

## Protokoll WS 4

### Kränkung und Trauer in der Psychodynamik junger Inzest-Täter

(Ltg.: Thomas Röhl und Constanze Scholl, Albert Schweitzer Kinderdorf Hanau)

#### Vorbemerkung

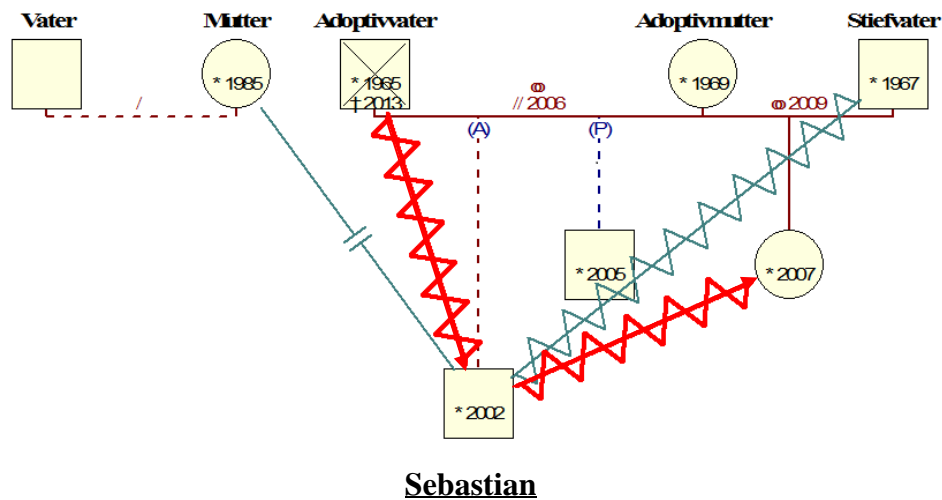
Die Idee zu diesem Workshop ist aus der Beobachtung entstanden, dass sich in unserer Wahrnehmung junger Inzest-Täter oft ein „doppelgesichtiges“ Bild entwickelt hat: Das imaginierte Bild eines kleinen, sehr traurigen Kindes, dem großes Unrecht widerfahren ist, und das reale gegenwärtige Bild eines aggressiv abwertenden und nicht erreichbaren Jungen.

#### Fallbeispiel „Sebastian“

##### Zeitstrahl

- 2002 Geburt von Sebastian; schwierige Schwangerschaft, kein Wunschkind  
Leibl. Mutter bei der Entbindung 16 Jahre alt, vom Vater bereits getrennt  
Adoption direkt nach der Geburt, weil die Mutter verhindern wollte, dass Sebastian zu den Eltern des Vaters kommt.  
Bis zu Sebastians 2. Lebensjahr hatte die leibliche Mutter Kontakt zu ihm.
- 2004 Der 4 Monate alte Pflegebruder kommt in die in Sebastians Adoptivfamilie.
- 2005 Nach der Trennung der Adoptiveltern wird aufgedeckt, dass Sebastian von seinem Adoptivvater sexuell missbraucht worden ist. Die Adoptivmutter berichtet, dass Sebastian mit ca. 1 ½ Jahren heftige Wutdurchbrüche gezeigt hat und schließt nicht aus, dass der sexuelle Missbrauch in diesem Alter begonnen hat.
- 2006 Geburt der Halbschwester
- ab 2006 Die Adoptivmutter beschreibt die Beziehung des Stiefvaters zu Sebastian als von Beginn an schwierig und konflikthaft: Er habe den Jungen nie gemocht und ihm stets misstraut.  
Sebastian hat weiterhin Aggressionsdurchbrüche.
- 2014 Sexuell Übergriffe von Sebastian gegen die Stiefschwester (mehrfache versuchte vaginale Penetration). Sebastian wird aus der Familie herausgenommen.

## Genogramm



rote Konfliktlinien = sexuelle Gewalt

## Input: Psychotraumatologische Aspekte

### Trauma:

Neben den sichtbaren körperlichen gibt es auch die unsichtbaren seelischen Verletzungen, die zu Extrembelastungen und Überforderung im Sinne eines Traumatums führen, wenn man keine adäquaten Bewältigungsstrategien hat.

**„Ein psychisches Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“** (Fischer & Riedesser 1998)

Trauma bedeutet stets einen Kontrollverlust, der eine aktuelle Handlung plötzlich abbricht. Das gesamte Handeln wird vom Hirn auf „Überlebensmodus“ programmiert!

**„Die traumatische Wirkung eines Erlebnisses beruht auf der Plötzlichkeit, mit der ein Individuum einer Gefahrensituation ausgesetzt wird, auf die es psychisch nicht vorbereitet ist und für deren Verarbeitung ihm keine ausreichenden Mittel zur Verfügung stehen.“**  
(Anna Freud)

Traumatisierende Erlebnisse bei Kindern und Jugendlichen führen bei Kindern und Jugendlichen zu:

- Unterbrechen der Handlung
- Unterbrechen der kindlichen Entwicklung

### Ursachen:

- menschliche Verursacher (z. B. bei Gewaltdelikten, Missbrauch und Folter, häusliche Gewalt)
- zufällige Ursachen wie technische und Naturkatastrophen.

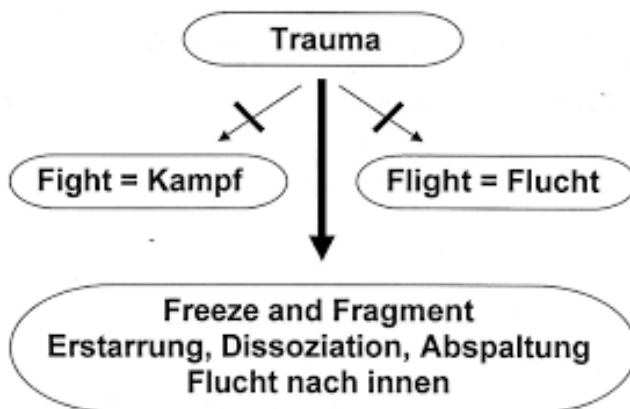
Mehrere unabhängig voneinander erlebte belastende Ereignisse können als Summe ebenfalls ein Trauma ergeben!

### Trauma Typ (n. Leonore Terr (1981)):

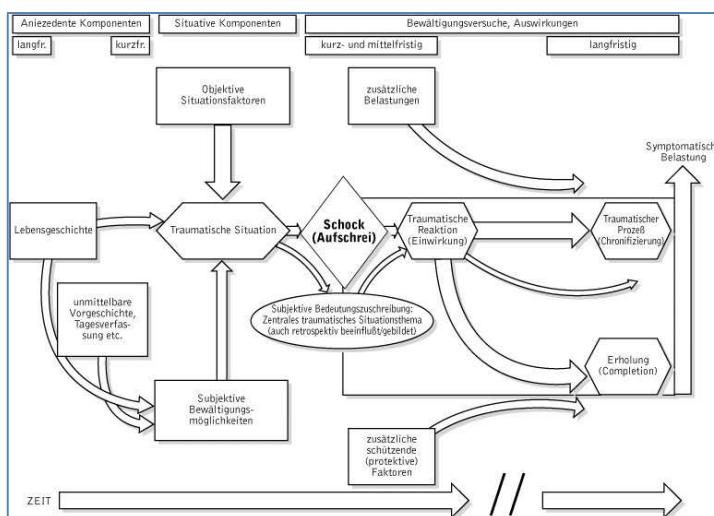
Typ I: einmaliges traumatisierendes Ereignis z.B. Unfall, Naturkatastrophe, Überfälle

Typ II: wiederholte & frühe bzw. kontinuierliche Traumatisierungen z.B. Folter, Geisel- und Kriegsgefangenschaft oder mehrfachen Missbrauch

### Reaktionsmuster:



### Verlaufsmodell – dynamisches Wechselverhältnis:



## - Phase der prätraumatischen Antezedenzbedingungen

Die Lebensgeschichte eines Menschen gibt Hinweise bzgl. Entwicklungsstand & Alter, Erfahrungen, Bindungsverhalten, Lernmodelle, Ressourcen, usw., die die Verarbeitung einer belastenden Situation beeinflusst.

## - Phase der traumatischen Situation

Nicht jede reale Situation, die ein „traumatisierendes Potential“ hat, wird zu einer traumatischen Situation.

Die traumatische Situation ist daher „aus dem Zusammenspiel von Innen- und Außenperspektive, von traumatischen Umweltbedingungen und subjektiver Bedeutungszuschreibung, von Erleben und Verhalten zu verstehen“.

Jede Reaktion gilt als ÜBERLEBENS-NOTWENDIG, da subjektiv angemessenes Reagieren unmöglich ist.

Jede traumatische Situation hat ein ZENTRALES traumatisches Situationsthema. Ein wiederkehrendes Thema im Leben des Betroffenen, das dessen Weltbild prägt z. B. Beziehungsabbrüche (bin es nicht wert geliebt zu werden! ), d.h. Situationen werden zum Lebensthema (Nähe bedeutet Rückzug aus Angst; Vermeidungsverhalten). In der traumatischen Situation kommt es zum Wahrnehmungsriss und zur Depersonalisierung des Erlebens.

Gleichzeitig ist dies auch der Zeitpunkt an dem das Implantat der Täterhandlung gesetzt wird.

- Täter-Introjekt – Handlungen, Bilder, Sichtweisen des Täters werden vom Opfer verinnerlicht und übernommen
- Helfer-Introjekt

Die traumatische Situation endet nicht automatisch mit dem Aufhören, sondern i.d.R. erst, wenn die zwischenmenschliche Beziehung wieder hergestellt wird (Schuld wird v. Täter anerkannt & die Verantwortung übernommen, Wiedergutmachung)

**WICHTIG:** Es geht um das Verstehen des subjektiven ERLEBENS (subjektive Wahrnehmung) & des VERHALTENS (Nutzung vorhandener Reaktionsmöglichkeiten) aus Sicht des Betroffenen sowie um die objektiven FAKTEN (Dauer/Häufigkeit, Ursache (Mensch vs. Zufall), Schweregrad, Betroffenheitsgrad (direkt vs. indirekt), Opfer-Täter-Verhältnis, Situationsdynamik, Erwartbarkeit - z.B. Täter war mit Kind allein).

Eine Diskrepanz zwischen den objektiven & subjektiven Faktoren ist typisch!

## - Phase der Reaktion auf ein Trauma

Die traumatische Reaktion ist eine Notfallreaktion, die den Versuch einer individuellen Abwehr und Bewältigung darstellt. Während der traumatischen Erfahrung wird der Ausnahmezustand vom Normalerleben abgespalten oder dissoziiert.

(Keine Zeit-, Raum- und Realitäts-Wahrnehmung möglich, da Körper auf Überlebens-Modi: Kampf, Flucht oder Erstarren zurückgreift)

Ähnlich einer „Immunreaktion“ ist die traumatische Reaktion eine komplexe Abwehrfunktion des psychophysischen Organismus, um den eingedrungenen „Fremdkörper“ (Trauma) entweder

- 1) zu vernichten,
- 2) auszuscheiden oder zu assimilieren (sich anpassen)

⇒ Gelingt die Verarbeitung der traumatischen Situation, führt dies zur

Erholung!

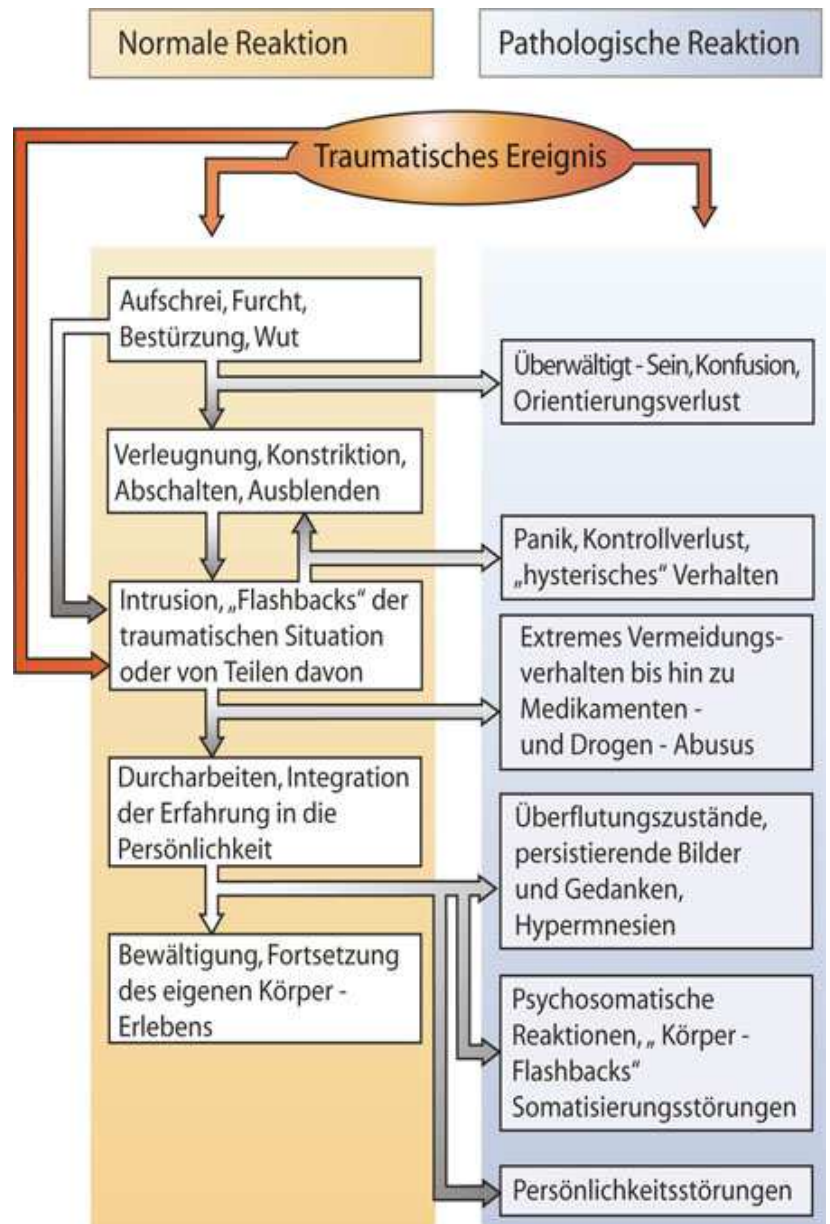
ODER

- 3) mit diesem nicht verinnerlichten Fremdkörper weiter zu leben (typ. für 3. Phase des traumatischen Prozesses)

### Konzept der traumatischen Reaktion

(nach Mardi Horowitz (nordamerikanischer Psychoanalytiker & Traumaforscher): Post-expositorische Phase)

Der post-expositorische Zeitraum entspricht der Einwirkungsphase der traumatischen Erfahrung.





- traumatische Erfahrung kann mit adäquatem Affekt und vollständig beschrieben werden

## 2) Vorzeitige Unterbrechung des Verarbeitungsprozesses

- Symptome werden „abgelegt“
- Untergründig beschäftigen sich Betroffene noch mit traumatischer Erfahrung
- Erinnerungsverzerrungen
- Intensive Vermeidungsverhalten bzw. Schrecken auf traumabezogene Reizkonstellationen
- Erhöhte Somatisierungsneigung
- Verstärkte Tendenz zu Verleugnung & Verdrängung
- unrealistische optimistische Weltsicht
- Dissoziative Neigungen

## 3) Chronisches Fortbestehen der traumatischen Reaktion (komplexe PTBS)

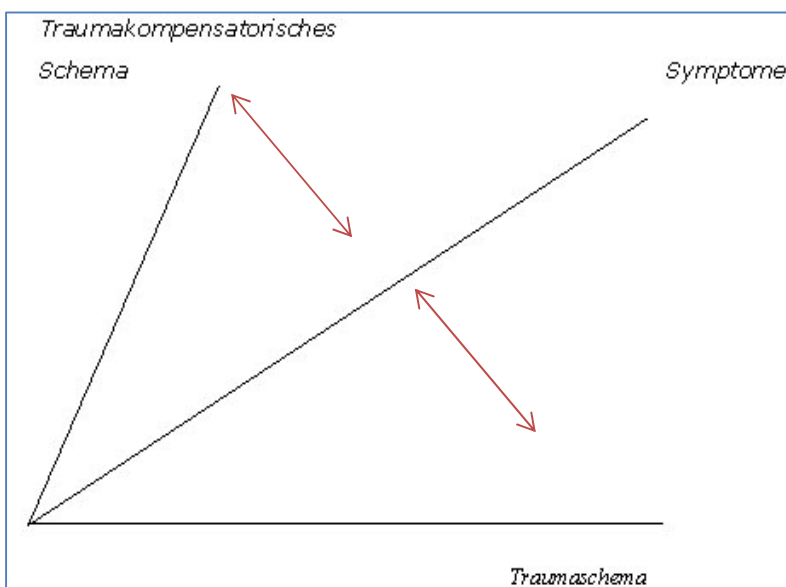
Die traumatische Erfahrung bei Nichtbeendigung wirkt stets unterschwellig fort!

### - Phase des traumatischen Prozesses (Dynamik)

Der traumatische Prozess ist gewissermaßen als langfristige traumatische Reaktion zu verstehen. Hauptaufgabe besteht darin, die traumatische Erfahrung in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren und das erschütterte Selbst- und Weltverständnis neu aufzubauen.

Er unterliegt einer unstillen Spannungsdynamik zwischen dem **Trauma-Schema (TS)** und dem **Trauma-kompensatorischen Handlungsmuster (TKHM)**.

Um die Kontrolle über die traumatische Erfahrung zu erlangen, werden augenscheinlich stabile Kompromisse gebildet. Dieses „**minimale kontrollierte Handlungs- & Ausdrucksfeld**“ (**psychotraumatische Symptome**) verdeutlicht das, was der Betroffene selbst noch leisten konnte bzw. kann.



„Die originäre unkontrollierbare traumatische Situation wird in ihren wichtigsten Elementen an einer minimalen Szenerie abgehandelt, in der sie kontrollierbar gestaltet werden kann.“ (Fischer und Riedesser, 2003)

Um unerträgliche Erinnerungen fernzuhalten, haben die Betroffenen im Rahmen des Traumakompensatorischen Handlungsmuster

Bewältigungsstrategien entwickelt, die auf Vermeidung aller traumabezogenen Reize und Situationen zielen.

Dieses Gegeneinander ähnelt stark dem klassisch psychoanalytischen Konzept aus (Trieb)Wunsch und Abwehr, die ebenfalls antagonistisch agieren und dadurch Symptome hervorrufen.

Das Traumaschema drängt wie jedes emotional-kognitive Schema auf Wiederholung, verstärkt noch durch den Umstand, dass es ja das Schema einer unterbrochenen Handlung ist, die vollendet werden will (**Vollendungstendenz und Wiederholungszwang**). Daher sehen sich Traumapatienten von Erinnerungsbildern, Flashbacks u. a. Intrusionen bedroht. Da solche Wiederholungen aber retraumatisierend wirken, müssen sie kontrolliert werden:

### **Trauma-kompensatorisches Handlungsmuster (TKH):**

Das Trauma-kompensatorische Handlungsmuster stellt einen unbewussten Selbstheilungsprozess des Betroffenen dar, das Trauma neutralisieren zu wollen. Dies geschieht auf drei Ebenen, die auf traumatische Erfahrungen basieren, sich logisch aufeinander beziehen und oft nur in Fragmente implizit erinnert werden können (in TS nur unvollständig zugänglich):

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1) Ätiologische Theorie | Wodurch ist das Trauma entstanden?                           |
| 2) Heilungstheorie      | Wie kann das Trauma geheilt werden?                          |
| 3) Präventive Theorie   | Was muss geschehen, um eine Re-Traumatisierung zu vermeiden? |

Die Trauma-kompensatorischen Handlungsmuster werden von außen betrachtet oft als irrationales, unzuweckmäßiges Agieren erlebt, das keinen Sinn ergibt.

Aus Sicht des Betroffenen jedoch sind die Maßnahmen sinnvoll. Es werden i.d.R. Darstellungen der unbewältigten Erfahrungen gewählt, in denen die verlorene Kontrolle über Erleben und Verhalten relativ gut wieder hergestellt werden kann.

Sie orientieren sich am kognitiven Entwicklungsstadium, d. h. je früher in der Entwicklung eines Kindes und Jugendlichen ein Trauma stattfand, umso eingeschränkter sind die Verarbeitungs- und Handlungsmuster.

⇒ Wichtig ist also das Verstehen, wofür diese irrationalen Handlungen stehen und wozu sie gut sind!

Interventionen setzen an der präventiven und reparativen Komponente des Trauma-kompensatorischen Schemas dialektisch an, indem der Selbstheilungsprozess positiv weitergeführt wird. Ziel ist es, das Trauma-kompensatorische System zu restrukturieren.

### **Trauma-Symptome**

Die Symptomatik durch Traumatisierungen ist sehr vielgestaltig. Sie entsteht durch weiterwirkende Reste von Kampf, Flucht und Erstarrung. Oft werden die Symptome durch sogenannten "Trigger" (Reaktivierung des Traumas) wie z.B. bestimmter Geruch, ein bestimmter Anblick, ein Folge von Ereignissen oder ein Geräusch oder körperliche



Veränderungen wie, z.B. Atemnot durch eine schwere Bronchitis, oder ein bestimmter Grad innerer Erregung, oder ein bestimmter emotionaler Zustand ausgelöst. Die Wahl des Ausdrucksfeldes wie z. B. eigener Körper (innen & außen), Phantasie, „Innenwelt“, Zwangshandlung, Umgrenzttes Darstellungsfeld i. d. Außenwelt, schließt an das Traumaschema (TS) an & verdeutlicht dadurch die Trauma-kompensatorischen Bestrebungen.

Symptome, die u.a. mit Traumatisierung in Zusammenhang stehen können:

- häufiges Gefühl der Überforderung
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Desorientiertheit in Raum u. Zeit
- Anfälligkeit für Unfälle oder Missgeschicke
- Gefühl der Lähmung, Erstarrung
- Unverbundenheit mit sich und der Umwelt
- immer wiederkehrende Fantasien oder Erinnerungen belastender Ereignisse
- Angstzustände, Panikattacken
- chronische Erschöpfung und Schlafstörungen, "Ausgebranntsein"
- Schmerzzustände ohne med. Befund
- Übererregbarkeit oder Apathie
- Wutausbrüche, Übervorsichtigkeit, Panikattacken
- Gefühle der Ohnmacht, körperliche Ohnmachtsanfälle
- Arbeitswut oder Rückzugstendenz
- häufige geistige Abwesenheit, "Tagträumen", Gedächtnislücken
- Suchtverhalten auf allen Ebenen
- chronische Beziehungsprobleme

Die „Wahl“ des Symptoms wird von den in der traumatischen Erfahrung übermächtigen Affekten & den unterbrochenen Handlungsansätzen, sowie den Gegebenheiten der TS und den Ressourcen der Persönlichkeit bestimmt.

Wie beim Trauma hat auch die Kränkung - eine Verletzung eines anderen Menschen in seiner Ehre, seinen Gefühlen, insbesondere seiner Selbstachtung - eine ähnliche Dynamik.

Kränkung findet ständig im täglichen Miteinander in Form von:

- Kritik,
- Zurückweisungen,
- Ablehnung,
- Ausschluss,
- Verlassen- oder Ignoriert-werden,

die wir als Entwertung der eigenen Person, der Handlungen oder der eigenen Bedeutung für einen anderen Menschen erleben, statt. Sie ist ein unbewusster Prozess, der je nach Erfahrung und Lebensgeschichte immer wieder reaktiviert werden kann. Wie beim Trauma passen die teils heftigen Reaktionen der Betroffenen nicht zur konkreten Situation. Die heftigste Form ist die Wut, die regelrecht in Hass umschlagen kann.

**Literaturhinweis:**

Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (2009):  
Lehrbuch der Psychotraumatologie  
Reinhardt Verlag.

## Input: Narzisstische Strukturen

### Einleitung

Kränkung und Trauer sind von Bedeutung, weil sie im Rahmen von Traumatisierung auftreten können. Sie sind aber auch die Grundlage dafür, dass sich bei jungen Inzesttätern eine narzisstische Störung - als Symptom: narzisstischer Hass - entwickeln kann, die zum Geschwisterinzeest führen kann.

Ich benutze im Input nicht die Formulierung „narzisstische Persönlichkeitsstörung“, weil bei den Kindern, mit denen ich bisher gearbeitet habe, die entsprechenden Strukturen noch nicht soweit verfestigt sind.

### Wie entsteht narzisstischer Hass?

Wenn ein kleines Kind (Säugling) anfängt, Beziehungen zu seinen primären Beziehungspersonen zu entwickeln, tut es dies auf der Grundlage von Selbstbezogenheit in der Wahrnehmung des Anderen während intensiver affektiver Zustände. So entsteht eine intrapsychische Welt affektiv besetzter Beziehungen, die entweder befriedigender oder aversiver Natur sind. Nicht nur symbiotische Gefühlszustände sondern auch Zustände intensiver Wut bedeuten für den Säugling die Erfahrung der Verbindung seines Selbst mit dem Anderen. Die früheste Funktion der Wut besteht hier in dem Versuch, eine Quelle der Irritation oder des Schmerzes zu eliminieren. Später entwickelt sich der Wunsch, den bösen Anderen zu beseitigen, von dem das Kind annimmt, dass er absichtlich böse ist. Bei einer gesunden Entwicklung sorgen die engen erwachsenen Beziehungspersonen des Kindes dafür, dass sich befriedigende und aversive Erfahrungen des Kindes die Waage halten.

Unter traumatischen Bedingungen fehlt der Ausgleich zwischen den beiden Affektqualitäten der freudigen Zu Gewandtheit und der Wut. Es kommt zur Aktivierung einer alles durchdringenden Wut, die die psychische Entwicklung dominiert. In der weiteren Entwicklung herrscht der Wunsch vor, den bösen Anderen zu vernichten oder ihn leiden zu lassen. Auf dieser Entwicklungsstufe erhält die Wut eine neue stabile Struktur und wird zum narzisstischen Hass. Hass ist chronischer, überdauernder als die ursprüngliche Wut. In der Beziehung, die Hass formt, soll das Objekt gequält, letztlich auch vernichtet werden.

Insbesondere Gewalt durch zentrale Beziehungspersonen, auf die das Kind angewiesen ist und denen es nicht entkommen kann, führt zur Entwicklung von strukturierter Wut, also Hass. Eine weitere Konsequenz der Umwandlung von Wut in die strukturierte Form des Hasses ist eine unbewusste Identifikation mit dem Aggressor. Dabei wird die Beziehung zu dem gehassten Aggressor wiederholt, wobei

es zu einem Rollentausch kommt und nun die Rolle des quälenden, dominierenden Täters eingenommen wird.

### Zur Abgrenzung

Das pathologisch egozentrische Verhalten von Kindern mit narzisstischen Strukturen steht im Gegensatz zu dem, was als normaler kindlicher Narzissmus bezeichnet werden kann. Bei einem Kind mit normalem kindlichem Narzissmus wird das Bedürfnis, bewundert zu werden, erfüllt durch die altersgemäße Aufmerksamkeit, die ihm zuteilwird. Dadurch kann das Kind die Erfahrung aushalten, von den erwachsenen Beziehungspersonen abhängig zu sein. Das Kind ist fähig, auf Fürsorge mit Dankbarkeit zu reagieren und die fürsorgliche Haltung zu erwidern. Ein Kind mit pathologischem Narzissmus leugnet die Abhängigkeit, nimmt die Fürsorge in Anspruch mit dem Gefühl, ein Recht darauf zu haben, und bringt weder Dankbarkeit zum Ausdruck, noch erwidert es die empfangene Fürsorge. Zum normalen Narzissmus des Kindes gehört die Neigung, großartige Leistungen oder Begabungen für sich zu reklamieren; das Kind entwickelt spielerische Phantasien darüber, alles hervorragend zu können oder außerordentliche Macht zu besitzen: Das Kind spielt Supermann. Bei der pathologischen Form glaubt das Kind unerschütterlich daran, dass es bereits alles erreicht hat, was es zu sein wünscht, und diese Erfahrung hat nichts mit Spiel zu tun. Mit Blick auf das Mentalisierungskonzept von Fonagy und Target kann man sagen, dass die Größenphantasien des normalen kindlichen Narzissmus sich im Als-Ob-Raum abspielen (und das dem Kind auch bewusst ist), bei der pathologischen Form erlebt das Kind seine Größenphantasien im Zustand der psychischen Äquivalenz, das heißt, es nimmt seine innere Befindlichkeit als reale äußere Realität wahr.

### Was wird daraus?

Ein grandioses Selbstbild der eigenen Wichtigkeit ist ebenso charakteristisch für narzisstische Strukturen wie die Verletzlichkeit des Selbstwertgefühls. Die übermäßige Empfindlichkeit macht Kinder mit narzisstischen Strukturen sehr empfindlich gegenüber Kritik oder in Situationen, in denen sie sich unterlegen fühlen. Sie reagieren dann mit Verachtung und Wut. Mangelnde Betroffenheit, fehlendes Schuldgefühl oder fehlendes Bedauern darüber, andere schlecht behandelt zu haben, sind Ausdruck von Entwicklungsrückständen in der Ausbildung ihrer Über-Ich-Funktionen (Gewissensbildung, Moralentwicklung) und in ihrer Mentalisierungsfähigkeit. Verantwortungsloses Verhalten und subjektiv empfundene oder reale Niederlagen kaschieren sie, in dem sie die Tatsachen spitzfindig interpretieren und verdrehen oder aber auch offen lügen. Ein weiteres charakteristisches Symptom ist der chronische Neid, dessen Intention nicht ist, das zu erhalten, was der andere gerade bekommen hat, sondern dass der andere nichts

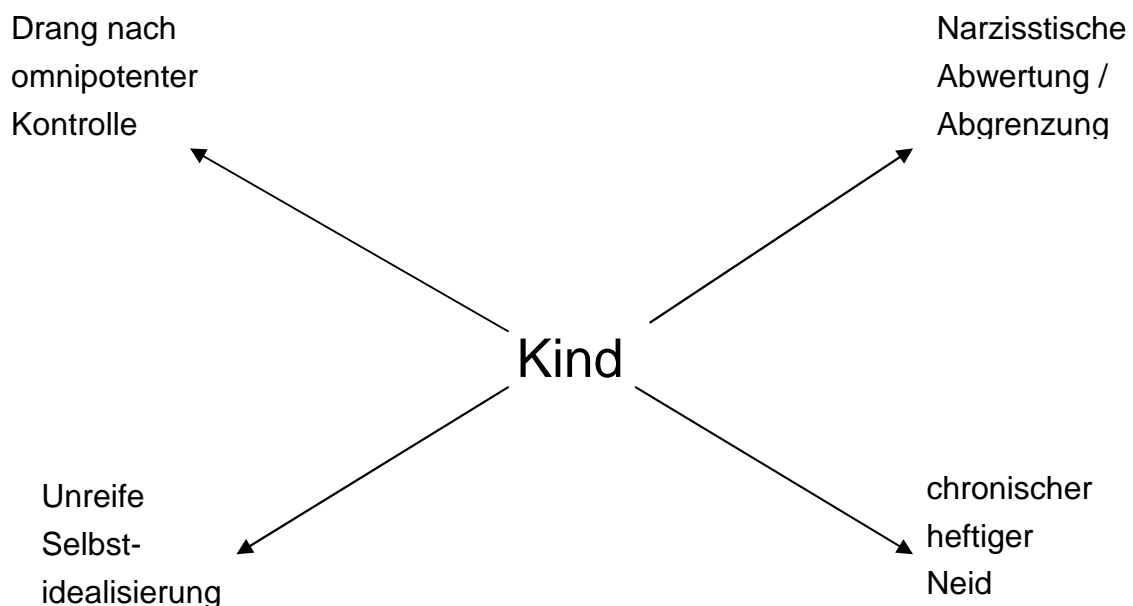
bekommen soll. Diese Symptome haben die Funktion, das grandios überhöhte aber zugleich extrem verletzte Selbst zu schützen. Sie verhindern aber auch, dass diese Kinder Lebensglück empfinden können:

- sie sind nicht fähig, anderen zu vertrauen,
- sie können keinen Stolz auf eigene Leistungen empfinden
- sie können keine Unterstützung annehmen oder für empfangene Unterstützung Dankbarkeit empfinden.

Typisch für Kinder mit narzisstischen Strukturen ist, dass sie eigene aggressive Handlungen damit rechtfertigen, dass es sich um eine legitime Rache an dem Anderen gehandelt habe, dass der Andere es verdient habe. In krisenhaften Situationen kann der narzisstische Hass das Kind so überwältigen, dass es ihn nicht mehr bewusst wahrnehmen kann. Der Hass wird dann als exzessive unkontrollierte Handlung ausagiert, weil die kognitive Fähigkeit, die aktuelle Interaktion wahrzunehmen, zusammengebrochen ist. Diese Psychodynamik ist von jungen Inzesttätern, mit denen wir gearbeitet haben, immer wieder beschrieben worden.

#### Diskussion:

Der Junge, den wir Sebastian genannt haben, hat während des Aufenthaltes in unserer Intensivgruppe die vier narzisstischen Leitsymptome in voller Ausprägung gezeigt:



Bis zur Mittagspause standen folgende praxisrelevanten Aspekte im Mittelpunkt der Diskussion:

- Wie arbeitet man mit solchen Kindern?

In Anlehnung an Paulina Kernberg haben wir folgende Arbeitsschritte besprochen:

- 1) Wir müssen Kind einen Rahmen bieten, in dem es sich sicher genug fühlt, sich die Intensität seines Hasses bewusst zu machen. Das heißt, wir müssen ausreichende Fachkenntnisse und unsererseits geeignete Rahmenbedingungen haben, den Hass des Kindes emotional halten zu können (holding) und kognitiv erfassen und bearbeiten (containing) zu können.
- 2) Wir müssen das Kind darin unterstützen wahrzunehmen, dass hinter dem Hass und Neid, den es mit dem Gefühl, dass das sein Recht sei, ausagiert, tatsächlich schmerzliche und erniedrigende Gefühle stehen, und dass diese Gefühle Teil seines Selbst sind. Diese Unterstützung braucht das Kind insbesondere dann, wenn es sich mit der sadistischen Befriedigung auseinandersetzt, die es aus seinem Handeln gezogen hat.
- 3) Wir müssen das Kind dabei unterstützen, sich damit auseinander zu setzen, dass die Attacke gegen den „bösen“ Anderen gleichzeitig eine Attacke gegen den potentiell guten und hilfreichen Anderen ist. Diese Auseinandersetzung ist für das Kind mit starken Schuld- und Schamgefühlen verbunden, weil es erkennen muss, dass es sein eigenes Verhalten die Befriedigung seiner eigentlichen Wünsche – geliebt zu werden, Geborgenheit zu empfinden, Vertrauen zu können – verhindert hat.

Problematisch ist vor allem der erste Schritt,

- weil es scheinbar keine Entwicklung / Fortschritte gibt,
- weil es insb. im pädagogischen Bereich keine vorzeigbaren Erfolge gibt („Halten ist nicht vorzeigbar.“)
- weil für lange Zeit der Eindruck entsteht, dass der Junge in der aktiven Rolle ist und wir nur reagieren.

Entscheidend neben Fachlichkeit und Reflexion ist hier die Selbstbewertung unserer eigenen Arbeit: Nur wenn wir das „nur halten“ subjektiv so hoch bewerten, wie sein fachlicher Wert objektiv ist, können wir diese Arbeit ohne vorzeitigen Beziehungsabbruch leisten.

- Wie können wir diese Kinder aushalten? / Wie gehen wir mit den Entwertungen um?

Diese Kinder lösen häufig aggressive Gegenübertragungen aus, weil sie so niederträchtig wirken. Ebenso häufig kommt es zu beginnenden projektiven Identifizierungen, das heißt das Kind projiziert seine inneren Bilder („Ich weiß, dass du mir schaden wirst, deshalb muss ich dich bekämpfen!“) auf uns. Problematisch wird es, wenn wir dies nicht mehr als Projektion des Jungen begreifen, sondern als eigene Wahrnehmung der realen Situation. Es erfordert hohe Anforderungen an unsere Fachlichkeit und unsere Bereitschaft zur Selbstreflexion, um zu verhindern, dass sich solche Prozesse verfestigen. Sonst wird aus der Frage: „Was brauche ich, um diesen Jungen halten zu können?“, die Aussage: „Dieser Junge ist nicht mehr tragbar!“ Gerade in krisenhaften Situationen ist es wichtig, dass wir einen ressourcenorientierten Blick behalten.

- Welche Auswirkungen im Gruppensetting hat das für die anderen Kinder?

In der Frage, ob bzw. wie lange Kinder wir mit ausgeprägt narzisstischen Strukturen im Kontext unserer Gruppen halten können, spielt die Sicherheit – konkret: die Aufrechterhaltung des Sicheren Ortes für die anderen Kindern – eine entscheidende Rolle. Für die anderen Kinder kann die erforderliche Sicherheit durch körperliche Angriffe gefährdet werden aber auch durch die massiven Abwertungen, die für Kinder mit den entsprechenden Biographien die Qualität einer Retraumatisierung erreichen können. Unter diesen Umständen kann eine Entlassung erforderlich sein, auch wenn der erneute Beziehungsabbruch weder pädagogisch noch therapeutisch wünschenswert ist. In solchen Fällen kann es sinnvoll sein zu überlegen, ob eine Einzelmaßnahme nicht der sinnvolle nächste Schritt ist, um weitere sich wiederholende Entlassungen zu verhindern.

#### Literaturhinweise:

Die in den Inputs dargestellten Inhalte beziehen sich teilweise auf folgende Veröffentlichungen:

Kernberg, Otto (2006):

Narzissmus, Aggression und Selbstzerstörung.

Stuttgart: Klett-Cotta

Kernberg, Paulina F. et al. (2001):

Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Stuttgart: Klett-Cotta.

## Das Arbeiten mit diesen gekränkten und wütenden Kindern und Jugendlichen:

### 1. **Aushalten** – dies stellt die wichtigste und langwierigste Phase dar.

Für Fachkräfte geschieht über sehr lange Zeit (kann Jahre sein) wahrnehmbar nichts. Man gewinnt den Eindruck, dass das Kind/der Jugendliche resistent gegen Entwicklung und Beziehung/Bindung ist.

Immer wieder werden vom Kind/Jugendlichen Situationen hergestellt, in denen es um die „Wunschbefriedigung“ eines Kleinkindes geht, aus der der Betroffene nicht rauskommt. Es geht darum neue Prozesse im Alltagsverhalten zu beginnen bevor sich Bindungsmuster weiter verfestigen. Die Kunst hierbei ist die Balance zwischen der Lockerung der Bindung auf der einen und das Vermeiden des Kontaktabbruchs auf der anderen Seite zuhalten.

*Möglichkeit:* Verlegung in eine parallel laufende Gruppe, um den Kontakt halten zu können und gleichzeitig Muster zu unterbrechen.

### 2. Wie wirke ich auf andere?

### 3. Auseinandersetzung: Das, was man mir vorenthalten hat, habe ich selbst abgelehnt!

Synchron müssen Fachkräfte den Prozess mit ihrem Fachlichen Arbeiten mit Kränkung und Wut bei Inzest-Täter begleiten:

### 1. **Aushalten** – solange, bis Veränderungen erkennbar (hierzu ist Fachwissen notwendig!)

- Eigener Anspruch an die professionelle Rolle muss hier angepasst werden – es geht nicht um Agieren und Anbieten, sondern um Aushalten & Rahmengenben (gefühltes & reelles Nichts-tun-können!)
- Innerlicher Abstand (zeitlich, räumlich, ...) herstellen
- Bewusstmachen der Symptomatik & des Verhaltens des Kindes & Jugendlichen
- Fachliche Inputs und Methodenvielfalt: z. B. Containing (das stellvertretende Bearbeiten der Problematik für das Kind/den Jugendlichen, um mit ihm später dann daran weiterarbeiten zu können)
- Kontakt halten & nicht aus der „Elternschaft“ aussteigen (= „Abschaffung des Kindes!“)



- Beziehungsarbeit ist „Arbeit gegen Windmühlen“, d.h. die Erwartungen an die eigene Fachlichkeit müssen verändert bzw. angepasst werden. Es geht um die kleinsten Schritte, die sich verändern. Es geht mehr um Begleitung bei realen Verhaltensweisen im Alltag und was diese auslösen. Spiegeln und Orientierung geben, denn es fehlt i.d.R. die Triangulierungs- & Mentalisierungs-Fähigkeit. Die Didaktische Ebene kann als Vertrauensebene eingesetzt werden, um das hohe Schamgefühl nicht zu verletzen.

## 2. Reflektion

- Regelmäßiges Reflektieren (Übertragung, Gegenübertragung, ...)
- Hohe Reflexionsbereitschaft im Team für Projektion (Was macht dies mit mir? An- & Aussprechen von Ekel usw. )
- Blick auf UNS (TEAM) ist Schwerpunkt in der Supervision (fachliche Ausbildung in diesem Bereich ist MUSS bei Supervisor!!!)

## 3. Sensibilisierung für die Mikro-Entwicklungsschritte

Von vorne herein ist klar, dass diese Kinder & Jugendlichen viel Zeit brauchen. Dies muss auch dem Jugendamt klar gemacht werden.

Kinder und Jugendliche mit narzisstischer Wut und Trauer sind in der ambulanten Therapie nicht vertreten, da diese i.d.R. stationär untergebracht werden, um eine gute Hilfe zu erhalten!

Die Frage nach der Elternarbeit mit Inzest-Täter kam vermehrt auf. Daher wurde am Nachmittag spontan dieses Thema mit aufgegriffen.

## ELTERNARBEIT in der Arbeit mit Inzest-Täter

Es gibt zahlreiche Modelle, wie die Elternarbeit umgesetzt wird bzw. werden kann, um die Inhalte und die Qualität der Elternarbeit zu sichern. Die Elternarbeit ist stets vom Setting (Ambulant, Stationär, ...), der Entfernung zu den Eltern, den Zielen (z.B. Minderung des Rückfallrisikos, Veränderung des Familiensystems, ...) sowie von den professionellen Kooperationspartnern vor Ort abhängig. Die Kostenübernahme der verschiedenen Maßnahmen spielt hier eine wichtige Rolle.

- Eine Fachkraft arbeitet mit allen betroffenen Personen des Familiensystems – die Verantwortung bleibt da, wo sie hingehört. Die Täterarbeit kann durch die Arbeit mit dem Opfer besser verstanden werden (Sprache, Bedeutung, Prozesse, ...)
- Gezielte Arbeit als Tandem mit „Parteilichkeit“, d.h. es gibt Fachkräfte, die für „die Bedürftigkeit des Täters“ zuständig sind und es gibt solche, die „die Belange der Eltern“ als Auftrag haben.
- Im stationären Kontext wäre es sinnvoll die Elternarbeit durch Fachkräfte außerhalb der Gruppe (z.B. Erziehungsberatungsstelle, ...) stattfinden zu lassen, da der Rahmen den Eltern ihr Versagen suggeriert. Entweder die Fachkräfte gehen in die Konkurrenz zu den Eltern, wenn sie mit dem Täter effektiv arbeiten oder der Täter bleibt problematisch, weil die Fachkräfte auch versagen.
- Gute Vernetzung und guter fachlicher Austausch bzgl. der „Sprache und deren Codierung im Inzestsystems“ zwischen den unterschiedlichen Hilfssystemen des Familiensystems (Täter-, Opfer- & Familientherapeuten; SPFH, falls diese nicht aus der Familie abgezogen wurde, ...)

### Ziel in der Elternarbeit

Täterarbeit ist effektiv nur mit der Beteiligung der Bezugspersonen möglich, daher stellt die Elternarbeit eine wichtige und schwierige Arbeit dar. Sie müsste in der gleichen Häufigkeit stattfinden wie die direkte Arbeit mit dem Täter. Hierbei geht es anfangs v.a. um:

- Schutz herstellen
- Stabilisierung und Selbstwert-Aufbau der Eltern
  - Elternverantwortung – Bearbeitung der eigenen Anteile, eigenes Eltern-Introjekt beim Kind, das mein (anderes) Kind missbraucht hat ...
  - Wieviel Verantwortung können Eltern überhaupt übernehmen? Was müsste hier stellvertretend von Einrichtung übernommen werden?
  - Subjektives Gefühl der Eltern sich für eines der Kinder entscheiden zu müssen – Diese Auseinandersetzung fordert viel Kraft, so dass mit der häufig getroffenen Pseudo-Entscheidung für das Opfer wenig „aktive Energie“ für die Mitarbeit in der „Täterarbeit“ bleibt.
  - Aufarbeitung eigener Traumata durch eigene Therapie (Sich und die eigene Geschichte verstehen, um die eigene Reaktion auf das Kind (Täter) einordnen zu können)
- „klarere“ Sicht auf die Realität herstellen:
  - Erarbeitung einer gemeinsamen Problemsicht bei vermeidenden Eltern

- Die unterschiedlichen Realitäten der Betroffenen im Raum stehen lassen können
- Kontaktaufbau zwischen Täter und Eltern/Familie
  - Ausgrenzung des Täters durch die Eltern
  - Akzeptanz und Anerkennung sowie Wertschätzung des Täters als Sohn
  - Hoffnung, dass es schnell wieder zu einem Kontakt zwischen den betroffenen Geschwistern (Täter-Opfer) und einer Rückführung in die Familie kommt
- Nimmt der Täter häufiger die Außenseiter-Rolle in der Geschwisterreihe ein? Was gibt es für Parallelen in den Familien (-systemen) bei Inzest-Tätern?

Die Verwirklichung der Elternarbeit hängt auch vom „Auftrag“ der Eltern an die Fachkräfte ab. „Das möge heil gemacht werden und so schnell wie möglich!“ ist häufig eine Forderung von Eltern, die damit klarkommen müssen, dass es innerhalb der Familie zu sexuellen Übergriffen gekommen ist. Sie müssen sich damit auseinandersetzen, dass eines ihrer Kinder „Täter“ und ein anderes „Kind“ (ggf. mehrere) „Opfer“ geworden sind. I.d.R. sehen die Eltern das Kind, den Täter, als Problem an und wollen sich und ihren Anteil an den Vorkommnissen nicht anschauen. Es stellen sich daher die Fragen: Welches Unheil soll „heil“ gemacht werden? Wozu soll dies gut sein? Warum schnell? Welches Unheil bzw. was genau ist unerträglich?

„Es gibt nichts Effektiveres als Inzest, um aus der Familie rauszukommen!“ Die Herausnahme aus der Familie stellt eine grobe Ungerechtigkeit dar. Es ist eine massive Verletzung und Selbstabwertung des Täters nicht mehr Zuhause sein zu dürfen. Dieses selbstdemontierende Verhalten steht im Widerspruch zu dem subjektiven Wunsch Zuhause sein zu wollen. Welche Rolle muss der Täter in der Familie besetzen bzw. welche muss besetzt sein? Wozu war das „Übergriffig-werden“ gut?

### **Kontakt zwischen Täter und Geschwister und Rückführung**

Wie kann der Kontakt zu den Geschwistern, die nicht missbraucht wurden und noch in der Familie leben aussehen? Sollte dieser überhaupt in Hinblick auf die Opfer stattfinden?

JA – es sollte so viel Normalität wie möglich aufrecht gehalten werden.

Zu den Opfern sollte der Kontakt - trotz deren Wunsch - erst stattfinden, wenn die Opfer ihr Erleben therapeutisch aufgearbeitet haben, auch wenn beim Opfer erneut

das Ausgeschlossen-werden (Sonderrolle innerhalb der Geschwister-Reihe) damit einhergeht. Das Opfer steht unter einem großen Druck, den Täter wieder sehen zu wollen. Es muss darauf geachtet werden, dass der Täter-Opfer-Kontakt nicht auf dem Rücken des Opfers ausgetragen und ausagiert wird. Es muss vielmehr ein schrittweise gut begleiteter und geplanter „Anschluss“ während des therapeutischen Prozesses sein. Das Opfer nimmt u.a. auch den Wunsch der Eltern auf Kontakt wahr. Die Kraft sich gegen diesen Wunsch zu stellen, bringt das Opfer i.d.R. nicht auf.

### **WICHTIG:**

Es muss das OK vom Opfer-Therapeuten (Trauma-Therapeuten) ebenso vorliegen, wie das OK vom Täter-Therapeuten. Ein „Verständnis“ der Sprache und deren Codierung (verbal, nonverbal) zwischen Täter und Opfer ist Hauptvoraussetzung für dieses OK, denn so kann ein erneuter Missbrauch unter den Augen der Erwachsenen vermieden werden (man kriegt es nicht mit und kann daher niemanden schützen!).

„Durch die Täterarbeit habe ich die Opfer und die Opferarbeit überhaupt erst verstanden!“

Um überhaupt eine Rückführung anpeilen zu können, muss genau definiert werden, welche Veränderungen im Eltern- und Familiensystem stattgefunden haben müssen. Hierbei sind auch das Alter und der Entwicklungsstand des Täters und des Opfers zu berücksichtigen.

Klar ist, dass der Täter bestimmte Entwicklungen abgeschlossen haben muss, bevor eine Rückführung überhaupt geplant werden kann. Voraussetzungen für die Rückführung und zulassen von NORMALITÄT sind:

- ein gelungener Perspektivwechsel
- Kommunikation der Gefühle (verbal und nonverbal)
- Zu mindestens ansatzweise eine Ahnung, wie's dem Opfer damit geht (Es sollte ein Erschrecken, was dies mit dem Opfer gemacht hat, geben!)
- Verantwortungsübernahme für seine Tat
  - von Anfang an (Täter lebt noch Zuhause)
  - erst am Ende seiner Täter-Therapie
  - während seiner Therapie, um diesen Prozess besser therapeutisch begleiten und stabilisieren zu können