehmen einer quasi außen stehenden Beobachtungsposition macht sie ruhig und konzentriert, wenn der beobachtende Teil dem Jugendlichen von heute berichtet, was er alles beobachtet. Die Traumakonfrontation geschieht so sehr schonend. Die Patientin kann eine maximale Kontrolle ausüben, ohne dass darauf verzichtet wird, ihre wörtlichen, bildhaften, affektiven und die körperlichen Erinnerungen zu berühren, sodass es schließlich zur Traumasynthese kommt. Es lässt sich beobachten, dass es meistens nach Anwendung der Beobachtertechnik lediglich zu begrenzt heftigen Abreaktionen kommt, was zu befürworten ist.

Wie auch bei der Arbeit mit Erwachsenen zeigen auftretende Dissoziationen während der Exposition an, dass irgendetwas für den Jugendlichen zu schwer oder zu viel war. Deshalb muss der Jugendliche dann vom Therapeuten in die Gegenwart zurückgeholt werden, möglicherweise muss das Tempo gedrosselt werden oder die Portionen der Handlungsabfolge, die der Beobachter betrachtet, müssen verkleinert werden. Da das dissoziative Potential in der Kindheit am größten ist, verglichen mit anderen Lebensabschnitten, besteht die Gefahr, dass Kinder/Jugendliche sich bereits sehr an das Dissoziieren und an dissoziative Zustände gewöhnt haben, wenn sie in die stationäre Therapie kommen. Langwierige Konversionsstörungen oder hartnäckige Somatisierungsstörungen des Kindes erfordern beim Therapeuten ein Fingerspitzengefühl dafür, wann und in welcher Form die grundlegende Dissoziation aufzuheben ist. Gelingt das nicht, so ist zu befürchten, dass es gerade bei Kindern und Jugendlichen zu einer sekundären Funktionalisierung der dissozialen Symptomatik kommt. Wir erleben dann junge Patienten, die nicht nur durch ihre schwere Lebensgeschichte belastet sind, sondern auch noch z.B. an ihren dissoziativen Bewegungsstörungen, dissoziativen Krampfanfällen oder an ihren somatoformen Schmerzzuständen festhalten.

12 Integrationsphase

Umsetzung in die Praxis auf der Spezialgruppe:

- Die Grenzen akzeptieren
- Das Mädchen darf **trauern** darüber, dass alles so war, wie es war.
- Ggf. wird das Mädchen darin unterstützt, selbst Trauerrituale für sich zu finden und durchzuführen
- Die schmerzliche Auseinandersetzung mit eventuellen traumaspezifischen Verlusten, im schlimmsten Fall mit dem Verlust primärer Bezugspersonen, wird intensiv begleitet.
- Das Mädchen erfährt **Trost** von ihm wichtigen Mitmenschen und übt kontinuierlich, sich selbst Trost zu geben.
- Wut und Zorn, die weiterbestehen, werden konstruktiv zu nutzen versucht.
- Die Wahrnehmung von Freude wird gelockt.
- Alles verfügbaren Ressourcen der Patientin werden einbezogen
- Mit der Sinnfrage „warum ist mir das geschehen?“ wird umgegangen mit der Patientin, die es bisher gewohnt war, bei Konflikten und Anforderungen routinemäßig zu dissoziieren; es können nun Konfliktbewältigungsstrategien erarbeitet werden.
- Dem Jugendlichen sollte, wenn eben möglich, eine **Versöhnung** mit sich selbst gelingen; zu einer Versöhnung mit anderen kann niemand gezwungen werden.

Oft ist *Trauerarbeit* in der ganzen Familie darüber nötig, dass das Kind von einer Traumatisierung betroffen ist. Eltern müssen in der Schlussphase jedoch auch lernen, den Schicksalsschlag ihres Kindes loszulassen, weil sie sonst längere Zeit, evtl. zeitlebens verhaftet bleiben. Besonders erschütternd sind allerdings die Wachstumsanforderungen für solche Jugendlichen, die durch Täter aus dem eigenen Familienumfeld durch sexualisierte Gewalt traumatisiert wurden. Sie stehen vor dem Scherbenhaufen ihrer Familie, geben sich selbst eventuell noch immer die Schuld an deren Zerfall, weil dieser ja durch ihr Reden ausgelöst wurde. Es kommt vor, dass eine Jugendliche ganz allein dasteht und erleben muss, dass ihre Mutter es eher wählt, ihre Ehe zu retten als sich mit ihr zu solidarisieren. Vor solch einem Hintergrund ist die Fremdunterbringung mit der Auswahl eines passenden neuen Zuhauses für die Jugendliche sehr schmerzlich. Zudem werden solche Traumaopfer oft noch durch juristische Verfahren belastet. So ist das Einholen von *Trost* für das Erlittene aus allen erdenkbaren Trostquellen, z.B. von Freunden, Verwandten oder „Ersatzeltern“ elementarer Bestandteil der Integrationsphase. Eine solche Sättigung durch wahrhaften Trost kann dazu beitragen, dass sich die Beziehungsfähigkeit eines Patienten wesentlich verbessert und dass es ihm gelingt, neue Umgangsformen mit sich selbst und anderen Menschen zu entwickeln.
Mit der Sinnfrage „warum ist mir das geschehen?“ kann nun mit der Patientin konstruktiver umgegangen werden. Bisher war sie gewohnt, bei Konflikten und Anforderungen routinemäßig zu dissoziieren, nun können Konfliktbewältigungsstrategien erarbeitet werden.
Der Jugendlichen sollte, wenn eben möglich, eine *Versöhnung* mit sich selbst gelingen; zu einer Versöhnung mit anderen kann niemand gezwungen werden.

Das ausgeführte, für Jugendliche in unserem Setting modifizierte PITT-Konzept wird nicht nur in der Einzeltherapie umgesetzt, sondern findet, falls indiziert, auch Anwendung in Gruppengesprächen.

13 Imaginations- / Ressourcengruppe

In dieser Gruppe die einmal wöchentlich mit der Dauer von 60 Minuten stattfindet, kann es darum gehen, den Jugendlichen in Form **imaginativer Übungen** die Fähigkeit ihrer eigenen Vorstellungskraft zur Selbststabilisierung zu vermitteln. Die imaginativen Techniken sollen die Jugendlichen nicht zu einer Flucht vor der Realität verleiten, sondern ihnen ermöglichen, ihre eigenen inneren Kräfte besser zu nutzen, um sich der Realität mit ihren Anforderungen stellen zu können. Um einen möglichst großen Kontrast zur traumatischen Situation zu schaffen, ist es allgemein in der therapeutischen Situation und insbesondere bei der Anleitung dieser Imaginationsübungen sehr wichtig, den Jugendlichen möglichst viel Sicherheit und Kontrolle zu vermitteln. Zu Beginn der Imagination wird deshalb immer betont, dass der Zuhörer nicht blind der Übung folgen, sondern auf sich selbst achten soll und eine Entscheidungsmöglichkeit besitzt, welche Anregungen und Worte ihm gefallen und welche er „wie Wolken“ an sich vorbei ziehen lassen möchte. Eingeleitet wird die Imagination danach mit einer Achtsamkeitsübung, bei der der Kontakt des eigenen Körpers zum Boden und die eigene Atmung achtsam wahrgenommen werden sollen. Anschließend folgt die Imaginationsübung. Der innere Garten stellt zum Beispiel eine Übung dar, die in den ersten Gruppensitzungen gut angewendet werden kann, da sie leicht eingänglich und klarer umrissen ist, als z.B. die Übung vom inneren sicheren Ort. In der Übung des inneren Gartens sollen sich die Jugendlichen ein Stück Land vorstellen, auf dem ein Garten genau nach ihren Vorstellungen wächst. Um die Vorstellungen plastischer werden zu lassen, werden bei vielen imaginativen Übungen alle fünf Sinne angesprochen und eine genauere Imagination dazu angeregt, wie es z.B. im Garten riecht. Bei den meisten Imaginationsübungen kann zudem der Hinweis hilfreich sein, jederzeit noch etwas an der vorgestellten Umgebung ändern zu können, so dass der Ort sich genauso gestaltet, wie der Zuhörer es sich wünscht. In der Übung des inneren Gartens ist dieser Hinweis in dem Bild eines Kompostes enthalten, auf den alles geworfen werden kann, was nicht mehr erwünscht ist und es sich in nützliche Erde verwandelt. Weitere Übungen, die positive Gegenbilder zu den Schreckensbildern der traumatisierten Jugendlichen darstellen sollen, sind unter anderem der „innere sichere Ort“ (bzw. „Wohlfühlort“) und die Baumübung, bei der sich der Zuhörer sich in einen Baum hinein fühlen soll, der, vermutlich im Gegensatz zu den früheren Erfahrungen der Jugendlichen in ihrem familiären Umfeld, mit allem versorgt wird, was er braucht. Neben diesen Übungen kommen auch Distanzierungsübungen, wie die Tresorübung oder die oben beschriebene Imagination zum „Gepäck ablegen“ zur Anwendung. Nach der Durchführung der Imaginationsübung gibt es eine kurze Diskussionsrunde, wie es den Einzelnen während der Übung ging und welche Bedeutung sie haben könnte. In einigen Fällen kann die Imagination in einem kreativen Prozess noch vertieft werden, indem der vorgestellte Ort gemalt wird oder z.B. ein Helferwesen aus Ton gestaltet wird. Zudem werden die Jugendlichen angeregt, die neu erworbenen Imaginationsübungen auch eigenständig außerhalb der Gruppen anzuwenden, um innere Kräfte zu mobilisieren und eine innere Stabilität unabhängig von äußeren Begebenheiten zu entwickeln.

Bei vorliegender prozessualer Indikation kann in der Gruppe aber der Fokus aber auch eher auf „**Ressourcen**“ gelegt werden. In einem solchen Gruppengespräch geht es dann vor allem darum, dass die Jugendlichen ihre eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten kennen und schätzen lernen, um den schwierigen traumatischen Erfahrungen etwas Positives entgegen setzen zu können. Zu Beginn sollten die Gruppensitzungen eher höher strukturiert werden mit angeleiteten Übungen, um den Jugendlichen mit häufig niedrigem Strukturniveau Halt und Sicherheit zu geben. Im weiteren Verlauf können vermehrt auch Konflikte aus dem aktuellen Gruppengeschehen in einem offenen Gespräch geklärt werden. In den ersten Sitzungen steht die Beziehungs- und Kontaktaufnahme untereinander und zu den Leitern der Gruppe im Fokus. Anschließend stehen Psychoedukation und ressourcenorientierte Übungen nebeneinander. Psychoedukativ werden den Jugendlichen die Grundzüge einer Traumafolgestörung, die Auswirkungen und die therapeutische Herangehensweise erläutert und mit ihnen diskutiert, um eine Motivation für die traumaspezifischen Methoden zu erreichen. In ressourcenorientierten Übungen werden vorhandene Ressourcen gewürdigt und neue Fertigkeiten erschlossen, die zu einem selbstbewussteren Umgang mit sich und Anderen führen können. In einer Übung sollen die Jugendlichen z.B. alles aufschreiben, was Sie können, auch Dinge, die sie für „normal“ halten und können anschließend von den anderen Gruppenmitgliedern noch ergänzt werden. So finden auch unsichere Gruppenmitglieder durch die Unterstützung der Anderen mit Hilfe dieser Übung zu einer inneren Stärkung. Mit der Übung des Ressourcenkoffers können vorhandene Fertigkeiten unterstützt und neue entwickelt und über mehrere Sitzungen erweitert werden. In dieser Übung sollen alle Dinge, die hilfreich sind, wenn es einem schlecht geht und die keinen destruktiven Charakter haben, aufgelistet werden. Anhand von Achtsamkeitsübungen zu den fünf Sinnen kann spielerisch herausgefunden werden, welche Gerüche, Geschmäcker, Geräusche/Lieder, Bilder u.s.w. den Jugendlichen in schwierigen Situationen helfen können. Insgesamt sollen die Jugendlichen in dieser Gruppe durch eine Stärkung ihrer Ressourcen und durch eine Unterstützung in der Umsetzung dieser Fertigkeiten in alltäglichen Konflikten zu einem besseren Umgang mit sich und anderen finden.

14 Strukturelle Rahmenbedingungen bzw. behandlungstechnische Modifikationen der Arbeit der gruppeninternen Psychologin

Grundsätzlich ist für jedes Mädchen, das in der Wohngruppe für Mädchen mit einer Traumafolgestörung wohnt, Psychotherapie vorgesehen.
Alle Mädchen haben ein verbindliches Einzelgespräch für die Dauer von 45 Minuten pro Woche und es findet eine wöchentliche therapeutische Gruppe statt für die Dauer von 60 Minuten. Als flexible Termine gelten 15-minütige Imaginationen, die die Mädchen frei einteilen können.
Um die Psychotherapie freiwillig zu gestalten, ist die Verweigerung der Gespräche und Gruppen NICHT an das pädagogische Regelkonzept gebunden. Die Mädchen können Termine verändern und absagen, wenn sie sich emotional dazu nicht in der Lage fühlen. Ersatztermine werden je nach Bedarf vergeben.
Die Stabilität der Teilnahme an der Psychotherapie lebt von der Solidarität durch die Basismitarbeiter und die Gruppenleiterin. Gemeinsam mit dem pädagogischen Team wird die Teilnahme an den psychotherapeutischen Gesprächen als TEIL der GRUPPENKULTUR verstanden. In der Praxis bedeutet dies, dass es gewünscht wird, dass die Mädchen an den Gesprächen teilnehmen. Die Wohngruppe als „Ersatzlebensraum für die Jugendlichen“ funktioniert so wie ein stabiles Elternhaus: Sind sich die „Erwachsenen“ einig, so ist es für das Mädchen einfach, eine klare Struktur zu erkennen.
Erleichtert wird dies dadurch, dass die Mädchen die Inhalte und die Methoden der Therapie weitgehend mitbestimmen können. Mädchen mit einem eher stabilen Bindungsverhalten und guten verbalen Ausdrucksmöglichkeiten, bevorzugen Gespräche. Zu Reden fällt auch Mädchen leichter, die schon länger in der Einrichtung sind und die Sicherheit gewonnen haben.
Neue und eher bindungsunsichere Mädchen präferieren den Kontakt durch das Medium Computer und Internet. Sie gestalten mit Symbolfiguren im Sandkasten oder drücken ihre Befindlichkeit in gemalten Zeichnungen aus.

Der Einstieg in die psychotherapeutischen Gespräche

Kommt ein Mädchen neu in die Wohngruppe, so hat sie vier Wochen Zeit, um an den Einzelgesprächen teilzunehmen. In den ersten Wochen muss die Jugendliche die neue Wohnsituation, die neuen Mitbewohnerinnen und Basismitarbeiter sowie die neue Schulsituation verarbeiten. Je nach Temperament und Neugierverhalten kommt das Mädchen also mehr oder weniger in das Büro der Psychotherapeutin. Sie lernt sie kennen und die anderen Mädchen berichten ihr von ihren Tätigkeiten.

Besonders Mädchen, die sehr kontaktscheu sind und schwer traumatisiert, haben so die Gelegenheit zuerst vor der offenen Tür langsam vorbeizugehen, später im Türrahmen stehenzubleiben und dann mit anderen Mitbewohnerinnen kurz im Stehen herein zu schauen. Irgendwann wird dann aus Neugierde oder auch nur aus Langeweile der Versuch gestartet, aktiv Kontakt aufzunehmen.
Grundsätzlich muss aber angemerkt werden, dass die Verweigerung der Teilnahme an psychotherapeutischen Gesprächen über einen längeren Zeitraum dazu führen wird, dass das betreffende Mädchen nicht in der Wohngruppe bleiben kann.

Maltherapeutische Elemente

In den Gruppengesprächen und auch den Einzelimaginationen wird mit gebundenen, unlinierten Büchern im Format A4 gearbeitet. Aktive Imaginationen mit geschlossenen Augen führen bei vielen Mädchen zu sofortigen Flashbacks entweder visueller oder emotionaler Art. Die Mädchen mögen solche Imaginationen nicht besonders.

Das „freie Malen von der Seele“ findet großen Anklang in der therapeutischen Gruppe. Werden konflikthaltige Themen besprochen, so entlastet es die Mädchen, wenn sie während des Gesprächs in ihr Imaginationsbuch intuitiv ihre Gefühle und Gedanken ausdrücken können.

Motivationssystem

Als Motivationssystem für die Teilnahme an den Einzel- und Gruppengesprächen sowie den aktiven Imaginationen wird jede pünktliche Teilnahme an diesen Gesprächen auf einem speziellen Motivationsblatt vermerkt. Hat ein Mädchen je sieben Einzel-, Gruppen- und Imaginationstermine absolviert, so bekommt es ein Motivationsgeschenk im Wert von drei Euro. Im nächsten therapeutischen Gruppengespräch ist dieses Mädchen dann die „Kaiserin“. Das bedeutet, dass sie bestimmen darf, was die Mädchen heute während des Gruppengesprächs machen. Meist wollen die Mädchen einen Film anschauen oder z.B. Fußball spielen. Die „Kaiserin“ wird mit einer Karte, einem Stück Kuchen und dem Geschenk im Wert von drei Euro gewürdigt.

Prätherapie für Mädchen ohne einen expliziten Therapiewunsch – Adaption der Theorie der Prätherapie von Prouty u.a.

Die traditionelle personzentrierte Psychotherapie hat sich mit dem Erlebnisprozeß befaßt. Prätherapie befaßt sich zusätzlich mit den Erlebens-*Strukturen* des Bewußtseins. Um die Natur des menschlichen Erlebens zu verstehen, greift Prätherapie auf das konkrete, naturalistische Bewusstsein zurück, so wie es gelebt wird. Husserl hat das Bewusstsein als *intentional* bezeichnet. Es kommt von, bezieht sich auf oder ist verbunden mit bestimmten Erfahrungen. Dies ist eine grundlegende Funktion des Bewusstseins. Das heißt, dass ich mit dem Selbst lebe und seinen psychologischen Wert erfahre. Ich lebe mit den anderen und erfahre bewusst, was das bedeutet. Das sind die *existentiellen* Strukturen des Bewusstseins.

Die existentiellen Strukturen des Bewusstseins haben zudem die Funktion von *Kontaktstrukturen*. Sie sind der Kontaktmechanismus zwischen Bewusstsein und Erleben. Kontakt zwischen Bewusstsein und Erleben ist existentieller Kontakt. Das Fehlen von Kontakt zwischen Bewusstsein und Erleben ist *existentieller Autismus.* Diesem Autismus begegnen wir in der Schizophrenie. Prä-Therapie ist ein Sichfortbewegen von existentiellem Autismus hin zu existentiellem Kontakt mit der Welt, mit sich selbst und zu anderen.

Existentielle Einfühlung

Existentielle Einfühlung besteht darin, annehmend „mittragender Zeuge“ menschlichen Leidens zu sein. Sie besteht in der Offenheit für Leid und Verfall, die über das Heilen weit hinausgeht. Es entspricht einem friedvollen *Mitsein* mit dem, was da ist. Dies ist eine für Therapeuten sehr schwierige Lektion zu lernen.

Prä-Therapie kommt bei Klienten zur Anwendung, die keine Beziehung aufnehmen können, weil sie *kontaktbeeinträchtigt sind*.

Prätherapie im Umgang mit geschlossen untergebrachten und traumatisierten Jugendlichen bedeutet für unsere gruppeninterne Psychotherapeutin eine Vorbereitung auf einen therapeutischen Kontakt, der sich an der konkreten Wirklichkeit der Mädchen orientiert.

Das Bedürfnis mit einer Psychotherapeutin Kontakt aufzunehmen ist für viele Jugendliche sehr gering. Gerade junge Menschen können mit negativen Attribuierungen, also einer psychologischen Diagnose (z.B. posttraumatische Belastungsstörung, Borderlinestörung etc.) schlecht umgehen. Aufgrund des schwach strukturierten Selbstkonzeptes neigen die Mädchen dazu, sich für ihre Vergangenheit schuldig zu fühlen und sie erleben die geschlossene Unterbringung als eine Art „Strafe“ für vergangene Vergehen.

Die Jugendzeit als eine Phase der Neuorientierung in die Welt hinaus und der Ablöse von bestehenden sozialen Strukturen sowie dem Wunsch, eine eigene Identität aufzubauen ist kein Entwicklungsabschnitt, der prädestiniert ist für den Beginn einer Psychotherapie. Jugendliche orientieren sich lieber an ranghöheren Gleichaltrigen und weniger an Erwachsenen.

Im Umgang mit komplex traumatisierten Mädchen fällt auf, dass die Aufnahme eines zwischenmenschlichen Kontaktes geprägt ist von einer großen Sehnsucht nach Nähe und einer noch viel größeren Angst vor Verlust, Schmerz und Zurückweisung, die sie erleben mussten. Gerade in Herkunftsfamilie wo die Bindungspersonen gleichzeitig auch für die traumatische Situation passiv oder aktiv verantwortlich waren, fällt es vielen Jugendlichen sehr schwer, in einem geschlossenen Raum zu sitzen, Blickkontakt mit der Therapeutin zu haben und sich im Gespräch mitzuteilen.

Einige Mädchen haben auch gar keine adäquaten Erfahrungen gemacht, wie es sich anfühlt in einem wertschätzenden Klima ein Gespräch zu führen und sie brauchen viele Monate, um in dieser Situation immer weniger Angst zu empfinden.

Aus diesen Überlegungen heraus haben sich beim Kontaktaufbau mit traumatisierten Mädchen folgende Schritte als hilfreich erwiesen:

Das „Prinzip der offenen Tür“

Das Büro der Psychotherapeutin liegt an einer zentralen Stelle in der Wohngruppe und ist grundsätzlich zwischen dem Mittagessen und dem Abendessen besetzt. Das bedeutet, dass die Bewohnerinnen der Wohngruppe auch außerhalb der offiziellen Einzel- und Gruppengespräche vorbeischauen können.

Das ist sehr praktisch, weil man dadurch wichtige Informationen über die aktuelle Gruppenatmosphäre erhält und das Verweilen der Psychotherapeutin im Lebensraum der Mädchen mehr als Teil des „lebendigen Organismus Wohngruppe“ wahrgenommen wird.

Die Tür ist von außen nicht zu öffnen, da aggressive Jugendliche sonst die Einzelgespräche stören würden. Es hängt ein Schild an der Tür: eine Seite zeigt den höchsten Berg Österreichs (die Psychotherapeutin ist Östereicherin), den Großglockner, und darunter steht: „Willkommen“. Sehen die Mädchen diese Seite des Schildes, dann können sie anklopfen oder einfach hereinkommen, wenn die Tür

offen ist. Findet ein Einzelgespräch statt, so wird das Schild umgedreht. Dann sieht man von außen eine Lotosblume und darunter steht das Wort *„Einzelgespräch“*. Jetzt gilt die Regel, dass man nicht anklopfen darf. Für Mädchen, die in der Herkunftsfamilie viele grenzverletzende Erfahrungen gemacht haben, kann dieses Stoppschild schon eine reine Provokation sein, die sie austesten müssen.
Im vorderen Teil des rechteckigen Raumes befindet sich eine Sitzecke sowie ein Regal mit Spielsachen. Im hinteren Bereich des Raumes steht ein Schreibtisch und ein weiteres Bücherregal. Das Büro kann ohne ein verbales Signal „Kann ich reinkommen?“ betreten werden. Dieses Angebot soll schwer kontaktgeschädigten und traumatisierten Jugendlichen als Hilfe dienen, um den Raum betreten zu können.
Die Mädchen dürfen mein Büro aber nur bis zur Hälfte des Raumes betreten. Der Schreibtisch ist die Zone, an der die Mädchen stoppen müssen, da die Sicherheit von Dokumenten gewährleistet sein muss.

Das Internet als Kontaktmedium zur Psychotherapeutin

Die Benutzung des Computers ist den Mädchen erlaubt, wenn sie damit einverstanden sind, dass die Psychotherapeutin als Beobachterin „mitschaut“. Möchten die Mädchen mehr Privatsphäre haben, können sie das hauseigene Internetcafé besuchen.
Der Computer dient als Kontaktmedium für Mädchen, die verbal oder emotional noch zu ängstlich und verschlossen sind, um in der Gesprächsecke Platz zu nehmen und einfach „drauflos“ zu erzählen. Diese traumatisierten Mädchen müssen vorher die Psychotherapeutin in vielen Terminen „scannen“ und emotionale Kontinuität erfahren, bevor sie es wagen, etwas von sich preiszugeben.
So werden diese Mädchen gebeten, Fotos von sich, von Freunden und der Familie zu zeigen. Gerne spielen sie ihre Lieblingslieder auf youtube vor oder zeigen ihre Lieblingsband in allen Einzelheiten.
Ganz bedeutsam ist in dieser Situation auch, dass sowohl das Mädchen als auch die Psychotherapeutin den Blick gemeinsam auf den Computerbildschirm werfen und ein beängstigender Blickkontakt vermieden werden kann. Ganz viele Mädchen schaffen es nur von sich zu erzählen, wenn sie nicht angesehen werden.
Um dem Internet keine zu große Bedeutung einzuräumen, gibt es einen „internetfreien Tag“.
Hier wird dann das „analoge Leben“ wieder gepflegt und die Mädchen kommen einfach zum Reden und lassen die Psychotherapeutin an den Tagesaktivitäten teilhaben. Da das Büro genau gegenüber der Eingangstür in die Wohngruppe liegt, ist man am Puls des Geschehens und die Mädchen kommen für einige Minuten herein, wenn sie gerade Zeit und Lust haben.
Möchte ein Mädchen für längere Zeit im Internet aktiv sein, so muss es einen Internettermin ausmachen, der sich auf die Dauer von maximal 20 Minuten beschränkt und zeitlich in den Tagesablauf eingeplant wird. Hier gilt, dass nur Termine, die auf kleinen, gelben Haftnotizen unter meinem Bildschirm hängen (versehen mit dem Namen des Mädchens, dem Datum, der Uhrzeit und der Art des Termins) in gemeinsamer Abstimmung mit mir als *verbindliche* Termine gelten.

Die aktive Regulierung von Nähe und Distanz

Für viele schwer bindungstraumatisierte Mädchen ist es kaum auszuhalten, dass kontinuierlich eine auf Wärme und Echtheit bezogene Bezugsperson in ihrem engeren Umfeld ist. Gerade für Mädchen mit einer desorganisierten Bindungsstörung ist der Aufenthalt der Psychotherapeutin in der Wohngruppe sehr belastend und „triggert“ vergangene Emotionen von Angst, Verlassenheit, Verrat und großer Wut an.

Hier ist es Aufgabe der Psychotherapeutin, den räumlichen und emotionalen Abstand zwischen ihr und der Klientin genau so groß zu halten, dass das Mädchen wahrnehmen kann, das hier ein positives Bindungsangebot angeboten wird, aber auch so weit (auch real räumlich) vom Mädchen entfernt zu sein, dass es keine Angst bekommt.

Die Regulierung von Nähe und Distanz ist ein wichtiges Thema, gerade bei Menschen mit einer Traumafolgestörung, da sie die Erfahrung eines hilflosen Ausgeliefertseins und einer großen Grenzverletzung schon gemacht haben.

Die Mädchen können nun aufgrund dieser Nähe-Distanz-Regulationsstörung in einen zu engen Kontakt zur Psychotherapeutin kommen und dort negative Emotionen erleben. Vielleicht werden sie als Folge darauf wütend auf sie oder sie gehen in eine defensive Haltung. Es liegt nun an der Psychotherapeutin den Kontakt aktiv so zu gestalten, dass die Klientin eine für sie neue Erfahrung von menschlicher Nähe machen kann. Vielleicht solcherart, dass das Mädchen mit der Zeit merkt, dass sie nie ganz aus dem Kontakt fällt, auch wenn sie die Psychotherapeutin anschreit oder aggressiv ist. Sie kann spüren, dass es hier Menschen gibt, die ihre alte Rolle als „parentifizierter Teil der Herkunftsfamilie“ nicht benötigen und als nächster Schritt beginnen, sich selber zu entwickeln.

Essentiell ist es hier, auch auf schwer bindungstraumatisierte Menschen, in einem ihren Ängsten entsprechenden Rhythmus, immer wieder auf sie zuzugehen.

Als Beispiel sei ein Mädchen genannt, dass nie in den Einzelgesprächen reden wollte, aber gut zeichnen und singen konnte. Sie wollte auch immer lieber vor dem Bildschirm sitzen und dann malen und wenig reden, da sie der Blickkontakt sehr verletzt hat. Erst nach vielen Monaten gelang es ihr, hier mehr Kontakt auszuhalten.

Bei einer sehr schweren Kontaktstörung kann man auch Einzelgespräche ausfallen lassen oder einfach mit dem Mädchen gemeinsam spazieren gehen. Wichtig ist es nur, dass die Herstellung des Bindungsangebotes immer Aufgabe der Psychotherapeutin ist und diese Steuerung vom Mädchen durch seine Launen, Emotionen und Stimmungen, wenig zu beeinflussen sein darf. Dies ist auch eine sehr wichtige Vorstufe zu einem dialogischen Zugang in einer Psychotherapie.

Die Rolle der Psychotherapeutin in der Wohngruppe

Psychotherapie im eigentlichen Sinne und draußen im realen Leben findet außerhalb des Lebensraumes von Klienten statt. Um den Mädchen aber einen niederschwelligen Zugang zu therapeutischen Angeboten zu ermöglichen und auch der Geschlossenheit der Einrichtung Rechnung zu tragen, ist nun das psychotherapeutische Büro in der Mädchengruppe untergebracht.

Um in meiner Rolle als Psychotherapeutin für die Bewohnerinnen sehr klar und durchschaubar zu sein zur Vermeidung von Ängsten, habe ich bestimmte Regeln und Gewohnheiten, die immer gelten.

Die Arbeitszeit ist für die gesamte Arbeitswoche gleich. Die Mädchen wissen, wann ich komme und ich verabschiede mich immer von ihnen, wenn sie beim Abendessen sitzen.

Die Termine für die Einzelgespräche und das Gruppengespräch sind fix und überschaubar in den Wochenplan der Mädchen integriert.
Um das therapeutische Angebot etwas vom pädagogischen abzugrenzen, ist es eher die Aufgabe der Psychotherapeutin in ihrem Büro zu bleiben und zu warten, ob Mädchen zu ihr kommen. Sie betritt nur in Ausnahmefällen die Zimmer der Mädchen und nimmt nicht an Veranstaltungen, gemeinsamen Mahlzeiten und Feiern teil.
Da die Mädchen in den Einzelgesprächen belastende und traumatisierende Inhalte erzählen, ist es wichtig, dies im Alltag so gut wie möglich ausblenden zu können, um nicht erneut überschwemmt zu werden.
Je konkreter und transparenter die Rolle der Psychotherapeutin ist, umso weniger Angst löst es aus, sie im eigenen Lebensumfeld wiederzufinden.

einfache Rituale im Alltag:

<u>die Blumenliste:</u>
Jede Woche am Montag steht eine einzelne Blume in der Vase am Schreibtisch. Ist sie am Freitag noch frisch, so gibt es eine Blumenliste in die alle Mädchen der Gruppe eingetragen sind und das jeweilige Mädchen bekommt die Blume.

<u>Eintragen von Internetterminen</u>:
Um für zwanzig Minuten am Computer ins Internet zu kommen, muss eine gelbe Haftnotiz genau ausgefüllt werden und in Absprache mit der Psychotherapeutin wird dann ein verbindlicher Internettermin ausgemacht. Dieser gelbe Zettel wird an den unteren Rand des Bildschirms geklebt.

<u>Das Internet vor dem Mittagessen:</u>
Vor dem Mittagessen darf jedes Mädchen ganz kurz ins Internet, um zu schauen, ob es etwas Neues gibt. Längere Internettermine müssen ausgemacht werden. Durch diesen großen Andrang gleich nach der Schule sind viele Mädchen gleichzeitig im Büro. Mit den wartenden Mädchen werden nun kurze Gespräche geführt „Wie war es in der Schule?“ und auch gruppendynamisch kann man in dieser Situation viel über die aktuelle Gruppenatmosphäre erfahren oder wie es in der Schule gelaufen ist.

<u>Das Türschild:</u>
Durch die einfache Strukturierung des Türschildes können sich die Mädchen orientieren, ob sie eintreten können oder nicht.

<u>Die Stopp-Regel im Büro:</u>
Man darf das Zimmer der Psychotherapeutin einfach betreten, wenn die Tür offen ist, aber nicht weiter gehen als bis zum Schreibtisch. Die Mädchen müssen fragen, wenn sie in den hinteren Teil des Raumes wollen.

<u>Die Verabschiedung beim Abendessen:</u>
Die Arbeitszeit endet immer um 18.00 Uhr. Dann sitzen alle Mädchen mit den Basismitarbeitern beim Abendessen und sie wissen und sehen auch, dass die Psychotherapeutin den Wohnbereich verlässt.

<u>Süßigkeiten am Schreibtisch:</u>
Es gibt immer ein kleines Schälchen mit Mini-Smarties auf dem Schreibtisch. Fragt ein Mädchen, darf es sich eine bestimmte Anzahl nehmen.

Imaginationsbücher:
Die Imaginationsbücher der Mädchen und ihre dazugehörigen Filz- und Farbstifte werden immer am selben Platz im Regal der Psychotherapeutin aufgehoben. Nur wenn ein Mädchen schon länger da ist, kann es auf seinen ausdrücklichen Wunsch hin das Imaginationsbuch in der Mittagsruhe auf sein Zimmer mitnehmen. Die Psychotherapeutin garantiert dafür, dass die Unterlagen gut verwahrt werden. Verlässt ein Mädchen die Wohngruppe, so darf es seine Imaginationsbücher und seine Stifte mitnehmen.

Adoption von Stofftieren:
Werden neue Stofftiere oder Plastikfiguren gekauft, so kann jedes Mädchen mittels einer Adoptionsurkunde diese Tiere adoptieren und auf sein Zimmer mitnehmen. Das Mädchen wird die neue Mutter des Stofftieres und übt im Spiel sowohl mütterliche als auch kindhafte Anteile neu ein. Die Psychotherapeutin ist der Vormund des Stofftieres und darf sich gelegentlich erkundigen, ob es den adoptierten Stofftieren auch gut geht im Zimmer des Mädchens.

Motivationsordner:
Im Motivationsordner werden die Motivationsblätter der Mädchen für diese gut einsehbar verwahrt. Es gibt auch für alle Mädchen Fächer, in denen ihre Zeichnungen liegen. Diese Fächer dürfen nur von den Mädchen selber eingesehen werden und sind für die anderen Mädchen tabu. Briefe, Fotos und andere Unterlagen können hier privat aufgehoben werden.

Die Psychologin als Entwicklungsbegleiterin und Förderin von Begabungen
Viele Mädchen kommen aus der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie in das geschlossene Mädchenheim in Gauting oder sie hatten schon vorher Kontakt zu Psychotherapeuten, Beratungsstellen und Jugendämtern.
Einige Mädchen haben nun, auch aufgrund ihres negativen Selbstkonzeptes, sehr schlechte Erfahrungen mit den Vertretern obiger Berufsfelder gemacht. Sie wollen keine Psychotherapeutin oder Psychologin in der Nähe wissen, weil das ja bedeuten würde, dass sie „nicht ganz normal“ sind.
Um diesem Dilemma aus dem Weg zu gehen, ist es wichtig, dass die Psychotherapeutin sich als „Entwicklungsbegleiterin“ für die Mädchen sieht und auf ihre Rolle als Begabungspsychologin hinweist. Die Fokussierung auf bestehende Probleme und Traumata ergibt sich aus dem alltäglichen Leben in der Wohngruppe von selbst (Schlafstörungen, affektive Regulationsstörungen, Konflikte im sozialen Bereich etc.).
Durch diese positive Attribuierung fällt es den Mädchen leichter, sich auf Gespräche einzulassen. Die Hinwendung zu Begabungen, Vorlieben und den schönen Dingen des Lebens ist ein wesentlicher Teil, um traumatisierten Mädchen Ressourcen in die Hand zu geben, ihr Leben mit mehr Freude zu gestalten.
Reitunterricht, Klavierunterricht, Unterricht am Keyboard und Schlagzeug, das Erstellen von kleinen Videos auf dem Computer, die Förderung von zeichnerischen Talenten und die Teilnahme an der hauseigenen Band sind als Schritte gedacht, um den Mädchen im Sinne einer Stabilisierung wieder Neugierde auf sich selbst und die eigenen Talente zu ermöglichen.

15 Qualitative Evaluation

Es folgen mehrere Einzelfallanalysen bzw. Fallvignetten, die das oben theoretisch beschriebene Konzept der Spezialgruppe für Mädchen mit Traumafolgestörungen in der konkreten erfolgreichen Praxis anschaulich werden lassen sollen. Selbstverständlich halten wir uns hier an unsere Schweigepflichtsbindung und stellen die besondere Dynamik der „Traumagruppe“ in der Beschreibung der Behandlung in den Vordergrund (die Arbeit, wie sie auf unseren nicht spezialisierten Gruppen geleistet wird, wird natürlich auch auf der ITG 5 durchgeführt, ist aber an anderen Stellen bereits ausführlich beschrieben worden):

J.G., wurde im Alter von 14,3 Jahren im Sommer 2009 auf der ITG 5 aufgenommen. Ein Jahr zuvor habe die Mutter im Rahmen eines Impulsdurchbruchs versucht, ihre Tochter in der Badewanne zu ertränken. Die Pat. meldete sich daraufhin bei der Polizei (Selbstmelderin). Vor der Aufnahme im Mädchenheim Gauting wurde ärztlicherseits eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, der Mutter nach durchgeführter Begutachtung das Sorgerecht entzogen (im Zuge eines parallel eingeleiteten strafrechtlichen Verfahrens) und per richterlichem Beschluss das persönliche Umgangsrecht der Mutter mit ihrer Tochter für die Zeitspanne von einem Jahr ausgeschlossen. Ca. einen Monat nach Aufnahme in unserem Haus kam es zur einer Reinszenierung ihrer traumatischen Lebensgeschichte (im Agieren): J. erzählte selbige am Abend im Heim und versuchte in der Folge gemeinsam mit anderen Mädchen der Spezialgruppe, eine „Sitzblockade“ im Hof gegen die Anweisungen der Betreuerinnen durchzusetzen. Es kam zu Fremdgefahr (gegen die Betreuerinnnen), sodass mit Hilfe der Polizei das Mädchen zunächst in den Time-out-Raum und schließlich in die Psychiatrie zur Krisenintervention verbracht werden musste. Man mag nun einwenden, dass gerade bei mehreren Mädchen mit vorliegender Traumatisierung auf einer Gruppe die Gefahr von Verstärkung von traumarelevanten Prozessen problematisch ist. Dem kann ich nur zustimmen – solange die zugrundeliegenden Mechanismen im Team nicht bewusst sind. Ansonsten können wir unsere Kenntnisse darüber als Chance nutzen – ich habe noch nie ein Mädchen wertend sagen hören: Du bist wohl auch ein „Traumamädel“; es geht eher um die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, in der das „Unsagbare“ geteilt werden darf, was eine identitätsstiftende Funktion hat und in der Arbeit mit unserem Klientel sich als sehr wertvoll erwiesen hat.
Im konkreten Fall war es sehr hilfreich, der Pat. nach und nach verstehbar zu machen, dass sie die Geschlossenheit des Mädchenheim Gauting zunächst nur als ebenso übergriffig wie ihre Mutter erleben konnte. Nach und nach begann die Pat., ihre Bezugsbetreuerin zu idealisieren (vorliegende große Sehnsucht nach einer verlässlichen Mutterfigur) und gleichzeitig die gruppeninterne Psychologin zu entwerten. Um die innerpsychische Repräsentanz ihrer Bezugsbetreuerin, aber auch das innere Bild ihrer Mutter als rein gutes Objekt erhalten zu können, wurden negative Gefühle auf die Psychologin projiziert. Dies war für J. zunächst eine wichtige entlastende Funktion: die traumatisierende Mutter zunächst ins außen auf die Psychologin übertragen zu können (negative Mutterübertragung); diese Reinszenierung auf therapeutischer Ebene, eben nicht im Agieren, konnte erfreulicherweise nach und nach einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Somit konnte die Pat. das „Tandem“ der Betreuung hinsichtlich ihres Traumas gut nutzen. Sie litt sehr unter unbewussten Schuldgefühlen, ihre Mutter durch ihre Aussage bei der Polizei „verraten“ zu haben. Um sich in der traumatischen Situation

vor einem Objektverlust zu schützen, musste J. wahrscheinlich die Schuldgefühle der Mutter zusammen mit der vermutlich damals vorliegenden Gewalt in Form eines Täterintrojekts in sich aufnehmen und gegen ihr Selbst richten. Vor allem deshalb war es ihr wichtig, ihre damalige, die Mutter belastende Aussage schließlich zu revidieren, um die Bewusstwerdung der beschriebenen Prozesse mit den damit einhergehenden umfassenden Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen entgegenzuwirken. Die Psychologin wurde von J. vermutlich auch als Beschützer ihres inneren traumatisierten Kindes gesehen, was in J. wahrscheinlich die realistische Angst entstehen ließ, es könnten verleugnete, traumatische Inhalte durch die Therapie heraufbefördert werden. Als die Psychologin J. bei deren Zeugenaussage vor Gericht aufgrund der Anklage von J. gegen ihre Mutter begleitete und diese auch zu dem Zeitpunkt unterstützte, als J. ihre Aussage gegen die Mutter zurücknahm, fand schließlich eine Annäherung statt. Auch dies mag dazu beigetragen haben, dass das Mädchen sich freiwillig dazu bereit erklärte, ein weiteres Schuljahr auf der Spezialgruppe bleiben zu wollen. Im zweiten Schuljahr konnte dann, zunächst durch begleitete Telefonkontakte, auch die Beziehung zwischen Mutter und Tochter einer Realitätsüberprüfung zugeführt werden. Dieser oft gewünschte, zum „richtigen“ Zeitpunkt auch oft sinnvolle „Täter-Opfer“-Kontakt (Stichwort: Eigenanteile des Opfers), bedarf einer professionellen Begleitung eines erfahrenen Teams; hierbei geht es u.a. um Umfang, Einschränkung oder Ausweitung des Kontaktes immer vor dem Hintergrund der aktuellen Stabilität der Klientin. Auch ihr Bedürfnis nach „Kontrolle“ (der bei den Mädchen auf dieser Spezialgruppe verständlicherweise besonders ausgeprägt ist) konnte J. zunehmend aufgeben. Fragen wie „Wie lange wird die Imagination jetzt dauern?“ oder „Kann ich das Gespräch heute abkürzen?“, mussten von ihr im zweiten Jahr nicht mehr gestellt werden.

L.B., wurde im Alter von 16,3 Jahren auf unserer Spezialgruppe aufgenommen. Der Traumafokus lässt sich formulieren, dass das Mädchen knapp 2 Jahre vor Aufnahme wiederholt unter Androhung von Gewalt durch den Lebensgefährten der Mutter sexuell missbraucht wurde. Hierzu sei sie durch Alkohol und Cannabis gefügig macht worden, wobei die Mutter diese Übergriffe aktiv gefördert habe. Nach Selbstanzeige der Mutter kam es zu einer Verurteilung der Mutter und des Lebensgefährten auf Bewährung.
Das Mädchen litt an depressiven Stimmungsschwankungen bedingt durch teils unbewusste Gefühle von Schuld, Scham, Wut und unerfüllter Sehnsucht nach mütterlichem Gehaltensein. Dies verborg sie zunächst hinter einer Fassade gespielter Stärke und Überlegenheit. Therapeutische Unterstützung lehnte sie zu Beginn ab aus Angst vor Überwältigung durch traumatische Inhalte und dem daraus resultierenden gefürchteten Gefühl des Verlassenseins und innerer Leere. Zögerlich ließ sie sich allerdings immer wieder darauf ein und erlebte dies anschließend zunächst als eine Art von „erneutem Übergriff“ auf ihre sorgsam verdrängte traumatische Problematik. Zu Beginn der Behandlung lehnte das Mädchen einen persönlichen Kontakt zu ihren Eltern ab und wägte mit uns gemeinsam ab, wann der „richtige“ Zeitpunkt wäre, sich evtl. auf einen brieflichen Kontaktversuch mit der Mutter einzulassen. Nachdem L. zu Weihnachten einen reumütigen Brief und ein Päckchen von ihrer Mutter bekam, stellte sie spontan einen Kontakt zu ihrer Mutter her, der erwartungsgemäß eine Phase der Labilisierung nach sich zog. Diese Krise als Chance zu nutzen, war nun zentraler Arbeitsschwerpunkt in der Betreuung von L. Der aufkeimende Wunsch von L., wieder Kontakt zur Mutter aufzunehmen, ist entwicklungspsychologisch verständlich. Auch aufgrund notwendiger altersentsprechender Identifizierungsprozesse, bleibt die reale und innere Mutterbeziehung bedeutsam, auch wenn sie, wie oben beschrieben, schwerst belastet wurde. Da im Weiteren davon auszugehen war, dass nach einer Entlassung aus dem Mädchenheim L. wieder in Kontakt mit ihrer Mutter treten wird, war es uns wichtig, mit L. gemeinsam eine vorsichtige Beziehungsannäherung von Mutter und Tochter im geschützten Rahmen eines stationären Aufenthaltes gestalten zu können. Die Mutter konnte sich einerseits in das teilweise auch konfrontative Gespräch einlassen und zeigte sich emotional berührt, allerdings wurde hierbei eher ihr narzisstisches Selbstwertdefizit deutlich; die aktive Förderung des Missbrauchs musste sie nach wie vor emotional verleugnen, ebenso wie die damit einhergehenden Schuldgefühle. In der Folge konnte L. in die therapeutischen Beziehungsangebote zunehmend Vertrauen fassen. In der Erfahrung, dass unser Team aktiv (auch stellvertretend für sie) „hinschaut“ bzw. „Parteilichkeit“ lebt, sie selbst den Grad der Intensität und Offenheit im therapeutischen Gespräch bestimmen konnte, konnte L. immer häufiger traumaassoziierte Themen und wichtige intrapsychische Prozesse einbringen und die Einzelgespräche diesbezüglich für sich nutzen. Sowohl Imaginationsübungen als auch konfrontative Techniken konnten nun zum Einsatz kommen (Bildschirm-Beobachtertechnik).
Da sich die Mutter im weiteren Behandlungsverlauf als sehr unzuverlässig in der Beziehungsgestaltung zur Tochter erwies, konnte L. ihre Erwartungen an die Mutter deren Unzulänglichkeiten anpassen, wodurch sie vor Entlassung aus unserer Einrichtung erste integrative Schritte des Erlebten und Erarbeiteten durchlaufen konnte.

L. F. wurde im Alter von 15,5 J. auf unserer Spezialgruppe aufgenommen. Die Aufnahmeindikation für die ITG 5 ist insofern zu formulieren, dass das Mädchen mit 13 Jahren nachweislich Opfer eines sexuellen Missbrauchs durch mehrere jugendliche Täter wurde. Traumaspezifisch problematisch war zunächst, dass L. noch Kontakte zu den schließlich verurteilten Tätern pflegte, eine Essstörung entwickelte und autoaggressive Tendenzen im Vordergrund standen, um die dahinter stehenden Ohnmachtsgefühle nicht zulassen zu müssen. Um den erlebten Missbrauch „ungeschehen" zu machen, trat sie aufgrund dessen entweder mit den Tätern wieder in Kontakt bzw. versuchte durch Erbrechen symbolisch die Täterintrojekte „loszuwerden" oder selbige autoaggressiv zu „zerstören". Zunächst waren für viele Monate ausschließlich stabilisierende Interventionen indiziert. Es war sehr wichtig, L. zu spiegeln, dass wir ihre (wenngleich dysfunktionalen) Lösungsversuche intrapsychischer Konflikte *würdigen*. Dass ihre Körperschemastörung / Essstörung auch ein bedeutsamer Ausdruck totaler Kontrolle über den eigenen Körper darstellt und erst wirklich vor dem Hintergrund des während des Traumas erlebten völligen Kontrollverlusts zu verstehen ist. Erst durch empathisches gemeinsames Durcharbeiten der genannten Zusammenhänge war es L. möglich, die Einrichtung als sicheren Ort erleben zu können, wo sie Hilfe nicht als manipulativ, sondern unterstützend wahrnehmen konnte. In diesem Zuge konnten in der Folge dann auch Eigenanteile thematisiert werden und malignen regressiven Tendenzen konfrontativ begegnet werden (inhaltlich: wie *musst* Du Dich verhalten, damit Du Dich besser schützen kannst / Wie *kannst* Du Situationen gestalten, damit Du Dich nicht (wieder) ohnmächtig fühlen musst? etc.). Bei L. war es von großer Bedeutung, dem Sog des Wiederholungszwangs konkret zu begegnen. Nach einer umfassenden Trauerphase ob des Erlebten konnte L. gegen Ende der Maßnahme diesbezüglich zunehmend Eigenverantwortung übernehmen. Dies spiegelte sich auch darin wider, dass sie selbst in eine Folgeeinrichtung nach dem Mädchenheim Gauting entlassen werden und nicht in das Elternhaus zurückkehren wollte.

J.B. wurde im Alter von 15,7 J. auf der ITG 5 aufgenommen und verbrachte dort ein Schuljahr. Es folgt ein kurzer Abriss der Familienanamnese: Die Kindsmutter lebt seit mehreren Jahren mit ihrem jetzigen Ehemann zusammen, der eine tragfähige Rolle in der Familie einnimmt. Die vorherigen Beziehungen seien seitens der Partner der Mutter durch Drogen und Gewalttätigkeiten geprägt gewesen. Die Trennung vom leiblichen Vater sei in J.`s 11. Lebensmonat erfolgt, wobei J. nie Kontakt zu ihrem Vater gehabt habe. J. hat einen Halbbruder (-3), der bei der Mutter lebte. Die Kindsmutter verfügte über eine nur geringe Erziehungskompetenz, die im Laufe der Jahre über ambulante Hilfen fortentwickelt werden konnte. Trotz dieser Unterstützung war sie nur begrenzt in der Lage, ihren Kindern konsequente und klare Strukturen und emotionale Zuwendung zu geben.
Die Großeltern (mü.) nahmen schon immer eine sehr dominante Rolle gegenüber der Mutter von J. ein und stellten ihre Erziehungskompetenz offensiv in Frage. Die Mutter von J. übernahm entsprechend die ihr zugewiesene Rolle: Beide Kinder wurden in der Vergangenheit von der Mutter in Belastungs- bzw. Überforderungssituationen immer wieder zu den Großeltern abgegeben. Bei diesen Großeltern handelte es sich um Mutter und Stiefvater der Kindsmutter.
Ein komplextraumatisches Geschehen konstellierte sich durch die Tatsache, dass die Kindsmutter selbst durch ihren eigenen Stiefvater über Jahre hinweg sexuell missbraucht wurde. Die geschah in einem Zeitraum, in dem J. 6- 12 Jahre alt war. Trotzdem war, wie bereits skizziert, der Stiefvater (Großvater von J.) aktiv in die Erziehung von J. mit einbezogen.
In diesem Fall lag der Traumafokus darauf, dass das Mädchen ab einem Alter von etwa sechs Jahren über mehrere Jahre hinweg von einem Neffen ihres Großvaters mütterlichseits sexuell missbraucht worden war. Auf einer Beerdigung eines Onkels im Jahr vor der Aufnahme im Mädchenheim Gauting habe sie diesen Mann erneut gesehen. Da der Friedhof in der Nähe eines Bahnhofs gelegen habe, habe sie daraufhin den suizidalen Impuls verspürt, sich auf die Bahngleise legen zu wollen.
Es war im Behandlungsverlauf bei diesem Mädchen äußerst bedeutsam, mit ihr gemeinsam die Täter-Opfer-Dynamik in der Beziehungsgestaltung immer wieder gemeinsam zu reflektieren.
In der Beziehung zu ihrem Freund ging es meist um Macht und Kontrolle. Im Wiederholungszwang reinszenierte sie hier das traumatisch Erlebte. Da sich die Pat. nach einigen Monaten auf unser Beziehungsangebot zunehmend einlassen konnte, waren diesbezügliche Zusammenhänge auch einer konfrontativen Bearbeitung zuführbar.
<u>Einerseits</u> spielten die suizidalen Tendenzen bzw. ihre Todessehnsucht eine große Rolle: Die Konflikte mit den anderen Mädchen in Gauting belasteten die Pat. zu Behandlungsbeginn sehr und sie fühlte sich mitunter des Öfteren „bedroht“ und sie erlebte sich als „Opfer“. Bei Konflikten zwischen Großeltern und ihrer Mutter geriet die Pat. ebenso in labile Phasen mit der Gefahr der Dekompensation (Symptomatik: massive Suizidgedanken, neben Selbstverletzungen auch appellatives autoaggressives Verhalten wie exzessives „Shampootrinken“).
<u>Andererseits</u> kam ihre Fremdaggression zum Beginn der Behandlung agierend sehr zum Tragen: So äußerte das Mädchen mehrfach Morddrohungen gegenüber der Mutter / Mitarbeiterin / Mitbewohnerinnen. In diesem Zusammenhang konnte mit ihr erarbeitet werden, dass für sie die Morddrohungen bedeuten: „wenn jemand Angst vor mir hat, lässt er mich in Ruhe“. Die Pat. konnte nach und nach verstehen, dass die Isolation, die diese Äußerungen zur Folge hatten, sie traurig machen, ihr allerdings auch Orientierung und Sicherheit geben.

Als ein Freund der Pat. seinen Vater tötete, verarbeitete die Pat. dies ebenfalls aufgespalten: einerseits suizidal (starke Schuldgefühle, ihn nicht davon abgehalten zu haben bzw. sich nicht unmittelbar nach Kenntnisnahme sich an die Polizei gewandt zu haben), andererseits gab es Phasen, in denen sie Täter und Tat glorifizierte. Diese Art der Verarbeitung nutzte J. zur kompensatorischen Selbstaufwertung, indem sie sich mit dem Täter identifizierte.
Das Durcharbeiten dieser beiden Pole der Aggression war für die Pat. sehr hilfreich; es gelang ihr, integrative Entwicklungsschritte zu durchlaufen und musste seltener auf den Abwehrmechanismus der Spaltung zurückgreifen. Sie bekam im zweiten Schulhalbjahr von den anderen Mädchen viel Anerkennung aufgrund ihrer Fähigkeit, zunehmend eine autonome Position einnehmen zu können. Diese Vorbildfunktion hatte bei J. darüber hinaus einen selbstwertstabilisierenden Effekt (sie wurde auch nicht umsonst zur Schulsprecherin gewählt). Sie distanzierte sich im Laufe ihres Aufenthaltes von (auto-)aggressiven Verhaltensweisen und lernte, ihre parentifizierende Haltung zu reduzieren und vorliegende strukturelle Defizite zu kompensieren. Wesentliche Entwicklungsschritte ging sie auch dadurch, dass sie ihre Position im Beziehungsgefüge ihrer Familie immer wieder mit uns thematisieren konnte. Inhaltliche Schwerpunkte sind hierbei zu nennen: traumaspezifische Täter-/ Opferkonstellationen bzw. entsprechende Macht- / Ohnmachtpositionen.

A. M. wurde im Alter von 16,1 J. auf unserer Spezialgruppe aufgenommen und verbrachte dort 1,5 Jahre. Nach dem Absolvieren ihres Hauptschulabschlusses verblieb sie auf ausdrücklichen Wunsch hin ein weiteres (Berufs-)Schuljahr auf der ITG 5. A. nahm sehr zuverlässig an den wöchentlichen Einzel- und Gruppengesprächen teil. Besonders profitierte sie von der Imaginationsgruppe für Mädchen mit Traumafolgestörungen. Im Behandlungsverlauf gelang es ihr immer besser, ihre inneren Erlebnisbilder aktiv und kreativ auszudrücken und in ihr Selbstbild zu integrieren. Die Notwendigkeit der Etablierung eines inneren sicheren Ortes (wie im Konzept ausführlich beschrieben) hatte bei diesem Mädchen, lebensgeschichtlich verständlich, eine enorme Bedeutung:
Die Mutter ist von Portugal nach Deutschland ausgewandert, als A. 4 Jahre alt war. Die Mutter hatte keinen Kontakt mehr zum Vater von A. (die Pat. kennt ihn auch nicht) und entschied sich, A. einem befreundeten Paar (Arbeitskollegen) in Portugal anzuvertrauen bzw. A. zurückzulassen. Durch diese erfuhr A. schwere körperlich-seelische Misshandlungen. Als die Mutter davon von einer Cousine erfuhr, habe die Mutter A. 2005 nach Deutschland geholt. Zu den bereits erlebten aggressiven Übergriffen in der Kindheit in Portugal erfuhr das Mädchen, nun in Deutschland, mehrfache sexuelle Übergriffe durch den Freund der Mutter, mit dem letztere auch 2 gemeinsame Kinder hatte. Wenngleich die Mutter sich nach Offenlegung der Übergriffe von ihrem Partner trennte, verfestigte sich der rote Faden in der Lebensgeschichte von A.: Die Mutter kann keinen „sicheren Ort“ gestalten, weder in Portugal noch in Deutschland. Auf der Beziehungsebene übersetzt bedeutet dies, dass die Mutter keine „sichere“ Bezugsperson für A. darstellt, was im Weiteren dazu führt, dass A. eine unsichere Bindung verinnerlichen musste. Die Sehnsucht nach einer inneren Sehnsucht spiegelte sich in der hohen Motivation der Pat. wider, diesbezügliche Übungen (wie oben beschrieben) immer wieder zu wiederholen, um innere Sicherheit zu entwickeln. Zunächst war hinter der depressiven Entwicklung der massive Selbstwertkonflikt einhergehend mit schneller Kränkbarkeit und überangepasstem Verhalten behandlungsbestimmend. A. musst sich schon immer um die Aufmerksamkeit der unzuverlässigen Mutter sehr bemühen, was sich im Behandlungssetting darin widerspiegelte, dass sie auch phasenweise ein sehr distanzloses, anklammerndes Beziehungsmuster v.a. ihrer Bezugsbetreuerin gegenüber inszenierte. Hier wurde ihre symbiotischen Verschmelzungsphantasien deutlich verbunden mit dem unbewussten Wunsch, nun endlich das zu bekommen, was ihr bislang versagt war. Dass nach einem Jahr wichtige strukturelle Nachreifungsschritte durchlaufen wurden, zeigte sich u.a. dadurch, dass sich A. dieser wichtigen Entwicklungsaufgabe konstruktiv stellen konnte, den Weggang ihrer Bezugsbetreuerin emotional zu betrauern und sich nach und nach tiefgreifend auch auf eine neue Bezugsbetreuerin einlassen zu können. Wir haben diesen Prozess bewusst sehr frühzeitig eingeleitet und gestaltet, um dadurch für den Behandlungsfortschritt wichtige triangulierende Funktionen zu aktivieren, die A. zu Behandlungsbeginn angstbedingt noch massiv vermeiden musste. Dieses Modell half ihr auch, sich nicht mehr in diesem Ausmaß um ihre reale Mutter kümmern zu müssen (Parentifizierung), sondern es zu wagen, einen wesentlichen autonomen Schritt in die Eigenverantwortung einzuschlagen: sie entschied sich dazu, nach 1,5 Jahre auf der ITG 5 nicht in die Nähe der Mutter zurückzukehren, sondern in die Lehrlingswohngruppe auf unserem Gelände zu wechseln und ihre Ausbildung zur Arzthelferin in einer Praxis aufzunehmen, in der sie bereits ein äußerst positives und erfolgreiches Praktikum im Rahmen ihres Berufsvorbereitungsjahres absolviert hatte.

V.C. wurde im Alter von 13,10 J. auf unserer Spezialgruppe aufgenommen und verbrachte dort 14 Monate. Der Traumafokus lag darin begründet, dass V. Anfang 2010 einen über 5 J. andauernden sexuellen Missbrauch durch den Stiefvater zur Anzeige gebracht hatte. Dieser wurde in der Folge inhaftiert. Bis zur Bekanntgabe des sexuellen Missbrauchs durch den Stiefvater sei das Verhältnis zur Mutter gut gewesen. Die Mutter habe aber ihrer Tochter nicht glauben können, als sie von den Missbrauchsvorwürfen erfuhr. Um die Zuneigung der Mutter wieder zu erlangen, übernahm V. die Versorgung der jüngeren Geschwister, da die Mutter ab diesem Zeitpunkt jeglichen Halt verlor (Verwahrlosungstendenzen etc.). Darüber hinaus gab der Großvater (mü) Vanessa die Schuld daran, dass sie „die Familie zerstört" habe bzw. dass sie Schuld sei, dass der Stiefvater im Gefängnis sei. Der Stiefvater von V. hat in den 70er Jahren bereits wegen sexuellen Missbrauchs Haftstrafen verbüßt; nichtsdestotrotz kam es wie beschrieben zu massiven Verleugnungstendenzen. Symptomatisch äußerte sich die Problematik in unserer Einrichtung zu Behandlungsbeginn durch massive Selbst- (ausgeprägte Selbstverletzungen) und Fremdgefahr (u.a. aggressive Affektdurchbrüche, Körperverletzung). Aufgrund des traumatisch Erlebten und des damit verbundenen hochgradigen Misstrauens, sich überhaupt in förderliche Abhängigkeitsbeziehungen zu Erwachsenen zu begeben, zeigte Vanessa in ihrer sozialen Interaktion primär zunächst vordergründig hochgradig devot angepasstes Verhalten, das primär der Durchsetzung ihrer eigenen Bedürfnisse und Wünsche diente, ohne sich in tiefere Beziehungen einlassen zu können.
Aufgrund des hoch ambivalenten Verhältnisses zur Kindsmutter und zur Herkunftsfamilie und aufgrund des traumatisierenden Verlustes dieser Familie mit konsekutiver Sündenbockzuschreibung gelang es V. in ihrem ausgeprägten Loyalitätskonflikt zur Herkunftsfamilie nur zögerlich, sich in adäquater Weise von den desolaten Familienbeziehungen abzulösen bzw. sich mit ihren traumatischen Erfahrungen des sexuellen Missbrauchs adäquat auseinander setzen zu können. Stattdessen neigte sie zu Behandlungsbeginn dazu, die verlorenen Familienteile, insbesondere die Kindesmutter zu idealisieren und so den realen äußeren Verlust durch nicht realitätsgerechte Idealbilder zu ersetzen (Anmerkungen: leiblicher Vater unbekannt; die leibliche Mutter ging im Oktober 2010 überraschend für unbestimmte Zeit nach Marokko; als sie nach einigen Monaten zurückkam, blieb der lose Kontakt der nicht mehr sorgeberechtigen Mutter weiterhin fragil).
Zunächst konnte V. einige Entwicklungsschritte unternehmen; es kam zu keinen fremdaggressiven Tendenzen mehr und die Selbstverletzungen waren rückläufig. Im diesbezüglichen Hilfeplangespräch imponierte V. u.a. hinsichtlich Zielen und Perspektiven sehr kooperativ und absprachefähig.

Um es gleich vorweg zu nehmen – auf den ersten Blick entwickelte sich die Maßnahme nach ca. 8 Monaten Behandlung sehr problematisch; allerdings bin ich der Ansicht, dass sich exemplarisch an diesem Fall gut darstellen lässt, dass ein sehr spezialisiertes Team vonnöten ist, welches das in der Folge sehr agierende Mädchen in seiner besonderen Beziehungsgestalten noch ca. 6 Monate bis zum Schuljahresende konstruktiv begleiten konnte: Der auslösende reale Hintergrund ist einleuchtend, denn die Mutter überlegte erneut, für unbestimmte Zeit nach Marokko zu gehen. Diese massive Verlustangst brachte V. massiv unter Druck und sie versuchte, ihn fatalerweise in der Gruppe abzuführen. So behauptete sie z.B. vorübergehend plötzlich ein Mädchen der Gruppe habe ihr am Oberkörper Zigarettenbrandwunden zugefügt und nicht sie selbst. Auf diese Art und Weise versuchte V. (leider unbewusst-destruktiv und somit nicht bearbeitbar), sich zunächst

per Projektion auf andere Mädchen der Gruppe der anflutenden existentiellen Hilflosigkeitsgefühle zu entledigen. Nach vielen Wochen sehr konfrontativer Einzelgespräche, in dem die nun reaktualisierte verinnerlichte Täter-Opfer-Beziehungsgestaltung von V. mit ihr thematisiert wurde, konnte V. erste abgespaltene Eigenanteile integrieren, was sich darin abbildete, dass sich die Gruppensituation bezogen auf V. deutlich entschärfte.
Da die Mutter allerdings nach wie vor „androhte“ nach Marokko zu gehen, geriet V. verständlicherweise in einen zunehmenden Druck, im Ausgang zu agieren (u.a. Shampoo trinken, Vortäuschen einer Straftat oder Entweichen nach einer Ferienfreizeit im Juni 2012).
Uns war es wichtig, dieses beschriebene Agieren nicht als Versagen zu begreifen, sondern es mit V. gemeinsam zu verstehen und selbigem eine spezifische Bedeutung zu geben, wie gerade skizziert.
Und sie *fand* ihren weiteren Weg: In einer erfolgreich anlaufenden Anschlussmaßnahme (offen geführte therapeutische Wohngemeinschaft) in der Nähe des Wohnortes der Mutter.

Eine sehr spezialisierte therapeutisch-pädagogische Begleitung durch das Team der ITG 5 war auch bei den vier Klientinnen **A.H., M.M., L.B. und F.D.** indiziert.
Strafrechtliche juristische Zusammenhänge spielten in diesen Fällen eine große Rolle. Es ging um Entscheidungen von Mädchen, (evtl.) Anzeige wegen sexuellen Missbrauchs zu stellen, Begleitung zu Gerichtsterminen/Zeugenaussagen, (möglicher) Widerspruch bei Einstellung des Verfahrens aufgrund widersprüchlicher Zeugenaussagen, Mittäterschaft, Verurteilung eines Täters, Befragungen von externen Fachkräften, die Glaubwürdigkeitsgutachten erstellten etc..
Diese auf der ITG 5 gehäuft vorkommenden reaktualisierenden „Außenverbindungen“ mit der Vergangenheit bargen immer wieder Krisen aber auch Chancen.
Zwar waren dann deutlich intensivere Stabilisierungsinterventionen indiziert, allerdings (re-)inszenierten die Pat. aber immer dann auch ihr „Trauma“ in den Beziehungen zum Team sehr bedeutsam und gaben uns, behandlungstechnisch gesehen, wichtige Hinweise in die intrapsychische Verarbeitung des tragisch Erlebten. Eine Verleugnung des Erlebten war diesen Klientinnen somit kaum dauerhaft möglich (Bsp.: ein Mädchen gab zu Beginn der Maßnahme in einem Selbstbeurteilungsfragebogen als potentielles Trauma lediglich das Thema „Mobbing“ an. Ein halbes Jahr später kam das Mädchen von sich aus auf uns zu und fragte, ob sie den Bogen noch einmal ausfüllen könne, es wäre nicht „Mobbing“, sondern ihr (übergriffiger) Vater das „Problem“.)
Gerade in diesem Zusammenhängen wird für mich, zum Ende des Modellprojektes, die entwickelte Professionalität des Spezialteam sehr deutlich, die m.E. nach zum Vorteil dieses besonderen Klientels gereicht: Parteiisch sein in diesen kritischen Phasen, ohne sich vom Agieren der Mädchen „anstecken“ zu lassen. Rat geben, aber die Eigenverantwortung beim Pat. lassen (typische Frage eines Mädchens: „Soll ich jetzt in die Berufung gehen oder nicht?“). Und hier gibt es kein Schwarz-Weiß, sondern nur eine sehr große graue Bandbreite an möglichen Alternativen, über die wir auch im Team sehr selbstkritisch und kontrovers diskutieren (zu verstehen als Hilfs-Ich der Pat.), um stellvertretend eine integrative Leistung für die Pat. zu übernehmen, zu der sie (noch) nicht selbst in der Lage ist. Dieses Ergebnis *bieten* wir der Pat. an und nehmen *wertfrei* zur Kenntnis, was für sie subjektiv davon von Bedeutung ist und was ihr helfen könnte und was nicht.

Auf keiner Gruppe ist die Verführung so groß, den Mädchen gegenüber sich als „mächtiger, weiser oder verantwortungsvoller“ zu präsentieren wie auf der ITG 5. Aber auf keiner Gruppe ist auch die Verantwortung so groß, dieser Verführung nicht zu erliegen, denn die Gefahr des Einsetzens retraumatisierender Prozesse hätte bei diesen Pat. die fatalsten Konsequenzen.

16 Quantitative Evaluation

Die Fragestellung der quantitativen Evaluation lautete:
Kann eine Klientin, die neben einem Typ II-Trauma noch ein Typ I-Trauma „aufweist“, auf der Spezialgruppe nachweislich „mehr profitieren“ als auf einer nicht spezialisierten Gruppe?

In Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Duisburg-Essen unter Leitung von Herrn Dr. Dipl. Psych. Tagay wurde in der Zeit von Mitte 2011 bis Mitte 2013 eine quantitative Erhebung mit dem Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ) durchgeführt.
Das Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche ist ein Fragebogen zur Erfassung psychotraumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. Für das EII-KJ, welches bereits in 9 Sprachen vorliegt, wurden in verschiedenen Studien bereits sehr gute psychometrische Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) nachgewiesen. Das Instrument erlaubt eine diagnostische Einordnung sowohl für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) als auch für die Akute Belastungsstörung (ABS) nach den Diagnosekriterien des DSM-IV. Neben einer kategorialen Diagnostik posttraumatischer Störungen erlaubt das Instrument auch eine Auswertung zur Bestimmung von Schweregraden der posttraumatischen Symptomatik, welche insbesondere zur Verlaufsdiagnostik sowie zur Beurteilung des Therapieeffektes herangezogen werden kann. Der Fragebogen ist in allen Bevölkerungsgruppen anwendbar, v.a. bei Menschen, die sehr schwerwiegende Lebensereignisse (z.B. Naturkatastrophe, Vergewaltigung, Folter etc.) ausgesetzt sind oder waren.

<u>Aufbau und Beschreibung</u>
Das Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche setzt sich in seiner Endversion aus 53 Items zusammen, die direkt aus den Kriterien des DSM-IV für PTSD und ASD abgeleitet sind. Der Fragebogen umfasst fünf Teile.

1. Der erste Teil besteht aus einer Trauma-Checkliste mit 12 vorgegebenen Ereignissen. Die Testpersonen werden gefragt, ob sie ein bestimmtes potentiell traumatisches Ereignis (z.B. „Naturkatastrophe“ oder „körperlicher Angriff“) „selbst“ oder als „Beobachter“ erlebt haben. Unter Punkt 12 ist die Möglichkeit gegeben, ein weiteres, als belastend erlebtes Ereignis, zu beschreiben, welches zuvor noch nicht genannt wurde. Im Anschluss an die Trauma-Liste soll bei Angabe mehrerer Traumata die Nummer desjenigen Ereignisses genannt werden, das den Befragten/die Befragte am *meisten belastet* (Item 13). *Alle weiteren Fragen beziehen sich auf dieses „schlimmste Erlebnis“.*

2. Im zweiten Teil wird eine zeitliche Einordnung getroffen, wann das schlimmste Ereignis stattgefunden hat. Acht weitere Fragen zum schlimmsten Erlebnis erfassen, mit dichotomem Antwortformat, das A1 (objektive Lebensbedrohung) und A2 (subjektive Einschätzung der Situation) Kriterium des DSM-IV.

3. Im Anschluss daran gehen 23 Fragen auf die aktuelle posttraumatische Symptomatik ein. Diese beziehen sich auf die drei Symptomcluster Intrusionen (B-Kriterium; 5 Items), Vermeidung (C-Kriterium; 7 Items) und Hyperarousal (D-Kriterium; 5 Items). Zusätzlich wird noch nach der peritraumatischen Dissoziation gefragt, da diese für die Diagnose der Akuten Belastungsstörung relevant ist (6 Items). Die Auftretenshäufigkeit wird auf einer vierstufigen Likert-Skala mit 0 = „gar nicht“, 1 = „selten“, 2 = „häufig“ und 3 = „sehr oft“ eingeschätzt. Demnach bedeuten hohe Werte eine größere posttraumatische Symptomatik. Ergänzend zu den Symptomgruppen der PTSD und ABS erfasst ein weiteres Item körperliche Symptomatik.

4. Anschließend werden zwei Fragen zur zeitlichen Einordnung der Symptome gestellt. Ferner wird auf einer sechsstufigen Likert-Skala bewertet, als wie belastend das Geschehene aktuell erlebt wird (0 = „gar nicht belastend“ bis 5 = „extrem belastend“). Ferner wird der zeitliche Rahmen der posttraumatischen Symptomatik spezifiziert.

5. Im fünften Teil finden sich sechs Items, die symptombedingte Einschränkungen im Alltag (z.B. im sozialen oder beruflichen/schulischen Funktionsbereich) erfassen. Die Intensität der Einschränkung soll auf einer 4-stufigen Likert-Skala eingeschätzt werden (0 = „gar keine“ bis 3 = „sehr starke“ Schwierigkeiten).

Auswertung

Das Abfragen der Stressorkriterien aus dem DSM-IV erlaubt in Kombination mit festgelegten Cut-off-Werten ein Screening hinsichtlich des Vorliegens einer PTBS oder ABS. Wenn beide Stressorkriterien (A1 & A2) erfüllt sind und eine Aufsummierung der Items zu den Bereichen Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung den Cut-off-Wert von 27 Punkten erreicht (oder ihn überschreitet) spricht dies für das Vorliegen einer PTBS. Ergibt sich ein Wert zwischen 0 und 15 ist dies als unauffällig einzustufen. Werte im Bereich von 16 bis 26 sind grenzwertig und legen den Verdacht auf eine partielle PTBS nahe. Hinweis auf das Vorliegen einer ABS ergibt sich, wenn die Items zu Intrusionen, Vermeidung, Hyperarousal und Dissoziation zusammengenommen einen Mindestwert von 35 erreichen.

Der ETI-KJ existiert in zwei Ausführungen:

einem Selbstbeobachtungsbogen und einem Fremdbeobachtungsbogen.

Größe der Stichproben:

Es wurden jeweils neun Mädchen aus der intensivtherapeutischen Spezialgruppe für Mädchen mit Traumafolgestörungen und neun Mädchen aus nicht spezialisierten Gruppen untersucht.

Die Mädchen aus der Kontrollgruppe mussten dieselben Aufnahmekriterien wie auf der Spezialgruppe erfüllen (Vorliegen eines „Traumafokus“, s.o.)

In der Interventionsgruppe (Traumagruppe) wurde der Selbstbeurteilungsbogen von den Mädchen jeweils zu Beginn und zu Ende der Maßnahme ausgefüllt. Dies geschah unter Anleitung einer Basismitarbeiterin. Für die Kontrollgruppe (ohne Spezialisierung) wurde vom Ausfüllen des Selbstbeurteilungsbogens abgesehen, da die Mädchen durch das Ausfüllen des Bogens mit ihren Traumata konfrontiert würden (potentielle Auslösesituation), ohne dass eine individuelle fachlich fundierte Bearbeitung gegeben wäre. Für die Mädchen der „Traumagruppe“ ist der Umgang mit der traumatischen Vergangenheit Teil ihres pädagogisch-therapeutischen Alltags; sie erleben, dass die speziell ausgebildeten MitarbeiterInnen mit der besonderen Gruppendynamik professionell und sicher umgehen können.

Der Fremdbeurteilungsfragebogen(Interview-Version) wurde durch heiminterne Diplom-Psychologen jeweils zu Beginn und am Ende der Maßnahme ausgefüllt.

Tab. 1: Liste potentiell traumatischer Ereignisse (Interventions- und Kontrollgruppe)

	Selbst t0			Selbst t2			Fremd t0			Fremd t2		
	p	Z	p+Z	p	Z	p+Z	p	Z	p+Z	p	Z	p+Z
Naturkatastrophe			1									
schwerer Unfall	3	1		1	1				1			1
schwere Krankheit	1	3			3			4			4	
gewalttätiger Angriff durch Fremden	2	2	2	3	2	1	4		4	4	1	3
gewalttätiger Angriff durch Bekannten	3	1	2	3	1	1	5	2	7	4	2	5
Tod/Verlust einer Bezugsperson		6			6		3	1		3	1	
Gefangenschaft	2	1		2	1		2		1	2		1
sex. Missbrauch durch Fremden	6			5	1		11			9		
sex. Missbrauch durch Bekannten	5		1	3	1		9		1	9		1
Aufenthalt in einem Kriegsgebiet												
Folter	---	---	---	---	---	---	1			1		1
Vernachlässigung	3		1	2			9	1	3	8	1	2
anderes	3			1			2	1		3		

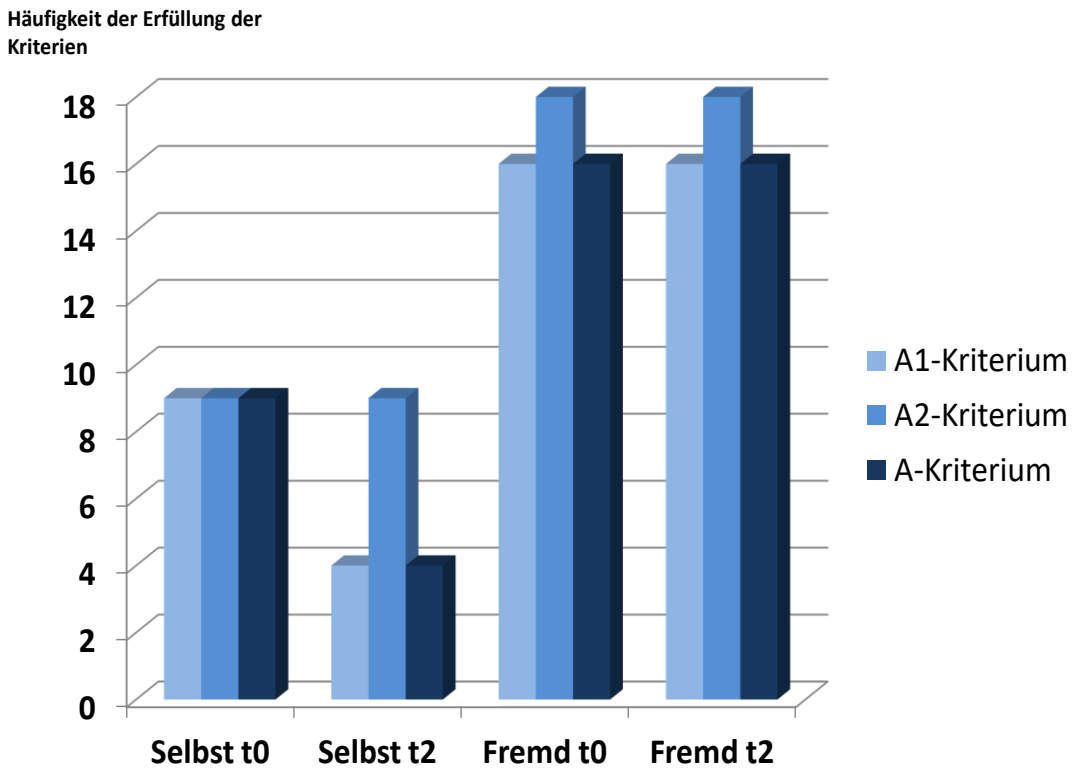
P =persönlich erlebt
Z: Zeuge
P+Z= persönlich und Zeuge
In großer Mehrheit sind die Probanden von interpersoneller Gewalt betroffen. Die Stichprobe ist multipel traumatisiert.

Tab.2: Traumatisierungskriterien; A1 und A2 (Interventions- und Kontrollgruppe)

	Selbst t0			Selbst t2			Fremd t0			Fremd t2		
	ja	nein	k.A.	ja	nein	k.A.	ja	nein	k.A.	ja	nein	k.A.
A1-Kriterium	9	0	---	4	5	---	16	2	---	16	2	---
Verletzung selbst	7	2	---	3	6	---	10	8	---	10	8	---
Selbst in Lebensgefahr	5	4	---	2	7	---	14	4	---	13	5	---
Verletzung jemand anderes	4	5	---	2	7	---	4	14	---	5	13	---
Jemand anderes in Lebensgefahr	5	4	---	2	7	---	5	13	---	5	13	---
A2-Kriterium	9	0	---	9	0	---	18	0	---	18	0	---
Hilflosigkeit	9	0	---	9	0	---	18	0	---	18	0	---
Starke Angst	9	0	---	9	0	---	18	0	---	18	0	---
Große Anspannung	9	0	---	6	3	---	18	0	---	18	0	---
Ruhelosigkeit	8	0	1	4	4	1	16	2	---	16	2	---
A-Kriterium	**9**	**0**	**---**	**4**	**5**	**---**	**16**	**2**	**---**	**16**	**2**	**---**

Das Traumakriterium A nach DSM-IV wird sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung von nahezu allen Probanden erfüllt.

Abb.2: Erfüllung der A-Kriterien (Interventionsgruppe)



In der Selbsteinschätzung wie auch in der Fremdeinschätzung werden Traumata im Bereich der interpersonellen Gewalt am häufigsten als „schlimmstes Ereignis“ benannt.

Tab 3.: Symptomatik in der Selbst- und Fremdeinschätzung in der Interventionsgruppe (Summenwerte)

	Selbst		Fremd	
	t0	t2	t0	t2
Intrusion	8,0	6,6	9,3	8,7
Vermeidung	10,2	7,6	14,1	12,6
Übererregung	7,6	6,4	10,6	8,7
Dissoziation	6,9	5,0	4,8	5,1
ETI-KJ PTBS-Wert	25,8	20,3	34,2	30,2
ETI-KJ Gesamtwert	32,7	25,5	39,3	35,2

Die Summenwerte der Traumasymptomatik gehen in den Subskalen (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal, Dissoziation) als auch in den Total-Scores (ETI-KJ PTBS-Wert; ETI-KJ Gesamtwert) von T0 zu T2 deutlich zurück, sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung.

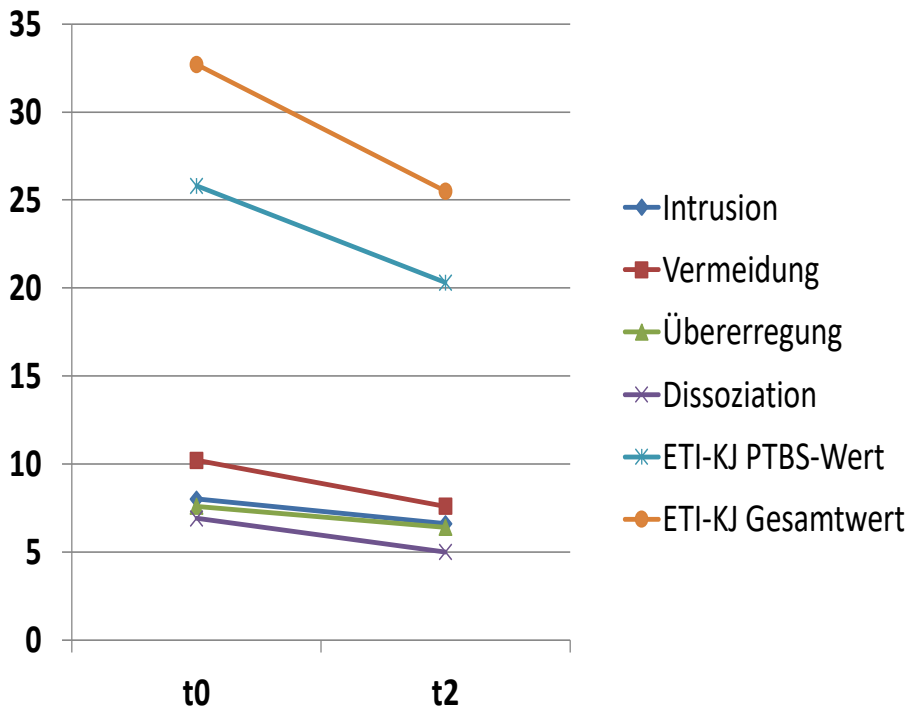
Tab.4: Veränderung der Traumasymptomatik (Interventions- und Kontrollgruppe)

	Intervention								Kontrolle		
	Selbst			Fremd			Gesamt		Fremd		
	t0	t2	p	t0	t2	p	t0	t2	t0	t2	p
Intrusion	8,0	6,6	**n.s.**	10,4	8,6	**n.s.**	10,4	8,6	8,0	8,8	**n.s.**
Vermeidung	10,2	7,6	**n.s.**	15,1	12,0	**n.s.**	15,1	12,0	13,1	13,4	**n.s.**
Über-erregung	7,6	6,4	**n.s.**	12,1	7,9	**.007**	12,1	7,9	9,1	9,4	**n.s.**
Dissoziation	6,9	5,0	**n.s.**	5,6	4,7	**n.s.**	5,6	4,7	4,0	5,6	**n.s.**
ETI-KJ PTBS-Wert	25,8	20,3	**.050**	37,7	28,4	**.015**	37,7	28,4	30,4	32,1	**n.s.**
ETI-KJ Gesamtwert	32,7	25,5	**.035**	43,2	33,1	**.015**	28,4	33,1	34,9	37,5	**n.s.**

Obwohl die Stichprobe sehr klein war (jeweils 9 Probanden), konnten doch signifikante Ergebnisse erzielt werden:

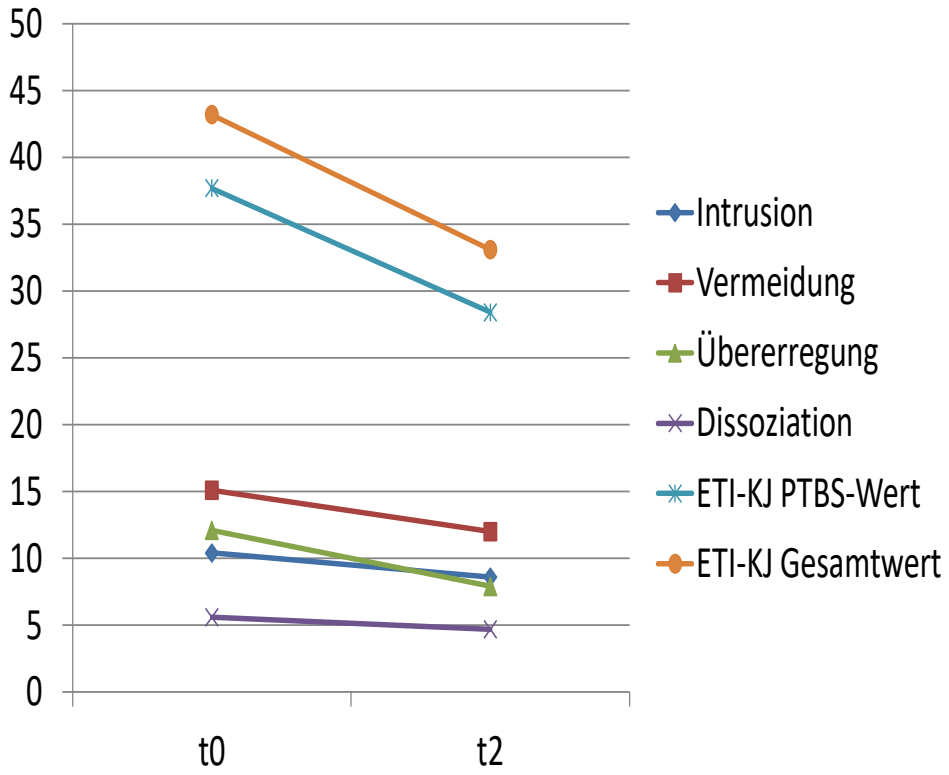
- Deskriptiv betrachtet bessert sich die Interventionsgruppe von T0 zu T2 in allen Bereichen der Traumasymptomatik.
- Die Interventionsgruppe hat sich in der Selbsteinschätzung bzgl. des PTBS-Wertes und des Gesamtwertes **signifikant** verbessert, in der Fremdeinschätzung zusätzlich noch in der Übererregungssymptomatik.
- Die Kontrollgruppe hat in keinem Symptomfeld Veränderungen erfahren.
- Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe unterscheiden sich zu Beginn der Untersuchung **signifikant** in der Übererregungssymptomatik, im PTBS-Wert und im Gesamtwert.

Abb.3: Veränderung der Symptomatik in der Interventionsgruppe (Selbsteinschätzung)



In Abb. 3 wird die Veränderung der Traumasymptomatik in der Interventionsgruppe deutlich (Selbstbeurteilung):
Alle Symptome konnten im Untersuchungszeitraum vermindert werden.

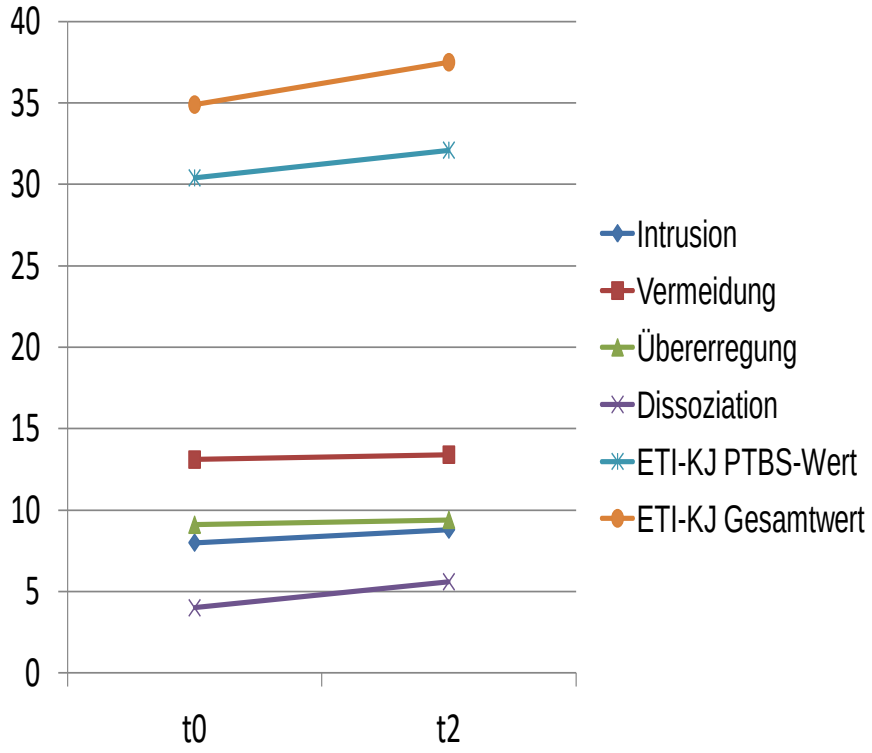
Abb.4: Veränderung der Symptomatik in der Interventionsgruppe (Fremdeinschätzung)



In Abb. 4 wird die Veränderung der Traumasymptomatik in der Interventionsgruppe dargestellt (Fremdeinschätzung):
Hieraus wird ersichtlich, dass alle Summenwerte im Erhebungszeitraum rückläufig sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Mädchen mit Traumafolgestörungen im Rahmen des Modellprojektes auf der Spezialgruppe im Mädchenheim Gauting messbar profitieren konnten.

Abb.5: Veränderung der Symptomatik in der Kontrollgruppe (Fremdeinschätzung)



In Abb. 5 wird die Veränderung der Traumasymptomatik in der Kontrollgruppe dargestellt (Fremdeinschätzung):
Hieraus wird ersichtlich, dass sich die Summenwerte der Traumasymptomatik im Erhebungszeitraum eher verschlechterten.

<u>Diese Ergebnisse der Kontrollgruppe stellen für unsere Gesamteinrichtung einen wichtigen Weiterentwicklungsauftrag dar:</u>
Wie können Patientinnen, die unter Traumafolgestörungen leiden, aber (aus welchen Gründen auch immer) nicht auf der Spezialgruppe aufgenommen wurden, auch hinsichtlich der vorliegenden Traumasymptomatik Unterstützung erfahren? Hier müssen gezielte traumaspezifische Fortbildungsmaßnahmen für alle Basismitarbeiter im Hause durchgeführt werden. Denn wie bereits oft in der vorliegenden Arbeit beschrieben, ist eine fundierte und umfassende Stabilisierung der Pat. von primärer Bedeutung; konfrontative Techniken „müssen“ infolgedessen auf nicht spezialisierten Gruppen auch nicht durchgeführt werden.

Anhang: Angewandte Testverfahren

Auf den folgenden Seiten finden Sie den ETI-KJ in beiden Versionen:

- Fremdeinschätzung („Interview Version“)
- Selbsteinschätzung.

Literaturliste

1. Ahrbeck. B. (1997): Konflikt und Vermeidung. Luchterhand
2. Ahrbeck, B. et al (2010): Von allen guten Geistern verlassen? Psychosozial-Verlag.
3. Blos, P. (2001): Adoleszenz. Klett-Cotta
4. Bohleber, W. et al. (2006): Bindung, Trauma und soziale Gewalt. Vandenhoeck & Ruprecht
5. Bürgin, D. (1998): Adoleszenz und Trauma. Grundsätzliche und spezifische Aspekte der Behandlung von Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen. S. 128 – 160. In: Streeck-Fischer, A. (Hrsg.). Trauma und Adoleszenz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
6. Cohen, J. (1985): Trauma and repression. Psychoanalytic Inquiry, 5, S. 163 – 189
7. Döring, E. (2010). Traumatherapie mit Kindern. In Wakolbinger, Katsivelaris, Reisel, Naderer, Papula (Hrsg.), Tagungsband: Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. S. 219 – 238. Verlag: Books on Demand GmbH
8. Ferenczi, S. (1972): Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. 1933. In: Balint, M. (Hg.): Schriften zur Psychoanalyse. Bd. 2. Frankfurt/M., S. 303 – 313
9. Fischer G., Riedesser P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt
10. Freud, S. (1916/17/1969): Studienausgabe: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse 1916/17. S. 34-445. Gesammelte Werke. Bd. 1. Frankfurt am Main: Fischer
11. Holderegger, H. (2003): Der Umgang mit dem Trauma. Klett-Cotta
12. Kernberg, O.F. (1996): Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Klett-Cotta
13. Krüger, A., Reddemann, L. (2007): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche, PITT-KID – Das Manual. Klett-Cotta
14. Landolt, M.A., Hensel, T. (2008): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Hogrefe
15. Müller-Pozzi, H. (1997): Psychoanalytisches Denken – eine Einführung. Hans Huber
16. Novick, J. / K. (2009): Elternarbeit in der Kinderpsychoanalyse. Brandes & Apsel
17. Rauchfleisch, U. (1999): Außenseiter der Gesellschaft: Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger. Vandenhoeck & Ruprecht
18. Reddemann, L. (2008): Imagination als heilsame Kraft. Klett-Cotta
19. Reddemann, L. (2008): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie, PITT – Das Manual. Klett-Cotta
20. Sachsse, U. et al. (2004): Traumatherapie – Was ist erfolgreich? Vandenhoeck & Ruprecht
21. Streeck-Fischer, A. et al (2002): Körper – Seele – Trauma. Vandenhoeck & Ruprecht
22. Streeck-Fischer, A. (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. Klett-Cotta
23. Streeck-Fischer, A. (2006): Trauma und Entwicklung. Schattauer
24. Sulz, S.K.D. et al. (2009): Lehrbuch der Psychotherapie. Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, CIP-Medien
25. Van der Kolk et al., (1999): Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. In: Streeck-Fischer, A. (Hrsg.), Trauma und Adoleszenz (S. 77ff.). Vandenhoeck & Ruprecht
26. Weinberg, D. (2008): Traumatherapie mit Kindern. Klett-Cotta.

HINWEIS:
Die Verbreitung, das Kopieren sowie das Vervielfältigen dieser Arbeit ist nicht erlaubt!