

prävention

Zeitschrift des Bundesvereins zur Prävention von sexuellem Mißbrauch

1-2/2003 · Jahrgang 5, Heft 1 · EUR 10,00



Themenschwerpunkt:

Frauen & Körper
Körper & Trauma
Trauma & Verarbeitung



Bundesverein zur Prävention von sexuellem Mißbrauch an Mädchen und Jungen e.V.

Liebe Leserinnen und Leser,

Sie finden in dieser Ausgabe im Themenschwerpunkt einen Rückblick auf die Fachtagung des Bundesvereins im November 2002. Der Vortrag von Dr. Ingrid Olbricht wurde mit großer Begeisterung aufgenommen und soll deshalb hier für alle verfügbar sein. Ergänzt wird ihr Beitrag von Dami Charf aus Göttingen, die den Schwerpunkt Körper und Trauma bearbeitet, der mich schon in der Vorbereitung sehr neugierig auf mehr gemacht hat. Wenn es Ihnen auch so geht: Dami Charf und ihre Kollegin machen dazu ein Fortbildungsangebot, das in diesem Heft ebenfalls vorgestellt finden.

Ganz herzlichen Dank an die beiden Autorinnen für Ihre Arbeit und das großzügige zur Verfügung stellen der Beiträge.

Das nächste Heft ist jetzt in Vorbereitung. Die Fäden der Fachredaktion laufen zusammen bei Petra Risau, *Institut für Forschung und Lehre für die Primarstufe / Universität Münster*.

Thema: Kreative Medien.

Termine, Fortbildungsangebote usw. sind bei der Redaktion herzlich willkommen.

Leider mussten Sie dieses Mal sehr lange auf Ihre Zeitung warten. Es kam einiges zusammen – zuletzt auch noch einige technische Schwierigkeiten bei Satz und Layout, die wir schließlich beheben konnten. Dafür entschuldigen wir uns und wünschen – nun endlich – gute Anregungen mit diesem Heft.

Vielen Dank für Ihre / Eure aktive Mithilfe!

Marion Mebes

In dieser Nummer

Thema: Frauen – Körper – Trauma – Verarbeitung

| | |
|---|----|
| Sexualisierte Gewalt, Traumatisierung von Mädchen u. Jungen . | 3 |
| Literatur zum Thema | 21 |
| TRIMB Fortbildung | 22 |
| Trauma und Körper | 23 |
| Empowerment-Network | 29 |
| Neuerscheinungen | 31 |
| 15 Jahre Wildwasser / Veranstaltungen | 33 |
| Kampagnen und Materialien | 34 |
| Abo-Info / Bundesverein Beitrittserklärung | 35 |
| Vermischtes | 36 |

Impressum

Verlag und Herausgeberin

Bundesverein zur Prävention von sexuellem Mißbrauch an Mädchen und Jungen e.V.

Postfach 4747 • D-24047 Kiel

Redaktion: Marion Mebes

Satz und Gestaltung: Michaela Fehlker, wogo.de/sign, Overath

Bezug: über den Bundesverein (Fax c/o Donna Vita: 0180 - 36 55 626

eMail: prävention@bundesverein.de)

Kosten: Einzelbestellungen 5,20 EUR / Heft plus Versand in Höhe von 1,50 EUR.

Abonnement für 1 Jahr (6 Ausgaben - davon eine Doppelausgabe) 32 EUR

Diese Kosten gelten für Inlandsversand.

Versand erfolgt gegen Rechnung, Vorkasse per Scheck oder Überweisung

(bitte mit vollständiger und lesbarer Adresse an den

Bundesverein zur Prävention von sexuellem Mißbrauch an Mädchen und Jungen e.V.

KontoNr. 200 18 801 BLZ 216 50 110 Sparkasse Husby

Frauen und Männer im *Bundesverein* erhalten die *prävention* im Rahmen ihrer

Mitgliedschaft kostenlos.

Beiträge, Artikel, Rezensionen, Tipps, Ankündigungen etc. bitte senden an:

Redaktion Marion Mebes c/o Donna Vita * Sudermanstr. 5 * 50 670 Köln

Am liebsten per Diskette, per Email marionmebes@bundesverein.de

Nächster Redaktionsschluß: 20. Juni 2003

Prävention 6. Jg. 1-2/2003 ISSN 1436 0136 ©2003 Bundesverein zur Prävention

von sexuellem Mißbrauch an Mädchen und Jungen

Druck: Verlagsservice Wilfried Niederland, Königstein

Bildnachweis: Märchenillustrationen aus: "Deutsche Bilderbogen für Jung & Alt" von 1868, Verleger Gustav Weise

Sexualisierte Gewalt

Traumatisierung von Mädchen und Jungen

Dr. Ingrid Olbricht

Der Begriff „Trauma“ wird derzeit inflationär benutzt, daher ist eine korrekte Definition und eine Unterscheidung zwischen Belastung, Stress und Trauma notwendig.

Traumataerfahrungen sind immer mit Ereignissen verbunden, die außerhalb des Rahmens normaler menschlicher Verarbeitungsmöglichkeiten liegen und die für jeden Menschen seelisch extrem belastend und qualvoll sind. Das Selbst wird überflutet von Reizen, Affektstürmen und Katastrophenerfahrungen. Durch ein Trauma wird die körperliche Unversehrtheit oder das Leben bedroht, die Betroffenen erleben sich als Opfer schrecklicher, unfassbarer Ereignisse, denen sie hilflos ausgeliefert sind. Handeln hat keinen Sinn mehr, weder Widerstand noch Flucht sind in traumatischen Situationen möglich. Das Selbstverteidigungssystem ist extrem überfordert, es kommt zum Zusammenbruch und zur temporären oder dauerhaften Zerstörung des komplexen Selbstschutzesystems.

Besonders gravierend sind die Folgen von Gewalterfahrungen, die auf menschliches Handeln zurückgehen. Dabei ist das Hinzutreten von sexueller Misshandlung, wie bei der Begegnung mit sexualisierter Gewalt in der Kindheit oder bei der Vergewaltigung, ein zusätzlicher traumatisierender Faktor.

Eine weitere zusätzliche Traumatisierung ist das Erleben extremer Defizite wie bei der Verwahrlosung, frühen Beziehungsdefiziten in Bezug auf die frühen Bezugspersonen oder Heimaufenthalte. Oft werden kombinierte Traumata erlebt, insbesondere auch bei der Traumatisierung von Kindern durch sexualisierte Gewalt.

Das Ausmaß der akuten und chronischen Reaktionen wird mitbestimmt durch die Merkmale der traumatischen Situation, durch Schwere, Dauer und Häufigkeit des Traumas und des erlebten Kontrollverlustes sowie durch die vorher entwickelten Bewältigungskompetenzen, also von Alter und Entwicklungsstand des betroffenen Individuums und zusätzlich durch die Reaktionen des sozialen Umfeldes, das Ausmaß von Schutz, Verständnis und Unterstützung sowie eventuell dadurch, ob akut professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden konnte.

Die akute Stressreaktion als unmittelbare Traumafolge ist gekennzeichnet durch Übererregung mit innerer Unruhe,

Aggressivität und Schlafstörungen, durch rekurrente intrusive Erinnerungen, tagsüber als Flash backs, nachts als Alpträume sowie als Vermeidungsverhalten nach innen und außen. Die akute Reaktion ist praktisch bei allen Traumabetroffenen zu beobachten, sie nimmt üblicherweise im Lauf von Wochen bis Monaten ab. Wenn sie sich zu irgendeinem Zeitpunkt wieder verstärkt und intensiviert, sprechen wir von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), die behandlungsbedürftig ist.

Sie kann zum Auslöser für schwere Entwicklungsstörungen werden. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine PTBS entwickelt wird und anhält, höher, wenn das Trauma auf das Handeln von Menschen zurückgeht, wenn es auf eine Persönlichkeit trifft, deren Bewältigungskompetenzen nicht ausreichend entwickelt sind, wenn es lange andauert oder sich häufig wiederholt, wenn moralische Konflikte und Tabus eine Rolle spielen und wenn das soziale Umfeld die Traumatisierung ignoriert bzw. das Opfer für die erlittenen Erfahrungen entwertet und keine Hilfsmöglichkeiten bestehen.

Die Traumatisierung durch sexualisierte Gewalt in der Kindheit ist nach wie vor ein wichtiger Faktor für Frauengesundheit.

Bei sehr hohen Dunkelziffern werden jährlich Hunderttausende von Kindern mit sexualisierter Gewalt konfrontiert. Soweit bekannt ist, sind 80 bis 90% der betroffenen Mädchen, Jungen sind bis zu 20% betroffen.

90 bis 95% der Täter sind Männer, 50-75% davon entstammen dem familiären Nahbereich, wie Väter, Stiefväter, Großväter, Brüder und Onkel. Die Aufklärungsrate ist sehr gering, die Dunkelziffer hoch. Ob die Zahlen zutreffen, ist daher nur schwer zu beurteilen. Nur etwa 6 % sind Fremdtäter.

Diese werden eher angezeigt, die Dunkelziffer ist also niedriger. Der „böse Onkel“, vor dem gewarnt wird, ist wie die Zahlen zeigen, weitaus ungefährlicher als der scheinbar zärtliche und liebevolle, leibliche oder soziale Vater oder der vertraute Mann aus dem Umfeld, vor dem die Mädchen nicht gewarnt werden. Für die sexualisierte Gewalt an Mädchen sind also in den seltensten Fällen sogenannte Triebtäter oder „Sexmonster“ verantwortlich. Meist handelt es sich um Männer, die auch von ihren Familien für völlig normal gehalten werden.



Die Traumatisierung durch sexualisierte Gewalt ist kein Problem unserer Zeit. Schon Freud wurde mit Inzesterfahrungen von Frauen konfrontiert und verstand diese anfänglich als reale Begebenheiten. Unter massivem gesellschaftlichem Druck verlegte er jedoch bald die Tatsache in die Phantasie der Töchter, die inzestuösen Wünsche und Handlungen der Väter wurden per Schuldverschiebung in die Psyche der Töchter projiziert, damit das untadelige Vaterbild gerettet werden konnte. Die Theorie entlastet so die Täter. Das hat nach wie vor auch heute noch Folgen in der Therapie, da es immer noch Therapeuten gibt, die sexualisierte Gewalterfahrungen als Wunschphantasien abtun.

Exkurs zum Begriff des sexuellen „Missbrauchs“

Diese Bezeichnung ist in sich völlig unlogisch, denn sonst müsste es auch einen „sexuellen Gebrauch“ von Kindern oder auch von Frauen geben, wie es Alkoholgebrauch und Alkoholmissbrauch gibt. Der Begriff reduziert zudem Kinder und Frauen auf das Niveau eines Genussmittels oder Gebrauchsgegenstandes, nicht eines eigenständigen Individuums mit dem Recht, selbst mitzubestimmen. Mit Hilfe dieser Bezeichnungen werden Frauen und Kinder zu Objekten degradiert, die beliebig benutzbar sind und keinen eigenen Willen haben. Das ist eine gefährliche Suggestion, die dem Täter scheinbar recht gibt. Wenn Kinder und Frauen Konsumgüter sind, dann dürfen sie auch konsumiert werden. Diese Bezeichnung des Missbrauchs dient also auch der Rechtfertigung und damit dem Täterschutz.

Als Diagnose, die auch aus dem angloamerikanischen „Abuse“ stammt, benennt sie, wie sonst keine Diagnose in der Medizin, die Ursache, nicht aber das Ausmaß des Schadens, der dadurch entstanden ist. Wir würden einen Oberschenkelhalsbruch als Glatteisfolge nicht mit der Diagnose „Glatteisunfall“ belegen, denn darin steckt keine Möglichkeit einer adäquaten Behandlung. Das Gleiche gilt für den „Missbrauch“ – dass er ein Trauma ist, dass er alle Folgen eines Traumas für die Entwicklung und die Lebensqualität beinhaltet, wird nicht sichtbar, auch nicht, dass Traumatherapie das Mittel der Behandlung sein muss.

Eine ganz grundsätzliche Möglichkeit der Prävention, die das Trauma nicht auf der Ebene von Ge- und Missbrauch ansiedelt, wäre eine Veränderung der Begriffe. Worte sind Symbolisierungen, und damit sind sie wirksam. Misshandlungen und die sexualisierte Gewalt in der Kindheit müssen unterschieden werden von späteren Gewalterfahrungen, Gewaltbeziehungen und Vergewaltigungen, von Prostitution und Pornographie, hinzu kommt die strukturelle Gewalt im Umgang mit Frauen am Arbeitsplatz oder anderswo in dieser Gesellschaft, beispielsweise auch im Gesundheitswesen. Dazu kommt erschwerend, dass viele Frauen und Mädchen immer noch schweigen, verdrängen, verleugnen, bagatellisieren. Der häufig benannte Sturz von der Kellertreppe, das Laufen gegen offene Türen und weitere angebliche Ungeschicklichkeiten von Frauen sind bekannt, sie dienen immer dem Täterschutz.



Bei der Enttabuisierung und Bewusstmachung der Gewalterfahrungen von Mädchen und Frauen spielt eine oft nicht in vollem Ausmaß gewürdigte Entwicklung eine wichtige Rolle. Die Realität von Traumaerfahrungen bei Mädchen wurde zuerst in der wichtigsten sozialen Bewegung des 20. Jahrhunderts der Frauenbewegung, die objektiv die meisten Bewusstseinsänderungen und Verbesserungen für Frauen erarbeitet und erkämpft hat, und hier besonders in der Beratungs- und Selbsthilfe-Bewegung, wahrgenommen, aufgegriffen und öffentlich gemacht. Nach wie vor bestehen große Widerstände oder aber Voyeurismus in den Medien bei den Erkenntnissen zum Realtrauma, zur Behandlung und zu den Folgen für die betroffenen Frauen, die nach wie vor tendenziell eher verharmlost werden. Das beginnt damit dass die Traumatisierung durch Übergriffe, Berührungen, Stimulation oder Pornographie verharmlost und lediglich die Penetration als vollzogene Traumatisierung gesehen wird.

Sexuelle Traumatisierung ist aber alles, was der sexuellen Befriedigung des Täters auf Kosten des Kindes dient. die Auswirkungen und Folgen, die gleichzeitig Hinweise auf das Trauma bieten, sind je nach Lebensalter unterschiedlich. Sie sind um so gravierender,

- je größer der Altersabstand zwischen Täter und Opfer ist,
- je größer die verwandtschaftliche Nähe ist,
- je länger die sexuelle Traumatisierung andauert,
- je jünger das Kind bei Beginn der Traumatisierung war,
- je mehr Gewalt angedroht oder angewendet wird,
- je vollständiger die Geheimhaltung ist,
- je weniger schützende Vertrauensbeziehungen, etwa zur Mutter oder zu anderen Personen, bestehen.

Gewalterfahrungen von Mädchen und Frauen prägen Entwicklung, Gesundheit und Lebensqualität von Frauen ganz entscheidend mit. Sie sind sehr unterschiedlich in Art und Intensität, aber sie hinterlassen Spuren und wirken auf die körperliche und seelische Gesundheit und Befindlichkeit ein, teils ganz direkt, teilweise erst später, wenn die Spuren nicht mehr zurückverfolgt werden und die Zusammenhänge nur schwer hergestellt werden können. Außerdem gibt es *die* Gewalt ohnehin nicht, sie hat viele Gesichter, verschiedene Formen von Gewalt werden oft kombiniert und damit verstärkt, sie wirkt damit sehr vielfältig und hat sehr unterschiedliche Folgen. Das macht es noch schwerer, mit Sicherheit sagen zu können, welche gesundheitlichen Probleme von Frauen sich auf Gewalteinwirkungen zurückführen lassen.

Es ist auch nach wie vor nicht deutlich, wie die gesundheitlichen Folgen von unterschiedlichen Gewalterfahrungen sich zur Art der Gewalteinwirkung, zu Zeitpunkt, Dauer und Schwere verhalten und welche Wirkung Position oder Beziehung zum Täter im Verhältnis zum Opfer haben. Um es ganz deutlich zu sagen, es gibt nach wie vor, trotz Bewusstseinsförderung, trotz einer Intensivierung der Gewaltdebatte, in Forschung und Gesundheitswesen noch viel zu wenig wirklich sichere Daten zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Gewalt an Frauen.

Es gibt akute einmalige und chronische Gewalt, körperliche und psychische, die meist beide eine Rolle bei Gewalttaten spielen, direkte und indirekte. Wir müssen zudem zeitnahe und Spätfolgen für Frauengesundheit unterscheiden. Dabei sind die direkten körperlichen Folgen noch am einfachsten wahrzunehmen.

Die häufigsten Formen von physischer Gewalt bestehen in Schlagen, Treten, Würgen, Bedrohung durch Messer, Rasierklingen, Glasscherben, Schusswaffen, in Morddrohungen und Tötungsversuchen.

Direkte körperliche Folgen von Gewalterfahrungen sind Verletzungen wie Blutergüsse, Prellungen, Kratz-, Schürf-, Platz-, Biss- und Brandwunden, Verletzungen des Genitales und dessen Umgebung, Knochenbrüche in den verschiedensten Bereichen. Bei sehr kleinen Mädchen ist insbesondere auch auf den Mundbereich zu achten. Die Verletzungen können unbehandelt zu Infektionen und Narben führen. Zu achten ist auch auf alte oder schlecht verheilte Knochenbrüche oder andere Verletzungen.

Eine weitere Folge von Gewalterfahrungen kann das Auftreten sexuell übertragbarer Krankheiten sein. Für die Altersgruppe zwischen 2 und 10 Jahren sind die häufigsten Infektionen, die praktisch beweisend für sexualisierte Gewalt sind, die Erreger von Syphilis und Gonorrhoe. Sie werden nicht über Handtücher oder Klodeckel übertragen, das ist eine unzutreffende Schutzbehauptung. Bei Chlamidien, genitalen Herpes simplex Typ II und Humanen Papilloma-Viren ist der Verdacht erheblich. Hier haben wir die paradoxe Situation, dass eine Infektion insofern hilfreich sein kann, als sie Hinweise auf sexualisierte Gewalt und den Täter geben kann. Denn die Opfer sind oft nicht fähig, klare Angaben zu machen, gerade bei sehr verängstigten oder sehr kleinen Kindern, deren Sprachfähigkeit noch nicht ausreichend entwickelt ist. Besonders verhängnisvoll ist die Infektion mit HI-Viren.

Zu den direkten körperlichen Folgen von Gewalterfahrungen sind auch die Veränderungen von Hirnbiologie und Hirnphysiologie zu zählen, die bei akuten und chronischen Trauma- und Stresserfahrungen auftreten, und die veränderten Erinnerungsspeichermodalitäten im Gehirn, die zur Ausbildung verschiedener ungewöhnlicher Gedächtnisphänomene führen und insbesondere für die seelische Stabilität und Entwicklung Folgen hat.

Traumatisierte nehmen Reize anders auf, sie ordnen anders zu als Personen ohne Traumaerfahrungen. Neuere Forschungen über traumatische Erfahrungen stellen einige Grundideen zur Natur des Gedächtnisses in Frage, nämlich dass Erinnern immer ein konstruktiver und kontinuierlicher Prozess ist, der in Worten und Symbolen ausgedrückt werden kann, dass das Gedächtnis dem Bewusstsein grundsätzlich zugänglich ist und dass Gedächtnisinhalte im Lauf der Zeit verblassen und dass sie normalerweise immer mit Bedeutungszuschreibungen verknüpft sind.



Das Infragestellen dieser Grundideen wurde möglich dadurch, dass die Forschung sich von der Neurophysiologie weg entwickelte, die die Reaktionen des Organismus, z.B. die Funktionen und Menge von Neurotransmittern misst. Durch neue Untersuchungsmethoden konnte sich die Forschung auf diejenigen Strukturen konzentrieren, die an der Interpretation von sensorischen Informationen beteiligt sind. Solche Untersuchungen können beispielsweise mit der Methode der PET (Positronen-Emissions-Tomographie) durchgeführt werden.

Inzwischen ist bekannt, daß es einen qualitativ signifikanten Unterschied zwischen der Art und Weise gibt, wie traumatisierte Menschen und nichttraumatisierte Reize aufnehmen, selektieren und kategorisieren. Dabei haben systematische Forschungen die klinischen Beobachtungen bestätigt, die bei der Wandlung einer stressvollen Erfahrung zu einer traumatischen gemacht wurden.

Hier scheinen – bei aller Komplexität der Strukturen und der Interaktionen insbesondere zwei Hirnstrukturen eine besondere Rolle zu spielen. Das kognitive Gedächtnissystem des Hippokampus speichert episodisch, mit moderaten Gefühlsqualitäten, es zeichnet Informationen neutral und kontrolliert auf, integriert und ordnet räumlich und zeitlich zu, so dass keine Gefahr besteht, dass Gedächtnisinhalte für gegenwärtige Wahrnehmungen gehalten werden. Die Erinnerungen werden als Wortrepräsentanz kodiert, die Erinnerungen können also ohne weiteres in Worte gefasst und geschildert werden. Es gibt Verbindungen zu beiden Hemisphären, zum Sprachzentrum und zu anderen Hirnbereichen. Dieses Gedächtnis entwickelt sich etwa ab dem 4.-12. Lebensjahr, an Ereignisse vor der Entwicklung des Hippokampus, also in der frühesten Kindheit, können wir uns nicht erinnern.

Dieses „Archiv“ schaltet aber beim Erreichen eines bestimmten Reizpegels ab. Wenn der Stress zu groß wird, wird dadurch das Selbst geschützt. Dann übernimmt die Amygdala, der Mandelkern, der in jeder Gehirnhälfte seitlich des Temporallappens liegt, die Speicherung. Die Amygdala speichert direkt, ohne Einschaltung der Hirnrinde, sie speichert fragmentarisch im Hier-und-Jetzt-Erleben, sie speichert überwiegend Sinneseindrücke, also sensorische Merkmale wie Bilder, Geräusche, Gerüche, Körpergefühle, Affekte und begleitende Emotionen. Erinnerungen werden als Gefühlsrepräsentanzen kodiert und sind damit verbal nur schwer zugänglich, zumal kaum Verbindungen zu anderen Hirnanteilen bestehen. Das erklärt auch das Nicht-verbalisieren-können oder die Schilderung von traumatischen Ereignissen mit den immer gleichen, fast stereotypen Worten und Sätzen. Dieses Gedächtnis ist ab der Geburt und vielleicht bereits vor der Geburt aktiv. Die hier gespeicherten Erinnerungen sind nicht zugänglich, nur triggerbar. Das heißt, dass bei bestimmten Gefühlsqualitäten die Amygdala „anspringt“ diese Erinnerungen aber nicht in einen biographischen Kontext einbettet. Sie arbeitet dissoziativ, d.h. sie kennt keine Verknüpfung mit anderen Ereignissen und

damit auch keine Vergangenheit. Die Amygdala wird am stärksten aktiviert durch Angst, Furcht, Schrecken. Damit ist sie auch für das emotionale und soziale Verhalten des Menschen bedeutsam.

Die sexualisierte Gewalt an Frauen und Kindern hat also ganz verschiedene Perspektiven, verschiedene Ansätze und

Richtungen sind notwendig, um zu verstehen, welche Folgen sie für die Entwicklung und damit auch für eine mögliche therapeutische Behandlung hat.

| „Kühles“ Hippocampus-System | „Heißes“ Amygdala System |
|---|--|
| Explizites Gedächtnis / „Archiv“ | Implizites Gedächtnis / „Feuerwehr“ |
| Episodisch Biographisch Narrativ Moderat Konkret Neutral Kontrolliert Integriert | Fragmentarisch Hier + Jetzt-Erleben Sensorische Eindrücke Reizabhängig Ungeordnet Unverschlüsselt |
| Erinnerungen werden als Wort-Repräsentanz kodiert | Erinnerungen werden als Gefühlsrepräsentanz kodiert |
| Verbindungen zu – beiden Hemisphären – Sprachzentrum – Thalamus | Keine Verbindungen zu – Thalamus – Sprachzentrum – linker Hemisphäre (=Dissoziation) |
| Ab 6.-12. Lebensjahr aktiv | Ab Geburt aktiv |
| Selbst | Angst |
| Schaltet bei erhöhtem Stresspegel ab und schützt das Selbst | Leicht triggerbar. Arbeitet isoliert ab bestimmten Stresspegel |
| Trauma: schaltet ab | Trauma: schaltet sich ein |
| Assoziativ: was zusammen auftrat, wird getrennt und neu verknüpft | Dissoziativ: Keine Verknüpfung mit anderen Ereignissen, kennt keine Vergangenheit |

Weibliche Geschlechtsidentität – weibliche Opferrolle

Die sexualisierte Gewalt verändert sowohl die Beziehung zur eigenen Körperlichkeit wie auch die Entwicklung seelischer Strukturen.

Körperliche und seelische Entwicklungsphänomene lassen sich an sich nicht deutlich getrennt beschreiben, sie stehen in wechselseitigen Beziehungen und bedingen einander. Die getrennte Betrachtung entspricht also der üblichen Leib-Seele-Spaltung, hat aber Konsequenzen für die Betrachtung von Gewaltfolgen und deren Behandlung. Körperliche Symp-

tome und Störungen werden von der somatischen Medizin behandelt, seelische Folgen von Psychiatrie und Psychotherapie. Die Spaltung setzt sich also bis hin in die Behandlung fort, daher ist die Unterscheidung von körperlichen und seelischen Gewaltfolgen sinnvoll.

Das Bewusstsein für den eigenen Körper, die Körpergefühle und ihre Wahrnehmung sowie ihre Deutung als angenehm oder unangenehm, lustvoll oder unlust- und angstbesetzt oder gar gefährlich, als positiv oder negativ entwickelt sich im Ver-

lauf der Kindheit, ebenso wie die positive oder negative libidinöse Besetzung, die letztlich die Beziehung zum eigenen Körper und sein Erleben prägt.

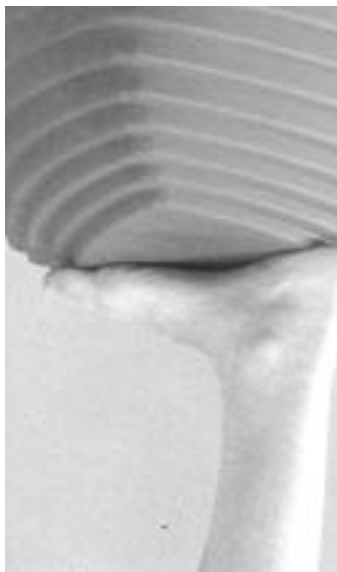
Der Körper ist Selbst und Objekt zugleich. Als Leib, wie der beseelte Körper bezeichnet wird, ist er der Ort des subjektiven Erlebens, Empfindens und Wahrnehmens, als Körper nimmt er gleichzeitig objektiv mit seinen Sinnesorganen die Eindrücke auf.

Nach der Geburt erlebt ein Kind nach der vorherigen Gleichmäßigkeit der Lebensbedingungen plötzlich sehr wechselvolle Innen- und Außenzustände. Als Innengefühle erlebt es Hunger und Durst, Befriedigung oder Mangel, Darmdruck, Entleerung, möglicherweise auch Beschwerden durch Blähungen oder Wundliegen, es erlebt Frieren und Schwitzen, Müdigkeit, Geborgenheit oder Verlassenheit, es erfährt also angenehme oder unangenehme Innengefühle.

Und es erlebt unterschiedliche Außenbedingungen, Füttern oder Hungern lassen, Pflege und Versorgung oder Vernachlässigung, Wärme oder Kälte, Zuwendung oder Ablehnung, also auch hier ganz unterschiedliche, angenehme oder unangenehme Bedingungen. Es erlebt die Berührung der Haut und eine Stimulation der anderen Sinne durch Bilder, Geräusche und Gerüche. Es macht also Erfahrungen, wobei es anfangs natürlich noch nicht unterscheiden kann, ob die Gefühle von innen oder von außen verursacht werden. Allerdings kann es von Anfang an deutlich Angenehmes und Unangenehmes unterscheiden und reagiert ganz unterschiedlich darauf.

Durch die Erfahrungen lernt es zu unterscheiden und Grenzen wahrzunehmen, innen und außen, Körpergrenzen, Haut und später auch Selbst und Nicht-Selbst. Es kann schon früh die Bezugspersonen erkennen, wie die genaue Beobachtung der frühen Interaktionsmuster zwischen Säugling und Pflegepersonen zeigen. Bereits das Neugeborene bringt die Fähigkeit mit, den Kontakt mit dem sozialen Umfeld selbst aufzunehmen und zu reagieren. Dem entspricht ein unbewusstes Elternverhalten, das auf das Verhalten des Säuglings intuitiv reagiert und das nicht geschlechtsspezifisch ist. Frauen wie Männer reagieren fast gleich auf das Verhalten und die Kontaktangebote des Säuglings und sind damit gleichermaßen in der Lage, das Kind zu versorgen. Die Ausschließlichkeit der Mutter-Kind-Beziehung lässt sich biologisch nicht aufrecht erhalten.

Das Wechselspiel von Kommunikation und Reaktion, von Bedürfnis und Bedürfnisbefriedigung ist dabei eine wichtige Erfahrung für die körperliche und seelische Entwicklung des Kindes. Die Erfahrung der Angemessenheit ist förderlich für die Entwicklung von Körpergefühlen und Körperwahrnehmungen, aber auch von Identität und Selbstwertgefühl, während die Erfahrung von Mangel oder Überflutung oder von unangemessenen ambivalenten Angeboten diese Entwicklung negativ beeinflusst. Wird die Haut gepflegt, gestreichelt, gewärmt, dann erlebt das Kind sie als angenehm und kann die eigene Haut als Körpergrenze lustvoll und positiv akzeptieren. Wenn



Grenzen geachtet werden, können sie als „richtig“ angenommen werden. Wer das richtige Maß erfahren hat, hat gelernt, was sich gut anfühlt und lernt an diesem Beispiel, selbst zu dosieren. Zu häufiger, vor allem unangemessener und unangenehmer Körperkontakt ruft das Gefühl hervor, dass Körpergrenzen nicht respektiert werden und unangenehm oder gar schmerzhaft sind und dass sie etwas darstellen, das besser nicht wahrgenommen wird. Ein Mangel an Körperkontakt, also Vernachlässigung, Ablehnung und Ekel hingegen führt dazu, dass Unsicherheit und Undeutlichkeit in Bezug auf Körpergrenzen entsteht. So kann eine unstillbare Bedürftigkeit entstehen. In beiden Fällen entwickelt sich kein richtiges Gefühl für Grenzen. Das Kind erfährt sie als unlustbetont und sogar gefährlich. Es lehnt sie – und in der Folge oft sich selbst – ab, stellt sie und sich selbst infrage, es kann bis hin zur Dissoziation von Körpergefühlen kommen. Diese ganzen Entwicklungsvorgänge laufen natürlich völlig unbewusst ab, auch die Folgen entziehen sich dem Bewusstsein, sie zeigen sich erst später in der Beziehung zum eigenen Körper, im Umgang mit ihm und seinen Funktionen.

Aber auch der Hunger als körperliche Funktion spielt für die Beziehung zum Körper eine existentielle Rolle. Wird er angemessen gestillt, dann entsteht Zufriedenheit und das Gefühl, dass der Hunger und das eigene Gefühl dafür angemessen und richtig sind und dass sie ernst genommen werden. So erlebt sich das Kind in seiner Bedeutung und in seinen Äußerungen bestätigt, es ist „richtig“. Zu viel Nahrungsangebot, überfüttern, führt zu dem Gefühl, dass die eigenen Bedürfnisse nicht respektiert werden, also vielleicht falsch sind. Zu wenig Versorgung hinterlässt einen Hunger, der bei extremem Mangel schließlich nicht mehr wahrgenommen wird um das Überleben zu sichern. Auch hier kann schon früh die Dissoziation von Körpergefühlen einsetzen oder es kann das suchtartige Gefühl entstehen, nie genug zu bekommen, als eine nicht zu befriedigende Bedürftigkeit. Ambivalentes Füttern oder Entfremdung der Nahrungszufuhr als Mittel der Belohnung, als Beweis oder Ersatz für Zuwendung verändert die Bedeutung des Hungers und der Nahrungsmittel und hinterlässt Unsicherheit, oft auch in Bezug auf Empfindung von Hunger oder Sättigung.

Auch der Eigenrhythmus spielt hier eine Rolle. Es ist wichtig, dass er geachtet wird, denn dann kann ihn ein Kind als „richtig“ und angemessen erleben. Werden seine Bedürfnisse, aber auch seine Ablehnung genauso akzeptiert, dann entwickelt es die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und später angemessen zu befriedigen. Die Achtung oder die Störung der Körperrhythmen spiegelt sich später im Erleben des Menstruationsrhythmus wider. Die besorgniserregende Zunahme von Ess- oder Schlafstörungen können ebenfalls mit frühen Erfahrungen zusammen hängen. Denn die Achtung vor körpereigenen Rhythmen ist uns im Wesentlichen verloren gegangen. Wir essen zu bestimmten Uhrzeiten, die oft vom

Arbeitsrhythmus, aber auch von Gewohnheiten, bestimmt werden und nicht mehr dann, wenn Hunger auftritt. Die äußere Gestaltung des Tages und die Fixierung auf Uhrzeiten ist wichtiger geworden als der innere Rhythmus des Körpers. Das Gleiche gilt für den Schlafrythmus. Wir schlafen, wenn die Arbeit getan, das Fernsehen gesehen, oder wenn die Kneipen geschlossen werden.

Auch die stimulierenden Wirkung von sensorischen Wahrnehmungen wie Bildern, Geräuschen und anderen Sinneseindrücken spielt in der Entwicklung des Kindes eine zunehmende Rolle. Sie befriedigt Interesse und Neugier und unterstützt die Schulung der Wahrnehmungsfähigkeit.

Eine Reizüberflutung kann zum Abschalten bis hin zur Dissoziation oder aber zur Entwicklung eines suchtartigen Konsums von Reizen führen. Dann ist das Gefühl für Befriedigung und für Dosierung gestört oder dissoziiert. Ein zu geringes Reizangebot kann zum Desinteresse und in den Rückzug führen, aber auch das Gefühl unstillbarer Bedürftigkeit zur Folge haben.

Zur frühen Entwicklung gehört auch die Entdeckung des eigenen Körpers, der Hände und Füße und damit der Handlungsfähigkeit, und auch die Entdeckung der Geschlechtsorgane. Alles wird erforscht, in Besitz genommen und libidinös besetzt. Hat ein Kind die Möglichkeit, ungestört den eigenen Körper und auch die eigenen Geschlechtsorgane zu entdecken und erlebt es positiv gewährenden Anteilnahme bei den Bezugspersonen, so wird sich sein Gefühl für den eigenen Körper positiv entwickeln. Nichtachtung, Ablehnung, Verbote, Grenzverletzungen, Übergriffe und Gewalterfahrungen beeinträchtigen die Entwicklung der psychosexuellen Identität maßgeblich.

So sind die Erfahrungen mit den Bezugspersonen und deren Verhalten entscheidend für die Entwicklung des Körperbildes, den Bezug zum eigenen Körper und zur eigenen Sexualität.

Bei früh traumatisierten Kindern finden wir demzufolge in der weiteren Entwicklung regelhaft bestimmte charakteristische Auffälligkeiten, die abhängig sind von Zeitpunkt, Art und Dauer der Traumatisierungen. Die Gewalt gibt es ohnehin nicht, außerdem sind verschiedene Formen von Gewalt oft kombiniert und wirken damit in ihren Auswirkungen verstärkt und verstärkend. Wichtig ist auch, in welcher Lebens- und Entwicklungsphase die Über- oder Unterstimulierung in welchen Körper- oder Lebensbereich einwirken. Wenn der Körper der Ort von Traumatisierungen ist, wie dies bei Misshandlungen und insbesondere bei sexualisierter Gewalt meist erfahren wird, dann kann die Entwicklung des Körperbildes und der körperlichen Funktionen nicht ungestört ablaufen, wie sich aus dem Vorangegangenen ergibt.

Werden Reizschranken ständig durchbrochen, kommt es durch die übermäßige Reizzufuhr durch Gewalt und Trauma zur Überstimulierung. Dann kann sich ein Gefühl für Grenzen nicht angemessen entwickeln. Hinzu kommt nicht selten eine

Unterstimulierung durch Vernachlässigung und Defizite, die zu einem quälenden Mangel an angemessener Reizzufuhr und positiven Körpergefühlen führt. Beides ist unerträglich und wird meist mit Hilfe der Dissoziation als Fähigkeit, nur teilweise etwas oder nichts mehr zu spüren, bewältigt und überlebt. Hinzu kommt, dass der Körper eines traumatisierten Mädchens nicht ihm selbst gehört, es darf nicht darüber verfügen, es darf nicht bestimmen, was ihm wann und wie geschieht. Abwehr oder Flucht sind meist nicht möglich, sei es, weil das Kind noch zu klein ist, um zu begreifen, was geschieht, um sich angemessen zu wehren, sei es, dass das Kind mit Drohungen oder Gewalt gefügig und über die Angst handlungsunfähig gemacht wird.

Das Gefühl, dies ist nicht mein Körper, ich bestimme nicht darüber, wird durch die Dissoziation scheinbar bestätigt. Zusätzlich kommt es zu einer weiteren Entfremdung: Der Körper des Mädchens dient der Macht- und Triebbefriedigung von

anderen, oft des Vaters oder anderer Familienmitglieder – die meisten Traumatisierungen finden im nahen sozialen Umfeld statt –, er dient nicht dem eigenen Erleben, dem ungestörten Kennenlernen und Nutzen der eigenen Möglichkeit, eigene Erfahrungen zu machen. Diese Entfremdung geht weit über die Störung der Abgrenzungsfähigkeit und der Selbstverfügung hinaus. Letztlich wird der Körper, der ja vorhanden ist, und der sich trotz der Dissoziation immer wieder in Erinnerung bringt, aber nicht wahrgenommen oder gar genutzt werden darf, zur

Quelle von Angst, Anspannung, Verletzung, Schmerz und Leiden, auf ihn kann alles Negative und Feindliche projiziert werden, er ist der latente Feind, der in der Vorstellung des Kindes die Gewalterfahrungen und das Trauma auslösen. Deshalb wird er mit Ablehnung und Hass verfolgt.

Die Entfremdungserlebnisse von Körperzonen führen zusätzlich zu einem fragmentierten Körperbild, es kann gefühllose oder „tote“ Zonen geben, zugleich kann eine Aktiv-Passiv-Spaltung auftreten. Aktive Bereiche können einerseits hilfreich und schützend, andererseits möglicherweise böse sein, weil sie an der – verbotenen, tabuisierten, bösen – Tat beteiligt sind. Passive Bereiche werden oft dem Täter als Ort der Verletzung, der Gewalt und der Überwältigung zur Verfügung gestellt. Um den Preis dieses Opfers werden andere Stellen des Körpers gerettet oder der seelische Bereich geschützt. Oft wird der Körper durch die Dissoziation als fremdes Objekt, als Nicht-Selbst erlebt, und dennoch ist er vorhanden, so nahe wie nichts sonst. Durch diese Phänomene, dissoziativen Mechanismen und Fragmentierungen kann sich kein zusammenhängendes Körper-Selbst, Körper-Bild und Körper-Gefühl entwickeln. Der Körper ist nur noch als Feind wichtig, alle negativen Gefühle können auf ihn verschoben werden, er ist der Böse, nicht der Täter, der in der Vorstellung das Leid und das Leiden verursacht hat



und – bei chronischen Traumatisierungen – immer wieder neu verursacht wird. Er wird durch sein Leiden zur Grenzzone zwischen Leben und Tod.

Dies wird besonders deutlich bei der Wendung gegen den eigenen Körper im autoaggressiven, selbstschädigenden Verhalten.

Der Täter ist nicht erreichbar, immer zur Verfügung steht aber der eigene Körper, zu dem die Beziehung ohnehin schwierig geworden ist, wenn er zum Nicht-Selbst und zum Feind geworden ist. Daher besteht die große Gefahr selbstschädigender Handlungen.

Anhaltende Auslieferungs- und Ohnmachtserfahrungen wie bei der sexualisierten Gewalt in der Kindheit bewirken zudem chronische Stressreaktionen. Wenn Stress über längere Zeit einwirkt, entsteht Dauerstress mit emotionaler Anspannung. Ein Opfer andauernder oder wiederholter Gewalt befindet sich ständig in einem Zustand, der keine normale Entspannung und Ruhe zulässt und nach irgend einer Form von Entladung, Entlastung oder Entspannung sucht. Dies wird einerseits durch die Angst vor neuer Gewalt verhindert, andererseits durch die ständig latent vorhandene ohnmächtige Wut. Autoaggressive Mechanismen können momentane Abhilfe schaffen.

Beim selbstschädigenden Verhalten finden wir, wie bei der Aggression insgesamt, direkte und indirekte, aktive und passive, offene und verdeckte Formen. Autodes- truktive Handlungen betref- fen meist den Körper. Sie treten gewöhnlich in Situationen auf, die subjektiv als bedrohlich erlebt werden. Dabei sind die Motive für autodes- truktives Handeln oft sehr komplex und vielfältig.

Von der Motivation her unterscheiden wir zwei Arten von Autodes- truktiven Handlungen, nämlich diejenigen, die gegen den eigenen Körper und das eigene Selbst gerichtet sind mit dem Ziel zu zerstören von denjenigen, die zwar gegen den eigenen Körper gerichtet zu sein scheinen, die von Intention und Wirkung her

aber Selbstschutz oder sogar Selbstheilungsversuch auf einer anderen Ebene darstellen. Diese sind in einem paradoxen Sinn konstruktiv, denn sie stellen nicht selten den Versuch dar, sich zu schützen vor unerträglicher Spannung, Ängsten, Schmerz und sozialer Isolation. So sind Selbstverletzungen fast nie Zeichen suizidaler Absicht, sondern zeigen oft den Wunsch nach einer besseren Lebensqualität auf. Autoaggressionen können also sowohl destruktiv wie auch konstruktiv und lebensrettend sein. Diese Unterscheidung und das Verstehen ist wichtig für eine spätere therapeutische Arbeit. Denn auch absurde oder paradoxe Selbstsorge und Selbstschutz dürfen nicht einfach infrage gestellt oder verboten werden, ohne die Überlebens- muster und den Überlebenswunsch selbst infrage zu stellen. Dann nämlich kann es sehr rasch zu einem Umkippen von „konstruktiver Autodes- truktivität“ in destruktive selbstzer- störerische Handlungen kommen. Von außen her lassen sich aller- dings beide Formen nicht sicher unterscheiden, daher ist es

wichtig Hintergründe und Bedeu- tung von autoaggressivem Han- deln verstehen zu wollen.

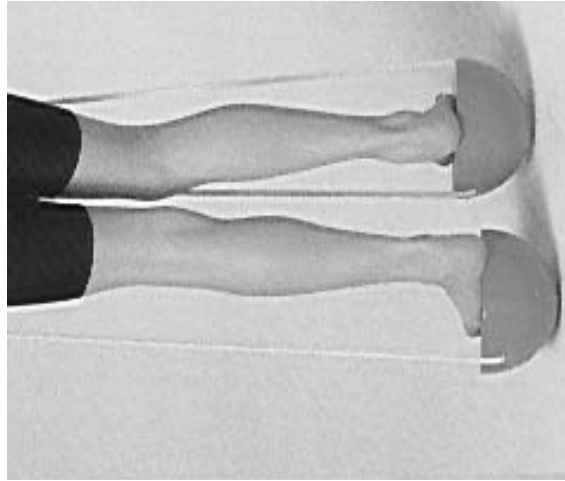
Zum autodes- truktiven Handeln gehören

- selbstverletzendes Verhalten
- Suchterkrankungen
- Prostitution
- körperliche Symptome verschie- denster Art.
- Selbstmordgefährdung und Suizid

Am häufigsten sind die Selbstver- letzungen. Direkte Selbstverletzun- gen, die als solche gut erkennbar sind und die auch in der Regel nicht geleugnet werden, sind meist

Schnitt- oder Kratzverletzungen, aber auch Verletzungen mit Zigaretten und andere Verbrennungen sind nicht ganz selten, ebenso wenig wie das Schlagen mit dem Kopf gegen die Wand.

Bei Selbstverletzungen werden, wie inzwischen bekannt ist, Endorphine, also Glückshormone, produziert. Das bedeutet auch, dass selbstverletzenden Verhalten süchtig machen kann.



Selbstverletzendes Verhalten und seine Funktionen

Kommunikationssignale, Regulierung intrapsychischer und interpersoneller Konflikte, Möglichkeit der Selbstfürsorge

- Autoaggressivität: Innenfeind statt Aussen- feind; lenkt Affekte ab, dient dem Überleben und dem Erhalt der Objekte
- Selbstbestrafung: Reduktion von Schuld- gefühlen
- Selbstmissachtung und Abwertung Selbstbestrafung statt „Bestrafung“
- Bestrafung des sozialen Umfeldes / der TherapeutIn: Grenzsetzung, Entmachtung, Machtdemonstration
- Hinweis auf drohende Fragmentierung Kommunikationssignal, Ventil für Druck,
- Suizidprophylaxe
- Reorientierung: Selbstkontrolle, Aufheben von dissoziativen Zuständen
- Gegen das Gefühl von Einsamkeit, Objektlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Grauen, „Antidepressivum“
- Mitteilung von Zwiespalt, Druck, Not, Leiden Kommunikationssignal (missverständlich), mobilisiert Affekte
- Flucht aus Belastungssituationen, aus Wohlbefinden und Nähe; Sicherheit, Selbstsorge
- Selbstbestimmung, Beweis der Stärke, Unempfindlichkeit Autonomiegefühl, narzistisches Regulativ, narzistische Reparatur
- Körperlicher Schmerz statt seelisches Leid Selbstsorge, Verschiebung
- Reinigungsvorstellungen Reinigung, Neuwerden
- Selbstwahrnehmung, Körperwahrnehmung Grenzfindung, Überwindung von Spaltung „Lebendigkeit“

Denn auch Suchtverhalten zählt zu den autodestruktiven Mechanismen. Auch hier finden wir den Aspekt des Überleben-Wollens, notfalls mit Hilfe von Suchtmitteln, die im Augenblick ein Wohlbefinden auslösen oder die anders nicht erträgliche Realität ausblenden lassen. Drogensüchtige sind sehr häufig früh traumatisiert, bei früheren Traumata ist das Risiko späterer Suchterkrankungen etwa 3 x so hoch. Abhängige Frauen sollen nach Schätzungen zu etwa 80 % in ihrer Kindheit sexualisierte Gewalt erfahren haben. Infolge der hohen Dunkelziffer können die Angaben nicht korrekt sein. Für viele Frauen ist eine Sucht der Versuch, Konflikte zu lösen, die sich aus den Erfahrungen mit personaler oder struktureller Gewalt, aus Widersprüchen, Belastungen und Grenzen weiblicher Lebensrealität ergeben.

Auch die Prostitution gehört zu den autoaggressiven Verhaltensweisen. Bei der Befragung einer Beratungsstelle für Prostituierte berichteten 95 % der Frauen über sexualisierte Gewalt in der Kindheit, 80 % waren drogenabhängig

Prostituierte selbst berichten, dass es für sie eine gewisse Genugtuung bedeutet, Männer für das bezahlen zu lassen, was sie von frühester Kindheit an umsonst hatten tun müssen, Macht und Kontrollmöglichkeit über die finanzielle Ausbeutung von Männern und ihre Abwertung als Dummköpfe und schwache, ihrer Sexualität ausgelieferte Wesen auszuüben. Gleichzeitig bedeutete Prostitution für sie auch Kontrolle über den eigenen Körper. Ihn aktiv zur Verfügung zu stellen, weil er das Einzige ist, das sie zu Geld machen können, um für sich selbst zu sorgen. Aggressivität und Autoaggressivität gehen auch hier, wie meistens, in einander über.

Auch Gewaltbeziehungen, die viele Frauen eingehen, weil sie den chaotischen desorganisierten Beziehungsmustern der Primärfamilie und damit dem, was sie kennen, entsprechen, gehören zu den selbstschädigenden Mechanismen. Auch hier wieder: Das Bekannte, Berechenbare, früh Erlernte ist erst einmal weniger beängstigend als unbekannte Nähe und Wärme und damit unberechenbares Verhalten in anderen Beziehungsmustern. Dass sich auf Dauer wieder die gleichen Schädigungen und Gewalterfahrungen einstellen, zeigt, dass solche an sich paradoxe, konstruktive Autodestruktionen nur zum Überleben, aber nicht letztlich zur Heilung und zum Leben führen können.

Davon in ihrer Bedeutung unterschieden werden müssen Krankheitssymptome körperlicher, seelischer oder kombinierter Art, die durch Vortäuschung dargestellt oder selbst hervorgerufen worden. Dazu gehören auch selbstverursachte Wundheilungsstörungen, wenn sich dafür keine organischen Gründe finden lassen. Die Symptome, die Anlass zur Behandlung sind, werden selbst aktiv verursacht und die Behandlung der Symptome wird aktiv behindert. Beides geschieht jedoch im wesentlichen meist heimlich, selten demonstrativ. Diese

selbstinduzierten Phänomene werden unter dem Begriff der artifizialen Störungen zusammengefasst. Eine Sonderform ist das sogenannte Münchhausensyndrom, bei dem zusätzlich zwanghaftes Lügen oder eine Mischung aus Wahrheit und Unwahrheit vorliegen kann. Dazu gehören falsche anamnestiche Angaben, die bei oft guten medizinischen Kenntnissen der Betroffenen überzeugend wirken, ebenso wie die präsentierten Symptome. Diese werden zum Teil nur geklagt, wie etwa Schmerzen oder Fieber, bei manipulierten Fieberthermometern, das ist heute bei digitaler Temperaturmessung allerdings nicht mehr so einfach. Andere erzeugen leichtere oder schwerere Symptome selbst, wie etwa Blutarmut durch selbstverursachten Blutverlust, Entzündungen durch die Injektion mit infiziertem Material oder auch Insulinschocks durch Insulininjektionen.

Neben aktiven autoaggressiven Handlungen finden wir in der Vorgeschichte oft medizinische Eingriffe und Operationen, zu denen die Betroffenen immer wieder verführen oder die sie, manchmal manipulativ oder erpresserisch erzwingen. Behandlungen und eingriffe führen in der Regel nicht zu einer Heilung, häufig kommt es zu einer Symptomverschiebung. Der Leidensdruck ist dabei sehr hoch. Die Krankheit wird zum Lebenssinn, das Medizinsystem zur Heimat.

Zu den passiven Formen der Autoaggressivität gehört allerdings auch, notwendige Behandlungen nicht aufzusuchen oder aktiv zu verhindern.

Eine weitere, oft übersehene Form von Autodestruktivität kann die Entwicklung von körperlichen Symptomen, von psychosomatischen oder somatischen Erkrankungen sein. Wir finden bei Frauen, die in der Kindheit sexualisierte Gewalt erlebt haben, eine Fülle von körperlichen Symptomen. Hierbei erfolgt die Somatisierung nicht ungezielt, sondern als Körpererinnerung und Wiederholung, als Erinnerungsspur im Körper. Selbst wenn das Trauma nicht erinnert wird, so erinnert sich der Körper häufig, indem er Symptome, insbesondere auch Schmerzen, produziert.

Es gibt drei typische Symptombereiche, die häufig bei früh traumatisierten Frauen zu finden sind:

- Unterleibsbeschwerden, -erkrankungen, -operationen
- Atemstörungen
- Essstörungen

Dazu gehören Störungen des weiblichen Zyklus wie Ausbleiben der Periode, schmerzhafte Menstruationen, unklare, teilweise heftige zyklische oder azyklische Unterbauchbeschwerden, Sexualstörungen, häufige Fehlgeburten, Störungen des Geburtverlaufs, manchmal völlige Gefühllosigkeit im Bereich des Unterleibs und eine Alibidinie. Die Folgen sind nicht selten gynäkologische Operationen, deren Gründe medizinisch oft nicht nachvollziehbar sind und auf denen oft die Frauen selbst bestehen. Hier finden wir die



vielfach operierten Frauen. Hinter den Unterleibsbeschwerden stehen häufig real erlebte Verletzungen und deren Folgen. Die mit Gewalt durchgeführten sexualisierten Handlungen treffen auf ein Kind, dessen sexuelle Entwicklung noch nicht eingesetzt hat oder nicht abgeschlossen ist. So kann es nur mit sprachlosem Entsetzen auf die Körperverletzung, die seelische Verletzung und die Tabuverletzung reagieren und sie später in den Symptomen erinnernd wiederholen.

Die Atemstörungen zeigen sich oft als Druckgefühl auf der Brust beim Atmen, häufig als Bronchitiden, aber auch die Ausbildung einer Hyperventilationstetanie ist nichts Seltenes, gelegentlich entwickelt sich auch eine Asthmaerkrankung. Frauen berichteten in der Therapie beim Auftreten von Inzesterinnerungen, wie sie die Einengung des als riesengroß erlebten Erwachsenen als Erstickungs- und Todesangst erlebten. Viele Frauen wurden zudem als sehr kleine Kinder oral vergewaltigt, viele wurden auch gewürgt oder der Mund wurde ihnen zugehalten. Hinzu kommt das unbedingte Schweigegebot, das in der Regel gefordert wurde.

Die Essstörungen reichen von Erbrechen, Übelkeit, Luftschlucken und einem Kloßgefühl im Hals bis hin zur manifesten Anorexie oder Bulimie. Hinter dem Erbrechen finden wir häufig unerträglichen Ekel als Folge oraler Vergewaltigungen. Zudem wurden viele Mädchen für das Erbrechen danach oft noch bestraft. Wir können die Essstörungen bei aller Destruktivität auch als Versuch verstehen, eine minimale Verfügungsmöglichkeit über den eigenen Körper zu erreichen. Oft war zudem die Nahrungsaufnahme in der Kindheit durch Spannungen bei Tisch und durch Schweigegebote beeinträchtigt, oft wurden sie zum Essen gezwungen oder Essen wurde zur Wiedergutmachung oder zum Beweis der Fürsorge missbraucht.

Weitere häufige Symptome sind Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und Schlafstörungen. Früheres Leiden wird so zur körperlich ausgedrückten Krankheit, die aktuelles Leiden verursacht. Das ist eine Wiederholung, die autodestruktiv und gleichzeitig völlig unbewusst ist. Sie wiederholt letztlich das Handeln der Täter, das fortgeführt und damit bestätigt wird. Andererseits sind sie unbewusste Signale und Hinweise auf das Trauma – ein Kommunikationssignal, das leicht missverstanden werden kann und das Medizinsystem zur Wiederholung traumatischer Erfahrungen, beispielsweise durch nicht indizierte eingreifende Behandlungen und Operationen und damit zur realen Retraumatisierung veranlasst.

Der ultimativ selbstzerstörende Akt ist der Suizid, der Selbst-Mord. Suizidalität, Suizidversuche und Suizid sind menschliche Verhaltensweisen, die aktives Handeln und eine Reflexion der Hintergründe ihres Wunsches, der Auslöschung der eigenen Existenz, erfordert. Deutlich unterschieden werden müssen Suizidgedanken, Suizidversuche und der vollend-

ete Selbstmord. Suizidalität ist die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen, die durch aktive Handlungen, durch das Zulassen schädigender Handlungen anderer oder durch das Unterlassen einer Handlung den eigenen Tod anstreben oder ihn als mögliche Folge in Kauf nehmen. Das schließt den selbstschädigenden Charakter von Freizeitriskoverhalten und Extremsportarten ebenso ein wie Sucht, Prostitution und Essstörungen.

Dabei sind Selbstmordversuche nicht einfach misslungene oder unvollständige Suizide, es gibt aber auch unscharfe Grenzen. Suizide können misslingen, Suizidversuche ungewollt tödlich enden. Andererseits ist Suizidalität als letzter möglicher Ausweg eine Ressource, aber auch ein Signal und ein Appell, der das Überleben manchmal erst möglich macht.

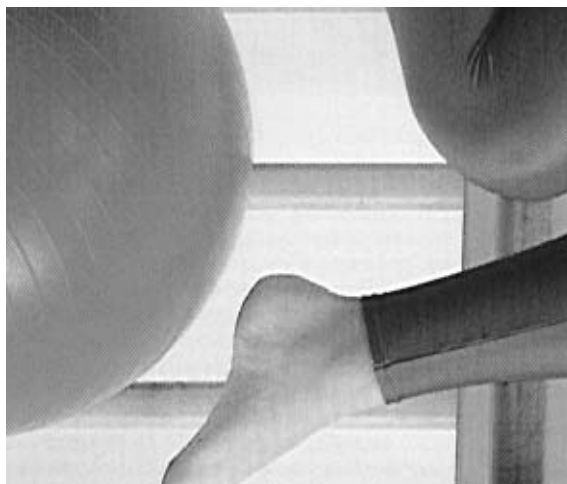
Subtilere Formen von autodestruktivem Verhalten sind weit verbreitet und werden in Reaktionen wie Helfersyndrom

oder Leistungsüberforderung und workaholischen Zuständen bis hin zur völligen Erschöpfung gefunden. Aber auch die Entwicklung von starken Schuldgefühlen, die die Lebensqualität erheblich einschränken und die bei Überlebenden von Gewalt nach früher Traumatisierung ebenso gefunden werden wie bei Holocaust-Überlebenden und Folteropfern. Die subtilen Formen der Selbstschädigung mindern die Lebensqualität und dienen indirekt oder direkt, meist unbewusst, der Selbstbestrafung – aber auch hier wird wieder die Relativität sichtbar –

sie dienen auch dem Überleben durch die Vorstellung, entscheidungs- und handlungsfähig gewesen zu sein und nicht hilflos ausgeliefert.

Die sexualisierte Gewalt in der Kindheit trifft auf unentwickelte, leicht verwundbare seelische Strukturen. Die Ich-Funktionen, Abwehrmechanismen, Affekte, Bewältigungs- und sozialen Kompetenzen sind noch nicht hinreichend ausgebildet, so dass die ohnehin überwältigende, Handlungsunfähigkeit erzeugende Situation der Traumatisierung noch wesentlich gravierendere Folgen in der Kindheit hat. Durch diese traumatische Situation wird die Entwicklung außergewöhnlicher Fähigkeiten erzwungen, um das Überleben zu sichern, die sowohl kreativ wie auch konstruktiv in einem absurden Sinne sind, weil sie üblicherweise als destruktiv angesehen werden. In jedem Fall finden wir in der weiteren Entwicklung bestimmte charakteristische Auffälligkeiten, die insbesondere die seelische und soziale Entwicklung wie auch die seelische Organisation betreffen. Die in der Defizit orientierten Sichtweise der Psychotherapie als Persönlichkeitsstörungen beschriebenen Entwicklungsauffälligkeiten und Reaktionen sind altersabhängig unterschiedlich.

Bei Mädchen bis 3 Jahren finden wir Angst und Verwirrung, Schlaf- und Essstörungen. Diese Symptome scheinen nicht besonders spektakulär zu sein, die Störungen kumulieren



jedoch im Verlauf der weiteren Entwicklung und können zu grundlegenden Problemen und zu erheblichen Einschränkungen der späteren Lebensqualität führen.

Im Vorschulalter werden Angst und Verwirrung und bereits Scham- und Schuldgefühle sowie eine Zunahme der Aggressivität beobachtet, ebenso ein Gefühl von Schutz- und Hilflosigkeit. Das äußert sich in regressivem Verhalten, eventuell wieder auftretendem Wiedereinnässen oder Einkoten, Dامنlutschen, Unruhe, Jucken der Scheide und Masturbieren, Essstörungen, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafstörungen und Alpträumen.

Zwischen dem 6. und 9. Lebensjahr kommen Misstrauen hinzu, Zwangshandlungen wie Waschwang oder exzessives Baden, gelegentlich schon Suizidalität und soziale Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, aggressives oder sexualisiertes provozierendes Verhalten, sozialer Rückzug, Beziehungsprobleme und Schulversagen.

Zwischen dem 9. bis 13. Lebensjahr treten zusätzlich bereits Depressionen auf, Selbstwert- und Identitätsprobleme, Probleme mit dem Rollenverhalten, Selbstverletzungen, die Suizidalität wird deutlicher, die sozialen Probleme ausgeprägter, Schulschwänzen, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum, promisküoses Verhalten sowie sozialer Rückzug. Kinder mit Gewalterfahrungen sind spätestens jetzt schwierige, auffällige Kinder, die dadurch zusätzliche Probleme haben, abgelehnt oder sanktioniert werden und dadurch weitere Schwierigkeiten bekommen.

In der Adoleszenz schließlich wird das aggressive und autoaggressive Verhalten noch deutlicher, zu den bereits bekannten Symptomen können manifeste Essstörungen im Sinne von Anorexie und Bulimie kommen, Verwahrlosung, Promiskuität, verschiedene Abhängigkeitserkrankungen, Jugendkriminalität sowie massive Beziehungs- und Entwicklungsstörungen. Zusätzlich zu dieser eher diffusen Symptomatik können sich eigenständige Krankheitsbilder wie die Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziative Identitätsstörungen, oder Psychosen ausbilden.

Insgesamt treten Störungen und Probleme wie Depression, Suizidalität, autoaggressive Handlungen, Schuldgefühle, Zwangsphänomene und Essstörungen bei Traumatisierten altersmäßig viel früher auf als sonst bekannt.

Die Bewältigung eines Traumas kann auf unterschiedliche Weise erfolgen und zwar:

- durch die Entwicklung einer Psychose
- durch die Entwicklung einer Dissoziativen Identitätsstörung
- durch die Konstruktion eines komplizierten Sinnsystems

Die Entwicklung einer Psychose als – sehr verkürzt gesagt – Ausstieg aus einer unerträglichen Realität ist noch relativ wenig bekannt. Untersuchungen zeigen aber, dass viele der psychiatrisch behandelten und hospitalisierten Psychose Patientinnen und Patienten frühe Traumata erfahren haben.

Die Dissoziative Identitätsstörung entwickelt sich aus der Tatsache, dass bei Frühtraumatisierten der wichtigste und

häufigste Abwehrmechanismus die Dissoziation ist. Das Trauma wird in einer anderen Hirnregion als das biographische Gedächtnis gespeichert und damit ist diese Form der Dissoziation auch ein organisches Phänomen. Auch die verschiedenen sensorischen und Gefühlsqualitäten des Traumas, insbesondere auch Angst und Entsetzen, werden dissoziiert gespeichert. Damit ist die Dissoziation nicht mehr nur ein Abwehrmechanismus, sondern in der Gehirnstruktur verankert und wird damit ein wesentliches Merkmal der Persönlichkeit, das sich verselbständigen und zu einem Symptom entwickeln kann. Alle Traumatisierten dissoziieren also, aber in unterschiedlichem Ausmaß. Bei traumatisierten Kindern können Teile des Selbst abgespalten werden, bevor sich ein zusammenhängendes Selbst durch kontinuierliche und verlässliche Selbst- und Objekterfahrungen im Verlauf der Kind-

heit entwickeln kann. Verselbständigen sich die entstandenen Persönlichkeitsanteile, dann entwickelt sich eine Dissoziative Identitätsstörung. Für Traumatisierten jeden Alters, am gravierendsten verständlicherweise beim Kind, das noch keine kohärenten und stabilen seelischen Strukturen entwickelt hat, ist die Dissoziation also eine körperlich verankerte Eigenschaft und eine Tatsache, die jedoch auch eine Möglichkeit der Anpassung an den Alltag – trotz der Traumaerfahrung – darstellt.

Die Konstruktion eines komplizierten Sinnsystems ist allerdings der häufigste Bewältigungsversuch. Hier wird mit Hilfe früher Abwehrmechanismen wie primitive Idealisierung, Projektion und projektive Identifizierung beziehungsweise Identifikation mit dem Aggressor, sowie Verschiebung und Verleugnung ein System konstruiert, das die Tat rechtfertigt. Das Böse ist das Kind selbst und das rechtfertigt alles, was mit ihm geschieht. Wenn das Kind böse ist, kann der Täter in der Phantasie des Kindes gut bleiben. Dieser Mechanismus ermöglicht es, dass das Kind im Familienverbund verbleiben kann, schließlich ist es existentiell auf Sicherung seiner Versorgung angewiesen. Es muss jedoch versuchen, nicht mehr "böse" zu sein, sondern besser oder gar gut zu werden. Sonst empfindet es unerträgliche Schuldgefühle und oft unerträgliche Dankbarkeit, dass die Familie ein so "böses" Kind versorgt und seine Existenz sichert. Darüber hinaus kann jedoch auch der Glaube an einen Sinn, Hoffnungen auf ein besseres Leben und der Glaube an eine phantasierte Handlungsfähigkeit erhalten werden. Wenn es nur „gut“ genug wird, wenn es sich nur genügend anstrengt, dann würde auch das Trauma aufhören, das es durch seine Existenz ausgelöst hat. Da aber die Verknüpfung und die Voraussetzungen nicht zutreffen, nutzt alle Anstrengung nichts, das Kind selbst kann die Traumatisierung nicht beeinflussen. Seine Anstrengungen führen nicht zum Erfolg, es macht also die Erfahrung, dass es nie genügt.

In jedem Fall bleibt die Schuld beim Kind selbst. Selbstbeschuldigungen sind typisch für die Denkweise Traumatisierter jeden Alters. Es wäre verständlicher, auf den Täter mit Wut zu



reagieren. Schmerzhaft und traumatische Erfahrungen, die von Menschen und insbesondere von nahen Menschen zugefügt werden, lösen in jedem Fall Wut aus, die der Grundaffekt der Aggressivität ist. Wut ist zuerst einmal ein Signal, dass etwas quälend, schmerzvoll, defizitär, jedenfalls schädlich ist und verändert werden müsste. Das Verletzende, das Schädliche soll aufhören.

An sich ist eine Aggression vom Wortsinn her erst einmal ein Antrieb zum Handeln: *adgredi*, *aggredi* heißt „herangehen“.

Das Aggressionspotential ist ein unbedingter Bestandteil nicht nur der menschlichen Natur. Aggressionen sind vielseitig, sie sind Reaktionen auf Frustrationen, Enttäuschungen, Versagungen, Verletzungen. Gleichzeitig haben sie einen spannungsreduzierenden und triebenergieverzehrenden Effekt. Sie sind aber auch Zeichen von Vitalität, Selbstbehauptung und Kommunikationsfähigkeit. In jedem Fall haben sie sowohl konstruktive, oft lebensrettende, wie auch destruktive zerstörerische Aspekte. Beim Umgang mit Aggressionen spielen instrumentelles und soziales Lernen, aber auch moralische und ethische Dimensionen eine Rolle.

Aggressionen setzen Handlungsfähigkeit voraus: Sie müssen, um wirksam zu sein, umgesetzt werden. Aber in der Phantasie von Traumaopfern, die ja in der traumatisierenden Situation handlungsunfähig sind, geradezu ein Zeichen des Traumas, wird die Handlungsfähigkeit mit „Täterschaft“ gleichgesetzt: Der Täter war handlungsfähig, das Opfer nicht. Die Nähe von Aggressivität zu Grenzverletzung und Gewalt macht zusätzlich Angst. Die Unterscheidung von gesunder Aggression, die dem Selbstschutz dient und die Situation verändert und destruktiver Aggressivität, die zerstörend nach außen und innen ist, kann nicht mehr gemacht werden. Zerstörende Aggressivität, bei der es nur um eigene Vorteile, Ideologien, Machtansprüche und Zerstörung geht, erscheint als die einzig mögliche Form von Aggressivität.

Zu jeder aktiv ausgeübten destruktiven Aggression gehört ein schädigendes Subjekt und ein geschädigtes Objekt. Beide können verkürzt als Täter und Opfer bezeichnet werden. Beide stehen in einem klaren hierarchischen Verhältnis zueinander. Dabei erfährt das Opfer Verletzung und Übergriffe, Auslieferung und Ohnmacht, ohne sich angemessen wehren zu können. Dem angreifenden, Macht und Gewalt ausübenden Täter steht das handlungsunfähige Opfer gegenüber. Schmerzhaft Erfahrungen, ob körperlich oder psychisch, insbesondere wenn sie ein nahestehender Mensch zufügt, lösen Wut aus, die das Grundgefühl der Aggression ist. Wut ist erst einmal ein Signal, dass etwas quälend, schmerzvoll, defizitär, jedenfalls schädlich ist und verändert werden soll. Das Verletzende, das Schädliche soll aufhören. Der Impuls, der Antrieb, sich zu wehren, ist erst einmal vorhanden, bei jedem Lebewesen. Kann er nicht umgesetzt werden, führt dies zu ohnmächtiger Wut, die ohne Entlastungs- und Entladungsmöglichkeiten anwächst und daher grenzenlos und mörderisch wird. Sie bedeutet existentielle Bedrohung, real oder in der Vorstellung des Opfers, und sie

führt zu Rachegefühlen und –phantasien, aber sie bleibt ohnmächtig, ohne Macht. Dem aggressiv handelnden Täter steht das von ohnmächtigen mörderischen Aggressionen erfüllte Opfer gegenüber. Seine aggressiven Handlungen bleiben auf die Phantasie beschränkt und unterbleiben, zumal sie entsprechend der mörderischen Wut sehr destruktiv sind. Es verändert sich nichts.

Da die Aggression nicht zum Handeln führt, bleibt sie auch nach dem Trauma weiterhin bestehen. Sie nimmt bei wiederholten Traumatisierungen – und sexualisierte Gewalt an Kindern sind Wiederholungstaten – weiter zu. Irgendwo muss sie bleiben, sie ist quälend, zerstörerisch und selbstzerstörend. Infolge dessen muss auch die – möglicherweise sonst schützende, verteidigende – Wut erst einmal dissoziiert werden. Hinzu kommt, dass die eigene Aggressivität dem Kind zusätz-

lich oder erneut die Grundannahme bestätigt, dass das Kind böse ist. Außerdem wird einem Mädchen dadurch, dass es an verbotenen und tabuisierten sexuellen Handlungen beteiligt ist, zusätzlich bestätigt, dass seine Existenz an sich „gute“ Menschen dazu bringt, schuldig zu werden. Die Schuldgefühle haben aber auch noch eine andere Dimension. Schuldig zu sein heißt auch, entscheidungs- oder handlungsfähig gewesen zu sein – vielleicht wäre es ja doch möglich gewesen, sich zu wehren, fortzulaufen oder Hilfe zu suchen. Vielleicht wäre dann alles anders gekommen. Das Gefühl phantasierter Handlungsfähigkeit wirkt den unerträglichen Ohnmachtsgefühlen entgegen. Schuldgefühle sind, so schwierig und einschränkend sie sind, leichter zu ertragen als das Gefühl völliger Ohnmacht und Auslieferung.

Oft ist die Identifikation mit dem Täter ein möglicher Abwehrmechanismus, der hinter der oft beobachteten späteren Gewalttätigkeit vom früheren Opfern steht – insbesondere männliche Opfer reagieren häufig auf ihren Opferstatus, indem sie ihrerseits zu Tätern werden: Abwehr der Ohnmacht durch eigene Täterschaft. Aber gerade bei Frauen führt dieser Abwehrmechanismus zu zusätzlichen Schuldgefühlen, die wiederum das „Böse“ bestätigen. Dann besser Täterschaft gegen den eigenen Körper – die narzisstische Wut gegen Täter kippt. Letztlich ist der Suizid die perfekte Synthese der Täter-Opfer-Dynamik: Täter gegen den eigenen Körper, der Opfer der aggressiven Handlungen ist. Suizid entsteht aus einem Opfergefühl und bedeutet das Auslösen des Opfers durch Täterschaft. Diese Dynamik ist wirklich existenziell und mörderisch, aber Frühtraumatisierte sind nicht nur Opfer. Diese einseitige Sichtweise wird ihrer Entwicklung nicht gerecht.

Die Schuld des Opfers ohne Stabilisierung infrage zu stellen hieße erst einmal, ihm diese Überlebenshilfe und dieses Sinn-system zu rauben. Der Glaube an das böse Selbst im Verlauf der Entwicklung fester Bestandteil der Persönlichkeitsstruktur geworden. Die Schuld für eine überwältigende Tat auf sich zu nehmen bedeutet immer auch die Entwicklung eines negativen Größenselbst – ich bin die schlechteste, diejenige, die am



meisten Schuld auf sich geladen hat – insbesondere, wenn damit Einzigartigkeit im Familiensystem durch den Schutz von Mutter oder Geschwistern oder die Vorstellung verbunden waren, als Einzige den – vielleicht alkoholisierten – Vater durch das Opfer des eigenen Körpers beruhigen zu können. Ohnehin entwickeln viele Traumatisierte reaktiv auf die gestörte Selbstentwicklung oder die Störung, Zerstörung oder Zerstückelung des Selbst durch die traumatisierenden Handlungen ein Gefühl für die Einzigartigkeit ihres Schicksals als Größenvorstellung, mit der gleichzeitig das Gefühl tiefster existentieller Einsamkeit und Isolation verbunden ist. Viele Frauen sind in der Therapie trotz aller Medienaufmerksamkeit, trotz aller Literatur zum Thema überrascht, dass es anderen Mädchen und Frauen genau so ergangen ist und dass ihr Schicksal nicht einzigartig ist.

In der Therapie darf jedoch die Existenz dieses Größenselbst nicht ohne vorangegangene Entwicklungshilfe infrage gestellt werden. Dies würde das ohnehin fragile und oft fragmentierte Selbst zusätzlich stören oder zerstören.

Auch die Ich-Funktionen sind verständlicherweise defizitär entwickelt, da die gesamte seelische Entwicklung von den Erfahrungen geprägt werden, die mit den Bezugspersonen und mit deren Umgang mit der eigenen Person und dem eigenen Körper gemacht wurden, sowie aus Erfahrungen der eigenen Affekte, Triebe und Gefühle mitgeprägt von gesellschaftlichen, strukturellen, moralischen, ethischen und oft auch kirchlichen Normen.

Unter Ich-Funktionen werden bestimmte Fähigkeiten verstanden, die den Umgang mit der Außenwelt, den sozialen Beziehungen und der äußeren Realität und mit der Innenwelt, dem Selbstbild und den eigenen Gefühlen und Wünschen regeln.

Eine wichtige Ich-Funktion ist eine ausgewogene Abgrenzungsfähigkeit, die Distanz und Nähe zu anderen regelt und dazu verhilft, das richtige Maß zu finden. Zu wenig macht ausnutzbar und manipulierbar, zu viel davon führt zur Aus-

grenzung und in die soziale Isolation. Infolge der Nichtachtung von Grenzen und den massiven und oft gewalttätigen Grenzverletzungen konnte diese Ich-Funktion meist wenig oder nicht entwickelt werden. Die Erfahrungen, dass Grenzen "richtig" sind, dass sie geachtet werden und dass sie geschützt werden können und dürfen, dass dies ein elementares Recht jedes Lebewesens ist, kann von Frühtraumatisierten nicht gemacht werden. Hinzu kommt die Erfahrung, dass Abgrenzung nicht erlaubt war, sondern dass allein der Versuch, Übergriffe abzuwehren "verboten" und "böse" war, dies bestätigt den Glauben an das eigene böse Selbst. Dahinter stehen wieder die chronischen Aggressionen, die bei früher Traumatisierung unweigerlich ein erhebliches Ausmaß haben.

Hier ergibt sich ein unlösbarer Konflikt, eine Double-Bind-Erfahrung: An sexualisierter Gewalt teilzuhaben, ohne sich zu wehren, ist böse – sich dagegen zur Wehr zu setzen aber auch. Es gibt keine Gefühl für das Recht, sich abzugrenzen. Schon der Versuch löst Schuldgefühle aus. Also grenzen sich die betroffenen Frauen nicht ab. Die frühgeübte Aufopferung bis hin zur Selbstaufgabe in der Kindheit wird weitergeführt und führt später zur Leistungsbereitschaft und Pflichterfüllung, auch zu sozialen Ambitionen und insgesamt zur Ausnutzbarkeit bei Fehlen der Wahrnehmung körperlicher und seelischer Leistungsgrenzen, denn auch diese Grenz-wahrnehmung und damit Abgrenzungsmöglichkeiten fehlen sehr häufig, bis zur völligen Erschöpfung und Burn-out-Symptomen bei vielen betroffenen Frauen. Aufopferung wurde zum Lebensmuster.

Im Vordergrund steht oft das unstillbare Verlangen aus der Kindheit, zu beweisen, doch gut zu sein, bestätigt zu werden in der eigenen Lebensberechtigung, im einfachen So-Sein-Dürfen, in der Liebens-Würdigkeit, im "Richtig"-Sein. Diese Wünsche sind meist unbewusst, sie haben sich verselbständigt und sind Teil der Persönlichkeitsstruktur geworden. Aber wie in der Kindheit, die eigene Leistung genügt nie und so können positive Rück-meldung, Achtung und Liebe nicht geglaubt und



Stabilisieren

- die Symptome der Patienten werden als sinnvoll anerkannt und benannt
- Informationen über die Folge von Traumatisierungen werden vermittelt
- Üben von Imaginationen und heilsamen und Ich-stärkenden Kognitionen
- Erlernen von Affektdifferenzierung und –regulierung
- Gefühl von Sicherheit wird erarbeitet und die Wahrnehmung, was dazu erforderlich (safe place)
- Ressourcen suchen und verstärken
- Traumabedingte Übertragungsphänomene bewusst machen und benennen
- Körperwahrnehmung üben und differenzieren, Beginn eines liebevolleren Umgangs mit dem Körper
- Somatoforme Reaktionen als Körpergefühl, das mit dem Trauma verbunden ist, benennen (Körpererinnerung)
- Kontrolle beim Umgang mit Trauma-Material üben (Tresor, Flash-Back-Kontrolle, Stop von Dissoziationen, gelenkte Dissoziation)
- Training von selbsttröstendem und selbstfürsorglichem Verhalten
- Förderung der inneren Kommunikation bei Pat. mit DIS
- Alternativen zu selbstverletzendem Verhalten erarbeiten, Notfallliste
- Verträge zur Verminderung selbstzerstörenden Verhaltens erarbeiten

nicht angenommen werden, obwohl sie existentiell gewünscht und gebraucht werden, aber es reicht nie.

Weitere Ich-Funktionen sind ebenfalls beeinträchtigt. Die Selbstkonstanz, das sichere Bild vom eigenen Selbst, kann sich durch die Traumabedingungen insbesondere durch die chronisch unbewältigten Aggressionen nicht entwickeln. Die Selbstkonstanz könnte es ermöglichen, Spannungen und Konfrontationen mit anderen auszuhalten, ohne sich wertlos zu fühlen oder gar Schuldgefühle zu entwickeln. Die Überzeugung des „bösen“ Selbst, aber auch die Entwicklung eines Größenselbst sind unrealistisch, helfen aber als Überlebensmechanismen.

Auch die Objekt Konstanz ist beeinträchtigt. Damit ist die Fähigkeit gemeint, andere Menschen so zu sehen, wie sie realistischere sind, sie haben gute wie böse Eigenschaften gleichzeitig. Das bedeutet, sie nicht zu überschätzen oder zu idealisieren und dann total enttäuscht zu reagieren, wenn sie sich auch einmal als "böse" erweisen. Sie wird durch das widersprüchliche Verhalten der Bezugspersonen, insbesondere wenn nahe Angehörige die Täter waren, ebenfalls unzureichend entwickelt. Hinzu kommen oft die existenziell wichtigen, aber fehlenden Schutz- und Hilfeleistungen des sozialen Umfeldes, deren Ablehnung, Abwertungen und Isolation, die ebenfalls zu unbewussten erheblichen Aggressionen führen.

Die Gefühle des Alleingelassenwerdens durch das soziale Umfeld werden als Zeichen von Verrat, von eigener Minderwertigkeit und Mittäterschaft gedeutet. Hinzu kommen pathologische Beziehungsmuster zum Täter, die Opfer-Täter-Dynamik, die Identifikation und die Verkehrung ins Gegenteil, Symbiosewünsche oder -ängste. Das Fehlen von Objekt Konstanz kann auch in anderen Beziehungen dazu führen, dass Kontakte kompromisslos abgebrochen werden, ohne Konflikte auszutragen und Verständigung zu suchen. Damit bleibt eine weitere wichtige Fähigkeit auf der Strecke, nämlich die Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, die den Umgang mit den Menschen der äußeren Umgebung regelt. Auch die Überwachung der sozialen Kontakte in der Kindheit, damit nichts nach außen dringt, führen oft in die soziale Isolation. Die Notwendigkeit, den Schein zu wahren, kann zu dem Gefühl führen, dass soziale Kontakte immer unecht seien. Es kommt zur Entwicklung chaotischer und desorganisierter Bindungsmuster.

Realitätswahrnehmungen sind ebenfalls unsicher, da das Kind nicht weiß, was eigentlich die Wirklichkeit ist. Das Trauma und die Widersprüchlichkeit der traumatisierenden Personen durfte nie angesprochen und damit nicht geklärt werden. Hinzu kommen die Abwehrmechanismen, die teilweise die innere Realität umkehren und in Widerspruch zur äußeren Realität setzen. So bleibt auch unklar und unsicher, was innen und was außen ist, und damit ist die Binnenwahrnehmung gestört. Das führt zusätzlich zu einer extremen Unsicherheit im Umgang mit Gefühlen, Affekten und Bedürfnissen.



Eine weitere Fähigkeit der Ich-Entwicklung betrifft den angemessenen Umgang mit Trieben und Affekten. Reizüberflutungen, defizitäre Erfahrungen, Versagungen und extreme Unsicherheit, fehlendes Gefühl von Handlungsfähigkeit und Kontrollmöglichkeiten waren die üblichen Erfahrungen. So ist die Angst vor starken Gefühlen und heftigen Reaktionen sehr groß, weil die Erfahrungen und die Übung mit Affekten umgehen zu können, ohne sich auszuliefern oder abhängig zu werden, nicht möglich waren.

Genauso wenig konnte sich die Frustrationstoleranz entwickeln, Frustrationen werden nicht mehr als solche wahrgenommen, sondern entweder als Katastrophen oder als nicht vorhanden. Damit ist ein realistischer Umgang nicht möglich.

Die körperliche und seelische Entwicklung von Frühtraumatisierten und damit die Persönlichkeit ist gekennzeichnet durch Spaltungen. Diese gehen weit über die gesellschaftlich übliche Leib-Seele- und Intellekt-Gefühlsspaltung hinaus. Allerdings scheint das auf Spaltung beruhende Funktionieren der heutigen westlichen Gesellschaft die traumabedingten Spaltungsphänomene zu begünstigen, Spaltungen sind gesellschaftlich akzeptiert, sie prägen das Bild des Menschen und der Welt – gut-böse, hell-dunkel, männlich-weiblich, ost-west oder christlich-islamisch und viele andere mehr sind spaltende Kategorien, die das Erleben färben und Vorurteile bewirken.

Die Spaltungsphänomene und Polarisierungen betreffen neben der üblichen Leib-Seele-spaltung bei Frühtraumatisierten den körperlichen Bereich. Die Aktiv-Passivspaltung im Körperbild, gute und böse Zonen, fühlbare und nichtfühlbare Bereiche schaffen ein fragmentiertes Körperbild.

Die Dissoziation zwischen biographischen und traumatischen Erinnerungen, die unterschiedlich gespeichert werden, sind eine hirnbioologische Tatsache. Hinzu kommt die Speicherung als Wortrepräsentanz im biographischen Gedächtnis und als sensorische oder Gefühlsrepräsentanz im Traumagedächtnis, die eine weitere Spaltung schafft. Biographische Erinnerungen können bewusst gemacht und in Worte gefasst werden, Traumaerinnerungen können nur getriggert werden, sie sind also weniger kontrollierbar und äußern sich in sensorischen Eindrücken, Körpererinnerungen und Symptomen. Es gibt, überspitzt gesagt, zwei ganz unterschiedliche Formen des Unbewussten, die unterschiedlich funktionieren und unterschiedlich erreichbar sind.

Im seelischen Bereich entwickelt sich ein Größenselbst, das meist negativ, selten positiv ist. Auch dieses ist polarisiert. Schuldig oder nichtschuldig sind die Kategorien, die das Erleben bestimmen, Aggressionen sind unerlaubt und böse, sich wehren, darüber sprechen ebenso. Aber Autoaggressionen tun erst einmal gut. Nur leider sind sie auch nicht erlaubt, sie beunruhigen das soziale Umfeld und sollen nicht stattfinden. Der Begriff davon, was "gut" ist, wird so maximal eingeeengt. Das Böse wird überwertig, es gibt kaum "Gutes" als Gegengewicht – später in einer möglichen Therapie wird die Arbeit an

Ressourcen erst einmal sehr schwierig. Die Täter-Opfer-Dynamik spaltet die Wahrnehmung, auch dahinter steht die Gut-Böse-Spaltung. Dazu kommen ständig die Zweifel in Kontakten: Was darf gesagt und was muss verschwiegen werden und geheim bleiben. Auch hier zwei Kategorien, die gegensätzlich sind.

Auch die sozialen Beziehungen sind von Spaltungsphänomenen geprägt, die Bezugspersonen werden überidealisiert und mit unrealistischen Erwartungen überfrachtet, der unausweichlichen Enttäuschung folgt die Abwertung. Das Täter-Opfer-Gefühl bestimmt meist die sozialen Erfahrungen. Von frühen Traumatisierungen Betroffene erleben sich zudem als nicht normal gegenüber den "Normalen". Sie erfahren so die Spaltung ganz direkt in der sozialen Isolation und Ausgrenzung und erleben sich selbst als nicht zugehörig und abgespalten.

Letztlich führt die Spaltung neben einem zum Teil extrem fragmentierten Körperbild zu polarisierten und dissoziativen seelischen Phänomenen und zu einem polarisierenden Umgang mit dem sozialen Umfeld. Das spaltende Gut-Böse und Richtig-Falsch wird zum Maßstab für alle Lebensbereiche.

Was erst einmal nicht möglich ist, ist die Erfahrung von Unterscheidung und Dualität im Unterschied zur Spaltung: Was ist real und was nicht? Was ist außen, was wird von anderen äußeren Personen veranlasst und was ist die innere Realität? Was ist daher Ich und Nicht-Ich, Selbst und Nicht-Selbst? Was sind Grenzen – wo sind sie, wozu dienen sie, was bewirken sie? Grenzen werden als nicht vorhanden oder höchst fragil erlebt oder als undurchdringliche Mauern. Auch hier wieder die Wahrnehmungsspaltung. Zudem gibt es kein Recht auf Abgrenzung, hier machen sich die defizitären Ich-Funktionen ganz praktisch bemerkbar.

Es kommt regelhaft zur Ausbildung verschiedener Symptome, die im Vordergrund der Befindlichkeit stehen. Sie können aber auch auf eine paradoxe Weise Kommunikationssignale oder Selbstheilungsversuche sein. Immer treten auf:

- Angst und Panik
- autoaggressive Reaktionen bis hin zum Suizid
- Beziehungs- und Kommunikationsstörungen, soziale Störungen, Sprach-/Sprechstörungen.

Die starken Ängste und Panikattacken treten überwiegend nachts auf. Traumaopfer reagieren bereits auf kleine Anlässe, und dazu können Dunkelheit und Rücknahme sozialer Kontakte gehören, mit extremer Erregung. Zudem war die Todesangst allgegenwärtig, Gewalt- und Morddrohungen, Todesdrohungen, oft auch gegen Mutter und Geschwister, falls die Opfer nicht schweigen, sind eine übliche Erfahrung. Hinzu kommt meist das überwältigende Gefühl von Hilflosigkeit, das einerseits aus der traumatischen Situation mit realer Handlungsunfähigkeit herrührt, andererseits aber auch aus der eigenen chronischen Aggressivität, die Handeln als "böse" ansieht und mit Täterschaft verknüpft und es verbietet und so

die realen Handlungsmöglichkeiten zusätzlich erheblich einschränkt. Außerdem können die häufigen Flashbacks nicht von gegenwärtigen Ereignissen unterschieden werden – eine Folge der Speicherung von Traumen, dies führt zu Problemen mit der Realität und zum Gefühl des Kontrollverlustes, der noch ausgeprägter empfunden wird, wenn eine Dissoziative Identitätsstörung vorliegt und es zu unkontrollierbaren Dissoziationen kommt. Diese unterschiedlichen Ängste sind mitverantwortlich für die praktisch immer bestehende Schlafstörung und durch Medikamente wenig beeinflussbar.

Die Autoaggressionen dienen der Abwehr aggressiver Impulse, wie bereits beschrieben, sie stehen manchmal im Dienste der Abwehr oder der Autonomiebestrebungen oder sind Kommunikationsversuche. Nicht selten kommt es auch zur Entwicklung von Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, die oft bereits in der Herkunftsfamilie bestanden, sowie zu Prostitution. In der Vorgeschichte finden wir fast immer einen oder mehrere Suizidversuche.

Die Beziehungsstörungen sind ebenfalls unmittelbar verständlich, ihre Hintergründe wurden bereits im Einzelnen aufgeführt.

Wir sehen also, dass es zu schweren Entwicklungsstörungen sowohl in der Beziehung zum Körper wie auch im seelischen Bereich durch die Erfahrungen sexualisierter Gewalt kommt, insbesondere im Kindesalter. Auch für die erwachsene Frau sind die Folgen erheblich, sie schränken die späteren Lebensmöglichkeiten ein und mindern die Lebensqualität ganz maßgeblich.

Die Gesundheitsstörungen, die als Gewaltfolgen auftreten, sind also sehr vielfältig und hängen von ganz unterschiedlichen Entwicklungs- und Umgebungsfaktoren, aber auch von Schwere, Dauer und Zeitpunkt des Traumas ab. Und genau diese Vielfalt macht sie auch für das Medizinsystem fast unsichtbar. Die direkten und unmittelbaren Verletzungen werden chirurgisch, die Genitalverletzungen gynäkologisch versorgt, Mundverletzungen und Zahnverlust in der zahnärztlichen Versorgung, weitere Folgen vielleicht internistisch, Kopfverletzungen von der Neurologie gesehen, wie auch die später auftretenden Kopfschmerzen vielleicht dort abgeklärt werden, die späteren Rücken- und Gelenksbeschwerden sind ein orthopädisches Problem, für spätere gynäkologische Beschwerden und Unterleibsschmerzen ist wieder die Gynäkologie zuständig und schließlich, wenn die psychischen Folgen nicht mehr zu übersehen sind, werden Psychiatrie und Psychotherapie bemüht – die Spaltung setzt sich bis ins Medizinsystem fort. Und genau das macht es so schwer, die gesundheitlichen Folgen von Gewalt für Frauen in ihrem ganzen zerstörerischen Ausmaß zu sehen und zu begreifen.

Und es besteht noch eine weitere Gefahr der Unsichtbarkeit von Gesundheitsfolgen nach Gewalt: Sie werden nach wie vor als individuelle Problem von Frauen betrachtet und behandelt, nicht als strukturelles Problem dieser Gesellschaft. Das macht aus Reaktionen auf Gewalt letztlich persönliches Ungenügen. Und das schädigt Frauen zusätzlich und ist eine Form struktureller Gewalt.



Um so wichtiger ist die Prävention. Sie ist schwierig, da sie direkt in die Rechte der Familie eingreift. Beim Verdacht auf das Vorliegen sexualisierter Gewalt in der Familie ist das Verhalten für das Kind selbst und für den weiteren Ablauf sehr wichtig.

Von entscheidender Bedeutung ist es, dem Kind zu glauben, es nicht zu bedrängen und einfach zuzuhören. Als nächstes sollte der Kontakt mit kompetenten Fachleuten, entweder von Beratungsstellen oder auch, falls dort das Wissen vorhanden ist, von Medizinischen Diensten gesucht werden. Die Auskünfte sind an die Schweigepflicht gebunden und es wird niemand zur Anzeige verpflichtet.

In der Beziehung zum Kind sollte durch Zuhören und behutsamem Eingehen eine vertrauensvolle Beziehung hergestellt werden, auch um dem Kind nicht das Gefühl zu geben, dass es nicht reden darf – als Gegengewicht zum Schweigegebot – und dass es wichtig ist. Für die späteren Folgen ist genau dieses Verhalten des sozialen Umfeldes mit entscheidend. Auch das Signal, dass Kinder ein Recht auf Selbstbestimmung und eigene Grenzen haben und dass es selbst entscheidet, welche Berührungen es als angenehm und welche es als unangenehm empfindet, aber auch, dass es gute und schlechte Geheimnisse gibt und dass gerade über schlechte Geheimnisse gesprochen werden darf. Alle Beobachtungen und Mitteilungen des Kindes sollten schriftlich niedergelegt werden.

Falls möglich, sollte der Kontakt zu einer direkten Bezugsperson, meist der Mutter, gesucht werden. Je nach deren Reaktion kann möglicherweise eine räumliche Trennung von Opfer und Täter vorbereitet werden. Es besteht immer die Gefahr, dass der Täter den Druck auf das Kind und die gesamte Familie erhöht. Zu all diesen Maßnahmen ist es wichtig, dass das Kind zustimmt.

Aber insgesamt handelt es sich letztlich um ein gesellschaftliches Problem, das nur mit Hilfe der Politik zu verändern und zu lösen ist. Für die Prävention der Gewalterfahrungen von Frauen und Kindern ist von ganz verschiedenen Stellen und von ganz unterschiedlichen Institutionen zu fordern:

Die Förderung des Bewusstseins für die Thematik und Problematik von Gewalterfahrungen und deren gesundheitlichen Folgen, dazu müssen sowohl personale als auch strukturelle Gewalt und die verursachenden Strukturen aufgezeigt und benannt werden.

Schutz und Therapiemöglichkeiten für Frauen müssen vermehrt geschaffen und angeboten werden, dabei sollte die Kostenfrage nicht zum limitierenden Problem werden, zumal Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen durch Medikalisierung und Hospitalisierung statt angemessener Prävention und

Behandlung ihren Preis haben, die Behandlung verlängern und sekundäre Folgen haben können. Außerdem sollten die verschiedenen medizinischen Behandlungsinstitutionen trotz verständlicher Datenschutzbedenken bei Verdacht auf Gewaltfolgen eine bessere Kommunikation pflegen. In der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sollte das Wissen um Gewaltfolgen unbedingt vermittelt werden.

Information und Aufklärung sind in einem wesentlich höheren Ausmaß als bisher erforderlich, auch verursachende Strukturen und Vermeidungs- und Verleugnungsstrategien müssen bewusst gemacht und benannt werden. Die Förderung der Frauengesundheitsforschung, um endlich Klarheit und Sicherheit über Ausmaß und gesundheitliche Folgen von Gewalt zu erhalten.

Endlich sollte sich auch die Forschung um angemessene Therapiemöglichkeiten für männliche Sexualitätsprobleme und Gewalttäter bemühen, wobei erst einmal endlich neue Theorien entwickelt werden müssen, die die Verkopplung von Sexualität und Macht, sexueller Anregung durch Gewalt und Folter und die sexualisierte Attraktivität von Macht für Männer verstehen und erklären, um angemessene und effektive Therapiemöglichkeiten zu entwickeln und die gefährlichen blinden Flecken für diese Besonderheiten aufzuhellen.

Die Förderung des Bewusstseins für die Lebenswirklichkeit von Frauen und ihre realen Bedingungen und Belastungen sind entscheidend wichtig. Gewalt gegen Frauen in jeder, auch in den gesellschaftlich akzeptierten Formen wie Gewaltbeziehungen oder beispielsweise Pornographie und den entsprechenden Angeboten im Internet muss selbstverständlich inakzeptabel sein.

Der geltende Normalitätsbegriff, aber auch herrschende Gesundheit- und Therapievorstellungen müssen hinterfragt und neu definiert werden, um Fehldiagnosen und unnötige bzw. schädigende Behandlungsweisen zu unterlassen. Reaktionen von Frauen auf Gewalt dürfen nicht mehr als individuelles, sondern müssen als strukturelles Problem gesehen werden. Veränderungen in gesellschaftlichen und politischen Strukturen sind längst überfällig, ebenso wie eine adäquate Repräsentanz von Frauen in Entscheidungspositionen.

Es ist im Interesse von Frauengesundheit, aber auch im Interesse der Lebensqualität und darüber hinaus im gesellschaftlichen Interesse, z.B. für die Kostensituation in Gesundheitswesen und Sozialversicherung, höchste Zeit für nachhaltige Veränderungen.

Überleben und Überlebenssucht

Traumatisierte bezeichnen sich oft als „Überlebende“. Wer traumatisiert worden ist oder Schlimmes erlebt und überlebt hat, kann danach nicht einfach „normal“ weiterleben. Überleben heißt, trotz der Bedrohung, trotz der Defizite, trotz der Gefahren weiterhin zu leben, es heißt „trotzdem“ leben zu wollen. Überleben wird zur eigentlichen Lebensleistung, es füllt die Zeit aus und wirkt in alle Lebensbereiche hinein, während das

eigentliche Leben anderen geschieht. Überleben ist ein Kampf ums Leben, der für viele zur Gewohnheit geworden ist und zum Beweis der eigenen Existenzberechtigung. Die Erfahrung, dass existenzbedrohende Situationen überlebbar sind, trotz realer oder phantasierter Todesnähe, kann daher für die Betroffenen eine Lebensberechtigung bedeuten. Aus diesem Grund ist das Gefühl, „überlebend“ zu sein, etwas Existentielles.

Die Existenzberechtigung, die durch ein oder mehrere Traumata infrage gestellt wurde, wird durch das Faktum des Überlebens bestätigt. Dahinter können aber Zweifel stehen, viele Traumatisierte haben erhebliche Zweifel an ihrer Lebensberechtigung. Sie sind ebenfalls häufig suizidal. Suizidalität wiederholt oft die frühere Lebensbedrohung, sie kann die Opfer-Täter-Dynamik bestätigen, wiederholen oder umkehren, und letztlich gibt die eigene Aggressivität dem Täter Recht und wiederholt sein aggressives Handeln, wie auch bei Selbstverletzungen und anderen Formen der Selbstbeschädigung. Hinter Suizidalität steht oft, aber bei weitem nicht immer ein Todeswunsch, aber oft auch der Wunsch nach einem Ausweg, einer Flucht, einer Hintertür und letztlich nach Frieden und dem Aufhören von Gewalt. Im Grunde ist Suizidalität Lösungsversuch und Reaktion auf die existenzbedrohende oder unerträgliche Situation, die in der Vergangenheit überlebt wurde, auf Kontrollverlust, Auslieferung, die Gewalterfahrung und die Existenzbedrohung, oft bis hin zur phantasierten oder realen Todesnähe. Suizidalität erscheint oft als die einzige noch mögliche Handlungsfähigkeit und zeigt damit paradoxerweise auf, dass der Wunsch nach Handeln, weg von Auslieferung und Kontrollverlust, vorhanden ist, also der Wille zum Überleben. Den Überlebenswillen aufzugeben hieße, sich der Gewalt, der Existenzbedrohung, der Todesbedrohung und dem Kontrollverlust völlig auszuliefern. Die Suizidalität sichert also den Überlebenswillen. Der Überlebenswille unterdrückt die Todesnähe und Bedrohlichkeit, oft auch den Todeswunsch, kostet aber viel an Lebenskraft und Lebensqualität. Kampf ums Überleben wird zur Lebenshaltung, die Existenz und die Existenzberechtigung müssen immer wieder neu bestätigt werden. Überlebenssucht ist die übersteigerte dysfunktionale Form des Willens zu Überleben und zu Leben. Dissoziation oder Spaltung, abgespaltene Gefühle, Empfindungslosigkeit sind genauso der Versuch, das Trauma auszuschalten und trotz der Gewalt zu überleben und eine Existenzberechtigung zu haben. Das Recht zu Leben, das Gefühl für das Recht, sich zu wehren, einen eigenen Willen zu haben und eine Existenzberechtigung, konnte durch das Trauma nicht entwickelt werden oder wurde dadurch verloren.

Immer im Kampf zu sein, das kostet ständig Kraft und Energie. Der Kampf um Handlungsfähigkeit, Kontrolle, Sicherheit, Geborgenheit, Beziehung, Anerkennung, letztlich um Existenzberechtigung und Lebensberechtigung wird zum Lebensinhalt bei vielen Traumaüberlebenden, insbesondere nach früher oder chronischer Traumatisierung. Die Lebensmöglichkeiten, die geahnt und existentiell gewünscht werden, sind jedoch Bestandteil eines „normalen“ nicht bedrohten Lebens, nicht des Überlebens. Sie sind also weitgehend für viele erst einmal unerreichbar. Die Unerreichbarkeit von „normalen“ Lebensinhalten kann vom Gefühl her zusätzlich die Lebensberechtigung infrage stellen: Ich habe kein Recht, diese Lebensmöglichkeiten zu erwarten und zu erreichen. Ich bin ein Mensch, dem sie nicht zustehen, denn ich bin nicht normal. Sie zementiert zusätzlich den Glauben an das böse Selbst.



Der Kampf und das Leben jenseits des Überlebens bedeutet Stress, Dauerstress, chronischer Stress, der die Lebensqualität zusätzlich reduziert. Dies führt dazu, dass es keine Zeit der Ruhe, kein Gefühl von Frieden und Zufriedenheit geben kann, und das wiederum beweist die Unnormalität, das Anders-Sein und die fehlende Lebensberechtigung.

Nicht leben zu dürfen, keine Existenzberechtigung zu haben außer durch Leistung oder in einer Funktion, das ist ein grundlegendes dauerhaftes Lebensgefühl vieler Traumatisierter und knüpft direkt an die frühen Erfahrungen an. Ein Teil der Schuldgefühle der meisten Überlebenden hat hier ebenfalls seine Ursache: Trotz fehlender, nicht erlebter und nicht bestätigter oder gar abgesprochener Existenzberechtigung zu leben, dennoch zu leben, das macht ein Gefühl von Schuld. Traumatisierte haben Probleme mit der Emotionsregulation, mit Aggressivität, Abgrenzungsfähigkeit, Selbstschutz und mit dem Recht auf Unversehrtheit.

Also muss die Existenzberechtigung bewiesen werden. Alles wird zu ihrer Bestätigung herangezogen, alles Mögliche wird überlebt, statt es zu leben und zu bewältigen: Krisen, Krankheiten, Selbstbeschädigungen jeder Art, Suizidversuche, berufliche Engpässe, ökonomische Not, Überlastung, Überforderung in jeder Form. Es führt zu einer Art Wiederholungszwang, immer wieder in Situationen zu kommen, die überlebt werden müssen. Spontane Wiederholungstendenzen sind sehr häufig, der Opferstatus in der Kindheit erhöht die Wahrscheinlichkeit, später wieder zum Opfer zu werden, dies wird in der Literatur als Victimisierung bezeichnet. Dahinter wird der Wunsch beschrieben, die Gewalterfahrung oder das Trauma zu vollenden: Vielleicht geht es diesmal anders aus. Traumatisierte sind stets in der

Erwartung der erneuten Katastrophe oder gar des Todes.

Es wäre eigentlich nachvollziehbarer, wenn Gefahrensituationen durch Selbstschutz vermieden würden. Aber das Bekannte, die Gewalt, erscheint ungefährlicher als das Unbekannte, der selbstsorgende und selbstschützende Umgang mit sich selbst.

Die passive Wiederholungstendenz wiederholt die Auslieferungssituation an Gewalterfahrungen, die zum Teil selbst aufgesucht oder gar provoziert werden, zum Beispiel bei Gewaltbeziehungen oder das scheinbar angstfreie Aufsuchen objektiv gefährlicher Situationen, Unvorsichtigkeit oder die Unterschätzung von Gefahren, spätere Vergewaltigungen, auch in Therapien sind gerade bei Frühtraumatisierten nichts Seltenes.

Die aktive Wiederholungstendenz führt zur Täterschaft, indem sie andere zu Opfern macht und so Entlastung sucht, aber unbewusst auch die Bestätigung, dass Traumata auch von anderen überlebt werden können.

In Krankheit, Sucht, Krisen, Selbstbeschädigungen und Suizidversuchen wird eine Art Russisches Roulette provoziert, mit dem die Lebensberechtigung oder der Beweis geführt und bestätigt wird. Ein Beispiel ist die frühtraumatisierte Lyrikerin Sylvia Plath, die regelmäßig Suizidversuche unternahm, bis sie am letzten scheiterte. Überlebende sind ständig in der Gefahr, an ihrem Überleben zu scheitern.

Wird die Bedrohung überlebt, dann bestätigt dies kurzzeitig die Existenzberechtigung, das Recht, weiter zu leben. Dieses Gefühl geht aber meist rasch wieder verloren. Also muss es wiederholt werden. Insgesamt bedeutet dies Dauerstress, der ebenfalls überlebt werden muss: Ein Teufelskreis ohne Ende, ein Gewaltzirkus, der unabsehbar weitergeht. Darunter leidet nicht nur die Lebensqualität, es werden auch alle Beziehungen in den Überlebenskampf integriert und für die Überlebenssucht instrumentalisiert. Ungeheure Erwartungen richten sich auf alle heutigen Bezugspersonen, von ihnen wird die frühe Bestätigung der Existenzberechtigung, werden Anerkennung, Bestätigung, Geborgenheit und Sicherheit erwartet, die allerdings nicht angenommen werden können. Damit bleiben sie wirkungslos. Denn es sind nicht die Bestätigungen der frühen Bezugspersonen, die eigentlich gebraucht wurden, aber in einer anderen Lebensphase, und es ist auch nicht mehr die frühere Zeit mit ihren Entwicklungsmöglichkeiten. Das Scheitern ist unvermeidlich. Alle Beziehungen sind sehr intensiv und gleichzeitig sehr instabil. Auch sie müssen überlebt werden, neue Traumata werden erwartet und erfüllen sich, neue defizitäre Erfahrungen sind vorgegeben.

Der Beweis der Existenzberechtigung durch Leistungsbereitschaft, überhöhte Selbstansprüche und überhöhtes Ich-Ideal wird versucht. Wer Alles gibt, Unendliches leisten, „gut“ ist, hat ein Recht zu leben. Die Überzeugung, das Trauma „verdient“ zu haben, weil um den Preis des eigenen „Schlechtseins“ der Täter gut bleiben kann, widerspricht dem und macht die Bemühungen ineffektiv. Dem entspricht übrigens teilweise auch das Konzept vom „falschen Selbst“ (Winnicott). Erfolg macht keine Freude, führt nicht zur Selbstbestätigung und zur Selbstanahme, vor allen Dingen nicht zur Zufriedenheit, denn er reicht nie aus. Was andere leisten, wird überbewertet, die eigene Leistung ist ganz normal oder wird sogar abgewertet. Damit kann es nicht zu einer Korrektur des Selbstbildes und nicht zu Zufrie-

denheit und Selbstbestätigung kommen. Denn eine Existenzberechtigung kann die eigene Leistung nicht geben und damit kann sie die Überlebenssucht nicht stillen. Misserfolge erscheinen deshalb riesig, zumal die Realitätsprüfungsfähigkeit oft defizitär ist infolge defizitärer Ich-Funktionen, Erfolge werden nicht wahrgenommen oder sie sind rasch wieder vergessen. Auch das führt zu einer bedrohlichen Dysbalance, die überlebt werden muss und zusätzlich chronischen Stress bedeutet.

Es ist also kein Zufall, dass frühtraumatisierte Frauen häufig Krisen und weitere Gewalterfahrungen erleben. Das, was „Victimisierung“ genannt wird, „einmal Opfer, immer Opfer“, ist in Wirklichkeit ein Kampf um die Lebensberechtigung, will verändern und zeigt gleichzeitig wie in einem Zerrspiegel den vorhandenen ungeheueren Lebenswillen dahinter auf und die ungeheuere Lebenskraft, die aber nicht zum Leben, sondern lediglich zu einem Überleben aufgebracht wird.

Adrenalin ist übrigens auch eine Droge. Es entsteht bei Stress, in bedrohlichen und überfordernden Situationen. Es scheint so, dass nur ein erhöhter Adrenalinpiegel ein Gefühl von Überleben und vielleicht von Leben bei Traumatisierten möglich macht. Die Stresssituation, die weiteren Gewalterfahrungen, die zu überlebenden Situationen, die ständig auftreten, steigern die Adrenalinproduktion – spekulativ könnte die Überlebenssucht früh oder chronisch Traumatisierter auf der körperlichen Ebene einer Adrenalin sucht entsprechen. Das heißt, dass die bedrohliche Situation immer wieder aufgesucht werden muss, weil sie das für den Überlebenskampf benötigte Adrenalin produzieren lässt.

Möglicherweise wirken hier auch die Endorphine mit, von denen ebenso bekannt ist, dass sie unter anderem bei Selbstverletzungen produziert werden und dass sie süchtig machen.

Die Traumatherapie muss also diese Formen von Sucht durchaus einbeziehen, wenn sie effektiv werden und zu einer besseren Lebensqualität führen soll.

Prävention

Gewalt stellt, wie wir gesehen haben, nicht nur eine maximale Grenzüberschreitung und ein schweres Trauma dar. Denn sie führt in der Folge zu schweren Entwicklungsstörungen, die alle Lebensbereiche betreffen. Sie schränkt die Handlungsfähigkeit von Frauen in erheblichem Ausmaß ein und verhindert damit, dass sich Frauen angemessen mit der heutigen Lebenswelt auseinandersetzen. Dies reduziert ihren gesellschaftlichen und politischen Einfluss erheblich.

Um so wichtiger ist die Prävention. Sie umfasst ganz verschiedene Bereiche, die unterschiedlich bedacht werden müssen. Sie ist ein individuelles, ein gesellschaftliches und ein gesellschaftspolitisches Problem.

Als individuelles Problem ist sie schwierig, da sie direkt in die Rechte der Familie eingreift. Beim Verdacht auf das Vorliegen sexualisierter Gewalt in der Familie ist das Verhalten für das Kind selbst und für den weiteren Ablauf sehr wichtig.

Von entscheidender Bedeutung ist es, dem Kind zu glauben, es nicht zu bedrängen und einfach zuzuhören.

Als nächstes sollte der Kontakt mit kompetenten Fachleuten,

entweder von Beratungsstellen oder auch, falls dort das Wissen vorhanden ist, von Medizinischen Diensten gesucht werden. Die Auskünfte sind an die Schweigepflicht gebunden und es wird niemand zur Anzeige verpflichtet.

In der Beziehung zum Kind sollte durch Zuhören und behutsamem Eingehen eine vertrauensvolle Beziehung hergestellt werden, auch um dem Kind nicht das Gefühl zu geben, dass es nicht reden darf – als Gegengewicht zum Schweigegebot – und dass es wichtig ist. Für die späteren Folgen ist genau dieses Verhalten des sozialen Umfeldes mit entscheidend. Auch das Signal, dass Kinder ein Recht auf Selbstbestimmung und eigene Grenzen haben und dass es selbst entscheidet, welche Berührungen es als angenehm und welche es als unangenehm empfindet, aber auch, dass es gute und schlechte Geheimnisse gibt und dass gerade über schlechte Geheimnisse gesprochen werden darf.

Alle Beobachtungen und Mitteilungen des Kindes sollten schriftlich niedergelegt werden.

Falls möglich, sollte der Kontakt zu einer direkten Bezugsperson, meist der Mutter, gesucht werden. Je nach deren Reaktion

kann möglicherweise eine räumliche Trennung von Opfer und Täter vorbereitet werden. Es besteht immer die Gefahr, dass der Täter den Druck auf das Kind und die gesamte Familie erhöht.

Zu all diesen Maßnahmen ist es wichtig, dass das Kind zustimmt.

Wichtig ist auch, dass Frauen die Sichtweise und das Bewusstsein von sich selbst verändern.

Nach wie vor fehlt Frauen an vielen Stellen das Selbstbewusstsein, viele Frauen haben noch kein Gefühl für die Selbstbestimmung über ihren Körper. Dem leistet die Sicht der Frau als Familiendienstleisterin, die verantwortlich ist für Gesundheit, Wohlfühl und Zufriedenheit in der Familie Vorschub. Eine Änderung dieser Sichtweise ist dringend erforderlich.

Zusätzlich sollte bereits im frühen Kindesalter, in der Vorschulzeit und in der Schule weibliches Selbstwertgefühl und das Gefühl für Selbstbestimmung, insbesondere über den eigenen Körper, gefördert werden. Das Recht auf Grenzen sollte, auch für Frauen, zu einem selbstverständlichen Lebensrecht werden.

Die Rolle der Mütter, und das steht in engem Zusammenhang mit der Verteilung von Verantwortung, sollte überdacht und in ihrer Bedeutung ergänzt werden durch die Verantwortung der Väter oder anderer Familienmitglieder. Gleichzeitig muss ein Bewusstsein für die zugeschriebene Verantwortung und die in vielen Familien noch fehlende Entscheidungskompetenz und Durchsetzungsmöglichkeit bewusst gemacht und bedacht werden.

Wichtig wäre auch ein Überdenken von Worten, Bezeichnungen und Benennungen. So lange Worte wie „Missbrauch“ noch die Bedeutung des Traumas minimieren, so lange Misshandler und Täter noch als „Pädophile“, „Kinderschänder“, „Sexmonster“ oder „Sexgangster“ benannt werden und damit der Anschein erweckt wird, dass es sich dabei um Ausnahmen handelt und dass die Betroffenen als Monster oder Gangster erkennbar sind, wird sich kein Bewusstsein bilden können, dass die meisten Täter unauffällig und in der Gesellschaft anerkannt sind. So lange Sextourismus, Vergewaltigung, sexualisierte Kindesmisshandlung, Sexualmorde noch als Form der Sexualität gesehen werden, nicht als extreme Machtausübung, wird sich nicht viel ändern. Die Sprache schützt die Täter.

Und damit ist es logisch, dass alles, was dem Täterschutz dient, bewusst gemacht wird, von Theorien in Psychotherapie, Psychologie und Sozialwissenschaften über die gesellschaftliche Sichtweise und die Rollenverteilung von Frauen und Männern, der Kompetenzverteilung und der Verteilung von Entscheidungsmacht bis hin zur eigenen Einstellung zu Sexualität und zu Kindern und deren Rechte und bis hin zur benutzen Sprache.

Mit breiter Wirkung kann jedoch dieses gesellschaftliche Problem nur mit Hilfe der Politik verändert und gelöst werden. Für die Prävention der Gewalterfahrungen von Frauen und Kindern ist von ganz verschiedenen Stellen und von ganz unterschiedlichen Institutionen zu fordern:

Die Förderung des Bewusstseins für die Thematik und Problematik von Gewalterfahrungen und deren gesundheitlichen Folgen, dazu müssen sowohl personale als auch strukturelle Gewalt und die verursachenden Strukturen aufgezeigt und benannt werden.

Schutz und Therapiemöglichkeiten für Frauen müssen vermehrt geschaffen und angeboten werden, dabei sollte die Kostenfrage nicht zum limitierenden Problem werden, zumal Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen durch Medikalisierung und Hospitalisierung statt angemessener Prävention und Behandlung ihren Preis haben, die Behandlung verlängern und sekundäre Folgen haben können. Außerdem sollten die verschiedenen medizinischen Behandlungsinstitutionen trotz verständlicher Datenschutzbedenken bei Verdacht auf Gewaltfolgen eine bessere Kommunikation pflegen.

In der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sollte das Wissen um Gewaltfolgen unbedingt vermittelt werden.

Information und Aufklärung sind in einem wesentlich höheren Ausmaß als bisher erforderlich, auch verursachende Strukturen und Vermeidungs- und Verleugnungsstrategien müssen bewusst gemacht und benannt werden.

Die Förderung der Frauengesundheitsforschung, um endlich Klarheit und Sicherheit über Ausmaß und gesundheitliche Folgen von Gewalt zu erhalten.

Endlich sollte sich auch die Forschung um angemessene Therapiemöglichkeiten für männliche Sexualitätsprobleme und Gewalttäter bemühen, wobei erst einmal endlich neue Theorien entwickelt werden müssen, die die Verkopplung von Sexualität und Macht, sexueller Anregung durch Gewalt und Folter und die sexualisierte Attraktivität von Macht

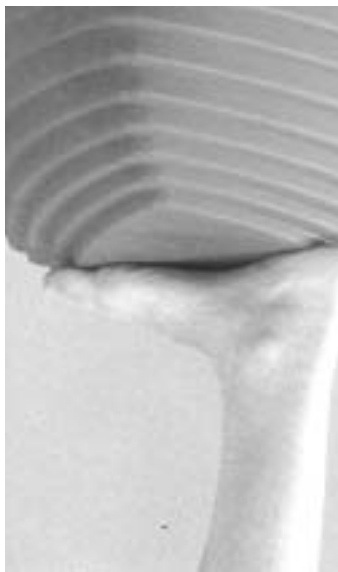
für Männer verstehen und erklären, um angemessene und effektive Therapiemöglichkeiten zu entwickeln und die gefährlichen blinden Flecken für diese Besonderheiten aufzuhellen.

Die Förderung des Bewusstseins für die Lebenswirklichkeit von Frauen und ihre realen Bedingungen und Belastungen sind entscheidend wichtig.

Gewalt gegen Frauen in jeder, auch in den gesellschaftlich akzeptierten Formen wie Gewaltbeziehungen oder beispielsweise Pornographie und den entsprechenden Angeboten im Internet muss selbstverständlich inakzeptabel sein.

Der geltende Normalitätsbegriff, aber auch herrschende Gesundheit- und Therapievorstellungen müssen hinterfragt und neu definiert werden, um Fehldiagnosen und unnötige bzw. schädigende Behandlungsweisen zu unterlassen. Reaktionen von Frauen auf Gewalt dürfen nicht mehr als individuelles, sondern müssen als strukturelles Problem gesehen werden.

Veränderungen in gesellschaftlichen und politischen Strukturen sind längst überfällig, ebenso wie eine adäquate Repräsentanz von Frauen in Entscheidungspositionen. Es ist im Interesse von Frauengesundheit, aber auch im Interesse der Lebensqualität und darüber hinaus im gesellschaftlichen Interesse, z.B. für die Kostensituation in Gesundheitswesen und Sozialversicherung, höchste Zeit für nachhaltige Veränderungen.





Literaturempfehlung zur Autorin:

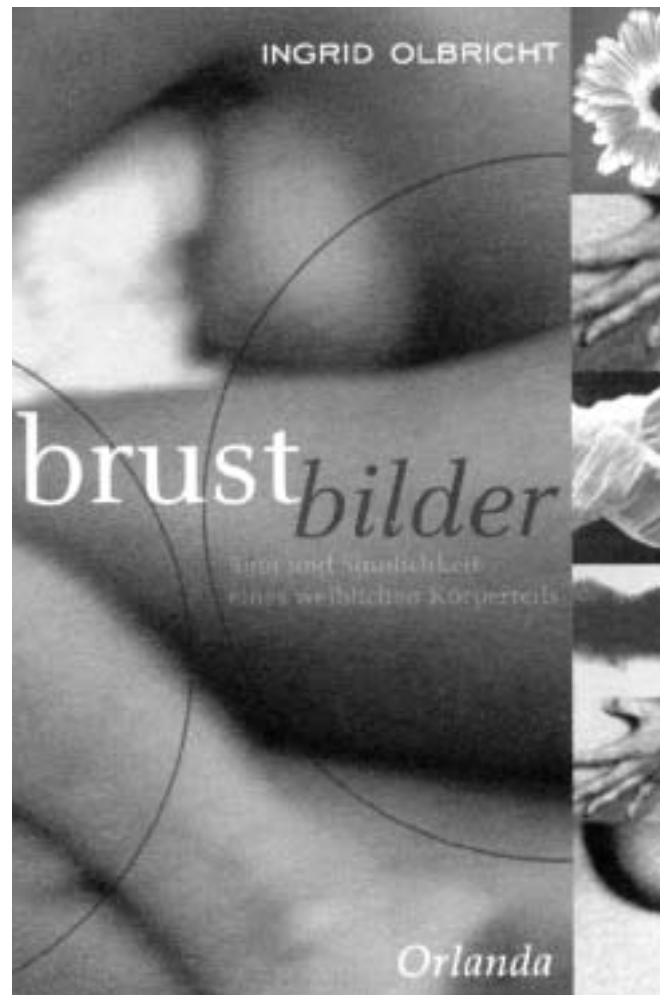
Was Frauen krank macht

Zur Psychosomatik der Frau

Frauen erkranken „anders“ als Männer. Sie gelten allgemein als schwächer und weniger belastbar, obwohl sie im Durchschnitt sieben Jahre länger leben. Sie werden häufiger psychosomatisch behandelt und bekommen mehr Medikamente. Warum?

Geschildert werden die gravierenden Ursachen, körperliche, seelische, soziale und ökologische Gegebenheiten und das, was Frauen wirklich krank macht (z.B. Folgen von Gewalterfahrungen, geschlechtsspezifische Bewertungen und Belastungen).

Dr. Ingrid Olbricht stellt in diesem Buch ausführlich die Gedankengänge dar, die Grundlage des Vortrags im Rahmen der Fachtagung des Bundesvereins im November 2002 waren. Darüber hinaus werden entscheidende Ansätze zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Frauen dargestellt.



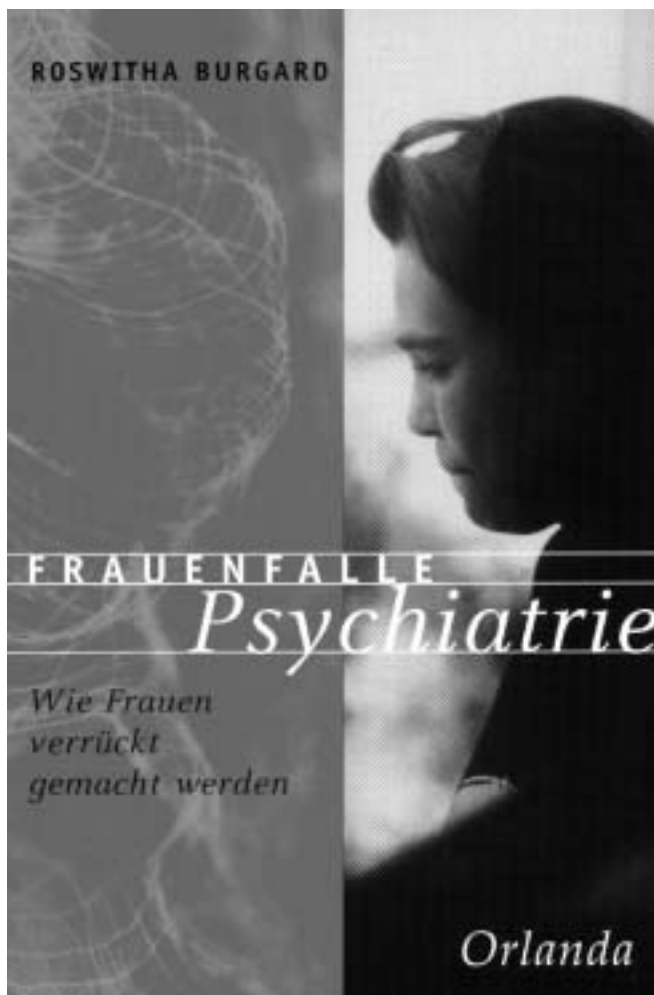
Außerdem erschien von der Autorin das Buch

Brustbilder

Sinn und Sinnlichkeit eines weiblichen Körperteils

Darin widmet sie sich der Brust in dem weiten Spektrum von Wahrnehmung und Empfindung, geht auf die Suche nach Sinnbild, Abbild und Zerrbild von Weiblichkeit.

Bezug über Donna Vita



Weitere Empfehlung:

Roswitha Burgard

Frauenfalle Psychiatrie

Wie Frauen verrückt gemacht werden

Seit von 15 Jahren das erste deutschsprachige Buch zu diesem Themenkomplex „Wie Frauen verrückt gemacht werden“ erschien, hat sich „zu wenig- und doch sehr viel“ getan. Für Frauen, die in Krisen geraten, gibt es heute ein größeres Angebot, das sie auffängt und ihnen Bewältigungshilfe bietet.

Doch ist die Psychiatrie noch immer eine Frauenfalle. Wie wissen inzwischen weit mehr über Abwertung und Ausgrenzung. Wir können vieles nicht verhindern, aber wir können erkennen, benennen und Bestmögliches tun, um Handlungsspielräume für Frauen zu nutzen.

Dazu ermutigt die Autorin und gibt sach- und fachgerechte Information.

Bezug über Donna Vita

TRIMB®

Trauma Rekapitulation Imagination Movement
Breath

Dr. Ingrid Olbricht hat eine spezielle Behandlungsmethode entwickelt. Die derzeit eine Zertifizierung durchläuft für die internationale Anerkennung der Methode als therapeutische Behandlungsmethode. Die Prüfung läuft über die Universität Heidelberg, die nachinternationalen Qualitätsstandards vorgeht und bewertet.

TRIMB® eignet sich als Soforthilfemaßnahme bei akuten Belastungen aus aktuellen oder länger zurückliegenden Traumata. Die Methode konzentriert sich auf die Bewältigung aktueller Emotionen und daraus möglicherweise resultierender Irritationen und Einschränkungen. Die Methode ist Ressourcenorientiert, kann von TherapeutInnen, PädagogInnen und PatientInnen so erlernt und integriert werden, dass sie als „Selbsthilfemaßnahme“ in Akutsituationen zur Verfügung steht.

Der hohe Wert der Methodik liegt in der Alltagstauglichkeit. Sie ist auf Autonomie der PatientInnen ausgerichtet. Daraus können diese das Gefühl entwickeln, SELBST etwas erreichen zu können. Mit der Anwendung der Methodik erhalten sie eine Bestätigung der eigenen Handlungsfähigkeit und können eigene Ressourcen nutzbar machen.

Termine

TRIMB® 9. August 2003 und 4. Oktober 2003

Supervision: 23. Oktober 2003 und 1. November 2003

Kontakt, Information und Anmeldung:
ingrid.olbricht@t-online.de

Weitere Termine werden bekanntgegeben.

Trauma und Körper

Dami Charf

Ich möchte hier mit einer Geschichte beginnen, die wir alle kennen. Es ist die Geschichte einer Traumatisierung durch elterliche Vernachlässigung und Geiselnahme...

Es waren einmal...

Es waren einmal zwei Kinder namens Hänsel und Gretel, die wurden von Ihren Eltern vernachlässigt und schließlich einfach im Wald ausgesetzt. Dort verirrten sie sich und fanden den Weg nach Hause nicht mehr. Schließlich gerieten sie in die Hände einer bösen Macht und wurden als Geiseln genommen. Gretel musste im Haus zu Diensten sein. Hänsel wurde eingesperrt und sollte eines furchtbaren Todes sterben. Die Kinder waren verängstigt und hilflos. Sie wussten nicht, wie sie fliehen sollten und wenn Gretel es vielleicht gekonnt hätte, sollte sie ihren Bruder alleine lassen?

Eines Tages jedoch kam eine Gelegenheit sich zu wehren und Gretel fasste sich ein Herz, sie tötete das Böse und die Kinder fanden Hilfe und wurden zu guter Letzt wieder zu Hause aufgenommen. Ihr Vater hatte ein schlechtes Gewissen bekommen und sich von seiner kaltherzigen Frau getrennt, die die Kinder aus dem Haus haben wollte.



Und dann?

Hier endet der dokumentierte Teil der Geschichte. Kaum jemand interessierte sich dafür, wie es weiterging. Die Kinder waren ja gerettet und ihnen war nichts passiert. Das Böse war besiegt und das Dorf atmete auf.

Für die Kinder endete das Grauen hier jedoch noch nicht. Beide entwickelten Schlafstörungen. Sie schreckten oftmals aus Alpträumen auf und schrien vor Angst. Auf der Strasse rannten sie weg, wenn sie jemanden erblickten, der dem Bösen ähnlich sah. In der Schule waren sie oft müde und hatten Schwierigkeiten sich zu konzentrieren. Gretel wurde immer stiller und zog sich von ihren früheren Freundinnen immer mehr zurück. Hänsel wurde immer zappeliger und konnte in der Schule kaum auf seinem Platz sitzen bleiben. Ihr Vater gab sich alle Mühe seinen Kindern zu helfen, doch bald wusste er nicht mehr weiter. Er hoffte, dass es den beiden bestimmt nach einer Weile besser gehen würde.

Es wurde jedoch nicht besser. Gretel entwickelte sich zu einer zurückgezogenen jungen Frau, die mit 17 Jahren von zu Hause auszog, die Schule abbrach und eine Lehre machte. Es fiel ihr schwer anderen Menschen wirklich zu vertrauen und immer wieder wurde sie, wenn sie nicht aufpasste, von Bildern heimgesucht. Bilder, wie sie jemanden tötete, Bilder von ihren Tagen als Sklavin und ihrem eingesperrten Bruder. Sie rauchte, um ihre Nervosität zu unterdrücken und sie wusste, dass sie Angst vor Menschen hatte,

aber nur schwer alleine sein konnte und es kaum ertrug, wenn ihr jemand zu nahe kam. An manchen Tagen, den schlechten, saß sie zu Hause und starrte ein paar Stunden die Wand an. An anderen Tagen ging es ihr sogar fast gut. Sie beendete ihre Lehre und lernte Freunde kennen. Niemand merkte ihr an, dass sie ein

schreckliches Geheimnis mit sich herumtrug.

Hänsel dagegen machte seinem Vater und sich selbst bald richtig Kummer. Als er in die Pubertät kam, fing er an sich zu schlagen. Er trank und suchte das Abenteuer wo immer er war. Er war im Dorf bald berühmt-berüchtigt. Seine schulischen Leistungen sanken und er flog bald von der Schule. Glücklicherweise fühlte er sich nur, wenn Adrenalin durch seine Adern rauschte oder der Alkohol die innere Unruhe unterdrückte.

Er schloss sich einer Gruppe Gleichaltriger an und verlor mehr und mehr den Boden unter den Füßen. Sein Vater appellierte an seinen Verstand, doch es nützte nichts. Bei den Gesprächen war er einsichtig und unglücklich über sein Verhalten, aber dann ging alles so weiter, an seinem Verhalten änderte sich nichts.

Nach langem Zureden brachte sein Vater Hänsel dann zu dem Dorfheiler. Hänsel hatte Angst davor, denn auch er hütete sein Geheimnis über jene Tage im Wald.

Der Heiler versuchte sein Vertrauen zu erlangen. Er redete mit ihm über Hänsels Probleme und versuchte ihn zu unterstützen. Hänsel ging es nach einer Weile besser, er

wurde etwas ruhiger und freute sich auf die Zeit mit dem Heiler. Eines Tages dachte der Heiler, dass es nun an der Zeit sei, Hänsel auf jene Tage im Wald anzusprechen. Hänsel hatte Angst darüber zu reden, aber er mochte den Heiler und vertraute ihm. So begann er die Fragen zu beantworten, die er gestellt bekam. Er sollte sich genau erinnern, denn das sollte ihm helfen das Erlebte zu verarbeiten. Er beschrieb dem Heiler jedes Detail das ihm einfiel, er weinte und litt unter den Erinnerungen und nachts begannen wieder die Alpträume. Er wurde wieder unruhiger und trank wieder mehr. Manchmal fing er einfach an zu zittern, versuchte jedoch sich zusammenzureißen. Er fing an mehr und mehr zu verstehen, woher seine Probleme kamen und versuchte sein Leben zu ändern, sich an seine Symptome zu gewöhnen. Irgendwann war der Heiler zufrieden und sagte Hänsel, dass es ihm jetzt besser gehen würde. Hänsel schaffte es auch nach einer Weile nicht mehr zu trinken und er hatte das Gefühl, sein Leben wieder im Griff zu haben. Nur manchmal überflutete ihn die Erinnerung an seine Hilflosigkeit, dann lief er aus dem Haus und irrte so lange herum, bis er vor Müdigkeit kaum noch laufen konnte.

So gingen die Jahre ins Land, als Gretel Ende zwanzig war, beschloss auch sie, dass ihr Leben besser werden müsste. Ihr Leben glich einer Achterbahn von himmelhochjauchzend zu zu Tode betrübt. Sie suchte sich eine Heilerin und erzählte dieser ihre Geschichte. Diese Heilerin war dafür bekannt, dass sie ungewöhnliche und suspekten Methoden benutzte. Sie arbeitete manchmal mit Berührung und glaubte, dass der Körper bei der Heilung von seelischen Problemen eine Rolle spielte. Dadurch wurde sie von anderen HeilerInnen oft komisch angeschaut und nicht ganz ernst genommen. Manche versuchten sogar sie aus der Heilergemeinschaft auszuschließen. Sie hatte jedoch oft gute Erfolge erzielt und deshalb ging Gretel zu ihr.

Die Heilerin erkannte, dass die Probleme Gretels durch die Vernachlässigung ihrer Eltern und durch das furchtbare Erlebnis im Wald verursacht wurden. Sie erklärte Gretel,



dass es wichtig war, dies aufzuarbeiten und der Körper dabei ein wichtiger Schlüssel wäre.

Sie ging davon aus, dass jede Erfahrung im Körper gespeichert ist. Deshalb arbeitete sie sowohl mit Gesprächen als auch mit Körperarbeit.

Gretel erspürte ihre Verletzungen, betrauerte ihre Kindheit und stellte sich ihren Erinnerungen. Nach manchen schweren Stunden war sie fast euphorisch auf dem Heimweg. Nur von Zeit zu Zeit, wenn sie nach Hause kam fiel sie wieder in diese Stumpfheit und Leere breitete sich in ihr aus. An anderen Tagen hatte sie nur noch Angst, schlief bei Freundinnen, weil sie nicht alleine sein konnte. Ihre Heilerin beteuerte jedoch, dass dies alles zum Prozess gehöre und sich bald Besserung einstelle. Sie hätten jetzt nur noch einen wichtigen Punkt vor sich. Es wäre ein guter Schritt, wenn Gretel an ihre Wut kommen würde. Diese Wut sollte sie ausdrücken und so schrie Gretel und manchmal prügelte sie mit einem Stock auf die Matratze ein. Meist fühlte sie dabei gar nichts, manchmal fing sie an zu zittern, zu schwitzen und bekam unkontrollierte Weinkrämpfe. Katharsis nannte man das. Nach einiger Zeit wurde vieles in ihrem Leben besser. Sie konnte sich leichter ausdrücken und konnte mehr Zeit mit anderen Menschen verbringen.

Sie fühlte sich selbst auch viel mehr, aber manchmal tauchte sie innerlich einfach in dieses schwarze Loch. Dann fühlte sie nichts mehr, was dann gut war. Eine Weile nach dem Ende der Behandlung bekam sie ihre erste Panikattacke. Es folgten weitere, die durchschnittlich 15 Minuten dauerten und sie dachte in dieser Zeit, sie müsse sterben. Danach fühlte sie sich allerdings wie neu geboren, weil sie wusste, dass sie nun eine Weile in Frieden leben konnte. So gewöhnte sie sich auch an diese Heimsuchung.

Und so lebten Hänsel und Gretel und machten das Beste aus ihrem Leben.

Wir wissen heute wesentlich mehr als damals über die Arbeit mit traumatisierten Menschen, aber sie gehört bis heute zu den größten Herausforderungen einer psychotherapeutischen oder beratenden Praxis. Die Heilung von Trauma voranzubringen ist m.E. nach einer der wichtigsten Herausforderungen vor der wir als Gesellschaft stehen. Trauma verändert die Einzelnen und die Gesellschaft. Es rüttelt an unseren Grundfesten und fordert uns auf, hinzuschauen, was tagtäglich passiert.

Erkenntnisse aus der Neurobiologie

Inzwischen hat die Neurobiologie mindestens genauso viel zur Behandlung von Traumata beizutragen, wie einzelne psychotherapeutische Verfahren. An dieser Stelle möchte ich einige Ergebnisse vorstellen und ihren Bezug zur Trauma-Arbeit insbesondere zur Wichtigkeit des Körpers im Heilungsprozess herstellen.

Ein Trauma wird von verschiedenen AutorInnen sehr unterschiedlich definiert, an dieser Stelle zwei Beispiele:

„Wir nennen traumatisch ein Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs

bringt, daß die Erledigung oder Aufarbeitung desselben in normal-gewohnter Weise missglückt, woraus dauernde Störungen im Energiebetrieb resultieren müssen." (s. Freud, *Gesammelte Werke XI, S. 284*)

„zu viel – zu schnell – zu plötzlich“ (Peter Levine, *Ausbildungsmanual Somatic Experiencing, 1997*)

Was heißt das nun konkret, was passiert da nun eigentlich in uns, wenn jemand plötzlich auf der Kirmes auf uns einschlägt und wir uns nicht wehren können?

Der Körper in Alarmbereitschaft

Menschen reagieren auf eine direkte Bedrohung sehr ähnlich. Das ist unser biologisches Erbe, dem wir trotz aller Intelligenz nicht entkommen können. Es ist zuallererst ein sehr körperlicher Vorgang. Wir orientieren uns zu der Gefahr hin und gleichzeitig werden im Gehirn Hormone freigesetzt, u.a. an die Nebennieren, die den Körper in Alarmbereitschaft versetzen. Die Nebennierenrinde schickt Adrenalin in den Körper, das dafür sorgt, dass sich der Herzschlag erhöht, das Blut aus den Verdauungsorganen abgezogen und in die großen Muskeln umgeleitet wird. Die Pupillen erweitern sich, damit so viel Licht wie möglich einfallen kann, gleichzeitig bekommen wir einen Tunnelblick, d.h. wir sehen nur noch die Gefahr und nicht mehr die Umgebung. Die kleinen Blutgefäße unter der Haut schließen sich, um Blutungen zu vermeiden, die weißen Blutkörperchen machen sich bereit Wunden zu schließen. Unsere Hände werden feucht, damit wir den Gegner besser packen können. Kurz gesagt unser Körper stellt alle Energie, die er aufbringen kann, bereit, um sein Leben zu verteidigen. Haben wir die Gefahr erkannt, entscheidet unser Gehirn blitzschnell was weiter zu tun ist oder gibt gegebenenfalls Entwarnung.



Reflex und Entscheidung

Hier nun wird es interessant: Der Körper steht vor einer Entscheidung die Leben oder Tod bedeuten kann. Die Entscheidung für eine Reaktion wird in Bruchteilen einer Sekunde gefällt und lange Jahre wurde hier in den Lehrbüchern zwei Reflexe aufgeführt: Der Angriffs- oder Fluchtreflex (fight or flight response).

Was ist aber nun mit Hänsel und Gretel? Auch sie befanden sich in einer lebensbedrohlichen Situation. Sie hatten jedoch weder die Möglichkeit zu fliehen, noch um ihr Leben zu kämpfen. Der Organismus hat für diesen Fall noch einen dritten Reflex entwickelt. Jede/r PolizistIn und jede/r TherapeutIn hat ihn schon oft geschildert bekommen. Es ist der Erstarrungsreflex (freezing-response). Die überwältigte Person, die keine Chance für eine angemessene Reaktion sieht, erstarrt. Sehr oft

ist diese Reaktion begleitet von einer inneren Abspaltung vom Körper. Es werden Phänomene berichtet, in welchen die betroffene Person sich selbst und die Situation von außen beobachtet (Dissoziation). Nach dem Ereignis gibt es oft ein Gefühl von Realitätsverlust (Derealisationserscheinungen) und der Selbstentfremdung (Depersonalisierungserscheinungen). Die Berichte ähneln sehr stark denen von Menschen mit Nah-Tod-Erlebnissen und meines Erachtens gibt es hier starke Parallelen.

Das Phänomen der Erstarrung finden wir ebenso überall im Tierreich. Der Igel, der sich bei Gefahr einrollt, die Spinne, die wie tot daliegt.

Die Bewegungslosigkeit täuscht darüber hinweg, dass der Organismus sich trotzdem in allerhöchster Alarmbereitschaft befindet und das vegetative Nervensystem in höchster Erregung. Die Energie wird in diesem Moment der Erstarrung, in welchem der Mensch den Tod als unausweichlich wahrnimmt, im Organismus festgefroren. Es sprechen viele Anzeichen dafür, dass dieses Festhalten der Energie im Nervensystem, die späteren Probleme und Symptome verursacht.

Die Besonderheit des menschlichen Gehirns

Betrachten wir uns also noch einmal den Moment, in welchem der Organismus entscheidet, welche Reaktion angemessen ist. Unser Gehirn weist eine Besonderheit auf. Es besteht aus drei verschiedenen Teilen, die entwicklungs-geschichtlich unterschiedlich alt sind und unterschiedliche Aufgaben haben. Der älteste Teil des menschlichen Gehirns, das Stammhirn, ist ca. 500 Mill. Jahre alt. 300 Mill. Jahre später entwickelte sich das limbische System und erst vor wenigen Jahrtausenden – vor ca. 100.000 Jahren das Großhirn (Neo Cortex).

Das Stammhirn ist zuständig für das Überleben, die Instinkte, Reflexe und automatisierte Bewegungsabläufe. Diesen Teil des Gehirns haben wir mit den Reptilien auf dieser Erde gemeinsam. In der Welt des Stamm- oder Reptilienhirns geht es nicht um Gefühle und schon gar nicht um Logik, es geht ums reine Überleben. Dafür ist es in Millionen von Jahren optimiert worden. Das limbische System teilen wir mit den Säugetieren, hier nun kamen die Emotionen in die Welt. Der Nachwuchs wurde gepflegt, Partnerschaften und Verpflichtungen eingegangen. Der Neo Cortex, das jüngste Hirnteil, haben auch einige andere Säugetierarten, jedoch scheint kein anderes Tier diesen Hirnteil so entwickelt zu haben wie wir Menschen. Dieses Hirn ist zuständig für die Logik, für das Bewusstsein über uns selbst, für den Umgang mit Gefühlen - bewussten Emotionen - und die Sprache.

Die Besonderheit des menschlichen Gehirns besteht darin, dass sich das Stammhirn nicht weiterentwickelt zu haben scheint, sondern die neueren Teile sich auf die älteren aufgesattelt haben. Für uns ist interessant, dass jedes Hirnteil praktisch in manchen Situationen, ohne das andere agieren kann...

Die unabhängigen Funktionsmöglichkeiten dieser verschiedenen Hirnareale erklärt, warum wir Menschen so viel verstehen und wissen, sich dieses Verständnis aber oft nicht in unserem Verhalten niederschlägt.

Kämpfen – Fliehen – Erstarren

Schauen wir uns die Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen an, so läßt sich schon erahnen, wo Schwierigkeiten auftauchen. Im Falle der lebensbedrohlichen Situation von Hänsel und Gretel übernimmt das Reptilienhirn zu großen Teilen die Herrschaft. Es wird alles tun, um das Überleben zu sichern. Dafür greift es auf eine der drei Möglichkeiten zurück: Kämpfen – Fliehen – Erstarren. Erstarrung kann ein Zustand sein, der nur sehr kurz anhält, wie bei einem Verkehrsunfall oder einer Vergewaltigung. Es kann aber auch ein langanhaltender Prozess sein, wie in einer Foltersituation, einer schlimmen Kindheit oder einer aussichtslosen Situation, der man nicht entfliehen kann (oder dies so einschätzt).

Durch diese Erstarrung versucht der Organismus zu überleben und kann auch agieren, muss aber trotzdem die natürlichen Reaktionen (Flucht oder Kampf) unterdrücken bzw. „einfrieren“. Das Reptilienhirn entscheidet sehr schnell, welcher Reflex angemessen ist, wesentlich schneller als das Großhirn, welches erst abwägt zwischen verschiedenen Optionen. Gretel musste sich blitzschnell entscheiden, ob sie ihre Peinigerin tötet als sich die Gelegenheit bot. Wenn sie noch lange nachgedacht und die möglichen Konsequenzen erwogen hätte, wäre die Chance vorbei gewesen. Das gleiche gilt für alle Situationen, in denen wir reflexhaft reagieren, ohne nachzudenken. In diesen Situationen regiert unser Stammhirn über uns.

Dies stellt ein Problem für therapeutische Prozesse dar, weil das Stammhirn „nicht sprechen“ kann. Alle Erfahrungen, die hier gelagert werden, sind nicht-sprachlich. Auf diesen Sachverhalt kommen wir später noch einmal zurück.



Der Erstarrungsreflex bringt für die Betroffenen oftmals auch schwere psychische Probleme mit sich. Ihr scheinbar passives Verhalten ist für Außenstehende schwer zu verstehen. Von außen betrachtet kann es so aussehen, als hätte es in der Situation durchaus Chancen gegeben wegzulaufen oder sich zu wehren. Dieser Umstand zieht für die Opfer von Gewalttaten viel Unglück nach sich. Sie fühlen sich schuldig und schämen sich auf Grund ihrer "passiven" Reaktion.

Retraumatisierung / Reviktimisierung

Das Reptilienhirn wird nicht nur aktiv, wenn wir bewusst wahrnehmen, dass wir in Gefahr sind, sondern es sondiert unsere Umgebung immer nach potentiellen Gefahrenquellen. Es ist sozusagen unser "Bodyguard". Wir werden uns dieses Prozesses bewusst, wenn wir den Kopf wegreißen, bevor wir bewusst wahrnehmen, dass ein Ball auf uns zufliegt. Dabei scheint unser Instinkthirn ein Rastersystem zu verwenden, das es auf Situationen und unsere Umgebung auflegt, um nach groben Übereinstimmungen zu vergangenen Ereignissen zu suchen. Gibt es diese Ähnlichkeiten zu einem bedrohlichen Erlebnis der Vergangenheit, wird der Überlebensmechanismus ausgelöst, auch gegen den bewussten Willen

der Person. Die neurologische Bahnung ist so stark und dominant, dass diese Entscheidung am Großhirn vorbeigetrotzt wird. Diese Problematik trifft man immer wieder bei Opfern von Gewalt. Es erklärt auch, weshalb Menschen, die einmal zu Opfern wurden, sehr oft wieder zu Opfern werden. Eine Person nähert sich in freundlicher Absicht, löst aber durch persönliche Merkmale oder lediglich durch das Überschreiten einer gewissen Distanzschwelle den Reflex aus. Der betroffene Mensch erstarrt, zieht sich zurück oder wird aggressiv. Dieses Verhalten haben auch Hänsel und Gretel gezeigt, als sie auf der Straße vor manchen Menschen weggelaufen sind oder sich zurückgezogen haben.

Exkurs: Neurobiologie des Lernens

Um zu verstehen, weshalb der Körper immer wieder auf diesen Überlebensreflex zurückgreift, selbst wenn es in der erlebten Situation vielleicht andere Handlungsmöglichkeiten gegeben hätte, müssen wir einen Ausflug in die Neurobiologie des Lernens machen. Wir lernen, in dem wir neurologische Verbindungen im Gehirn aufbauen, d.h. mit jeder Ausführung einer gleichen Tätigkeit feuern bestimmte Nerven Impulse zur nächsten Nervenzelle und je öfter dies geschieht, desto stärker werden die Verbindungen zwischen diesen Nerven. Die Nerven, die bei einer bestimmten Handlung etc. simultan feuern, beginnen sich zu vernetzen. Dadurch werden die Tätigkeiten, Gedanken etc. schneller und leichter. Man kann sich diesen Prozess so vorstellen, als würde ein Pfad in einen Dschungel

geschlagen werden. Dieser wird zu einem Weg ausgebaut, dann zur Straße und je nach dem, wie oft wir diese Tätigkeit ausführen zur sechsspurigen Autobahn. Das heißt also, Lernen kostet Zeit und braucht Wiederholungen. Es gibt nur einen Sonderfall, und der findet unter Stress statt. In einer lebensbedrohlichen Situation lernt das Gehirn tiefer und schneller als in jeder anderen Situation. Die Plastizität nimmt überproportional zu, wir lernen ad hoc fürs Leben. Überleben wir die Situation, wird unser Gehirn in einer ähnlichen Situation immer auf den Mechanismus zurückgreifen, der schon einmal funktioniert hat – schließlich haben wir überlebt und es gibt keinen größeren Erfolg!

Man kann also feststellen, dass das Stammhirn für das Überleben sorgt und dabei das Verhalten auswählt, das sich bewährt hat. Es lernt durch Wiederholung und Angst. Logik und Gespräche haben keinen Zugang zu diesem uralten Teil des Gehirns.

Reaktivierung des Traumas

Man kann das Stammhirn jedoch über Umwege erreichen. Durch Sprache können Bilder erzeugt werden. Diese bildhaften Erinnerungen oder Phantasien haben eine Wirkung im Stammhirn. Dieser Zusammenhang kann in der Therapie negative Auswirkungen haben oder positive, je nachdem wie dies genutzt wird. Das Zusammenspiel von Vorstellungskraft und Stammhirn können wir immer spüren, wenn wir uns unangenehme Situationen vorstellen. Dabei nehmen wir wahr, wie unser Körper vegetative Symptome entwickelt, wie z.B. Herzrasen, Magenschmerzen, Schwitzen etc.

Bei der Aufarbeitung oder Bezeugung/Protokollierung traumatischer Ereignisse bemerken wir immer wieder die starke Wirkung, die das Erzählen der traumatischen Abläufe für die Betroffenen hat. Das Ereignis scheint wieder so lebendig zu werden, als würde es gerade passieren. Darauf reagieren Menschen unterschiedlich. Wir können Betroffene beobachten, die das Ereignis scheinbar unberührt erzählen, d.h. sie haben die Gefühle abgespalten (dissoziiert) und andere werden beim Erzählen derartig von den Gefühlen überflutet, dass sie zusammenbrechen. Sehr oft dissoziieren sie daraufhin als Folge der Überflutung.

Mit jeder Reaktivierung des Traumas wird wieder Adrenalin und Endorphine in den Körper gepumpt. Endorphine sind körpereigene Morphine und so stark, dass sie den Schmerz schwerer Verletzungen dämpfen können. Endorphine können zu einem euphorischen Gefühl führen (z.B. das Runners High) und dem Gefühl einer scheinbaren "Entspannung" nach einer Stress-Situation. Hänsel wurde dadurch zum Adrenalinjunkie. Gretel konnte das Phänomen fühlen, als sie in ihrer Therapie mit Wut arbeitete oder so strapaziert wurde, dass sie emotional zusammenbrach. Durch die Freisetzung dieses Hormons werden manche Klienten durch die therapeutische Arbeit praktisch zu Therapie-junkies. Diese Menschen suchen in der Folge das Drama der großen Gefühle, um die Wirkung des Endorphins zu fühlen.

Der Körper als Speicher und Sprachrohr

Der Körper ist demnach der wichtigste Teil in einem Trauma. Einige Autoren gehen davon aus, dass jede Emotion erst einmal im Körper entsteht. Der Körper ordnet organischen Zustände Gefühlen zu. Die entstehenden Emotionen sind aber körperlicher Natur, z.B. wenn man in einer unheimlichen Gegend spazieren geht, fühlt man im Körper vielleicht einen

Knoten im Bauch, man fühlt das Herz schlagen und schwitzt. Würde man in diesem Augenblick nach Gefühlen gefragt werden, würde man wahrscheinlich sagen, man hätte Angst oder Furcht. Bei einem ersten Rendezvous kann man evtl. dieselben Körpersensationen wahrnehmen, würde aber sagen, dass man freudig erregt ist. So interpretieren wir Körperempfindungen sehr unterschiedlich, je nach Vorerfahrung, Grundstimmung und Umfeld.

Schockenergie und biologische Reflexe

Die Arbeit mit den Gefühlen traumatisierter Menschen ist sehr heikel, da sie sehr schnell zu viel werden und der Sog in das traumatische Erleben unendlich stark ist. Aus diesen Gründen ist das Erzählenlassen des Geschehenen ein zweischneidiges Schwert. Psychisch kann es für manche Menschen wichtig sein das erlebte Grauen einmal mitzuteilen und es bezeugen zu lassen. Das Problem ist, dass jedes Erzählen die inneren Bilder wieder erzeugt und damit die erlebten Gefühle reaktiviert. In der Folge werden die Bahnungen und Vernetzungen im Nervensystem immer stärker. Das kann bedeuten, dass die Person immer schneller in den Sog des Traumas gezogen wird und immer mehr Auslöser sie daran erinnern. Die menschlichen Gefühlsvariationen, die ohne Angst (und Angst vor der Angst) erlebt werden können, können in der Folge immer weniger werden, bzw. es werden immer mehr Dinge im Lebensalltag vermieden.

Einer der Schlüssel zur Auflösung von Trauma scheint das Nervensystem in unserem Körper zu sein. Im Nervensystem ist die Schockenergie eingeschlossen bis die biologischen Reflexe abgeschlossen sind. Erst dann kann tief im Inneren gespürt werden, dass die bedrohliche Situation zu Ende ist und man wirklich überlebt hat. Das aktive Handeln und die Möglichkeit sich während der Gefangenschaft zu bewegen, hatte wahrscheinlich dazu beigetragen, dass Gretel etwas weniger "Symptome" hatte als Hänsel, der bewegungslos seine Hilflosigkeit aushalten musste. Gretel konnte so einen Teil der bereitgestellten Energie nutzen und dadurch aus dem Nervensystem entlassen.

Bis dahin bleibt das sympathische Nervensystem (zuständig für Anspannung, Aktivität) überaktiv. Da der Organismus dies nicht lange aushält wird als Gegenreaktion das parasympathische Nervensystem (zuständig für Entspannung, Ruhe) ebenfalls aktiviert. Dies läßt sich beschreiben als würde man in einem Auto Gas und Bremse zeitgleich betätigen. Sichtbar und spürbar wird dies durch das Vorhandensein von "gegenläufigen" Symptomen im Körper, wie z.B. Übererregbarkeit und chronische Müdigkeit, niedriger Blutdruck und kalte Hände und Füße, Schlafstörungen und Durchfall etc. So bleibt die Energie im Körper wirksam und wird nur zu hohen Kosten für den Menschen "in Schach" gehalten.

Erst, wenn die Energie aus dem Nervensystem entlassen wurde, kann sich das Nervensystem wieder regulieren und damit verschwinden auch viele psychische Probleme.





Ausblick

Traumatisierungen werden zunehmend als Körper-Seele-Prozess gesehen, dies ist eine spannende und noch neue Entwicklung, die im Laufe der nächsten Jahre sicher noch viele Erkenntnisse bringen wird. Diese werden die Arbeit mit traumatisierten Menschen bestimmt sehr verändern und die Heilungszeiten verkürzen. Letztendlich werden wir vielleicht eine Heilungsfähigkeit zurückgewinnen, die wir vor einiger Zeit noch besaßen und die freilebende Tiere immer noch besitzen. In dem wir wieder lernen dem Körper zu vertrauen und ihm die Möglichkeit geben die bedrohliche Situation für sich zu einem Ende zu bringen, ist er fähig, die eingefrorene Energie sanft freizusetzen und wieder für das Leben und die Gesellschaft verfügbar zu machen.

Mit diesem Artikel möchte ich einen kurzen Einblick geben in die Prozesse, die im Körper stattfinden, während einer traumatischen Situation. In Anbetracht der Kürze des Artikels kann es nur ein unvollständiger Einblick sein. Wer mehr über die Zusammenhänge erfahren möchte, kann dies sicher durch die u.g. Literatur .

Literatur:

Peter Levine, Traumaheilung, das Erwachen des Tigers Synthesis, 1998

Van der Kolk, Traumatic Stress Junfermann, 2000

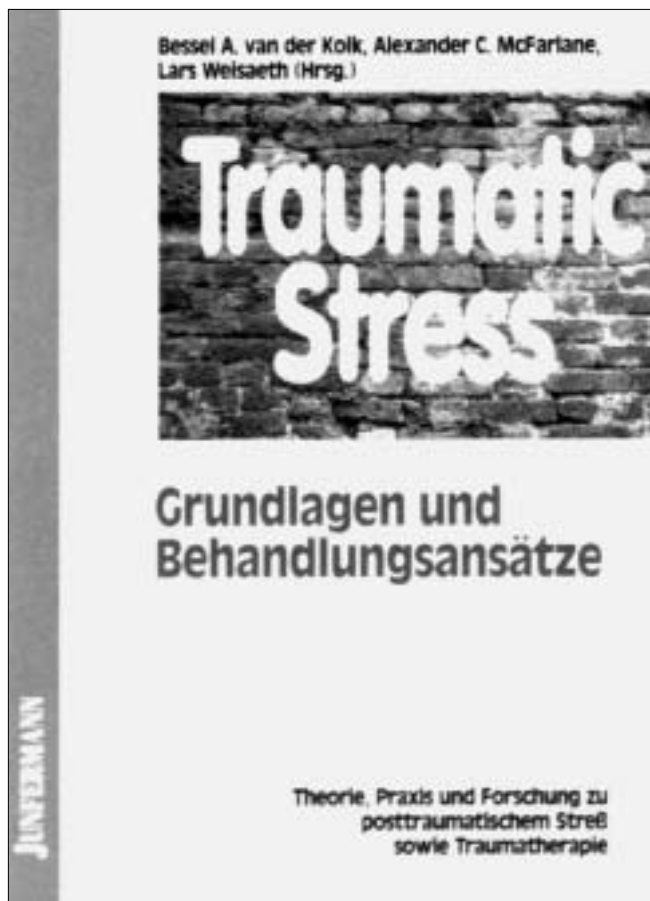
Robert Scaer, The body bears the burden Haworth Medical Press, 2001

Babette Rothschild, The body remembers Norton & Company, 2000

Piet Vroon, Drei Hirne im Kopf Kreuz, 1998

Antonio K. Damasio, Ich fühle also bin ich Econ Ullstein List, 2000

Joachim Bauer, Das Gedächtnis des Körpers Eichborn, 2002



van der Kolk / McFarlane Weisaeth (Hg.)

Traumatic Stress

Grundlagen und
Behandlungsansätze
Junfermann, 2000

International führende Spezialisten der Traumarbeit haben durch ihre Mitarbeit dieses Buch bereits zum klassischen Handbuch werden lassen.

Das umfassende Material zeigt die Forschungslage und wie wenig abgesichert manche Behandlungsstrategien sind. Beeindruckend ist, wie viele Aspekte berücksichtigt wurden: die geschichtliche Dimension, Fragen differenzierter Traumadiagnostik und Psychophysiologie und mehr.

Die AutorInnen konfrontieren mit Konzepten, die auch tradierte Vorstellungen und Schulen in Frage stellen und neue Modelle vorlegen.

empowerment network

Der Hintergrund

Überall, wo sich Menschen begegnen, gibt es Konfliktpotential. Konflikte entstehen manchmal durch unsere Verschiedenheit, oft durch unterschiedliche Interessen und selten durch böse Absicht. Oft fehlt uns die Möglichkeit das eine vom anderen zu unterscheiden. Wir reagieren gereizt, hilflos und versuchen Auseinandersetzungen aus dem Weg zu gehen.

Konflikte brauchen Zeit und Energie. Im Alltag nehmen wir uns häufig nicht die nötige Zeit, um unsere Bedürfnisse klar zu erkennen und die unserer Konfliktpartner/in zu verstehen. Die Folgen sind Konflikteskalation wie Abwertung, Mobbing, Kontaktabbrüche, Aggressionen usw.

Aufgrund hoher Leistungsanforderungen, die täglich an uns gestellt werden, nehmen wir persönliche Krisen nur als Störfaktor unserer Funktionstüchtigkeit wahr und nicht als wichtigen Einschnitt in unser Leben, der Zeit und Raum braucht, um verarbeitet zu werden.

Viele Kinder haben in unserer Gesellschaft wenig Gelegenheit bewusst zu kommunizieren, sie haben mehr und mehr Defizite in der Bewegungs- und Koordinationsfähigkeit. Diese sind jedoch existenzielle Voraussetzungen, um sich ausdrücken zu können, zu lernen und Einfühlungsvermögen für andere zu entwickeln.

Der Ansatz

Unser ganzheitliches Konzept verbindet pädagogische und therapeutische Methoden mit den neuesten Erkenntnissen aus der Neurobiologie, der Sozial- und Individualpsychologie sowie der Traumaforschung. Ebenso fließen aktuelle Theorien aus den Bereichen Kommunikation, Gesprächsführung, Bewegungsschulung und Gewaltforschung ein.

Es ist mittlerweile wissenschaftlich belegt, dass durch rein verstandesmäßige Erkenntnis keine Verhaltensänderungen von Menschen bewirkt werden können. Deshalb sind unsere Seminare stark handlungsorientiert und konzentrieren sich auf das Erleben des Gelernten. Körper und Psyche werden hier gleichermaßen gefordert.

So können wir neue Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen und dabei unterstützen Strukturen effektiv zu verändern.

Die Seminare

Unsere Seminare, deren Inhalt und Vermittlungsstil, sind durch unsere langjährige Erfahrung, Beobachtung und Forschung entstanden. Sie zeichnen sich durch Lebendigkeit, Freundlichkeit, Realitätsbezug und Raum für Einzelne und deren Erfahrungshintergrund aus.

Um effektiv sein zu können und ausreichend Gelegenheit für das eigene Erleben zu geben, arbeiten wir in kleinen Gruppen mit maximal vierzehn Personen.

In den Seminaren mit Kindern und Jugendlichen arbeiten wir mit pädagogischen Ansätzen zur Gewaltprävention und der Selbstverteidigung, durch die das Selbstbewusstsein, die kommunikativen Fähigkeiten und das Körperbewusstsein gefördert werden.

Ferner unterrichten wir Kinder und Jugendliche in geschlechtsspezifischen Gruppen, um intensiv auf die besonderen Problemschwerpunkte von Mädchen und Jungen eingehen zu können.

Unserer Angebot kann von Einzelpersonen wahrgenommen werden und als Fortbildungen oder Seminare von Bildungsträgern, sozialen Institutionen und Firmen gebucht werden.

Die Motivation

empowerment network möchte Raum zur Verfügung stellen, in dem Menschen ihre zwischenmenschlichen Fähigkeiten erweitern können, sie innehalten und sich Zeit nehmen können, um eigene Ziele zu finden oder zu überprüfen.

In diesem Raum kann es möglich sein, persönliche Probleme oder Schicksalsschläge zu betrachten, zu verarbeiten und wenn möglich, positiv in die Lebensgeschichte zu integrieren.

empowerment network engagiert sich deshalb in allen Bereichen des menschlichen Miteinanders und der persönlichen Entwicklung.

In unserer Arbeit stellen wir unsere Ausbildungen, unser Wissen und unser Einfühlungsvermögen zur Verfügung, um zur Verwirklichung der Ziele und Wünsche der Einzelnen beizutragen. Unsere Aufgabe sehen wir darin, dabei mitzuwirken, tieferen Kontakt und positivere Beziehungen zu sich und anderen zu ermöglichen.

Das Angebot

- Kommunikation und Konfliktlösung
- Deeskalations-, Anti-Mobbing-Training
- Sicherheitstraining / WenDo für Mädchen und Frauen
- Kommunikation und Führung
- Supervision / Persönlichkeitsentwicklung
- Trauma-Arbeit, Fortbildungen, Vorträge und Einzelarbeit

Die Zielgruppen

Wir arbeiten erfolgreich zusammen mit Schulen (LehrerInnen und SchülerInnen), Frauenbeauftragten, freien Trägern, Stadt-

verwaltungen, Polizei, Jugendämtern und -zentren, Kindergärten und -heimen, LandesSportBund Niedersachsen, SozialpädagogInnen und Firmen.

Die Trainerinnen

Dami Charf, geb. 1964, Dipl. Sozialpädagogin. Seit 1988 freiberufliche Trainerin, seit fünf Jahren eigene Praxis für Coaching und Beratung in Göttingen. Fünfjährige Ausbildung in körperorientierter Psychotherapie, Ausbildung in der Trauma-Arbeit „Somatic Experiencing®“ bei Dr. Peter Levine, Trainerin und Ausbilderin in Wing Tsun Kung Fu und Wendo - Selbstbehauptung und Selbstverteidigung. z.Zt. Ausbildung in Hypnotherapie nach Erickson.

Susanne Czerwinski, geb. 1966, Studium Soziologie/Ethnologie. Seit 1994 freiberufliche Wen Do-Trainerin, Übungsleiterin Wing Tsun Kung Fu, Fortbildung Zivilcourage, Lehrerin für Körpersymbolik, Tanztheater und -improvisation, Qualifizierung Erlebnispädagogik in der Mädchenarbeit.

Neuerscheinungen

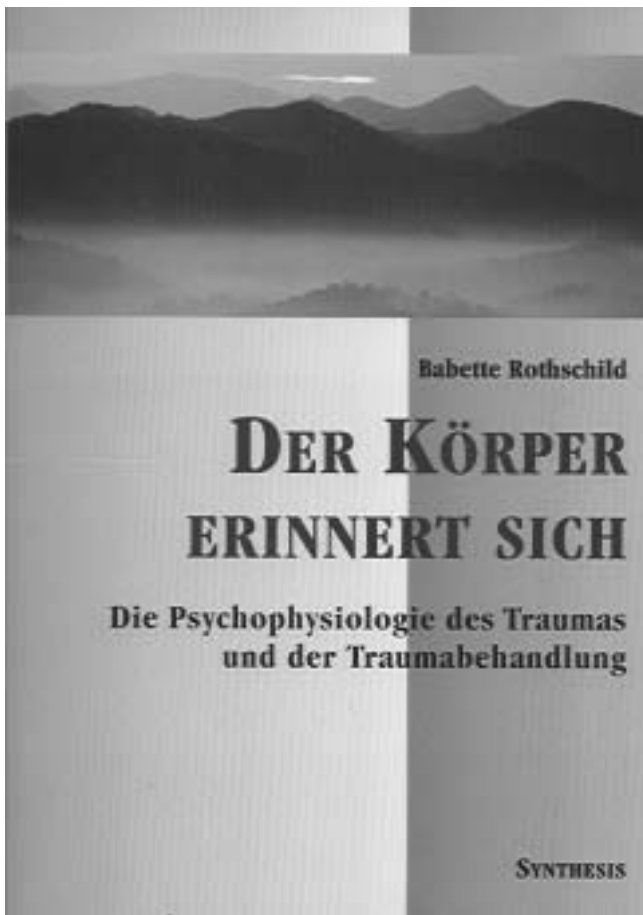
„Ist das eigentlich normal?“

Sexuelle Übergriffe unter Kindern

Unter diesem Titel erschien jetzt die Broschüre von *Strohalm e.V. Berlin*, ein Leitfaden zur Verhinderung und zum pädagogisch-fachlichen Umgang. Das Projekt möchte damit dieses „Spezialthema“ der Präventionsarbeit für ein breiteres Fachpublikum zugänglich machen. Das Anliegen ist, mit diesem Leitfaden pädagogische Fachkräfte in Schulen, KiTas und im Freizeitbereich zu unterstützen, Sicherheit im Umgang mit kindlicher Sexualität zu gewinnen, sexuelle Übergriffe zu verhindern, ihnen fachlich zu begegnen und so ihrem Kinderschutz auftrag gerecht zu werden.

Die Broschüre ist gegen 5 EURO inkl. Versand zu beziehen unter:
Strohalm e.V.
Luckauer Str. 2
10969 Berlin





Babette Rothschild

Der Körper erinnert sich.

Die Psychophysiologie des Traumas und
der Traumabehandlung

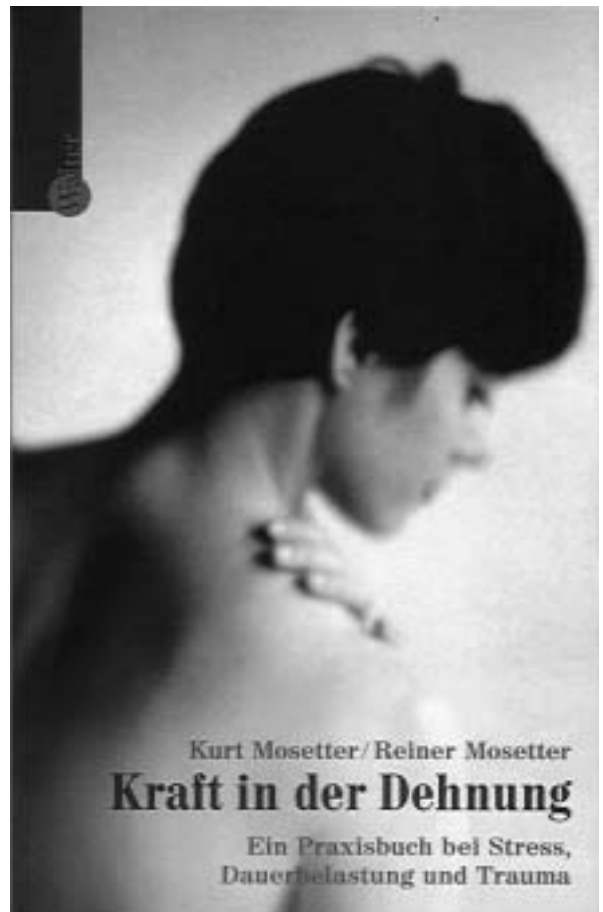
Synthesis Verlag

Das von Dami Charf empfohlene Buch ist inzwischen in deutscher Sprache erschienen. Ausführlich werden bei Babette Rothschild noch einmal die bereits bei Dr. Ingrid Olbrich und bei Dami Charf angesprochenen Hirnfunktionen und Erinnerungsfaktoren erläutert, die vermittelnden Strukturen von Hippokampus und Amygdala.

Was sich zunächst kompliziert anhört, ist leicht nachvollziehbar geschrieben und eröffnet einen zusätzlichen Raum für das Verständnis und die Behandlung von Traumata.

Der Körper als Ressource, als Erinnerungsspeicher, gibt hilfreiche Information und weist den Weg.

Siehe dazu auch die Literaturempfehlung von Dami Charf in diesem Heft.



Kurt Mosetter
Reiner Mosetter

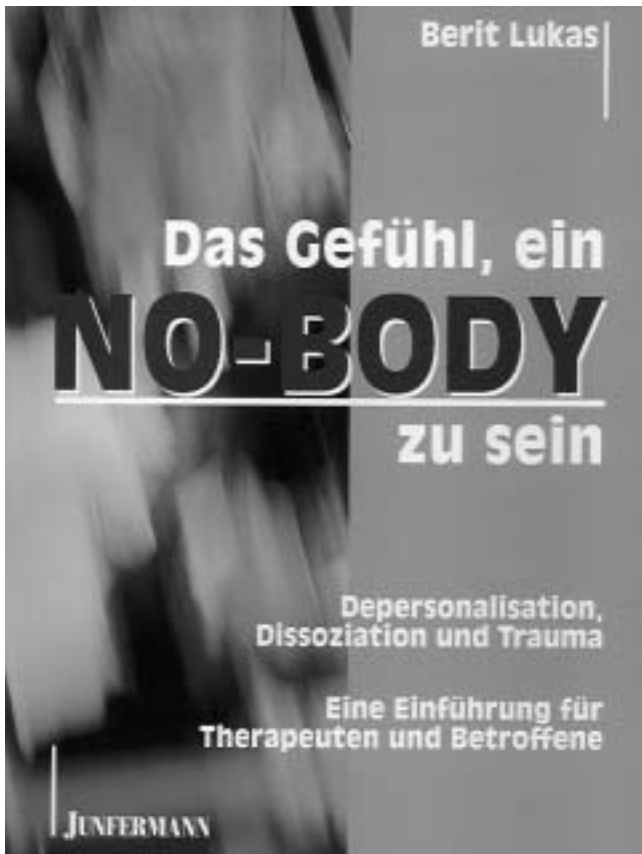
Kraft in der Dehnung

Ein Praxisbuch bei Stress, Dauerbelastung
und Trauma

Walter Verlag

Traumata, Angst und Dauerkränkungen hinterlassen nicht nur Wunden in der Seele, sie bringen auch unseren Körper aus dem Lot, was sich in Muskelspannungen, chronischen Muskelschmerzen und Bewegungseinschränkungen bemerkbar macht.

Die Autoren (Heilpraktiker und Trainer) beschreiben mit zahlreichen Darstellungen eine einfach zu praktizierende Methode (KiD = Kraft in der Dehnung), zur Verbesserung bei Spannungen und zur Auflösung körperlicher und seelischer Spannungszustände.



Berit Lukas

Das Gefühl, ein No-Body zu sein

Depersonalisation, Dissoziation und Trauma
Eine Einführung für Therapeuten und Betroffene
Junfermann Verlag

Wie ist das, wenn Menschen sich plötzlich nicht mehr spüren können, die Wahrnehmung sich verändert oder sie sich selber im Spiegel nicht mehr erkennen können?

Einblicke in eine Erfahrungswelt, die sprachlich kaum fassbar scheint. Um möglichst nah an der Sicht der Betroffenen zu bleiben, wurden neben theoretischen Überlegungen und Erklärungen viele Originalzitate verwendet, die anschaulich das beschreiben, was erlebt oder nicht mehr erlebt wird.

Die Symptome haben Auswirkungen auf die gesamte Lebensqualität und behindern Menschen in ihrem sozialen Leben und in ihrer Arbeitsfähigkeit. Obschon häufig vorkommend werden diese Phänomene im klinischen Alltag oft übersehen und fehlgedeutet.

Umfangreiche Information ergänzt durch persönliche Beiträge und Anhaltspunkte für die Behandlung.



Karl Heinz Brisch
Theodor Hellbrügge (Hg)

Bindung und Trauma

Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern
Klett-Cotta

Zum einen werden Ergebnisse aus Studien über die Risiko- und Schutzfaktoren der kindlichen Entwicklung und ihre Auswirkungen auf die lebenslange Entwicklung vermittelt. Schwerpunkt dabei die Bedeutung der frühen Interaktion des Säugling mit seinen Eltern und deren Bedeutung für die Bindungsfähigkeit. Zum anderen legen Beiträge zur Psychotraumatologie den Einfluss traumatischer Erfahrungen auf die Ausbildung psychopathologischer Entwicklungen wie autistische Erscheinungen, Bindungsstörungen und PTBS dar. Darunter die Auseinandersetzung mit Gewaltbedingten Traumata in der Generationenfolge und Reaktionen von vorbelasteten Kinder auf den Anschlag auf das WTC.

Beiträge u.a. von Mechthild Papousek, Lutz-Ulrich Besser, Arne Hofmann, Peter Riedesser.

Bezug aller vorgestellten Titel:
DONNA VITA
Fon 0221 13 96 209
Fax 0221 13 96 348



Dokumentation

Die Dokumentations des Fachtags
Sexuelle Gewalt – Opferschutz zwischen
Jugendhilfe und Justiz

ist jetzt zu beziehen bei:

TAMAR – Anlauf- und Beratungsstelle gegen sexuelle Gewalt
/ Frauen helfen Frauen e.V. • Stuttgarter Str. 17 • 71032 Böblingen • Fax 07031 – 222063

Enthalten sind die Vorträge der ReferentInnen Hans-Alfred-Blumenstein, Friesa Fastie, Ute Nöthen-Schürmann, Jörg M. Fegert sowie die Protokolle der Workshops. Der Vernetzung dient der Anhang mit den Anschriften der TN.

Die Dokumentation wird nach Überweisung von 5,- EUR auf Kto 310 25 27 • Kreissparkasse Böblingen • BLZ 603 501 30 • Stichwort DOKU zugeschiedt. Adresse nicht vergessen!

Wir gratulieren!

Wildwasser Nürnberg e.V. wird in diesem Jahr 15 Jahre alt. Anlässlich des Jubiläums gibt es ein Festprogramm

Am 25. Juni 2003 wird gefeiert

Am 27. Juni 2003 gibt es eine Lesung – 19 Uhr
Petra Pauls liest aus ihren Büchern *Bittere Tränen* und aus *Und der Himmel weint mit dir*

Am 8. Juli 2003 gibt es einen Vortrag – 19 Uhr
Psychotherapie mit traumatisierten Kindern
Vortrag von Dorothea Weinsberg, Diplompsychologin



Hinweis auf das Fortbildungsprogramm

10.10. bis 11.10.2003
Vermuten – Zweifeln – Glauben
Referentin: Manuela Dörsch

14.11. bis 15.11.2003
Strafanzeige – Ja oder Nein?
Referentin: Manuela

7. bis 9.11. 2003 und 16. bis 18.1.2004
Psychotherapie mit traumatisierten Kindern
Referentin: Dorothea Weinberg

Detailliertes Programm anfordern unter
www.wildwasser-nuernberg.de oder
Wildwasser Nürnberg. E.V. • Kobergstr. 41 • 90408 Nürnberg



Bericht STERN
So 02.02.2003

Bundesministerin Renate Schmidt stellt „Schau hin!“ vor

Kampagne von HÖRZU, Bundesfamilienministerium und großen Unternehmen

Eine groß angelegte Kampagne zum Schutz von Kindern vor Gewalt und Sex in den Medien stellt die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Renate Schmidt, im Rahmen der 38. Verleihung des Film- und Fernsehpreises „Goldene Kamera“ am 7. Februar erstmals einem Millionenpublikum vor. „Schau hin!“ ist eine gemeinsame Initiative des Bundesfamilienministeriums mit der Programmzeitschrift HÖRZU, die mitgetragen wird von anderen großen Partnern wie ARD und Karstadt AG. Sie soll Erwachsenen helfen, Kinder zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit den Medien hinzuführen.

Diese Initiative richtet sich in erster Linie an Familien, denen mit Tipps im Alltag geholfen werden soll. Unternehmen, Medien, Verbände sowie Prominente insbesondere aus dem Kulturbereich, unterstützen die Kampagne, die im April mit einem breiten Set an Maßnahmen an den Start gehen wird. Bundesministerin Renate Schmidt erklärt: „Mit 'Schau hin!' wollen wir Eltern in ihrer Erziehungskompetenz stärken und Kinder zu einem bewussten Umgang mit den Medien anleiten. Ständiger, unbegleiteter Bilder-Konsum von Gewalt, Kriminalität und Sex ist schädlich. Kinder und Jugendliche sollen nicht alleine gelassen werden beim Medienkonsum, sie brauchen Erwachsene an ihrer Seite. Kinder können an erster Stelle in der Familie lernen, wie man mit den Medien umgeht und in der Fülle der Angebote eine sinnvolle Auswahl trifft. 'Schau hin!' will Eltern und andere Erwachsene dabei unterstützen, ihren Kindern eine positive Orientierung in der Welt der Medienvielfalt zu geben.“

Sie sind fertig!

Die Empfehlungen für Qualitätskriterien sind nun vollständig und können beim Bundesverein bestellt werden. Musterexemplare liegen dieser Zeitung bei.





Ich könnte nur kurz reinschauen und möchte

ein aktuelles Probeheft, um mir die Zeitung genauer anzusehen (6,70 EUR in Briefmarken liegen bei)

Ich finde prävention gut und möchte

gleich ein Jahresabo
6 Nummern (inkl. einer Doppelnummer) für 32 EUR
Zustellung ab der nächsten Ausgabe

Ich möchte die Arbeit des Bundesvereins besonders unterstützen und wähle ein

Förderabo
6 Nummern (inkl. einer Doppelnummer) für 41 EUR
Zustellung ab der nächsten Ausgabe

Hiermit bestelle ich, was ich angekreuzt habe. Ein Abonnement verlängert sich nach Ablauf um ein weiteres Jahr. Ich kann jederzeit kündigen und muß keine Fristen einhalten. Ich bin damit einverstanden, daß meine Daten elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Ich kann diese Bestellung innerhalb einer Woche (Datum des Poststempels) schriftlich widerrufen. Das bestätige ich mit meiner 2. Unterschrift.

ABO-Angaben gelten innerhalb der BRD.

Bitte an die Geschäftsstelle des Bundesvereins richten:

Postfach 47 478 • D- 24 047 KIEL

Meine Anschrift: (Bitte in Blockschrift)

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon/Fax

Datum / 1. Unterschrift

Datum / 2. Unterschrift

Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich/wir unseren Beitritt als Fördermitglied in den

Bundesverein zur Prävention von sexuellem Mißbrauch an Mädchen und Jungen e.V.

Von der Grundsatzklärung und der Satzung des Vereins habe ich/wir Kenntnis genommen. Ich/Wir erkläre mich/uns bereit, die darin formulierten Ziele zu unterstützen und zahlen einen Jahresbeitrag von _____ (Mindestens 62 EUR für Privatpersonen, 102 EUR für Institutionen/Vereine) und berechtige den Bundesverein, den Beitrag von meinem/unserem Konto einzuziehen.

Konto Nr. BLZ

Bankname _____ KontoinhaberIn _____

Institution / Name / Anschrift _____

Ort/Datum _____ Unterschrift _____



Hinweis in eigener Sache – Bitte notieren!

Donna Vita wird den Standort Bonn schließen. Da der Bundesverein eng mit Silke Noack und Marion Mebes von Donna Vita verknüpft ist, machen die damit verbundenen Änderungen auch vor dem Bundesverein nicht Halt.

Silke Noack wird nach wie vor die Geschäftsführung machen. Daran ändert sich nichts. Das Internet ist zum Glück ortsunabhängig. Der Weg bleibt also unter:

Silkenoack@bundesverein.de

Alle Dinge die Geschäftsführung betreffend gehen nun aber über eine neue Anschrift:



Bundesverein zur Prävention von sexuellem Missbrauch an Mädchen und Jungen e.V.

Postfach 47 47
D – 24 047 Kiel

Marion Mebes wird weiterhin die Redaktion der Zeitschrift prävention machen. Das also ebenfalls unverändert. Unverändert auch die eMail:

Marionmebes@bundesverein.de

Alle Zusendungen für die Zeitung – Artikel, Disketten, LeserInnenbriefe etc. – gehen künftig bitte an:



Redaktion prävention

c/o Donna Vita
Sudermanstr. 5
D – 50 670 Köln

oder
Postfach 130121
50495 Köln

Neue Adresse
für **DONNAVITA**
pädagogisch-therapeutischer
Fachhandel
und den
VERLAG
mebes & noack

Ab Juni 2003 wird unser Standort nach Köln verlegt. Marion Mebes ist dann unter der Adresse wie oben für die Redaktion erreichbar:



Donna Vita
Sudermanstr. 5
D – 50 670 Köln
Fon 0221 13 96 209
Fax 0221 13 96 348