

Die Verarbeitung einer sexuellen Missbrauchserfahrung in der Kindheit

bei Frauen in der Psychotherapie

Mag. Angelika Birck

März 2001

Doktorarbeit im Studienfach Psychologie an der
Philosophischen Fakultät der Universität zu Köln

Betreuer: Prof. Gottfried Fischer

Birck, Angelika: Die Verarbeitung einer sexuellen Missbrauchserfahrung in der Kindheit bei Frauen in der Psychotherapie. Doktorarbeit im Studienfach Psychologie an der Philosophischen Fakultät der Universität zu Köln, angenommen im Dezember 2000. Die Autorin hat an den Universitäten Innsbruck (Österreich) und Köln Psychologie studiert und arbeitet seit 1998 im Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin.

Kontakt: Angelika.Birck@t-online.de

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 1 |
| 1 Einleitung | 3 |
| 2 Allgemeines zu sexuellem Missbrauch von Kindern | 5 |
| 2.1 Definition | 5 |
| 2.2 Vorkommen und Häufigkeit | 6 |
| 3 Familiendynamik sexuellen Missbrauchs | 9 |
| 3.1 Der Täter | 11 |
| 3.2 Die nicht missbrauchende Mutter | 14 |
| 3.3 Unklare Grenzen und Rollentausch | 17 |
| 4 Folgen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit | 21 |
| 4.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) | 24 |
| 4.2 Der Prozess traumatischer Kompensation (Fischer & Riedesser) | 28 |
| 4.3 Das Konzept der erschütterten Annahmen (Janoff-Bulman) | 30 |
| 4.4 Das Accomodation Syndrome (Summit) | 31 |
| 4.5 Traumatische Dynamiken nach Finkelhor & Browne | 35 |
| 4.6 Das Konzept des Anklagenden Leidens (Seagull & Seagull) | 39 |
| 4.7 Risiko- und Schutzfaktoren langfristiger Folgen | 39 |
| 5 Verarbeitungsprozesse nach traumatischen Ereignissen | 45 |
| 5.1 Modelle eines phasenhaften Verlaufs | 45 |
| 5.1.1 Wiedererlangen von Sicherheit | 48 |
| 5.1.2 Traumabearbeitung und Integration | 49 |
| 5.1.3 Neuorientierung und Zukunftsperspektiven | 53 |
| 5.2 Coping Strategien | 54 |
| 5.3 Soziale Faktoren | 58 |
| 5.4 Psychotherapeutische Behandlungsmodelle | 61 |
| 5.4.1 Psychodynamische und psychoanalytische Ansätze | 62 |
| 5.4.2 Kognitiv-Behaviorale Ansätze | 67 |
| 5.4.3 Systemische Ansätze | 68 |
| 5.4.4 „Power Therapien“ – die neue Generation | 70 |
| 5.4.5 Leitlinien für Therapeuten | 73 |
| 6 Fragestellung und Hypothesenbildung | 79 |
| 6.1 Darüber Sprechen | 79 |
| 6.2 Aktives Wahrnehmen | 80 |
| 6.3 Die Realitätswahrnehmung bestätigen | 81 |
| 6.4 Die Betroffene nicht als Opfer stigmatisieren | 82 |
| 6.5 Zusammenfassung der Hypothesen | 83 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 7 | Verwendete Methoden | 87 |
| 7.1 | Methoden der Datenerhebung | 91 |
| 7.1.1 | Themenzentriertes Interview | 91 |
| 7.1.2 | Freiburger Katamnesebogen (FKB) | 92 |
| 7.1.3 | Kölner Traumainventar (KTI) | 95 |
| 7.2 | Methoden der Datenauswertung | 97 |
| 7.2.1 | Statistische Auswertung der Fragebogendaten | 97 |
| 7.2.2 | Transkription und Kodierung der Interviews | 97 |
| 7.2.3 | Tabellarische Einzelfall-Auswertung | 101 |
| 7.2.4 | Fallvergleichende Cross-Case-Matrix | 105 |
| 7.2.5 | Kausale Netzwerke | 107 |
| 7.2.6 | Hermeneutisch-dialektischer Hypothesenexklusionismus | 107 |
| 7.2.7 | Strukturierte Inhaltsanalyse ausgewählter Interviews | 108 |
| 8 | Durchführung der Untersuchung, Stichprobe | 111 |
| 8.1 | Kontaktaufnahme mit Betroffenen | 111 |
| 8.2 | Gesprächsanbahnung, Interviewbedingungen | 112 |
| 8.3 | Stichprobe | 113 |
| 8.3.1 | Demographische Angaben | 113 |
| 8.3.2 | Traumageschichte | 114 |
| 8.3.3 | Psychotherapiegeschichte | 115 |
| 9 | Ergebnisse der Fragebogenauswertung | 117 |
| 9.1 | Selbstbeschreibung zu verschiedenen Zeitpunkten | 117 |
| 9.2 | Vergleich der Erfolgsgruppen | 121 |
| 9.2.1 | Demographische Unterschiede | 121 |
| 9.2.2 | Unterschiede in der Traumageschichte | 122 |
| 9.2.3 | Unterschiede in der Psychotherapiegeschichte | 123 |
| 9.2.4 | Unterschiede in Fähigkeits- und Symptombereichen | 125 |
| 9.2.5 | Unterschiede im Freiburger Katamnesebogen (FKB) | 127 |
| 10 | Ergebnisse der Interviewanalysen | 135 |
| 10.1 | Ergebnisse der Cross-Case-Matrix | 135 |
| 10.2 | Hypothesenexklusionismus, Ergebnisse | 138 |
| 10.2.1 | Allgemeine Erfolgsbedingungen | 138 |
| 10.2.2 | Sicherheitsarbeit | 165 |
| 10.2.3 | Empowerment | 167 |
| 10.2.4 | Emotionsarbeit | 172 |
| 10.2.5 | Einzelne Symptome | 177 |
| 10.2.6 | Wiederannäherung und Darüber-Sprechen | 178 |
| 10.2.7 | Normalitätsbetonung und Informationsvermittlung | 180 |
| 10.2.8 | Einzelaspekte der Psychotherapie | 182 |
| 10.2.9 | Mitmenschliche Beziehungen und Partnerschaft | 184 |
| 10.3 | Theoretische Verknüpfung der bestätigten Hypothesen | 185 |
| 10.3.1 | Analyse der Erfolgsbedingungen | 185 |
| 10.3.2 | Kennzeichen des Misserfolgs | 187 |
| 10.4 | Erfolgs- und misserfolgstypische Kreisläufe | 188 |
| 10.4.1 | Wiederannäherungskreislauf 1 | 189 |
| 10.4.2 | Wiederannäherungskreislauf 2 | 189 |
| 10.4.3 | Missbrauchserkenntnis | 189 |
| 10.4.4 | Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 | 190 |
| 10.4.5 | Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2 | 190 |
| 10.4.6 | Retraumatisierung | 191 |
| 10.5 | Beschreibung der Auswirkungen (therapeutischer) Reaktionen | 191 |
| 10.5.1 | Modell positiver Reaktionen | 191 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 10.5.2 | Modell negativer Reaktionen | 194 |
| 11 | Ergebnisse der strukturierten Inhaltsanalysen | 197 |
| 11.1 | Frauen mit hohem Therapieerfolg | 198 |
| 11.1.1 | Sandra | 198 |
| 11.1.2 | Ulrike Y. | 204 |
| 11.1.3 | Agnes A. | 208 |
| 11.2 | Frauen mit niedrigem Therapieerfolg | 213 |
| 11.2.1 | Judith | 213 |
| 11.2.2 | Julia A. | 219 |
| 11.3 | Zusammenfassung der Analyseergebnisse | 222 |
| 11.3.1 | Missbrauchserkenntnis | 222 |
| 11.3.2 | Wiederannäherungskreislauf 1 | 223 |
| 11.3.3 | Wiederannäherungskreislauf 2 | 225 |
| 11.3.4 | Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 | 226 |
| 11.3.5 | Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2 | 227 |
| 11.3.6 | Retraumatisierung | 227 |
| 12 | Hinderliche therapeutische Interventionen | 229 |
| 12.1 | Psychoanalyse | 230 |
| 12.2 | Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie | 232 |
| 12.3 | Psychodrama | 233 |
| 13 | Diskussion der Ergebnisse | 237 |
| 13.1 | Symptome und Fähigkeitsbereiche | 237 |
| 13.1.1 | Vor der Psychotherapie | 237 |
| 13.1.2 | Nach der Therapie und zum Untersuchungszeitpunkt | 239 |
| 13.2 | Verarbeitungsprozesse | 240 |
| 13.2.1 | Enthüllungen | 240 |
| 13.2.2 | Abwehr und Auseinandersetzung | 243 |
| 13.2.3 | Ressourcen | 251 |
| 14 | Zusammenfassung | 253 |
| | Literatur | 257 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|-------|---|-----|
| 7.1 | Einzelfalltabelle | 103 |
| 7.2 | Einzelfalltabellen: Beispiele 1 | 104 |
| 7.3 | Einzelfalltabellen: Beispiele 2 | 105 |
| 8.1 | Sexualisierte Übergriffe in der Kindheit | 115 |
| 8.2 | Traumageschichte | 115 |
| 8.3 | Psychotherapiegeschichte | 116 |
| 9.1 | Vergleichende Darstellung der Symptomwerte zu verschiedenen Zeitpunkten | 118 |
| 9.2 | Ergebnisse der t -Tests für abhängige Stichproben | 120 |
| 9.3 | Demographische Unterschiede | 122 |
| 9.4 | Unterschiede in der Missbrauchsgeschichte | 123 |
| 9.5 | Unterschiede in der Behandlung (U -Tests) | 124 |
| 9.6 | Unterschiede in der Behandlung (t -Tests) | 124 |
| 9.7 | Unterschiede in der Behandlung (χ^2 -Tests) | 124 |
| 9.8 | Unterschiede bezüglich Sprechen über sexualisierte Gewalt | 125 |
| 9.9 | Vergleich von Symptomwerten im KTI zwischen Erfolgsgruppen | 125 |
| 9.10 | Vergleich von Einzelitems des KTI | 127 |
| 9.11 | Signifikante Unterschiede im FKB (nach Therapieerfolg) | 128 |
| 9.12 | Unterschiede bezüglich der Veränderungsraten der Merkmalsausprägungen | 130 |
| 9.13 | Signifikante Einzelitem-Unterschiede im FKB | 132 |
| 9.14 | Zufriedenheitsunterschiede bei Einzelitems im FKB | 133 |
| 10.1 | Personenübergreifende Vergleichstabelle | 135 |
| 10.2 | Therapieerfolg, psychotherapeut. Variablen | 139 |
| 10.3 | Wiederannäherung, Angst und Ohnmacht | 141 |
| 10.4 | Therapieerfolg und Verantwortungsübernahme | 142 |
| 10.5 | Akzeptanz, Wiederannäherung und Verantwortungsübernahme | 144 |
| 10.6 | Akzeptanz, Wiederannäherung und Selbstwert | 145 |
| 10.7 | Wiederannäherung, Akzeptanz, Vertrauensbeziehungen | 146 |
| 10.8 | Emotionales Erleben der Missbrauchserkenntnis | 148 |
| 10.9 | Wiederannäherung, Missbrauchserkenntnis und emotionales Erleben | 151 |
| 10.10 | Folgen von verleugnenden Reaktionen | 153 |
| 10.11 | Bewertung eigener Verleugnung | 155 |
| 10.12 | Folgen des Wahrgenommen-Werdens | 156 |
| 10.13 | Umgang mit eigener Verleugnung | 157 |
| 10.14 | Eigene Verleugnung, Verleugnung bei anderen | 159 |
| 10.15 | Soziale Wünsche | 161 |
| 10.16 | Zentrales Thema der Psychotherapie | 162 |
| 10.17 | Wiederannähern und Darüber-Sprechen | 164 |
| 10.18 | Überforderungen in der Psychotherapie | 165 |
| 10.19 | Sicherheit der momentanen Lebenssituation | 167 |
| 10.20 | Eigenverantwortung, Wutgefühlen und Darüber-Sprechen | 168 |
| 10.21 | Geringe Eigenverantwortung, Als-Opfer-betrachtet-Werden | 169 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 10.22 | Rationale Auseinandersetzung, emotionale Reaktionen | 169 |
| 10.23 | Eigene Kinder und hohe Eigenverantwortung | 171 |
| 10.24 | Reaktionen auf Wut und Übernahme von Eigenverantwortung | 173 |
| 10.25 | Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen und Ohnmacht | 174 |
| 10.26 | Bewusste Entscheidung für das eigene Leben | 177 |
| 10.27 | Körperl. Erkrankungen, Darüber-Sprechen | 179 |
| 10.28 | Normalisierung durch Therapeuten | 180 |
| 10.29 | Rationale Auseinandersetzung, Wiederannäherung, Verleugnung | 181 |
| 10.30 | Austausch mit anderen Betroffenen | 182 |
| 10.31 | Abgrenzung zur Ursprungsfamilie | 183 |
| 10.32 | Mitmenschliche Ressourcen in der Kindheit | 184 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| 10.1 Abwehr und Wiederannäherungszyklus | 152 |
| 10.2 Abwehr und Wiederannäherung bei unterschiedlichen Reaktionen | 160 |
| 10.3 Verleugnungskreislauf | 161 |
| 10.4 Auswirkungen pos. Reaktionen unter Berücksichtigung des Therapieerfolgs | 193 |
| 10.5 Auswirkungen neg. Reaktionen unter Berücksichtigung des Therapieerfolgs | 195 |

Vorwort

Diese Arbeit wäre nicht möglich gewesen ohne den außerordentlichen Mut und die Offenheit jener Frauen, die sich für die Untersuchung zur Verfügung stellten. Ihnen gilt mein aufrichtiger Dank. Ihnen allen, stellvertretend für viele andere, wünsche ich, dass es ihnen gelingt, ihr Leben zurückzuerobern.

In der langwierigen Suche nach Betroffenen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit, die eine Psychotherapie absolviert haben und zu einer wissenschaftlichen Untersuchung bereit waren, hat mir Herr Prof. Wilfried Biebl (Universitätsklinik für Psychosomatik, Innsbruck) unermüdlich Kontakte vermittelt. Ohne sein Engagement hätte die Datenerhebung erst Monate später abgeschlossen werden können. Ähnlich hat mir auch Frau Ursula Enders (Zartbitter, Köln) geholfen, Betroffene für die Untersuchung zu finden. Herr Dipl.-Psych. Andreas Hammel und Frau Dipl.-Psych. Claudia Schedlich haben mir unbürokratisch die Fragebogen (FKB und KTI) und ihre Arbeiten zu den Erhebungsinstrumenten überlassen. Herr Prof. Gottfried Fischer hat mich während der Jahre der Arbeit als Betreuer immer wieder fachlich unterstützt und ermutigt. Herr Prof. Franz Breuer förderte schließlich die Abschlussphase meiner Arbeit. Dinu C. Gherman hat mir maßgeblich dabei geholfen, die Arbeit in ein ansprechendes Layout zu bringen und hat mich immer wieder motiviert, weiterzumachen.

Ihnen allen sowie vielen anderen, die mir Gesprächsteilnehmerinnen vermittelten, Räumlichkeiten für die Durchführung der Interviews bereitstellten, mir für Fragen zur Verfügung standen, Interesse an der Arbeit und an ihrem Thema bekundeten und mich dadurch ermutigten, sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt.

In dieser Arbeit werden sowohl der in der öffentlichen Diskussion übliche Ausdruck „sexueller Missbrauch“ wie auch die Bezeichnung „sexualisierte Gewalt gegen Kinder“ parallel verwendet. Die untersuchten Fälle enthalten deutliche Hinweise für eine Gewaltanwendung seitens der Täter (geringes Alter der Kinder bei Beginn des Missbrauchs, überwiegend invasive Übergriffe). Trotz feministischer Kritik an der dichotomen Terminologie werden die Begriffe „Täter“ und „Opfer“ benutzt. Damit soll nicht unterstellt werden, Traumatisierte blieben ihr Leben lang Opfer, die Begriffe beschreiben jedoch korrekt die Aufteilung von Macht und Verantwortung in der Situation sexuellen Missbrauchs. Aus Gründen einfacherer Lesbarkeit wird in der Arbeit auf weibliche Wortendungen dort, wo beide Geschlechter gemeint sind, verzichtet.

Die Gestaltung der Tabellen orientiert sich an den Richtlinien zur Manuskriptgestaltung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, daher werden in den Angaben der Tabellen Dezimalpunkte geschrieben. Im Text wird indessen die deutsche Schreibweise mit Dezimalkommas beibehalten.

Kapitel 1

Einleitung

Die Thematik des sexuellen Missbrauchs wurde in den vergangenen Jahren zunehmend enttabuisiert. Der inhaltliche Schwerpunkt der meisten Arbeiten zur Thematik richtet sich dabei bei den Selbsterfahrungsberichten hauptsächlich auf die Darstellung des Verbrechens und der erlittenen Schmerzen, bei den wissenschaftlichen Arbeiten insbesondere auf die Schäden und Verletzungen, die durch die sexuelle Traumatisierung entstanden sind. Beides ist wichtig und sinnvoll, allerdings sollte danach der Aspekt der Verarbeitung des traumatischen Geschehens Berücksichtigung finden. Durch eine ausdrückliche Opferzentriertheit, durch die Betonung der katastrophalen Auswirkungen und Folgen des Missbrauchsgeschehens übersehen viele Autoren die Tatsache, dass traumatisierte Frauen und Männer mit ihrem Leben auch weiterhin zurechtkommen müssen und dass das einigen offenbar, meist mit großen Anstrengungen, auch gelingt.

Diese Sichtweise anerkennt die Dramatik der Schäden, reduziert die Betroffenen aber dennoch nicht auf ihren Opferstatus, sondern berücksichtigt ihre Stärken und macht ihnen Mut. Folgen der sexualisierten Gewalt werden als die Kehrseite jener Mechanismen verstanden, die den Betroffenen das Überleben der sexuellen Angriffe ermöglicht haben, deshalb machen gerade auch die Folgen als Zeichen des Widerstandes die zugrundeliegende Kraft und Stärke der Betroffenen und ihr Genesungspotential deutlich.

Die Konfrontation mit traumatischem Erleben löst bei jenen, die sich etwa im Rahmen therapeutischer oder wissenschaftlicher Arbeit damit beschäftigen, häufig emotionale Reaktionen aus. Die Tatsache, dass Menschen unschuldig in lebensbedrohliche Situationen geraten können, die sie nur zufällig überleben, ist mit den kognitiven Konzepten von der eigenen Person und der Welt meist nicht vereinbar. Dies trifft verstärkt zu, wenn die Traumatisierung durch Gewalt von Erwachsenen an Kindern verursacht wurde. Als Neuling auf diesem Gebiet bitte ich die Leser um Verständnis, dass mir bei der unmittelbaren Erfahrung der seelischen Verletzungen der Gesprächspartnerinnen in erster Linie Verständnis und Einfühlung für diese Frauen notwendig und angebracht erschien. Die wissenschaftliche Aufbereitung des Stoffes hat im Zweifelsfall erst nachrangige Priorität gewonnen, was vermutlich noch an einigen Formulierungen erkennbar ist.

In der vorliegenden Arbeit werden jene Verarbeitungsprozesse untersucht, die an das Erleiden sexueller Übergriffe in der Kindheit anschließen. Dabei wird besonderes Gewicht gelegt auf jene Faktoren oder moderierenden Variablen, die von Betroffenen sowohl innerhalb der Psychotherapie wie auch im privaten Umfeld als relevant in bezug auf eine Reduktion ihres Leidens eingeschätzt werden. Einzelne Faktoren werden gezielt auf ihre salutogene Wirkung hin untersucht. Die „Wirksamkeit“ wird dabei anhand der Selbstzuschreibung von Veränderungen seitens der Betroffenen beurteilt. Damit wird berücksichtigt, was die Untersuchungsteilnehmerinnen als förderlich im Verarbeitungsprozess bewerten und inwiefern sich diese selbstberichteten „förderliche Bedingungen“ auf das weitere Leben mit den vergangenen Übergriffen ausgewirkt haben.

Kapitel 2

Allgemeines zu sexuellem Missbrauch von Kindern

2.1 Definition

Sexueller Missbrauch findet in der überwiegenden Zahl der Fälle in einem Vertrauensverhältnis statt. Er bedeutet Verrat und Vertrauensmissbrauch. Dabei liegt die alleinige Verantwortung für sexuellen Missbrauch von Kindern immer bei Erwachsenen. Kinder sind am Missbrauchsgeschehen, dessen Opfer sie werden, niemals mitschuldig, egal wie verführerisch, aktiv oder zustimmend sie Erwachsenen erscheinen oder erschienen sein mögen. Um einer Handlung nach freiem Willen zustimmen zu können, muss die Handlung in ihrer Bedeutung, ihrer Tragweite und mitsamt ihrer Konsequenzen klar erkannt und verstanden werden, und dazu ist das Kind aufgrund seines Entwicklungsstandes noch nicht in der Lage. Darüberhinaus kann innerhalb des eindeutigen Abhängigkeits- und Autoritätsgefüges, wie es zwischen vertrautem Erwachsenen und machtlosem Kind besteht, von Seiten des Kindes nicht von freiwilligen Entscheidungen ausgegangen werden.

Kavemann (1992, S. 17ff) unterscheidet in ihren theoretischen Ausführungen zwei zentrale Macht- und Gewaltverhältnisse: jenes zwischen Erwachsenen und Kindern und jenes zwischen Männern und Frauen. Das weibliche Kind unterliege einem zwiefachen Machtverhältnis und sei so doppelt gefährdet, sexuell missbraucht zu werden. Mädchen würden innerhalb patriarchaler Gesellschaftsverhältnisse erlittene sexuelle Gewalt anders interpretieren als betroffene Jungen, weil sie an den erwachsenen Frauen ihrer Umgebung beobachten könnten, dass auch diese nicht gegenüber sexuellen Übergriffen geschützt seien.

Welche Handlungen als sexueller Missbrauch an Kindern bezeichnet werden, darüber bestehen verschieden enge oder weite Auffassungen. Im wesentlichen beziehen sich alle auf das Ausnützen eines ungleichen Machtverhältnisses zwischen Erwachsenem und Kind zur Befriedigung der Bedürfnisse des überlegenen Erwachsenen, der das Kind zur Kooperation überreden oder zwingen kann und ihm Geheimhaltung auferlegt.

Häufig wird sexueller Missbrauch als Kontinuum verstanden, das von scheinbar unbeabsichtigten oder scheinbar harmlosen Berührungen bis zur vollzogenen Vergewaltigung reicht. Am augenfälligsten unterscheiden sich die unterschiedlichen Begriffsbestimmungen von sexuellem Missbrauch oder sexualisierter Gewalt gegen Kinder bezüglich des Ausmaßes an Kontakt, den sie für notwendig erachten, um von Missbrauch zu sprechen. So spricht etwa Rensen (1992, S. 48) von „allen Berührungen“, die als sexuelle Kontakte gewertet werden könnten, führt aber ausdrücklich nur Berührungen der Genitalien, Küsse und Geschlechtsverkehr an, während andere Autoren weiter gefasste Definitionen vorschlagen, wie etwa Glöckler (1994) jede Handlung des Erwachsenen, die darauf abzielt, innerhalb der besprochenen Macht- und Vertrauensbeziehung sexuell erregt zu werden, als sexuellen Missbrauch wertet.

Nach Engfer (1990) hat die Verwendung unterschiedlicher Misshandlungsbegriffe weitreichende Konsequenzen, die über epidemiologische Unstimmigkeiten weit hinausgehen. In der diagnostischen Praxis etwa könnten zu enge Misshandlungsdefinitionen Fälle übersehen und so verhängnis-

volle Folgen für die Betroffenen haben. In der Forschungspraxis liegt im allgemeinen retrospektiven Studien an klinischen oder juristisch erfassten Populationen eher enge Missbrauchsdefinitionen, prospektiven sozialwissenschaftlichen Studien eher ein weiteres Verständnis von Missbrauch zugrunde (Engfer 1990, S. 59f).

2.2 Vorkommen und Häufigkeit

Epidemiologische Angaben zu sexuellem Missbrauch von Kindern belegen (trotz unterschiedlicher Häufigkeitsangaben), dass es sich bei dieser Problematik keineswegs um ein seltenes Randthema handelt, sondern um ein relativ weitverbreitetes Phänomen. Weil betroffene Menschen aufgrund ihrer Symptomatik, ihrer Lerngeschichte u.a. besonders gefährdet sind, auch als Erwachsene erneut Opfer von (sexueller) Gewalt zu werden, sind Häufigkeitsangaben von Interesse. Darüberhinaus verdeutlichen epidemiologische Angaben zu sexualisierter Gewalt gegen Kinder die Notwendigkeit, diese Art von Traumatisierungen in Anamnesen und Behandlungsplänen stärker zu berücksichtigen.

Zur Bestimmung der Häufigkeit sexuellen Missbrauchs von Kindern werden in den meisten Untersuchungen Angaben dazu in Befragungen von Erwachsenen retrospektiv erhoben. Die Studien aus den USA und westlichen Ländern berichten relativ übereinstimmend von etwa 30% der Frauen und etwa 10% der Männer, die von unfreiwilligen sexuellen Kontakten (alle Varianten von sexuellen Kontakten, familiäre und außerfamiliäre Vorfälle einbezogen) vor dem 18. Lebensjahr berichten, wobei die Angaben zu inzestuösen Übergriffen im engeren Sinne bei etwa 4% lägen (vgl. Fischer & Riedesser, 1998, S. 258).

Verschiedene methodische Ansätze führen in der Frage der Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs zu unterschiedlichen Häufigkeitsangaben. Im allgemeinen werden in klinischen Stichproben höhere Prävalenzraten beobachtet als in nicht-klinischen (Briere 1992a, S. 5), in persönlichen Interviews werde eher von sexuellem Missbrauch berichtet als in anonymen Fragebogen; Untersuchungen, die mehrere Fragen zum Thema sexualisierte Übergriffe stellen, würden höhere Prävalenzraten finden als Studien, die dazu nur einer Frage stellen, außerdem beeinflussen verschiedene Definitionen von sexuellem Kindesmissbrauch, insbesondere die Altersgrenzen der Kindheit, die Häufigkeitsangaben (vgl. Vogeltanz, Wilsnack, Harris, Wilsnack, Wonderlich & Kristjanson, 1999).

Vogeltanz et al. (1999) untersuchten USA-weit eine stratifizierte Stichprobe von 1099 Frauen über 21 Jahren. In etwa 90minütigen, an einem Ort ihrer Wahl von weiblichen Untersuchern durchgeführten Interviews wurden Prävalenzraten sexuellen Kindesmissbrauchs zwischen 17% und 24% gefunden (diese Zahlen beziehen sich auf jene Auswertung, die ungenügend beantwortete Fragen als missing data nicht berücksichtigt). Die unterschiedlichen Prozentangaben beziehen sich auf zwei verschiedene Definitionen sexuellen Kindesmissbrauchs. Beide Definitionen beinhalten a) intrafamiliäre sexuelle Betätigung vor dem 18. Lebensjahr, die ungewollt war oder mit einem Familienmitglied stattfand, das fünf oder mehr Jahre älter war als das Kind, b) ungewollte sexuelle Betätigung außerhalb der Familie vor dem 18. Lebensjahr oder vor dem 13. Lebensjahr, wenn die andere Person mindestens fünf Jahre älter war (a- oder erstes b-Kriterium: 24% Prävalenz); bzw. ungewollte sexuelle Betätigung vor dem 14. Lebensjahr oder ungewollter Geschlechtsverkehr zwischen dem 14. und dem 17. Lebensjahr (a- oder zweites b-Kriterium: 17% Prävalenz).

Von den Frauen, die über sexuelle Übergriffe berichteten, wurden 41% (erstes b-Kriterium) bzw. 56% (zweites b-Kriterium) innerhalb der eigenen Familie missbraucht, manche zusätzlich auch außerhalb. Bei 9% (12%) der missbrauchten Frauen war der Vater der Täter.

Finkelhor, Hotaling, Lewis & Smith (1990) fanden in Telefoninterviews mit einer Zufallsstichprobe von 2626 Amerikanern, die älter als 18 Jahre alt waren, bei 27% der Frauen und bei 16% der Männer sexuelle Missbrauchserfahrungen. Die Untersuchungsteilnehmer wurden dabei gefragt, ob sie als Kind jemals eine sexuelle Erfahrung gemacht haben wie Geschlechtsverkehr, Körperkontakt, oder Exhibitionismus, die sie heute als sexuellen Missbrauch betrachten würden. Dabei berichteten 9,5% der Männer und 14,6% der Frauen aus der Stichprobe von Penetration, 4,5% der Männer und 19,6% der Frauen von nicht-penetrativem Berühren der Geschlechtsteile, 2% der Männer und 3,8% der Frauen von Exhibitionismus, pornographischen Fotos u.a. Von den Personen mit Missbrauchserlebnissen gaben 27% der Frauen und 16% der Männer an, mit jemandem über die sexualisierten

Übergriffe gesprochen zu haben. Mädchen wurden öfter innerhalb der Familie, Jungen öfter außerhalb der Familie missbraucht. Bei 6% der missbrauchten Frauen (weniger als 2% der gesamten Stichprobe) war der Vater oder Stiefvater der Täter. Das Durchschnittsalter zur Zeit des Missbrauchs betrug bei Mädchen und Jungen knapp 10 Jahre. 83% der Täter an Jungen und 98% der Täter an Mädchen waren Männer.

Wyatt, Loeb, Solis & Carmona (1999) untersuchten die Veränderung der Prävalenzraten bei Frauen innerhalb von 10 Jahren in Los Angeles County. Dafür wurden 1984 (N=248) und 1994 (N=904) zwei voneinander unabhängige stratifizierte Stichproben von 18–50jährigen Frauen in 3–8 stündigen persönlichen Interviews untersucht. Sexueller Missbrauch war definiert als sexueller Körperkontakt vor dem 18. Lebensjahr. Der Täter musste dabei entweder mindestens 5 Jahre älter sein oder bei geringerem Altersabstand musste der sexuelle Kontakt gegen den eigenen Willen stattgefunden haben. 1984 gaben 45% der Untersuchungsteilnehmerinnen mindestens einen solchen Übergriff an, 1994 waren es 34% (12% innerfamiliär, 20% ausserfamiliär) mit mindestens einem Missbrauchserlebnis. Der Unterschied war nicht signifikant. 1994 berichteten die Frauen von signifikant schwerwiegenderen Formen von Missbrauch (Penetration) und von mehreren Übergriffen als 10 Jahre zuvor.

Schötensack, Ellinger, Gross & Nissen (1992) untersuchten zwei deutsche Stichproben (Schüler und Studenten, 1841 aus Würzburg und 310 aus Leipzig) mit Fragebogen bezüglich der Häufigkeit sexueller Missbrauchserlebnisse vor dem 14. Lebensjahr. Dazu fragten sie nach sexuellen Erlebnissen mit anderen Jugendlichen und mit Erwachsenen und nach der Qualität dieser Erlebnisse (Alter, Alter des Partners/Täters, Beziehung zum Täter, Zwang, persönliche Bedeutung und Folgen) und zählten jene Ereignisse zu sexuellem Missbrauch (im Gegensatz zu freiwilligen sexuellen Erfahrungen mit Gleichaltrigen), wenn Zwang und/oder negative Gefühle berichtet wurden (auch in Kontakten zu Gleichaltrigen) und Kontakte, in denen das Gegenüber mindestens fünf Jahre älter war. Als Missbrauchsergebnisse wurden verschiedene körperliche Übergriffe (Berühren der Geschlechtsteile bis Penetration) sowie Exhibitionismus, Pornographie und sexuelle Gesten und Bemerkungen gewertet. In der Würzburg-Stichprobe berichteten 16,1% der Frauen und 5,8% der Männer von entsprechenden sexuellen Missbrauchserfahrungen. In der Leipzig-Stichprobe berichteten 9,6% der Frauen und 5,8% der Männer von entsprechenden Ereignissen. Berührungen der Geschlechtsteile waren dabei bei beiden Geschlechtern die häufigste Form der missbräuchlichen Ereignisse. Die Prävalenz vaginaler, oraler und analer Penetration lag in beiden Stichproben bei 1,9% bei Frauen und bei 0,9% bei Männern. Die Täter waren den Kindern meistens bekannt und überwiegend männlich. Über die unterschiedlichen Ergebnisse in beiden Stichproben wird mit der verschiedenen Zusammensetzung der Stichproben spekuliert (höhere Anzahl von Studenten in Würzburg, höhere Anzahl von Berufsschülern in Leipzig). In beiden Stichproben liegt der Häufigkeitsgipfel sexueller Übergriffe in der Altersgruppe der 10–14jährigen.

Aus anderen europäischen Ländern werden ähnliche Zahlen berichtet. In einer anonymen Fragebogenuntersuchung an einer Zufallsstichprobe von etwa 9000 15-jährigen Schülern in Finnland berichteten 18% der Mädchen und 7% der Jungen von sexuellen Erfahrungen mit einer Person, die mindestens fünf Jahre älter war (Sariola & Uutela, 1994).

In einer anonymen Fragebogenerhebung an 1125 Studenten der Universität Innsbruck (Wanko, 1992) gaben 24,2% der Frauen und 6% der Männer an, vor dem 18. Lebensjahr sexualisierte Gewalterfahrungen (vom Berühren der Geschlechtsteile in bekleidetem Zustand bis zur Penetration) gemacht zu haben.

Bei den angezeigten Fällen von sexualisierter Gewalt gegen Kinder in der polizeilichen Kriminalstatistik der BRD von 1986 (zitiert in Wirtz, 1993, S. 23) waren 92% der Kinder zwischen 6 und 14 Jahren alt, 8% sind jünger. Auf einen missbrauchten Jungen kamen 10 missbrauchte Mädchen. Die Täter waren in 93% der gemeldeten Fälle dem Kind bekannt, 66% stammten aus der Familie oder einem engen Umfeld des Kindes. Auf neun männliche Täter kam eine Frau als Täterin. Die Kriminalstatistik schätzte, dass etwa jeder 18. bis 20. Missbrauch angezeigt wurde, nur jeder 5. der angezeigten Fälle wurde verhandelt, die Zahl an Verurteilungen der Täter war verschwindend gering. Nach Bange (1993) werde nur etwa jeder zehnte bekanntgewordene Täter verurteilt.

Es ist davon auszugehen, dass sexueller Missbrauch in allen sozialen Schichten etwa gleichverteilt vorkommt (Walter, 1992; Hirsch, 1987; Finkelhor & Baron, 1986).

Bei Angaben zur Häufigkeit sexualisierter Gewalterfahrungen, umso mehr, wenn es sich um Übergriffe im Rahmen von Vertrauensbeziehungen (im Rahmen der Familie) handelt, sind hohe Dunkelziffern zu erwarten, da das Schweigegebot der sexuellen Missbrauchshandlung geradezu immanent sei und häufig auch Erwachsene aufgrund eigener Scham- und Schuldgefühle, eigener Verleugnungsbestrebungen oder wegen falsch verstandener Loyalität oder Abhängigkeiten zum Täter schwiegen (Walter, 1992, S. 43; Trube-Becker, S. 39–43).

Die Zahlen verdeutlichen, dass es sich bei sexualisierter Gewalt gegen Kinder nicht um ein Randphänomen westlicher Gesellschaften handelt, sondern um eine weit verbreitete Erscheinung. Die hohen Häufigkeitsangaben zeigen, dass das Vorkommen sexualisierter Gewalterfahrungen in der Kindheit bei Patienten in allgemeinen medizinischen oder psychotherapeutischen Praxen in Anamnesen berücksichtigt und ihr eventueller Zusammenhang zu aktuellen Störungen bedacht werden muss.

Kapitel 3

Familiendynamik sexuellen Missbrauchs an Kindern

Die Dynamik der Familie, in der sexueller Kindesmissbrauch stattfindet, wurde in der Literatur einerseits unter dem Gesichtspunkt der Psychodynamik der beteiligten Personen (Persönlichkeitszüge des Täters und der nicht-missbrauchenden Mutter, Interaktionen und Konfliktlösefähigkeiten der Familie) sowie im Zusammenhang mit zugrundeliegenden soziokulturellen Faktoren betrachtet (Courtois, 1988; Ziegler, 1989). Der Einfluss familiärer und sozialer Faktoren auf das tatsächliche Vorkommen sexuellen Missbrauchs von Kindern wird im Sinne eines misshandlungsbegünstigenden Milieus diskutiert (Stöhr, 1990, S. 31). In Familien mit sexuellem Missbrauch von Kindern konnten bisher weder eindeutige spezifische Persönlichkeitsmuster noch missbrauchstypische Familieninteraktionen beobachtet werden. Zwar wird auf relativ globale Merkmale von Familien mit sexualisierter Gewalt gegen Kinder verwiesen, wie z.B. niedrige Interaktionshäufigkeit, überwiegend negativer Kommunikationsstil und aversives Verhalten untereinander, aber bei der Suche nach Details, etwa dem Umgang der Eltern miteinander, konnten keine einheitlichen Ergebnisse gefunden werden. Zudem sind alle diese Merkmale nicht ausgesprochen missbrauchstypisch, sondern kommen auch in Familien vor, in denen Kinder keine sexualisierte Gewalt erleiden, die beschriebenen Merkmale können daher das Vorkommen sexuellen Missbrauchs von Kindern nicht hinreichend erklären (Ziegler 1989, S. 21).

Insbesondere Vertreter des systemischen Ansatzes haben sich der Beschreibung und Erforschung von Familienstrukturen bei Vorkommen sexuellen Missbrauchs von Kindern gewidmet. In der Regel wird von einer Dynamik der „inestuösen Familie“ ausgegangen, wobei eine Familie, in der es zu sexuellem Missbrauch von Kindern kommt, als schon vorher weitgehend zerrüttet betrachtet wird, die sexualisierten Übergriffe seien somit nur ein Mechanismus im ohnedies dysfunktionalen Familienkontext. Der Missbrauch sei Ausdruck von Familienkonflikten, seine Ursache liege immer bei beiden Eltern (Bruder, 1993). Die alte Vorstellung, hauptsächlich in sich verschärfenden Krisensituationen komme es intrafamiliär zu sexualisierten Übergriffe gegen Kinder, daher könnte sexueller Missbrauch bei ungünstigen situativen Bedingungen und einer Verschärfung von Krisen in jeder Familie „passieren“ (Justice & Justice, 1979, S. 110–117), wurde von neueren Untersuchungen revidiert. Krisensituationen sind nicht primär für das Auftreten von Kindesmisshandlung verantwortlich (Nienstedt & Westermann, 1990, S. 105). Das Vorkommen sexualisierter Übergriffe durch situative Faktoren zu erklären und damit die Verantwortung des Täters für ihr Zustandekommen zu minimieren hieße gleichzeitig, ihr menschliches Potential zu leugnen (Bange, 1993).

Finkelhor (in Finkelhor & Baron, 1986) nennt vier notwendige Voraussetzungen, unter denen es zu sexualisierter Gewalt gegen Kinder kommen könne:

- Die Motivation des potentiellen Täters, sich sexuell missbrauchend zu verhalten;
- der potentielle Täter müsse innere Hemmungen gegen diese Tat überwinden;
- äußere Hindernisse müssen überwunden werden;

- und letztlich müsse ein anderer Faktor (z.B. Einsamkeit) den möglichen Widerstand des Kindes verhindern.

Finkelhor & Browne (1986) betonen, dass die Suche nach Faktoren, die das Risiko sexualisierter Gewalt gegen Kinder erhöhen, nicht dazu führen dürfe, andere Personen als den Täter dafür zu beschuldigen. Nur wenn die beiden ersten Voraussetzungen für das Stattfinden der sexualisierten Gewalt vorhanden seien, wären weitere Risikofaktoren für das Zustandekommen sexualisierter Übergriffe entscheidend. Die Notwendigkeit der letzten Bedingung für das Vorkommen sexualisierter Gewalt gegen Kinder ist zweifelhaft, da sie suggeriert, ein Kind könne durch heftigen Widerstand gegenüber einem Erwachsenen die Tat verhindern, damit wird die Abhängigkeit und Ohnmacht des Kindes vernachlässigt.

In der Diskussion der Entstehungsbedingungen sexualisierter Gewalt gegen Kinder wird die Isolation und Verstrickung der inzestuösen Familie, in der sämtliche Bedürfnisse erfüllt werden müssen, da jedes Hinausgehen aus der Familie als Loyalitätsbruch gewertet wird, betont. Dabei wird häufig angenommen, dass die Isolation der Familie nicht Folge des Inzestgeschehens ist, sondern diesem als Ergebnis der Persönlichkeit der Eltern, die nicht zu vielfältigen sozialen Kontakten fähig sind, vorausgeht (Courtois, 1988, S. 39–42; Hirsch, 1987, S. 126). Dabei wird übersehen, dass die soziale Isolation der Familie dem Täter als Schutz gegen eigenes Entdeckt-Werden nützt und von ihm daher gezielt gefördert werden kann (Rijnaarts, 1991, S. 234; Herman, 1981, S. 73). Die rigide Abgrenzung nach außen sei kombiniert mit meist nur unklaren Grenzziehungen im Inneren der Familie, starken Bindungen und Verstrickungen der Familienmitglieder auf verschiedenen Ebenen untereinander (Bambynek & Schay, 1993, S. 289). In Familien mit sexualisierter Gewalt gegen Kinder werden die generelle Tendenz, problematische Bereiche zu verleugnen und zu verschweigen, eine hohe Anzahl von Double-bind-Botschaften, Rollenverwirrung und ein häufig inkonsistentes Elternverhalten berichtet (Courtois, 1988, S. 43). Dem Kind werde so vermittelt, dass man sich nur auf die Familie verlassen könne, weil außerhalb Gefahren lauerten; gleichzeitig erfahre es innerhalb der Familie Verunsicherung durch das inkonsistente Elternverhalten. Die Rollenverwirrung, das Leugnen und die traumatischen sexualisierten Übergriffe selbst sind durchweg Quelle generalisierten Misstrauens. Nach Hirsch (1987, S. 107f) isoliere sich der Inzesttäter innerhalb der „Familienfestung“ paranoid von allen Außenkontakten, auf Autonomiebestrebungen und Ablösungsversuche werde mit Verlustängsten und Eifersucht reagiert.

Die Hypothese starker intrafamiliärer Bindungen und verhinderter Autonomiebestrebungen nach außen konnte in einer Untersuchung von Hehl & Werkle (1993) an erwachsenen Frauen (Missbrauchsüberlebenden) mit dem Familien-Skulptur-Test und Fragebogenerhebungen zur Herkunftsfamilie nicht bestätigt werden, im Gegenteil fanden die Autoren höhere Autonomiebestrebungen der Mitglieder inzestuöser Familien im Gegensatz zu Kontrollfamilien. Trotz der berichteten Dysfunktionalität wirken Familien, in denen Kinder sexualisierte Gewalt erleiden, nach außen hin regelmäßig normal und unauffällig, mitunter würden sogar besonders rigide moralische Normen vertreten (Richter-Appelt & Ladendorf, 1993; Forward, 1992, S. 143; Courtois, 1988, S. 43 und Hirsch, 1987, S. 125). Die Korrektheit der Familie nach außen verstärkt die Tendenz der Gesellschaft, betroffenen Kindern keinen Glauben zu schenken, wenn sie von intrafamiliärer Gewalt berichten.

Forward (1992, S. 175f) nennt fünf zentrale Bewältigungsmechanismen solcher Familien:

- Probleme werden verleugnet; die Familie versuche zu vermitteln, dass alles in Ordnung sei.
- Eigene elterliche Schwächen und Probleme werden auf die Kinder projiziert; den Kindern werden diese projizierten Anteile vorgeworfen und sie bei ihnen bekämpft.
- Falls sich ein Teil der Familie um Hilfe nach außen wendet, etwa eine Therapie besucht, werden diese Anstrengungen sabotiert, um Veränderungen entgegenzuwirken.
- Die Eltern setzen ihre Kinder als Verbündete in Konflikten mit dem Partner ein.
- Wesentlich sind viele Geheimnisse, die in der Familie (oft unter Zwang) gewahrt werden müssen.

Die äußere Fassade der Familie steht damit im Gegensatz zu ihrer inneren Realität. Dieser Widerspruch kann später im Leben ihrer Opfer wiederholt werden, wenn Verzweiflung und Symptome geheim gehalten werden und versucht wird, nach außen hin möglichst angepasst zu funktionieren.

In Familien mit sexualisierter Gewalt gegen Kinder seien positive Berührungen meist selten. Täter hätten oft nicht gelernt, körperliche Nähe zu Kindern aufzunehmen, ohne diese zu sexualisieren. Die Umgangsweise mit Sexualität in inzestuösen Familien wird als extrem beschrieben: entweder zu rigide und repressiv oder aber überaus freizügig und locker (Justice & Justice, 1979, S. 131). Sexueller Missbrauch sei keinesfalls auf einen sexuellen Notstand der Täter zurückzuführen, vielmehr befriedigten die sexuellen Übergriffe wichtige emotionale Bedürfnisse (Macht, Nähe etc., Bange, 1993; Courois, 1988, S. 43). Diese Bedürfnisse werden vom Täter häufig nicht als die jeweils eigenen anerkannt, sondern dem missbrauchten Kind unterstellt.

3.1 Der Täter in der inzestuösen Familie

Die eindeutige und alleinige Verantwortung für die sexualisierten Handlungen an einem Kind liegt beim Täter, gleichgültig, wie auffordernd oder zustimmend das Kind sich verhalten hat oder erscheinen sein mag. Sexuelle Übergriffe passieren nicht zufällig, sind keine „Ausrutscher“, sondern Situationen und Gelegenheiten, die sexualisierte Übergriffe ermöglichen, werden vom Täter geplant, bewusst und beabsichtigt herbeigeführt (Braecker & Wirtz-Weinrich, 1991, S. 11; Steinhage, 1991, S. 16; Forward, 1992, S. 211 u.a.). Dennoch besteht gerade bei sexuellen Gewaltverbrechen wie Inzest, sexuellem Kindesmissbrauch, aber auch bei der Vergewaltigung erwachsener Frauen die gesellschaftliche Tendenz, dem Opfer die Initiative oder gar die Verantwortung für die Tat zuzuschieben. Die Vorurteile gegen Opfer korrespondieren mit dem Bedürfnis, erwachsene Täter zu entlasten und zu schonen. Schuldgefühle beim Opfer werden häufig als Beleg für seine Beteiligung und Mitschuld angesehen; fehlen entsprechende Schuldgefühle, wird das den Opfern ebenso angelastet oder der Mutter vorgeworfen, die angeblich die sexuellen Kontakte gutgeheißen oder geduldet habe (in Hirsch, 1987; S. 85).

Als (gesellschaftlicher) Mechanismus, um den Opfern die Schuld anzulasten, ist die „blaming-the-victim-solution“ beschrieben worden (Ryan, 1971; dargestellt bei Becker-Fischer & Fischer, 1995, S. 7). Im Rückblick auf den Übergriff und seinen Verlauf werden kausale Verbindungen hergestellt, die für die Betroffene in der Situation meist nicht vorhersehbar waren. Zudem wird die Wahrscheinlichkeit des Eintretens des Ereignisses (hier: des sexuellen Übergriffs) rückblickend, d.h. nachdem der Übergriff stattgefunden hat, überschätzt. Den Opfern wird weiters unterstellt, sie hätten gewusst oder wissen können, worauf sie sich einließen. Bei sexuellen Übergriffen ist die Tendenz, im nachhinein das (auch erwachsene) Opfer für sein Verhalten, seine Kleidung etc. zu beschuldigen, besonders ausgeprägt. Sich die Gewalttat durch das Versagen der Betroffenen zu erklären, wiegt die Ankläger des Opfers in der Illusion eigener Sicherheit und Kontrolle: selber würde man sich anders und besser verhalten und könne somit nicht ebenfalls zum Opfer werden (a.a.O.). In diesem Kontext sind alle Argumente zu betrachten, die anderen Personen als der des Täters Mitverantwortung und Mitschuld an den sexualisierten Handlungen am Kind zusprechen wollen.

Täter sexualisierter Übergriffe an Kindern (intra- und extrafamiliär) sind in der Regel Männer, kommen aus allen sozialen Schichten, sind im Durchschnitt zur Zeit intrafamiliärer sexualisierter Übergriffe auf Kinder zwischen Mitte 30 und Ende 40 Jahre alt, in der Regel durchschnittlich intelligent, es lassen sich bei ihnen kaum psychotische Erkrankungen finden. Sexualisierte Übergriffe an Kindern verüben in der Regel unauffällige, sozial angepasste, psychisch nicht von der Norm abweichende Männer (Bange, 1993; Hilton & Mezey, 1996; Trube-Becker, 1992; Finkelhor, Hotaling, Lewis & Smith, 1990). Die Sichtweise des Inzesttäters als ganz normaler (meist männlicher) Durchschnittsmensch ist relativ neu. In traditionellen Beschreibungen erscheinen Inzesttätern eher als aggressive, unzurechnungsfähigen Psychopathen oder aber als schwache, kranke, problemgeplagte Männer mit traumatischer Kindheit.

Eine „Misshandlungspersönlichkeit“ der Täter mit einheitlichen Charakterzügen ist nicht anzunehmen, vielmehr werden bei den Tätern sexualisierter Gewalt mehrere unspezifische Problembe-
reiche beschrieben, wie etwa Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung; beeinträchtigte Fähigkeit,

zu Gleichaltrigen Kontakte aufzunehmen; depressive Züge und starke Abwehr depressiven Erlebens, niedrige Frustrationstoleranz, mangelhafte Stressverarbeitung, inadäquater Umgang mit Aggressionen, Unsicherheit, Ängstlichkeit, geringes Selbstwertgefühl, starke Scham und Angst vor dem Versagen (Richter-Appelt & Ladendorf, 1993; Bange, 1993; Ziegler 1989, S. 18ff). Diese allgemeinen Merkmale können das Missbrauchsgeschehen in keiner Weise begründen oder erklären.

Eine hohe Anzahl sexueller Missbrauchstäter berichte, selbst Opfer sexualisierter Gewalt gewesen zu sein (Hilton & Mezey, 1996). „Wenn wir Missbrauchsverhalten bei Menschen entschuldigen, die missbraucht worden sind (einschließlich der eigenen Person), nehmen wir ihnen die Hoffnung auf Heilung“ (Sanford, 1992, S. 27). Nach Bange (1993) sind Aussagen zur Biographie, psychischen Verfassung und sozialen Situation der Täter immer mit Vorsicht zu betrachten, wenn (wie in vielen Täter-Studien) fast ausschließlich angezeigte oder verurteilte Täter untersucht werden; diese Tätergruppe ist hochselektiv, da davon auszugehen ist, dass eher fremde Täter angezeigt werden als solche aus dem familiären Umfeld und eher solche aus niedrigen sozialen Schichten; außerdem wird die Argumentationslinie von Missbrauchstätern im allgemeinen bezwecken, sich selbst zu exkulpieren.

Die Durchschnittlichkeit und Normalität von Inzesttätern, die ihre Übergriffe zugeben, führt mitunter zur bagatellisierenden Auffassung, dass im Grunde jeder dazu fähig sei und auch brave und rechtschaffene, aber unverstandene und vernachlässigte Männer schuldlos „in so eine Sache hineinschlutschen“ könnten. Das bedeutet nicht nur den Wegfall der Schuld und Verantwortung des Täters, sondern auch eine Verharmlosung der Tat, denn etwas, was im Prinzip jedem geschehen kann, könne ja nicht so schlimm sein. Dazu schreibt Rijnaarts (1991, S. 240): „Ich habe das Gefühl, dass heute ... von der Persönlichkeit des Täters auf die Art der Tat geschlossen wird und dass die ‚Vermenschlichung‘ des Inzesttäters zur Verharmlosung seines Verbrechens führt.“

Die Auffassung vom schuldlos missbrauchenden Durchschnittsmann wird unterstützt durch die Hypothese der mangelnden Impulskontrolle inzestuöser Väter: sexualisierte Übergriffe werden dabei mehr mit einer triebhaft gesteigerten Sexualität und mit einer krankhaften Störung der Impulskontrolle als mit willkürlicher Gewalt erklärt; der Gedanke, sich mit der eigenen Tochter sexuell/sexualisiert zu verhalten, wird als natürlicher Impuls dargestellt – dieser müsste dann aber wohl viele Väter überkommen und manche könnten ihn eben nicht kontrollieren. Dabei wird missachtet, dass die überwiegende Mehrzahl missbrauchender Bezugspersonen systematisch und wiederholt über lange Zeiträume hinweg Situationen plant und herbeiführt, in denen sexualisierte Übergriffe gegen Kinder durchgeführt werden können. Vom Impuls, der Täter überraschend überwältigte, kann also kaum die Rede sein (Rijnaarts, 1991, S. 234). Zudem werden Schwierigkeiten in der Impulskontrolle in anderen Bereichen (etwa im Beruf, am Steuer etc.) von Tätern selbst kaum berichtet. Eine triebhaft gesteigerte Sexualität von Inzesttätern oder eine allgemeine erhöhte sexuelle Aktivität bei Tätern konnte in Untersuchungen nicht festgestellt werden. Ebenso wenig entsprechen es den Tatsachen, dass Inzesttäter besonders sexuell frustriert seien: in der Regel verfügten sie außerhalb der sexualisierten Übergriffe über ein aktives Sexualeben (Wanko 1992, S. 18; Hirsch, 1987, S. 102–106; Forward, 1992, S. 141).

Nach Hirsch (1987, S. 109) ist sexualisierte Gewalt gegen Kinder keine sexuelle Perversion, in der sexuelle Erregung durch ein Objekt ausgelöst werde, zu dem keine Beziehung bestehe. Das typische der inzestuösen sexualisierten Übergriffe sei gerade die Beziehung, die vor den sexualisierten Gewalttaten schon bestand und die parallel dazu weiterbestehe, diese spezifische Beziehung könne als eine Bedingung für die inzestuöse Sexualität mancher Täter angenommen werden. Als auslösender Faktor für den sexuellen Kindesmissbrauch wird bisweilen eine längere Abwesenheit des Vaters von der Familie genannt; nach Rückkehr finde er eine veränderte Familie und aufgelöste Bindungen vor, dies erleichtere den Bruch des Inzesttabus (Hirsch, 1987).

Der Kontakt zum Kind werde vom Täter so arrangiert, dass anfänglich „spielerischer“ Körperkontakt über scheinbar unabsichtliche Berührungen der Geschlechtsteile zu immer mehr eskalierenden sexuellen Übergriffen führen. Vielen Tätern bietet vermutlich nicht nur der sexuelle Kontakt, sondern die Unterwerfung und das Unglück des Kindes Vergnügen. Ist das Schweigen des Opfers sichergestellt, überwiege die immer geringer werdende Angst vor dem Entdeckt-Werden. Durch die sexuelle und emotionale Befriedigung während der Tat und der geringen Wahrscheinlichkeit ihrer Aufdeckung würden die Übergriffe immer mehr zu einem zwanghaften, suchthaften Verhalten (Hilton & Mezey, 1996; Bange, 1993; Hirsch, 1987, S. 49f; Herman, 1981, S. 87: „The sexual contact

becomes like an addiction. . . Power and dominance, rather than sexual pleasure, may be the primary motivation.“) Für Bruder (1993) bedeutet, die sexuellen Übergriffe als suchthaft darzustellen, die Verantwortung des Täters dafür zu unterbewerten.

Nach Herman (1981) stellen manifeste sexuelle Übergriffe den Pol eines Kontinuums dar, das auch verführerisches Verhalten Kindern gegenüber und traditionelle patriarchale Familiennormen umfasse. Täter genießen häufig hohen beruflichen Erfolg und soziales Ansehen. Dabei herrsche die Vorstellung traditioneller Geschlechterrollen mit unangezweifelter männlicher Autorität. Inzestuöse Väter neigten dazu, die eigene Familie zu kontrollieren und ihre Mitglieder von eigenständigen sozialen Außenkontakten fernzuhalten. Die bisweilen beschriebene „Schwäche“ und „Abhängigkeit“ dieser Väter sieht Herman (a.a.O.) als ihre Fähigkeit, ihr Verhalten auf die jeweilige Situation abzustimmen: schließlich sei es nützlich, sich im Falle der Entdeckung als schwach, krank und abhängig zu präsentieren.

Nur wenige Täter sexualisierter Übergriffe glauben, dass sie selbst ein Problem haben. Sie leugnen häufig das Stattfinden der Übergriffe oder argumentieren gegenüber sich selbst und vor allem gegenüber anderen, sie hätten in liebevoller elterlicher Zuwendung zum Kind gehandelt und suggerieren damit, die Grenze zwischen körperlicher Wärme und liebevoller Zuwendung einerseits und sexualisierter Gewalt andererseits könne unabsichtlich überschritten werden. Dabei machen alle Bestrebungen nach Geheimhaltung deutlich, dass es sich bei den Übergriffen keineswegs um verkannte liebevolle elterliche Zuwendung gehandelt haben kann. Insbesondere leugnen sie die eigene Verantwortung an den Übergriffen und das schuldhafte Verhalten dem Kind gegenüber und versuchen gleichzeitig, die Verantwortung allen möglichen Personen und Umständen, in erster Linie dem „verführerischen Kind“ zuzuschieben. Die meisten Täter empfinden ihr Verhalten als harmlos, jedenfalls keineswegs als strafwürdig. Sie sind vielfach davon überzeugt, dass sie das Recht auf Bedürfnisbefriedigung innerhalb der eigenen Familie und auf unbegrenzten Zugang zu ihren Kindern haben (Bruder, 1993; Trube-Becker, 1992, Herman, 1981). Durch Verleugnen der Bedeutung der Übergriffe auf Täterseite werden Mitgefühl, Verantwortung und Schuldgefühle ausgeschaltet, und nur durch die Leugnung der Bedeutung der sexualisierten Übergriffe und durch Rationalisierungen sei dem Täter die Durchführung, ein Fortschreiten und Eskalieren der Gewalt möglich. Die Persönlichkeit und die Bedürfnisse des Kindes, die entstehende schmerzhaft Verletzung werden nicht wahrgenommen. Die Aussage von Tätern, das Kind hätte nicht protestiert, ist im Zusammenhang des Machtgefälles und des Leugnens auf Täterseite zu betrachten (Bambynek & Schay, 1993, S. 289; Hirsch, 1987, S. 108).

Der Täter macht die Erfahrung, dass das Opfer leicht zum Schweigen gebracht oder als unglaublich dargestellt werden kann (und manchmal vielleicht auch, dass angeblich zu unrecht Beschuldigten im sozialen Umfeld oft mehr Einfühlungsvermögen und Mitgefühl entgegengebracht wird als einem angeblichen Opfer). So bleibt es in den seltensten Fällen beim einmaligen Übergriff. Wenn die sexualisierte Gewalt bekannt und der Täter zur Rede gestellt wird und er nicht die Vorfälle einfach leugnet, drücke er vielfach zusammen mit Bagatellisierungen Bedauern darüber aus, dass seine Tat ans Licht gekommen sei, nicht aber Bedauern über die Tat selbst. Sein Bedauern und seine Bitten um Entschuldigung zielten in den seltensten Fällen darauf ab, das Opfer in seinem Schmerz zu verstehen, sondern selbst von Verantwortung und Schuld reingewaschen zu werden (Hyden & McCarthy, 1994; Bruder, 1993).

Hirsch (1987, S. 111–115) beobachtet bei Inzesttätern eine Unfähigkeit, sich in andere einzufühlen, deren Wünsche und Bedürfnisse zu erkennen oder zu berücksichtigen und spricht in diesem Zusammenhang von einem Über-Ich-Defekt, der zur Folge habe, dass die Grenzen der Tochter, ihre Integrität nicht respektiert werde und alle Gesten der Abwehr übersehen und missachtet werden. Die Unfähigkeit, sich einzufühlen, entspreche einem partiellen Verlust der Realitätskontrolle: die Inadäquanz und prinzipielle Ungleichgewichtigkeit des sexualisierten Geschehens könne nicht erkannt werden. Die Realität werde geradezu wahnhaft verkannt.

Eine ausgeprägt egozentrische Lebenseinstellung führe u.a. dazu, dass die misshandelnden Eltern an ihre Kinder unangemessen hohe Anforderungen stellen, die jenseits der altersspezifischen Fähigkeiten der Kinder liegen. Werden diese Erwartungen (etwa, dass das Kind Rücksichtnahme für die Eltern zeige und für sie Sorge) nicht erfüllt, wird dem Kind Unwillen und Bösartigkeit unterstellt. Die Täter zeigten zudem einen ausgeprägten Mangel an Einsicht, Schuldbewusstsein und Selbstkritik. Rückfälle seien dementsprechend häufig (a.a.O.; Richter-Appelt & Ladendorf, 1993).

3.2 Die nicht missbrauchende Mutter in der inzestuösen Familie

Die Person der Mutter nimmt im theoretischen Rahmen der inzestuösen Familiendynamik meist mehr Aufmerksamkeit und Raum ein als die Beschäftigung mit dem Täter oder dem (nicht missbrauchenden) Vater (Hirsch, 1987, S. 84 und S. 116. Dabei ist allerdings in den wenigsten Untersuchungen die Mutter selbst Informantin; Rijnaarts, 1991, S. 179). Die Figur der Mutter hat auch die meisten Aggressionen auf sich gezogen. Es wird argumentiert, die Mutter trage aktiv zum Inzestgeschehen bei, indem sie für Bedingungen Sorge, unter denen Inzest erst möglich werde (z.T. wird ihre Verantwortung schon an der Wahl des Partners, des späteren Misshandlers, festgemacht und natürlich an ihrem angeblichen Rückzug vom Partner, der daraufhin zum Täter werde). Viele Studien berichten über Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen intrafamiliärer sexualisierter Gewalt gegen Kinder und der Abwesenheit bzw. Nichtverfügbarkeit der Mutter (für einen Überblick vgl. Finkelhor & Baron, 1986).

Nach Richter-Appelt & Tiefensee (1996) liegt es vor allem an der Berechnung univariater Zusammenhänge in den meisten Untersuchungen, dass Variablen, die die Mutter betreffen, immer wieder in Relation mit Missbrauchereignissen gebracht würden. In komplexen Zusammenhängen wie dem sexuellen Missbrauchsgeschehen würden multivariate Zusammenhänge diese Einflüsse relativieren. In ihrer Studie an 616 Frauen und 452 Männern zur Bestimmung von Variablen, die sich zur Vorhersage sexueller Missbrauchereignisse eigneten, fanden die Autorinnen bei 23% der Frauen und bei 4% der Männer sexualisierte Gewaltereignisse vor dem 12. Lebensjahr. In multivariaten logistischen Regressionen zeigte sich für die Vorhersage sexueller Missbrauchserfahrungen bei Frauen die finanzielle Situation der Familie im Grundschulalter, das Vorkommen körperlicher Misshandlung und die Beengtheit von Wohnverhältnissen in der Grundschulzeit, bei Männern nur die finanzielle Situation der Familie im Grundschulalter als signifikant. Daneben spielte die Abwesenheit des Kindes von zu Hause bis zum 6. Lebensjahr, die (krankheitsmäßige) Beeinträchtigung der Mutter, die Beeinträchtigung und Überforderung des Vaters und das Fehlen einer Vertrauensperson eine wichtige Rolle. An- und Abwesenheitsmuster der Mutter zeigten in multivariaten Analysen keinen Einfluss auf das Vorkommen von sexualisierter Gewalt gegen Kinder.

Wenn korrelative statistische Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen sexualisierter Gewalt gegen Kinder und einer distanten Mutter-Tochter-Beziehung, Entfremdung von Mutter und Kind, Probleme zwischen den Partner oder Rückzug der Mutter vom Täter dazu verwendet werden, der Mutter Verantwortung für die Übergriffe zuzuschreiben, wird vielfach übersehen, dass eine schlechte Mutter-Tochter-Beziehung oder Partnerschaftskonflikte auch Folge der inzestuösen Übergriffe sein können (Rijnaarts, 1991, S. 184). Die Mutter zum Hüter eines missbrauchenden Partners und für seine Verfehlungen mitverantwortlich zu machen, widerspricht nicht nur traditionellen Erwartungen an die weiblichen Rolle (die Frau als vertrauensvoll ergebene Partnerin ihres Mannes), sondern beinhaltet ein falsches Bild mütterlicher Omnipotenz und übersieht die in der Realität meist beschränkten Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten.

Die These, dass die Mutter durch sexuelle und emotionale Zurückweisung ihres Partners, durch physische Abwesenheit und Nichtverfügbarkeit (etwa durch ihre Arbeit, eine Krankheit u.ä.) oder durch mangelnde sexuelle Kooperation, Frigidität u.a. zum Inzest beitrage, stützt sich u.a. auf Beobachtungen der Familiendynamik nach Aufdeckung der sexualisierten Übergriffe. Wenn in Untersuchungen Inzest und eheliche Sexualität in Zusammenhang gebracht werden (Justice & Justice, 1979, S. 97 und S. 118f), bleibt meistens ungeklärt, ob eine Zurückweisung seitens der Mutter nicht auch im Aufdecken des Inzests mitbegründet ist: Es kann angenommen werden, dass sich das Aufdecken des Inzestgeheimnisses nicht gerade förderlich auf das eheliche Zusammenleben auswirkt (Hirsch, 1987, S. 117; Wanko, 1992, S. 9; Forward, 1992, S. 249). So erscheint eine unbefriedigende eheliche Sexualität eher als Folge denn als Ursache des Inzest; aber selbst wenn sie dem Missbrauchsgeschehen vorausging, bedingt sie dieses doch in keiner Weise: „... der Inzest entsteht nicht einfach dadurch, dass die Mutter den Vater emotional zurückweist und er wie selbstverständlich auf die Tochter ausweicht“ (Hirsch, 1987, S. 118). Die Argumentation, Inzest mit sexueller oder emotionaler Zurückweisung seitens der Partnerin/Mutter in Zusammenhang zu bringen, dient hauptsächlich der Entschuldigung und Entlastung des Täters.

In Beschreibungen von Müttern in Familien mit sexualisierter Gewalt gegen Kinder wird häufig auf deren eigene entbehrensreiche Kindheit, auf ihre Abhängigkeit vom Partner, auf emotionale Defizite und Angst vor emotionaler Nähe verwiesen, ebenso werden Geschlechtsrollenunsicherheit und Minderwertigkeitsgefühle (bezogen auf das weibliche Geschlecht) angeführt (Hirsch, 1987, S. 118 und S. 121). Bei inzestuösen sexualisierten Übergriffen wurde eine „Familientradition“ derart festgestellt, dass ehemals missbrauchte Frauen Mütter von Töchtern würden, die abermals missbraucht würden. Ehemals missbrauchte Frauen suchen sich nach dieser These aufgrund ihrer emotionalen Bedürftigkeit Partner, die persönlichkeitsmäßig zu ihnen passen, die etwa ihre Mängel oder ihre psychischen Abwehrmechanismen teilen. Entspringt einer solchen Beziehung ein Kind, insbesondere eine Tochter, sei diese erheblich gefährdet, sexualisierte Gewalt innerhalb der Familie zu erleiden; ihre Mutter, die die eigenen vergangenen Übergriffe oft nicht hinreichend verarbeitet habe, sei durch ihre Geschichte geschult, das Geschehen nicht wahrzunehmen und zu verleugnen. Verleugnung wird denn auch von den meisten Autoren als typische Abwehrmaßnahme der Mütter in Inzestfamilien genannt (a.a.O.).

Aus Untersuchungsergebnissen, die belegen, dass sehr viele Täter (oder angeblich „kollusive“ Mütter) einst Opfer waren, lässt sich nicht umgekehrt folgern, Opfer-Sein führe zwangsläufig zur Täter- oder Mittäterschaft. Mit Theorien der generationellen Weitergabe sexualisierter Gewalt (Opfer, die selbst Täter würden oder sich Partner suchten, die Täter würden) kann nicht erklärt werden, warum die meisten Täter Männer sind, wenn die Mehrzahl der Opfer weiblich ist. Bei der hohen Häufigkeit sexualisierter Gewalt gegen Kinder ist es nicht unwahrscheinlich, dass Wiederholungen sexualisierter Übergriffe über mehrere Generationen hinweg zu beobachten sind. Zudem wird außer acht gelassen, dass die Wiederholung der Gewalterfahrungen sich nicht zwangsläufig ergibt, und dass es möglich ist, trotz eigener Missbrauchserfahrungen funktionale Partnerschaften einzugehen und gewaltfrei zu erziehen. Die Mehrgenerationentheorie vertritt implizit die Auffassung, inzestuöse Gewalt werde von Frauen von Generation zu Generation weitergegeben, Männer als Täter werden dabei kaum berücksichtigt. Diese Vorstellung trage zur gesellschaftlichen Stigmatisierung von Opfern bei und mache sie immer als erste verantwortlich für Probleme, andere Verursacher werden nur ungenügend berücksichtigt (Rijnaarts, 1991, S. 192ff; Sanford, 1992, S. 26–32). Sanford (a.a.O.) befürchtet, ehemalige Opfer von sexualisierter Gewalt in der Kindheit hörten so oft Aussagen, die sie zu potentiellen Tätern machen, dass sich diese Prophezeiung schließlich bei manchen erfülle, die Tat mit dem selbst erlittenen Missbrauch entschuldigt würde, dabei wiederhole nur ein geringer Prozentsatz der ehemals missbrauchten Kinder die sexualisierten Übergriffe später an den eigenen (oder anderen) Kindern (Sanford, 1992, S. 27. gibt die Schätzung von 25–35% an und verweist dazu auf Okula & Susan, 1987).

Die nicht-misshandelnde Mutter in Familien mit sexualisierter Gewalt gegen Kinder wurde in der Vergangenheit als „collusive“ oder als „silent partner“ beschrieben (Hirsch, 1987, S. 118). Damit wird ihr unterstellt, von den sexualisierten Übergriffen nicht nur zu wissen und nichts dagegen zu unternehmen, sondern gar, davon zu profitieren: ihrer Abhängigkeit, aber gleichzeitigen Angst vor Nähe und sexuellen Kontakten komme die inzestuöse Beziehung ihres Partners mit der Tochter zugeute, fördere die Rollenumkehr und sei für sie gleichsam entlastend. Die Mutter mache die Tochter verwundbar, indem sie ihr adäquate Bemutterung und Schutz verweigere. Auf psychodynamischer Ebene müsse der Inzest so auch für die stille Mutter einen Gewinn bedeuten. Die Mutter opfere die Tochter für eigene Interessen (a.a.O., S.120).

Die reelle Möglichkeit, dass eine Mutter tatsächlich nichts von den sexualisierten Übergriffen weiß, obwohl in erster Linie Täter, aber auch Opfer alle Anstrengungen unternehmen, um das Verbrechen geheimzuhalten, und dass, selbst wenn die Mutter an der Tochter Veränderungen wahrnimmt, sie vermutlich nicht sofort an intrafamiliäre sexualisierter Gewalt denken wird, die von ihrem vertrauten Partner ausgeht, wird ungenügend berücksichtigt. Der Anspruch an die Mütter, die sexualisierte Gewalt von seiten des eigenen Partners gegen das gemeinsame Kind zu beenden, verkennet oft auch tatsächliche Machtverhältnisse innerhalb vieler Familien. Das, was als angebliche Mitschuld der Mütter am Vater-Kind-Inzest bezeichnet werde, sei so in Wirklichkeit oft nichts anderes als ihre Ohnmacht (Rijnaarts, 1991, S. 259).

Hirsch (1987, S. 91) sieht „in der inzestuösen Beziehung immer auch ein Bündnis gegen die Mutter enthalten“, auf diese Weise würde gegen die dominierende Mutter protestiert. Dabei wird zum

einen verkannt, dass es sich bei inzestuösen sexualisierten Handlungen nicht um eine sexuelle Beziehung, sondern um Gewaltübergriffe auf Leib und Seele des Kindes handelt. Zum anderen unterstellt obige Äußerung, das Kind ließe sich aus verschiedenen Motiven heraus bewusst und willig auf den Inzest ein – dabei wird die Tatsache, dass das Kind aufgrund seines Entwicklungsstandes und der daraus resultierenden Unfähigkeit, Tragweite und Folgen eines sexuellen Kontaktes mit einem Erwachsenen einzuschätzen, zu einer freien Zustimmung gar nicht in der Lage ist, und dass deshalb sexuelle Kontakte mit einem Kind immer in der Verantwortung des Erwachsenen liegen, übergangen.

Thea Bauriedl (1992, S. 60–66) beschäftigt sich mit Opfern, die zu Tätern und Täterinnen werden. Dabei ist auffallenderweise von Jungen und Mädchen als Opfer die Rede, aber in diesem Zusammenhang nur von Müttern, die zu Täterinnen werden. Solche Darstellungen verzerren die realen Zahlenverhältnisse. Im selben Zusammenhang wird behauptet, Mütter würden oft die Töchter zwischen sich und ihren Partner schieben, um seinen sexuellen Wünschen zu entgehen. Selbst wenn das die Motivation einzelner Mütter sein dürfte, ist der Partner nicht zwangsläufig dazu gedrängt, sich an der Tochter sexuell/sexualisiert zu vergehen. Genausogut könnte er als Elternteil verantwortungsbewusst reagieren und sich Befriedigung sexueller Bedürfnisse bei einem Erwachsenen und auf freiwilliger Basis suchen.

Aus der klinischen Praxis wird berichtet, dass erwachsene ehemalige Opfer sexualisierter Gewalt in der Kindheit ihre Wut häufig gegen die Mutter richten, die sie nicht beschützt hat (Schneider & Dulz, 1993, S. 238). Diese Beschuldigungen der Opfer begünstigen die weit verbreitete Tendenz, Mütter für Familienprobleme, ja sogar für Gewaltverbrechen ihrer Partner mitverantwortlich zu machen. Unberücksichtigt bleibt dabei, dass natürlich auch Opfer sexualisierter Gewalt kindliche Vorstellungen vom Allwissen und der Omnipotenz der Mütter noch immer in sich tragen und dass außerdem der Täter für die Opfer vielfach noch zu angstbesetzt, das Geschehen noch zu undurchsichtig ist, um auf ihn wütend zu sein. Bewusst Wut auf ihn und die Ungeheuerlichkeit der Tat zu erleben ist Teil des (fortgeschrittenen) Verarbeitungsprozesses. Feindseligkeit auf die Mutter ist für die Opfer in der Regel weniger bedrohlich, als ihre Aggression direkt auf den Täter zu richten.

In einer Untersuchung zur Beziehung weiblicher Opfer von sexuellem Missbrauch zu ihren Müttern (keine war Täterin der Übergriffe) interviewte Lovett (1995) 60 sexuell missbrauchte Kinder im Alter zwischen sieben und zwölf Jahren kurz nach dem Bekanntwerden der Missbrauchereignisse. Dabei fand sie (in Interviews und Fragebogenmethode) entgegen der allgemeinen Annahme feindlicher und zurückweisender Mütter heraus, dass die überwiegende Mehrzahl der Opfer über eine warme und akzeptierende Beziehung mit der Mutter berichtete. Dennoch hatten nur 30% der Kinder den Missbrauch zuerst der Mutter mitgeteilt, 72% der Mütter glaubte ihrem Kind (Angaben der Kinder). Alle Täter waren den Kindern bekannt. Außerdem wurden bei jenen Kindern, die über geringe mütterliche Zurückweisung berichteten, höhere Kompetenzen und geringere Verhaltensauffälligkeiten beobachtet als bei den Kindern, die höhere Werte bezüglich mütterlicher Zurückweisung angaben.

Rijnaarts (1991, S. 160–194) weist darauf hin, dass sexualisierte Gewalt nicht zufällig besonders häufig innerhalb der Familie stattfindet, vielmehr werde ihre Ausübung durch den Familienverband erleichtert. Dem Täter als Insider ist es ein Leichtes, die Tat vor seiner Partnerin zu verbergen und sein Opfer zum Stillschweigen zu bringen. Mit Berücksichtigung der Beziehungsmuster der Familie kann er die sexualisierten Gewalttaten einschleichend beginnen, so dass Außenstehende bei seinem Verhalten vielleicht argwöhnisch würden, im Familienverband selber werden derartige Verhaltensweisen allmählich selbstverständlich, die allmähliche Änderung, Steigerung oder altersmäßige Unangepasstheit fällt nicht mehr auf (etwa abendliche Besuche, um die Tochter zuzudecken) und wird nicht überdacht. Auch die Opfer selber können sich bezeichnenderweise oft nicht erinnern, wie und wann die sexualisierten Übergriffe überhaupt begonnen haben (a.a.O.).

Aufgrund seines Vaterseins ist der Täter in der Regel innerhalb der Familie über jeden Verdacht erhaben, seine Partnerin käme meist nicht auf die Idee, ihn zu verdächtigen. Wenn die sexualisierte Gewalt plötzlich aufgedeckt wird, können sich auch für die Mutter manchmal die zuvor scheinbar unverdächtigen Verhaltensweisen des Täters als Hinweise auf sexualisierte Gewalt zusammenfügen, allerdings ist es hinterher immer leichter, Indizien für eine schon bewiesene Tat zu entdecken. Es ist ein bekannter Wahrnehmungsfehler, nachträglich die Wahrscheinlichkeiten für das Eintreten eines

bestimmten Ereignisses unter gegebenen Voraussetzungen zu überschätzen. Trotzdem wird von der Mutter erwartet, Indizien als solche wahrzunehmen und ihren Partner zu verdächtigen. Gleichzeitig ist die Person der Mutter in unserer Gesellschaft immer noch hauptverantwortlich für die familiäre Eintracht und Harmonie und soll diese nun durch fadenscheinige Verdächtigungen und durch Misstrauen dem eigenen Partner gegenüber gefährden. Außerdem werden eindeutige Hinweise als Anzeichen für Inzest selbst bei professionellen Diagnosen häufig übersehen oder vernachlässigt.

Hinter der Auffassung, die Mutter habe es gewusst oder hätte es wissen müssen steckt vielfach nur die Ansicht, dass es die Aufgabe einer guten Mutter sei, über alles informiert zu sein, was sich in der Familie abspielt. Diese Pflicht wird ihr selbst dann zugewiesen, wenn Täter und Opfer gleichermaßen versuchen, die Vorfälle systematisch vor ihr geheimzuhalten. Wenn Inzestopfer ebenfalls die Mutter beschuldigten, sie hätte es doch wissen müssen, unterlägen sie häufig diesem Einfluss unserer Kultur, die von Müttern verlange, alles zu hören und zu sehen und die Kinder vor Übel zu bewahren und tun es (im Einklang mit dem Erleben als missbrauchtes Kind) häufig in einem Zustand der Regression in ein Entwicklungsalter, in dem Mütter als allwissend und omnipotent erlebt werden.

Wahrscheinlich reagieren nicht alle Mütter, die von der sexualisierten Gewalt gegen ihr Kind erfahren, angemessen, indem sie diese unter allen Umständen zu beenden suchen. Selbst Mütter, die für ihr Kind eintreten wollen, versuchen oftmals doch alles zu unternehmen, um den Missbrauch vor anderen geheimzuhalten: das Geheimnis soll die Familie nicht verlassen. Sie glauben, dass es ihnen möglich sein wird, den Täter zu bekehren, das Kind zu schützen, und fürchten die Schande, die ein Öffentlichwerden des Geschehens über die Familie brächte. Leider ist diese Befürchtung nicht unbegründet: Wie aufgezeigt wurde, werden in der Tat Töchter und Mütter als erstes für das Missbrauchsgeschehen verantwortlich gemacht.

3.3 Unklare Grenzen und Rollentausch

In Familien mit sexualisierter Gewalt gegen Kinder wird eine Verwischung der Grenzen zwischen den Generationen als typisch beschrieben. In dysfunktionalen Familien wird von Kindern häufig erwartet, dass sie andere Personen (die eigenen Eltern, eine Partnerfigur) ersetzen, und in dieser Rolle den Eltern Zuwendung geben. Eltern sehen in ihren Töchtern und Söhnen keine Kinder mit altersentsprechenden Bedürfnissen und Verhaltensweisen, sondern stellen Erwachsenen entsprechende Anforderungen und Erwartungen an sie (allerdings ohne ihnen dieselbe Autorität und Glaubwürdigkeit zuzusprechen). Gleichzeitig benehmen sie sich selbst nicht wie erwachsene, verantwortungstragende Eltern gegenüber ihren Kindern, sondern wollen deren Freunde und Spielkameraden sein, ohne zu erkennen, dass es in Wirklichkeit ein Spiel nur nach ihren Regeln ist (Wanko, 1992; Hirsch, 1987; Justice & Justice, 1979). Die so erzeugte scheinbare Gleichheit verleugnet den tatsächlichen Verantwortungs- und Machtunterschied zwischen Eltern und Kindern. Es sind nicht mehr die Eltern, die für das Wohl der Kinder sorgen, sondern die Kinder tragen Sorge und Verantwortung für ihre Eltern und deren Wohlbefinden. Als Kinder können sie unmöglich jene Erwartungen erfüllen, die die Eltern an sie herantragen und fühlen sich in der Regel unzulänglich und schuldig für ein vermeintliches Versagen (Forward, 1992, S. 44ff sieht in der frühen unangemessenen Verantwortungsübernahme ein größeres Risiko für spätere Koabhängigkeit begründet).

Nicht nur zwischen den Generationen herrschen unklare Grenzen, auch die Privatsphäre der einzelnen Familienmitglieder wird missachtet: Kinder in solchen Familien haben vielfach kein Recht auf Privatsphäre (räumliches Territorium, eigene Besitztümer, eigene Gedanken und Gefühle; Woitz, 1995).

Hirsch (1987, S. 48f) spricht von der narzisstischen Besetzung des Kindes durch die Eltern, diese schließe affektive Zuwendung durchaus ein, wobei diese Zuwendung aber nicht als Liebe bewertet werden könne, sondern nur Ersatz für jene sei: Die Zuwendung der Eltern sei an die Bedingung geknüpft, dass das Kind primär für sie da zu sein habe. Das Kind werde nicht als eigenständige Person wahrgenommen, sondern als Abbild des eigenen Selbst, als Ersatz des eigenen Idealbildes oder als Abbild der eigenen negativen Identität gesehen. In letzterem Falle übernehme das Kind jene Anteile, die die Eltern bei sich selbst leugneten und werde so stellvertretend angreifbar; dieser narzisstische Besetzungsmechanismus spiele bei der Kindesmisshandlung oft eine zentrale Rolle.

Die Tatsache, dass das Kind die an es gestellten überhöhten Erwartungen nicht erfüllen kann, werde vom misshandelnden Elternteil als narzisstische Kränkung erlebt. Normale kindliche Bedürfnisse und Verhaltensweisen werden nicht als solche bewertet, sondern als anomal und böse erlebt und bestraft.

Die pseudoerwachsene Rolle lässt dem Kind keinen Platz für eigene Bedürfnisse bzw. diese werden von den Eltern nicht (an)erkannt und nicht befriedigt. Derart wird dem Kind vermittelt, seine eigenen Bedürfnisse zählen nicht, nur die der Eltern. Betroffene Kinder lernen, eigene Wünsche und Gefühle zu unterdrücken und sich nach jenen der Eltern zu definieren: Wenn es den Eltern gut geht, fühlen sie sich selbst auch gut. Da sie aber letztendlich die Erwartungen der Eltern nicht erfüllen und sie nicht glücklich machen können, fühlen sie sich für deren Enttäuschung und Unglück verantwortlich.

Die Eltern werden in ihrer Erwartung, das Kind würde ihre Bedürfnisse befriedigen, unweigerlich enttäuscht und halten das Kind für unzulänglich und unwillig, nicht ihre Wünsche an es für unangemessen. Die Enttäuschung über das Kind kann zu weiteren Misshandlungen führen, wobei das Kind sich dadurch in seiner angeblichen Schuld und Unzulänglichkeit bestätigt sieht (Hirsch, 1987, S. 129). Durch die Rollenkonfusion innerhalb der Familie entstehe beim Kind eine grundsätzliche Unsicherheit über die Frage, wer es ist. Dadurch, dass der missbrauchende Vater kein Vater mehr ist, die Mutter nicht mehr schützend sich um das Kind sorgt, gerate das Kind in eine tiefgreifende psychische Verwirrung über seine Position in der Familie und seine Identität (Bauriedl, 1992, S. 72).

Die Ausrichtung auf die Anliegen anderer bleibt für viele Betroffene auch als Erwachsene typisch. Diese Haltung distanziert nicht nur von eigenen Bedürfnissen, sondern erschwert auch die Suche nach Hilfe für sich selbst.

Im Zusammenhang mit Inzest wird aber nicht nur auf diesen Aspekt der Rollenumkehr (zwischen Eltern und Kindern im allgemeinen) hingewiesen, sondern insbesondere auf den speziellen Rollentausch zwischen Mutter und Tochter: Die Tochter werde hauptsächlich von der Mutter in eine Mutterrolle gedrängt. Der Mutter käme die sexuelle Beziehung zwischen Gatten und Tochter entgegen, um sich selber sexuell zurückzuziehen, gleichzeitig bleibe trotz ihres Rückzugs die Familie stabil. Tochter und Mutter vertauschten so die Rollen, typischerweise übernehme die Tochter auch Aufgaben im Haushalt und in der Erziehung der Geschwister (Hirsch, 1987, S. 120f. und S. 129ff.; Justice & Justice, 1979, S. 97). Auf die Unangemessenheit dieser Mutterbeschuldigung wurde schon hingewiesen. Dazu bemerkt Rijnaarts (1991, S. 185), dass der Rollentausch zwar stattfinde, indem das Kind die Mutter schützen solle, inszeniert werde dieser Tausch aber nicht von der Mutter, sondern vom Täter, der mit der Liebe des Kindes zur Mutter spekuliere und es zum Stillschweigen zwingt: das Kind solle vor der Mutter den Missbrauch geheimhalten, um ihr Kummer zu ersparen. Die Aufgabe, die Mutter zu schützen, trage so der Missbraucher an das Kind heran, um sich seines Schweigens zu versichern.

Die Übernahme von Verantwortung im Rahmen der Rollenkonfusion ist für das Kind höchst verwirrend: einerseits fühlt es sich für die Tat und deren Geheimhaltung, oft auch für das Wohlergehen der Familie verantwortlich, gleichzeitig darf es keine Eigenverantwortung für persönliche Gefühle und Bedürfnisse zeigen.

Schon Sandor Ferenczi (1932, S. 327) betonte, dass Persönlichkeitsanteile durch das Erleben eines Traumas nicht nur regredieren, sondern auch progredieren könnten: „Höchste Not, besonders Todesangst, scheint die Macht zu haben, latente Dispositionen, die, noch unbesetzt, in tiefer Ruhe auf das Heranreifen warteten, plötzlich zu erwecken und in Tätigkeit zu versetzen.“ Ferenczi spricht in diesem Zusammenhang von „traumatischer ... Progression oder Frühreife“ (a.a.O.): emotionell und intellektuell könne plötzliches Heranreifen beobachtet werden, welches allerdings nicht mit echter Entwicklung verwechselt werden dürfe. Diese Progression und die Übernahme von Verantwortung gehen dabei Hand in Hand; einerseits erleichtere die Progression dem Kind die Übernahme der von den Eltern an es delegierten Verantwortung und Sorgspflicht, andererseits entwickelt das Kind durch die erzwungene Verantwortungsübernahme Fähigkeiten, um die an es gestellten Forderungen bestmöglich zu erfüllen. Die Fähigkeiten durch traumatischen Progression entsprächen aber nicht wirklichen Ich-Funktionen, sondern stellten eine Pseudoreife dar, bei der andere Anteile der Persönlichkeit nicht die Möglichkeit bekämen, sich adäquat weiterzuentwickeln (Ferenczi, 1932, S. 327).

Der für misshandelte (nicht nur für sexuell missbrauchte) Kinder typische Mechanismus der Rollenkehr erlaube dem Kind gemeinsam mit der Verantwortungsübernahme die Selbstbeschuldigung, damit könnten traumatische Ängste vollkommener Schutz- und Hilflosigkeit abgewehrt werden (Nienstedt & Westermann, 1990, S. 108). Im Rahmen des Inzestgeschehens werden nicht nur personale und generationsmäßige Grenzen missachtet, zudem finde durch die Geheimhaltung und Verleugnung des Inzest eine intrapsychische Verschiebung der Grenzen und Maßstäbe statt, was wiederum der Verleugnung des Geschehens dienlich ist (Bambynek & Schay, 1993, S. 289).

Wiederholt wurde betont, misshandelnde Eltern seien in ihrer Kindheit häufig ähnlichen Schmerzen ausgesetzt gewesen, wie sie ihrem Kind nun zufügen, der eigene Schmerz und die damit verbundene Wut auf die Eltern seien dabei nie bewusst bewältigt worden. Die Misshandlung des eigenen Kindes habe die Funktion, die Wiederbelebung der Schmerzen, Wut- und Ohnmachtsgefühle eigener Misshandlungen zu vermeiden. Indem eigene Schmerzen und Demütigungen geleugnet werden, können auch die Wunden, die man nun dem Kind zufügt, nicht empfunden werden. Gleichzeitig werde das Verhalten der eigenen Eltern gerechtfertigt (Miller, 1983, 1990, 1991 und 1992).

Das Verschwimmen interpersonaler Grenzen, das sich u.a. in der Rollenkonfusion ausdrückt, hat nach Forward (1992, S. 171) traumatogene Wirkung. Die Verstrickung schaffe eine völlige Abhängigkeit von der Bestätigung und Anerkennung der Familie, Autonomiebestrebungen würden unterwandert. Symbiotische Beziehungsmuster, in denen Trennungsängste und die Unfähigkeit, sich zu lösen, typisch sind, werden durch die unklare Grenzziehung gefördert. Selbst bei Misshandlungen ist es für die Betroffenen so schwer oder gar unmöglich, sich abzugrenzen und Hilfe außerhalb der Familie zu suchen. Andere Betroffene schaffen die Ablösung nur durch eine drastische und frühzeitige Trennung von der Familie, oft in Zusammenhang mit einer ersten Partnerbeziehung.

Die Zentriertheit auf die Eltern behindert die Ausbildung sozialer Fähigkeiten in der Gleichaltrigengruppe. Durch den Rollentausch, der das Kind von seinen Altersgenossen absondert, werden die Probleme der traumatogenen Isolation und Fremdheit und der inadäquaten sozialen Entwicklung verschärft. Im Erwachsenenalter können enge Bindungen schuldbeladen empfunden werden, etwa weil der Betroffene dabei das Gefühl habe, disloyal seinen Eltern gegenüber zu sein oder sich zu wenig um sie zu kümmern (Woititz, 1995).

Kapitel 4

Folgen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit

Es besteht heute kein Zweifel mehr darüber, dass das Erleiden sexuellen Missbrauchs in der Kindheit zu einer erhöhten Rate psychischer und psychiatrischer Störungen im Erwachsenenalter führen kann, das zeigen sowohl klinische wie auch nichtklinische Untersuchungen (Richter-Appelt & Tiefensee, 1996; Romans et al., 1995, Briere, 1992a; Wheeler & Berliner, 1988; Browne & Finkelhor, 1986; Finkelhor & Browne, 1985). Auf Folgen, die sexualisierte Gewalt in einem Vertrauensverhältnis nach sich zieht, kann hier nur ansatzweise zum besseren Verständnis der Verarbeitungsprozesse eingegangen werden. Genauere Darstellungen von Folgen sind bei anderen Autoren zu finden (Herman, 1994; Wirtz, 1993; Walter, 1992, S. 82–110; Hirsch, 1987 u.a.).

Bei der Überfülle der Symptome, die in der Literatur u.a. auf sexuellen Kindesmissbrauch zurückgeführt werden, gibt es verschiedene theoretische Ansätze, um den Zusammenhang zwischen den traumatogenen Aspekten der sexualisierten Gewalt und ihren Folgeerscheinungen zu erklären.

Folgen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit werden häufig unterschieden nach dem Zeitpunkt ihres Auftretens und dementsprechend eingeteilt in jene, die kurzfristig und unmittelbar an das traumatische Geschehen anschließen und solche, die erst im Verlaufe der weiteren Entwicklung und als weitere Konsequenzen primärer Folgen auch noch nach Jahren nach den sexualisierten Übergriffen auftreten und bestehen bleiben (so unterscheiden etwa Browne & Finkelhor, 1986, zwischen initial und long-term effects). Insbesondere die langfristigen Folgen sexuellen Missbrauchs sind dabei als Produkt der traumatischen Ereignisse wie auch der Versuche, das traumatische Ereignis zu verarbeiten, zu verstehen. Zwischen den Folgen sexuellen Missbrauchs und den Copingmechanismen, auf die im folgenden Kapitel näher eingegangen wird, kann daher nicht immer so klar getrennt werden, wie die Gliederung der Arbeit es möglicherweise suggeriert.

Als typische unmittelbar einsetzende Folgen sexuellen Missbrauchs von Kindern sind Schulprobleme, Ausreißer, Schlafstörungen, Essstörungen, Gefühle von Stigmatisierung und Beschädigung, geringer Selbstwert, Schuld- und Schamgefühle, generelle Ängstlichkeit und phobische Angst, Vertrauensverlust mit generalisiertem Misstrauen und Feindseeligkeit, Wutgefühle, depressive Reaktionen, Hilflosigkeit und sexualisiertes Verhalten beschrieben worden (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993; Browne & Finkelhor, 1986).

Als langfristige Folgen nennen Browne & Finkelhor (1986) Depression, selbstbeschädigendes Verhalten, Suizidalität, erhöhte Anspannung und Ängstlichkeit, Panikattacken, Schlafstörungen und Alpträume, erhöhte Schreckreaktionen und Nervosität, sozialer Rückzug mit Isolation und Gefühlen von Stigmatisierung, negative Selbstkonzepte und geringer Selbstwert, Selbstzweifel mit der Angst, verrückt zu werden; Beziehungsprobleme (besonders zu Partnern und zu eigenen Kindern), erhöhtes Reviktimisationsrisiko, sexuelle Funktionsstörungen, Substanzmissbrauch, psychosomatische Beschwerden u.a. (vgl. auch Kinzl, Mangweth, Traweger & Biebl, 1997; Moggi, 1996). Im empirischen Kontrollgruppenvergleich zeigten sich bisher insbesondere für die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) sowie für sexualisiertes Verhalten eindeutige Zusammenhänge mit sexuellen Missbrauchserfahrungen (Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993, S. 165 und

S. 173). Es ist anzunehmen, dass verschiedene Symptome in verschiedenen Entwicklungsabschnitten bzw. Lebensaltern gehäuft auftreten. Für Opfer von sexualisierter Gewalt in der Kindheit, die keine offensichtliche Symptomatik zeigen (20–49% in verschiedenen Studien), sind noch keine ausreichenden Erklärungen verfügbar (Kendall-Tackett et al., 1993; Conte & Schuerman, 1987).

Bei sexuell missbrauchten Frauen wurde darüberhinaus eine erhöhte Anzahl unspezifischer körperlicher Beschwerden (Cunningham, Pearce & Pearce, 1988) beobachtet. Zu Zusammenhängen zwischen sexualisierter Gewalt in der Kindheit und der Entwicklung von Essstörungen gibt es widersprüchliche Ergebnisse. Während bei Teegen & Cerney-Seeler (1998) in einer klinischen Stichprobe von 541 in der Kindheit sexuell missbrauchten Frauen 47% Angaben zu Essstörungen im Kindes- und Jugendalter machen, von diesen wiederum 58% (28% der Gesamtstichprobe) zum Zeitpunkt der Untersuchung noch an Essstörungen leiden, die mit einer großen Anzahl anderer psychischer komorbider Störungen und schwerwiegenderer sexueller Traumatisierung (langandauernd, inzestuös, penetrativ, z.T. mehrere Täter) verbunden war, fanden Pope, Mangweth, Brooking Negro, Hudson & Cordás (1994) in nicht-klinischen Populationen in Amerika, Österreich und Brasilien (insgesamt N=94) keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Erleiden sexualisierter Gewalt in der Kindheit, der Schwere des sexuellen Missbrauchs und der Prävalenz bulimischer Störungen.

Längerfristig kommt es im Komplex der sexuellen Übergriffe (das nicht nur durch die manifesten Übergriffe bestimmt wird, sondern auch durch den Druck zur Geheimhaltung u.a.) zu einer diskontinuierlichen kindlichen Entwicklung, die häufig zu einer scheinbaren Reife führe, ohne dass die dazu erforderlichen Stadien der Kindheit hätten durchlebt werden können. So beschrieb schon Ferenczi (1932, S. 327) die traumatische Frühreife, die nicht mit tatsächlichem Heranreifen von Fähigkeiten verwechselt werden dürfe (ausführlichere Darstellung im Abschnitt zu psychoanalytischen Ansätzen).

Der Mangel an adäquaten Beziehungserfahrungen und Modellen führt nach Woitz (1995) dazu, dass der Bezugsrahmen fehle, in dem gesunde intime Beziehungen entwickelt und bewertet werden können. Durch die traumabedingte Pseudoreife sei ein normaler Entwicklungsverlauf verhindert worden, die diskontinuierliche Persönlichkeitsentwicklung führe zu weiteren Symptomen. Zudem würden die frühen sexuellen Erfahrungen im Zuge der Pubertät und erwachsener Sexualität neu bewertet, diese kognitiven Neubewertungen des Missbrauchs könnten frühe Folgen verschärfen.

Nach Bürgin & Rost (1997, S. 146ff) bewirkt jedes traumatische Ereignis mehrere psychodynamische Folgeerscheinungen. Sie beschreiben die Regression als typische Reaktion auf ein traumatisches Ereignis, dabei gehen erworbene Fähigkeiten wieder verloren. In schweren Fällen führt die Regression bis zu einem Verlust der Autonomie, manchmal komme es zu einer Regression auf die Körperebene, bei der gleichzeitig alle Emotionen aufgegeben würden – das Erleben werde nicht mehr mental verarbeitet.

Folgende theoretische Ansätze zum Verständnis sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und seiner Folgen können unterschieden werden (Courtois, 1988; Spaccarelli, 1994 u.a.):

Traumatische Stress- oder Viktimisationstheorien erklären das klinische Syndrom der Posttraumatischen Belastungsstörung (posttraumatic stress disorder, PTSD) anhand psychoanalytischer und kognitiv-verhaltenstheoretischer Perspektiven. Sie verstehen die Folgen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit als Reaktionen auf die außergewöhnliche, katastrophale Erfahrung in dem Sinne, dass bewusste und unbewusste Stressreaktionen auch noch nach Jahren auf Erinnerungen oder Verhaltensweisen und Emotionen, die mit dem ursprünglichen traumatischen Übergriff verbunden waren, einsetzen. Dabei wird davon ausgegangen, dass traumatische Belastungen relativ selten auftreten und dass die aktuell verfügbaren Copingstrategien des Opfers zur Bewältigung der traumatischen Situation nicht ausreichen. Die posttraumatische Belastungsstörung wird in den Symptomgruppen Intrusion (eindringliche, wiederkehrende Erinnerungen, szenisches Wiedererleben), Arousal (Nervosität, Schreckhaftigkeit) und Vermeidung beschrieben. Dabei werden in der Regel nicht die Symptome an sich als pathologisch verstanden, sondern als natürliche und gesunde Reaktion auf ein traumatisches Ereignis aufgefasst. Dennoch wird potentiell protektiven Faktoren und persönlichen Ressourcen in diesen Theorien relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Therapeutische Bemühungen richten sich darauf, eine sichere, konsistente Umgebung sicherzustellen, in der das Trauma abregiert

und integriert und die damit verbundenen Probleme gemildert werden können (Spaccarelli, 1994, S. 341ff).

Modelle traumatogener Dynamiken unterteilen in der Regel den sexuellen Missbrauch in einzelne, inhaltlich beschriebene traumatogene Erfahrungsbereiche (z.B. Ohnmacht, traumatische Sexualisation, Verrat, Geheimhaltungsdruck etc.), die die kognitive und emotionale Orientierung des Betroffenen verzerren. Hier wird im allgemeinen ebensowenig erörtert, welche protektiven Umstände die Ausbildung jeder einzelnen traumatogenen Dynamik verhindern oder abschwächen können (Spaccarelli, 1994, S. 341–343; Finkelhor & Browne, 1985).

Entwicklungstheoretische Modelle betonen die Bedeutung jener Entwicklungsstufe, in der die sexuellen Übergriffe beginnen (Fegert, 1992, S. 91ff). Sie gehen davon aus, dass chronischer Missbrauch unweigerlich die Entwicklung eines Kindes verändere und den Entwicklungsverlauf gefährde. Die Mannigfaltigkeit posttraumatischer Symptome wird durch entwicklungsbedingte Unterschiede der kindlichen Bewältigungsstrategien sowie durch die folgende posttraumatische Entwicklungsbeeinträchtigung erklärt. Insbesondere hätten die Übernahme der Verantwortung für die Familie, die durch die Beschädigung des Selbstgefühls fragmentierte Identität und der posttraumatische Stress negative Auswirkungen. Indem im Zuge des PTSD Aspekte des Traumas ständig wiedererlebt (oder aber verleugnet) werden, können sich andere Aspekte der Persönlichkeit nicht weiterentwickeln. Zudem dürfe das Ausmaß an psychischer Energie, das nötig sei, um das Trauma zu überleben, nicht hoch genug eingeschätzt werden (Woititz, 1995). Dadurch, dass Symptome und Abwehrmechanismen in die sich entwickelnde kindliche Persönlichkeit integriert werden, gehe das Gefühl eines normalen Selbst verloren. Als schwerst schädigend wird der Verlust des grundsätzlichen Gefühls von Sicherheit verstanden, er führe nicht nur zu Hypervigilanz und zu Angst, sondern ändere auch die kindliche Realität: die Welt erscheint zunehmend feindlich, sie muss kontrolliert und ihr muss misstraut werden. (Spaccarelli, 1994, S. 342f geht im Rahmen der entwicklungstheoretischen Modelle auch auf den Beitrag der Attachment-Theorie ein, die sexuellen Missbrauch mit einer unsicheren Bindung des Kindes an zumindest eine primäre Bezugsperson assoziiert, zu Attachment und Coping vgl. auch Kleber & Brom, 1992, S. 167ff.) Therapeutische Bestrebungen bestünden dahingehend, das „Falsche Selbst“, das zur Vermäntelung und zum Schutz des „Wahren Selbst“ errichtet wurde, zu enthüllen, abgespaltene Persönlichkeitsanteile wiederzuentdecken und so zu einer integrierten Identität zu gelangen (Courtois, 1988, S. 124ff).

Verlustmodelle beschäftigen sich vornehmlich mit jenen Bereichen, die durch die traumatischen Situation für das Opfer verloren gehen: Kontrolle, Sicherheit, Lebensannahmen und Weltanschauungen, persönliche Werte, Körperintegrität, Vertrauen u.v.a. Inzestbetroffene berichten zudem, durch die Traumatisierung ihre Zukunftsmöglichkeiten verloren zu haben: sie können nicht so sein, wie sie möchten, wie sie ohne die Übergriffe wären, sie können sich nicht frei wie andere für oder gegen eigene Kinder entscheiden u. a. Vieles scheint durch die traumatische Erfahrung auch zukünftig unmöglich geworden zu sein. Die Schmerzen, die Betroffene fühlen, werden als Reaktion auf diese umfassenden Verluste begriffen. In der Therapie solle die Betroffene lernen, unmögliche Hoffnungen (alles möge so werden, wie es vorher war) aufzugeben, erlittene Verluste zu akzeptieren und sie zu betrauern. Der Trauervorgang wird als zentral für den Verarbeitungsprozess verstanden (Courtois, 1988, S. 126ff).

Feministische Theorien gehen von der Geschlechterdifferenz des Machtaspekts aus und verstehen sexualisierte Gewalt gegen Kinder in einem doppelten Macht- und Abhängigkeitsverhältnis (zwischen Erwachsenem und Kind und zwischen Mann und Frau). Die Symptome der Betroffenen werden in der Regel als Kehrseite jener Bewältigungsstrategien verstanden, die dem Opfer das Überleben ermöglichen. Durch die Unangepasstheit dieser Mechanismen an die aktuelle Lebenssituation ergeben sich die Probleme. Vom therapeutischen Ansatz her sei die Realität der ursprünglichen Verletzungen anzuerkennen, die Überlebensmechanismen seien als persönliche Stärken der Betroffenen zu verstehen, die jedoch hinsichtlich ihrer jetzigen Adäquanz überprüft werden müssten (Courtois, 1988, S. 118ff).

Ein Transaktionelles Modell zum Verständnis der Missbrauchsfolgen wird von Spaccarelli (1994) beschrieben, es verbindet die Einflüsse der Person des Opfers und seiner Umwelt. Die Folgen des sexualisierter Gewalt in der Kindheit resultieren sowohl aus Merkmalen der traumatischen Situation und aus den Veränderungen innerhalb der Familie und des sozialen Umfeldes, die sich nicht nur aus den sexualisierten Übergriffen, sondern im besonderen Maße auch aus ihrer Enthüllung ergeben (Umweltfaktoren), als auch aus den persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten des Kindes, die von früheren Lebensereignissen, vom Entwicklungsstand u.a. beeinflusst werden. Soziale Ressourcen des Betroffenen werden in diesem Modell explizit berücksichtigt. So werden z.B. die Reaktionen der primären Bezugspersonen auf die Enthüllung des Missbrauchs durch das Opfer als entscheidender Einfluss auf die weiteren Copingstrategien des Traumatisierten gewertet. Fehlende soziale Unterstützung in der Enthüllungsphase gehe demgemäß mit verstärkter Symptomatik einher.

Die unterschiedlichen theoretischen Interpretationen der Folgen der Traumatisierung können nicht als gegensätzlich, sondern als ergänzend verstanden werden. Ein solch kombiniertes Verständnis liegt dieser Arbeit zugrunde: Vorwiegend die traumatheoretische Sichtweise besitzt in ihrer Individuumszentriertheit für therapeutische Entscheidungen Relevanz. Andererseits ist das gesamtgesellschaftliche feministische Verständnis nicht zu vernachlässigen, gleichzeitig wird den Aspekten von Verlust und Trauer (insbesondere im Zusammenhang mit der Missbrauchserkenntnis) Rechnung getragen. Darüberhinaus ist der transaktionale Ansatz besonders hinsichtlich seiner Einbeziehung von Ressourcen und protektiven Faktoren nützlich. Das theoretische Folgenverständnis beeinflusst therapeutisches Vorgehen – wobei umgekehrt verschiedene therapeutische Richtungen teilweise durchaus vergleichbare Ansätze zeigen.

4.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch von Kindern wird auf das Modell der posttraumatischen Belastungsstörung (DSM IV, 309.81) zum Verständnis von Folgen nach traumatischen Ereignissen zurückgegriffen. Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und einer posttraumatischen Belastungsstörung im Erwachsenenalter wurden von Kendall-Tackett; Williams & Finkelhor (1993), Donaldson & Gardner (1985) u.a. festgestellt.

Zum Verständnis dieser Störung werden nicht nur biologische, sondern vor allem kognitive, psychodynamische und behaviorale Theorien herangezogen. (Eine Darstellung verschiedener kognitiver Aspekte des PTSD findet sich bei Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996, S. 673ff. Die Autoren beschreiben die „Duale Repräsentationstheorie des PTSD“, die von verschiedenen Speicherprozessen normaler, willentlich abrufbarer und verbal beschreibbarer Erinnerung einerseits und nur unwillkürlich einsetzender, zeitlich desintegrierter und non-verbaler traumatischer Erinnerung andererseits ausgeht. Nach Van der Kolk (1994) werden traumatische Erinnerungen auf einem somato-sensorischen, nicht-verbalen Niveau gespeichert. Die Affektgeladenheit der traumatischen Erinnerungen mache es unmöglich, sie mit Symbolen oder Worten zu verbinden. Das Darüber-Sprechen-Können sei Zeichen eines schon fortgeschrittenen Verarbeitungsprozesses, denn erst eine allmähliche Integration der Erlebnisse macht sie für den Traumatisierten prinzipiell erzählbar.)

Die Störung wird nach DSM IV klassifiziert bei der Ausbildung diverser Symptome nach einem traumatischen Ereignis, nach direktem persönlichen Erleben von Androhung des Todes oder schwerer Verletzung oder nach der Beobachtung von Tod, schwerer Verletzung oder Bedrohung einer anderen Person. Das traumatische Ereignis wird vom Betroffenen mit intensiver Angst, Schrecken und Hilflosigkeit erlebt. Traumatische Ereignisse, die von Menschen ausgehen, hätten dabei in der Regel schlimmere Nachwirkungen als Naturkatastrophen. Umso traumatischer muss es sein, von einem vertrauten, geliebten Menschen, an den man sich um Schutz hätte wenden mögen, bedroht und verletzt zu werden.

Zu den charakteristischen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung gehören das Wiedererleben des Traumas (in sich aufdrängenden Erinnerungen, Körperempfindungen, Träumen, dissoziationsartigen Episoden wie Flashbacks u.a.; häufig ausgelöst durch Reize, die an die ursprüngliche Missbrauchssituation erinnern); Vermeidungsverhalten bis zur psychogenen Amnesie,

mit verminderter Reagibilität (emotionale Anästhesie) und dem häufigen Gefühl der Isolierung und Entfremdung. Beschrieben wird weiters ein allgemein erhöhtes Erregungsniveau mit Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, Schreckreaktionen, allgemeiner Reizbarkeit u.a. Dabei wechseln einander emotionales Wiedererleben der Situation und die Vermeidung von erinnernden Reizen ab.

Die Symptome des PTSD setzen normalerweise unmittelbar nach dem Trauma ein, obwohl das Wiedererleben des Traumas sich bisweilen erst nach einer Latenzzeit von Monaten oder Jahren entwickelt, in der Vermeidungssymptome vorherrschen. Die Diagnose wird nur dann gestellt, wenn das vollständige Symptombild mindestens einen Monat erhalten bleibt und klinisch bedeutsames Leiden und Beeinträchtigungen bewirkt.

Posttraumatische Belastungsstörungen können in jedem Alter auftreten und wurden schon bei Kleinkindern beobachtet, bei denen eine allgemeine Reizbarkeit, Schlafprobleme und psychosomatische Krankheitserscheinungen beschrieben werden. Bei Kindern im Grundschulalter entwickelten sich häufig Alpträume, Reizbarkeit und abwechslungsweise Zurückgezogenheit und Aggression (Rensen, 1992, S. 136f). Insbesondere Kinder hätten nicht so sehr das *Gefühl*, den Missbrauch wiederzuerleben, das Wiedererleben des Traumas geschehe eher in Handlungen, etwa durch zwanghaftes und/oder repetitives Spiel. Auch wird beobachtet, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche das Gefühl einer eingeschränkten Lebensperspektive oder negative Zukunftserwartungen haben (vgl. DSM IV, S. 488. Eine „ständige Neuinszenierung traumatischer Szenen im Kinderspiel“ wie auch im erwachsenen Handeln beschreibt Herman, 1994, S. 61f. Sie beobachtet das Gefühl einer verkürzten Zukunft: traumatisierte Kinder rechneten damit, jung zu sterben, ebd. S. 71.) Judith Herman (1994, S. 54–60) beschreibt in ihrer Arbeit den traumatischen Prozess nach dem Modell der posttraumatischen Belastungsstörung. Die traumatische Erfahrung charakterisiert sie durch intensive Angst, Kontrollverlust, Hilflosigkeit und drohende Vernichtung. Es ginge dabei nicht darum zu bewerten, wie schwerwiegend ein Ereignis war (was letztlich nur zu sinnlosem Vergleichen des Schreckens führen würde), wohl aber ließen sich Aussagen über die Wahrscheinlichkeit psychischer Schädigungen treffen. Traumatische Reaktionen treten demnach besonders dann auf, wenn Handeln keinen Sinn hat, wenn weder Widerstand noch Flucht möglich sind und das Selbstverteidigungssystem des Menschen im Chaos zusammenbreche.

Herman (1994, S. 56) beschreibt die drei Hauptkategorien des PTSD: „Übererregung spiegelt die ständige Erwartung einer Gefahr wieder, Intrusion die unauslöschliche Prägung durch den traumatischen Augenblick, Konstriktion die Erstarrung als Reaktion auf die Niederlage.“

Die *chronische Übererregung* entspreche einer allgemeinen Angst und einem ständigen Alarmzustand, als könne die Gefahr jederzeit wiederkehren. Ein normales Grundniveau entspannter Aufmerksamkeit fehle, langfristige physiologische Veränderungen ergäben sich durch die traumatische Erfahrung. Der Grundzustand physischer Ruhe und Entspanntheit kann von chronisch Traumatisierten nicht mehr erreicht werden; psychosomatische und andere Leiden gehen auf die permanente Anspannung und Übererregung zurück. Die generalisierte Anspannung und Angst stellt für die Psychotherapie eine große Herausforderung dar und macht eine fokussierte Beschäftigung mit Aspekten der Sicherheit notwendig.

Intrusion und ständiges Wiedererleben des Traumas wird von Herman (1994, S. 58) treffend beschrieben: „Es ist, als wäre ... die Zeit im Moment des Traumas stehengeblieben.“ Auch das längst zurückliegende traumatische Ereignis wird noch immer so erlebt, als hätte es eben erst stattgefunden, plötzliche Rückblenden und Alpträume sind häufig, der normale Entwicklungsverlauf werde durch das Trauma gestoppt und Betroffene fühlten sich selbst in schützender Umgebung in Gefahr, weil sie überall auf etwas stoßen können, das Erinnerungen und Flashbacks und damit intensive Angst und Verzweiflung auslöst (Muscar & Josefowitz, 1996).

Gleichzeitig besteht das Bestreben, traumatische Erinnerungen oder Situationen, die die Erinnerungen (oder antizipierte neuerliche Gewaltübergriffe) auslösen könnten, zu *vermeiden* (bis zur Amnesie). Bei Menschen, die durch andere Menschen verletzt wurden oder sogar im Rahmen von vertrauensvollen Beziehungen Opfer von Gewalt wurden, sind aufgrund des Vermeidens und des generalisierten Misstrauens häufig Kontakt- und Kommunikationsstörungen mit sozialem Rückzug und Isolation die Folge.

Traumatische Ereignisse würden nicht in Form verbaler, zusammenhängender Erinnerungen gespeichert, sondern als intensive Gefühle, körperliche Empfindungen oder deutliche Bilder. Das verbinde traumatische Erinnerungen mit den Erinnerungen von Kleinkindern: die bildhafte und szenische Form der Erinnerung, wie sie für Kleinkinder adäquat sei, werde offenbar bei Erwachsenen in extrem schrecklichen Situationen wiederbelebt (Herman, 1994, S. 59f; Van der Kolk, 1994).

Konstriktion nennt Herman (1994, S. 65ff) den Zusammenbruch der Selbstverteidigung, nachdem in einer absoluten Ohnmacht und Hilflosigkeit jeder Widerstand oder Fluchtversuch sinnlos ist. Als einziger Ausweg bleibe die Flucht durch eine (peritraumatische) dissoziative Veränderung des Bewusstseinszustandes: eine psychische Erstarrung, die der hypnotischen Trance ähnele, trete ein, die mit Wahrnehmungsänderungen, emotionaler Gleichgültigkeit und völliger Distanz einhergehe, das Opfer habe jede Initiative oder Kampfbereitschaft aufgegeben. Von Betroffenen wird das oftmals als „den Körper verlassen“ oder als „wie tot sein“ bezeichnet. Dissoziation, Bagatellisieren und Leugnen dienen dem Überleben, indem sie eine unerträgliche Wirklichkeit überlebbar machen.

Der psychische Zusammenbruch vollzieht sich nach Herman als Prozess in zwei Phasen: die erste Phase sei erreicht, wenn das Opfer seine innere Autonomie, Bindungen, Überzeugungen etc. aufgeben, wenn Gefühle, Gedanken und Urteile ausgeschaltet werden, um zu überleben. Dieses Stadium des Funktionierens ohne Empfindungen oder Gefühle sei noch reversibel. Eine zweite, irreversible Stufe des Zusammenbruchs sei erreicht, wenn das Opfer seinen Lebenswillen verliere, Resultat sei eine absolut passive Lebenshaltung, Opfer suchen nicht mehr, sich zu schützen oder zu überleben. „Viele Menschen, die Extremsituationen überlebt haben, erinnern sich, dass es einen Wendepunkt gab, an dem sie versucht waren, sich in diese letzte Phase fallen zu lassen, dass sie aber doch aktiv den Entschluss fassten, um ihr Leben zu kämpfen“ (Herman, 1994, S. 121). Der Verlust des Lebenswillens ist für Herman die Schwelle, von der aus es keine Rückkehr mehr gibt. Ähnlich beschrieb schon Frankl (1996, S. 121) die „lebensgefährliche Selbstaufgabe“: jene waren verloren, die im Lager an keine Zukunft mehr zu glauben vermochten.

Als die „*Dialektik des Traumas*“ beschreibt Herman (1994, S. 72f) die Schwankungen zwischen Wiedererleben und Verleugnen – beide Mechanismen verzerrten die Realitätswahrnehmung und ließen so Gefühle der Nichtzugehörigkeit und Distanz, der Entfremdung und inneren Leere entstehen. Das alternierende Auftreten von Intrusion und Konstriktion könne als Versuch verstanden werden, das innere Gleichgewicht wiederzufinden, doch blieben die Betroffenen gefangen zwischen den beiden Extremzuständen. Die Schwankungen verstärkten überdies noch das Gefühl der Ohnmacht und Unkontrollierbarkeit, an dem die Betroffenen ohnedies schon litten. Die Dialektik des Traumas durchlaufe jedoch eine gewisse Entwicklung: gerade in den ersten Tagen und Wochen nach dem Ereignis seien intrusive Symptome besonders deutlich, um dann nach 3–6 Monaten abzuklingen, Symptome bestünden dennoch häufig noch über Jahre und träten insbesondere dann auf, wenn das Opfer an das ursprüngliche Trauma erinnert werde. Herman (1994, S. 75) warnt davor, die Syndrome des PTSD losgelöst von der traumatischen Erfahrung und als Persönlichkeitsmerkmale des Opfers zu sehen; diese Gefahr sei insbesondere gegeben, weil die Syndrome lange Zeit nach dem Trauma bestehen und das ursprüngliche Trauma manchmal unerkannt bleibt.

Neben den schon erwähnten Symptomen und Folgen des Traumas wird auch die Veränderung des Zeitgefühls als Folge der traumatischen Erfahrung beschrieben. Sie beginne mit einer Auslöschung der Zukunft, die sich auf ein paar Stunden oder Tage beschränke, und ende mit der Ausmerzungen der Vergangenheit, weil die Erinnerung wie die Hoffnung unerträgliche Sehnsüchte auf all das erwecke, was durch das Trauma verlorengegangen sei. Zeit wie auch die persönliche Lebensgeschichte höre auf zu existieren. Chronisch Traumatisierte lerbten gleichsam in einer „*endlosen Gegenwart*“ (Herman, 1994, S. 126). An diesem zeitlosen Zustand ändere sich auch nach Ende der traumatischen Ereignisse nichts, da Erinnerungen an das Trauma unterdrückt würden, gleichzeitig das Wiedererleben aber überdeutlich ins Bewusstsein rücke – gegenwärtige Erfahrungen blieben demgegenüber bedeutungslos und dumpf. Initiative und Planung seien durch fehlende Zukunftsaussichten deutlich eingeschränkt.

Ähnlich beschrieb schon Frankl (1996, S. 116f) die „retrospektive Daseinsweise“ der Lagerinsassen: ihre Existenz war nicht mehr auf ein zukünftiges Ziel hin ausgerichtet, und die Vergangenheit hatte angesichts der Schrecken der Gegenwart ihre Bedeutung verloren. Das ganze Leben wurde

so als etwas Vergangenes betrachtet, als das Leben eines Toten. Jeder normale Zeitbezug, die Welt jenseits des Lagers war abhanden gekommen.

Da sich für den Traumatisierten das Zeitempfinden auflöst und er in einer endlosen Gegenwart gefangen bleibt, ist alle Orientierung auf die Zukunft hin unmöglich. Zukünftige Ziele existieren nicht mehr. In der verlorenen Zeit dauert der Schmerz ewig, und es gibt keine Hoffnung auf Besserung. Das aufgelöste Zeitempfinden Traumatisierter stellt eine besondere Herausforderung an die Psychotherapie dar: Traumatisierte können meist nicht wie andere Klienten auf eine künftige Besserung hoffen. Somit ist auch der Sinn der Therapie in Frage gestellt, insbesondere, wenn durch die in ihr geforderte Wiederannäherung an das Trauma eine neuerliche Welle des Schmerzes die alten Abwehrmechanismen durchbricht. Wie soll diese Pein ertragen werden, ohne die Hoffnung auf künftige Linderung? Es ist eine wesentliche Aufgabe des Psychotherapeuten, den Verlust der Zukunft zu begreifen und ihn zu bearbeiten. Das Konzept der Hoffnung, das Bestehen einer anderen Zukunft muss vom Therapeuten meist erst wieder neu eingeführt werden. Ohne die therapeutische Vermittlung von Hoffnung, ohne das Ausdehnen der endlosen Gegenwart auf eine zumindest kurzfristige Zukunft wird der Betroffene oft allen wiedererinnerten Schmerz als ewig begreifen und ein Verharren in Abwehr und Verleugnung bevorzugen.

Für Herman (1994, S. 166–170) ist bei Betroffenen langjährigen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung nicht ganz zutreffend, da ihre Kriterien sich hauptsächlich auf Opfer zeitlich eng umschriebener Ereignisse (wie Natur- und technische Katastrophen, Vergewaltigung u.a.) beziehen würden. Betroffene eines langandauernden, wiederholten Traumas zeigten eine komplexere Symptomatik, insbesondere ändere sich durch die Dauer der Übergriffe die Persönlichkeit der Betroffenen und ginge mit Störungen der Identität und der sozialen Beziehungen einher. Diese tiefgreifenden Persönlichkeitsveränderungen seien in der klassischen PTSD-Diagnose zu wenig berücksichtigt, deshalb schlägt Herman die Einführung der Diagnose „*komplexe posttraumatische Belastungsstörung*“ vor, die die Reaktion auf langanhaltende, wiederholte Traumatisierung nicht in einzelnen Störungsbildern beschreibt, sondern als zusammenhängendes Syndrom mit verschiedenen Zuständen. Folgende Kategorien müssten bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung berücksichtigt werden:

- eine Traumatisierungsdauer von Monaten bis Jahren,
- Störungen der Affektregulation,
- Bewusstseinsveränderungen,
- gestörte Selbstwahrnehmung,
- gestörte Wahrnehmung des Täters,
- Beziehungsprobleme und
- Veränderungen des Wertesystems.

Sexueller Missbrauch von Kindern ereignet sich in der Regel über Jahre, mit zunehmender Intensität der Übergriffe. Sie findet in einer Zeit statt, in dem wichtige Persönlichkeitsaspekte noch nicht voll ausgereift sind und in der wesentliche menschliche Entwicklungsziele erst noch erreicht werden müssten. Durch die Chronizität der Gewalt und durch ihr Auftreten in der besonders vulnerablen Entwicklungsperiode der Kindheit greifen die Übergriffe tief in die Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen ein. Ihr destruktives Ausmaß und ihre Folgen können deshalb nur sehr bedingt mit jenen eines kurzzeitigen traumatischen Ereignisses im Erwachsenenalter verglichen werden.

Der Mechanismus der *Dissoziation* wird häufig als Teilsymptom der Posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben. Sanford (1992, S. 49ff) spricht von übereinstimmenden Berichten von Traumatisierten, die traumatische Situation nur dadurch überlebt zu haben, indem sie sich in Gedanken an einen anderen, sicheren Ort begaben und den Körper zurückließen, der den Missbrauch zu erdulden hatte. Dieser Mechanismus der Dissoziation, indem Gefühle, Gedanken, Einstellungen, Empfindungen u.ä. ihre übliche Relation zur übrigen Persönlichkeit verlieren und sich abspalten,

stelle eine in der Missbrauchssituation kurzfristig äußerst wirksame Schutzmaßnahme dar (gleichwohl der Energieaufwand, um nicht zu fühlen oder nicht zu denken, ein beträchtlicher sei). Shengold (1995, S. 146) beschreibt diese Isolierung bestimmter Persönlichkeitsanteile als „vertikale Aufspaltung des Ich“: sie bestehe zwischen kognitivem und erfahrendem Ich; subjektives Empfinden von Identität und die Fähigkeit zu fühlen sei durch diese Aufspaltung weitgehend gestört.

Zu beachten ist, dass die dissoziativen Mechanismen für den Traumatisierten wichtige Funktionen erfüllen. Indem die Betroffene aus ihrer Lebensgeschichte Aspekte des Missbrauches abspaltet, befreit sie illusorisch die restlichen Persönlichkeitsanteile von den Schrecken der Tat. Außerdem hilft das „Weggehen“, wie aus den Berichten vieler Betroffener hervorgeht, die nichtertragbaren Übergriffe zu überleben, indem sich quasi der Kern der Persönlichkeit aus dem geschundenen Körper zurückzieht an einen unbekanntem Ort, weggeht, aber oftmals dort in der Verbannung bleibt, nicht mehr zugänglich ist, und so oft erst Jahre später neuerdings zum quälenden Zustand wird. Trotzdem muss anerkannt werden, dass die Dissoziation basale Ich-Funktionen schützt, und den Traumatisierten auch weiterhin von nichtertragbaren Affekten fernhält (vgl. Rose, 1991, S. 86).

Die Dissoziation kann manchmal zu einem pseudo-normalen Verhalten der Opfer führen, indem diese eine funktionierende Fassade präsentieren, als ob alles in Ordnung wäre. Die Aufspaltung in eine funktionierende Hälfte und in ein verwundetes Kind, das ein Geheimnis bewahren muss und seinen Schmerz nicht zeigen darf, ziehe sich vielfach durch das ganze Leben des Opfers, manchmal haben diese völlig verschiedenen Persönlichkeitsanteile scheinbar nichts miteinander zu tun (vgl. Forward, 1992, S. 154 oder Sanford, 1992, S. 89ff).

Auf Zusammenhänge zwischen der intrapsychischen Abspaltung des sexuellen Missbrauchs und der Entstehung von schizophrenen Erkrankungen oder Borderlinestörungen verweisen u.a. Kinzl, Biebl und Muigg (1993) und Rohde-Dachser (1992, S. 198ff). Neuere Ergebnisse (Marmar, 1997) zeigen, dass ein hohes Maß an peritraumatischer Dissoziation verknüpft ist mit einem erhöhten Risiko, später eine chronische posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. Dabei könne die peritraumatische Dissoziation durch hohe Angst und Erregung während des traumatischen Ereignisses gefördert werden, welche gleichzeitig das Risiko für eine spätere PTSD erhöhen (a.a.O.).

4.2 Der Prozess traumatischer Kompensation (Fischer & Riedesser, 1998)

Fischer & Riedesser (1998, S. 98f und S. 351) beschreiben die Reaktion des Kindes auf das traumatische Geschehen als einen Prozess der traumatischen Kompensation. Das traumakompensatorische Schema weise dabei drei Teilaspekte auf: Der ätiologische Aspekt betreffe den Versuch des Traumatisierten, die Ursachen für die Katastrophe zu ergründen. Der restaurative Aspekt zielen auf ein Ungeschehenmachen ab, hierzu werden dissoziative Verleugnungs- und Verharmlosungsversuche ebenso gezählt wie Interventionsphantasien (in der Phantasie nimmt das traumatische Geschehen ein anderes, gutes Ende, die Katastrophe kann verhindert werden). Und schließlich gehe es im präventiven Aspekt um die kognitive und emotionale Ausarbeitung von Regeln, um die Wiederholung der traumatischen Übergriffe in Zukunft zu verhindern.

Alle diese traumakompensatorischen Schemata hätten das Ziel, die traumatische Erfahrung nachträglich unter Kontrolle zu bringen und auszugleichen. Symptome werden in diesem Rahmen verstanden als ein Selbstheilungsversuch; sie resultieren sowohl aus dem direkten Einfluss der traumatischen Erfahrung als auch aus den kompensatorischen Bemühungen.

Für Fischer & Riedesser ist für das Verständnis der posttraumatischen Symptome die Unterscheidung zwischen intra- und extrafamiliärer Traumatisierung fundamental. Traumata, die sich außerhalb der eigenen, schutzgebenden Familie ereignen, erschütterten das kindliche Vertrauen in eine prinzipiell sichere Welt nicht fundamental, da zumindest innerhalb des primären Bezugssystems, selbst wenn dieses zeitweise versagt haben sollte und nicht vor dem Trauma schützen konnte, sichere Bindungen weiter bestehen bleiben können. Die protektive Bedeutung wenigstens einer positiven Bezugsperson ist genau darin zu sehen, dass zumindest innerhalb eines Systems die Sicherheit nicht erschüttert wurde, mindestens dieser eine Ort ist noch vertrauenswürdig und sicher, die Gefahr kann auf außen beschränkt werden, wenigstens an einem Ort herrscht nicht ständige Angst. Weitaus

schwieriger ist die Lage eines Kindes, das innerhalb der eigenen Familie traumatischen Übergriffen ausgesetzt ist, denn hier sind jene Personen, die Sicherheit und Schutz bieten sollten, jene, die ver-raten und missbrauchen. Wenn die geliebten primären Bindungspersonen verletzend sind, wie soll das Kind dann erst darauf vertrauen können, dass Außenstehende vertrauenswürdig, dass fremde Umgebung sicher ist?

Anders als bei sexuellem Missbrauch durch einen Täter, der nicht Vertrauens- und Bezugsperson ist, kann das im Rahmen eines Abhängigkeits- und Vertrauensverhältnis missbrauchte Kind den Täter nicht hassen, nicht Wut auf ihn empfinden. Damit ist es der wichtigsten emotionalen Verteidigungsstrategie beraubt (Caputo, 1995, S. 12). Um den Glauben an die notwendige sichere Beziehung nicht zu verlieren, muss es den Täter weiterhin als gut betrachten.

Nach Fischer & Riedesser verliere das intrafamiliär traumatisierte Kind durch die existentielle Zerstörung seines Sicherheitsgefühls die Fähigkeit, zwischen sicheren und unsicheren Orten oder zwischen freundlichen oder feindlichen Personen zu unterscheiden. Nur der kompensatorische Mechanismus der Spaltung in gute (die Eltern, der geliebte Täter) und böse Objektrepräsentanzen (das eigene Selbst) erhält eine minimale Ordnung aufrecht, allerdings ohne über realistische Unterscheidungskriterien zu verfügen. Die Beibehaltung des Glaubens an die Güte der missbrauchenden Elternfigur, die Übernahme der Schlechtigkeit und Schuld in das eigene Selbst erlaubt dem innerfamiliär traumatisierten Kind, sich wenigstens die Illusion einer Kontrollmöglichkeit zu erhalten. Nur die Übernahme des Bösen in das eigene Selbst ermöglicht es dem Kind, den überlebensnotwendigen Glauben an gute, beschützende primäre Beziehungsfiguren und eine rudimentäre Sicherheit aufrechtzuerhalten. In diesem traumakompensatorischen Verständnis erscheinen die Symptome nicht länger als Absonderlichkeiten einer Person, sondern als in sich verständliche und oft kreative Antworten auf eine traumatische Situation (Caputo, 1995, S. 28).

Eine ähnlich salutogene, stärkenzentrierte Haltung vertritt Briere (1992a, S. 85f). Das, was manche als dysfunktionales Opferverhalten betrachteten, sei gewöhnlich die logische und psychologische Konsequenz der als Kind erlebten traumatischen Situationen, die Folgen reflektierten so die traumatischen Übergriffe selbst und seien Anpassungsleistungen an die Zerstörung. Weil Verhalten und Symptome der Überlebenden grundsätzlich *adaptiv* seien, müsse ihr Erleben und Verhalten als *pragmatisch*, also als zweckvoll und folgerichtig, und nicht als symptomatisch eingestuft werden. Folgen werden so nicht als passive Symptome oder als Zeichen einer Persönlichkeitsstörung gesehen, sondern als Ergebnis der aktiven Versuche, das Trauma zu bewältigen. Die dysfunktionale Komponente solcher Folgen (Selbstbeschädigung u.a.) liege nicht in der Form des Verhaltens, sondern in zugrunde liegenden missbrauchsbedingten Annahmen und Wahrnehmungen und im inneren emotionalen Zustand (Dysphorie, Anspannung und Leere), der dieses Verhalten begünstige. Weil die Folgen einen Zweck erfüllten, würden sie von den Betroffenen nur schwer aufgegeben: dies dürfe nicht zu einer vorschnellen therapeutischen Interpretation von Widerständen u. dgl. führen, auch sei es sinnlos, den Betroffenen etwa von der Sinnlosigkeit seines dysfunktional erscheinenden Verhaltens überzeugen zu wollen. Folgeerscheinungen als Form von Bewältigungsversuchen könnten erst dann aufgegeben werden, wenn einerseits die sie unterstützenden Bedingungen verändert wären (etwa emotionale Zustände, die sie begünstigten), und andererseits dem Betroffenen bereits wirksamere Bewältigungsmechanismen zur Verfügung stünden.

Nach Briere (1992a, S. 86f) sind die Erlebens- und Verhaltensweisen der Traumatisierten für den Therapeuten eine wichtige Informationsquelle: indem sie logische Folgen des Traumas seien, gäben sie Einblick, wie das frühere Leben des Klienten ausgesehen haben müsse, und zudem, wie die aktuelle Befindlichkeit und das momentane Erleben des Klienten gestaltet sei. Das Verständnis der Sinnhaftigkeit des Klientenverhaltens könne außerdem zur Einsicht in die zugrundeliegenden kognitiven und affektiven Auswirkungen des Kindheitstraumas führen und zur gemeinsamen Definition von Therapiezielen und zur Interventionsplanung beitragen.

4.3 Das Konzept der erschütterten Annahmen (*shattered assumptions*, Janoff-Bulman, 1985, 1989)

Kognitive Theorien erklären das Aufrechterhalten posttraumatischer Symptome vor allem damit, dass die traumatische Erfahrung Kognitionen über das Selbst und die Welt verändert und das Beibehalten dieser veränderten Kognitionen auf lange Sicht dysfunktional und maladaptiv ist. Nach Janoff-Bulman (1985) ist ein traumatisches Erlebnis maßgeblich dadurch gekennzeichnet, dass es die Überzeugungen des Betroffenen in bezug auf sich selbst und die Welt fundamental erschüttert. Das traumatische Erleben zerstöre dabei drei Grundüberzeugungen, die Menschen gewöhnlich in bezug auf die eigene Person und bezüglich der Beurteilung der Welt teilen (a.a.O. S. 18):

1. **Der Glaube an die eigene Unverletzbarkeit.** Diese Illusion eigener Unverletzbarkeit bestehe bei den meisten Menschen, das eigene Risiko, von Ungerechtigkeit und Unglück getroffen zu werden werde von den meisten Menschen für sich selbst geringer eingeschätzt als für andere Menschen (Janoff-Bulman, 1985, verweist auf Perloff, 1983). Die Illusion eigener Unverletzbarkeit könne dann maladaptiv werden, wenn sie Menschen von angebrachten präventiven Maßnahmen zur Vermeidung von Risiken abhalte, habe aber im allgemeinen eine Schutzfunktion vor der Bedrohung alltäglicher Risiken und erleichtere so ein alltägliches Funktionieren (a.a.O. S., 19).
2. **Die Wahrnehmung der Welt als gerecht und bedeutungsvoll.** Die Überzeugung, dass Dinge, die passieren, Sinn machen und verstehbar sind, bedeutet, Ereignisse kontrollieren zu können, sich bei Gefahr schützen zu können. Der (oft implizite) Glaube an Gerechtigkeit bedeutet ebenso, durch eigenes gutes Tun Unrecht von der eigenen Person abwenden zu können. Die Illusion von Sinnhaftigkeit und Gerechtigkeit macht das Eintreffen guter und schlechter Ereignisse abschätzbar und kontrollierbar (a.a.O.). Analog dazu beschreibt Frankl (1996, Original 1977) die Suche nach Sinn als fundamentales menschliches Bedürfnis.
3. **Die Wahrnehmung der eigenen Person als positiv.** Menschen hätten im allgemeinen eine gute Meinung von sich selbst und sähen sich selbst als anständig und wertvoll. Diese Einschätzung der eigenen Person wird durch das Erlebnis, hilfloses Opfer geworden zu sein, unterlegen zu sein, Schmerz zugefügt bekommen zu haben, zutiefst erschüttert. Opfer traumatischer Ereignisse erleben sich selbst als ohnmächtig, schwach, verängstigt und leidend. Das Empfinden von sich selbst als autonomer Person wird dadurch schwer beschädigt (a.a.O. S. 22).

Diese Grundüberzeugungen existierten implizit, erleichterten das Planen und Handeln im alltäglichen Leben und würden Menschen häufig erst durch die Tatsache ihrer Erschütterung bewusst (a.a.O.). Der plötzliche schmerzhafteste Verlust dieser drei Grundüberzeugungen führe zu posttraumatischen Stressreaktionen, zerstöre damit ein stabiles Funktionsniveau und führe so zur Symptombildung.

Welche dieser drei Grundüberzeugungen dabei wie stark erschüttert oder zerstört würde, hänge von Persönlichkeitsfaktoren wie auch von Bedingungen der Traumatisierung (z.B. durch Menschenhand vs. Naturkatastrophen) ab. Post-traumatische Überzeugungen seien in besonderem Maße geprägt von Gefahr und Bedrohung, die Wahrnehmung der eigenen Person wie auch der Welt sei gekennzeichnet von ständigem Zweifel und konstanter Unsicherheit. Traumatisierte Menschen können sich selbst nicht mehr als sicher in einer wohlwollenden Umwelt betrachten, und insbesondere für Gewaltopfer hat sich die (potentielle) Bösartigkeit von Menschen bewiesen.

Übereinstimmend dazu beschreiben Wheeler & Berliner (1988, S. 233) die schwerwiegenden Konsequenzen traumatischer Gewalterfahrungen: „... victimization shatters three basic assumptions about the world: a belief in personal invulnerability, a perception of the world as meaningful and predictable, and a positive self-concept.“ Damit werden all jene Annahmen und Werte mit einem Schlag zerstört, die für ein sicheres Leben, ja für das Leben überhaupt grundlegend sind. Eine tiefe Isolation der Traumatisierten ist kennzeichnend – ihre traumatischen Erlebnisse, aber auch andere Ereignisse können anderen nicht mehr mitgeteilt werden, da ein gemeinsames Bezugssystem fehlt.

Wenninger & Ehlers (1998) beobachteten in einer kontrollierten Fragebogenuntersuchung von erwachsenen ehemaligen Opfern von sexuellem Kindesmissbrauch an einer amerikanischen (N=43) und an einer deutschen (N=35) Stichprobe, dass das Ausmaß maladaptiver Kognitionen (bezüglich Sicherheit, Vertrauen, Wertigkeit und Intimität) und Attributionen (insbesondere die Stärke ihrer Globalität) signifikant mit der Stärke posttraumatischer Symptome korrelierte. Betroffene sexuellen Missbrauchs in ihrer Kindheit hatten für negative Alltagserfahrungen signifikant stärker interne, stabile und globale Attributionen als die Kontrollgruppe.

4.4 Das Accomodation Syndrome (Summit, 1983)

Nach Summit (1983, S. 177ff) widerspricht das normale Coping-Verhalten des sexuell missbrauchten Kindes den typischen Vorstellungen und Erwartungen von Erwachsenen, wie sich ein sexuell missbrauchtes Kind zu verhalten habe – häufige Reaktionen auf das Bekanntwerden der sexualisierten Gewalt sind u.a. durch diese Fehlurteile Unglauben, Beschuldigung und Zurückweisung der missbrauchten Betroffenen. Der komplexe und für Außenstehende wie für Betroffene verwirrende und oft undurchschaubare Anpassungsprozess erleichtert es dem sozialen Umfeld, Opfer für die Tat schuldig zu sprechen, ihnen nicht zu glauben, sie als lebenslang geschädigt zu betrachten u.a. (zur zusätzlich traumatogenen Wirkung negativer Reaktionen des sozialen Umfelds vgl. Abschnitt zu Risikofaktoren am Ende des Kapitels).

Summit (a.a.O.) beschreibt einzelne Folgen der Übergriffe als Reaktionsweisen des Kindes im Sinne eines funktionalen Anpassungssyndroms. Das Syndrom ermögliche dem sexuell missbrauchten Kind ein Überleben in der aktuellen traumatischen Situation; gleichzeitig aber isoliere es das missbrauchte Kind und verringere seine Chance, dass spätere Enthüllungen als glaubwürdig eingestuft würden und es Glauben und Verständnis der Umgebung, insbesondere seiner Familie, erhalte. Die (gesellschaftliche) Tendenz, sexualisierte Gewalt gegen ein (bekanntes) Kind zu verleugnen, sei eine Konsequenz des Anpassungssyndroms und entspreche gleichzeitig dem Bedürfnis der meisten Erwachsenen, an die schmerzhafteste Realität kindlicher Viktimisation nicht erinnert zu werden.

Das von Summit hauptsächlich anhand von weiblichen Missbrauchsoptionen beschriebene „Accomodation-Syndrome“ ist deshalb so wichtig, weil es eine Erklärung für jene Verhaltensweisen der Opfer bietet, die ohne dieses Verständnis oft als kontraproduktiv und stigmatisierend für das Opfer beschrieben und von diesem selbst auch häufig so erlebt werden.

Sexueller Missbrauch von Kindern hat umfassend destruktiven Charakter. Die überlebensnotwendige Anpassung daran ändert nicht nur einzelne Persönlichkeitsaspekte des Traumatisierten, sondern oft seine *gesamte Persönlichkeit*. Alle Strukturen des Selbst, alle Wertvorstellungen und Beziehungsmuster werden im chronischen traumatischen Geschehen systematisch zerstört. Und auch nach Ende der sexualisierten Übergriffe, sogar im Rahmen eines günstigen Verarbeitungsprozesses kann das Opfer die frühere Identität nicht wiederherstellen. Jener Mensch, der der chronisch Traumatisierte vor seiner Zerstörung war, ist unwiederbringbar verloren. Nach dem Trauma fühlt er sich bestenfalls als *anderer* Mensch, schlimmstenfalls als jeder Menschlichkeit, jeder Lebendigkeit beraubt. Jede neue Identität, die im Zuge der Verarbeitung traumatischer Ereignisse erlangt werden kann, wird die Vorstellung der eigenen Vernichtung beinhalten. Die Persönlichkeit des Traumatisierten hat sich so grundlegend verändert (vgl. Herman, 1994, S. 132f).

Das Anpassungssyndrom wird in fünf Kategorien beschrieben: Geheimhaltung, Hilflosigkeit, Verstrickung und Anpassung; verspätete, konfliktreiche und nicht überzeugende Aufdeckung; und schließlich der Widerruf (Summit, 1983, S. 181–188. Im englischen Original: secrecy, helplessness, entrapment and accommodation; delayed, conflicted and unconvincing disclosure; retraction).

Entgegen allgemeiner Vorstellungen, dass das „normale Opfer“ vom Missbrauch erzähle und so Hilfe suchen würde, ist das nach Summit (1983, S. 181) meist nicht der Fall: Das durchschnittliche Kind erzähle niemandem von den sexualisierten Übergriffen. Es lässt sich vermuten, dass diese Einschätzung insbesondere zutrifft, als das angebliche Nicht-Erzählen Ausdruck der Unmöglichkeit ist, einen Menschen zu finden, der auf vage kindliche Andeutungen eingeht und bereit ist, das, was das Kind zu sagen hat, anzuhören, auch wenn es unangenehm ist. Kinder lernen meist früh, dass ihre eigene Wahrnehmung und Glaubwürdigkeit im Vergleich zu der des Täters nichts zählt, dass

ihnen keiner zuhört und niemand glaubt, manchmal, dass sie für alles, was sie bis dahin getan und unterlassen haben, beschuldigt werden.

Zur *Geheimhaltung* wird das betroffene Kind vom Täter gedrängt, oder aber es fühlt sich durch den Übergriff an sich schuldig und schämt sich, jemandem davon zu erzählen. Das Opfer wird bedroht, das Geheimnis zu wahren, das es nicht kennen wollte, gleichzeitig wird ihm vom Täter mitgeteilt, seine Mitwisser- und angebliche Mittäterschaft verleihe ihm die Macht, andere Menschen ruinieren. Die Folgen der Enthüllung werden vom Täter häufig unheilvoll und dramatisch dargestellt, das Aussprechen würde zum Verrat an geliebten Personen. Das Geheimnis werde so sowohl zum trügerischen Versprechen, durch seine Wahrung sicher zu sein (das Kind sucht ja die selbstgeschriebene Beflecktheit und Schlechtigkeit zu verbergen) als auch zur konstanten Gefahr: irgendwann könnte jemand das Geheimnis lüften – das Kind fürchtet nicht nur, im Falle der Aufdeckung beschuldigt und stigmatisiert zu werden, sondern auch den Zusammenbruch der eigenen Familie (beides nur zu häufig zu recht). Mit der Last des Geheimnisses eng verbunden sehen Lison & Poston (1992, S. 95) das Gefühl der eigenen Verletzlichkeit. Das Wissen um das eigene Verletzt-Sein ergebe sich nicht nur aus den sexualisierten Übergriffen, sondern werde zusätzlich unter der Bürde des Geheimnisses verstärkt.

Versucht ein Kind oder eine Jugendliche, jemandem davon zu erzählen, stößt die Betroffene allzu häufig auf eine Mauer des Schweigens und Unglaubens, oder auf Entsetzen und Panik der Erwachsenen, die mit übereilten Reaktionen effektiven Schutz auf Dauer manchmal mehr verhindern als ermöglichen und für die Angst und die Ohnmacht des Kindes, das sich ihnen anvertraute, häufig nicht mehr emotional verfügbar sind. Nach Courtois (1988, S. 33f) wird die Tatsache sexuellen Missbrauchs eines Kindes unter Erwachsenen häufig sekundär (d.h. nach einer Enthüllung) geheim gehalten. Das Schweigen der Erwachsenen bewirke, dass das Kind die Bedeutung, die der Täter dem Missbrauch gibt, übernehmen muss, nicht nur, um sein psychisches Überleben zu sichern, sondern auch, weil es meist über keine alternative Information und über keine anderen Bewertungen verfüge. Eigene Wahrnehmungen und Maßstäbe würden vom Täter systematisch gelehnt und unterminiert.

Oft wird die kindliche Überzeugung, das Geheimnis um jeden Preis wahren zu müssen, in das Erwachsenenalter übernommen: in Folge eines gestörten Wirklichkeitssinnes verwechseln auch erwachsene Betroffene häufig die kindliche Vorstellung der bedrohlichen Folgen einer Enthüllung mit der realen Wahrscheinlichkeit von Konsequenzen (Lison & Poston, 1992, S. 149). Erste Versuche, das Schweigen zu brechen, sind so in der Regel von großer Angst begleitet, gefolgt von Selbstbeschuldigung (nicht schon früher gesprochen zu haben) und Erleichterung, wenn die gefürchteten Folgen nicht eintreten. Wenn die Betroffene als Erwachsene erkennt, dass, hätte sie als Kind gesprochen, nicht alle unheilvollen Drohungen eingetreten wären, oder wenn ihre Enthüllung nun Jahre später ohne Konsequenzen bleibt, fühlt sie sich mitunter schuldig, den Schwindel, der sie zum Schweigen gebracht hat, nicht früher durchschaut zu haben, schuldig dafür, in bezug auf die Notwendigkeit, das Geheimnis zu wahren, getäuscht worden zu sein.

Das Schweigegebot nimmt den Opfern die Möglichkeit, sich zu äußern, sich mitzuteilen, das Geschehen im Dialog zu verarbeiten und dadurch real sein zu lassen und Unterstützung und Hilfe Dritter zu suchen. Das Schweigen-Müssen nimmt den Übergriffen ihre Faktizität, denn Darüberreden ermöglicht eine kommunikative Validierung im Sinne einer Einordnung von Ereignissen in einen Kontext und verleiht ihnen so Realitätscharakter. Verschwiegene bleibt letztlich unwirklich. Schließlich erhält oft diese (zudem übergriffs- und symptom-spezifische) Unwirklichkeit selber die Selbstzweifel der Betroffenen, ob „es“ wirklich stattgefunden habe, zusammen mit dem Vermeidungsbestreben, dem Wunsch, es möge doch nicht wahr sein, das Schweigen noch Jahre später aufrecht. Die Betroffene, die oft erst nach Jahren des Schweigens über die Vorfälle berichtet, wird oft nicht nur mit Unverständnis, Unglauben und Abweisung konfrontiert, sondern sie wird zudem beschuldigt, nicht schon früher das Schweigen gebrochen zu haben. So macht das Reden die alten Befürchtungen wahr und bestätigt nachträglich, dass Schweigen „besser“ war.

Die traumatischen Übergriffe sind für das Kind unfassbar, unbeschreibbar und können nicht in Worte gefasst werden. Van der Kolk (1994) beschreibt verschiedene Speicherprozesse für traumatische vs. nichttraumatische Ereignisse, Erinnerungen für traumatische Ereignisse werden demnach nicht in die Chronologie von Alltagserfahrungen eingeordnet, sondern bleiben zeitlos, zusammenhangslos und non-verbal auf einem somato-sensorischen Niveau bestehen. Damit macht die Charak-

teristik traumatischer Erinnerungen selbst ein In-Worte-Fassen der Erfahrung und ein Sich-Mitteilen schwierig. Der Schrecken der Traumatisierung macht es unmöglich, die Erlebnisse mit Symbolen oder Worten zu verbinden. Erst eine allmähliche Integration der Erlebnisse macht sie für den Traumatisierten prinzipiell auch erzählbar.

Als zweite Kategorie des Anpassungssyndroms beschreibt Summit (1983) die Ohnmacht und *Hilflosigkeit* des missbrauchten Kindes. Diese absolute Hilflosigkeit des Kindes in Beziehungen zu Erwachsenen, von deren Zuwendung und Schutz es abhängt, macht Übergriffe auf Kinder so einfach.

Sexueller Missbrauch eines Kindes ist üblicherweise nicht ein einmaliger Übergriff, sondern ein auf Täterseite zwanghaftes Muster, das sich oft über Jahre hinzieht. Wenn das Kind nicht sofort bei Beginn der sexualisierten Gewalt Hilfe suche und wenn es nicht rasch adäquate Unterstützung bekomme, gebe es für es meist keine weitere Möglichkeit mehr, sich mitzuteilen und den Missbrauch zu stoppen. Es fürchtet nun (oft zu recht) nicht mehr nur, dass man ihm nicht glaubt, sondern auch, dass man ihm langes Schweigen als Beteiligung auslegen könnte. Es könne einzig lernen, in der Situation zu überleben (Summit, 1983, S. 184). Die Entwicklung des Anpassungssyndroms, das das aktuelle Überleben sichert, erschwert oder verunmöglicht es dem Kind, Hilfe von außen zu suchen oder diese anzunehmen. Die *Verstrickung* und *Anpassung* halten es in der Missbrauchssituation gefangen.

Die Anpassungsleistung sei nicht nur gefährdet durch die eskalierenden sexuellen Forderungen des Täters, sondern auch durch das wachsende kindliche Bewusstsein, vom geliebten Täter betrogen und benutzt zu werden. Nach Summit (a.a.O.) ist vieles, was als jugendliche oder erwachsene Psychopathie bezeichnet werde (dissoziative Störungen, selbstschädigendes Verhalten u.a.) eine natürliche Reaktion eines gesunden Kindes auf eine zutiefst unnatürliche und ungesunde elterliche Umgebung. Therapeuten müssten sich davor hüten, diese Folgeerscheinungen als inadäquat oder verrückt zu betrachten, denn die Verurteilung der Symptome verstärke die Stigmatisierung des Opfers. Pathologisch erscheinende Verhaltensweisen seien letztendlich schmerzhaft erlernte kindliche Überlebensfertigkeiten: „The same mechanisms which allow psychic survival for the child become handicaps to effective psychological integration as an adult“ (Summit, 1983, S. 185).

Zu erkennen, dass etwa ein geliebter Elternteil nicht fürsorgend und sicherheitsspendend, sondern herrschend und grausam ist, sei für das Kind gleichbedeutend mit Verlassenheit und Vernichtung. Die einzige Alternative, die sich biete, sei, die Schuld und Verantwortung für das Erleiden sexualisierter Gewalt auf sich zu nehmen, um das für das psychische Überleben notwendige gute Bild der Eltern zu wahren. Eine Spaltung der Realitätswahrnehmung, ja der eigenen Identität, die oft pathogene Züge nach sich zieht, sei die Folge (zur Veränderung der eigenen Realitätswahrnehmung und Zweifel an der Korrektheit der eigenen Wahrnehmung siehe Völkel, 1992, S. 110.)

Summit beschreibt ebenfalls die Rollenumkehr (vgl. im Kapitel zur Familiendynamik) als Teil der kindlichen Überlebensmechanismen: Nur indem das Kind die Verantwortung für die Tat und in der Folge häufig die Verantwortlichkeit für die ganze Familie übernimmt, sei psychisches Überleben möglich. Sich den sexualisierten Übergriffen auszuliefern und unterzuordnen garantiere, das Familiengefüge zu erhalten; sich zu wehren oder das Geheimnis zu lüften würde ihren Zerfall mit sich bringen. Ein dermaßen traumatisiertes Kind erwecke oft den Anschein, sexuellen Kontakt zu suchen oder in diesen einzuwilligen. Die Anpassung an das chronische Ausgeliefertsein und wiederholtes Erleiden sexualisierter Gewaltübergriffe führe schließlich dazu, dass sich das Opfer für so schlecht und verdorben hält, die Übergriffe provoziert zu haben, sie etwa gar zu verdienen, und nicht wert zu sein, dass jemand es liebt und für es sorgt.

Die kindlichen Überlebensmechanismen können nur überwunden werden, wenn die Betroffene in einer sichereren, sorgenden und akzeptierenden Umgebung erneut zu vertrauen lerne. Jene, die diese Umgebung zu gewähren bereit sind, auch Therapeuten, müssten sich dabei im klaren sein, dass Betroffene ihr Verhalten testen und provozieren würden, um sich erneut zu beweisen, schlecht und nicht liebenswert zu sein und dass Vertrauen unmöglich sei (Summit, 1983, S. 186).

Die meisten sexualisierten Übergriffe gegen Kinder, die innerhalb der Familie stattfinden, werden nicht zur Zeit ihres Geschehens enthüllt, zumindest nicht innerhalb der unmittelbaren Familie. Das Inzestopfer selbst hüte in der Regel das Geheimnis, bis es mit zunehmendem Alter in der Jugend oder im Erwachsenenalter unter andauerndem und/oder zunehmendem Leidensdruck endlich wage, ein eigenes Leben zu fordern und die Autorität der Eltern in Frage zu stellen. In dieser Zeit

würden häufig die kontrollierenden Handlungen des Täters ausgedehnter – umgekehrt schienen die Verhaltensweisen im Rahmen des Anpassungssyndroms (z.B. Ausreissen, Substanzenmissbrauch, Delinquenz, Promiskuität) jede extreme Bestrafung durch den Täter zu rechtfertigen. Wütende Versuche, aus der elterlichen Kontrolle und Gewalt zu entfliehen, führten das jugendliche Opfer häufig zur *Aufdeckung* – das Erleiden sexuellen Missbrauchs wird offenbart. Dabei suche die Betroffene nun Verständnis und Unterstützung gerade in jener Zeit, in der es am wenigsten wahrscheinlich sei, diese zu erhalten: Erwachsene, die ihre Geschichte hörten, tendierten dazu, die Kontrolle und Bestrafung der Eltern als disziplinäre Maßnahme und gerechtfertigte Reaktion auf einen rebellischen Teenager aufzufassen. Zudem scheine die Betroffene meist wütender auf die jetzt auferlegten Einschränkungen zu sein, als auf den berichteten sexuellen Missbrauch. Und warum, fragt sich der durchschnittliche Erwachsene, hat die Betroffene nicht schon früher vom Missbrauch erzählt? Häufig wird der falsche Schluss gezogen, da sie nicht schon früher etwas gesagt habe, sei die Geschichte im Zuge der Streitereien mit den Eltern von ihr erfunden worden (Summit, 1983, S. 186ff).

Ein Kind, das von stattfindenden sexualisierten Gewaltübergriffen berichtet, stößt häufig auf Unglauben. Eine wütende, problembeladene Jugendliche, die teils Jahre zurückliegenden sexuellen Missbrauch aufdeckt, riskiert dabei nicht nur Unglauben, sondern auch Anklage und Beschuldigung, Demütigung und Bestrafung. Summit (1983) weist darauf hin, dass nicht alle betroffenen Jugendlichen wütend und unzuverlässig erscheinen. Es existiere auch ein alternatives Anpassungssyndrom, indem die Betroffene versuche, alle Anzeichen eines Konflikts oder Problems sorgsam zu vermeiden. Diese Betroffene sei in der Regel überangepasst und beliebt. Diese „braven“ sexuell missbrauchten Kinder hätten häufig nie gelernt, ihre eigenen Bedürfnisse adäquat mitzuteilen, und oft sei jeder Widerstand gebrochen, da sie fürchteten, durch die Äußerung eigener Bedürfnisse bestraft zu werden oder wichtige Bezugspersonen zu verlieren (Richter-Appelt & Ladendorf, 1993). Die Reaktionen der Erwachsenen auf ihre Enthüllung des sexuellen Missbrauchs seien deshalb nicht weniger ungläubig: Es scheint unvorstellbar, dass so ein netter, erfolgreicher junger Mensch so etwas Schreckliches erlebt haben soll, und falls es tatsächlich geschehen sei, hätte es der Betroffenen offensichtlich nicht geschadet.

Gleichgültig, wie sich die jugendliche Betroffene verhält, ob überangepasst und gefällig oder rebellisch und delinquent, ihre Anpassungsleistung an die sexualisierte Gewalt, die sie überleben ließ, wird von vielen Erwachsenen, die von den vorgefallenen Übergriffen erfahren, dahingehend interpretiert, dass das Ganze unmöglich wahr oder so schlimm gewesen sein könne. Die Last, ein Verbrechen, das kaum eindeutige Spuren hinterlässt und für das es keine Zeugen gibt, zu beweisen und als Täter jemanden zu bezichtigen, der über bedeutend mehr Autorität und Status verfügt als der Ankläger, zu dem noch dazu häufig eine sehr ambivalente Beziehung besteht, liegt bei seinem Opfer. Entgegen allgemeinen Vorstellungen wüssten nach Summit (1983) auch die meisten Mütter nichts von der stattfindenden sexualisierten Gewalt gegen ihrer Kinder. Ihre Reaktionen auf Enthüllungen seien häufig Unglauben und Verleugnung – wie hätte so etwas von ihr unbemerkt passieren können? Hätte ihr Kind nicht Vertrauen haben und ihr davon berichten können? Zudem ist der Täter oft jemand, zu dem die Mutter eine affektive Bindung unterhält.

Die typische Reaktion der Betroffenen, die auf all den Unglauben, die Verdächtigungen und Beschuldigungen, die sich auf sie und nicht auf den Täter richten, stoßen, ist, die Anklage zu *widerrufen*. Ihre Schuldgefühle und die empfundene Verpflichtung für das Wohlergehen der Familie tun das ihrige – nicht die Tat des sexuellen Übergriffs wird verdammt, sondern die Tatsache, dass die Betroffene sie ausspricht. Ihr wird die Verantwortung zugeschoben, die Familie zu zerstören und den Täter zu ruinieren. Nach Summit ist es eine normale Reaktion des Opfers, ihre Anklage zurückzuziehen, wenn sie nicht sofortige Unterstützung in ihren Enthüllungen erhält, wenn ihr nicht gesagt wird, dass sie, gleichgültig, wie sie sich verhalten hat, keine Schuld trägt, weil sie noch ein Kind war, und wenn nicht eindeutig dem Täter Verantwortung zugesprochen wird. Bekommt die Betroffene nicht derartige Rückendeckung, sei zu erwarten, dass sie „zugibt“, die Geschichte nur erfunden zu haben.

Die Familie oder die Öffentlichkeit glaubt in der Regel dem widerrufenden Kind eher als dem anklagenden, auch dann, wenn das Kind, das sexualisierte Gewaltübergriffe öffentlich machte, zuvor als unglaubwürdig eingestuft worden war. So unglaubwürdig kann offenbar kaum jemand sein, dass man nicht trotz aller gegenteiliger Hinweise gerne glauben würde, dass „es“ gar nicht vorgefallen sei. Die einfache Lüge, den Missbrauch erfunden zu haben, stellt das Familiengleichgewicht wieder

her. „This simple lie carries more credibility than the most explicit claims of incestuous entrapment. It confirms adult expectations that children cannot be trusted. ... The children learn not to complain. The adults learn not to listen“ (Summit, 1983, S. 188).

Nach Summit (1983) ist es eine generelle Annahme der meisten Erwachsenen, dass Kinder, die sich nicht beklagen, einer Handlung zustimmen. Diese Ansicht lässt außer acht, dass kein Kind die Macht hat, sich der sexualisierten Gewalthandlung des erwachsenen Täters zu „verweigern“ oder auch nur die Konsequenzen jener „Spiele“ o.ä., die der Täter vorschlägt, abzusehen. So sei das Stereotyp des verführerischen Jugendlichen Folge der verspäteten Offenlegung der erlittenen sexualisierter Gewalt, außerdem sei es eine typische Denkweise Erwachsener, das Kind als Opfer sexualisierter Gewalt in einem falschen Modell erwachsenen logischen Verhaltens zu betrachten. Die Hilflosigkeit des Kindes wird deutlich durch folgende empfindungsnahe Definition der sexualisierten Übergriffe: „... an unprecedented, relentlessly progressive intrusion of sexual acts by an overpowering adult in a one-sided victim-perpetrator relationship“ (Summit, 1983, S. 182).

Dem Kind ist es nicht möglich, sich gegen diese Übergriffe zielführend zu wehren, Flucht oder Widerstand sind ausgeschlossen. Das missbrauchte Kind lernt, dass es absolut macht- und hilflos ist, dass nichts, was es will, sagt oder tut, den Missbrauch verhindern, stoppen oder beenden kann (gleichzeitig gibt es sich für seine Hilflosigkeit die Schuld, indem sie als momentane selbstverschuldete Unfähigkeit interpretiert wird, um eine Illusion der Kontrolle zu bewahren). Die normale Reaktion eines Kindes in einer derartigen Situation sei es, sich nicht zu rühren, sich tot zu stellen und abzuwarten, bis es geschehen ist. Das Kind versucht sich selbst vorzumachen, es würde gar nichts geschehen, oder es sei eigentlich gar nicht anwesend. Missbraucht wird in seiner rettenden Vorstellung nur sein Körper, nicht sein Selbst. Dieser enteignete Körper mit seinen Empfindungen, zugleich vermeintliche Ursache der Übergriffe, wird später häufig zum eigentlichen Objekt des Hasses. Was unerträglich ist, wird schließlich nur noch eingeschränkt wahrgenommen. Der Prozess der Dissoziation wird als typisch für Betroffene beschrieben. Das Kind muss das Kunststück vollbringen, zu glauben, dass es unrecht sei, wenn es sein eigenes Genitale berühre, dass der Erwachsene aber gegen seinen Willen das Recht dazu habe (Courtois, 1988, S. 35).

Als Erwachsener einem Kind vorzuwerfen, es habe sich nicht gewehrt, ihm sogar Beteiligung zu unterstellen, ist eine falsche Bewertung normaler kindlicher Überlebensreaktionen in einer lebensfeindlichen ausweglosen Situation. Für Summit (1983) ist es für das emotionale Überleben des Kindes unbedingt notwendig, dass Erwachsene dem Kind Rückhalt geben und sein totales Ausgeliefertsein, seine absolute Hilflosigkeit anerkennen und ihm keinesfalls unterstellen, es habe den Täter gewähren lassen und sich nicht gewehrt. „... no matter what the circumstances, the child had no choice but to submit quietly and to keep the secret“ (a.a.O., S. 183).

4.5 Traumatische Dynamiken nach Finkelhor & Browne (1985)

Finkelhor & Browne (1985) beschreiben in ihrem Modell den Zusammenhang zwischen dem Erleiden sexualisierter Gewalt in der Kindheit und ihren spezifischen Folgen. Sie verstehen sexuellen Missbrauch anhand von vier traumatischen Dynamiken (traumatische Sexualisierung, Verrat, Ohnmacht und Stigmatisierung; im englischen Original: traumatic sexualization, betrayal, powerlessness, stigmatization). Diese Dynamiken werden als Hauptursachen des Traumas und seiner Folgen begriffen, indem sie die emotionale und kognitive Ausrichtung des Kindes auf die Welt ändern und sein Selbstkonzept umstoßen. Verschiedene traumatische Dynamiken seien enger mit bestimmten Symptomen verknüpft als andere, wobei verschiedene Symptome durchaus ihre Ursachen in mehreren und unterschiedlichen traumatischen Dynamiken haben können.

In einer pfadanalytischen Überprüfung des Modells (im Zusammenhang mit Coping-Mechanismen und Symptomen) zeigten sich Zusammenhänge zwischen den Dynamiken der Ohnmacht und Stigmatisierung einerseits und Schuldgefühlen und sozialem Rückzug andererseits (Draucker, 1995). Der Terminus „Traumatische Sexualisierung“ bezieht sich auf ein Erlebnis, das die kindliche Sexualität in einer unangepassten und interpersonell dysfunktionalen Weise prägt.

Berliner & Conte (1990) konnten in einer Untersuchung sexuell missbrauchter Kinder zwischen 10 und 18 Jahren bezüglich des Prozessgeschehens des sexuellen Missbrauchs eine allmähliche eskalierende Sexualisierung der Beziehung des Täters zum Kind feststellen, die durch das Bestreben des

Täters, diese Sexualisierung zu rechtfertigen und das Kind zur Kooperation bzw. zum Schweigen zu zwingen, gekennzeichnet war.

Es gibt Beobachtungen, dass in Familien, in denen sexueller Missbrauch vorkommt, oft die Familieninteraktionen insgesamt entweder rigide oder aber ausgesprochen sexualisiert sind (Hirsch, 1987, S. 94). Durch diese Familienatmosphäre und insbesondere durch wiederholte sexuelle Übergriffe und ihre Bewertungen durch den Täter (andere sind für das Kind in der Regel nicht zugänglich) verzerrt sich des Kindes Vorstellung von normalem sexuellem Verhalten und sexueller Moral (Finkelhor & Browne, 1985). Das missbrauchte Kind lerne, durch erotisierte Verhaltensweisen und sexuelle Handlungen jene notwendige Aufmerksamkeit, Zuwendung und Fürsorge zu erlangen, die für es anders nicht zu erhalten sind (Hirsch, 1987, S. 94). Über die Rolle von Sexualität in liebevollen Beziehungen herrsche Verwirrung und Unklarheit: das missbrauchte Kind erlebt es ja als normal, dass der geliebte Täter über seinen Körper verfügt und das vielleicht auch noch als Liebe bezeichnet.

Die traumatische Sexualisation führe außerdem zu Verwirrung und Missverständnissen in bezug auf die eigene sexuelle Identität und das eigene Körperkonzept. Traumatische Sexualisation bedeute ferner, dass für die Betroffene durch die Missbrauchssituation sexuelle Aktivitäten und Empfindungen mit Angst und Schrecken, Gewalt und Machtlosigkeit gekoppelt werden; eine Koppelung, die auch im Erwachsenenalter häufig zu Symptomen führt, weil sexuelle Aktivität weiterhin inadäquate Gefühle und Empfindungen auslöst (Finkelhor & Browne, 1985, S. 131 und S. 135). So werden denn nicht nur promiskues und zwanghaftes sexuelles Verhalten im Zusammenhang mit den Missbrauchserfahrungen gesehen, sondern auch eine generelle Ablehnung oder Aversion gegenüber Sexualität, Rückblenden in die Missbrauchssituation während sexueller Betätigung, verschiedenste sexuelle Funktionsstörungen, aber auch ein erhöhtes Risiko, erneut Opfer sexueller Übergriffe zu werden, können nach Finkelhor & Browne (1985, S. 534) mit der traumatischen Sexualisation verbunden sein. Durch sexualisiertes Verhalten und hohe Bedürftigkeit und Verletzlichkeit seinen Betroffene sexualisierter Gewalt in der Kindheit gefährdet, reviktimisiert zu werden. Potenziert werde das Risiko durch meist fehlenden Möglichkeiten, sich gegen Übergriffe effektiv zu schützen, zur Wehr zu setzen oder sich Hilfe zu organisieren (Hirsch, 1987, S. 94f).

Rose (1991, S. 89ff) beschreibt Folgen sexualisierter Gewalt in der Kindheit als verschiedene Formen von Reinszenierung der erlebten Gewalt: der Begriff Reinszenierung sei gerechtfertigt, (1) wenn das erwachsene Opfer weiterhin in der angstvollen Erwartung lebt, neuerliche Übergriffe könnten jederzeit stattfinden; (2) wenn nicht-gewalttätige und nicht-übergriffige zwischenmenschliche Interaktionen häufig als vergewaltigend erlebt werden oder aber (3) tatsächliche Übergriffe erneut stattfinden.

In den meisten Fällen wird der aktive Begriff der Reinszenierung der Beschreibung der Reviktimisierung durch das Erleiden wiederholter Übergriffe im Erwachsenenalter nicht gerecht. Vielmehr kann angenommen werden, dass aufgrund der kindlichen Traumatisierung, der dadurch entstandenen Generalisierung der Affekte und der Gewöhnung an die Angst tatsächlich gefährliche Situationen von ebenso ängstigenden, aber effektiv weniger gefährlichen schwer oder gar nicht unterschieden werden können. Der Signalcharakter der Angst kommt abhanden, wenn sie ständig erlebt wird. Generalisierte Affekte können nicht mehr zur Verhaltenssteuerung beitragen.

Das sexualisierte Verhalten, das manche Betroffene sexualisierter Übergriffe zeigen, wird ihnen bisweilen immer noch als Schuld oder aktive Beteiligung angelastet und nicht oft genug im Rahmen der traumatischen Sexualisation begriffen. Indem Verhaltensauffälligkeiten nicht als Folgen der sexualisierten Gewaltübergriffe verstanden, sondern als in der Persönlichkeit begründet betrachtet werden, fällt es leicht, die Tatsache des Erlichen-Habens oder die Bedeutung der sexualisierter Gewaltübergriffe zu verleugnen.

Verrat erlebe das sexuell missbrauchte Kind dadurch, dass jemand, dem es vertraut, es verletzt und ihm Schmerzen zufügt. Verraten fühle sich das Kind dabei meist nicht nur vom Täter, sondern auch von all jenen, die unfähig oder nicht willens seien, dem Kind zuzuhören, ihm zu glauben und es zu beschützen. Verraten werde die Betroffene oft auch, wenn sie den Mut fasst, die sexualisierte Gewalt aufzudecken, und ihre Umwelt reagiert nicht nur mit Unglauben und Ablehnung, sondern auch mit Schuldzuweisungen an das Opfer und mit Bagatellisierungen (Finkelhor & Browne, 1985, S. 531f). So wendet sich die Wut der missbrauchten vielfach in erster Linie auf jene, die sie nicht beschützten, und erst später, nach Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen, verstärkt

auf die eigentlichen Täter. Zur Wut geselle sich die Trauer, geliebte Menschen verloren zu haben. Diese Enttäuschung und Trauer über den Vertrauensverlust könne dazu führen, dass besonders das noch kleine Kind sich in seiner Bedürftigkeit in extremer Abhängigkeit an verbleibende scheinbar sichere Aspekte oder Beziehungen anklammere (was es leider noch anfälliger dafür macht, erneut missbraucht zu werden). Später werden Verlust und Trauer oftmals sekundär verleugnet und müssen mit therapeutischer Unterstützung erst wieder erarbeitet werden.

Bei schon erwachsenen Betroffenen wurde in bezug auf Beziehungen verringerte Urteilsfähigkeit und übermäßige Abhängigkeit beschrieben (a.a.O., S. 535) – Jedoch auch das Gegenteil wird berichtet: durch den erfahrenen Vertrauensbruch misstrauen Betroffene oft jeder weiteren Beziehung, was ihre Isolation vergrößert. Dieses Misstrauen, die Feindseligkeit und der Ärger darüber, verraten worden zu sein, könne generalisiert werden und so zu neuen zwischenmenschlichen Problemen führen. Antisoziales Verhalten und Delinquenz besonders bei Jugendlichen führen Finkelhor & Browne (1985, S. 536) auf diese Feindseligkeit und das Rachebedürfnis der Betroffenen, also auf den erlebten Verrat zurück.

Ohnmacht erfahre das Kind, da seine Wünsche und sein Wille keine Rolle spielen: gleichgültig, wie es sich verhält, das Kind kann die sexualisierte Gewalt nicht beenden und ihr nicht entkommen. Sein Körper wird wiederholt überfallen und es erlebt sich absolut hilflos ausgeliefert. Ohnmächtig fühle sich die Betroffene auch dann, wenn sie jemandem mitteilen will, was geschehen ist, und niemand versteht sie oder will ihr glauben, niemand unternimmt etwas, um die Gewalttaten zu beenden. Selbst wenn die aktuellen Übergriffe Jahre zurückliegen, verstärke der Unglauben und die Zurückweisung der Gesellschaft die Ohnmachtsgefühle der Betroffenen (a.a.O., S. 532).

Die erlittene Ohnmacht könne mit Gefühlen der Angst und Furcht, mit Alpträumen, Hypervigilanz, somatischen Beschwerden und anklammerndem Verhalten (bei Kindern) verbunden sein. Die Ohnmachtssituation lehre das Opfer, an der Effizienz seiner Verhaltensmöglichkeiten zu zweifeln – mögliches Scheitern werde als Folge der ohnmächtigen Traumatisierung geradezu erwartet, was das Risiko einer erneuten Viktimisation erhöhe. Das Gefühl absoluter Hilflosigkeit und Ohnmacht führe später bei Jugendlichen und Erwachsenen zu Verzweiflung, Depression, bis zu suizidalem Verhalten. Insbesondere bei Jugendlichen verbinde es sich mit Ausreißen, Lernproblemen und Arbeitsschwierigkeiten. Versuche, die Erfahrung absoluter Ohnmacht zu kompensieren, führten vielfach zum Bedürfnis nach Dominanz und Kontrolle und zu aggressivem und delinquenten Verhalten, bisweilen auch zur Reinszenierung des eigenen Missbrauchs in der Rolle des Täters.

Nach Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor (1993, S. 174) umfasst die ohnmächtige Traumatisierung Folgeerscheinungen, wie sie im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben werden, etwa intensive Todesangst oder Furcht vor Verletzungen durch unkontrollierbare Ereignisse.

Die traumatogene Dynamik der *Stigmatisation* (Finkelhor & Browne, 1985) bedeute nicht nur, dass sich das missbrauchte Kind schlecht und schuldig fühlt und sich für das Geschehene schämt, seine traumatische Erfahrung isoliert es auch, einerseits, weil es sie verschweigen muss, andererseits dadurch, dass es sich der Übergriffe schämt oder sich als anders und fremd erlebt. Dazu kommt, dass Schuld- und Schamgefühle und negative Bewertungen ihrer Person (und nicht dem Geschehen) von außen zugewiesen würden. Das beginne mit dem Täter, der das Opfer beschuldige, ihn verführt oder mitgemacht zu haben, und mit dem Zwang zur Geheimhaltung, der dem missbrauchten Kind vermittelt, die anderen würden es beschuldigen und meiden, wenn „es“ ans Licht käme – eine Einschätzung, die allzu häufig zutrifft. Das Stigma, das das Kind durch die sexualisierte Gewalterfahrung und seine Verarbeitung an sich erlebe, werde verstärkt durch Reaktionen der Gesellschaft, die mit Entsetzen und Hysterie sich zu distanzieren suche und die Betroffene für das Geschehen beschuldige. Das Gefühl, durch die erlittenen Ereignisse besudelt zu sein, verstärke die Schuld- und Schamgefühle, verringere das Selbstwertgefühl und führe häufig zu selbstzerstörerischem und suizidalem Verhalten (Kendall-Tackett et al., 1993, S. 533). Der Zusammenbruch der intrapsychischen Welt lasse die Traumatisierte glauben, es gebe keinen, der mit ihr mitfühlen könne, begreifen könne, was passiert ist (Rose, 1991, S. 86). Diese traumaspezifische Uneinfühlbarkeit wird noch verstärkt durch Reaktionen des Unglaubens, Bagatellisierens und durch die Schuldzuschreibungen an das Opfer, die gerade Menschen, die innerhalb eines Vertrauensverhältnisses als Kinder sexualisierte Gewalt erlitten haben, häufig erleben. Es ist anzunehmen, dass das Gefühl der Stigmatisierung (verstärkt durch

den Geheimhaltungsdruck) das soziale Leben von Betroffenen schwer beeinträchtigt und Gefühle von Andersartigkeit, Fremdheit und Isolation verstärkt.

Nach Sanford (1992) bezieht sich die Stigmatisierung einerseits auf das innerpsychische Erleben der Opfer sexualisierter Gewalt, andererseits trage die soziale Umwelt zur Stigmatisierung der Opfer bei. Die Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verwirrung, die Zuhörer empfinden, wenn sie von sexualisierter Gewalt gegen ein Kind erfahren, würde auf die Opfer projiziert und in ihnen als Schwäche und als stigmatisierender Makel erscheinen. Betroffene selber bleiben nicht unberührt von diesen Schwächezuschreibungen. Viele haben bis ins Erwachsenenalter hinein schon mehrfach vom Täter, ihrer Familie oder von ihrem Partner gehört, sie seien unnormale oder krank. Diese Zuschreibung von Abnormalität durch das soziale Umfeld trage zur Verstärkung des Empfindens, stigmatisiert zu sein, bei und führe häufig zu einem Verhaftet-Sein in einer Opferidentität, in der Schwäche und Versagen auch für die Zukunft erwartet wird.

Die übergroßen Schuld- und Schamgefühle von Opfern sexualisierter Gewalt spielen in der Verarbeitung der traumatischen Ereignisse (vgl. im folgenden Kapitel, das die Bedeutung von Schuldgefühlen zur Abwehr gegen Ohnmacht und Hilflosigkeit detaillierter darstellen wird) eine entscheidende Rolle. Schuldgefühle sind aber nicht nur Element der Verarbeitungsprozesse, sondern gehen nach Finkelhor & Browne (1985) in besonderem Maße auf Elemente der traumatischen Gewalterfahrung, insbesondere auf die Dynamik der Stigmatisierung zurück bzw. tragen umgekehrt zur Überzeugung, stigmatisiert zu sein, bei.

Hirsch (1987, S. 89.92) sieht in der Identifizierung mit dem Angreifer eine wesentliche Quelle des Schuldgefühls des Opfers sexualisierter Gewalt, indem es jene Schuldgefühle übernehme, die der Täter von sich abwehre (Ferenczi, 1986, Original 1932, S. 324; Bauriedl, 1992, S. 117f). Die überwältigende Kraft und Autorität des Erwachsenen beraube das Kind seiner Sinne, es zwingt das Kind, sich dem Willen des Angreifers und seinen Wünschen unterzuordnen und führe dazu, dass sich der Angegriffene schließlich mit dem Angreifer identifiziere. Die bedeutsamste Folge der Identifikation mit dem Aggressor sei die Introjektion seiner Schuldgefühle. Nach Hirsch (1987, S. 91) bedeutet die Identifikation mit dem Aggressor, dass das Kind außerdem die Forderungen des Täters als legitim anerkenne, weil es diese Forderungen aber nicht erfüllen könne, entstünden Schuldgefühle. Desweiteren machen die gegen den Willen entstehenden körperlichen Empfindungen (z.B. Erregung) Schuldgefühle (a.a.O.). Die sexuelle Erregung gegen den eigenen Willen sei umso verwirrender, wenn Masturbation des Kindes von den Eltern unterdrückt und bestraft werde, gleichzeitig aber Erwachsene in einer Art und Weise über seinen Körper verfügen, die dem Kind selbst nicht gestattet sei. Schuldgefühle bereite zudem die Übernahme von Verantwortung für die gesamte Familie und das damit verbundene zwangsläufige Scheitern des Kindes bei der Befriedigung der Forderungen der Familienmitglieder. Schuldgefühle kulminierten, wenn das Inzestgeschehen bekannt werde und dem Täter und der Familie Konsequenzen drohten. Die Betroffene fühlt sich schuldig, das Geheimnis gebrochen zu haben und scheinbar damit die Familie ins Chaos gestürzt zu haben. Hirsch beschreibt die Spätfolgen der kindlichen Schuldgefühle und der Empfindung, beschmutzt und beschädigt worden zu sein, als Empfindungen von Stigmatisierung, von Anderssein und Fremdsein bei erwachsenen Betroffenen (a.a.O. S. 92).

Finkelhor & Browne (1985) weisen darauf hin, dass die beschriebenen Reaktionen natürlich überdeterminiert sind, d.h. verschiedene Symptome lassen sich auf mehrere traumatogene Dynamiken zurückführen. Die vier beschriebenen Dimensionen erlauben es, die sexualisierte Gewalterfahrung in der Kindheit komplexer als in der Dichotomie mehr oder weniger traumatisch einzuschätzen. Zudem erlaubt es das Modell, nicht nur die sexualisierten Übergriffe als traumatisch zu begreifen, sondern auch andere damit verbundene kindliche Erfahrungen vor und nach den körperlichen Übergriffen. Die traumatogenen Dynamiken beziehen sich nicht nur auf das akute Übergriffsereignis, sondern familiäre und personale Merkmale der Betroffenen werden in das Modell integriert. So werden etwa die unter Umständen sekundär traumatisierenden Reaktionen der Familie und gesellschaftlicher Institutionen auf die Enthüllung der sexualisierten Gewalt berücksichtigt.

4.6 Das Konzept des Anklagenden Leidens (Seagull & Seagull, 1991)

In all dem Leiden an der traumatischen Erfahrung und ihren Folgen beschreiben Seagull & Seagull (1991) ein manchmal gleichzeitiges Bestreben, den Schmerz beizubehalten und die traumatische Wunde nicht verheilen zu lassen. Die Autoren sprechen von der Wunde, die nicht heilen darf („the wound that must not heal“). Das Verharren in der Opferposition, ein negatives Selbstkonzept, Erregungszustände und Trauerprozesse würden Folgen und das damit verbundene Leid aufrechterhalten. Diesen direkt aus dem Trauma entsprungenen Ursachen, die das Leid verlängern, reihen sie eine weitere an, die jedoch nicht unmittelbar aus der traumatischen Situation entstehe, sondern eher eine autonome Gegenreaktion des Betroffenen sei: das anklagende Leiden. Der Schmerz und das Leid des Betroffenen bestehe gleichsam als Mahnmal für die erlittene Qual, und davon zu heilen bedeute in der Phantasie des Opfers, die zerstörerische Dramatik der Übergriffe zu vergessen: „Accusatory suffering is a victim’s unconscious idea that full recovery from the psychic trauma ... would somehow exonerate the perpetrator from blame, or disarm righteous anger by denying the basis for its legitimacy“ (a.a.O. S. 16). Nicht mehr zu leiden würde einem das Recht nehmen, den Täter anzuklagen und auf ihn wütend zu sein, und das Ausmaß des erlittenen Schmerzes und die Destruktion der Übergriffe nachträglich schmälern. Wenn es nicht mehr weh tue, könne es ja nicht so schlimm gewesen sein: die begründete Angst, auf solche verleugnenden Reaktionen zu treffen, verstärkt das anklagende Leiden der Betroffenen. So führe nach Seagull & Seagull (a.a.O., S. 14) gerade der weit vorangeschrittene günstige Verarbeitungsprozess zu dem Paradox: „The better they do, the worse they feel.“

Das eigene Leid wird außerdem zum Zeugnis der Solidarität mit anderen Opfern. Dieser Aspekt ist eng verbunden mit jenem der Überlebensschuld, die erstmals an Überlebenden des Holocausts beschrieben wurde. Die Bewertung eigenen Leidens als Zeichen der Solidarität mit jenen, denen ebenfalls Gewalt angetan wurde, wird auch bei politisch Verfolgten beobachtet (mündliche Mitteilungen des Behandlungszentrums für Folteropfer, Berlin). Gespeist werden könne das anklagende Leiden zudem aus eigenen Schuldgefühlen bezüglich der Übergriffe: die Furcht, vielleicht doch für den Missbrauch mitverantwortlich zu sein, werde abgewehrt durch demonstratives Anklagen der Täter, zugleich strafe das anklagende Leiden durch den permanenten Schmerz, den es verursacht, ein möglicherweise schuldhaftes Selbst. Das Leiden wird so zur Sühne vermeintlicher eigener Schuld.

In der Vorstellung des anklagenden Leidens lassen sich Zusammenhänge zum Konzept der Opferidentität der Traumatisierten feststellen. Anklagend Leiden bedeutet, weiterhin an einer identitätsstiftenden Opferrolle festzuhalten. Manche Betroffene hätten Angst, auf ihre Opferrolle zu verzichten, weil dieser Verzicht für sie Verrat an jenem Kind bedeute, das sie einst waren und das verletzt worden war. Voraussetzung für den Verzicht auf die Opferidentität sei ein umfassender Trauerprozess, eigene Verluste müssten als real anerkannt und deren emotionale Bedeutung erfasst werden (Wirtz, 1993, S. 218f).

4.7 Risiko- und Schutzfaktoren bezüglich langfristiger Folgen sexualisierter Gewalterfahrungen

Verschiedene belastende Lebensereignisse oder -umstände können einzeln oder in ihrem Zusammenwirken das Auftreten oder das Ausmaß einer psychischen Störung erheblich beeinflussen. Nach gängiger Meinung werden Traumata schlechter verarbeitet, wenn andere zusätzliche Belastungen bestehen oder allgemeine Ressourcen nur schwer verfügbar sind.

Das höchste Risiko für langfristige Beeinträchtigungen bestehe, wenn der sexuelle Missbrauch in frühen Entwicklungsphasen beginnt, lange Zeit andauert, der Täter eine deutlich ältere Bezugsperson ist, körperliche Gewalt involviert ist, es zur Penetration kommt und wenn das Aufdecken des Missbrauchs zu Ärger und Bestrafung des missbrauchten Kindes führt (Moggi, 1996; Browne & Finkelhor, 1986). Finkelhor, Hotaling, Lewis & Smith (1989) fanden, dass Opfer penetrativen sexuellen Missbrauchs häufiger über unzufriedenstellende Partnerschaften im Erwachsenenalter berichten,

häufiger Trennungen vom Ehepartner erleben und häufiger keine Religion praktizieren. Nach Finkelhor & Baron (1986) zeigen die Ergebnisse der meisten Studien, dass sexueller Kindesmissbrauch mit umso schwerwiegenderen Folgen verbunden sei, wenn die Übergriffe in der präadoleszenten Phase (zwischen dem 8. und 12. Lebensjahr oder davor) beginnen. Trennung von der leiblichen Mutter (tatsächliche Trennung oder Nicht-Verfügbarkeit durch auswärtige Arbeit oder Krankheit) sei einer der stärksten Risikofaktoren für sexuellen Missbrauch, insbesondere für Übergriffe von Vätern auf Töchter. Auch das Vorhandensein eines Stiefvaters erhöhe das Missbrauchsrisiko.

Egle, Hoffman & Joraschky (1997, S. 19) beschreiben folgende Liste von Risikofaktoren: Niedriger sozioökonomischer Status, Berufstätigkeit der Mutter im ersten Lebensjahr, schlechte Schulbildung der Eltern, große Familien mit wenig Wohnraum, Kontakte mit Einrichtungen der sozialen Kontrolle, Kiminalität oder Dissozialität eines Elternteils, chronische Disharmonie, unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12./18. Lebensmonat, psychische Störungen oder schwere körperliche Erkrankungen eines Elternteils, alleinerziehende Mutter, autoritärer Vater, Verlust der Mutter, häufig wechselnde frühe Beziehungen, schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen, uneheliche Geburt, Altersabstand zum nächsten Geschwister weniger als 18 Monate u.a.

Ähnlich nennt Schmidt (1997, S. 403) verschiedene Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit bzw. das Ausmaß einer potentiellen Schädigung nach traumatogenen Ereignissen beeinflussen: Intensität des sexuellen Missbrauchs (Art, Häufigkeit, Dauer), körperliche Gewaltanwendung im Rahmen des Missbrauchs, Verwandtschaftsgrad zum Täter, Alter des Kindes, Altersunterschied zum Täter, Fehlen supportiver Familienmitglieder, schlechte kognitive Bewältigungsmöglichkeiten zum Missbrauchszeitpunkt, Fehlen anderweitiger Selbstbestätigung, andere begleitende ungünstige Lebensumstände, psychische Störungen im Vorfeld, nach der Aufdeckung Fortsetzung des Missbrauchs bzw. Nichtbehandlung eines beendeten chronischen Missbrauchs u.a.

Kleber & Brom (1992, S. 159ff) beschreiben als Einfluss auf spätere Folgen eines traumatischen Geschehens zusätzlich die Tatsache, ob das traumatische Ereignis vom Opfer antizipiert wurde und insofern bereits Bemühungen getroffen wurden, sein Eintreten in die eigene Sicht der Welt zu integrieren (z.B. bei manchen politischen Aktivisten, die schließlich inhaftiert und gefoltert werden) oder es völlig unerwartet und überraschend hereinbricht (wie sexualisierte Gewalt gegen Kinder). Ebenso werden von den Autoren Auswirkungen auf spätere Folgen in Abhängigkeit von eigenen aktiven Verhaltensweisen während des traumatischen Ereignisses, biographische (Alter, Geschlecht, sozioökonomische Bedingungen) und andere intrapersonelle Variablen (jüngst vergangene Lebensereignisse und Persönlichkeitsfaktoren) beschrieben.

Opfer sexuellen Missbrauchs werden oft als isoliert von Gleichaltrigen beschrieben. Beobachtete soziale Isolation gilt als häufige Folge der Scham und Stigmatisierungsdynamik, die mit den sexualisierten Übergriffen verbunden ist, muss aber zusätzlich als entscheidender Risikofaktor für die Ausprägung langfristiger symptomatischer Folgen betrachtet werden (Finkelhor & Baron, 1986). Leider sind nach sexualisierten Gewalterfahrungen aufgrund der besonderen traumatogenen Dynamiken derselben (Scham und Schuld beim Opfer, Abwehr und/oder für soziale Unterstützung ungünstige Gegenübertragungsreaktionen bei potentiellen Zuhörern) soziale Ressourcen häufig nur schwer verfügbar (Wilson & Lindy 1994). Von sozial inakzeptablen Traumatisierungen wie von sexualisierter Gewalt gegen Kinder zu hören, bedroht und verunsichert. Andeutungen zu sexualisierten Gewalterfahrungen werden deshalb oft überhört, Auswirkungen, die als Folgen der traumatischen Übergriffe auftreten, werden übersehen oder bagatellisiert, ungewöhnliche Verhaltensweisen der Betroffenen werden nicht dem erlebten sexuellen Missbrauch, sondern ihrer Persönlichkeit zugesprochen (Sanford, 1992, S. 70).

Pennebaker & Harber (1993, S. 126–129) sprechen aufgrund dieser allgemein-gesellschaftlichen Abwehr traumatischen, insbesondere sozial inakzeptablen traumatischen Geschehens von einem „sozialen Dilemma“ der Betroffenen, die von ihren traumatischen Erlebnissen erzählen wollen. Manchmal wird den konkreten Aussagen der Betroffenen unangebrachter Zweifel entgegengebracht. Dass andere ihre Erfahrungen unvorstellbar, unfassbar und unglaubwürdig finden, ist eine zentrale Erfahrung von sexuell missbrauchten Kindern und spiegelt einen wesentlichen Aspekt der Missbrauchserfahrung selbst wieder. Durch die Abwehrhaltung potentieller Zuhörer wird das missbrauchsinhärente Schweigen-Müssen und die sich daraus ergebende Isolation wiederholt und

verstärkt. Jeder gescheiterte Versuch, Gehör und Hilfe zu finden, macht erneute Hilfesuche weniger wahrscheinlich.

Auf die Verstärkung negativer Folgen von traumatischen Ereignissen durch anschließende ungünstige Lebensbedingungen verwies schon Keilson (1979). Er beschrieb an jüdischen Kindern, die während des Holocaust nach England geflüchtet waren, zusätzlich traumatisierende Auswirkungen jener ungünstigen Ereignisse, die sich an die Verfolgung im Heimatland anschlossen. Damit wurden belastende Bedingungen nach traumatischen Ereignissen als zusätzliche traumatische Sequenz erkannt, die die Folgen des traumatischen Geschehens noch verstärkten.

Im Verständnis traumatischer Sequenzen sind nicht nur die sexualisierten Gewaltübergriffe traumatogen, sondern die Reaktionen, die danach nicht eintreten, die unterlassene Hilfestellung oder Anerkennung durch nahestehende Menschen, ablehnende und ungläubige gesellschaftliche Reaktionen, die Atmosphäre des Verleugnens traumatisiert das Opfer zusätzlich und verstärkt die Folgen der sexualisierten Übergriffe (Sanford, 1992). Besonders wichtig zur Verarbeitung traumatischer Erfahrung seien Reaktionen, die die Realität des Geschehenen bestätigten: genau diese Bestätigung, die Anerkennung des Geschehenen als gewaltvoller Übergriff, findet bei sexuellem Missbrauch innerhalb eines Vertrauensverhältnisses in der Regel nicht statt. „Wird einem Opfer kein Glauben geschenkt oder wird es beschämt oder mit Drohungen zum Schweigen gebracht, wird sein Geständnis bagatellisiert oder wird es für sein Geständnis bestraft, entwickelt es zu dem ursprünglichen Trauma ein zweites Trauma, das der *mutwilligen und willkürlichen Missachtung der Schmerzen*. ... Werden die kindlichen Gedanken und Gefühle zum Trauma ... von den Erwachsenen verdrängt oder abgelehnt, kann das ebenso großen Schmerz hervorrufen wie das ursprüngliche Trauma.“ (Sanford, 1992, S.44, Hervorhebung von A.B.).

Es muss davon ausgegangen werden, dass sich beim Zusammenwirken mehrerer Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von psychischen Störungen um ein Vielfaches nicht-linear erhöht. Umgekehrt können protektive Faktoren die Verarbeitung der traumatischen Situation begünstigen, eingetretenen Schäden schützend entgegenwirken und so dem Heilungsverlauf zuträglich sein (Fischer & Riedesser, 1998, S. 133f).

Egle et al. (1997, S. 19) beschreiben folgende biographischen protektiven Faktoren: Dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson, Großfamilie oder kompensatorische Elternbeziehungen mit Entlastung der Mutter, gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust, überdurchschnittliche Intelligenz, aktives und kontaktfreudiges Temperament, sicheres Bindungsverhalten, soziale Förderung, verlässliche unterstützende Bezugspersonen im Erwachsenenalter, lebenszeitlich eher spätes Eingehen schwer auflösbarer Bindungen.

Von verschiedenen Autoren wird der Einfluss der posttraumatischen Umgebung auf die weitere Entwicklung betont, von besonderer Bedeutung in der Verarbeitung sexualisierter Gewalterfahrungen zeigt sich das soziale Umfeld, insbesondere Unterstützung innerhalb der Familie, vor allem durch die Mutter, wird immer wieder als wichtigster protektiver Faktor im Erholungsprozess nach sexuellem Kindesmissbrauch genannt (Bender & Lösel, 1997, S. 51).

Analog dazu nennt Schmidt (1997, S. 403) folgende Schutzfaktoren, die die potentiell destruktiven Auswirkungen der sexualisierten Gewalt abmilderten: Supportive Bezugspersonen (möglichst innerhalb der Familie), verfügbare (d.h. benutzte) soziale Hilfsangebote, optimistische Einstellung mit hoher Selbsteinschätzung und internem Kontrollbewusstsein, Fehlen autoaggressiver Symptome, gute kognitive Fähigkeiten und hoffnungsvolle Phantasien, Verantwortlichkeit für andere und Auseinandersetzungsfähigkeit.

Bürgin & Rost (1997, S. 143f) schlagen zur Abschätzung möglicher traumatogener Wirkungen eines Übergriffs vor, individuelle Vulnerabilität (also prätraumatische Ausgangslage), Merkmale der potentiell traumatogenen Situation (Dauer, Intensität etc.) und etwaige Schutzfunktionen der Umgebung miteinander in Beziehung zu setzen. Bei einer Häufung einzelner (sub-)traumatischer Erlebnisse könne es zur sequentiellen Steigerung der Verletzlichkeit und in der Folge zur kumulativen Traumatisierung (Kahn, 1963) kommen. Follette, Polusny, Bechtle & Naugle (1996) untersuchten die kumulative Wirkung gehäufter sexualisierter Gewalterfahrungen in Kindheit und Erwachsenenalter; dabei war das Ausmaß posttraumatischer Symptome signifikant verknüpft mit der Anzahl verschiedener Viktimisationserfahrungen.

Fischer & Riedesser (1998, S. 136) empfehlen, die reale biographische Gefährdung des Auftretens und Ausmaßes psychischer Störungen am Verhältnis vorhandener Risiko- und protektiver Faktoren zu ergründen. Dabei gehen sie davon aus, dass nicht nur das Vorhandensein, sondern auch der Stärkegrad der traumatisierenden/belastenden und protektiven/schützenden Faktoren miteinander in Beziehung gesetzt werden muss, und dass protektive Ressourcen nicht nur generell vorhanden, sondern für die betroffene Person in der konkreten Situation effektiv *verfügbar* sein müssen.

In retrospektiven Untersuchungen wurde wiederholt nach Bedingungen gesucht, die für ein schlechteres oder besseres Symptombild heute erwachsener, in ihrer Kindheit sexuell Traumatisierter sprechen. Eine prospektive Langzeitstudie ist nicht bekannt. Immer wieder wird auf die günstigen Effekte familiärer Zuwendung, einer unterstützenden Bezugsperson, emotional verfügbarer und schützender Eltern oder vertrauter Erwachsener hingewiesen (Romans, Martin, Anderson, O'Shea & Mullen, 1995; Conte & Schuerman, 1987).

Die Untersuchung von Wirtz & Harrel (1987, S. 866) fand höhere Stressniveaus und einen langsameren Heilungsverlauf bei Traumatisierten, die sich nach dem Übergriff von Familie und Freunden zurückgezogen hatten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zwar offenbar das Verfügbarsein einer vertrauensvollen erwachsenen Bezugsperson die negativen Folgen sexualisierter Gewalt gegen Kinder abzumildern vermag, gleichzeitig aber das Bindungs- und Beziehungsverhalten durch die sexualisierten Übergriffe (besonders, wenn diese von Bezugspersonen ausgehen) stark beeinflusst wird.

Nach Roche, Runtz & Hunter (1999) beeinflusst sexualisierte Gewalt in der Kindheit sowohl verschiedenes Bindungsverhalten wie auch psychisches Funktionsniveau im Erwachsenenalter. In ihrer Untersuchung waren Frauen, die in der Kindheit Opfer sexualisierter Gewalt worden waren, signifikant unsicherer und ängstlicher in Beziehungen, bei Opfern intrafamiliärer Übergriffe waren die Unterschiede noch deutlicher ausgeprägt. Dabei waren verschiedene Attachment-Stile mit unterschiedlichen Funktionsniveaus und posttraumatischen Symptomen verbunden (nachdem Missbrauchs-Variablen herauspartialisiert worden waren), nicht aber waren Missbrauchs-Variablen (bei Partialisation der Attachment-Stile) zur Vorhersage verschiedenen Funktionsniveaus geeignet. Bindungsverhalten in bestehenden Beziehungen scheint einen deutlichen Einfluss auf das Ausmaß posttraumatischer Beeinträchtigungen auszuüben.

Wyatt & Newcomb (1990) untersuchten in einer retrospektiven Studie an in ihrer Kindheit missbrauchten Frauen im Hinblick auf spätere Folgeerscheinungen verschiedene interne wie auch externe Faktoren. Negative Konsequenzen im Erwachsenenalter waren verbunden mit der Schwere des erlittenen Missbrauchs, einer näheren Beziehung zum Täter, einem größeren Ausmaß an Selbstbeschuldigung und Schwierigkeiten, den Missbrauch Erwachsenen zu enthüllen. Prognostisch ungünstig zeigte sich also eine sofortige negative Reaktion auf den Missbrauch und ein Empfinden von Schuld und Verantwortung (was wiederum von psychischem Zwang in der Missbrauchssituation begünstigt wurde). Auch zeigten sich Zusammenhänge zwischen einer schwierigeren und geringeren Enthüllung des Missbrauchs (wie sie besonders beim Missbrauch durch Vertrauens- und Autoritätspersonen charakteristisch ist) und späteren Folgeerscheinungen (ebd. S. 763). Ereignisse, die Monate oder Jahre nach dem ursprünglichen Missbrauch stattfanden, wie auch Reaktionen auf das spätere Aufdecken des Missbrauchs bleiben in der Studie unberücksichtigt.

Eine neuseeländische retrospektive Studie im Kontrollgruppendesign (Romans et al., 1995) untersuchte Mediatorvariablen und ihre Zusammenhänge mit psychiatrischen Symptomen und Selbstwertgefühl bei 138 als Kind sexuell missbrauchten Frauen. Dabei wurde die Qualität der Beziehung der Betroffenen zu jedem der beiden Elternteile und gegebenenfalls zum eigenen Partner berücksichtigt. Es zeigte sich, dass mit der Zunahme der Häufigkeit sexueller Übergriffe das Selbstwertgefühl der untersuchten Frauen signifikant abnahm; andererseits hing wie zu erwarten Erwerbstätigkeit und Höhe des sozioökonomischen Status, aber auch das Vorhandensein eines vertrauenswürdigen Lebenspartners mit der Höhe des Selbstwertgefühls zusammen. Die meisten der Untersuchten hatten zur Zeit des Missbrauchs diesen nicht enthüllt, dabei zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen späteren psychischen Folgen oder Selbstwertgefühl und der Tatsache, ob der Missbrauch damals enthüllt worden war (Romans et al., 1995, S. 132–135). Prognostisch sehr ungünstig wirkten Eltern, die untereinander wenig körperliche Zuwendung und Zärtlichkeit zeigten oder gewalttätig zueinander waren. Negative Auswirkungen hatte eine schlechte Beziehung der Untersuchten zu ihren Eltern und die Unmöglichkeit, über Menstruation u.ä. zu sprechen. Mit positivem späterem

Selbstwert und geringeren Symptomen gingen demgegenüber umsorgende, emotional zugewandte und nur wenig kontrollierende Elternteile und die beiden Aussagen, die Schule gemocht und gleichaltrige Freunde gehabt zu haben, einher. Überraschend zeigte sich, dass jene Untersuchten, die sich selbst als gut im Sport bezeichneten, sowohl höheren Selbstwert als auch niedriger Symptomraten zeigten.

Die Suche nach Faktoren, die die langfristigen Folgen einer kindlichen sexualisierten Traumatisierung beeinflussen, führt zur Frage der Verarbeitungsprozesse nach traumatischen Übergriffen. Auf den Einfluss von unterscheidbaren Coping-Strategien und sozialen Faktoren wird im Anschluss daran eingegangen.

Kapitel 5

Verarbeitungsprozesse nach traumatischen Ereignissen

Nach der Beschreibung der Folgen, die nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit häufig auftreten, geht es hier um die Darstellung der Verarbeitungsmöglichkeiten nach traumatischen Ereignissen. Dazu werden Modelle post-traumatischer Prozessverläufe und einzelne Coping-Strategien sowie Faktoren, die sich auf die innerpsychische Verarbeitung begünstigend auswirken können (abgesehen von den schon beschriebenen nicht von außen zu beeinflussenden demographischen Variablen und den Bedingungen des Missbrauchsgeschehens) besprochen.

5.1 Modelle eines phasenhaften Verlaufs

Einer der ersten, der sich mit der Frage beschäftigte, wie sich traumatische Ereignisse auf psychische Funktionen auswirken, war Pierre Janet. Er vermutete, dass die Emotionen, die mit dem traumatischen Erleben verbunden seien und nicht bewältigt werden können, dissoziiert werden. Unbewusst blieben unintegrierte Erinnerungen bestehen und beeinflussten psychische Funktionen. Um die traumatischen Erinnerungen zu überwinden sei eine Integration der Erfahrung, etwa durch die Transformation der dissoziierten Erinnerungen und Affekte in eine Erzählung, notwendig (Janet, 1889; zitiert nach Kleber & Brom, 1991, S. 14).

Diesem Verständnis schließt sich im wesentlichen Horowitz (1986, 1976) in seiner Darstellung des *Stress Response Syndromes* an. Nach Horowitz sind stressende Ereignisse dann nur in geringem Ausmaß beeinträchtigend, wenn das Ereignis korrekt wahrgenommen werden kann, wenn den Wahrnehmungen eine klare Bedeutung zugeschrieben werden kann, sich diese Bedeutung mit Teilen des allgemeinen Wertsystems der Person verbinden lässt und eine zielgerichtete Handlung eingeleitet werden kann. Wenn diese Bedingungen nicht gegeben sind, wie bei traumatischen Ereignissen, müssten die überwältigenden Emotionen abgewehrt werden, kehrten aber als unkontrollierbare Bilder, Gedanken und Gefühle wieder. Ein sich wiederholender Zyklus von Vermeidung und intrusivem Wiedererleben sei die Folge (zitiert nach Donaldson & Gardner, 1985, S. 360f). Der Wechsel zwischen den beiden Polen werde eingeleitet über das Ansteigen oder Abnehmen von Angst und Entsetzen, die mit den traumatischen Erinnerungen verbunden sind, verbunden mit einem Verstärken (Abwehr) oder Lockern (Intrusion) unbewusster Kontrollmechanismen. Die oszillierenden Abwehrbemühungen und Intrusionen, die sich im Anschluss an das traumatische Erleben entwickelten, seien als Verarbeitungsbemühungen des traumatisierten Individuums zu verstehen. Sie gingen über in eine Phase des allmählich kontrollierteren Bearbeitens der traumatischen Erfahrung, die schließlich zur Integration führe. Verarbeitung der traumatischen Erfahrung bedeute dabei die Veränderung und Anpassung kognitiver Schemata, um die Integration der traumatischen Erfahrung zu ermöglichen (zitiert nach Kleber & Brom, 1992, S. 24f und S. 137–140).

Horowitz (1986) beschreibt einen 5-phasigen Verlauf von Verarbeitungsprozessen im Stress Response Syndrome (auch bei Kleber & Brom, 1992, S. 225; Fischer & Riedesser, 1998, S. 92f). Dabei

wird eine normale Variante der stress response von der pathologischen Variante der traumatischen Reaktion unterschieden:

1. **Outcry:** ein fast reflexartiger Aufschrei in der Phase der traumatischen Exposition, bedingt durch die Überflutung von schmerzhaften Emotionen, gefolgt von einem Zustand von Panik und Erschöpfung;
2. **Denial:** Verleugnung als Abwehr extremer Affekte und Erinnerungen an die traumatische Situation, als pathologisch wird ein äußerst stark ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, z.T. unterstützt vom Gebrauch chemischer Substanzen, beschrieben, das ausgeprägte Vermeidungsverhalten kann mitunter phobische Züge annehmen;
3. **Intrusion:** das unwillkürliche Sich-Aufdrängen von Gedanken oder Erinnerungen an das Trauma. Das pathologische Bild entspricht der intrusiven Symptomatik des PTSD mit unkontrollierbarem, fast zwanghaftem Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Erinnerungen, Gedanken, Träumen und Affekten (Intrusion und Denial laufen dabei simultan, in oszillierendem Wechsel und innerhalb desselben Zeitgefüges ab),
4. **Working through:** Bearbeiten des traumatischen Erlebens, Auseinandersetzung mit dem Ereignis, den persönlichen Reaktionen darauf und den (kognitiven und emotionalen) Auswirkungen auf das aktuelle und zukünftige Leben, als pathologische Variante können anstelle des Auseinandersetzens eine Erstarrung in Zuständen mit körperlichen Missempfindungen und psychosomatischen Symptomen oder Persönlichkeitsveränderungen eintreten; sowie
5. **Completion:** Relativer Abschluss als Integration der traumatischen Erfahrung in das Selbst- und Weltkonzept, damit wird es möglich, sich willentlich an die traumatische Situation zu erinnern, ohne zwanghaft in Gedanken und Gefühlen damit beschäftigt zu sein.

Dieses phasenhafte Modell von Belastungsfolgen mit der postulierten Oszillation von Vermeidungs- und Intrusionsphasen wurde bisher noch nicht empirisch bestätigt (Maercker & Schützwohl, 1998).

Ähnlich zu Horowitz' Stress Response Modell haben verschiedene Autoren mehrphasige Modelle zu Verarbeitungsmechanismen unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis vorgestellt. Kleber & Brom (1992, S. 74–85) beschreiben die Phasen (1) Unglauben, Verwirrung und Bestürzung (disbelief, bewilderment), (2) Wiedererleben und Vermeidung (reexperiencing, avoidance) und (3) Integration (integration, recovery). Roth & Newman (1993, S. 363) sehen in der Annäherung und Vermeidung den dyadischen Angelpunkt posttraumatischer Bewältigungsversuche. Nur die (emotionale) Annäherung an das erlebte Trauma könne zur Assimilation und Integration des Traumas führen, gleichzeitig sei die Annäherung mit Angst und Schmerz verbunden – Vermeidungsverhalten verringere die emotionale Bürde der traumatischen Übergriffe und ermögliche derart die (zumindest zeitweilige) Erlangung von Kontrollüberzeugung. Jedoch führe Vermeidung leicht zu emotionaler Abstumpfung oder zur dysfunktionalen Änderung des Lebensstils, zudem begünstige sie das Auftreten traumabedingter Symptome. Nach Roth & Newman (a.a.O. S. 365f) ist das Verständnis der emotionalen Bedeutung des Traumas und seiner Folgeerscheinungen, und zwar zur Zeit der Übergriffe wie auch in der aktuellen Lebenssituation, entscheidend für einen günstigen Verarbeitungsprozess. Im Idealfall würden sich Betroffene dem erlittenen Trauma graduell und wohldosiert annähern, so dass damit verbundene schmerzhaft Affekte im Rahmen des Erträglichen blieben, dabei fände die Annäherung sowohl auf einer emotionalen wie auch auf der kognitiven Ebene statt, und mit der Zeit würde das nochmalige Wiedererleben der traumabedingten Affekte zu Einsicht in die Übergriffe, zu einer Reduktion der Symptome und zur erfolgreichen Integration der traumatischen Erfahrung führen.

Figley (1985, S. 402–408) schlägt ein fünfstufiges Modell der Verarbeitung traumatischer Ereignisse vor, das sich vom Horowitz-Modell hauptsächlich durch die Einbeziehung einer möglichen Chronifizierung posttraumatischer Belastungen unterscheidet:

1. **Die Katastrophe (catastrophe).** Die Stressreaktionen in der Phase der traumatischen Belastung beinhalten Flucht Tendenzen, kurzzeitiges „freezing“ (z.B. Bewegungsstarre) und Verleugnungselemente. Diese Phase dauere so lange an, bis ein subjektives Sicherheitsgefühl wieder

erreicht werden könne, und dies könne auch Jahre dauern. Solange immer wieder Teile des traumatischen Geschehens intrusiv wiedererlebt werden, könnte die Einschätzung, dass das traumatische Ereignis vergangen ist und die aktuelle Umwelt Sicherheit bietet, häufig nicht erreicht werden.

2. **Die Phase der Erleichterung und Verwirrung (relief, confusion)** besteht im Wiedererlangen eines Gefühls von Sicherheit, verbunden mit der Erleichterung, dass die Katastrophe ein Ende gefunden hat und mit der Verwirrung darüber, was eigentlich genau passiert ist, warum es geschehen ist und was die Konsequenzen der Katastrophe sein werden. Unkontrollierbares Wiedererleben des Traumas kann wieder in die Phase 1 zurückführen.
3. **Die Vermeidungsphase (avoidance)** ermögliche (als Methode des Coping) eine kurzfristige Reduktion der schmerzhaften Affekte, wobei die Vermeidung durch das intrusive Zurückwerfen in die Phase der Katastrophe unterbrochen wird.
4. **In der Phase der „reconsideration“** ist der Punkt erreicht, an dem der Betroffene in der Lage ist, sich mit dem traumatischen Geschehen auseinanderzusetzen. Diese Phase könne unterschiedlich lange andauern und immer wieder in die Vermeidung zurückführen oder vom Wiedererleben unterbrochen werden. Nicht immer werde die abschließende Phase der Anpassung erlangt.
5. **Die Anpassung (adjustment)** könne meist nur erreicht werden, wenn adäquate Ressourcen (z.B. personelle, soziale und finanzielle) verfügbar sind. Erst in dieser abschließenden Phase könnten die fünf zentralen Fragen des traumatischen Geschehens (was geschah?, warum geschah es?, warum verhielt ich mich damals so?, warum verhielt ich mich seit damals so?, was wäre, wenn es wieder passiert?) hinreichend beantwortet werden. Die Beantwortung dieser Fragen schließlich bedeute, in einer neuen Welt zu leben, die Katastrophen, Traumatisierungen und ihre Folgen beinhalte (ebd. S. 404).

Insgesamt sei das Ausmaß posttraumatischer Belastung einerseits von den individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten, andererseits von situativen Faktoren abhängig. Bis zu Phase 4 (reconsideration) wird immer wieder eine mögliche Regression des Verarbeitungsprozesses in alle vorigen Phasen beschrieben, d.h. immer wieder können Intrusionen auftauchen, die das vergangene traumatische Geschehen repräsentieren, damit ein Gefühl von Sicherheit vernichten und in den Zustand der „Katastrophe“ zurückführen. Dadurch wird die mögliche Chronifizierung der posttraumatischen Belastung verständlich. Erst durch eine adäquate Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen komme es zur Anpassung (adjustment), die den Wechsel von Intrusion und Vermeidung und das Regredieren in frühere Phasen des Verarbeitungsprozesses beendet.

Eines der neueren Modelle zur Beschreibung traumatischer Reaktionen ist das *Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung* von Fischer & Riedesser (1998, S. 59–119). Die beiden Autoren bezeichnen ihren Ansatz als „ökologisch-dialektisch“ (S. 59), zentral dabei ist die Berücksichtigung sozialer Faktoren im Verlauf des traumatischen Prozesses.

1. **Die „traumatische Situation“** entstehe aus dem Zusammenspiel von potentiell traumatierendem Ereignis und seiner subjektiven Bedeutungszuschreibung. Traumatische Situationen kennzeichne das Kriterium der Ausweglosigkeit, das Fehlen von subjektiv angemessenen Reaktionsmöglichkeiten. Aus der Diskrepanz zwischen persönlicher Erwartung und belastender Situation entstehe das „zentrale traumatische Situationsthema“, dies sei die subjektive Bedeutung, die eine traumatische Situation für die Person annimmt. Ohne ein Sich-Hineinversetzen in die Situation und ihre individuelle Bedeutung sei ein Verstehen der traumatischen Erfahrung des Einzelnen nicht möglich.
2. **Die „traumatische Reaktion“** als zweite Phase des traumatischen Verlaufs bestehe aus einer Notfallreaktion während der Traumaexposition und der daran anschließenden postexpositorischen Erschöpfung, die entweder in eine Phase der Erholung oder aber in einen traumatischen Prozess übergehe.

3. Der „traumatische Prozess“ beschreibt das Bemühen, eine existenzbedrohende und unverständliche Erfahrung zu begreifen und sie in das eigene Selbst- und Weltverständnis zu integrieren. Dies geschehe im Wechselspiel von Zulassen der Erinnerungen und Abwehr, um erneute Reizüberflutung zu vermeiden. Diese kompensatorischen Maßnahmen, die Fischer & Riedesser (1998) als „traumakompensatorisches Schema“ beschreiben, umfassen dabei eine subjektive Theorie darüber, wodurch das Trauma entstanden sei, wie es geheilt werden könne und was geschehen müsse, um eine erneute Traumatisierung zu vermeiden. Diese Komponenten seien aufeinander bezogen und meist nur unvollständig bewusst zugänglich. Traumakompensatorische Maßnahmen schienen von außen betrachtet oft als irrational und unzweckmäßig.

Die Phasen des Verlaufmodells sind nicht in einem zeitlichem, sondern in einem dynamischem Verhältnis zueinander zu verstehen, d.h. verschiedene Phasen laufen parallel ab. Fischer & Riedesser betonen dabei die soziale Dimension der Verarbeitungsversuche des Individuums: ein traumatisches Erleben könne ein Mensch nicht alleine bewältigen, deshalb sei für das Entwickeln des traumatischen Prozesses entscheidend, wie sich die mitmenschliche Umwelt zum traumatischen Leiden verhalte. Insbesondere bei bewusst herbeigeführten Traumatisierungen durch Menschenhand (Gewaltverbrechen) sei die Anerkennung des Leidens und das Empfinden, als Opfer von der sozialen Umwelt Gerechtigkeit und Würdigung zu erfahren, entscheidend. Deshalb sei der traumatische Prozess nicht nur ein individueller, sondern stets auch ein sozialer Vorgang (S. 60f).

Allen Modellen ist gemeinsam, dass die Bemühungen, mit dem traumatischen Geschehen umzugehen (es abzuwehren oder sich damit auseinanderzusetzen) zentralen Raum einnehmen. Dabei wird die Auseinandersetzung mit dem Trauma als Bedingung langfristig günstigster Verarbeitungsprozess verstanden. In allen Modellen werden Phasen oder Varianten beschrieben, in der die Vermeidung des Traumas zentral ist, welche z.T. der Auseinandersetzung mit dem Geschehen vorausgehen. Das Verständnis von einem phasenhaften Verarbeitungsgeschehen nach Traumatisierung findet sich auch in Behandlungskonzepten wieder, deren Grundzüge in der Arbeit mit Traumatisierten noch beschrieben werden. Vorerst aber werden Copingstrategien in den verschiedenen Phasen dargestellt, und zwar in der Phase der Auseinandersetzung mit dem traumatischen Ereignis (Traumabearbeitung und Integration) und in den Phasen, die dieser Auseinandersetzung vorausgehen (Wiedererlangen von Sicherheit) bzw. nachfolgen (Aufnahme aktueller Lebensbezüge) (orientiert sich an den drei Phasen post-traumatischer Psychotherapie bei Herman, 1994). Dabei wird besonders auf günstige Bedingungen und positive Verarbeitungsmechanismen, wie sie im Rahmen von Psychotherapien gefördert werden können, Bezug genommen.

5.1.1 Wiedererlangen von Sicherheit

Herman (1994, S. 12) beschreibt detailliert psychotherapeutische Grundsätze, um günstige Verarbeitungsprozesse nach Traumatisierungen einzuleiten und zu fördern. Für traumatisierte Menschen sei ein extremes Sicherheitsbedürfnis charakteristisch, deshalb sei im therapeutischen Rahmen die Wiedererlangung eines Sicherheitsempfindens von grundlegender Bedeutung, bevor die Rekonstruktion der Geschichte des Traumas, die Auseinandersetzung mit seinen Implikationen und die Wiedereingliederung des Traumatisierten in die Gemeinschaft in Angriff genommen werden könne. Vor der Verwirklichung eines Grundgefühls von Sicherheit müsse jede traumafokussierte Arbeit erfolglos bleiben.

Die Wiederherstellung von Sicherheit umfasst nach Herman (1994, S. 222f) auch ganz pragmatische Aspekte wie die Sorge um den Körper, Befolgung grundlegender Gesundheitsregeln und Befriedigung lebensnotiger Bedürfnisse wie auch der Kontrolle selbstzerstörerischer Verhaltensweisen, gleichfalls sei eine sichere Umgebung zu schaffen und außertherapeutische soziale Unterstützung sorgfältig zu prüfen und miteinzubeziehen. Auch eine grundlegende finanzielle Sicherheit sollte gegeben sein. Es seien daher praktische Pläne für den Schutz der Betroffenen zu erstellen, die Verfügbarkeit von Ressourcen ihres sozialen Netzwerkes müsse geprüft werden. All diese pragmatisch unterstützenden Maßnahmen sollen letztlich zur Erhöhung der Sicherheit und des Sicherheitsempfindens der Betroffenen beitragen. Die Wiederherstellung der Sicherheit ist dabei erheblich erschwert, wenn die Beziehung zwischen Betroffenenem und Täter weiterhin besteht. Hier müsse es vorrangiges

Ziel sein, den Selbstschutz und die Abgrenzung zum Täter bzw. der Herkunftsfamilie zu verbessern. Dabei dürfe nicht übersehen werden, dass Betroffene für ihre Sicherheit und Unabhängigkeit auch meist sehr viel aufgeben müssen (a.a.O. S. 241). Opfer von Kindesmissbrauch verlieren oft ihre gesamte Familie samt ihrer auch positiven Bindungen, wenn sie sich gegen den Täter wenden.

Angesichts des generalisierten Misstrauens, an dem die meisten Opfer von Gewaltübergriffen (umso mehr, wenn diese in einem Vertrauensverhältnis stattfanden) leiden, ist der Aufbau einer vertrauensvollen, mitmenschlichen therapeutischen Beziehung das primäre Therapieziel (Olio & Cornell, 1993). Ein grundlegendes Sicherheitsempfinden muss in der therapeutischen Beziehung vorhanden sein, erst dann kann nach Herman (1994, S. 215) die Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen erfolgen – die Wiedererlangung von Sicherheit ist insofern die Basis, auf der eine Bearbeitung des Traumas stattfinden kann. Damit der Patient ein Gefühl der Sicherheit wiedererlangen könne, sei ein offener Umgang mit dem Thema Missbrauch nützlich. Darüberhinaus sollen in der Therapieeingangsphase formalen Aspekte der Therapiesituation explizit dargelegt werden.

In der Missbrauchssituation ist bei vielen Betroffenen die angsterfüllte Erwartung entstanden, in Beziehungen, die ein gewisses Maß an Intimität erfordern, insbesondere dann, wenn auch noch ein Machtgefälle zuungunsten des Betroffenen vorhanden ist, extrem gefährdet zu sein. Diese Kriterien treffen auch für die therapeutische Beziehung zu. Briere (1992, S. 89) empfiehlt dem Therapeuten, klar Ziele und Grenzen der therapeutischen Beziehung aufzuzeigen, dezidiert anzusprechen, dass der Klient ein Recht darauf hat, selbst zu entscheiden, was er wann tun will, und dass die therapeutische Beziehung sich nicht in eine freundschaftliche, sexuelle oder ausbeuterische verwandeln wird: das ausschließliche Ziel der therapeutischen Beziehung ist Wachstum und Entwicklung des Klienten. Damit unterscheidet sich die therapeutische Beziehung grundlegend von allen anderen mitmenschlichen Kontakten.

Die dissoziative Abwehr und Fragmentierung des traumatisierten Patienten ist neben seinem fundamentalen Misstrauen eine der größten Herausforderungen an die therapeutische Arbeit. Die Basis dafür, dass der Klient wieder einen Zugang zu abgespaltenen Selbstaspekten findet, liegt in der sicheren therapeutischen Beziehung. Ihr komme eine Art Brückenfunktion zwischen einzelnen abgespaltenen Selbstaspekten zu. Während der Traumatisierte in und während der Therapiestunden zwischen einzelnen fragmentierten Selbstanteilen hin und her schwanke, verbinde der Therapeut, indem er all diese einzelnen Bruchstücke aufmerksam wahrnehme und wieder einbringe, zwischen diesen Anteilen. Er habe die Aufgabe, die einzelnen Fragmente gleichsam aufzubewahren, während der Klient sich in Verwirrung, Selbstzweifeln und Vergessen immer wieder selbst verliert (Olio & Cornell, 1993, S. 517).

Zusätzlich zum Empfinden von Sicherheit in aktuellen Lebensbedingungen wie auch in der therapeutischen Beziehung ist ein weiterer Aspekt für eine Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten vielleicht entscheidend: jene Gewissheit, mit traumatischen Erinnerungen umgehen und sich vor einer Überflutung durch intrusive Bilder und Empfindungen schützen zu können. In der therapeutischen Arbeit können verschiedene Techniken erlernt werden, um schmerzhaftes Emotionen zu kontrollieren (Stressmanagement- und Distanzierungstechniken), das Einüben dieser Techniken dient der Vorbereitung der Bearbeitung traumatischer Inhalte. Einige dieser Vorgehensweisen werden bei der Darstellung behavioraler und kognitiver Psychotherapieansätze beschrieben.

5.1.2 Traumabearbeitung und Integration

Nach Herman (1994) müssen die wesentlichen Aspekte der traumatischen Ereignisse bewusst zugänglich sein, damit eine Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen erfolgen kann. Die Rekonstruktion des Traumas erfolgt nach Herman, indem der Patient seine bruchstückhaften Erinnerungen an das Geschehen, ihn plötzlich überflutende Gefühle und Körperempfindungen schildert und allmählich zusammenfügt. Dabei geht es nicht um die realitätsgetreue, rationale Beschreibung der Übergriffe, sondern um die Einbeziehung der damaligen sinnlichen Wahrnehmung, der Körperempfindungen und -reaktionen und insbesondere um die Einbeziehung der emotionalen Komponente: „Eine nüchterne Auflistung von Fakten ohne die Berücksichtigung der dazugehörigen Gefühle ist ein steriles Unterfangen ohne jeden therapeutischen Effekt.“ (a.a.O. S. 250).

Die Rekonstruktion des Traumas zielt nicht darauf ab, ein detektivisches Bild des Geschehenen zu erfassen, sondern Zugang zu wesentlichen Aspekten des Traumas zu finden. Herman (a.a.O.) warnt vor einer allzu raschen, forcierten Offenlegung traumatischer Erinnerungen, die für den Betroffenen potentiell gefährdend ist, wenn die auftauchenden Schrecken nicht bewältigt werden können. Deshalb habe die Aufrechterhaltung von Sicherheit und Kontrolle immer Vorrang vor einem Bearbeiten traumatischer Inhalte. Alle selbstbestärkenden Tendenzen des Klienten, seine Autonomie sei zu unterstützen. Mit zunehmender Sicherheit, Bearbeitung und Integration bereits bestehender Erinnerungen und mit menschlicher Unterstützung werde sich der Patient von selbst weiteren Aspekten seiner Leidensgeschichte stellen (Rose, 1991, S. 87).

Zur Aufrechterhaltung eines möglichst umfassenden Empfindens von Sicherheit und Kontrolle gehört, den Patienten über therapeutische Vorgehensweisen, über mögliche Symptome nach Traumatisierung, insbesondere aber auch über die zu erwartenden Belastungen durch die Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten, die anders als das Erleben des Traumas kontrolliert und bewältigt werden können, zu informieren. In der Bearbeitung des Traumas müsse die aktuelle Lebenssituation des Klienten berücksichtigt werden und in Zeiten aktueller Lebenskrisen oder besonderer Anforderungen sei die Erforschung des Traumas in ruhigere und sicherere Phasen zu verschieben (Herman, 1994, S. 248f). Der Therapeut kann helfen, einen sicheren Rahmen bereitzustellen, in dem eine Wiederannäherung an das Trauma im Sinne einer emotionalen Auseinandersetzung mit den erlebten Übergriffen möglich ist. Aber es wird letztlich die Entscheidung des Betroffenen sein, ob und wann er sich der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen stellt.

In der Phase der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen empfiehlt Herman (1994), die Symptome des Patienten stets genau im Auge zu behalten, und Sorge zu tragen, dass seine Belastungsgrenze nicht überschritten wird: es gehe nicht um die unvorbereitete Wiederholung des Traumas, sondern um ein graduelles Annähern daran. Der Therapeut müsse darauf achten, die Betroffene nicht zu überfordern, und ihr helfen, in einer sicheren Gegenwart verankert zu bleiben bzw. in sie zurückzukehren, denn die Rekonstruktion des erlittenen Traumas stürzt die Betroffenen in Angst und Schmerz und in große Ambivalenzen: „Die Verleugnung des traumatischen Ereignisses gibt ihnen das Gefühl, verrückt zu sein, die volle Wahrheit hingegen übersteigt anscheinend bei weitem das, was ein Mensch ertragen kann“ (a.a.O. S. 255). So sind Phasen der Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Trauma zu erwarten, die sich mit Phasen der Bagatellisierung und teilweisen Verleugnung des Erlebten abwechseln.

Bei dramatischen Verschlimmerungen des Zustandsbildes des Patienten müsse behutsamer vorgegangen und dem Sicherheitsaspekt wieder vermehrt Rechnung getragen werden. So sei die Konfrontation mit dem Trauma eine „Gratwanderung zwischen hemmender Überängstlichkeit und fahrlässiger Überforderung“ (Briere, 1992a, S. 102ff). Entsprechend ist es nach Briere (a.a.O.) eine der wichtigsten therapeutischen Entscheidungen, entweder voranzuschreiten in der Aufdeckung und Bearbeitung des Traumas, oder sich weiter um die Stabilität und Sicherheit des Klienten zu bemühen. Dafür müsse das Ausmaß der intrusiven Symptomatologie des Klienten (Alpträume, Flashbacks), sein dissoziativer Status und das Vorhandensein schmerzhafter Affekte sorgfältig beobachtet werden. Wenn diese Anzeichen bedenklich zunehmen und der Klient sich offenbar in einer Krise befinde, sei seinem Kontrollbedürfnis und seiner Stabilisierung wieder mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Dabei dürfe eine notwendig gewordene Unterstützung und Rückversicherung des Klienten nicht als Zeichen dessen gewertet werden, dass er offenbar zu schwach oder zu krank sei, die Erinnerungen auszuhalten, sondern als normales Auf und Ab der Therapie und als Hinweis darauf, wie schmerzhaft die Integration der erlittenen Übergriffe sei. Die einzelne Sitzung solle den Klienten mit einem Gefühl der Kontrolle und Sicherheit entlassen, und solle zu diesem Zweck nach Möglichkeit am Ende der Stunde aus der Vergangenheitsarbeit ins sichere Hier und Jetzt zurückkehren.

Integration traumatischer Gewaltübergriffe bedeutet nach Kleber & Brom (1992, S. 83) das Akzeptieren, dass das traumatische Ereignis tatsächlich stattgefunden hat, und dass man immer noch lebt. Negative Emotionen gegen sich selbst würden mit einem allmählichen Verstehen des traumatischen Ereignisses und der eigenen Ohnmacht abnehmen. Die Gefühle gegen den Aggressor seien allmählich mehr von Zorn und Wut bestimmt, sie würden die dysfunktionale internale Attribution von Schuld und Verantwortung und Wut auf sich selbst aufgrund eigenen Versagens o.ö. allmählich zurückdrängen.

McMillen & Zuravin (1997) untersuchten 154 Frauen, deren sexualisiertes Gewalterleiden in der Kindheit staatlichen Stellen bekannt worden war, bezüglich des Einflusses von Selbstbeschuldigung, Familien-Beschuldigung und Täter-Schuldzuschreibung auf das aktuelle Funktionsniveau und auf Beziehungsstile. In der multivariaten Regressionsanalyse zeigte sich Selbstbeschuldigung negativ korreliert mit Selbstwert und dem Gefühl, sich in nahen Beziehungen wohl zu fühlen und positiv korreliert mit Angst in Beziehungen. Hohe Schuldzuschreibungen an die Familie waren ebenfalls mit hoher Angst in Beziehungen und mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, dass das eigene Kind misshandelt worden war, verbunden. Allerdings zeigte das Ausmaß der Täterbeschuldigung keinen Einfluss auf das aktuelle erwachsene Funktionsniveau. Dieses Ergebnis widerspricht Wyatt & Newcomb (1990), in deren Untersuchung von 248 sexuell missbrauchten Frauen hohe internale Schuldzuschreibung mit stärkeren negativen Folgen zusammenhing. Die Bedeutung von Schuldzuschreibung an den Täter der sexualisierten Übergriffe auf intrapsychische Verarbeitungsprozesse und das post-traumatische Funktionsniveau bleibt weitgehend unklar.

Als zentraler Aspekt der Bearbeitung der traumatischen sexualisierten Gewalt im Kindesalter wird im folgenden das Konzept der *Missbrauchserkenntnis* dargestellt. Dabei wird davon ausgegangen, dass ein Bewerten der Vorfälle als sexualisierte Gewaltübergriffe, verbunden mit einem Erkennen der Schmerzen und der Folgen dieser Gewalterlebnisse für eine langfristige Besserung der Symptomatik entscheidend ist. Die Missbrauchserkenntnis bildet für das Opfer sexualisierter Gewalt in der Kindheit gewissermaßen ein einsichtsvolles Verständnismodell für das traumatische Geschehen, seine Bedeutung und die (symptomatischen) Folgen.

D. Shapiro (1995, S. 15) beschreibt deutliche Unterschiede, wie die Einsicht (d.h. das Erfahren von neuen Dingen über die eigene Person, damit verbunden das Erarbeiten eines persönlichen ätiologischen Modells für Beschwerden und Symptome) in verschiedenen Psychotherapien erlangt wird: In psychodynamischen Therapien seien Momente der Einsicht meist von schmerzhaftem Erkennen begleitet, in kognitiv-behavioralen Therapien finde eher eine logische Neubewertung eigenen Erlebens und Verhaltens statt. Nach Shapiro (a.a.O.) kann das Verstehen des Geschehenen und der eigenen Reaktionen über verschiedene Wege erreicht werden: Einerseits könne Einsicht erlangt werden nach *kontextueller Vorbereitung* (contextual priming) in früheren Therapiesitzungen, in denen der Klient seine Schwierigkeiten und problematischen Lebensereignisse dem Therapeuten schildere. Dabei spiele auch neue Information (novel information), die der Therapeut etwa als Interpretation einbringe und so einzelne Ereignisse mit problematischen Themen in Beziehung setze, eine wichtige Rolle. Desweiteren werden *anfänglich zurückhaltende Verarbeitung* (initial distanced processing, der Klient überdenke Informationen ruhig und gefühlsdistanziert), *Einsicht* (insight, eine für den Klienten überraschende Entdeckung eines Zusammenhangs) und die *Bearbeitung* (elaboration, sorgfältige Bearbeitung der emotionalen u.a. Schwierigkeiten) genannt. Bei Berücksichtigung all dieser in der Praxis voneinander schwer abzugrenzenden Elemente des Einsichtsprozesses bleibt letztlich doch unklar, wie der Prozess des Einsehens sich im Einzelnen vollzieht.

Im Rahmen der Wiederannäherung an das Trauma beschreibt Fischer (1990) einen zentralen therapeutischen Veränderungsschritt bei Klienten, die ein reales Trauma erlebt haben, und bezeichnet ihn als „*Fähigkeit zur Objektsplaltung*“. Durch die sexuelle Traumatisierung komme es regelmäßig zur Verwirrung der Objektrepräsentanzen; der geliebte Mensch wird zum Täter, gute und böse Aspekte seiner Person können vom Kind nicht mehr unterschieden werden. Parallel dazu ergebe sich eine Konfusion über eigene gute oder schlechte Selbstaspekte. Verschiedene Abwehrmaßnahmen zementierten die Situation, denn indem der vertraute Täter als gut wahrgenommen werden muss, um sich die Beziehung zu ihm zu bewahren, kann sich der schlechte Anteil, Schuld und Hass, nur noch auf die eigene Person richten. Wie schon an anderer Stelle ausgeführt wurde, kann der Täter nur dadurch als geliebte und notwendige Bezugsperson erhalten bleiben, indem die Schlechtigkeit der Tat und die Schuld daran vom Opfer auf sich genommen wird. Dadurch kann das Opfer an der sicherheitsgebenden Vorstellung festhalten, dass der geliebte Täter im Grunde doch gut und schützend sei. Die Aufteilung von Gut und Böse zwischen den beiden beteiligten Personen ermöglicht so, eine positive Bindung an den „guten“ Täter aufrechtzuerhalten, um den Preis des auf sich selbst gerichteten Hasses. Verstärkt werde diese Tendenz durch Leugnungsversuche der Umgebung, die nicht glauben will oder kann, dass der Täter zu solchen Gewalttaten fähig sei: auch hier wird die reale Gespaltenheit des Täter-Objekts in gute und böse Anteile übersehen und die analoge Spaltung im Opfer

verstärkt (Fischer, 1990, S. 200 und S. 203). Die traumabedingte „vertikale Aufspaltung des Ichs“ im Opfer als Spaltung zwischen kognitivem und erfahrendem Ich, also die Spaltung der Identität des Opfers beschreibt Shengold (1995, S. 144ff. Bei ihm bleibt jedoch die Aufspaltung des Opfers in gute und böse Anteile – die es vom Täter übernommen hat – im Spaltungs-Kontext unberücksichtigt.)

Ein wichtiger Veränderungsschritt sei das Wahrnehmen der Trennung oder *Spaltung* zwischen verschiedenen Persönlichkeitsanteilen sowohl des Täter-Objekts wie auch der eigenen Person. Besonders schwer fällt die Erkenntnis, dass die Täter-Beziehungsperson, die der Traumatisierten nahe steht und von der sie als Kind real abhängig war, auch „böse“ ist. Eine solche Einsicht erschüttert fundamental ihr Sicherheitsbedürfnis. Dennoch hat dieser Schritt der „*emotiven*“, nicht nur rein intellektuellen Anerkennung der realen Gespaltenheit des Täter-Objekts in gute und böse Anteile eine befreiende, langfristig heilsame Wirkung. Dieser Schritt löst die emotionale Bindung des Opfers an den Täter: Die Objektspaltung sei die kognitive Entsprechung der emotionalen Ablösung vom geliebten Täter. Dadurch müssen die (verleugneten) scham- und schuldbesetzten Seiten des Missbrauchs nicht mehr länger vom Opfer auf sich genommen werden, sondern die Verantwortung für das Geschehen kann dem Täter zurückgegeben werden. Die Einsicht in die Gespaltenheit des Täter-Objekts beende die Spaltung der eigenen Persönlichkeit (Fischer & Riedesser, 1998, S. 282ff; Roth & Newman, 1993, S. 365ff). Erst mit der Erkenntnis des eigenen Missbraucht-worden-Seins kann die Betroffene ihre Aggression von der eigenen Person abziehen und als gerechtfertigte und begründete Wut auf den Täter richten.

Die Missbrauchserkenntnis oder Objektspaltung kann verstanden werden als die *Aufhebung* des von Summit (1983) beschriebenen *Anpassungssyndroms*. Die Anpassung an den Missbrauch, die emotionale Verstrickung mit dem Täter ist die einzige Möglichkeit des Kindes, die traumatische Situation zu überleben. Erst mit der Erkenntnis, dass eine Bezugsperson nicht fürsorgend und sicherheitsspendend, sondern auch grausam missbrauchend war, kann sich die erwachsene Betroffene, die der Fürsorge und des Schutzes der Täter-Bezugsperson realiter nicht mehr überlebensnotwendig bedarf wie etwa damals in ihrer Kindheit, aus der traumatischen Verstrickung lösen. Durch das Erkennen der Missbräuchlichkeit der Übergriffe wird die Verstrickung und Anpassung, die für das Überleben als Kind notwendig war, aufgehoben. Die eigene Spaltung des Selbst ist nicht mehr notwendig. Nach Summit (a.a.O.) können die kindlichen Anpassungsleistungen nur überwunden werden, wenn die Betroffene in einer sicheren, sorgenden und akzeptierenden Umgebung erneut zu vertrauen lernt.

Um aus der anpassungsbedingten Konfusion von Gut und Schlecht herauszufinden, sind nach Fischer (1990, S. 202–205) mehrere therapeutische Schritte notwendig: Grundlegend sei der Aufbau einer sicheren therapeutischen Beziehung, eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses. Zudem bedürfe es therapeutischer Interventionen, die außerhalb der Gut/Schlecht-Konfusion stünden und einen stabilen Bezugspunkt lieferten. Erst dadurch sei es dem Klienten möglich, die auch innerhalb der therapeutischen Beziehung bestehende Gut/Schlecht-Konfusion zu entwirren, und indem er wahrnehme, dass sich der Therapeut jenseits der pathogenen Überzeugung tatsächlich anders verhalte als das einseitig gute oder schlechte Objekt, die Übertragungsbeziehung zu bearbeiten. Dies zusammengenommen bilde die Fähigkeit der Objektspaltung. Die bloße Bearbeitung traumabedingter Überzeugungen oder der Übertragungsbeziehung alleine reiche noch nicht aus, um diesen Schritt zu erreichen.

Es genüge nicht, dass der Traumatisierte seine eigene Gespaltenheit und Ambivalenz in bezug auf das Erlittene erkenne, diese Einsicht könne lediglich eine Vorstufe zur Erkenntnis der realen Gespaltenheit des Täter-Objekts sein und sie vielleicht erleichtern. Denn erst dieser letzte Schritt bewahre den Betroffenen vor der Angst, „verrückt“ zu sein oder zu bleiben (die bei der isolierten Einsicht in die eigene Gespaltenheit auftreten kann) und ermögliche ein Erkennen der Verletzungen und einen anschließenden Trauerprozess.

Für Fischer ist die Beschriebene *Fähigkeit zur Objektspaltung* ein „notwendiges Zwischenstadium in gelingenden Behandlungsverläufen mit real traumatisierten Patienten“ (a.a.O. S. 207), wenn dieses Stadium nicht erreicht werden könne, komme es zu keiner dauerhaften Besserung. Die Fähigkeit zur Objektspaltung vollzieht sich nach Fischer & Becker-Fischer (1997, S. 386ff) in *drei unterscheidbaren Phasen*. Die erste Phase sei der Aufbau eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses in der therapeutischen Beziehung. Anschließend wende sich der traumatisierte Klient gegen das traumatisierende Täter-Objekt, erkenne den Täter in seiner realen Widersprüchlichkeit und Gespaltenheit. Dadurch

könne der Täter als böse erkannt werden, die Selbstspaltung müsse nicht länger aufrecht erhalten werden. Die Fähigkeit zur Objektspaltung werde in der Beziehung zum Therapeuten erprobt und gefestigt. In der Zeit der Objektspaltung seien die Klienten (durch die Revision ihres Selbst) besonders vulnerabel und bedürften der emotionalen Stützung durch den Therapeuten. Die Einsicht in die Gespaltenheit des Täter-Objekts ermöglicht dem Traumatisierten, zwischen seiner „Beteiligung“ an den sexuellen Akten und der Verantwortung des Täters zu unterscheiden. Eigene Schuldgefühle machen der befreienden Wut auf den Täter platz. Erst die Objektspaltung macht es in der Folge möglich, zwischen heutigen eigenen sexuellen Wünschen und der sexuell-traumatischen Kindheitserfahrung zu unterscheiden.

Ähnlich zu dem von Fischer verwendeten Begriff der Objektspaltung wird in dieser Arbeit von einem Konzept der *Missbrauchserkenntnis* ausgegangen, die in drei Teilbereichen beschrieben wird:

- Einerseits das Erkennen der *Tat* als Missbrauch, des Geschehenen als real, rationale Einsicht in die Mechanismen und Persönlichkeitszüge des *Täters* (der Täter) verbunden mit einem Gefühl persönlicher Betroffenheit. Diese Erkenntnis beinhaltet die von Fischer beschriebene Fähigkeit zur Objektspaltung. Die Verantwortung für die Übergriffe wird eindeutig dem Täter zugeschrieben. Er wird nicht entschuldigt, etwa, weil er es „nicht so gemeint“ habe, es „zufällig dazu gekommen“ sei etc., sondern die Traumatisierte kann anerkennen, dass die Übergriffe von der Täter-Person, die sie vermutlich geliebt hat, geplant und beabsichtigt waren, dass der Täter wissentlich Verletzungen zufügte und für die Durchführung der Übergriffe das Bestehen der menschliche Beziehung zwischen Opfer und Täter verleugnen musste. Weiters wird anerkannt, dass es in der Macht und Verantwortung des Täters lag, den Missbrauch zu beenden.
- Andererseits das Klarwerden der *Schmerzen*, die Einsicht in die Verletzung, die durch die Übergriffe entstanden ist. Der Traumatisierte erkennt, dass der sexuelle Missbrauch die Ursache von Verletzung und Leiden ist. Die Übergriffe sind nicht nur real geschehen und der Täter wird dafür verantwortlich gemacht, gleichzeitig werden die eigenen Schmerzen durch die Destruktivität der Übergriffe eingestanden. Es war *schlimm*. Eigene Bagatellisierungsversuche werden zugunsten des Anerkennens des damaligen und heutigen Leidens aufgegeben. Dabei wird die damalige Hilflosigkeit und Ohnmacht erfahren, und die prinzipielle Unmöglichkeit, die sexuellen Übergriffe selbst verschuldet zu haben, wahrgenommen.
- Schließlich das Erkennen der *Folgen*, die Einsicht in eigene Verhaltensweisen und Denkfehler, die sich als überlebensnotwendige Anpassung an das Missbrauchsgeschehen (im Sinne des Anpassungssyndroms) ergeben haben, verbunden mit einem Gefühl persönlicher Betroffenheit. Die Verstrickung mit dem Täter wird als Folge des Missbrauchs erkannt, eigene Schuldgefühle im Zusammenhang mit der Anpassungsleistung an den Missbrauch verstanden.

Mit dem rationalen Verstehen einher geht das emotionale Verständnis für persönliche Schwächen und Eigenheiten, die die Traumatisierte vormals als pathologische Zeichen ihrer Verrücktheit begriffen hatte. An das Erkennen der Folgen, Verluste und Schmerzen schließen sich häufig Wut und Trauer an. Das Betrauern der erlittenen Verletzungen und Verluste und die Auseinandersetzung mit den persönlichen Folgen der sexualisierten Gewaltübergriffe auf das aktuelle Leben führt zu einer verstärkten Fokussierung auf die individuellen Möglichkeiten und Grenzen in der Gegenwart und zur Perspektivenbildung für die Zukunft.

5.1.3 Neuorientierung in der Gegenwart und Zukunftsperspektiven

Das Ergebnis einer gelungenen Auseinandersetzung mit den traumatischen Gewalterfahrungen nennt Wirtz (1993, S. 217) „reif werden zum Leben“. Das bedeutet, dass sich Betroffene allmählich von ihrer Opferrolle distanzieren und sich eine Identität aufbauen, deren Basis nicht mehr nur die Tatsache ist, als Kind sexuell missbraucht worden zu sein. Aber erst wenn das zerstörende Ausmaß der sexualisierten Gewalterlebnisse anerkannt werden könne (entsprechend der Missbrauchserkenntnis), beginne eine Zeit intensiver Trauer. In der Trauer liege die Chance für einen Neubeginn: Verluste können akzeptiert werden, und die Betroffenen würden bereit für ein neues Leben, in dem der Missbrauch nicht mehr ständiges zentrales Thema ist (a.a.O. S. 219ff).

In der abschließenden Phase der Verarbeitung geht es darum, sich wieder hin auf das aktuelle Leben zu orientieren, an dazu hilfreichen Beziehungen und Überzeugungen anzuknüpfen und eine Zukunftsperspektive zu entwickeln. Herman (1994, S. 279) vergleicht diesen Aufbruch in ein neues Leben treffend mit der Einwanderung in ein völlig fremdes Land: alles, was bisher vertraut war, wird hinter sich gelassen. Das neue Leben unterscheidet sich von dem, das in der Vergangenheit durch die Anpassung an den Missbrauch bestimmt war, die nun hinter sich gelassen wird. Ängste und Zweifel der Betroffenen resultieren aus einer Orientierungslosigkeit, die durch die Aufgabe alter Missbrauchsbedingter Überzeugungen und Verhaltensweisen resultiert. Es ist zu befürchten, dass Therapeuten, die die Milderung der Symptome und die allgemeine Besserung im Auge haben, diese Unsicherheiten und Ängste, die mit der Neuorientierung verbunden sind, manchmal leicht übersehen.

Häufig fällt in diese Phase die Entscheidung, Personen aus dem Familienkreis und/oder enge Freunde über die erlittene sexualisierte Gewalt in Kenntnis zu setzen und den Täter zur Rede zu stellen. Damit wird das Schweigegebot unwiderruflich gebrochen und die Verantwortung dem Täter zurückgegeben. Inhalt der Neuorientierung ist es, einen Lebensentwurf zu entwickeln, in dem die erlittene sexualisierte Gewalt und ihre Konsequenzen einen Bestandteil bilden. In diesem neuen Lebensentwurf gilt es, eigene Wünsche zu entdecken, Ziele zu formulieren, und zu erfahren, was Ruhe und Normalität bedeutet. Für Betroffene von sexuellem Kindesmissbrauch heißt das in der Regel auch, sich erneut (oder in ihrem Erwachsenenleben in der Regel erstmals) mit ihrem Körper und ihrer Sinnlichkeit auseinanderzusetzen. Mit der Wiedererlangung eigener Stärke beginnt, insbesondere wenn eigene Kinder da sind, die Auseinandersetzung mit der nächsten Generation. Häufig beinhaltet das Überlegungen zur Frage, ob und wie man selber verhindern könne, dass (eigene) Kinder sexualisierte Gewalt erleiden und wie man selbst reagieren würde, wenn man diesbezüglich Verdacht hegte oder von (eigenen) Kindern davon erfahren würde.

Bisweilen wird auf eine „Survivor mission“ von Betroffenen verwiesen: manche sehen ihr überlebtes Trauma als Herausforderung, für andere Menschen aktiv zu werden, um zu verhindern, dass Ähnliches passiert, oder um anderen Betroffenen in ihrem Erleben beizustehen. Dieses soziale Engagement kann Kraft und Selbstwertgefühl vermitteln, überdies eine Bindung zu anderen Menschen herstellen und vertrauensvolle Beziehungen aufbauen, die eine Isolation mit der sexualisierten Gewalterfahrung und ein Verschweigen nicht mehr aufkommen lassen. Außerdem kann durch ein solches Engagement mit Gleichgesinnten der Glaube an gemeinsame Werte und menschliche Verbundenheit gestärkt werden (Herman, 1994, S. 296–302; Courtois, 1988, S. 197f). Insofern ist gemeinsames Engagement gegen Ausbeutung und Gewalt an Kindern eine wichtige Ressource, die es erlaubt, die erschütterten Überzeugungen bezüglich der Wertigkeit der eigenen Person und bezüglich der Sinnhaftigkeit der Welt und der Gerechtigkeit der Mitmenschen neu zu konstruieren.

5.2 Coping Strategien

Traumatische Situationen sind durch die Bedrohung der psychischen und physischen Existenz gekennzeichnet, wobei gleichzeitig das Verändern der Situation durch Kampf oder problemorientierte Lösestrategien oder ein Verlassen der Situation durch Flucht unmöglich ist. Der Zustand dieses unausweichlichen, ausgelieferten Ohnmächtig-Seins kennzeichnet die traumatische Situation. Unter diesen Bedingungen kommen Coping-Mechanismen zum Einsatz, die eine Anpassung an die traumatische Situation bewirken (vgl. dazu ebenso das im vorangegangenen Kapitel beschriebene Anpassungssyndrom von Summit, 1983). In einer dauerhaft bedrohlichen Situation wie bei intrafamiliärer sexualisierter Gewalt gegen Kinder kommt es zu einem permanenten Alarmzustand, der die physischen und psychischen Kapazitäten auf Dauer erschöpft. In diesem Erschöpfungszustand gewinnen Abwehrmechanismen überlebenssichernde Bedeutung. Abwehr und Coping sind daher in einem wiederholt traumatisierenden Dauerzustand wie dem der wiederholten sexualisierten Gewalt an einem Kind nicht Gegensätze, sondern in der Diskrepanz zwischen existenzbedrohender Traumatisierung und fehlenden problemorientierten Bewältigungsmöglichkeiten erhalten Abwehrmechanismen eine überlebenssichernde Bedeutung. Zwischen Folgen der sexualisierten Gewalt im Sinne von „Symptomen“ (z.B. dissoziative Erscheinungen, Aufrechterhalten der Überzeugung eigener Schuld) und Problemlöseversuchen kann daher nicht klar unterschieden werden.

Fischer & Riedesser (1998, S. 137ff) unterscheiden verschiedene Copingstile im Umgang mit traumatischen Ereignissen:

1. Instrumentelles Coping, das unmittelbar auf das Lösen eines Problems ausgerichtet ist,
2. Expressives Coping, das darin besteht, eigene Gefühle mitzuteilen,
3. Kognitive Restrukturierung, die die Bedeutung problematischer Situationen verändert,
4. „Resilient coping“ als flexibler Einsatz von vielen verschiedenen Copingstrategien.

Nicht nur die Charakteristika der sexualisierten Übergriffe (Art, Dauer, Häufigkeit, Alter etc.) bestimmen langfristige Folgeerscheinungen, sondern auch kurz- und mittelfristig verwendete Copingstrategien und dem Trauma nachfolgende Ereignisse (etwa das Vorhandensein oder Fehlen sozialer Unterstützung, vgl. folgendes Kapitel) bedingen wesentlich die langfristigen (symptomatischen) Folgen der Gewalterfahrung (Draucker, 1995).

Roth & Newman (1993, S. 373) verweisen auf die Studie von Dansky, Roth & Kronenberger (1990), die feststellen, dass Fortschritte in der Bearbeitung maladaptiver missbrauchsbedingter kognitiver Schemata und negativer Affekte mit einer geringeren psychischen Belastung einhergehen, dass dagegen Charakteristika des erlittenen Missbrauchs, demographische Variablen, verschiedenes Copingverhalten oder soziale Unterstützung nicht mit einer entsprechenden Besserung verknüpft sind. Dagegen fanden Roth & Newman (1993, S. 374) Coping-Strategien zwar nicht verknüpft mit verringerter psychischer Belastung, wohl aber zeigte sich, dass Strategien mit dem Ziel, Affekte auszudrücken oder soziale Unterstützung zu suchen, mit dem Vorhandensein maladaptiver kognitiver Schemata negativ korrelierten.

Spaccarelli (1994, S. 351) geht in seinem Transaktionellen Modell davon aus, dass die Bewertung des Traumas und die kurzfristig eingesetzten Bewältigungsmechanismen (abhängig vom Entwicklungsstand des Kindes, der mitbestimmt, welche Bewältigungsmechanismen verfügbar sind) ganz wesentlich den späteren psychischen Zustand bestimmen und dass einzelne Attributions- und Copingstile das Risiko spezifischer Symptomatologien erhöhen. Dabei werden bezüglich der Frage, wie ein Opfer sexualisierter Gewalt in der Kindheit diese Traumatisierung verarbeite, nicht nur Person und Umwelt getrennt berücksichtigt, sondern deren gegenseitige Wechselwirkungen betont.

Eine Möglichkeit, mit dem Erleiden sexualisierter Gewalt umzugehen, ist, das Schweigegebot zu brechen und jemandem davon zu erzählen. Eine *Enthüllung des Missbrauchs* im Kindesalter zeigte sich verknüpft mit erhöhter Angst und Feindseligkeit (wobei die Richtung des Zusammenhanges unklar bleibt), allerdings erschienen jene Betroffenen, die den Missbrauch aufgedeckt hatten, später als Erwachsene psychisch stabiler. Betroffene, die traumatische Lebenssituationen mit jemandem besprechen konnten, zeigten langfristig tendentiell bessere Gesundheitsverläufe (Spaccarelli, 1994, S. 353 zitiert Pennebaker et al., 1986 und 1988; Wyatt & Newcomb 1990). (Auf soziale Unterstützung wird im folgenden Kapitel ausführlicher eingegangen.)

Conte & Schuerman (1987) beobachteten, dass Opfer sexuellen Missbrauchs, die sich in der Übergriffssituation zumindest ansatzweise effektiv *zur Wehr setzen* konnten oder die erreichten, dass sich die Übergriffe nicht mehr wiederholten oder an Intensität oder Häufigkeit nachließen, ein minimales Gefühl innerer Kontrolle bewahren konnten und ihren Selbstwert höher einschätzen als jene, deren Widerstandsversuche ohne irgendwelche erkennbare Wirkung blieben. In derselben Studie zeigten sich allerdings auch jene Betroffenen als weniger symptomatisch, die sich passiv dem Täter unterwarfen. Sowohl aktiver Widerstand wie auch passive Unterwerfung scheinen also langfristig bessere Verläufe zu bedingen als die komplette Verleugnung der Tat.

Inwieweit Gefühle wie *Wut und Ärger* spätere Verläufe beeinflussen, ist noch ungeklärt. Viele Therapeuten sprechen zwar von der positiven Wirkung der nach außen gerichteten Wut auf den Verarbeitungsprozess, es ist aber keine Studie bekannt, die den Zusammenhang dieses Bewältigungsverhaltens auf spätere Verläufe beschreibt. Leitenberg et al. (1992) beobachteten eine nichtsignifikante Tendenz dahingehend, dass *direkt auf den Täter gerichtetes Verhalten* (also ihn zur Rede zu stellen, anzuklagen, die Verantwortung zurückzugeben u.a.), mit geringerer späterer Symptomatologie einherging. Zudem ist wahrscheinlich, dass mit zunehmender Stärke der nötigen Verleugnung (also auch mit zunehmender „Schwere“ der Übergriffe) die Möglichkeit, auf den Täter und die Tat Wut zu empfinden, abnimmt.

Romans, Martin, Anderson, O'Shea & Mullen (1995) belegen in ihrer Studie, dass schulischer, sportlicher oder arbeitsmäßiger Erfolg von entscheidender Bedeutung für die Verarbeitung traumatischer Ereignisse sein kann. Das Erleben von Erfolg und Effektivität in zumindest einem Lebensbereich wirke sich sehr günstig auf langfristige Missbrauchskonsequenzen aus. Nach Romans et al. ist die Selbstbeschreibung Betroffener, im Sport erfolgreich zu sein, mit geringeren Symptomen und höherem Selbstwert korreliert. Die Ergebnisse ihrer Studie veranlassen Romans et al. (a.a.O. S. 140f) zu der Hypothese, dass vielleicht im Alter zwischen 12 und 16 Jahren unterstützende oder hemmende Lebensbedingungen besonders kritisch sein könnten in bezug auf langfristige Folgen des erlittenen sexuellen Missbrauchs. In dieser Zeit seien adäquate Rollenmodelle und vertrauenswürdige Erwachsene im familialen Umfeld oder im schulischen Alltag von entscheidender Bedeutung, um dem missbrauchten Kind zu ermöglichen, trotz der sexuellen Übergriffe ein Mindestmaß an interner Kontrollüberzeugung und sozialen Fähigkeiten zu entwickeln, Vertrauen zum anderen Geschlecht zu gewinnen, sich gegen spätere Übergriffe zur Wehr zu setzen und sich selbst bestmöglich zu schützen.

Normalerweise erleben Menschen Ereignisse als einigermaßen sinnvoll geregelt und verständlich, die Wahrnehmung der Welt wird dabei als Schema konstruiert (Janoff-Bulman, 1985 und 1989). Durch das Erfahren eines traumatischen Ereignisses wird das Schema, in dem Wahrnehmungen von Ereignissen als sinnvoll und verständlich geordnet erscheinen, zerstört (vgl. Folgen). Bemühungen, das traumatische Geschehen zu verarbeiten, richten sich nach Janoff-Bulman (1985) darauf, aus den „shattered assumptions“ neue Überzeugungen für sich selbst und die Welt aufzubauen, in die das traumatische Geschehen integriert werden kann. Die Suche nach der Bedeutung des traumatischen Ereignisses oder nach den Ursachen seines Eintretens, die häufig zur Selbst-Zuschreibung von Schuld o.a. Erklärungsmodellen führt, ist in diesem Kontext zu betrachten.

Janoff-Bulman (1985, S. 24–31) beschreibt verschiedene Strategien, um mit dem traumatischen Erleben umzugehen. Eine Möglichkeit sei es, *die Bedeutung des Ereignisses zu verändern* und damit seine Bedrohlichkeit zu verringern, das gelinge z.B., indem man das eingetretene traumatische Ereignis mit hypothetischen Möglichkeiten von noch schlimmeren Vorfällen oder sich selbst mit Menschen vergleiche, die man als mehr leidend als man selbst bewerte oder indem man versuche, einen positiven Nutzen aus dem Erleben des traumatischen Ereignisses abzuleiten. Diese Strategien ermöglichten es, sich selbst nicht als Opfer zu begreifen. Indem Opfer das Ausmaß der traumatischen Ereignisse und das Ausmaß eigener Bedrohung minimieren, können Grundüberzeugungen über sich selbst und die Welt zumindest teilweise beibehalten werden (a.a.O. S. 25).

Bezüglich späterer Symptomverläufe sei die riskanteste (kurz- und mittelfristige) Copingstrategie jene, bewusst die Erinnerung an die traumatischen Übergriffe zu meiden und die Realität des Geschehenen zu verleugnen – dies gehe mit erhöhter langzeitlicher Symptomatologie einher (Spaccarelli, 1994, S. 351; Leitenberg et al., 1992, S. 405). Die Tendenz, das Geschehene zu leugnen, bestehe verstärkt bei als schwer bewertetem sexuellem Missbrauch (bei penetrativen Kontakten, großer Häufigkeit, Täter als Hauptbezugsperson etc.), zeige sich aber insgesamt (ungeachtet der Schwere der erlittenen Übergriffe) verglichen mit anderen Copingstilen als die häufigste Art des Umgehens mit dem Trauma. Zusammenhängend damit belegt ein anderes Ergebnis, dass größerer psychischer Schmerz mit den Bewältigungsversuchen des Verleugnens, emotional Unterdrückens und Vermeidens einherging. Gleichermäßen bestehe die Verleugnungstendenz bevorzugt bei sehr jungen Missbrauchsoptionen (Leitenberg et al., 1992, S. 403f.) Das bedeutet, dass die Verleugung nicht nur als individueller Abwehrmechanismus gesehen werden darf, sondern als einer, der von traumainhärenten Merkmalen mitbestimmt wird.

Leitenberg et al. (1992, S. 403ff) geben positive Zusammenhänge zwischen Verleugnung, emotionaler Erstarrung und Symptomatologie an. Diese Ergebnisse widersprechen interessanterweise in derselben Studie der Selbstwahrnehmung erwachsener Missbrauchsbetroffener, die aussagen, die Verleugnung der Tat, das Vermeiden erinnerungsauslösender Situationen und die Unterdrückung der Gefühle sei am hilfreichsten für das Weiterleben gewesen, gleichermaßen wie soziale Unterstützung. Dies muss nicht unbedingt ein Widerspruch sein, weil wie besprochen besonders Opfer *extremer* Übergriffe zur Verleugnung neigen, und das zerstörerische Potential des traumatischen Übergriffes derart auch Langzeitauswirkungen bestimmen kann – eine Sichtweise, die in erster Linie die Übergriffe und erst in zweiter Linie ihre opferspezifische Bearbeitung für die langfristigen Kon-

sequenzen verantwortlich macht. Auch verhaltensmäßiges Vermeiden von Situationen, die an den Missbrauch erinnern, erhöhe das Risiko schwerer Symptomverläufe (Spaccarelli, 1994, S. 351).

Die *Veränderung eigener Verhaltensweisen* ist ein weiterer Versuch, mit dem traumatischen Erleben zurechtzukommen. Häufig engagieren sich Opfer in Verhaltensweisen, die dazu dienen sollen, ein neuerliches Eintreten des traumatischen Ereignisses zu verhindern. Diese direkten Aktionen können ein Gegengewicht zur erlebten Ohnmacht in der traumatischen Situation schaffen und derart dazu beitragen, ein Stück Kontrolle und Autonomie und damit auch eine positive Bewertung der eigenen Person und der eigenen Stärken zurückzugewinnen (Janoff-Bulman, 1985, S. 26f).

Eine weitere Möglichkeit, mit dem traumatischen Ereignis umzugehen, sei der Versuch, darin eine Bedeutung oder einen *Sinn zu finden*. Janoff-Bulman (a.a.O., S. 25) verweist auf die Studie von Silver, Boon & Stones (1983), die beobachteten, dass Inzestopfer durch die sexualisierte Gewalt umso geringer psychisch belastet waren und umso besser mit ihrem alltäglichen Leben zurecht kamen, je eher sie in der Lage waren, einen Sinn in der erlittenen Gewalt zu finden. Jene, die keinen Sinn im Erleiden der sexualisierten Übergriffe finden konnten, litten insbesondere an einer stärkeren intrusiven Symptomatik.

Kleber & Brom (1992, S. 143–153) beschreiben den inhaltlichen Aspekt verschiedener Coping-Bemühungen. Danach sind Bewältigungsversuche nach traumatischen Ereignissen vor allem davon bestimmt, Sinn und Bedeutung (meaning) im Geschehen zu finden und erneut Kontrolle über die Situation zu erringen. Diese Prozesse seien nicht rein kognitiv zu verstehen, vielmehr spielten sozialpsychologische Aspekte eine entscheidende Rolle. Soziale Unterstützung wird als einer der wichtigsten Faktoren beschrieben, ob Erklärungen für traumatische Ereignisse gefunden werden können. Untersuchungen berichten von der teils jahrelangen Suche nach Sinn bei Betroffenen sexualisierter Gewalt in der Kindheit (Spaccarelli, 1994, bezieht sich auf Silver, Boon & Stones, 1993 und Draucker, 1989). In der Untersuchung von Draucker (1995) sind vor allem ein Verstehen der sexualisierten Übergriffe (meaning; warum es dazu kam und was für Folgen daraus entstanden) und das Wiedererlangen eines Empfindens von Kontrolle über das aktuelle Leben (mastery; damit verbunden die Kontrolle darüber, dass die traumatischen Ereignisse sich nicht wiederholen) mit einer geringeren Symptomatik verbunden. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass jene Betroffenen, die einen Sinn in ihrem Leid gefunden hatten, weniger symptomatisch erschienen und über bessere soziale Kompetenzen und einen höheren Selbstwert verfügten als jene, die ihr Leid als sinnlos einstufen, demgegenüber berichten andere Autoren, ungeachtet dessen, ob ein Sinn im Leid gefunden werden konnte oder nicht, jene Betroffenen wären symptomatisch als auch bezüglich ihrer sozialen Kompetenzen und ihres Selbstwertgefühls deutlich mehr beeinträchtigt, die immer noch nach einem Sinn ihres Leides suchten.

Die Sinnlosigkeit des Erlittenen nicht anzuerkennen bedeutet, die fundamentale Zerstörung des Selbst samt seinen ganzen Werten und Sinnhaftigkeiten zu leugnen. Wenn es Betroffenen nicht gelingt, im Erleiden traumatischer Ereignisse einen Sinn zu finden, besteht zusätzlicher Schmerz, eine identitätsbedrohende Verwirrung und der Zusammenbruch intrapsychischer Wertigkeiten auch darin, dass die erlittene Qual sinnlos war. Dabei muss der Frankelsche Sinn des Leides von der Sinnlosigkeit der traumatischen Übergriffe unterscheiden werden, denn auch bei Frankl (1996, S. 110 und S. 124–127) hat nicht die Verletzung Sinn, sondern das Überleben. Nicht das Trauma macht Sinn, sondern der Sinn ist dem Leben inhärent, und das unter allen Umständen und trotz der Traumatisierung. Die Frage nach dem Zweck des Leides oder dem Sinn des Lebens wird von Frankl umformuliert in die Frage, was das Leben von uns fordert, und so zur Erkenntnis der Eigenverantwortlichkeit für das eigene Leben führen, die durch das wohlwollende Akzeptieren eigener Grenzen nicht wieder zu einer Frage nach der eigenen Schuld wird.

Einer der wichtigsten Komplexe in der Anpassung und Verarbeitung sexualisierter Gewalt in der Kindheit besteht in meist stark ausgeprägten *Schuldgefühlen* der Betroffenen, in der Regel verbunden mit dem Empfinden tiefer Scham. Schuldgefühle sind nicht nur bei Opfern sexualisierter Gewalt regelmäßig vorhanden, sondern sind auch nach dem Erleben anderer Gewalterfahrungen oder traumatischer Ereignisse eine sehr häufige Reaktion (vgl. Janoff-Bulman, 1985, S. 28). Einerseits beinhaltet die Überzeugung eigener Schuld die Illusion, selbst über Möglichkeiten verfügt zu haben, die die Übergriffe ermöglicht haben bzw. die sie hätten verhindern können, wobei das Schuldgefühl aus dem vermeintlich versäumten Verhindern der Übergriffe resultiert. Der Vorwurf eigener Schuld

ist insofern ein Versuch, eine Illusion von Kontrolle über die traumatischen Übergriffe zu bewahren und vor dem Entsetzen absoluter Ohnmacht und unausweichlicher Gewalt zu schützen. Andererseits werden Selbstbeschuldigungen im Zusammenhang mit depressiven Reaktionen als maladaptiv betrachtet: nach Spaccarelli (1994) begünstigen vor allem ein passives Bewältigungsverhalten sowie Selbstbeschuldigungen die Ausbildung späterer depressiver Symptome (ähnlich auch Wyatt & Newcomb, 1990, S. 763ff).

Um den Widerspruch aufzulösen, unterscheidet Janoff-Bulman (1985, S. 29) zwei verschiedene Typen von Selbstbeschuldigung: jene, die sich auf eigene Verhaltensweisen beziehe (behavioral self-blame) sei adaptiv, weil diese Verhaltensweisen verändert werden können; Selbstbeschuldigung, die den Charakter oder stabile Persönlichkeitseigenschaften betreffe (characterological self-blame), die nicht durch eigene Anstrengung verändert werden können, wird als maladaptiv beschrieben und sei mit depressiven Reaktionen verbunden. Dagegen sei die Fähigkeit, sich selbst für Verhaltensweisen zu beschuldigen, als positive Verarbeitungsmöglichkeit traumatischer Ereignisse zu bewerten, weil das verhaltensbezogene Selbstbeschuldigen gleichzeitig alle drei erschütterten Grundüberzeugungen stabilisiere: Sich selbst für Verhaltensweisen die Schuld zu geben erlaube, am Glauben eigener prinzipieller Unverletzbarkeit und Wertigkeit festzuhalten (weil die Bedrohung von einem selbst durch das richtige Verhalten abgewendet werden kann) und erleichtere gleichzeitig die Sinnfindung im traumatischen Ereignis, indem durch die Schuldzuschreibung die Frage, warum es gerade der eigenen Person passiert sei und nicht jemanden anderen getroffen hätte, beantwortet wird (a.a.O. S. 30).

Das emotionale Begreifen der eigenen Schuldlosigkeit bedeutet, die eigene Ohnmacht und Hilflosigkeit zu erkennen. Zu erkennen, wie verletzlich, abhängig, schwach und absolut ohnmächtig man selbst in der Situation sexualisierter Gewalt war, ist vor Schmerz kaum zu ertragen. Der Glaube, irgendeine Schuld zu tragen, impliziert, mitverantwortlich für das Geschehene zu sein, und bedeutet in weiterer Folge, die Tat beeinflussen zu können. Schuldgefühle dienen mit der damit verbundenen Illusion, das traumatische Geschehen beeinflussen zu können, der Kontrolle und der Abwehr unerträglicher Ohnmacht und Hilflosigkeit. Sanford (1992, S. 72) betont, die kindliche Übernahme der Schuldgefühle, die eigentlich die des Täters seien, vermittele dem Kind als innere Belohnung ein psychologisches Machtgefühl: wenn es selber am Missbrauch schuld ist, geschieht alles aus gutem Grund. Es wiege sich in der Illusion, die Situation unter Kontrolle zu haben, indem es versuche, den vermeintlichen Grund zu finden, den es dem geliebten Menschen für den Missbrauch liefere. Auch später noch übernahmen Betroffene für alle Missschläge in ihrem Leben die Verantwortung. „Diese Illusion der Macht klingt besser als das Eingeständnis, ohnmächtig zu sein.“ (a.a.O.)

Die Suche und Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung und von Hilfsangeboten kann dazu beitragen, mit dem traumatischen Ereignis zurecht zu kommen und dann helfen, die erschütterte Grundüberzeugung von der Welt als sinnvoll und gerecht und von Mitmenschen als grundsätzlich gut und wohlwollend wieder aufzubauen.

5.3 Soziale Faktoren

Eine traumatische Situation ist gekennzeichnet durch Ohnmacht und Isolation, und sexualisierte Gewalt gegen Kinder ist in ganz besonderem Maße geprägt von Schweigen und der Isolation des Opfers. Eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Überwindung der traumatischen Verletzung sei eine tragfähige soziale Beziehung; in sozialer Isolation ist nach Herman (1994, S. 183) keine günstige Verarbeitung der erlittenen Gewalt möglich. Das zerstörte Grundgefühl der Sicherheit könne nur in einer akzeptierenden, stabilen sozialen Beziehung wieder aufgebaut werden, und nur im Rahmen einer sicheren Beziehung könne der Traumatisierte wieder Kontrolle über seine Gefühle und seine zerrüttete Identität gewinnen. So wird nach Herman (1981, S. 15 und S. 33) nach dem Erleiden eines traumatischen Ereignisses die Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung maßgeblich davon mitbestimmt, ob der Betroffene soziale Unterstützung erhält. Soziale Unterstützung in empathischen, verständnisvollen und akzeptierenden Beziehungen sei auch nach Ausbildung einzelner Symptome oder des gesamten Störungsbildes der posttraumatischen Belastungsstörung hilfreich im Verarbeitungsprozess.

Was bisher in Untersuchungen den stärksten positiven Effekt auf eine Reduktion der Beschwerden und Symptome bei sexuellen Missbrauchsoptionen gezeigt hat, ist das Vorhandensein von sozialer Unterstützung (Brewin, Dalgleish & Joseph 1996; Spaccarelli, 1994; Leitenberg, Greenwald & Cado, 1992). Conte & Schuerman (1987) befassen sich mit Faktoren, die mit schwerwiegenden Folgen sexuellen Missbrauchs einhergehen, und finden besonders die Verfügbarkeit einer unterstützenden Beziehung zu einem nicht-missbrauchenden Erwachsenen oder Geschwistermitglied verknüpft mit einem milderen Symptombild des Opfers. Soziale Unterstützung spielte eine wichtige Rolle in der Reduktion der Folgeerscheinungen sexuellen Missbrauchs: „Victims who have supportive relationships with nonoffending adults or siblings are less affected“ (a.a.O. S. 209). Andere Studien zeigen, dass eine gute Beziehung zu einem männlichen Partner für in ihrer Kindheit sexuell traumatisierte Frauen das Risiko psychosozialer Probleme mindern und äußerst hilfreich im Verarbeitungsprozess sein kann (Romans, Martin, Anderson, O’Shea & Mullen, 1995; Brookings, McEnvoy & Reed, 1994).

Oft wird nicht klar ausgedrückt, was unter „sozialer Unterstützung“ verstanden wird. In der vorliegenden Arbeit wird das Verständnis von Social Support von Figley (1985, S. 43; er selbst bezieht sich dabei auf die Studie Figley & Burge, 1983) übernommen, der soziale Unterstützung beschreibt als das Ausmaß, in dem ein Individuum wahrnimmt, dass es sich in Zeiten des Bedarfs auf einen oder mehrere Menschen verlassen kann und von ihm oder ihnen materielle oder emotionale Hilfe oder beides bekommen wird. Das Verständnis sozialer Unterstützung unterscheidet sich bei verschiedenen Autoren darin, ob eine Suche nach sozialer Unterstützung als *Copingverhalten* des Traumatisierten gewertet wird, oder aber ob gesuchte und erhaltene Hilfe als *Ressource* angesehen wird.

Das Ausmaß an sozialer Unterstützung ist kein stabiler Faktor, der die Folgen traumatischer Belastung beeinflusst. Traumatische Ereignisse bedingen ihrerseits Veränderungen in den sozialen Kontakten des Betroffenen. Die Folgen interpersoneller Gewalt beeinflussen die Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung, indem die Annahmen des Opfers bezüglich der zu erwartenden Vertrauenswürdigkeit und Hilfsbereitschaft von Mitmenschen durch das traumatische Ereignis selbst oft dramatisch beeinträchtigt wurden (etwa durch generalisiertes Misstrauen und phobisches Vermeiden, vgl. dazu Kleber & Brom, 1992, S. 177) und indem die mitmenschliche Umwelt auf sexualisierte Gewalt gegen Kinder häufig mit Abwehr (anstelle von sozialer Unterstützung) reagiert (Janoff-Bulman, 1985).

Die Definition von Figley beschreibt Social Support von der Sichtweise des Bedürftigen aus und orientiert sich daran, dass die Unterstützung im individuellen Einzelfall nicht nur prinzipiell als Ressource vorhanden, sondern konkret *verfügbar* sein muss. Für viele Menschen ist die Familie der zentrale Ort sozialer Unterstützung. Wenn Gewaltübergriffe im Rahmen der Familie geschehen, bedeutet das stärker als bei außerfamiliärer Gewalt, dass die primäre Quelle sozialer Unterstützung nicht verfügbar ist. Die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung bedeutet im Einzelfall für ein Kind, das sexualisierte Gewalt erlebt, dass es selber jemanden als so vertrauenswürdig wahrnehmen muss, dass es ihm von der Gewalt berichten kann – die Außenperspektive, dass z.B. eine Person damals zur Verfügung gestanden hätte und auch bereit gewesen wäre, dem Kind Glauben zu schenken, das Kind sich aber aus verschiedenen Gründen niemals mit seinem Anliegen an diese Person wandte, wird nicht als soziale Unterstützung gewertet, weil eine derartige Ressource zwar eventuell prinzipiell vorhanden, aber in der konkreten Situation dem Bedürftigen nicht aktuell verfügbar war. Für Opfer sexualisierter Gewalt, umso mehr, wenn diese Opfer noch Kinder sind und die Gewalt in einem Vertrauensverhältnis stattfindet, ist es in der Regel sehr schwer, das Schweigegebot zu brechen und sich überhaupt einem Menschen mitzuteilen. Das Schweigen versperrt so den Zugang zu möglichen sozialen Unterstützungsangeboten.

Andererseits versuchen Betroffene auch schon in der Zeit der sexualisierten Übergriffe oder kurze Zeit später, ihr Geheimnis zu enthüllen und Unterstützung zu suchen. Dabei ist leider nicht sicher, ob das Gegenüber, das vom Missbrauch erfährt, wirklich sozial unterstützend ist. Häufig ist genau das Gegenteil der Fall und Abwehr und Unglauben auf Zuhörerseite verstärken im Opfer die traumatische Bedeutung der sexualisierten Übergriffe. Um den eigenen Glauben an eine gerechte Welt aufrechtzuerhalten, seien Zuhörer oft nicht bereit, empathisch und sozial unterstützend auf eine Enthüllung des Missbrauchs zu reagieren, stattdessen werden Opfer selbst für die erlittene Gewalt

für schuldig befunden oder traumatische Ereignisse werden ignoriert oder nicht geglaubt (Janoff-Bulman, 1985, S. 27).

Diejenigen, die schon in der Zeit des stattfindenden Missbrauchs die Kraft und den Mut finden, die Geschehnisse jemandem mitzuteilen, sind als eine Minderheit zu betrachten (Leitenberg et al., 1992 sprechen von nur 20% der Untersuchten, die den Missbrauch schon als Kind mitgeteilt hätten). Es gebe noch keine Anhaltspunkte dafür, dass solches Verhalten mildere Symptomverläufe nach sich ziehe (Spaccarelli, 1994, S. 353). Dabei ist zu bedenken, dass bei diesen Untersuchungen idealerweise auch das Ergebnis solcher Hilfesuche beachtet werden hätte müssen. Conte & Schuerman (1987) zeigen, dass Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs, die als Kind schon zumindest eine untertützte Beziehung zu einem Erwachsenen oder auch einem Geschwister hatten, als Erwachsene weniger symptomatisch waren. Entscheidend ist höchstwahrscheinlich nicht nur das Hilfesuchverhalten der Betroffenen, sondern der Umstand, ob sie daraufhin tatsächlich Akzeptanz und Unterstützung erfährt oder auf Unglauben und Schuldzuweisungen stößt und derart retraumatisiert wird.

Figley (1985, S. 43; er bezieht sich dabei auf Untersuchungen von Figley & Burge, 1982, 1983) unterscheidet verschiedene Funktionen, die soziale Unterstützung annehmen kann:

1. Emotionale Unterstützung, indem der Bedürftige Umsorgt-Werden, Trost und Zuneigung erfahre,
2. Ermutigung, indem soziale Unterstützer Hoffnung vermitteln,
3. Ratschläge, die Informationen bereitstellen, um ein Problem besser lösen zu können,
4. Kameradschaft als das Verbringen von Zeit bei gemeinsamen Unternehmungen, die gegenseitig Freude bereiten und das Gefühl vermitteln, nicht allein zu sein, und
5. Pragmatische Hilfe (tangible aid) in Form von konkreter materieller oder arbeitsmäßiger Unterstützung.

Kleber & Brom (1992, S. 176f) unterscheiden ähnliche Aspekte sozialer Unterstützung, fügen dabei aber noch die soziale Saktionierung (Akzeptanz oder Missbilligung von Verhaltensweisen von Täter und Opfer) als weitere Form möglicher sozialer Unterstützung an. Dabei seien nicht alle Formen von Unterstützung in jeder belastenden Situation gleich hilfreich. Kleber & Brom (1992, S. 174) unterscheiden zwischen dem sozialen Einfluss anderer Menschen während des und nach dem traumatischen Ereignis, der individuelle Verarbeitungsprozesse fördern oder behindern könne, und dem Einfluss der Gesellschaft, in der traumatische Ereignisse stattfinden und in der kulturell bedingte Normen und Rituale bezüglich des Umgehens mit traumatischen Ereignissen bestehen. In einer extrem belastenden Situation über Zugang zu sozialer Unterstützung zu verfügen trage dazu bei, dass die Umstände als weniger hilflos und ohnmächtig machend erlebt würden und daher geringere negative Konsequenzen hätten; Menschen, die traumatische Ereignisse erlebt hätten und ihre Empfindungen nicht mit anderen Menschen teilen konnten, litten an stärkeren Beschwerden und Symptomen (die Autoren beziehen sich auf Untersuchungen an Weltkriegs- und Vietnam-Veteranen, Rachman, 1978, und auf Studien mit Vergewaltigungsopfern, z.B. Evans, 1978 u.a.).

Nach Janoff-Bulman (1985, S. 27f) besteht eine wesentliche Komponente der sozialen Unterstützung darin, dass sie ihrem Empfänger erlaubt, sich als wertgeschätzt und wertvoll wahrzunehmen und damit der regelmäßigen posttraumatischen Reaktion der Selbstentwertung entgegenwirkt, außerdem könne durch das Erhalten sozialer Unterstützung der durch das Trauma erschütterte Glauben an eine wohlwollende Welt wieder gefestigt werden.

In unserer Gesellschaft gehört es zu den Alltagserfahrungen von Frauen, aufgrund der Geschlechtszugehörigkeit diskriminiert, mitunter auch sexuell belästigt zu werden. Mädchen als Opfer sexualisierter Gewalt beobachten, dass auch erwachsene Frauen Mühe haben, gleiche Rechte wie Männer zu fordern und häufig sexualisierten Anzüglichkeiten und Belästigungen ausgesetzt sind. Es ist anzunehmen, dass ein gesellschaftliches Klima, das nur begrenzt das Recht auf Integrität und Würde von Frauen anerkennt, die Verarbeitungsbemühungen von Mädchen, die Opfer sexualisierter Gewalt wurden, behindert, weil sie stärker als Jungen, die als Kind Opfer sexualisierter Gewalt geworden sind, wahrnehmen müssen, dass Erwachsenenwerden an der ungleichgewichtigen Machtverteilung oft wenig ändert.

Eine Möglichkeit für Betroffene sexualisierter Gewalt in der Kindheit, im gesellschaftlichen Klima der Abwehr der Bedeutung sexualisierter Gewalt gegen Kinder soziale Unterstützung zu erfahren, ist die Organisation von Selbsthilfegruppen. Der Wert von Selbsthilfegruppen besteht in erster Linie darin, einen Raum für Austausch bereit zu stellen, in dem Betroffene sich gegenseitig verstehen, ohne sich zu legitimieren oder begründen zu müssen. Die Selbsthilfegruppe kann soziale Unterstützung bereitstellen, das Gefühl von Sicherheit und Zugehörigkeit vermitteln und dadurch die Auseinandersetzung mit der sexualisierten Gewalt erleichtern. Gegenseitige Unterstützung wird gleichzeitig als Quelle der Selbstwertsteigerung erfahren (Courtois, 1988, S. 212f). Die Möglichkeit von Selbsthilfe wird gerade bei Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit wichtig, weil potentiell unterstützende Gegenüber das Thema oft abwehren, seine zerstörerische Bedeutung verleugnen und, nicht bereit oder fähig, mit der aus der Tatsache des Mitwissens von sexualisierter Gewalt gegen Kinder erwachsenden psychischen Belastung umzugehen, sich vom Thema selbst und von seinem Opfer distanzieren, anstatt unterstützend zu wirken. Figley (1985, S. 412f) spricht von einer sozialen Verantwortung für Menschen, die traumatische Ereignisse erlebt haben, insbesondere für Gewaltopfer. Das bedeute, die Schrecken, die diese Menschen erlebten, nicht zu vergessen und nicht zu bagatellisieren.

Die Bewältigung der sexualisierten Gewalt hängt in entscheidendem Maße davon ab, ob für den Traumatisierten mindestens eine sichere Beziehung verfügbar ist, in der er das Erleben sexualisierter Übergriffe adäquat benennen kann und mit seinen dazugehörigen Emotionen ernst genommen wird und bezüglich dieses traumatischen Erlebens soziale Unterstützung erfährt.

5.4 Psychotherapeutische Behandlungsmodelle

Im folgenden werden die gängigsten psychotherapeutischen Behandlungsmodelle in bezug auf die Therapie von Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit und unter spezieller Berücksichtigung der Behandlung von posttraumatischen Störungen dargestellt. Dabei werden insbesondere theoretische Konzepte und schulentypische Techniken, die bei den posttraumatischen Beschwerdebildern eingesetzt werden, besprochen. Über Wirksamkeitsstudien zu einzelnen Methoden geben andere Autoren Auskunft (im Überblick Foa & Meadows, 1997; Ebbinghaus, Bauer & Priebe, 1996).

Sexualisierte Gewalt in der Kindheit, besonders wenn diese über lange Zeiträume und/oder innerhalb eines Vertrauensverhältnisses stattgefunden hat, zieht im allgemeinen chronische Störungen nach sich, die zudem in den allgemeinen Entwicklungsprozess integriert sind. In der Regel werden die sexualisierten Gewaltübergriffe nicht gleich zu Beginn der Therapie angesprochen. Das Aufbauen einer sicheren, vertrauensvollen therapeutischen Arbeitsbeziehung gestaltet sich oft als langwieriger Prozess. Deshalb werden im allgemeinen Langzeitverfahren empfohlen. Zwar könne die Vorstellung, zeitlich unbegrenzt in Therapie gehen zu „müssen“, für Betroffene bedrohlich sein, manche Betroffene wären auch verärgert oder enttäuscht darüber, noch mehr ihrer Lebenszeit dem Thema Missbrauch widmen zu müssen und wollten diese Zeit deshalb begrenzen, aber auch das nahende Ende einer begrenzten Kurzzeittherapie könne Verlassenheitsphantasien aktivieren und ängstigend wirken (Courtois, 1988, S. 185).

Als gemeinsames Ziel verschiedener Behandlungsansätze für posttraumatische Störungen wird immer wieder die Konfrontation mit den traumatischen Ereignissen und die Integration traumatischer Inhalte genannt, als Voraussetzung für effektive Behandlung gilt eine vertrauensvolle therapeutische Arbeitsbeziehung. Bisher hat sich keine der traditionellen Psychotherapiemethoden in der Behandlung posttraumatischer Störungen als geeigneter oder effektiver erwiesen als andere Methoden. Vielfach wird die Notwendigkeit, in der Behandlung posttraumatischer Störungen verschiedene Therapiemethoden flexibel zu kombinieren, hervorgehoben (Ebbinghaus, Bauer & Priebe, 1996). Verschiedene psychotherapeutische Modelle beziehen sich in der Regel auf verschiedene psychische Funktionsbereiche, auf die sich das traumatische Erleben auswirkt und liefern ein unterschiedliches theoretisches Verständnis für diese Auswirkungen.

5.4.1 Psychodynamische und psychoanalytische Ansätze

Die Problematik psychoanalytischer Theorie für die Behandlung sexualisierter Gewalt in der Kindheit

Der Einsatz psychodynamischer Methoden muss unterschieden werden von der Anwendung psychoanalytischer Theorien, die in der Behandlung sexualisierter Gewalt in der Kindheit höchst problematisch sind. Inzest ist das zentrale Thema des psychoanalytischen Theoriegebäudes. Im Rahmen der Verführungstheorie wurden reale sexuelle Übergriffe für die Entstehung psychischer Störungen verantwortlich gemacht. Nach ihrer Verwerfung und der Annahme der Triebtheorie bildet den Kern des „eigentlichen“ psychoanalytischen Verständnisses der Ödipuskomplex mit inzestuösen Wünschen von seiten des Kindes. Die Entwicklung des Ödipuskonzeptes ist wiederholt als die Geburtsstunde der Psychoanalyse bezeichnet worden (vgl. Hirsch, 1993, S. 105).

Wurden in der Verführungstheorie inzestuöse Handlungen noch als tatsächlich und real angesehen, waren sie mit dem Ödipuskomplex nur mehr als vom Kind phantasiert und erwünscht betrachtet. Die Faktizität sexualisierter Gewalt gegen Kinder wird durch die psychoanalytische Triebtheorie zur Phantasietätigkeit des Kindes umgedeutet und sexualisierte Gewalterlebnisse so gelegnet. Die Motivation zum Inzest wird nicht mehr dem Erwachsenen zugeschrieben, sondern dem Kind unterstellt, zudem wird das Geschehen sogar als universal gültig, ja geradezu als für die Kindheitsentwicklung notwendig beschrieben.

Über Beweggründe Freuds, die Verführungstheorie (Erleben sexualisierter Gewalt) zugunsten des Ödipusmythos (Phantasieprodukte und Wunschvorstellungen des Kindes) aufzugeben, existieren zahlreiche Abhandlungen, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann. Der interessierte Leser wird an Wirtz (1993), Hirsch (1987), Rush (1985) und Masson (1984) verwiesen.

Einer der ersten Analytiker, der sich nach Freud mit sexualisierter Gewalt gegen Kinder beschäftigte, war Sandor Ferenczi. Er war Schüler Freuds, lange Zeit auch sein enger Vertrauter und Freund, bis es über Fragen der Verführungstheorie und der psychoanalytischen Technik (in der Abkehr Ferenczis von der Abstinenz und Zurückhaltung zu einer „mutuellen“ Auffassung von Analyse – Ferenczi, 1984, S. 179–197, Original 1932 –, die auch zu sexuellen Übergriffen auf Patientinnen führte, Masson, 1984) schließlich zum Bruch zwischen den beiden kam. In der „*Sprachverwirrung*“, seiner letzten Veröffentlichung, geht Ferenczi (1984, Original 1932) mit eindeutiger Verantwortungszuschreibung an die erwachsenen Täter auf die Tatsache der sexualisierten Gewalt gegen Kinder durch ihnen vertraute und nahestehende Personen ein. Ferenczi beschreibt den inzestuösen Missbrauch als schwerst schädigend, indem er das Ich des Kindes zerstöre. Die Attacke breche das kindliche Vertrauen in seine eigenen Sinne und bewirke eine Spaltung seiner Persönlichkeit, die zur Abwehr des Übergriffs „nur aus Es und Über-Ich“ bestehen könne.

Ferenczi legt seinen Schwerpunkt auf die überlebensnotwendigen, aber langfristig selbstzerstörenden Abwehroperationen des missbrauchten Kindes. Er beschreibt die „Introjektion des Aggressors“ als einzige Möglichkeit der in ihrer Ich-Entwicklung unreifen Kinder, auf die übermächtige Gewalt zu reagieren und sich das geliebte Objekt und die notwendige Beziehung zu bewahren. Bauriedl (1992, S. 117f) verweist auf die Notwendigkeit des missbrauchten Kindes, sich mit dem Aggressor zu identifizieren, die umso mehr gegeben sei, als dieser meist nicht fremd ist, sondern oft eine geliebte Bezugsperson darstellt: das Kind sei darauf angewiesen, aus dem Verhalten der Umgebung seine Orientierung in der Welt abzuleiten, könne daher die Angriffe nicht aus einer kritischen Distanz erleben. Eigene Gefühle, vor allem die Angst, müssen während der Übergriffe im Zaum gehalten werden. Das Kind fühle sich schuldig für alle Unzufriedenheiten und Verfehlungen der Eltern. Die Gewaltanwendung von außen führe so zu einer Gewaltanwendung gegen das eigene Selbst, die notwendig sei, um in der Abhängigkeit vom Täter ein psychisches Gleichgewicht zu wahren.

Als Folge der Introjektion des Aggressors erläutert Ferenczi die Introjektion des Schuldgefühls und die traumatische Progression oder erzwungene Frühreife der missbrauchten Kinder (vgl. auch im vorangegangenen Abschnitt über traumatogene Dynamiken). Im Moment höchster Not würden ruhende Dispositionen plötzlich zur Entfaltung gelangen. Er lässt dabei keinen Zweifel, dass die Frühreife nicht Ursache, sondern Folge der Übergriffe durch Erwachsene ist (Ferenczi, 1984, S. 324–327). Damit knüpft er an der Verführungstheorie an, indem er als die Ursache des Leidens reale Traumatisierungen beschreibt. Auch wenn Traumatisierungen Phantasien hervorrufen könnten, an denen

manche Menschen litten, wurden sie nicht deshalb krank, weil sie sich etwas einbildeten, sondern weil ihnen tatsächlich etwas angetan worden war (Masson, 1984, S. 215).

Die traditionelle psychoanalytische Haltung gegenüber Frauen, denen ihre Väter sexualisierte Gewalt angetan haben, fasst Rijnaarts (1991, S.82) wie folgt zusammen: „Erstens: Das Mädchen lügt. Zweitens: Das Mädchen hat den Inzest selbst provoziert. Drittens: Die Mutter ist mitschuldig, wenn nicht gar die Hauptschuldige. Und viertens: Vater-Tochter-Inzest an sich ist nichts Schlimmes.“

Rush (1985, S. 136) weist darauf hin, dass bei Kindern die Fähigkeit, zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden, genauso gegeben ist wie bei Erwachsenen, es gebe daher keinen Grund, ihre Erfahrungsberichte als Phantasien abzutun: „Darauf zu bestehen, dass diese Annäherungen eingebildet seien, bedeutet, das Wahrnehmungsvermögen eines Kindes zu unterschätzen, Zweifel und Verstörung zu säen, Selbstvertrauen zu untergraben...“

Auch wenn die Psychoanalyse von heute das tatsächliche Vorkommen sexualisierter Gewalt gegen Kinder anerkennt, steht dennoch die ödipale Betrachtungsweise häufig im Zentrum therapeutischen Vorgehens. Das inzestuöse Verhalten des Täters wird dann etwa als ungelöstes ödipales Streben nach seiner eigenen Mutter gedeutet, das betroffene Mädchen hingegen hat nur ihren Ödipuskomplex real in Szene gesetzt. Von der Mutter sei es früh frustriert worden und müsse sich nun für die Befriedigung oraler Bedürfnisse an den Vater wenden. Oft wird auch der Mutter ein ungelöster Ödipuskomplex zugeschrieben, den sie in Feindseligkeit an ihrer Tochter auslebe (diese Sichtweise wird heftig kritisiert von Wirtz, 1993, S. 35). In der Psychoanalyse ist die angeblich das Kind frustrierende Mutter häufig zu finden, wenn Gewaltübergriffe des Vaters erklärt werden müssen (Schneider & Dulz, 1993, S. 240).

Die psychoanalytische Sichtweise postuliert, es gehe beim Inzest nicht um genitale Sexualität, auch nicht um Machtmissbrauch und Gewalt, sondern um die Befriedigung der oralen Bedürfnisse *der Tochter*, der so Interesse am Missbrauch und aktives In-Szene-Setzen unterstellt wird. Die Freud'sche Triebtheorie institutionalisierte mit ihrer These des Ödipuskomplexes die Verleugnung sexualisierter Gewalt gegen Kinder (Miller, 1990, S. 79; Herman, 1994, S. 32).

Viele Analytiker argumentieren, Freud selbst habe ja nie bestritten, dass sexualisierte Gewalt gegen Kinder auch real stattfinden könne. Oft teilen sie die Hoffnung, Freuds Triebtheorie widerspreche nicht den Tatsachen sexuellen Kindesmissbrauchs und beides ließe sich verbinden. Dem widerspricht Miller (1983, S. 54–57): Wenn das Kind tatsächlich natürlich bedingte sexuelle Bedürfnisse hätte, die sich auf den gegengeschlechtlichen Elternteil richten, würde das Erfüllen entsprechender Bedürfnisse kaum eine traumatische Bedeutung haben. Allein der Verstoß gegen das Inzesttabu, von dessen Existenz das Kind höchstens ahne, könne die hochgradige Traumatisierung und vor allem die Schuldgefühle des Kindes nicht hinreichend erklären. Solange die Beschäftigung mit der triebbedingten Phantasie vorrangige Bedeutung hat, können die traumatischen Auswirkungen sexualisierter Gewalterlebnisse allerdings nur schwer anerkannt werden. Patientenberichten von sexualisierter Gewalt in der Kindheit wird weiterhin häufig mit Skepsis begegnet, denn Ausgangspunkt bleibt das Ödipuskonzept, das es zu widerlegen gilt, bevor im konkreten Einzelfall der berichteten sexualisierten Gewalt Faktizität zugestanden wird. Damit werden Berichte von Frauen, die ihre Väter sexueller Übergriffe beschuldigen, nicht ernst genommen, sondern einer kritischen Prüfung unterzogen, und so stelle sich dann häufig im Rahmen der analytischen Arbeit heraus, dass es sich nicht um Realitäten handelte, sondern um infantile Wünsche und Phantasien (Miller, 1990, S. 83).

Manche Analytiker behaupten, es mache für die Patientin keinen Unterschied, ob sie tatsächlich sexuell missbraucht worden sei oder das nur phantasiere. Shengold (1995, S. 10), ein amerikanischer Lehranalytiker, betont die „pathogene Kraft der Phantasie“ (a.a.O. S. 54) und ist der Ansicht: „... es macht keinen Unterschied, ob Kindesmissbrauch tatsächlich geschehen ist ...“, oder ob es sich nur um eine Phantasie handle (a.a.O. S. 10). Damit wird der Unterschied zwischen einem realen Trauma und phantasierten Verletzungsvorstellungen geleugnet, und Betroffene als Menschen mit realitätsbegründeten Wahrnehmungen und adäquaten Bewertungen missachtet. Die katastrophalen Auswirkungen, die ein solches Vorgehen haben kann, beschreibt Masson (1984, S. 157): „Wenn man einem Menschen, der in seiner Kindheit ständig das Opfer sexueller Gewalt war und unter den Folgen leidet, erzählt, es sei gleichgültig, ob seine Erinnerungen eine reale Grundlage haben oder nicht, so tut man ihm weiterhin Gewalt an ... Wenn solche Erinnerungen ständig zurückgewiesen werden, kann dies zu einem Bruch mit der Realität und in der Folge zu einer Psychose führen.“

Nach Fischer (1990, S. 209f) erzielen Therapeuten, die durch eigene Verleugnungstendenzen die Abwehr des Klienten stützen und die die reale Traumatisierung vernachlässigen, nur unbefriedigende Behandlungserfolge. Als besonders destruktiv beschreibt er die (psychoanalytische) Haltung, dem real traumatisierten Patienten nur eine „traumatische Phantasie“ zu unterstellen. Die negativen Auswirkungen der „wertfreien Neutralität“ als gleichgültige, missverständliche Abstinenz behindern nach Fischer die Spaltung des Objektes (vgl. Kapitel zur Traumabearbeitung und Integration), anstatt diese zu erleichtern. Außerdem hätten insbesondere triebtheoretische Deutungen bei realtraumatisierten Patienten destruktive Folgen, insbesondere dann, wenn sie vor dem Stadium der Objektsplaltung einträten. In der neueren psychoanalytischen Literatur dagegen wird bisweilen die Bedeutung des ödipalen Konfliktes entschieden abgelehnt – darauf wird im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen.

Zur Wiedererinnerung des Verdrängten

Das grundlegende Konzept psychodynamischer Theorien ist das Verständnis von der Schutzfunktion der Abwehrmechanismen gegenüber krisenvollen oder schmerzhaften Anteilen. Das Aufrechterhalten-Müssen der Abwehr bewirkt gleichzeitig Symptome. Ein bewusstwerden abgewehrter Anteile ist daher grundlegend für eine symptomatische Besserung.

Nach Olio & Cornell (1993, S. 520f) hängt die individuelle Möglichkeit, Zugang zu den traumatischen Erinnerungen zu erhalten, von drei Faktoren ab. Der vermutlich wichtigste Faktor sei die momentane Fähigkeit des Betroffenen, den Inhalt oder die Bedeutung der erinnerten Fragmente zu ertragen. Innerhalb der therapeutischen Beziehung könne ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle erreicht werden, das solche traumatischen Erinnerungen erst zulasse. Zudem würden Erinnerungen möglich durch eine Abnahme der individuellen Abwehrmechanismen, die nicht nur durch den therapeutischen Prozess erreicht werden könne, sondern sich häufig spontan nach kritischen Lebensereignissen ergebe. Und weiters könnten äußere Reize Erinnerungen gewissermaßen „auslösen“, etwa Erlebnisse, die der ursprünglichen traumatischen Situation ähnelten.

Bei posttraumatischen Störungen ist die Abwehr oder Vermeidung traumatischer Inhalte ein wesentlicher Aspekt. Dabei sei eine möglichst genaue Rekonstruktion der sexualisierten Gewaltübergriffe, das Wissen um Grundzüge der Ereignisse, ihrer Situation, des Kontexts und ihrer Bedeutung für die Verarbeitung und Integration der traumatischen Erfahrung entscheidend. Natürlich können manche Erlebnisse oder Details im Dunkeln bleiben, diese Erinnerungslücken müssten erkannt und akzeptiert werden (a.a.O.). Die willentliche Erinnerung an zumindest einige zentrale Ereignisse der traumatischen Situation wirkt für die Betroffene häufig erleichternd, weil sie einem oft zu beobachtenden Zweifel, ob und was sich ereignet hat, entgegenwirkt, die Wahrnehmung und Empfindung der Betroffenen bestätigt und ihr Gefühl von Irrealität abschwächt.

Das Spezifische an traumatischen Inhalten ist, dass ihre Abwehr und Vermeidung eine typische, kurzfristig adäquate und überlebenssichernde posttraumatische Reaktion ist. Häufig wird die Vermeidung unterbrochen vom unkontrollierbaren intrusiven Wiedererinnern. Bei traumatischen Inhalten wird die Funktion der Abwehr, das Ich vor unbewältigbaren Inhalten zu schützen, besonders deutlich. Daher ist gerade im Umgang mit traumatischen Inhalten besondere Vorsicht angebracht bei all jenen Techniken, die Abwehrmechanismen schwächen und so den Ausdruck von Empfindungen oder das Auftauchen von Erinnerungen begünstigen (Olio & Cornell, 1993, S. 520f; Courtois, 1988, S. 188–212). Ein übereiltes Fördern der Erinnerung kann, wenn die Möglichkeiten, mit den Erinnerungen umzugehen (etwa durch Stressmanagement- und Entspannungstechniken), noch nicht ausreichend verfügbar sind, extrem bedrohlich sein und massiv überfordern. Ein ungeschütztes, forciertes Wiedererinnern kann für Betroffene auch die Bedeutung von Selbstbestrafung bekommen. Vor unkontrollierten Erinnerungen an traumatische Inhalte, wie sie in der intrusiven Symptomatik auftauchen, sollte das vorausgehende Vermitteln von Techniken für die Betroffene (Stressmanagement etc.) und therapeutisches Eingreifen schützen. Umgekehrt darf übertriebene Vorsicht auf Patientenseite nicht zur Annahme führen, nur der Therapeut sei nicht bereit und nicht sicher genug, sich den traumatischen Ereignissen zu stellen. Wesentlich ist, dass der Betroffene mit traumatischen Erinnerungen nicht allein bleibt (wie in der einsamen Ohnmacht der sexualisierten Gewaltübergriffe), sondern auf therapeutischen Rückhalt trifft.

Einflüsse der Dynamik sexualisierter Gewalt gegen Kinder auf Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen

Sexualisierte Gewalt als Kind überlebt zu haben bedeutet, Anpassungsleistungen an die meist langandauernd wiederholten traumatischen Übergriffe erbracht zu haben. Die meisten dieser Anpassungsleistungen haben Auswirkungen auf die Gestaltung sozialer Beziehungen und wirken sich in *Übertragungsreaktionen* auf die psychotherapeutische Beziehung aus.

Courtois (1988, S. 215–229) sieht eine Herausforderung an die Psychotherapie besonders in der Neigung des Traumatisierten, sozialen Beziehungen ängstlich und argwöhnisch zu begegnen und zudem eigenen Wahrnehmungen und Erfahrungen zu misstrauen. Durch Schamgefühle, Autoaggressionen und den generell niedrigen Selbstwert Traumatisierter fühlen diese sich oft, selbst wenn ein basales Vertrauen und Sicherheitsgefühl in der therapeutischen Beziehung erlangt werden konnte, unbehaglich in der Therapiesituation.

Rose (1991, S. 85ff) beschreibt die Psychodynamik des Opfers (hier: erwachsene weibliche Vergewaltigungsoffer) als geprägt von *generalisiertem Misstrauen* und Hilflosigkeit und bezeichnet dies als eines der schwierigsten Hindernisse beim Aufbau der therapeutischen Beziehung. Therapeutische Verhaltensweisen, wie sie bei anderen, nicht-traumatisierten Patienten durchaus angemessen seien, könnten hier schon als schwerer Vertrauensmissbrauch gewertet werden und zum Abbruch der Beziehung führen; so könne etwa das Schweigen des Therapeuten als stark offensiv und aversiv erlebt werden. Das generalisierte Misstrauen werde ebenfalls zum Prüfstein der schon vorangeschrittenen therapeutischen Beziehung.

Vielfach findet sich die Betroffene der Aufmerksamkeit und Akzeptanz, die der Therapeut ihr entgegenbringt, nicht wert, und fürchtet, der Therapeut werde sich, wenn er ihr schuld- und schambesetztes, beschädigtes Selbst offenbare, erschreckt von ihr abwenden. *Negative Selbsteinschätzungen* und Charakteristika des Missbrauchs machen es häufig unmöglich, die positive Zuwendung des Therapeuten zu akzeptieren. Zu oft erfahren Betroffene, dass auf ihre Person gerichtete Aufmerksamkeit zu Gewalt führte. Zuwendung wird außerdem zum Beweis dafür, dass der Therapeut einen nicht richtig verstehe oder wahrnehme, die therapeutische Beziehung wird gelegentlich sabotiert, um das eigene Scham- und Schuldgefühl, das letztenendes vor dem vernichtenden Hilflosigkeitserleben schützt, aufrechtzuerhalten. Der bei Traumatisierten oft beobachtbare verständliche Wunsch nach absoluter Kontrolle erschwert eine effektive Hilfesuche – der Hilfe zu bedürfen macht Angst und wird zum Zeichen des Versagens. Dem Therapeuten wird eine funktionierende Fassade präsentiert, weil sich der Leistungsaspekt als Normalität-Wahren auch in die therapeutische Situation einschleicht, weil die Illusion eigener Kontrolle aufrecht erhalten werden muss, oder um unbewussten Bedürfnissen des Therapeuten, für die Traumatisierte nach jahrelangem Überlebenstraining häufig extrem sensibel sind, zu begegnen.

Herman (1994, S. 188) schildert eine für Opfer von Traumatisierungen typische Übertragungsreaktion: Alle dem Übergriff nachfolgenden Beziehungen seien geprägt von der Erinnerung an die Gewalt und die Hilflosigkeit, das führe häufig zur Sehnsucht nach einer *rettenden Figur*, die von den Qualen des Traumas erlöse. Die Idealisierung des Therapeuten als Retter schütze davor, sich an den Schrecken wiedererinnern zu müssen. Aber auch die Angst vor neuerlichen Übergriffen trage zur Idealisierung des Therapeuten bei, denn nur wenn er als perfekt erscheine, wähne sich der Patient bei ihm sicher. Typisch für Betroffene von sexuellem Kindesmissbrauch sei außerdem eine *sexualisierte Übertragung*, da das Opfer seinen ohnehin geringen Selbstwert häufig über sexuelle Zuwendung definiere und gelernt habe, über Verführerisch-Sein Aufmerksamkeit zu erhalten. Das aus der traumatischen Missbrauchssituation erwachsene generalisierte Misstrauen, insbesondere in emotional nahen Beziehungen, bei denen zudem ein Machtgefälle auszumachen ist, und die sich daraus ergebenden Implikationen für die Psychotherapie wurden bereits angesprochen.

Der Therapeut neige in seinen *Gegenübertragungsreaktionen* manchmal dazu, sich durch das generalisierte Misstrauen in seiner therapeutischen Kompetenz angegriffen zu fühlen und den Klienten implizit dafür zu beschuldigen, kein Vertrauen zu ihm fassen zu können. Dabei sei es im Gegenteil eine ausgesprochene Stärke von Traumatisierten, trotz ihres Misstrauens eine Psychotherapie regelmäßig zu besuchen (Rose, 1991, S. 87).

Wilson & Lindy (1994, S. 15) beschreiben die zwei Pole von Gegenübertragungsreaktionen, die in der Arbeit mit Traumatisierten allgemein häufig vorkommen, als *Überidentifikation* (Verstrickung,

Verlust von Grenzen, übermäßiges Involviert-Sein, hohe eigene Verletzlichkeit u.a.) und *Vermeidung* (Rückzug, Verleugnung, Ärger, Intellektualisierung u.a.). In Abhängigkeit von der Art der Traumatisierung seien verschiedene Inhalte der Gegenübertragungsreaktionen zu beobachten, die den Polen Überidentifikation und Abwehr zugerechnet werden können. Anders dargestellt, kann sich der Therapeut als Gegenübertragungsreaktion mit der Seite des Opfers oder aber mit der Rolle des Täters identifizieren. Im Falle der Identifikation mit dem Täter kann dieser etwa verteidigt werden, oder seine Verhaltensweise soll der Klientin verstehbar gemacht werden. Rose (1991, S. 92) spricht von Fällen, in denen der sexuelle Missbrauch nie im Rahmen der Therapie besprochen wurde, selbst wenn die Klientin Äußerungen dazu machte, und von Therapieverläufen, in denen Patienten Borderline- und Suchtdiagnosen erhielten, ohne die vorangegangene Traumatisierung und eine posttraumatische Belastungsstörung zu berücksichtigen. Dabei identifiziert sich auch jener Therapeut mit dem Täter, der für die Symptome des Klienten wenig Verständnis zeigt, seine Inszenierungen als aktive Teilnahme am Übergriffsgeschehen missversteht oder seine dissoziativen Verhaltensweisen als offensichtlichen Widerstand, Unwilligkeit und mangelnde Kooperationsbereitschaft deutet. Der therapeutische Versuch, diesen „Widerstand“ zu brechen, wird vom Klienten als erneutes Eindringen und als Missachtung seiner Grenzen erlebt werden und kann retraumatisierend sein.

Um gegen die gegenübertragene Hilflosigkeit anzukämpfen, könne der Therapeut den Klienten dazu drängen, an seiner Wut auf den Täter und das nicht schützende Umfeld zu arbeiten, bevor dieser dazu bereit sei. Sich mit der Wut des Patienten zu identifizieren, könne mitunter schädigend sein, weil dadurch eine noch bestehende positiv besetzte Bindung zum Täter geringgeachtet bleiben kann (Herman, 1994, S. 193–203). Oft wird übersehen, dass der Traumatisierte dem Täter ja meist nicht nur negative Gefühle entgegenbringt, sondern daneben auch noch eine positive Bindung besteht. Diese zu übersehen bedeutet, das Ausmaß an Vertrauensmissbrauch, existentieller Verwirrung und Zerstörung durch die Übergriffe zu unterschätzen, denn gerade die Verquickung von positiven und negativen Aspekten der Beziehung zum Täter macht es so schwer, den Missbrauch als solchen und die reale „Gespaltenheit des Täter-Objekts“ zu erkennen (Fischer, 1990, S. 203).

Nader (1994, S. 186ff) versteht abwehrende und verleugnende Gegenübertragungsreaktionen als Form des Therapeuten-Widerstandes. Dieser Widerstand stehe der Notwendigkeit, vom Patienten alles hören zu können, entgegen, werde das Vermeidungsverhalten auf Patientenseite verstärken und stehe so der Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten im Wege. Durch den Widerstand des Therapeuten lernen Traumatisierte, dass es zu ängstigend und überwältigend ist, über das traumatische Ereignis zu sprechen und dass es besser ist, das Geschehene zu verschweigen. Diese Erfahrung bildet die Fortsetzung zum Schweigegebot der Kindheit – damals wie heute darf über sexuellen Missbrauch nicht gesprochen werden.

Fischer (1990, S. 210) erörtert drei Varianten des Gegenübertragungswiderstandes, die die Behandlung eines real traumatisierten Patienten behinderten:

1. die Haltung der *Neutralität*, die sich nicht für das Opfer engagiert;
2. eine „*infantilisierende Larmoyanz*“, die den Betroffenen entmündige, indem sie in ihm nur das arme, bedauernswerte Opfer sehe;
3. und schließlich den „*Versöhnungsreflex*“, bei dem betont werde, es sei auch für die Gesundheit der traumatisierten Kinder notwendig, sich mit ihren Tätern zu versöhnen.

Diese Formen des Gegenübertragungswiderstandes seien Bestandteile der Abwehr des Therapeuten und behinderten ein konstruktives Arbeiten mit dem traumatisierten Patienten. Andererseits kann der Therapeut viele Aspekte jener Erfahrungen, die der Klient in der traumatischen Situation machen musste, an sich selbst erleben. Insbesondere gegenüber den oft chaotischen und scheinbar willkürlich wechselnden Bewusstseinszuständen, zwischen Flashbacks und dissoziativen Erscheinungen kann er sich hilflos, verwirrt und geängstigt fühlen – sein therapeutisches Wirken scheint ohne Einfluss zu bleiben, und der Schmerz des Opfers ist nicht ertragbar. In seinen Versuchen, sich gegen die schmerzhafteste Identifikation mit dem Opfer zu wehren, komme es gewöhnlich zu Bagatelisierungen und Schuldzuschreibungen an den Traumatisierten mit den entsprechenden negativen Konsequenzen für den Klienten.

Wenn der Therapeut sich dagegen mit der Scham des Klienten in bezug auf seine sexuelle Ausbeutung identifiziert und diese Scham abgewehrt wird, könne das dazu führen, dass der sexuelle Übergriff als ein ausschließlich gewaltsamer bearbeitet werde, und die sexuelle Bedeutung außer acht gelassen werde (Rose, 1991, S. 93). Damit bleibt der Betroffene mit seinem Schamgefühl, seiner sexuellen Verunsicherung und Orientierungslosigkeit neuerdings allein.

Adäquaten Verarbeitungsprozessen des Patienten können diese Gegenübertragungsgefühle auch dann abträglich sein, wenn der Therapeut versucht, das Gegenübertragungsgefühl der Ohnmacht und absoluten Hilflosigkeit dadurch abzuwehren, indem er in die Rolle des Retters schlüpft, die ihm vom Patienten zuweilen ja angeboten wird. Indem er versucht, den Patienten zu retten, ihm Entscheidungen abzunehmen, macht er den Patienten noch hilfloser und abhängiger und suggeriert ihm, dass er von sich aus nicht in der Lage wäre, selbstverantwortlich zu entscheiden. In der Retterrolle ist der Therapeut auch aufgrund seiner entwickelten Haltung der Allmacht für Grenzüberschreitungen anfällig, dadurch sind traumatisierte Patienten erneut gefährdet. Besonders schädigend ist die sexuelle Gegenübertragung des Therapeuten, der auf etwaiges sexualisiertes Verhalten der Betroffenen nicht abstinert, sondern mit Grenzüberschreitung reagiert. Solcher sexueller Missbrauch in der Therapie ist leider keine Seltenheit und stellt eine erneute Traumatisierung des schon missbrauchten Patienten dar, die mit gravierenden Folgen und erschwerter sekundärtherapeutischer Zugänglichkeit einhergeht (Becker-Fischer & Fischer, 1995).

5.4.2 Kognitiv-Behaviorale Ansätze

Kognitive und verhaltenstherapeutische Modelle setzen an fehlerhaften Überzeugungen (z.B. eigene Schuld am Gewaltübergriff, Schlechtigkeit etc.) oder an Lerndefiziten an und versuchen, diese zu korrigieren. Entsprechend der Lerntheorie wird die Bedeutung von klassischer und instrumenteller Konditionierung in der Entwicklung und Aufrechterhaltung der posttraumatischen Symptomatik hervorgehoben. Das Aufgeben falscher Überzeugungen werde kurzfristig sehr negativ erlebt, auch wenn mittel- und langfristig Scham- und Schuldgefühle und ein schlechtes Selbstwertempfinden durch diese Erkenntnis deutlich verringert werden (vgl. Courtois, 1988, S. 203).

Kognitiv-Behaviorale Ansätze für posttraumatische Störungen umfassen verschiedene Behandlungsmethoden, die sich grob in die Bereiche *Exposition*, *kognitive Restrukturierung* und *Emotions-Management Techniken* einteilen lassen.

1. **Exposition.** Expositionstechniken streben die Konfrontation mit den trauma-verbundenen Emotionen (insbesondere der Angst) an und wirken so dem Vermeidungsverhalten entgegen. Verschiedene Techniken lassen sich unterscheiden hinsichtlich der Art und Dauer und hinsichtlich des Arousal-Niveaus während der Konfrontation (z.B. Systematische Desensibilisierung, Imaginierte und in vivo Exposition, Flooding u.a.)
2. **Kognitive Restrukturierung.** Kognitive Schemata spielen eine zentrale Rolle im Heilungsverlauf Traumatisierter (Roth & Newman, 1993; Janoff-Bulman, 1985). Durch die traumatischen Übergriffe würden die basalen Glaubenssätze und Grundannahme der Betroffenen über die eigene Person, über andere und die Welt zerrüttet. Eine kognitive Restrukturierung der erschütterten Überzeugungen sei anzustreben. Der Traumatisierte solle so zu einem rationalen Verständnis des Missbrauchs gelangen – dennoch sei insbesondere die emotive Einsicht entscheidend. Spaccarelli (1994, S. 354) beschreibt die kognitive Restrukturierung als Prozess der graduellen Auseinandersetzung mit fehlerhaften Überzeugungen, der die Annäherung an die traumatische Erfahrung, der Zugang zu neuen Erinnerungen und eine Bearbeitung dieser Erinnerungen beinhaltet. Eine sichere Verankerung in der Gegenwart kann dem Traumatisierten erleichtern, graduellen Zugang zu schmerzhaften Erinnerungen zu finden und auch in der Situation des Wiedererlebens ein Gefühl von Kontrolle nicht zu verlieren.
3. **Emotionsmanagement.** Dissoziative und intrusive Symptome sowie ihr manchmal chaotisches, hochfrequentes und unkontrollierbares Alternieren verwirren und ängstigen den Betroffenen und verunsichern oft auch den Therapeuten. Interventionen, die vorrangig auf emotionalen Ausdruck oder Katharsis bedacht sind, werden von sexuell Traumatisierten häufig als überfordernd und intrusiv erlebt und verstärkten oft die Auftretenshäufigkeit dissoziativer Symptome

und den Rückgriff auf maladaptive Abwehrmechanismen. Wirksame Psychotherapie müsse jene Bearbeitungsprozesse fördern, die den Zugang zu Erinnerungen an das Trauma inklusive ihrer emotionalen Komponente ermöglichen. Sie müsse helfen, die Gefühle, die die traumatische Erfahrung umgeben, zu verstehen und den Betroffenen seiner Kontrolle darüber versichern, wann er sich welchen Erinnerungen aussetzt (Spaccarelli, 1994, S. 354). Vor der gezielten Konfrontation mit traumatischen Inhalten ist es daher entscheidend, dass Betroffene Strategien erlernen konnten, um mit bislang unkontrollierbaren schmerzhaften Affekten bewusst umzugehen. Sinn aller Emotionsmanagement-Methoden und Stressverarbeitungstechniken ist das Vermitteln von Kontrolle über Affekte. Mit der Gewissheit, schmerzhaften Intrusionen nicht mehr ohnmächtig ausgeliefert zu sein (wie den Schmerzen in der traumatischen Situation), sondern sie kontrollieren zu können, verliert die Konfrontation mit traumatischen Inhalten ihre Bedrohlichkeit und wird in der Regel nicht mehr als massiv überfordernd erlebt.

Bei der Bearbeitung der traumatischen Situation muss deshalb die Intensität der schmerzvollen Emotionen sorgfältig kontrolliert werden, um eine Überflutung an Schmerz und Angst zu vermeiden. Bei etwaigen Anzeichen emotionaler Übererregung des Klienten (typisch bei intrusiver Symptomatik) sei das therapeutische Arbeitstempo zu reduzieren (Olio & Cornell, 1993, S. 519). Gleichzeitig muss die Sicherheit und Kontrolle des Klienten ins Zentrum therapeutischer Aufmerksamkeit rücken.

Traumatisierte Menschen leiden in der Regel an einem erhöhten Stressniveau, daher sollte der Erwerb von Stressmanagement- und Entspannungstechniken gefördert werden (Courtois, 1988, S. 188–212). Gegen unwillkürliche dissoziative Zustände, die Betroffene manchmal auch ängstigen und nicht nur zur emotionalen Distanzierung beitragen, seien Techniken einzusetzen, die es dem Betroffenen erleichtern, im Hier und Jetzt zu bleiben, etwa durch bewusstes Konzentrieren auf die Gegenwart, sich selbst Ruhe zusprechen u.a. (a.a.O.).

Angst-Management-Programme beruhen auf der Annahme, dass pathologische Angst durch das Fehlen adäquater Fertigkeiten im Umgang mit Emotionen aufrechterhalten wird. Therapeutisches Ziel ist deshalb die Vermittlung der entsprechenden Fertigkeiten durch Entspannungstrainings, positive Selbstbeurteilungs-Trainings, Atemtechniken, Biofeedback, Trainings sozialer Kompetenzen und Ablenk-Techniken (vgl. Foa & Meadows, 1997, S. 470). Eine der häufigsten Techniken, die zum Erlernen eines adäquaten Umgangs mit posttraumatischen Ängsten eingesetzt wird, ist das Stress Inoculation Training von Meichenbaum (1975) (zitiert nach Foa & Meadows a.a.O.).

Wheeler & Berliner (1988) empfehlen, die Traumatisierten graduell den gefürchteten Reizen oder ihrer symbolischen Repräsentation auszusetzen, zugleich Stressbewältigungstechniken zu üben und kognitive Verzerrungen zu bearbeiten. Dabei können Vermeidungsstrategien therapeutisch sinnvoll sein, indem sie den Traumatisierten vor Überforderung und Überflutung mit schmerzhaften Affekten schützen. Durch die Verwendung solcher Abwehrstrategien könne der Betroffene ein Gefühl der Kontrolle über die aversiven Reize bekommen. Die Schwierigkeit dieser Vorgehensweise liegt darin, einen *angemessenen Grad* an Konfrontation zu erreichen. Dazu wird der Einsatz angstreduzierender Techniken und das Training von Problemlösestrategien empfohlen. Ferner sollten Betroffene, die sich offensichtlich in dissoziativen Zuständen befinden, auf diese hingewiesen werden, denn so könnten sie selber diese Bewusstseinszustände besser erkennen und unterbrechen lernen. Besondere Bedeutung wird der Information der Betroffenen beigemessen (über Fragen von Schuld und Verantwortung, Merkmale angemessenen sexuellen vs. missbräuchlichen Verhaltens etc.). Die therapeutische Beziehung könne Modell einer sicheren Beziehung werden, in deren Rahmen funktionale Verhaltensweisen eingeübt werden können.

5.4.3 Systemische Ansätze

Der systemische Ansatz ist besonders verbreitet, wenn Kinder und Jugendliche als Opfer sexualisierter Gewalt in der Familie behandelt werden. Bei der Psychotherapie mit Erwachsenen, die oft erst Jahrzehnte nach den sexuellen Übergriffen Hilfe suchen, ist dieser Ansatz verständlicherweise wenig gebräuchlich. Der systemische Ansatz versucht, die positiven Bindungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern untereinander zu berücksichtigen und das destruktive Klima der Geheimhaltung durch ein offenes Ansprechen des Missbrauchs zu durchbrechen. Dabei sollte die Einschätzung der Bedeutung des Traumas möglichst von allen Familienmitgliedern geteilt und akzeptiert werden,

außerdem sollten in der Therapie mit allen Beteiligten gemeinsame Ziele gefunden werden (vgl. Ebbinghaus et al., 1996, S. 437).

Die Betonung der Gemeinsamkeit der Familie birgt die Gefahr, die Perspektive des unterlegenen Opfers zu übersehen. Inzwischen empfehlen auch Vertreter des familientheoretischen Konzepts eine parallel laufende Einzeltherapie mit dem Opfer der Übergriffe, um im Einzelsetting Loyalität zum Opfer und ein ausschließliches Vertreten seiner Position zu ermöglichen (Fürniss, 1993, S. 32f. und S. 89), denn das Hauptaugenmerk systemischer Arbeit richtet sich nicht auf das Opfer der Übergriffe, sondern auf die „dysfunktionellen Familienbeziehungen“ mit dem Verständnis geteilter Verantwortung aller Mitglieder. Die klassische systemische Familientherapie birgt mit dem Dogma der gleichwertigen Beteiligung und gleichverteilten Verantwortlichkeit aller Mitglieder die Gefahr, reale Machtverhältnisse zu übersehen und den Opfern ebendieser nicht gerecht zu werden. Traditionelle systemische Ansätze tendieren dazu, die traditionellen Rollen ihrer Mitglieder wieder auszuloten, damit das Kind in einer untergeordneten Position zu belassen, und können sich nicht genügend um die intrapsychische Realität der Missbrauchsoffer kümmern (Courtois, 1988, S. 184f).

Wenn Inzest im Familiensystem als funktional für alle Beteiligten aufgefasst wird (u.U. sogar für das misshandelte Kind, das andernfalls Gefahr laufe, den Vater und die Familie zu verlieren – wobei sich die Frage stellt, ob ein misshandelnder Vater nicht schlechter für das Kind ist als gar kein Vater), gerät die Frage von Schuld und Verantwortung oftmals aus dem Blickfeld (Rijnaarts, 1991, S. 156–159). Wenn Vater, Mutter und Kinder im System als gleichgestellte Familienmitglieder aufgefasst werden, wird die Tatsache ungleicher Machtverhältnisse nicht berücksichtigt. Damit wird nicht der Täter zum Verursacher der Probleme, sondern die „dysfunktionale Familie“ insgesamt (wie bei Hehl & Werkle, 1993, die der nichtmissbrauchenden Mutter die dominante Rolle in der inzestuösen Familie zusprechen). Vielfach wird dabei übersehen, dass die Dysfunktionalität der Familie (z.B. in sozialem Rückzug bis zur Isolation, in Spannungen zwischen den erwachsenen Partnern etc.) nicht nur Ursache inzestuösen Missbrauchs, sondern häufig auch dessen Folge sein kann. Es liegt im Interesse des Täters, der seine Übergriffe plant und beabsichtigt, die Familie nach außen abzuschotten und sozial zu isolieren, um das Risiko des Entdeckt-Werdens möglichst gering zu halten.

Um die dichotomen Begriffe von Opfer und Täter und eine eindeutige Verantwortungszuschreibung zu vermeiden, wird von „zirkulärer Kausalität des Inzest“ (Kowalczyk, 1993, S. 92) gesprochen, die Schuld so hinterrücks dem Täter abgenommen und gleichermaßen auf den nichtmissbrauchenden Elternteil und das missbrauchte Kind verteilt. Kowalczyk (a.a.O.) spricht von der „kollusiven Mitbeteiligung der Mutter“, denn erst die dysfunktionale Paarbeziehung der Eltern würde die Viktimisierung des Kindes ermöglichen. Der Autor betont (a.a.O. S. 98), dass der Täter selbst durch seine Tat auch seelischen Schmerz erleide, darauf solle in der Familiensitzung, das heißt in Anwesenheit des missbrauchten Kindes, hingewiesen werden. Mit diesen Winkelzügen wird der Missbraucher endgültig von seiner Schuld befreit und die Destruktion, die das Opfer erlitt und erleidet, verhöhnt. Damit wird die eindeutige und alleinige Verantwortung des Täters für seine Übergriffe, in welcher prekären Situation er auch immer sich befunden haben mag und gleichgültig, wie schlecht seine Kindheit oder seine Partnerbeziehung war, verschleiert, auch wenn seitens von Familientherapeuten gleichzeitig betont wird, der Täter müsse die alleinige Verantwortung für seine Tat übernehmen (Fürniss, 1993, S. 49f). Wenn Systemtheoretiker sexualisierte Gewalt gegen Kinder innerhalb der Familie auf ein schlechtes emotionale Klima in der Familie zurückführen (und an erster Stelle die Frau/Mutter nennen, die für die Schaffung dieses Klimas zuständig und infolgedessen für den Inzest mitverantwortlich sei), und gleichzeitig auf angeblich problematische Mutter-Tochter-Beziehungen verweisen, wird aus Gewaltakten des Vaters gegen die Tochter im Grunde ein Frauenproblem; wenn die „Rolle des Kindes als Mitverursacher des Misshandlungsgeschehens“ (Ziegler, S. 26ff) diskutiert wird, ist die Verantwortung des männlichen Täters ausgespart oder bleibt ein Lippenbekenntnis.

Nur wenige Täter sind zur Übernahme der alleinigen Verantwortung bereit. Die bindende Kraft aller Gewaltverzichts-Abkommen mit dem Täter wird überschätzt, denn de facto kann man (wenn das Opfer noch Kind ist) ja nicht darauf vertrauen, dass es vom Täter aus zu keinen weiteren Übergriffen kommt – folglich wird die Mutter in eine Wächterrolle gedrängt und das Kind angehalten, sich besser zu schützen und neuerliche Übergriffe mitzuteilen. Deegener (1992) verweist auf Hart & Brassard, 1990; Schilling, 1990 und Daro, 1990; wonach die Rückfallquote nach der Therapie bzw.

die Häufigkeit fortgesetzter Misshandlung während der Therapie in Familien mit Gewaltproblemen (nicht nur bezogen auf sexualisierte Gewalt) zwischen 30 und 50 Prozent liege.

Im systemischen Verständnis liegt ein Teil der Verantwortung, dass es zu keinen neuerlichen Übergriffen kommt, in der *Familie*, bei der Mutter, ja sogar beim Opfer. Mit dieser Vorgehensweise wird suggeriert, dass es nicht allein in der Hand des Täters liege, den Missbrauch zu stoppen, als sei der Missbrauch ein „Ausrutscher“, eine Triebentgleisung, und nicht vom Täter geplant und beabsichtigt. Selbst wenn es zu keinen weiteren Übergriffen mehr kommen sollte (das alleinige Risiko trägt das Opfer), bleibt das Kind doch in einer Situation der Ungewissheit und der Angst zurück – wie sollte es sich auch, trotz aller familieninterner Maßnahmen, sicher fühlen und auf Versprechen vertrauen? Auf diese Angst reagieren auch Familientherapeuten und empfehlen bisweilen, der Täter solle bis zur nachhaltigen Besserung des Familienklimas die gemeinsame Wohnung verlassen (wobei es nicht dem Opfer angelastet werden darf, über die Rückkehr des Täters entscheiden zu müssen – andererseits, wer könnte besser die Sicherheit des Familienklimas einschätzen als das Opfer?).

Auf die Schwierigkeiten der Verleugnungsarbeit, die sich über Monate und Jahre erstreckt und zu einer psychischen Annahme der Verantwortung seitens des Täters führe, weist Fürniss (1993, S. 63–104) hin. Wenn er allerdings davon spricht, dass die Verleugnung nicht nur für die Familie, sondern für das misshandelte *Kind* notwendig sei, um familiäre Katastrophen zu verhindern, (a.a.O. S. 69) übersieht das die Notwendigkeit und das Bedürfnis der Opfer, das Geschehene als Gewaltübergriff zu begreifen und in ihrem Schmerz anerkannt zu werden. Wichtige Ansätze zur Begünstigung der Verantwortungsübernahme durch den Täter liefert Fürniss (1993, S. 63–67). In der „Verleugnungsarbeit“, in die die ganze Familie einzubeziehen ist, sei insbesondere wichtig, den stattgefundenen Missbrauch leugnende Familienteile nicht der Lüge zu bezichtigen, sondern jene Ängste zu bearbeiten, die hinter der Leugnung steckten. Auch dürfe ein rechtliches Eingeständnis der Tat noch nicht als psychische Annahme der Verantwortung gewertet werden. Die Tendenz einiger missbrauchender Väter, die Misshandlung zuzugeben, um dann hinterher zu sagen, das hätten sie nur zum Schutze des Kindes getan, in Wahrheit seien sie unschuldig, beschreibt Fürniss (a.a.O. S. 87) als „tertiäre Verleugnung“.

Im allgemeinen tendiert das systemische Verständnis dazu, bestehende Strukturen und Machtverteilungen zu festigen als grundlegend zu verändern und ist daher als exklusives Vorgehen in Fällen von sexualisierter Gewalt in der Familie höchst problematisch.

5.4.4 „Power Therapien“ – die neue Generation

Neben den bekannten Psychotherapieverfahren wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Kurzzeit-Therapieansätze für die Behandlung von posttraumatischen Störungen bekannt, viele von ihnen versprechen in relativ wenigen Sitzungen erstaunliche Besserungen. Theoretische Hintergründe zu Wirkmechanismen sind bei den meisten dieser neuen Methoden noch unklar. Die neuen Methoden wurden in der Regel für erwachsene Opfer einmaliger traumatischer Ereignisse (Vergewaltigung, Naturkatastrophen etc.) entwickelt und müssen in ihrer Anwendung bei Opfern chronischer Traumatisierung in der Kindheit und anderen komplexen Traumatisierungen (Herman, 1994) noch überprüft werden. Die Besprechung einiger der bekanntesten Methoden erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll nur eizelne der momentan meistdiskutierten und best geprüften Ansätze darstellen. Zu Untersuchungen zur therapeutischen Wirksamkeit der einzelnen Verfahren vgl. Gallo (1996).

Eine der bislang empirisch am besten überprüften neuen Methoden zur Traumabearbeitung stellt das *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR, Shapiro 1995) dar, das von Francine Shapiro in den ausgehenden 80ern begründet und in den folgenden Jahren weiterentwickelt wurde. Die Methode ist nicht als isoliert anzuwendende Kurzzeittherapie konzipiert, sondern soll in einen übergreifenden Therapieplan integriert werden. Bei komplexen Traumatisierungen wird empfohlen, EMDR mit anderen stabilisierenden Verfahren zu kombinieren. Das Vorgehen gliedert sich in acht Phasen (Shapiro, 1997, S. 3–10, Hofman, Ebner & Rost, 1997, S. 76; Hofman, 1996, S. 369):

1. Die *Anamnese* klärt die Eignung und Bereitschaft des Patienten für eine Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen und legt fest, welche traumatischen Erinnerungen, gegenwärtigen Sti-

muli und kognitiven Überzeugungen bearbeitet und welche neuen Lernerfahrungen gemacht werden müssen.

2. Die *Vorbereitung* informiert den Patienten über Methode und Behandlungsplan, über mögliche Risiken der Behandlung durch EMDR (etwa dem Auftreten von flashbacks) und informiert darüber, dass Traumatisierte häufig belastende Erinnerungen vermeiden möchten, und dass dieses Vermeidungsverhalten die Symptomatik aufrechterhält.
3. In der *Evaluationsphase* wird jene spezifische Erinnerung, die durchgearbeitet werden soll, präzisiert. Kognitive Überzeugungen, körperliche Reaktionen und SUD-Level (Subjective units of distress: 10 subjektive Einheiten, 10 = das Schlimmste, was sich der Patient subjektiv vorstellen kann, 0 = keine Belastung) werden erhoben.
4. In der *Durcharbeitungsphase* soll der Patient innerlich mit der spezifischen traumatischen Erinnerung in Kontakt treten (in Bildern, Kognitionen, Körperempfindungen etc.). Während der emotionalen Auseinandersetzung induziert der Therapeut bilaterale Augenbewegungen oder andere bilaterale Reize (akustisch, sensorisch). Während der rechts-links-springenden Augenbewegungen veränderten sich häufig die Erinnerungsbilder an das Erlebte, Angstgefühle ließen nach, die Selbstwahrnehmung änderte sich oft von der Wahrnehmung als Opfer hin zur Perspektive des Überlebt-Habens. Erst am Ende eines Sets von Augenbewegungen könne der Patient über seine Erlebnisse und Emotionen sprechen, der Erfolg der Durcharbeitung werde durch das SUD-Level kontrolliert. Im Laufe mehrerer EMDR-Sitzungen können so frühe traumatische Erinnerungen wie auch gegenwärtig aversiv erlebte Stimuli durchgearbeitet werden.
5. In der *Verankerung* werden parallel zu bilateraler Stimulierung positive Kognitionen (die vorab erarbeitet wurden) noch einmal in Erinnerung gerufen und neue Fähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten fokussiert – die bilaterale Stimulierung erleichtere eine Fixierung und größere Generalisierung dieser Kognitionen.
6. Im Anschluss folgt der *Körpertest*, bei dem der Klient wahrnehmen soll, ob im Zusammenhang mit dem Erinnerungsbild und der erarbeiteten positiven Kognition körperliche Anspannungen übriggeblieben sind.
7. Die *Abschlussphase* kann (je nach zugrundeliegendem Therapieplan) dazu dienen, verschiedene Selbstkontrolltechniken u.a. zu vermitteln. Durch eine weiterführende verbale Durcharbeitung und durch Erarbeiten von Verhaltensmaßnahmen und Distanzierungstechniken für den Notfall wird dem Sicherheitsbedürfnis des Patienten Rechnung getragen.
8. In der *Nachbefragung* wird die Befindlichkeit des Patienten beobachtet und geklärt, welche Probleme (oder traumatischen Erinnerungen) als nächstes bearbeitet werden sollen.

Obwohl der Wirkmechanismus von EMDR noch ungeklärt ist, verweisen zahlreiche Studien auf die Effizienz der beschriebenen Behandlungsmethode, die auch Monate nach 2–3 EMDR-Sitzungen noch nachweisbar blieb (Hofman et al. 1997, S. 77; Wilson, Becker & Tinker, 1995). Momentane Wirk-Hypothesen beziehen sich auf ein Modell der „beschleunigten Informationsverarbeitung“: Durch das Trauma komme das Informationsverarbeitungssystem quasi aus dem Gleichgewicht, normale Lernprozesse könnten nicht mehr stattfinden, traumatische Erinnerungen blieben dadurch in einer „festgefrorenen“ Form bestehen. Durch EMDR werde das Informationsverarbeitungssystem neu aktiviert, Lernprozesse würden eingeleitet, traumatische Erfahrungen weiterverarbeitet und integriert, eine neue adaptive Lösung könne so entstehen (Shapiro, 1997, S. 2f). Neurologische Gedächtnisgrundlagen liefern Hinweise dafür, dass Information aus traumatischen Extremsituationen anders als übliche Alltagsinformation gespeichert wird (Van der Kolk, 1995). Die Fragmentierung traumatischer Erinnerungen (die zur Zeit für die typische Flashback-Symptomatik verantwortlich gemacht wird) könne unter therapeutischem Schutz wiederbelebt und im Zusammenhang mit bilateraler Stimulation im normalen „Alltagserinnerungssystem“ gespeichert werden (Hofman et al. 1997, S. 74f). Detaillierte Ergebnisse stehen noch aus.

Die *Visual/Kinesthetic Disassociation* (V/K D, Bandler & Grinder, 1979) ist eine Technik des Neuro-Linguistischen Programmierens und bezieht sich auf Stimulus-Reaktions-Verknüpfungen, die mithilfe der Methodik „dis-assoziert“, also wieder aufgelöst werden sollen. Traumatische Erinnerungen sollten so von ihrer „assozierten“ schmerzhaften Bedeutung befreit werden. Der Klient wird angehalten, den Moment unmittelbar vor Einsetzen des traumatischen Ereignisses zu visualisieren, anschließend soll er sich an die traumatische Situation erinnern, seine Person darin allerdings quasi „von außen“ beobachten. Diese Vorgabe verändere die Wahrnehmung des traumatischen Ereignisses von der Opfer-Perspektive zur Perspektive des Überlebten-Habens, der traumatische Vorfall erhalte damit eine neue Bedeutung. Die Methodik des V/K D dürfe nicht mit der globalen Dissoziation im Rahmen der PTSD-Symptomatik verwechselt werden. Diese stelle ein Zerbrechen integrativer Persönlichkeitsfunktionen dar, im V/K D sei hingegen nur die Wahrnehmung der Erinnerung disassoziert, d.h. von ihrer negativen emotionalen Komponente befreit (Gallo, 1996).

Betroffene sexualisierter Gewalt in der Kindheit, insbesondere wenn diese innerhalb der Familie stattfand, können sich aufgrund ihres jungen Alters zur Zeit der Gewalt und aufgrund der schleichenden Progression sexualisierter Gewalt häufig nicht an ein abgrenzbares Ereignis vor Eintreten der traumatischen Gewaltereignisse erinnern. Die Verankerung in einer sicheren Vergangenheit vor dem traumatischen Ereignis wird außerdem dadurch schwierig, dass das damalige Kind in den Augen der Betroffenen oft nicht viel mit der heutigen Erwachsenen zu tun hat. Oft ist ein Hauptproblem von Menschen, die in ihrer Kindheit sexualisierte Gewalt erfahren haben, eine starke dissoziative Symptomatik. Erinnerungen bestehen ohne emotionale Bedeutung, oft unwirklich wie filmisches Material. Ein unkritisches Anwenden der Methode ohne Berücksichtigen der Dissoziationssymptomatik kann diese noch verstärken.

Die *Traumatic Incident Reduction* (TIR, Gerbode, 1995) ist eine personenzentrierte, hochstrukturierte Kurzzeitmethode zur Behandlung posttraumatischer Belastungssymptome. Die traumatische Situation wird zum „Zuschauer“ seiner eigenen traumatischen Ereignisse. Während der Klient ein spezifisches, zeitlich abgegrenztes traumatisches Ereignis im Geiste „wie einen Videofilm“ ablaufen lassen soll, enthalte sich der Therapeut aller Interpretationen und gebe weder Wertungen noch positive (verstärkende, wohlwollende oder beruhigende etc.) Kommentare von sich. Die traumatische Erinnerung werde vom Klienten wie ein Videofilm angesehen, die Beobachtungen dem Therapeuten mitgeteilt, hinterher der „Film zurückgespult“, um wiederholt betrachtet zu werden. Nach mehrmaliger aufeinander folgender Wiederholung dieses Vorgehens käme der „Zuschauer“ typischerweise zu einer emotionalen Gipfel, der bei anschließendem Wiederansehen allmählich verblassen würde, und der Film könne abgeschaltet werden. Etwa 10 Sitzungen mit etwa je 90 Minuten Dauer brächten dauerhafte Besserung sowohl nach spezifischen Traumata wie auch nach kombinierten traumatischen Belastungen, wobei die Voraussetzung dafür sei, dass sich der Patient tatsächlich mit den traumatischen Situationen auseinandersetzen wolle. Die Methode ermögliche dem Klienten, sich selbstbestimmt und in eigenem Tempo an das traumatische Ereignis heranzuwagen und sich so vor emotionaler Überflutung schützen (TIR FAQ, online 1997).

Analog zur Kritik des V/K D lässt sich anmerken, dass die Anleitung, sich selbst „wie im Film“ zu sehen, für Patienten mit dissoziativer Symptomatik besonders vorsichtig eingesetzt werden muss, wobei ein Dissoziieren während der Anwendung der Methode zu vermeiden ist. Eine Überforderung durch die Konfrontation kann zu einer Verstärkung der ohnedies vorhandenen Dissoziationen führen und damit das Ziel der Auseinandersetzung mit den traumatischen Erinnerungen verfehlen. Zusätzlich wird dadurch, dass der Therapeut sich während der Erinnerungen des Klienten schweigend verhalten und nicht einmal stützende, beruhigende und normalitätsbetonende Aussagen von sich geben solle, die Isolation der Betroffenen verstärkt. Diese Isolation erinnert Betroffene sexualisierter Gewalt in der Kindheit häufig an die Situationen der traumatischen Übergriffe, umso mehr, wenn eine Bezugsperson Beziehung verweigerte und stattdessen zum Täter wurde, und wird so problematisch.

Außerdem ist zu befürchten, dass die Einschätzung, der Patient könne sich prinzipiell *selbstbestimmt* an das Trauma annähern und sich so vor emotionaler Überflutung schützen, für viele Traumatisierte nicht zutrifft. Es ist Teil der intrusiven Symptomatik, emotionale Überflutung gerade nicht verhindern zu können, und Charakteristikum der gleichzeitig und ambivalent dazu bestehenden abwehrenden Tendenzen, sich an die Schrecken nicht erinnern zu können und zu wollen. Eine unkri-

tische Anwendung des TIR birgt die Gefahr der systematischen Überforderung von Traumatisierten und damit weitere symptomatische Konsequenzen.

Das *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD, Mitchell & Everly 1995) ist ein Verfahren, das meist bei Erwachsenen eingesetzt wird, die kurze Zeit (wenige Tage) davor ein potentiell traumatisches Ereignis erlebt haben. CISD ist ein Verfahren, bei dem meist innerhalb der Gruppe über das traumatische Ereignis („critical incident“) und das persönliche Erleben gesprochen werden kann und durch das Sich-Mitteilen Entlastung erreicht wird. Krisenintervention und Information bezüglich möglicher Auswirkungen eines traumatischen Ereignisses von seiten der gruppenleitenden Trainer stehen im Mittelpunkt. CISD ist keine Therapieform und auch kein Ersatz für eine solche. Im Zentrum steht das Ansprechen traumabedingten Problembereiche und Emotionen in einer unterstützenden und über die Folgen informierenden Gruppe.

Die Zählmethode (*Counting Method*, Ochberg 1995) besteht darin, dass der Klient aufgefordert wird, sich an eine traumatische Situation zu erinnern, während der Therapeut in der selben Zeit laut bis 100 zählt. Der Klient soll während des Zählens nicht sprechen, kann sich aber anschließend mitteilen. Nach Ochberg wirke die Methode deshalb, weil eine traumatische Situation mit der Stimme des Therapeuten und der sicheren therapeutischen Beziehung verbunden werde und der Klient so in der sicheren Gegenwart verankert bleibe. Außerdem biete das Zählen auf 100 (mit einer Dauer von etwa 2 Minuten) eine relativ gut überschaubare, kurze Zeitspanne zur Wiederannäherung an das Trauma und erlaube dem Betroffenen, Beginn, Dauer und Ende der Wiedererinnerung in diesem festgesetzten Zeitintervall zu kontrollieren. Durch die zeitliche Begrenzung der Konfrontation mit dem Trauma und der akustischen Verankerung in der sicheren therapeutischen Situation seien traumabedingte Gefühle des Schmerzes und der Hilflosigkeit begrenzt und überschaubar. Während des Zählens verändere sich die traumatische Erinnerung, indem sie zukünftig mit der sicheren therapeutischen Situation assoziiert werde. Die Privatsphäre bleibe durch die Methode gewahrt, und der Klient könne hinterher entscheiden, was er in der Therapie mitteilen und weiter durcharbeiten möge. Die kontrollierte Wiederannäherung an das Trauma nehme der zuvor oft unkontrolliert auftauchenden traumatischen Erinnerung ihren Schrecken.

Die hier besprochenen Methoden haben etliche Gemeinsamkeiten und einige Unterschiede. Alle Methoden streben nach einer *Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis*, wobei diese Auseinandersetzung in vielen Fällen einer emotionalen Wiederannäherung gleichkommen soll, manchmal aber hauptsächlich auf dem kognitiv-analysierenden Niveau bleibt. Zentral ist bei den meisten Methoden, den Traumatisierten während der Wiedererinnerung an die traumatische Situation im sicheren Hier und Jetzt festzuhalten. Diese *Verankerung in der Gegenwart* wird durch verschiedene Reize, die der Therapeut in der Phase der Auseinandersetzung mit dem Trauma setzt, erreicht. In der Arbeit mit Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit scheint es wesentlich, die verankerten Reize so zu wählen, dass sie sich im Einzelfall von der ursprünglich traumatischen Situation weitestgehend unterscheiden. Methoden, die eine ungeschützte Auseinandersetzung mit traumatischen Ereignissen fordern und teilweise auf eine anschließende Kommunikation über das Trauma verzichten, vernachlässigen m.E. den Verarbeitungsprozess von traumatischen Gewalterfahrungen als Beziehungsgeschehen und sind in der Arbeit mit Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit, bei denen jahrelanges Schweigen-Müssen oft Bestandteil der Traumatisierung ist, äußerst problematisch.

5.4.5 Leitlinien für Therapeuten

Nach Herman (1994) dient die psychotherapeutische Beziehung ganz allgemein dazu, die Persönlichkeit des Betroffenen zu festigen, denn er müsse ein Empfinden eigener Sicherheit und Kontrolle erlangen, um sich eigenverantwortlich zu einer Auseinandersetzung mit dem Trauma zu entscheiden. Deshalb sind alle Techniken, die die sichere gegenwärtige Situation betonen und ein Höchstmaß eigener Kontrolle erlauben, zu präferieren. Courtois (1988, S. 194) empfiehlt z.B., den Erwachsenen von heute in Dialog treten lassen mit jenen Persönlichkeitsanteilen, die vom Trauma betroffen waren.

Nach Herman (1994, S. 184) ist das wichtigste Ziel der therapeutischen Beziehung, die Autonomie des Betroffenen zu fördern. Die traumabedingte Ohnmacht und Hilflosigkeit kann nur überwunden werden, indem der Betroffene wieder beginnt, eigenverantwortlich zu entscheiden. Ein Höchstmaß

an Sicherheit und Kontrolle kann in einer vertrauensvollen, sicheren therapeutischen Beziehung liegen. Nur auf der Grundlage von aktueller Sicherheit und Kontrolle können traumatische Inhalte erlebt und bearbeitet werden. Eine sichere therapeutische Beziehung bietet außerdem die korrektive Beziehungserfahrung der Möglichkeit interpersoneller Nähe, ohne dabei gefährdet zu sein. Damit würde der traumatischen Erfahrung des Vertrauensmissbrauches, der Abhängigkeit und der Verletzung innerhalb einer intimen Beziehung ein alternatives Beziehungsmuster gegenübergestellt (Olio & Cornell, 1993, S. 516f). Anders als in der missbräuchlichen Beziehung können in der sicheren therapeutischen Beziehung mitfühlende, menschliche Reaktionen erlebt werden. Das Erfahren mitfühlender, menschlicher Antworten auf das Trauma ist deshalb von entscheidender Wichtigkeit, weil sie in der Regel ein Korrektiv bietet zu Verhaltensweisen von Verleugnen und Bagatellisieren, die Traumatisierte von anderen Menschen als Reaktion auf das Bekanntwerden des Traumas häufig erleben. Eine wichtige korrektive Erfahrung im Rahmen der empathischen Therapiebeziehung kann sein, dass der Therapeut das, was geschehen ist, von ernst nimmt und in seiner schmerzhaften Bedeutung anerkennt. Wohl geplante und technisch korrekte therapeutische Interventionen blieben gerade bei traumatisierten Patienten erfolglos, wenn die therapeutische Beziehung dieser menschlichen Achtung und des mitfühlenden Respekts entbehre (Olio & Cornell, 1993, S. 517), denn nur im Rahmen einer menschlichen Beziehung zu einem akzeptierenden, empathischen Gegenüber könne eine adäquate Verarbeitung von Gewaltübergriffen im Rahmen von Beziehungen erfolgen und die Isolation durchbrochen werden.

Die Symptome des traumatisierten Klienten sind nicht-neurotisch, legitim, folgerichtig und funktional. Daher sei der Betroffene mit äußerstem Respekt und mit Achtung vor seinem Überlebenskampf zu behandeln, und in diesem Kampfe müsse der Therapeut als Mensch präsent sein und dürfe sich nicht auf eine neutrale Professionellen-Rolle zurückziehen (Roth & Newman, 1993, S. 368f).

Eine wichtige Rolle in der therapeutischen Beziehung spielt die „Neutralität“ des Therapeuten. Die Neutralität des Anwalts, der ein Opfer sexualisierter Gewalt vertritt oder die des Psychologen, der dasselbe Opfer begutachtet, ist dabei nicht gleichzusetzen mit der geforderten Neutralität eines Therapeuten, der mit einem Betroffenen arbeitet. Herman spricht von der notwendigen „technischen Neutralität“ des Therapeuten, der sich nicht in Lebensentscheidungen oder Konflikte des Patienten einzumischen hat, unterscheidet davon aber seine moralische Position: die effektive Behandlung setze ein moralisches Engagement und Solidarität mit dem Opfer des Verbrechens voraus. Fischer & Becker-Fischer (1997, S. 380) sprechen von der „nichtneutralen Abstinenzhaltung“ des Therapeuten, dessen Engagement für den traumatisierten Patienten außerordentlich wichtig sei. Der Therapeut müsse sich mit dem Opfer solidarisch erklären, er dürfe sich nicht unparteilich geben oder versuchen, Täter- und Opferseite gleichermaßen zu berücksichtigen. Stattdessen müsse er klar Stellung auf Seiten des Opfers beziehen, um den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu ermöglichen.

Eine besondere Sensibilität bezüglich missbrauchsspezifischer Themen auf Therapeutenseite ist nicht genug. Der Therapeut muss nicht nur besonders empathisch, sondern auch emotional verfügbar und responsiv sein, denn Schweigen und Passivität des Therapeuten wird oft als Wiedererleben des Schweigens der Kindheit, als Ungeschütztheit und Verlassenheit empfunden (Olio & Cornell, 1993; Rose, 1991, Courtois, 1988, S. 169f). Nach Olio & Cornell (1993) ist eine neutrale Haltung des Therapeuten bei Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit nicht nur nicht förderlich, sondern sogar schädlich. Der Mangel an therapeutischer Betroffenheit erinnere häufig an die dysfunktionalen Verhaltensmuster des Täters oder der nicht schützenden Familie und verstärke eigene Verletzbarkeit, erlebte Hilflosigkeit und Verleugnungstendenzen. (In der Wahrnehmung des Betroffenen hat also auch die Enthüllung gegenüber dem Therapeuten keine Reaktion seinerseits bewirkt, nichts verändert, und schon gar nichts besser gemacht.) Es werde deshalb gefordert, dass der Therapeut seine übliche Zurückhaltung und Reserviertheit aufgebe und stattdessen aktives menschliches Engagement zeige, auf Äußerungen des Klienten sichtbar reagiere, ohne damit eindringlich oder kontrollierend zu werden. Die Gratwanderung zwischen nötigem Engagement und Überinvolviertheit sei möglich durch empathisches Einfühlen und Beobachtung der Reaktionen und Gefühlszustände des Klienten wie auch seines allgemeinen Funktionsniveaus (a.a.O.).

Ein Therapeut, der zu den Berichten der Traumatisierten schweigt, sich nicht einbringt, wird häufig als unempathisch, als unfähig, Schutz zu gewährleisten, als verlassend, betrügend und täterähnlich empfunden; diese Übertragungsreaktion könne, wenn der Therapeut nicht aktiv sein Verhalten

darauf abstimme und sich für den Klienten engagiert verhalte, ausweglos werden und zu einem verfrühten Abbruch der Therapie führen (Rose, 1991, S. 88).

Briere (1992a) plädiert dafür, nicht nur theoretische Konzepte und spezifische Techniken als Leitfaden für eine Therapie bei posttraumatischen Störungsbildern zu benutzen, vorrangig sei vielmehr eine phänomenologische Sichtweise des Betroffenen: seine individuellen Erfahrungen und persönlichen Wahrnehmungen seien das Kriterium, auf das therapeutische Interventionen abgestimmt werden müssten. Eine solche Sichtweise erfordere große Menschlichkeit und Empathie – das teilweise Miterleben der inneren Welt des Klienten erlaube nicht nur, eigenes Vorgehen darauf abzustimmen, sondern befähige über Rückmeldungen den Betroffenen, die individuelle Bedeutung der traumatischen Erfahrung besser zu verstehen. Außerdem ermögliche empathisches Einfühlen, jene Aspekte des Traumas zu betrachten, die *aus der Sicht des Klienten* zentral sind. Indem der Therapeut sich bemühe, aktuelle Zustände des Klienten mitzufühlen, vermindere sich die Gefahr, dass er den Annäherungsprozess zu schnell vorantreibe, damit seine Klienten überfordere und zurück in alte Abwehrmechanismen dränge (a.a.O., S. 84f).

Eine der Ironien posttraumatischer Therapie ist nach Briere (1992a, S. 87), dass sie genau das Gegenteil dessen fordert, was der Betroffene selbst unternahm, um das Trauma zu ertragen: während Betroffene selbst versuchen, Erinnerungen an die traumatischen Ereignisse abzuwehren und am besten zu vergessen, ist es das Anliegen therapeutischer Bemühungen, sich mit ebendiesen Ereignissen kognitiv und emotional auseinanderzusetzen. Diese grundsätzliche Schwierigkeit muss der Therapeut anerkennen. Rose (1991, S. 89) empfiehlt, dem Klienten mitzuteilen, dass man versteht, dass er lieber den ganzen Missbrauch vergessen möchte, nicht mehr daran denken und deshalb vielleicht auch nicht in der Therapie darüber sprechen will. Der Therapeut solle weiters darauf hinweisen, dass die Illusion, den Übergriff unbeschadet überstehen und hinter sich lassen zu können, zwar verständlich, aber nicht auf Dauer erfolgreich sein wird – und meist haben Betroffene selbst schon erlebt, dass die Erinnerungen und Schmerzen sie wieder einholen, auch wenn sie alles versuchen, um die Übergriffe zu vergessen und Erinnerungsauslöser zu vermeiden. Der Therapeut könne die Idee einführen, dass die Betroffene sich vom Übergriff und vom Täter nur dadurch auf Dauer befreien könne, indem sie darüber spreche, sich so des Geheimhaltungsdruckes entledige und das Erlittene anerkenne.

Der beschriebene Gegensatz zwischen den Vorstellungen von Therapeut und Klient sei besonders in der Therapieeingangsphase virulent und habe für die Therapie mindestens zweierlei Konsequenzen: aus Klientensicht zeige sich der Therapieverlauf oft nicht als Prozess immer umfassender werdenden Lernens und Verstehens, sondern wird als fortwährender, ängstigender Widerspruch erlebt, vielfach ohne Aussicht auf Besserung. Altbewährte Überlebensmechanismen sollen im Sinne neuer Verarbeitungsstrategien, die vorerst aber noch nicht verfügbar sind, sich noch nicht bewährt haben oder im Gegenteil nur als noch schmerzhafter erlebt werden, aufgegeben werden. Der Therapeut müsse diesen Widerspruch im Auge behalten, um den möglicherweise empfundenen „Widerstand“ des Patienten besser zu verstehen (Briere, 1992a, S. 88). Indem der scheinbare Widerstand des Klienten als der Versuch, bewährte Bewältigungsmechanismen nicht gegen neue unbekannte mit zweifelhafter Wirkung einzutauschen, vom Therapeuten akzeptiert und empathisch anerkannt werde, könne die Gefahr, den Patienten zu überfordern, minimiert werden. Die Tatsache, dass sich der Betroffene trotz der offensichtlichen Ängstigung und Gefährdung seiner Überlebensmechanismen in die Therapiesituation wage, den Schmerz der Auseinandersetzung mit dem Trauma ertrage und dennoch auf Besserung hoffe, müsse als ein Zeichen außerordentlichen Mutes gewürdigt werden (a.a.O. S. 88). Rose (1991, S. 86f) empfiehlt daher, die Therapie mit folgenden Elementen zu eröffnen: Einerseits mit dem Hinweis auf die Einzigartigkeit und Sicherheit der therapeutischen Beziehung, verbunden mit der Anerkennung, welche Überwindung und Kraft es den Traumatisierten kosten muss, sie einzugehen; weiters die Aufklärung des Klienten über seine Symptome und deren Logik und Funktionalität; zudem eine Bestärkung in selbststützenden und -beschützenden Verhaltensweisen und in der Entscheidung, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Scheinbarer Widerstand des Patienten trete häufig gerade dann auf, wenn sich der Klient überfordert und geängstigt fühle, daher müsse das therapeutische Vorgehen überdacht und verändert werden. Das bedeute nicht, mit der Erforschung und Annäherung an das Trauma zu pausieren, vielmehr würde es oft schon genügen, dem Kontrollbedürfnis des Betroffenen und seiner Selbstverantwortung wieder mehr Augenmerk zu schenken. Das zentrale Problem missbrauchszentrierter

Therapie sei, eine optimale Annäherung an das traumatische Geschehen zu finden, ohne den Betroffenen damit zu überfluten und zu überfordern (Briere, 1992a, S. 105f). Der traumatisierte Patient sei vor emotionaler Überflutung bestmöglich zu schützen, dieser Schutz und die Aufrechterhaltung eines Kontrollempfindens habe Vorrang vor einer Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten; in Krisenzeiten sei dementsprechend das therapeutische Arbeitstempo deutlich zu verringern (Roth & Newman, 1993, S. 368f).

Eine Überforderung des Betroffenen mit traumabezogenen Inhalten kann zur Verstärkung von Vermeidungstendenzen und (dissoziativen) Symptomen führen. Diese Tendenz Traumatisierter, die Bedeutung des Erlittenen zu verleugnen und das Geschehene zu bagatellisieren, stellt eine große Herausforderung für die Psychotherapie dar. Wenn der Therapeut in die Bagatellisierungs- und Verleugnungsversuche des Traumatisierten einstimmt und nicht die zugrundeliegenden Beschädigungen anerkennt, kann das eine neuerliche schwere Verletzung des Betroffenen bedeuten. Andererseits dürfe sich die Therapie auch nicht nur auf vergangene Übergriffe und erlittene Verletzungen konzentrieren (Olio & Cornell, 1993, S. 514); ein derartiges Vorgehen zementiert die Opferidentität und die Stigmatisierung des Betroffenen und erweist sich im Heilungsverlauf als äußerst hinderlich.

Nach Herman (1994, S. 249) ist es wichtig, nicht nur die Geschichte der traumatischen Verletzung, sondern auch die Vorgeschichte und die Umstände vor Einsetzen der Übergriffe genau zu explorieren: das erleichtere, eine Brücke von der Zeit vor dem Trauma bis in die Gegenwart zu schlagen. Bei sexualisierter Gewalt in der Kindheit dürfte eine Exploration der Vorgeschichte aufgrund des jungen Alters zur Zeit der Übergriffe häufig schwierig werden. Wenn trotz dieses Hindernisses die Vorgeschichte zugänglich ist, kann das der Betroffenen z.B. helfen, etwaige Verhaltensmuster des Täters, die den Übergriff vorbereiteten und den Boden für Isolation und Geheimhaltung bildeten, zu erkennen. Ein Wiederanknüpfen an der Situation vor den traumatischen Übergriffen ist bei Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit auch deshalb schwierig, weil der eigene Entwicklungsprozess hin zu erwachsener Autonomie zur Zeit der Übergriffe noch nicht abgeschlossen war. Die erwachsene Betroffene kann nicht am alten Kind-Selbst anknüpfen, vielmehr muss ein neuer Entwurf eines erwachsenen Selbsts erst erarbeitet werden. Dazu gehört die Erkenntnis, nicht mehr das ohnmächtige Kind von einst zu sein, sondern eine entscheidungsfähige Erwachsene mit Fähigkeiten und Möglichkeiten, die zur Zeit der sexualisierten Übergriffe aufgrund des Entwicklungsstandes nicht verfügbar waren.

Nach Ochberg (1988) müssen Betroffenen traumatischer Ereignisse Sachinformationen über das Ereignis selbst, über Stresstheorien oder Copingmechanismen und mögliche Folgen der Traumatisierung angeboten werden. In der Kindheit Traumatisierte seien darüber zu informieren, dass sich der heute Erwachsene von dem Kind, das in der Vergangenheit Opfer sexualisierter Gewalt wurde, unterscheidet, d.h. dass betroffene Erwachsene andere Möglichkeiten haben, mit dem Erлittenen umzugehen, als das damalige Kind. Für Betroffene von sexualisierter Gewalt in der Kindheit hat dieser *psychoedukative Aspekt* besondere Bedeutung. Das Auftreten von Symptomen zu erklären und verstehbar zu machen, ist oft ungeheuer entlastend und zeigt einen Weg aus der Isolation auf. Darüberhinaus macht der edukative Hinweis Betroffenen ihre eigenen Beschwerden oft erst bewusst oder beschreibbar und kann eigenes Aussprechen erleichtern. Durch die Verständlichkeit der Symptome wird ihnen häufig ein Teil ihrer Bedrohlichkeit genommen. Informationsarbeit sollte gleichermaßen bei den Schuldgefühlen der Betroffenen ansetzen, indem verdeutlicht wird, dass aufgrund des Entwicklungsstandes von Kindern die Verantwortung für die Tat immer beim Erwachsenen liegt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Schuldgefühle eine Kontrollfunktion haben und vor überwältigender Hilflosigkeit und Ohnmacht schützen.

Der große Trugschluss, dem Opfer traumatischer Übergriffe vielfach erlagen, sei der, dass die Abnormität der Situation verwechselt würde mit einer vermuteten eigenen Abnormität (Ochberg, 1988). Eine Therapie, die dem Trauma begegnen wolle, müsse daher drei Grundsätze beachten: Der erste Grundsatz sei das *Normalitätsprinzip* (normalization prinziple): Gedanken und Gefühle, die in bezug auf das Trauma bestünden, müssten erachtet werden als normale Reaktionen auf eine extreme Situation. Symptome sind nicht nur pathologisch, sondern können als Schutzmechanismen und Verarbeitungsversuche von Traumatisierten verstanden werden. Ja sogar extremen, unter Umständen selbstschädigenden Symptomen Normalität zuzugestehen bedeutet nach Ochberg (a.a.O.), die

Stärke und Kraft zu sehen, die es gekostet hat, die traumatische Situation zu überstehen, und den in Symptomen einsetzenden Selbstheilungsversuch als Basis des Verarbeitungsprozesses zu werten.

Herman (1994, S. 219f) vertritt die analoge Auffassung, der Patient sei über mögliche Folgen, Symptome und Persönlichkeitsveränderungen nach dem Erleben traumatischer Ereignisse zu informieren, dabei sei dem Patienten insbesondere mitzuteilen, dass seine ihm vielleicht verrückt oder unsinnig erscheinenden Reaktionen als Antwort auf das Kindheitstrauma durchaus ursprünglich sinnhaft, verständlich und angemessen sind.

Bei sexuell Traumatisierten sind Selbstbeschuldigungen für die Übergriffe oder dafür, sie schmerzhaft erlebt zu haben und weiter daran zu leiden, sie nicht vergessen zu können, Selbstanklagen wegen der unverständlichen, unkontrollierbaren Symptome häufig. Deshalb müsse das zweite Prinzip posttraumatischer Therapie (Ochberg, 1988) das der *Zusammenarbeit und Befähigung* (collaboration and empowerment) sein. Opfer von Gewaltverbrechen fühlten sich hilf- und wertlos und müssten in ihrer Schuldlosigkeit, ihrer Menschenwürde und ihrem Sicherheitsgefühl neu bestärkt werden. Diese Forderung ist unter der Berücksichtigung, dass die Erkenntnis oder das Eingeständnis eigener Schuldlosigkeit an den Übergriffen und ihren Folgen meist mit dem Gefühl völliger Ohnmacht und totalen Kontrollverlustes einhergeht, in besonderer Weise wichtig.

Empowerment wird sich darauf richten, Autonomiebestrebungen des Patienten zu unterstützen. Dabei kann die Eigenverantwortlichkeit Betroffener vermutlich gefördert werden, wenn der Therapeut seinen Klienten nicht als unheilbares Opfer grausamer Übergriffe betrachtet, sondern als jemanden, der extrem feindliche Bedingungen überlebt hat, aber jetzt (unter den therapeutisch geschaffenen günstigen Bedingungen) in der Lage ist, einen Prozess der adäquateren Verarbeitung traumatischer Erlebnisse selbst voranzutreiben. Wann und in welchem Ausmaß eine Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten stattfindet, wird – entsprechend des eigenen Sicherheitsempfindens und innerer Kontrollüberzeugungen – letztlich vom Traumatisierten selbst entschieden werden, basierend auf der (therapiegewonnenen) Überzeugung, dass eine Auseinandersetzung mit den traumatischen Inhalten aushalt- und bewältigbar ist und langfristig gesehen zu einer Stabilisierung und Besserung führen wird.

Ein dritter Grundsatz Ochbergs (a.a.O.) ist das *Individualitätsprinzip* (individuality principle): jeder Mensch habe einen einzigartigen Weg, um das Erleiden traumatischer Ereignisse zu verarbeiten. Individuelle Abweichungen in den Therapie- und Verarbeitungsverläufen sollten so den Therapeuten nicht verunsichern oder von ihm als wertlose Umwege eingestuft, sondern als der individuelle Weg des Patienten wertgeschätzt werden.

Zu den schwierigen Aufgaben im Verlauf der Verarbeitung sexualisierter Gewalt gehört das Zulassen von *Wut* und tiefer *Trauer* um das, was durch die Zerstörungen des Traumas verlorengegangen ist. Viele Betroffene haben Angst vor ihrer Wut, fürchten, durch ihre Wut eine Welle der Zerstörung anzurichten. Kognitive und verhaltenstherapeutische Techniken können der Betroffenen den Umgang mit ihrer Wut oft erleichtern, indem Wut als Reaktion auf erlittenes Unrecht konnotiert wird. Das Erkennen des Unterschieds zwischen der Emotion Wut und aggressivem Verhalten kann erleichternd und beruhigend wirken: das eine muss so nicht zwangsläufig zum anderen führen. Dies wird zudem erleichtern, die Übergriffe des Täters klar als Gewaltübergriffe zu erkennen und sie nicht zu entschuldigen. Das Empfinden von Wut führt aus der Hilflosigkeit und Passivität des Opfers heraus, indem sich die Wut gegenüber erlittenem Unrecht distanziert und sich dagegen zur Wehr setzt. So ist das Erleben von Wut und ihre Adressierung auf den Täter im Heilungsverlauf eine Schlüsselstelle.

Ähnlich wie sich viele Traumatisierte vor ihrer Wut fürchten, fürchten sie oftmals ein endloses Trauern. Nach Herman (1994) weigerten sich manche Betroffene aus Stolz ganz bewusst, ihr Leid zuzugeben, um nicht dem Täter den Triumph des Sieges zu gönnen. Ein Trauerprozess könne dadurch verhindert werden. Deshalb sei es wichtig, der Betroffenen zuzusprechen, und ihr Trauern als einen Akt des Mutes zu begreifen. Den Schmerz zu spüren, wütend zu werden und die Verluste zu betrauern sei kein Zeichen der Unterwerfung, sondern setze aktiven Widerstand gegen den Täter voraus (Herman, 1994, S. 267). Herman (a.a.O.) warnt vor „*Wiedergutmachungsphantasien*“ des Therapeuten oder des Klienten: sie verhinderten das Anerkennen und Betrauern der Verluste, indem sie vorgaukelten, eine wie auch immer geartete Entschädigung oder ein öffentliches Schuldeingeständnis des Täters würde alles bereinigen. In Wahrheit bleibe die Betroffene aber dadurch an den Täter gebunden, da ihr Wohlbefinden nun von der Wiedergutmachung des Täters abhängt. Zweifellos haben

solche Eingeständnisse des Täters stark entlastende Wirkung, sie können aber ein Anerkennen der Schmerzen und eine Trauer um die Verluste nicht ersetzen.

Eigene Schuldlosigkeit kann vermutlich erst dann akzeptiert werden, wenn Möglichkeiten verfügbar sind, um mit dem daraus resultierenden Ohnmachtsempfinden zurecht zu kommen bzw. wenn im Alltag ein Gegengewicht zu dieser damaligen Hilflosigkeit vorhanden ist. Der Therapeut muss diese *auch* entlastenden Funktion eigener Schuldzuweisung anerkennen und darf nicht vorschnell auf rationaler Ebene zur Aufgabe der Schuldzuschreibung an sich selbst drängen, gleichwohl der Betroffenen aber immer wieder, auch argumentativ (etwa am Beispiel eigener Kinder) zeigen, dass er um ihre Unschuld weiss und die damit verbundene Ohnmacht erkennt.

Betroffene sexualisierter Gewalt in der Kindheit haben häufig erlernen müssen, zum eigenen Schutz und zur Hütung des Geheimnisses den *Schein der Normalität* zu wahren. Diese Fähigkeit wird manchmal auch in professionellen Beziehungen missverstanden. Briere (1992a, S. 101) warnt aus diesem Grund davor, offenbare Ruhe und Gelassenheit oder scheinbar positive Stimmung des traumatisierten Patienten als augenscheinlicher Beweis für eine vermeintliche Besserung zu halten. Auch erfahrene Therapeuten erkennen oft nicht leicht den Unterschied zwischen tatsächlicher Besserung und der in der traumatischen Anpassung bedingten Normalität präsentierenden *Fassadenhaftigkeit* (schließlich ist der Traumatisierte mit der häufig unbeabsichtigten Vorspiegelung einer schönen Fassade in der Regel vertrauter als der Therapeut). Die Vorspiegelung von Normalität ist nicht ein gezieltes Täuschungsmanöver, sondern eine manchmal automatisch einsetzende Überlebensstrategie, die ohne Hilfe kaum mehr abgelegt werden kann.

Eine praktische Hilfestellung für die Beurteilung, ob es sich bei der positiven Präsentation der Traumatisierten um echte Besserung oder um Dissoziation und Vorspiegelung von Normalität handelt, bietet Briere (1992a, S. 101): Der Therapeut müsse sich fragen, ob die wahrgenommene positive Präsentation des Klienten aufgrund des vorangegangenen Therapieverlaufes und seiner augenblicklichen Situation Sinn mache und nachvollziehbar sei; ferner, ob die präsentierten Gefühle nur oberflächlich, oder auch substantiell erschienen; weiters, ob irgendwelche Anzeichen dissoziativer Zustände vorhanden seien (Monotonie in Körperhaltung und Stimme, stereotype Bewegungen, unübliche Sprechweise etc.). Beachtet werden solle zusätzlich, ob der Betroffene in bezug auf einige Themen vermeidend reagiere, insbesondere im Vergleich zu früheren Therapiesitzungen. Schließlich solle sich der Therapeut fragen, was er, alle Umstände in Betracht ziehend, in der Situation des Klienten fühlen würde, und ob das mit dem übereinstimme, was er am Klienten beobachte.

In diesem Abschnitt wurde auf verschiedene Faktoren eingegangen, die die Copingmechanismen und Verarbeitungsprozesse sexuell Traumatisierter entscheidend beeinflussen können. Dabei wurde besonders berücksichtigt, dass eine emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma vermutlich nur dann erfolgen wird, wenn die Betroffene in ihrer aktuellen Lebenssituation ein ausreichendes Gefühl von Sicherheit und Kontrolle erlangen kann. Darüberhinaus wurde dargestellt, warum eine Auseinandersetzung mit erlittener sexualisierter Gewalt in der Kindheit höchstwahrscheinlich nur im Rahmen einer Beziehung erfolgen kann. Ausgehend von den theoretischen Überlegungen dieses Abschnitts werden im folgenden Hypothesen zu supportiven (therapeutischen) Verhaltensweisen entwickelt.

Kapitel 6

Fragestellung und Hypothesenbildung

Wie die vergangenen Ausführungen zeigen, kann bei schweren und komplexen Traumatisierungen, wie sie in der Regel als Folge sexualisierter Gewalterfahrungen in der Kindheit bestehen, kaum von einer spontanen Besserungstendenz ausgegangen werden. Im Gegenteil sind hohe Chronifizierungs-raten zu erwarten, insbesondere dann, wenn die posttraumatischen Störungen unbehandelt bleiben (Zlotnick, Warshaw, Shea, Allsworth, Pearlstein & Keller, 1999). Es ist bisher noch wenig bekannt, unter welchen Bedingungen bei Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit, die als Erwachsene eine Psychotherapie besucht haben, Verbesserungen der Symptomatik und eine Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit zu beobachten sind und welche Faktoren (innerhalb und außerhalb der Psychotherapie) verstärkt mit einer Beibehaltung der Symptome und einem hohen Leidensdruck verknüpft sind.

Die hier beschriebenen Hypothesen beziehen sich einerseits auf einzelne Symptom- und Fähigkeitskomplexe der Untersuchungsteilnehmerinnen, die anhand des Freiburger Katamnesebogens und des Kölner Traumainventars erhoben wurden (deskriptive Hypothesen), andererseits auf den Verlauf der Auseinandersetzung mit dem Trauma, d.h. auf den Verarbeitungsprozess (explikative Hypothesen). Hypothesen, die sich auf den Verlauf der Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse beziehen, werden im Rahmen der Interviewanalyse weiter operationalisiert und geprüft. Hypothesen, die sich auf Symptome und Fähigkeiten der Untersuchungsteilnehmerinnen beziehen, werden anhand der Ergebnisse der Fragebogen unmittelbar im Anschluss geprüft. Aus den Überlegungen zum Verarbeitungsgeschehen im vorangegangenen Kapitel werden folgende Faktoren als supportiv für den Verarbeitungsprozess des Traumatisierten angenommen:

6.1 Darüber Sprechen

Nach Ochberg (1995) ist die posttraumatische Therapie unvollständig, solange nicht die Geschichte der traumatischen Ereignisse inklusive der persönlich bedeutsamen Details und der emotionalen Involvierung erzählt worden sei. Durch das Erzählen könne es dem Patienten gelingen, die traumatische Szene samt den dazugehörigen Emotionen wiederzuerleben und daraus unbeschädigt in eine sichere Gegenwart zurückzukehren. Die traumatische Erinnerung mit jemandem zu teilen kann bedeuten, dass dieser andere zu jenem empathischen Zeugen wird, der in der traumatischen Situation der Kindheit in der Regel gefehlt hat. Darüber Sprechen ermögliche so, mit der einsamen Entmenschlichung der traumatischen Situation umzugehen. Denn nicht nur das Erleiden sexualisierter Gewalt in der Kindheit wirkt traumatisierend, sondern das erzwungene Schweigen belastet das Opfer zusätzlich. Nach Courtois (1988, S. 171) erhöht die Unmöglichkeit, die sexuelle Missbrauchserfahrung zu artikulieren und diskutieren, das traumatogene Potential der Übergriffe. Selbst wenn das ehemals kindliche Opfer erwachsen wird und die Notwendigkeit des Verschweigens auch in subjektiver Sicht sich verringert, selbst wenn die Überlebende also redebereit ist, scheitert das Vorhaben des

Darüber-Sprechens oft an den potentiellen Zuhörern, die häufig nicht gewillt oder fähig sind, von traumatischen Ereignissen zu hören.

Es wird angenommen, dass es für den Verarbeitungsverlauf traumatischer Ereignisse förderlich ist, wenn die therapeutische Beziehung einen Rahmen darstellt, in dem das Trauma von Therapeuten und Betroffenen wiederholt angesprochen werden kann. Wenn der Klient das Thema sexualisierter Gewalt in der Kindheit nicht von sich aus anspricht, der Therapeut aber einen diesbezüglich begründeten Verdacht hegt, wird angenommen, dass ein prinzipielles Aussprechen der Botschaft, es könnten in der Therapie auch Tabuthemen wie etwa ungewollte sexualisierte Erfahrungen und anderes behandelt werden, eine vertrauensfördernde Maßnahme darstellt und der Klientin eine grundsätzliche Offenheit auch schwierigen Themen gegenüber signalisiert. Es ist wahrscheinlich, dass ausschließlich aus jenem Grund, dass der Klient sexualisierte Gewalterfahrungen nicht von sich aus anspricht oder bei Nachfragen verleugnet, nicht von Abwesenheit ebensolcher Traumatisierungen ausgegangen werden darf. Williams (1994a) und Seagull & Seagull (1991) finden in ihren Untersuchungen deutliche Hinweise darauf, dass ein Missbrauchstrauma vergessen sein kann und erst wieder erinnert werden muss (auf die diesbezüglich geführte False-Memory-Debatte kann hier nicht eingegangen werden). Wir vermuten, dass Klienten, die in psychotherapeutischen Sitzungen Andeutungen sexualisierten Gewalterleidens machen, nicht nur erwarten, in diesen Angaben ernst genommen zu werden, sondern häufig auch damit rechnen, dass der Therapeut von sich aus auf diese Äußerungen zurückkommen werde, wenn er sie ernst genug nimmt. Deshalb vermuten wir, dass Betroffene es als belastend und als Zeichen von Desinteresse erleben, wenn sie auf solche Andeutungen keine eindeutige therapeutische Reaktion (im Sinne von aufmerksamem, ruhigem Nachfragen; Bereitschaft signalisieren, das Thema weiter zu besprechen) erleben.

Auf der Fähigkeits- und Symptomebene vermuten wir, dass das Darüber-Sprechen-Können innerhalb der Therapie und mit Bezugspersonen negativ mit der Stärke von Somatisierungstendenzen verbunden ist, da vielleicht durch die Ausschöpfung der verbalen Kommunikationsebene auf körperlich-symbolhafte Manifestationen vermehrt verzichtet werden kann (Jungjohann, 1990). Wir nehmen außerdem an, dass ein therapeutischer Rahmen, indem die Klientin erlebt, das Thema sexualisierter Gewaltübergriffe in der Kindheit wiederholt offen aussprechen zu können, ohne auf anzweifelnde oder missbilligende Reaktionen zu stoßen, in positivem Zusammenhang zur sprachlichen und sozialen Kompetenz der Klientin steht und ebenso positiv mit ihrer Zufriedenheit in zwischenmenschlichen Beziehungen (Partner, Freunde) verknüpft ist.

6.2 Aktives Wahrnehmen

Typisch für die Kindheit der Betroffenen ist nicht nur das Schweigen-Müssen über den Missbrauch aus Angst und Scham, sondern nicht selten eine Umgebung, die das Stattfinden sexualisierter Gewalt nicht wahrnehmen kann oder will bzw. seine traumatische Bedeutung verleugnet. Betroffene sexualisierter Gewalt in der Kindheit erleben es häufig als normal, in ihrem Leid nicht wahrgenommen zu werden. Nach Finkelhor & Browne (1985) verstärkt das Erleben von Unglauben und Zurückweisung seitens des sozialen Umfelds, das von den traumatischen Ereignissen erfährt, die Ohnmacht der Betroffenen und vertieft so traumatogene Dynamiken. Sanford (1992, S. 44) betont, dass nicht nur die Tat des sexuellen Missbrauchs an sich traumatisierend wirkt, sondern dass die anschließende Missachtung der Schmerzen einer zweiten Traumatisierung des Opfers gleichkomme.

Diese Erfahrungen Traumatisierter sind im Zusammenhang mit Gegenübertragungsreaktionen, die für ihre Bezugspersonen im Kontakt mit ihnen typisch sind, zu verstehen (Wilson & Lindy, 1994, S. 15). Wilson & Lindy (a.a.O.) unterscheiden zwei Pole der Gegenübertragung: einerseits die Überidentifikation, die mit emotionaler Verletzlichkeit und Entsetzen, aber auch mit einem Aufgeben von Grenzen, einer übertriebenen Involviertheit und gegenseitigen Abhängigkeit verknüpft ist; andererseits die Vermeidung, die zu Verleugnung, Distanzierung und Rückzug führt, aber auch zu Intellektualisierungen und Wahrnehmungsverzerrungen. Ein Verständnis dieser Gegenübertragungsreaktionen ist deshalb wichtig, weil ihre Kenntnis uns darüber informiert, mit welchen Haltungen eines sozialen Gegenübers Traumatisierte, die über ihr Leid berichten, häufig konfrontiert werden. Beide beschriebenen Pole der Gegenübertragung, also sowohl bagatellisierend-verleugnende als auch pathologisierend-entsetzte Reaktionen, können eine adäquate Verarbeitung traumatischer Ereignisse

behindern. Gefördert wird nach Wilson & Lindy (1994) die Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten dadurch, dass das soziale Gegenüber (bezogen auf den Therapeuten) einen idealen „empathic strain“ zum Traumatisierten halte, der zwischen den beiden beschriebenen Polen liege. Den empathic strain zu halten bedeutet bereit zu sein, die traumatische Verletzung wahrzunehmen und die Tragweite und Bedeutung der sexualisierten Gewalt für die Betroffene anzuerkennen, sie dabei gleichzeitig nicht als Opfer zu pathologisieren, also nicht die Dramatik der Folgen zu betonen oder schockiert zu reagieren, sondern die Betroffene als leidenden Menschen zu betrachten, der trotz allem überlebt hat.

Der Therapeut ist für die Betroffene häufig der erste, der beim Benennen ihrer sexualisierten Gewalterfahrung weder mit Entsetzen noch mit Bagatellisierung reagiert und so vermitteln kann, dass er bereit ist, wissender Zeuge zu werden (Hirsch, 1987, S. 177; Lohstöter, 1992, S. 126ff) und dass es möglich ist, sich mit den traumatischen Ereignissen auseinanderzusetzen. Wenn die traumatisierte Betroffene empfindet, dass ihr Gegenüber in der Lage ist, den empathic strain optimaler Annäherung an traumatische Inhalte zu halten und auszuhalten, kann diese Erfahrung vielleicht als Modell für eine adäquate Auseinandersetzung mit traumatischen Ereignissen fungieren. Indem die Traumatisierte einem Gegenüber begegnet, das ihr Leid empathisch wahrnimmt, sich erschüttern lässt und die Dramatik des Traumas anerkennt, kann sie vielleicht selbst leichter beginnen, eigene Bagatellisierungen aufzugeben und die Schwere des Missbrauchs anerkennen. Vermutlich kann erst in einer Beziehung, in der das Gegenüber wahrnimmt und mitfühlt, eine emotionale Wiederannäherung der Betroffenen an das Trauma stattfinden.

Bisher wurden diese allgemeinen klinischen und theoretischen Kenntnisse über die Abwehr oder Über-Identifizierung des sozialen Gegenübers als Einflussgröße für die Auseinandersetzung des Klienten mit traumatischen Inhalten und als Risikofaktor für die Ausbildung von Symptomen in empirischen Arbeiten noch kaum berücksichtigt. Es wird vermutet, dass das Erleben der Traumatisierten, dass ein soziales Gegenüber sie in ihrem Leid wahrnimmt und fähig und bereit ist, die Bedeutung der traumatischen Ereignisse und der daraus entstandenen Anpassungsleistungen und symptomatischen Folgen zu erkennen, positiv mit ihrer Fähigkeit zusammenhängt, eigene unbewusste Konflikte wahrzunehmen und entsprechend verinnerlichter Werte und sozio-kultureller Normen adäquat zu beurteilen, d.h. auch eine etwaige rigide Zensur eigener Konflikte und Kognitionen zu lockern. Wir nehmen an, dass eine günstige Verarbeitung der traumatischen Ereignisse in einer Atmosphäre des Verschweigens, Leugnens und Nicht-Wahrhaben-Wollens, aber auch bei offenem Erschrecken und Entsetzen des Gegenübers kaum möglich ist (vgl. Ausführungen im Abschnitt Risikofaktoren, Kapitel Folgen). Eher ist bei Reaktionen des sozialen Umfelds, das das Stattfinden oder die Bedeutung sexualisierter Gewalt bagatellisiert und verleugnet, bei Betroffenen eine sekundäre Verstärkung von Selbstentfremdung, Zweifeln an der eigenen Realitätswahrnehmung und Abwehr zu erwarten. Außerdem wird vermutet, dass ein soziales Gegenüber, das von der Traumatisierten als übermäßig entsetzt und schockiert bezüglich traumatischer Inhalte wahrgenommen wird, sie darin bestärkt, die sexualisierte Gewalterfahrung in Zukunft zu verschweigen, und damit die eigene Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten hemmt und Vermeidungstendenzen verstärkt. Umgekehrt kann davon ausgegangen werden, dass eine Bezugsperson, die in den Augen des traumatisierten Menschen die empathische Spannung aushalten kann, bei diesem die Bereitschaft, sich weiter mit der eigenen traumatischen Vergangenheit auseinanderzusetzen und das Selbstwertempfinden fördern.

6.3 Die Realitätswahrnehmung bestätigen

Wie beschrieben werden Opfer sexualisierter Gewalt in der Kindheit regelmäßig nicht nur durch die sexualisierten Übergriffe traumatisiert, sondern von Familienspielregeln, die der Betroffenen Schweigen auferlegen und die ihren Schmerz oder auch die Tat als solches leugnen. Mitunter wird die Tat mit Worten der Liebe getarnt und die Betroffene selbst kann es nicht wagen, an der Liebe des vertrauten Täters zu zweifeln. Wirtz (1993, S. 219f.) beobachtet bei Frauen, die in einer Psychotherapie erkennen, als Kind sexuell missbraucht worden zu sein, eine erste Schockreaktion. Wenn der Schmerz über das Gewalterleiden größer werde, nähmen betroffene Frauen häufig in der Vorstellung Zuflucht, dass sie sich alles nur eingebildet hätten und verweigerten sich so der Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten. Traumatisierte würden stattdessen oftmals beginnen, an sich

selbst, an ihren Wahrnehmungen, ihrem Realitätssinn, ja an der Realität zu zweifeln. Gleichzeitig ist die missbräuchliche Umgebung selbst meist konstant widersprüchlich und verwirrt Wahrnehmungen und Bedeutungszuschreibungen des Opfers, indem ihr eigenes Wahrnehmen und Empfinden missachtet, verleugnet und umgedeutet wird. Oft verhält sich die Umwelt und manchmal auch der Täter so, als sei nichts vorgefallen; die Wahrnehmungen der Betroffenen werden damit ins Reich der Phantasie verwiesen. Damit werden ihr höchst widersprechende Botschaften vermittelt: Eigentlich ist gar nichts geschehen, und selbst wenn etwas vorgefallen wäre, wäre das ganz normal, nicht so schlimm und nicht beachtenswert. Diese paradoxen Botschaften lassen sich mit der Realitätswahrnehmung des Opfers nicht vereinbaren.

Nach Hirsch (1987, S. 177) könne die Verarbeitung sexualisierter Gewalterfahrung in der Kindheit dadurch gefördert werden, indem die Wahrnehmungen des traumatisierten Klienten bestätigt werden. Wir vermuten, dass ein Therapeut, der bei Andeutungen und Aussagen zu sexualisierten Gewalterfahrungen von deren Realitätscharakter ausgeht und sie nicht als Phantasietätigkeit begreift (so wie auch andere Aussagen prinzipiell als realitätsbezogen verstanden werden), der Symptome als normale Reaktion auf eine extreme Situation begreift und nicht als Zeichen einer Neurose, und der psychoedukativ wirkt, d.h. die Betroffene über mögliche Folgen von sexualisierten Gewalterfahrungen allgemein informiert, eine Besserung des Selbstwertgefühls der Klientin begünstigt. Außerdem wird gemutmaßt, dass die Validierung der Bedeutung der gewaltvollen Kindheitserfahrungen durch ein soziales Gegenüber, das die Wahrnehmungen der Traumatisierten anerkennt und als adäquat und normal bestätigt, die Auseinandersetzung der Betroffenen mit traumatischen Inhalten fördert (vgl. Courtois, 1988, S. 141; Olio & Cornell, 1993, S. 516ff).

Dagegen nehmen wir an, dass die Erfahrung, dass eigene Wahrnehmungen und Empfindungen von Bezugspersonen nicht geteilt oder nachvollzogen werden, sondern angezweifelt oder im Rahmen des Verleugnungs-Komplexes ins Gegenteil verkehrt werden (das Geschehene habe nicht stattgefunden oder sei nicht so schlimm), von Betroffenen sexualisierter Gewalt in der Kindheit als extrem verletzend und destabilisierend erlebt werden, weiteres Ansprechen der sexualisierten Gewalterfahrungen behindern und das Vermeidungsverhalten stark fördern (Williams, 1994a und 1994b), außerdem die Zweifel an der eigenen Wahrnehmung verstärken und mit einer Beeinträchtigung der Realitätskontrolle der Betroffenen sowie mit geringem Selbstwertempfinden und erhöhter Selbstentfremdung einhergehen.

Es ist zu mutmaßen, dass die übliche neutrale Haltung des Therapeuten im Umgang mit Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit kontraproduktiv ist, weil sie Betroffene oftmals an die altbekannten Familienmuster des Nicht-wahrhaben-Wollens und Nicht-wichtig-Nehmens erinnert und im therapeutischen Kontext nicht als Neutralität gedeutet wird, sondern als erneutes Im-Stichgelassen-Werden und als Zurückweisung. Deshalb nehmen wir an, dass diese Neutralitätshaltung verstärkt zu Unsicherheit, Angst, Ohnmacht und in der Folge zur Abwehr der traumatischen Inhalte führt, und dass ein erlebtes Ausbleiben wahrnehmungs- und realitätsbestätigender Reaktionen verstärkt mit psychotischen Symptomen einhergeht. Umgekehrt ist zu erwarten, dass ein aktiv engagierter und parteilicher Therapeut, der die Wahrnehmungen der Betroffenen, ihre Gefühle und Bedürfnisse bestätigt, sich förderlich auf den Verlauf der Verarbeitungsprozesse auswirkt, dass das Erleben von Validiert-Werden in einem positiven Zusammenhang mit Introspektionsfähigkeit und dem Zugang zum eigenen inneren Erleben steht und mit einer verbesserten Realitätswahrnehmung verknüpft ist.

6.4 Die Betroffene nicht als Opfer stigmatisieren

Betroffene erleben vielfach Abnormitätszuschreibungen in ihrem sozialen Umfeld, welche das eigene Empfinden von Stigmatisierung wohl noch verstärken. Dazu meint Finkelhor (1985, zitiert in Sanford, 1992, S. 25): „Im Bestreben, die Öffentlichkeit auf die Ernsthaftigkeit des Problems von Kindesmissbrauch zu lenken, neigen wir dazu, die Unausweichlichkeit seiner traumatischen Folgen übermäßig zu betonen.“ Menschen, die in der Kindheit missbraucht wurden, müssen aber auch die Versicherung erhalten, dass sie nicht für immer beschädigt sind, sondern dass viele ihrer Bemühungen, die Vergangenheit zu bewältigen und abzuschließen, sie zu starken und fähigen Individuen gemacht haben. Eine Zuschreibung von Schwäche, Krankheit, Opfer- oder Täterschaft (wie

mit Konzepten zur transgenerationalen Weitergabe sexualisierter Gewalt, zur Identifikation mit dem Aggressor oder der erlernten Hilflosigkeit, die nur für eine allgemeine statistische Einschätzung von Risiken, nicht aber für individuelle Prognosen geeignet sind) trägt zu einer Stigmatisierung der Betroffenen bei (Herman, 1994; Sanford, 1992), weil sie vorhandene Ressourcen systematisch unterschätzt und dadurch vermutlich den ohnedies beschädigten Glauben der Betroffenen an ihre eigenen Fähigkeiten und Verarbeitungsmöglichkeiten unterminiert.

Daher ist es als Gegengewicht zur Selbstwertproblematik der Betroffenen wichtig, ihre Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten anzuerkennen und ihr zu vermitteln, dass das Abnorme nicht in ihrer Persönlichkeit, sondern im traumatischen Geschehen zu finden ist und dass das Erleiden traumatischer Ereignisse nicht automatisch bedeuten muss, das ganze weitere Leben als Opfer in Unglück und Krankheit zu verbringen, sondern zu vermitteln, dass es trotzdem möglich werden kann, gesund und glücklich zu sein. Briere (1992a, S. 81ff) nimmt an, dass ein Therapeut, der der Klientin gegenüber Wertschätzung und Achtung ausspricht und die Überzeugung äußert, dass ihre Symptome nicht Zeichen eines Persönlichkeitsdefektes seien, sondern Ergebnis der Anpassung an eine traumatisierende Umgebung, normalisierend wirke und eine günstige Verarbeitung der traumatischen Ereignisse fördere.

Viele Überlebende legen ihre Opfer-Identität erfolgreich ab und beweisen hohe soziale Kompetenz. In einem traumatisierten Menschen in erster Linie ein Opfer von Gewalterfahrung und Träger von Symptomen zu sehen, untergräbt seine menschliche Würde. Die Traumatisierte dagegen als Mensch anzunehmen bedeutet, ihre Opferseite mit den dazugehörigen Verletzungen und Schmerzen anzuerkennen, aber auch ihre trotz allem vorhandenen Stärken und Fähigkeiten zu sehen, gerade dann, wenn sie diese selber aus den Augen verloren hat. Eine ressourcenorientierte Sichtweise wird der Traumatisierten helfen, sich selbst als Mensch trotz des erlittenen Missbrauchs anzunehmen.

Es ist zu vermuten, dass Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Selbstentwertung und Gefühle von Stigmatisierung sich in der Betroffenen verstärken, wenn sie erfährt, dass ihre Symptome im Vordergrund stehen, ohne dass gleichzeitig ihre Fähigkeiten und Ressourcen wahrgenommen und anerkannt werden. Wir nehmen an, dass ein undifferenziert empfundenes Betonen der Pathologie der Betroffenen die Botschaft vermittelt, dass die vergangene sexualisierte Gewalterfahrung wie ein Makel ein Leben lang an ihr haften. Dagegen ist wahrscheinlich, dass das Erleben, als Persönlichkeit inklusive eigener Ressourcen wahrgenommen und anerkannt zu werden, sich auf das Selbstwertempfinden positiv auswirkt, Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit verringert, persönliche Fähigkeiten fördert und mit größerer Zufriedenheit in zwischenmenschlichen Beziehungen verbunden ist.

6.5 Zusammenfassung und Untergliederung der Hypothesen

Allgemein wird angenommen, dass komplexe posttraumatische Störungen insbesondere dann (trotz psychotherapeutischer Behandlung) persistieren, wenn die Betroffene innerhalb dieser Behandlung wie auch im sozialen Umfeld in nur geringem Umfang erfahren kann, in ihrem Leiden wahrgenommen und akzeptiert zu werden, wenn stattdessen die Destruktivität der sexualisierten Übergriffe verleugnet oder bagatellisiert oder sie für ihr Stattfinden oder für die Folgen beschuldigt wird. Umgekehrt wird angenommen, dass empathisches Wahrnehmen- und Akzeptiert-Werden sowie allgemeine Unterstützung im Lebensalltag sich förderlich auf eine Auseinandersetzung mit den traumatischen Inhalten auswirkt und zu einer allmählichen Korrektur maladaptiver kognitiver Überzeugungen (im Sinne einer Missbrauchserkenntnis), zu einer Verringerung posttraumatischer Symptomatik und zu einer Steigerung der Lebenszufriedenheit führen kann. Zusammenfassend aus dem Vorangegangenen führt diese allgemeine Annahme zu folgenden Hypothesen:

Themenbereich „Darüber Sprechen“

- Wir nehmen an, dass die Tatsache und Häufigkeit des Darüber-Sprechens in positivem Zusammenhang mit der sprachlichen und sozialen Kompetenz wie auch mit zwischenmenschlichen Kompetenzen und Zufriedenheit im sozialen Kontakt steht (H1.1).

- Wenn in der Psychotherapie vermehrt über die traumatische Erfahrung gesprochen werden kann, ist das mit geringeren psychosomatischen Beschwerden verbunden (H1.2).
- Die Tatsache bzw. die Häufigkeit des Darüber-Sprechens ist positiv mit einer Wiederannäherung und Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten verbunden (H1.3).
- Wenn Andeutungen oder Hinweise auf sexualisiertes Gewalterleben vom Zuhörer aufgegriffen werden und zu Rückfragen führen, ist das der Verarbeitung der traumatischen Inhalte förderlich (H1.4).
- Werden hingegen entsprechende Hinweise nicht kommentiert und erfolgt kein Darauf-Eingehen oder Nachfragen, wird das belastend erlebt oder als Desinteresse interpretiert (H1.5), steht weiterem Darüber-Sprechen im Weg (H1.6) und verstärkt die Vermeidung (H1.7).

Themenbereich „Aktives Wahrnehmen“

- Es wird angenommen, dass die Erfahrung eines empathischen Kontaktes auch bei der Mitteilung traumatischer Inhalte, die Erfahrung, dass die Bedeutung der traumatischen Ereignisse und ihrer Folgen mitgeteilt werden kann und vom Gegenüber geteilt wird, positiv mit der Fähigkeit zusammenhängt, eigene unbewusste Konflikte wahrzunehmen (H2.1), und entsprechend verinnerlichter Werte und sozio-kultureller Normen adäquat zu beurteilen, d.h. auch eine etwaige rigide Zensur eigener Konflikte und Kognitionen zu lockern (H2.2).
- Wir vermuten, dass eine günstige Verarbeitung der traumatischen Ereignisse in einer Atmosphäre des Verschweigens, Leugnens und Nicht-Wahrhaben-Wollens, aber auch bei offenem Erschrecken und Entsetzen des Gegenübers nicht möglich ist (H2.3).
- Bei überwiegend verleugnenden oder bagatellisierenden Reaktionen des sozialen Umfelds erwarten wir bei Betroffenen verstärktes Vermeidungsverhalten (H2.4).
- Wir vermuten, dass die Erfahrung der Betroffenen, dass Bezugspersonen durch das Mitteilen traumatischer Inhalte übermäßig entsetzt und schockiert reagieren, sie darin bestärkt, die sexualisierte Gewalterfahrung in Zukunft zu verschweigen (H2.5), dass die eigene Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten gehemmt und Vermeidungstendenzen verstärkt werden (H2.6).
- Es wird davon ausgegangen, dass die Erfahrung der Betroffenen, dass ein soziales Gegenüber auch bei der Mitteilung traumatischer Inhalte in empathischem Kontakt bleibt, das Selbstwertempfinden (H2.7) und die Auseinandersetzung mit der eigenen traumatischen Vergangenheit (H2.8) fördert.

Themenbereich „Die Realitätswahrnehmung bestätigen“

- Es wird angenommen, dass die Erfahrung des Empathisch-anerkannt-Werdens mit einer verbesserten Realitätswahrnehmung verknüpft ist (H3.1), mit geringeren psychotischen Reaktionsweisen einhergeht (H3.2) und in einem positiven Zusammenhang mit Introspektionsfähigkeit und dem Zugang zum eigenen inneren Erleben steht (H3.3).
- Wir vermuten, dass die Erfahrung der Betroffenen, dass ein soziales Gegenüber bei Aussagen zu sexualisierten Gewalterfahrungen von deren Realitätscharakter ausgeht und sie nicht als Phantasietätigkeit begreift, sondern eigene traumatische Wahrnehmungen bestätigt, mit einem verbesserten Selbstwertempfinden einhergeht (H3.4) und die Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten fördert (H3.5).
- Gleichfalls erwarten wir eine erhöhte Selbstwertzuschreibung dann, wenn die Erfahrung berichtet wird, dass eigene Symptome als normale Reaktion auf eine extreme Situation und nicht als pathologische Zeichen gedeutet wurden und wenn die Betroffene psychoedukativ über Traumatisierung und mögliche Folgen informiert worden war (H3.6).

- Dagegen nehmen wir an, dass die Erfahrung, dass eigene Wahrnehmungen und Empfindungen bezüglich traumatischer Inhalte angezweifelt, bagatellisiert oder verleugnet werden, als extrem verletzend und destabilisierend erlebt wird (H3.7), weiteres Ansprechen der sexualisierten Gewalterfahrungen behindert (H3.8) und das Vermeidungsverhalten stark fördert (H3.9).
- Gleichfalls ist zu erwarten, dass das Erleben, dass eigene Wahrnehmungen bezweifelt oder verleugnet werden, mit einer Beeinträchtigung der Realitätskontrolle (H3.10) sowie mit geringem Selbstwertempfinden einhergehen (H3.11).
- Es wird vermutet, dass Betroffene die Erfahrung einer neutralen Haltung des Therapeuten als Nicht-wahrhaben-Wollen, Verleugnen oder Bagatellisieren empfinden und als erneutes Im-Stich-gelassen-Werden und als Zurückweisung deuten (H3.12).
- Wir nehmen wir an, dass diese Neutralitäts-Erfahrung verstärkt zu Unsicherheit, Angst, Ohnmacht und in der Folge zur Abwehr traumatischer Inhalte führt (H3.13).

Themenbereich „Die Betroffene nicht als Opfer stigmatisieren“

- Es wird vermutet, dass das Erleben, als Persönlichkeit inklusive eigener Ressourcen wahrgenommen und anerkannt zu werden, Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit verringert und persönliche Fähigkeiten fördert (H4.1), mit größerer Zufriedenheit in anderen zwischenmenschlichen Beziehungen verbunden ist (H4.2) und sich auf das Selbstwertempfinden positiv auswirkt (H4.3).

Kapitel 7

Verwendete Methoden

Wie im Vergangenen dargestellt wurde, führen verschiedene externe und interne Faktoren zu Verarbeitungsprozessen, die sich mit der traumatischen Erfahrung selbst mehr oder weniger auseinandersetzen und dadurch unterschiedlich adaptiv sein werden. In einer katamnesticen Untersuchung geht es darum, Fähigkeiten und Symptome, die sich u.a. als Ergebnis der post-traumatischen Verarbeitungsprozesse ergeben, zu einem Zeitpunkt nach der Behandlung einzuschätzen. Für jede Bewertung von Psychotherapie-Ergebnissen ist die zugrunde liegende Erfolgsdefinition entscheidend. Zur Beurteilung von Therapieerfolg schlagen Strupp & Hadley (1977) ein „tripartite model“ vor, das drei qualitativ verschiedene Bewertungskriterien umfasst: die Selbsteinschätzung des Patienten, die Fremdeinschätzung durch die soziale Umgebung und objektive symptomorientierte Kriterien bzw. Expertenurteile. Ähnlich fordern Herzog & Deter (1994) eine Berücksichtigung der Selbsteinschätzung des Patienten bei der Beurteilung von Psychotherapieergebnissen. Erfolgsbeurteilungen in verschiedenen Dimensionen können mitunter recht unterschiedlich ausfallen (Fäh & Fischer, 1998, S. 177). Grundlage der Erfolgsbeurteilung dieser Untersuchung bildet die Selbstbeschreibung von ehemaligen Psychotherapie-Klientinnen bezüglich des Umfangs von Veränderungen in verschiedenen Fähigkeits- und Symptombereichen.

Bei der Beurteilung von Psychotherapie-Erfolgen wurde auf das Äquivalenz-Paradox hingewiesen, wonach verschiedene therapeutische Ansätze und Interventionen ähnliche Wirkungen zeigen. Nicht die Behandlungsmethodik scheint die wichtigste Determinante der Behandlungsergebnisse zu sein, vielmehr haben sich bisher nur globale Einflüsse (Qualität der therapeutischen Beziehung, Engagement des Therapeuten etc.) auf das therapeutische Resultat finden lassen (D. Shapiro, 1995). Im großangelegten Consumer Reports Survey ergab sich kein Hinweis darauf, dass irgendeine Psychotherapiemethode für ein spezifisches Problem geeigneter wäre als eine andere (Seligman, 1995). Es gibt also verschiedene Möglichkeiten, pathogene Überzeugungen zu entkräften oder den Klienten zu ermutigen, soziale Unterstützung in anderen zwischenmenschlichen Beziehungen einzufordern und anzunehmen (Shapiro, 1995, S. 11f).

Aufgrund dieser Beobachtungen scheint es in der vorliegenden Arbeit nicht nur technisch (in bezug auf verfügbare Kapazitäten und mögliche Stichprobengrößen) notwendig, sondern auch methodisch gerechtfertigt, verschiedene theoretische Therapiekonzepte zu subsumieren und die in ihnen ablaufenden Verarbeitungsprozesse gemeinsam zu untersuchen. Diese Vorgehensweise orientiert sich nicht nur an der momentan vorherrschenden, unspezifischen Behandlungsvielfalt für sexuell Traumatisierte, welche meist anhand üblicher psychotherapeutischer Methoden behandelt werden, ohne die Kennzeichen ihrer Traumatisierung gesondert zu berücksichtigen. Dieses therapieschulenübergreifende Vorgehen trägt zudem der Einschätzung Rechnung, dass Merkmale der traumatischen Erlebnisse, der Person der Traumatisierten und der ihr verfügbaren Ressourcen den Verarbeitungsverlauf deutlicher beeinflussen als Charakteristika der einzelnen Behandlungsmethodik.

Nach David Shapiro (1995, S. 13f) sind orthodoxe Forschungsmethoden insgesamt ungeeignet um zu verstehen, wie Psychotherapien Menschen helfen. Die vereinfachende Gegenüberstellung von therapeutischem Prozess und Ergebnis besitze wenig praktische Relevanz, denn die im Rahmen dieser Unterscheidung errechneten Symptom-Korrelationen seien im Hinblick auf die Wirksamkeit ein-

zelter psychotherapeutischer Elemente unsensibel, außerdem müsse die traditionelle Forschungsauffassung des passiv-rezipierenden Patienten gerade in der Psychotherapieforschung zugunsten eines aktiv mitgestaltenden Klienten revidiert werden.

Nach Seligman (1995) werden in klassischen Effekt-Studien, die sich auf methodisch streng kontrollierte psychotherapeutische Behandlungen beziehen, gerade jene Faktoren vernachlässigt, die die praktische klinische Psychotherapie ausmachen, etwa die Selbst-Korrektivität (wenn eine Technik nicht die gewünschte Wirkung zeige, werde eine andere ausprobiert), die Variabilität des Zeitplans für die Behandlung entsprechend des Störungsverlaufes, die flexible Behandlungsfrequenz und -dauer etc. In klassischen Wirksamkeitsstudien würden nicht Psychotherapien in der Gesamtheit ihrer Sitzungen beobachtet, sondern nur eine begrenzte Anzahl von Behandlungseinheiten festgelegt und untersucht. Es würden außerdem nur festgeschriebene und ausgewählte Techniken eingesetzt, eine freie Variation der Behandlungsmethoden nach den Bedürfnissen des Klienten, wie sie in der Praxis geschehe, sei damit behindert. Psychotherapiepatienten der freien Praxis hätten außerdem gewöhnlich vielfältige, verschiedene Probleme. In Wirksamkeitsstudien könne in der Regel nur eine Diagnose einbezogen werden, davon unabhängige, gleichzeitig bestehende Schwierigkeiten können kaum berücksichtigt und kontrolliert werden. Methodisch klassische Wirksamkeitsstudien unterschätzen in der Regel den Wert der im Feld praktisch angewandten Psychotherapie. Ausgehend von diesen Überlegungen empfiehlt D. Shapiro (1995, S. 13f) alternative Forschungsstrategien, die methodenpluralistisch vorgehen sollen, dabei wird qualitativem Vorgehen ein großer Stellenwert zugeschrieben. Außerdem sollten Untersuchungen zufällig ausgewählte Personen berücksichtigen und Kontrollgruppen beinhalten. Behandelnde Psychotherapeuten sollten nach aufgezeichneten und teamsupervidierten Trainingssitzungen einzelne kontrollierte psychotherapeutische Methoden anwenden.

Inwieweit lassen sich diese Anforderungen an Psychotherapie-Forschung erfüllen, angesichts des in der psychotherapeutischen Praxis immer üblicheren eklektischen Vorgehens? Die Probleme, die sich für die Psychotherapieforschung aus der praxisüblichen schwer kontrollierbaren Arbeitsweise ergeben, konnten bis heute nicht ausreichend gelöst werden (Davis, 1995, S. 123). Kontrollgruppen-Bedingungen sind bei Langzeit-Behandlungen klinisch bedeutsamer Störungen kaum herzustellen (Rüger & Senf, 1994). Sie dienen dazu, durch den Vergleich von zwei Personengruppen, die sich in möglichst wenigen, kontrollierbaren Variablen unterscheiden, Zufallseffekte, die etwa in einer spontanen Besserung bestehen können, weitgehend auszuschließen. Eine spontane Besserung der Symptomatik ist bei schweren Traumatisierungen, wie sie in dieser Arbeit untersucht wurden, nicht wahrscheinlich (Zlotnick, Warshaw, Shea, Allsworth, Pearlstein & Keller, 1999). Es ist eher anzunehmen, dass komplexe und/oder chronische posttraumatische Störungen persistieren, wenn nicht durch fördernde Faktoren wie z.B. psychotherapeutische Behandlung, Unterstützung im sozialen Umfeld etc. eine Auseinandersetzung mit dem Trauma möglich wird.

Entsprechend allgemeiner Gütekriterien muss qualitative Forschung ein systematisches Vorgehen bei der Erkenntnisgewinnung dokumentieren und die Ergebnisse intersubjektiv nachprüfbar machen. Es wird empfohlen, die im Rahmen der Datenerhebung auftretenden Störfaktoren systematisch zu berücksichtigen, um sie gegebenenfalls in Interpretationen einzubeziehen. In der vorliegenden Untersuchung wurden im Anschluss an jedes Interview situative Faktoren oder besondere Umstände, eigene Reaktionen in der Gesprächssituation und andere Auffälligkeiten protokolliert. Die Aufbereitung der Interviewdaten erfolgte nach definierten Transkriptionsregeln. Die Einbeziehung der Interviewtexte ließ sich aus Platzgründen nicht verwirklichen, stattdessen sind exemplarisch Fundstellen und Auswertemethoden detailliert beschrieben worden. Alle einzelnen Auswertungsschritte wurden im Detail dokumentiert, so sind im Rahmen des Hypothesenexklusionismus alle Hypothesen aufgelistet und Fundstellen tabellarisch kenntlich gemacht, Negativfälle wurden hier systematisch berücksichtigt.

Reliabilität bedeute in der qualitativen Forschung, bei der Verwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente zum selben Zeitpunkt zu konsistenten Ergebnissen zu gelangen (Flick, 1999, S. 241f). Eine „prozedurale Reliabilität“ (a.a.O.) betrifft die Standardisierung der Aufzeichnung und Dokumentation qualitativer Daten. Reliabilität bedeutet dabei, das Zustandekommen der Daten anhand einzelner Vorgehensweisen zu explizieren. In dieser Untersuchung wurden die methodischen Schritte von Transkription, Kodierung und Auswertung nach explizierten Regeln durchgeführt. Re-

liabilität könne u.a. dadurch geprüft werden, indem die Codes eines Falles an anderen Ausschnitten desselben Textes oder an anderen Texten getestet werden. Dies ist hier geschehen, Codes wurden an einem Interviewtext entwickelt, unter Berücksichtigung anderer Textpassagen modifiziert und die endgültige Version der Codes dann abermals auf die gesamten Interviewtexte angewendet.

Validität wird im Rahmen qualitativer Forschung als Prozess der Validierung durch Herstellung von Transparenz in bezug auf Daten und Auswertemethoden beschrieben (Flick, 1999, S. 247f). Dabei ist nach Breuer (1996, S. 157) das Postulat der Vollständigkeit der Darstellung „offensichtlich weltfremd“, es müsse in der Regel aufgrund des Umfangs des Textmaterials und seiner Nicht-Reduzierbarkeit beschränkt werden. Validität beginne in der qualitativen Forschung mit der Analyse der Interviewsituation (Authentizität des Interviewten, Qualität des Arbeitsbündnisses zwischen den Gesprächspartnern; Flick, a.a.O., S. 244). Darüber geben in dieser Studie in jedem Interview die Protokolle über die Gesprächssituation Aufschluss. Wünschenswert ist außerdem die Einbeziehung des Interviewten im Sinne einer kommunikativen Validierung der Daten. Das erfordert nach Abschluss des Interviews und nach der Transkription des Textes einen weiteren Gesprächstermin. Dies ließ sich hier aufgrund der räumlichen Verstreutheit der Stichprobe und begrenzter Ressourcen nicht verwirklichen. Kommunikative Validierung wird im übrigen schwierig und z.T. unmöglich, wenn die Sicht des Subjekts bei Interpretationen systematisch überschritten wird, z.B. wenn Interpretationen das Unbewusste miteinbeziehen, wie etwa in bezug auf Abwehrmechanismen und Verarbeitungskreisläufe (a.a.O., S. 248).

Als methodenspezifische Gütekriterien der qualitativen Forschung werden Triangulierung und Analytische Induktion beschrieben (Flick, 1999, S. 249–252). Die analytische Induktion versucht über das Auffinden individueller Gesetzmäßigkeiten Einsicht in strukturelle Zusammenhänge zu gewinnen, diese Zusammenhänge stellen ein wichtiges Erkenntnisinteresse qualitativer Forschung dar, sie können z.B. als „kausale Netze“ (Miles & Huberman, 1994, S. 228–238) beschrieben werden. Dabei spielen die Analyse von Ausnahmen und die Berücksichtigung alternativer Erklärungen eine wichtige Rolle bei der Gewinnung von Erkenntnissen, sie wurden im Rahmen des Hypothesenexklusionismus berücksichtigt. Außerdem wurden in der vorliegenden Untersuchung die beiden Beschreibungsmodelle positiver vs. negativer Reaktionen als kausale Netzwerke systematisch erstellt und transparent dargestellt, dabei wurden Unterschiede der Erfolgsgruppen und abweichende Fälle besonders kenntlich gemacht.

Die vorliegende Untersuchung erfolgt nach einer überwiegend fallorientierten, hypothesensuchenden Methodik. In den einzelnen Fällen wurden induktiv Auffälligkeiten, Regelmäßigkeiten und Abweichungen gesucht und diese in weiteren Schritten fallübergreifend analysiert. Der Hypothesensuche und variablenorientierten Beschreibung schloss sich eine erklärende und prüfende Analyse an. Die Kombination fallorientierter und variablenorientierter Vorgehensweisen der Auswertung wird für die Prüfung von Effekten von Psychotherapien empfohlen (Fäh & Fischer, 1998, S. 39). Durch die Wahl der Auswertungsmethoden, insbesondere durch den Vergleich zweier Erfolgsgruppen mit unterschiedlicher relativer Änderungsstärke der Symptomatik, konnten Hypothesen in eingeschränkter Weise auch überprüft werden und erhalten somit einen gewissen Bestätigungsgrad. Die Einteilung in Erfolgsgruppen erlaubt die Analyse maximaler und minimaler Unterschiede. Dabei wurden in der Symptomerhebung im künstlichen Längsschnitt nicht tatsächliche Symptomveränderungen erhoben, sondern die retrospektive Einschätzung von Therapie-Klientinnen bezüglich von Veränderungen in einzelnen Symptom- und Fähigkeitsbereichen. Die Ergebnisse eines solchen Forschungsvorgehens führen weniger zu Aussagen über handlungsbezogene Gesetzmäßigkeiten, sondern eher zur Beschreibung subjektiver Konzepte, Strukturen und Verläufe (Breuer, 1996, S. 35).

Triangulierung bezeichnet die Kombination verschiedener Methoden, Untersuchungsgruppen, lokaler und zeitlicher Settings und theoretischer Perspektiven (Flick, 1999, S. 249f). Hier wurden verschiedene Bereiche trianguliert: einerseits wurden verschiedene Methoden und Methodentypen der Datenerhebung verwendet, deren Ergebnisse konvergieren. Die Stichprobe umfasst ein breites demographisches Spektrum von Personen im klinischen und nicht-klinischen Kontext, die Psychotherapien verschiedener Richtungen und mit verschiedenem theoretischen Hintergrund abgeschlossen hatten. Durch die Untersuchung unterschiedlicher im Feld stattfindenden Psychotherapien wurde eine große Realitätsnähe erreicht. Die Untersuchungsteilnehmerinnen wurden in mehreren Städten und Ortschaften und in unterschiedlichen Settings interviewt. Nach Flick (a.a.O.) nähert sich ein

derartiges Vorgehen in der Datengewinnung dem theoretischen Sampling der Grounded Theory an. Durch die Einbeziehung möglichst unterschiedlicher Fälle und Kontexte und durch Methoden der maximalen Fallkontrastierung und des Vergleichs möglichst ähnlicher Fälle (wie hier im Hypothesenexklusionismus und in den Inhaltsanalysen ausgewählter Interviews) erhöhen sich Möglichkeiten der Generalisierung der gewonnenen Erkenntnisse.

Eine zufällige Auswahl der Untersuchungsteilnehmer ist gerade im hochsensiblen Bereich sexualisierter Gewalt gegen Kinder nicht möglich, dagegen ist die Freiwilligkeit der Untersuchungsteilnehmer ethisch gefordert. Die sich aus der Freiwilligkeitsforderung ergebenden methodischen Probleme sind schwer abschätzbar. Hier wurde durch die verschiedene Herangehensweise in der Suche nach Betroffenen versucht, zwar Freiwilligkeit zu gewährleisten, dennoch nicht nur höchst eigenmotivierte Gesprächspartnerinnen zu interviewen – d.h. alle Untersuchungsteilnehmerinnen nahmen freiwillig am Gespräch und Fragebogen teil, waren aber unterschiedlich motiviert. Es wurden nicht nur Frauen untersucht, die selbst Kontakt aufnahmen und sich zur Teilnahme bereit erklärten, sondern auch Interviews mit Betroffenen geführt, die von ihnen vertrauten Personen (Ärzte, Psychotherapeuten) an die Untersuchung herangeführt worden waren, etwa im Rahmen der üblichen Anamnesegespräche, so auch Personen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung den erlebten sexuellen Missbrauch als bedeutungslos und lange zurückliegend einschätzten und keinen Zusammenhang zwischen den Übergriffen und ihren heutigen Symptomen sahen. Dennoch muss davon ausgegangen werden, dass die Gruppe jener Frauen, die von einer Teilnahme an der Untersuchung trotz Aufforderung einer Vertrauensperson absah, sich systematisch von den freiwilligen Teilnehmerinnen unterscheidet.

Ein zusätzliches Sampling Bias ergibt sich aus den durch die langwierige Untersuchung bedingten Anforderungen an das Durchhaltevermögen und die intellektuellen Kapazitäten der Teilnehmer. Da nur zwei Teilnehmerinnen den Fragebogen nicht retournierten und keine das Interview abbrach, können Verzerrungseffekte, die sich prinzipiell aus einem Abbruch der Untersuchung ergeben, vernachlässigt werden. Die Untersuchungsbedingungen (z.T. ungeeignete Räumlichkeiten) stellten eine weitere schwer einzuschätzende Störvariable der Datenerhebung dar.

Es verbietet nicht nur die geringe Stichprobengröße dieser Untersuchung, sondern auch die nicht-randomisierbare Stichprobenauswahl eine breite Verallgemeinerung der Ergebnisse. Die Ergebnisse wurden bei Frauen erhoben, die eine Psychotherapie besucht haben und prinzipiell bereit waren, sich und anderen erlittene sexualisierte Gewalt in der Kindheit einzugestehen. Dieses Eingestehen ist allerdings schon als Phase des Verarbeitungsprozesses zu bewerten, d.h. in dieser Untersuchung wurden nur Frauen berücksichtigt, die zumindest die elementare Auseinandersetzung mit dem Trauma schon erreicht hatten. Es ist daher fragwürdig, ob Ergebnisse dieser Untersuchung auf Betroffene übertragbar sind, die sexualisierte Gewalterfahrungen in der Kindheit weiterhin stark verleugnen. Als eine Stärke der Untersuchung ist die Heterogenität der Untersuchungsteilnehmerinnen zu werten. Untersucht wurden Frauen aus dem klinischen und nicht-klinischen Bereich, Betroffene verschiedener Altersgruppen, unterschiedlichster Herkunft, Lebensweise und Bildungsschicht. Zwischen den beiden Vergleichsgruppen ergeben sich dennoch keine signifikanten demographischen oder missbrauchstypischen Unterschiede, auch das Vorhandensein anderer belastender oder traumatischer Erlebnisse wurde systematisch kontrolliert und ergab keine Differenzen. Der Vergleich der beiden Gruppen hinsichtlich des Erfolgskriteriums wird daher als gerechtfertigt angesehen.

Methodische Kritikpunkte ergeben sich aus der retrospektiven Vorgehensweise. Studien im Bereich sexuellen Missbrauchs untersuchen oft Ereignisse, die Jahre zurück liegen, und setzen sie zu aktuellen psychischen Befindlichkeiten in Beziehung, wobei die Übergriffe als unabhängige, die momentane psychische Befindlichkeit als abhängige Variable begriffen wird. In diesem Forschungsdesign können bei der Untersuchung der Zusammenhänge verschiedener Teilaspekte Ursachen und ihre Folgen verwechselt werden, denn nicht nur die verstrichene Zeitspanne beeinflusst die Erinnerung, auch aktuelle Funktionsniveaus (etwa dissoziative oder intrusive Symptomatiken) wirken auf gegenwärtige Aussagen über vergangene traumatische Ereignisse ein. Zudem wird sich die missbrauchsbezogene Symptomatik in verschiedenen Lebens- und Entwicklungsphasen ändern. In retrospektiven Studien können dem Missbrauch vorausgehende Persönlichkeitsaspekte der Betroffenen, aber auch weitere zur damaligen Zeit koexistierende dysfunktionale Einflüsse wenig berücksichtigt werden (Briere, 1992b, S. 196f). Die Kritik der retrospektiven Methodik bezieht sich in der

Regel auf die Untersuchung der Missbrauchsfolgen. In der Betrachtung der Verarbeitungsprozesse spielen retrospektive Verzerrungen vielleicht eine untergeordnete Rolle. Zudem dürften die Erinnerungsverzerrungen, die sich bei retrospektiver Betrachtung hilfreicher und hinderlicher Faktoren im Prozess der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse ergeben, zufälliger Natur sein. So ist anzunehmen, dass einzelne Untersuchungsteilnehmer unsystematisch retrospektive Aspekte vergessen, daher müssen sie die Ergebnisse nicht notgedrungen verfälschen (Seligman, 1995).

Eine prospektive Langzeitstudie könnte die besprochenen Defizite des retrospektiven Vorgehens ausgleichen, doch sind die Einflüsse wiederholter Untersuchungen gerade auf Traumatisierte nicht abschätzbar, eine Vielzahl von Messungen zu vorab fixierten Zeitpunkten sind bei Traumatisierten ethisch kaum zu vertreten. Gerade in den Phasen des akuten Traumas, aber auch im Verarbeitungsverlauf, etwa im Zuge der emotionalen Auseinandersetzung mit dem Trauma (Wiederannäherungskrise) sind Betroffene so im Kampf ums Überleben engagiert, dass oft sogar alltagspraktische Tätigkeiten nur mit Mühe durchgeführt werden können. Eine Teilnahme an einer Studie ist zu diesen Zeitpunkten undenkbar, deshalb ist die Erforschung dieser Krisenzeiten bei Traumatisierten nur retrospektiv möglich.

Die Kritik, der Selbstreport jener Faktoren, denen Betroffene Bedeutung in ihrem Verarbeitungsverlauf zuschreiben, sei verzerrt und nicht objektiv, gibt natürlich treffend wieder, dass Unkorrektheiten bezüglich der Verarbeitungsmethoden, der Symptome u.a. zu erwarten sind und dass die Bewertungen den jeweils subjektiven Anschauungen der Einzelnen entsprechen. Im Rahmen des Verarbeitungsgeschehens sind gerade subjektive Beschreibungen interessant, und wer sollte besser wissen als Betroffene selbst, was sie in ihrem Prozess der Auseinandersetzung und Verarbeitung von traumatischem Erleiden als unterstützend und förderlich oder aber als schmerzhaft und behindernd erlebten. Diese subjektiven Konzepte zu den Komplexen „Verarbeitung“ oder „Heil werden“ bildeten den Ausgangspunkt für die Theoriebildung (vgl. Breuer, 1996, S. 21).

In dieser Untersuchung wurden nicht nur isolierte Symptome betrachtet, sondern auch der globale Erfolg der Psychotherapie anhand der Zufriedenheit der Klienten gemessen – gerade diese Zufriedenheit, nicht nur eine objektivierbare Symptomausprägung, spielt in der therapeutischen Praxis eine dominierende Rolle. Wirksamkeitsstudien, die Symptomveränderungen messen, vernachlässigen bisweilen den Unterschied zwischen klinischer und statistischer Signifikanz (Seligman, 1995). Welches Maß an statistischer Signifikanz bedeutet auch klinische Signifikanz? Daher wurde nicht nur die Symptomveränderung, sondern auch deren subjektive Bedeutung für die Betroffenen anhand der Zufriedenheit der Klienten erhoben. Als weiterer Vorteil wurden hier nicht nur einzelne therapeutische Sitzungen untersucht, sondern jeweils eine ganze abgeschlossene psychotherapeutische Behandlung. Die Stärke des in dieser Untersuchung gewählten Ansatzes ist damit gerade in der großen Praxisnähe zu sehen. Die hier durchgeführte Analyse der Interviews mithilfe von Einzelfall- und personenübergreifenden Vergleichstabellen gestattet nicht nur Korrelationen, sondern die Darstellung der vermuteten zugrundeliegenden kausalen Zusammenhänge kann zu weiterführender Hypothesenbildung und -überprüfung herangezogen werden, um so fundiertere Rückschlüsse auf ursächliche Variablenkonstellationen im Rahmen einer günstigen Verarbeitung traumatischer Ereignisse zu erhalten.

7.1 Methoden der Datenerhebung

Die Untersuchung der betroffenen Frauen gliederte sich in ein themenzentriertes Interview und eine Fragebogenerhebung. Im Anschluss an das Interview wurde entsprechend der Kurzversion des Kölner Traumainventars (KTI) kontrolliert, ob auch andere als sexuelle Traumata vorlagen, und dann der Fragebogen ausgegeben. Er besteht aus dem Freiburger Katamnesebogen (FKB) und aus jenen beiden Unterteilen des Kölner Traumainventars, die die Bereiche Sexualität und Erfahrung mit traumatischen Ereignissen betreffen.

7.1.1 Themenzentriertes Interview

Egle (1997, S. 204) verweist auf verschiedene Studienergebnisse (Violon, 1982; Gamsa, 1990; Wyatt & Peters, 1986 u.a.) wonach Patienten während eines qualifiziert durchgeführten Interviews Konflikte

in Kindheit und Jugend eingestehen und darstellen konnten, die sie einer parallel dazu durchgeführten anonymen Fragebogenerhebung nicht anvertrauten. Ähnliche Beobachtungen wurden auch in dieser Untersuchung gemacht. Es fiel den meisten Betroffenen (nach eigenen Aussagen) offenbar leichter, im Rahmen der Interviewbeziehung traumatische Übergriffe und ihre schmerzhaft Verarbeitung zu schildern, als in den offenen Fragen des KTI. Es leuchtet ein, dass die Art der Untersuchung die Aussagen insbesondere in einem emotional besetzten Themenbereich wie dem des sexuellen Missbrauch beeinflusst. Lampe & Söllner (1997) berichten, dass die in Untersuchungen (Finkelhor & Baron, 1986) angegebene Rate der berichteten Missbrauchserfahrungen mit der Anzahl der danach gestellten Fragen steigt und verweisen darauf, dass insbesondere eine vertrauensvolle Interviewsituation die Reliabilität der diesbezüglichen Befragungen erhöhe. Das themenzentrierte Interview ist daher im allgemeinen im Tabubereich des sexuellen Missbrauchs wie speziell mit dem Ziel der Beschreibung des Verarbeitungsprozesses sowie der Identifikation salutogener vs. schädigender Faktoren ein Verfahren der ersten Wahl. Das Interview wurde anhand eines vorab konzipierten Leitfadens durchgeführt. Der Leitfaden sollte garantieren, dass bestimmte relevant erscheinende Themenbereiche angesprochen wurden bzw. ein auffälliges Nicht-Ansprechen-Können wurde vermerkt. Dem Aufbau einer für die Interviewpartnerin sicheren, vertrauensvollen Atmosphäre wurde große Aufmerksamkeit gewidmet. Die Eingangsfragen zur Psychotherapie, zum erlittenen sexuellen Missbrauch und zum Verarbeitungsgeschehen wurden offen gestellt und sollten freies Erzählen begünstigen. Die Themenwahl und -abfolge blieb so primär den Interviewten überlassen. Im Anschluss an diesen sehr narrativen Teil wurden, wenn notwendig, einzelne schon angesprochene Themen anhand des Leitfadens vertieft bzw. wurde auf bislang noch unerwähnte Bereiche näher eingegangen. Mit der individuell verschiedenen Bereitschaft, frei zu erzählen, unterschied sich auch das Ausmaß, indem auf den Leitfaden (im Anhang) zurückgegriffen wurde. Alle Interviews wurden mit Zustimmung der Gesprächspartnerinnen auf Tonband aufgenommen, zusätzlich wurde in einem im Anschluss an das Interview jeweils ein Protokoll erstellt, worin Beobachtungen aus der Interviewsituation und dem Nachgespräch, aber auch etwaige während der Bandpausen entstandenen Aussagen dokumentiert wurden. Im Protokoll sollte ein plastischer Eindruck der Interviewsituation gezeichnet und Eindrücke bezüglich der Beziehung zwischen den Gesprächspartnerinnen festgehalten werden, um später als zusätzliche Information in der Interpretation des Einzelfalles Berücksichtigung zu finden.

7.1.2 Freiburger Katamnesebogen (FKB)

Der Freiburger Katamnesebogen basiert auf einem psychoanalytischen Theoriemodell, wurde konstruiert von Fischer, Hammel, Klöß-Rotman, Scheidt & Trimborn (1996) und gliedert sich in Fragen zur Lebensgeschichte, zur Psychotherapie und zu Symptomen und deren Veränderung (offene und geschlossene Fragen). Ein Teil beinhaltet dabei eine deutsche Kurzversion der Impact of Event Scale mit je 5 Fragen zu den Symptomkomplexen von Intrusion und Vermeidung (IES-K, Fischer, unveröffentlicht). Der ursprüngliche IES von Horowitz, Wilner & Alvarez (1979) umfasst 15 Items zu den Bereichen Intrusion und Vermeidung. Die Skala wurde zu Forschungszwecken entwickelt, ist international weit verbreitet und wurde bereits bei den verschiedensten Traumapopulationen eingesetzt. Eine deutsche Version des IES wurde von Hütter & Fischer (1997) validiert. Der dritte und größte Teil des FKB dient der Erfassung von Fähigkeiten und Symptombereichen, diese gliedern sich in neun Veränderungsbereiche und sechs kognitive Dimensionen. Im dritten Teil können Items jeweils Skalenwerte zwischen 1 und 6 annehmen.

Die Veränderungsbereiche (Hammel, 1996, S. 66–78; in Anlehnung an Meyer, Grawe, Graf von der Schulenburg & Schulte, 1991):

1. *Selbstannahme* bezeichnet einen Prozess hin zu Eigenverantwortung, Integrität und Selbstverwirklichung. Ein hoher Grad an Selbstannahme bedeutet, über einen guten Zugang zu eigenen Gefühlen und Einsicht in das eigene Erleben, auch über das Erleben der eigenen Beziehungsgeschichte und schmerzhafter Erfahrungen aus der Kindheit zu verfügen. (14 Items, Range der Skala 14–84, hohe Skalenwerte in der Untersuchung verweisen auf einen hohen Grad an Selbstannahme.)

2. Der Bereich *Persönlichkeit und Fähigkeiten* umfasst in einzelnen Teilbereichen Fragen zur Ausprägung des Selbstbewusstseins und Selbstwertgefühls, zur Introspektion und Übernahme von Eigenverantwortung und zur Fähigkeit, Traum inhalte wahrzunehmen und zu interpretieren. Ein hoher Wert in diesem Bereich bedeutet ausgeprägte allgemeine Ich-Stärke, hohe Selbständigkeit bzw. eine günstige Identitätsentwicklung. (19 Items, Range der Skala 19–114).
3. Die Fragen im *zwischenmenschlichen Bereich* sollen einerseits die Fähigkeit erfassen, sich vertrauensvoll und angstfrei anderen Menschen zuzuwenden wie andererseits individuelle Möglichkeiten, sich im Rahmen einer Partnerschaft möglichst frei von unbewussten Rollenzwängen (etwa der Opferrolle) zu engagieren. Hohe Werte in dieser Dimension deuten auf die Fähigkeit hin, unter Wahrung der eigenen Integrität eine enge Beziehung einzugehen (Co-Engagement). Niedrige Werte verweisen auf mangelnde entsprechende Fähigkeiten und auf ein hohes Maß an Co-Abhängigkeit. (8 Items, Range der Skala 8–48).
4. Der *Mehrgenerationenaspekt* bezieht sich auf die Bereitschaft, für kommende Generationen Verantwortung zu übernehmen. Das bedeutet nicht nur den Wunsch nach Kindern, sondern auch die Erkenntnis des Reifungsprozesses und der Tatsache, dass man nicht mehr zur ersten Generation gehört und sterblich ist. Damit verbunden ist auch die Akzeptanz der eigenen Grenzen. Hohe Werte verweisen auf entsprechende Fähigkeiten, niedere Werte geben deren Mangel bzw. einen Zustand der Stagnation an, der durch entwicklungsmäßigen Stillstand gekennzeichnet ist und in dem eine Verarmung zwischenmenschlicher Beziehungen droht. (9 Items, Range der Skala 9–54).
5. Der Bereich *Somatisierung* betrifft das individuelle Krankheitsverständnis bzw. auftretende körperliche Symptome. (Hohe Skalenwerte in der Untersuchung verweisen auf eine hohe Somatisierungsneigung, 6 Items, Range der Skala 6–36).
6. Die Dimension *Arbeit* fragt nach Zielstrebigkeit, Handlungsbereitschaft und Konfliktlösungspotential, nach dem individuellen Umgang mit der alltäglichen Realität. (Hohe Skalenwerte in der Untersuchung verweisen auf einen handlungsbereiten und zielstrebigem Umgang mit der eigenen Arbeitsrealität. 9 Items, Range der Skala 9–54)
7. Der Bereich *Freizeit* gibt ebenfalls über die Handlungsfähigkeit in Alltagssituationen Aufschluss, hohe Punktwerte verweisen auf eine ausgeglichene Freizeitgestaltung. (4 Items, Range der Skala 4–24).
8. Fragen zur *Sexualität* werden aufgrund der besonderen Nähe und Intimität in diesem Inventar nicht zum zwischenmenschlichen Bereich gezählt, sondern gesondert behandelt. Die Bereitschaft zu vertrauensvoller Intimität ist im Bereich der Sexualität stärker gefordert als bei anderen zwischenmenschlichen Kontakten, Kontaktschwierigkeiten und Vertrauensprobleme zeigen sich hier sehr viel deutlicher. Die Autoren werten deshalb den Bereich der Sexualität als guten Parameter für Lebensqualität und Therapieerfolg. (Hohe Skalenwerte in der Untersuchung sprechen für eine befriedigende Sexualität 6 Items, Range der Skala 6–36).
9. Der *psychotische Grenzbereich* umfasst Fragen zu den Themen Suizid (3 Items), Psychose (2 Items), Depersonalisation (2 Items), Derealisation (4 Items) und Borderline Symptomatik (4 Items). Solche psychischen Instabilitäten werden jedoch nur im Sinne von Tendenzen erfasst. (Hohe Skalenwerte in der Untersuchung weisen auf eine erhöhte psychotische Reagibilität hin. 15 Items, Range der Skala 15–90)

Die kognitiven Dimensionen orientieren sich am kognitiven Veränderungsmodell von Leuzinger-Bohleber, 1987 (die sich ihrerseits auf Clippinger Bezug nimmt; zur Interaktion der Kontexte vgl. Hammel, 1996, S. 86–90). Es beschreibt, basierend auf psychoanalytischer Theorie, hierarchisch strukturierte Phasen, die bei der Gesprächsbildung eine Rolle spielen. Kommunikation finde auch zwischen verschiedenen Kontexten statt, die verschiedene Funktionen beinhalteten.

1. Der *Mozart-Kontext* beschreibt die Fähigkeit, eine Gestalt oder Struktur aus einer Informationsfülle intuitiv zu erfassen, noch bevor sie bewusst wird, im Sinne einer intuitiven Manifestation

des Unbewussten. Im psychoanalytischen Kontext beinhaltet diese Fähigkeit die Zielsicherheit, mit der der Patient Informationen aus dem Unbewussten zur Generierung von Hypothesen bezüglich von Konflikten heranzieht (hohe Skalenwerte beziehen sich auf eine hohe entsprechende Fähigkeit, 8 Items, Range der Skala 8–48).

2. Der *Calvin-Kontext* bezieht sich auf Inhalte des Über-Ichs und beschreibt das Ausmaß an ethisch-moralischer Kontrolle und sozio-kultureller Adäquanz, hohe Werte in der Untersuchung verweisen auf ein rigid ausgeprägtes Über-Ich. Der Kontext repräsentiere spezifische Zensur-Programme, anhand derer Kognitionen fortlaufend nach ethisch-moralischen Prinzipien beurteilt würden. Werde auf dieser Stufe eine Kognition aus dem Mozart-Kontext abgelehnt, werde diese verworfen oder beiseite gelegt, passiere sie jedoch die Zensur, werde sie an den nächsten Kontext weitergegeben (9 Items, Range der Skala 9–54).
3. Der *Machiavelli-Kontext* enthalte Strategien zum Umgang mit unbewussten Konflikten. Auf dieser Stufe der Informationsverarbeitung werden Handlungspläne erstellt, um mit neuen Informationen umzugehen. Hier sei das psychologische Wissen über den Umgang mit Konflikten angesiedelt, zur (intrapsychischen) Konfliktlösung und zum Verstehen des eigenen Unbewussten werde das gesammelte Wissen miteinbezogen. Erfahrungswerte gestatteten eine Abschätzung von Konsequenzen. (Hohe Werte bezeichnen das Vorhandensein adäquater Konfliktlösungsstrategien, 8 Items, Range der Skala 8–48).
4. Der *Cicero-Kontext* beinhaltet die Fähigkeit, Kognitionen sprachlich auszudrücken und eigene Gedanken und Bedürfnisse adäquat zu formulieren, außerdem die Fähigkeit, die Wirkung der sprachlichen Aussage auf den Adressaten abzuschätzen, also sprachliche und soziale Kompetenzen. Eine zuvor gefundene Konfliktlösungsstrategie werde so im sozio-kulturellen Kontext modifiziert und entsprechend des Kontext in angemessener Weise geäußert (Hohe Werte stehen für große soziale Kompetenz, 9 Items, Range der Skala 9–54).
5. Der *Marx-Kontext* bezieht sich auf die Realitätswahrnehmung: Konfliktlösungsstrategien werden auf ihre realen Umsetzungsmöglichkeiten hin überprüft, eigene Möglichkeiten und Ressourcen in die Überlegungen miteinbezogen. Ziel ist die reale Verwirklichung einer praktischen Strategie, die zu persönlicher Entfaltung führt. Gleichzeitig können selbstauferlegte Beschränkungen die Handlungsfreiheit und die Entwicklungschancen hemmen. (Hohe Skalenwerte sprechen für gute entsprechende Fähigkeiten, 6 Items, Range der Skala 6–36).
6. Der *Freud-Kontext* umfasst die Reflexion über Ergebnis und Wirkung einer durchgeführten Handlung und die Speicherung der Ergebnisse in Form von Wissen und Erfahrung. Ziel dieser Selbstreflexion ist das Erlangen von Einsicht und Individualität. (Hohe Skalenwerte bezeichnen ein hohes Ausmaß an Selbstreflexion und Einsicht. 9 Items, Range der Skala 9–54).

Der Freiburger Katamnesebogen möchte in einer Kombination von offenen und geschlossenen Fragen spezifische Effekte von Langzeittherapien (nicht nur Analysen) erfassen und der Traumaforschung die Findung von Ursachen für leidvolles Verhalten und Erleben ermöglichen. Durch die Erfassung von Therapieverläufen sollen Hinweise auf die Hintergründe misslungener Therapien erhalten werden (Hammel, 1996, S. 91f). Ziel einer erfolgreichen Therapie ist in diesem Theoriemodell eine Verminderung des Calvin-Kontextes (d.h. der Selbstzensur) zugunsten des Freud-Kontextes, d.h. die Erlangung eines hohen Grades von Selbstreflexion und Einsicht. In der Auswertung des FKB werden dabei nicht nur die Fähigkeits- und Symptomwerte zu einzelnen (künstlichen) Zeitpunkten (absolute Werte) miteinbezogen, sondern zusätzlich das Ausmaß der Veränderung der Skalenwerte in der Selbstbeschreibung zu verschiedenen Zeitpunkten (relative Werte, Differenz der Skalenwerte zu verschiedenen Zeitpunkten) berücksichtigt.

Anhand der Ergebnisse in den einzelnen Skalen des FKB wurden die Untersuchungsteilnehmer in zwei Gruppen eingeteilt: in solche, die in der Psychotherapie größere Erfolge zeigten bzw. in solche, die weniger erfolgreich waren. Dabei wurden zwei verschiedene Erfolgskriterien erhoben:

- Einerseits wurde der Therapieerfolg an der *relativen Veränderung in den einzelnen Erlebens- und Verhaltensbereichen* (anhand der Items unter Abschnitt III des FKB) gemessen. Hierfür wurden

die Differenzwerte für die einzelnen Items für den *Zustand vor Therapiebeginn bzw. heute* ermittelt und eine Verbesserung der Itemwerte als Erfolg gesehen. Solche Differenzen wurden auch für die einzelnen Skalen berechnet, wobei pro Skala wiederum eine Verbesserung des Wertes von heute im Vergleich zum Zustand vor Beginn der Psychotherapie als Erfolg gewertet wurde. Derart wurde für alle 15 Skalen verfahren. Zusammenfassend wurden pro Person die Anzahl jener Skalen summiert, deren Werte sich verbessert hatte, und jene Untersuchungsteilnehmer, die in mindestens 8 Skalen im Vergleich zum Zustand vor der Psychotherapie heute verbesserte Werte zeigten, als die Erfolgreicheren eingestuft. Diese Einteilung ergab 10 erfolgreichere Personen, die mit den 10 weniger Erfolgreichen verglichen wurden (*1. Erfolgskriterium EK*). Es ist zu berücksichtigen, dass der Zusammenhang zwischen 1. Erfolgskriterium und den einzelnen Skalen des FKB aufgrund der Definition des ersten Kriteriums leicht überschätzt wird. Die Zufriedenheitswerte sind von der leichten Verzerrung nicht betroffen.

- Ein alternatives Erfolgskriterium war die *relative Verbesserung des Umgangs mit dem belastenden Ereignis* in der Selbstbeschreibung, d.h. die Verbesserung von Intrusions- und Vermeidungssymptomen (ermittelt durch die Differenzwerte vor Therapiebeginn bzw. nach Therapieende nach Item 3.1. des FKB, dieser Fragenkomplex entspricht einer Kurzversion des IES von Horowitz et al., 1997, dt. Kurzversion von Fischer, unveröffentlicht.). Eine positive Werteänderung der Summe der Itemwerte wurde als Erfolg gemessen; so ergaben sich 8 erfolgreichere Personen, die mit 12 weniger Erfolgreichen verglichen wurden. (*2. Erfolgskriterium EK*)

Zu beachten ist, dass bei beiden Kriterien Erfolg nicht an den absoluten Symptomen oder Beschwerden gemessen wurde, sondern *das Ausmaß der relative Verbesserung im Vergleich zum früheren Zeitpunkt* ausschlaggebend war, unabhängig von der aktuellen absoluten Ausprägung der einzelnen Werte. Dabei handelt es sich aufgrund der retrospektiven Erhebungsmethode nicht um reale Veränderungen, sondern um die Selbsteinschätzung der Veränderung von Fähigkeiten und Symptomen durch die Untersuchungsteilnehmerinnen. Als drittes Vergleichskriterium für den Erfolg sollte die subjektive Zufriedenheit der Untersuchungsteilnehmer mit den einzelnen Erlebens- und Verhaltensbereichen herangezogen werden, ein Vorhaben, das an der hohen Anzahl an Fehlerwerten in diesem Bereich leider scheiterte. Die individuelle Zufriedenheit konnte daher nicht wie gewünscht in die Vergleiche miteinbezogen werden.

7.1.3 Kölner Traumainventar (KTI)

Das KTI wurde erarbeitet von Fischer & Schedlich (1996) und ist ein Inventar zur Erfassung lebensgeschichtlicher Erfahrungen, die meist traumatisch erlebt werden und gliedert sich inhaltlich in 13 verschiedene Unterbereiche, die je nach erlittenen Traumatisierungen individuell miteinander kombiniert werden können (neben demographischen Angaben Fragenkataloge zu den Themen Erfahrungen in der Herkunftsfamilie – etwa Strafmaßnahmen, Erfahrungen im Berufsleben, mit Unfällen, Erkrankungen und Krankenhausaufenthalten, mit eigenen Kindern, allgemeine Erfahrungen von Gewalt, Erfahrungen mit Krieg oder in Krisengebieten, mit Katastrophen, Erfahrungen mit eigenen gewaltsamen Handlungen, mit Strafverfolgung und Inhaftierung). Es liegt ein Interviewkurzleitfaden zur Erfassung der einzelnen traumatischen Themenbereiche vor, denen entsprechend die Fragenkataloge dann kombiniert werden können. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden die Teilbereiche Erfahrungen mit Sexualität sowie Erfahrungen mit dem Umgang und der Verarbeitung traumatischer Ereignisse verwendet. Beide enthalten offene wie auch geschlossene Fragen. Der Fragenkatalog zur Sexualität umfasst Items zum Umgang der Herkunftsfamilie mit Sexualität, zu Aufklärung und ersten sexuellen Aktivitäten. Detailliert werden einzelne Sexualpraktiken in Bezug auf ihr Vorkommen vor dem 14. Lebensjahr angeführt und dazu weiterführende Fragen gestellt (Alter, Häufigkeit, Angaben zur mitbeteiligten Person, Erleben u.a.). Es bleibt Raum, besonders belastende Erfahrungen separat zu beschreiben. Im Anschluss daran wird untersucht, ob der Untersuchungsteilnehmer eines oder mehrere dieser Ereignisse selbst als Missbrauch klassifiziert und wie damit umgegangen wurde, etwa ob soziale Unterstützung bestand u.a. In einem weiteren Fragenteil wird ausführlich auf sexuelle Erfahrungen nach dem 14. Lebensjahr eingegangen, dabei werden auch Übergriffe von professionellen Helfern, solche am Arbeitsplatz oder andere ausdrücklich

berücksichtigt. Der zweite verwendete Teilbereich betrifft Erfahrungen mit dem Umgang und der Verarbeitung traumatischer Ereignisse und umfasst einige offene Fragestellungen zur Beschreibung von Ereignissen, die der Untersuchungsteilnehmer als besonders belastend erlebte, sowie Fragen zu Veränderungen in Erleben und Verhalten nach dem belastenden Ereignis und zum Einfluss sozialer oder professioneller Unterstützung. Außerdem wurden in diesem Fragebogenteil folgende Skalen verwendet:

1. Die *Skala zur Erfassung von Reaktionen nach Belastungen (PTSS-10)* ist die deutsche Bearbeitung eines entsprechenden Inventars von Raphael, Lundin & Weisaeth (1989). Die Skala umfasst Fragen zu Symptomen der posttraumatischen Belastungsreaktion und eignet sich zur Erfassung allgemeiner Stressreaktionen und präklinischer Stadien des PTSD. Je höher die Summenwerte der Skala, desto stärker ist der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Die Skala wird in verschiedenen Antwortversionen verwendet (2- oder 7-stufiges Rating), für die die 7-stufige Antwortversion werden folgende Cut-Off-Scores empfohlen: 0–23: kein PTSD, 24–35: Verdacht auf PTSD, >35: dringender Verdacht auf PTSD (schriftliche Mitteilung von B. Schade am 15.3.1995; deutsche Bearbeitung: Schade, Schüffel & Schunk, 1997).
2. Einzelne Subskalen zur Erfassung von *Disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)* nach Van der Kolk (1992, zitiert nach Fischer & Schedlich, 1996). Items können Werte zwischen 1 und 5 annehmen.
 - Erfasst werden Veränderungen in der *Affekt-Regulation und Impuls-Steuerung* (7 Items): Die Modulation von Ärgerempfindungen, selbstdestruktives Verhalten und suizidale Impulse (je 1 Item), Schwierigkeiten in der Modulierung sexueller Impulse (seit dem Trauma, 3 Items) und extrem riskantes Verhalten (seit dem Trauma, 1 Item).
 - Als Veränderungen der *Aufmerksamkeit oder des Bewusstseins* (5 Items) gibt es Fragen zu den Bereichen Amnesie (seit dem Trauma oder seit der frühen Kindheit, 1 Item) und vorübergehende Dissoziations- und Depersonalisations-Episoden (seit dem Trauma, 4 Items).
 - Als Veränderungen der *Selbstwahrnehmung* (3 Items) werden in je einer Frage erfasst: Ineffektivität, permanente Schädigung und mangelndes Verständnis der anderen (jeweils seit dem Trauma).
 - Eine Frage bezieht sich auf Veränderungen in der *Wahrnehmung des Täters* (Ausbildung gestörter Überzeugungen im Hinblick auf den Täter).
 - Eine Frage zur Veränderungen in *Beziehungen zu anderen* richtet sich auf die Unfähigkeit zu vertrauen (seit dem Trauma).
 - Eine weitere Frage prüft die Aufgabe von früher bestehenden haltgebenden Überzeugungen als Teil der *Veränderungen der Grundüberzeugungen*.

In allen Bereichen sprechen hohe Skalenwerte für ein hohes Maß an Stresstörungen. Die Kurzversion der DESNOS, die im KTI Verwendung findet, dient als klinisches Symptomscreening und erlaubt anders als die Langversion keine Diagnosestellung.

3. Eine Kurzversion der *Impact of Event Scale (IES)*, die ursprünglich von Horowitz et al. (1979). Die Kurzversion (IES-K) umfasst je 5 Items zu *Vermeidung* und *Intrusion* (mit der Skalierung 1-2-3-4), sie wurde entwickelt von Fischer (unveröffentlicht). Im Gegensatz zur Verwendung der Skala im FKB, wo Symptomwerte für die Zeitpunkte vor und nach der Psychotherapie erfragt werden, geht es hier um die Bestimmung der Lebenszeitprävalenz von Intrusions- und Vermeidungssymptomen.
4. Zusätzlich findet die *World Assumptions Scale (WAS)* von Janoff-Bulman (1989) in einer deutschen Bearbeitung von Schedlich (mündliche Mitteilung, 5. 1997) Verwendung. Sie prüft innere Weltbilder und Kontrollüberzeugungen und gliedert sich in die drei Teilbereiche *Benevolence of the World* (8 Items, Range der Skala 8–48), *Meaningfulness of the World* (12 Items, Range der Skala 12–72) und *Self-Worth* (12 Items, Range der Skala 12–72). Die WAS erfasst also, wie sich der Untersuchungsteilnehmer selbst in bezug auf seine Wirksamkeit und Wertigkeit in der Welt sieht

und in welchem Maße er diese als ihm günstig und bedeutungsträchtig wahrnimmt. Dabei sprechen hohe Skalenwerte jeweils für eine positive Einstellung gegenüber der Umwelt.

Sowohl FKB als auch KTI sind in ihrer Gesamtheit noch nicht hinreichend auf ihre methodische Güte hin überprüft worden, so ist z.B. die Veränderungssensibilität einzelner Fähigkeits- und Symptombereiche des FKB für die Selbstbeschreibung noch weitgehend unklar. Inwieweit Menschen Ausprägungen von Fähigkeiten und Symptomen in die drei angegebenen Zeitpunkte (vor Therapiebeginn, am Therapieende, heute) retrospektiv differenzieren können, muss sich erst noch ergeben. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass insbesondere die Differenzierung zwischen dem Zeitpunkt am Therapieende und heute vielen Untersuchungsteilnehmerinnen nicht leicht fiel (vgl. Ergebnisse). Außerdem ist zu beachten, dass die Symptomskalen des KTI posttraumatische Störungen in ihrer Lebenszeitprävalenz erheben, und nicht die Symptomatik zum Untersuchungszeitpunkt beschreiben. Außerdem wurden in beide Fragebogen bekannte Instrumente zum Teil nur als Kurzversion übernommen (IES, DESNOS), damit ist die Güte der Kurzfassung im Vergleich zum ursprünglichen Instrument unklar, desweiteren können Ergebnisse nicht ohne weiteres mit jenen anderer Untersuchungen verglichen werden. In der Durchführung erwies sich das Fragebogenpaket als erheblich lang und für manche Untersuchungsteilnehmerinnen als belastend, manche Fragen waren redundant (z.B. der IES-K zu den Zeitpunkten vor und nach der Therapie im FKB und als Lebenszeitprävalenz im KTI). dass dennoch eine hohe Rücklaufquote erreicht werden konnte, ist durch die während der Interviews entstandene Beziehung zwischen den Gesprächspartnerinnen sowie durch Nachfragen von Seiten der Untersucherin bei fehlender Rücksendung zu erklären.

Die Fragebogen-Kombination erfasst demographische Daten (FKB), bietet eine genaue Analyse der vorgefallenen traumatischen Situationen (KTI-Kurzinterview und KTI-Teil zur Sexualität), überprüft den Umgang mit dem Trauma und soziale Ressourcen (KTI-Teil zur Traumatisierung), ermöglicht eine Erfassung von Psychotherapiemerkmalen (FKB) und von Fähigkeiten und Symptomen samt ihrer Veränderung in der Selbstbeschreibung (FKB). Damit erhebt der Fragebogen ein differenziertes Bild jener Bereiche, die in der Sicht der Klienten für den Verarbeitungsprozess nach sexueller Traumatisierung wesentlich sein dürften. Diese Daten werden im Interview ergänzt durch Informationen über den persönlichen Umgang mit dem Trauma und seinen Folgen und über das erlebte Verarbeitungsgeschehen. Besonders berücksichtigt wird dabei die Zeitperspektive, d.h. der Prozesscharakter des Verarbeitungsverlaufs; den Verlauf unterstützende bzw. hemmende Ereignisse und Interventionen werden dabei beachtet. Eine derart methodenpluralistische Herangehensweise wird der Forderung nach größerer Praxisbezogenheit der Psychotherapieforschung am ehesten gerecht.

7.2 Methoden der Datenauswertung

7.2.1 Statistische Auswertung der Fragebogendaten

Die beiden Fragebogen wurden nach den Angaben von Hammel (1996) und Schedlich (1996) ausgewertet. Die statistische Analyse der Daten erfolgte mit SPSS für Windows 5.0. Die Normalverteilungsannahmen wurden überprüft mit dem Verfahren von Kolmogorov-Smirnov. Die Unterschiede zwischen Frauen mit hohem vs. niedrigem Therapieerfolg wurden je nach Skalenniveau und Verteilung der Werte mit zweiseitigen t -Tests für unabhängige Stichproben, Mann-Whitney U -Tests oder χ^2 -Tests (Pearson-Koeffizient) auf Signifikanz untersucht. Die Unterschiede zwischen den katamnestisch erhobenen Einschätzungen zu verschiedenen Zeitpunkten (vor der Therapie t_1 , am Therapieende t_2 , zum Untersuchungszeitpunkt t_3) als künstlicher Längsschnitt wurden mit dem t -Test für abhängige Stichproben auf Zusammenhänge hin geprüft. Die t -Werte werden dabei im Ergebnisteil als Absolutwerte angegeben.

7.2.2 Transkription und Kodierung der Interviews

Alle Interviews wurden (inklusive Vor- und Nachgesprächen) auf Tonband aufgenommen und vollständig nach der von Mergenthaler (1986) entwickelten Methode transkribiert. Eine Komplett-Transkription der Gesprächstexte empfiehlt Breuer (1996, S. 134f). Die verwendete Transkriptions-

Methodik wurde anhand von klinischen Gesprächen und Therapieprotokollen entwickelt und berücksichtigt detailliert Sprechweise, Intonation u.a., bleibt aber dennoch relativ übersichtlich und praktisch handhabbar.

Anschließend wurde jedes Interview anhand des vorab entwickelten Kodiersystems bearbeitet und einzelnen Textpassagen (kleinste Analyseinheit: grammatikalische Teilsätze) entsprechende Codes zugeordnet. Die Entwicklung des Kodierschemas wie insbesondere die weitere tabellarische Analyse orientierte sich dabei an Miles & Huberman (1994).

Ein offener Basiskodierplan ergab sich anhand theoretischer Überlegungen und extraktorisch aus dem Interview von Ulrike Y., welches inhaltlich sehr viele wesentlichen Bereiche abdeckt. Weitere Kategorien wurden je nach Inhalten der folgenden Interviews angeführt bzw. die Codes laufend an den Text angepasst und ihre Abgrenzung voneinander verbessert. So ergab sich schließlich ein präzisierter Kodierungsplan, der in einem weiteren Kodier-Durchgang auf alle Interviews angewandt wurde (zum Vorgehen des zunächst offenen, dann selektiven Kodierens vgl. Breuer, 1996, S. 144f). Spätere Beschreibungs- und Erklärungsmodelle und die inhaltlichen Strukturierungen einzelner Interviews orientieren sich ebenfalls an den Codes des entwickelten Schemas:

Externe Faktoren:

MG – Missbrauchsgeschehen

- MG/T** Täter, Beziehung zum Täter/zu den Tätern, zugrunde liegendes Vertrauensverhältnis.
- MG/Z** Zeitangaben wie Alter der Betroffenen, Dauer der Übergriffe.
- MG/Ü** Art der Übergriffe, Situationsbeschreibung.

PT – Psychotherapie

- PT/M** Motivation zur Psychotherapie; Anlass, sich in PT zu begeben, Suche nach einem Therapeuten, Ereignisse im Vorfeld des Therapiebeginns, eigentlicher Therapiebeginn.
- PT/F** Formale Aspekte der Therapie: Einzel/Gruppe, Methode, Geschlecht des Therapeuten, Stundenzahlen, Kosten etc.
- PT/P** Beschriebener Therapieverlauf, Prozess.
- PT/B+–** Beziehung zum Therapeuten und zur Gruppe, Vorzeichen je nach der etwaigen positiven oder negativen Bewertung der Betroffenen; Person des Therapeuten, „durch die Therapie“ ohne nähere Bezeichnung.
- PT/I** Beschriebene Interventionen des Therapeuten.
- PT/R** Reaktionen der Betroffenen auf die Therapiesituation, Beziehungsaspekte, Interventionen, die direkt als solche beschrieben werden und nicht durch GR, S, ME oder U näher bestimmt werden.

R – Reaktionen anderer

- R/W** Wahrgenommen werden, „zum ersten Mal gehört!“ und gesehen werden.
- R/A** Akzeptanz spüren, angenommen werden, Verständnis, „das hat da Platz gehabt“, „er kann das aushalten“, „ich war ihr wichtig“.
- R/U** Andere unterstützend erlebte Verhaltensweisen anderer, etwa gesagt bekommen „ich glaube Dir“, „du hast keine Schuld“, u.ä.
- R/L** Leugnen der Bedeutung des Missbrauchs, Unglauben, Bagatellisieren, Schweigen nach dem Coming-Out der Betroffenen, „das ist schon so lang her“, „kannst du das nicht vergessen“, „kümmern wir uns doch erst mal um ihre Mutterbeziehung“.

- R/O** Opferrolle zuschreiben, als geschädigt stigmatisieren oder als krank bezeichnen; Schockiertheit und übermäßiges Erschrecken.
- R/S** Schuld und Verantwortung für das Missbrauchsgeschehen zuschieben.

B – Beziehungen

- B/E(+)** Beziehung zu den Eltern oder jenen, die die Elternfunktion innehaben,
- B/M(+)** spezifiziert in die Beziehung zur Mutter und
- B/V(+)** jene zum Vater.
- B/G(+)** Geschwisterbeziehungen.
- B/P(+)** Partner(in), auch Umgang mit Sexualität, den jeweiligen Partner betreffend (negatives Vorzeichen auch beim angesprochenen Fehlen einer partnerschaftlichen Beziehung).
- B/K(+)** Eigene Kinder.
- B/F(+)** Freunde, Bekannte (negatives Vorzeichen auch beim angesprochenen Fehlen von Freunden, Isolation).

KO – Kommunikation

- KO/S** Über den Missbrauch, seine Folgen, resultierende Schwierigkeiten, aber auch über erlangte Stärken und Veränderungen sprechen; das Schweigen brechen (KO/S wird kodiert, auch wenn die dazugehörige Beziehung B/... angegeben, aber nicht näher spezifiziert oder betont wird).
- KO/S-** Schweigen müssen, es nicht sagen (wollen oder können), sich nicht mitteilen.
- KO/H** Davon oder von anderen hören, durch Medien von Missbrauchsfällen erfahren, „ich bin nicht die einzige“.

Interne Faktoren:

GR – Gefühlsreaktionen

- GR/+** Betroffene fühlen sich gut/schlecht, etwas wird als schlimm, schmerzhaft, verwirrend, weh tuend (-) oder „stimmig“, erleichternd, wohltuend, hilfreich (+) etc. erlebt.
- GR/O(-)** Ohnmacht, Hilflosigkeit, „Kapitulation“ (Minus bezeichnet jeweils den besseren Umgang mit dem Gefühl, das Abnehmen oder Nicht-mehr-Vorhandensein der Ohnmacht. GR/O- wird auch kodiert bei betontem Nicht-mehr-abhängig-sein-Wollen und Wunsch nach Unabhängigkeit, „ich begeben mich in kein Abhängigkeitsverhältnis mehr“).
- GR/S(-)** Schuld, Scham; Verantwortungsgefühl für etwas, das außerhalb des eigenen Einflussbereiches liegt.
- GR/W(-)** Wut, Zorn, Hass, auch Aggression und Wut auf sich selbst (U/K- wird kodiert, wenn sich die Betroffene schadet oder sich solche Verhaltensweisen überlegt).
- GR/A(-)** Angst, Panik, Furcht vor ... , Bedrohung, „... ist gefährlich“ (auch verbunden mit somatischen Reaktionen, wenn diese allerdings krankheitswertig im Vordergrund stehen, wird K/K kodiert; Angst vor Vertrauensmissbrauch wird als GR/V- kodiert).
- GR/T(-)** Trauer.
- GR/V+** Vertrauen, Gefühl der Sicherheit, Boden unter den Füßen.
- GR/V-** Misstrauen, Unsicherheit, Angst vor Vertrauensmissbrauch.
- GR/SW(+)** Selbstwertgefühl bzw. Gefühl der Wertlosigkeit, „ich bin schlecht“.

S – Schutzmechanismen

- S/A** Abspalten: Trennen von Erinnerungen und Gefühlen, Verlust der Bedeutung des Geschehens, Vergessen der Fakten, sich nicht erinnern, Verdrängen, Selbstentfremdung, Nicht-wahrhaben-Wollen, „mit mir stimmt etwas nicht“, „die Probleme hat jeder“, „heile Welt spielen“.
- S/A–** Allmähliches Verschwinden der Abspaltungstendenzen; die Wiederannäherung an das Trauma; Bemühungen, „da“ zu bleiben oder die Abspaltung zu unterbrechen, sich selbst wahrnehmen, „es zulassen“, „ehrlich zu mir selber“, selbst „hinschauen“, „ich will mich einfach nur stellen“; auch Flashbacks oder Auftauchen neuer Erinnerungen.
- S/RA** Rationale Auseinandersetzung mit dem Missbrauch oder seinen Folgen (auch unabhängig vom Erkennen des Missbrauchs), Verstandeswissen ohne inneres Gefühl von Stimmigkeit oder Betroffenheit (wie bei ME/F), „da fiel mir auf, dass ich Probleme mit Sexualität hatte“; auch rational-analytische Auseinandersetzung mit Sachinformation.
- S/F** Folgen, andere Umgehensweisen mit dem Missbrauch oder seinen Folgen; etwas tun, „damit es dann vorbei ist“, „damit sie mir helfen“, auch Suchtverhalten, wenn es als im sexuellen Missbrauch begründet anzusehen ist (um zu vergessen u.a.), Vermeidungsverhalten (keine sozialen Kontakte pflegen) u.ä.

ME – Missbrauchserkenntnis

(Bezogen auf den sexuellen Missbrauch und damit verbundenes missbräuchliches Geschehen, etwa physische Körperverletzungen und emotionaler Missbrauch, der mit den sexuellen Übergriffen in Zusammenhang steht).

- ME/T** Erkennen der Tat als Missbrauch, des Geschehenen als Realität, rationale Einsicht in die Mechanismen/Persönlichkeitszüge der Täter verbunden mit einem Gefühl persönlicher Betroffenheit (rein rationale Auseinandersetzung ohne Erkennen des Geschehenen als missbräuchlich wird mit S/RA kodiert).
- ME/S** Klarwerden der Schmerzen, der Verletzung „Verbindung zwischen Kopf und Bauch“, „der Schmerz gilt mir“, wenn der Missbrauch als ursächlich erkannt wird (andernfalls wird GR/- kodiert).
- ME/F** Erkennen der Folgen, Erkenntnis eigener Verhaltensweisen und Denkfehler in Bezug auf das Missbrauchsgeschehen oder dessen Verarbeitung verbunden mit einem Gefühl persönlicher Betroffenheit, Erkennen der Verstrickung und der Erpressung durch die Täter, „ich hätte gar nicht anders können“, „ich hätte es nicht verhindern können“, „wenn ich so weiter mache, werde ich sterben“, (im Unterschied zu S/RA nicht nur rein rational, sondern mit dem Gefühl persönlicher Betroffenheit, im Unterschied zu U/S steht hier noch das Erkennen, aber noch nicht das Sich-selbst-Verzeihen im Vordergrund).

U – Umgang mit sich selbst

- U/W(–)** Wünsche, Ziele, Bemühungen, für sich selbst oder für andere (hypothetisch) Betroffene (wenn das der Tochter passieren würde, würde ich ihr wünschen ...) (Minus bei Ansprechen des Nichtvorhandenseins von eigenen Wunschvorstellungen oder Zielen, ebenso bei angesprochener Ausgerichtetheit auf die Wünsche anderer).
- U/VE(+–)** Verantwortung für das eigene Leben übernehmen, sich abgrenzen gegenüber Wünschen und Bedürfnissen anderer, „ich bin nicht mehr bereit, so weiterzumachen“, „ich spiele nicht mehr mit“, „das lasse ich nicht mehr zu“; Minus: Verantwortung wird nicht übernommen (sich für das Missbrauchsgeschehen verantwortlich fühlen wird als GR/S kodiert).

- U/K(+)** Körper, Körperbild, für sich sorgen, sich etwas antun; Wunsch, tot zu sein; Sexualität ablehnen (krankheitswertiges Geschehen wird als K/K oder K/S kodiert).
- U/S(-)** Eigene Stärken, Akzeptanz der Folgen, sich selbst verzeihen, „ich kann damit einigermaßen leben“, (Minus bei angesprochener Abwesenheit von Stärken).
- U/V** Verhalten, Taten, konkrete Pläne der Betroffenen (auch in Bezug auf andere).

K – Körper

- K/K(+)** Krankheiten, Unfälle, auch Essstörungen, psychiatrische Störungen (Plus: die Krankheit verschlechtert sich, nimmt zu; Minus: Abnahme, Besserung) .
- K/S** Körperlicher Schmerz als vorrangiges Syndrom, auch wenn von einer begleitenden Krankheit berichtet wird.

7.2.3 Tabellarische Einzelfall-Auswertung

Der Case-by-Case Ansatz der Untersuchung entspricht einem wachsenden Trend der Psychotherapieforschung, sich intensiver und themenzentriert mit wenigen Untersuchungsteilnehmern auseinanderzusetzen (vgl. Roth & Newman, 1993, S. 376). Die Einzelfallforschung erlaubt die Beobachtung von individuellen Gesetzmäßigkeiten, die in vergleichenden Fallstudien auf Variationen hin überprüft werden können, Gesetzmäßigkeiten lassen sich so entdecken. Dieses induktive Vorgehen erlaubt die Generierung von Hypothesen, die durch Methoden der sukzessiven Reduktion des Hypothesensatzes in gewissem Maß auch überprüft werden können. Ziel ist die Einsicht in strukturelle Zusammenhänge und „kausale Netzwerke“ (Miles & Huberman, 1994).

Diesem Ansatz folgend wurde für jedes Interview eine umfassende Übersichts- und Auswertetabelle (Single-Case Matrix, Miles & Huberman (1994) erstellt. Im wesentlichen orientieren sich solche Displays an theoretischen Konzepten und Variablen, die als Ordnungsprinzip herangezogen werden. Solche tabellarischen Darstellungen haben den Vorteil, dass eine Vielzahl von Information in komprimierter und inhaltlich geordneter Form berücksichtigt werden kann. Die Mehrdimensionalität der Tabelle und interne Ordnung der Spalten und Zeilen (spezifisch angepasst an das jeweilige Erkenntnisinteresse) erleichtert das Auffinden von Zusammenhängen oder Differenzen. In dieser graphisch-tabellarischen Form können deutlich mehr Informationen gleichzeitig beschrieben, erkannt und in weiterer Analyse berücksichtigt werden, als es in traditioneller rein schriftlicher Form möglich ist. Ausführliche Informationen aus den Interviews werden in der Einzelfalltabelle nicht nur reduziert, sondern „komprimiert“, wie Miles & Huberman (1994, S. 11) sich ausdrücken: „Extended text can overload humans' information-processing capabilities. ... The displays ... are designed to assemble organized information into an immediately accessible, compact form so that the analyst can see what is happening ...“

Die hier für die Einzelfallanalyse ausgewählte Matrix sollte eine detaillierte Beschreibung und Exploration von Fällen ermöglichen. Sie orientiert sich in der Konzeption an den von Miles & Huberman (1994, S. 127–142) dargestellten „Conceptual Ordered Displays“, und zwar im einzelnen an der „Thematic Conceptual Matrix“. Der Vorteil dieses Auswertesystems liegt darin, dass mehrere Forschungsfragestellungen berücksichtigt werden, indem über die Spalten- und Zeilenanordnung der Tabelle jene Variablen (Themen) in Zusammenhängen dargestellt werden, die nach theoretischen Gesichtspunkten miteinander verbunden sind. Nach Miles & Huberman (a.a.O.) eignet sich das gewählte Display z.B. gut für die Analyse von Coping-Strategien, Hindernissen usw. Für die Auswertung wären natürlich auch andere Displays in Frage gekommen, z.B. zeitlich geordnete Tabellen (Time-Ordered-Displays, a.a.O. S. 110). Aufgrund der retrospektiv gewonnenen Daten war es schwer möglich, den natürlichen Längsschnitt der Ereignisse in jener Detailliertheit nachzuvollziehen, die für die zeitlich geordneten Auswertetabellen zu empfehlen ist. Eine andere Alternative waren Displays mit partieller Ordnung (Partially Ordered Displays, a.a.O., S. 102–109). Sie sind zur Analyse mehrerer Komponenten einer kohärenten Hauptvariablen geeignet, wobei interne Ordnungskriterien mehr oder weniger stringent sein können. Da die Untersuchung einerseits mehrere Hauptvariablen berücksichtigte (Reaktionen, Schutzmechanismen, Missbrauchserkenntnis), deren

Kohärenz unklar war, aber von einem theoretischen Zusammenhang ausgegangen wurde, überwo-gen die Vorteile der gewählten Thematic Conceptual Matrix.

In dieser Arbeit bilden ausgehend vom Kodiersystem die externen Faktoren die Zeilen der Ta-belle, während die internen Faktoren in Spalten angeordnet sind. Gefühlsreaktionen finden sowohl in Spalten wie auch in Zeilenform Beachtung. Die sich ergebenden Zellen der Tabelle ermöglichen, einen Konnex zwischen externen und internen Faktoren herzustellen, auch lässt sich die emotionale Bedeutung einzelner Reaktionsweisen oder erlebter Äußerungen etc. beobachten. Zusammenhänge etwa zwischen Umgebungs- oder Therapeutenverhalten und inneren Zuständen oder Verhaltens-weisen der Betroffenen lassen sich erkennen. Die Einträge in die Zellen waren entweder entspre-chend kodierte wörtliche Aussagen der Betroffenen oder Paraphrasierungen und Zusammenfassun-gen. Um im Verlauf der weiteren Analyse den Rekurs zum Originalinterviewtext zu erleichtern, wurde jeder Eintrag mit einem Lokalisationsvermerk (Seitenzahl) versehen, bei häufig auftretenden Inhalte wurden alle entsprechenden Stellen angegeben, besondere Auffälligkeiten farbig markiert. Längere Aussagen, die verschiedene Themenbereiche betrafen und im Konnex verstanden werden mussten, wurden mit entsprechendem Verweis (Pfeile) bisweilen auch doppelt in verschiedene Zel-len der Tabelle eingetragen, um den Konnex auch in der weiteren Auswertung zu berücksichtigen.

Diese Einzelfalltabellen ermöglichen ein umfassendes Profil des Betroffenen, durch ihre Mehr-dimensionalität werden Zusammenhänge zwischen verschiedenen Bereichen bzw. spezifische Häu-fungen oder Lücken rasch auffällig. Ein anschließendes Zeilen- und Spaltenlesen vertieft das in-haltliche Verständnis des Einzelfalles und ermöglicht, alle Informationen zu einem Themenbereich von theoretischem oder praktischem Interesse (etwa zur Wiederannäherung oder zur Missbrauch-serkenntnis) gesammelt und nach Verknüpfungen sowohl zu externen Faktoren wie auch zu emotio-nalen Bedeutungen geordnet vor sich zu haben. Noch unverständliche Details können durch Zusatz-information (Beobachtungen während des Interviews im Protokoll, Fragebogenergebnisse) abgeklärt werden, Einzelfallverständnis wie auch weiterführende fallübergreifende Analyse werden so mög-lich. Da in der konkreten Arbeit aufgrund der Einträge in die einzelnen Zellen die Einzelfalltabel-len sehr umfangreich und großflächig werden (etwa DIN A2 Größe), wird im Folgenden eine leere Version der Einzelfalltabellen dargestellt, Kürzel entsprechen den Codes des Kodierungsplanes. An-schließend werden ausschnittsweise und anhand von Beispielen Fundstellen in der Einzelfalltabelle gezeigt.

Tabelle 7.1. Einzelfalltabelle (Kodierungen werden besprochen in der Interviewauswertung, S. 98)

| Externe Faktoren | Interne Faktoren | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-------------------|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-------|-------------|-----|-------------------|------|-----|------|---------------------|------|-----|------------------------|-----|-----|-----|--|
| | Gefühlsreaktionen | | | | | | | | | | Kommunikat. | | Schutzmechanismen | | | | Missbrauchserkennt. | | | Umgang mit sich selbst | | | | |
| | GR+ | GR- | GR/S+- | GR/W+- | GR/A+- | GR/T+- | GR/O+- | GR/V+- | GR/SW+- | KO/S+ | KO/S- | S/A | S/A- | S/RA | S/F | ME/S | ME/T | ME/F | U/W | U/VE | U/K | U/S | U/V | |
| MG/T Täter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MG/Z Zeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MG/Ü Übergriff | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PT/M Motivation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PT/F Formales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PT/P Verlauf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PT/B+ pos. Bez. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PT/B- neg. Bez. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PT/I Intervention | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PT/R Reaktion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R/W Wahrnehmung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R/A Akzeptanz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R/U Unterstützung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R/L Leugnen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R/S Beschuldigung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R/O Opferrolle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KO/H Davon hören | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B/M Mutter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B/V Vater | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B/G Geschwister | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B/P Partner | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B/K Kinder | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B/F Freunde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GR/+ Emotionen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GR/S+- Schuld | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GR/W+- Wut | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GR/A+- Angst | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GR/T+- Trauer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GR/O+- Ohnmacht | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GR/V+- Vertrauen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GR/SW+- Selbstwert | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tabelle 7.2. Beispiel 1 für Fundstellen in Einzelfalltabellen

| Eva | GR/+ | GR/- | KO/S- | KO/S+ | S/A | S/A- | ME/T | ME/S | ME/S |
|-----|---|--|--|---|--|--|---|---|--|
| R/A | „In der Therapie habe ich mich unterstützt gefühlt. Der Therapeut war ein warmer, väterlicher Typ. Er hatte nicht dieses therapeutische Gehabe, er war ganz Mensch. Diese Menschlichkeit hat mir geholfen, überhaupt einen Boden zu finden. Ich habe mich da aufgehoben und gehalten gefühlt. Er war mein einziger Halt.“ | | | „Ich konnte mit ihm über alles sprechen, auch über den sexuellen Missbrauch.“ | „Am Beginn der Therapie ging es um meine Eheprobleme, ich hatte keine Ahnung, worum es wirklich geht.“ | „Nach einem Jahr sind dann die Bilder gekommen. Ich habe mich schrittweise damit auseinandergesetzt, ich hätte da gar nicht aufhören können, das wäre undenkbar gewesen. Ich hab die Bilder nur in der Therapie ausgehalten, an der Hand des Therapeuten.“ | „Ich hab die Bilder erst nachträglich verstanden und begriffen, worum es ging. Erst nach einiger Zeit habe ich realisiert, was eigentlich passiert ist. Diese Wahrheit hat mir besser getan, obwohl sie meine Welt vollkommen in Unordnung gebracht hat.“ | „Die Bilder waren mit viel Schmerz verbunden. Es war so schrecklich, das kann ich gar nicht schildern.“ | „Viel später habe ich dann Zusammenhänge zw. dem sexuellen Missbrauch und meinen psychosomatischen Beschwerden erkannt.“ |
| R/L | | „Meine Mutter wollte nur heile Welt spielen, das war das Manko.“ | „Ich habe damals (Anm. A.B.: als Erwachsene) mit niemandem darüber gesprochen. Was hätte es mir gebracht. Mein Mann hätte dann gleich einen Grund gehabt zu sagen: ‚Du bist schuld an unseren Problemen.‘ Er hätte mich fertig gemacht.“ | | „Ich habe es damals nicht wahrhaben wollen, ich habe heile Welt spielen müssen.“ | | | | |

Tabelle 7.3. Beispiel 2 für Fundstellen in Einzelfalltabellen

| Julia | GR/- | S/A | S/A- | K/S |
|-------|--|--|---|---|
| PT/B- | „Der Therapeut wollte immer Kindheitsrollenspiele machen. Das hat mir gar nicht gefallen, aber ich habe mitgemacht. Das hat mir auch nichts gebracht, eigentlich ist es nur schlimmer geworden.“ | „Der Therapeut hat zu mir gesagt: ‚Sie sind vergewaltigt worden.‘ Ich hab mich dagegen gewehrt, ich bin nicht vergewaltigt worden! Das hört man halt nicht so gern.“ | „Ich hab mich an die Versäumnisse meiner Eltern erinnert, ich hab einen Hass auf meine Eltern gekriegt. Und das wollte ich nicht. Ich will meine Eltern nicht hassen! Deshalb habe ich die Therapie abgebrochen.“ | |
| R/L | | „Mein Mann tut das, was mit mir passiert ist, als Doktorspiele ab. Da bin ich froh, denn ich will nicht vergewaltigt sein.“ | „Aber es waren eigentlich mehr als Doktorspiele.“ „Wenn ich die Schmerzen nicht hätte, wäre alles gut. Das Leben könnte dann so schön sein.“ „Ich habe keine Ahnung, ob das, was mit mir passiert ist, irgendwie mit den Schmerzen zusammenhängt. Ich weiß es nicht.“ | „Meine Schmerzen entfernen mich von meinem Mann. Meist habe ich auch Schmerzen beim Sex. Aber organisch ist alles ok.“ „Sex wäre schön, wenn ich die Schmerzen nicht hätte.“ „Als wir uns kennengelernt haben, hatte ich noch nicht diese Schmerzen. Aber unbedingt! hätte ich nicht mit ihm schlafen müssen. Es war mehr ihm zuliebe.“ |

7.2.4 Fallvergleichende Cross-Case-Matrix

Aus der Analyse der Einzelfälle resultierte eine personenübergreifende Analyse, die durch ein sinnvolles (tabellarisches) Einordnen von Einzelergebnissen in personenübergreifende Zusammenhänge zu einer Erklärung von Zusammenhängen beitragen sollte. Durch die Kombination von Einzelfallanalyse und vergleichender Fallanalyse (within-case und cross-case Ansätze) werden Beobachtungen, die sich im Einzelfall ergeben, über mehrere Fälle hinweg gesammelt und differenziert, es können schließlich fallübergreifende Verallgemeinerungen getroffen werden, in denen jedoch individuelle Unterschiede Berücksichtigung finden. Die fallkombinatorische Methodik im Rahmen der Cross-Case-Analyse erlaubt desweiteren eine systematische Berücksichtigung von Bedingungen auch im Negativbereich (z.B. ungünstige Therapiebedingungen). Eine solche Bedingungsvariation im Negativbereich ist in der experimentellen Forschung aus ethischen Gründen nicht möglich.

Die konzeptionelle Gliederung der Tabelle erfolgte in Anlehnung an Miles & Huberman als Kombination der von ihnen beschriebenen „Case Ordered Effects Matrix“ und „Predictor-Outcome-Consequences-Matrix“. Aus der „Case Ordered Effects Matrix“ (Miles & Huberman, 1994, S. 208–212) wurden jene Elemente verwendet, die einerseits mehreren möglichen Ursachen einen Effekt und andererseits einer Ursache mehrere Folgen zuordnen, dabei bleibt der zugrunde liegende einzelne Fall weiterhin (auch in seinen Abweichungen) sichtbar. Die nach Einzelfällen und Stärke/Thematik der Folgen geordnete Effects Matrix erlaubt, abhängige Variablen (mögliche Folgen) inhaltlich zu kategorisieren. Spezifische Folgetypen werden zusammengefasst, der Bezug zu vorausgehenden Variablen bleibt dabei erhalten. Der Vergleich verschiedener Zellen und Bereiche der entstandenen Tabelle ermöglicht eine eingehende Analyse von möglichen Antezedenzen, wahrscheinlichen Folgen und zeitlichen Zusammenhängen. Dadurch habe das Display nicht nur eine beschreibende, sondern ebenso eine erklärende Funktion. Weil durch die Methode der Analyse auch kausale Schlüsse gezogen werden können, erlaube das Display sowohl die Bildung einer theoretischen Erklärung als auch aus dem Datenmaterial eine erste Überprüfung dieser Theorie (a.a.O., S. 212).

Da die Case Ordered Effects Matrix zweistufige Zusammenhänge berücksichtigt (Ursachen, Folgen), in der Untersuchung aber aufgrund theoretischer Überlegungen zumindest drei Erlebens- und Verarbeitungsstufen berücksichtigt werden sollten (erlebte Reaktionen als unabhängige Variablen, Schutz- und Verarbeitungsmechanismen als intervenierende Variablen, Missbrauchserkenntnis als abhängige Variable) wurde die Auswertetabelle um jene Elemente erweitert, die die „Predictor-Outcome-Consequences-Matrix“ (a.a.O. S. 217–219) kennzeichnen. Diese Auswertetabelle gliedert

Variablen in drei Stufen auf, neben Ursachen werden sofortige Effekte als auch längerfristige Konsequenzen berücksichtigt. Durch die Analyse von intervenierenden Variablen wird die Erklärung von kausalen Zusammenhängen begünstigt.

Eine andere Möglichkeit der Kombination mit der Predictor-Outcome-Consequences-Matrix hätte in der Einbeziehung einer „Case-Ordered Predictor-Outcome Matrix“ (a.a.O. S. 213–217; anstelle der verwendeten Case-Ordered-Effects Matrix) bestanden. Sie ist in ihrer internen Ordnung ähnlich nach Fällen geordnet wie die schlussendlich für die Analyse verwendete Kombinations-Tabelle, setzt den Auswertungsblickpunkt durch ihre Struktur aber eher auf die Differenzierung und Gewichtung von Ergebnissen. Dabei werden unterschiedliche Ergebnis-Stärken durch vorausgehende Variablenkombinationen erklärt. Es wird so sichtbar, wie mehrere Variablen *in ihrer Gesamtheit* zu verschiedenen Ergebnisstärken beitragen. Im Unterschied dazu fokussiert die Case-Ordered-Effects Matrix mehr einzelne unabhängigen Variablen (Reaktionen) und erlaubt eine stärkere Differenzierung dieser Ursachen, die schließlich zu verschiedenen Ergebnissen führen.

Die im Rahmen dieser Arbeit verwendete Tabelle zur personübergreifenden Analyse sollte Zusammenhänge zwischen verschiedenen erlebten Reaktionen von außen, eigenen emotionalen Antworten, eigenem kommunikativen Vorgehen, Umgang mit sich selbst, zwischen verwendeten Schutzmechanismen und der Missbrauchserkenntnis wie auch der Erfüllung der Erfolgskriterien sichtbar machen. Die Ordnung aller Personen erfolgte demgemäß zeilenweise entsprechend der Erfüllung aller beider, des (sich aussagekräftiger zeigenden) ersten oder des zweiten Erfolgskriteriums, im Anschluss folgten jene Frauen, die keines der Erfolgskriterien erfüllt hatten. Zeilenweise pro Person wurden auch die Reaktionsweisen aufgelistet, und zwar mit interner hierarchischer Ordnung von den besonders positiv erlebten Reaktionen Akzeptanz (R/A) und Wahrnehmung (R/W) über unspezifisch positiv erlebte Reaktionen (R/U) hin zu deutlich negativ empfundenem Leugnen, Schuldzuweisen und Stigmatisieren (R/L, R/S und R/O). Die spaltenmäßige Gliederung berücksichtigte verschiedene Lebensbereiche der Betroffenen (Therapie, Partnerschaft, Aufschlüsselung Herkunftsfamilie, eigene Kinder und Freunde/Arbeitskollegen) mit anschließenden Gefühlsreaktionen. Kommunikation und Umgang mit sich selbst folgten in weiteren Spalten. Wesentlich beachtet wurden im Anschluss daran die eigenen Schutzmechanismen – hier wurde in weiteren Spalten (und einer Pfeile-Zuordnung zum Verweis auf Zusammenhänge) der Umgang mit dem eigenen Körper und gefühlsmäßige Reaktionen berücksichtigt. Zentrale Aufmerksamkeit wurde der Missbrauchserkenntnis (aufgeschlüsselt in Tat, Schmerz und Folgen) geschenkt, wieder wurde die Kombination zum Umgang mit sich selbst und emotionalen Konsequenzen beachtet. In einer abschließenden Spalte wurden personentypische Verarbeitungsarten, typische Ablaufmuster und Kreisläufe bzw. weitere Anmerkungen notiert. Pro Person ergibt sich so ein relativ umfassendes Bild mit detaillierter Aufschlüsselung erlebter Äußerungen und Reaktionen der mitmenschlichen Umgebung wie auch der vorherrschenden Schutzmechanismen, Gefühlsreaktionen in Zusammenhang mit verschiedenen Variablen und der Erkenntnis des Missbrauchs.

Die Eingabe von Daten in die Zellen der so entstandenen personübergreifenden Matrix wurde aus den Einzelfalltabellen vorgenommen. Dortige Beobachtungen wurden entsprechend der neuen Zellen zusammengefasst, emotionale Ausprägungen mit dem entsprechenden Konnex eingetragen. Reaktionen anderer wurden dann als „vorhanden“ („x“) kodiert, wenn sie mindestens zweimal im entsprechenden sozialen Umfeld als Eintragung in der Einzelfalltabelle vorkamen bzw. wenn ein einmaliges Vorkommen von der Betroffenen als besonders extrem und auffallend beschrieben und herausragend erlebt wurde, also auch in der Darstellung besonders in seiner Bedeutung betont wurde. „Stark vorhanden“ („xx“) wurden Reaktionen anderer bewertet, wenn sie in der Einzelfalltabelle mindestens viermal im entsprechenden sozialen Kontext vorkamen bzw. nur zweimal beschrieben wurden, davon mindestens einmal mit besonderer Betonung und herausragender Bewertung. Gefühlsreaktionen wurden mit +/- entsprechend der Eintragungen der Einzelfalltabelle eingetragen, wenn die entsprechende emotionale Antwort mindestens zweimal im entsprechenden Kontext beobachtet wurde bzw. einmal von der Betroffenen selbst mit besonderer Eindringlichkeit (Wiederholung, Betonung der Bedeutung etc.) beschrieben wurde. Beim Umgang mit sich selbst wie auch bei vorkommenden Schutzmechanismen wurde analog verfahren. Lediglich in bezug auf Missbrauchserkenntnis wurde jeder einzelne Eintrag der Einzelfalltabelle in die personübergreifende Vergleichsmatrix übernommen. Zur verbesserten Zuordnungsmöglichkeit und Verständlichkeit wurden

bei klaren kausalen Äußerungen der Betroffenen (also bei Zusammenhängen, die von der Untersuchungsteilnehmerin als kausal erlebt und dargestellt wurden) diese aus der Einzelfalltabelle in Form von Pfeilen in der Vergleichsmatrix kenntlich gemacht bzw. sich wiederholende Kreisläufe in einer eigenen Spalte gesondert notiert. Aus der Reihung der Personen entsprechend ihrer Erfolgskriterien erscheinen dementsprechende Häufungen und Auffälligkeiten rasch in der Tabelle und können vergleichend analysiert werden. Die derartige Anordnung der Matrix hat den Vorteil, dass verschiedene Bereiche, die für eine günstige Verarbeitung von Bedeutung zu sein scheinen, in Zusammenhängen dargestellt werden und in jedem wichtigen Einzelthemenkomplex (soziale Umgebung mit Kommunikationsverhalten, Schutzmechanismen und Missbrauchserkenntnis) Verbindungen zu jeweils spezifischen emotionalen Zuständen und Umgangsweisen mit sich selbst sichtbar werden. Die zeilenmäßige Anordnung vereinfacht das Erkennen von Mustern, die bei verschiedenen Reaktionstypen (R/+ vs. R/-) bzw. bei Personen mit mehr oder weniger günstigem Therapieausgang auftreten. Die Cross-Case-Matrix ist unter Tabelle 10.1 bei den Ergebnissen aus den Interviews dargestellt.

7.2.5 Kausale Netzwerke

Zusätzlich zur tabellarischen Auswertung fand eine zunächst fallbezogene und anschließend integrierte personenübergreifende Analyse durch die Bildung kausaler Netzwerke (nach Miles & Huberman, 1994, S. 228–238) statt. Solche Netzwerke stellen eine Brücke dar zwischen Erklärungen, die für die empirischen Beobachtungen in einzelnen Fällen zutreffen, und der Entdeckung von den zugrundeliegenden theoretischen Konstrukten (a.a.O.). In die personenübergreifende kausale Netzwerkbildung werden alle Fälle einbezogen und für sie die wesentlichen Variablen hinsichtlich ihrer kurz- und längerfristigen Konsequenzen beschrieben. Damit bleiben einerseits alle einzelnen Fälle (inklusive ihrer Abweichungen) berücksichtigt, andererseits erlaubt das entstehende personenübergreifende Meta-Netzwerk eine Beschreibung von kausalen Zusammenhängen und prozesshaften Verläufen.

Nachdem aus den Einzelfallergebnissen hervorging, dass einige Variablen und Variablenkombinationen in mehreren einzelnen Fällen bedeutend waren, wurden für diese Kernvariablen (Reaktionen, Schutzmechanismen, Missbrauchserkenntnis) kausale Netzwerke gebildet, indem für alle Kernvariablen die übrigen damit zusammenhängenden Variablen aufgelistet und in Pfeildiagrammen dargestellt wurden. Aufgrund der geringen Überlappung in den Konsequenzen, die sich aus positiven (wahrnehmende Anerkennung etc.) bzw. negativen Reaktionen (Verleugnen etc.) ergaben und zur besseren Übersichtlichkeit wurden zwei separate kausale Beschreibungsmodelle für positive und negative Reaktionen erstellt.

Alle Beobachtungen, die sich im einzelnen Fall ergaben, wurden in die beiden kausalen Netzwerke integriert. Innerhalb der kausalen Netze wurde differenziert zwischen allgemeinen Variablenkombinationen, die sich unabhängig vom Therapieerfolg beobachten ließen, und jenen, die typisch für Personen mit hohem vs. geringem Therapieerfolg waren. Jedes individuelle Antwortmuster kann dadurch innerhalb der beiden kausalen Netzwerke nachvollzogen werden. Die kausalen Modelle werden als Ergebnisse der Interviewanalyse beschrieben.

7.2.6 Analyse nach dem „Hermeneutisch-dialektischen Hypothesenexklusionismus“

Der „Hermeneutisch-dialektische Exklusionismus“ ist ein von Fischer (1989) entwickeltes Verfahren zur systematischen Interpretation qualitativer Daten. Ziel des Verfahrens ist es, eine Verbindung zwischen Beobachtungsmaterial und theoretischen Konzepten, Modellen und Theorien zu erreichen. Das Verfahren gliedert sich in folgende Schritte:

1. In der Eingangsphase sollen zahlreiche und divergente Hypothesen gebildet werden. Es geht hier um eine Sammlung möglichst vieler alternativer Erklärungshypothesen für eine beobachtete Konstellation von Phänomenen, sie sollen den zu erklärenden Gegenstandsbereich annäherungsweise vollständig abdecken.
2. In einer weiteren Phase soll der so gebildete Hypothesensatz durch die Exklusion nicht plausibler, inkonsistenter und nach einem hermeneutischen Validitätskriterium unhaltbarer Hy-

pothesen reduziert werden: Hypothesen werden validiert in Übereinstimmung von Teilbeobachtung und Ganzem. Um den Geltungsanspruch der Hypothesen schlüssig zu widerlegen, können statistische Daten genauso herangezogen werden wie Einzelfallbeobachtungen oder, in einem späteren Schritt, gesichert erscheinende psychologische Theorien. Einzelne Hypothesen müssen dabei nicht vollständig verworfen, sondern können beispielsweise in einer abgeschwächten Form weiter vertreten werden.

3. In einer abschließenden Phase folgt die dialektische Konstruktion der verbleibenden Interpretationshypothesen zu Meta-Hypothesen und übergreifenden Konzepten. Metahypothesen sollen Widersprüche erklärbar oder verstehbar machen, sie sind deshalb ein dialektischer Beitrag zur argumentativen Validierung von Interpretationshypothesen. Aufgrund ihrer Widersprüchlichkeit nicht integrierbare Hypothesen können weiter koexistieren, bis aufgrund zusätzlicher Information eine Exklusion oder Integration möglich wird. Oft werde es jedoch nicht möglich sein, alle Widersprüche aufzulösen, eine abschließende Anzahl konkurrierender Hypothesen dürfe aber nicht als Scheitern des Forschungsvorhabens betrachtet werden. Auch müssen die Hypothesen, um Erkenntnisfortschritt zu bedeuten, keineswegs immer allgemeingültigen Charakter haben, es genüge bisweilen, Einzelfälle genau zu verstehen.

Entsprechend des hermeneutischen Exklusionismus wurden verschiedene Hypothesen zur Erklärung des beobachteten Erfolgs oder Misserfolgs anhand konkreter Aussagen der Betroffenen, theoretischer Konzepte und eigener Plausibilitätsüberlegungen formuliert und inhaltlich gruppiert. Im Vorfeld der Hypothesenbildung wurden Diskussionen mit Psychotherapeuten geführt, die mit Betroffenen sexualisierter Gewalt in der Kindheit arbeiten, und diese Erfahrungen miteinbezogen. Anhand der Einzelfalltabellen, der Cross-Case-Matrix, der beiden daraus entwickelten Erklärungsmodelle für erfolgreichere vs. weniger erfolgreiche Therapieverläufe und anhand der statistischen Daten aus den Fragebogen wurden die einzelnen Hypothesen auf ihre Gültigkeit hin überprüft, entsprechend kommentiert, beibehalten, abgeschwächt oder verworfen.

7.2.7 Strukturierte Inhaltsanalyse ausgewählter Interviews

Anschließend an die Auswertung der Fragebogen, die tabellarische Analyse der Interviews und den Hypothesenexklusionismus wurden fünf besonders aussagenkräftige Einzelfälle in bezug auf die bis dahin erlangten Ergebnisse und theoretischen Ansätze näher analysiert. Ziel der Inhaltsanalyse war eine erneute Rückbeziehung der bis dahin erhaltenen Ergebnisse auf das Datenmaterial, um durch die Einbeziehung einer weiteren Methode die Anwendbarkeit bisheriger Ergebnisse (z.B. Kreisläufe der Verarbeitung) auf einzelne Fälle zu überprüfen und gleichzeitig die inhaltliche Bedeutung von Kategorien in möglichst verschiedenen Einzelfällen transparent zu machen.

Die betreffenden Einzelinterviews wurden dazu entsprechend der Methode der „*inhaltlichen Strukturierung*“ im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 1995) bearbeitet. Die inhaltliche Strukturierung soll anhand theoretisch oder empirisch relevanter inhaltlicher Kriterien einen inneren Aufbau des Ausgangstextes deutlich machen. Jene Textstellen, die den festgelegten relevanten Kriterien entsprechen, werden anhand eines diesbezüglich entwickelten Kodierplanes mit Codes versehen und aus dem Text gefiltert. Diese „Fundstellen“ werden in weiteren Arbeitsschritten paraphrasiert und entsprechend der Kriterien nach verschiedenen Kategorien zusammengefasst (a.a.O.).

In der vorausgehenden Interviewanalyse nach Miles & Huberman (1994) wurden verschiedene inhaltliche Kategorien in einem Kodiersystem zusammengefasst, dass sich sowohl theoretisch als auch für die Darstellung und Analyse der Interviews als brauchbar erwies. Im Rahmen der vorangegangenen Untersuchung der Texte waren die folgenden, weiter oben ausführlich beschriebenen Kategorien für eine günstige oder ungünstige Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse entscheidend:

- *R: Reaktionen anderer*: R/W: Wahrgenommen werden, R/A: Akzeptanz, R/U: allgemeine Unterstützung, R/L: Leugnen, R/O: Opferrolle zuschreiben, R/S: beschuldigen.
- *S: Schutzmechanismen*: S/A: Abwehr, S/A-: emotionale Auseinandersetzung, Wiederannäherung, S/RA: rationale Auseinandersetzung, S/F: Symptome, Folgen, Krankheitsbilder.

- *ME: Missbrauchserkenntnis*: ME/T: Erkennen der Tat als gewaltvoll und missbräuchlich, ME/S: Klarwerden über Schmerzen und Verletzungen, ME/F: Erkennen der Symptome und Folgen.

Als Material lag jeder einzelnen strukturierten Inhaltsanalyse der vollständig transkribierte Text des entsprechenden Interviews zugrunde. Alle Textstellen, die entsprechend dieser Kategorien kodiert wurden, wurden systematisch extrahiert und weiterverarbeitet. Wenn sich innerhalb der inhaltlichen Strukturierung Passagen ergaben, die aufgrund von Widersprüchlichkeiten o.ä. erhöhten Erklärungsbedarf aufwiesen, wurde auf die Technik der Explikation zurückgegriffen (Mayring, 1995, S. 70–76). Die Kriterien der Auswahl von fünf näher zu analysierenden Fälle ergaben sich aus den bis dahin vorliegenden Ergebnissen und werden daher in der Darstellung der Ergebnisse aus den strukturierten Inhaltsanalysen genauer beschrieben.

Kapitel 8

Durchführung der Untersuchung und Darstellung der Stichprobe

8.1 Kontaktaufnahme mit Betroffenen

Für die Untersuchung sollten Personen befragt werden, die in ihrer Kindheit „sexuelle Übergriffe im Rahmen eines Vertrauensverhältnisses“ (was als Ausschlusskriterium für Missbrauch durch Fremdtäter gemeint war) erlebt hatten, und die als Erwachsene eine Psychotherapie abgeschlossen hatten. In der Untersuchung wird davon ausgegangen, dass die Untersuchungsteilnehmerinnen die sexuellen Übergriffe, die sie berichten, auch tatsächlich erlebt haben. Es ist nicht sehr wahrscheinlich, dass anonyme Betroffene, die sich freiwillig zu Gesprächen melden, ohne daraus einen direkt ersichtlichen Gewinn zu ziehen, außer jenem, über das erlebte Trauma zu sprechen und einen interessierten Zuhörer zu finden, unglaubwürdig sind. Bei weniger emotional besetzten Themen als jenem des sexuellen Kindesmissbrauchs wird die prinzipielle Glaubwürdigkeit der Untersuchten kaum je in Frage gestellt, und von dieser grundsätzlichen Glaubwürdigkeitsannahme wird auch in dieser Arbeit ausgegangen.

Der Zugang zur Zielgruppe gestaltete sich sehr schwierig. In Anzeigen in verschiedenen Tageszeitungen, Wochenzeitungen und Illustrierten in Deutschland und Österreich wurde nach „Betroffenen von sexuellem Kindesmissbrauch in einem Vertrauensverhältnis, die eine Psychotherapie besucht haben“ gesucht, die bereit waren, über den Prozess der Verarbeitung des Erlebten zu sprechen. Nur wenige Personen konnten so gefunden werden. Aufrufe mit selbem Wortlaut wurden in dutzenden Cafés, Buchhandlungen, Beratungszentren und anderen öffentlichen Einrichtungen angeschlagen. Ein weiterer Ansatz war die Suche über Psychotherapie-Vereinigungen und Beratungszentren, wobei jeweils über die Therapeuten und Berater Zugang zur betroffenen Personengruppe gesucht wurde. Die Anonymität wurde dadurch gewährleistet, dass die in den betreffenden Einrichtungen Beschäftigten ihre Klienten vom Untersuchungsvorhaben informierten und ihnen auf Wunsch Adresse und Telefonnummer gaben, sodass Betroffene dann selbst auch unter falschem Namen Kontakt aufnehmen konnten, wenn sie sich näher informieren wollten oder schon zu einem Gespräch und zur Teilnahme an der Untersuchung bereit waren. Auch diese Vorgangsweise erwies sich als sehr mühsam, da manche Therapeuten mit Hinweis auf die therapeutische Abstinenz ihre (ehemaligen) Klienten nicht vom Untersuchungsvorhaben informieren wollten. Eine nicht unbeträchtliche Zahl von Therapeuten stellte sich als „prinzipiell“ kooperativ dar, gab aber an, keine Klienten zu kennen, die in die Stichprobe passen würden, denn: Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch seien trotz langjähriger therapeutischer Tätigkeit noch nicht bekannt geworden. Manche (auch offizielle) Institution, die in der Öffentlichkeit den Anspruch vertritt, erfahren und kooperativ in Sachen Gewalt, Misshandlung und Missbrauch zu sein, zeigte sich am Projekt desinteressiert bzw. wurde von solchen Stellen bisweilen sogar mitgeteilt, die geplante Untersuchung würde gegen ethische Gebote verstoßen: Es sei Betroffenen nicht zuzumuten, über „das Thema“ zu sprechen und sie so erneut mit ihrem Leid zu konfrontieren – Betroffene sollten doch besser die Möglichkeit haben, diese Dinge „ruhen“ zu lassen, so wurde mir, insbesondere im Westen Österreichs, wiederholt mitgeteilt. Es fiel

bei diesen Stellen teilweise ein deutliches Erschrecken und eine Abneigung gegenüber dem Thema auf, was die Suche nach Betroffenen zusätzlich erschwerte. Dennoch konnten ausreichend interessierte und kooperationsbereite Kontaktpersonen gefunden werden, die in der Suche nach Untersuchungsteilnehmern unterstützten. So wurden durch die engagierte Unterstützung in der psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Innsbruck und bei Zartbitter Köln etliche Betroffene für die Untersuchung vermittelt.

Über die Anzeigen, Anschläge und durch die Kooperation diverser österreichischer und deutscher Beratungsstellen und der genannten Klinikabteilung konnten schließlich 22 Personen gefunden werden, von denen eine nur den Fragebogen ausfüllen wollte, 21 grundsätzlich zu Gespräch und Fragebogen bereit waren und von diesen dann 19 nach dem Gespräch den Fragebogen retournierten. Dementsprechend wurden 21 Interviews geführt und 20 Fragebogen zurückerhalten. Die hohe Rücklaufquote des umfangreichen Fragebogens erklärt sich zum einen durch das Vertrauensverhältnis, das während des mehrstündigen Gesprächs schon entstanden war, durch das persönliche Engagement, das viele Betroffene zur Teilnahme bewog, zum anderen durch wiederholtes Erinnern und Nachfragen, um schließlich doch noch ausständige Bogen zurückzuerhalten. Die Suche nach Betroffenen war prinzipiell geschlechtsneutral formuliert, dennoch besteht die Stichprobe zur Gänze aus Frauen. Telefonisch meldeten sich (neben zwei anderen Frauen) auch zwei Männer, die dann allerdings nicht bereit waren, an den Gesprächen teilzunehmen oder den Fragebogen auszufüllen. Das Kriterium der als Kind erlittenen sexuellen Übergriffe wurde im Rahmen der Untersuchung objektiviert. In allen Fällen konnten die geschilderten Übergriffe nach engen Definitionen als sexueller Missbrauch eingestuft werden, fast alle Untersuchungsteilnehmerinnen hatten wiederholt penetrative sexuelle Übergriffe erlitten, die anderen Frauen waren wiederholt unbekleidet an ihren Geschlechtsorganen berührt worden.

Durch die Suche nach Betroffenen auf mehreren Ebenen wurde versucht, Selektionseffekten möglichst entgegenzuwirken, auch wenn sie nach wie vor nicht ausgeschlossen werden können. Die alleinige Suche nach Betroffenen sexuellen Kindesmissbrauchs über Zeitungsanzeigen und Inserate führt dazu, dass sich eher Personen melden werden, die bereit sind, mit dem Thema in die Öffentlichkeit zu treten. Jene, die sich nach wie vor des Ereignisses schämen und nicht darüber sprechen wollen, fehlen (zu derartigen Selektionseffekten vgl. Egle et. al., 1997, S. 418). Durch die Vermittlung über Therapeuten und auf der Klinik konnten hingegen Betroffene mit der Untersucherin bekannt werden und danach entscheiden, ob sie an der Untersuchung teilnehmen wollten. Stationären Patienten wurde von Seiten der Klinik die Teilnahme empfohlen, es nahmen auch solche Frauen teil, die sich auf ein Zeitungsinserat o.ä. mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht gemeldet hätten. Allen potentiellen Teilnehmern wurde mitgeteilt, es gehe in erster Linie darum, wie sie mit dem Erлитenen umgehen und umgegangen seien, was ihnen besonders hilfreich erschien, was sie als hinderlich erlebten. Sie sollten zwar in der Lage sein, über die Fakten der Übergriffe Auskunft zu geben (was war vorgefallen, in welchem Alter, wer war der Täter), detailliert über die Übergriffe selber zu sprechen war im Interview möglich, dann auch erwünscht, aber nicht notwendig. Mit dem Angebot, nicht im Detail über die Missbrauchserlebnisse sprechen zu müssen, konnten vor allem solche über Vertrauenspersonen vermittelte Betroffene für die Teilnahme an der Untersuchung gewonnen werden, die noch stark in der Scham- und Schuldthematik verfangen waren und sich höchstwahrscheinlich auf anonyme Aufrufe und Inserate nicht gemeldet hätten. Trotz dieser Überlegungen und verschiedener Zugangsweise ist durch das (ethisch wie auch untersuchungstechnisch notwendige) Kriterium der Freiwilligkeit eine gewisse Selektion der Untersuchungsteilnehmer anzunehmen. Vor allem konnte angenommen werden, dass sich jene Personen, die sich auf Zeitungsanzeigen zur Teilnahme an der Untersuchung bereit erklärten, eher schon in einer fortgeschrittenen Phase ihres Genesungsprozesses befanden, dass sie etwa nicht mehr unter drückenden Scham- und Schuldgefühlen litten und daher bereit waren, ihr Thema öffentlich zu machen. Dazu waren viele Betroffene, die über Kontaktpersonen vermittelt worden waren, noch nicht bereit.

8.2 Gesprächsanbahnung, Interviewbedingungen

Vor der Vereinbarung eines Gesprächstermins wurden die interessierten Betroffenen eingehend über die Themenstellung des Gesprächs sowie auf ihren Wunsch auch allgemein über das Dissertations-

projekt informiert, Anonymität zugesichert und das Einverständnis zur Tonbandaufnahme eingeholt. Zudem wurde jede Untersuchungsteilnehmerin darauf hingewiesen, dass sie das Gespräch jederzeit abbrechen oder auch den Gesprächstermin in letzter Minute verschieben oder absagen könne. Die Anreise der Untersucherin in die betreffende Stadt wurde immer auch noch mit anderen Terminen und Notwendigkeiten, nie nur mit dem einen geplanten Gesprächstermin begründet, um den psychischen Druck möglichst gering zu halten und der Betroffenen ein allfälliges Absagen zu erleichtern, sollte sie sich an dem Tag nicht wohl fühlen. So stand die Freiwilligkeit des Gesprächs und das Sicherheitsempfinden der Betroffenen im Vordergrund. Ein geplantes Gespräch fand aufgrund einer solchen Absage nicht statt. Zudem wurde bei jeder Terminvereinbarung telefonisch darauf hingewiesen, dass das Gespräch teilweise sehr aufwühlend sein könne und wichtige Termine daher möglichst nicht unmittelbar danach stattfinden sollten. Da die Möglichkeit bestand, dass es den Gesprächsteilnehmerinnen aufgrund der emotionalen Gesprächsinhalte hinterher schlechter gehen könnte und um die mögliche Gefahr einer Krise nicht nur anzusprechen, sondern auch einzugrenzen, wurde in jedem Einzelfall vor der Terminvereinbarung besprochen, ob es professionelle Anlaufstellen und/oder private Ressourcen für die jeweilige Betroffene gab, von denen sie glaubte, sie im Falle einer Krise auch tatsächlich nützen zu können. Erst nachdem so der Umgang mit einer möglichen Krise vorweggenommen war, wurde ein Gesprächstermin vereinbart. Sicherheit und Wohlbefinden der Gesprächspartnerinnen hatte so Vorrang vor Forschungsinteresse.

Die Gespräche fanden in verschiedenen Städten und Gemeinden in Österreich und Deutschland an einem Ort nach Wahl der Gesprächspartnerinnen statt, häufig im Raum eines der Betroffenen vertrauten Beratungszentrums, teilweise und nur auf besonderen Wunsch der Betroffenen auch bei ihr zu Hause oder in der Wohnung der Untersucherin. Vorab wurde nochmal auf die Wahrung der Anonymität und die absolute Freiwilligkeit der Situation hingewiesen, um der Betroffenen das Gefühl zu nehmen, sich zu etwas Unbestimmtem „verpflichtet“ zu haben und deshalb bis zum Ende durchhalten zu müssen. Die Gespräche dauerten von 1h 15min bis zu 3h, im Schnitt knapp 2h, mit Pausen nach Bedarf. Eine Betroffene bat am Ende des Gespräches um einen weiteren Termin, um noch etwas Wichtiges mitzuteilen, so dass dieses Interview an zwei aufeinanderfolgenden Tagen stattfand. Bis auf diesen einen Fall fanden die Gespräche in einer Sitzung statt, wurden auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Am Ende des Gesprächstermins wurde entsprechend der Kurzversion des KTI nach anderen traumatischen Erfahrungen gefragt und der Teilnehmerin der Fragebogen erläutert und ausgehändigt. Im folgenden Nachgespräch, das im Schnitt 20 Minuten dauerte, wurde das aktuelle Befinden der Gesprächspartnerin berücksichtigt, auch war diese schon im Vorgespräch darauf hingewiesen worden, dass die Untersucherin im Anschluss an das Gespräch auf Wunsch für allfällige Fragen bereitstand, eine Möglichkeit, die von den meisten Betroffenen wohl aufgrund der intimen Gesprächssituation, die sich ergeben hatte, auch beansprucht wurde. Im Nachgespräch wurden die Teilnehmerinnen auch gebeten, für sich selbst einen Vornamen als Pseudonym auszusuchen, der in der Auswertung und Veröffentlichung verwendet werden sollte. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich von März bis Dezember 1996.

8.3 Darstellung der untersuchten Stichprobe

8.3.1 Demographische Angaben

Die Untersuchungsteilnehmerinnen waren zwischen 20 und 53 Jahren alt (im Durchschnitt 36,8 Jahre, SD 9,09 Jahre), 10 von ihnen waren ledig, 9 lebten in einer festen Partnerbeziehung, 3 waren geschieden oder getrennt lebend. Sie hatten bis zu 5 Kinder (im Schnitt 1 Kind), und bis zu 7 Geschwister (im Durchschnitt 2,7). Bei 6 Teilnehmerinnen hatten sich die Eltern scheiden lassen, davon bei einer erst, als sie selbst schon erwachsen war. Die Untersuchungsteilnehmerinnen stammten aus verschiedenen sozialen Schichten, wobei gute Ausbildungen und Fachschul- bzw. Universitätsabschlüsse überrepräsentiert waren: 2 hatten einen Grundschulabschluss, 7 hatten eine Fachschule besucht (mittlere Reife), 6 hatten Matura/Abitur, 7 Teilnehmerinnen ein abgeschlossenes Universitätsstudium. Dabei standen 5 Frauen noch in Ausbildung. Zum Untersuchungszeitpunkt waren 4 Frauen voll erwerbstätig, 10 teilzeitbeschäftigt, 5 nicht erwerbstätig, 2 arbeitslos und eine berentet.

8.3.2 Traumageschichte

Der sexuelle Kindesmissbrauch, dem die Betroffenen ausgesetzt waren, reichte vom einmaligen Berühren der Geschlechtsteile (eine Betroffene) bis zu wiederholten und häufig langjährigen invasiven Übergriffen. Alle Frauen wurden Opfer männlicher Täter, eine Frau hatte zudem von ihrer Mutter sexualisierte Gewalt erlitten. 11 Frauen berichteten, an ihren Geschlechtsteilen berührt oder gezwungen worden zu sein, die des Täters zu berühren, davon war bei drei Betroffenen kein invasiver Missbrauch vorgefallen, alle übrigen Frauen berichteten von wiederholter vaginaler (12 Betroffene), oraler (9 Betroffene) und/oder analer Vergewaltigung (eine Betroffene). Zu Beginn des sexuellen Missbrauchs waren sie zwischen einem und 13 Jahren alt (mit einem Schnitt von 8,3 Jahren), wobei der Missbrauch zwischen einem Monat und 12 Jahren dauerte (im Mittel 5 Jahre und 6 Monate). Die Täter waren bei den Übergriffen, die von den Betroffenen als am stärksten belastend beschrieben wurden, im Schnitt 26 Jahre älter als diese.

Nur zwei Frauen hatten bereits in ihrer Kindheit oder Jugend jemandem von der sexualisierten Gewalt erzählt: eine Frau hatte mit 13 Jahren ihrer besten Freundin unter dem Siegel der Verschwiegenheit davon berichtet, was ohne weitere Konsequenzen blieb. Die andere Frau hatte ihrer Pflege-Mutter berichtet, was der Cousin mit ihr machte, woraufhin die Mutter den Täter zur Rede stellte und die sexualisierten Übergriffe nicht mehr stattfanden. Alle anderen Untersuchungsteilnehmerinnen hatten in Kindheit oder Jugend niemandem von der sexualisierten Gewalt erzählen können. Zum Untersuchungszeitpunkt hatten drei Frauen außer mit ihrem Therapeuten noch mit niemandem über die Gewalterfahrung gesprochen, acht Frauen hatten einem Lebensgefährten davon erzählt, 15 Frauen hatten einem Familienmitglied (meist der Mutter oder Geschwistern) davon berichtet. Alle Enthüllungen in der Ursprungsfamilie fanden nicht jene mitfühlenden Reaktionen, die die Betroffenen sich erwünscht hätten (z.B. wurden vier Frauen von ihren Müttern ermahnt, den Vater/Täter nicht zur Rede zu stellen, da dieser das in den Augen der Mütter nicht verkraften würde; Schuldzuweisungen an die Opfer, Unglauben und Bagatellisierungen sind die Regel). Dagegen wurden Reaktionen von Lebensgefährten häufiger als positiv bewertet. Drei Frauen hatten den Täter zur Rede gestellt. Keine einzige der Untersuchungsteilnehmerinnen hatte jemals vom Täter Reue oder ein Eingeständnis von Schuld und Verantwortung erfahren (vgl. dazu im Folgenden). Fünf Frauen berichteten, der Täter würde heute noch ihnen gegenüber anzügliche Bemerkungen machen oder versuchen, ihnen sexualisierte Gewalt anzutun, doch heute könnten sie sich schützen und versuchen besonderes, eigene Kinder vor dem Täter zu schützen.

14 Frauen berichteten auf Nachfragen vom Erleiden sexualisierter Übergriffe auch im Erwachsenenalter, davon hatten 6 Frauen Übergriffe am Arbeitsplatz und drei Frauen sexualisierte Gewalt durch professionelle Helfer erlebt; alle 14 Frauen gaben an, im privaten Bereich als Erwachsene sexuellen Übergriffen ausgesetzt gewesen zu sein, d.h. mindestens 9 Frauen hatten als Erwachsene wiederholt sexualisierte Gewalt erlitten. Eine Frau gab an, als Jugendliche selbst bei einem jüngeren Knaben „sexuell grenzüberschreitend“ (Terminus des Items) gewesen zu sein.

Beim Nachfragen nach anderen traumatischen Erlebnissen berichteten 15 Frauen von Prügelstrafen in ihrer Kindheit, 13 Betroffene gaben an, es habe in ihrer unmittelbaren Familie körperliche, psychische oder Suchterkrankungen gegeben, und jeweils 11 Frauen erzählen von anderen noch nicht erwähnten belastenden Kindheitserfahrungen (zwei Adoptionen im Kleinkindalter, Scheidungen der Eltern). Jeweils 7 Betroffene waren in ihrer Kindheit über längere Zeit von ihren Hauptbezugspersonen getrennt gewesen (meist aufgrund von Krankenhausaufenthalten, einmal ein Heimaufenthalt) oder litten an einer schweren Erkrankung oder Behinderung (die bei allen erst sekundär aufgrund eines Unfalls, einer Erkrankung oder auch durch die physische Misshandlung während der Kindheit entstanden war). Vier Frauen gaben an, einen schweren Verkehrsunfall erlebt zu haben, jeweils drei Frauen hatten eine Fehl-, Todgeburt und Abtreibung hinter sich oder aber hatten schwerwiegende Probleme mit ihren Kindern. Keine Frau war als Erwachsene Opfer einer nichtsexualisierten Gewalttat geworden (zur sexuellen Reviktimisierung siehe oben). Insgesamt fällt bei der Stichprobe eine Häufung ungünstiger Kindheitserlebnisse, insbesondere der physische Missbrauch auf, sowie das hohe Maß von sexueller Reviktimisierung im Erwachsenenalter.

Tabelle 8.1. Sexualisierte Übergriffe in der Kindheit

| Charakteristikum | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Min.</i> | <i>Max.</i> |
|---|----------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Alter zu Beginn des Missbrauchs (Jahre) | 22 | 8,38 | 3,62 | 1 | 13 |
| Damaliges Alter des Täters | 20 | 34,92 | 12,21 | 14 | 52 |
| Alter des Täters im Vergleich zum Opfer (Jahre) | 20 | +26,54 | +13,89 | +4 | +48 |
| Dauer der sexualisierten Gewalt (Monate) | 20 | 66,67 | 41,93 | 1 | 120 |
| Anzahl der Täter insgesamt | 22 | 2,30 | 2,13 | 1 | 8 |

Tabelle 8.2. Traumageschichte

| Kriterium | <i>N</i> | Betroffene | % |
|---|----------|------------|------|
| Sexualisierte Übergriffe in der Kindheit | | | |
| Invasive sexualisierte Gewalt (vaginale, orale oder anale Vergewaltigung) | 22 | 19 | 86,4 |
| Ausschließlich nicht-invasive sexualisierte Gewalt | 22 | 3 | 13,6 |
| Sexualisierte Übergriffe im Erwachsenenalter | | | |
| Erleiden sexualisierter Gewalt als Erwachsene insgesamt | 20 | 14 | 70,0 |
| Reviktimisierung am Arbeitsplatz | 20 | 6 | 30,0 |
| Reviktimisierung durch professionelle Helfer | 20 | 3 | 15,0 |
| Reviktimisierung im privaten Bereich | 20 | 14 | 70,0 |
| Eigene Täterschaft (sexualisierte Gewalt) | 22 | 1 | 4,5 |
| Sonstige belastende Erlebnisse | | | |
| Prügelstrafe in der Kindheit | 20 | 15 | 75,0 |
| Körperliche, psychische oder Suchterkrankung in der Herkunftsfamilie | 20 | 13 | 65,0 |
| Andere belastende Kindheitserfahrungen (Scheidung, Adoption) | 20 | 11 | 55,0 |
| Längere Trennung von Hauptbezugspersonen in der Kindheit | 20 | 7 | 35,0 |
| Schwerer Verkehrsunfall (als Erwachsene) | 20 | 4 | 20,0 |
| Fehl-, Todgeburt oder Abtreibung (in keinem Fall Folge der sexualisierten Gewalt) | 20 | 3 | 15,0 |
| Schwerwiegende Probleme mit eigenen Kindern | 20 | 3 | 15,0 |

8.3.3 Psychotherapiegeschichte

9 Personen aus der Stichprobe hatten bislang eine einzige Psychotherapie besucht und abgeschlossen, 8 Personen hatten zwei, 5 Personen drei verschiedene Psychotherapien besucht (der Schnitt lag dabei bei 1,5 abgeschlossenen Therapien). Angaben beziehen sich bei den Personen, die mehrere Psychotherapien besucht haben, immer auf die zuletzt beendete Psychotherapie. Die zuletzt abgeschlossene Psychotherapie war auch der Referenzpunkt für die Einschätzung der Veränderung eigener Fähigkeiten und Symptome.

8 Untersuchungsteilnehmerinnen hatten zuletzt eine tiefenpsychologische Psychotherapie besucht, 7 eine klientenzentrierte, 3 waren in der Methode des Psychodrama behandelt worden, 2 hatten Hypnotherapie besucht, eine Teilnehmerin war in einer Gestalttherapie gewesen, eine weitere Person konnte dazu keine Angaben machen. Die letzte besuchte Psychotherapie hatte bei den Untersuchungsteilnehmern in den Jahren 1981 bis 1995 begonnen und war in den Jahren 1987 bis 1996 abgeschlossen worden, die Untersuchung berücksichtigt daher ganz unterschiedlich lange katamnestic Zeiträume. Diese Psychotherapie dauerte durchschnittlich 3 Jahre und 4 Monate (die kürzeste 5 Monate, die längste 10 Jahre), mit einer Gesamtanzahl von 5 bis 522 Stunden (durchschnittlich 129 Stunden). 16 Personen (72%) gaben an, dass die Psychotherapie im gegenseitigen Einvernehmen beendet worden war, 6 Personen (27%) hatten die Therapie abgebrochen. Dabei halten 13 Personen (59%) die Therapiedauer rückblickend für angemessen, 5 Personen (23%) halten sie für unangemessen, weitere 4 Personen machen dazu keine Angaben. Dabei halten, wie aus den In-

terviews hervorging, jene Personen die Therapie eher für zu lang, die mit ihr unzufrieden waren und sie abbrachen. 15 Untersuchungsteilnehmerinnen (68%) gaben an, dass ihnen die Therapie in ihrer persönlichen Entwicklung geholfen habe, 4 Personen (18%) hatte sie nicht oder nur kaum geholfen, weitere drei Personen machten dazu keine Angaben. 8 Untersuchungsteilnehmerinnen (40%) gaben an, Verhaltensweisen des Therapeuten als belastend erlebt zu haben, davon waren für drei Personen diese Verhaltensweisen sehr stark belastend. 13 Personen (59%) gaben an, dass es im Verlauf der Behandlung Zeiten gegeben habe, in denen es ihnen schlechter ging als vor dem Beginn der Behandlung, wobei dafür nicht der Therapeut verantwortlich gemacht wird, eine Person gab an, es sei ihr in der Therapie immer schlechter gegangen als vor deren Beginn. 2 Personen waren vor dem Beginn dieser Psychotherapie, 10 Personen währenddessen mit Psychopharmaka behandelt worden, 8 Personen wurden nicht mit Psychopharmaka behandelt, bei 2 Personen fehlen die Angaben.

Eine Frau gab an, im Rahmen von therapeutischen Familiengesprächen sei es zu einem offenbaren Schuldeingeständnis des Täters gekommen, das er aber im Anschluss an das Familiengespräch wieder zurückgenommen habe (er habe es in Anwesenheit des Therapeuten nur gesagt, um seine Tochter nicht bloßzustellen – beide wüssten doch genau, dass die Initiative und Verantwortung auf ihrer Seite liege).

7 Personen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung in stationärer Behandlung in einer psychosomatischen Klinik, davon war die Hauptdiagnose bei zwei Frauen Anorexia Nervosa, bei zwei Frauen somatoforme Schmerzstörungen, bei zwei Frauen Depression (dabei bei einer mit akut selbstschädigendem Verhalten), eine Untersuchungsteilnehmerin war aufgrund ihrer sensorisch-intrusiven Symptomatik (PTSD) in Behandlung.

Tabelle 8.3. Psychotherapiegeschichte

| Kriterium | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Min.</i> | <i>Max.</i> |
|---|----------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Anzahl der besuchten Psychotherapien | 20 | 1.85 | 0.81 | 1 | 3 |
| Anzahl der Sitzungen der letzten Therapie | 20 | 128.79 | 137.80 | 5 | 522 |
| Dauer der letzten Therapie (Monate) | 20 | 40.00 | 39.09 | 5 | 120 |
| Vergangene Monate seit der letzten Therapie | 20 | 14.30 | 22.00 | 1 | 102 |

Kapitel 9

Ergebnisse der Fragebogenauswertung

Alle Untersuchungsteilnehmerinnen wurden anhand der beiden dargestellten Erfolgskriterien miteinander verglichen. Dabei zeigte sich, dass das erste Unterscheidungskriterium besser zwischen erfolgreicheren und weniger erfolgreichen Untersuchungsteilnehmerinnen differenzierte als das zweite Kriterium es tat. Sechs Personen entsprachen sowohl nach dem ersten als auch nach dem zweiten Kriterium den Anforderungen des Therapieerfolges.

9.1 Selbstbeschreibung zu verschiedenen (künstlichen) Zeitpunkten: vor der Therapie, am Therapieende, zum Untersuchungszeitpunkt

An dieser Stelle werden zuerst die Symptomwerte dargestellt, anschließend folgen die Ergebnisse der Analysen zu Symptomwertunterschieden zu verschiedenen Zeitpunkten. Im Text wird jeweils auf die wichtigsten Ergebnisse eingegangen, vollständige Angaben können aus den Tabellen entnommen werden. *t*-Werte in allen Tabellen werden aus Gründen vereinfachter Darstellung als absolute Werte angegeben.

Im FKB beschreiben sich die Untersuchungsteilnehmerinnen zu Therapiebeginn mit deutlich erhöhten IES-K Vermeidungs- und Intrusionswerten (Mittelwerte 14,4 und 13,6 bei einem möglichen Range der Skalen von 5–20), die in der Selbstbeschreibung zum Therapieende geringfügig abgenommen haben, aber mit Mittelwerten von 10,22 und 11,81 immer noch deutlich erhöht sind. Die Lebenszeit-Prävalenz von IES-K Symptomwerten, die im KTI zusätzlich erfragt wurde, wird in etwa ähnlich eingeschätzt wie die Symptomatik vor Therapiebeginn (mit Mittelwerten von 13,5 für Vermeidung und 13,8 für Intrusion). Daneben verdeutlichen die weiteren Ergebnisse des KTI eine relativ hohe (lebenszeitliche) Symptombelastung der Untersuchungsteilnehmerinnen. Wenn die Einzelergebnisse aus dem PTSS-10 Unterteil des KTI entsprechend empfohlener Cut-Off-Werte zur Bestimmung einer PTSD-Symptomatik unterteilt werden, besteht bei 12 Personen mit Werten über 35 der dringende Verdacht, dass sie an PTSD leiden oder gelitten haben, bei 5 Personen besteht mit Werten zwischen 24 und 35 Verdacht auf PTSD, eine Person hat mit einem Wert von 23 vermutlich keine PTSD-Diagnose gehabt, bei 4 Personen fehlen vollständige Angaben.

In der WAS werden negative Selbstüberzeugungen im Bereich von „Meaningfulness of the world“ (beobachtetes *M* 40,5 bei einem möglichen Range von 12–72), „Benevolence of the world“ (beobachtetes *M* 24,5 bei einem theoretischen Range von 8–48) und „Self-Worth“ (beobachtetes *M* 36,0 bei einem Skalenrange von 12–72) zum Untersuchungszeitpunkt eher nicht zugestimmt, Itemmittelwerte liegen im Bereich von „slightly disagree“).

DESNOS-Werte bezogen auf den Untersuchungszeitpunkt liegen mit *M* 49,6 (bei einem Range der Skala von 18–90) im mittleren Bereich, d.h. unspezifische Stressreaktionen werden als „gelegentlich“ auftretend eingestuft. Dabei fällt insbesondere der Vertrauensverlust auf, den Betroffene in der Beziehung zu anderen beschreiben (*M* 3,44 bei einem Range 1–5). Erhöhte Schwierigkeiten werden ebenso im Bereich der Modulierung sexueller Impulse angegeben (*M* 9,22 bei einem Skalenrange

von 3–15). Die Fragen zur veränderten Selbstwahrnehmung, zu Störungen der Affektregulation und Impulssteuerung, zu Dissoziation und Depersonalisation und zur veränderten Wahrnehmung des Täters finden geringere Zustimmungswerte (mit durchschnittlichen Itemwerten je Skala zwischen 2,9 und 2,0 in absteigender Reihenfolge der Nennungen. Substanzenabusus wird kaum als Problem angegeben (mit M 1,7 bei einem Range von 1–5).

Tabelle 9.1. Vergleichende Darstellung der Symptomwerte zu verschiedenen (künstlichen) Zeitpunkten

| | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Min.</i> | <i>Max.</i> |
|--|----------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Symptomatik zu t₁ (Beginn der Psychotherapie – retrospektiv) | | | | | |
| IES-K Vermeidung | 18 | 14.42 | 4.06 | 5 | 17 |
| IES-K Intrusion | 18 | 13.69 | 3.81 | 5 | 16 |
| Mozart (Manifestation d. Unbewussten) | 20 | 24.44 | 5.74 | 18 | 36 |
| Calvin (Inhalte des Über-Ich) | 20 | 24.88 | 3.53 | 18 | 30 |
| Machiavelli (Unbewusste Konflikte) | 19 | 24.37 | 3.07 | 19 | 29 |
| Cicero (Sprache u. Sozialkompetenz) | 20 | 21.47 | 3.47 | 14 | 30 |
| Marx (Realitätswahrnehmung) | 20 | 10.88 | 2.08 | 7 | 14 |
| Freud (Selbstreflexion) | 18 | 19.20 | 5.89 | 10 | 31 |
| Selbstannahme | 20 | 40.44 | 7.62 | 33 | 58 |
| Persönlichkeits- und Fähigkeitsbereich | 18 | 71.00 | 6.93 | 61 | 85 |
| Zwischenmenschlicher Bereich | 17 | 28.23 | 5.16 | 22 | 36 |
| Mehrgenerationenaspekt | 17 | 33.21 | 8.22 | 19 | 44 |
| Somatisierungsneigung | 20 | 21.05 | 8.00 | 6 | 34 |
| Arbeit | 18 | 36.06 | 7.74 | 15 | 46 |
| Sexualität | 16 | 15.00 | 2.25 | 11 | 18 |
| Freizeit | 20 | 16.00 | 3.24 | 9 | 22 |
| Psychotischer Grenzbereich (G) | 19 | 52.64 | 16.96 | 22 | 84 |
| Suizidneigung | 20 | 12.78 | 4.27 | 3 | 18 |
| Psychose | 20 | 4.63 | 3.23 | 2 | 12 |
| Depersonalisation | 19 | 8.00 | 3.23 | 2 | 12 |
| Derealisation | 19 | 12.55 | 5.77 | 4 | 24 |
| Borderline | 20 | 15.10 | 4.34 | 8 | 23 |
| Symptomatik zu t₂ (Ende der Psychotherapie – retrospektiv) | | | | | |
| IES-K Vermeidung | 19 | 10.22 | 3.39 | 5 | 16 |
| IES-K Intrusion | 18 | 11.81 | 2.93 | 5 | 17 |
| Mozart (Manifestation des Unbewussten) | 20 | 25.31 | 4.65 | 19 | 36 |
| Calvin (Inhalte des Über-Ich) | 20 | 26.25 | 2.56 | 22 | 31 |
| Machiavelli (Unbewusste Konflikte) | 19 | 23.82 | 3.95 | 16 | 30 |
| Cicero (Sprache u. Sozialkompetenz) | 17 | 21.82 | 3.77 | 15 | 30 |
| Marx (Realitätswahrnehmung) | 19 | 11.31 | 1.85 | 8 | 14 |
| Freud (Selbstreflexion) | 17 | 23.06 | 7.46 | 12 | 33 |
| Selbstannahme | 18 | 46.93 | 7.24 | 33 | 58 |
| Persönlichkeits- und Fähigkeitsbereich | 18 | 73.85 | 7.69 | 63 | 86 |
| Zwischenmenschlicher Bereich | 17 | 29.07 | 5.97 | 19 | 38 |
| Mehrgenerationenaspekt | 19 | 34.21 | 7.86 | 19 | 42 |
| Somatisierungsneigung | 20 | 20.00 | 7.06 | 9 | 34 |
| Arbeit | 18 | 37.73 | 6.75 | 19 | 46 |
| Sexualität | 16 | 16.00 | 3.01 | 11 | 18 |
| Freizeit | 18 | 15.05 | 3.43 | 9 | 22 |
| Psychotischer Grenzbereich | 17 | 43.26 | 17.31 | 20 | 80 |

(Fortsetzung von Tabelle 9.1)

| | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>Min.</i> | <i>Max.</i> |
|--|----------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Suizidneigung | 20 | 10.73 | 4.56 | 3 | 18 |
| Psychose | 20 | 4.00 | 2.68 | 2 | 12 |
| Depersonalisation | 17 | 6.87 | 2.98 | 2 | 12 |
| Derealisation | 17 | 10.50 | 5.30 | 4 | 24 |
| Borderline | 18 | 12.11 | 5.06 | 4 | 19 |
| Symptomatik zu t₃ (Untersuchungszeitpunkt) | | | | | |
| Mozart (Manifestation des Unbewussten) | 20 | 25.31 | 4.43 | 20 | 36 |
| Calvin (Inhalte des Über-Ich) | 20 | 26.63 | 3.36 | 21 | 35 |
| Machiavelli (Unbewusste Konflikte) | 19 | 25.05 | 3.64 | 17 | 31 |
| Cicero (Sprache u. Sozialkompetenz) | 20 | 21.47 | 3.97 | 13 | 26 |
| Marx (Realitätswahrnehmung) | 20 | 12.38 | 2.66 | 8 | 18 |
| Freud (Selbstreflexion) | 19 | 23.57 | 6.83 | 13 | 34 |
| Selbstannahme | 17 | 47.71 | 8.13 | 32 | 62 |
| Persönlichkeits- und Fähigkeitsbereich | 18 | 75.12 | 8.86 | 61 | 92 |
| Zwischenmenschlicher Bereich | 17 | 30.00 | 4.43 | 20 | 38 |
| Mehrgenerationenaspekt | 19 | 34.64 | 7.91 | 19 | 42 |
| Somatisierungsneigung | 20 | 18.35 | 5.89 | 9 | 30 |
| Arbeit | 18 | 38.33 | 7.06 | 19 | 49 |
| Sexualität | 16 | 16.53 | 2.10 | 13 | 22 |
| Freizeit | 20 | 15.73 | 3.97 | 8 | 22 |
| Psychotischer Grenzbereich | 19 | 40.41 | 18.17 | 15 | 80 |
| Suizidneigung | 20 | 9.68 | 4.45 | 3 | 18 |
| Psychose | 20 | 3.73 | 2.72 | 2 | 12 |
| Depersonalisation | 19 | 6.16 | 3.16 | 2 | 12 |
| Derealisation | 19 | 10.27 | 5.39 | 4 | 24 |
| Borderline | 20 | 12.05 | 5.58 | 4 | 20 |
| Symptomatik im KTI | | | | | |
| Affektregulation und Impulssteuerung | 20 | 20.22 | 3.42 | 13 | 26 |
| Modulierung sexueller Impulse | 20 | 9.22 | 2.13 | 5 | 13 |
| Aufmerksamkeit und Bewusstsein | 20 | 11.78 | 3.14 | 7 | 19 |
| Dissoziation und Depersonalisation | 19 | 9.06 | 2.51 | 6 | 16 |
| Veränderung der Selbstwahrnehmung | 20 | 8.72 | 3.01 | 3 | 14 |
| Veränderte Täter-Wahrnehmung | 19 | 2.00 | 1.08 | 1 | 4 |
| Beziehung zu anderen | 19 | 3.44 | 1.25 | 1 | 5 |
| Substanzenabusus | 19 | 5.21 | 2.02 | 3 | 9 |
| DESNOS Summenscore | 20 | 49.63 | 10.40 | 30 | 66 |
| IES-K Summenscore | 20 | 27.41 | 6.57 | 14 | 35 |
| IES-K Vermeidung | 18 | 13.53 | 3.89 | 6 | 18 |
| IES-K Intrusion | 18 | 13.88 | 3.81 | 6 | 19 |
| PTSS-10 Summenscore | 20 | 41.44 | 10.04 | 20 | 57 |
| WAS: Benevolence of the world | 20 | 24.50 | 7.85 | 9 | 38 |
| WAS: Meaningfulness of the world | 20 | 40.58 | 8.14 | 25 | 55 |
| WAS: Selbstwert | 20 | 36.00 | 13.05 | 19 | 59 |

Im Folgenden werden die Unterschiede von Symptomwerten zu verschiedenen Zeitpunkten in der retrospektiven Selbstbeschreibung dargestellt, Unterschiede wurden jeweils mit *t*-Tests für abhängige Stichproben geprüft, *t*-Werte werden als absolute Werte dargestellt.

Wie aus der Darstellung der Symptomwerte aus Teil III des FKB (Symptome und Fähigkeitsbereiche) zu entnehmen, unterscheiden sich in der retrospektiven Einschätzung die künstlichen Zeitpunkte „am Therapieende“ und „heute“ nur wenig, vielmehr scheint die Beurteilung des Befindens am Ende der Psychotherapie mit dem Befinden zum Untersuchungszeitpunkt zusammenzufallen, dagegen sind klare Unterschiede in der Selbstbeschreibung zum Zeitpunkt vor der Therapie zu beobachten. Für eine größere Schwierigkeit, sich retrospektiv am Ende der Therapie zu beschreiben, spricht auch die erhöhte Zahl fehlender Antworten in dieser Zeitkategorie. In der Analyse der Unterschiede zwischen künstlichen Zeitpunkten mit abhängigen *t*-Tests wird daher der Zeitpunkt „zum Therapieende“ nicht miteinbezogen und stattdessen die Selbstbeschreibung der Befindlichkeit vor Therapiebeginn mit dem zum Untersuchungszeitpunkt beschriebenen Befinden verglichen.

Im FKB werden Vermeidungs- und Intrusionswerte (IES-K) zu den Zeitpunkten vor Therapiebeginn und am Therapieende erhoben, beide Bereiche haben sich in diesem Zeitraum entsprechend der Selbstbeschreibung der Untersuchungsteilnehmerinnen hochsignifikant verbessert. Auch der IES-K Summenscore hatte sich im beschriebenen Zeitraum signifikant verbessert.

Der Vergleich der Skalenwerte aus Teil III des FKB zu den (künstlichen) Zeitpunkten „vor Therapiebeginn“ – „heute“ zeigt, dass die Untersuchungsteilnehmerinnen im allgemeinen eine Zunahme ihrer Fähigkeiten und eine Abnahme von Beschwerden und Symptomen beschreiben. Insbesondere zeigt die Selbstbeschreibung jeweils hochsignifikant eine Besserung der Realitätswahrnehmung (Marx), eine Zunahme der Selbstreflexion (Freud), eine Steigerung der Selbstannahme, des Selbstbewusstseins und Selbstwertgefühls, außerdem eine Zunahme der Leistungsfähigkeit in der Arbeit und eine verbesserte Zufriedenheit in der Sexualität. Eine signifikante Zunahme beschreiben die Untersuchungsteilnehmerinnen außerdem in der Introspektion und Übernahme von Eigenverantwortung. Die Selbstbeschreibung zeigt dagegen eine hochsignifikante Abnahme der Symptome aus dem psychotischen Grenzbereich, dabei hatten sich insbesondere und hochsignifikant die Suizidneigung und die Borderlinesymptomatik verbessert, signifikante Verbesserungen werden darüberhinaus im Bereich der Depersonalisation angegeben. Tendentielle Verbesserungen, die allerdings nicht statistische Signifikanz erreichten, ergaben sich in einer gesteigerten Wahrnehmung von Über-Ich-Inhalten, außerdem in einer Abnahme von psychotischen Symptomen im engeren Sinne und Derealisationssymptomen.

Tabelle 9.2. Ergebnisse der *t*-Tests für abhängige Stichproben für Unterschiede zwischen verschiedenen (künstlichen) Zeitpunkten

| Unterschiede in FKB-Skalen zu versch. Zeitpunkten $t_1 \dots t_3$ | N_{pairs} | M | | | t | p |
|---|-------------|-------|-------|-------|------|--------|
| | | t_1 | t_2 | t_3 | | |
| IES-K Gesamtscore (2. Erfolgskriterium) | 17 | 29.00 | 22.29 | | 2.52 | .023* |
| IES-K Vermeidung | 16 | 14.12 | 9.81 | | 5.66 | .000** |
| IES-K Intrusion | 15 | 13.93 | 11.73 | | 3.25 | .006** |
| Mozart (Manifestation des Unbewussten) | 16 | 23.75 | | 25.31 | 1.23 | .237 |
| Calvin (Inhalte des Über-Ich) | 17 | 24.87 | | 26.64 | 2.01 | .061 |
| Machiavelli (Strategien mit unbewussten Konflikten) | 16 | 24.37 | | 25.56 | 1.26 | .228 |
| Cicero (sprachliche und soziale Kompetenz) | 18 | 21.00 | | 21.44 | 0.64 | .529 |
| Marx (Realitätswahrnehmung) | 18 | 10.88 | | 12.38 | 3.27 | .005** |
| Freud (Selbstreflexion) | 15 | 18.92 | | 23.57 | 4.33 | .001** |

(Fortsetzung von Tabelle 9.2)

| Unterschiede in FBK-Skalen zu versch. Zeitpunkten $t_1 \dots t_3$ | N_{pairs} | M | | | t | p |
|--|-------------|-------|-------|-------|------|---------------|
| | | t_1 | t_2 | t_3 | | |
| Selbstannahme | 14 | 39.92 | | 47.71 | 4.45 | .001** |
| Persönlichkeits- und Fähigkeitsbereich | 14 | 71.00 | | 74.35 | 1.44 | .173 |
| Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl | 17 | 28.47 | | 31.23 | 2.95 | .009** |
| Introspektion, Übernahme von Eigenverantwortung | 18 | 25.05 | | 26.72 | 2.38 | .029* |
| Zwischenmenschlicher Bereich | 14 | 28.23 | | 30.00 | 1.40 | .186 |
| Mehrgenerationenaspekt | 14 | 33.21 | | 34.64 | 1.76 | .101 |
| Somatisierungsneigung | 16 | 19.43 | | 18.62 | 0.48 | .637 |
| Arbeit | 15 | 36.06 | | 38.33 | 5.13 | .000** |
| Sexualität | 13 | 15.00 | | 16.58 | 3.17 | .009** |
| Freizeit | 19 | 16.00 | | 15.73 | 0.36 | .722 |
| Psychotischer Grenzbereich | 17 | 52.64 | | 40.41 | 3.48 | .003** |
| Suizidneigung | 19 | 12.78 | | 9.68 | 3.54 | .002** |
| Psychose | 19 | 4.63 | | 3.73 | 1.81 | .087 |
| Depersonalisation | 18 | 8.00 | | 6.16 | 2.58 | .019* |
| Derealisation | 18 | 12.55 | | 10.27 | 2.10 | .061 |
| Borderline | 19 | 15.10 | | 12.05 | 3.89 | .001** |

9.2 Vergleich der Erfolgsgruppen

9.2.1 Demographische Unterschiede

Frauen mit hohem vs. niedrigerem Therapieerfolg (1. und 2. Erfolgskriterium – EK) unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter, Ausbildung und Schulabschluss, Anzahl eigener Geschwister oder Kinder, oder dem Vorhandensein einer Partnerschaft. Unterschiede gab es bezüglich dem Aufwachsen mit einem Stiefelternteil, so waren Frauen mit niedrigerem Therapieerfolg häufiger mit einer Stiefmutter aufgewachsen (signifikant bei Unterscheidung nach dem 1. EK), dagegen gaben Frauen mit hohem Therapieerfolg häufiger an, mit einem Stiefvater aufgewachsen zu sein (signifikant bei Unterscheidung nach dem 2. EK). Zum Untersuchungszeitpunkt waren Frauen mit hohem Therapieerfolg häufiger erwerbstätig als die Vergleichsgruppe, die häufiger nicht erwerbstätig, arbeitslos oder in Rente war (signifikant bei einer Unterscheidung nach dem 1. EK).

Tabelle 9.3. Demographische Unterschiede zwischen Frauen mit hohem vs. niedrigem Therapieerfolg

| Merkmal | häufiger bei | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|-------------------------------------|-----------------|---------------------|-----------|----------|---------------------|-----------|----------|
| | | χ^2 | <i>df</i> | <i>p</i> | χ^2 | <i>df</i> | <i>p</i> |
| Vorhandensein eines Stiefvaters | hohem Erfolg | 0.27 | 1 | .605 | 4.44 | 1 | .035* |
| Vorhandensein einer Stiefmutter | geringem Erfolg | 1.56 | 1 | .032* | 0.37 | 1 | .539 |
| Heutige Partnerschaft | hohem Erfolg | 0.22 | 1 | .639 | 2.97 | 1 | .084 |
| Heutige vorhandene Erwerbstätigkeit | hohem Erfolg | 11.11 | 4 | .025* | 7.61 | 4 | .106 |

9.2.2 Unterschiede in der Traumageschichte

Bezüglich der Charakteristika der sexualisierten Übergriffe (Alter, Dauer, Intensität, Alter des Täters im Verhältnis zum eigenen Alter, Anzahl der erlebten Übergriffe als Erwachsene, Bereich der Reviktimisierung – von professionellen Helfern, am Arbeitsplatz, andere; Anzahl der Täter insgesamt etc.) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Bezüglich der Art der sexualisierten Gewalterfahrung in der Kindheit zeigten sich signifikante Unterschiede im KTI in der Frage zur Selbstbefriedigung (Item F10.6): Untersuchungsteilnehmerinnen mit höherem Therapieerfolg gaben häufiger an, dass es zu Selbstbefriedigung vor einer anderen Person gekommen sei, und zwar beantworteten sie die Unterfragen „Selbstbefriedigung vor einer anderen Person kam mehr als einmal vor“ und „Selbstbefriedigung wurde vor mir gemacht“ häufiger mit ja, Personen mit geringerem Therapieerfolg antworteten dagegen häufiger mit „nein“ bzw. „weiß nicht“ (signifikant nach Unterscheidung sowohl nach dem 1. wie auch nach dem 2. EK). Personen mit höherem Therapieerfolg gaben außerdem an, diese Art der Übergriffe unangenehmer erlebt zu haben als Personen mit geringerem Therapieerfolg (signifikant bei der Unterscheidung nach dem 2. EK auf 5%-Niveau, entsprechende Tendenz bei der Unterscheidung nach dem 1. EK).

Es ergaben sich außerdem Hinweise darauf, dass Personen mit höherem Therapieerfolg häufiger erlebten, sexualisierte Übergriffe sowohl vor dem 14. Lebensjahr wie auch danach durch eigenes Bemühen beendet zu haben (häufiger beendet vor dem 14. Lebensjahr: likelihood ratio – *l.r.* – wird signifikant bei Unterscheidung nach dem 1. EK; häufiger beendet nach dem 14. Lebensjahr: likelihood ratio zeigt Signifikanz bei Unterscheidung nach dem 2. EK).

Weitere Unterschiede ergaben sich im Hinblick auf den Umgang der Herkunftsfamilie mit Sexualität. Hier beschrieben Frauen mit geringerem Therapieerfolg häufiger, dass der Vater zum Thema Sexualität geschwiegen habe (signifikant bei Unterscheidung nach dem 1. EK), widersprüchlich dazu zeigt sich tendenziell, dass Frauen mit hohem Therapieerfolg ihre Väter oft als ängstlich bezüglich Sexualität einschätzten (likelihood ratio – *l.r.* – erreicht Signifikanz bei beiden Erfolgskriterien).

Die Unterscheidung der Untersuchungsteilnehmerinnen mit hohem vs. niedrigerem Therapieerfolg ergab hinsichtlich zusätzlicher Traumatisierungen in Kindheit und Erwachsenenalter (Prügelstrafe, Verkehrsunfälle, Erleben von Gewalt etc.) bei Unterscheidung nach dem ersten Kriterium keine signifikanten Unterschiede. Bei der Unterscheidung nach dem zweiten Kriterium gaben Frauen mit hohem Therapieerfolg häufiger an, eine Tot- oder Fehlgeburt oder eine Abtreibung erlebt zu haben (signifikant auf 5%-Niveau). Ansonsten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Vorhandenseins weiterer traumatischer Erfahrungen oder hinsichtlich der Summe zusätzlich erlittener Traumatisierungen.

Tabelle 9.4. Unterschiede in der Traumageschichte zw. Frauen mit hohem vs. niedrigem Therapieerfolg

| Merkmal | häufiger bei | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|--|-----------------|---------------------|-----------|------------------------------|---------------------|-----------|------------------------------|
| | | χ^2 | <i>df</i> | <i>p</i> | χ^2 | <i>df</i> | <i>p</i> |
| Selbstbefriedigung vor einer anderen Person: kam mehr als einmal vor | hohem Erfolg | 8.303 | 2 | .015* | 8.136 | 2 | .017* |
| Selbstbefriedigung vor einer anderen Person: Würde vor mir gemacht | hohem Erfolg | 4.734 | 1 | .029* | 5.130 | 1 | .023* |
| Konnte Übergriffe vor dem 14. Lebensjahr beenden | hohem Erfolg | 3.619 | 2 | .163 | 5.317 | 2 | .070 <i>l.r.</i> .041* |
| Konnte Übergriffe nach dem 14. Lebensjahr beenden | hohem Erfolg | 5.164 | 2 | .075 <i>l.r.</i> .035* | 2.424 | 2 | .297 |
| Vater hatte Angst vor Sexualität | hohem Erfolg | 3.818 | 1 | .050 <i>l.r.</i> .025* | 3.818 | 1 | .050 <i>l.r.</i> .025* |
| Vater schwieg zum Thema Sexualität | geringem Erfolg | 4.407 | 1 | .035* | 1.036 | 1 | .308 |

9.2.3 Unterschiede in der Psychotherapiegeschichte

Frauen mit hohem Therapieerfolg waren deutlich länger in psychotherapeutischer Behandlung gewesen (hochsignifikant bei Unterscheidung nach dem 1. EK), dabei unterschieden sich die Vergleichsgruppen nicht hinsichtlich der seit der letzten Psychotherapie verstrichenen Zeit.

Insgesamt waren Frauen mit höherem Therapieerfolg auch zufriedener mit ihrer Psychotherapie (signifikant bei Unterscheidung nach dem 1. EK, entsprechende Tendenz nach dem 2. Kriterium), sie gaben seltener an, durch Verhaltensweisen des Therapeuten belastet worden zu sein und hatten die Therapie häufiger im gegenseitigen Einvernehmen beendet als Frauen mit geringem Therapieerfolg (jeweils signifikant nach dem 1. EK). Frauen mit hohem Therapieerfolg waren außerdem häufiger bei einer weiblichen Therapeutin in Behandlung gewesen (signifikant nach dem 1. EK). Außerdem gaben sie häufiger an, dass sie in der Therapie über den sexuellen Missbrauch sprechen konnten (signifikant nach dem 2. EK).

Überraschenderweise gaben Frauen mit hohem Therapieerfolg zu Therapiebeginn eine höhere Anzahl von Symptomen an, derentwegen sie Behandlung suchten (signifikant nach dem 1. EK), dennoch waren Frauen mit geringerem Therapieerfolg häufiger mit Psychopharmaka behandelt worden (signifikant nach beiden Kriterien). Das hängt vermutlich damit zusammen, dass Frauen mit geringerem Therapieerfolg häufiger angaben, in stationärer psychiatrischer/psychosomatischer Behandlung gewesen zu sein (signifikant nach dem 1. EK), zum Untersuchungszeitpunkt selbst befanden sich Frauen mit geringem Psychotherapieerfolg häufiger im stationären Aufenthalt einer psychosomatischen Klinik (signifikant nach 1. und 2. EK). Dabei gaben allerdings Frauen mit höherem Therapieerfolg häufiger an, während des Klinikaufenthaltes über die sexualisierte Gewalterfahrung der Kindheit gesprochen zu haben als Frauen mit niedrigerem Therapieerfolg (signifikant nach dem 1. EK). Frauen mit geringerem Therapieerfolg gaben häufiger an, erneut psychotherapeutische Behandlung zu benötigen (signifikant nach dem 1. EK).

Tabelle 9.5. Unterschiede in der Behandlung zwischen Frauen mit hohem vs. niedrigem Therapieerfolg (*U*-Tests)

| Merkmal | PT-Erfolg | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|---|-----------|---------------------|------|---------------|---------------------|------|----------|
| | | <i>MeanRank</i> | U,W | <i>p</i> | <i>MeanRank</i> | U,W | <i>p</i> |
| Häufigkeitszunahme von Krankheiten u. Arbeitsunfällen | hoch | 8.39 | 30.5 | .914 | 8.17 | 28.0 | .824 |
| | gering | 8.64 | 60.5 | | 8.70 | 49.0 | |
| Psychotherapiedauer | hoch | 14.25 | 12.5 | .004* | 12.38 | 33.0 | .246 |
| | gering | 6.75 | 67.5 | | 9.25 | 99.0 | |
| Summe der Beschwerden, die zum Therapiebeginn führten | hoch | 12.45 | 0.5 | .000** | 10.50 | 24.0 | .247 |
| | gering | 4.07 | 28.5 | | 7.67 | 64.0 | |
| Belastung durch therapeutisches Verhalten | hoch | 7.95 | 24.5 | .047* | 11.81 | 37.5 | .404 |
| | gering | 10.05 | 79.5 | | 9.63 | 94.5 | |

Tabelle 9.6. Unterschiede in der Behandlung zwischen Frauen mit hohem vs. niedrigem Therapieerfolg (*t*-Tests)

| Merkmal | PT-Erfolg | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|--|-----------|---------------------|----------|--------------|---------------------|----------|----------|
| | | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
| Zufriedenheit mit der Therapie (niedrige Werte = hohe Zufriedenheit) | hoch | 1.60 | 3.53 | .003* | 1.71 | 1.63 | .123 |
| | gering | 2.87 | | | 2.45 | | |
| Seit der Therapie verstrichene Zeit (Monate) | hoch | 10.50 | 0.76 | .455 | 10.62 | 0.60 | .556 |
| | gering | 18.50 | | | 16.75 | | |

Tabelle 9.7. Unterschiede in der Behandlung zwischen Frauen mit hohem vs. niedrigem Therapieerfolg (χ^2 -Tests)

| Merkmal | häufiger bei | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|--|-----------------|---------------------|-----------|---------------|---------------------|-----------|---------------|
| | | χ^2 | <i>df</i> | <i>p</i> | χ^2 | <i>df</i> | <i>p</i> |
| Behandlung mit Psychopharmaka | geringem Erfolg | 8.10 | 2 | .017* | 7.08 | 2 | .028* |
| Therapeut war weiblich | hohem Erfolg | 6.34 | 1 | .011* | 0.09 | 1 | .763 |
| Einvernehmliches Therapieende | hohem Erfolg | 6.92 | 1 | .008** | 1.03 | 1 | .307 |
| Erneuter Behandlungsbedarf | geringem Erfolg | 5.49 | 1 | .019* | 1.31 | 1 | .250 |
| Konnte in der Therapie über traumat. Inhalte sprechen | hohem Erfolg | 3.09 | 1 | .079 | 3.86 | 1 | .049* |
| Aufenthalt in psychiatrischer oder psychosomat. Klinik | geringem Erfolg | 9.90 | 1 | .001** | 1.65 | 1 | .198 |
| Konnte in dieser Behandlung über sexuellen Missbrauch sprechen | hohem Erfolg | 9.00 | 2 | .011* | 4.38 | 2 | .112 |
| Zur Zeit des Interviews Klinik-aufenthalt | geringem Erfolg | 5.54 | 1 | .019* | 7.17 | 1 | .007** |

Befragt nach der letzten abgeschlossenen Psychotherapie gaben 17 Frauen an, dass sie in der Therapie über die sexualisierten Übergriffe sprechen konnten, 5 Frauen gaben an, dass sie in der Therapie nicht darüber sprechen konnten. Die Tatsache, dass in der beschriebenen Therapie über die sexualisierte Gewalt gesprochen werden konnte (m25 im KTI: „Konnten Sie in der Therapie über Ihre traumatischen Erlebnisse sprechen?“) war insgesamt mit höherem Therapieerfolg verknüpft. Im einzelnen wurde geprüft, mit welchen Symptom- und Fähigkeitsbereichen dieses Darüber-Sprechen in Zusammenhang stand. Dabei zeigte sich, dass Frauen, die angaben, dass sie in der Therapie nicht über die sexualisierte Gewalt sprechen konnten, zu allen Zeitpunkten, also schon vor Beginn der Psychotherapie, stärkere psychosomatische Symptome angaben als die Vergleichsgruppe. Außerdem gaben sie zum Untersuchungszeitpunkt eine signifikant höhere Suizidneigung an als Frauen, die in der Therapie über die sexualisierte Gewalt hatten sprechen können. Alle anderen Symptom- und Fähigkeitsskalen ergaben bezüglich des Darüber-Sprechens keine Unterschiede.

Tabelle 9.8. Unterschiede zwischen Frauen, die in der Therapie über die sexualisierte Gewalt sprechen konnten (m25) und anderen.

| Kriterium | Zeitpunkt | m25 | M | t | p |
|---------------|-----------|------|-------|------|--------------|
| Somatisierung | t_1 | ja | 18.80 | 2.24 | .043* |
| | | nein | 26.42 | | |
| Somatisierung | t_3 | ja | 15.63 | 2.89 | .013* |
| | | nein | 24.00 | | |
| Suizidneigung | t_1 | ja | 12.00 | 0.97 | .349 |
| | | nein | 14.40 | | |
| Suizidneigung | t_3 | ja | 7.54 | 2.51 | .025* |
| | | nein | 13.20 | | |

9.2.4 Unterschiede in Fähigkeits- und Symptombereichen

Unterschiede im Kölner Trauma Inventar (KTI)

Frauen mit geringerem Therapieerfolg zeigten eine stärkere Veränderung der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins (signifikant bei Unterscheidung nach dem 1. EK), d.h. sie neigten stärker dazu, sich an Ereignisse nur undeutlich zu erinnern oder mit dissoziativen Mechanismen zu reagieren. Dabei war besonders die Neigung zu Dissoziation und Depersonalisation (als Unterskala des Bereiches Aufmerksamkeit und Bewusstsein) bei Frauen mit geringerem Therapieerfolg deutlich erhöht (signifikant nach 1. EK). Insgesamt zeigten Frauen mit geringerem Therapieerfolg eine höhere Symptomatik im Bereich der unspezifischen Stress-Störungen (disorders of extreme stress not otherwise specified, DESNOS), der Unterschied erreichte beim Gruppenvergleich nach dem 1. Erfolgskriterium Signifikanz. Widersprüchlich dazu zeigte sich eine nicht-signifikante Tendenz zu höheren Intrusionswerten bei Frauen mit hohem Therapieerfolg (nach dem 2. EK).

Tabelle 9.9. Vergleich von Symptomwerten im KTI zwischen Erfolgsgruppen

| Kriterium | Therapieerfolg | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|-----------------------------------|----------------|---------------------|------|--------------|---------------------|------|------|
| | | M | t | p | M | t | p |
| DESNOS (Summenscore) | hoch | 45.00 | 2.28 | .039* | 48.57 | 0.35 | .734 |
| | gering | 55.57 | | | | | |
| Affektregulation, Impulssteuerung | hoch | 19.40 | 1.15 | .267 | 20.71 | 0.48 | .641 |
| | gering | 21.25 | | | | | |

(Fortsetzung von Tabelle 9.9)

| Kriterium | Therapieerfolg | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|--|----------------|---------------------|-------------|--------------|---------------------|-------------|----------|
| | | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
| Schwierigkeiten der Modu- lierung sexueller Impulse | hoch | 8.70 | 1.18 | .257 | 9.00 | 0.34 | .735 |
| | gering | 9.87 | | | 9.36 | | |
| Veränderung v. Aufmerk- samkeit u. Bewusstsein | hoch | 10.30 | 2.58 | .020* | 11.28 | 0.52 | .610 |
| | gering | 13.62 | | | 12.09 | | |
| Depersonalisation, Dissoziation | hoch | 7.90 | 2.50 | .024* | 8.85 | 0.26 | .798 |
| | gering | 10.50 | | | 9.18 | | |
| Veränderung der Selbst- wahrnehmung | hoch | 8.00 | 1.15 | .267 | 8.57 | 0.16 | .871 |
| | gering | 9.62 | | | 8.81 | | |
| Veränderung der Täter- Wahrnehmung | hoch | 1.90 | 0.43 | .675 | 1.85 | 0.43 | .669 |
| | gering | 2.12 | | | 2.09 | | |
| Beziehung zu anderen | hoch | 3.60 | 0.58 | .570 | 3.57 | 0.34 | .742 |
| | gering | 3.25 | | | 3.36 | | |
| Substanzenabusus | hoch | 4.80 | 0.93 | .364 | 4.87 | 0.61 | .551 |
| | gering | 5.66 | | | 5.45 | | |
| IES-K Summenscore | hoch | 28.10 | 0.50 | .621 | 29.85 | 1.31 | .209 |
| | gering | 26.42 | | | 25.70 | | |
| IES-K Vermeidung | hoch | 13.60 | 0.09 | .932 | 14.00 | 0.41 | .690 |
| | gering | 13.42 | | | 13.20 | | |
| IES-K Intrusion | hoch | 14.50 | 0.79 | .442 | 15.85 | 1.94 | .072 |
| | gering | 13.00 | | | 12.50 | | |
| PTSS-10 Summenscore | hoch | 38.10 | 1.66 | .116 | 42.42 | 0.32 | .751 |
| | gering | 45.62 | | | 40.81 | | |
| WAS: Benevolence of the world | hoch | 26.50 | 1.23 | .238 | 22.42 | 0.89 | .388 |
| | gering | 22.00 | | | 25.81 | | |
| WAS: Meaningfulness of the world | hoch | 40.50 | 0.04 | .966 | 40.57 | 0.00 | .996 |
| | gering | 40.68 | | | 40.59 | | |
| WAS: Self worth | hoch | 39.20 | 1.18 | .257 | 36.57 | 0.14 | .887 |
| | gering | 32.00 | | | 35.63 | | |
| | | <i>Mean</i> | <i>U, W</i> | <i>p</i> | <i>Mean</i> | <i>U, W</i> | <i>p</i> |
| | | <i>Rank</i> | | | <i>Rank</i> | | |
| Grundüberzeugungen (DESNOS) | hoch | 7.90 | 24.00 | .142 | 9.21 | 36.50 | .851 |
| | gering | 11.50 | 92.00 | | 9.68 | 64.50 | |

Einzelitemanalysen zum KTI

Frauen mit geringem Therapieerfolg litten häufiger unter Stimmungsschwankungen und fühlten sich innerlich häufiger weit von anderen entfernt oder ganz anders als Frauen mit hohem Therapieerfolg. Frauen mit geringem Therapieerfolg konnten der Aussage, es gebe mehr Gutes als Böses auf der Welt, in nur geringerem Ausmaß zustimmen als die Vergleichsgruppe, sie gaben außerdem häufiger an, Sexualität aktiv zu vermeiden und berichteten über eine geringere Anzahl von Sexualpartnern seit dem 14. Lebensjahr (signifikant jeweils bei Unterscheidung nach dem 1. EK). Außerdem bezeichneten sich Frauen mit niedrigerem Therapieerfolg tendentiell stärker als depressiv, bedrückt und schreckhaft (unterschieden nach dem 1. EK, nicht signifikant). Dagegen gaben Frauen mit ho-

hem Therapieerfolg häufiger an, am Vorhandensein intrusiver Bilder gelitten zu haben (signifikant in der Unterscheidung nach dem 2. EK). Sie konnten außerdem der Feststellung, sich gewöhnlich so zu verhalten, dass gute Ergebnisse erzielt werden, nur in geringerem Umfang zustimmen als Frauen mit niedrigerem Therapieerfolg (signifikant in der Unterscheidung nach dem 1. EK).

Tabelle 9.10. Vergleich von Einzelitems des KTI

| Kriterium | Therapieerfolg | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|---|----------------|---------------------|-------------|--------------|---------------------|-------------|--------------|
| | | <i>MeanRank</i> | <i>U, W</i> | <i>p</i> | <i>MeanRank</i> | <i>U, W</i> | <i>p</i> |
| Depressionen, bedrückt sein | hoch | 4.10 | 16.0 | .056 | 7.79 | 26.5 | .393 |
| | gering | 11.71 | 82.0 | | 9.85 | 54.5 | |
| Schreckhaftigkeit | hoch | 7.60 | 21.0 | .087 | 9.42 | 38.0 | .963 |
| | gering | 11.88 | 82.0 | | 9.55 | 66.0 | |
| Stimmungsschwankungen | hoch | 6.85 | 13.5 | .016* | 7.86 | 27.0 | .288 |
| | gering | 12.81 | 102.5 | | 10.55 | 55.0 | |
| Vorhandensein intrusiver Bilder | hoch | 10.10 | 34.0 | .552 | 12.57 | 17.0 | .030* |
| | gering | 8.75 | 70.0 | | 7.55 | 88.0 | |
| Innerlich weit entfernt, anders als andere | hoch | 7.35 | 18.5 | .044* | 7.21 | 22.5 | .126 |
| | gering | 12.19 | 97.5 | | 10.95 | 50.5 | |
| Es gibt mehr Gutes als Böses auf der Welt | hoch | 12.10 | 14.0 | .015* | 8.57 | 32.0 | .538 |
| | gering | 6.25 | 50.0 | | 10.09 | 60.0 | |
| Verhalte mich so, dass ich gute Ergebnisse erziele | hoch | 7.35 | 18.5 | .045* | 8.57 | 32.0 | .538 |
| | gering | 12.19 | 97.5 | | 10.09 | 60.0 | |
| Vermeiden von Sexualität | hoch | 6.89 | 17.0 | .048* | 6.86 | 20.0 | .114 |
| | gering | 11.38 | 91.0 | | 10.50 | 48.0 | |
| Anzahl der Sexualpartner vom 14.Lj bis heute | hoch | 12.25 | 18.0 | .043* | 9.21 | 36.5 | .851 |
| | gering | 7.30 | 98.0 | | 9.68 | 64.5 | |

9.2.5 Unterschiede im Freiburger Katamnesebogen (FKB)

Beim Vergleich der Ergebnisse des FKB wurden einerseits Merkmalsausprägungen zu verschiedenen (künstlichen) Zeitpunkten (absolute Werte), andererseits auch die Veränderungsraten der Merkmalsausprägungen (relative Werte) berücksichtigt.

Vergleich der Merkmalsausprägungen zu verschiedenen Zeitpunkten

Zum Zeitpunkt „vor der Therapie“ gaben Frauen mit höherem Therapieerfolg signifikant höhere Intrusionswerte im IES-K an (der Unterschied ergibt sich bei Analyse nach dem 2. EK, welches als Differenz der Summenwerte des IES-K zwischen t_1 und t_2 gebildet wurde, die Aussagekraft des Ergebnisses ist daher stark eingeschränkt).

Desweiteren beschrieben sich Frauen zu Therapiebeginn mit höherem Therapieerfolg mit höheren Ausprägungen von sprachlichen und sozialen Kompetenzen (Cicero), einer erhöhten Selbstreflexionsfähigkeit (Freud) und einer angemesseneren Realitätswahrnehmung (Marx). Die genannten Unterschiede werden bei Gruppenvergleichen nach dem 1. EK signifikant. Darüberhinaus gaben Frauen mit geringerem Therapieerfolg in der Einschätzung des Befindens vor Therapiebeginn eine tendentiell erhöhte Borderline-Symptomatik an (unterschieden nach dem 1. EK).

In der Einschätzung des Zeitpunktes „am Therapieende“ lassen sich bei Frauen mit hohem Therapieerfolg wiederholt höhere Werte in der Selbstreflexionsfähigkeit und in der Angemessenheit der Realitätswahrnehmung (signifikant bei Unterscheidung nach dem 1. EK) beobachten. Sie gaben ein

befriedigenderes sexuelles Erleben an als die Vergleichsgruppe (signifikant bei Unterscheidung nach dem 2. EK), beschrieben sich selbst mit größerem Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl und gaben eine geringere Suizidneigung an als Frauen mit niedrigem Therapieerfolg (jeweils signifikant bei Unterscheidung nach dem 1. EK). Außerdem zeigte sich tendentiell (bei Unterscheidung nach dem 2. EK), dass Frauen mit günstigerem Therapieausgang ein befriedigenderes Freizeitverhalten beschrieben als Frauen mit niedrigerem Therapieerfolg.

In der Selbstbeschreibung zum Untersuchungszeitpunkt sind die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen am deutlichsten ausgeprägt. Wie schon in der Einschätzung der vergangenen beiden Zeitpunkte beschrieben sich auch hier Frauen mit hohem Therapieerfolg als selbstreflexiver und adäquater bezüglich der Wahrnehmung der Realität (jeweils signifikant bei Unterscheidung nach dem 1. EK), außerdem stellten sie für sich selbst adäquatere Strategien im Umgang mit unbewussten Konflikten dar und schilderten sich als stärker introspektiv und zur Übernahme von Eigenverantwortung bereit (jeweils signifikant in Unterscheidung nach dem 1. EK). Desweiteren waren Symptome des psychotischen Grenzbereiches bei Frauen mit hohem Therapieerfolg zum Untersuchungszeitpunkt deutlich geringer ausgeprägt, es bestanden hochsignifikante Unterschiede bezüglich der Derealisationsneigung und signifikante Unterschiede in der Borderline-Symptomatik und in der Suizidneigung (jeweils bei Unterscheidung nach dem 1. EK).

Tabelle 9.11. Signifikante Unterschiede im FKB (nach Therapieerfolg)

| Kriterium | Therapieerfolg | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|--|----------------|---------------------|----------|---------------|---------------------|----------|---------------|
| | | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
| Symptomatik zu t₁ (Beginn der Psychotherapie – retrospektiv) | | | | | | | |
| IES-K Vermeidung | hoch | 15.40 | 1.22 | .243 | 15.62 | 1.17 | .259 |
| | gering | 13.00 | | | 13.33 | | |
| IES-K Intrusion | hoch | 14.80 | 1.58 | .136 | 16.25 | 3.62 | .003** |
| | gering | 11.83 | | | 11.12 | | |
| Sprachliche und soziale Kompetenz (Cicero) | hoch | 23.44 | 2.74 | .014* | 20.00 | 1.65 | .117 |
| | gering | 19.70 | | | 22.54 | | |
| Selbstreflexion (Freud) | hoch | 21.70 | 2.86 | .014* | 18.57 | 0.34 | .714 |
| | gering | 14.20 | | | 19.75 | | |
| Realitätswahrnehmung (Marx) | hoch | 13.75 | 2.14 | .049* | 12.00 | 0.54 | .594 |
| | gering | 11.30 | | | 12.70 | | |
| Borderline-Symptomatik | hoch | 13.30 | 2.08 | .053 | 16.50 | 1.21 | .243 |
| | gering | 17.11 | | | 14.09 | | |
| Symptomatik zu t₂ (Ende der Psychotherapie – retrospektiv) | | | | | | | |
| IES-K Vermeidung | hoch | 9.70 | 0.72 | .481 | 9.50 | 0.88 | .399 |
| | gering | 10.87 | | | 10.80 | | |
| IES-K Intrusion | hoch | 12.60 | 1.44 | .172 | 12.50 | 0.94 | .365 |
| | gering | 10.50 | | | 11.12 | | |
| Selbstreflexion (Freud) | hoch | 26.80 | 3.87 | .002** | 23.42 | 0.17 | .868 |
| | gering | 15.60 | | | 22.75 | | |
| Realitätswahrnehmung (Marx) | hoch | 12.50 | 2.24 | .042* | 11.14 | 0.31 | .759 |
| | gering | 10.60 | | | 11.44 | | |
| Freizeit | hoch | 15.90 | 1.23 | .239 | 16.71 | 1.77 | .097 |
| | gering | 13.85 | | | 13.90 | | |

(Fortsetzung von Tabelle 9.11)

| Kriterium | Therapieerfolg | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|---|----------------|---------------------|-------------|---------------|---------------------|-------------|--------------|
| | | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
| Sexualität | hoch | 16.50 | 0.39 | .705 | 18.50 | 2.45 | .034* |
| | gering | 15.75 | | | 14.75 | | |
| Suizidneigung | hoch | 8.80 | 2.13 | .048* | 9.25 | 1.23 | .237 |
| | gering | 12.88 | | | 11.81 | | |
| Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl | hoch | 33.66 | 2.20 | .045* | 31.77 | 1.25 | .233 |
| | gering | 28.40 | | | 28.57 | | |
| Symptomatik zu t_3 (Untersuchungszeitpunkt) | | | | | | | |
| Selbstreflexion (Freud) | hoch | 27.77 | 5.75 | .000** | 24.50 | 0.43 | .678 |
| | gering | 16.00 | | | 22.87 | | |
| Strategien mit unbew. Konflikten (Machiavelli) | hoch | 26.14 | 2.30 | .037* | 25.66 | 2.11 | .053 |
| | gering | 23.00 | | | 22.71 | | |
| Realitätswahrnehmung (Marx) | hoch | 12.12 | 2.61 | .019* | 10.87 | 0.02 | .981 |
| | gering | 9.90 | | | 10.90 | | |
| Introspektion, Übernahme von Eigenverantwortung | hoch | 27.87 | 2.54 | .022* | 24.50 | 0.42 | .677 |
| | gering | 22.80 | | | 25.50 | | |
| Derealisation | hoch | 7.40 | 3.10 | .007** | 9.50 | 0.54 | .600 |
| | gering | 13.87 | | | 10.90 | | |
| Suizidneigung | hoch | 7.50 | 2.49 | .023* | 8.37 | 1.07 | .300 |
| | gering | 12.11 | | | 5.12 | | |
| Borderline-Symptomatik | hoch | 9.40 | 2.47 | .024* | 12.37 | 0.21 | .837 |
| | gering | 15.00 | | | 11.81 | | |
| Psychotischer Grenzbe- reich (Summe d. Skalen) | hoch | 32.60 | 2.42 | .029* | 39.25 | 0.24 | .813 |
| | gering | 51.57 | | | 41.44 | | |
| | | <i>Mean</i> | <i>U, W</i> | <i>p</i> | <i>Mean</i> | <i>U, W</i> | <i>p</i> |
| | | <i>Rank</i> | | | <i>Rank</i> | | |
| Psychose | hoch | 8.95 | 34.5 | .339 | 10.56 | 39.5 | .678 |
| | gering | 11.17 | 100.5 | | 10.59 | 84.5 | |

N liegt je zw. 16 und 20 (entsprechend deskriptiver Angaben zu einzelnen Skalen).

Vergleich der Veränderungsraten der Merkmalsausprägungen

Die Veränderungsraten der Merkmalsausprägungen (relative Werte) berücksichtigen, inwieweit Symptom- und Fähigkeitsangaben sich zwischen verschiedenen (künstlichen) Zeitpunkten verändern. Wie bereits bei der deskriptiven Darstellung der Fähigkeits- und Symptomwerte erläutert, unterscheiden sich die retrospektiven Einschätzungen für die Zeitpunkte „am Therapieende“ und „heute“ nur geringfügig. Veränderungswerte werden daher nur für den Zeitraum vor Therapiebeginn bis zum Untersuchungszeitpunkt berechnet und die scheinbar ungenauere retrospektive Selbsteinschätzung „zum Therapieende“ in die Analysen nicht miteinbezogen. Veränderungsraten wurden jeweils berechnet als Differenzwerte $t_3 - t_1$, d.h. Scores zum Untersuchungszeitpunkt wurden von den Scores vor Therapiebeginn subtrahiert. Für die Interpretation der Veränderungsraten gilt:

- Bei Fähigkeits-Skalen: positive Veränderungswerte bezeichnen eine Verbesserung der Fähigkeit im untersuchten Zeitraum (gilt für die Bereiche: Selbstannahme, Selbstbewusstsein und

Selbstwertgefühl, Introspektion und Übernahme von Eigenverantwortung, Zwischenmenschlicher Bereich, Mehrgenerationenaspekt, Arbeit, Sexualität, Freizeit; Wahrnehmung der Manifestation des Unbewussten, Umgang mit Inhalten des Über-Ich, Strategien im Umgang mit unbewussten Konflikten, sprachliche und sozialpsychologische Kompetenz, Realitätswahrnehmung, Selbstreflexion).

- Bei Symptom-Skalen: negative Veränderungswerte bezeichnen eine Verbesserung der Symptomatik im untersuchten Zeitraum (gilt für die Bereiche: Somatisierungsneigung, psychotischer Grenzbereich, Suizidneigung, Psychose, Depersonalisation, Derealisation, Borderline-Symptomatik).

Frauen mit hohem Therapieerfolg zeigten eine deutlichere Verringerung ihrer Suizidneigung als Frauen mit geringem Therapieerfolg (signifikant in Unterscheidung der Gruppen nach dem 1. und 2. EK). Bei Frauen mit hohem Therapieerfolg hatte sich die Fähigkeit zu Selbstreflexion und die Bereitschaft, für kommende Generationen Verantwortung zu übernehmen (Mehrgenerationenaspekt) deutlicher verbessert als bei der Vergleichsgruppe (signifikant in der Unterscheidung der Gruppen nach dem 1. EK). Die Veränderungsrate der Zufriedenheit mit der eigenen Sexualität war bei Frauen mit hohem Therapieerfolg im Vergleich zu Frauen mit niedrigem Therapieerfolg sogar hochsignifikant verbessert (bei Unterscheidung nach dem 1. EK). Außerdem hatte sich bei Frauen mit hohem Therapieerfolg auch die erlebte Handlungsfähigkeit und Zufriedenheit mit der Arbeit stärker verbessert als bei der Vergleichsgruppe (signifikant bei Unterscheidung nach dem 2. EK). Tendentielle Unterschiede ergaben sich bezüglich der Strategien im Umgang mit unbewussten Konflikten, in der Neigung zu Depersonalisation und Derealisation, in diesen Bereichen zeigten Frauen mit günstigerem Therapieausgang größere Verbesserungen im untersuchten Zeitraum (bei Unterscheidung nach dem 2. EK).

Tabelle 9.12. Unterschiede zw. Erfolgsgruppen bezüglich der Veränderungsrate der Merkmalsausprägungen

| Kriterium | Veränderung | PTErfolg | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|--|--------------------|----------|---------------------|----------|--------------|---------------------|----------|----------|
| | | | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
| IES-K Vermeidung | zw. t_1 u. t_2 | hoch | -5.70 | 2.86 | .013* | - | - | - |
| | | gering | -2.00 | | | | | |
| IES-K Intrusion | zw. t_1 u. t_2 | hoch | -2.20 | 0.00 | 1.00 | - | - | - |
| | | gering | -2.20 | | | | | |
| Manifestation des Unbewussten | zw. t_1 u. t_3 | hoch | 2.40 | 0.84 | .413 | 3.00 | 1.00 | .334 |
| | | gering | 0.16 | | | 0.44 | | |
| Inhalte des Über-Ich | zw. t_1 u. t_3 | hoch | 1.80 | 0.05 | .063 | 2.71 | 0.90 | .382 |
| | | gering | 1.71 | | | 1.10 | | |
| Strategien mit unbew. Konflikten | zw. t_1 u. t_3 | hoch | 2.44 | 1.58 | .136 | 3.00 | 1.82 | .091 |
| | | gering | -0.42 | | | -0.22 | | |
| Sprachliche u. soziale Kompetenz | zw. t_1 u. t_3 | hoch | 0.70 | 0.40 | .692 | 0.75 | 0.39 | .705 |
| | | gering | 0.12 | | | 0.20 | | |
| Realitätswahrnehmung | zw. t_1 u. t_3 | hoch | 1.62 | 0.24 | .816 | 1.80 | 0.72 | .482 |
| | | gering | 1.40 | | | 1.12 | | |
| Selbstreflexion | zw. t_1 u. t_3 | hoch | 6.22 | 2.27 | .042* | 6.66 | 1.76 | .103 |
| | | gering | 1.80 | | | 3.12 | | |
| Selbstannahme | zw. t_1 u. t_3 | hoch | 8.80 | 0.91 | .380 | 8.83 | 0.50 | .624 |
| | | gering | 5.25 | | | 7.00 | | |
| Persönlichkeits- und Fähigkeitsbereich | zw. t_1 u. t_3 | hoch | 4.22 | 0.39 | .569 | 2.66 | 0.25 | .809 |
| | | gering | 1.80 | | | 3.87 | | |

(Fortsetzung von Tabelle 9.12)

| Kriterium | Veränderung | PTerfolg | 1. Erfolgskriterium | | | 2. Erfolgskriterium | | |
|------------------------------|--|----------------|---------------------|----------|---------------|---------------------|----------|--------------|
| | | | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>M</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
| Zwischenmenschlicher Bereich | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | 3.11 -1.25 | 1.72 | .113 | 1.87 1.60 | 0.10 | .921 |
| Mehrgenerationenaspekt | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | 2.77 -1.00 | 2.74 | .018* | 2.28 0.57 | 1.06 | .309 |
| Somatisierungsneigung | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | -2.22 1.00 | 0.94 | .361 | -0.66 -0.90 | 0.06 | .949 |
| Arbeit | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | 2.44 2.00 | 0.43 | .679 | 3.12 1.28 | 2.41 | .032* |
| Sexualität | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | 2.50 -0.25 | 5.23 | .000** | 2.00 1.37 | 0.57 | .580 |
| Freizeit | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | 1.22 -0.60 | 1.27 | .221 | 0.81 -0.50 | 0.89 | .387 |
| Psychotischer Grenzbereich | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | -16.40 -6.28 | 1.46 | .164 | -17.87 -7.22 | 1.58 | .135 |
| Suizidneigung | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | -4.70 -1.33 | 2.15 | .049* | -5.12 -1.63 | 2.15 | .046* |
| Psychose | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | -1.20 -0.55 | 0.64 | .531 | -1.00 -0.81 | 0.18 | .862 |
| Depersonalisation | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | -2.70 -0.75 | 1.40 | .180 | -3.25 -0.70 | 1.92 | .073 |
| Derealisation | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | -3.90 -0.25 | 1.68 | .112 | -4.37 -0.60 | 1.75 | .099 |
| Borderline-Symptomatik | zw. <i>t</i> ₁ u. <i>t</i> ₃ | hoch gering | -3.90 -2.11 | 1.15 | .267 | -4.41 -2.27 | 1.18 | .255 |

Einzelitemanalysen zum FKB

Hier werden zum Zwecke der Anschaulichkeit nur jene Items aufgelistet, bei denen sich signifikante Unterschiede für Frauen mit hohem vs. niedrigerem Therapieerfolg beobachten ließen. Die Unterscheidung wurde nach dem 1. EK getroffen, da dieses stärker differenzierte als das zweite Kriterium es tat. Auf die Darstellung der einzelnen Testergebnisse wird dabei zur besseren Lesbarkeit verzichtet. Dieser Verzicht ist desweiteren dadurch begründet, dass Einzelitemunterschiede im FKB aufgrund ihrer geringen Aussagekraft (verstärkt durch ein bisheriges Fehlen von Überprüfungen zur Güte des Instruments) in der Interpretation der Daten nicht berücksichtigt werden. Die Testung des Unterschiedes erfolgte je nach Verteilung der Werte mit *t*- oder *U*-Tests.

Für folgende Items zu Symptomen und Fähigkeiten (FKB Teil III) ergaben sich in Bezug auf den Zustand vor Therapiebeginn für Frauen mit hohem Therapieerfolg (1. EK) signifikant höhere („Itemnummern“) bzw. niedrigere („Itemnummern“) absolute Zustimmungswerte für folgende Items:

Tabelle 9.13. Signifikante Einzelitem-Unterschiede im FKB

| Itemnr. | Item Text | Sig. |
|---|---|------|
| Zu t₁ – Beginn der Psychotherapie | | |
| 29 | Sexuell befriedigende Erlebnisse habe ich überwiegend in kurzfristigen Beziehungen. | 5% |
| 38 | Menschen gegenüber, die Zuversicht und Stärke ausstrahlen, fühle ich mich minderwertig und klein. | 5% |
| 42 | Es ist schon vorgekommen, dass ich mich absichtlich verletzt habe. | 5% |
| 45 | Ich habe immer wieder sexuellen Kontakt mit Menschen, die mir gleichgültig sind. | 5% |
| 46 | Ich fühle mich meinen Stimmungen ausgeliefert. | 5% |
| 49 | Wenn ich unter großer Spannung stehe, werde ich krank. | 5% |
| 62 | Ich gehe abends gern aus dem Haus. | 5% |
| 65 | Immer wieder finde ich Hinweise dafür, dass ich Dinge getan habe, an die ich mich nicht erinnern kann. | 5% |
| 66 | Mein sexuelles Verlangen schwindet, wenn meine Beziehung länger andauert. | 5% |
| 79 | Ich freue mich, wenn Kinder sich selbständig und selbstbewusst entwickeln. | 5% |
| 83 | Streit mit meinem Partner halte ich kaum aus. | 5% |
| 86 | Es ist mir wichtig, für andere verlässlich zu sein. | 1% |
| 88 | Wenn ich mich schuldig fühle, versuche ich zu verstehen, was ich dem anderen angetan habe und möchte es wieder gutmachen. | 1% |
| 89 | Ich kann dem, was ich von mir verlange, einigermaßen gerecht werden. | 1% |
| Zu t₂ – Therapieende | | |
| 1 | Ich fühle mich im allgemeinen ausgeglichen und wohl. | 5% |
| 16 | Ich fühle mich häufig auch dann einsam, wenn ich mit anderen Menschen zusammen bin. | 5% |
| 18 | Manchmal finde ich alles so aussichtslos, dass ich mich umbringen möchte. | 1% |
| 34 | Ich kann im allgemeinen über mich lachen. | 5% |
| 41 | Ich kann es ertragen, wenn mich jemand nicht mag. | 5% |
| 42 | Es ist schon vorgekommen, dass ich mich absichtlich verletzt habe. | 1% |
| 44 | Es fällt mir schwer, mich zu entspannen. | 5% |
| 46 | Ich fühle mich meinen Stimmungen ausgeliefert. | 5% |
| 62 | Ich gehe abends gern aus dem Haus. | 5% |
| 65 | Immer wieder finde ich Hinweise dafür, dass ich Dinge getan habe, an die ich mich nicht erinnern kann. | 1% |
| 66 | Mein sexuelles Verlangen schwindet, wenn meine Beziehung länger dauert. | 5% |
| 80 | Ich interessiere mich für soziale und politische Fragen. | 1% |
| 86 | Es ist mir wichtig, für andere verlässlich zu sein. | 5% |
| 88 | Wenn ich mich schuldig fühle, versuche ich zu verstehen, was ich dem anderen angetan habe und möchte es wieder gutmachen. | 1% |
| 89 | Ich kann dem, was ich von mir verlange, einigermaßen gerecht werden. | 5% |
| Zu t₃ – Untersuchungszeitpunkt | | |
| 7 | Ich finde Zugang zu meinen Träumen. | 5% |
| 9 | So manches Vorhaben ist gescheitert, weil ich plötzlich krank wurde und überhaupt nichts mehr machen konnte. | 1% |
| 16 | Ich fühle mich häufig auch dann einsam, wenn ich mit anderen Menschen zusammen bin. | 5% |

(Fortsetzung von Tabelle 9.13)

| Itemnr. | Item Text | Sig. |
|---------|---|------|
| 18 | Manchmal finde ich alles so aussichtslos, dass ich mich umbringen möchte. | 1% |
| 20 | Wenn ich nicht weiter weiß, flößt mir trotzdem irgend etwas Mut ein. | 1% |
| 30 | Es macht mir Spass, mit anderen an einer gemeinsamen Aufgabe zu arbeiten. | 5% |
| 34 | Ich kann im allgemeinen über mich lachen. | 5% |
| 35 | Im Umgang mit anderen fühle ich mich meist hilflos und kann mich nicht wehren. | 5% |
| 41 | Ich kann es ertragen, wenn mich jemand nicht mag. | 1% |
| 42 | Es ist schon vorgekommen, dass ich mich absichtlich verletzt habe. | 1% |
| 44 | Es fällt mir schwer, mich zu entspannen. | 1% |
| 46 | Ich fühle mich meinen Stimmungen ausgeliefert. | 1% |
| 48 | Ich gehe schwierigen Situationen gern aus dem Weg. | 5% |
| 53 | Ich fühle mich imstande, für Kinder die Verantwortung zu übernehmen und für sie zu sorgen. | 5% |
| 55 | Manchmal schäme ich mich meiner Gefühle. | 5% |
| 62 | Ich gehe abends gern aus dem Haus. | 5% |
| 66 | Mein sexuelles Verlangen schwindet, wenn meine Beziehung länger andauert. | 5% |
| 65 | Immer wieder finde ich Hinweise dafür, dass ich Dinge getan habe, an die ich mich nicht erinnern kann. | 1% |
| 80 | Ich interessiere mich für soziale und politische Fragen. | 1% |
| 88 | Wenn ich mich schuldig fühle, versuche ich zu verstehen, was ich dem anderen angetan habe und möchte es wieder gutmachen. | 1% |
| 89 | Ich kann dem, was ich von mir verlange, einigermaßen gerecht werden. | 1% |

Solche „Itemnummern“ zeigen signifikant höhere, solche „**Itemnummern**“ signifikant niedrigere Zustimmung bei Frauen mit hohem Therapieerfolg.
Sig.= Signifikanzniveau

Zufriedenheit mit Persönlichkeitsbereichen und Symptomen (FKB)

Aufgrund mangelnder Angaben zu Fragen der Zufriedenheit mit Symptomen und Fähigkeiten konnten hier keine Skalenwerte berechnet werden. Im Einzelitemvergleich war die Zufriedenheit betreffend folgender Fragen bei Frauen mit hohem Therapieerfolg (1. EK) signifikant höher („Itemnummer“) bzw. niedriger („**Itemnummer**“):

Tabelle 9.14. Zufriedenheitsunterschiede bei Einzelitems im FKB

| Itemnr. | Item Text | Sig. |
|---------|--|------|
| 1 | Ich fühle mich im allgemeinen ausgeglichen und wohl. | 5% |
| 20 | Wenn ich nicht weiter weiß, flößt mir trotzdem irgend etwas Mut ein. | 5% |
| 21 | Manchmal erscheint mir mein Körper plötzlich fremd und nicht dazugehörig. | 5% |
| 31 | Ich kenne das Gefühl, neben mir zu stehen und mich selbst zu beobachten, als sei ich jemand anderes. | 5% |
| 41 | Ich kann es ertragen, wenn mich jemand nicht mag. | 5% |
| 44 | Es fällt mir schwer, mich zu entspannen. | 5% |
| 46 | Ich fühle mich meinen Stimmungen ausgeliefert. | 5% |
| 47 | Vor meinen Problemen mache ich am liebsten die Augen zu. | 5% |
| 51 | Ich habe versucht, mich umzubringen. | 5% |
| 53 | Ich fühle mich imstande, für Kinder die Verantwortung zu übernehmen und für sie zu sorgen. | 1% |
| 55 | Manchmal schäme ich mich meiner Gefühle. | 5% |
| 56 | Ich kann mich oft an meine Träume erinnern. | 1% |

(Fortsetzung von Tabelle 9.14)

| Itemnr. | Item Text | Sig. |
|---------|--|------|
| 63 | Ich kenne das Gefühl, neben mir zu stehen und mich selbst zu beobachten, als sei ich jemand anderes. | 1% |
| 65 | Immer wieder finde ich Hinweise dafür, dass ich Dinge getan habe, an die ich mich nicht erinnern kann. | 1% |
| 77 | Ich kann mich meistens gut leiden. | 5% |
| 80 | Ich interessiere mich für soziale und politische Fragen. | 5% |
| 89 | Ich kann dem, was ich von mir verlange, einigermaßen gerecht werden. | 5% |

Solche „Itemnummern“ zeigen signifikant höhere, solche „**Itemnummern**“ signifikant niedrigere Zufriedenheit bei Frauen mit hohem Therapieerfolg.
Sig.= Signifikanzniveau

Für die einzelnen Items aus dem Teil III des FKB ergab sich nur ein signifikant höherer Zufriedenheitswert (5%-Niveau) für die Erfolgreicheren (2. EK) bei der Fragestellung 59 („Die täglichen Belastungen sind so groß, dass ich davon müde und erschöpft bin“).

Kapitel 10

Ergebnisse der Interviewanalysen

In diesem Abschnitt werden zunächst die Cross-Case-Matrixen vorgestellt, dann die Durchführung des Hypothesenexklusionismus beschrieben und seine Ergebnisse zusammengefasst. Anschließend werden die Ergebnisse, die sich aus den tabellarischen Analysen (Einzelfall- und Cross-Case-Matrixen) ergeben haben, als Kreisläufe des Verarbeitungsgeschehens dargestellt. Die Kreisläufe beschreiben sowohl allgemeine als auch spezifische Verarbeitungsprozesse bei Frauen mit hohem vs. niedrigem Therapieerfolg. Schließlich werden die kausalen Netzwerke als Beschreibungsmodelle für positive und negative Reaktionen (R/+ und R/-) und ihre Auswirkungen auf Wiederannäherung und Abwehr, auf Missbrauchserkenntnis und Therapieerfolg erläutert. Insgesamt betrachtet haben sich viele allgemeine Verarbeitungsprozesse unabhängig des beobachteten Therapieerfolgs der einzelnen Personen gezeigt. Daneben wurden aber auch typische Variablenkombinationen sichtbar, die als Indikatoren für hohen bzw. niedrigen Therapieerfolg gelten.

10.1 Ergebnisse der Cross-Case-Matrix

Hier wird aus Gründen der Komplexität und Großflächigkeit der originalen personenübergreifenden Tabelle nur eine vereinfachte Version der Cross-Case-Matrix dargestellt, in der nur einige zentrale Variablen Berücksichtigung finden (Gefühlsreaktionen und Ort ihres Stattfindens – Psychotherapie vs. Umwelt, Schutzmechanismen, Missbrauchserkenntnis). Weitere vereinfachte Auszüge aus der umfassenden Cross-Case-Matrix bzw. Ergänzungen werden bei der Prüfung spezifischer Erklärungshypothesen beschrieben.

Tabelle 10.1. Personenübergreifende Vergleichstabelle

| Person | Reaktion | PT | Umwelt | Schutzmechanismen | ME T | ME S | ME F | Erfolgskrit. erfüllt |
|-----------|----------|----|--------|-------------------|------|------|------|----------------------|
| Ulrike Y. | R/A | ++ | ++ | S/A- | + | ++ | + | 1. + 2. Krit. |
| | R/W | + | ++ | S/A- | | ++ | | |
| | R/+ | + | | | + | + | + | |
| | R/L | | + | RA, S/A, S/F | | | | |
| | R/- | | | | | | | |
| Sandra | R/A | ++ | ++ | S/A- | + | + | ++ | 1. + 2. Krit. |
| | R/W | + | ++ | S/A-, S/A, RA | | + | | |
| | R/+ | ++ | | R/A, S/A-? | + | + | + | |
| | R/L | + | ++ | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/- | | + | S/A, RA | | | | |

(Fortsetzung von Tabelle 10.1)

| Person | Reaktion | PT | Umwelt | Schutzmechanismen | ME T | ME S | ME F | Erfolgskrit. erfüllt |
|-----------|----------|----|--------|-------------------|------|------|------|----------------------|
| Ulrike D. | R/A | + | | S/A- | | | | 1. + 2. Krit. |
| | R/W | ++ | ++ | S/A-, RA | + | | + | |
| | R/+ | | | | | | | |
| | R/L | | ++ | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/- | | + | | | | | |
| Doris | R/A | + | + | S/A- | + | + | | 1. + 2. Krit. |
| | R/W | + | ++ | S/A- | | + | | |
| | R/+ | + | + | S/A-, RA | | + | + | |
| | R/L | + | ++ | S/A, RA | | | | |
| | R/- | | + | | | | | |
| Agnes A. | R/A | | ++ | S/A- | +? | + | + | 1. + 2. Krit. |
| | R/W | | ++ | S/A- | | + | | |
| | R/+ | + | + | RA | | | | |
| | R/L | ++ | | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/- | | | | | | | |
| Helene | R/A | ++ | ++ | S/A-, RA | + | + | | 1. Kriterium |
| | R/W | ++ | ++ | S/A- | | + | + | |
| | R/+ | + | + | S/A- | | | | |
| | R/L | | ++ | S/A, S/F | | | | |
| | R/- | | | S/A | | | | |
| Agnes B. | R/A | ++ | ++ | S/A- | | + | + | 1. Kriterium |
| | R/W | ++ | ++ | S/A-, RA | | | + | |
| | R/+ | + | + | S/A-, RA | + | | + | |
| | R/L | | ++ | RA | | | | |
| | R/- | | + | | | | | |
| Lisa | R/A | + | ++ | S/A-, RA | + | + | | 1. Kriterium |
| | R/W | + | ++ | S/A-, RA | + | | + | |
| | R/+ | + | ++ | RA | + | | | |
| | R/L | | + | S/A, S/F | | | | |
| | R/- | | | | | | | |
| Renate | R/A | ++ | | S/A-, RA | | +? | + | 1. Kriterium |
| | R/W | + | | RA | | | | |
| | R/+ | + | | RA | | | | |
| | R/L | | ++ | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/- | | | | | | | |
| Margit | R/A | + | + | S/A-, RA | + | + | + | 2. Kriterium |
| | R/W | + | + | S/A-, RA, S/A | + | + | + | |
| | R/+ | + | + | S/A- | + | | + | |
| | R/L | | ++ | R/A, S/F | | | | |
| | R/- | | | | | | | |
| Sigrid | R/A | + | + | S/A- | + | | + | 2. Kriterium |
| | R/W | + | + | S/A-, RA | + | | + | |
| | R/+ | + | + | RA | + | + | + | |
| | R/L | + | ++ | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/- | | + | RA | | | | |

(Fortsetzung von Tabelle 10.1)

| Person | Reaktion | PT | Umwelt | Schutzmechanismen | ME T | ME S | ME F | Erfolgskrit. erfüllt |
|----------|----------|----|--------|-------------------|------|------|------|----------------------------|
| Eva | R/A | + | + | S/A-, RA | + | + | + | keines |
| | R/W | + | ++ | S/A- | + | + | | |
| | R/+ | + | + | | | | | |
| | R/L | | ++ | S/A | | | | |
| | R/- | | + | S/A | | | | |
| Julia A. | R/A | + | | S/A-, S/A, S/F | | | | keines |
| | R/W | + | | S/A-, S/A, RA | | | | |
| | R/+ | + | | RA | | | | |
| | R/L | | ++ | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/- | | + | | | | | |
| Judith | R/A | + | | RA, S/A-, S/A | | + | | keines |
| | R/W | + | + | S/A, S/A-? | | | | |
| | R/+ | + | | R/A | | | | |
| | R/L | | ++ | S/A, S/F | | | | |
| | R/- | | | | | | | |
| Melanie | R/A | + | | S/A-, S/A | | | | keines |
| | R/W | + | | S/A-, S/A | | | | |
| | R/+ | + | | | | + | | |
| | R/L | + | ++ | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/- | | + | | | | | |
| Michaela | R/A | | + | S/A- | + | | + | keines |
| | R/W | + | | S/A- | | | | |
| | R+ | + | | RA | | | | |
| | R/L | ++ | ++ | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/- | | | | | | | |
| Anna | R/A | | + | S/A- | | | | keines |
| | R/W | + | + | S/A-, RA | | | | |
| | R/+ | + | | RA, S/A-? | | | | |
| | R/L | + | ++ | S/A | | | | |
| | R/- | | | | | | | |
| Maria | R/A | | + | S/A- | | + | | keines |
| | R/W | | ++ | RA | | | | |
| | R/+ | + | + | RA | | | | |
| | R/L | | ++ | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/- | | | | | | | |
| Ina | R/A | | + | S/A-, RA | | + | + | keines |
| | R/W | + | + | S/A-, RA | | | + | |
| | R/+ | + | | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/L | ++ | ++ | | | | | |
| | R/- | | + | | | | | |
| Marianne | R/A | ++ | + | S/A-, RA | + | + | + | kein Fragebogen ausgefüllt |
| | R/W | + | ++ | S/A- | | | + | |
| | R/+ | + | + | RA | | | | |
| | R/L | | ++ | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/- | | + | | | | | |

(Fortsetzung von Tabelle 10.1)

| Person | Reaktion | PT | Umwelt | Schutzmechanismen | ME T | ME S | ME F | Erfolgskrit. erfüllt |
|----------|----------|----|--------|-------------------|------|------|------|----------------------------|
| Julia M. | R/A | ++ | | S/A- | + | + | + | kein Fragebogen ausgefüllt |
| | R/W | ++ | | S/A- | | + | | |
| | R/+ | + | + | RA | | | | |
| | R/L | | ++ | S/A, RA, S/F | | | | |
| | R/- | | | | | | | |

10.2 Durchführung des Hermeneutisch-dialektischen Hypothesenexklusionismus und erste Ergebnisse

An dieser Stelle wird der Hypothesensatz vorgestellt, der dem Exklusionismus zugrunde lag, und die Überprüfung, Modifikation oder Exklusion der Hypothesen im einzelnen beschrieben. Die Hypothesen wurden dafür nach Themenbereichen geordnet. Im folgenden Abschnitt werden die übriggebliebenen Hypothesen zusammengefasst und integriert.

10.2.1 Allgemeine Erfolgsbedingungen

Diese Kategorie beinhaltet Hypothesen, die ganz allgemein in bezug zu mehr oder minder erfolgreichen Therapieverläufen stehen. Erklärungshypothesen für den Therapieerfolg wurden aufgestellt, Bedingungen für diesen Erfolg und Charakteristika der weniger erfolgreichen Therapieverläufe wurden gesucht. Dabei wurde (aufgrund der Ergebnisse der tabellarischen Analysen und der beiden Beschreibungsmodelle) insbesondere auf die Zusammenhänge zwischen einzelnen (therapeutischen) Reaktionen, spezifischen Schutzmechanismen der Betroffenen, Wiederannäherung an das Trauma, Missbrauchserkenntnis und auf den resultierenden Therapieerfolg geachtet (zur inhaltlichen Bedeutung der Codes vgl. Interviewanalyse).

Analyse der Erfolgsbedingungen

1a. Therapieerfolg ist nur beobachtbar bei Überwiegen von R/A, R/W, R/O– über R/L, R/O und R/-. Im umgekehrten Fall wird geringer Therapieerfolg beobachtet.

Die Ergebnisse der Cross-Case Matrix unterstützen diese Hypothese. Frauen, die beide oder nur das erste (aussagekräftigere) Erfolgskriterien erfüllten, zeigten sehr hohe Werte von R/A und R/W innerhalb der Psychotherapie. Frauen, die nur das zweite Erfolgskriterium erfüllten, zeigten geringere R/A– und R/W-Werte im Rahmen der Therapie. Unspezifisches R/+ war bei allen in ähnlichem Maße vorhanden. Die als wenig erfolgreich eingestuften Betroffenen zeigten demgegenüber nur spärlich ausgeprägt R/A und R/W, R/A fehlt oft ganz. Kennzeichnend für den Therapieerfolg zeigten sich insbesondere R/L-Werte. Fast alle Frauen, die innerhalb der Therapie R/L erlebt hatten, zeigten geringen Therapieerfolg. Die Unterschiede in der Häufigkeit von R/L, R/– versus R/A, R/W, R/+ verdeutlichen sich im Extremgruppenvergleich (beide vs. kein EK).

Zwei Betroffene zeigen davon Abweichungen: Doris ist die einzige der als „erfolgreicher“ eingestuften Betroffenen (1. und 2. EK), die in ihrer Therapie R/L erlebt hat. Sie gibt gleichzeitig an, auch R/A, R/W und R/+ erlebt zu haben. Bei Agnes A. ist der Widerspruch noch größer: sie gibt an, in ihrer Psychotherapie ausgeprägt R/L erlebt zu haben, bei nur schwachem R/+ und gänzlich fehlendem R/A oder R/W. Gleichzeitig erfüllt sie beide Erfolgskriterien. Die Beachtung der Reaktionen, die außerhalb der Therapie erlebt worden sind, kann das Ergebnis erklären: Außerhalb der Therapie erlebte Agnes A. in hohem Maße R/A und R/W, etwas eingeschränkter auch R/+. Außerhalb der Therapie wurde kein R/L berichtet (ausgenommen der Täter-Familie). Die Ergebnisse werden eindeutiger, wenn nicht nur die Reaktionen innerhalb der Therapie berücksichtigt werden, sondern auch jene im privaten Umfeld. Zwar erleben alle außer Agnes A. starkes R/L, beim Extremgruppenvergleich fällt auf, dass R/A und R/W bei weniger Erfolgreichen nur gering vorhanden sind oder gänzlich fehlen (Ausnahme: Maria. Bei ihr ist dafür innerhalb der Therapie R/A und R/W nicht erlebbar). Erfolgreichere berichten

ingesamt über mehr Reaktionen auf ihre Missbrauchsgeschichte (was mit der Tatsache zusammenhängen wird, dass weniger Erfolgreiche den Missbrauch häufiger verschweigen). Als aussagekräftig erweist sich vor allem das Verhältnis von R/A, R/W, R/+ versus R/L, R/–, und zwar unter Berücksichtigung therapeutischer wie auch in privater Umgebung erlebter Reaktionen. Aufgrund dieser Beobachtungen wird die **Hypothese beibehalten**.

1b. R/A korreliert mit Sicherheitsgefühl und Vertrauensempfinden (ungeachtet des Therapieerfolgs).

Die Cross-Case-Matrix zeigt, dass alle Betroffenen, mit Ausnahme von Melanie und Judlia, unabhängig vom Therapieerfolg auf R/A mit V+ und A– reagieren. Melanie berichtet zwar nicht über V+, aber über A– und S–, d.h. die Tendenz zur Vertrauensbildung durch R/A kann auch bei ihr angenommen werden. Bei Julia fehlen Berichte über die emotionale Reaktion auf R/A. Neben V+ und A– als Reaktion auf R/A ist SW+ auffallend häufig, oft wurde auch über S– berichtet. Keine einzige negative Reaktion auf R/A wurde gefunden. Die Beobachtungen verdeutlichen die Wichtigkeit der therapeutischen Annahme und Akzeptanz, die **Hypothese wird beibehalten**.

1c. Erfolgreichere fühlten sich in ihrer Psychotherapie sicherer (V+) und waren schon vor bzw. während der Psychotherapie eher zu vertrauensvollen Beziehungen, auch zum vertrauensvollen Einlassen auf die Therapie fähig. (B/+)

Aus den Einzelfalltabellen wurde folgende Vergleichstabelle extrahiert:

Tabelle 10.2. Therapieerfolg, psychotherapeut. Variablen

| Krit. | Person | B+ vor der PT | V+/- in die PT | V+/- | Sonstiges |
|---------------------------------|-----------|---------------|----------------|------|--|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | Partner | - | + | „Die erste Vertrauensbeziehung war die zum Therapeuten, danach auch zu Freunden.“ |
| | Sandra | Partner | ? | + | „Der Therapeutin total vertraut“, „Ich vertraue vom Kopf her, aber in Wahrheit hab ich Angst.“ |
| | Doris | Kinder | + | + | V+ gelernt in der Selbsthilfe-Gruppe. |
| | Ulrike D. | keine | - | - | Therapeut ruft ohne ihr Wissen ihren Mann an. |
| | Agnes A. | Freundin | - | - | Misstraut Therapeutin immer mehr. |
| 1. EK: | Helene | Freundin | + | + | „Ich konnte mich jederzeit in die Arme einer Freundin flüchten.“ |
| | Lisa | Freunde | + | - | Geschwister sind sich über die Missbräuchlichkeit einig (schon als Kinder). |
| | Renate | Chefin | - | + | Tests und Vertrauensbeweise. |
| | Agnes B. | Kinder | - | + | Vertrauen = „Sprung ins kalte Wasser“. |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | |
| 2. EK: | Margit | Schwester | + | + | In der Therapie: „Das erste Mal wirklich vertraut.“ |
| | Sigrid | Partner | + | + | |
| kein EK: | Eva | keine | - | + | „Menschlichkeit“ des Therapeuten. |
| | Julia | Partner | + | - | „Der Therapeut tut nur seinen Job“, keine wirkliche Nähe zu ihm. |
| | Judith | Partner | - | + | |
| | Melanie | keine | - | - | Angst vor Menschen, soziale Isolation. |
| | Michaela | Partner/in | + | + | |

(Fortsetzung von Tabelle 10.2)

| Krit. | Person | B+ vor der PT | V+/- in die PT | V+/- | Sonstiges |
|----------|----------|---------------|----------------|------|---|
| | Anna | keine | - | - | „Nähe zulassen heisst vereinnahmt werden, sich selbst aufgeben müssen.“ |
| | Maria | keine | - | + | |
| | Ina | Freundin | - | - | „In der Therapie hat's an Vertrauen gemangelt.“ |
| kein FB: | Marianne | n.b. | n.b. | + | |
| | Julia M. | keine | - | + | Vertrauen als großes Problem; „Wirklich trauen tu ich keinem!“ |

k.A.: keine Angaben

Die Tabelle liefert keine Hinweise dahingehend, dass Personen mit günstigerem Therapieausgang eine vertrauensvollere psychotherapeutische Beziehung gehabt hätten. Auch zeigen sich keine eindeutigen Hinweise, dass vor der Therapie mehr oder weniger *vertrauensvolle* soziale Beziehungen bestanden hätten. Allerdings geben deutlich mehr Frauen mit geringem Therapieerfolg an, vor der Psychotherapie keine positive soziale Beziehung gehabt zu haben, dagegen verfügten mehr Frauen mit hohem Therapieerfolg vor Beginn der Psychotherapie über positive soziale Beziehungen. Die **Ausgangshypothese** wird **abgeschwächt**: Frauen mit hohem Therapieerfolg haben vor Beginn der Psychotherapie öfter positive soziale Beziehungen erfahren.

1d. R/A (und in geringerem Maße auch R/W) erleichtert allen Betroffenen, über den Missbrauch oder durch die Übergriffe verursachte emotionale Befindlichkeiten, Symptome usw. zu sprechen (KO/S).

Die Cross-Case-Matrix erlaubt folgende Beobachtungen: Alle Frauen sprachen dann vermehrt über die erlittene Gewalt und ihre Folgen, wenn R/A oder zumindest R/W verfügbar war. Unspezifisches R/+ scheint das Reden nicht zu erleichtern. Bei allen Betroffenen ließ sich KO/S stark gehäuft bei R/A oder zumindest R/W beobachten. R/- führte in der Regel zu KO/S-. Einige Betroffene (drei weniger Erfolgreiche und sieben Erfolgreichere) hatten auf R/L und R/- mit KO/S reagiert, dabei hatten die negativen Reaktionen stets zu Wut und Empörung geführt, Darüber-Sprechen war ein Protest gegen die erlittene Reaktion. Parallel zur Empörung zeigten auch diese Betroffenen häufig Angst- und Schuldgefühle als Reaktion auf R/L und R/-. Verstärkte R/L und R/- hingegen Angst und Schuld (in der überwiegenden Zahl der Fälle), ging das ausnahmslos mit Schweigen (KO/S-) einher. Diese Beobachtungen ließen sich bei allen Betroffenen unabhängig vom Therapieerfolg machen. Die **Hypothese** wird **angenommen und erweitert**: R/L scheint das Darüber-Reden (KO/S) eindeutig zu erschweren.

1e. S/A- wird immer im Zusammenhang mit R/A beobachtet. Der Zusammenhang zwischen R/W bzw. unspezifischem R/+ und S/A- ist schwächer.

Die Cross-Case-Matrix zeigt folgendes allgemeine Muster: Auf R/A folgt in allen Fällen, ungeachtet des Therapieerfolges, S/A-. Auf R/W folgt ebenso überwiegend S/A-, besonders bei den Erfolgreicheren. Auf R/+ folgt manchmal S/A-, häufig auch S/RA. Folgende Abweichungen davon wurden beobachtet: Die einzige Abweichung der Erfolgreicheren ist Renate. Sie reagiert auf R/A zwar immer mit S/A-, auf R/W und R/+ aber ausschließlich mit S/RA. Weitere Abweichungen zeigen folgende weniger Erfolgreiche: Eva reagiert nur in manchen Fällen auf R/A mit S/A-, in anderen Fällen mit S/RA. Judith zeigt auf R/A regelmäßig S/A-, auf R/W hingegen je nach Situation ebenfalls S/A-, aber auch S/A. Melanie reagiert auf R/A oft mit S/A-, teilweise aber auch mit S/A. Maria zeigt auf R/A regelmäßig S/A-, auf R/W aber ausschließlich S/RA. Die getroffene **Hypothese** wird **beibehalten**. Die Beobachtungen zeigen, dass eine Wiederannäherung an das erlebte Trauma nicht immer auf R/A und R/W folgen muss, aber nur dann erfolgen kann.

1f. R/L und S/A- schließen einander aus.

Auf R/L folgt mit großer Regelmäßigkeit S/A (Beobachtungen aus der Cross-Case-Matrix). Nur bei einer einzigen Person (Ulrike Y.) und bei dieser nur bei einer Begebenheit, hatte R/L negatives Körperempfinden zur Folge, was in weiterer Konsequenz S/A- nach sich zog. Dies ist der einzig beobachtete Fall, in dem R/L mit S/A- in Zusammenhang stand, allerdings war der Zusammenhang keineswegs ein direkter, sondern der Rekurs auf den Interviewtext zeigt, dass eigentlich erst die Körperempfindungen, nicht die leugnende Reaktion eine weiterführende Erinnerung an die Schmerzen des Missbrauchs (als Wiederannäherung) mit sich brachte. Auf R/L und unspezifisches R/- folgt meistens S/A, insbesondere bei den Erfolgreicheren auch S/RA. S/A- und R/L schließen sich allen Beobachtungen nach aus. Die **Hypothese** wird **beibehalten** und auf andere R/- **ausgeweitet**: S/A- wurde in keinem anderen als dem erwähnten Fall als Folge auf eine negative Reaktion gefunden (R/L, R/O, R/S, R/-).

1g. Bei Erfolgreichen fördern sich KO/S und S/A- gegenseitig.

Aus dem Beschreibungsmodell geht hervor, dass R/A unabhängig des Therapieerfolgs KO/S und S/A- fördert, spezifische Zusammenhänge zwischen Wiederannäherung und Darüber-Sprechen wurden nicht beobachtet. Die geordnete Vergleichsmatrix zeigt im Gegenteil, dass bei allen Frauen Darüber-Sprechen und Wiederannäherung sich gegenseitig fördern. Besonders eindrücklich zeigt die Vergleichsmatrix, dass bei allen Betroffenen, unabhängig ihres Therapieerfolgs, S/A ausschließlich mit KO/S- verbunden ist, dass also die Abwehr das Darüber-Sprechen ausschließt. Darüber-Reden erforderte immer vorab eine Wiederannäherung im Sinne von S/A-, wobei S/A- nicht immer von Darüber-Sprechen begleitet war. Die **These** wird deshalb **verworfen**.

1h. S/A tritt ein nach A+ und O+.

Auszug aus der geordneten Vergleichsmatrix:

Tabelle 10.3. Wiederannäherung, Angst und Ohnmacht

| Kriterium | Person | Regelmäßig beobachtetes Auftreten von S/A nach: | | | Auftreten von O mit S/A- | ME |
|---|-----------|---|----|----|--------------------------|------|
| | | A+ | O+ | S+ | | |
| Erfolgreichere Therapieverläufe: | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | x | x | | |
| | Sandra | x | | x | | |
| | Doris | x | | x | x | S |
| | Ulrike D. | x | | | | |
| | Agnes | x? | | x | | |
| 1. EK: | Helene | x | x | | | |
| | Lisa | x | | x | | |
| | Renate | x | | x | | |
| | Agnes B. | | | | x (O+ mit S-) | T, F |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | | | | |
| | Sigrid | x | x | | x (O+ mit S-) | T, F |
| kein EK: | Eva | x | | | | |
| | Julia | x | | x | | |
| | Judith | x | x | | | |
| | Melanie | | | x | | |
| | Michaela | x | | | | |
| | Anna | x | x | x | | |
| | Maria | x | x | x | | |
| | Ina | x | | x | | |
| kein FB: | Marianne | x | | | | |

(Fortsetzung von Tabelle 10.3)

| Kriterium | Person | Regelmäßig beobachtetes Auftreten von S/A nach: | | | Auftreten von O mit S/A- | ME |
|-----------|----------|---|----|----|--------------------------|----|
| | | A+ | O+ | S+ | | |
| | Julia M. | | x | x | | |

x: Regelmäßiges Auftreten.

kein FB: Kein Fragebogenrücklauf, keine Erfolgseinschätzung möglich.

Die Beobachtungen bestätigen, dass Angst regelmäßig zu Abwehr und Verleugnen (S/A) führt, und zwar unabhängig des Therapieerfolgs. Ohnmachtsgefühle werden insgesamt weniger häufig geäußert als Ängste, führen aber ebenso immer dann zu Abwehr und Vermeidung (S/A), wenn eine Einsicht in das Missbrauchsgeschehen noch nicht vorhanden ist. Diese Beobachtung ist umso interessanter, als bei allen Frauen unabhängig ihres Therapieerfolgs Schuldgefühle mit verstärkter Abwehr einhergehen. Der Großteil aller Frauen reagiert unabhängig des Therapieerfolgs auf (in der Wiederannäherung entstandene) Ohnmachtsgefühle nicht mit weiterer Annäherung und einer Verringerung eigener Schuldzuschreibung, sondern mit Abwehr. Eigene Schuldgefühle verringern sich im Zusammenhang mit dem Ohnmachtserleben erst dann, wenn eine durch Wiederannäherung ermöglichte Missbrauchserkenntnis schon stattgefunden hat. So haben all jene Frauen, die über Ohnmacht im Zusammenhang mit einer Wiederannäherung an das Trauma berichten, in der Situation selbst ein Mindestmaß an Missbrauchserkenntnis erlebt.

Die Notwendigkeit, das Sicherheitsgefühl Traumatisierter vor der Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten zu stärken, wurde von verschiedenen Autoren wiederholt angesprochen (Herman, 1994; Briere 1992a). Sicherheitsarbeit bedeutet, den Betroffenen möglichst wenig zu ängstigen bzw. in zu befähigen, mit auftretenden Ängsten moderat umzugehen – ohne sich in totale Abwehr und Verleugnung zu flüchten. Es kann angenommen werden, dass im Sinne Ochbergs (1995) „empowerment“ die Auseinandersetzung mit dem Schmerz erst dann gelingt, wenn eine anschließende Rückkehr in ein sicheres Hier und Jetzt möglich erscheint. Die **Ausgangshypothese** wird **eingegrenzt angenommen**: Abwehr und Verleugnung tritt bei allen Betroffenen regelmäßig auf im Zusammenhang A+ und S+, ebenso in Verbindung mit O+, wenn ein Missbrauchserkennen noch nicht gegeben ist. Nach dem Erlangen von Missbrauchserkenntnis sind Ohnmachtsgefühle und weitere Wiederannäherung verknüpft. Die Missbrauchserkenntnis scheint keinen Einfluss zu haben auf die Reaktionen Abwehr und Verleugnung auf Angstgefühle hin.

1i. Erfolgreiche zeigen mehr VE+ (für sich selber) als weniger Erfolgreiche.

Tabelle 10.4. Therapieerfolg und Verantwortungsübernahme

| Kriterium | Person | VE+ | S/A- (im Zshg. damit) | ME/T, S, F (im Zshg. damit) |
|---------------------------------|-----------|-----|-----------------------|------------------------------------|
| Erfolgreichere Therapieerläufe | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | x (VE+ → S/A-) | T, S, F |
| | Sandra | x | x (VE+ → S/A-) | T, S, F |
| | Doris | x | x | S, F |
| | Ulrike D. | x | x (S/A- → VE+) | einmal T, F; einmal nichts |
| | Agnes A. | x | x (VE+ → S/A-) | S, F |
| 1. EK: | Helene | x | x (VE+ → S/A-) | einmal S, F; einmal nichts |
| | Agnes B. | x | x (VE+ → S/A-) | einmal S, F; einmal T, F; einmal F |
| | Lisa | x | x (VE+ → S/A-) | einmal T, S; einmal T, F |
| | Renate | x | x | F |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | x (VE+ → S/A-) | T, S, F |
| | Sigrid | x | x | einmal T, S, F; bzw. T, F |
| kein EK: | Eva | x | | ME im Zshg mit S/A- |

(Fortsetzung von Tabelle 10.4)

| Kriterium | Person | VE+ | S/A- (im Zshg. damit) | ME/T, S, F (im Zshg. damit) |
|-----------|----------|-------|-----------------------|-----------------------------|
| | Julia | fehlt | | fehlt |
| | Judith | fehlt | | ME/S in Zshg mit S/A- |
| | Melanie | x | x | fehlt |
| | Michaela | x | x (VE+ → S/A-) | ME/T im Zshg mit S/A- |
| | Anna | x | x (VE+ → S/RA) | fehlt |
| | Maria | x | x | S (rudimentär) |
| | Ina | x | x | F |
| kein FB: | Marianne | x | x (VE+ → S/A-) | T, S, F |
| | Julia M. | x | x | einmal T, S, F; einmal S |

Bei allen Frauen mit hohem Therapieerfolg besteht ein großes Maß an Eigenverantwortung. Frauen mit geringer bzw. fehlender Eigenverantwortlichkeit zeigen im allgemeinen geringere relative Symptombesserungen. Trotzdem kann bei den meisten Frauen mit geringem Therapieerfolg Eigenverantwortlichkeit beobachtet werden. Diese besteht, wie aus den Interviews hervorgeht, oft in geringerem Ausmaß als bei den Frauen mit hohem Therapieerfolg. Die Fragebogenergebnisse (FKB) zeigen, dass Frauen mit hohem Therapieerfolg signifikant höhere Introspektion und Eigenverantwortung aufweisen. Die Beobachtungen sind zu wenig eindeutig, um die vertretene These uneingeschränkt beizubehalten. Beobachtete Tendenzen sprechen gegen eine völlige Aufgabe und für eine **Abschwächung der These**: Eigenverantwortung scheint gemeinsam mit anderen Faktoren einen positiven Therapieausgang zu begünstigen.

1j. VE+ und S/A- vertärken sich gegenseitig.

Die meisten Frauen mit hohem Therapieerfolg gaben an, im Zuge der Verantwortungsübernahme für das eigene Leben und die Genesung bewusst eine emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma angestrebt zu haben. Derartige Aussagen sind in abgeschwächter Form bei zwei Frauen mit geringem Therapieerfolg zu beobachten. Die Verantwortungsübernahme scheint die Wiederannäherung an das Trauma zu fördern. Nur in einem Fall (hoher Therapieerfolg) wurde explizit angesprochen, die Wiederannäherung hätte umgekehrt die Verantwortungsübernahme für das eigene Leben begünstigt. Bei etlichen Interviewten ist die Richtung des Zusammenhanges nicht eindeutig feststellbar. Möglicherweise werden Personen mit hohem Therapieerfolg von ihrer Umgebung mehr in ihrer Eigenverantwortung bestärkt. Die **These** wird daher **modifiziert**: VE+ begünstigt insbesondere bei den Erfolgreicheren S/A-.

2. R/A ist eine notwendige, nicht aber hinreichende Bedingung für S/A-.

R/A, R/W und R/U werden (ebenso wie umgekehrt auch R/L, R/S, R/O und R/-) als hierarchisch begriffen. Die geordnete Vergleichsmatrix zeigt, dass Personen mit hohem Therapieerfolg nicht nur auf R/A, sondern auch auf R/W (mit annähernd gleicher Häufigkeit), bisweilen auch auf R/+ mit Wiederannäherung reagieren (geringere Häufigkeit). Die theoretische Annahme der Hierarchie wird so bestätigt. Personen mit niedrigem Therapieerfolg reagieren ebenso auf R/A und R/W oft mit S/A- (annähernd gleiche Häufigkeit), auf R/+ zeigt dagegen nur Margit eine Wiederannäherung. Die geordnete Vergleichsmatrix zeigt weiters, dass auf R/A bei allen Personen mit hohem Therapieerfolg (Ausnahme: Agnes; sie gibt kein R/A an) regelmäßig Wiederannäherung, häufig bei R/W und R/U auch eine rein rationale Auseinandersetzung mit dem Trauma beobachtet werden kann. R/A ist jene Variable, die am deutlichsten eine Wiederannäherung begünstigt. Personen mit geringem Therapieerfolg zeigen auf R/A (schwächer bei R/W und R/U) seltener S/A-, stattdessen eine rein rationale Auseinandersetzung mit dem Missbrauch, zum Teil sogar Abwehr (bei Margit, Julia, Judith und Melanie). Insgesamt fand sich bei Frauen mit niedrigem Therapieerfolg auch auf positive Reaktionsweisen (R/A, R/W, R/U) seltener eine Wiederannäherung an das Trauma und häufiger eine rein rationale Auseinandersetzung. Auf verschiedenes R/+ zeigte keine einzige der erfolgreicheren Betroffenen Abwehr, jedoch etliche Betroffene mit geringerem Therapieerfolg. Die Ergebnisse sprechen für ähnliche Muster der Wiederannäherung unabhängig des Therapieerfolgs bei insgesamt geringerer emotionaler Auseinandersetzung bei Frauen mit geringem Thera-

pieerfolg. Die **Ausgangshypothese** wird **modifiziert**: R/+ (je höher in der Hierarchie, desto wirksamer) scheint generell eine notwendige Bedingung für S/A- zu sein, ein Zusammenhang zwischen R/+ und Wiederannäherung (S/A-) ist bei Frauen mit hohem Therapieerfolg häufiger.

2a. R/A führt zu S/A-, wenn zusätzlich VE+.(zeitlicher Zusammenhang!)

Tabelle 10.5. Akzeptanz, Wiederannäherung und Übernahme von Verantwortung

| Kriterium | Person | R/A | VE+ | S/A- | ME | R/A führt zu S/A, wenn... |
|---------------------------------|-----------|-----|-----|------|---------|----------------------------------|
| | | | | | | (jeweils in Kombination mit R/A) |
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | x | x | T, S, F | k.A. |
| | Sandra | x | x | x | T, S, F | V+, SW+, W+ |
| | Doris | x | | x | T, S | A- |
| | Ulrike D. | x | | | | S/A- = Wunsch |
| | Agnes A. | x | x | x | S, F | KO/S |
| 1. EK: | Helene | x | | x | T, S | V+, KO/S, W+, SW+ |
| | Agnes B. | x | x | x | S, F | A-, S-, W+, KO/S, S/A- = Wunsch |
| | Lisa | x | x | x | T, S | KO/S |
| | Renate | x | x | x | S?, F | V+, KO/S |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | x | x | T, S, F | k.A. |
| | Sigrid | x | | x | T, F | S-, SW+, KO/S |
| kein EK: | Eva | x | | x | T, S, F | A-, KO/S |
| | Julia | x | | x | | k.A. |
| | Judith | x | | x | S? | k.A. |
| | Melanie | x | | x | | KO/S |
| | Michaela | x | | x | T | KO/S |
| | Anna | x | | x | | V+ |
| | Maria | x | x | x | S? | V+, S- |
| | Ina | x | x | x | F | k.A. |
| kein FB: | Marianne | x | x | x | T, S, F | A-, KO/S |
| | Julia M. | x | x | x | T, S, F | S-, KO/S |

(Vgl. auch 1k.) Die Tabelle zeigt, dass R/A auch dann zu S/A- führen kann, wenn im situationalen oder zeitlichen Zusammenhang eine erhöhte Eigenverantwortung nicht beobachtet wird. Selbstverantwortlichkeit scheint die Wiederannäherung nicht unmittelbar zu beeinflussen, auch wenn Frauen mit geringem Therapieerfolg selten VE+ und ME zeigen. Anhand der Einzeltabellen wurde für jede Frau beobachtet, wann R/A zu S/A- führte und wann nicht. Dabei zeigte sich, dass die Kombination von R/A und S/A- sehr häufig gleichzeitig mit V+, A- oder KO/S einherging. Wiederannäherung scheint besonders häufig dann auf eine akzeptierende Reaktion (R/A) einzutreten, wenn diese im Rahmen eines Vertrauensverhältnisses stattfindet. Vertrauen oder sein Fehlen wird von vielen Frauen selbst als wichtige Bedingung einer positiven Verarbeitung angesprochen. Die **Hypothese** wird **umformuliert**: R/A scheint dann eine Wiederannäherung zu begünstigen, wenn R/A im Rahmen einer vertrauensvollen, angstfreien Beziehung passiert.

2b. R/A in der Psychotherapie führt verstärkt zu S/A-, wenn R/A auch im privaten Umfeld in hohem Maße vorhanden ist (und umgekehrt).

Die Cross-Case-Matrix (Tabelle 10.1 auf Seite 135) zeigt, dass Frauen mit dem größten Therapieerfolg (beide

Kriterien) sowohl innerhalb der Therapie wie auch außerhalb überwiegend positive Reaktionen (R/+) erfahren haben. Die einzige Person mit hohem Therapieerfolg, die in ihrer Umgebung keine derartigen positiven Reaktionen erlebt hat (Renate), zeigt Wiederannäherung auf therapeutisches Akzeptieren (und antwortet im Gegensatz zu allen anderen Frauen mit hohem Therapieerfolg auf R/W und R/+ ausschließlich mit rationaler Auseinandersetzung). Personen mit geringem Therapieerfolg erlebten generell weniger R/+, aber auch jene, die R/A nur in der Psychotherapie (bzw. nur im privaten Umfeld) erleben, antworten mit verstärkter Wiederannäherung, teilweise aber auch mit rein rationaler Auseinandersetzung. Die Beobachtungen zeigen, dass positive Reaktionen (wie auch negative) im therapeutischen bzw. privaten Umfeld zusammenwirken, einander so verstärken oder abschwächen und das insgesamt erlebte Überwiegen positiver Reaktionen eine Wiederannäherung an das Trauma wahrscheinlich macht. Die **Ausgangsthese** kann in **abgeschwächter Form** beibehalten werden.

2c. R/A führt zu S/A-, wenn ein Mindestmaß an SW+ vorhanden ist.

Aus den Einzelfalltabellen (mit Berücksichtigung situationaler Zusammenhänge):

Tabelle 10.6. Akzeptanz, Wiederannäherung und Selbstwert

| Kriterium | Person | R/A | SW+ (im Zshg.) | S/A- (im Zshg.) |
|---------------------------------|-----------|-----|----------------|-----------------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | x | x |
| | Sandra | x | x | x |
| | Doris | x | in der Folge | x |
| | Ulrike D. | x | | |
| | Agnes A. | x | x | x |
| 1. EK: | Helene | x | in der Folge | x |
| | Agnes B. | x | in der Folge | x |
| | Lisa | x | x | x |
| | Renate | x | | x |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | x | x |
| | Sigrid | x | x | x |
| kein EK: | Eva | x | x | x |
| | Julia | x | | x |
| | Judith | x | x | x |
| | Melanie | x | | x |
| | Michaela | x | | x |
| | Anna | x | | x |
| | Maria | x | x | x |
| | Ina | x | | x |
| kein FB: | Marianne | x | x | x |
| | Julia M. | x | x | x |

Erwartungsgemäß zeigen Betroffene mit geringerem Therapieerfolg geringeres Selbstvertrauen, dennoch antworten sie, auch wenn SW+ fehlt, auf R/A mit Wiederannäherung. Zudem zeigt die zeitliche Abfolge, dass als Konsequenz positiver Reaktionen und Wiederannäherung häufig erhöhter Selbstwert zu beobachten ist. Positive Reaktionen und Wiederannäherung begünstigen SW+, ein umgekehrter Zusammenhang ließ sich nicht beobachten. Die **Hypothese** wird **verworfen**.

2d. R/A führt zu S/A-, wenn in der Beziehung V+ und ein Sicherheitsgefühl vorhanden ist.

Tabelle 10.7. Wiederannäherung, Akzeptanz, Vertrauensbeziehungen

| Kriterium | Person | R/A (zeitl. Zshg.) | V | A | S | O | S/A- | ME |
|---------------------------------|-----------|-----------------------|---|---|---|---|------|----------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | + | - | - | | x | T, S, F |
| | Sandra | x | + | | | | x | T, S, F |
| | Doris | x | + | | | | x | T, S |
| | Ulrike D. | x | | - | | | k.A. | k.A. |
| | Agnes A. | x | + | | | | x | T?, S, F |
| 1. EK: | Helene | x | + | - | - | | x | T, S |
| | Agnes B. | x | + | | | | x | S, F |
| | Lisa | x | + | - | | | x | T, S |
| | Renate | x | + | | - | - | x | S?, F |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | + | | | - | | T, S, F |
| | Sigrid | x | + | | | | | T, F |
| kein EK: | Eva | x | + | | | | x | T, S, F |
| | Julia | x | | | | | x | |
| | Judith | x | + | | | | x | S? |
| | Melanie | x | | | | - | x | |
| | Michaela | x | | | | | x | T |
| | Anna | x | + | | | | x | |
| | Maria | x | + | | | - | x | S? |
| | Ina | x | + | | | - | x | F |
| kein FB: | Marianne | x | + | | - | - | x | T?, S, F |
| | Julia M. | x | | | | - | x | T, S, F |

Hinsichtlich der Konsequenzen positiver Reaktionen (besonders R/A) ließen sich kaum erfolgsabhängige Unterschiede beobachten. Allenfalls berichteten Frauen mit niedrigem Therapieerfolg seltener emotionale Erleichterung auf akzeptierende Reaktionsweisen. Bei fast allen Personen führt R/A zu vergrößertem Vertrauen in die betreffende Beziehung bzw. zu einer Verminderung von Angst, auch Schuld- und Ohnmachtsgefühle wurden günstig beeinflusst, jedoch in deutlich verringertem Ausmaß. In den Bereichen Vertrauen, Angst, Schuld und Ohnmacht wurde keine einzige negative Antwort auf positive Reaktionen (R/A) beobachtet. Emotionale Besserung scheint direkt mit R/A verknüpft zu sein; Vertrauen in die Beziehung und ein Gefühl von Sicherheit in derselben scheinen unmittelbar von solchen akzeptierenden Reaktionen abzuhängen und die Auseinandersetzung mit dem Trauma zu begünstigen. Eine Wiederannäherung an das Trauma wurde auch dann beobachtet, wenn keine emotionale Erleichterung als Folge von R/A berichtet wurde. Die **Ausgangshypothese** wird **modifiziert**: R/A führt zu vergrößertem Vertrauen in die Beziehung (bei verringerter Angst) und begünstigt so eine Wiederannäherung an das Trauma (S/A-).

2e. R/A führt zu S/A- bei Abwesenheit von aktueller A+ und O+.

Die obige Tabelle zeigt, dass akzeptierende Reaktionen Angstgefühle deutlich milderten. Ohnmachtsgefühle wurden insgesamt weniger beobachtet und hatten sich im Zusammenhang mit R/A verringert. Aktuelle Angst und Ohnmacht werden durch positive Reaktionen gelindert – in diesem Rahmen wird eine Wiederannäherung beobachtet. Die **Ausgangshypothese** wird **modifiziert**: R/A verringert A+ und hat auf O+ nur geringen und allenfalls günstigen Einfluss – in diesem Rahmen kann eine Wiederannäherung an das Trauma stattfinden.

3. S/A- ist eine notwendige, nicht aber hinreichende Bedingung für ME.

Die geordnete Vergleichstabelle (Tabelle 10.1 auf Seite 135) zeigt, dass Missbrauchserkenntnis nur dann erreicht

wird, wenn zuvor eine emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma stattgefunden hat. Bloße rationale Einsicht scheint dafür nicht zu genügen. Einzelne Beobachtungen weichen zunächst von dieser allgemeinen Aussage ab: Bei Lisa geht in einem Fall bloßes S/RA mit ME/T einher. Das Nachlesen im Einzelinterview verdeutlicht allerdings, dass zeitlich zuvor schon eine Wiederannäherung stattgefunden hatte, so dass im beobachteten Einzelfall vermutlich deshalb die Erkenntnis der Tat als Missbrauch mit einer bloßen rationalen Auseinandersetzung ohne neuerliche Wiederannäherung einhergeht. Ähnliches gilt für Sigrid: bei ihr lässt sich ebenfalls im Zusammenhang mit rationaler Auseinandersetzung ausgeprägte Missbrauchserkenntnis (T, S, F) beobachten. Aber auch hier war Missbrauchserkenntnis (T, F) schon zeitlich früher vorhanden, allein das Erkennen des Schmerzes wird zuvor noch nicht berichtet und scheint spezifisch mit S/RA verknüpft. Das könnte im Fall der stark rational denkenden und intellektuell abwehrenden Sigrid damit zu tun haben, dass bei ihr die Schmerzerkenntnis als schwierigstes Erkennen durch Rationalisierung im Sinne von S/RA erträglich wird. Ulrike Y. zeigt umfassende Missbrauchserkenntnis auf positive Reaktionen, wobei sowohl die Spezifität dieser Reaktionen wie auch die darauf einsetzenden Schutzmechanismen unbestimmbar bleiben.

Andererseits lässt sich S/A– eindeutig als Vorstufe von ME erkennen, indem nicht jede Wiederannäherung automatisch mit Missbrauchserkenntnis einhergeht. Von den Personen mit günstigeren Therapieerläufen zeigen nur Ulrike D. und Helene Einzelfälle von Wiederannäherung ohne darauffolgende Missbrauchserkenntnis. Bei Personen mit geringerem Therapieerfolg steht die Wiederannäherung an das Trauma häufiger isoliert und führt nicht zur Missbrauchserkenntnis (bei Julia A., Judith, Melanie, Michaela, Anna, Maria und Ina). Auffallend häufig führt nur bei Personen mit niedrigem Therapieerfolg die Wiederannäherung zu erneuter Abwehr und Verleugnung (trotz Anwesenheit positiver und Fehlen negativer Reaktionen). Eine derartige Kombination lässt sich bei Personen mit hohem Therapieerfolg nicht beobachten. Diese Beobachtungen wie auch theoretische Überlegungen sprechen dafür, dass Wiederannäherung an das Trauma eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung der Missbrauchserkenntnis ist. Wiederannäherung kann aber nicht nur zu ME führen, sondern auch (bei Fehlen begleitende negative Reaktionen) zu erneuter Abwehr und Vermeidung (dies wird ausschließlich bei Frauen mit niedrigem Therapieerfolg beobachtet). Die **Ausgangshypothese** wird **beibehalten**.

3a. S/A– führt zu ME, wenn zusätzlich VE+.

Frauen mit hohem Therapieerfolg zeigen häufige Kombinationen aus Wiederannäherung und Verantwortung mit einhergehender Missbrauchserkenntnis (vgl. Tabelle 10.5 auf Seite 144). Bei Frauen mit geringerem Therapieerfolg wurde geringere Missbrauchserkenntnis beobachtet, bei ihnen zeigt sich aber, dass Erkennen auf eine Wiederannäherung folgen kann, auch ohne dass in diesem Zusammenhang große Eigenverantwortlichkeit beobachtbar wäre. Es ist anzunehmen, dass die Verantwortungsübernahme eine weitere Wiederannäherung fördert. Für die Missbrauchserkenntnis scheint aber allein die Wiederannäherung, nicht die Verantwortungsübernahme, verantwortlich zu sein. Die **These** wird **verworfen**.

3b. S/A– führt zu ME, wenn R/+ nicht nur in der PT, sondern auch im privaten Umfeld in hohem Maße vorhanden ist.

Tabelle 10.1 auf Seite 135 zeigt, dass Personen mit hohem Therapieerfolg insgesamt mehr positive Reaktionen erfahren haben. Fast alle Frauen, die mindestens ein Erfolgskriterium erfüllten, erlebten sowohl innerhalb wie auch außerhalb der Therapie große Akzeptanz und andere positive Umgangsweisen. Eine Ausnahme ist Renate, bei der sich im privaten Umfeld keinerlei positive, nur verleugnende Reaktionen beobachten lassen. Bei ihr ist auch die Missbrauchserkenntnis deutlich geringer ausgeprägt wie bei den anderen Frauen mit hohem Therapieerfolg. Frauen mit niedrigem Therapieerfolg erlebten insgesamt weniger positive, dafür mehr negative Reaktionsweisen. Bei Melanie und Julia A. wird R/A und R/W im Rahmen der Therapie, im privaten Umfeld dagegen nur R/– beobachtet – in beiden Fällen führt die therapeutische Akzeptanz zwar zur Wiederannäherung im Sinne von S/A–, nicht aber zu einem Erkennen des Missbrauchs (ME). Andere Frauen, die zwar kein Erfolgskriterium erfüllten, aber zumindest in einer Kategorie Missbrauchserkenntnis zeigten, gaben immer an, neben vielen negativen Reaktionen im privaten Umfeld auch positive Akzeptanz und Bestärkung (R/+) erfahren zu haben. Eine weitere interessante Ausnahme bildet Agnes A., die angibt, in ihrer Therapie nur ansatzweise unspezifisches R/+, hingegen starke Verleugnung erfahren zu haben. Sie berichtet über ausgeprägte positive Reaktionen im privaten Umfeld und erfüllt beide Erfolgskriterien.

Die **Ausgangsthese** wird **eingeschränkt**: ME und Therapieerfolg werden deutlich begünstigt, wenn positive Reaktionen (auf die Wiederannäherung bzw. als deren Bedingung) nicht nur in einem Lebensbereich, d.h. in der

Therapie oder im privaten Umfeld, sondern in beiden erlebt werden. Ablehnende Haltung eines dieser beiden Lebensbereiche ohne parallele positive Ressourcen behindert die Ausbildung von Missbrauchserkenntnis.

3c. S/A- führt zu ME, wenn in der Beziehung V+ besteht und ein Sicherheitsgefühl vorhanden ist.

Die Einzelfalltabellen zeigen, dass alle Frauen mit ausgeprägter Missbrauchserkenntnis aufgrund erlebter positiver Reaktionen in die therapeutische Beziehung Vertrauen setzten und sich in ihr sicher fühlten. Umgekehrt lässt sich bei Julia und Anna, die keine vertrauensvolle therapeutische Beziehung beschrieben, keine Missbrauchserkenntnis feststellen. Ausnahme bleibt Anna, die zwar Vertrauen in die therapeutische Beziehung setzt, obwohl sie in ihr in relativ geringem Maße R/+ und auch R/L erfahren hat – bei ihr ist keine Missbrauchserkenntnis beobachtbar. Die **Ausgangshypothese** wird **modifiziert**: Vertrauen und ein Sicherheitsgefühl begünstigt, dass die Wiederannäherung zur Missbrauchserkenntnis führt.

3d. S/A- führt verstärkt zu ME bei rationaler Einsicht (S/RA) in das Missbrauchsgeschehen und zu (rationaler) Akzeptanz der eigenen Schuldlosigkeit.

Tabelle 10.7 auf Seite 146 zeigt, dass vorab erkannte eigene Schuldlosigkeit maximal ein Teil der Wiederannäherung an das Trauma darstellt, aber nicht auf Vorhandensein oder Fehlen von Missbrauchserkenntnis schließen lässt. Vielmehr ist anzunehmen, dass erst mit eintretender Missbrauchserkenntnis eigene Schuldgefühle verschwinden (die trotz rationaler Einsicht in die tatsächliche Schuldlosigkeit vorhanden sein können, insbesondere solange ME/T fehlt). Rationale Akzeptanz eigener Unschuld wurde unabhängig vom Therapieerfolg beobachtet und zeigt keine Verbindung zur Missbrauchserkenntnis. Die beiden Beschreibungsmodelle für positive vs. negative Reaktionen und Tabelle 10.1 auf Seite 135 zeigen, dass besonderes S/A- zu ME führt. Es lassen sich keine deutlichen Hinweise dafür finden, dass eine rationale Auseinandersetzung mit Traumainhalten eine emotive Einsicht in das Missbrauchsgeschehen (ME) begünstigen würde. So zeigt sich eine rationale Auseinandersetzung mit dem Geschehen häufig bei Personen mit geringerem Therapieerfolg, bisweilen sogar in der Kombination mit S/A- (etwa bei Anna u.a.), und trotzdem kommt es nur zu rudimentärem Erkennen des Missbrauchs, wenn dieses nicht ganz fehlt. Die rationale Auseinandersetzung findet zudem bei Personen mit niedrigem Therapieerfolg häufig im Sinne eines abwehrhaften Rationalisierens, also in Kombination mit S/A statt. Obige **These** wird **verworfen**; ein Einfluss rationale Auseinandersetzung auf das Erkennen des Missbrauchs lässt sich nicht feststellen.

4. ME wird längerfristig positiv erlebt, trotz der Erkenntnis und des Empfindens des missbrauchbedingten Schmerzes.

Tabelle 10.8. Emotionales Erleben der Missbrauchserkenntnis

| Kriterium | Person | ME/T | | ME/S | | ME/F | |
|---------------------------|-----------------------|---------|------|---------------|--------------|---------------|------|
| | | GR/+ | GR/- | GR/+ | GR/- | GR/+ | GR/- |
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | k.A. | k.A. | GR/+, S- | GR/-, O+ | S- | |
| | Sandra | SW+, S- | | GR/+ | GR/- | SW+, S- | |
| | Doris | SW+ | | GR/+, SW+, S- | GR/-, A+, O+ | | |
| | Ulrike D. Agnes A. | k.A. | k.A. | W+, T+ | O+ | k.A. | k.A. |
| 1. EK: | Helene | SW+, T+ | O-, | GR/+, W+ | GR/- | S-, SW+ | |
| | Agnes B. | | GR/- | GR/+, S- | GR/-, O+ | GR/+, W+, SW+ | GR/- |

(Fortsetzung von Tabelle 10.8)

| Kriterium | Person | ME/T | | ME/S | | ME/F | |
|--|----------|--------------|------|------------|----------|--------------|------|
| | | GR/+ | GR/- | GR/+ | GR/- | GR/+ | GR/- |
| | Lisa | GR/+, W+, T+ | | GR/+, S- | GR/-, O+ | O-, T+ | |
| | Renate | | | | | k.A. | GR/- |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | | |
| 2. EK: | Margit | S-, SW+, V+ | | O- | GR- | SW+, O-, A- | |
| | Sigrid | S-, W+ | | T+, S-, W+ | | T+, W+ | |
| kein EK: | Eva | W+ | | W+ | | k.A. | k.A. |
| | Michaela | k.A. | k.a. | | | | |
| | Maria | | | | GR/-, S+ | | |
| | Ina | | | | | GR/+, V+, T+ | |
| Bei Julia, Judith, Melanie und Anna wurde ME nicht beobachtet. | | | | | | | |
| kein FB: | Marianne | S-, SW+ | | GR/+, T+ | | A- | |
| | Julia M. | S-, SW+ | | T+, O- | | W+, O- | |

Insbesondere Schuldgefühle und Selbstwert, in geringerem Maße auch das Ohnmachtsempfinden, werden durch die Erkenntnis der Missbräuchlichkeit des Geschehens und der daraus entstandenen Folgen und Schmerzen günstig beeinflusst. Oft gehen mehrere Formen des Missbrauchserkennens Hand in Hand, eine eindeutige Zuordnung emotionaler Reaktionen ist so nicht möglich. Selbst Frauen mit niedrigem Therapieerfolg bewerten ihre oft rudimentäre Missbrauchserkenntnis längerfristig auch positiv. Die Schmerzhaftigkeit des Erkennens kommt insbesondere bei ME/S zum Ausdruck – kurzfristig wird ME/S häufig als Ohnmächtig-dem-Schmerz-ausgeliefert-Sein erlebt, auf lange Sicht überwiegt aber, wie der Rückgriff auf die Interviewtexte belegt, die emotionale Entlastung. Die getroffene **Hypothese** kann **beibehalten** werden.

4a. Ein hoher Grad von ME bezeichnet den Therapieerfolg.

Die geordnete Vergleichstabelle **bestätigt** diese **Hypothese**. Frauen, die mindestens ein Erfolgskriterium erfüllen, zeigen stärkere Missbrauchserkenntnis in allen drei Bereichen. Bei Frauen mit geringem Therapieerfolg fehlt dieses Erkennen teils völlig, teilweise ist es auch nur in einem Erkenntnisbereich beobachtbar. Die Beobachtungen, wonach die Missbrauchserkenntnis generell längerfristig mit emotionaler Entlastung (Reduktion von Schuldgefühlen, Zuwachs an Selbstwert) einhergeht (vgl. die beiden Beschreibungsmodelle zu positiven und negativen Reaktionen und Tabelle 10.8 auf Seite 148), bestätigen den Zusammenhang von Missbrauchserkenntnis und Therapieerfolg. Ebenso sprechen theoretische Konzepte dafür, Missbrauchserkenntnis als Zeichen günstiger Verarbeitung zu bewerten. Ferenczi (1932) hat in seinem Konzept der Identifikation mit dem Aggressor die Übernahme des Standpunktes des Täters als wesentliche Folge sexualisierter Gewalt in der Kindheit beschrieben – sie macht die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, eigener Verletzung und Ohnmacht unmöglich und sichert so das Überleben. Alle Schuld wird vom Opfer auf sich genommen, der Täter um den Preis der Selbstaufgabe entschuldigt. In dieser Untersuchung zeigten sich besonders Frauen mit geringem Therapieerfolg in der Täter-Identifikation verhaftet. Es ist anzunehmen, dass die Missbrauchserkenntnis gleichermaßen die Aufhebung der Täter-Identifikation darstellt: erst die emotive Einsicht in die eigene Unschuld verbunden mit der Anerkennung kindlicher Ohnmacht kann dem Täter die Verantwortung zurückgeben. Dieser Schritt bedeutet, sich eine eigene Sicht der Dinge zu erlauben und nicht länger die des Täters zu übernehmen. Er bedeutet, die Missbräuchlichkeit der Übergriffe zu erkennen stellt den entscheidenden Wendepunkt im Verarbeitungsprozess dar.

Die Missbrauchserkenntnis ist zudem eng verknüpft mit dem Konzept der „Fähigkeit zur Objektsplaltung“ von Fischer (1990). Dieser Veränderungsschritt bezeichnet das Wahrnehmen der Trennung oder Spaltung zwischen verschiedenen Persönlichkeitsanteilen sowohl des Täter-Objekts wie auch der eigenen Person. Dadurch, dass der Täter nicht mehr länger nur „böse“ sein muss, können „gute“ Anteile der eigenen Person (Unschuld, Wertigkeit) erkannt werden. Die Spaltung zwischen „gut“ und „böse“ findet so nicht mehr zwischen den Personen

statt, sondern innerhalb derselben. Die Einsicht in die reale Gespaltenheit des Täter-Objektes in gute und böse Anteile ist dabei eine emotionale, nicht eine rein intellektuelle. Missbrauchserkenntnis bedeutet, Anteile des Täters als „böse“, also als missbräuchlich zu erkennen – die Übergriffe sind nicht mehr länger als irrelevant oder als „gut“ (Zeichen seiner Liebe etc.) taxiert, sondern werden ganz eindeutig als Misshandlung, als beabsichtigte Missachtung der eigenen Person erkannt und die schmerzhaft Ohnmacht als eigene Unschuld erkannt. Ein Vergleich der absoluten Fragebogenwerte ergibt zudem höhere Selbstreflexionswerte für Personen mit günstigerem Therapieerfolg (vor, während und nach der Therapie), außerdem eine bessere Realitätswahrnehmung (ebenfalls zu allen drei Zeitpunkten). Die **Ausgangshypothese** wird **beibehalten**.

4b. Insbesondere ME/T und ME/S sind bei Therapieerfolg beobachtbar.

Keine der drei Unterkategorien der Missbrauchserkenntnis hat sich als erfolgsspezifisch gezeigt (vgl. Cross-Case-Matrix), es kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Unterform des Erkennens sich besonders erfolgsfördernd auswirkt. Die verschiedenen Formen der Missbrauchserkenntnis sind häufig miteinander verbunden oder fördern einander gegenseitig. Dabei wurde kein typisches Verlaufsmuster festgestellt. Die Einzelfalltabellen lassen nur vermuten, dass das Erkennen der missbrauchsspezifischen Folgen stärker mit rationaler Auseinandersetzung und mit Informationsvermittlung (durch Therapeuten u.a.) zu tun hat als die beiden anderen Erkenntnisformen. Dennoch ist auch hier eine emotive Wiederannäherung unerlässlich. Von allen Frauen wurde wie erwartet das Erkennen des zugefügten Schmerzes als am stärksten belastend erlebt. Die **Hypothese** wird **verworfen**.

4c. Alle Erfolgreichen verfügen über Missbrauchserkenntnis in allen drei Kategorien: Tat, Schmerz und Folgen betreffend.

Die Hypothese kann so nicht aufrechterhalten werden. Bei zwei Frauen mit hohem Therapieerfolg fehlt jeweils eine Kategorie: bei Renate konnte ME/T, bei Ulrike D. ME/S nicht beobachtet werden. Dagegen zeigt Eva (kein Erfolgskriterium erfüllt) mäßige Ausprägung in allen drei Unterkategorien der Missbrauchserkenntnis. Die **Hypothese** wird **abgeschwächt**, einzelne Unterformen der Missbrauchserkenntnis haben sich nicht als aussagekräftig erwiesen.

4d. ME/F entsteht erst im fortgeschrittenen Verarbeitungsstadium und ist bei weniger Erfolgreichen selten.

Die **Hypothese** wird aufgrund der Beobachtungen in den Einzelfalltabellen und der geordneten Vergleichstabelle **verworfen**. So zeigt etwa Ina deutliches emotives Erkennen der Missbrauchsfolgen, ohne die Tat als Übergriff zu begreifen und mit nur ansatzweiser Erkenntnis der Schmerzen. Insgesamt sind die Unterkategorien der Missbrauchserkenntnis unspezifisch verteilt und lassen keine eindeutigen Aussagen zu.

4e. Weniger Erfolgreiche zeigen nur rudimentäre Spuren von Missbrauchserkenntnis in maximal einer Kategorie.

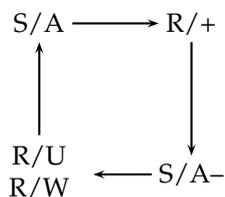
Frauen mit geringem Therapieerfolg zeigen geringere Missbrauchserkenntnis. Ausnahme: Eva, die über Einsicht in ME/T, S und F verfügt, erfüllt kein Erfolgskriterium. Die **Hypothese** wird **stark eingeschränkt**: Bei Frauen mit geringem Therapieerfolg ist Missbrauchserkenntnis weniger wahrscheinlich.

4f. Nur in Kombination mit ME wird S/A- als längerfristig positiv erlebt.**Tabelle 10.9.** S/A-, ME und emotionales Erleben

| Kriterium | Person | S/A- | GR/.. mit ME | GR/.. ohne ME |
|---------------------------------|-----------|------|------------------------------|----------------------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | S-, O-, SW+ | GR/-, W+ autoagg. |
| | Sandra | x | W+, S-; W+ → A+, S+ | A+ |
| | Doris | x | W+, T+, A-, S-; GR/-, A+, O+ | k.A. |
| | Ulrike D. | x | W+, T+, A- | GR/-, SW-, U/K- |
| | Agnes A. | x | W+, T+ | O+ |
| 1. EK: | Helene | x | W+, SW+, S+ | k.A. |
| | Agnes B. | x | GR/+, U/K+, S-; GR/-, O+ | O+ |
| | Lisa | x | W+, S- | A+ |
| | Renate | x | SW+; GR/- | A+, SW-, S+ |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | SW+, W+; A+ | k.A. |
| | Sigrid | x | S-, A-, W+, O-; O+ | S+, A+ |
| kein EK: | Eva | x | W+; A+ | k.A. |
| | Julia | x | k.A. | W+, S-, SW+; W+ → S+ |
| | Judith | x | A+ | O+, A+, S+, SW- |
| | Melanie | x | k.A. | GR/-, A+ |
| | Michaela | x | k.A. | W+, A+ |
| | Anna | x | k.A. | VE+; O+, A+, S+, SW- |
| | Maria | x | k.A. | S+ |
| | Ina | x | W+ | A+, S+ |
| kein FB: | Marianne | x | A-, S-, W+ | S-; A+ |
| | Julia M. | x | S-, SW+; GR/- | S- |

Frauen mit niedrigem Therapieerfolg (und weniger ME) zeigen insgesamt auf die Wiederannäherung deutlich negativere emotionale Reaktionen. Typische Emotionsmuster lassen sich bei Ulrike Y., Ulrike D., Agnes und Lisa (hoher Therapieerfolg) und bei Ina (niedriger Therapieerfolg) finden: sie alle erleben die Wiederannäherung immer dann als entlastend und positiv, wenn gleichzeitig Missbrauchserkenntnis erreicht wurde. Die Mehrzahl der Frauen empfindet die Wiederannäherung immer dann, wenn Missbrauchserkenntnis verfügbar ist, als ambivalent (mit angenehmen und schmerzhaften Seiten) – vor der Erlangung dieses Erkennens erleben sie die Wiederannäherung als ausschließlich oder zumindest überwiegend negativ. Judith, Melanie und Maria (niedriger Therapieerfolg) empfinden S/A- als ausschließlich negativ – wobei nur Judith über eingeschränkte Missbrauchserkenntnis verfügt, aber auch im Rahmen des Erkennens auf die Wiederannäherung hin keine emotionale Entlastung erlebt. Die Beobachtungen lassen den Schluss zu, dass das Erkennen des Missbrauchs verstärkt dazu führt, dass die Wiederannäherung an das Trauma auch positiv und emotional entlastend erlebt wird. Insgesamt zeigen die Personen mit günstigeren Therapieerläufen auf die Wiederannäherung hin eine größere Bandbreite positiver emotionaler Reaktionen. Personen mit ungünstigerem Therapieerfolg empfinden die Wiederannäherung dagegen überwiegend negativ. Die **Ausgangshypothese** wird **eingeschränkt**: Das Erkennen des Missbrauchs begünstigt, dass die Wiederannäherung an das Trauma als positiv und entlastend empfunden wird. Bei fehlender oder nur rudimentärer Missbrauchserkenntnis wird Wiederannäherung überwiegend schmerzhaft empfunden, und zwar auch von jenen Frauen, die im späteren Verlauf zur Erkenntnis des Missbrauchs gelangen.

Abbildung 10.1. Abwehr und Wiederannäherungszyklus



4g. Weniger Erfolgreiche zeigen weniger S/A-, insbesondere ist ihr S/A- nicht mit einer ME verbunden, sodass S/A- auch langfristig stark aversiv erlebt wird.

Die Einzelfallberichte bestätigen, dass eine Wiederannäherung an das Trauma bei Frauen mit niedrigem Therapieerfolg in geringerem Maße gegeben ist. Die Aversivität von S/A- bei weniger Erfolgreichen wird zudem bestätigt durch obige Tabelle; selbst die Wut, die in dieser Tabelle zu den „positiven“ Emotionen gezählt wird, wird von den entsprechenden Betroffenen häufig nicht so erlebt, sondern führt bisweilen im Gegenteil zu verstärkten Angst- und Schuldgefühlen. Auf die weniger starke Verknüpfung von S/A- und ME wurde schon an früherer Stelle eingegangen. Die **Hypothese** wird **im wesentlichen beibehalten**. Aus der vorhergehenden Hypothesenprüfung geht hervor, dass die Wiederannäherung erst mit Erlangen der Missbrauchserkenntnis als überwiegend entlastend und positiv empfunden wird. Frauen mit geringerem Therapieerfolg – und geringerem ME – erleben daher die Wiederannäherung stärker aversiv.

5. Erfolgreichere erfahren auf S/A positive, anerkennende Reaktionen (R/+) und reagieren darauf mit verstärktem S/A-, so dass sich in der Regel folgender Kreislauf bei Erfolgreichen beobachten lässt:

In der geordneten Cross-Case-Matrix wird der Kreislauf in Abbildung 10.1 bei 6 Frauen mit hohem (Ulrike Y., Sandra, Helene, Agnes B., Lisa, Marianne) und nur einer Frau mit geringem Therapieerfolg (Margit; sie stellt ein Grenzfall hin zu den Erfolgreicheren dar) beobachtet. Die Analyse der kausalen Netzwerke macht den beschriebenen Kreislauf ebenfalls nachvollziehbar. Der Wechsel zwischen Wiederannäherungsphasen und Abwehrphasen scheint für Frauen mit hohem Therapieerfolg typisch zu sein, wobei die Einleitung der Wiederannäherungsphasen durch R/+ unterstützt werden kann. Im späteren Verlauf des Verarbeitungsprozesses scheint S/A- auch ohne positive Unterstützung von außen einzutreten, und Frauen schildern S/A als „Erholungsphase“ (Ulrike Y., Agnes B.) oder sprechen selbst von der Eigendynamik, die die Wiederannäherung mit sich bringt: sie müsse sich, einmal begonnen, immer weiter fortsetzen (Agnes B.: „Wenn man einmal angefangen hat, muss man immer weiter heilen.“ Helene im Verlauf von S/A- und ME/S: „Ich habe (in all dem Schmerz, sinngemäße Anm. A.B.) gewusst, dadurch werde ich heil“ (ähnliche Aussagen bei Ulrike Y. und Margit). Auch andere Autoren verweisen auf das genesungstypische Oszillieren zwischen Abwehr und Wiederannäherung, etwa Horowitz (1986) und Roth & Newman (1993). Die **Hypothese** wird **leicht abgewandelt**: Frauen mit hohem Therapieerfolg zeigen ein Oszillieren zwischen Wiederannäherung an das Trauma und Abwehr, wobei eine Wiederannäherung durch positive Reaktionen von außen begünstigt werden kann, sie selbst oft Angst auslöst, was zu einem (kurzfristigen) Einsetzen der Abwehrmechanismen (quasi als Erholungsphase vor neuerlicher Wiederannäherung) führen kann. Die Wiederannäherung bekommt zunehmend Eigendynamik, die schließlich einen völligen Rückzug auf Abwehrmechanismen unmöglich macht. Der beschriebene Kreislauf ist typisch für eine günstige Verarbeitung.

5a. Erfolgreichere erleben innerhalb der Therapie und in ihrem privaten Umfeld insgesamt mehr R/A als weniger Erfolgreiche.

Die **Hypothese** lässt sich anhand der Cross-Case-Matrix eindeutig **bestätigen**. Insgesamt beschreiben Erfolgreichere mehr positive Reaktionen (auch R/W und unspezifisches R/+), besonders R/A (höchste Hierarchie positiver Reaktionen) wird häufiger beobachtet.

Kennzeichen des Misserfolgs

6a. Weniger Erfolgreiche erleben in der Therapie und im privaten Umfeld häufiger R/L und R/-.

Die Häufigkeit negativer Reaktionen im privaten Umfeld ist bei unterschiedlichem Therapieerfolg annähernd gleich. Erfolgreichere erleben im privaten Umfeld zusätzlich positive Reaktionen, und zwar häufiger als Personen mit ungünstigerem Therapieverlauf. Innerhalb der Psychotherapie kommt es bei beiden Gruppen (bei Sandra, Doris und Agnes A. mit hohem und bei Sigrid, Melanie, Michaela, Anna und Ina mit geringerem Therapieerfolg) zu negativen Reaktionen – bei Frauen mit niedrigem Therapieerfolg allerdings häufiger. Der Rekurs auf die Einzelfalltabellen verdeutlicht, dass Frauen mit hohem Therapieerfolg in ihrer Wiederannäherung und Missbrauchserkenntnis schon relativ weit fortgeschritten waren, als solch negative Reaktionen eintraten – R/L schien weniger zu beeinträchtigen, wenn schon Missbrauchserkenntnis erreicht worden war. Viele der Erfolgreicheren wehrten sich aktiv gegen verleugnende und bagatellisierende oder anderweitig negative (therapeutische) Äußerungen, zeigten Wut und Konfrontationsverhalten. Bei Personen mit geringerem Therapieerfolg war es zum Zeitpunkt von R/- oft noch nicht zu umfassender Missbrauchserkenntnis gekommen – anhand der Einzelfalltabellen ließ sich beobachten, dass sie auf R/- nicht wie einige der „Erfolgreicheren“ (nach erlangtem ME) mit Wut und Konfrontation, sondern mit Abwehr und Rückzug (S/A) reagierten. So scheint nicht nur das „absolute“ Ausmaß verletzender negativer Reaktionen entscheidend für Misserfolg zu sein, sondern das Stadium, in dem sich die Betroffene zu jener Zeit gerade befindet. Insbesondere am Beginn des Verarbeitungsprozesses sind solch negative Reaktionen stark schädigend. Mit erreichter Einsicht in den Missbrauch und wiedererlangter Stärke können sich Frauen gegen derartige Verletzungen meist effektiver wehren, sie von sich weisen und sich Menschen suchen, die Akzeptanz und Verständnis zeigen. Die **Hypothese** wird **modifiziert**: Frauen mit niedrigem Therapieerfolg erleben negative Reaktionen innerhalb der Therapie etwas häufiger (in ihrer privaten Umwelt erleben beide Gruppen ähnlich häufig R/-), diese negativen Reaktionen fallen bei ihnen überwiegend in ein frühes Stadium des Verarbeitungsprozesses (nicht so bei hohem Therapieerfolg). Die schädigenden Implikationen von R/- scheinen mit voranschreitender Verarbeitung bzw. mit zunehmendem Therapieerfolg (deutlich nach Erreichen von Missbrauchserkenntnis) abzunehmen. Darüber hinaus erleben Frauen mit hohem Therapieerfolg insgesamt mehr positive Reaktionen, insbesondere mehr R/A und R/W.

6b. R/L führt zu Bedrohung, Angst, Ohnmacht, Schuldgefühlen und Misstrauen.

Tabelle 10.10. Folgen von verleugnenden Reaktionen

| Kriterium | Person | R/L | R/- | A | S | O | V | W | SW | S/A | S/R/A | |
|---------------------------|-----------|-----|-----|---|---|---|---|---|------------|-----|-------|---|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | | | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | | + | + | | | + | | | | |
| | | | x | | + | | | | - | | | |
| | Sandra | x | | | + | | | + | | x | x | |
| | | | | x | + | + | | | + autoagg. | - | x | x |
| | Doris | x | | | + | + | | - | | - | x | x |
| | | | x | | + | | | | | | | |
| | Ulrike D. | x | | | + | | | | + autoagg. | | x | |
| | Agnes A. | x | | | | + | + | - | + autoagg. | - | x | x |
| 1. EK: | Helene | x | | | + | | | | + | - | x | x |
| | | | | x | | + | | | | | x | |
| | Agnes B. | x | | | + | + | | - | | | | x |
| | Lisa | x | | | + | + | | - | + | - | x | |

(Fortsetzung von Tabelle 10.10)

| Kriterium | Person | R/L | R/- | A | S | O | V | W | SW | S/A | S/R/A |
|---------------------------------|----------|-----|-----|---|---|---|---|------------|----|-----|-------|
| | Renate | x | | + | + | + | | + autoagg. | - | x | x |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | | | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | | + | | | | + | - | | x |
| | Sigrid | x | | + | | + | - | + autoagg. | | x | x |
| | | | x | + | + | + | - | | - | | x |
| kein EK: | Eva | x | | + | | | | | | x | |
| | Julia | x | | + | + | | | + autoagg. | - | x | x |
| | Judith | x | | + | | + | - | + autoagg. | - | x | |
| | Melanie | x | | + | + | | | + autoagg. | - | | |
| | Michaela | x | | + | | | - | + | | x | x |
| | Anna | x | | + | + | + | | + autoagg. | - | x | |
| | Maria | x | | + | + | + | | + autoagg. | - | x | x |
| | Ina | x | | + | + | | - | + autoagg. | - | x | x |
| | | | x | + | + | | | | - | | |
| kein FB: | Marianne | x | | + | | | | + autoagg. | - | x | x |
| | Julia M. | x | | + | + | + | | + autoagg. | - | x | x |
| | | | x | + | + | | | | - | | |

Die Tabelle zeigt verschiedene emotionale Antworten auf verleugnende Reaktionen. Diese führen regelmäßig zur Verstärkung von Angst und Schuld und zu Selbstentwertungen. Überraschend häufig reagieren Frauen, und zwar unabhängig ihres Therapieerfolges, auf derartige Äußerungen mit autoaggressiven Akten. Das Ausmaß der Autoaggression unterscheidet sich allerdings in Abhängigkeit vom Therapieerfolg: Erfolgreichere äußern Wut auf sich selber, häufig auch verbunden mit negativem Umgang mit dem eigenen Körper, bei weniger Erfolgreichen werden solche autoaggressiven Verhaltensweisen bisweilen extrem, häufig sind Essensverweigerung (beschriebene Verschlimmerung einer schon vorhandenen Magersucht), auch Mutilationen und Suizidversuche werden im Zusammenhang mit R/L berichtet. Die **Ausgangshypothese** wird **eingegrenzt und zugespitzt**: Extrem negative Konsequenzen leugnenden, bagatellisierenden, schuldzuweisenden und opferzentrierenden auf die Betroffene gerichteten Verhaltens werden beobachtet. Derart negative Reaktionen werden als im höchsten Maße verletzend empfunden und führen zur Verstärkung von Angst, Schuld- und Ohnmachtsgefühlen, zur Selbstentwertung und auffallend häufig zu autoaggressiven Verhaltensweisen. Im Zusammenhang mit R/L ist in der Regel Abwehr und Verleugnung zu beobachten, bisweilen abgeschwächt durch eine rationale Auseinandersetzung mit der Verletzung, die die aufflammende Ängste, Schuld- und Ohnmachtsgefühle zuweilen einzudämmen vermag.

6c. R/L führt zu SW-.

Vorhergehende Beobachtungen **bestätigen** diese **Hypothese**.

6d. Angst, Unsicherheit und Misstrauen und übergroßer Schmerz fördern S/A.

Die Beobachtungen aus der Tabelle 10.10 auf Seite 153 bestätigen diese Hypothese, wobei häufig auch rationale Auseinandersetzung beobachtet wird, die die negativen Implikationen von R/L oder quälende Ängste, Schuld- und Ohnmachtsgefühle sowie Selbstentwertungen geringfügig und kurzzeitig mildert (Beobachtungen aus den Einzelfalltabellen). Die **Ausgangshypothese** wird **modifiziert**: Angst, Unsicherheit, Misstrauen und Schmerz

fördern S/A und begünstigen parallel dazu eine rationale Auseinandersetzung vor allem dann, wenn S/A auf R/L zurückgeht.

6e. Weniger Erfolgreiche zeigen ausgeprägtes S/A und nur geringes S/A-.

Die Cross-Case-Matrix wie die Einzelfalltabellen zeigen, dass auf R/- alle Frauen unabhängig des Therapieerfolgs hauptsächlich mit S/A reagieren, zeitweise auch S/RA zeigen. Weiters wird beobachtet, dass Frauen mit geringem Therapieerfolg zur Zeit der Therapie auf R/+ zeitweise Abwehr zeigen – dies wird bei keiner Frau mit hohem Therapieerfolg beobachtet. Die **Ausgangshypothese** scheint dadurch **bestätigt** (unter der Berücksichtigung, dass Personen mit geringerem Therapieerfolg deutlich häufiger negative Reaktionen (R/-) erleben, und R/- mit verstärktem S/A einhergeht).

6f. Weniger Erfolgreiche erleben S/A positiver und erstrebenswerter als Erfolgreichere.

Tabelle 10.11. Emotionale Bewertung eigener Verleugnung

| Kriterium | Person | S/A | GR/+ | GR/- | Wunsch |
|---------------------------------|-----------|-----|-------|------|--------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | | S+ | |
| | Sandra | x | A- | W- | S/A- |
| | Doris | x | A- | A, O | |
| | Ulrike D. | x | A- | A | |
| | Agnes A. | x | k.A. | | |
| 1. EK: | Helene | x | A- | A | S/A- |
| | Agnes B. | x | + | | S/A- |
| | Lisa | x | k.A. | | S/A- |
| | Renate | x | +, O- | W- | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | A- | | S/A- |
| | Sigrid | x | k.A. | | |
| kein EK: | Eva | x | k.A. | | |
| | Julia | x | + | S+ | S/A |
| | Judith | x | + | | S/A |
| | Melanie | x | + | - | S/A |
| | Michaela | x | A- | A | S/A- |
| | Anna | x | | | S/A |
| | Maria | x | + | W- | |
| | Ina | x | A- | A | |
| kein FB: | Marianne | x | A- | SW- | |
| | Julia M. | x | A- | | S/A |

Die Beobachtungen zeigen, dass Verleugnen und Abspalten mit einer deutlichen Verringerung aktueller Angst einhergeht. Frauen mit hohem Therapieerfolg erleben dieses Abspalten selbst durchweg ambivalent, häufig führt das „Taubsein“ zur Angst, nicht mehr angemessen reagieren zu können, manchmal zu Selbstentwertung. Frauen mit geringem Therapieerfolg berichten über weniger negative Konsequenzen ihres Abwehrverhaltens, sie erleben S/A als überwiegend positiv und wünschen sich teils bewusst, S/A weiter beizubehalten. Analoge Wünsche nach S/A fehlen bei allen Personen mit hohem Erfolg, selbst bei jenen, die S/A als durchwegs positiv erleben (wie Sandra, Renate, und Agnes B. W-, die Abnahme bisweilen quälender Wutgefühle, wurde in der Tabelle zwar als „negativ“ vermerkt, wird aber meist als erleichternd empfunden.) Analoge Beobachtungen liefert das Beschreibungsmodell für R/- (allerdings nur in bezug auf S/A, das mit R/- zusammenhängt). Die

Ausgangshypothese wird **beibehalten**: Personen mit geringem Therapieerfolg erleben S/A durchwegs positiv und wenig ambivalent. Einige von ihnen geben an, S/A zu wünschen – von keiner Frau mit hohem Therapieerfolg wurde das berichtet. Bei ihnen überwiegt im Gegenteil der Wunsch, sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen, selbst wenn S/A–schmerzhaft empfunden und S/A durchwegs noch positiv erlebt wird.

6g. Weniger Erfolgreiche geben an, S/A zu wünschen. Solche Angaben sind bei Erfolgreicheren nicht vorhanden.

Aus Tabelle 10.11 auf Seite 155 lässt sich diese **Hypothese** zwar beibehalten, aber etwas **abschwächen**: Viele Frauen mit geringem Therapieerfolg geben an, S/A zu wünschen. Bei keiner Frau mit hohem Erfolg wurde eine solche Haltung beobachtet, im Gegenteil wünschen sie sich häufig eine emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma (das wünschen sich nur zwei Frauen mit geringerem Therapieerfolg: Margit und Michaela).

6h. Frauen mit niedrigem Therapieerfolg haben Angst und stärkere Schuldgefühle bei R/W.

Tabelle 10.12. Folgen des Wahrgenommen-Werdens

| Kriterium | Person | R/W | S | O | A | V | SW | S/A– |
|---------------------------------|-----------|------|------|------|---|---|----|------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | – | + | | | | x |
| | Sandra | x | + | | + | | | z.T. |
| | Doris | x | + | | + | | | x |
| | Ulrike D. | x | | | + | | | z.T. |
| | Agnes A. | x | | | | + | | x |
| 1. EK: | Helene | x | – | | | + | | x |
| | Agnes B. | x | – | + | | + | | z.T. |
| | Lisa | x | + | | – | | + | z.T. |
| | Renate | x | + | | | + | | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | | | + | | + | z.T. |
| | Sigrid | x | | | | + | | z.T. |
| kein EK: | Eva | x | | | | + | | z.T. |
| | Julia | x | | | + | – | – | z.T. |
| | Judith | x | | +, – | + | + | – | |
| | Melanie | x | k.A. | | | | | |
| | Michaela | x | | | | + | | x |
| | Anna | x | | – | | + | | z.T. |
| | Maria | x | k.A. | | | | | |
| | Ina | x | + | | | – | | |
| kein FB: | Marianne | x | – | | | + | | x |
| | Julia M. | k.A. | | | | | | |

Insgesamt lassen sich emotionale Zuschreibungen bei Frauen mit geringem Therapieerfolg seltener treffen – oft überdeckt der Zustand der Verleugnung und Abwehr Gefühlsregungen oder zumindest deren Ausdruck. Auch Frauen mit hohem Therapieerfolg erleben auf R/W häufig eine Verstärkung ihrer Angst- und Schuldgefühle, bisweilen aber auch Vertrauen und Erleichterung. Bei Betroffenen mit geringem Therapieerfolg lassen sich ähnliche Beobachtungen machen, überraschend zeigte sich bei ihnen jedoch bisweilen ein negativer Effekt von R/W auf die Selbstbewertung – manche Betroffene beschreiben im Interview das unangenehme Gefühl des „Schuldhaft-ertappt-Seins“. Entsprechende Beobachtungen lassen sich bei Personen mit günstigerem Therapieausgang nicht finden. Die **Ausgangshypothese** wird dahingehend **revidiert**, dass bei Personen mit

gerinerem Therapieerfolg die bloße Wahrnehmung des Missbrauchs (R/W) häufig mit Verschlechterung ihres Selbstwertgefühls einhergeht.

6i. Erfolgreichere erleben S/A negativ (bedrohlich und aversiv) und geben an, darunter (zumindest zeitweise) zu leiden. Solche Angaben sind bei weniger Erfolgreichen nicht zu finden.

Tabelle 10.11 auf Seite 155 zeigt, dass erfolgreiche Frauen S/A tatsächlich als stärker ambivalent erleben, Frauen mit niedrigem Therapieerfolg dagegen empfinden S/A als überwiegend erleichternd und positiv. Aber auch hier berichten drei Personen (Melanie, Michaela und Ina) von negativen Seiten des Abspaltens, insbesondere verursacht die selbstinduzierte „Taubheit“ ein sekundäres Angstgefühl. Erfolgreichere erkennen und schätzen genauso die vorerst angstlösende und entrückende angenehme Seite des Abschaltens, daneben sprechen sie öfter auch von der negativ-lähmenden und so sekundär ängstigenden Komponente des Abschaltens. Die **Ausgangshypothese** muss **modifiziert** werden: Personen mit hohem Therapieerfolg tendieren dazu, S/A nicht nur positiv, sondern auch negativ zu empfinden. Jene mit ungünstigerem Therapieausgang fühlen vor allem die angenehm angstlösende und entlastende Seite des S/A, emotional negative Komponenten sind bei ihnen im Hintergrund.

6j. Erfolgreichere geben an, S/A ändern oder aufgeben zu wollen. S/A ist Änderungsmotivation.

S/A stellt für weniger Erfolgreiche keine Änderungsmotivation dar. Wie die Tabelle 10.11 auf Seite 155 zeigt, wünschen sich viele Erfolgreichere eine Wiederannäherung, sie wollen S/A aufgeben. Aus den Einzeltabellen folgt:

Tabelle 10.13. Umgang mit eigener Verleugnung

| Kriterium | Person | S/A = Problem | S/A = Ziel | |
|---------------------------------|-----------|---------------|------------|---|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | ja | ja | |
| | Sandra | ja | z.T. | |
| | Doris | ja | nein | |
| | Ulrike D. | nein | nein | ! |
| | Agnes A. | ja | nein | |
| 1. EK: | Helene | nein | ja | |
| | Agnes B. | ja | ja | |
| | Lisa | nein | ja | |
| | Renate | nein | nein | ! |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | |
| 2. EK: | Margit | nein | ja | |
| | Sigrid | ja | ja | ! |
| kein EK: | Eva | nein | z.T. | |
| | Julia | nein | nein | |
| | Judith | nein | nein | |
| | Melanie | nein | nein | |
| | Michaela | nein | ja | |
| | Anna | nein | nein | |
| | Maria | nein | nein | |
| | Ina | nein | nein | |
| kein FB: | Marianne | nein | ja | |
| | Julia M. | ja | nein | |

Betroffene mit hohem Therapieerfolg geben häufiger an, unter S/A gelitten zu haben und noch zu leiden und deshalb S/A aufgeben zu wollen. Dagegen berichtet nur Sigrid (mit geringem Therapieerfolg) davon, S/A als

stark unangenehm und beeinträchtigend zu erleben und ändern zu wollen). Allerdings stellt S/A nur bei etwa der Hälfte der Personen mit hohem Therapieerfolg eine explizite Änderungsmotivation dar – dennoch deutlich häufiger als in der Vergleichsgruppe. In Kombination ergibt sich für die beiden Beobachtungen, dass bei Personen mit hohem Erfolg etwas häufiger S/A– angestrebt wird oder S/A Änderungsmotivation ist. Bei Personen mit geringem Erfolg sind genannte Beobachtungen seltener. Abweichungen zeigen sich bei Ulrike D. und Renate (beide mit hohem Therapieerfolg): beide betrachten weder S/A als Änderungsmotivation noch scheinen sie S/A– anzustreben. Der umgekehrte Sonderfall ist Sigrid: sie zeigt S/A als Änderungsmotivation, S/A– wird angestrebt, gleichzeitig ist sie als Frau mit geringerem Therapieerfolg eingestuft, erfüllt dabei aber das 2. EK und stellt daher ein Grenzfall dar. Die Beschreibung des erfolgstypischen Verarbeitungskreislaufes zeigt, dass S/A von Frauen mit hohem Therapieerfolg als *vorübergehende* „Erholungsphase“ durchaus positiv bewertet wird. Ausschlaggebend für die positive Bewertung scheint der Umstand zu sein, nach S/A eine neuerliche Wiederannäherung einleiten zu können – d.h. sich des vorübergehenden Charakters der Abwehr bewusst zu sein. Die **Ausgangshypothese** wird **stark abgeschwächt**: Manchmal wird S/A zur Änderungsmotivation, und zwar geringfügig häufiger bei Personen mit günstigerem Therapieausgang.

6k. Erfolgreichere geben an, S/A– anzustreben. Solche Angaben sind bei Erfolgloseren nicht vorhanden.

In Tabelle 10.13 auf Seite 157 lässt sich bei Frauen, die zumindest ein Erfolgskriterium erfüllen, etwas häufiger beobachten, dass sie angaben, eine Wiederannäherung bewusst angestrebt zu haben, solche Angaben finden sich aber auch bei Frauen mit geringem Therapieerfolg. Die Prüfung der Hypothese 5 ergab zudem, dass die fortschreitende Wiederannäherung eine Eigendynamik entwickelt, so dass ein gänzlicher Rückzug auf Abwehrmechanismen subjektiv nicht mehr möglich erscheint. S/A– muss spätestens zu diesem Zeitpunkt nicht mehr „bewusst“ angestrebt werden. Die **Ausgangshypothese** wird **stark eingeschränkt**: Frauen mit hohem Therapieerfolg geben nicht sehr viel häufiger an, eine emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma bewusst anzustreben.

6l. Erfolgreichere erleben S/A– zwar schmerzhaft, aber auf lange Sicht eher positiv.

Tabelle 10.9 auf Seite 151 zeigt, dass Frauen unabhängig des Therapieerfolgs Wiederannäherung schmerzhaft erleben. Zusätzlich dazu berichten Frauen mit hohem Therapieerfolg häufiger von gleichzeitig vorhandenen positiven Emotionen und Bewertungen (insbesondere langfristig) auf die Wiederannäherung, für sie ist S/A– sehr ambivalent. Es ist anzunehmen, dass die Missbrauchserkenntnis eine entscheidende intervenierende Variable in der Bewertung von S/A– darstellt. Auch Frauen mit hohem Therapieerfolg nehmen Wiederannäherung fast ausschließlich dann positiv wahr, wenn diese schon zur Erkenntnis des Missbrauchs geführt hat. Nach der Missbrauchserkenntnis wird die Wiederannäherung generell deutlich positiver bewertet wie zuvor. Vor dieser Einsicht wird Wiederannäherung unabhängig des späteren Therapieerfolgs als hochgradig schmerzhaft und nur geringfügig entlastend (unwesentlich häufiger bei Erfolgreicheren) empfunden. Die **Ausgangshypothese** wird **beibehalten und erweitert**, ME dürfte dabei eine entscheidende intervenierende Variable sein.

6m. Weniger Erfolgreiche erleben S/A– stark negativ, reagieren aversiv und wünschen, S/A– zu vermeiden. Solche Bestrebungen sind bei Erfolgreicheren nur sehr selten.

Alle Personen erleben S/A– zuerst vorrangig aversiv (vgl. Tabelle 10.9 auf Seite 151); die Wiederannäherung wird erst dann als längerfristig positiv begriffen, wenn es bereits zur Missbrauchserkenntnis gekommen ist – diese ist bei erfolgreicheren Personen deutlich häufiger. Die Beobachtungen aus den Einzelfalltabellen zeigen, dass Personen mit geringerem Therapieerfolg tatsächlich häufiger danach trachten, S/A– zu vermeiden (und sich gleichzeitig S/A wünschen). Gleichzeitig sprechen auch Frauen mit hohem Therapieerfolg von der Funktionalität von S/A als Schutz vor Überforderung an, ein Rückzug auf S/A ist bei ihnen dabei in fast jedem Fall mit dem Bewusstsein verbunden, dass dies eine vorübergehende Erholungspause wird, der eine neuerliche Wiederannäherung folgen wird. Frauen mit geringem Therapieerfolg wünschen sich S/A dagegen häufig als endgültige Lösung. Die **Hypothese** wird **umformuliert**: Zunächst erleben alle Betroffenen S/A– als ängstigend und aversiv. Alle Frauen geben an, die Wiederannäherung von Zeit zu Zeit meiden zu wollen – jene mit hohem

Therapieerfolg allerdings nur als kurzfristige „Erholungsphase“, der eine erneute Wiederannäherung folgen soll und folgt, Frauen mit geringem Therapieerfolg wünschen sich S/A hingegen oft als endgültige Lösung.

7a. R/-, insbesondere R/L führt zu S/A.

Die aus den Einzelanalysen extrahierte Tabelle 10.10 auf Seite 153 sowie die geordnete Cross-Case-Matrix unterstützen die Hypothese. Insbesondere R/- scheint Abwehr und Verleugnung zu begünstigen. In den Einzelinterviews lassen sich dazu auch eindeutige Aussagen der Betroffenen (unabhängig ihres Therapieerfolges) finden. Die **Hypothese** wird **beibehalten**.

7b. S/A macht ME unmöglich.

Ein Rekurs auf die Cross-Case-Matrix und Ergebnisse der Einzelfalltabellen belegen, dass der Missbrauchserkenntnis immer eine Wiederannäherung an das Trauma vorausgeht. Beim Vorherrschen von Verleugnungs- und Abwehrtendenzen (S/A) ist die Einsicht in den erlittenen Missbrauch nicht möglich: kein einziger Fall wurde beobachtet, bei dem es bei Überwiegen von S/A über S/A- zur entsprechenden Missbrauchserkenntnis kam. Auch die theoretische Überlegung, dass der Erkenntnis des Missbrauchs eine allmähliche thematische und emotionale Auseinandersetzung vorausgehen muss, unterstützt die **Hypothese**, sie wird **beibehalten**.

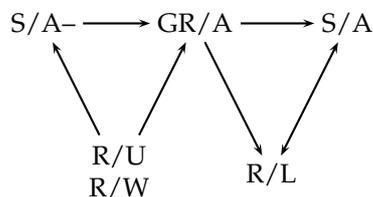
7c. S/A begünstigt R/L.

Tabelle 10.14. Eigene Verleugnung, Verleugnung bei anderen

| Kriterium | Person | R/L bei S/A | R/L bei S/A- | R/W bei S/A | R/W bei S/A- |
|---------------------------------|-----------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | | | x | x |
| | Sandra | x | x | x | x |
| | Doris | x | | | x |
| | Ulrike D. | x | | x | x |
| | Agnes A. | x | | x | x |
| 1. EK: | Helene | | | | x |
| | Agnes B. | | | x | |
| | Lisa | | x | x | x |
| | Renate | | | x | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | |
| 2. EK: | Margit | | x | | x |
| | Sigrid | x | | | x |
| kein EK: | Eva | x | | x | x |
| | Julia | x | x | | |
| | Judith | x | | x | |
| | Melanie | x | x | | |
| | Michaela | | x | | |
| | Anna | x | x | x | |
| | Maria | | | | x |
| kein FB: | Marianne | x | | | |
| | Julia M. | x | x | | x |

R/L zeigte sich deutlich häufiger bei S/A, der Zusammenhang war vor allem bei Frauen mit geringem Therapieerfolg (die insgesamt mehr R/L erleben) deutlich. Leugnende Reaktionen zeigten sich auch auf eine emo-

Abbildung 10.2. Abwehr und Wiederannäherung bei unterschiedlichen Reaktionen



tionale Auseinandersetzung mit dem Trauma, häufiger aber als Folge von S/A. Die **Ausgangshypothese** wird **beibehalten**.

7d. S/A- begünstigt R/W.

Tabelle 10.14 auf Seite 159 zeigt, dass Frauen R/W nur unwesentlich häufiger als Folge ihrer Wiederannäherung und ihrer damit verbundenen emotionalen Auseinandersetzung erleben als im Zusammenhang mit eigener Abwehr. Insgesamt erleben Personen mit günstigerem Therapieausgang häufiger R/W, die steht aber in keinem sichtbaren Zusammenhang mit S/A oder S/A-. Die **Ausgangshypothese** wird **verworfen**.

8a. Weniger Erfolgreiche haben „schwerwiegendere“ Übergriffe erlitten.

Die Fragebogendaten liefern dazu keine Hinweise. Frauen mit verschiedenem Therapieerfolg unterscheiden sich nicht bezüglich demographischer Merkmale oder Charakteristika der Übergriffe. Die **Hypothese** wird **verworfen**.

8b. Weniger Erfolgreiche zeigen dramatischere Symptome bei Therapiebeginn.

Frauen mit *hohem* Therapieerfolg zeigen retrospektiv eine stärkere intrusive Symptomatik und tendentiell erhöhte Borderline-Symptome vor Therapiebeginn, daneben aber auch höhere Fähigkeiten (soziale und sprachliche Kompetenz, Realitätswahrnehmung, Selbstreflexion). Die **Hypothese** wird **verworfen**.

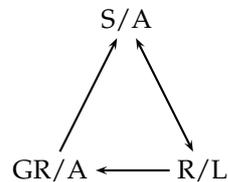
8c. Weniger Erfolgreiche haben eine geringere Therapiedauer.

Die Fragebogendaten (FKB) **bestätigen** die **Hypothese**: Frauen mit hohem Therapieerfolg waren länger in psychotherapeutischer Behandlung.

9. Weniger Erfolgreiche erleben auf S/A häufiger R/L, sie erfahren weniger R/A und reagieren nicht nur auf S/A-, sondern auch auf R/W und R/U mit Angst und darauffolgend verstärktem S/A.

Die personenübergreifenden Vergleichstabellen zeigen, dass Personen mit geringerem Therapieerfolg deutlich weniger positive (R+) und mehr negative Reaktionen (R/-) erfahren. Das Beschreibungsmodell zu Auswirkungen negativer Reaktionen zeigt ihre Verknüpfung mit Abwehrmechanismen (S/A), vgl. dazu Abbildung 10.2. Die Einzelfalltabellen zeigen weiters, dass zwar keine Frau mit hohem Therapieerfolg, aber vier Frauen mit geringerem Therapieerfolg (Margit, Julia, Judith, Melanie) auf R/+ manchmal mit S/A reagierten. Bei drei Frauen mit hohem Therapieerfolg (Agnes A., Helene, Renate) und bei zwei Frauen mit geringem Therapieerfolg (Sigrid, Judith) wurde außerdem die in Abbildung 10.3 dargestellte Variablenkombination beobachtet. Die Abwehrreaktion als Folge auf R/L, verbunden mit einer Ängstigung, zeigt sich unabhängig vom Therapieerfolg. Weniger Erfolgreiche erleben tatsächlich häufiger R/L, allerdings nicht spezifisch häufiger auf S/A als Frauen mit hohem Therapieerfolg. Typisch zeigt sich dagegen, dass ausschließlich Frauen mit geringem Therapieerfolg auch auf positive Reaktionen (R/W, R/U die sie insgesamt seltener erleben), bisweilen mit Ab-

Abbildung 10.3. Verleugnungskreislauf



wehr reagieren. Die **Ausgangshypothese** wird **umformuliert**: Eine wechselseitige Verstärkung von R/L und S/A lässt sich bei allen Personen unabhängig ihres Therapieerfolges beobachten. Ausschließlich Frauen mit niedrigem Therapieerfolg reagieren zeitweise auch auf R/W und R/U mit Abwehr.

Beobachtungen unabhängig des Therapieerfolgs

10. Erfolgreichere wünschen sich R/W und wiederholtes Nachfragen, sie wollen über ihr Erlebtes sprechen.

In den Interviews und Einzelfalltabellen wurde speziell auf die Bedürfnisse und Wünsche Betroffener eingegangen. Die Frauen gaben an, sich zu *wünschen* (Eintrag nicht bei effektivem Vorhandensein der Kategorie, sondern bei Wunsch danach):

Tabelle 10.15. Soziale Wünsche

| Kriterium | Person | Reaktionen R/.. | KO/S | S/A- | S/A | Sonstiges |
|---------------------------------|-----------|-----------------|------|------|-----|---|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | A, W | x | x | | KO/H, gute Partnerbeziehung |
| | Sandra | A, W, O- | | x | | Konfrontation der Eltern |
| | Doris | W | x | x | | KO/H, positive Reaktionen des Partners |
| | Ulrike D. | A, W, O- | | | | KO/H |
| | Agnes A. | A, W | | | | KO/H, Konfrontation der Eltern |
| 1. EK: | Helene | A, W | | x | | KO/H |
| | Agnes B. | A, W | x | x | | gute Beziehung zu Kindern |
| | Lisa | A, W | x | x | | Genießen lernen |
| | Renate | A | | | x | Essstörung aufgeben können |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | |
| 2. EK: | Margit | A, W | x | x | | bessere Partnerbeziehung |
| | Sigrid | A, W | x | x | | positive Reaktionen des Partners, gute Beziehung zu Kindern |
| kein EK: | Eva | A, W | | x | x | |
| | Julia | A | x | | x | bessere Beziehung zu Partner und Eltern, kein Schmerz mehr |
| | Judith | A, W | x | | x | Liebe des Vaters (=Täter), Kontrolle |
| | Melanie | | | | x | sexuelle Abstinenz |
| | Michaela | W | | x | | direktive Beratung, S/RA |
| | Anna | A, W | x | | x | Partnerschaft ohne Sex, S/RA |
| | Maria | | | | x | Partnerschaft, S- |
| | Ina | A, W, O- | x | | | Konfrontation des Täters |

(Fortsetzung von Tabelle 10.15)

| Kriterium | Person | Reaktionen R/.. | KO/S | S/A- | S/A | Sonstiges |
|-----------|----------|-----------------|------|------|-----|--|
| kein FB: | Marianne | W | x | | | bessere Beziehung zu Männern, bessere Partnerbeziehung |
| | Julia M. | A, W | x | | | positive Reaktionen des Partners, Kinder schützen können |

Alle Frauen wünschten sich unabhängig des Therapieerfolges ein akzeptierendes, wahrnehmendes Gegenüber (R/A und R/W), mit dem sie über die erlebte Gewalt sprechen können. Geringfügig mehr Frauen mit hohem Erfolg wünschten sich eine emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma (Ausnahme: Renate wünschte sich ein Beibehalten der Abwehr). Frauen mit geringem Therapieerfolg drücken häufiger den Wunsch nach Abwehr aus. Ausschließlich Frauen mit hohem Erfolg wünschten sich, von anderen Betroffenen und deren Erlebnissen zu hören – dieser Wunsch kann vermutlich als größere Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit dem Thema gedeutet werden. Fast alle Personen äußerten Beziehungswünsche, allerdings nur Frauen mit ungünstigerem Therapieverlauf wünschten sich gleichzeitig sexuelle Abstinenz. Die **Ausgangshypothese** wird **verworfen**.

11a. Bei Frauen mit geringem Therapieerfolg, die ihre Therapie als „gut“ einschätzen (KTI, Item m26) wurde nicht die sexualisierte Gewalt, sondern ein anderer Themenkomplex bearbeitet.

Tabelle 10.16. Zentrales Thema der letzten Psychotherapie

| Kriterium | Person | Hauptthema | Zufriedenheit mit PT | Motivation zur PT |
|---------------------------------|------------|--|--------------------------|--|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | sexual. Gewalt | sehr zufrieden | Teil der Ausbildung. |
| | Sandra | sexual. Gewalt | sehr zufrieden | Unfalltod des Partners, suizidal |
| | Doris | sexual. Gewalt | sehr zufrieden | sexualisierte Gewalt |
| | Ulrike D. | Kind aus Inzest | eher zufrieden | Trennung vom Partner, Verlust d. Sorgerechts für Kinder, Suizidversuch |
| | Agnes A. | sexual. Gewalt | eher unzufrieden | Depression, sex. Gewalt |
| 1. EK: | Helene | sexual. Gewalt | sehr zufrieden | Teil der Ausbildung |
| | Agnes B. | sexual. Gewalt | eher zufrieden | sexual. Gewalt, Probleme mit Kindern |
| | Lisa | sexual. Gewalt | eher zufrieden | Probleme mit Partner, Abtreibung |
| | Renate | Anorexie | eher zufrieden | Anorexie |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | |
| 2. EK: | Margit | sexual. Gewalt | eher zufrieden | Probleme mit Partner |
| | Sigrid | Probleme mit dem Sohn, sex. Gewalt | eher unzufrieden | Aversion gegen Sohn |
| kein EK: | Eva | Eheprobleme, sex. Gewalt | eher zufrieden | Sexuelle Eheprobleme |
| | Julia | Psychogenes Schmerzsyndrom | sehr unzufrieden | Chronischer Kopfschmerz |
| | Judith | Depression, sex. Gewalt | eher zufrieden | Trennung vom Partner, suizidal |
| | Melanie | Depression, sex. Gewalt | sehr unzufrieden | Depression |
| | Michaela | Sexualität d. Eltern traumatisch erlebt | eher zufrieden | „Libidoverlust“ |
| | Anna Maria | Anorexie, sex. Gewalt Probleme im Orden | eher unzufrieden k.A. | Anorexie Von der Oberin geschickt |

(Fortsetzung von Tabelle 10.16)

| Kriterium | Person | Hauptthema | Zufriedenheit mit PT | Motivation zur PT |
|-----------|----------|--------------------------|----------------------|-------------------|
| | Ina | Anorexie | eher unzufrieden | Anorexie |
| kein FB: | Marianne | Eheprobleme, sex. Gewalt | k.A. | Eheprobleme |
| | Julia M. | sexual. Gewalt | k.A. | Alkoholsucht |

Bezüglich der Motivation zur Psychotherapie ließen sich bei beiden Gruppen keine wesentlichen Unterschiede finden. Hingegen sind Frauen mit hohem Therapieerfolg eindeutig zufriedener mit ihrer therapeutischen Beziehung als die Vergleichsgruppe, obwohl (nach Ergebnissen des FKB) sich beide Gruppen bei Therapieende bezüglich der absoluten Symptomstärke nicht signifikant unterscheiden. Erfolgreichere bewerten ihre Besserung positiver und sind mit der Therapie zufriedener. Die in den Interviews beobachtete Tendenz größerer Zufriedenheit mit der Psychotherapie auf der Seite der Erfolgreicheren ließen sich auch im KTI (m26) beobachten. Mit zwei Ausnahmen war bei allen Frauen mit hohem Therapieerfolg die sexualisierte Gewalt der Kindheit Hauptthema der Psychotherapie, im Vergleich dazu gaben das nur vier Frauen mit geringerem Erfolg an. Keine Frau mit geringem Therapieerfolg war mit ihrer Psychotherapie sehr zufrieden – darunter einige, bei denen die sexualisierte Gewalt Hauptthema war. Die **Ausgangshypothese** wird **verworfen**. Möglicherweise geht die als Erfolg verbuchte relative Symptombesserung bei Erfolgreicheren mit relativ geringer Missbrauchserkenntnis auf die therapeutische Bearbeitung anderer Themenkomplexe zurück, wobei gleichzeitig das Missbrauchstrauma unbearbeitet blieb. Dafür sprechen auch die teilweise beibehaltenen hohe absoluten Symptomwerte. Zwischen der Zufriedenheit mit der Psychotherapie und der Tatsache, ob sexualisierte Gewalt ihr Hauptthema war, lassen sich keine klaren Zusammenhänge beobachten – wohl aber hängen Zufriedenheit und Therapieerfolg zusammen.

11b. Der sexuelle Missbrauch war bei weniger Erfolgreichen häufiger Randthema der Therapie, bei Erfolgreicheren war er zentrales Thema.

Alle Personen, die die sexualisierte Gewalt schon (zumindest unter anderen Gründen) als Motivation nannten, um sich in Therapie zu begeben, waren Frauen mit hohem Therapieerfolg (Ausnahme: Margit, sie zeigt insgesamt viele Kriterien für hohen Therapieerfolg, obwohl sie der Gruppe der Frauen mit geringerem Erfolg zugeordnet wurde). Insgesamt war bei fast allen Frauen mit hohem Erfolg (Ausnahmen: Renate und Ulrike D.) die sexualisierte Gewalt zentrales Therapiethema. Auffallend ist, dass fast alle Frauen mit hohem Erfolg sich selbst für eine Therapie entschieden (die beiden Ausnahmen, Helene und Lisa, kamen im Rahmen einer Ausbildung in die Psychotherapie). Im Gegensatz dazu wurden Betroffene mit ungünstigeren Therapieverläufen häufig von Ärzten aufgrund anderer Probleme in Therapie verwiesen. Der Anlass der Überweisung blieb bei vielen zentrales Therapiethema und wurde nur bei manchen in Zusammenhang mit dem Trauma gebracht. Nur bei drei Frauen mit niedrigem Erfolg war oder wurde die sexualisierte Gewalt zentrales Therapiethema (Margit, Judith und Melanie). Die **Hypothese** wird **umformuliert**: Frauen, bei denen der erlittene sexuelle Missbrauch zentrales Therapiethema war, haben tendenziell positivere Therapieverläufe.

12. Weniger Erfolgreiche machten ihre PT häufiger nicht aus eigener Änderungsmotivation, sondern weil sie wegen anderer Probleme überwiesen worden waren (insbesondere körperliche Syndrome).

Vgl. Tabelle 10.16 auf Seite 162: Zwei Frauen mit hohem Therapieerfolg kamen im Rahmen einer eigenen Ausbildung in Psychotherapie, beide wollten die eigene Situation verändern. Alle anderen Frauen mit hohem Erfolg suchten sich unmittelbar aufgrund eigenen Leidensdruckes einen Therapeuten. Bei drei Frauen war die sexualisierte Gewalt Eingangsthema. Hingegen wurden vier Frauen mit geringem Erfolg an den Therapeuten verwiesen – in fast jedem Falle war die sexualisierte Gewalt nicht Thema (Ausnahme: Margit). Es scheint so, als ob jene Frauen, die die sexualisierte Gewalt bereits als Problem sehen und mit als Grund für eine Therapie sehen, Aussicht auf guten Therapieerfolg haben. Die anfängliche Problemerkennntnis macht es vermutlich schneller möglich, innerhalb der Therapie zur Erkenntnis der Missbräuchlichkeit der Übergriffe zu gelangen. Die **Hypo-**

these wird **umformuliert**: Jene Betroffenen, die den sexuellen Missbrauch als Grund für ihren Therapiewunsch angeben, haben gute Aussichten auf einen günstigen Therapieausgang.

13a. Die Verbindung von S/A- mit KO/S (und die gegenseitige Verstärkung) treten gehäuft bei Erfolgreicheren auf.

Tabelle 10.17. Wiederannähern und Darüber-Sprechen

| Kriterium | Person | Reaktion R/? | KO/S | S/A- (im Zshg.) | S/A (im Zshg.) | S/RA (im Zshg.) |
|---------------------------------|-----------|--------------|-------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | A, W | x | x | | |
| | Sandra | A | x | x | | |
| | | L | x (Protest) | x | | x |
| | Doris | A, W | x | x | | |
| | Ulrike D. | W | x | x | | x |
| Agnes A. | A | x | x | | | |
| 1. EK: | Helene | A, W | x | x | | |
| | Agnes B. | A, W | x | x | | |
| | | L | x (Protest) | x | | |
| | Lisa | A, W, U | x | x | | |
| | | L | x (Protest) | | | x |
| Renate | A, W | x | x | | x | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | |
| 2. EK: | Margit | A, W | x | x | | x |
| | | L | x (Protest) | | x | x |
| | Sigrid | A, W | x | x | | x |
| kein EK: | Eva | A, W | x | x | | x |
| | Julia | A | x | x | x | |
| | Judith | A | x | x | | |
| | Melanie | A | x | x | | |
| | Michaela | W | x | x | | |
| | Anna | A, W | x | x | x | x |
| | Maria | A | x | x | | |
| | Ina | A, W | x | x | x | x |
| kein FB: | Marianne | A, W | x | x | | x |
| | Julia M. | A, W | x | x | | |

Die aus den Einzelfalltabellen extrahierte Vergleichstabelle zeigt, dass unabhängig des Therapieerfolges Wiederannäherung und Darüber-Sprechen Hand in Hand gehen. Zwei Frauen mit geringem Erfolg (Judith, Melanie) gaben sogar dezidiert an, das Darüber-Sprechen habe die Wiederannäherung an das Trauma gefördert und umgekehrt. Ebenso wird deutlich, dass insbesondere positive Reaktionen (R/A und R(W) ein Darüber-Sprechen wie auch die Wiederannäherung ermöglichen. Besonders Frauen mit hohem Erfolg (Sandra, Agnes, Lisa) und Margit aus der Randgruppe gaben an, auch dann über den Missbrauch und ihr Erleben zu sprechen, wenn ihr Gegenüber leugnende Reaktionen (R/L) zeigte, allerdings war das „Sprechen“ dann in jedem Fall ein Protest gegen die negative Reaktion des anderen und trat nur dann auf, wenn zuvor schon ein Mindestmaß an Missbrauchserkenntnis erlangt worden war.

Aus den Interviews ging weiters hervor, dass Betroffene teilweise auch im Zustand der Verleugnung (S/A), manchmal scheinbar zwanghaft (Melanie, Judith u.a.) über den erlebten Missbrauch sprechen – dieses Darüber-Reden bezeichnen sie selber oft als abgespalten, als ob sie unbeteiligt von einer anderen Person berichteten. Interessanterweise sagen alle Frauen, diese Art des Sprechens habe mit dem Schweigen mehr gemein als mit dem eigentlichen Darüber-Reden, das mit einer emotionalen Wiederannäherung verbunden ist. Deshalb wur-

de in obige Tabelle auch nur das wiederannähernde Sprechen aufgenommen, was Betroffene als „wirkliches Darüber-Reden“ bezeichneten, und unbeteiligtes Sprechen, das sie selber oft dem Schweigen gleichsetzten, blieb häufig unberücksichtigt. Die **Ausgangshypothese** wird **verworfen**. Bei allen Gesprächspartnerinnen gingen Darüber-Sprechen und die Wiederannäherung an das Trauma Hand in Hand und wurden besonders von wahrnehmendem und akzeptierendem Verhalten des Gegenüber begünstigt.

13b. R/W in der Verbindung mit R/A erleichtert allen Betroffenen KO/S, als Sprecherlaubnis.

Aus der vorigen Tabelle kann die **Hypothese bestätigt** werden. Nur Frauen mit einem Mindestmaß an Missbrauchserkenntnis konnten auf negative Reaktionen des Gegenübers (insbesondere R/L) protestieren. In der Regel fand ein Darüber-Reden (vor der Erlangung der Missbrauchserkenntnis) nur dann statt, wenn mit empathischer Einfühlung, mit Wahrnehmung und Akzeptanz des Gegenübers gerechnet werden konnte. Die Interviews zeigen, dass Frauen häufig gut einschätzen konnten, ob ihr Gegenüber (auch der Therapeut) bereit war, sich mit traumatischen Inhalten auseinanderzusetzen oder ob es davor zurückschrak. Die Interviewberichte zeigen zudem, dass sich Frauen nicht nur Akzeptanz und Wahrnehmung wünschten, um über die Gewalt zu sprechen, fast alle wünschten sich außerdem, ihr Gegenüber mögen von sich aus das Thema sexualisierter Gewalt ansprechen, ihnen so „Sprecherlaubnis“ geben und sie von der Last und Verantwortung, das Tabu und Schweigegebot zu brechen, befreien. Außerdem werteten Betroffene nichtdirektives und unbedrohliches Anschneiden des Themas von Seiten des Gegenübers als Indiz dafür, dass ihre Erzählung hier angenommen und gehört werden würde. Die **Ausgangshypothese** wird **beibehalten**.

10.2.2 Sicherheitsarbeit vs. Gefährdung und Überforderung

Inhalt dieser Kategorie ist insbesondere spezifisches therapeutisches Verhalten (in der Wahrnehmung der Betroffenen) und seine Konsequenzen im Hinblick auf das Sicherheitsgefühl. Es folgen Überlegungen zur Bedeutung dieser prinzipiellen Sicherheit für den weiteren Therapieverlauf und dessen Erfolg. Natürlich kann argumentiert werden, Klienten mit größerem Therapieerfolg nähmen möglicherweise ihre Therapeuten anders wahr als die Vergleichsgruppe, dafür ließen sich zumindest keine stichhaltigen Indizien finden. Unabhängig des Therapieerfolgs berichteten alle Frauen von positiven und negativen Reaktionen im Rahmen der Therapie, alle Personen antworteten ähnlich auf R/A oder R/L (vgl. Beschreibungsmodelle zu Auswirkungen positiver vs. negativer Reaktionen).

1a. Weniger Erfolgreiche berichten häufiger von Überforderung in der Psychotherapie.

Die Einzelfallberichte erlauben folgende Beobachtungen:

Tabelle 10.18. Überforderungen in der Psychotherapie

| Kriterium | Person | Überfordert | R/W | S/A- | Sonstiges |
|---------------------------|-----------|-------------|-----|------|---|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | nein | | | |
| | Sandra | nein | | | |
| | Doris | ja | | x | „Kein Ende abzusehen, immer neue Probleme, kein Halt mehr.“ |
| | Ulrike D. | nein | | | |
| | Agnes A. | ja | | x | „Das Erinnern-Müssen war unaushaltbar.“ |
| 1. EK: | Helene | nein | | | |
| | Agnes B. | nein | | | |
| | Lisa | nein | | | |
| | Renate | z.T. | | | Manchmal bei R/W erschrocken. |

(Fortsetzung von Tabelle 10.18)

| Kriterium | Person | Überfordert | R/W | S/A- | Sonstiges |
|---------------------------------|----------|-------------|-----|---|--|
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | |
| 2. EK: | Margit | ja | | x | „Bei ihren Konfrontationen, da ist mir der Atem weggeblieben;“ |
| | Sigrid | nein | | | |
| kein EK: | Eva | nein | | | „Ich bin nicht vergewaltigt worden, wie der Therapeut sagte.“ „Ich hab in der Therapie einen Hass auf meine Eltern bekommen, das will ich nicht, habe deshalb die Therapie abgebrochen.“ |
| | Julia | ja | x | x | |
| | Judith | nein | | | |
| | Melanie | nein | | | |
| | Michaela | nein | | | |
| | Anna | nein | | | |
| | Maria | nein | | | |
| Ina | z.T. | | x | Schockiert, als der Therapeut die Symptome als möglicherweise missbrauchsbedingt interpretiert, ohne dass sie zuvor das Thema angesprochen hatte. | |
| kein FB: | Marianne | nein | | | |
| | Julia M. | nein | | | |

Überfordert fühlen sich die Frauen vor allem von zu rascher und unkontrollierbarer Auseinandersetzung mit dem Trauma. Diese führte auch im therapeutischen Rahmen häufig zu emotionaler Überflutung mit einem Verlust des Kontrollempfindens. Bisweilen wurde auch verfrühte Wahrnehmung und Konfrontation von seiten des Therapeuten als überfordernd erlebt. Zwischen Personen mit verschiedenem Therapieerfolg ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit, mit der von therapeutischer Überforderung berichtet wird. Die **Ausgangshypothese** wird **verworfen**. Bei Frauen mit niedrigem Therapieerfolg wurde therapeutische Überforderung nicht deutlich häufiger beobachtet, es können jedoch keine Aussagen über eine verschiedenartige Ausprägung interner Kontrollmöglichkeiten (und eine eventuelle Neigung zur Überforderung) bei mehr oder weniger Erfolgreichen getroffen werden.

1b. Erfolgreichere hatten das Gefühl, Themen, Vorgehensweise und Tempo der Therapie selbst bestimmen zu können, bei weniger Erfolgreichen fehlt so eine Überzeugung.

Anlehnend an die vorangegangenen Beobachtungen wird die **Hypothese verworfen**.

2. Erfolgreichere erleben in ihrer Therapie mehr R/W.

Die geordnete Cross-Case-Tabelle zeigt, dass R/W (daneben auch R/A und R/U) von Frauen mit hohem Therapieerfolg (dabei sowohl innerhalb der Therapie wie auch im privaten Bereich) häufiger angegeben wird. Beobachtungen aus dem FKB ergeben, dass Frauen mit geringem Erfolg sich häufiger durch Verhaltensweisen des Therapeuten belastet fühlten. Die **Hypothese** wird **umformuliert**: Frauen mit günstigerem Therapieausgang erleben innerhalb ihrer Psychotherapie mehr positive Reaktionsweisen (besonders R/A und R/W).

3. Erfolgreichere befinden sich häufiger in relativ sicheren Lebenssituationen (aktuelle Lebensumstände, Therapiesituation ...).

Tabelle 10.19. Sicherheit der momentanen Lebenssituation

| Kriterium | Person | Arbeitsplatz, Finanzen | Partnerschaft | Therapie (unsicher = hohes R/-) |
|---------------------------------|-----------|------------------------|-----------------|---------------------------------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | sicher | sicher | sicher |
| | Sandra | ziemlich sicher | sicher | ziemlich sicher |
| | Doris | sicher | ziemlich sicher | unsicher |
| | Ulrike D. | gesichert über Partner | sicher | ziemlich sicher |
| | Agnes A. | unsicher | fehlt | unsicher |
| 1. EK: | Helene | sicher | sicher | sicher |
| | Lisa | sicher | fehlt | sicher |
| | Renate | sicher | k.A. | unsicher |
| | Agnes B. | sicher | fehlt | sicher |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | |
| 2. EK: | Margit | gesichert über Partner | unsicher | sicher |
| | Sigrid | k.A. | unsicher | ziemlich sicher |
| kein EK: | Eva | sicher | sicher | sicher |
| | Julia | gesichert über Partner | unsicher | ziemlich sicher |
| | Judith | unsicher | fehlt | ziemlich sicher |
| | Melanie | k.A. | unsicher | unsicher |
| | Michaela | sicher | fehlt | unsicher |
| | Anna | unsicher | fehlt | unsicher |
| | Maria | unsicher | fehlt | ziemlich sicher |
| | Ina | unsicher | fehlt | unsicher |
| kein FB: | Marianne | k.A. | sicher | sicher |
| | Julia M. | k.A. | unsicher | sicher |

Fast alle Frauen mit hohem Therapieerfolg fühlen sich bzw. sind zumindest in einem zentralen Lebensbereich *sicher* (mit der Ausnahme von Agnes A., die sich in allen ihr zugänglichen Lebensbereichen unsicher fühlt). Fast alle Frauen mit geringem Therapieerfolg fühlen sich bzw. sind mindestens in einem zentralen Lebensbereich *unsicher*, häufig in mehreren (Ausnahme: Eva, die in allen Bereichen hohe Sicherheit erlebt und über umfassende Missbrauchserkenntnis verfügt). Es kann angenommen werden, dass aktuelle Sicherheit das Erreichen der Missbrauchserkenntnis erleichtert oder begünstigt, und dass bei persönlicher Unsicherheit in zentralen Lebensbereichen dies nur sehr schwer möglich ist. Aufgrund der sich abzeichnenden Tendenzen wird die **Hypothese beibehalten**.

10.2.3 Empowerment

Diese Kategorie lehnt sich an an die Forderung von Ochberg (1988) an, wonach Opfer von Gewaltverbrechen in ihrer Menschenwürde gestärkt werden müssen. „Empowerment“ umfasst alle Verhaltensweisen, von denen die Betroffene berichtet, dass sie sie in ihrer Eigenverantwortung, Autonomie und Stärke stützen.

1. VE+ und W+ gehen mit KO/S einher (auch bei R/L, etwa: den Täter zur Rede stellen, Protestverhalten).

Tabelle 10.20. Eigenverantwortung, Wutgefühle und Darüber-Sprechen

| Kriterium | Person | VE+ | W+ | R/A | R/+ | R/- | R/O | KO/S |
|--|-----------|-----|----|-----|-----|-----|-----|------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | | x | | | | x |
| | Sandra | x | x | x | x | | | x |
| | Doris | x | | | x | | | x |
| | Ulrike D. | x | x | | x | | | x |
| | Agnes A. | x | x | x | | | | x |
| 1. EK: | Helene | x | x | | x | | | x |
| | Agnes B. | x | | x | x | | | x |
| | Lisa | x | x | x | x | x | | x |
| | Renate | x | | | x | | | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | x | x | | x | | x |
| | Sigrid | x | x | | x | | | x |
| kein EK: | Eva | x | | | x | | | |
| | Melanie | x | x | | x | | | |
| | Michaela | x | x | | x | | | x |
| | Anna | x | | | x | | | x |
| | Maria | x | | x | x | | | |
| | Ina | x | x | x | | | | |
| Bei Julia und Judith wurden VE+ und W+ nicht beobachtet. | | | | | | | | |
| kein FB: | Marianne | x | x | x | | | | x |
| | Julia M. | x | | x | x | | | x |

Nach den Beobachtungen scheinen VE+ und W+ weder einzeln noch in Kombination KO/S zu bedingen. Vielmehr ist anzunehmen, dass alle drei Variablen über die intervenierende Variable der Wiederannäherung miteinander in Konnex stehen. Vielleicht können Betroffene nur dann gegen R/- protestieren, wenn sie zuvor bezüglich ihrer Missbrauchsgeschichte schon R/+ erfahren, dieses R/+ positiv erlebt haben und eine zumindest minimale Annäherung an das Trauma erreicht haben (S/A-). Die **Hypothese** wird **verworfen**.

2. R/+ geht mit VE+ einher.

Die Beobachtungen aus der vorhergehenden Tabelle 10.20 unterstützen die Hypothese, auf R/- wird in dieser Tabelle allerdings zu wenig eingegangen. Ein Rekurs auf die Einzeltabellen ergibt, dass R/- höchst selten mit VE+ einhergeht, oder nur dann, wenn der Verarbeitungsprozess schon sichtbar vorangeschritten ist, d.h. Betroffene, die auf R/- verstärkte Selbstverantwortung zeigen, tun das laut eigenen Angaben trotz der negativen Reaktion, die sie erlebten, und obwohl sie sie diesbezüglich als nicht förderlich oder gar als behindernd erlebten. Für genauere Ergebnisse müssen Beobachtungen erlebter Reaktionen und damit verbundener Eigenverantwortung detaillierter durchgeführt werden. Aufgrund der vorliegenden Beobachtungen wird die **Ausgangshypothese** jedoch **beibehalten**.

2a. Weniger Erfolgreiche erlebten häufiger, als „Opfer“ betrachtet zu werden, Entscheidungen wurden ihnen abgenommen. R/O führt zu VE-.

Tabelle 10.21. Geringe Eigenverantwortung, Als-Opfer-betrachtet-Werden

| Kriterium | Person | R/O | S | A | SW | VE |
|---------------------------------|---|-----|---|---|----|----|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | + | | - | |
| | Doris | x | | + | | |
| | Ulrike D. | x | | | - | |
| | Bei Sandra und Agnes A. wurde R/O nicht beobachtet. | | | | | |
| 1. EK: | Helene | x | | + | | |
| | Bei Anes B., Lisa, Renate, Margit und Sigrid wurde R/O nicht beobachtet. | | | | | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | |
| kein EK: | Ina | x | | | - | |
| | Bei Eva, Julia, Judith, Melanie, Michaela, Anna u. Maria: R/O nicht beobachtet. | | | | | |
| kein FB: | Marianne | x | | | - | |
| | Bei Julia M. wurde R/O nicht beobachtet. | | | | | |

Vgl. Tabelle 10.20 auf Seite 168 : VE+ und R/O wurden nie im zeitlichen Zusammenhang beobachtet. Es zeigt sich in Tabelle 10.21 sowie im Beschreibungsmodell für negative Reaktionen, dass eine erlebte Zuschreibung von Opferidentität von Frauen ängstigend und entwertend bewertet wurde. Von Eigenverantwortung wurde im Zusammenhang mit R/O nie berichtet. Auffallend ist, dass einige Frauen mit hohem Therapieerfolg über eine Stigmatisierung als Opfer berichten, dagegen nur Ina von den Frauen mit niedrigem Erfolg. Über die Gründe dafür lässt sich spekulieren: vielleicht können Äußerungen, die den eigenen Opferstatus zementieren, erst dann als stigmatisierend und unangemessen beschrieben werden, wenn die eigene Identität als Opfer aufgegeben wurde, was höchstwahrscheinlich mit günstigerem Therapieerfolg einhergeht. Denn es lassen sich kaum logische Gründe dafür anführen, warum Personen mit ungünstigerem Therapieausgang, die insgesamt mehr negative Reaktionen beschreiben als solche mit positiverem Erfolg, ausgerechnet weniger R/O erleben sollten – eher ist ein Wahrnehmungsunterschied in bezug auf die Angemessenheit der Opfer-Zuschreibung zwischen mehr und weniger erfolgreichen Untersuchungsteilnehmerinnen anzunehmen. Die **Ausgangshypothese** wird **verworfen**.

3. R/A geht mit erhöhter Eigenverantwortung einher.

Die Beobachtungen der Cross-Case-Tabelle (Tabelle 10.1 auf Seite 135 zeigen, dass R/A häufig, aber nicht immer mit VE+ einhergeht. Andererseits zeigen die Einzelfalltabellen, dass R/- nur äußerst selten mit VE+ einhergeht, und wenn, dann berichten Frauen in der Regel, dass sie *trotz* der erlebten negativen Reaktion Eigenverantwortung übernommen hätten. Bei Frauen mit hohem Therapieerfolg lassen sich darüberhinaus höhere Fragebogenwerte in den Bereichen Introspektion und Eigenverantwortung beobachten. Die **Hypothese** wird **beibehalten**.

4a. Rationale Auseinandersetzung mit dem traumatischen Ereignis begünstigt S-, SW+ und VE+.

Tabelle 10.22. Rationale Auseinandersetzung, emotionale Reaktionen

| Kriterium | Person | S/RA | VE | SW | A | O | S | Sonstiges |
|---------------------------|-----------|------|----|----|---|---|---|-----------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | | | - | | - | |
| | Sandra | x | | | - | - | | |

(Fortsetzung von Tabelle 10.22)

| Kriterium | Person | S/RA | VE | SW | A | O | S | Sonstiges |
|---------------------------------|-----------|------|------|----|---|---|------|-----------|
| | Doris | x | | + | - | | - | |
| | Ulrike D. | x | | | - | | | |
| | Agnes A. | x | | | - | | +, - | |
| 1. EK: | Helene | x | | + | | | - | |
| | Agnes B. | x | | | - | - | - | |
| | Lisa | x | | + | | | - | |
| | Renate | x | | + | - | - | | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | | + | | | - | W+ |
| | Sigrid | x | | | - | - | | |
| kein EK: | Eva | x | | | | | | ME/F |
| | Julia | x | | + | | | - | |
| | Judith | x | | + | - | | + | |
| | Melanie | x | k.A. | | | - | + | |
| | Michaela | x | | + | | | | |
| | Anna | x | x | | | | | |
| | Maria | x | k.A. | | | | | |
| | Ina | x | k.A. | | | | | |
| kein FB: | Marianne | x | | | | | | ME/F |
| | Julia M. | x | | | - | | - | |

Auch die rein rationale Auseinandersetzung mit dem Trauma zog häufig positive Konsequenzen nach sich. Zwar konnte keine Verstärkung der Eigenverantwortlichkeit beobachtet werden, dafür beeinflusst S/RA das eigene Selbstwertgefühl nicht immer, aber gegebenenfalls eindeutig positiv – umgekehrt werden Angst und Ohnmachtsgefühle durch S/RA manchmal abgeschwächt. Schuldgefühle können durch S/RA sowohl eine Abschwächung wie auch eine Verstärkung erfahren – eine Beobachtung, die sich mit der vor Ohnmacht schützenden Wirkung der Schuldgefühle erklären lässt. Die rationale Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten wird häufiger bei Frauen mit hohem Therapieerfolg beobachtet, die Auswirkungen von S/RA differieren hingegen nicht stark zwischen den Gruppen, höchstens hatte S/RA bei Frauen mit hohem Erfolg eine geringfügig stärkere entängstigende Wirkung. Die **Ausgangshypothese** wird **umformuliert**: Die rationale Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten (S/RA) lässt sich bei Frauen mit positiverem Therapieende geringfügig häufiger beobachten. Alle Betroffenen reagieren auf S/RA tendentiell mit Abnahme von Angst und Ohnmacht und mit einer Besserung des Selbstwerts. Zu Eigenverantwortung und Schuldgefühlen wird kein eindeutiger Zusammenhang beobachtet.

4b. S/RA lindert SW-, A+, O+ und S+ . Rationalisieren wirkt für die meisten Betroffenen entängstigend und erleichternd.

Tabelle 10.22 auf Seite 169 zeigt, dass eine rationale Auseinandersetzung bzw. eine intellektuelle Distanzierung mit einer emotionalen Stabilisierung, d.h. mit einer Konsolidierung des Selbstwertgefühls, mit Entängstigung und Linderung der Ohnmachts- und Schuldgefühle einhergeht. Einzelne Gesprächspartnerinnen (Margit, Doris u.a.) schildern in den Interviews, dass sie rationale Auseinandersetzung bzw. intellektuelle Distanzierung teilweise bewusst als Abwehrstrategie oder zur Verankerung im Hier und Jetzt einsetzten. Andere Frauen gaben eine Zunahme von Schuldgefühlen unter Einfluss von S/RA an, vgl. dazu die vorangehende Hypothese. Die **Ausgangshypothese** wird **eingeschränkt**: S/RA wirkt häufig entlastend und lindert SW-, A+ und O+.

5. Erfolgreichere kommen oft mit hohem VE+ und aus eigenem Antrieb in die Therapie.

Die vergleichende Tabelle 10.16 auf Seite 162 zeigt, dass in beiden „Erfolgsgruppen“ sich Personen befinden,

die in eine Psychotherapie verwiesen wurden, wie solche, die selbst nach derartiger Hilfe suchten. Auch die Einzelfallberichte zeigen, dass manche Frauen mit als günstig eingestuften Therapieerläufen der Psychotherapie zu Beginn sogar kritisch bis ablehnend gegenüberstanden (etwa Ina, Ulrike D. und Agnes B.), umgekehrt etliche Frauen nur ungünstige Therapieausgänge erzielten, obwohl sie angaben, hochmotiviert und aus eigenem Antrieb in die Psychotherapie gekommen zu sein (etwa – als Grenzfall – Margit, Eva und Michaela). Zusammenhänge zwischen Eigenmotivation zur Psychotherapie und Therapieerfolg ließen sich nicht finden, die **Hypothese wird verworfen**.

6a. Eigene Kinder verstärken VE+ und motivieren, für sich selbst zu sorgen.

Aus den Einzelfalltabellen:

Tabelle 10.23. Eigene Kinder und hohe Eigenverantwortung

| Kriterium | Person | eig. Kinder | VE+ im Zshg. | S/A- | Sonstiges |
|---------------------------------|------------------|--------------|--------------|------|---|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | nein | | | |
| | Sandra | nein | | | |
| | Doris | ja | ja | z.T. | Todesängste, dass den Kindern etwas zustößt. Z.T. „Funktionieren-Müssen“ wegen der Kinder, Auslöser für intrusive Erinnerungen. |
| | Ulrike D. | ja | nein | nein | Suizidversuch nach Verlust des Sorgerechts aufgrund psych. Erkrankung. Kind = Schwachstelle: darüber bleibe sie weiterhin verletzbar. |
| | Agnes A. | nein | | | |
| 1. EK: | Helene | nein | | | |
| | Agnes B. | ja | ja | ja | Therapie, um die Kinder nicht im Stich zu lassen, keine konkrete Suizidabsicht aus Sorge um die Kinder. |
| | Lisa Renate | nein nein | | | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | |
| 2. EK: | Margit | ja | ja | k.A. | Fühlt sich den Kindern (des Partners) gegenüber überprotektiv. |
| | Sigrid | ja | ja | z.T. | Probleme mit Sohn als Therapieanlass, Angst um die Tochter, S/A als „Funktionieren-Müssen“: „Irgendwie muss man den Kindern ja heile Welt vorspielen.“ Erkennt eigene Unschuld an der Hilflosigkeit der Kinder, führt zu ME. |
| kein EK: | Eva | ja | ja | ja | Kinder als Ansporn für Auseinandersetzung: „Sie können die heile Welt auch nicht sehen.“ |
| | Julia | nein | | | |
| | Judith | nein | | | |
| | Melanie | ja | z.T. | z.T. | Kinder verstärken S/A: „Funktionieren-Müssen“; Sohn ist Täter - Schock! Vater (=Täter) „bedrängt“ Tochter (Enkelin), löst intrusive Erinnerungen aus. Zwingt ihn, aus dem gemeinsamen Haus auszuziehen, um die Tochter zu schützen. |
| | Michaela Anna | nein nein | | | |

(Fortsetzung von Tabelle 10.23)

| Kriterium | Person | eig. Kinder | VE+ im Zshg. | S/A- | Sonstiges |
|-----------|----------------------|-------------|--------------|------|---|
| | Maria | nein | | | |
| | Ina | nein | | | |
| kein FB: | Marianne Julia M. | nein ja | ja | ja | „Ich will für die Kinder da sein, wenn ihnen so was passiert“- erkennt eigene Unschuld an der Hilflosigkeit der Tochter, führt zu ME. „Die Kinder haben es möglich gemacht, das Tabu zu brechen.“ |

Frauen mit oder ohne eigene Kinder unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Therapieerfolgs. Die meisten Frauen mit Kindern geben an, die Verantwortung für die Kinder sei ganz wesentlich gewesen, um auch für das eigene Leben und die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse Verantwortung zu übernehmen. Fast alle Frauen berichten, über Verhaltensweisen der Kinder an das eigene Kind-Sein erinnert worden zu sein, oft wurden deutliche Erinnerungen an die selbst erlittene Gewalt im Kontakt mit dem eigenen Kind reaktiviert, dies führte häufig zu einer Verdeutlichung der prinzipiellen Unschuld und Ohnmacht von Kindern und steht so in Zusammenhang mit der Erkenntnis der eigenen Ohnmacht (Missbrauchserkenntnis).

Nach Herman (1981, S. 106) werden viele Betroffene durch ihre Arbeit und ihre Kinder im Leben gehalten – sie kümmern sich verantwortungsvoll um sich selbst und ihr eigenes Leben, um damit ihren Kindern eine gute Mutter sein zu können. Die Verantwortung für ihre Kinder hielt sie davon ab, im Kampf um ihr Leben aufzugeben. Andererseits wird von den interviewten Frauen das „Funktionieren-Müssen“ betont, das die Verantwortung für das Wohlergehen der eigenen Kinder mit sich bringt. Dieses Funktionieren-Müssen scheint einerseits einen totalen Zusammenbruch hinauszuzögern oder vielleicht auch zu verhindern, allerdings um den Preis der manchmal verminderten Annäherungsmöglichkeit an die erlittenen Schmerzen. Wie Sigrid sich ausdrückt: ihre Kinder hätten auch das Recht auf eine fröhliche Mutter. Und sie selbst fühle sich dementsprechend oft gezwungen, ihre fröhliche Fassade aufrechtzuerhalten und peinigende Erinnerungen nicht zuzulassen. Tendenziell zeigen die Einzelfallberichte bzw. die aus ihnen extrahierte Tabelle, dass eigene Kinder tatsächlich die Eigenverantwortung der Betroffenen stärken. Die **Hypothese** wird **beibehalten**.

6b. Eigene Kinder fördern S/A-

Über die Einflüsse eigener Kinder auf Wiederannäherung (S/A-) vs. Abspaltung (S/A) gibt es widersprüchliche Beobachtungen, wie Tabelle 10.23 auf Seite 171 zeigt. Aufgrund der vorangegangenen Beobachtungen und Ausführungen wird die **Hypothese verworfen**.

10.2.4 Emotionsarbeit

Diese Kategorie bezieht sich auf Gefühle der Betroffenen: über ihr Auftreten als Reaktion auf (therapeutisches) Verhalten wie auch über ihre Konsequenzen in Bezug auf Verhaltensweisen, Schutzmechanismen und die Wiederannäherung an das Trauma werden Hypothesen getroffen.

1a. Bei weniger Erfolgreichen sind W+ und VE+ häufig mit Selbstvorwürfen und S+ kombiniert: Wut zu empfinden und Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, sich abzugrenzen etc. macht schuldig. Bei Erfolgreicheren wird das nicht beobachtet.

Tabelle 10.24. Reaktionen auf Wut und Übernahme von Eigenverantwortung

| Kriterium | Person | VE+ | Wut | Schuld | Selbstwert | Reaktionen | Sonstiges |
|---------------------------------|-----------|------|------|------------|------------|------------|------------------------------------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | + | | + | R/A | |
| | Sandra | x | + | + | - | | Wut z.T. ich-fremd. |
| | Doris | x | k.A. | | + | | |
| | Ulrike D. | x | + | | | | |
| | Agnes A. | x | + | | +, z.T. - | | |
| 1. EK: | Helene | x | + | - | + | | |
| | Agnes B. | x | + | + | + | R/A | |
| | Lisa | x | + | - | + | | |
| | Renate | x | + | + | - | | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | + | | - , z.T. + | | |
| | Sigrid | x | + | - , z.T. + | | | |
| kein EK: | Eva | x | + | | + | | |
| | Julia | k.A. | + | + | | | Wut ich-fremd. |
| | Judith | z.T. | k.A. | + | - | R/- | |
| | Melanie | x | + | + | | R/- | |
| | Michaela | x | + | + | + | | |
| | Anna | x | k.A. | | + | | Sich töten können gibt Sicherheit. |
| | Maria | x | + | + | - | | |
| | Ina | x | + | | - | R/- | |
| kein FB: | Marianne | x | + | | + | R/A | |
| | Julia M. | x | + | - | +, z.T. - | | |

S+ und SW- auf Wut und Eigenverantwortung finden sich teilweise, geringfügig häufiger bei Frauen mit hohem Therapieerfolg, jedoch nicht regelmäßig. Frauen mit geringerem Erfolg zeigen in Kombination mit W+ und VE+ etwas häufiger S+ und SW-, allerdings lassen sich bei ihnen SW- und S+ auch unabhängig von VE+ oder W+ häufiger beobachten. Die **Hypothese** wird daher **stark abgeschwächt**.

1b. Bei Erfolgreicheren sind W+ und VE+ häufig mit SW+ kombiniert.

Tabelle 10.24 auf Seite 173 bestätigt diese Hypothese. Frauen mit hohem Therapieerfolg zeigen häufiger SW+ in Kombination mit W+ und VE+. Zudem ist die Selbstwertigkeit bei Frauen mit günstigerem Therapieverlauf auch unabhängig von W+ und VE+ höher ausgeprägt. Frauen mit hohem Therapieerfolg zeigen in den Fragebogen erhöhten Selbstwert (während der Therapie) und höhere Introspektion und Eigenverantwortung (nach der Therapie). Die **Ausgangshypothese** wird **beibehalten**.

1c. Bei SW- wird VE+ und W+ als negativ und schuldbesetzt erlebt.

Tabelle 10.24 auf Seite 173 zeigt, dass SW- regelmäßig mit S+ einhergeht (aber nicht regelmäßig umgekehrt). Geringes Selbstwertgefühl scheint in der schuldhaften Bewertung von Eigenverantwortung und Wutgefühlen eine Rolle zu spielen. Die **Hypothese** wird **beibehalten**.

1d. Das wiederannähernde Erkennen der eigenen Schuldlosigkeit führt zur Vergrößerung des Ohnmachtsempfindens. S- führt zu O+ (zumindest kurzfristig).

Tabelle 10.25. Zusammenhang zwischen Schuldgefühlen und Ohnmacht

| Kriterium | Person | Schuld | Ohnmacht | ME | Sonstiges |
|---------------------------------|-----------|------------------------|----------|-------------|--|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | - | + | Folgen | Zshg. von Ulrike selbst angesprochen, ME/S führte zu O+. |
| | Sandra | Kein Zshg. beobachtet. | | | |
| | Doris | Kein Zshg. beobachtet. | | | ME/S führte zu O+. |
| | Ulrike D. | Kein Zshg. beobachtet. | | | |
| | Agnes A. | - | + | nein | |
| | | + | - | nein | |
| | | + | + | nein | |
| 1. EK: | Helene | - | + | nein | ME führte zu O-. |
| | Agnes B. | - | + | Folgen | Zusammenhang von Agnes selbst angesprochen. |
| | Lisa | - | - | Tat | ME von Kindheit an, daher O-. ME/S führte zu O+. |
| | Renate | + | - | | |
| | | + | + | nein | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | |
| 2. EK: | Margit | Kein Zshg. beobachtet. | | | ME führte zu O-. |
| | Sigrid | - | + | Tat, Folgen | Zusammenhang von Sigrid selbst angesprochen. |
| kein EK: | Eva | Kein Zshg. beobachtet. | | | |
| | Julia | + | + | nein | |
| | Judith | + | + | nein | |
| | Melanie | Kein Zshg. beobachtet. | | | |
| | Michaela | Kein Zshg. beobachtet. | | | |
| | Anna | + | + | nein | |
| | | + | - | nein | |
| | Maria | + | + | nein | |
| | Ina | Kein Zshg. beobachtet. | | | |
| kein FB: | Marianne | Kein Zshg. beobachtet. | | | |
| | Julia M. | Kein Zshg. beobachtet. | | | ME führte zu O-. |

Der für misshandelte Kinder typische Mechanismus der Rollenumkehr ermöglicht nicht nur den Eltern, ihre Wünsche und ihre Verantwortlichkeit an das Kind zu übertragen, dem misshandelten Kind gelingt es durch die Übernahme von Verantwortung und Schuldgefühlen, die übermächtigen Ängste vollkommener Schutz- und Hilflosigkeit abzuwehren (Nienstedt & Westermann, 1990, S. 108). Tatsächlich zeigt die Analyse der Interviews, dass in vielen Fällen die Verringerung der Schuldgefühle mit einer plötzlichen Zunahme von Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühlen einhergeht, die von den Betroffenen nur ganz schwer zu ertragen sind. Insbesondere bei Frauen mit niedrigem Therapieerfolg zeigt sich die Kombination S+ / O+, immer ohne Missbrauchserkenntnis. Auffallend häufig lässt sich bei Frauen mit hohem Erfolg (und bei Sigrid mit niedrigem Erfolg) die Kombination S- / O+ finden (zuweilen betonen die Betroffenen selber den kausalen Zusammenhang), bisweilen tritt auch die umgekehrte Kombination O- / S+ auf. Die Verknüpfung von verringerten Schuldgefühlen bei vergrößerter Ohnmacht scheint gerade für Frauen mit hohem Therapieerfolg typisch zu sein. Ein kurzzeitiger Zusammenhang zu ME ließ sich nicht beobachten, obwohl davon ausgegangen wird, dass das Erkennen eigener unschuldiger Ohnmacht im engen Konnex mit der Erkenntnis des Missbrauchs steht, Hinweise darauf liefert auch ME/S, das wie erwartet häufig mit O+ einhergeht. Die **Ausgangshypothese** wird **beibehalten** und **erweitert**: Das wiederannähernde Erkennen der eigenen Schuldlosigkeit führt zur Vergrößerung des Ohnmachtsempfindens, wobei die Kombination von S- und O+ insbesondere für Betroffene mit günstigerem Therapieausgang typisch ist.

1e. ME geht mit einer Verringerung von Schuldgefühlen und einer Verstärkung von Ohnmacht Hand in Hand.

Tabelle 10.25 auf Seite 174 macht keinen diesbezüglichen Zusammenhang sichtbar, trotz theoretischer Erwägungen (vgl. im vorigen). Die **Hypothese** wird **verworfen**.

2a. Vor dem Erreichen von ME/S und ME/T ist S– mit O+ verknüpft.

Erste Hinweise darauf liefert Tabelle 10.25 auf Seite 174. Allerdings bleibt in manchen Fällen (insbesondere bei ME/S) O+ bei S– erhalten., vgl. dazu auch Tabelle 10.8 auf Seite 148 und Tabelle 10.9 auf Seite 151. Die **Hypothese** wird **verworfen**.

2b. ME/S und ME/T führen zu S– bei gleichzeitigem längerfristigen O–.

Tabelle 10.8 auf Seite 148 zeigt, dass ME/T und ME/F mit längerfristigem O– einhergehen, ME/S als Wiedererleben des traumatischen Schmerzes dagegen meistens eine Steigerung der Ohnmachtsgefühle bewirkt – eine Beobachtung, die die Validität der Variable als Erkenntnis des Schmerzes (der auch von der Ohnmacht genährt wird) unterstreicht. Die selbe Tabelle zeigt deutlich, dass alle drei Formen von ME eine Reduktion eigener Schuldgefühle nach sich ziehen. Die **Hypothese** wird **modifiziert**: ME führt ganz allgemein zur Reduktion der Schuldgefühle. Während ME/S als Reaktivierung traumabedingten Schmerzes auch die begleitende Ohnmacht neu erlebbar macht, also mit O+ verbunden ist, gehen ME/T und ME/F mit längerfristiger Reduktion der Ohnmachtsgefühle einher.

2c. ME/S und ME/T führen längerfristig zu A– und SW+.

Tabelle 10.8 auf Seite 148 zeigt, dass alle Arten von ME häufig mit einer Selbstwertsteigerung verbunden sind. Eine regelmäßige Reduktion der Angst wird dagegen nicht beobachtet. Ähnliche, weniger detaillierte Hinweise liefert auch Tabelle 10.9 auf Seite 151; hier scheint ME sogar teilweise mit einer Verstärkung der Angstgefühle verknüpft zu sein. Diese Selbstwertsteigerung während der Therapie bei Frauen mit günstigerem Therapieverlauf ergibt auch die Auswertung des FKB. Die **Hypothese** wird **umformuliert**: ME/T, ME/S und ME/F gehen mit einer Steigerung des Selbstwertgefühles einher. Ein Zusammenhang mit Angst wird nicht beobachtet.

2d. ME/S ME/T und ME/F führen zu T+, ohne ME ist keine Trauer möglich.

Tabelle 10.8 auf Seite 148 zeigt, dass Trauer immer wieder, allerdings nicht regelhaft, mit ME verbunden ist. Ähnliche Hinweise liefert auch Tabelle 10.9 auf Seite 151. Ein Rekurs in die Einzelfalltabellen zeigt, dass *bei keiner Frau in keinem Fall* Trauer in bezug auf missbrauchsbedingte Schmerzen, Verluste, Entbehrungen, Folgen etc. zu beobachten war, ohne dass der Missbrauch als solcher zuvor erkannt worden war. Auch theoretisch scheint es einleuchtend, dass ein Trauern erst nach der Erkenntnis des Missbrauchs stattfinden kann. So findet sich ein Trauerprozess denn auch häufiger bei Betroffenen mit hohem Therapieerfolg. Die **Hypothese** wird **beibehalten**.

2e. Erfolgreichere zeigen W+ in Verbindung mit ME.

Tabelle 10.8 auf Seite 148 zeigt, dass Wutgefühle in Zusammenhang mit Missbrauchserkenntnis unabhängig des Therapieerfolgs etwa gleich häufig zu beobachten sind. Tabelle 10.9 auf Seite 151 und Tabelle 10.20 auf Seite 168 zeigen ähnliche Beobachtungen. Die **Hypothese** wird **verworfen**.

2f. Wut richtet sich bei Frauen mit geringem Therapieerfolg häufiger gegen die eigene Person als gegen die Tat/den Täter/die Folgen.

Tabelle 10.10 auf Seite 153 zeigt, dass bei allen Frauen Wut häufig autoaggressiv geprägt ist (unabhängig des Therapieerfolgs). Die **Hypothese** wird **verworfen**.

2g. Weniger Erfolgreiche erleben W+ als aversiv und wünschen häufig W-. Solche Tendenzen sind bei Erfolgreicheren nicht zu finden.

Ein Rekurs auf die Cross-Case-Matrix (Tabelle 10.1) (sowie die Tabellen 10.11 auf Seite 155 – und Tabelle 10.24 auf Seite 173) liefern hierfür keine Hinweise. Ein Rekurs auf die Einzelfallberichte zeigt, dass etwa Julia die Psychotherapie an dem Punkt abbrach, als sie begann, auf ihren Vater (=Täter) wütend zu werden, und auch Judith betont immer wieder, sie wolle ihren Vater (= Täter) lieben und könne gar nicht wütend auf ihn werden. Beide Frauen zeigen geringen Therapieerfolg, analoge Aussagen konnten bei keiner Frau mit positiverem Therapieausgang gefunden werden; allerdings lassen sich keine Hinweise auf häufige W- – Wünsche bei Frauen mit ungünstigem Therapieausgang finden. Die **Hypothese** wird **abgeschwächt**: Falls (implizite) Wünsche nach Vermeidung von Wut auf den/die Täter auftreten, sind diese mit eher geringerem Therapieerfolg kombiniert.

3. R/L verhindert emotionale Annäherung, insbesondere W+.

Tabelle 10.10 auf Seite 153 widerlegt die Hypothese: häufig wird im Zusammenhang mit R/- Wut beobachtet, allerdings in den meisten Fällen auf die eigene Person gerichtet. Wutgefühle auf den Urheber der negativen Reaktion tauchen wenn, dann meist erst einige Zeit später auf. Die autoaggressiven Auswirkungen von R/L werden auch im kausalen Beschreibungsmodell von R/- sichtbar: danach verstärkt R/L sowohl die Symptomatik (S/F) als auch einen dysfunktionalen Umgang mit dem eigenen Körper (U/K-; unabhängig vom Therapieerfolg). Die **Hypothese** wird **umformuliert**: R/L zeigt starke Zusammenhänge mit Autoaggression und mit der Verschlechterung des Symptombildes.

3a. R/L führt zu S/A und insbesondere zu W-.

Wie im vorigen und in Tabelle 10.10 auf Seite 153 ausgeführt, lassen sich keine Zusammenhänge zwischen W- und R/L beobachten, allerdings sind im Konnex mit R/L auftauchende Wutgefühle in hohem Maße autoaggressiv. Die kausale Verbindung von R/L, aber auch R/O und R/S mit Abwehr und Verleugnung (S/A) belegt das Beschreibungsmodell für R/- zu Beginn des Kapitels. Die **Hypothese** wird **umformuliert**: R/L, R/S und R/O führen zu S/A.

3b. ME und W+ sind immer kombiniert. ME und W- schließen einander aus.

Tabelle 10.8 auf Seite 148 zeigt keine einzige Kombination von ME und W- und häufig, aber nicht regelmäßig Kombinationen von ME und W+. Es zeigen sich dabei keine Unterschiede zwischen Missbrauchserkenntnistyp (T, S, F) oder zwischen Frauen mit höherem/geringerem Therapieerfolg. Tabelle 10.8 zeigt fast regelmäßig ME mit Wut verknüpft, in keinem Fall konnte W- beobachtet werden (beides unabhängig des Therapieerfolges). Die **Hypothese** wird **abgeschwächt**: Missbrauchserkenntnis und Wut sind häufig kombiniert, ME und W- schließen einander aus.

4a. Weniger Erfolgreiche zeigen vor und während der Therapie stärkere körperliche Beschwerden als Erfolgreichere.

Die diesbezüglichen Fragebogenitems zu Anzahl und Häufigkeit der Arbeitsausfälle und Arztbesuche (Items im FKB) zeigen keine Signifikanzen. Allerdings wurden *weniger Erfolgreiche* signifikant häufiger mit Psychopharma behandelt, obwohl sie vor der Psychotherapie signifikant weniger Symptome zeigten. Auch der Vergleich der absoluten Somatisierungsneigung (im FKB) zeigt keine diesbezüglichen Signifikanzen, weder vor, während noch nach der Psychotherapie. Ein Rekurs auf die Einzelfalltabellen ergibt ebensowenig Indizien für die **Ausgangshypothese**. Sie wird **verworfen**.

4b. Körperliches Leiden wird von weniger Erfolgreichen oft als „eigentliches“ Problem definiert und dem Missbrauch emotional keine oder wenig Bedeutung beigemessen.

Der Rekurs auf die Einzelfallberichte ergibt, dass Frauen mit ungünstigerem Therapieausgang deutlich häufiger ihr körperliches/sonstiges Leiden als ihr eigentliches Problem bezeichnen (Julia A. ihr Schmerzsyndrom,

Melanie ihre Depression, Anna und Renate – letztere als einzige „Erfolgreichere“ – ihre Magersucht). Bei keiner dieser Frauen war mehr als ansatzweise Missbrauchserkenntnis vorhanden. Daneben zeigen auch Frauen mit hohem Therapieerfolg (Doris, Lisa) eine ausgeprägte körperliche Symptomatik. Für die **Hypothese** liegen keine ausreichenden Hinweise vor, sie wird **verworfen**.

10.2.5 Umgang mit einzelnen Symptomen

Diese Kategorie umfasst Hypothesen über Zusammenhänge zwischen dem Umgang mit verschiedenen Schutzmechanismen, der Bewertung der Folgen (sowohl von Klientenseite als auch auf Therapeutenseite) und der Verantwortungsübernahme und Wiederannäherung an das Trauma.

1a. Bei Erfolgreicheren führte S/A häufig zu Sekundärproblemen, die sie bedrohlich und aversiv erleben. Bei weniger Erfolgreichen hat S/A zu geringeren Folgeproblemen geführt bzw. werden diese nicht als entsprechend aversiv erlebt.

Tabelle 10.11 auf Seite 155 zeigt, dass Abwehr und Verleugnung von Frauen mit hohem Therapieerfolg ambivalent (schützend-entlastend vs. ängstigend, entwertend) erlebt wird. Diese negativen Aspekte von S/A lassen sich bei Frauen mit niedrigem Therapieerfolg seltener beobachten (vgl. dazu auch das Beschreibungsmodell für R/-). Die **Hypothese** wird **verworfen**.

1b. Erfolgreichere zeigen zu Therapiebeginn dramatischere Symptome. Weniger Erfolgreiche zeigen sich symptomärmer, mit weniger dramatischen Folgen.

Frauen mit hohem Therapieerfolg geben zum Zeitpunkt vor Therapiebeginn stärkere intrusive Symptome an, zum Untersuchungszeitpunkt besteht dieser Unterschied nicht mehr. In anderen Symptombereichen (z.B. Borderline) zeigen sich keine eindeutigen Unterschiede. Die **Hypothese** wird daher **verworfen**.

2. Erfolgreichere geben an, ihre Folgen als missbrauchsbedingt akzeptieren zu können. Diese Akzeptanz fehlt bei wenig Erfolgreichen.

Die Akzeptanz der Folgen als missbrauchsbedingt setzt eine *Erkenntnis* des Missbraucht-worden-Seins (ME) geradezu voraus – sie ist erfolgstypisch. Im Rekurs auf die Einzelfallberichte finden sich akzeptierende Äußerungen bei etlichen Frauen mit erfolgreicherem Therapieabschluss (Ulrike Y., Sandra, Agnes B., Helene, Julia M.), ansatzweise bei Margit, außerdem bei Eva (aus der Gruppe mit geringerem Therapieerfolg). Wichtig für die Akzeptanz der Folgen scheint dabei für viele Betroffene das Wissen um ihren vorübergehenden Zustand. Bei Betroffenen mit niedrigem Therapieerfolg sind solche Aussagen seltener. Die **Ausgangshypothese** wird **abgeschwächt**: Eine Akzeptanz der missbrauchsbedingten Folgen wird häufiger bei Frauen mit hohem Therapieerfolg beobachtet.

3. Bei Erfolgreicheren steht vor dem therapeutischen Erstkontakt bisweilen die Entscheidung, bewusst für das Leben zu kämpfen. Eine solche Entscheidung zwischen Leben und Tod, für das Leben, fehlt bei weniger Erfolgreichen.

Tabelle 10.26. Bewusste Entscheidung für das eigene Leben

| Kriterium | Person | Entscheidung zw. Leben und Tod | Konsequenz daraus | Sonstiges |
|-------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------|---|
| | Erfolgreichere Therapien: | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | k.A. | | |
| | Sandra | ja | Arztbesuch (R/L), VE+ | (→ „Entweder ich bringe mich um oder ich hole mir Hilfe.“ |
| | Doris | nein | | |

(Fortsetzung von Tabelle 10.26)

| Kriterium | Person | Entscheidung zw. Leben und Tod | Konsequenz daraus | Sonstiges | |
|-----------|-----------|--------------------------------|-------------------|--|--|
| 1. EK: | Ulrike D. | k.A. | | Entscheidet sich für S/A- und ME/S. Sorge um Kinder hält vom Suizid ab. „Selbstmord war nie Thema“ | |
| | Agnes A. | nein | | | |
| | Helene | nein | | | |
| | Agnes B. | k.A. | | | |
| 2. EK: | Lisa | nein | | Weniger erfolgreiche Therapien: | |
| | Renate | nein | | | |
| | Margit | ja | PT-Beginn, VE+ | | „Es war buchstäblich eine Entscheidung zwischen Leben und Tod.“ |
| | Sigrid | k.A. | | | Suizidversuch unterlassen: Angst, dass er misslingt und dadurch Abhängigkeit verstärkt wird (als Jugendliche). |
| kein EK: | Eva | k.A. | | „Wegen der Kinder hab ich gewusst, ich tu mir nichts an.“ | |
| | Julia | nein | | Würde sich lieber töten, als den Täter (Vater) zur Rede zu stellen - wie Arzt verlangt. | |
| | Judith | nein | | | |
| | Melanie | nein | | „Gewusst, ich muss jetzt was tun, ich brauche Hilfe!“ | |
| | Michaela | ja | PT-Beginn, VE+ | | |
| | Anna | ja | Suizidversuch | Suizidal, plant erneute Lebensbilanzierung am nächsten Geburtstag. | |
| kein FB: | Maria | nein | | „Ich muss jetzt irgendwas tun. Leben oder Tod.“ | |
| | Ina | ja | PT-Beginn, VE+ | | |
| kein FB: | Marianne | nein | | „Seid ich Kinder habe, will ich mich nicht mehr umbringen.“ | |
| | Julia M. | k.A. | | | |

Zwischen bewusster Entscheidung für das Leben und Therapieerfolg besteht offenbar kein Zusammenhang, so zeigt obige Tabelle, dass sich sogar mehr Betroffene mit geringerem Therapieerfolg eindeutig für das Leben entschieden haben – z.T. ohne entsprechend günstigen Therapieausgang. Auffallend ist jedoch, dass diese Entscheidung – falls sie für das Leben fällt – meist einen Hilfesuchprozess nach sich zieht. In der Entscheidung lag oftmals der eigentliche Auslöser, sich um eine Psychotherapie o.a. zu bemühen. Die **Hypothese** wird **umformuliert**: Eine Entscheidung für das Leben geht in der Regel einher mit der Suche nach Hilfe.

10.2.6 Wiederannäherung und Darüber-Sprechen

Hier geht es um Faktoren, die eine Wiederannäherung an das Trauma begünstigen und um den Zusammenhang von Schutzmechanismen und Schweigen bzw. Darüber-Reden.

1. *Emotives Erzählen fördert weiterführende Annäherung und umgekehrt: S/A- und emotives KO/S gehen Hand in Hand.*

Tabelle 10.15 auf Seite 161 macht deutlich, dass unabhängig des Therapieerfolges bei allen Betroffenen Wiederannäherung und emotives Darüber-Sprechen zusammenhängen. Die **Hypothese** wird **beibehalten**.

2. *Erfolgreichere konnten in ihrer Therapie häufiger, ausführlicher und detaillierter über den erlebten Missbrauch und die erlittenen und aktuellen Schmerzen sprechen.*

Der Rückgriff auf die Einzelfalltabellen wie auch die Auswertung des entsprechenden Fragebogenitems (vgl. Ergebnisbericht, KTI m25, für 2. EK) **bestätigt** diese **Hypothese**.

3a. R/A fördert Sicherheit und Vertrauen (V+, A-) in die therapeutische Beziehung und macht Sprechen möglich.

Die Beobachtungen aus der Cross-Case-Matrix wie auch das Beschreibungsmodell zu Auswirkungen verschiedener R/+ **bestätigen** diese **Hypothese**.

3b. R/L verhindert Sprechen bzw. ermöglicht ein Ansprechen nur dann, wenn auf R/L mit W+ reagiert werden kann.

Tabelle 10.15 auf Seite 161 **bestätigt** diese **Hypothese**.

3c. S/A macht KO/S- wahrscheinlich.

Tabelle 10.15 auf Seite 161 unterstützt diese **Hypothese**, ebenso wie die Beobachtungen aus dem Beschreibungsmodell für R/-. Sie wird **beibehalten**.

4. Somatisierungen behindern ein Sprechen über den erlebten Missbrauch: Körperlich Erkrankte sprechen seltener darüber.

Der Rückgriff auf die Einzelfalltabellen ermöglicht folgende Vergleichsmatrix:

Tabelle 10.27. Körperl. Erkrankungen, Darüber-Sprechen

| Kriterium | Person | körperl. Erkrankung? | Wollte über Trauma sprechen? |
|---------------------------------|-----------|----------------------|------------------------------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | nein | |
| | Sandra | nein | |
| | Doris | ja | |
| | Ulrike D. | früher ja | damals nein |
| | Agnes A. | nein | |
| 1. EK: | Helene | nein | |
| | Agnes B. | nein | |
| | Lisa | früher ja | k.A. |
| | Renate | ja | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | |
| 2. EK: | Margit | nein | |
| | Sigrid | nein | |
| kein EK: | Eva | früher ja | ja |
| | Julia | ja | nein |
| | Judith | nein | |
| | Melanie | nein | |
| | Michaela | ja | ja |
| | Anna | ja | nein |
| | Maria | nein | |
| Ina | ja | k.A. | |
| kein FB: | Marianne | nein | |
| | Julia M. | nein | |

Ein klarer Zusammenhang zwischen körperlichem Leiden und Redewunsch/Darüber-Reden ist, auch aufgrund mangelnden Datenmaterials, nicht zu finden. Die **Hypothese** wird **verworfen**.

10.2.7 Normalitätsbetonung und Informationsvermittlung

Im Zentrum stehen hier Hypothesen über die Auswirkungen von Informationsvermittlung bezüglich der Normalität und Angemessenheit der symptomatischen Reaktionen auf die erlebte traumatische Situation, und über den Zusammenhang zwischen dem therapeutischen Verständnis der Folgen und der Wiederannäherung an das Trauma.

1a. Normalitätsbedonende Informationsvermittlung (Schuldlosigkeit, Normalität der Folgen, beobachtungs begründete Vermittlung von Hoffnung...) durch Therapeuten u.a. fördert S/RA und entlastet.

Tabelle 10.28. Normalisierung durch Therapeuten

| Kriterium | Person | Normalisierung? | S/RA | SW | Sonstiges |
|---------------------------------|-----------|-----------------|------|----|---|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | ja | + | + | U/S, „Ich bin nicht schlecht.“ |
| | Sandra | ja | | + | |
| | Doris | nein | | | |
| | Ulrike D. | nein | | | |
| | Agnes A. | k.A. | | | |
| 1. EK: | Helene | ja | + | + | S-, ME/F: „Wichtig für das Erkennen der Folgen.“ |
| | Agnes B. | ja | + | + | S-, „Kinder in dem Alter sind nicht schuld.“ |
| | Lisa | ja | | + | |
| | Renate | ja | + | + | S- |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | |
| 2. EK: | Margit | ja | + | + | „Ich kann nicht leben, ohne Fehler zu machen.“ |
| | Sigrid | ja | | + | S- führt zu O+ |
| kein EK: | Eva | k.A. | | | V-, „Die wissen gar nicht, wie ich wirklich bin.“ „Wenn die sagen, ich sei nicht schuld, fühle ich mich missverstanden.“ |
| | Julia | ja | | | |
| | Judith | ja | + | | |
| | Melanie | nein | | | S-, „Es ist erleichternd.“ V-, „Ich denke auch, die versteht mich nicht.“ S-, „Das tat mir gut.“ |
| | Michaela | nein | | | |
| | Anna | nein | | | |
| | Maria | ja | | + | |
| Ina | ja | | + | + | |
| kein FB: | Marianne | k.A. | | | S-, „Ich schäme mich nicht mehr.“ |
| | Julia M. | ja | + | + | |

Die meisten Frauen geben unabhängig ihres Therapieerfolges an, über die eigene Schuldlosigkeit, die Normalität der Folgen etc. informiert worden zu sein. Derart normalisierende Informationen führen bei allen Betroffenen zu einer tendentiell verstärkten rationalen Auseinandersetzung mit sich selbst und dem Missbrauch und werden meist als sehr positiv erlebt, führen zu einer Verstärkung des Selbstwertgefühls und zur Abnahme von Schuldgefühlen. Bei zwei Betroffenen mit ungünstigerem Therapieausgang findet sich jedoch eine Abnahme des Vertrauens in den Therapeuten, der so informiert: vermutlich waren derartige Aussagen zum damaligen Zeitpunkt noch zu bedrohlich. Solche negativen Implikationen zeigen sich bei keiner Frau mit günstigerem The-

rapieausgang. Die **Hypothese** wird **beibehalten**: Es wird angenommen, dass Erfolgreichere häufiger über die Rechtmäßigkeit und Angemessenheit ihres Schmerzes, ihrer Wutgefühle, über die überlebendensichernde Funktion ihrer Symptome und über ihre Schuldlosigkeit informiert wurden. Normalitätsbetonende Informationen führen in der Regel zu einer Steigerung des Selbstwertgefühles und zur Verringerung eigener Schuldgefühle, außerdem bisweilen zur verstärkten rationalen Auseinandersetzung mit der eigenen Person und dem Missbrauch. Dies allerdings nur so lange, als sie der internen Realität der Betroffenen nicht gänzlich widersprechen, sonst kann es zur Abnahme des Vertrauens in die informierende Person kommen.

1b. Normalitätsbetonende Informationen fördern SW+.

Entsprechend der vorangegangenen Tabelle und Überlegungen wird die **Hypothese beibehalten**.

2a. Bei weniger Erfolgreichen ist S/RA mit S/A kombiniert.

Aus den Cross-Case-Tabellen:

Tabelle 10.29. Rationale Auseinandersetzung, Wiederannäherung, Verleugnung

| Krit. | Person | S/RA | S/A | S/A- | Sonstiges |
|---------------------------------|-----------------------|--------|-------|-------|------------------------------|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | x | | x | S/A- führt zu S/RA |
| | Sandra | x | x | | |
| | | x | | x | |
| | Doris | x | x | | |
| | | x | | x | |
| | Ulrike D. Agnes A. | x x | x | x | |
| 1. EK: | Helene | x | x | | |
| | | x | | x | |
| | Agnes B. | x | | x | |
| | Lisa | x | | x | |
| | Renate | x | x | | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | | |
| 2. EK: | Margit | x | | x | |
| | Sigrid | x | x | | |
| | | x | | x | |
| kein EK: | Eva | x | | x | keine Kombination beobachtet |
| | Julia | x | k.A. | k.A. | |
| | Judith | x | | x | |
| | Melanie | x | x | | |
| | Michaela | x | x | | |
| | Anna | x | | x | |
| | Maria | x | x | | |
| | Ina | x | x | | |
| | | x | | x | |
| kein FB: | Marianne | x | x | | |
| | | x | | x | |
| | Julia M. | x | x | | |

Alle Personen zeigen unabhängig des Therapieerfolges verschiedene Kombinationen von S/RA mit S/A oder S/A-, viele Frauen zeigen beide Kombinationen, in Abhängigkeit der Situation. Die **Hypothese** wird **verworfen**.

2b. S/RA führt zu S/A-.

Die obige Tabelle zeigt S/A- zu unspezifisch im Zusammenhang mit S/RA, um die genannte Hypothese zu bestätigen. Auch die Beschreibungsmodelle R/+ und R/- liefern keinen Hinweis darauf, dass rationale Auseinandersetzung einer emotionalen Annäherung förderlich ist. Der Rekurs auf die Einzelfalltabellen ergibt ebenfalls keine entsprechenden Hinweise. Die **Hypothese** wird **verworfen**.

10.2.8 Einzelaspekte der Psychotherapie

Einzelne zusätzliche Hypothesen zu Therapeutenverhalten und Therapieerfolg sind in dieser Kategorie zusammengefasst.

1. Erfolgreichere waren öfter in Selbsthilfegruppen bzw. haben mehr persönlichen Austausch mit anderen Betroffenen.

Tabelle 10.30. Austausch mit anderen Betroffenen

| Kriterium | Person | Selbsthilfegruppe? | Anderer Austausch | Sonstiges |
|---------------------------------|-----------|--------------------|-------------------|--|
| Erfolgreichere Therapien | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | nein | nein | |
| | Sandra | nein | nein | |
| | Doris | ja | ja | Überfordert, als gute Freundin eigenes Erleiden enthüllt. |
| | Ulrike D. | nein | ja | Im Rahmen ihres Berufes. |
| | Agnes A. | nein | ja | Oberflächlich, auf der Uni. |
| 1. EK: | Helene | nein | ja, PT-Gruppe | Z.T. im Beruf. |
| | Agnes B. | nein | ja, Therapeutin | Hilft, dass die Therapeutin selbst betroffen ist und versteht. |
| | Lisa | ja | ja | |
| | Renate | nein | nein | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | |
| 2. EK: | Margit | nein | nein | |
| | Sigrid | nein | nein | |
| kein EK: | Eva | nein | ja | Z.T. im Beruf. |
| | Julia | nein | nein | |
| | Judith | nein | nein | |
| | Melanie | nein | nein | |
| | Michaela | nein | nein | |
| | Anna | nein | nein | |
| | Ina | nein | nein | |
| kein FB: | Marianne | ja | ja, Partner | Selbsthilfegruppe tat gut. |
| | Julia M. | nein | nein | |

Es fällt auf, dass Frauen mit hohem Therapieerfolg sich häufiger mit anderen Betroffenen sexualisierter Gewalt in der Kindheit austauschten, dieser Austausch (besonders in Selbsthilfegruppen) wurde überwiegend als sehr positiv erlebt. Hoher Therapieerfolg kann natürlich auch die Bereitschaft steigern, das Erlebte jemandem mitzuteilen oder sich die Leidensgeschichten anderer Betroffener anzuhören. Es ist anzunehmen, dass Selbsthilfegruppen und empathische Betroffene ein besonderes Maß an Akzeptanz und Verständnis bereitstellen können,

und die Gefühle von Schuld und Stigmatisation zu überwinden helfen. Der **erste Teil der Hypothese** wird **beibehalten**.

2. Erfolgreichere verfügen schon vor der Therapie über eine zumindest örtliche und materielle Abgrenzung zur Ursprungsfamilie.

Tabelle 10.31. Abgrenzung zur Ursprungsfamilie

| Krit. | Person | Räumliche Abgrenzung | Materielle Abgrenzung | Sonstiges |
|---------------------------------|-----------|----------------------|-----------------------|---|
| Erfolgreichere Therapien | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | ja | ja | |
| | Sandra | ja | ja | |
| | Doris | ja | ja | |
| | Ulrike D. | ja | ja | |
| | Agnes A. | ja | ja | Besucht jedes Wochenende Eltern, erlebt Besuche als unangenehm. |
| 1. EK: | Helene | ja | ja | |
| | Agnes B. | ja | ja | |
| | Lisa | ja | ja | |
| | Renate | ja | ja | Stolz auf das selbst gebaute Haus. |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | |
| 2. EK: | Margit | ja | ja | |
| | Sigrid | ja | ja | |
| kein EK: | Eva | ja | ja | Partner wird den Hof ihrer Eltern übernehmen, sie möchte dort nicht einziehen. |
| | Julia | ja | ja | |
| | Judith | ja | z.T. | Studium wird von den Eltern mitfinanziert. Eltern wohnen im Nachbarhaus. |
| | Melanie | ja | ja | |
| | Michaela | ja | ja | Studiert, in den Ferien immer zu Hause. Leidet unter Abhängigkeit vom Kloster. Wohnt zu Hause, Vater war der Täter. |
| | Anna | z.T. | nein | |
| | Maria | ja | ja | |
| Ina | nein | nein | | |
| kein FB: | Marianne | ja | ja | |
| | Julia M. | ja | ja | |

Alle Frauen mit hohem Therapieerfolg haben sich schon vor Therapiebeginn räumlich/materiell von ihren Eltern abgrenzen können. Trotz nicht signifikanter Altersunterschiede der beiden Gruppen sind drei Frauen mit geringerem Therapieerfolg räumlich nahe mit/bei den Eltern und werden finanziell von diesen unterstützt. Die Beobachtungen sind zu wenig eindeutig, um die **Ausgangshypothese** im vollen Umfang beizubehalten. Sie wird **abgeschwächt**: Eine nicht vollzogene räumliche und materielle Abgrenzung zur (missbräuchlichen) Ursprungsfamilie erschwert tendenziell einen günstigen Therapieausgang.

3. Weibliche Opfer männlicher Täter fühlen sich bei ihrer Ersttherapie bei einem weiblichen Therapeuten sicherer. Erfolgreichere waren häufiger bei einer Frau in Therapie.

Für die Hypothese sprechen die Ergebnisse des FKB, wonach Frauen mit günstigerem Therapieausgang signifikant häufiger bei einer weiblichen Therapeutin in Behandlung waren (vgl. dazu die Darstellung der Einzelitems des FKB im Ergebnisbericht). Ein Rückgriff auf die Einzelfalltabellen zeigt, dass sich einige weibliche Betroffene (alle erlebten Übergriffe von männlichen Tätern) dezidiert eine Frau als Therapeutin wünschen. Die **Hypothese** wird **beibehalten**.

10.2.9 Mitmenschliche Beziehungen und Partnerschaft

Diese Kategorie umfasst Erklärungshypothesen zum Verhältnis von mitmenschlichen Beziehungen, dominanten Schutzmechanismen, Wiederannäherung an das Trauma und Therapieerfolg.

1a. Erfolgreichere erleben in ihrer Familie/Partnerschaft mehr R/A und R/+.

Insgesamt erleben Betroffene mit hohem Therapieerfolg mehr R/A und R/+, auch in der Partnerschaft überwiegt Akzeptanz und Verständnis im Vergleich zu Frauen mit niedrigem Therapieerfolg (vgl. Einzelfallberichte, Cross-Case-Matrix). Die Beobachtungen zum Sicherheitsempfinden (Hypothese 2, Erfolgsbedingungen) ergeben in bezug auf Partnerschaft, dass Frauen mit hohem Therapieerfolg, falls sie über eine Partnerschaft verfügen, sich selbst in ihr zumindest als „ziemlich sicher“ einschätzen, Frauen mit negativerem Therapieausgang dagegen fühlen sich in einer vorhandenen Partnerschaft mit einer Ausnahme (Eva) unsicher. Die **Ausgangshypothese** wird **beibehalten**.

1b. Bei weniger Erfolgreichen überwiegt in der persönlichen Umgebung R/L und R/-.

Ein Vergleich der detaillierten Cross-Case-Tabellen und der Rekurs auf die Einzelfälle belegt, dass Frauen mit ungünstigerem Therapieausgang nicht nur insgesamt mehr R/L und R/- erleben, sondern auch geringfügig häufiger im Rahmen ihrer Partnerschaft und von Seiten ihrer Freunde. Die **Hypothese** wird **beibehalten**.

1c. Erfolgreichere Betroffene konnten sich schon als Kind/Jugendliche jemandem anvertrauen und fanden damals Akzeptanz und Verständnis.

Tabelle 10.32. Mitmenschliche Ressourcen in der Kindheit

| | Person | KO/S als Kind | Reaktion | Sonstiges |
|---------------------------------|-----------|---------------|-------------------|---|
| Erfolgreichere Therapien: | | | | |
| 1. + 2. EK: | Ulrike Y. | nein | | |
| | Sandra | ja | R/L: Eltern, Arzt | |
| | Doris | nein | R/L | Täter beichtet, Priester „verzeiht“ ihm. |
| | Ulrike D. | nein | | |
| | Agnes A. | k.A. | | |
| 1. EK: | Helene | nein | | |
| | Agnes B. | nein | | |
| | Lisa | ja | R/A, R/U | Brüder (Kinder) schreien im ganzen Haus, sie wollten den bösen Mann vertreiben, Übergriffe enden. |
| | Renate | nein | | |
| Weniger erfolgreiche Therapien: | | | | |
| 2. EK: | Margit | ja | R/L der Mutter | Mutter meint, sie solle besser schweigen. |
| kein EK: | Sigrid | ja | R/L der Mutter | |
| | Eva | nein | | |
| | Julia | nein | | |
| | Judith | nein | | |
| | Melanie | nein | | |
| | Michaela | nein | | |
| | Anna | nein | R/L der Mutter | Mutter saß daneben, ohne einzuschreiten. |

(Fortsetzung von Tabelle 10.32)

| | Person | KO/S als Kind | Reaktion | Sonstiges |
|----------|----------|---------------|----------|--|
| | Maria | ja | | Stiefmutter stellte Täter (Cousin von Maria) zur Rede = Ende der Übergriffe. |
| | Ina | nein | | |
| kein FB: | Marianne | k.A. | | |
| | Julia M. | nein | | |

Nur die wenigsten Frauen konnten schon in der Zeit der Übergriffe über diese sprechen, und noch weniger haben unterstützende und akzeptierende Reaktionen dazu erfahren. Insgesamt haben Frauen mit hohem Therapieerfolg nicht häufiger schon in der Kindheit über die traumatischen Ereignisse sprechen können. Lisa (hoher Erfolg) und Maria (niedriger Erfolg) waren die einzigen, die auf ihr Aussprechen in der Kindheit Akzeptanz und Hilfe erfuhren. Die **Hypothese** wird aufgrund mangelnder Angaben **verworfen**.

2. Erfolgreichere verfügen schon vor der Therapie über mehr mitmenschliche Beziehungen und sind weniger isoliert.

Für die Hypothese sprechen die Ergebnisse des FKB, hier berichten Frauen mit hohem Therapieerfolg für den Zeitpunkt vor der Psychotherapie höhere soziale Kompetenz. Auch der Rekurs auf die Einzelfallberichte ergibt, dass Frauen mit hohem Erfolg häufig zumindest eine Freundin/einen Freund oder vertrauensvollen Partner besitzen, Betroffene mit niedrigem Therapieerfolg beschreiben sich dagegen häufig sowohl vor als auch nach der Therapie als stark sozial isoliert. Diese Beobachtungen werden bestätigt von der Untersuchung von Wirtz & Harrell (1987), die höhere Stressniveaus und einen langsameren Heilungsverlauf bei jenen Traumatisierten fanden, die sich nach dem Übergriff von Familie und Freunden zurückgezogen hatten. Demnach wird die **Hypothese beibehalten**.

3. Weniger Erfolgreiche wurden häufiger retraumatisiert, auch als Erwachsene.

Die Ergebnisse des KTI zeigen keine Unterschiede in Charakteristika der sexualisierten Gewalt in der Kindheit bzw. in der Häufigkeit retraumatisierender Ereignisse. Die **Hypothese** wird **textbfverworfen**.

10.3 Integration und theoretische Verknüpfung der bestätigten Hypothesen

10.3.1 Analyse der Erfolgsbedingungen: positive Reaktionen, wiederannähernde Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten und Missbrauchserkenntnis als Prädiktoren des Therapieerfolges

(1.1a, 1.1b, 1.1c, 1.1e, 1.1i, 1.1j, 1.2, 1.2a, 1.2b, 1.2d, 1.2e, 1.5a, 1.6a, 1.6k, 1.10, 2.2, 3.2, 3.3, 3.6, 8.1, 9.1a. und 9.2): Nur bei Überwiegen positiver Reaktionen (Akzeptanz und empathische Wahrnehmung) ist Therapieerfolg beobachtbar. Bei Überwiegen negativer Reaktionen (Verleugnung und Stigmatisierung als Opfer) ist der Therapieerfolg deutlich geringer. Positive Reaktionen werden hierarchisch verstanden, so wird bei Akzeptanz (R/A als höchste Stufe) regelhaft Wiederannäherung beobachtet, der Zusammenhang zwischen Wahrgenommen-Werden bzw. unspezifischen positiven Reaktionen und Wiederannäherung ist dagegen schwächer. Für die Wiederannäherung an das Trauma ist dabei das insgesamt erlebte Überwiegen positiver Reaktionen (im therapeutischen wie auch im privaten Umfeld) und ihre Wertigkeit in der Hierarchie ausschlaggebend. Negative Reaktionen im privaten Bereich hemmen die Wiederannäherung auch dann, wenn therapeutisch positive Reaktionen verfügbar sind (und umgekehrt). Positive Reaktionen von außen begünstigen eine Wiederannäherung an das Trauma besonders im Rahmen einer (schon vorab) vertrauensvollen, angstfreien Beziehung,

wobei das Akzeptiert-Werden selbst mit einer Steigerung des Sicherheitsgefühls und Vertrauensempfindens verbunden ist und Angstgefühle verringert. Auf Ohnmachtsgefühle hat die Erfahrung des Akzeptiert-Werdens nur geringen und allenfalls günstigen Einfluss. Akzeptiert-Werden (in geringerem Umfang auch unspezifische positive Reaktionen) gehen mit einer Steigerung der Eigenverantwortung der Betroffenen einher. Auch eigene Kinder motivieren, für sich selbst und das eigene Wohlergehen zu sorgen und verstärken so die Eigenverantwortung. Diese fördert insbesondere bei Personen mit günstigem Therapieerfolg die Wiederannäherung an das Trauma. Personen mit erfolgreicherem Therapieausgang haben meist schon vor Beginn der Psychotherapie mindestens eine positive soziale Beziehung erfahren, vermeiden kaum soziale Kontakte und sind weniger isoliert als Frauen mit ungünstigerem Therapieausgang. „Erfolgreichere“ waren öfter in Selbsthilfegruppen bzw. in persönlichem Kontakt mit Betroffenen, mit denen sie sich über Missbrauch und Folgen austauschten. Bei Frauen mit ungünstigerem Therapieverlauf fehlen solche Erfahrungen häufiger.

(1.1h, 1.3, 1.3b, 1.3c, 1.4, 1.4a, 1.4e, 1.4f, 1.4g, 1.5, 1.6e, 1.6f, 1.6g, 1.6i, 1.6j, 1.6l, 1.6m, 2.3, 4.1d, 4.2b, 4.2c, 4.2d, 4.2g, 4.3b, 5.1a, 5.2):

Wiederannäherung an das Trauma ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Missbrauchserkenntnis. Missbrauchserkenntnis wird gefördert, wenn positive Reaktionen in mehreren Lebensbereichen (Therapie, privates Umfeld) erlebt werden. Deutlich negative Reaktionen in nur einem Bereich können das Erkennen des Missbrauchs erschweren oder verhindern. Missbrauchserkenntnis wird durch allgemeines Vertrauen und Sicherheitsgefühl begünstigt, so befinden sich Personen mit höherem Therapieerfolg häufiger in relativ sicheren Lebenssituationen (Partnerschaft, finanzielle Lage, Therapiesituation, ...). Das Erkennen eigener Schuldlosigkeit (als Folge der Wiederannäherung, beide sind mögliche Vorläufer von Missbrauchserkenntnis) führt häufig zur Vergrößerung des Ohnmachtsempfindens, wobei die Kombination von Einsicht in die Schuldlosigkeit und Steigerung der Ohnmacht insbesondere für Betroffene mit günstigerem Therapieausgang typisch ist. Missbrauchserkenntnis in allen drei Kategorien (Tat, Schmerz und Folgen) bezeichnet den Therapieerfolg und wird längerfristig positiv erlebt (trotz des Empfindens des missbrauchbedingten Schmerzes). Während die Reaktivierung traumabedingten Schmerzes auch die begleitende Ohnmacht neu erlebbar macht, gehen die Einsicht in die Tat und die Folgen des Missbrauchs mit einer längerfristigen Reduktion der Ohnmachtsgefühle einher. Missbrauchserkenntnis führt in allen Kategorien zur Reduktion von Schuldgefühlen, zur Steigerung des Selbstwertempfindens und ist Voraussetzung für einen Trauerprozess. Missbrauchserkenntnis und Wut sind regelmäßig kombiniert. Eine Verringerung der Angst oder Abwehr kann im Zusammenhang mit Missbrauchserkenntnis nicht beobachtet werden. Missbrauchserkenntnis spielt in der Bewertung der Wiederannäherung eine entscheidende Rolle: Die Wiederannäherung an das Trauma wird von allen Personen unabhängig des Therapieerfolgs vorrangig schmerzhaft und aversiv erlebt und will vermieden werden. Erst mit dem Erlangen von Missbrauchserkenntnis wird die Wiederannäherung als überwiegend entlastend und positiv empfunden. Insofern erleichtert das erfolgsspezifische Erkennen des Missbrauchs, sich weiter mit dem Trauma auseinanderzusetzen und weiter zu erkennen, der Verarbeitungsprozess entwickelt zunehmend Eigendynamik. Diese Eigendynamik zeigt sich bei Betroffenen mit günstigem Therapieverlauf auch im Oszillieren zwischen Wiederannäherung an das Trauma und Abwehr. Die Wiederannäherung kann durch positive Reaktionen von außen begünstigt werden, löst aber selbst oft Angst aus, was zu einem (kurzfristigen) Einsetzen der Abwehrmechanismen (quasi als Erholungsphase vor neuerlicher Wiederannäherung) führen kann. Die Wiederannäherung bekommt zunehmend Eigendynamik (insbesondere im Zuge der Missbrauchserkenntnis), die schließlich einen völligen Rückzug auf Abwehrmechanismen unmöglich macht. Der in Abbildung 10.1 auf Seite 152 beschriebene Kreislauf ist typisch für eine günstige Verarbeitung der traumatischen Ereignisse.

Weniger Erfolgreiche zeigen ausgeprägt Abwehr und Vermeidung und nur geringe Wiederannäherung, insbesondere ist ihre Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten nicht mit Missbrauchserkenntnis verbunden, sodass die Auseinandersetzung auch langfristig stark aversiv erlebt wird. Dagegen erleben Personen mit ungünstigerem Therapieausgang Abwehr und Vermeidung als durchwegs positiv und schätzen vor allem ihre entlastende Seite; emotional negative Komponenten oder Folgeprobleme der Abwehr stehen bei ihnen im Hintergrund. Etliche Personen mit geringem Therapieerfolg geben an, Abwehr und Vermeidung zu wünschen – bei keiner Person

mit günstigerem Therapieausgang ist eine derartige Haltung zu beobachten. Ähnlich dazu sind Wünsche nach Vermeidung von Wut auf den/die Täter mit eher geringerem Therapieerfolg kombiniert. Bei Erfolgreicheren führte die Abwehr und Vermeidung häufig zu Sekundärproblemen, die sie als bedrohlich und aversiv erleben, teilweise stellen diese Folgeprobleme eine Änderungsmotivation dar. Bei ihnen überwiegt der Wunsch, sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen, selbst wenn die Wiederannäherung schmerzhaft empfunden und Abwehr durchwegs noch positiv erlebt wird. Im Vermeiden sehen sie meist nur eine kurzfristige „Erholungsphase“, der eine erneute Wiederannäherung folgt. Frauen mit ungünstigerem Therapieerfolg wünschen sich Vermeidung hingegen nicht selten als endgültige Lösung.

(1.12, 5.3):

Eine Entscheidung für das Leben geht in der Regel einher mit der Suche nach Hilfe und ist oft entscheidende Therapiemotivation. Jene Betroffenen, die den sexuellen Missbrauch als Therapiemotivation angeben, haben gute Aussichten auf einen günstigen Therapieausgang.

(1b, 3.4a, 3.4b, 7.1a):

Normalitätsbetonende Informationsvermittlung (Schuldlosigkeit, Rechtmäßigkeit und Angemessenheit von Schmerz und Wutgefühlen, überlebenssichernde Funktion und Normalität der Symptome, beobachtungsbegründete Vermittlung von Hoffnung...) durch Therapeuten u.a. fördert die rationale Auseinandersetzung mit dem Missbrauch und der eigenen Person. Alle Betroffenen reagieren (unabhängig des Therapieerfolgs) auf ihre rationale Auseinandersetzung tendentiell mit einer Abnahme von Angst und Ohnmacht, mit einer Verringerung eigener Schuldgefühle und mit der Besserung des Selbstwerts. Dadurch wirkt die rationale Auseinandersetzung mit dem Trauma entlastend und stabilisierend. Die positiven Effekte bestehen nur dann, wenn die oft dazu widersprüchliche innere Realität der Betroffenen (etwa das Vorhandensein von Schuldgefühlen trotz tatsächlicher Unschuld) nicht geleugnet wird, andernfalls ist häufig Misstrauen die Folge. Eine rationale Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten lässt sich bei Frauen mit positiverem Therapieende geringfügig häufiger beobachten.

(4.1a, 4.1b, 4.1c):

Dem Selbstwertgefühl kommt in der Bewertung von Wut und erhöhter Eigenverantwortung eine zentrale Rolle zu, bei geringem Selbstwert werden Verantwortungsübernahme für das eigene Leben und Wutgefühle regelmäßig negativ und schuldbesetzt erlebt.

(1.1d, 1.11b, 1.13a, 1.13b, 6.1, 6.2, 6.3a):

Das Empfinden, von anderen Menschen Akzeptanz zu erfahren, fördert Sicherheit und Vertrauen und erleichtert so allen Betroffenen, über den Missbrauch oder durch die Übergriffe verursachte emotionale Befindlichkeiten, über Symptome usw. zu sprechen. In geringerem Maße erleichtert auch das Empfinden des Wahrgenommen-Werdens das Darüber-Sprechen, im Sinne einer Sprecherlaubnis. Bei allen Gesprächspartnerinnen gingen Darüber-Sprechen und die Wiederannäherung an das Trauma Hand in Hand, beide vorwiegend begünstigt vom Gefühl des Akzeptiert-Werdens. Emotives Erzählen fördert weiterführende Annäherung und umgekehrt. Frauen, bei denen der erlittene sexuelle Missbrauch zentrales Therapiethema war, haben tendentiell positivere Therapieverläufe. Personen mit günstigerem Therapieerfolg konnten in ihrer Therapie häufiger und ausführlicher über den erlebten Missbrauch und die erlittenen und aktuellen Schmerzen sprechen.

10.3.2 Kennzeichen des Misserfolgs: Negative Reaktionen und Abwehr

(1.1f, 1.1h, 1.6a, 1.6b, 1.6c, 1.6d, 1.6h, 1.7a, 1.7b, 1.7c, 1.9, 3.2a, 4.3, 4.3a, 8.3, 9.1b):

Leugnendes, bagatellisierendes, schuldzuweisendes und opferzentrierendes Verhaltens gegenüber der Betroffenen wird von dieser im höchsten Maße verletzend empfunden und führt zur Verstärkung von Angst, Schuld- und Ohnmachtsgefühlen, zur Selbstentwertung und auffallend häufig zu autoaggressiven Verhaltensweisen. Negative Reaktionen von außen sind zudem mit der Verschlechterung des Symptombildes verbunden. Angst, Unsicherheit, Schuldgefühle, Misstrauen und Schmerz för-

dern bei allen Betroffenen unabhängig vom Therapieerfolg Abwehr, Verleugnung und Ohnmachtsgefühle, wenn ein Missbrauchserkennen noch nicht gegeben ist.

Negative Reaktionen (vor allem die Verleugnung bei Mitmenschen) führen regelmäßig zu Abwehr und zur eigenen Abwehr und Verleugnung. Negative Reaktionen von außen und Wiederannäherung schließen einander aus. Eigenes Vermeiden macht das Erlangen von Missbrauchserkenntnis unmöglich. Umgekehrt begünstigt eigenes Vermeiden verleugnende Reaktionen bei Mitmenschen. Eine wechselseitige Verstärkung von verleugnenden Reaktionen von Mitmenschen und eigener Abwehr und Vermeidung traumaspezifischer Inhalte lässt sich bei allen Personen unabhängig ihres Therapieerfolges beobachten. Die Abwehrneigung und die Verschlechterung der emotionalen Befindlichkeit und des Symptombildes (als Folge von negativen Reaktionen von außen) kann unabhängig des Therapieerfolges eine rationale Auseinandersetzung mit der negativen Reaktion und der durch sie bewirkten Verletzung fördern und so die (durch die negativen Reaktionen bedingte) Verschlimmerung des allgemeinen Zustandes abbremsen.

Weniger Erfolgreiche erleben häufiger die Stigmatisierung als Opfer, dies ist mit der Verringerung ihrer Eigenverantwortlichkeit verbunden. Es ist anzunehmen, dass das therapeutische Anerkennen der Eigenverantwortung und Entscheidungskompetenz (als Gegensatz zur Stigmatisierung) das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle, das Selbstwertgefühl und das Treffen eigener Entscheidungen fördert. Auch eine nicht vollzogene räumliche und materielle Abgrenzung zur (missbräuchlichen) Ursprungsfamilie erschwert tendentiell einen günstigen Therapieausgang.

Personen mit ungünstigerem Therapieverlauf erleben negative Reaktionen (insbesondere verleugnende Mitmenschen) innerhalb der Therapie geringfügig häufiger und in ihrer privaten Umwelt annähernd gleich häufig wie Betroffene mit erfolgreicherem Therapieausgang (allerdings sind allgemeine positive Reaktionen für Frauen mit günstigerem Therapieausgang viel öfter verfügbar.) Auffallend zeigt sich, dass Personen mit geringerem Therapieerfolg negative therapeutische Reaktionen wesentlich häufiger in einem früheren Stadium ihres Verarbeitungsprozesses erleben. Die schädigenden Implikationen von negativen Reaktionen von Mitmenschen scheinen mit voranschreitendem Verarbeitungsprozess bzw. mit zunehmendem Therapieerfolg (vor allem nach Erreichen von Missbrauchserkenntnis) abzunehmen, Missbrauchserkenntnis scheint in der Verarbeitung von negativen Reaktionen von außen eine wichtige Rolle zu spielen.

Ausschließlich Frauen mit ungünstigerem Therapieausgang reagieren zeitweise auch auf Wahrgenommen-Werden und allgemeine Unterstützung mit Abwehr. Bei ihnen geht das bloße Wahrgenommen-Werden (ohne begleitendes Gefühl von Akzeptiert-Werden) häufig mit einer Verschlechterung des Selbstwertgefühls einher. Verunsicherung und Angst und das Bestreben, das „Missbrauchsgeheimnis“ weiter zu verbergen, ergeben sich als wichtige intervenierende Variablen (vgl. Abbildung 10.2 auf Seite 160).

(1.11b, 6.1b, 6.3b, 6.3c):

Wenn Mitmenschen verleugnen und bagatellisieren, verhindert das ein Über-den-Missbrauch-Sprechen bzw. ermöglicht ein Ansprechen nur dann, wenn auf dieses Leugnen mit Wut reagiert werden kann. Nur mit außergewöhnlicher Anstrengung gelingt es (häufiger Personen mit günstigerem Therapieerfolg), trotz negativer Reaktionen vom eigenen Leid zu sprechen oder gegen die negativen Reaktionen zu protestieren. Auch eigene Abwehr und Vermeidung (als häufige Folge von negativen Reaktionen von außen) macht Schweigen wahrscheinlich. Bei Personen mit geringerem Therapieerfolg ist öfter ein emotional unbeteiligtes, distanzierendes Darüber-Sprechen zu beobachten als bei Personen mit positiverem Therapieausgang.

10.4 Erfolgs- und misserfolgstypische Kreisläufe

Nach der Beschreibung des Hypothesenexklusionismus und seiner Ergebnisse werden hier jene Variablenzusammenhänge vorgestellt, die aus den Beobachtungen in den Einzelfällen im Rahmen der personenübergreifenden tabellarischen Analyse (Cross-Case-Matrixen) sichtbar wurden. Diese Variablen-Zusammenhänge ließen sich bei vielen Personen beobachten, sie konnten außerdem empirisch gut voneinander abgegrenzt werden. Manche dieser Variablen-Kombinationen zeigten sich

unabhängig vom Therapieerfolg, andere konnten überwiegend oder ausschließlich bei hohem (oder bei geringem) Therapieerfolg beobachtet werden. Da die Variablenkombinationen Prozesse beschreiben, die nicht-linear ablaufen, sondern sich nach unseren Beobachtungen eher in z.T. rekursierenden und oszillierenden Zyklen vollziehen, werden sie als „Kreisläufe“ beschrieben.

Folgende allgemeinen, erfolgs- und misserfolgstypischen Kreisläufe wurden beobachtet:

10.4.1 Wiederannäherungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig)

R/+ → GR/+ → S/A-, S/RA

Akzeptanz und Wahrnehmen des Leidens bei Mitmenschen führen zu positiven emotionalen Reaktionen (Vertrauen, Nachlassen der Angst) und begünstigen die Wiederannäherung an die traumatische Situation, bisweilen findet in der Folge von positiven Reaktionen eine nur rationale Auseinandersetzung mit dem erlittenen Trauma oder seinen Implikationen statt. Dieser Kreislauf wird bei allen Personen unabhängig ihres Therapieerfolges beobachtet, entscheidend für sein Auftreten sind die positiven Reaktionen im Sinne von akzeptiert und wahrgenommen werden.

10.4.2 Wiederannäherungskreislauf 2 (erfolgstypisch)

S/A- → (GR/-, S/A, S/RA) → GR/+ → S/A-
S/F, S/A → GR/- → U/W nach S/A-

Die Wiederannäherung wird oft als angstvoll und schmerzhaft empfunden, diese Emotionen begünstigen das Einsetzen der Schutzmechanismen, insbesondere Abwehr und Rationalisieren, und zwar unabhängig vom Therapieerfolg. Der Rückzug in die Abwehr ist bei Personen mit günstigerem Therapieausgang nur ein temporärer und wird abgelöst von neuerlichem Wiederannähern, das durch positive Reaktionen von außen begünstigt werden kann, aber auch unabhängig davon (häufig im Zuge eigener Verantwortungsübernahme für ein symptomarmes Verarbeitungsgeschehen und bewussten Sich-auseinandersetzen-Wollens) zurückkehrt. Insbesondere von Personen mit günstigerem Therapieverlauf werden die Symptome bzw. ihre Abwehr als so beeinträchtigend empfunden, dass sie dem gegenüber die Wiederannäherung bewusst bevorzugen (als Wunsch).

Zuweilen wird die Wiederannäherung insgesamt überwiegend positiv empfunden und verstärkt sich so selbst. Die Eigendynamik des sich immer weiter fortsetzenden Wiederannäherns im Rahmen des besprochenen Kreislaufs ist erfolgstypisch, d.h. ihr Auftreten ist bei Personen mit günstigem Therapieausgang wahrscheinlicher. Das für eine günstige Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse typische Oszillieren zwischen Wiederannäherung und Abwehr scheint in der Berücksichtigung der traumatogenen PTSD-Symptomatik umso interessanter: Es ist gerade der Zwiespalt zwischen hyperreaktivem, unkontrollierbarem emotionalem Wiedererleben der traumatischen Erlebnisse und der andauernden Vermeidung, psychischen Taubheit und „Abwesenheit“, der das „pathogene“ Syndrom des PTSD charakterisiert. Wenn das unkontrollierbare, flashback-artige Wiedererleben unter sicheren Rahmenbedingungen zu dosierter, kontrollierbarer Wiederannäherung modifiziert werden kann, birgt sich in der schon PTSD-typischen Dichotomie zwischen Wiederannähern und Vermeiden offenbar eine salutogene Potenz: der Selbstheilungsversuch im Syndrom wird so – mit Unterstützung – letztlich gelingen.

10.4.3 Missbrauchserkenntnis (erfolgsspezifisch)

S/A- → ME → (GR/-, GR/W, GR/S-, GR/O →) GR/+, GR/O-, GR/T, GR/SW+

Nur im Rahmen der (eigendynamischen) Wiederannäherung an das Trauma kann es (in einer akzeptierenden Umgebung und einer sicheren Lebenssituation) zur Erkenntnis des Missbrauchs (in allen drei Bereichen: Schmerz, Tat, Folgen) kommen. Sie geht kurzfristig regelmäßig mit Schmerz, mit Hilflosigkeits- und Ohnmachtsempfinden einher, führt aber langfristig zur Einsicht in die eigene Schuldlosigkeit, zu Wut und Trauer, zu emotionaler Entlastung und Stabilisierung.

Missbrauchserkenntnis fördert ein positives Selbstwertgefühl, macht erneute Phasen der Wiederannäherung erträglicher und ermöglicht, sich von negativen Reaktionen von außen nur mehr zeitlich begrenzt irritieren zu lassen (d.h. nach Erlangen von Missbrauchserkenntnis verlieren negative Reaktionen wie R/L zwar nicht ihre Schmerzhaftigkeit, aber ihre längerfristig verarbeitungshemmende Wirkung nimmt mit zunehmender ME ab). Ein Erreichen von Missbrauchserkenntnis in allen drei Bereichen (Tat, Schmerz, Folgen) kommt nur bei Personen mit günstigem Therapieausgang vor und ist damit erfolgsspezifisch.

10.4.4 Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig)

R/- → GR/- → S/A, S/F, S/RA

Ungünstige Ausgangsbedingungen wie verleugnende, schuldzuweisende und bagatellisierende Reaktionen von außen (speziell Leugnen, Schuldzuweisungen und Opfer-Stigmatisierung) verhindern eine Wiederannäherung und emotionale Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten. Stattdessen kommt es zu einer Verschlechterung des emotionalen Befindens (zur Zunahme von Angst, Schuldgefühlen u.a.), regelmäßig treten Abwehr- und Vermeidungstendenzen verstärkt auf, auch werden bisweilen Symptome verstärkt. Ebenso kann es zu einer rationalen Auseinandersetzung mit dem Trauma, seinen Implikationen und insbesondere mit den negativen Reaktionen kommen.

10.4.5 Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2 (misserfolgstypisch)

S/A- → (GR/W+, GR/S+) → GR/- → S/RA, S/F, S/A (langfristig)

S/A- (bei U/W nach S/A) → R/L → S/A, GR/+, S/RA

R/U, R/W → GR/- → S/A, S/RA

S/F (Schmerz, psychosomatische Manifestation) ↔ S/A

Vielfältige Erscheinungsformen, die bei Personen mit ungünstigerem Therapieverlauf häufiger auftreten, werden in diesem misserfolgstypischen Kreislauf zusammengefasst. Es scheint so, als ob das Verarbeitungsgeschehen der Personen mit günstigerem Therapieausgang nach relativ einheitlichem Muster verlaufen würde – demgegenüber steht eine Vielzahl unterschiedlicher Prozesse, wie sie bei Personen mit geringerem Therapieerfolg beobachtet werden können, gleichsam als ob nur eine Variante der Verarbeitung des traumatischen Ereignisses zu deutlicher Symptombesserung führt, wogegen viele andere Verarbeitungsversuche diesbezüglich keine Erfolge zeigen. Allen diesen „misserfolgstypischen“ Kreisläufen ist gemeinsam, dass die Wiederannäherung an das Trauma eindeutig negativ empfunden wird, ohne gleichzeitig mit positiven Empfindungen oder einer annäherungsfördernden kognitiven Einstellung (etwa dem Wissen, dass das Problem nicht von selbst und ohne sich damit auseinanderzusetzen vergehen wird) verbunden zu sein.

In diesem Zyklus bietet die Abwehr die einzige Erleichterung. Wiederannäherungsbehindernde negative Reaktionen wie auch umfassendes Akzeptiert-Werden fehlen, manchmal sind andere positive Reaktionen wie Wahrgenommen-Werden oder allgemeine Unterstützung vorhanden. Eine temporäre Wiederannäherung an das Trauma findet häufig statt, bisweilen auch in Form intrusiver Symptome. Allgemeine Unterstützung und Wahrgenommen-Werden wie auch insbesondere Wiederannäherung an das Trauma werden emotional negativ empfunden, die annäherungsbegleitende Angst wird aversiv erlebt, es kommt in der Folge zu Verstärkung negativ empfundener Affekte, insbesondere der Schuld oder Wut, häufig verstärken sich Symptome, insbesondere solche im somatischen Bereich (Schmerzen, Essstörungen, Autoaggressionen, körperliche Störungen mit Krankheitsempfinden). Bisweilen ist auch eine rationale Auseinandersetzung mit der eigenen Befindlichkeit feststellbar, die der Verstärkung der Abwehr und Rückzugstendenzen dient. So verfestigt sich selbst nach temporären Phasen der aversiv empfundenen Wiederannäherung die Abwehr immer mehr, eine neuerliche Wiederannäherung ist im Rahmen dieses Kreislaufs nicht beobachtbar.

10.4.6 Retraumatisierung

Retraumatisierendes Ereignis → S/A- → GR/- → S/A, S/F

Retraumatisierendes Ereignis → S/A- → GR/- → S/RA, VE+, Hilfesuche

Außerhalb der beschriebenen Kreisläufe, die alle, wiewohl mit den unterschiedlichsten Formen der Wiederannäherung oder Abwehr, die Verarbeitung der erlebten traumatischen Ereignisse zum Ziel haben, steht der Retraumatisierungszyklus, der bei neuerlichen Übergriffen oder anderen traumatisch erlebten Ereignissen seinen Ausgang nimmt. Das retraumatisierende Ereignis kann dabei erneut ein sexueller Übergriff sein (z.B. bei Judith), es kann sich aber ebenso um eine andere Situation, etwa um den plötzlichen Unfalltod eines geliebten Menschen (wie bei Sandra) handeln. Andere Fälle von Retraumatisierung fanden bei den untersuchten Frauen zwar statt, wurden aber nicht in der Deutlichkeit beschrieben, dass sich Zusammenhänge zum Verarbeitungsverlauf erkennen lassen. Das retraumatisierende Ereignis führte in beiden Fällen zu einem plötzlichen „Aufbrechen alter Wunden“, der Schmerz und die Panik aus der Zeit des Missbrauchs überschwemmen das Erleben. Die durch die erneut traumatische Situation ausgelösten Erinnerungen und Emotionen wurden von den beiden Frauen dabei ganz unterschiedlich verarbeitet: führte die existentielle Krise im einen Fall zur Mobilisation letzter Energien und zur erneuten Suche nach professioneller Hilfe, war sie im anderen Fall von tiefem depressiven Rückzug geprägt.

10.5 Beschreibung der Auswirkungen (therapeutischer) Reaktionen

Eine weitere personenübergreifende Auswertung erfolgte nach dem Prinzip der kausalen Netzwerk-Erstellung. Für die negativen und positiven Reaktionen (R/+ und R/-) und ihre Auswirkungen auf Abwehr, Auseinandersetzung und Missbrauchserkenntnis wurden zwei getrennte kausale Netzwerke erstellt, diese werden hier als Beschreibungs- und Erklärungsmodelle vorgestellt. Durch die Netzworkebildung entstand zunächst pro Person eine komplexe Beschreibung individueller Antworten auf erlebte, spezifische positive und negative Reaktionen. Diese individuellen Ablaufmuster zeigten insgesamt sehr viele Gemeinsamkeiten, zwischen Personen mit großem und solchen mit geringem Therapieerfolg wurden aber auch typische Unterschiede sichtbar. Typische Antwortmuster für erfolgreiche vs. wenig erfolgreiche Therapieverläufe wurden gekennzeichnet, allgemeine erfolgs-unabhängige Variablen-Kombinationen wurden in der Darstellung davon unterschieden.

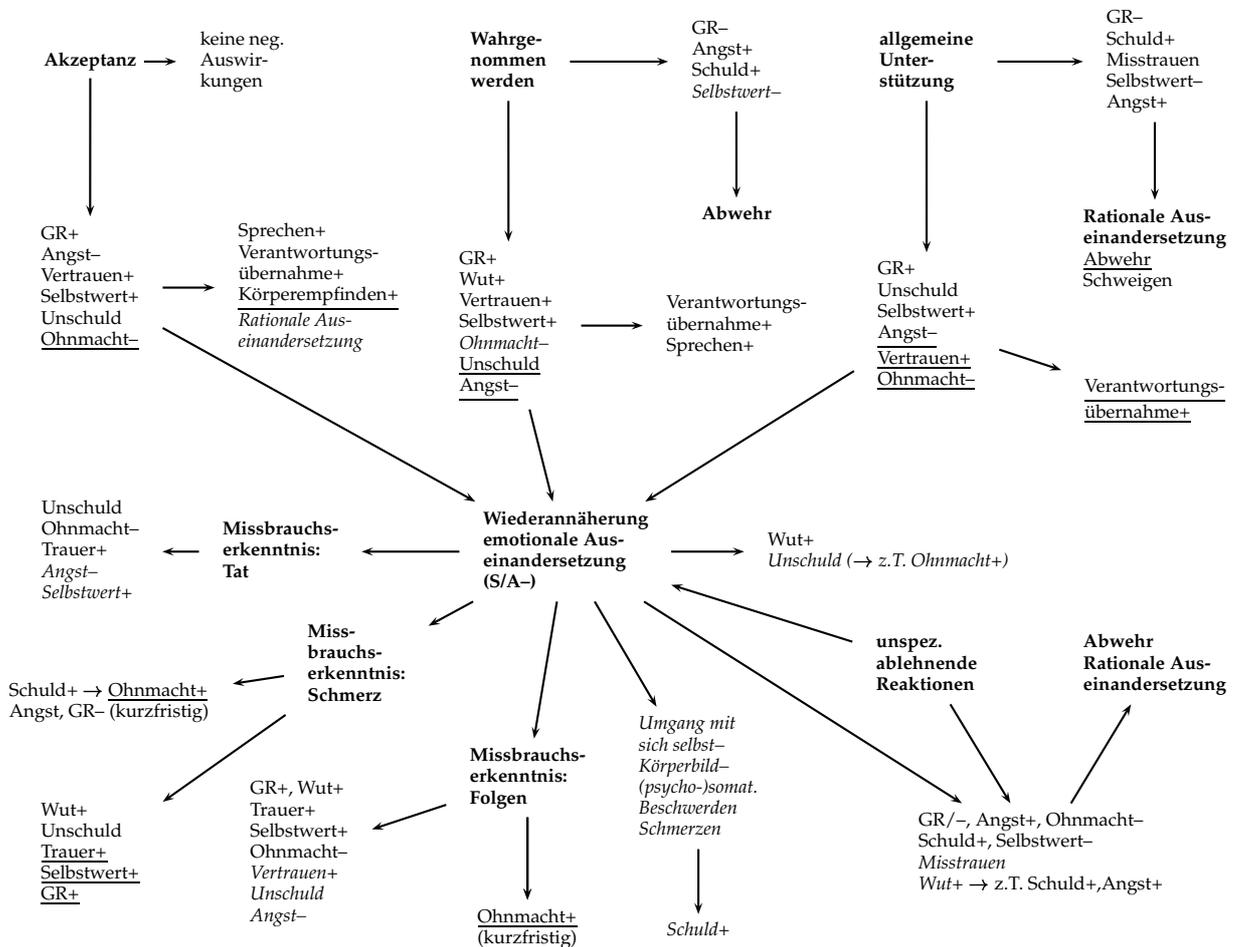
Insgesamt unterschieden sich Personen mit hohem vs. geringem Therapieerfolg mehr in der Art und Häufigkeit der erlebten positiven und negativen Reaktionen als in ihrem Verarbeitungsstil und Antwortverhalten auf die erlebten Reaktionen. Die Beschreibungsmodelle zeigen aber nicht nur, dass Personen mit hoher vs. geringerer relativer Symptombesserung unterschiedliche (therapeutische) Reaktionen erleben (wie schon aus der personenübergreifenden Vergleichsmatrix hervorging), sondern machen sichtbar, inwiefern die beiden Erfolgsgruppen auf gleiche Reaktionen unterschiedlich, und zwar nach einem erfolgs- bzw. misserfolgsspezifischen Muster, antworten. Es ist anzunehmen, dass dieses Antwortverhalten für den Therapieverlauf eine entscheidende Rolle spielt. Inwieweit individuelle Antworten auf therapeutische (Re)Aktionen von der Summe und der Auftretenswahrscheinlichkeit ebendieser abhängen, inwieweit sie mit individuellen Missbrauchserlebnissen oder mit der Persönlichkeitsstruktur der Einzelnen zusammenhängen, welche anderen Faktoren bei diesen erfolgs- und misserfolgstypischen Antworten eine Rolle spielen, kann Gegenstand weiterer Untersuchungen werden.

10.5.1 Beschreibungsmodell der Auswirkungen positiver Reaktionen (R/+) unter Berücksichtigung des Therapieerfolgs

Das Beschreibungsmodell der Auswirkungen positiver Reaktionen zeigt einen engen Zusammenhang zwischen der Auseinandersetzung und Wiederannäherung an das Trauma und der Missbrauchserkenntnis. Es belegt eindrücklich das Überwiegen heilungsförderlicher Konsequenzen

auf das Erleben positiver Reaktionen von außen, zudem wird die Hierarchie von wahrnehmender Akzeptanz, empathischer Wahrnehmung und anderweitiger Unterstützung sichtbar. Es wird ferner deutlich, dass Personen mit günstigerem Therapieausgang therapeutisches Verhalten aus dem „R/+“-Komplex umfassender als positiv erleben, und dass auf positive Reaktionen nicht nur besonders häufig eine Zunahme der Eigenverantwortung und ein Darüber-Sprechen erfolgt, sondern in der Regel auch eine Wiederannäherung an das Trauma. Diese Beobachtung ist zentral, ist die Wiederannäherung doch eng verknüpft mit dem Erreichen von Missbrauchserkenntnis (in allen drei Kategorien). Das Beschreibungsmodell zeigt weiters, dass Frauen mit ungünstigerem Therapieverlauf die Wiederannäherung häufig negativ erleben und mit körperlichen Symptomen reagieren – derartige körperliche Symptome konnten im eindeutigen Zusammenhang mit Wiederannäherung bei keiner Betroffenen mit günstigem Therapieverlauf gefunden werden. Dennoch reagieren auch Personen mit „erfolgreichem“ Therapieausgang auf Wiederannäherung zuweilen mit verstärkter Angst, Schuld und erneuter Abwehr. Das Modell zeigt außerdem die überwiegend emotional entlastenden und selbstwertstützenden Konsequenzen der Missbrauchserkenntnis – lediglich das emotionale Erkennen des missbrauchsbedingten Schmerzes ist mit negativen Emotionen, insbesondere mit Angst und Ohnmacht verbunden, wobei diese negativen Implikationen der Erkenntnis der Schmerzhaftigkeit des Missbrauchs in der Regel nur kurzfristig sind und längerfristiger Entlastung Platz machen. Die salutogene Bedeutung der Erkenntnis des Missbraucht-worden-Seins wird deutlich.

Abbildung 10.4. Beschreibungsmodell der Auswirkungen positiver Reaktionen (R/+) unter Berücksichtigung des Therapieerfolgs



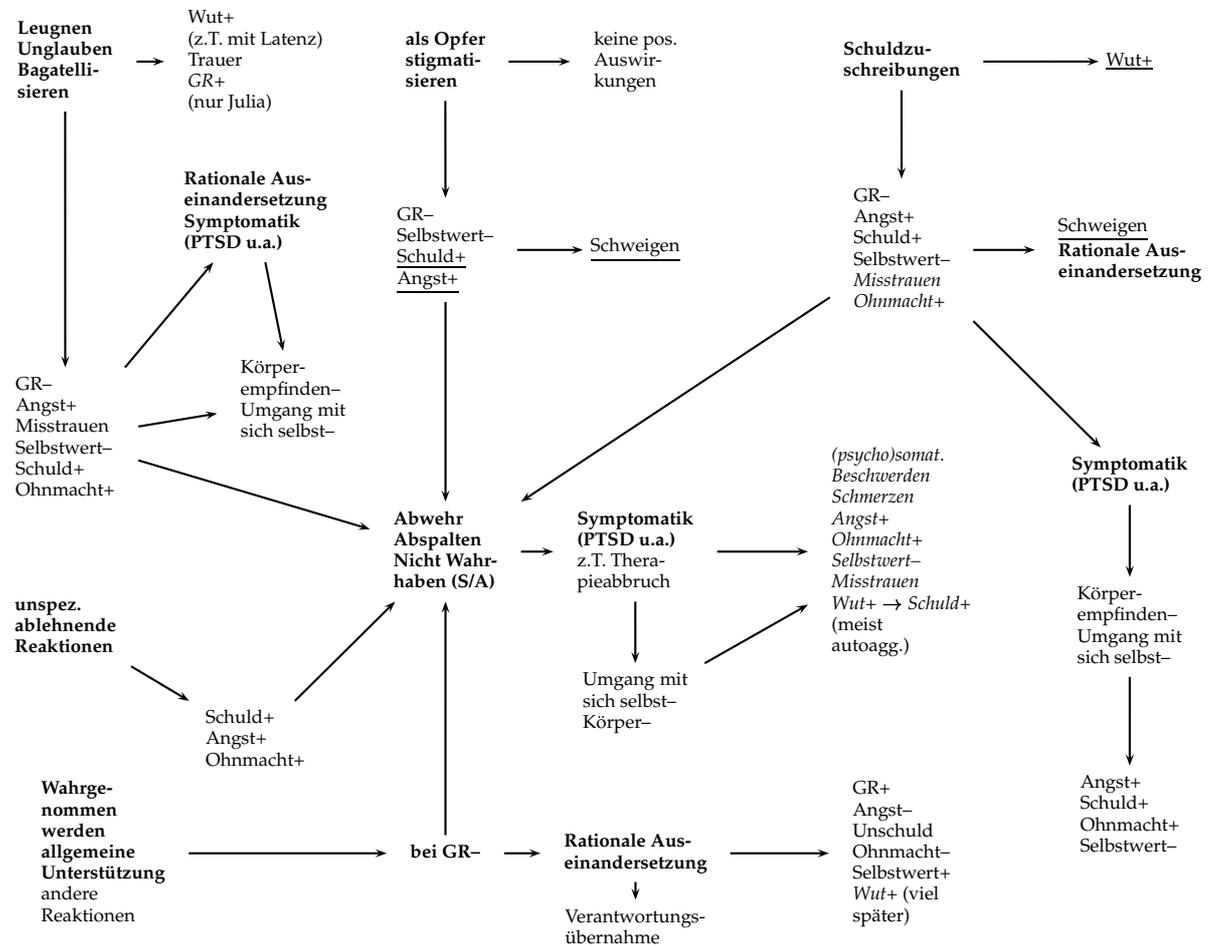
Legende:

- normal** für alle Untersuchungsteilnehmerinnen zutreffend
- unterstrichen** nur für Personen mit erfolgreichen Therapieverläufen zutreffend
- kursiv* nur für Personen mit weniger erfolgreichen Therapieverläufen zutreffend
- fett** Variablen mit besonderer theoretischer Relevanz (wenn sie für alle Untersuchungsteilnehmerinnen zutreffen)
- GR+ vs. GR-** nicht näher bezeichnete positiv oder negativ empfundene Emotionen, sich gut oder schlecht fühlen, angenehm oder schmerzhaft sein etc.
- + vs. -** Zunahme oder Verbesserung vs. Abnahme oder Verschlechterung der bezeichneten Variable

10.5.2 Beschreibungsmodell der Auswirkungen negativer Reaktionen (R/–) unter Berücksichtigung des Therapieerfolgs

Das Modell zeigt die dramatischen Auswirkungen verleugnender, stigmatisierender und schuldzu-schreibender Verhaltensweisen der Umgebung. Die Konsequenzen solcher Reaktionen der (thera-peutischen oder nicht-therapeutischen) Umwelt sind fast immer verheerend und vergrößern regel-mäßig Angst- und Schuldgefühle der Betroffenen. Auffallenderweise ist nur bei Frauen mit günsti-gerem Therapieausgang als Folge solcher Erlebnisse die Reaktion zu finden, in Zukunft das Thema Missbrauch nicht mehr anzusprechen – zumindest nicht in der dermaßen negativ reagierenden Um-gebung. Diese Entscheidung kann, wenn sie auch erneute Hilfesuche zum Teil äußerst schwierig macht, als effektiver Selbstschutz der Betroffenen vor weiteren Verletzungen gewertet werden. Der-art negative Reaktionen mit ihren emotionalen Konsequenzen führen regelmäßig zu vergrößerter Abwehr und Verleugnung der Betroffenen und verhindern ihre Wiederannäherung an traumatische Inhalte. Die dramatischen Auswirkungen besonders von Verleugnen (R/L) und Schuldzuweisungen zeigen sich in der darauffolgenden Verstärkung der Symptome der Betroffenen, die unabhängig des Therapieerfolgs bei vielen Frauen zu beobachten war. Ausschließlich bei Personen mit ungünstige-ren Therapieverläufen konnte beobachtet werden, dass nicht nur infolge von negativen Reaktionen (R/–), sondern auch als Konsequenz ihrer Abwehr sich Symptome verstärken, Krankheitsverläufe und körperliche Schmerzen neuerlich akut werden und mit deutlich negativen emotionalen Impli-kationen (Angst, Ohnmacht, Schuld, autoaggressive Wut, Selbstentwertung etc.) einhergehen. Das Modell zeigt aber auch, dass selbst positive Reaktionen wie Wahrgenommen-Werden und allgemei-ne Unterstützung (nicht aber Akzeptiert-Werden, auch als Indiz für die Hierarchie positiver Reaktio-nen), falls die Betroffene darauf mit emotionaler Aversion reagiert (was meistens nicht der Fall ist), diese Aversion zu einer Verstärkung der Abwehr mit den beschriebenen Konsequenzen führen kann, die emotionale Aversion auf positive Reaktionen aber auch zur rationalen Auseinandersetzung mit dem Erlebten und der eigenen Person führen kann, was wiederum emotionale Entlastung bringt. Das Beschreibungsmodell für R/– zeigt, dass negative Reaktionen wie Leugnen, Bagatellisieren, Schuld-zuweisen und die Festschreibung des Opferstatus eine Wiederannäherung an traumatische Inhalte als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die erfolgstypische Missbrauchserkenntnis verhindert und somit den Genesungsprozess deutlich beeinträchtigt.

Abbildung 10.5. Beschreibungsmodell der Auswirkungen negativer Reaktionen (R/-) unter Berücksichtigung des Therapieerfolgs



Legende:

- normal** für alle Untersuchungsteilnehmerinnen zutreffend
- unterstrichen** nur für Personen mit erfolgreichen Therapieverläufen zutreffend
- kursiv* nur für Personen mit weniger erfolgreichen Therapieverläufen zutreffend
- fett** Variablen mit besonderer theoretischer Relevanz (wenn sie für alle Untersuchungsteilnehmerinnen zutreffen)
- GR+ vs. GR-** nicht näher bezeichnete positiv oder negativ empfundene Emotionen, sich gut oder schlecht fühlen, angenehm oder schmerzhaft sein etc.
- + vs. -** Zunahme oder Verbesserung vs. Abnahme oder Verschlechterung der bezeichneten Variable

Kapitel 11

Ergebnisse der strukturierten Inhaltsanalysen ausgewählter Interviews

Aus den geführten 21 Interviews wurden fünf Einzelfälle zur strukturierten Inhaltsanalyse ausgewählt. Erstes Auswahlkriterium war, einen besonders „erfolgreichen“ Verarbeitungsverlauf mit hohen R/+ und hohen ME-Werten mit einem Verlauf mit geringerem Therapieerfolg, mit hohem R/- und fehlender Missbrauchserkenntnis (ME) zu kontrastieren (Vergleich der Extreme). Von jenen Personen mit hohem Therapieerfolg sollten zwei Personen ausgewählt werden, die beide Erfolgskriterien erfüllten. Von diesen vier in Frage kommenden Frauen wurde auf Doris nicht näher eingegangen, weil bei ihr ME/T und ME/F deutlich geringer ausfielen wie bei den anderen drei Frauen. Als „erfolgstypisch“ werden die Verläufe von Sandra und Ulrike Y. dargestellt. Interessant zeigt sich bei Sandra die Kombination verschiedener Variablen: ein hohes Ausmaß von R/+ innerhalb der letzten Psychotherapie steht sowohl R/+ wie auch R/- in der vergangenen Suche nach einem Therapeuten und in ihrer Umwelt entgegen. Ulrike Y. hatte zum sexuellen Missbrauchstrauma zusätzlich noch eine längere Trennung von den primären Bezugspersonen erlebt, erfährt ihre Psychotherapie als sehr positiv und hilfreich, erlebt auch im privaten Umfeld überwiegend Akzeptanz und Unterstützung und erreicht eine hohe Missbrauchserkenntnis in allen drei Kategorien. Agnes A. zeigt sich in der Interviewauswertung zwar als erfolgstypisch (mit großer Symptombesserung), war aber im Gespräch (und auch im Fragebogen) auffallend unzufrieden mit ihrem Verarbeitungsverlauf und klagte über die noch vorhandenen Symptome – ohne sich in absoluten Werten der Symptomausprägung deutlich von anderen Personen zu unterscheiden. Agnes A. soll aufgrund verschiedener Widersprüchlichkeiten anhand der strukturierten Inhaltsanalyse näher dargestellt werden.

Von den Personen mit ungünstigem Therapieverlauf sollte zur weiterführenden Inhaltsanalyse eine Frau ausgewählt werden, die den erlittenen Missbrauch noch in keiner Weise als solchen erkannt hatte. Die beiden in Frage kommenden Gesprächspartnerinnen waren beide zum Untersuchungszeitpunkt stationär in einer Klinik. Die Wahl fiel aufgrund umfangreicherer und detaillierterer Daten auf Julia A., behandelt wegen chronischer Kopf- und Rückenschmerzsymptomatik. Julia A. erlebte R/+ und R/-, allerdings kaum R/- im Rahmen ihrer Psychotherapie. Ihr Verarbeitungsprozess ist auch deshalb besonders interessant, weil sie, folgend auf eine therapiebedingt verstärkte Wiederannäherung an das Trauma, aus diesem Grund ihre Therapie abbrach. Zusätzlich wurde der Verarbeitungsverlauf von Judith analysiert. Sie beschreibt ihre Psychotherapie als sehr positiv (erlebt allerdings in ihrer privaten Umgebung sehr viele negative Reaktionen im Sinne von R/L) und gelangt zu Einsicht und Erkenntnis bezüglich der Übergriffsbedingtheit ihrer Schmerzen (ME/S). Dennoch ist keine nennenswerte Symptombesserung feststellbar, Judith zeigt auch keine Erkenntnis in Bezug auf die Tat als Missbrauch samt ihrer Folgen (ME/T und ME/F). Die Analyse soll klären, warum es dazu trotz der von Judith als „gut“ eingeschätzten und beschriebenen Psychotherapie nicht gekommen ist.

Andere Personen, deren Verarbeitungsverläufe prinzipiell für eine Darstellung interessant gewesen wären, wurden aus den genannten Gründen oder wegen der geringeren Datenqualität, bisweilen auch auf Wunsch der Betroffenen nach möglichst vollständiger Anonymität (mit der Befürchtung, anhand des beschriebenen Verarbeitungsverlaufs erkannt zu werden) nicht detailliert analysiert. Die fünf näher analysierten Verarbeitungsverläufe der Gesprächspartnerinnen Sandra, Ulrike A., Agnes A., Julia A. und Judith erlauben eine Kontrastierung von ausgeprägtem und relativ geringem Therapieerfolg, von positiven und negativen Reaktionen (R/+ und R/-) in der Therapie und außerhalb, von Wiederannäherung und Abwehr mit verschiedenen Konsequenzen. Durch die Auswahl dieser fünf Personen werden die theoretisch interessantesten Variablenkombinationen strukturiert dargestellt. Die Textausschnitte sind (gekürzte) wörtliche Zitate oder Paraphrasierungen. Rufezeichen miten im Satz bezeichnen Betonungen.

11.1 Strukturierte Inhaltsanalysen von Frauen mit günstigem Therapieerfolg (und hoher relativer Symptombesserung)

11.1.1 Sandra

„Ich bin dafür verantwortlich, dass es mir gut geht. Kein anderer kann was dazu beitragen.“ „Es muss mir schlecht gehen, sonst denken die anderen, es macht mir nichts aus.“

Interview vom 21.3.1996

Dauer: ca. 3h (14.00-17.00, inklusive mehrerer Unterbrechungen von insgesamt ca. 20min)

Nachgespräch: ca. 1h (17.00-18.00)

Ort: Wegen unvorhergesehener und unlösbarer Raumprobleme ein zugänglicher Raum einer österreichischen Universität, häufige Unterbrechungen.

Zur Person: Sandra ist 26 Jahre alt, in einer langjährigen Beziehung lebend, kinderlos (eine Abtreibung Anfang 20). Erster Freund verunglückte tödlich, als sie 22a war. Suizidale Einengung in der Folge als Anlass zur Psychotherapie. Eltern ließen sich scheiden, als Sandra schon erwachsen und von zu Hause ausgezogen war. Ausgebildete Kindergärtnerin, z.Z. Studentin, in sozialem Beruf tätig.

Missbrauchsgeschehen: Zw. 5-12a, Täter ist der Großvater, er selbst erzählt seinem Sohn (ihrem Vater) aus Angst vor einer Schwangerschaft Sandras von den Übergriffen (sie ist 12a alt). Vater weckt sie nachts, fragt, ob das wahr sei, sie bejaht, wird wieder ins Bett geschickt. Nie wieder kommt der Missbrauch zur Sprache. Großvater tötet sich, bevor sie einen konfrontierenden Brief an ihn abgeschickt hat.

Psychotherapie: Mit 18a das erste Mal professionelle Hilfe gesucht, R/L, große Verletzung. Nach dem Tod des Freundes erneut Hilfe gesucht, gibt schon im telefonischen Erstkontakt mit der Therapeutin den sexuellen Missbrauch als Problem an, anschließend 50h klientenzentrierte Psychotherapie, später wegen der „Eifersuchtsproblematik“ weitere 10h Gestaltpsychotherapie bei einem männlichen Therapeuten. Zur Zeit des Interviews nicht in Therapie, eine weitere ist geplant.

Folgen (insofern sie Kreisläufe illustrieren oder erläutern)

„Ich belüge mich selbst, weil ich meine Gefühle nicht zulasse!“ (S/A schuldhaft empfunden)

„Ich habe hohe Erwartungen an mich selbst und bin perfektionistisch. Deshalb will ich keine Probleme haben. Wenn ich etwas zulasse, muss ich gleich optimal damit umgehen können.“ (S/RA über S/A, S/A-)

„Ich habe befürchtet, schizophran zu sein. Weil mein Kopf und mein Gefühl nicht zusammenpassen. (Ich bin so zweigeteilt.) Wenn ich Aggressionen habe, dann ist das die andere, die ich einfach nicht mag. Die lässt sich nichts sagen! von mir.“ (S/A, GR/A)

Wiederannäherungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig):

Psychotherapie:

„Ich habe das geschafft, geholfen hat die Therapie und die Therapeutin. In den 2 Jahren Therapie habe ich vieles erreicht. Ich lebe wieder gern und kann den Alltag meistern.“ (R/A, R/U, GR/+, GR/SW+)

„Ich habe mich früher als schwach! empfunden, weil es mir schlecht gegangen ist. Die Therapeutin hat mir vermittelt, dass ich was wert bin, und stark!, weil ich das alles überstanden habe, und hat mich auf Dinge hingewiesen, die ich schon geschafft habe! Es war wichtig, dass sie mich als stark gesehen hat, und nicht als Opfer. Das hat mein Selbstbild total umgedreht!“ (R/O-, GR/SW+)

„Ich habe in der Therapie erstmals Verständnis, Akzeptanz und Geduld erlebt. Ich! habe bestimmt, wann was kommt. Das war ganz wichtig. Wenn man mich gedrängt hätte, hätte ich vermutlich abgebrochen. Weil sie mich verstanden hat, hab ich so sein können wie ich bin!. Dann ist es (besonders die Wut) von selbst herausgekommen.“ (R/A, S/A-)

„Ich habe mich selbst nicht wiedererkannt, als das erste Mal nach 1/2a etwas aufgebrochen ist. Ich war aggressiv, habe meinen Freund niedergeschlagen, total unkontrolliert, wie ferngesteuert.“ (S/A-, GR/W, S/A: ich-dyston)

„Ich habe mich dafür gehasst! Angst vor mir selber, Angst, verrückt zu werden, wen umzubringen. Angst, was da noch! kommt, wenn ich weiter Therapie mache und noch weiter reinschauen.“ (GR/A vor S/A-)

„Die Therapeutin akzeptiert und versteht meine Wut und hält meine (unkontrollierten) Reaktionen für normal! Deshalb bin ich nicht schlecht, das vermittelt Selbstwertgefühl.“ (R/A, GR/+, GR/SW+)

„Ich wollte alle meine Probleme sofort verändert haben. Sie hat gesagt, es ist in Ordnung, wenn ich Probleme habe und ich darf sie langsam angehen. Ich musste nicht gleich alles auf einmal können.“ (S/F, R/A, GR/+)

2. Therapie, letzte der vereinbarten 10 Stunden: „Ich habe alle! Störungen aufgezählt, die ich noch ändern will und gesagt, dass ich noch viele! Stunden brauche. Der Therapeut meinte, ich könnte es ohne Therapie versuchen und zurückkommen, wenn irgendetwas ist. Ich fühlte mich nicht ernst genommen, im Stich gelassen, wütend, war verletzt und wollte nichts mehr mit ihm zu tun haben.“ (R/O-, GR/W, GR/-)

„Nach langem Überlegen habe ich erkannt, dass er mir freigestellt hat, wiederzukommen, er lässt mich nicht im Stich, aber ich muss Verantwortung für mich! übernehmen, und schauen, ob ich alleine leben kann. Ich bin selbst verantwortlich dafür, dass es mir wieder gut geht, und kann das auch steuern.“ (R/O-)

Partnerschaft: „Mein Freund hat mich aufgerüttelt und ist voll hinter mir gestanden, er wurde wütend, dass mir niemand geholfen hat. Er war der erste, der auf meine Erzählung reagiert hat! Es ist nur um mich! gegangen, das war schön. Ich habe erstmals gemerkt, dass das, was mir passiert ist, doch! was Arges ist.“ (R/A, R/W, S/A-, führt zu ME/S)

„Heute fällt mir auf, ihm habe ich es auch total unbeteiligt erzählt. Er hat aber anders reagiert! Ich glaube zu Unrecht, niemand hätte mir helfen können, weil ich das so unbeteiligt erzählt habe!“ (S/RA über S/A- und R/A)

„Ich vertraue ihm vom Kopf her, weil kein Grund besteht für mein Misstrauen und ich in der Therapie gelernt habe, dass es keine absolute Sicherheit gibt. Es kann sein, dass er mich verlässt, muss! aber nicht. (R/U, S/RA, GR/V+) Er kennt meine Geschichte und mag mich. (R/A, S/RA, GR/V+) Aber in Wirklichkeit habe ich immer noch Angst!“ (GR/A, GR/V-)

„Mein Therapeut sagte, dass ich heute andere Möglichkeiten habe, mit Verlust umzugehen. Das muss man mir sagen, von selber komme ich nicht darauf.“ (R/O-, S/RA)

R/O- (R/L??): „Manchmal sagt mein Freund: ‚Jetzt reiß! dich zusammen.‘ Ich brauche so einen Tritt!, um wieder was zu tun (und aus der Depression herauszukommen).“

„Es hilft, mit anderen Betroffenen zu sprechen, zu wissen, ich bin nicht die einzige. Andere reagieren ähnlich und haben auch Probleme, da merke ich, dass ich normal! bin. Früher hab ich mein Verhalten als krank und abnormal betrachtet.“ (R/A, S/RA über S/F, GR/+)

Wiederannäherungskreislauf 2 (erfolgstypisch):

„Der erstmalige Aufbruch der Geschichte war in der Therapie: Es ist mir immer schlechter gegangen. Das war eine ganz! arge Phase. (S/A-, GR/-) Ich hatte den Wunsch, die Therapie sofort! zu beenden, weil ich das nicht aushalte.“ (U/W nach S/A)

(Trotz Angst vor S/A-) „(...) habe ich die Therapie weitergemacht mit dem Wissen, dass ich das nicht ewig verdrängen kann, sonst passiert noch was, und ich kann es nicht mehr kontrollieren. Wenn es herauskommt, kann ich es besser kontrollieren. Das war eine Verstandessache.“ (S/RA, S/A-, S/A als Problem)

„Es gab massive Beziehungsprobleme. Mein Partner war der Grund für die Therapie; aus Angst, meine Probleme würden die Beziehung zerstören, habe ich die Therapie nicht abgebrochen.“ (S/RA über S/F)

„Nach dem ersten Aufbrechen: Ich war etwas weiter in in meiner Entwicklung, konnte ein kleines Stückel! mehr glücklich sein! Von da an hätte ich nie wieder daran gedacht, die Therapie aufzuhören. Ich wusste, ich mache da weiter, egal was passiert, auch wenn die Beziehung draufgeht. (S/A-, GR/+, S/A-) Ab dem Zeitpunkt war

ich! mir wichtig. Es ist nicht um meinen Partner, sondern nur um mich gegangen. Ich hab gewusst, das schaffe ich. Ich hab zwar immer wieder Angst gehabt vor den schlechten Phasen und wollte die nicht.“ (S/A-, VE+)

Günstige Verarbeitung: „Wenn ich wieder eine akute Krise habe denke ich, es hat sich nichts verändert, es geht mir noch genauso schlecht. Aber diese Krisen werden immer kürzer und ich weiß, es geht! vorbei. Deshalb kann ich die schlechten Phasen ein bisschen! akzeptieren und hasse mich nicht mehr so sehr dafür.“ (S/RA über S/A-)

Missbrauchserkenntnis (erfolgsspezifisch):

„Mein Freund war von meiner Geschichte betroffen! Ich habe erstmals gemerkt, dass das, was mir passiert ist, doch was Arges! ist. (S/A-, ME/S) So etwas Schlimmes kann! mir nicht mehr passieren.“ (ME/S, GR/+)

„Ich wollte den Täter und die Familie konfrontieren um gesagt zu haben, dass es für mich was Arges war, dass sie wissen, dass! mir das was ausgemacht hat, und dass es mir deshalb! schlecht gegangen ist.“ (ME/T, ME/S, ME/F führt zum Wunsch nach Konfrontation)

„Ich konnte mich nicht auf die Schule konzentrieren, bin ausgerissen, war immer auf der Flucht. Ich war damit beschäftigt, überhaupt zu überleben!“ (ME/F)

„Ich habe früher nie gezeigt, dass es mir schlecht! geht. Ich fühlte mich schuldig, wenn es dem anderen dadurch auch schlecht ging und musste trösten. Ich habe anderen bei ihren Problemen zugehört und Ratschläge gegeben, als Ablenken von mir selbst. Früher ist es mir gar nicht aufgefallen, dass ich meine Gefühle nicht zulasse.“ (ME/F)

„Ich habe in der Therapie erwartet, dass ich die Probleme, die ich rational erkenne, auch gleich abstellen kann. Die hohe Erwartung war problematisch, ich war von mir enttäuscht, deprimiert und habe mich dafür gehasst, nicht einmal das! lösen zu können. Aber du kannst nicht 18 Jahre in zwei Monaten! aufarbeiten, das geht nicht.“ (S/RA über S/F, ME/F)

„Misstrauen als Problem: Ich habe als Kind beschlossen, nie! irgendwem zu vertrauen. Das hat sich verinnerlicht.“ (ME/F)

„Ich habe meinem Freund vorgehalten, er sei zu wenig zärtlich zu mir. Gleichzeitig habe ich nur signalisiert, ich will! das nicht. Das war mir nicht bewusst, mir ist nur aufgefallen, er tut's nicht!“ (ME/F)

„Ich habe trotz der negativen Erfahrungen schon so viel geschafft. Wenn ich das alles überstanden habe, dann komme was wolle, ich werde fertig damit.“ (ME/F)

Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig):

„Ich habe mit 18a als letzten Ausweg vor dem Suizid bei einem Nervenarzt Hilfe gesucht. Ich habe meinen ganzen Mut zusammengenommen, erstmals geredet und alles erzählt. (S/F, VE+, S/A-) Er hat nur gesagt: ‚Wenn's schlimmer wird, kriegen Sie Tabletten.‘ Das war das einzige. Ich habe erzählt, dass ich mit 18 noch daumenlutsche, weil ich das abnormal fand. (S/F) Er hat vorgeschlagen, ich solle es mit Rauchen! probieren. Der Nervenarzt war eine äußerst negative Erfahrung. (R/L, GR/-) Ich habe beschlossen, nie! wieder Hilfe zu suchen, weil man mir nicht hilft. Ich muss mir stattdessen selber helfen. Es ist mir nichts anderes übriggeblieben. Ich habe ein Psychologiestudium begonnen. (R/L, GR/-, VE+) Heute weiß ich, er war überfordert.“ (R/L, S/RA)

„Dem ersten Freund habe ich nach 3 Jahren davon erzählt: Ich habe mir Zuhören! gewünscht, einen Rat, was ich tun kann, damit es mir wieder gut geht. (S/A-, U/W nach R/W und R/U) Er ist nicht darauf eingegangen, weil's für ihn nicht so wichtig war. Ich habe ihm nur meine schöne Fassade gezeigt, er hat mich nur als glücklich, zufrieden und selbstbewusst gekannt. Weil ich das so unbeteiligt erzählt habe, konnte er nicht erkennen, dass ich darunter leide. Das hätte ich zeigen müssen!“ (S/A, R/L, GR/S: eigenes S/A als Ursache für R/L)

„Meine Familie hat es gewusst, aber keiner hat meine Geschichte ernst genommen.“ (R/L)

„Der Großvater (Täter) hat, als ich 12 Jahre alt war, aus Angst vor einer Schwangerschaft meinem Vater erzählt, dass er mich missbraucht hat. Mein Vater hat mich nachts aufgeweckt und gefragt: ‚Hat dich der Opa da unten angegriffen.‘ Ich habe ja gesagt. Das war alles, da kam nie wieder ein Wort darüber.“ (R/L)

„Ich war möglichst oft weg von zu Hause, ich hätte es sonst nicht ausgehalten. Ich wollte weg von allen, die mich daran erinnerten, aber nicht mit mir redeten, mir nicht halfen! Es ist besser allein zu sein mit der Geschichte als dauernd mit Menschen, die das wissen und nichts tun.“ (R/L, GR/-, S/F)

„Meine Eltern glauben, es hätte mir nichts ausgemacht, deshalb Wunsch zur Konfrontation. Ich wollte darüber reden und Verständnis haben. (R/L, U/W nach R/A) Meine Eltern haben sich als arme leidende Opfer dargestellt. Ich! bin übergangen worden. (R/L) Sollen sie weiterleiden, mir ist das egal. Ich habe es versucht, aber es ging nicht. Jetzt ist es mir kein Bedürfnis mehr.“ (S/RA)

„Wenn meine Mutter über den Missbrauch redet, dann geht es nur um sie! Sie will sich rechtfertigen! und entschuldigen!, und das passt mir nicht.“ (R/L, GR/-)

„Am meisten weh getan haben die Eltern, die nicht reagiert haben. Und der Nervenarzt. Unverständlich, dass niemand reagierte, niemand geholfen hat. Ich habe lange gedacht, die wollen nichts sehen und nicht helfen, weil ich so schlecht bin. (R/L, GR/S, GR/-) Ich habe nicht gewusst, haben sie's nicht gesehen oder wollten! sie's nicht sehen. Heute denke ich, das ist ihre Unwissenheit, ihre Angst, Feigheit.“ (R/L, S/RA)

„Ich habe der Therapeutin vermittelt, dass es mir so gut geht und alles perfekt ist. (Anm. A.B.: Fassade auch im Interview) Sie ist auf meine schöne Fassade hereingefallen, hat das geglaubt und vor Rührung geweint, dass es mir gut geht. Das hat nicht gepasst! Es ging nicht mehr weiter, weil sie die Probleme, die ich noch hatte, nicht mehr ernst nehmen konnte oder sie nicht mehr sehen! wollte, weil sie nur ihren Erfolg sah! (S/A, R/L) Es war dann nur noch oberflächlich, da wollte ich nicht mehr. Es war ein Therapieabbruch, der von der Therapeutin als Therapieende verstanden wurde.“ (GR/-)

„Vielleicht habe ich sie hinters Licht geführt. Ich habe an ihrer Qualifikation gezweifelt, wenn sie meine Fassade nicht bemerkt, und sich selber nicht im Griff hat, dass sie zu Weinen! anfängt.“ (GR/S, S/RA)

„Das wirklich Wichtige ist in der Therapie nicht passiert. Ich habe immer nur unbeteiligt! darüber geredet. Da fehlt noch was.“ (S/A)

„Ich wollte keinen gerührten Therapeuten mehr, sondern jemanden, der auch bohrt, und nicht nur einfühlsam abwartet, deshalb bin ich zu einem Mann gegangen.“ (S/RA)

„Den Therapeuten habe ich mit meinem Zugang zu meinen Gefühlen auch! wieder hinter's Licht geführt. Der hat das auch nicht gemerkt! Ich sage: ‚Ich habe keinen Zugang zu meinen Gefühlen, ich lache wenn ich weinen soll' und lache! dabei. Und er denkt sich: ‚Das kann nicht so schlimm! sein, wenn sie das so unbeteiligt erzählt.' (lacht)“ (S/A, R/L, GR/S)

„Habe ihm meine ganze Geschichte erzählt, gesagt, dass ich in der Kindheit oft! vergebens um Hilfe gerufen habe. Dass Gefühle für mich ein Problem! sind. Beispiele genannt, er hat nicht nachgefragt. Er hat das nie ernstgenommen. (R/L auf S/A) Da denke ich mir: ‚Schlechter Therapeut.'“ (S/RA)

„Ich bin nicht dorthin gekommen, wo ich hinwollte. Wenn ich Berichte lese, denke ich: ‚So eine schreckliche! Geschichte', aber vergleiche das nie mit mir! Ich bekomme ganz schwer Zugang zu meinen Gefühlen. Richtig traurig! oder zornig! kann ich noch immer nicht darüber sein. Das ist wie eine Mauer!“ (S/RA über S/A)

„Wenn jemand zu mir sagt: ‚Warum hast du das nicht früher erzählt!', oder ‚Warum hast du das zugelassen!' dann glaube ich, dass der denkt, dass ich daran schuld bin und das gewollt habe. Ich kann mich nicht dagegen wehren und schlucke meine Wut, empfinde das als persönlichen Angriff.“ (R/L, GR/S, GR/W, GR/-)

„Es darf mir nicht gut gehen, weil das, was mir angetan wurde, schrecklich war! Die Folgen sind Mahnmal an die Tat. Wenn es mir gut gehen würde, würden die Leute glauben, es wäre nicht so schrecklich gewesen und es würde mir nichts ausmachen. Es muss mir für die Öffentlichkeit schlecht gehen, dass sie sehen, ich habe solche Sachen erlebt.“ (R/L, S/F)

Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2 (misserfolgstypisch):

„Ich habe mit Freunden geredet und war mehr davon betroffen, dass der andere! betroffen ist, als von meiner eigenen Geschichte.“ (S/A, R/W, S/A-)

„Mir hat jemand leid getan, wenn er hilflos und betroffen war von meiner Geschichte. Ich dachte, ich bin verantwortlich, dass er betroffen ist, muss ihn deshalb trösten und meine Geschichte vergessen. Ich darf nicht zeigen, dass es mir schlecht geht, um den anderen nicht zu belasten.“ (R/W, GR/S, S/A)

„Ich wollte mir lange keine Psychotherapie antun und habe gedacht: ‚Wenn ich Therapie mache, muss ich wieder daran denken, und dann geht es mir wieder so schlecht!'“ (U/W nach S/A)

„Das Kind in mir habe ich weggedrängt und bin heilfroh, wenn es in mir schläft. Ich spüre körperlich, wenn das kommt, das ist, wie wenn ein Geist! aufwacht. Ich kann es nicht 'rauslassen, nur 'runterschlucken. Wenn ich es nicht mehr schlucken kann, zucke ich aus, bis der Kopf wieder sagt: ‚Lass mich in Ruhe!'“ (U/W nach S/A)

Retraumatisierung

„Ich hatte eine akute Krise nach dem Tod meines Freundes, da musste ich mir Hilfe suchen. Ich kam mit meinem Leben nicht mehr zurecht. Ich habe eine unbekannte Psychotherapeutin angerufen, ihr schon im Erstgespräch vom sexuellen Missbrauch erzählt. Das war mir klar, dass meine Probleme damit zu tun hatten.“ (S/A-)

Diskussion

Sandra zeigt im Rahmen des FKB deutliche Symptomverbesserungen (letzte Psychotherapie, männlicher Therapeut), ihr Verarbeitungsverlauf wird dementsprechend als sehr erfolgreich eingeschätzt.

Der überraschende Unfalltod des Partners wird als *Retraumatisierung* erlebt und stürzt Sandra in eine existentielle Krise. Die zuvor mühsam gelungene Bewältigung des Alltags ist nicht mehr möglich. In dieser Krise wendet sich Sandra erneut an einen professionellen Helfer und beginnt ihre erste Psychotherapie.

Bei Sandra lässt sich deutlich der erfolgsunabhängige *Wiederannäherungskreislauf 1* beobachten, er wird durch positive Reaktionen innerhalb der Psychotherapie wie auch in der aktuellen Partnerschaft begünstigt. Deutlich wird aber auch die Angst, die die Annäherung an das Trauma mit sich bringt: „Ich habe mich selbst nicht wiedererkannt, als das erste Mal nach einem halben Jahr Therapie etwas aufgebrochen ist. Ich war aggressiv, habe meinen Freund niedergeschlagen, total unkontrolliert, wie ferngesteuert.“ (S/A-, GR/W, S/A: ich-dyston) „Ich habe mich dafür gehasst! und hatte Angst, verrückt zu werden, wen umzubringen. Ich hatte Angst, was da noch! kommt, wenn weiter Therapie mache und noch weiter reinschaue.“

Nach einem halben Jahr Therapie, in der sich Sandra relativ sicher fühlt, kann diese Angst ertragen werden. Entscheidend ist für sie ihr Partner, ohne den sie die Therapie vielleicht abgebrochen hätte. Ihre Angst, ihn durch ihre Symptome zu verlieren, lässt sie mit der Therapie fortfahren, selbst als der Schmerz überwiegt und sich günstige Auswirkungen der therapeutischen Arbeit noch nicht erahnen lassen. Als Sandra später erkennt, dass sie durch die schmerzhaft Auseinandersetzung mit ihren Problemen „ein bisschen mehr glücklich“ sein kann, ist das allein Ansporn, mit der Therapie fortzufahren, trotz der Schmerzen (vgl. *Wiederannäherungskreislauf 2*). Widersprüchlich zeigt sich folgende von Sandra geschilderte therapeutische Intervention: „In der letzten der vereinbarten 10 Therapie-Stunden habe ich alle! Störungen aufgezählt, die ich noch ändern will und gesagt, dass ich noch viele! Stunden brauche. Mein Therapeut meinte, ich könnte es ohne Therapie versuchen und zurückkommen, wenn irgendwas ist.“ Am vereinbarten Ende der 2. Psychotherapie will Sandra offensichtlich in der Therapie verbleiben, um noch bestehende Probleme zu bearbeiten. Diesem Wunsch wird durch den Therapeuten nicht entsprochen. „Ich fühlte mich nicht ernst genommen, im Stich gelassen, wütend, war verletzt und wollte nichts mehr mit ihm zu tun haben.“ (R/L, GR/W, GR/-) Der Versuch des Therapeuten, Sandras Selbstständigkeit zu stärken, indem er sie aus der Therapie entlässt, wird von Sandra als Zurückweisung und als Geringschätzung ihrer noch bestehenden Probleme verstanden. Ihre Wut und Verletzung macht die ihr freigestellte Rückkehr unwahrscheinlich. Erst nach einiger Zeit des Schmerzes erfährt die Intervention des Therapeuten eine neue kognitive Bewertung (S/RA): „Nach langem Überlegen habe ich erkannt, dass er mir freigestellt hat, wiederzukommen, er lässt mich nicht im Stich, aber ich muss Verantwortung für mich! übernehmen, und schauen, ob ich alleine leben kann. Ich bin selbst verantwortlich dafür, dass es mir wieder gut geht, und kann das auch steuern.“ (R/O-)

Die ursprünglich als Bagatellisierung ihrer Schmerzen verstandene Reaktion wird so zur autonomiefördernden Intervention, geht einher mit Übernahme von Eigenverantwortung und Ablegung der Opferidentität. Damit hat Sandra ohne äussere Unterstützung die therapeutische Intervention, die als Bagatellisierung verstanden worden war, kognitiv korrigiert (S/RA) und ihr so die Schmerzhaftigkeit genommen, ja sie sogar als verarbeitungsförderlich eingestuft. Ein Rückfall in Schuldgefühle (aufgrund der eigenen Unfähigkeit, ohne Therapie auszukommen, wie es der Therapeut doch fordert) oder in die Abwehr (meine Probleme sind doch nicht so schlimm) wäre stattdessen ebenso denkbar gewesen. Unklar bleibt, was diese günstige Wende bewirkt hat und wieso nicht die erwarteten Selbstwertzweifel, Schuldgefühle und Abwehrtendenzen auftauchen. Möglicherweise war Sandra in ihrem Verarbeitungsprozess und in der Erkenntnis des Missbrauchs schon weit genug fortgeschritten und in ihrem Selbstwertgefühl genügend stabilisiert, um die therapeutische Reaktion derart günstig bewerten zu können.

Diese Episode stellt einen Sonderfall des 1. *Wiederannäherungszyklus* dar, indem sich die Bewertung der äußeren Reaktion unter Einfluss kognitiver Auseinandersetzung (S/RA) von R/L zu R/O- wandelt. Ein ähnlicher Grenzfall ist folgendes Beispiel: „Manchmal sagt mein Freund: „Jetzt reiße! dich zusammen.“ Ich brauche so einen Tritt!, um wieder was zu tun und aus der Depression herauszukommen.“ (R/O-; R/L?) Die bloße Aufforderung, sich zusammenzureißen, ist sicherlich nicht

ausreichend, um Sandra aus ihrer Depression herauszureißen. Wesentlich erscheint vielmehr, dass diese Aufforderung, die Sandra das Aufrechterhalten ihrer Opferrolle verweigert und von ihr Verantwortungsübernahme für das eigene Wohlergehen fordert, von ihrem Partner ausgeht, der ihr in vielen anderen Situationen Akzeptanz und Wohlwollen entgegenbrachte und ihr Leid nie bagatelisierte. Es wird vermutet, dass nur im Kontext dieser positiven Reaktionen die Aufforderung, sich zusammenzureißen, als Stärkung eigener Autonomie und als verarbeitungsförderlich verstanden wird.

Weiters lässt sich der erfolgstypische *Wiederannäherungskreislauf 2* in folgenden Aussagen beobachten: „Als die Geschichte in der Therapie das erste Mal aufgebrochen ist, ist es mir immer schlechter gegangen. Das war eine ganz! arge Phase. (S/A-, GR/-) Ich wollte die Therapie sofort! zu beenden, weil ich das nicht aushalte.“ (U/W nach S/A) Berichtet wird hier vom Schmerz, der aus der wiederannähernden Auseinandersetzung mit den Verletzungen des Missbrauchs resultiert. Beachtenswert ist, dass Sandra trotz ihrer Tendenz, die Therapie und Wiederannäherung sofort zu beenden, weiter darin fortfährt: „Ich habe die Therapie trotzdem weitergemacht mit dem Wissen, dass ich das nicht ewig verdrängen kann, sonst passiert noch was, und ich kann es nicht mehr kontrollieren. Wenn es herauskommt, kann ich es besser kontrollieren. Das war eine Verstandessache.“ (S/RA, S/A-, S/A als Problem)

Rein rational erkennt Sandra, dass ihre Probleme weiter bestehen bleiben, solange sie sich nicht mit ihnen auseinandersetzt. Die Angst, plötzlich mit Erinnerungen und Symptomen konfrontiert zu sein, ohne sie kontrollieren zu können, lässt Sandra in ihrer langsamen therapeutischen Auseinandersetzung mit dem Erlebten weitermachen. Die bewusste Entscheidung, momentane wiederannäherungsbedingte Schrecken in Kauf zu nehmen, in der Hoffnung, diese Schrecken in Zukunft besser kontrollieren zu können, wird als erfolgstypisch betrachtet. Nach der ersten tieferen Auseinandersetzung mit dem Missbrauch ändert sich die rein rationale Entscheidung, mit der Therapie weiterzumachen, und wird zur erfahrungsgewonnenen Hoffnung, nur auf diesem Wege Besserung zu erzielen. Das Wissen, dass es sich bei der Auseinandersetzung mit dem Erlebten um den richtigen Weg handelt, ja dass dies den Verarbeitungsverlauf an sich darstellt, prägt die weitere Psychotherapie und wird als erfolgstypisch betrachtet: „Nach dem ersten Aufbrechen war ich etwas weiter in in meiner Entwicklung, ich konnte ein kleines Stückerl mehr glücklich sein! Von da an hätte nie wieder daran gedacht, die Therapie aufzuhören. Ich wusste, ich mache da weiter, egal was passiert, auch wenn die Beziehung draufgeht. (S/A-, GR/+, S/A-) Aber ab dem Zeitpunkt war ich! mir wichtig.“

Der wiederannäherungsbedingte Schmerz wird in dem Wissen akzeptiert und ertragen, dass er vorbei geht und der Besserung Platz macht: „Wenn ich wieder eine akute Krise habe denke ich, es hat sich nichts verändert, es geht mir noch genauso schlecht. Aber diese Krisen werden immer kürzer, und ich weiß, es geht! vorbei. Deshalb kann ich die schlechten Phasen ein bisschen! akzeptieren, und hasse mich nicht mehr so sehr dafür.“ (S/RA über S/A-)

Partnerschaft und Psychotherapie werden im Zusammenhang mit der erfolgsspezifischen *Missbrauchserkenntnis*, die Sandra deutlich in allen drei Bereichen erlangt, genannt. Wesentlich ist die wahrnehmende Betroffenheit ihres Partners, dem sie vom Missbrauch erzählt: „Mein Freund war von meiner Geschichte betroffen! Ich habe erstmals gemerkt, dass das, was mir passiert ist, doch was Arges! ist.“ (S/A-, ME/S)

Auffallend ausgeprägt findet sich bei Sandra der erfolgsunabhängige *Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1*, ausgehend insbesondere von der eigenen Ursprungsfamilie, aber auch von professionelle Helfern. Die geschilderten Episoden liegen allerdings mehrheitlich in der Vergangenheit, in der aktuellen Lebenssituation und in der Zeit der untersuchten Psychotherapie überwiegen positive Reaktionen der Mitmenschen, verbunden mit Wiederannäherungszyklen. Die Bagatellisierungen der Umgebung werden von Sandra insgesamt als extrem schmerzhaft erlebt. Bewundernswert ist ihre Kraft, nicht zu resignieren, trotz widriger Umstände ihr Leid ernst zu nehmen und sich um sich selbst zu kümmern. „Mit 18a habe als letzter Ausweg vor dem Suizid bei einem Nervenarzt Hilfe gesucht, meinen ganzen Mut zusammengenommen und erstmals alles erzählt. (S/F, VE+, S/A-) Er hat nur gesagt: 'Wenn's schlimmer wird, kriegen Sie Tabletten.' Das war das einzige. Das war eine äußerst negative Erfahrung. (R/L, GR/-) Ich habe beschlossen, nie! wieder Hilfe zu suchen, weil man mir nicht hilft. Ich muss mir stattdessen selber helfen. Es ist mir nichts anderes übriggeblieben.“

Als ihr ehemaliger Freund auf ihre Missbrauchsgeschichte nicht reagiert, gibt sie sich selbst die Schuld für seine Ungerührtheit (und erkennt erst im Interview, dass sie es ihrem neuen Partner auch mit der „schönen Fassade“ erzählt hatte, und dieser trotzdem ihr Leid wahrnahm und betroffen reagierte, vgl. Wiederannäherungszyklus 1): „Mein Freund ist nicht darauf eingegangen, weil's für ihn nicht so wichtig war. Ich habe ihm nur meine schöne Fassade gezeigt, er hat mich nur als glücklich, zufrieden und selbstbewusst gekannt. Weil ich das so unbeteiligt erzählt habe, konnte er nicht erkennen, dass ich darunter leide. Das hätte ich zeigen müssen!“ (S/A, R/L, GR/S: eigenes S/A als Ursache für R/L)

Mit bestechender Schärfe erkennt Sandra ihr Bestreben, ihr Leiden als Mahnmal der erlittenen Greuel aufrechtzuerhalten. Das Leiden wird zum Versuch, wahrgenommen zu werden, und Anerkennung für ihre Schmerzen zu erhalten. Solange Verleugnen und Bagatellisieren vorherrschen, kann vom anklagenden Leiden (Seagull & Seagull, 1991) nicht abgesehen werden: „Es darf mir nicht gut gehen, weil das, was mir angetan wurde, schrecklich war! Meine Folgen sind das Mahnmal an die Tat. Wenn es mir gut gehen würde, würden die Leute glauben, es wäre nicht so schrecklich gewesen und es würde mir nichts ausmachen. Es muss mir für die Öffentlichkeit schlecht gehen, dass sie sehen, ich habe solche Sachen erlebt.“ (R/L, S/F) Erst wenn die Öffentlichkeit zu sehen gewillt ist, dass es ihr schlecht geht, muss sie nicht mehr durch ihr Leid an die Greuel der Tat erinnern. Erst die Wahrnehmung der erlittenen Verletzungen, die Akzeptanz der Symptome des Überlebenskampfes ermöglicht es, das Leiden als Mahnmal des Schreckens aufzugeben.

Folgende Aussage wird dem misserfolgstypischen *Rückzugs- und Verdrängungskreislauf* 2 zugeschrieben: „Das Kind in mir habe ich weggedrängt und bin heilfroh, wenn es in mir schläft. Ich spüre körperlich, wenn das kommt, das ist, wie wenn ein Geist! aufwacht. Ich kann es nicht 'rauslassen, nur 'runterschlucken. Wenn ich es nicht mehr schlucken kann, zucke ich aus (Anm. A.B.: österr. für: dann werde ich unkontrolliert, verrückt), bis der Kopf wieder sagt: 'Lass mich in Ruhe!'" (U/W nach S/A) Der Wunsch nach Nicht-Wahrhaben und Verdrängen wird hier deutlich. Da bei Sandra Wiederannäherungszyklen überwiegen und auch der erfolgstyische Annäherungskreislauf stark ausgeprägt ist, kann begründet angenommen werden, dass sich der Wunsch nach Abwehr für Sandra auf besonders schmerzhafteste Momente der Auseinandersetzung mit dem Trauma bezieht, keineswegs aber generell vorhanden ist. Wiederannähernden Zyklen bleiben vorherrschend und bestimmen den Verarbeitungsverlauf von Sandra.

11.1.2 Ulrike Y.

„Der Schmerz, der gilt mir!“

Interview vom 13.3.1996

Dauer: ca. 1h 45min (9.00-10.45)

Nachgespräch: ca. 20 min.

Ort: Privatraum (auf Wunsch von Ulrike).

Zur Person: Ulrike Y. ist 37 Jahre alt, Ehe- und Familienberaterin. Aus der Ehe eine Tochter, lebt seit einigen Jahren vom Mann getrennt, in einer neuen Partnerschaft. Wächst in den ersten 6a bei der Großmutter auf, Mutter kommt an Wochenenden zu Besuch. Mit 6a kommt Ulrike zu ihrer Mutter und deren fast unbekanntem Partner, weg von der Großmutter in eine andere Stadt. Besuche bei der Großmutter am Land in den Sommerferien. Missbrauch durch die Nachbarn der Großmutter.

Missbrauchsgeschehen: 2 Täter (Nachbarbauer und Sohn): „Beide waren für mich wie ein Großvater und wie der große Bruder. Ich habe die beiden auch sehr gern! gehabt.“ Missbrauch ca. zwischen 3. und 15.a, ab 6a immer in den Ferien, wenn sie bei der Großmutter zu Besuch ist.

Psychotherapie: Im Rahmen der Ausbildung begonnen, „Aufbrechen“ des Missbrauchs in einer Selbsterfahrungsgruppe, anschließend 2 Jahre analytische Therapie.

Folgen (sofern sie aufgezeigte Kreisläufe illustrieren oder erläutern)

„Es war so schwer, darüber zu reden oder mich zu wehren, weil ich gefürchtet habe, dass ich dann in den Ferien nicht mehr zu meiner Oma fahren darf!“ (S/RA über S/A)

„Ich war so verwirrt und wusste nicht warum. Ich wusste auch nicht, ob diese Verwirrung normal ist. Ich war unsicher, ob ich mich wirklich seltsam fühle, oder ob es mir nur so vorkommt.“ (S/A)

„Über Schmerz, Krankheit oder unbeabsichtigte Verletzungen habe ich mich selber gespürt! Ich musste mir selber weh tun, um wieder Kontakt zu mir zu bekommen. Hinterher war das so erniedrigend.“ (S/F bei S/A)

„Ich habe daran gedacht, mir etwas anzutun. Das hatte mit dem Einsamkeitsgefühl zu tun, ich konnte mich niemandem anvertrauen. Ich habe aber immer einen starken Lebens- und Überlebenswillen gehabt und trotz allem gerne gelebt. Ich wusste immer, dass ich eigentlich leben wollte. Und das war stärker.“ (S/F)

Wiederannäherungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig):

„Ich habe immer davon gewusst, es aber nicht als meinen eigenen Missbrauch! identifizieren können, wollte es nicht wahrhaben und habe es weggesteckt.“ (S/A)

„Durch einen Fernsehfilm über sexuellen Missbrauch ist erstmals die Verbindung zwischen Kopf und Bauch passiert. Ich war während des Films allein und bin fast zusammengebrochen, es war fürchterlich schmerzhaft. Ich wollte ausschalten oder weggehen, war aber wie gelähmt und konnte mich nicht mehr lösen!“ (S/A-)

„Ich dachte, was durch den Film so weh tut, hat mit den Darstellern! zu tun. Ich habe mich gewehrt, das mit mir! in Verbindung zu bringen.“ (S/A)

„Eine Selbsterfahrungsgruppe wenige Tage später war ausschlaggebend, dass ich es mit mir verbunden und erkannt habe, der Schmerz, der gilt mir! Das war die Kapitulation vor meiner Verdrängung. Ich war schon über ein Jahr in der Gruppe, sie war sehr wohlwollend, ich hatte Raum, war getragen und wurde wahrgenommen. Ich hatte ein sehr positives Verhältnis zur Therapeutin, und ein sicheres Gruppengefühl. Ich wurde das erste Mal gehört, wahrgenommen und gesehen!“ (R/A, GR/V+, S/A-)

„Die Therapeutin half, dass ich es in Verbindung mit mir! bringen konnte, indem sie sagte: ‚Das ist dein! Schmerz.‘ Das war ein wichtiges Aha-Erlebnis! Es ist mir dabei gut gegangen, es tat zwar sehr weh, aber es war auch erleichternd.“ (R/A, R/W, GR/+, S/A-; führt zu ME/S, GR/+)

„Nach dem ersten Ansprechen in der Gruppe, diesem Aufgefangen-Werden und dem Wohlwollen war es leichter, mich anzuvertrauen. Das war ein ganz positives Erlebnis! Es war wichtig, andere! Reaktionen zu erleben als die, die mein Mann gezeigt hat. Ich bekam Mitgefühl, Wohlwollen, Horchen und das Gefühl, akzeptiert und verstanden zu werden.“ (R/A, GR/V+, GR/+)

„Da war viel Wohlwollen und Akzeptanz in der Analyse, dadurch ist mein Vertrauen gestiegen. Ich konnte ansprechen, wie ich es erlebt habe und was mich immer noch quält und wusste, dass es wohlwollend aufgenommen wird. Das war sehr wichtig.“ (R/A, GR/V, S/A-)

„Der Therapeut hat mich unterstützt zu sehen, dass ich unschuldig am Missbrauch war. Logisch! habe ich natürlich gewusst, dass ich nicht schuld bin und es nicht verhindern hätte können. Aber das hat nichts gebracht, die Schuldgefühle waren trotzdem da!“ (S/RA über GR/S)

„Es war ganz! wichtig, in der Analyse gesagt zu bekommen, dass das nicht meine Schuld war, sondern die Verantwortung der Täter, dass es nicht an mir lag und ich nichts falsch gemacht habe. Ich habe es dann auch im Gefühl wahrnehmen können.“ (R/A, S/A-, GR/S-)

„Mein Therapeut hat mir vermittelt, dass ich nicht mehr so hilflos wie damals bin, sondern einen Handlungsspielraum habe. (R/O-) Ich möchte nicht wie behindert oder beschädigt betrachtet oder als Opfer gebrandmarkt werden. Obwohl es eine Narbe ist, und nie so wird, als ob es nie passiert wäre.“ (U/W nach R/O- und R/A)

„Das Aussteigen-Müssen (Anm. A.B.: beim Sex) ist heute nicht mehr so schmerzhaft, weil ich mich bei meinem Partner angenommen fühle. Ich kann mich ihm anvertrauen, wenn ich gegen meinen Willen aussteige, oder er spürt es! Ich kann das Aussteigen jetzt stoppen, weil ich weiß, dass mein Partner das aushalten kann. Ich mache nicht mehr in diesem Zustand weiter, nur um den anderen zu befriedigen.“ (R/A, R/W, GR/V+, VE+, S/A-)

„Es war ganz! wichtig, mit meinem Partner über die Kindheitsübergreifungen zu sprechen. Er hat das einfach aushalten können, und gesehen, wie schlecht es mir dabei geht.“ (S/A-, R/W, R/A)

„Ich habe mit Freundinnen geredet, und gehört, dass es ihnen auch! passiert ist. Ich bin nicht die einzige! Das war für mich ganz wichtig, die Einsamkeit zu überwinden.“ (R/+, GR/+)

Wiederannäherungskreislauf 2 (erfolgstypisch):

„Es schmerzt mich immer, wenn ich darüber rede. Das wird auch niemals aufhören, aber ich kann es heute aushalten! Abgehoben zu sein war viel unerträglicher, da tat es weh, gleichzeitig hatte ich das Gefühl, mit mir stimmt! was nicht.“ (S/RA über S/A und S/A-)

„Am Anfang habe ich mich bemüht, bei Berührung körperlich dazubleiben, nicht gleich wegzugehen. Zuerst war das nur für Augenblicke möglich, es wurde dann immer wertvoller und erstrebenswerter.“ (U/W nach

S/A-)

„Eine Zeit lang konnte ich das Ganze verdrängen. Irgendwann ist es gebrochen! Ich habe dann nie gewusst, was! so schlimm ist, mich verletzt und verwirrt und habe es wieder weggesteckt, immer mit der Ahnung, dass das Wegstecken nicht der richtige Weg ist oder dass irgendwas nicht stimmt! Es war nicht stimmig! Da war die Gefahr, dass wieder etwas daherkommt.“ (S/A, S/A-)

„Ich habe gelernt, meine Gefühle zuzulassen und akzeptieren, bin mir selber gegenüber wohlwollender und respektiere meine Mechanismen und Ängste. Die haben einen Sinn! Wenn ich etwas nicht zulassen kann, hat das einen Grund! Es stresst mich nicht mehr, dass ich es zulassen muss! Ich vertraue darauf, dass ich das tue, was für mich richtig ist.“ (S/RA über S/A und S/A-)

Missbrauchserkenntnis (erfolgsspezifisch):

„Ich habe es für mich persönlich als Missbrauch erkannt, ausgelöst durch einen Fernsehfilm, die Akzeptanz in der Therapiegruppe und die Aussage der Therapeutin: ‚Das ist Ihr! Schmerz!‘ Da war das dann so klar, das bin ich! Das war ein großes Aha-Erlebnis. Einerseits tat es unwahrscheinlich weh, andererseits war es so stimmig und erleichternd. Wenn der Schmerz auch weh tut, aber es ist meiner! Dadurch war plötzlich viel Energie frei, ich habe nicht mehr all meine Kraft gebraucht, um es wegzudrücken.“ (R/A, R/W, S/A-, ME/T, ME/S, GR/+) „Je mehr ich da drinnen bin und damit zu tun habe, desto klarer wird, dass Ängste, Schmerzen, Unklarheiten mit mir! zu tun haben.“ (S/A-, ME/S)

„Heute bin ich sicher, dass meine Wahrnehmung stimmt und mein: Schmerz berechtigt ist.“ (ME/T, S/A-)

„Günstige Verarbeitung: Ich habe gelernt, dass Veränderung in meinem Leben nur von mir! ausgehen kann. Niemand kann für mich die Umwelt ändern, oder es ungeschehen machen. Das ist eine schlimme Realität, aber damit klarkommen kann ich nur selber. Das und das Aufgefangen-Sein in der Gruppe, das war der erste Schritt.“ (S/F, R/A, VE/+, ME/F)

„Es war eine wichtige Therapiephase wahrzunehmen, dass ich keine Chance gehabt habe, dem sexuellen Missbrauch zu entkommen.“ (GR/O, ME/T)

„Die Wut auf die eigenen Täter war sehr erleichternd. Ich habe sie dann von mir selber abziehen können.“ (GR/W, ME/T, GR/+)

„Ich konnte mir – ohne es zu entschuldigen! – die Realität dieser Männer (Täter) teilweise sehen, sehen, warum! sie das getan haben. Das hat mir geholfen, mit meinem Schuldgefühl besser umzugehen. Ich habe aufgehört zu glauben, dass es an mir lag, weil ich schlecht und verführerisch war. Es war ihre Verantwortung. Es wäre einem anderen Mädchen auch! passiert. Die Einsicht, dass das nicht an meiner Person lag, war befreiend!“ (ME/T, GR/S-)

„Die eigene Tochter hat mir klargemacht, dass ich nichts dafür konnte. Sie könnte sich auch nicht wirksam wehren. Es tut weh wenn ich an mich selber denke und es tut weh wenn ich an sie denke.“ (S/A-, ME/T, ME/S)

Günstige Verarbeitung: „Ich kann relativ gut damit leben. Manchmal denke ich mir, bei allem Schmerz, bei allem Leid, ich habe eine besondere Sensibilität entwickelt und mühsam erarbeitet, mich selber wahrzunehmen. Ich bin trotzdem! stark geworden, das ist ein beruhigendes, schönes Gefühl. Ich habe Schlimmes überstanden, und bin dem Leben gewachsen.“

Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig):

„Wegen meiner sexuellen Probleme habe ich meinem Mann gesagt: ‚Mir ist da was passiert in der Kindheit, und das wird wohl damit zu tun haben.‘ “ (S/F, S/RA)

„Mein Partner reagierte mit Unverständnis: Er hätte damit nichts zu tun, das sei schon so lange her. Ich wurde wütend auf ihn und fühlte mich gleichzeitig schuldig, weil ich das nicht vergessen kann und damit noch Probleme habe.“ (R/L, GR/S, GR/W)

„Ich war nach dem Film in Tränen aufgelöst, als mein Mann heimkam. (S/A-) Ich hätte mir gewünscht, dass er mich in den Arm nehmen und bei mir sein kann. (U/W nach R/U) Er war nur schockiert, ist sehr auf Distanz gegangen und hat gesagt: ‚Das nichts mit mir zu tun, ich halte das nicht aus.‘ Das war wild, ich hatte Angst, dass ich das nicht überlebe! (S/A-, R/L, GR/-) Irgendwann hat mein Schutzmechanismus gegriffen, ich bin aufgestanden und habe ihn! getröstet. Und es war wieder weg und es war erträglich.“ (S/A)

„Die Krise mit meinem Mann hat da ihren Höhepunkt erreicht und dann zur Trennung geführt. (R/L, GR/-) Er war massiv überfordert.“ (S/RA auf R/L)

(Film, R/L des Partners:) „Ich hatte das Gefühl, damit selber klarkommen zu müssen, ich hatte Schuldgefühle für den sexuellen Missbrauch.“ (GR/S)

„Wenn jemand sagt: ‚Das ist vorbei!‘ oder: ‚So schlimm! wird’s wohl nicht gewesen sein‘, dieses Bagatellisieren tut sehr weh, ist sehr verletzend!“ (R/L, GR/-)

„Mit meinem Mann ist es mir nie gelungen, beim Sex das Aussteigen wahrzunehmen oder dann zu stoppen. Er hat sich immer sehr persönlich abgewertet und erniedrigt gefühlt, und ich hatte dann Schuldgefühle.“ (R/L, GR/S, S/A)

„Meine Eltern und meine Familie, die hätten mir das gar nicht geglaubt. So was durfte! nicht sein und hat nicht existiert. Ich habe deshalb meinen Eltern nie vom Missbrauch erzählt und ich habe das auch gar nicht vor.“ (R/L)

Diskussion

Ulrike zeigte im FKB deutliche Symptombesserung, ihr Verarbeitungsverlauf wird dementsprechend als erfolgreich betrachtet. Von vorrangiger Bedeutung ist bei Ulrike Y. der erfolgsunabhängige *Wiederannäherungskreislauf 1*. Positive Reaktionen erhält Ulrike dabei in verschiedenen Lebensbereichen, die Unterstützung innerhalb der Selbsterfahrungsgruppe wird als entscheidend beschrieben. Beim Ansehen eines Fernsehfilms über sexuellen Missbrauch erlebt Ulrike schmerzhaft die (dargestellte und die eigene) Geschichte wieder. Erklärungsbedürftig ist in diesem Zusammenhang folgende Aussage: „Gleichzeitig hab ich mir gedacht, was so weh tut hat mit den Darstellern! zu tun. Ich habe mich gewehrt, das mit mir! in Verbindung zu bringen.“ (S/A) Vorrangig in Ulrikes Erleben ist der Schmerz, den sie beim Betrachten des Fernsehfilms über sexuellen Missbrauch verspürt. Dass sie diesen Schmerz noch nicht mit der eigenen Geschichte in Verbindung bringen kann, tut der Tatsache, dass sie sich über ihn dem erlittenen Missbrauch annähert, keinen Abbruch. Ihre Weigerung, den fast unüberstehbaren Schmerz auf sich selbst zu beziehen, ist nicht Ausdruck von Rückzug oder Wunsch nach Verleugnung, wie er etwa im Rückzugskreislauf 2 beschrieben wird, sondern ein aktiver Schutzmechanismus gegen den unerträglichen wiederannäherungsbedingten Schmerz.

Deutlich beobachtbar ist bei Ulrike außerdem der erfolgstypische *Wiederannäherungskreislauf 2*. Ulrike hat erfahren, dass der wiederannäherungsbedingte Schmerz aushaltbar ist und vorbei geht, und dass sie Erinnerungen an das Trauma, mit denen sie sich emotional auseinandergesetzt hat, danach besser kontrollieren kann.

Gegenüber diesen verarbeitungsförderlichen Tendenzen zeigen sich Elemente des erfolgsunabhängigen *Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1* nur untergeordnet. Die negativen Reaktionen gingen dabei vor allem von Ursprungsfamilie und vom Exmann aus, beide spielen für das gegenwärtige Leben keine entscheidende Rolle mehr. In allen drei Bereichen ist die erfolgsspezifische *Missbrauchserkenntnis* bei Ulrike sichtlich ausgeprägt. Interessant ist, wie Ulrike selbst die Erkenntnis des Missbrauchs als essentiell für ihren Verarbeitungsprozess anerkennt. In Verbindung mit dem Erkennen missbrauchsbedingter Folgen fällt folgende Äußerung: (ME/F geht voraus) „Ich habe gelernt, dass Veränderung in meinem Leben nur von mir! ausgehen kann. Niemand kann für mich die Umwelt ändern, oder es ungeschehen machen. Das ist eine schlimme Realität, aber damit klarkommen kann ich nur selber. Das und das Aufgefangen-Sein in der Gruppe, das war der erste Schritt.“ (S/E, R/A, VE/+)

Das Erkennen der Missbrauchsbedingtheit der Folgen macht gleichzeitig frei von eigener Schuld an den Symptomen, indem die Ursache der Symptome in der Vergangenheit fixiert wird. Damit werden die Folgen greifbar und veränderbar und eigene Ohnmacht macht der Verantwortung für den Verarbeitungsprozess Platz. Diese Verantwortungsübernahme ist gemeinsam mit der wahrnehmenden, wohlwollenden Akzeptanz der Therapiegruppe für Ulrike die entscheidende Wende im Verarbeitungsverlauf.

Die Aufgabe der Opferrolle, das Ablegen von Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen ist eng mit der Erkenntnis des Missbrauchs und mit dem Gefühl, es überlebt zu haben, verbunden. Jetzt erst können auch eigene Stärken erkannt werden, und das Leben kann beginnen: „Ich kann relativ gut damit leben. Manchmal denke ich mir, bei allem Schmerz, bei allem Leid, ich habe eine besondere Sensibilität entwickelt und mühsam erarbeitet, mich selber wahrzunehmen. Ich bin trotzdem! stark geworden, das ist ein beruhigendes, schönes Gefühl. Ich habe Schlimmes überstanden und bin dem Leben gewachsen.“

11.1.3 Agnes A.

„Wenn ich offene Ohren gefunden hätte, wenn es ein gesellschaftlich relevantes Thema wäre und Sanktionen für die Täter gäbe, wenn es ganz klar wäre, dass das Unrecht ist, dann bräuchte ich keine Therapie mehr.“

Interview vom 21.2.1996

Dauer: 2,5h (14.20-15.30 und 15.50-17.30) inklusive ca. 15min Pause.

Nachgespräch: Fühlt sich angestrengt, pessimistisch für ihr Leben. Möchte Abschrift des Gespräches.

Ort: Privatraum auf Wunsch von Agnes.

Zur Person: Agnes A. ist 32 Jahre alt, ohne Partnerschaft, kinderlos, homosexuell orientiert. Zieht mit 18a von zu Hause aus, vom Dorf in die Stadt. War 3a in der Sozialarbeit tätig, z.Z. Studentin, seit 2 Monaten arbeitslos.

Missbrauchsgeschehen: Von 4-13a von mehreren Männern im Heimatdorf sexuell missbraucht, alle sind entweder Nachbarn, Freunde der Familie oder Verwandte. Ersttäter: Knecht, lebte im selben Bauernhof.

Psychotherapie: Schon in Jugendjahren erwünscht. Lernt in einer frauenspezifischen Lehrveranstaltung die Lehrende (und Psychoanalytikerin) näher kennen, sie selbst bietet Agnes A. eine Psychoanalyse an, Agnes (damals 22a) nimmt das Angebot „ohne es besonders gut überlegt zu haben“ an. Nach „5 Jahren und einem Monat“ bricht sie die Analyse ab, beginnt anschließend sofort eine Gestalttherapie: Die neuerliche Therapie „war die Bedingung der Psychoanalytikerin, sie hätte mich nicht gehen lassen.“ (Wahl der Therapieform und Suche nach einem Therapieplatz bewältigt Agnes ohne Hilfe ihrer Analytikerin. Wählt sich weibliche Therapeutinnen aus, möchte nicht zu einem Mann gehen.) Die Gestalttherapie dauert zum Interviewzeitpunkt „gut ein Jahr“ an und läuft weiter.

Selbsthilfegruppe: 2a lang (parallel zu den ersten Jahren der Psychoanalyse) mit drei anderen Frauen getroffen, sehr unterstützend erlebt, zu ihrem Bedauern aufgelöst, als eine Teilnehmerin ausscheidet.

Folgen (sofern sie aufgezeigte Kreisläufe erläutern oder illustrieren):

„Ich habe ein undefinierbares Gefühl von Dumpfheit, ich kann schwer wütend werden auf die, die mich missbraucht haben oder auf meine Familie.“ (S/A)

„Ich habe keine Beziehung zu meinem Körper, er spürt nichts und macht nicht, was ich will. Ich hasse meinen Körper. Ich spüre ihn meist nur unter Schmerz, auch selbstzugefügtem.“ (S/A, S/F, S/A-)

„Vor den Tätern habe ich keine Angst mehr, ich glaube nicht, dass ich mich wehren könnte, aber ich bin erwachsen, und lasse mich nicht mehr so einschüchtern wie damals. Nur dadurch ist es möglich gewesen, dass ich Mädchen! war.“ (S/RA)

„Ich möchte mit Männern nichts mehr zu tun haben. Ein Vertrauensverhältnis ist mir unvorstellbar. Ich hatte noch nie eine freundschaftliche Beziehung zu Männern. Körperliche Nähe ist mir nur denkbar in einer Beziehung zu einer Frau.“ (S/F)

„Ich habe überlegt, mir was anzutun, weil sich das Leben nicht lohnt. Aber ich habe nicht so viele Möglichkeiten zum Selbstmord gefunden, letztlich hat mir der Mut! gefehlt. Das Leben ist auf diese Art nicht lebenswert, ist nur Plage, ich habe davon nichts. Es wird nicht besser. Ich habe Todeswünsche.“ (S/F)

„Wenn ich in der nächsten Woche einen Termin habe, dann haltet mich die Verpflichtung vom Suizid ab. Ich setze mir diese Termine aber nicht bewusst.“ (S/RA)

„Manchmal muss ich akzeptierende Unterstützung ablehnen, weil es schrecklich ist, dass es mir schon wieder so schlecht geht, dass ich schon wieder etwas brauche und hilflos bin. Ich gehe mir selber auf die Nerven mit meiner Bedürftigkeit.“ (R/A, S/F)

„Was soll sich in der Therapie denn verbessern. Das einzige! was sich verändert hat ist, dass ich! aktiver bin und mich anders auseinandersetze. Mehr! ist es nicht.“ (S/F, Geringschätzung von S/A-)

Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig):

Ursprungsfamilie:

„Vor 4 Jahren habe ich erstmals vor der Familie den Missbrauch (Namen der Täter, Taten) angesprochen; da war Unfassbarkeit, Entsetzen, Schrecken (R/O), aber keine anderen Reaktionen.“

„Der erste Täter war der Knecht bei uns auf dem Hof. Meine Mutter und meine Großmutter (mütterlicherseits) sagen, es habe damals keinen Knecht gegeben, das verunsichert mich. Auch an andere Details und Vorfälle

erinnert sich niemand. (R/L, GR/-) Die Konfrontation der Familie ist deshalb missglückt: Sie wollen! vergessen, was mit mir gemacht worden ist. Außer für die Großmutter (väterlicherseits) ist es für die Familie kein Thema und kommt nicht zur Sprache. (R/L) Ich habe keine Lust mehr, es zum Thema zu machen. (S/A, Resignation) Der Mutter hab ich ein Buch über Missbrauch geschenkt, es war eine peinliche Situation, ich habe nicht gewusst, was ich machen soll.“ (GR/-)

„Dieses vergebliche Warten, dass sie das Sehen! (R/L, GR/-) Früher habe ich vergebens gewartet, jetzt warte ich wieder! Irgendwann höre ich zu warten auf! Wenn ich es zum Thema mache, wollen sie mich überhaupt nicht mehr sehen!“ (GR/A, S/A)

„Für sie ist es unangenehm, wenn ich das dauernd anspreche. (S/RA, S/A) Im Dorf sehe ich alle Täter, und grüße sie normal. (S/A) Ich vermeide Begegnungen, aber meine Oma bleibt bei denen trotzdem! stehen, ich grüße dann auch. (R/L, S/A) Für Oma ist es schwierig, weil sie dort lebt und sich arrangieren muss.“ (S/RA)

„Ich bin empört, dass man mir nicht geholfen hat und nicht bereit war, was wahrzunehmen! (R/L, GR/W) Dann bin ich mehr! hilflos und bedürftig! Ich kann nichts, fühle mich schlecht und bin! schlecht. Ich! bin schuld, es ist immer so und es wird sich auch nicht ändern.“ (GR/-, GR/S, GR/O, S/F)

Psychotherapie:

„Es ging mir schlecht, ich war verwirrt, konnte den Alltag nicht mehr bewältigen. Das hatte nicht mit dem Missbrauch zu tun, sondern damit, dass ich in der Psychoanalyse mich nicht anvertrauen konnte, dort keine Unterstützung erfahre habe, kein offenes Ohr, mir nicht geglaubt wurde. Diese Verzweiflung, damit ganz allein zu sein, es nicht aussprechen können, war die Wiederholung meiner Kindheitssituation. Die Analyse war unerträglich, ich hatte lebensbedrohliche Ängste. (R/L, GR/-, GR/A, S/F) Das war der Grund für den Therapieabbruch.“

„Sexueller Missbrauch konnte in der Analyse nicht so ausgiebig Thema sein, wie ich gewünscht hätte. Er war nur begrenzt ansprechbar, ich habe mich dabei nicht unterstützt gefühlt. (R/L) Vielleicht war das mein Problem, dass ich das nicht ansprechen konnte.“ (GR/SW-, GR/S)

„Die Analytikerin hat mir grundsätzlich schon geglaubt! Sie hat aber bezweifelt, dass manche (Missbrauchs)Situationen so waren!, ihre Skepsis war eine große Schwierigkeit. Ich tue mir schwer, wenn ich beweisen muss, woran ich mich erinnere. (R/L, S/A) Egal, ob meine Erinnerungen stimmen, ich bin heute erwachsen und habe eine Erinnerung! Wenn herauskommt, die Erinnerung war in der Form nicht ganz richtig, dann hat das einen Grund, dass mir was anderes einfällt. (S/RA) Ich würde nicht mehr zu einer Therapeutin gehen, die ich vorher schon kenne. Sie hätte mir die Behandlung nicht anbieten! dürfen, das verstößt gegen die Abstinenzregeln.“ (S/RA)

„Ich mache mir Vorwürfe und bekomme wieder keine Hilfe. (R/L) Der Therapieabbruch war schwierig, weil ich schon 3 Jahre dort war und Fachkreise sagen, es sei schädlich, eine Psychoanalyse abzubrechen. Ich habe die Analyse als Methode abgelehnt, da sie sehr hierarchisch, wenig dialogisch und nicht auf unmittelbare Unterstützung ausgerichtet ist.“ (S/RA)

„Die Funktion der Therapie ist nicht!, dass sie heilt!, sondern das! zu machen, was alle anderen nicht! tun. Ich meine nicht, dass ich mich ändern muss, weil sich die Gesellschaft nicht ändert. (S/RA) Rational ist mir klar, dass mich überhaupt keine Schuld trifft, und das hilft schon! Aber es ist nicht dauerhaft und jederzeit anzweifelbar. Wenn ich aufgelöst, hilflos und desolat bin, hilft das nicht. (S/RA)

Freundschaften, Beziehungen:

„Mit 13 Jahren habe ich mit einer Freundin zum Teil! darüber geredet. Später habe ich engen Freundinnen zumindest gesagt, ich bin sexuell missbraucht worden. Aber niemand weiß meine erlebte! Geschichte. Niemand! hat meiner Missbrauchsgeschichte nachgefragt.“ (R/L, S/A)

„In frauenspezifischen Veranstaltungen war es normal zu sagen, man sei sexuell missbraucht worden, gleichzeitig hat man damit nichts! gesagt. (S/A trotz KO/S) Es hat Beliebigkeitscharakter und erzeugt keine Betroffenheit! mehr, „Ich bin missbraucht worden“ ist für die so ein Satz wie irgend ein anderer.“ (R/L, S/A trotz KO/S)

„Es sind immer mehr die Professionellen, die betroffen reagieren und bereit sind, Mitgefühl! aufzubringen, und nicht meine Gegenüber. Die haben Angst, an dem Thema zu rühren.“ (S/RA über R/L)

„Meine Abgrenzungsversuche wurden nicht akzeptiert, meine Partnerin hat gegen meinen Willen immer wieder angerufen, da habe ich mein Telefon kaputt geschlagen und war nicht mehr erreichbar!, ich hatte Ruhe! Es kommt zum abrupten Abbruch der Freundschaft oder Beziehung, wenn meine Grenzen nicht ernst genommen werden.“ (R/-, GR/-, VE+)

„Ich erzähle meinen Partnerinnen vom sexuellen Missbrauch, weil es ihnen! gegenüber unfair wäre, es nicht zu sagen, ich weiß ja, wie ich in der Sexualität bin.“ (S/F, GR/SW-)

Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2 (misserfolgstypisch):

Nach S/A-: „Ich weiss nicht, ob man zu allen Gefühlen Zugang finden muss.“ (S/RA, S/A)

„Im Grunde möchte ich die Täter nicht damit konfrontieren, und es ruhen lassen. Grundsätzlich denke ich mir, dass es schon! vernünftig und ganz heilsam wäre es zu tun! Und dass es helfen könnte.“ (S/RA, S/A)

Wiederannäherungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig):*Ursprungsfamilie:*

„Meine Großmutter (väterlicherseits) befasst sich damit und macht das von sich aus zum Thema, sie erzählt mir von Medienberichten darüber. Sie ist mir gegenüber am offensten; es darf Thema sein. Ich rede aber deswegen nicht mehr! über mich.“ (R/W, GR/+)

Freundschaften, Beziehungen:

„Während des Therapieabbruchs wurde ich von einer Freundin unterstützt, sie hat mich bestärkt, wenn ich mich schlecht fühle, solle ich die Analyse lassen. Sie hat gesagt, die Probleme liegen nicht bei mir, sondern in der Therapie.“ (R/A, R/W, GR/+, VE+)

„Ich kann sie in jeder! Verfassung anrufen. Hilfreich ist, dass sie sieht, dass ich sehr! leide. Ich muss nicht anders sein, es muss mir nach dem Gespräch mit ihr nicht besser gehen. (R/A, R/W, GR/+, S/A-) Voraussetzung für Sexualität ist das Wissen meiner Partnerin von meinem sexuellen Missbrauch. Das ist für mich die Voraussetzung, mich überhaupt! körperlich einzulassen.“ (R/W, S/A-)

„Es geht darum, ob ich! als Person gemeint! bin, ob das echt! ist. Ob sie Grenzen! von mir respektieren kann, akzeptieren kann, dass ich monatelang überhaupt! nicht will.“ (R/A, S/A-)

„In der Sexualität bekomme ich am ehesten Zugang zu mir, wenn meine Partnerin mit mir Kontakt! aufnimmt, anfängt, mit mir zu reden, schaut, wo ich bin und ob ich noch reagiere.“ (R/W, S/A-)

Psychotherapie:

„In einem Teil der Analyse war sehr viel möglich. Emotional hat sich einiges verändert, ich habe zum Teil Zugang zu meinen Gefühlen gekriegt, die zu den Situationen gehören. Aber ich bin noch nicht durch alle Gefühle durchgegangen.“ (R/+, S/A-)

„Ich finde emotionalen Zugang, wenn das Thema präsent ist und da sein darf. Wenn es Raum und Zeit dafür gibt und ich nicht nur funktionieren muss.“ (R/A, S/A-)

Selbsthilfegruppe:

„Ich war in einer zweijährigen Selbsthilfegruppe (zu viert) und habe da mit anderen Betroffenen gesprochen. Die Gruppe habe ich geliebt, sie hat mir ganz gut getan. Wir waren sehr langsam und vorsichtig, haben erst nach 1 1/2 Jahren vom Missbrauch erzählt, das langsame Tempo hat mir gut gefallen. Man musste nicht sofort sagen können, was einem passiert ist. Wir haben Zeit gehabt zu schauen, wann wir einander vertrauen. Wir haben gemeinsam überlegt, klare Vereinbarungen getroffen und abwechslungsweise bestimmt, was wir machen. Körperübungen, Phantasiereisen etc.“ (R/A, GR/V+, S/A-)

„Ich hatte Angst, dass meine Erlebnisse so unbeschreibbar sind, dass ich es auch in der Gruppe nicht sagen kann. Konnte es doch sagen, weil da Zuwendung war, Aufmerksamkeit und Geborgenheit. Das Gesagte fiel nicht ins Leere, sondern wurde aufgenommen. Das war für mich eine neue Erfahrung. Es ist mir danach zwar schlecht, aber doch gut gegangen. Schlecht, weil es anstrengend ist und ich Angst vor Ablehnung und Vertrauensmissbrauch hatte.“ (R/A, R/W, S/A-, GR/+, GR/- bezieht sich auf R/L)

Wünsche nach Akzeptanz, Wahrnehmung und Unterstützung:

„Meine Herkunftsfamilie war wenig unterstützend, weil sie nie selber auf das Thema kommen, nicht fragen, wie ich heute damit lebe, wie es mir geht. Das ist eine Zumutung! Es ist mühsam, wenn immer ich das Thema einbringen muss. Ich habe lange gewartet, dass von ihnen noch was kommt, jetzt habe ich aufgegeben. Ich bin verärgert und wütend über das vergebliche Warten. Ich wünsche mir, dass man mich nach den Übergriffen fragt und nicht immer ich das ansprechen muss.“ (U/W nach R/A und R/W)

„Ich wünsche mir, dass meine Freundin erraten könnte, dass es mir schlecht geht, und ich nicht reden brauche. Es ist immer eine Hürde, den Anruf schaffen zu müssen.“ (U/W nach R/W)

„Ich habe den Wunsch, dass sie (Freunde, Familie) ermessen können, was das heißt, das Leid, die Einsamkeit, oder zumindest um Verständnis bemüht sind und akzeptieren, dass das zu meinem Leben! gehört. (U/W nach R/W und R/A) Dass mir jemand zuhört, mich gleichzeitig aber in Ruhe lässt, fragt, was er mir tun kann (praktische Hilfe für die Alltagsbewältigung), einfach da ist, mich tröstet.“ (U/W nach R/A, R/W und R/U)

„Ich bin kritisch dem gegenüber, was Therapie ist und kann. Was wäre, wenn ich offene Ohren gefunden hätte, wenn sexuelle Gewalt ein gesellschaftlich relevantes Thema wäre. Wenn es Sanktionen gäbe für die Täter und ganz klar wäre, dass das Unrecht ist! Wenn sich mein ganzes Umfeld ganz klar verhält und ich nicht nur mit einer oder zwei Personen vielleicht darüber reden kann, wenn dem Thema Raum gegeben wird, meine Leiden, meine Ängste eine Existenzberechtigung! kriegen und ich dann Trost oder Zuspruch erfahre, bräuchte ich keine Therapie mehr. Es würde trotzdem nichts ungeschehen machen und auch mein Leiden wahrscheinlich nicht ändern.“ (S/RA, U/W nach R/A)

Wiederannäherungskreislauf 2 (erfolgstypisch):

„Manchmal überlege ich mir, wie das damals genau war, frage nach, ob sich jemand erinnert, schreibe das auf. Das ist ein konstruktiver Umgang, und von mir in dem Moment gewollt.“ (S/RA, S/A–)

„Es ist zwar nicht besonders erstrebenswert und mit viel Mühe und unangenehmen Gefühlen verbunden, aber es hat trotzdem einen Wert, anders zu sein, andere Erfahrungen gemacht zu haben. So dass ich's trotzdem immer wieder versuche und mich mit der Geschichte des sexuellen Missbrauchs, mit meiner Lebensgeschichte auseinandersetze. Letztlich habe ich die Hoffnung, dass ich irgendwann mit einem besseren Gefühl in der Welt bin, und mit mehr Anspruch und mehr Selbstbestimmung im Leben stehe. Es steht mir zu! Im Grunde ist es das Recht auf Leben!“ (S/RA über S/A–)

Missbrauchserkenntnis (erfolgsspezifisch):

„Etwa mit 14-15 Jahren habe ich das Gefühl gehabt, dass ich mein ganzes Leben mit dem Missbrauch beschäftigt sein werde, das mühevoll abarbeiten muss, habe aber nicht gewusst wie.“ (ME/F)

„Was am schwersten zu akzeptieren ist: dass ich die Erfahrung nicht kenne, in der Pubertät für einen Gleichaltrigen zu schwärmen, oder die Aufregung von einem ersten Kuss oder davor, mit einem Freund zu schlafen. Als Teenager habe ich sehr gelitten, mich betrogen gefühlt um diese Lebenserfahrungen, die für mich nicht möglich waren. Auch heute ist es schwierig, Sexualität überhaupt zu leben, mit Männern ist es unmöglich.“ (ME/F, GR/T)

„Das ist eine Frechheit!, Ungerechtigkeit und Zumutung, mich mein ganzes Leben damit herumplagen zu müssen, und die Täter nicht. Ich kann kein normales Leben leben. (ME/T, ME/S, GR/W) Ob jemand ermessen kann, was das heißt, immer damit leben zu müssen. (ME/S, GR/T) Ich denke mir oft, dass ich von der Plagerei nichts habe. Aber ich mach's trotzdem.“ (ME/S, S/A–)

Diskussion

Agnes A. zeigte im FKB Rahmen der Psychotherapie so deutliche Symptombesserungen, dass sie zur Gruppe der Personen mit erfolgreicherem Therapieerfolg gezählt werden muss. Diese im Fragebogen angegebenen Symptombesserungen treten in der Selbstbeschreibung von Agnes im Interview allerdings keineswegs zutage (was zur neuerlichen Überprüfung der Fragebogendaten führte, um Irrtümer auszuschließen): Agnes erscheint im Interview (im Gegensatz zur konkret symptombezogenen Selbstbeschreibung im FKB) vielmehr resigniert-depressiv, gibt an, keinerlei Besserung feststellen zu können, immer noch genauso zu leiden wie vor der Therapie, und fühlt sich zementiert in ihrem Unglück. Dazu (und auf Nachfragen) die abwertende Äußerung von Agnes: „Was soll sich in der Therapie denn verbessern. Das einzige, was sich verändert hat ist, dass ich! aktiver bin und mich anders auseinandersetze. Mehr! ist es nicht.“

Deutlich wird in dieser Aussage die offensichtliche Geringschätzung zentraler Aspekte des therapeutischen Prozesses. Sich aktiver mit sich selbst auseinanderzusetzen (als Teil der Wiederannäherung S/A– und damit essentiell für den Therapieerfolg) wird nicht als Bestandteil des Verarbeitungsprozesses erkannt – möglicherweise weil die Auseinandersetzung mit der eigenen Gegenwart und Vergangenheit und persönlichem Erleben in der therapeutischen Situation nicht zur Missbrauchserkenntnis führt; diese wird nur im Zuge des Akzeptiert-Werdens bei Freunden und in der Selbsthilfegruppe erreicht, nicht aber in (oder nach Selbstbeschreibung auch nicht aufgrund) der therapeutischen Beziehung. Wiederannäherung in der therapeutischen Situation bleibt so überwiegend mit missbrauchs- und wiederannäherungsbedingtem Schmerz verbunden, der bisweilen noch verstärkt wird von negativen therapeutischen Reaktionen (R/–). In der personenübergreifenden Vergleichsmatrix fällt auf, dass Agnes positive Reaktionen (R/+) insbesondere in der Selbsthilfegruppe

und im Freundeskreis erfahren hat; demgegenüber hat sie im Rahmen der Psychoanalyse deutliche Therapeutenfehler (wie das Angebot einer Analyse trotz vorheriger Bekanntschaft mit der künftigen Klientin) ertragen müssen und etliche verleugnende und abweisende Reaktionen erhalten (R/–, insbesondere R/L). Die im FKB festgestellte Symptombesserung hat Agnes nicht innerhalb der Psychoanalyse, sondern eher trotz ihr und mit Hilfe anderer positiver Ressourcen (Freunde, Selbsthilfegruppe) erreicht. Diese Interpretation entspricht ihrer eigenen Feststellung, ihr Zustand habe sich in der Analyse eher verschlechtert, und für eine Linderung ihrer Schmerzen sei insbesondere die vorsichtige, akzeptierende Selbsthilfegruppe wesentlich gewesen.

In der systematischen Inhaltsanalyse treten alle beschriebenen Kreisläufe zutage, also sowohl erfolgstypische wie auch misserfolgsspezifische. Diese Beobachtung erhärtet und konkretisiert gleichzeitig das widersprüchliche Bild, das Agnes präsentiert.

Der erfolgsunabhängige *Rückzugskreislauf 1* lässt sich bei Agnes vorherrschend beobachten, seine erfolgsmindernde Wirkung wird allerdings vom fast ebenso deutlichen erfolgsunabhängigen *Wiederannäherungskreislauf 1* abgeschwächt. Während in der Psychotherapie der Rückzug dominiert, überwiegt die Wiederannäherung in der Selbsthilfegruppe, die zeitlich parallel zur Therapie stattfindet. Beide Kreisläufe halten sich offenbar in etwa die Waage.

Bezüglich des misserfolgstypischen *Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2* wird eine einzige Beobachtung gemacht: Nach vorausgegangener Wiederannäherung S/A–: „Ich weiß nicht, ob man zu allen Gefühlen Zugang finden muss. (S/RA, S/A) Im Grunde möchte ich die Täter nicht damit konfrontieren und es ruhen lassen.“ Und das, obwohl Agnes prinzipiell annimmt, dass die Konfrontation der Täter sich positiv auf den Verarbeitungsprozess auswirken könnte: „Grundsätzlich denke ich mir, dass es schon! vernünftig und ganz heilsam wäre es zu tun! (die Täter zu konfrontieren, Anm. A.B.). Und dass es helfen könnte.“ (S/RA, S/A) Der Widerspruch ist vermutlich jener zwischen rationaler Einsicht bzw. angeeignetem Wissen über einen möglichen Nutzen der Konfrontation der Täter, andererseits überwiegt die Angst vor einer solchen Auseinandersetzung und vor dem Schmerz, den sie mit sich bringen würde.

In starkem Maße lässt sich der erfolgsunabhängige *Wiederannäherungskreislauf 1* beobachten, er scheint die negativen Implikationen des Rückzugszyklus 1 auszugleichen. Agnes gibt an, in der Analyse Zugang zu missbrauchsbezogenen Gefühlen bekommen zu haben, „aber ich bin noch nicht durch alle durchgegangen“: Das Wiedererleben der emotionalen Seite der missbrauchsspezifischen Erinnerungen, die affektive Wiederannäherung an das Trauma wird in diesem Zusammenhang als wichtig für die Verarbeitung erkannt und in diesem Sinne auch erwünscht. Die vielen negativen Reaktionen, die Agnes in ihrer Therapie erleben musste, machen sie nicht nur skeptisch gegenüber dem Nutzen von Psychotherapie (wie die folgende Aussage zeigt), sondern lassen sie grundsätzlich an der Möglichkeit einer symptomarmen Verarbeitung zweifeln und machen ein Hoffen auf das Nachlassen missbrauchs- und wiederannäherungsbedingter Schmerzen schwer: „Ich bin kritisch dem gegenüber, was Therapie ist und kann. Was wäre, wenn ich offene Ohren gefunden hätte, wenn sexuelle Gewalt ein gesellschaftlich relevantes Thema wäre. Wenn es Sanktionen gäbe für die Täter und ganz klar wäre, dass das Unrecht ist! Wenn sich mein ganzes Umfeld ganz klar verhält und ich nicht nur mit einer oder zwei Personen vielleicht darüber reden kann, wenn dem Thema Raum gegeben wird, meine Leiden, meine Ängste eine Existenzberechtigung! kriegen und ich dann Trost oder Zuspruch erfahre, bräuchte ich keine Therapie mehr. Es würde trotzdem nichts ungeschehen machen und auch mein Leiden wahrscheinlich nicht ändern.“ (S/RA, U/W nach R/A)

Diese Aussage einer Betroffenen muss als Forderung verstanden werden, sexuellen Missbrauch in seiner folgeschweren Bedeutung wahrzunehmen, und die Möglichkeit, dass der Klient/die Klientin sexuell missbraucht wurde, in der Therapie routinemäßig zu berücksichtigen. Darüberhinaus darf der Therapeut sich gerade bei diesem Thema nicht „moralisch neutral“ verhalten, sondern muss ganz eindeutig auf Seiten des Traumatisierten Stellung beziehen und Schuld und Verantwortung alleine dem Täter zuschreiben.

Der erfolgstypische *Wiederannäherungskreislauf 2* ist bei Agnes nur gering ausgeprägt, jedoch ist die erfolgsspezifische *Missbrauchserkenntnis* in allen drei Bereichen (T, S, F) deutlich erkennbar. Unklar bleibt, warum die in allen Kategorien eindeutig erlangte Missbrauchserkenntnis für Agnes nicht subjektive Erleichterung mit sich bringt, warum sie, anders als andere Frauen mit besonders günsti-

gem Therapieausgang (Sandra, Helene u.a.), diese Erkenntnis nicht als entscheidenden Wendepunkt im Verarbeitungsgeschehen beurteilt.

Eine mögliche Erklärung liegt auch hier wieder in der Häufung erlebter verleugnender und bagatellisierender Reaktionen (R/L). Agnes vermisst ganz deutlich wahrnehmende, akzeptierende Unterstützung (R/A, R/W). Möglicherweise ist die Einsicht in die Missbräuchlichkeit der Tat (ME/T), der Schmerzhaftigkeit der Übergriffe (ME/S) und der Übergriffsbedingtheit der Folgen (ME/F) nur dann erleichtend und befreit nur dann von Schuld und Minderwertigkeit, wenn auch die Umgebung, die die vorausgehende Wiederannäherung ermöglicht hatte, ebenfalls in der Phase des Erkennens genügend Akzeptanz und unerschrockenes Wahrnehmen-Wollen bereitstellt. In einer Umgebung, die nicht bereit ist, den spezifischen Missbrauch, den die Betroffene persönlich erlitten hat, in seiner dramatischen Bedeutung anzuerkennen, kann die Missbrauchserkenntnis der Betroffenen nur umso mehr ihr Bestreben verstärken, den anderen zu zeigen und zu beweisen, dass das, was sie erlebt hat, schlimm war. Als ob sie ihr Leiden aufrecht erhalten müsste, als Gegengewicht zur verleugnenden Umwelt, als Mahnmal für das erittene Unrecht. Nicht mehr zu leiden würde jenen Recht geben, die behaupten, es wäre nicht so schlimm gewesen (Seagull & Seagull, 1991).

11.2 Strukturierte Inhaltsanalysen von Frauen mit niedrigerem Therapieerfolg (und geringer relativer Symptombesserung)

11.2.1 Judith

„Ich kann das nicht so sehen, dass mein Vater schuld ist. Ich sehe das so, dass ich schuld habe, dass! es passiert ist, und er nur verantwortlich war, wie! es passiert ist.“

Interview vom 1.3.1996

Dauer: 1h 30min (16.00-17.30)

Nachgespräch: 17.30-18.00

Ort: Büroraum einer Klinik für Psychosomatik

Zur Person: Judith ist 35 Jahre alt, wurde nach 11-jähriger Ehe vom Mann verlassen, geschieden. Zw. 15-20a Substanzenabusus (Alkohol, Cannabis). In der Adoleszenz Bulimie, heute Anorexie (Geschmackshalluzinationen). Ursprungsfamilie in einer entfernten Stadt, zwei Brüder und eine Schwester, ein Bruder ist jünger.

Missbrauchsgeschehen: erinnert sich zum Interviewzeitpunkt seit 1 3/4 Jahren an den sexuellen Missbrauch durch ihren Vater, wurde zw. 3-13 Jahren oral und vaginal vergewaltigt. Mit 18 Jahren von Unbekanntem vergewaltigt. Mit Anfang 30 vom Hausmeister sexuell belästigt, anschließend Erinnerungen an den Missbrauch durch den Vater.

Psychotherapie: Verhaltenstherapie im Rahmen eines Klinikaufenthaltes. Wechselt danach den Therapeuten „weil wir nicht klar kamen“ und war anschließend 4a in „tiefenpsychologisch orientierter Gesprächspsychotherapie“, beendet vor einem Jahr wegen Ortswechsels. Entscheidung zur Psychotherapie, nachdem sie ihr Mann verlassen hatte. Steht mit ihrem Gesprächstherapeuten noch in Schriftkontakt.

Klinikaufenthalte: Mit 18a wegen Gehstörungen in einer Rheumaklinik, von dort an einen Psychiater überwiesen. War „zweimal ein viertel Jahr wegen Depressionen und sekundär wegen Bulimie“ auf einer anderen psychosomatischen Klinik, dort Verhaltenstherapie. Jetztiger Klinikaufenthalt begonnen nach 40 Tagen Nahrungsverweigerung aufgrund von Geschmackshalluzinationen, angeraten von ihrem Gesprächstherapeuten. Zum Interviewzeitpunkt in der 5. Woche auf der Station.

Folgen (sofern sie aufgezeigte Kreisläufe erläutern oder illustrieren)

„Die Geschmackshalluzinationen machen es sehr schwierig, mich normal zu verhalten. Ich bin zwei! und nicht nur eine. Die normale Judith redet auf mich ein ‚das ist Blumenkohl.‘ Aber es nützt! nichts, ich glaube kein Wort! Ich weiß doch, was ich schmecke, auch wenn’s anders ausschaut! Wenn ich als Erwachsene mir einreden will, dass alles in Ordnung sei, dann lass ich mich im Stich. Das ertrage ich auch nicht. Ich muss mich um mich kümmern!, wenn’s mir so geht. Wenn ich mir einrede: ‚Das ist was ganz anderes, was du da isst‘, dann fühle

ich mich wieder! niedergetrampelt und nicht bemerkt, nicht wahrgenommen. Dann ist das ganze Gefühl von damals da.“ (S/A-, S/F, GR/-, VE+)

„Essen ist ein einziger aggressiver Akt! Wenn ich was zum Mund führe, habe ich das Gefühl, das ist jetzt ein Penis und du sollst daran ersticken! Manchmal empfinde ich das aus der Perspektive dessen, der mir weh tut, und dann wieder die, die verletzt wird. Dadurch bin ich beim Essen eigentlich nicht zwei, sondern noch mehr!“ (S/F)

„In elfjähriger Ehe hatten wir zweimal im Jahr Sex, ich habe unter Schmerzen dem Partner etwas vorgespielt. Ich dachte, das lag an mir und an der Vergewaltigung mit 18 Jahren. Der Sex ging immer schlechter, gegen Ende war es körperlich unmöglich. Das spielte eine wichtige Rolle für seine Trennung. (S/RA über S/F)

„Ich kann erst dann glauben, dass ich gemocht werde, wenn ich begehrt! werde. Und werde! ich begehrt, dann ist erwiesen, dass ich nicht gemocht werde. Solange man mich nicht begehrt, bin ich nichts wert, aber wenn! ich begehrt werde, dann bin ich auch! nichts wert, schlecht und dreckig. Das ist bei meinem Vater so und bei anderen Männern. Ich habe sehr selten und nur für Momente sexuelle Gefühle, fast ausschließlich im Zusammenhang mit Erinnerungen an meinen Vater.“ (S/RA über S/F)

„Ich habe kaum mehr Erinnerungen an meine Jugend. Meine erste sexuelle Beziehung habe ich nach drei Wochen beendet. Während der Beziehung habe ich Drogen konsumiert, bewusst einen Filmriss provoziert, ich war völlig weggetreten. (S/A, S/F) Im Zuge der Gelenkkrankheit bin ich nicht mehr an Drogen gekommen, dafür habe ich mich mit Schmerzmitteln vollgestopft. Besondere Schmerzen hatte ich im Kiefer, im Becken und in den Hüften, ich lief an Krücken. Ich habe die Schmerzen als Strafe für meine Sünde interpretiert.“

„Ich wusste, dass es unrecht ist. Wenn ich mich gewehrt hätte, könnte ich mir eher verzeihen. In einem gewissen Grad wollte! ich's auch. Ich habe meinen Vater geliebt, und es war doch eine Form von Zuwendung!“ (S/A, GR/S)

Wiederannäherungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig):

„Beim Therapeuten habe ich mich angenommen gefühlt, er wusste, dass ich Angst habe, hatte eine sehr sparsame Mimik, die ich kontrollieren konnte.“ (R/A, R/U, GR/A-)

„Der Therapeut sagte mir oft, was in ihm vorging, damit ich ihn gut kennenlerne, so habe ich Vertrauen gekriegt.“ (R/U, GR/V+)

„Der Therapeut hat mich immer angeguckt. Das war wie ein Gehaltenwerden ohne berührt zu werden. Ich ertrage das ganz schlecht, wenn ich nicht angeguckt werde.“ (R/W, GR/+)

„Ich habe ihm (dem Therapeuten) seit ich das von meinem Vater weiß, täglich geschrieben.“ (S/A-)

„Ich habe viel gemalt, in der Therapie ist mir aufgefallen, dass ich total sexualisierte Bilder male, wo ich mich für ein asexuelles Wesen hielt. Ich habe gedacht, die sexualisierten Bilder hätten mit der Vergewaltigung mit 18 Jahren zu tun.“ (S/A-, S/A, S/RA)

„Der Therapeut wies mich darauf hin, dass ich nie über Sexualität redete, obwohl ich meine Partnerschaft detailliert besprochen habe. Ich habe nie über Sexualität geredet, nur! über die Vergewaltigung.“ (R/W, S/RA)

„Der Therapeut fragte nach, wie es mit meinem ersten Freund war. (R/U) Damals (mit 15-19 Jahren) hatte ich starke Gelenkschmerzen und wahnsinnige Schmerzen im Sexualverkehr. Ich habe an eine organische Ursache geglaubt und nicht darüber nachgedacht. (S/RA) Der Therapeut fragte weiter zurück. Mit 15 hatte ich den ersten Freund, bei dem Sexualität eine Rolle spielte. Ich habe getrunken, Drogen genommen, dann fingen die Gelenkschmerzen an. Da erst fiel mir auf, dass ich damals schon Probleme mit Sexualität hatte. (S/RA, S/A-) Der Therapeut fragte ‚was war vorher?‘, und ich sagte: ‚Nichts!‘, er zählte dann auf, ich: ‚Nein! Ich hatte Angst! Dann kamen langsam Träume und Bilder, zuerst der letzte Übergriff.“ (R/W, S/A-)

„Ich habe dem Therapeuten vom Missbrauch einmal erzählt. Er war einfühlsam und betroffen! In seinem Gesicht habe ich gesehen, dass er mich nicht ablehnt. Ich habe lange gebraucht, bis ich zu ihm Vertrauen hatte. Ich konnte mir lange nicht vorstellen, das jemandem anderen zu sagen als ihm.“ (R/W, GR/V, S/A-)

„Die Therapeutin (aktuell auf der Klinik) fragt genau nach, ich habe ihr erzählt, wie das ablief.“ (R/W, R/U, S/A-)

„Die Therapeutin meint, ich müsse in der Gruppentherapie nicht gleich reden. Ich habe Vertrauen zu ihr, kann bei ihr über den Missbrauch reden. Da ist in mir ein Druck, es zu erzählen. Wenn ich das erzähle bin ich wieder klein! (weint) Nur ein! Mal erzählen reicht mir nicht, weil es immer wieder da ist.“ (R/A, GR/V+, S/A-)

„Ich kann es nur erzählen, wenn ich verstanden! werde. Was das heißt! für mich.“ (R/A, S/A-)

„Dann möchte ich in den Arm genommen werden, habe aber Angst vor Berührung, dass ich den Blick brauche. Das ist ein Gefühl wie in den Arm genommen werden. Diesen Kontakt! brauche ich. (R/W, S/A-) Die Therapeutin möchte, dass ich zu ihr komme, wenn ich wieder Bilder habe. Es geht mir dann nicht gut. Es geht mir besser, wenn ich dann mit ihr reden kann. Ich ertrage es nicht, damit allein zu sein. Ich kann (mit den Bildern) nicht von mir! aus auf jemanden zugehen, sondern jemand muss dann nachfragen (gleichzeitig habe ich Angst davor). Wenn jemand da ist und sieht!, wie es mir geht, dann schaffe ich's wieder. (S/A-, R/A, R/W) Es hilft,

wenn ich angeschaut werde, wenn ich's erzähle. Angeschaut werden im Wissen, was! da jetzt gerade passiert. Ohne dieses Wissen hilft es mir nicht.“ (S/A-, R/A, R/W)

„Es ist erleichternd, wenn ich darüber reden kann; das ist einfacher, wenn ich keine Liebe zu verlieren habe. Ganz wichtig ist, dass man mich nicht ablehnt, sondern mich mag.“ (S/A-, R/A)

„Ich könnte mir ein Zusammenbrechen (als Folge der Bilder) nur erlauben vor jemandem, dem ich nichts vormachen muss, der mich wahrnimmt, so wie ich bin, und sieht, wie es mir geht. Der mich aber nicht! anfässt.“

„Es hilft, wenn mir jemand glaubt, auch in den Momenten, in denen ich zweifeln möchte. Selbst wenn ich zwischendurch mal sage, es ist nichts geschehen.“ (R/A, S/A-)

„Auf der Klinik komme ich besser aus der Apathie heraus, weil ich hier eingebunden bin, ständig sucht jemand nach einem.“ (R/+, S/A-)

„Mein Freund ist schwarz, und ich kann Berührung an den Händen und im Gesicht zulassen. Er weiß, dass ich Angst habe vor anderen Berührungen. Dass er anders aussieht und sich anders anfühlt als ein Weisser spielt eine große Rolle.“ (R/A, R/U, S/A-)

Missbrauchserkenntnis (erfolgsspezifisch):

„Vater hätte wissen müssen, dass ich das Orale nicht verkrafte. Es war für mich entsetzlich, dass ich immer die Arme ausgestreckt halten musste, wie an ein Kreuz angenagelt, ich durfte die Hände nicht zu meinem Körper nehmen, (weint) das war die Hölle! für mich, weil ich mich so nicht mal im Ansatz schützen konnte. Ich kann mich noch nicht daran gewöhnen!, dass es so war. (weint) Das war zu nahe an meinem Kopf, und da waren alle Sinne dabei, ich musste die Augen offen halten, musste hören, riechen, schmecken, tasten – und das kann ich nicht mehr vergessen!“ (weint) (ME/S)

„Ich war so allein, (weint) ich konnte nicht mal beten! Das möchte ich heute noch, und kann nicht.“ (ME/S, S/F)

„Vater hat das als erster! angesprochen, warum ich noch an das alte Zeug dächte. Das hat mich so aus der Fassung gebracht, dass ich geschrien! habe, schließlich sei ich sexuell missbraucht worden.“ (S/A-, ME/T, R/L und S/A)

(später im Interview:) „Es war eine Form von Zuwendung, Auch wenn's mich kaputtgemacht hat, und alles andere als zärtlich ablief, es lief so grob ab.“ (ME/S ohne Ansatz von ME/T!)

Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig):

„Mein Exmann und ich hatten bei der Therapeutin ein gemeinsames Gespräch, da stand sie nicht zu mir! Da wollte ich nicht mehr, es kam zum Therapieabbruch. (R/-)

„Ich habe Angst!, fühle mich übersehen, ohnmächtig, niedergedrumpelt, wenn man mich nicht sieht, ich die Reaktionen anderer nicht kontrollieren kann. Angst, man denkt schlecht über mich. (R/-, GR/-) Das Damit-allein-Sein ist wie damals. Das ertrage! ich nicht, wenn ich da wieder allein! bin.“ (R/L, GR/-)

„Mein Mann hat sich nicht gewundert, dass ich viele Semester lang keine einzige Prüfung machte. Ich habe 17 Semester studiert! Warum hat sich keiner gewundert?“ (S/RA über R/L)

„Wenn mir jemand sagen würde: 'Du bist! dreckig', das würde mich umbringen!“ (R/S)

„Ich habe den sexuellen Missbrauch nie angesprochen. Ich saß zu Hause bei den Eltern, mein Vater nörgelte an mir rum: Er verstünde nicht, warum mich das 21 Jahre alte Zeug immer noch belasten würde. Ich hatte das zuvor noch gar nie angesprochen, ich war total geschockt! Ich habe geschrien, schließlich sei ich sexuell missbraucht worden! Ich saß heulend am Tisch, hatte völlig die Kontrolle verloren!“ (R/L, bestätigt gleichzeitig den Missbrauch: S/A-, ME/T)

„Meine Mutter hat das überhört, als hätte ich nichts gesagt. Ich bekam keine Reaktion. Ich habe mich zurückgezogen und geheult, später hab ich gemeinsam mit den Eltern ferngesehen. Es war, als ob ich nichts gesagt hätte.“ (R/L, S/A)

„Ich habe mir bisher nichts angetan, weil mein Therapeut drohte, nach meinem Tod werde er reden und die Staatsanwaltschaft werde gegen meinen Vater ermitteln. Ich habe Angst, dass sich mein Vater was antut und die Familie kaputtgeht. Diese Verurteilung weiterzuleben hält mich als Einziges vom Suizid ab. Ich bin verantwortlich, wenn ich darüber spreche, und dann was passiert.“ (R/-, hält vom Suizid ab, verstärkt GR/S und S/F)

„Ich werde bei Juristen nachfragen wie das ist mit der Schweigepflicht nach meinem Tod.“ (S/RA)

„Mein älterer Bruder sagte, er wüsste!, dass ich sexuell missbraucht worden sei. Ich war geschockt, hatte Angst! Ich habe nichts erwidern können. (R/W, GR/A) Mein Bruder wollte den Täter wissen, weil in der Familie einer den anderen beschuldigen würde. Ich habe gelogen, um meinen Vater zu schützen und geleugnet, dass es jemand aus der Familie war. Ich kann mir nicht! vorstellen, die Wahrheit zu sagen. Vati muss man schützen,

weil ich ihn nach wie vor liebe.“ (R/–, GR/A, S/A)

Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2 (misserfolgstypisch):

„Ich habe so einen Erzähldruck; wenn ich es erzähle, dann geht’s wieder ein paar Stunden besser. Wenn es sich anstaut, muss es raus. Darum schreibe ich und male. Das Malen habe ich aus Angst vor meinen Bildern wieder aufgehört.“ (S/A–, GR/–)

„Mein Mann drängte mich oft! zu einer Therapie, weil wir nicht miteinander schliefen und ich Arbeitsstörungen hatte. (S/F, R/W) Ich ging nicht in Therapie, weil ich weder wusste, warum! es mir schlecht ging noch was ich denen erzählen soll!“ (S/A)

„Ich habe lange keine Analyse gemacht, weil ich Angst hatte, dass ich ganz eine andere werden und meine Persönlichkeit aufgeben muss. Ich hatte massive Angst, ohne zu wissen wovon. Ich wollte mir einreden, dass diese Probleme ganz normal sind.“ (S/F, S/A verhindert Therapie)

„Vor der Gruppentherapie: Ich habe Angst, dass es herausbricht und ich nicht mehr kontrollieren kann, was ich erzählen will! und was nicht.“ (S/A–, GR/A)

„Ich hätte mir gewünscht, dass jemand nachfragt! Gleichzeitig hatte ich auch Angst davor.“ (R/W)

„Prof. U drängt auf ein Gespräch mit meinem Vater, ich müsste Wut! kriegen auf ihn. Ich habe Angst, dass sich mein Vater was antut und die Familie kaputtgeht. Bevor ich das! zulasse, bringe ich mich um. Diese Schuld könnte ich nicht ertragen. Ich kann! nicht wollen, es in meiner Familie auszusprechen und meinen Vater damit zu konfrontieren.“ (R/U, GR/A, GR/S, S/F)

„Die Bilder kommen einfach! Ich höre die Stimme meines Vaters. (S/A–) Sie hämmert auf mich ein: ‘Vergiss!’ Ich werde dann plötzlich völlig apathisch, da geht es mir zwar auch nicht gut, aber es ist aushaltbar! Diese Zustände dauern, wenn ich nicht abgelenkt werde, mehrere Tage!“ (S/A)

„Ich deute die Bilder so: Ich hatte eine sexuelle Beziehung zu meinem Vater. Er ist unschuldig! Ich habe schuld, dass! es passiert ist, er war nur verantwortlich, wie! es passiert ist. Ich habe keine Wut auf meinen Vater, aber bin verständnislos über manche Details, wie es ablief.“ (weint) (S/A, S/F)

„Es ist bei jedem Essen ist es so, als würde ich die oralen Vergewaltigungen noch immer riechen, schmecken, spüren, hören. (S/A–) Seit kurzem habe ich Bilder von mir als Dreijährige. Ich habe Angst, dass es da schon war. Ich will es nicht wissen, und versuche, die Angst wegzuschieben.“ (S/A–, S/A)

„Ich habe Vati geschrieben, dass ich ihn trotz allem liebe. Ich möchte und weiß, dass er mich als seine Tochter liebhat. Ich kann ihm gar nicht böse sein! Er ist zu Recht aggressiv, weil er sich aufregt, dass ich sehr angespannt bin, wenn er da ist. Ich bin so angespannt und verhalte mich nicht normal, wenn er da ist, und dann schreit er mit mir rum. Ich kann! nicht anders, sonst würde ich die Nerven total verlieren! Die einzige Chance für mich ist, die Contenance einigermaßen zu bewahren, das kostet mich so viel Anstrengung. Ich habe Todesangst, irgendwann die Fassung zu verlieren, und einfach zusammenzubrechen. Das brächte mich um.“ (S/A als Schutz vor S/A–)

„Ich will es nicht wahrhaben und wehre! mich dagegen, dass es wahr ist. Ich will nicht die sein, die das erlebt hat. Manchmal wünsche ich mir, dass mein Vater alles! abstreitet.“ (S/A)

„Wenn mein Vater alles abstreiten würde, das brächte mich um den Verstand!“ (S/RA über S/A)

„Manchmal schlucke ich 10 Schlaftabletten, damit ich wie eine Tote schlafe und wenigstens ein paar Stunden Ruhe habe.“ (S/F, S/A)

„Wenn mir jemand beisteht, Trost spendet, mir sagt, ich sei gar nicht dreckig, dann fühle ich mich leicht missverstanden.“ (R/U, GR/V–)

„Heil sein’ würde für mich bedeuten, dass ich mein Leben wahr! sein lassen kann, so wie’s war.“ (S/RA)

Retraumatisierung:

„Der Auslöser für die 2. Therapie war die Trennung meines Mannes. Ich war in einer akuten Krise; ich hatte optische Halluzinationen, dass der Boden unter meinen Füßen weg rutscht. Ich hatte Angst, verrückt zu werden. Angst vor mir selber.“ (S/A–, S/F, GR/A)

„Ich konnte wegen der Halluzinationen nicht mehr laufen! und bin dann zum Psychiater gegangen.“ (S/F, VE+)

„Das Vom-Partner-verlassen-Sein war die äußere Legitimation, warum es mir schlecht gehen durfte!“ (S/A–, S/F)

„Ich bin in meinem Haus sexuell belästigt worden, daraufhin habe ich mich an das mit meinem Vater erinnert (vor 1 3/4 Jahren). Seitdem habe ich geschmacksbezogene Halluzinationen.“ (S/A–, S/F)

„Nach der Belästigung habe ich abgespalten!, ich habe nichts mehr gespürt, habe nicht mal meinem Therapeuten davon erzählt. Das Abspalten kam immer häufiger vor und dauerte immer länger. Ich hatte wahnsinnige Angst ohne zu wissen wovon.“ (S/A, GR/A)

Diskussion

Judith zeigt im FKB nur geringe Symptombesserung, ihr Verarbeitungsverlauf wird dementsprechend als ungünstiger eingestuft. Folgende Kreisläufe lassen sich beobachten:

Der erfolgsunabhängige *Wiederannäherungskreislauf 1* zeigt sich insbesondere im psychotherapeutischen Zusammenhang, geringfügig auch im Rahmen einer Partnerschaft. Innerhalb der Psychotherapie beginnt Judith, sich über bisheriges Erleben und Verhalten zu wundern und verbindet insbesondere ihre Partnerschaftsprobleme mit dem sexuellen Missbrauch. In der Psychotherapie tauchen im Anschluss an die Retraumatisierung (sexuelle Übergriffe durch den Hausmeister) erstmals konkrete Erinnerungen an den erlittenen Kindheitsmissbrauch auf. In ihrer jetzigen Partnerschaft spielt eine wesentliche Rolle, dass sie durch die „Andersartigkeit“ ihres Freundes nicht unmittelbar an die Übergriffe erinnert wird. Das Erkennen dieses Motivs wird als Annäherung an das Trauma gewertet, weil durch die akzeptierende Haltung des Freundes eine Auseinandersetzung mit „Auslösern der Bilder“ möglich wurde.

Erfolgsspezifische *Missbrauchserkenntnis* wird nur in der Einsicht in die Übergriffsbedingtheit der Schmerzen (ME/S) erreicht. Der Schmerz und die Tatsache, dass er durch die Handlungen ihres Vaters verursacht wurde, wird von Judith deutlich erkannt. Eine Erkenntnis der Folgen als missbrauchsbedingt (ME/F) fehlt jedoch, vielmehr werden eigene Verhaltensauffälligkeiten weiterhin schuldhaft der eigenen „schlechten“ Persönlichkeit zugeschrieben. Ebenso wird die Erkenntnis der Tat, d.h. der Missbräuchlichkeit der Übergriffe (ME/T) im Interview fast durchgehend geleugnet – mit einer Ausnahme, die besondere Beachtung verdient: Als der Vater/Täter sie tadelt, immer noch an das „Zeug“ zu denken, und somit den Missbrauch implizit eingesteht, und das, obwohl er zuvor noch nie zur Sprache gekommen war, verliert Judith die Fassung und schreit, das „Zeug“ sei „sexueller Missbrauch“ gewesen. Das Eingeständnis des Täters lässt so für einen Moment lang die Missbräuchlichkeit erwähnter Übergriffe erkennen: „Ich habe den sexuellen Missbrauch nie angesprochen. Vater hat das als erster! angesprochen, er verstünde nicht, warum mich das 21 Jahre alte Zeug immer noch belasten würde (R/L, bestätigt gleichzeitig den Missbrauch: S/A–) und warum ich noch daran dächte. Das hat mich so aus der Fassung gebracht, dass ich geschrien! habe, schließlich sei ich sexuell missbraucht worden.“ (S/A–, ME/T, R/L und S/A)

Die Aussage des Täters stellt eine massive Leugnung der Missbräuchlichkeit der Übergriffe dar, bagatellisiert dramatisch entstandene Schmerzen und anerkennt doch gleichzeitig die Faktizität des Geschehens. Nicht die Realität der Übergriffe wird geleugnet, sondern ihre Bedeutung. Was Judith so aus der Fassung bringt ist, dass ihr Vater implizit eingesteht, die „Taten“ begangen zu haben. Judith kann ihre „Bilder“ so nicht mehr länger für ein Phantasieprodukt halten. Die durch das Tateingeständnis ausgelöste Wiederannäherung an das Trauma geht so weit, dass Judith für einen Augenblick lang nicht nur den Schmerz kausal mit den Übergriffen verbindet (ME/S), sondern auch die Gewalttätigkeit, Destruktivität und Missbräuchlichkeit des Erlittenen begreift. Judith ist massivem Schmerz ausgesetzt, vorerst bedingt durch die Wiederannäherung an das Trauma und die Erkenntnis der Missbräuchlichkeit der Tat, doch dieser Schmerz wird vermehrt durch das Leiden an der Verleugnung der Eltern, dadurch, dass ihr Schrei, schließlich sei sie sexuell missbraucht worden, auch von der Mutter überhört wird: „Meine Mutter hat das überhört, als hätte ich nichts gesagt. Ich bekam keine Reaktion. (R/L) Ich saß heulend am Tisch, hatte völlig die Kontrolle verloren! (S/A–) Ich habe mich zurückgezogen und geheult, und später gemeinsam mit den Eltern ferngesehen. Es war, als ob ich nichts gesagt hätte.“ (R/L, S/A)

Weil ihr Schmerz nicht wahrgenommen und anerkannt wird, kann die Erkenntnis der Missbräuchlichkeit der Tat nicht lange beibehalten werden und geht im Rahmen des Rückzugs in die eigene Verleugnung (als Bollwerk gegen den unaushaltbaren Schmerz) wieder verloren. Es war, als ob sie nicht erkannt hätte. Die für einen Augenblick erhaltene Erkenntnis wird zurückgenommen. Folgende Aussage später im Interview ist typisch für Judiths Bewertung der Übergriffe, bei der ME/T nur eine vorübergehende Ausnahme darstellte: „Es war eine Form von Zuwendung, Auch wenn's mich kaputtgemacht hat, und alles andere als zärtlich ablief, es lief so grob ab.“ (ME/S ohne Ansatz von ME/T!!) Bei dieser Aussage ist zudem interessant, dass Judith zwar deutlich ihren erlittenen Schmerz erkennt und kausal mit den Übergriffen verbindet, andererseits die immanente Missbräuchlichkeit der Übergriffe konsequent leugnet. Die Übergriffe haben in ihrer Interpretation zwar „kaputtgemacht“, das lag aber nicht an den Handlungen, sondern nur daran, dass ihre Persön-

lichkeit das nicht verkraftet hat; es war Zuwendung und bleibt folglich ihre Schuld, dennoch daran zu leiden.

Die Verleugnung der Missbräuchlichkeit der Tat und der Missbrauchsbedingtheit der Folgen geschieht im Rahmen des erfolgsunabhängigen *Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1*: Die Zurücknahme der Erkenntnis der Tat des sexuellen Missbrauchs in der obigen Beschreibung ist ein typisches Beispiel für den erfolgsunabhängigen Rückzugskreislauf. Eine weitere Familienepisode weist ähnliche Widersprüche zwischen dem Wahrnehmen und Anerkennen der Faktizität der Übergriffe und dem begleitenden kompletten Verleugnen der destruktiven Bedeutung des Geschehenen für Judith auf, wie sie aus der obigen Schilderung deutlich wurden: „Der ältere Bruder sagt, er wüsste!, dass ich sexuell missbraucht worden sei. Ich war geschockt, hatte Angst! Ich habe nichts erwidern können.“ (R/W, GR/A) „Der Bruder wollte wissen, wer der Täter war, weil in der Familie einer den anderen beschuldigen würde. Ich habe gelogen, um meinen Vater zu schützen und gelehnet, dass es jemand aus der Familie war. Ich kann mir nicht! vorstellen, die Wahrheit zu sagen. Vati muss man schützen, weil ich ihn nach wie vor liebe.“ (R/–, GR/A, S/A)

Die Aussage des Bruders, vom sexuellen Missbrauch zu wissen, die zuerst als Wahrnehmen und Anerkennen der Übergriffe erscheint, erweist sich in der Folge als bloßes Nachfragen, um den familieninternen Beschuldigungen zu entgehen. Die in dieser Absicht getroffene Aussage, um den Missbrauch zu wissen, anerkennt zwar die Faktizität der Übergriffe, leugnet aber die schmerzhafteste Bedeutung, die sie für Judith haben. Von Judith wird gänzlich abgesehen, sie wird übergangen, soll nur den Täter nennen, um gegenseitigen Beschuldigungen ein Ende zu machen. Judith reagiert auch prompt mit verstärkten Rückzugs- und Verleugnungstendenzen und mit dem abwehrtypischen Wunsch, den Täter zu schützen.

Judith hat nicht nur innerhalb der Ursprungsfamilie Verleugnung und Bagatellisierung erfahren, auch von ihrem ehemaligen Mann und teilweise ebenfalls in Therapiesituationen wird sie mit negativen Reaktionen konfrontiert, die ihre Abwehr verstärken. Erläuterungsbedürftig ist folgende wahrgenommene Therapeutenintervention: „Ich habe mir bisher nichts angetan, weil mein Therapeut nach meinem Tod zu reden drohte. Die Staatsanwaltschaft werde dann gegen meinen Vater ermitteln. Ich habe Angst, dass sich mein Vater was antut, die Familie kaputtgeht. Das ist die Verurteilung, weiterzuleben; das einzige, was mich vom Suizid abhält. Ich kann nicht einsehen, dass ich dafür nicht verantwortlich sein sollte, wenn was passiert, falls ich darüber spreche.“ (R/–, hält vom Suizid ab, verstärkt S/F) „Ich werde bei Juristen nachfragen wie das ist mit der Schweigepflicht nach meinem Tod.“ (S/RA)

Judiths Suizidgefährdung ist der Therapeut vorerst erfolgreich damit begegnet, dass er ankündigte, nach ihrem Tod zu „reden“. Die Gefahr, nach ihrem Ableben würde das Schweigen gebrochen und gegen ihren Vater ermittelt, hält Judith kurzfristig vom Suizid ab. Diese Intervention erweist sich jedoch längerfristig als höchst zweischneidig, so hat Judith schon angekündigt, sich über die Schweigepflicht nach ihrem Ableben zu erkundigen. Juristen werden sie möglicherweise von ihrer Sorge, gegen den Vater könnte ermittelt werden, befreien. Die positiven Effekte der wahrgenommenen Intervention können so gegenstandslos werden, ohne dass ihre negativen Implikationen gemindert würden. Was das Erleben der therapeutischen Intervention so brisant werden lässt, ist die Tatsache, dass sie die missbrauchstypischen Folgen verstärkt, um einen kurzfristig günstigen Effekt zu erzielen: Missbrauchsbedingte Gefühle von Scham, Schuld und übertriebenem Verantwortungsbewusstsein der eigenen Familie gegenüber machen die wahrgenommene Drohung, das Schweigen zu brechen, wirksam. Die Wahrnehmung der therapeutischen Intervention, den Missbrauch aufzudecken und so den Vater der staatsanwaltlichen Untersuchung auszusetzen, verstärkt mit Schuldgefühlen und Schweigegebot die Mechanismen des Täters, der mit der Zerstörung der Familie drohte, um sich das Schweigen des Opfers zu sichern.

Judiths Verarbeitungsprozess wird dadurch erschwert, dass sie als Erwachsene wiederholt sexuellen Attacken ausgesetzt war. Im Zuge der sexuellen *Retraumatisierung* durch den Hausmeister (in ihrer eigenen Wohnung) und im Rahmen der parallel dazu bestehenden Psychotherapie werden detaillierte „Bilder“ der Missbrauchsgeschichte der Kindheit bewusst. Der überwältigenden Angst, die der neuerliche Übergriff und die auftauchenden Bilder auslöst, kann von Judith nur durch einen Rückgriff auf alte Abwehrmechanismen begegnet werden. Verarbeitungshemmende Mechanismen der Abwehr und Verleugnung werden so zementiert und können auch im Rahmen vertrauensvoller

therapeutischer Beziehungen und unter Einfluss wohlwollender, wahrnehmender Akzeptanz nur schwer gelockert werden. Judith zeigt bisweilen Verhaltensweisen aus dem misserfolgstypischen *Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2*. Und obwohl sie immer wieder angibt, es nicht wissen und nicht wahrhaben zu wollen, erkennt sie mit bestechender Deutlichkeit, dass das Anerkennen der Realität, sexuell missbraucht worden zu sein, die Essenz des Verarbeitungsprozesses darstellen würde (ohne den Widerspruch zu bemerken): „'Heil sein' würde für mich bedeuten, dass ich mich akzeptieren! kann. Das ich mein Leben wahr! sein lassen kann, so wie's war.“ (S/RA)

11.2.2 Julia A.

„Es ginge alles gut, ich müsste nur meine Schmerzen in den Griff kriegen. Das ist das Problem! Das Leben könnte so schön sein, wären da nicht meine Schmerzen.“

Interview vom 28.2.1996

Dauer: 1h 45min (15.15-17.00)

Nachgespräch: 17.00-18.00

Ort: Universitätsklinik für Psychosomatik, Büro.

Zur Person: Julia A. ist 31 Jahre alt, seit 12a verheiratet, kinderlos. Gelernte Buch- Kunst- und Musikalienhändlerin. Seit 10 Jahren als Sekretärin tätig, momentan im Krankenstand. 9 Geschwister, davon 7 Brüder, sie ist die Jüngste. Partner mit 16a kenngelernt, er wird (gegen ihren Wunsch) den Bauernhof ihrer Eltern in einem entfernten Ort übernehmen, beide werden dort gemeinsam mit ihren Eltern wohnen (Umzug geplant für das kommende Jahr). Kann aus Pflichtgefühl und schlechtem Gewissen Eltern und Gatten gegenüber dieses Vorhaben nicht verweigern. Sex als Tabuthema im Elternhaus, Aufklärung fand nicht statt, Eltern haben nie für sie erkennbar Zärtlichkeiten ausgetauscht. Fühlt sich im Elternhaus gehemmt im Umgang mit ihrem Mann.

Missbrauchsgeschehen: 2 Übergriffe im Alter von 8-9 Jahren, jeweils von zwei verschiedenen Brüdern. In der Bandpause erwähnt Julia einen zusätzlichen Übergriff mit ca. 5 Jahren von Seiten eines Bruders und seines Freundes, der seinen Hund dabei hatte: letzter Vorfall wird im Interview zum ersten Mal und unter Tränen angesprochen. Tatsache des Sexuell-missbraucht-worden-Seins erstmals ausgesprochen während des Klinikaufenthaltes, der zum Untersuchungszeitpunkt andauert.

Psychotherapie: Chronische Schmerzproblematik als Therapie-Anlass, von Ärzten empfohlen, von Julia besucht „als letzter Ausweg“. Wird zu männlichem Therapeuten verwiesen (hätte rückblickend eine Frau präferiert), 7 Stunden Psychodrama, bricht ab: „Ich bin nicht weitergekommen. Es hat mir nicht gefallen, und da habe ich es abgebrochen. War auch mit wahnsinnig viel Kosten verbunden.“ Neuerlich Psychodrama während des stationären Aufenthaltes.

Klinikaufenthalt: Wegen chronischer Kopfschmerzen (bestehen seit 5 Jahren, seit 2-3 Jahren fast ständig, Tendenz verschlimmernd), Schmerzen im Nacken und im Lendenbereich, wegen brennender und ziehender Schmerzen im Oberschenkel, aufgrund von Depressionen und wegen des psychisch labilen Allgemeinzustandes von der Neurologie an die Psychosomatik überwiesen. Spricht ausführlich über die Schmerzproblematik. Zum Untersuchungszeitpunkt in der 9. Woche auf Station.

Folgen (soweit sie aufgezeigte Kreisläufe erläutern oder illustrieren)

„Eigentlich bin ich mit meinem Körper zufrieden. Ich spüre ihn nur zu! sehr, mit Schmerzen.“ (S/RA, S/F)

„Oft habe ich gedacht, dass mit mir etwas nicht stimmt. Sexualität war für mich nie ein Thema, das hat es nicht gegeben und ich hatte keine Schwierigkeiten. Ich wollte ein Bub sein. Wahrscheinlich habe ich mich in der Rolle nicht wohl gefühlt.“ (S/RA über S/A, S/F)

„Die Beziehung zu meinem Mann war 3 1/2a asexuell. Wir wollten vor der Ehe kein Intimleben, ich hatte danach nie das Bedürfnis. Als wir verheiratet waren, hätte ich auch nicht unbedingt! miteinander schlafen wollen. Es gehört halt dazu.“ (S/A)

„Ich mache Sex ihm zuliebe. Am Anfang war es sicher auch schön. Ich bin mit dem Kopf nicht bei der Sache und habe jetzt meistens Schmerzen! dabei. Organisch ist alles in Ordnung, deshalb denke ich mir, irgendwas passt! nicht. Dass ich nicht mal das Bedürfnis habe, ist eher abnormal!“ (S/A, S/F, S/RA)

„Sex ginge gut, wenn ich meine Schmerzen in den Griff bekäme. Das! ist das Problem.“ (S/A)

„Ich zerstöre mit meinen Schmerzen unsere Ehe! Sie entfernen mich von meinem Mann, und er leidet darunter. Ich habe Angst, ihn zu verlieren.“ (S/F, S/A, GR/S, GR/A)

„Auch heute (Interview!) habe ich ganz besonders arg Kopfweh, ich weiß nicht warum.“ (S/A-, S/F)
 „Ich habe keine Wut (klagt im anderen Zusammenhang über ihren Jähzorn, über Wutausbrüche.) Wenn ich den 4a älteren Bruder sehe (Täter), habe ich ein eigenartiges Gefühl ihm gegenüber. Er nervt mich! Ich weiß nicht wieso. (S/A)
 „Ich weiß nicht, ob das, was ich erlebt habe, heute für mich von Belang ist, oder inwieweit es mein Sexualleben beeinflusst hat. Die Beziehung zu Männern hat es vielleicht beeinflusst, das ist bei mir nicht normal. Männer nerven! mich, ich kann mich ihnen gegenüber gar nicht frei fühlen. Das hängt vielleicht irgendwie damit zusammen. Nur mit meinem Partner ist alles normal.“ (S/RA über S/F, S/A)

Wiederannäherungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig):

„Eine Mitpatientin erzählte mir von Misshandlungen, das macht mich betroffen und wütend! Das war der Anstoß, es auch zu erzählen. Das erste Mal mit einer Ärztin darüber gesprochen.“ (S/A-)
 „Fühlte mich mies!, das zu sagen, es ist unangenehm und peinlich. (GR/-) Nach dem Gespräch geht es mir besser. (GR/+) Ärztin sagte, es sei gut, dass ich das sage, vielleicht gebe es Zusammenhänge zu meiner Sexualität. Erst jetzt denke ich nach, ob der sexuelle Missbrauch ein Problem ist.“ (R/W, S/RA, S/A-)
 „Wenn! das irgendeinen Einfluss auf mein Sexualleben hat, dann bin ich sauer! Es ist mir nie in den Sinn gekommen, dass meine Probleme vielleicht damit zusammenhängen. (S/RA über S/F) Ich glaube nicht mehr so sehr, dass ich ein mieser Mensch bin, weil mir Leute sagen, ich sei ein liebenswerter! Mensch, und nicht alleine! schuld (an den Beziehungsproblemen).“ (R/U, GR/SW+, GR/+)
 (Während des Bandwechsels erwähnt J. einen weiteren sexuellen Übergriff. Sie war damals etwa 5 Jahre alt, habe es noch niemandem gegenüber angesprochen, möchte auch jetzt nicht darüber sprechen. Sie möchte auf Nachfragen nicht eingehen und ist mit einem neuerlichen Einschalten des Rekorders einverstanden. Als das Band wieder läuft, sagt sie: „Ich möchte! es gerne sagen, aber ich kann! nicht.“ (R/A, S/A-) Im Nachgespräch kommt sie darauf zurück und schildert unter Tränen einen Vorfall, bei dem sie von einem Bruder und seinem Freund, sie hatten einen Hund dabei, missbraucht wurde.)

Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig):

„Ich habe auf Anraten der Ärztin mit meinem Mann gesprochen, das war schwierig. Er sagt, ich hätte das schon erzählt, ich kann mich nicht erinnern, dass ich über einen Fall mit ihm geredet habe. (R/L, S/A) Ich glaube nicht, dass ich es ihm damals so genau! erzählt habe. (S/RA auf R/L) Mein Mann ergreift vor Problemen die Flucht. Das tut mir weh und ich bin wütend, weil ich mit ihm nicht über Probleme reden kann. Er hat gesagt, er hält das nicht aus. Um sich zu schützen flüchtet er.“ (R/L, GR/W, GR/-, S/RA)
 „Wenn er flüchtet, fühle ich mich schuldig und noch! mieser. Sein Rückzug provoziert mich so, dass ich Schreien muss. Ich halte das nicht aus! (R/L, GR/SW-, GR/W) Mein Schreien ist falsch und schlägt meinen Mann in die Flucht. Dann macht er mir Vorwürfe. (S/F, R/S, GR/S) Ich wünsche mir, dass er mir zuhört, Probleme angeht und mit mir darüber redet.“ (U/W nach R/W und S/A- des Partners!)
 „Mein Mann behütet mich! Er sagt, er kann mir vieles nicht erzählen, weil ich das gar nicht aushalte. (R/O) Ich weiß nicht, ob ich es aushalten würde. Ich möchte trotzdem, dass er mir alles sagt.“ (U/W nach R/O-)
 „Der Therapeut nervt, weil er nur oberflächlich was vorspielt, das ist sein Job. Er war nicht aufrichtig! Er versucht sein Möglichstes, aber ich habe keine Nähe zu ihm gefunden.“ (R/-, GR/V-)
 „Früher habe ich von anderen mitgekriegt, dass ich nichts wert und ein mieser Mensch bin.“ (R/-, GR/SW-)

Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2 (misserfolgstypisch):

„Die Therapie hat nichts gebracht, es ist schlimmer geworden, deshalb habe ich sie abgebrochen. Ich habe immer mehr erkannt, was meine Eltern in meiner Kindheit verabsäumt haben, und begonnen, sie zu hassen. Ich will meine Eltern nicht hassen! Sie haben es schwer gehabt und sehr viel für mich getan. Deshalb habe ich die Therapie abgebrochen.“ (S/A-, GR/W, GR/-, U/W nach S/A, Therapieabbruch)
 „Eine Mitpatientin erzählte von Misshandlungen, das macht mich betroffen und wütend! Mein Fall war sicher! nicht so arg. (S/A-, U/W nach S/A) Meine Ärztin sagte, ich wäre ‚vergewaltigt!‘ worden. (J. hat diesen Terminus nie benützt.) Dagegen wehre ich mich. Ich bin nicht vergewaltigt worden, das will ich nicht! Ich kann damit nicht leben, wenn ich sage: ‚ich bin vergewaltigt worden‘. Es war nur Berührung, und nicht mehr. Damit kann ich leben!“ (R/W, GR/- bei U/W nach S/A)
 „Wenn ich wüsste, dass meine Schmerzen damit zusammenhängen, dann muss! ich mich damit auseinandersetzen. (S/RA über S/A-) Nur jetzt! will ich mich nicht damit auseinandersetzen. Ich kann mich nicht mehr erinnern und glaube nicht, dass die Schmerzen damit zu tun haben. Deshalb muss ich das nicht mehr aufwärmen und mit keinem darüber reden.“ (S/A als U/W)

„An! sich komme ich mit allem gut zurecht. Ohne Schmerzen wäre alles normal. Die Beziehung und unser Sexualeben würde sich bessern und auch für ihn! schöner werden. Sex gehört halt dazu! (Unmittelbar nach der Schmerzschilderung:) Ich lebe irrsinnig gern. Das Leben könnte so schön sein. Das einzige was stört, sind die Schmerzen. Deshalb bin ich oft grantig und nicht mehr so, wie ich früher war.“ (S/F, S/A)

„Bevor ich die Schmerzen bekam, hatte ich auch schon Probleme. Damals störte mich mein Aussehen, das stört mich jetzt nicht mehr.“ (S/F, GR/+)

„Wenn jemand sagt, ich sei liebenswert, denke ich, der kennt mich nicht, wie ich wirklich bin.“ (R/U, GR/V-)

Rückzugskreislauf 2:

„Mein Mann tut es als ‚Doktorspiel‘ ab, das hätte er auch gemacht mit seiner Schwester.“ (R/L)

„Es sind eigentlich mehr als Doktorspiele. Selbst wenn ich mich nicht mehr erinnern kann.“ (S/A-, S/A)

„Aber ich war froh!, dass er es als ‚Doktorspiel‘ sieht und nicht erschreckt.“ (R/L, GR/+, U/W nach S/A)

Diskussion

Julia zeigte im FKB nur minimale Symptombesserung, im Interview überwiegen deutlich Rückzugs- und Verdrängungskreisläufe. Missbrauchserkenntnis wird in keiner Kategorie beobachtet. Der erfolgsunabhängige *Wiederannäherungskreislauf 1* zeigt sich bei Julia nur in eingeschränktem Umfang, der erfolgstypische Wiederannäherungszyklus 2 fehlt vollständig. Beachtenswert ist, dass Julia im Nachgespräch im Anschluss an das Interview spontan einen weiteren sexuellen Übergriff schildert, über den sie noch niemals gesprochen habe (er war in der Bandwechselfpause kurz erwähnt worden, ohne auf dort erfolgtes Nachfragen einzugehen). Der Aufforderungscharakter der Interviewsituation, sich mit erlittenen sexuellen Übergriffen auseinanderzusetzen, verbunden mit der akzeptierenden und wertschätzenden Atmosphäre des Gesprächs scheint eine derartige Wiederannäherung begünstigt zu haben.

Der *Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1* nimmt bei Julia besonderes in negativen Reaktionen des Partners, vereinzelt auch in der Therapie seinen Ausgang.

Etlliche Aussagen aus dem misserfolgsspezifischen *Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2* werden im Folgenden näher erläutert: Julia erzählt ihrem Partner auf Anraten der Ärztin vom sexuellen Missbrauch. Ihr Mann reagiert mit grober Bagatellisierung der Übergriffe und identifiziert sich offen mit dem Täter: „Mein Mann tat es als ‚Doktorspiel‘ ab, das hätte er auch gemacht mit seiner Schwester.“ (R/L) Julia gibt nicht an, sich durch diese Aussage beeinträchtigt zu fühlen, obwohl sie anerkennen kann, dass die Übergriffe nicht so harmlos waren, wie der Partner sie bewertet: „Es sind eigentlich mehr als Doktorspiele. Selbst wenn ich mich nicht mehr erinnern kann.“ (S/A-, S/A) Die kurzfristige Wiederannäherung an den Missbrauch scheint nicht im Zusammenhang mit der Verleugnung des Partners entstanden, sondern erst im Rahmen anerkennender, wahrnehmender Interventionen einer Ärztin, die die Übergriffe als „Vergewaltigung“ bezeichnet (im Rahmen des Stationsaufenthaltes). Die Wahrnehmungen der Ärztin, die zu deren übereilten Aussage von „Vergewaltigung“ führte, bevor Julia die Übergriffe als solche erkennen kann, mobilisiert neuerdings Abwehrbemühungen: „Ich kann damit nicht leben, wenn ich sage: ‚ich bin vergewaltigt worden‘. Es war nur Berührung, und nicht mehr. Damit kann ich leben!“ (R/W, GR/- bei U/W nach S/A)

Julias Beurteilung stellt gewissermaßen einen Mittelweg zwischen diesen beiden konträren Bewertungen dar. Die kurzfristige Wiederannäherung an den Missbrauch mit der Einsicht, dass es sich bei den Übergriffen nicht nur um „Doktorspiele“ gehandelt hatte, kann nicht lange aufrechterhalten werden: der Ansatz der Erkenntnis der Missbräuchlichkeit der Übergriffe wird sofort wieder zurückgenommen, indem Julia beschwichtigt, sich nicht mehr genau erinnern zu können. Folgende Aussage von Julia spricht für ihre eigenen Abwehrbestrebungen, die durch die Leugnung des Partners verstärkt werden: „Ich war froh!, dass mein Mann es als ‚Doktorspiel‘ sieht und nicht erschreckt.“ (R/L, GR/+, U/W nach S/A)

Die grobe Bagatellisierung des Partners kommt deutlich eigenen Bestrebungen nach Verleugnung entgegen, die aus den immer noch bestehenden immensen Schlechtigkeits- und Schuldgefühlen nur allzu verständlich sind. Deutlich zeigt sich Julias verzweifelter Versuch, die schmerzhaft bedingte Bedeutung der erlittenen Übergriffe zu leugnen, in ihrer Darstellung der chronischen Schmerzen. Interessant ist, dass Julia, die selbst ihr Möglichstes versucht, den Missbrauch nicht als Problem zu erkennen und

auszuweichen, sich gleichzeitig über ihren Partner beklagt, weil er vor Problemen davonlaufe, und sich wünscht, er würde sie stattdessen offen angehen: „Ich würde mir wünschen, dass er Probleme angeht und mit mir darüber redet.“ (U/W nach R/W und S/A– des Partners!) Julias Bestreben, an der „schönen Kindheit“ festzuhalten, steht im Widerspruch zu den Ansprüchen der Psychotherapie. Die Psychotherapie, die das Aufbrechen von Wutgefühle den Eltern gegenüber ermöglichte, überfordert Julia derart, dass die Therapie abgebrochen werden muss: „Die Therapie hat nichts gebracht, es ist schlimmer geworden, deshalb habe ich sie abgebrochen. Ich habe immer mehr erkannt, was meine Eltern in meiner Kindheit verabsäumt haben, und begonnen, sie zu hassen. Ich will meine Eltern nicht hassen! Deshalb habe ich die Therapie abgebrochen.“ (S/A–, GR/W, GR/–, U/W nach S/A) Von Seiten des Therapeuten hätte das Anerkennen der Überforderung durch die auftauchenden Wutgefühle, ein entsprechend verlangsamtes therapeutisches Vorgehen mit vorrangiger Konzentration auf Vertrauensbildung und Stabilisierung von Julia den Therapieabbruch womöglich verhindern können.

Am Beispiel von Julia wird deutlich, wie vermutlich zutreffende Wahrnehmungen und Bewertungen des Therapeuten sowie die Forcierung der Wiederannäherung vom Patienten als extrem ängstigend erlebt werden können. Wo therapeutische Aspekte der Stabilisierung und der Vertrauensbildung vernachlässigt werden, wird missbrauchszentriertes Arbeiten immer wieder auf massive Widerstände des Patienten stoßen, der sich noch nicht in der Lage sieht, erlittene Schrecken zu konfrontieren. Diese Widerstände sind als Zeichen der Überforderung zu deuten, als Mobilisation der vorhandenen Abwehrmechanismen, um die angstausslösende Situation (auch die der forcierten Wiederannäherung) zu überstehen.

11.3 Zusammenfassung der Analyseergebnisse

11.3.1 Missbrauchserkenntnis (erfolgsspezifisch)

Für Sandra ist es die wahrnehmende Betroffenheit ihres Partners, dem sie vom Missbrauch erzählt, die sie zum ersten Mal erkennen lässt, „... dass das, was mir passiert ist, doch was Arges! ist.“ (ME/S) Ein Erkennen der anderen Bereiche (Missbräuchlichkeit der Tat ME/T, Übergriffe als Ursache der Symptome ME/F) wird daran anschließend im Rahmen akzeptierender und wertschätzender Reaktionen in Psychotherapie und Partnerschaft entwickelt.

Ulrike Y. selbst hält die Erkenntnis des Missbrauchs als essentiell für ihren Verarbeitungsprozess. Das erste Erkennen war bei ihr ebenfalls ein Erkennen des Schmerzes (ME/S). Zur Erkenntnis gelangt sie zwar im Anschluss an einen Film über sexuellen Missbrauch, aber doch nicht unmittelbar nach dem Film, sondern erst einige Tage später in einer „auffangenden“, wahrnehmenden und akzeptierenden Therapiegruppe. Missbrauchserkenntnis in den anderen Bereichen (Tat und Folgen) geht mit dem Erkennen des Schmerzes Hand in Hand. Die Einsicht in die Missbrauchsbedingtheit der Folgen macht Ulrike frei von eigener Schuld an den Symptomen. Erst damit werden die Folgen greifbar und veränderbar, und eigene Ohnmacht macht der Verantwortung für den Verarbeitungsprozess Platz. Die Aufgabe der Opferrolle, das Ablegen von Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen ist für Ulrike mit dem Gefühl, es überlebt zu haben, verbunden. Jetzt erst können eigene Stärken erkannt werden, das Leben kann beginnen. Das „Aufgefangen-Sein“ in der Therapiegruppe, das Erkennen der Schmerzhaftigkeit des Erlebten und die Verantwortungsübernahme für die eigene Entwicklung stellt in Ulrikes Augen die entscheidende Wende im Verarbeitungsverlauf dar.

Auch bei Agnes A. ist Missbrauchserkenntnis in allen drei Bereichen (T, S, F) deutlich erkennbar. Dennoch bringt sie für Agnes nicht subjektive Erleichterung mit sich und wird nicht als Zeichen günstiger Verarbeitung begriffen, was vermutlich mit der Häufung verleugnender und bagatellisierender Reaktionen (R/L), die Agnes sowohl in der Therapie wie auch seitens ihrer Umwelt erfährt, und dem offensichtlichen Mangel an wahrnehmender Akzeptanz (R/W und R/A) zusammenhängt. In jener Phase, in der Agnes den Missbrauch als solchen erkennt, ist für sie weder innerhalb der Psychotherapie noch in ihrer privaten Umgebung genügend Akzeptanz und unerschrockenes Wahrnehmen-Wollen verfügbar. Es wird angenommen, dass ihre Einsicht in die Missbräuchlichkeit der Tat, den begleitenden Schmerz und die resultierenden Folgen ihr Bestreben verstärkt, den anderen zu demonstrieren und zu beweisen, dass sie tatsächlich sexuellen Missbrauch erlitten und

überlebt hat, und ihr Leiden als Hinweis auf die erlittenen Verletzungen umso mehr aufrecht zu erhalten, je mehr die dramatische Bedeutung ihrer Erlebnisse von allen Seiten geleugnet wird.

Von Judith wird Missbrauchserkenntnis nur im Bereich der Einsicht in die Übergriffsbedingtheit der Schmerzen (ME/S) erreicht. Deutlich nimmt sie wahr, dass ihr Schmerz durch die Handlungen des Vaters verursacht wurde. Die Entdeckung, dass ihre mannigfaltigen Symptome missbrauchsbedingt sein könnten, fehlt jedoch vollständig, deshalb werden eigene Verhaltensauffälligkeiten weiterhin schuldhaft der eigenen „schlechten“ Persönlichkeit zugeschrieben. Ebenso wird die Missbräuchlichkeit der Übergriffe (ME/T) fast durchgehend geleugnet – mit einer äußerst kurzfristigen Ausnahme: Das Eingeständnis des Vaters, die Handlungen tatsächlich unternommen zu haben, lässt ihre Abwehr (dass es sich bei ihren Erinnerungen um pure Einbildung, um Phantasieprodukte handelt, die ihre Schlechtigkeit beweisen) zusammenbrechen: Judith verliert die Fassung und schreit, es sei „sexueller Missbrauch“ gewesen. Durch die Anerkennung der Faktizität der sexuellen Handlungen durch den Täter/Vater nähert sich Judith so weit an das Trauma an, dass sie für einen Augenblick lang nicht nur den Schmerz kausal mit den Übergriffen verbindet (ME/S), sondern auch die Gewalttätigkeit, Destruktivität und Missbräuchlichkeit des Erlittenen begreift (ME/T). Judiths Schrei aber wird von den anwesenden Eltern „überhört“, der Sonntagskaffee wird weiter fortgesetzt, als ob Judith „nichts gesagt hätte“, das Thema nicht wieder angesprochen. Die flüchtige Einsicht in die Missbräuchlichkeit der Tat muss wieder zurückgenommen werden, da zum wiederannäherungstypischen Schmerz auch noch die Pein des Übersehen-Seins kommt: die Bedeutung der Übergriffe wird von den Anwesenden (Täter/Vater, Mutter) verleugnet. Im Zuge des Rückzugs in die Abwehr (als Schutz gegen den doppelten, unaushaltbaren Schmerz) geht die Einsicht in die Missbräuchlichkeit der Tat wieder verloren, die Missbräuchlichkeit der Übergriffe wird in der Folge wieder konsequent verleugnet, eigenes Leiden wird schuldhaft und als Beweis der persönlichen Schlechtigkeit verstanden. Bei Julia kann Missbrauchserkenntnis in keinem Bereich beobachtet werden.

In der strukturierten Inhaltsanalyse der fünf ausgewählten Interviews hat sich ein hohes Ausmaß von Missbrauchserkenntnis in allen drei Bereichen (Tat, Schmerz, Folgen) bei Sandra, Ulrike Y. und Agnes A. gezeigt, also nur bei jenen Frauen, deren Symptome sich im Verlauf der Therapie entscheidend verbessert hatten (Erfolgskriterium). Die strukturierte Inhaltsanalyse belegt, dass ein hohes Maß von Erkenntnis des Missbrauchs mit einer größeren Symptombesserung (= Therapieerfolg) einhergeht. Insofern zeigt sich auch in dieser Analyse das Erreichen von Missbrauchserkenntnis *in allen drei Bereichen* (Tat, Schmerz, Folgen) als *erfolgsspezifisch*. Außerdem weist die Analyse darauf hin, dass positive Reaktionen wie wahrnehmende Akzeptanz (R/A) nicht nur für das Erreichen der Missbrauchserkenntnis notwendig sind, sondern wesentlich bestimmen:

- ob die Einsicht längerfristig beibehalten werden kann (ob sie, wie bei Judith, in Folge des negativer, verleugnender Reaktionen wieder zurückgenommen werden muss),
- wie die Missbrauchserkenntnis bewertet wird (als typisch für eine adäquate Auseinandersetzung mit dem traumatischen Geschehen oder nicht)
- und ob sie zu subjektiver Erleichterung führt (wie es bei Agnes, die in der Phase des Erkennens überwiegend negative Reaktionen erfährt, nicht der Fall ist).

11.3.2 Wiederannäherungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig)

Bei Sandra wird der Wiederannäherungskreislauf 1 durch positive Reaktionen innerhalb der Psychotherapie wie auch in der aktuellen Partnerschaft begünstigt. Spürbar werden bei ihr auch die Angst und der Schmerz, die die emotionale Annäherung an das Trauma mit sich bringt. Ihre Befürchtung, den (unterstützenden) Partner durch ihre Symptome zu verlieren, lässt sie trotz (wiederannäherungsbedingtem Schmerz) mit der Therapie fortfahren. Erst im Zuge fortgesetzter Auseinandersetzung mit dem Trauma erfährt Sandra, dass sie durch die leidvolle Wiederannäherung „ein bisschen mehr glücklich“ sein kann. Von nun an ist dieses Wissen um das Voranschreiten des Verarbeitungsprozesses Ansporn, trotz der Schmerzen mit der Therapie fortzufahren (vgl. Wiederannäherungskreislauf 2). Die Tatsache, dass der Partner, der Sandra das Aufrechterhalten der Opferrolle

verweigert und von ihr Verantwortungsübernahme für das eigene Wohlergehen fordert, ihr gleichzeitig Wohlwollen entgegenbringt und ihr Leiden anerkennt, wird von Sandra als hilfreich in der Stärkung ihrer eigenen Autonomie und als verarbeitungsförderlich bewertet.

Bei Ulrike Y. ist der Wiederannäherungskreislauf 1 der ausgeprägteste der zu beobachtenden Zyklen. Positive Reaktionen erhält Ulrike dabei in verschiedenen Lebensbereichen, insbesondere die Unterstützung innerhalb einer Selbsterfahrungsgruppe wird als entscheidend erfahren. Beim Ansehen eines Fernsehfilms über sexuellen Missbrauch interpretiert Ulrike den dabei empfundenen und als fast unüberstehbar erlebten Schmerz aber vorerst als Mit-Leid und bringt ihn nicht mit der eigenen Missbrauchsgeschichte in Verbindung (von außen sind keinerlei positive Reaktionen verfügbar, im Gegenteil reagiert der nach dem Film heimkehrende Partner von Ulrike erschrocken und verleugnend). Zu weiterer Wiederannäherung, die dann auch zur Erkenntnis des Missbrauchs führt, kommt es einige Tage später in der wohlwollenden, schützenden und akzeptierenden Umgebung der Selbsterfahrungsgruppe.

Ebenfalls bei Agnes A. lässt sich in starkem Maße der Wiederannäherungskreislauf 1 beobachten (und scheint die negativen Implikationen des gleichermaßen stark vorhandenen Rückzugszyklus 1 auszugleichen). Agnes gibt an, in der Analyse Zugang zu missbrauchsbezogenen Gefühlen bekommen zu haben, und bewertet die affektive Wiederannäherung an das Trauma als wichtig für den Verarbeitungsprozess. Viele negative Reaktionen, die Agnes auch in ihrer Therapie erleben musste, lassen sie dennoch an der prinzipiellen Möglichkeit einer günstigen Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse zweifeln und machen es schwer, auf das Nachlassen missbrauchsbedingter (und wiederannäherungsbedingter) Schmerzen zu hoffen. Agnes wünscht sich sehnlich, ihre Umgebung würde den erlittenen sexuellen Missbrauch in seiner folgenschweren Bedeutung wahrnehmen, eindeutig partiell zu ihr stehen und Schuld und Verantwortung alleine dem Täter zuschreiben. All diese Haltungen hat sie – im Verhältnis zu sehr vielen negativen Reaktionen – nur in unzureichendem Ausmaß erfahren.

Bei Judith tritt der Wiederannäherungskreislauf 1 vorwiegend im psychotherapeutischen Zusammenhang, geringfügig auch im Rahmen einer Partnerschaft auf. In der als unterstützend und akzeptierend erlebten Psychotherapie tauchen im Anschluss an eine Retraumatisierung erstmals konkrete Erinnerungen an den erlittenen Kindheitsmissbrauch auf. Innerhalb der Therapie beginnt Judith, sich mit „den Bildern“ auseinanderzusetzen. Sie kommt zu der rein rationalen Vermutung, dass ihre Partnerschaftsprobleme mit den erlittenen sexuellen Übergriffen zu tun haben könnten (eine emotive Einsicht in die Missbrauchsbedingtheit der Folgen fehlt noch). In ihrer jetzigen akzeptierenden Partnerschaft kann Judith erkennen, dass für sie die „Andersartigkeit“ ihres Freundes (er ist schwarz) wichtig ist, dadurch wird sie nicht unmittelbar an die Übergriffe erinnert. Durch die Akzeptanz des Partners wurde eine Auseinandersetzung mit „Auslösern der Bilder“ möglich. Judith nimmt wahr, dass sie auf spezielle Berührungen häufig mit Flashbacks reagiert.

Bei Julia zeigt sich der Wiederannäherungskreislauf 1 nur in sehr begrenztem Ausmaß. Da bei Julia beide Rückzugszyklen überwiegen, überrascht es umso mehr, dass Julia im Anschluss an das Interview unter Tränen und begleitet von starken Schamgefühlen einen sexualisierten Übergriff schildert, über den sie noch nie gesprochen habe. Die Forderung des Interviews, sich mit erlittenen sexuellen Übergriffen auseinanderzusetzen, und die akzeptierende und wertschätzende Atmosphäre des Gesprächs haben eine derartige Wiederannäherung offenbar begünstigt.

Der Wiederannäherungskreislauf 1 lässt sich bei Frauen mit positiverem Therapieerfolg in viel größerem Ausmaß finden als bei jenen mit ungünstigerem Therapieausgang. Doch auch Judith und Julia, die nur geringfügige Symptombesserungen aufweisen, setzen sich emotional mit den erlittenen Übergriffen auseinander, wenn sie in Form von akzeptierender, wahrnehmender und wertschätzender Haltung unterstützt werden. Die Analyse bestätigt den bedeutenden Einfluss, den positive Reaktionen wie Akzeptanz und Wahrnehmen des Leidens (R/A, R/W, R/+) auf eine emotionale Wiederannäherung an die traumatische Situation ausüben. Der Wiederannäherungskreislauf wird unabhängig des Therapieerfolges beobachtet, sein Auftreten bedingen positive Reaktionen wie R/A und R/W.

11.3.3 Wiederannäherungskreislauf 2 (erfolgstypisch)

Bei Sandra wird der Wiederannäherungskreislauf 2 in verschiedenen Situationen beobachtet. Beachtenswert erscheint, dass Sandra trotz des fast unüberstehbaren wiederannäherungsbedingten Schmerzes, der sich im Zuge der Auseinandersetzung mit dem Trauma in der Psychotherapie ergibt, und trotz ihres akuten Wunsches, die Therapie samt der Auseinandersetzung abzubrechen, „... weil ich das nicht aushalte“, trotzdem damit fortfährt. Für die Entscheidung, trotzdem weiterzumachen, macht Sandra ihr rationales Wissen, „... dass ich das nicht ewig verdrängen kann“, und ihre Angst, dass das Verdrängte unkontrollierbar bleibt, und sie plötzlich von Erinnerungen überflutet werden kann, verantwortlich. Der Wunsch, Kontrolle über die Erinnerungen zu erlangen, lässt sie in der schmerzhaften Auseinandersetzung mit dem Trauma fortfahren. Die Entscheidung weiterzumachen, in einer Zeit, in der für Sandra noch lange nicht klar ist, dass es ihr hinterher besser gehen wird, ist für sie „eine reine Verstandessache“. Diese bewusste Entscheidung, momentanen wiederannäherungsbedingten Schmerz in Kauf zu nehmen, in der vagen Hoffnung, die Schrecken in Zukunft besser kontrollieren zu können, wird als erfolgstypisch betrachtet. Nach der ersten tieferen Annäherung an das Trauma erfährt Sandra, dass sie nun „ein bisschen mehr glücklich sein“ kann (zu der Zeit ist noch keine Missbrauchserkenntnis vorhanden). Die rein rationale Entscheidung, mit der Auseinandersetzung weiterzumachen, wandelt sich so zur erfahrungsbezogenen Hoffnung, auf dem richtigen Weg zu sein, und trotz der Verletzungen leben zu können. Das Wissen, dass der wiederannäherungsbedingte Schmerz nicht endlos ist wie der traumatische, sondern vorbei geht und der Besserung Platz macht, wird als typisch für eine günstige Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse angesehen.

Ähnlich wie Sandra erfährt auch Ulrike Y. im Wiederannäherungskreislauf 2, dass der Schmerz, der in der Auseinandersetzung mit dem Trauma entsteht, aushaltbar ist und vorbei geht, und dass jene Erinnerungen, mit denen sie sich emotional auseinandergesetzt hat, an Bedrohlichkeit verlieren und besser kontrollierbar werden.

Der Wiederannäherungskreislauf 2 ist bei Agnes A. nur gering ausgeprägt und gründet sich in der Hoffnung, irgendwann „mit einem besseren Gefühl in der Welt“ zu sein, irgendwann leichter leben zu können. Vermutlich aufgrund ungenügender unterstützender positiver Reaktionen bewertet Agnes den Schmerz der Wiederannäherung noch nicht als aushaltbar oder vorübergehend. Ihre Hoffnung auf Besserung ist im Interview noch keine erfahrungsbezogene.

Die Analyse findet den Wiederannäherungskreislauf 2 nur bei Frauen mit positivem Therapieerfolg. Bei jenen mit nur geringfügiger Symptombesserung (Judith und Julia) ließ er sich nicht beobachten. (Im Rückgriff auf die Cross-Case-Matrix ergab sich nur eine Ausnahme: bei Margit – eine Betroffene mit als eher ungünstig eingestufte Symptombesserung, dennoch im Grenzbereich zu den Personen mit erfolgreicherem Therapieende – ließ sich im Anschluss an die Erreichung der Missbrauchserkenntnis bezüglich des Schmerzes der Wiederannäherungskreislauf 2 beobachten.) Diese Hinweise bestätigen, dass der beschriebene Zyklus erfolgstypisch (bei Personen mit positivem Therapieerfolg wahrscheinlicher), vielleicht sogar erfolgsspezifisch (ausschließlich bei Personen mit günstigem Therapieerfolg beobachtbar, analog zur Missbrauchserkenntnis) ist.

Als erfolgsspezifisch hat sich dabei die Erfahrung erwiesen, dass der durch den Verarbeitungsprozess entfachte, wiederannäherungsbedingte Schmerz aushaltbar und vorübergehend ist, anders als der ursprüngliche traumatische Schmerz, der zeitlos und unerträglich bestand. Die Erfahrung, dass die Auseinandersetzung mit traumatischen Erinnerungen diese in der Folge leichter kontrollierbar werden lässt, trägt zur begründeten Hoffnung bei, dass die Auseinandersetzung, dass das Anerkennen und Wieder-Verspüren des Schmerzes unabdingbar ist, um in einer noch unbestimmten Zukunft „ein bisschen mehr glücklich“ zu sein.

Selbst wo diese erfahrungs begründete Hoffnung oder tiefe Erkenntnis, dass die Auseinandersetzung mit dem Trauma der richtige Weg im Verarbeitungsgeschehen ist, noch nicht besteht, kann der elementarere und gleichermaßen für ein günstiges Verarbeitungsgeschehen typische Wunsch bestehen, sich jetzt endlich damit auseinanderzusetzen. Wenn scheinbar nichts mehr das Ende des eigenen Lebens aufhält, der eigene Untergang unausweichlich scheint, an diesem Abgrund kann das Bestreben seinen Ausgang nehmen, nun zuletzt dem Lügen und Verbergen ein Ende zu setzen und Faktizität und Bedeutung des Traumas nicht mehr länger zu leugnen, koste es, was es wolle – kein Preis kann höher sein als der des vermeintlich schon besiegelten eigenen Unterganges. Und erst viel später

wird bewusst, dass diese fatalistisch-mutige Auseinandersetzung einen wesentlichen Wendepunkt im eigenen Verarbeitungsgeschehen darstellt, und dass nun Wege in ein neues Leben führen. Dieses Bestreben ist es, dass die (immer wieder zurückkehrende, selbstschützende) Abwehr nur mehr als temporäre Ruhepause billigt, und fortgesetzte Wiederannäherung beschleunigt. Das *Oszillieren zwischen Wiederannäherung und Abwehr* widerspiegelt den Zwiespalt zwischen dem Bestreben, sich mit dem Trauma auseinander zu setzen, und der selbstschützenden Notwendigkeit, der Wiederannäherung immer dann Einhalt zu gebieten, wenn der begleitende Schmerz existenzbedrohend wird, und ist *typisch für eine günstige Verarbeitung* der traumatischen Erlebnisse.

11.3.4 Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 (erfolgsunabhängig)

Bei Sandra findet sich der Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 auffallend ausgeprägt und geht insbesondere von der eigenen Ursprungsfamilie, aber auch von professionellen Helfern aus. Allerdings liegen fast alle Erlebnisse aus dem Rückzugskreislauf 1 Jahre zurück. Die positiven Reaktionen verbunden mit Wiederannäherungszyklen der Gegenwart lassen Missbrauchserkenntnis und Therapieerfolg verständlich werden. Die erlebten Bagatellisierungen werden von Sandra insgesamt als extrem schmerzhaft erlebt. Ihre Kraft, negative Reaktionen als Aufforderung zu sehen, sich selbst zu helfen, da niemand sonst ihr hilft, und nicht zu resignieren, verdient höchste Bewunderung. Für Bagatellisierungen und Verleugnungen der Umgebung gibt sich Sandra selbst die Schuld: sie könne ja nicht Empathie erwarten, wenn sie das so ungerührt und abgespalten erzähle. (Im Interview erkennt sie, dass ihr neuer Partner trotz ihres unbeteiligten Erzählens ihr Leid wahrnahm und betroffen reagierte, und dass folglich das Leugnen der Umgebung nicht ihre Schuld sein kann.) Sandra selbst spricht ihr Bestreben aus, ihr Leiden als Mahnmal für erlittene Greuel aufrechtzuerhalten, in der Hoffnung, so im Schmerz wahrgenommen und anerkannt zu werden. Solange die Umgebung leugnet und bagatellisiert, muss das eigene Leid als anklagende Mahnung der Schrecken aufrechterhalten werden.

Bei Ulrike Y. zeigen sich Elemente des Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 nur untergeordnet. Negativen Reaktionen gingen vor allem von der Ursprungsfamilie und vom Exmann aus, beide sind für das gegenwärtige Leben kaum mehr bedeutend.

Bei Agnes A. ist der Rückzugskreislauf 1 vorherrschend, der insbesondere in negativen Reaktionen innerhalb der Psychotherapie seinen Ausgang nimmt. Seine verarbeitungshemmenden Implikationen werden glücklicherweise vom fast ebenso deutlichen erfolgsunabhängigen Wiederannäherungskreislauf 1 (ausgehend von positiven Reaktionen der privaten Umwelt) abgeschwächt.

Judith verleugnet im Rahmen des Rückzugs- und Verdrängungskreislaufes 1 die Missbräuchlichkeit der Tat und die Missbrauchsbedingtheit der Folgen und nimmt im Rahmen dieses Zyklus die flüchtig erlangte Erkenntnis der Tat des sexuellen Missbrauchs (ME/T) wieder zurück. Die negativen Reaktionen als Ausgangspunkt erlebt Judith ständig und von allen Seiten in ihrer Ursprungsfamilie, die zwar die Faktizität der sexuellen Handlungen nicht bestreitet, diesen Handlungen aber ihre Missbräuchlichkeit und destruktive Bedeutung konsequent abspricht. Judith reagiert auf solche negativen Reaktionen regelmäßig mit verstärkten Rückzugs- und Verleugnungstendenzen und mit dem abwehrtypischen Wunsch, den Täter zu schützen. Auch von ihrem ehemaligen Mann und teilweise ebenfalls in Therapiesituationen wird Judith mit negativen Reaktionen konfrontiert, die ihre Abwehrhaltung regelmäßig verstärken. Besonders problematisch ist eine wahrgenommene Intervention, bei der der Therapeut ankündigt, den Missbrauch auszusprechen und den Täter zu nennen, falls Judith erfolgreich Suizid verübe – dies hält Judith vom Suizidversuch ab. Damit werden das missbrauchsbedingte Schweigegebot und Mechanismen des Täters verstärkt, das macht Judith ein Aussprechen des Verbrechens und ein Nennen des Täters fast unmöglich.

Bei Julia nimmt der Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 besonderes in negativen Reaktionen des Partners, vereinzelt auch in der Therapie seinen Ausgang.

Die Analyse weist auf die schädlichen und verarbeitungshemmenden Einflüsse, insbesondere auf die Verstärkung der Abwehr- und Verleugnungshaltung der Betroffenen hin. Der Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 lässt sich bei allen untersuchten Betroffenen feststellen, auf die beschriebenen negativen Reaktionen reagieren sie also unabhängig ihres Therapieerfolges ähnlich. Die Anzahl verleugnender und bagatellisierender Reaktionen ist für Frauen mit unterschiedlichem Therapieaus-

gang in etwa vergleichbar, maßgeblich für den Therapieerfolg scheint eher ein zusätzlich verfügbares großes Ausmaß an positiven Reaktionen (wie es bei Frauen mit günstigem Therapieausgang beobachtet wurde) zu sein, das die nachteiligen Auswirkungen negativer Reaktionen mildert.

11.3.5 Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2 (misserfolgstypisch)

Bei Sandra wird in einer Situation der Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2 mit seinem typischen Wunsch nach Nicht-Wahrhaben und Abwehr beobachtet. Dieser Wunsch bezieht sich auf besonders schmerzhafte Momente der Auseinandersetzung mit dem Trauma. Dennoch sind bei Sandra (auch erfolgstypische) Wiederannäherungszyklen überwiegend, d.h. es besteht gleichzeitig der entgegengesetzte Wunsch nach Wiederannäherung.

Auch bei Agnes A. wird eine einzige Beobachtung bezüglich des Rückzugs- und Verdrängungskreislaufes 2 gemacht. Sie möchte das Vergangene ruhen lassen und die Täter lieber nicht konfrontieren, trotz der rationalen Annahme, dass sich die Konfrontation der Täter prinzipiell positiv auf den Verarbeitungsprozess auswirken könnte. Der Wunsch, es trotzdem lieber „ruhen zu lassen“ liegt vermutlich im Wissen um die Angst und den Schmerz begründet, die eine Begegnung mit einem Täter mit sich brächte. Bei Ulrike Y. lässt sich dieser Kreislauf nicht beobachten.

Judith zeigt einige Verhaltensweisen aus dem Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2. Immer wieder gibt sie an, es nicht wissen und nicht wahrhaben zu wollen. Dennoch erkennt sie in einer Aussage, dass das Anerkennen der Realität des sexuellen Missbrauchs das Wesen des Verarbeitungsprozesses berühren würde, ist sich dieses Widerspruchs aber noch nicht bewusst.

Bei Julia ist der Verdrängungskreislauf 2 der deutlichste der beschriebenen Zyklen. Die Bagatellisierung und Verleugnung, die der Missbrauch von seiten ihres Partners erfährt, erleichtert Julia, weil diese Haltung des Partners mit dem eigenen, überwiegenden Abwehr- und Verleugnungsbestreben korrespondiert, ja eigene (erwünschte) Verleugnung und Bagatellisierung noch verstärkt. Demgegenüber werden wahrnehmende Äußerungen einer Ärztin (die die Übergriffe als „Vergewaltigung“ bezeichnet) heftig abgewehrt und mobilisieren neuerdings Abwehrbemühungen. Es überwiegt die eigene Haltung, es so schlimm nicht sein zu lassen. Die chronischen Schmerzen, die Julia als ihr einziges Problem definiert, und ihr Bemühen, an der „schönen Kindheit“ und den „guten Eltern“ festzuhalten, spiegeln ihren verzweifelter Versuch, die schmerzhafte Bedeutung der erlittenen Übergriffe zu leugnen. Ein Aufbrechen von Wutgefühlen den Eltern gegenüber in der Psychotherapie führt zum Therapieabbruch.

Die Analyse kann tendentiell bestätigen, dass der Rückzugs- und Verdrängungskreislauf bei Betroffenen mit geringerer Symptombesserung wahrscheinlicher, er also *misserfolgstypisch* ist. Er nimmt allgemein bei schmerzhaften Empfindungen (bedingt durch traumatische Erinnerungen, negative Reaktionen oder im Zuge der Wiederannäherung) seinen Ausgang. Bei Julia und Judith, also bei Frauen mit ungünstigerem Therapieausgang, überwiegt der Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2 deutlich. Allerdings lässt er sich auch bei Personen mit erfolgreicherem Therapieende wie Sandra und Agnes beobachten, allerdings jeweils nur in einer einzigen Situation, und ist bisweilen auch mit konträren Wünschen nach Wiederannäherung (bei Sandra) kombiniert.

Bei Agnes und Sandra (den „Erfolgreicheren“) besteht das Bestreben nach Verleugnung außerdem nur punktuell bezüglich einzelner abgrenzbarer Problembereiche wie dem der Konfrontation oder gegenüber extrem schmerzhafter Wiederannäherungssituationen. Bei Judith und Julia (mit ungünstigerem Therapieverlauf) fällt auf, dass sich das Bemühen um Abwehr und Verleugnung global auf den ganzen Themenkomplex der sexualisierten Gewalt bezieht und nicht nur generell die schmerzhafte Bedeutung, sondern bisweilen sogar die Faktizität der sexuellen Handlungen in Frage stellt. Das beobachtete Niveau des Verdrängungsbemühens ist hier ein derart elementares, wie es sich bei Betroffenen mit günstigem Therapieausgang nicht beobachten lässt (auch nicht im Rekurs auf die Cross-Case-Matrix).

11.3.6 Retraumatisierung

Sandra erlebt den überraschenden Unfalltod des Partners retraumatisierend, sie stürzt in eine existentielle Krise, die zuvor gerade noch gelungene Bewältigung des Alltags ist nicht mehr möglich. In

dieser Krise wendet sich Sandra (trotz negativer Erfahrungen) erneut an einen professionellen Helfer und beginnt ihre erste Psychotherapie.

Judith ist als Erwachsene wiederholt sexualisierten Übergriffen ausgesetzt. Sie befindet sich schon in Psychotherapie, als sie in ihrer eigenen Wohnung durch den Hausmeister sexuell belästigt wird. Im Anschluss an diese Retraumatisierung tauchen detaillierte „Bilder“ der Missbrauchsgeschichte der Kindheit auf. Der überwältigenden Angst, die der neuerliche sexuelle Übergriff und die Erinnerung an das zurückliegende Trauma auslöst, wird von Judith durch einen Rückgriff auf alte Abwehrmechanismen begegnet. Die verarbeitungshemmenden Mechanismen der Abwehr und Verleugnung werden durch die aktuell traumatische Situation zementiert und können auch im Rahmen vertrauensvoller therapeutischer Beziehungen und unter Einfluss wohlwollender, wahrnehmender Akzeptanz nur schwer gelockert werden.

Die Reaktionen der beiden retraumatisierten Frauen könnten unterschiedlicher kaum sein. Die Gemeinsamkeit ist das plötzliche „Aufbrechen alter Wunden“, das Erleben von Schmerz und Panik nicht nur in bezug auf die aktuell traumatische Situation, sondern auch überschwemmend wie eine Sturzflut aus der Zeit des Missbrauchs. Dabei werden die durch die erneut traumatische Situation ausgelösten Erinnerungen und Emotionen (S/A-) von den beiden Frauen unterschiedlichst verarbeitet: Führte die existentielle Krise bei Sandra zur Mobilisation letzter Energien und war Anlass, den sexuellen Missbrauch zu bearbeiten, löste sie bei Julia tiefen depressiven Rückzug und eine vermutlich dissoziative Symptomatik aus.

Die Tatsache einer Retraumatisierung steht außerhalb der beschriebenen Wiederannäherungs- und Rückzugskreisläufe und kann den Verarbeitungsprozess vom Missbrauchsgeschehen äußerst unterschiedlich beeinflussen. Wesentlich für die Einschätzung der Auswirkungen der Retraumatisierung scheint, ob sie im selben Bereich geschieht, in dem schon das Ursprungstrauma bestand. Von einer potenzierenden Wirkung verschiedener Traumatisierungen im selben Bereich muss ausgegangen werden. Bei Judith etwa war der traumatogene Faktor derselbe wie schon in der Kindheitssituation: ein sexueller Angriff. Demgegenüber zeigt der traumatische Verlust des Partners für Sandra keine ähnlich genesungshemmende Wirkung.

Einzelne verarbeitungsspezifische Kreisläufe, die sich aus der tabellarischen Analyse der Interviews ergeben haben und sich in netzwerkartigen Beschreibungsmodellen für erlebte positive und negative Reaktionen in jedem Einzelfall nachvollziehen ließen, sind in der strukturierten Inhaltsanalyse in ihrem Zusammenhang deutlich geworden. Es zeigte sich, dass alle, auch widersprüchliche Kreisläufe, bei Personen mit unterschiedlichem Therapieerfolg beobachtet werden konnten, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Die Beobachtungen der Einzelfälle lassen vermuten, dass eine verschiedene Häufigkeit und Intensität einzelner z.T. widersprüchlicher Kreisläufe in ihrem momentanen Auftreten und ihrer Gewichtung Rückschlüsse auf den unter unveränderten Bedingungen zu erwartenden Therapieerfolg zulässt.

Die Ergebnisse verdeutlichen weiters, dass das Auftreten von Rückzugs- und Verdrängungskreisläufen keinesfalls als bloße „Widerständigkeit“ des Klienten zu deuten ist, sondern dass solchen Kreisläufen (insbesondere dem erfolgsunabhängigen Rückzugskreislauf 1) häufig typische verleugnende Reaktionen vorausgehen. Andererseits zeigen die Ergebnisse die Bedeutung wahrnehmend-akzeptierender Reaktionen für eine erfolgsnotwendige Wiederannäherung an das traumatische Erleben, für das Erreichen erfolgstypischer Missbrauchserkenntnis und für die Möglichkeit, diese längerfristig beizubehalten und zu vergrößern.

Kapitel 12

Häufige hinderliche Interventionen einzelner Therapieschulen

Einige in dieser Arbeit angesprochene und empfohlene Grundsätze für therapeutisches Arbeiten, etwa die generelle Glaubwürdigkeit von Aussagen, die sich auf sexualisierte Gewalterfahrungen beziehen, die prinzipielle Schuldlosigkeit des Kindes am Stattfinden der Gewaltübergriffe, der Grundsatz der Akzeptanz der Person des Betroffenen und der Funktionalität seiner Symptome, scheinen theoretisch auf breiten Konsens zu stoßen und geringen Neuerungswert zu besitzen. Brisanz erhalten so allgemeine Forderungen durch die Aussagen von Therapie-Klientinnen und Opfern sexualisierter Gewalt in der Kindheit zu erlebtem therapeutischen Verhalten, das häufig als verleugnend und bagatellisierend erlebt wird. Es soll betont werden, dass viele Untersuchungsteilnehmerinnen angaben, menschliche, wahrnehmende, akzeptierende und empathische Therapeuten als Begleiter gehabt zu haben. Zu denken geben jedoch die ebenso häufigen Beschwerden Betroffener (die z.T. schon mehrere Therapien hinter sich hatten) über therapeutisches Fehlverhalten. So kommt es auch in jüngerer Zeit, trotz öffentlicher Annäherung an das Thema, zu therapeutischem Nicht-glauben-Wollen oder Nicht-Wahrhaben-Können, zu schmerzhaftem Bagatellisieren der sexualisierten Übergriffe durch den Therapeuten.

Die auch heute noch in Professionellen-Kreisen vorhandene Scheu vor dem Thema sexualisierter Gewalt gegen Kinder erfuhr die Autorin selbst, als es um die Konzeption der Arbeit und um die Suche nach Untersuchungsteilnehmerinnen ging. So gaben z.B. in Westösterreich mehrere Psychotherapeuten (beiderlei Geschlechts) mit bereits langjähriger Berufserfahrung an, es wäre ihnen bisher noch kein Fall sexuellen Kindesmissbrauchs untergekommen, noch nie hätte eine Klientin davon berichtet, und das Ausmaß des Problems würde daher offensichtlich überschätzt. Im selben geographischen Raum meldeten universitätsangestellte Psychologen ethische Bedenken gegenüber der vorliegenden Arbeit an: es sei Betroffenen auch auf freiwilliger Basis nicht zuzumuten, über die sexualisierte Gewalterfahrung und ihre Verarbeitung zu sprechen. (Demgegenüber fanden sehr viele Betroffene, auch solche, die aus verschiedenen Gründen nicht interviewt wurden, es als dringendes Anliegen, sich – mit den getroffenen Vorsichtsmaßnahmen, wie Anonymitätsgarantie, Abklärung des sozialen Netzes etc. – mit dem Thema auseinanderzusetzen und darüber zu sprechen, auch im Rahmen wissenschaftlicher Arbeit.)

Das Verleugnen scheint also immer noch Professionelle zu erfassen (Lohstöter, 1992, S. 126-136), und nicht wenige der interviewten Betroffenen äußern solche Erfahrungen auch in Psychotherapien, die erst wenige Jahre zurückliegen, also zu einer Zeit geschahen, in der sexueller Missbrauch schon öffentliches Thema war (Lisa, Doris, Ulrike D. u.a.).

Im Folgenden wurde versucht, anhand der Beschreibungen der ehemaligen Psychotherapie-Klientinnen schulenspezifische Auffälligkeiten im Umgang mit Betroffenen sexualisierter Gewalt in der Kindheit zu beschreiben. Eine Analyse der Interviews mit dem Ziel, die häufigsten der genannten Therapierichtungen (Psychoanalyse, klientenzentrierte Gesprächstherapie und Psychodrama) bezüglich der Auftretenshäufigkeit verschiedener verarbeitungsspezifischer Kreisläufe zu unterscheiden, lieferte aufgrund nur geringen Datenmaterials (nur wenige Interviews je Therapierich-

tung) wie auch aufgrund der eher allgemeinen, schulenübergreifenden Formulierungen der Genesungstypischen Kreisläufe nur wenige nennenswerten Ergebnisse, mit jener Ausnahme, dass der erfolgsunabhängige Verdrängungs- und Rückzugskreislauf ausgehend von verleugnenden Reaktionen des Therapeuten in auffälliger Häufung bei Vertretern der Psychoanalyse zu beobachten war. Diese Beobachtung lässt sich aufgrund der geringen Stichprobengröße keineswegs verallgemeinern. Verschiedene Ausprägungen des misserfolgstypischen Rückzugskreislaufes 2 (und der anderen beschriebenen Genesungstypischen Kreisläufe) ließen sich über verschiedene Therapierichtungen hinweg ohne besonderen Häufungen beobachten.

Aufschlussreicher gestaltete sich eine Analyse auf dem Abstraktionsniveau einzelner therapeutischer Interventionen oder Haltungen. Jene therapeutischen Interventionen, die im Rahmen eines der beiden Rückzugskreisläufe zu beobachten waren, wurden schulenspezifisch verglichen und besondere Häufungen beschrieben. Im Vergleich verschiedener Therapierichtungen wurde – anders als in der Fragebogenerhebung – nicht nur die letzte besuchte Psychotherapie berücksichtigt, sondern auch Äußerungen, die Betroffene zu früheren Therapien der entsprechenden Richtung machten. Natürlich können auch diese Ergebnisse nicht verallgemeinert werden, da jeweils nur wenige Einzeltherapien zugrunde liegen. Es darf also nicht davon ausgegangen werden, dass die für eine Schule beschriebenen häufigen Interventionen generell typisch oder spezifisch für die betreffende Therapierichtung sind. Die Darstellung dient eher dazu, auf mögliche Gefahren und Hindernisse im therapeutischen Prozess aufmerksam zu machen, einzelnen Therapeuten Reflexionsansätze zu bieten bzw. Hypothesen für künftige Forschungen zu bilden. Außerdem machen die Aussagen einzelner Betroffener noch einmal deutlich, welche Genesungshindernisse auch innerhalb einer Psychotherapie vorhanden sein können und mit welcher Mühsal und Anstrengung Betroffene dagegen ringen.

12.1 Psychoanalyse

Auch heute noch sind für manche traditionelle Psychoanalytiker Berichte von Patientinnen, die von Übergriffen ihrer Väter sprechen, nicht familiäre Wirklichkeit, sondern enthüllten nur den Ödipuskomplex der Tochter. Wenn Psychoanalytiker zu Recht betonen, seit Freuds Zeiten hätten psychoanalytische Theorie und Praxis sich weiterentwickelt und die Tatsache realen Inzests würde heutzutage nicht mehr geleugnet, machen einige interviewte Betroffene genau diese Erfahrung: Doris und Lisa fanden ihre Andeutungen bei einem Analytiker angezweifelt und nicht ernstgenommen. Einer Betroffenen wurde vom Analytiker gesagt, bevor man sich dem angeblichen Missbrauchsgeschehen widmen könne, müsse zuerst der Ödipuskomplex aufgearbeitet werden. Daneben berichteten Eva und Helene von einfühlsamen, wahrnehmenden und akzeptierenden Analytikern, die zwar nach psychoanalytischer Methode arbeiteten, ohne jemals die Realität der Traumatisierung anzuzweifeln oder die eindeutige Verantwortung des Täters zu vertuschen. Solches analytisches Vorgehen wurde von den entsprechenden Betroffenen als sehr positiv erlebt.

So scheinen heutige Psychoanalytiker zwar häufig prinzipiell bereit, Inzest als zerstörerische Realität zu begreifen, sind aber oftmals offenbar nicht in der Lage, außerhalb jahrelang praktizierter theoretischer Denkmuster und Konzepte und im konkreten Einzelfall Andeutungen von sexuell Traumatisierten wahrzunehmen und ihnen Realitätscharakter zuzugestehen. Die häufig praktizierte Vorgehensweise, etwaige Andeutungen zuerst innerhalb ödipalen Verständnisses zu deuten, mit der Option, derartige Deutungen zugunsten der Realtraumatisierungshypothese fallen zu lassen, wenn sich dafür Indizien ergäben, kann nicht funktionieren: Betroffene, die ihren Missbrauch einmal als nicht ernstgenommen und verleugnet erleben, werden in der Regel nicht die Kraft und Geduld aufbringen und abwarten, ob der Analytiker zu guter Letzt doch noch an ihre reale Traumatisierung glaubt.

Zusammenfassend fällt auf, dass die untersuchten Psychotherapien analytischer Richtung dazu tendierten

1. die sexuellen Missbrauchserlebnisse der Betroffenen zu vermeiden, sie zu bagatellisieren, sie in ihrer destruktiven Bedeutung zu unterschätzen oder offen anzuzweifeln:

„Als ich ausgesprochen habe, dass mein Vater mich sexuell missbraucht hat, hat die Therapeutin mir nicht geglaubt. Außerdem hat sie gefragt, was da meine Mutter gemacht hat! Das war

unmöglich, das hat mich provoziert und überfordert, ich habe das nicht ausgehalten. Später hat sie gemeint, ob ich nicht stolz wäre, dass mein Vater mich auserkoren hätte. Ich habe die Therapie abgebrochen.“ (Doris)

„Sie war eine dumme Kuh und hatte vom Thema sexueller Missbrauch keine Ahnung. Sie sagte, das wäre doch schon so lange her, und sie fand meine Symptome krankhaft. Sie meinte, ich müsse die Liebe zu meiner (sexuell missbrauchenden) Mutter entdecken. (nach 3a Analyse): Ich hätte die Analyse schon nach einem halben Jahr verlassen müssen.“ (Lisa)

Dieses Verhalten löst bei den Klienten in der Regel den erfolgsunabhängigen Rückzugskreislauf 1 aus.

2. Folgende psychoanalytischen Techniken sind für die meisten Betroffenen emotional ängstigend und belastend:

- (a) eine typisch neutrale Haltung des Analytikers, Schweigen ohne Rückmeldung oder Kommentare. Vier Untersuchungsteilnehmerinnen (Doris, Lisa, Ulrike D., Marianne) beschrieben eine klassische analytische Neutralität ihres Therapeuten (der Therapeut sei hinter ihr gesessen, habe nicht geantwortet, sei nicht auf Fragen und Aussagen eingegangen, habe nur geschwiegen). Von allen vier Gesprächspartnerinnen wurde diese neutrale Haltung als mitunter extrem belastend und furchteinflößend erlebt und von einer Frau als retraumatisierend bezeichnet, indem es als Wiedererleben des Schweigens in der Kindheit verstanden wurde (typische Aussagen: der Therapeut ließe sie im Stich, sei nicht verfügbar, würde auch nicht wahrnehmen, was da an Greuel sich ereignet hätte, würde sich ebenso wenig interessieren wie die Bezugspersonen der Kindheit, die schwiegen und wegsahen).

„Ich habe das Schweigen des Psychoanalytikers als ganz brutal empfunden, es war ein unerträglicher Zustand, ein totales Alleingelassensein, es war das Wiedererleben des Schweigens wie als Kind. Er sagte nichts, ich wusste nicht, ist überhaupt jemand da? Hört er zu? Ich hätte mir von ihm Präsenz, Rückmeldung gewünscht! Ich wollte merken, dass er auch ein Mensch ist!“ (Ulrike D.)

- (b) die liegende Position,

„Das bloße Liegen hat mir Angst gemacht. Ich bekam Schüttelfrostanfalle.“ (Eva)

- (c) ein Therapeut, der sich außerhalb des Gesichtsfeldes der Klientin befindet.

„Die Analytikerin saß seitlich hinter mir, das habe ich nicht ausgehalten! Das war für mich so bedrohlich! Sie hat nur geschwiegen, egal, was ich ihr erzählt habe. Ich habe gedacht, sie hört mir nicht zu und das interessiert sie nicht.“ (Lisa)

3. Besonders jene Psychoanalytiker/innen werden von Betroffenen als höchst hilfreich erlebt, die auf klassische analytische Haltungen gerade verzichten, die etwa klar eigene Betroffenheit zeigen, sich abstinente-parteilich für die Betroffene engagieren, ihre Äußerungen wohlwollend kommentieren und klar zu Fragen von Schuld und Verantwortung Stellung nehmen, die darüberhinaus zum allgemeinen Geschehen des sexuellen Kindesmissbrauchs deutliche Informationen vermitteln, insofern psychoedukativ wirken, die dabei in der Anerkennung der Destruktivität des Traumas die Betroffene nicht als krank oder neurotisch u.a. betrachten, sondern ihre Folgen als normales Ergebnis der Anpassung an die traumatische Situation und des Überlebens begreifen. Die Betonung der Normalität der Folgen und der Abnormität der traumatischen Situation ist für Betroffene in der Regel stark entlastend.

„Sie hat mir immer wieder gesagt, dass das nicht meine Schuld ist. Sie hat gesagt: ‚Was würden Sie denken, wenn das Ihrer Tochter passiert? Da habe ich erkannt, dass es nicht meine Schuld war. Sie hat mir vermittelt, dass ich nicht nur arm und schwach bin. Ich bin stark! Und sie hat das schlimm gefunden, was ich erlebt habe! Ich hab immer geglaubt, das, was mir passiert ist, ist normal. Sie hat mir gesagt, dass das nicht normal ist, sondern ganz schlimm! Darüber hab ich viel nachgedacht. Da ist mir erst richtig bewusst geworden, dass das wirklich schlimm ist!“ (Julia M.)

„Ich hatte so Angst, dass er schlecht von mir denkt. Er fragte mich dann, was ich glaube, dass er von mir denkt, und teilt mir mit, was er tatsächlich denkt, das ist sehr hilfreich. So kann ich ihn einfach gut kennenlernen und ihm vertrauen. Er lehnt mich nicht ab.“ (Judith)

Die in Punkt 3 genannten therapeutischen Haltungen sollten die Basis jeder posttraumatische Psychotherapie bilden, unabhängig der schulenspezifischen Herkunft des Therapeuten. Diese Grundsätze widersprechen zum Teil der klassischen psychoanalytischen Lehrmeinung und auch anderen psychotherapeutischen Schultraditionen. Wie die Analyse der Interviews zeigt, ermöglicht nur der teilweise Verzicht auf traditionelle Haltungen sexuell traumatisierten Frauen eine Auseinandersetzung mit dem Erlebten und fördert so den Genesungsverlauf. Die meisten Untersuchungsteilnehmerinnen wünschten sich einen Therapeuten, der die analytische Abstinenzhaltung aufgibt, um möglichst klar, durchsichtig und konsistent zu sein, der sich gleichzeitig emotional zugänglich zeigt und klar Partei ergreift für Opfer von Gewalt. Die Einhaltung psychoanalytischer Neutralität und Abstinenz kann bei Frauen, die in der Kindheit sexualisierte Gewalt erlitten haben, als Indifferenz und Gleichgültigkeit gewertet werden, Angst auslösen und dadurch die therapeutische Arbeit gefährden.

Insbesondere die in manchen untersuchten psychoanalytischen Behandlungen beobachtbare Kombination aus Leugnen der Bedeutung des Missbrauchs, Bagatellisierung seiner Destruktivität bei gleichzeitigem Ansprechen, Aufmerksammachen oder Deuten von Schwierigkeiten und Symptomen führt in der Regel zu großer emotionaler Belastung und überfordert die sexuell traumatisierte Klientin. Die genannte Behandlungslinie trägt nichts zur Stabilisierung des Sicherheitsempfindens des traumatisierten Klienten bei. Außerdem muss der Therapeut (und in Folge auch der Klient) die Symptome geradezu als pathologisch einstufen, weil sie im Absehen vom realen Missbrauchstrauma nicht als prozesshafte Anpassung an die traumatische Situation verstanden werden können. In diesem Kontext kann nicht erwartet werden, dass sich der Klient mit den erlittenen Schrecken auseinandersetzt und in der Folge dieser Wiederannäherung Missbrauchserkenntnis und langfristige Symptombesserung erreicht. Stattdessen ist Rückzug und Abwehr gemäss der beschriebenen Rückzugskreisläufe 1 und 2 wahrscheinlich, manchmal konnte es (als gesunde Lösung) zum Therapieabbruch.

12.2 Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

In den untersuchten Behandlungsverläufen dieser therapeutischen Richtung zeigte sich die Tendenz, die Subjektivität des Klienten zu betonen und in humanistischer Tradition von menschlichen Handlungsspielräumen, von einem Konzept der Selbstbestimmtheit oder -bestimmbarkeit auszugehen. Der Rekurs auf die Subjektivität des Menschen birgt dann Gefahren, wenn er auch dort stattfindet, wo eine Subjektivität im Sinne einer Eigenbestimmtheit tatsächlich und qua definitionem nicht vorhanden sein kann, nämlich in der traumatischen Situation. In ihr wird der Mensch zum Objekt fremder Willkür und Unterdrückung. Unter Absehung von traumatischen Fakten wird das Ideal der Selbstbestimmung zum bloßen Postulat, das in der Vernachlässigung der traumatischen Situation der Symptomatik des Klienten, die sich gerade als Anpassungsleistung an eine ohnmächtig machende, subjektzerstörende Realität ergibt, nicht gerecht wird.

Folgende Interventionen wurden gehäuft in den untersuchten Psychotherapien klientenzentrierter Tradition beobachtet und zeigten sich als problematisch:

1. Einseitiges Bekräftigen der tatsächlichen Unschuld und Wertigkeit des Klienten, seiner Wut und Hassgefühle u.a., das die grundsätzliche intrapsychische Ambivalenz zwischen tatsächlicher Unschuld vs. Schuldgefühlen, zwischen überlebenssichernder Anpassung vs. Selbstzweifel und Wertlosigkeitsgefühlen, Liebe vs. Wut und Hass auf die missbrauchende Bezugsperson u.a. nicht genügend anerkennt, wird der Problematik des traumatisierten Klienten nicht gerecht. Empathisches Verstehen bedeutet bei traumatisierten Patienten immer das Einfühlen in die Ambivalenz – in dieser Zerrissenheit erst wird die ganze Zerstörung durch das Trauma deutlich. Einseitiges Bekräftigen von Einzelaspekten kann dem Klienten zwar dabei helfen, die

Normalität seiner traumatischen Anpassung und die Destruktivität der traumatischen Situation kognitiv zu erkennen, kann emotional aber auch gedeutet werden als Nicht-Verstanden-Werden (nämlich in der Ambivalenz) vom Therapeuten. Auch wenn die Betroffene rational erkennt, dass die ausschließliche Verantwortung für den Missbrauch der Täter trägt, werden eigene Schuldgefühle dadurch nicht sofort aufgelöst. Manchmal bietet dieser Widerspruch auch den Nährboden für autoaggressive Selbstbeschuldigungen: etwa dafür, zwar zu wissen, dass man nicht schuld ist, sich aber trotzdem nicht unschuldig fühlen zu können – also auch in dieser Hinsicht zu versagen.

„Die Therapeutin hat mir gut zugeredet, und mir gesagt, ich müsste mich nicht schämen und mich nicht schuldig fühlen, ich sei trotzdem ein reiner Mensch (jungfräulich, als Ordensfrau). Das hat mir sehr geholfen, aber manchmal denke ich dann auch, sie versteht mich nicht (meine Schuld- und Schamgefühle).“ (Maria)

2. Selbst wo die Tatsache des sexuellen Missbrauchs angesprochen werden kann, greifen Therapeuten das Thema häufig nicht wieder auf. Für Betroffene bleibt so unklar, ob weiter darüber gesprochen werden darf bzw. ob der Bedeutung des Erlebten genügend Raum zur Verfügung gestellt werden wird. In dieser Unsicherheit treffen Betroffene oft den Entschluss, nicht mehr weiter darüber zu sprechen. Und Therapeuten, die das Missbrauchsthema von sich aus nicht erneut einbringen wollen (teilweise wohl in der Absicht, den traumatisierten Klienten damit zu schonen, teilweise wohl auch, um sich selbst zu schonen), werden möglicherweise in einem falschen Glauben bestätigt, für die Klientin wäre der Missbrauch (noch) kein Thema von Bedeutung.

„Der sexuelle Missbrauch wurde zwar angesprochen, war aber nie richtig Thema. Ich habe es angedeutet, aber sie hat es nicht wieder aufgenommen. Ich habe dann nicht mehr darüber gesprochen.“ (Michaela)

3. Im Unterschied dazu folgende Erfahrung:

„Ich habe dem sexuellen Missbrauch nicht direkt angesprochen, ich habe immer nur die Symptomatik geschildert. Der Therapeut sagte mir, er müsse dabei an sexuellen Missbrauch denken. Ich war erst mal geschockt, wie kommt der darauf, wie verhalte ich mich denn! Er hat das Thema dann aber nie wieder angesprochen. Ich glaube, er hatte davor mehr Angst als ich. Aber ich hätte schon mehr über den Missbrauch reden wollen. Aber wenn ich einen Schritt in die Richtung getan habe, hat er das einfach ignoriert.“ (Ina)

Die obige Aussage von Ina ist auch ein Beispiel dafür, dass manche Therapeuten die Symptome des Klienten wohl richtig mit sexuellem Kindesmissbrauch in Verbindung und diese Wahrnehmung auch zum Ausdruck bringen. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, dass eine derartige Rückmeldung nur dann geschieht, wenn eine ausreichende Stabilisierung und ein grundsätzliches Sicherheitsgefühl des Klienten, das über eine minimale therapeutische Arbeitsbeziehung hinausgeht, erreicht wurde. Fehlt die Gewissheit, im Hier und Jetzt relativ sicher zu sein und im therapeutischen Rahmen Wohlwollen zu erfahren, wird das therapeutenseitige Wahrnehmen der Tatsache des Missbrauchs oft als (anklagendes) Erkennen der eigenen schambesetzten Verletzungen gewertet und wird diesbezüglich verunsichern und ängstigen. Symptome anzusprechen, bevor im Rahmen der sicheren Beziehung eine Basis erreicht wurde, von der aus Alternativen zumindest vorstellbar werden, überfordert in der Regel den Klienten und begünstigt Abwehrmechanismen.

12.3 Psychodrama

Die meisten der untersuchten Psychotherapien fanden im Einzelsetting statt, fast alle Gruppenpsychotherapien verwendeten die Methoden des Psychodramas. Insofern sind viele der auffälligen Interventionen und deren Implikationen wohl weniger typisch für die schulenspezifische Richtung des Psychodramas als vielmehr für psychotherapeutisches Arbeiten mit sexuell Traumatisierten in

heterogenen Gruppen überhaupt. Keine Psychotherapie dieser Untersuchung fand in einem homogenen Gruppensetting (weder mit Betroffenen von sexualisierter Gewalt in der Kindheit noch mit anderen Traumatisierten) statt, insofern treten in den untersuchten psychodramatischen Behandlungen insbesondere die Schwierigkeiten heterogener Gruppen für Betroffene sexuellen Kindesmissbrauchs auf:

1. Meist vergleichen Betroffene ihre traumatischen Erfahrungen mit den (meist neurotischen) Problemen der anderen Gruppenmitglieder und kommen dabei in der Regel zum Schluss, dass die eigenen Erfahrungen und Probleme sich so grundlegend von jenen der Nicht-Traumatisierten unterscheiden, dass von einer gemeinsamen Kommunikationsbasis nicht ausgegangen werden kann. In heterogenen Gruppen werden sexuell Traumatisierten ihre realitätsbegründeten, aber auch symptomhaften Gefühle von Fremdheit und Andersartigkeit besonders deutlich.

„Ich traute mich nicht, meine Erfahrungen auszusprechen. Die anderen hatten ganz andere Lebensbedingungen! Die machten manchmal schon wegen richtiger Kleinigkeiten ein großes Theater, da konnte ich meine Probleme doch gar nicht mehr einbringen! Der sexuelle Missbrauch hat da keinen Platz.“ (Doris)

„In der Gruppe hatte ich Angst, dass mir das (den sexuellen Missbrauch) jeder gleich ansieht, wie ein Brandmal auf der Stirn.“ (Lisa)

„In der Gruppe hatte ich keinen Platz. Ich kam mit den Menschen nicht zurecht, die hatten ganz andere Probleme, was sollte ich da. Das hat mich nervös gemacht und eingeengt.“ (Margit)

2. Die Entscheidung, sich zurückzuziehen und sich durch Verschweigen der traumatischen Erfahrungen und der damit verbundenen Probleme zu schützen, steht im Widerspruch zur arbeitsmäßigen Vereinbarung der therapeutischen Gruppe. Demgemäß kann die Gruppe einzelne ihrer Mitglieder drängen, eigene Erfahrungen einzubringen und etwas von sich preiszugeben. Traumatisierte werden durch den Therapeuten oft nicht genügend vor diesem Gruppendruck geschützt. Der eigene protektive Rückzug wird dadurch gefährdet, einer Aktualisierung der Scham und Schuldproblematik sowie der Stigmatisierung der Betroffenen in der Gruppe wird durch eine bedrängte Preisgabe der Missbrauchsgeschichte Vorschub geleistet.

„Es bestand der Gruppendruck, zum Spielen bereit zu sein. Ein Nein wurde mit dem Hinweis quittiert, die Betreffende sei selber schuld an ihrem Leiden, da sie ja zum therapeutischen Spielen nicht bereit sei. Wenn es mir schlecht ging, sei das meine Schuld.“ (Lisa)

3. Wenn im Rahmen von Psychodrama-Therapien unkritisch gefordert wird, dass sich die Traumatisierte in eine andere Rolle versetzt, etwa die der nicht schützenden Familienmitglieder oder gar jener des Täters, kann das kontraproduktiv sein, weil es u.U. die maladaptive Tendenz von Opfern, sich primär an den Wahrnehmungen, Bedürfnissen und Beurteilungen anderer zu orientieren und eigene Empfindungen auszuschalten, verstärken kann. Unseres Erachtens ist es nicht angemessen, von einem Traumatisierten zu fordern, sich doch in die misshandelnde oder vernachlässigende Umwelt einzufühlen, und sei es auch aus dem edlen Zweck, diese zu verstehen. Wenn aber der Therapeut gar vorschlägt, dass die Traumatisierte sich selbst in der Rolle des missbrauchten Kindes spielen solle, kann das retraumatisierende Wirkung haben. Das Psychodrama scheint durch eine unkritische Verwendung der Methode des Rollenspiels (re)traumatische Intrusionen zu begünstigen. Mehrere Betroffene dieser Untersuchung gaben an, während eigenen Darstellens flashbacks erlebt zu haben (und damit in der heterogenen Gruppe auf weiteres Unverständnis zu stoßen). Geradezu retraumatisierend schildert eine Interviewpartnerin folgende psychodynamische Intervention:

„In der Therapie wurde das Trauma nachgespielt, und zwar mit dem Traumatisierten in der Rolle des Opfers! Das war eine Retraumatisierung!“ (Lisa)

Die Folgen der Wiederholung des Traumas in der Darstellung waren für die Betroffene katastrophal. Aber auch Darstellungssituationen, die auf den ersten Anschein nur wenig mit einer sexuellen Missbrauchssituation zu tun haben, können offenbar relativ schnell intrusives Erleben auslösen, mit denen Therapeuten oftmals nicht umgehen können:

„In den Spielen war ich plötzlich wieder mittendrin! Ich habe die damaligen Situationen wiedererlebt. Der Therapeut hat dann gesagt, es sei nicht so, wie ich das empfinde. Er hat mich einfach niedergefahren und ist über meine Wahrnehmung hinweggegangen. Ich war zerstört!“ (Margit)

„Die Gruppe hat oft Aggressionen im Gruppenspiel ausagiert, ich bin dann immer vor Angst auf den Schrank geflüchtet, das habe ich nicht ausgehalten. (Lisa)

„Die Gruppe warf im Spiel mit Ton um sich, da denke ich, bei mir geht gleich eine Sicherung durch! Ich hab das nicht ausgehalten, ich habe einen Schreikrampf gekriegt. Da haben sie mir Beruhigungsmittel gegeben, das hat mich wütend gemacht, sollen sie! die Beruhigungstabletten nehmen, wenn sie das nicht aushalten! Ich will wie ein normaler Mensch behandelt werden, und nicht, als ob ich schwer krank wäre!“ (Ina)

Nach anderen therapeutischen Methoden wurden jeweils nur wenige Betroffene dieser Untersuchung behandelt (drei oder weniger). Drei Frauen hatten eine Hypnotherapie besucht, wobei nur eine Gesprächspartnerin im Interview detailliert auf diese Therapie eingeht. Es ist zu vermuten, dass ein rasches Herangehen an traumatische Inhalte in der Hypnotherapie generell überfordernd oder gar retraumatisierend sein kann. Gerade in dieser Hinsicht interessant ist folgende Aussage von Michaela:

„Die haben mich an die kritische Szene einfach nicht herangeführt. Ich wäre in der Trance gleich auf das Problem zumarschiert, aber das haben sie vermieden. Ich bin deshalb auf sie wütend, weil ich das ja anschauen wollte! Die wollten das unter den Teppich kehren, die sagten, da würde ein neuer Schock entstehen, und das wäre schlecht. Ich war aber bereit, das anzuschauen, nur die Therapeuten nicht. Ich wollte aber, dass das jemand mit mir anschaut.“ (Michaela)

Inwieweit zu dieser Aussage die von Michaela vermuteten Verleugnungstendenzen der Therapeuten beitragen oder der eigene Wunsch nach möglichst rascher, scheinbar müheloser Aufdeckung und Heilung, bleibt unklar.

Eine Frau (Ina) hatte nach der Aufdeckung des Missbrauchs in ihrer Jugend an systemischen Familiensitzungen teilgenommen. Zur Zeit dieser Therapie war sie gerade 20 Jahre alt geworden und lebte noch bei ihren Eltern, der Vater war der Täter. Dieser sei im Rahmen der therapeutischen Sitzungen durchaus zur Übernahme der Verantwortung bereit gewesen, um der Tochter hinterher zu Hause mitzuteilen, das hätte er ja nur gesagt, weil er sie liebe und nicht bloßstellen wollte, dabei wisse die Familie doch, dass sie ihn verführen würde. Dieser Aspekt konnte von der Betroffenen in die Familiensitzungen nicht mehr eingebracht werden und blieb Familiengeheimnis.

Die Stärke dieser Familiengeheimnisse und das Ausmaß des Verleugnens auf Täterseite, auch bei anscheinend positivem Therapieverlauf, wird von systemischen Therapeuten meist unterschätzt, die Fassadenhaftigkeit der Familie teilweise nicht wahrgenommen, so wie auch Einzeltherapeuten die schöne Fassade der anscheinend schon sehr gebesserten Betroffenen gerne übersehen.

Die im Rahmen dieser Arbeit geführten Interviews zeigen, dass Therapeuten manchmal eigene Methoden in ihrer Brauchbarkeit bei Traumatisierten überschätzen bzw. gleichzeitig zu gering bewerten, wie angstausslösend und bedrohlich intrusive Symptome, aber auch therapeutische Deutungen oder Konfrontationen auf die Traumatisierte wirken können. Unter erneuter (therapeutischer) Belastung greifen Betroffene meist auf altbewährte (langfristig maladaptive) Abwehr- und Verarbeitungsmechanismen zurück und es dauert in der Regel lange, erneut ein Mindestmaß an Vertrauen und Sicherheit herzustellen, dass eine Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten ermöglicht. Unterschätzt wird auch, wieviel Mut und Mühe es die Betroffenen oft kostet, die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten, weil häufig schon persönliche Nähe in einer Beziehung extrem bedrohlich wirkt. Die Übergriffe wurden in einer emotional nahen Beziehung erlitten, häufig machte das bestehende Vertrauensverhältnis die Übergriffe erst möglich, und es können daher tiefe Ängste

bestehen, für die positive Seite der therapeutischen Beziehung irgendwann bezahlen zu müssen – wie in der vergangenen Missbrauchsbeziehung.

In dieser Betrachtung wird deutlich, dass Menschen, die sexualisierte Gewalt in der Kindheit erlebt haben, häufig nicht adäquate therapeutische Behandlung erfahren haben. Trotz feministischer, medialer und wissenschaftlicher Beschäftigung mit dem Thema sexualisierter Gewalt gegen Kinder kann leider noch immer nicht davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Beschäftigten im Gesundheitsbereich Symptomen von Traumatisierung im allgemeinen und dem Themenbereich der sexualisierten Gewalt gegen Kinder im besonderen genügend sensibel und fachkompetent gegenübersteht. In den meisten Ausbildungslehrgängen steht der Symptomkomplex Traumatisierter nicht explizit im Lehrplan, eine entsprechende Vorbereitung und Aufklärung über häufige Fehlerquellen im Umgang mit dieser Patientengruppe fehlt. Trotz der allgemeinen Bekanntheit des Trauma-Begriffes scheint es an traumaspezifischen Therapieansätzen und Interventionen bei Psychotherapeuten in der freien Praxis eher noch zu mangeln. Eine stärkere Berücksichtigung und Miteinbeziehung von Besonderheiten in der Arbeit mit traumatisierten Menschen in Aus- und Weiterbildungen des Gesundheitsbereichs, insbesondere eine traumaspezifische Ausbildung von Psychotherapeuten ist daher dringend gefordert.

Kapitel 13

Diskussion der Ergebnisse

Die Interview- und Fragebogendaten lieferten Teilergebnisse in folgenden Analyseschritten:

- Statistische Fragebogenauswertung (FKB und KTI, jeweils absolute und relative Werte, 2 Erfolgskriterien),
- Tabellarische Einzelfallanalysen,
- Cross-Case-Matrix zum personenübergreifenden Vergleich,
- Beschreibungsmodelle zu Auswirkungen positiver (R/+) bzw. negativer Reaktionen (R/-) als kausale Netzwerke,
- Integration der mit dem Hypothesenexklusionismus geprüften explikativen Hypothesen,
- Strukturierte Inhaltsanalysen ausgewählter Interviews,
- Beschreibung erfolgsspezifischer und misserfolgstypischer Kreisläufe.

13.1 Symptome und Fähigkeitsbereiche

13.1.1 Symptome und Fähigkeiten vor der Psychotherapie

Die Fragebogen- und Interviewergebnisse verdeutlichten die hohe (lebenszeitliche) Symptombelastung der Untersuchungsteilnehmerinnen. Dabei wurden sowohl posttraumatische Symptome im engeren Sinne (Intrusion, Vermeidung, Übererregung) als auch Symptome aus dem Bereich komplexer Störungen (Selbstwahrnehmung, Beziehungen zu anderen, Affektregulation, dissoziative Beschwerden) häufig beobachtet. Wie in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt wurde, werden entsprechende Symptomatiken regelmäßig als Folgen sexualisierter Gewalterfahrungen in der Kindheit beschrieben.

In der Unterscheidung der Untersuchungsteilnehmerinnen anhand des retrospektiv selbstbeschriebenen Ausmaßes der Symptom- und Fähigkeitsverbesserung im Zeitraum vor bzw. nach der Therapie beschrieben Frauen mit hohem Therapieerfolg vor Therapiebeginn eine erhöhte Intrusionsymptomatik. Außerdem gaben sie eine höhere Anzahl von einzelnen Beschwerden an, derentwegen sie Behandlung suchten. D.h. Frauen mit hohem Therapieerfolg beschrieben sich vor Therapiebeginn als hochsymptomatisch, gaben dann aber größere Verbesserungen an als die Vergleichsgruppe (=Erfolgskriterium), sodass sich die Symptomatik beider Gruppen zum Untersuchungszeitpunkt angenähert hatte.

Obwohl Frauen mit hohem Therapieerfolg zu Therapiebeginn eine höhere Anzahl von Beschwerden beschrieben, derentwegen sie Behandlung suchten, gaben dennoch Frauen mit geringerem Therapieerfolg häufiger an, mit Psychopharmaka behandelt worden zu sein. Dieses Ergebnis kann dadurch erklärt werden, dass Frauen mit insgesamt geringerer Symptomverbesserung (niedriger Therapieerfolg) sich häufiger in stationärer Behandlung auf psychiatrischen oder psychosomatischen

Abteilungen befunden hatten oder sich zum Untersuchungszeitpunkt dort befanden. D.h. bei der Erfolgsgruppe handelte es sich um ein eher nicht-klinisches Kollektiv, das mit einer überwiegend klinischen Gruppe mit geringerem Therapieerfolg verglichen wurde. Dabei hatten auch die untersuchten stationär aufgenommenen Frauen schon zuvor eine psychotherapeutische Behandlung beendet (abgeschlossen oder abgebrochen), die Gegenstand der Untersuchung war. Es kann davon ausgegangen werden, dass einerseits eine hohe Bereitschaft zu somatischen Reaktionen psychotherapeutische Bemühungen erschwert, eine erfolglos gebliebene Psychotherapie andererseits die Wahrscheinlichkeit der Betroffenen erhöht, aufgrund ihrer somatischen Beschwerden stationär aufgenommen zu werden. Allerdings waren auch einzelne Frauen mit hohem Therapieerfolg in stationärer psychiatrischer oder psychosomatischer Behandlung gewesen, sodass die Gruppen hoher vs. niedriger Therapieerfolg und klinische vs. nichtklinische Teilnehmerinnen (bezogen auf den Untersuchungszeitpunkt) zwar stark überlappend, aber nicht deckungsgleich waren. Dabei fiel auf, dass Frauen mit hohem Therapieerfolg häufiger angaben, während ihrer stationären Behandlung über die erlittenen sexualisierten Übergriffe gesprochen zu haben, was für die Gültigkeit der Hypothesen aus dem Themenbereich Darüber-Reden spricht.

Neben der beschriebenen lebenszeitlich hohen Symptombelastung ließen sich bei der Stichprobe eine große Anzahl persönlichkeitspezifischer und instrumenteller Kompetenzen beobachten, z.B. hohe Selbstzuschreibungen von Fähigkeiten und Zufriedenheit (auch schon zum Zeitpunkt vor der Therapie) im Arbeitsalltag und in der Freizeitgestaltung sowie gute soziale und kommunikative Kompetenzen (FKB). Damit übereinstimmend waren in der Stichprobe Personen mit hohen Berufsqualifikationen (Fachschul- und Universitätsabschlüsse) überrepräsentiert. Es ist wahrscheinlich, dass Frauen mit hohen Kompetenzen und guter Ausbildung einerseits leichter Zugang zu Psychotherapien finden, andererseits eher freiwillig für wissenschaftliche Studien zur Verfügung stehen.

Zum Zeitpunkt vor der Psychotherapie ließen sich in der Selbstbeschreibung bei Frauen mit hohem Therapieerfolg ausgeprägtere sprachliche und soziale Kompetenzen beobachten (dieser Unterschied bestand nicht mehr zum Untersuchungszeitpunkt; dieses Ergebnis unterstützt im Zusammenhang mit der Beobachtung, dass Frauen mit hohem Therapieerfolg häufiger angaben, über die sexualisierte Gewalt gesprochen zu haben, die Hypothese H1.1), gleichzeitig beschrieben sie sich mit einer stärkeren Fähigkeit zur Selbstreflexion und einer angemesseneren Realitätswahrnehmung (diese Unterschiede bleiben zum Untersuchungszeitpunkt bestehen). Frauen mit gutem Therapieerfolg dachten also schon vor Therapiebeginn mehr produktiv über die eigene Person, über ihr Erleben und eigene Grenzen nach (ohne in auswegloses Grübeln zu verfallen), nahmen ihre Umwelt adäquat wahr, verfügten über Einsichten in soziale Zusammenhänge und Konflikte und konnten Konfliktlösestrategien gut umsetzen. In Verbindung mit der Beobachtung, dass Frauen mit hohem Therapieerfolg häufiger über wahrnehmend-empathische Reaktionen von Bezugspersonen berichteten, unterstützen diese Ergebnisse die Hypothesen H2.1 und H2.2.

Inwieweit diese Ergebnisse durch die Methodik der retrospektiven Erhebung eines künstlichen Längsschnitts beeinflusst sind, also inwieweit Frauen mit Therapieerfolg sich in der Therapie erreichte Fähigkeiten im Sinne einer Erinnerungsverzerrung schon für den Zeitpunkt vor der Therapie zuschreiben, bleibt unklar und könnte im Rahmen einer längsschnittlichen Studie erfasst werden. Es ist jedoch durchaus wahrscheinlich, dass eine produktive Auseinandersetzung mit der eigenen Person, dem eigenen Erleben und Empfinden und eine gute Realitätswahrnehmung mit angepassten Konfliktlösestrategien und einer realistischen Einschätzung eigener Fähigkeiten und Grenzen unabhängig von anderen förderlichen Faktoren die Verarbeitung traumatischer Ereignisse begünstigt. Inwiefern Selbstreflexion und Realitätswahrnehmung die beschriebenen Wiederannäherungs- und Rückzugskreisläufe oder die im Genesungsgeschehen essentielle Missbrauchserkenntnis beeinflussen, bleibt unsicher. In künftige Fragestellungen zu Copingstrategien nach traumatischen Ereignissen sollten daher Fähigkeiten im Bereich der Selbstreflexion und Realitätswahrnehmung verstärkt miteinbezogen werden.

13.1.2 Symptome und Fähigkeiten nach der Therapie und zum Untersuchungszeitpunkt

Insgesamt war in den Selbstbeschreibungen zu Therapiebeginn, zum Therapieende und zum Untersuchungszeitpunkt eine Zunahme von Fähigkeiten sowie eine Abnahme von Beschwerden und Symptomen beobachtbar. Im einzelnen hatten sich im beschriebenen Zeitraum die Intrusions- und Vermeidungssymptome deutlich verbessert, die Symptome aus dem psychotischen Grenzbereich und dissoziative Symptome waren zurückgegangen und die Suizidneigung hatte sich verringert. Außerdem gaben die Untersuchungsteilnehmerinnen an, ihre Realitätswahrnehmung sei adäquater geworden, die Auseinandersetzung mit sich selbst (Selbstreflexion, Introspektion) habe zugenommen, dabei habe sich das Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein deutlich gesteigert, verbunden mit einer Zunahme der Leistungsfähigkeit in der Arbeit und der Zufriedenheit in der Sexualität. Darüberhinaus habe die Übernahme von Eigenverantwortung zugenommen.

Die Ergebnisse verdeutlichen aber auch, dass trotz dieser günstigen Veränderungen ein Großteil der Gesprächspartnerinnen, auch jene mit ausgeprägter Symptomreduktion, zum Untersuchungszeitpunkt weiterhin an Folgen der traumatischen Ereignisse leidet. Dafür spricht eine weiterhin leicht erhöhte Neigung zu psychosomatischen Beschwerden, eine leichte Störanfälligkeit und erhöhte Unzufriedenheit im Bereich der Sexualität (obwohl sich dieser Bereich in der Selbstbeschreibung signifikant verbessert hatte) und erhöhtes Misstrauen oder eine besondere Vorsicht im Kontakt mit anderen Menschen. In den Interviews brachten auch Gesprächspartnerinnen mit hohem Therapieerfolg eine erhöhte Sensibilität oder Stressanfälligkeit gegenüber spezifischen Belastungen deutlich zum Ausdruck, wobei es mitunter zu einer erneuten (kurzzeitigen) Verstärkung der bereits abgeklungenen Symptomatik komme.

Diese Ergebnisse stimmen in vielen Punkten mit anderen Beschreibungen langfristiger Verläufe posttraumatischer Störungen überein (McFarlane, 1996; Herman, 1981, 1994). In bisherigen Untersuchungen wurde häufig ein Rückgang intrusiver Beschwerden beobachtet, demgegenüber scheinen sich Vermeidungs- und Übererregungssymptome in nur geringerem Umfang abzuschwächen (im Überblick bei McFarlane, 1996). Außerdem kann angenommen werden, dass auch dann, wenn komplexe posttraumatische Störungen und Beschwerden abgeklungen sind, zumindest Veränderungen in der individuellen Vulnerabilität gegenüber Belastungen weiterhin bestehen bleiben (a.a.O.). Dafür sprechen ebenfalls Beobachtungen von überdauernden neurobiologischen Veränderungen bei Menschen mit posttraumatischen Störungen (van der Kolk, 1994). Die in dieser Untersuchung beobachteten selbstbeschriebenen Veränderungen ergaben sich im Zusammenhang mit psychotherapeutischen Behandlungen in der freien Praxis. Weitere Untersuchungen könnten zeigen, inwieweit sich bei einer entsprechenden Klientengruppe ähnliche oder umfangreichere Veränderungen im Zusammenhang mit speziellen trauma-orientierten Behandlungsansätzen ergeben.

In der Unterscheidung von Frauen mit einer starken Verbesserung von Symptomen und Fähigkeitsbereichen und einer Vergleichsgruppe mit geringeren Veränderungen zeigten Frauen mit hohem Therapieerfolg zu allen drei künstlichen Zeitpunkten stärker ausgeprägte Fähigkeiten im Bereich der Selbstreflexion und Realitätswahrnehmung. Die plausible Annahme, dass eine produktive Auseinandersetzung mit der eigenen Person, dem eigenen Erleben und Empfinden und eine angemessene Realitätswahrnehmung und realistische Einschätzung eigener Fähigkeiten und Grenzen die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse fördert, kann dabei nicht hinreichend erklären, warum bei Personen mit hohem Therapieerfolg allerdings nicht nur höhere absolute Werte, sondern davon unabhängig auch deutliche Verbesserungen im Bereich der Selbstreflexion beobachtet wurden, d.h. andere Faktoren (z.B. die in den Wiederannäherungskreisläufen beschriebenen) werden diesen Bereich beeinflussen und letztendlich zu einer Reduktion der Symptome (Therapieerfolg) beitragen. In welchem Umfang die hohe selbstreflexive Tätigkeit und die gute Realitätswahrnehmung bei Frauen mit günstigem Therapieerfolg z.B. auf empathisch-akzeptierende Reaktionen und wiederannäherndes Erleben zurückgeht oder inwieweit Selbstreflexion und adäquate Realitätswahrnehmung eine positive Bewertung von entgegengebrachten Reaktionen und eine Auseinandersetzung mit dem Trauma direkt begünstigen, wird in zukünftigen Untersuchungen noch zu beobachten sein.

Insgesamt beschrieben Frauen mit hohem Therapieerfolg zum Untersuchungszeitpunkt geringer ausgeprägte Intrusionssymptome und einen stärkeren Rückgang von Vermeidungssymptomen

als die Vergleichsgruppe. Im besonderen gaben Frauen mit geringerem Therapieerfolg häufiger an, Sexualität aktiv zu vermeiden. Frauen mit hohem Therapieerfolg beschrieben ihre Sexualität als befriedigender, ihr Selbstwertgefühl als ausgeprägter und gaben eine geringere Suizidneigung an als Frauen mit niedrigem Therapieerfolg. Zum Untersuchungszeitpunkt schildern Frauen mit hohem Therapieerfolg für sich selbst adäquatere Strategien im Umgang mit unbewussten Konflikten, sie beschreiben sich als stärker introspektiv und stärker bereit zur Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben. Bei Frauen mit geringerem Therapieerfolg ließen sich zum Untersuchungszeitpunkt stärkere Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins feststellen, d.h. sie zeigten stärkere Erinnerungsstörungen und dissoziative Beschwerden (Derealisations- und Depersonalisationssymptome), außerdem wurden bei Frauen mit geringerem Therapieerfolg eine ausgeprägtere Neigung zu Borderline-Symptomen und stärkere unspezifische Stress-Beschwerden (DESNOS) beobachtet.

13.2 Verarbeitungsprozesse

Insgesamt waren Frauen mit hohem Therapieerfolg deutlich länger in psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Sie äußerten sich insgesamt zufriedener mit ihrer Psychotherapie, gaben seltener an, durch Verhaltensweisen des Therapeuten belastet worden zu sein und hatten die Therapie öfter einvernehmlich beendet. Frauen mit hohem Therapieerfolg waren häufiger bei einer weiblichen Therapeutin in Behandlung gewesen und gaben häufiger an, dass sie in der Therapie über die erlittene sexualisierte Gewalt sprechen konnten. Frauen mit geringerem Therapieerfolg äußerten sich in den genannten Punkten unzufriedener und betonten öfter, erneut psychotherapeutische Behandlung zu benötigen.

Die Beobachtung, dass unter Praxisbedingungen Psychotherapien mit langer Dauer zu stärkeren Verbesserungen von Symptomen und Fähigkeiten führten, stimmt überein mit den Ergebnissen der Consumer Reports Study, die sich ebenfalls im naturalistischen Studiendesign auf Psychotherapien in der freien Praxis bezog (Seligman, 1995). Sie widerspricht allerdings Ergebnissen von Grawe und Mitarbeitern, die unter experimentellen Anordnungen von psychotherapeutischen Behandlungseinheiten zu Ergebnissen kommen, die für die Überlegenheit von Kurzzeit-Behandlungen sprechen (vgl. dazu Föh & Fischer, 1998).

Zusätzlich zu diesen allgemeinen Charakteristika von Psychotherapien, die offenbar eine positive Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse in unterschiedlichem Ausmaß begünstigten, werden im folgenden zusammenfassend verschiedene Einflüsse von sozialen Reaktionen nach der Enthüllung der sexualisierten Gewalt auf die Verarbeitungsprozesse dargestellt, anschließend die einzelnen Abwehr- und Auseinandersetzungskreisläufe und sie bedingende Faktoren aufgezeigt und schließlich die von den Gesprächspartnerinnen am häufigsten genannten Ressourcen beschrieben.

13.2.1 Enthüllungen

Entgegen unserer Erwartungen zeigten Frauen mit hoher vs. geringer Symptomveränderung im selbstbeschriebenen Beobachtungszeitraum kaum Unterschiede in den Charakteristika der erlittenen sexualisierten Übergriffe. Jedoch gaben Frauen mit hohem Therapieerfolg häufiger an, sexualisierte Übergriffe (und zwar sowohl jene, die als Kind wie auch als Erwachsene erlitten wurden) durch eigenes Bemühen beendet zu haben. Bei einer einzigen Frau führte die Enthüllung der sexualisierten Gewalt der Pflegemutter gegenüber dazu, dass diese Verantwortung für das ihr anvertraute Kind übernahm und weitere Übergriffe (seitens des Cousins) erfolgreich unterbinden konnte. (Alle anderen Frauen hatten zum Zeitpunkt des Stattfindens der Übergriffe nicht darüber sprechen können oder nicht die nötige Unterstützung erhalten). Die Beurteilung, aufgrund eigener Aussagen oder Verhaltensweisen zur Beendigung der sexualisierten Gewalttaten maßgeblich beigetragen zu haben, ermöglichte zumindest ein minimales Empfinden von Kontrolle. Es ist zu vermuten, dass dieses Kontrollempfinden als Gegengewicht zur massiv erlebten Ohnmacht in der traumatischen Situation eine symptomarme Verarbeitung der Erlebnisse erleichtert und maßgeblich mit dem beobachteten größeren Therapieerfolg verbunden ist.

In den Interviews wurde detailliert danach gefragt, wann die Tatsache des sexuellen Missbrauchs enthüllt worden war, und zu welchem Ergebnis die Aufdeckung führte. Die meisten Untersuchungsteilnehmerinnen haben ihr Erleiden sexualisierter Gewalt in der Kindheit erst im Erwachsenenalter mitteilen können. Auf diese Enthüllungen hin haben sie am häufigsten verleugnende Reaktionen (Unglauben, Abwehr, Schuldzuweisung an das Opfer) erfahren und diese als äußerst schmerzhaft, manchmal sogar als retraumatisierend (begleitet von Symptomeinbrüchen) erlebt, dieses Ergebnis bestätigt die Hypothese H3.7. Dabei war das Risiko, auf verleugnende Reaktionen zu stoßen, innerhalb der Ursprungsfamilie besonders groß, dagegen wurde häufiger von empathisch-unterstützenden besten Freundinnen, seltener von wahrnehmend-akzeptierenden Lebenspartnern berichtet. Trotz der in der Regel verleugnenden und bagatellisierenden Reaktionen der Ursprungsfamilie bei der Konfrontation mit der sexualisierten Gewalt zeigten die Gespräche, dass eine von den ursprünglichen Opfern herbeigeführte Konfrontation von diesen meist längerfristig als sehr erleichternd erlebt wurde, nicht nur, weil das alte Schweigegebot gebrochen war, sondern häufig auch, weil die gefürchteten, teils phantasierten und teils angedrohten fürchterlichen Konsequenzen, die ein Benennen der Tat als sexuellen Missbrauch und ein Benennen des Täters nach sich ziehe, in der Regel ausblieben oder für die Erwachsene keine reale Bedrohung mehr bedeuteten. In der Bewertung der Betroffenen sind Enthüllungen der sexualisierten Gewalt als wichtige Meilensteine im Verarbeitungsprozess anzusehen.

In der letzten abgeschlossenen Psychotherapie, die Gegenstand der Untersuchung war, konnten nicht alle Frauen über die erlittenen sexualisierten Übergriffe sprechen. Dabei zeigten jene Frauen, die angaben, dass sie die traumatische Gewalt nicht in der Therapie besprechen konnten, schon vor Therapiebeginn wie auch zum Untersuchungszeitpunkt stärkere unspezifische somatische Beschwerden, außerdem eine höhere Suizidneigung zum Untersuchungszeitpunkt als Frauen, die in der Therapie über die sexualisierte Gewalt sprechen konnten. Diese Beobachtungen stützen die Hypothese H1.2.

Ob und bei wem die sexualisierte Gewalterfahrung an- und ausgesprochen wurde oder nicht, war dabei nach den Angaben aller Betroffener entscheidend von den schon erlebten oder antizipierten Reaktionen des Gegenübers abhängig (diese Beobachtung, die in den Beschreibungsmodellen präzisiert dargestellt wird, bestätigt die Hypothesen H3.8 und H3.9), außerdem wurden bei Frauen mit hohem Therapieerfolg, die angaben, häufiger traumatische Inhalte angesprochen zu haben, zum Zeitpunkt vor Therapiebeginn erhöhte sprachliche und soziale Kompetenzen beobachtet, ein Hinweis für die Gültigkeit der H1.1. Die Annahmen der Interviewteilerinnen über die Reaktionen des anderen wurden wahrscheinlich auf der Basis des eigenen Selbstbildes und der bisherigen Erfahrungen mit dem anderen (oder mit anderen im allgemeinen) getroffen. Dabei erklärten in der Gesprächen viele Betroffene, auch jene, bei denen günstige Verarbeitungsprozesse beobachtet wurden und bei denen die Schuld- und Schamproblematik nur gering oder gelöst war, dass sie selbst Freunden und Partnern, bei denen sie Akzeptanz und Unterstützung antizipierten, nichts von der sexualisierten Gewalterfahrung erzählen wollten, aus Rücksicht auf sie: Sie hatten erfahren, dass das Wissen von traumatischen Kindheitserfahrungen andere meist beunruhige, erschrecke und ängstige, deshalb könne dieses Mit-Leiden besonders jenen nicht zugemutet werden, die einem nahe stehen. So wurde das eigene Bedürfnis, Zuspruch und Anerkennung zu erhalten und im unerträglichen Schmerz nicht allein zu sein, dem vermuteten (und oft auch zutreffenden) Bedürfnis des anderen, nicht damit beunruhigt zu werden, untergeordnet, und behinderte damit vermutlich die eigene Verarbeitung traumatischen Erlebens. Betroffene sexualisierter Gewalt in der Kindheit sind oft seit langer Zeit darin geübt, Bedürfnisse ihres Gegenübers wahrzunehmen und entsprechend darauf zu reagieren. Wenn sie beim Gegenüber deutliche Bedürfnisse, von Schmerz und Leid nicht berührt zu werden und eigene Vorstellungen von Gerechtigkeit u.a. nicht in Frage zu stellen, wahrnehmen, wird es ihnen vermutlich schwer fallen, diesen Bedürfnissen (aus Rücksichtnahme auf den anderen und auf sich selbst) nicht zu entsprechen, dadurch scheinen sich maladaptive Verarbeitungsstrategien wie Schweigen und Verleugnen zu verstärken.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, dass die Reaktionen, die auf die ersten Enthüllungen des Traumas folgten, die weitere Verarbeitung traumatischer Ereignisse entscheidend prägten. Die Aussagen Betroffener verdeutlichten, dass nicht so sehr (wie ursprünglich in der zu verwendenden Hypothese H1.3 vermutet) die Tatsache des Enthüllens oder Darüber-Sprechens den Verlauf

der Verarbeitungsprozesse beeinflusste, sondern mehr die im Anschluss an die Enthüllung erlebte Annahme oder Zurückweisung durch das soziale Gegenüber. So äußerten Gesprächspartnerinnen, dass es ihnen leichter fiel, z.B. professionelle Hilfe zu suchen, nachdem etwa eine gute Freundin empathisch, akzeptierend und unterstützend reagierte, als sie ihr von der erlittenen sexualisierten Gewalterfahrung erzählten (Doris, Maria). Umgekehrt war es für Betroffene sehr schwer, neuerdings den Mut aufzubringen und davon zu sprechen oder Hilfe zu suchen, wenn der ersten Enthüllung Schweigen und Ablehnung folgte (Sandra, Michaela u.a.). Auf ungläubige oder bagatellisierende Reaktionen des sozialen Gegenübers hin bereuten die meisten Gesprächspartnerinnen, die Übergriffe überhaupt erwähnt zu haben, und etliche beschlossen, das niemals wieder zu tun. Damit verstärkten die bagatellisierend-verleugnenden oder schuldzuschreibenden Reaktionen das Schweigegebot des Täters. Alle Gesprächspartnerinnen betonten immer wieder, nicht nur die Übergriffe selbst, sondern ihre Verleugnung und Verharmlosung, die alle Versuche, darüber zu sprechen und die traumatischen Erlebnisse somit kommunikativ zu validieren und ihre Ungeheuerlichkeit zu begreifen, unterbindet, als extrem schmerzhaft erlebt zu haben (besonders deutlich bei Michaela, Anna, Doris). Jeder gescheiterte Versuch, Gehör und Hilfe zu finden, macht erneute Hilfesuche weniger wahrscheinlich (vgl. dazu entsprechende Äußerungen von Sandra, Maria u.a.). Diese Ergebnisse bestätigen die Hypothesen H1.4, H1.5, H1.6 und H1.7, desweiteren die Hypothesen H3.7, H3.8 und H3.9.

Dabei hat die verstärkte mediale Präsenz des Themas in den vergangenen Jahren nicht immer dazu geführt, dass es für Betroffene leichter wurde, ein offenes Ohr und Verständnis zu finden, wenn sie von sexualisierten Gewalterfahrungen sprechen wollten. Im Gegenteil berichteten Betroffene, dass ihr Einzelschicksal in der Flut der Sensationsberichte kein wahres Interesse, vor allem aber kein Mitgefühl mehr finde. Das beste Beispiel dafür schildert Ina, die folgende Reaktion auf die Offenlegung der Traumatisierung als eines ihrer schlimmsten Erlebnisse bezeichnet: „Sexueller Missbrauch ist doch nichts Neues. Das passiert ja vielen.“ Die Leiden des Einzelnen werden so verharmlost und menschliches Mitgefühl verwehrt.

Dass Betroffene im Rahmen dieser Untersuchung vom Schweigen Abstand genommen haben, ist als Zeichen außerordentlicher Anstrengung und besonderen Mutes zu werten. Für Menschen, die durch sexualisierte Gewalt in der Kindheit traumatisiert wurden, ist es schon aufgrund der Folgen der Gewaltübergriffe sehr schwierig, über das, was ihnen angetan wurde, zu sprechen. Diese prinzipielle Schwierigkeit der Betroffenen darf nicht als Entschuldigung für jene gelten, die um sich selbst zu schützen lieber nichts von sexualisierter Gewalt gegen Kinder wissen wollen. So schwierig auch das Darüber-Reden für die Betroffenen auch sein mag – als um vieles schwieriger und fast unmöglich beschrieben sie ihre Bemühungen, jemanden zu finden, der zuhört. Einige gaben sogar an, sich aus diesem Grunde zum Interview bereiterklärt zu haben: weil sie hofften, dass ihnen hier jemand zuhöre und sich vor ihrem Erleben nicht angstvoll-erschreckt zurückziehe (so explizit Melanie, Judith u.a.). Diese Beobachtungen sprechen für die Beibehaltung der Hypothese H2.5.

Neben konkreten Unterstützungsangeboten und empathischem Eingehen des Gegenübers wurden ebenfalls kathartische Effekte des Darüber-Sprechens als erleichternd beschrieben. So gaben insbesondere Gesprächspartnerinnen mit weniger günstigen Psychotherapieverläufen an, darüber zu sprechen oder sich zum Interview deshalb bereit erklärt zu haben, weil ihnen nur das Darüber-Reden für kurze Zeit Erleichterung verschaffe (Melanie, Judith). Das Darüber-Sprechen ist häufig mit einer Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten verbunden, alte kognitive Bewertungen können modifiziert werden oder neue entstehen. Was dabei aus fast allen Interviews eindrücklich hervorging, war der Unterschied zwischen dem rationalen, unbeteiligten Darüber-Reden – oft verglichen, als ob die Geschichte einer anderen oder ein Film nacherzählt würde – und dem Darüber-Sprechen, das mit emotionaler Auseinandersetzung einherging oder diese auslösen konnte. Dabei wurde nur die gefühlsmäßige Annäherung von den Betroffenen beim Darüber-Reden als wichtiger Schritt im Prozess der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen beschrieben. Sie werteten oft nur gefühlsmäßiges Erzählen als wirkliches Darüber-Sprechen, und setzten das rein rationale Aus- und Besprechen als Nicht-wirkliches-Erzählen mit dem Schweigen gleich. Die Hypothese H1.3 muss demnach verworfen werden, da ein Zusammenhang von Darüber-Reden und Wiederannäherung nicht hinreichend belegt werden konnte.

Die Thematik des Enthüllens sexualisierter Gewalterfahrungen auf Seiten der Betroffenen war eng verbunden mit dem Problem des Wahrgenommen-Werdens von Seiten des sozialen Gegenübers.

Besonders Frauen mit positiveren Therapieverläufen gaben in den Gesprächen an, dass es für sie sehr wichtig war, in der traumatischen Bedeutung der Gewalterfahrung, aber auch in ihrer Symptomatik, insbesondere in ihnen selbst z.T. skurril erscheinenden und schambesetzten Verhaltensweisen, akzeptiert und verstanden zu werden. Die Akzeptanz durch ein empathisches Gegenüber habe oftmals eigene Schuld-, Minderwertigkeits- und Hassgefühle auf sich selbst verringert und sei wichtig darin gewesen, Symptome und Verhaltensweisen als ursprünglich zweckmäßige oder zumindest verständliche Folge der traumatischen Übergriffe und als Teil der eigenen Person zu begreifen. In der Selbstbeschreibung der Symptomveränderungen schilderten Ulrike Y., Helene und Sandra, dass sich unerträgliche Symptome allmählich gelindert hätten, als diese von einem empathischen Gegenüber akzeptiert wurden und sie sie nicht mehr als unverständlichen Fremdkörper in sich selbst bekämpfen mussten.

Nur wenige Gesprächspartnerinnen berichteten, der Therapeut habe von sich aus angesprochen, dass manche Menschen in der Kindheit Gewalt erleiden und als Folge davon auch als Erwachsene häufig unter verschiedenen Beschwerden leiden. Dabei fiel besonders bei Frauen mit geringem Therapieerfolg auf, dass sie sich manchmal wie ertappt fühlten, wenn sie sich vom Therapeuten bezüglich des Erritten-Habens sexualisierter Gewalt und bezüglich der Folgen der sexualisierten Gewalterfahrung wahrgenommen erlebten (z.B. Judith, Doris). Sie reagierten auf das empathische Wahrnehmen der eigenen Traumatisierung mit einer Verstärkung von Scham- und Schuldgefühlen, Rückzug und Abwehr wurden verstärkt. Die Hypothese H2.7 muss daher verworfen werden: sie ist offenbar nur gültig unter der Bedingung der optimalen Differenz zwischen Reaktion des sozialen Gegenübers und Überzeugungen der Betroffenen (wird im folgenden ausgeführt). Dabei beschrieben Betroffene, die angaben, dass der Therapeut von sich aus das Thema traumatischer Ereignisse angesprochen habe, ohne es als direkte Frage in den Raum zu stellen, dies als längerfristig sehr entlastend, besonders habe so eine Aussage gegen eigene Gefühle von Sprachlosigkeit und Isolation geholfen – diesen positiven Effekt äußerten sogar jene Frauen, die gleichzeitig mit Scham, Schuld und oder einem erschrockenen Ertappt-Worden-Sein reagierten.

Gesprächspartnerinnen, die mit Abwehr auf das Erleben, wahrgenommen zu werden, reagierten, berichteten nicht, dass der Therapeut psychoedukativ über Traumatisierung und ihre Folgen informiert oder Scham- und Schuldgefühle dezidiert angesprochen hatte – entsprechende Angaben machten aber viele Frauen mit hohem Therapieerfolg, sie beschrieben es als sehr entlastend, Scham und Schuld reduzierend, wenn der Therapeut scheinbar verrückte Symptome (etwa selbstschädigendes Verhalten) nicht verurteilte, sondern als ursprünglich sinnvoll begriff und als verständliche Reaktion auf eine traumatische Situation erklärte. Dies spricht für eine Beibehaltung der Hypothese H3.6. Unter Umständen könnte es also entlastend sein, wenn gleichzeitig zum Anerkennen von sexualisierter Gewalt und ihrer symptomatischen Folgen über häufige Folgen solcher Gewalt allgemein informiert wird, wobei die prinzipielle Schuldlosigkeit, aber auch das Vorhandensein von Scham- und Schuldgefühlen angesprochen und anerkannt wird. Andererseits erlebten viele der Gesprächspartnerinnen die Diskrepanz zwischen rationalem Wissen um eigene Schuldlosigkeit und der Unbegründetheit eigener Scham und dem beschämten Empfinden eigener Beschmutzung und tiefer Schuld auch als sehr verwirrend (Anna u.a.). Die geführten Gespräche lassen die Vermutung zu, dass Betroffene erst dann bereit sind, ihrer Schuldlosigkeit bezüglich des Erleidens sexualisierter Gewalt und bezüglich ihrer Folgen gewahr zu werden, wenn in der aktuellen Situation ein hohes Maß an Sicherheit (in wichtigen Beziehungen, materiell etc.) erlebt werden kann und wenn es gleichzeitig ein soziales Gegenüber gibt, das das Erleben der mit der Schuldlosigkeit verbundenen Ohnmacht empathisch begleitet, auch hier scheint wiederum die Bedingung der optimalen Differenz ausschlaggebend zu sein.

13.2.2 Abwehr und Auseinandersetzung

Das Wahrgenommen-Werden durch ein soziales Gegenüber beim Andeuten oder Aussprechen sexualisierter Gewalterfahrung kann, wie aufgezeigt wurde, also sowohl zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit dem eigenen traumatischen Erleben als auch zu erhöhter Abwehr traumatischer Inhalte führen. Diese verschiedenen Zusammenhänge und Variablenkombinationen wurden

in Beschreibungsmodellen zusammengefasst, als unterschiedliche Verarbeitungsprozesse interpretiert und aufgrund ihres oft zirkulären bzw. spiralförmigen Charakters als Kreisläufe beschrieben.

Bei allen Personen ließ sich unabhängig vom Therapieerfolg der Wiederannäherungskreislauf 1 beobachten. Alle Gesprächspartnerinnen berichteten von großer emotionaler Erleichterung, wenn sie erleben konnten, dass ein soziales Gegenüber die Tatsache der erlittenen sexualisierten Gewalt oder ihrer Folgen empathisch wahrnahm, vor allem aber, wenn das Gegenüber die Bedeutung des Erlittenen zu verstehen suchte und der Betroffenen eine grundsätzliche Akzeptanz entgegenbrachte. Die Gesprächspartnerinnen beschrieben es als ganz entscheidend für die eigene Selbstbewertung und Affektlage, dass soziale Gegenüber (und in besonderem Maße professionelle Helfer) die aktuelle Bedeutung und Schmerzhaftigkeit der längst vergangenen traumatischen Übergriffe, die Traumabedingtheit der emotionalen Besonderheiten und die ursprüngliche Sinnhaftigkeit der aktuell dysfunktionalen Syndrome und Verhaltensweisen anerkannten. Diese Ergebnisse bestätigen die Hypothesen H2.8, H3.4 und H3.5. Darüberhinaus kam immer wieder zum Ausdruck, dass Betroffene durch das Erleben wahrnehmender Akzeptanz und empathischen Interesses von Seiten des Gegenübers sich darin bestärkt fühlten, sich mit dem eigenen Körper und der eigenen Person auseinanderzusetzen, um mit sich selbst vermehrt fürsorglich und verantwortungsvoll umzugehen. Gesprächspartnerinnen berichteten, wie erst im Zuge der therapeutischen emotiven Rückmeldung eigene Gefühle (besonders Wut) erkannt und in weiterer Folge auch empfunden werden konnten. Die Beobachtung der Empörung des Therapeuten erleichterte so manchmal das Erkennen eigener Wutgefühle (z.B. bei Julia M.).

Die empathische Anerkennung der traumatischen Erfahrung durch Helfer zeigte sich als wichtigste Bedingung für eine Auseinandersetzung mit den erlittenen Übergriffe und für das Erlangen erfolgstypischer Missbrauchserkenntnis (H2.8). Das Erleben, als Person auch im traumatischen Leid empathisch wahrgenommen und akzeptiert zu werden, beschrieben alle Untersuchungsteilnehmerinnen als eine entscheidende, nicht aber hinreichende Bedingung, um die nötige emotionale Sicherheit für die Auseinandersetzung mit dem Trauma (Wiederannäherung) zu gewinnen und um schließlich die Gewalttätigkeit der Übergriffe zu erkennen. Das Ausmaß der verfügbaren positiven Reaktionen (wahrgenommen, akzeptiert, praktisch unterstützt werden) bedingte dabei nicht nur, ob Missbrauchserkenntnis kurzfristig erreicht und längerfristig beibehalten werden konnte, sondern beeinflusste ebenfalls die subjektive Bewertung der Auseinandersetzung mit dem Trauma. Die Verfügbarkeit wahrnehmender und akzeptierender Reaktionen ermöglichte die emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma, begünstigte die Missbrauchserkenntnis (in allen drei Bereichen) und förderte damit eine günstige Verarbeitung und die Reduktion der Symptomatik.

Frauen mit hohem Therapieerfolg, die häufiger berichteten, im sozialen Umfeld und in der Psychotherapie empathische Reaktionen erlebt zu haben, zeigten schon vor Therapiebeginn wie auch zum Untersuchungszeitpunkt eine bessere Realitätswahrnehmung und geringere Symptome aus dem psychotischen Grenzbereich, verfügten außerdem zum Untersuchungszeitpunkt über eine verbesserte Introspektionsfähigkeit. Es ist unklar, ob diese Variablen, z.B. die adäquatere Realitätswahrnehmung schon vor Therapiebeginn, die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Betroffene sich ihre sozialen Gegenüber so aussuchen, dass diese auch auf das Thema sexualisierter Gewalt akzeptierend-positiv reagieren, oder ob empathische Reaktionen von Bezugspersonen eine realitätsangepasste Wahrnehmung begünstigen. Da die Richtung des Zusammenhanges auch im Rahmen von kausal geordneten Beschreibungsmodellen nicht geklärt werden konnte, können die Hypothesen H3.1, H3.2, H3.3 und H3.10 nicht als bestätigt gelten. Dagegen zeigte sich in den Beschreibungsmodellen zu den Auswirkungen negativer Reaktionen, dass bagatellisierende, verleugnende, opfer-zentrierende oder schuldzuweisende Reaktionen sozialer Gegenüber zu einer Reihe negativer Konsequenzen für die Betroffenen (unabhängig ihres Therapieerfolgs) führten, unter anderem wurde dadurch ihr labiles Selbstwertempfinden zusätzlich angegriffen. Die Hypothese H3.11 kann daher beibehalten werden.

Für Frauen mit hohem Therapieerfolg war der die günstige Verarbeitung fördernde Wiederannäherungskreislauf 2 typisch. Dabei wurde die emotionale Wiederannäherung an die traumatische Situation vorerst als angstvoll und schmerzhaft empfunden, diese Schmerzhaftigkeit begünstigte das Einsetzen von Schutzmechanismen (bei allen Untersuchungsteilnehmerinnen unabhängig des Therapieerfolgs). Jene Symptome und Sekundärprobleme, die sich aus dem Rückzug in die Abwehr ergaben, wurden nun von Frauen mit hohem Therapieerfolg als extrem beeinträchtigend und be-

drohlich bewertet, deshalb wurde die ebenfalls schmerzhafte wiederannähernde Auseinandersetzung mit dem Trauma bevorzugt. Der wiederannäherungsbedingte Schmerz führte zwar bei allen Frauen zum Einsetzen von Abwehrmechanismen, diese bedeuteten im Rahmen dieses erfolgstypischen Kreislaufs allerdings nur eine kurzfristige Erholung von der Auseinandersetzung mit dem Trauma und wurden von Frauen mit hohem Therapieerfolg nicht als favorisierte oder endgültige Lösung der Symptome und Probleme bewertet. Vielmehr strebten sie nach der abwehr-ermöglichten Erholung und Stabilisierung eine erneute Wiederannäherung an das Trauma häufig bewusst an und erlebten diese schmerzhafte Auseinandersetzung als stimmig.

Frauen mit günstigem Therapieerfolg beschrieben als einen wesentlichen Schritt in der Verarbeitung traumatischer Inhalte jenen, trotz der Schuldlosigkeit am Erleiden sexualisierter Gewalt und ihrer Folgen die Verantwortung für die Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse und damit für das eigene Leben zu übernehmen. Teilweise wurde die fortgesetzte Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten als bewusste Entscheidung, die aus dieser Eigenverantwortung erwuchs, dargestellt (Helene, Margit). Diese so beschriebene autonome Entscheidung, die traumatischen Ereignisse verarbeiten zu wollen, dafür sich auch mit eigenem Leid zu konfrontieren, zeigte sich als Indikator für die Wiederannäherung an das Trauma und für das Erkennen des Missbrauchs. Analog zu diesen Beobachtungen zeigten die Fragebogenergebnisse, dass sich die Introspektion und Übernahme von Eigenverantwortung in der Selbstbeschreibung im Verlauf der Therapie deutlich verbessert hatte, zum Untersuchungszeitpunkt war außerdem bei Frauen mit hohem Therapieerfolg eine signifikant höhere Fähigkeit zu Introspektion und zur Übernahme von Eigenverantwortung zu beobachten als bei der Vergleichsgruppe.

Die im Rahmen dieses Verarbeitungsgeschehens beschriebene wiederholte und oft bewusst angestrebte emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma führte dabei zur Erfahrung, dass der wiederannäherungsbedingte Schmerz (anders als der traumatische) aushaltbar und vorübergehend war, diese Erfahrung wiederum verstärkte die Wiederannäherung. Diese selbstverstärkende, eigen-dynamische Oszillation zwischen Wiederannäherung und Abwehr führte zu periodisch fortsetzender Auseinandersetzung mit dem Trauma und wurde deshalb als erfolgstypisch beschrieben.

Die Interviews verdeutlichten die enorme Belastung, die die Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten bedeutete, sie wurde von allen Gesprächsteilnehmerinnen unabhängig des Therapieerfolgs als extrem schmerzhaft und bedrohlich beschrieben. Wiederannäherung war in der Regel verbunden mit einer drastischen Minderung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit bei einer gleichzeitigen Verschlimmerung der Symptome. Manchmal konnten selbst normale Alltagsanforderungen nicht mehr wie gewohnt bewältigt werden, was bei Betroffenen häufig zu vergrößerter Ohnmacht, zu einer scheinbaren Bestätigung eigener Unfähigkeit und Wertlosigkeit führte, umso mehr, da Leistung und Funktionsfähigkeit oft wichtige Quelle eines labilen Selbstwertempfindens darstellte (siehe Ressourcen). Möglicherweise könnte es als entlastend erlebt werden, vom Therapeuten auf die zu erwartenden Beeinträchtigungen vorbereitet und über den vorübergehenden Charakter der Symptomverschlimmerung hingewiesen zu werden – entsprechende Beschreibungen der Untersuchungsteilnehmerinnen fehlten. Bei allen Gesprächspartnerinnen führte die Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten zumindest zeitweise zu Rückzug und Vermeidung. Wie im erfolgstypischen Wiederannäherungskreislauf 2 beschrieben, war Abwehr bei erfolgreichen Therapieverläufen jedoch nie Endpunkt, sondern wurde immer wieder abgelöst von einer neuerlichen Phase der Wiederannäherung und Auseinandersetzung mit dem Geschehenen. Bei Frauen mit hohem Therapieerfolg wechselten sich so Perioden der Annäherung an das Trauma mit Phasen der Abwehr, die manchmal auch als Ruhezeiten oder Erholungspausen bewertet wurden, ab. Dabei konnten Abwehrphasen besonders dann wieder in eine Annäherung übergehen, wenn therapeutische Reaktionen ein Wahrnehmen der traumabedingten Schmerzen und eine Akzeptanz auch der Abwehr erkennen ließen. Solche Abwehr-Annäherungszyklen wurden bei Frauen mit geringerem Therapieerfolg nicht beobachtet. Zwar gab es auch bei ihnen Phasen der Annäherung an das Trauma, diese führten aber fast ausschließlich zu angstbedingter Abwehr, die dann nicht mehr in eine erneute Annäherung übergeführt werden konnte, sondern sich bei manchen zeitweise sogar selbst zu verstärken schien. Unsere Beobachtungen zeigen, dass nur eine kontrollierte emotionale Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten langfristig zu Symptombesserungen führte, demgegenüber ließ sich bei einer rein kognitiven Auseinandersetzung mit dem Trauma mit nur rationaler Einsicht, wie sie häufig von Frauen

mit geringerem Therapieerfolg beschrieben wurde, keine längerfristige Reduktion der Symptomatik feststellen.

Diese Beobachtungen stimmen überein mit dem theoretischen Konzept von Horowitz (1986, 1976), in dem überwältigende Emotionen, die traumatisches Erleben kennzeichnen, abgewehrt werden und als unkontrollierbare Intrusionen wiederkehren. Er beschreibt, wie sich Zyklen des unkontrollierbaren Oszillierens zwischen Vermeidung und intrusivem Wiedererleben wiederholen. Diese Oszillation zwischen den beiden Polen könne in eine Phase der kontrollierten Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten übergehen, die schließlich zur Integration führe (vgl. auch Donaldson & Gardner, 1985, S. 360f). Unsere Ergebnisse liefern Hinweise für die Gültigkeit des theoretischen Horowitzschen Modells von Belastungsfolgen mit oszillierenden Vermeidungs- und Intrusionsphasen, welches bisher noch nicht empirisch bestätigt wurde (Maercker & Schützwohl, 1998). Dabei wurde in der vorliegenden Untersuchung die beschriebene Dialektik des Traumas (Horowitz, 1986, 1976; Herman, 1994) vor allem in den Verarbeitungsprozessen der Frauen mit hohem Therapieerfolg und guter Symptombesserung beobachtet. Insbesondere Frauen mit hohem Therapieerfolg beschrieben ein typisches Oszillieren zwischen (sowohl intrusiver als auch kontrollierter) Wiederannäherung und Abwehr. Bei Frauen mit geringem Therapieerfolg dagegen schienen sich Verleugnungstendenzen eher zu verfestigen und waren nur selten von einer nachfolgenden (intrusiven oder kontrollierten) Wiederannäherung begleitet. Empathische Reaktionen sozialer Bezugspersonen scheinen maßgeblich zu einer kontrollierten Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten beizutragen. Weitere Untersuchungen können vielleicht klären, wie kontrollierte vs. intrusive Wiederannäherung an traumatische Inhalte den oszillativen Prozess beeinflussen oder inwiefern das Pendeln zwischen Auseinandersetzung und Abwehr Charakteristikum eines günstigen Verarbeitungsgeschehens ist bzw. inwieweit geringe Symptomreduktion mit einem Dominieren des Abwehrbestrebens verknüpft ist.

Neben den beiden Abwehr- und Wiederannäherungskreisläufen wurde als weiteres abgrenzbares Verarbeitungsgeschehen der erfolgsspezifische Kreislauf der Missbrauchserkenntnis beschrieben, er zeigte sich als wichtigster Prädiktor des Therapieerfolges. Bei Frauen mit hohem Therapieerfolg konnte es im Zuge der wiederannähernden, eigendynamischen Auseinandersetzung mit dem Trauma, unterstützt von einer wahrnehmend-akzeptierenden Umgebung und einer sicheren aktuellen Lebenssituation, zur Erkenntnis der Gewaltsamkeit der sexualisierten Übergriffe kommen. Diese emotive Einsicht in das Missbrauchsgeschehen und seine Folgen reduzierte langfristig schmerzhaft, in der traumatischen Anpassung begründete Affekte und Symptome, begünstigte die persönliche Vertrauensfähigkeit und das eigene Selbstwertempfinden, leitete einen Trauerprozess ein und führte längerfristig zu emotionaler Entlastung und Stabilisierung. Missbrauchserkenntnis in allen drei Kategorien ging mit Symptombesserung einher und bezeichnete so den Therapieerfolg. Bei Frauen mit geringem Therapieerfolg konnte Missbrauchserkenntnis nur ansatzweise und in einzelnen Teilbereichen oder aber gar nicht beobachtet werden. Die drei Teilbereiche der Missbrauchserkenntnis zeigten sich als theoretisch miteinander verbunden und schienen einander gegenseitig zu begünstigen. Zur Erkenntnis der Tat und der Spaltung des Täter-Objekts kam die Anerkennung der Schmerzen und die Einsicht in die Folgen der sexualisierten Gewalt. Die letzten beiden Bereiche konnten in der Analyse der Interviews gut von der Erkenntnis der Tat/des Täters abgegrenzt werden. Der für den günstigen Verarbeitungsverlauf typische Trauervorgang wird vorwiegend im Zusammenhang mit dem Erkennen von Schmerz und Verlusten/Folgen beobachtet, insofern zeigt sich die theoretische Untergliederung des Konzepts der Missbrauchserkenntnis auch empirisch von Belang.

Wut und Ohnmachtsempfinden (bzw. Schuldgefühle) waren eng mit dem Erkennen der Gewalttätigkeit der sexualisierten Ereignisse verbunden. Frauen mit geringem Therapieerfolg, bei denen keine Missbrauchserkenntnis beobachtet werden konnte, zeigten sich häufig noch in der Täter-Identifikation verhaftet, indem sie alle Schuld auf sich nahmen und den Täter um den Preis der Selbstaufgabe entschuldigten (Judith, Maria, Ina u.a.). Erst die emotive Einsicht in die eigene Unschuld verbunden mit der Kraft (und der dafür nötigen Unterstützung von außen), die kindliche Machtlosigkeit, d.h. die Unmöglichkeit, die sexualisierte Gewalt zu verhindern oder einzudämmen, anzuerkennen, konnte die Identifikation mit dem Angreifer lösen und dem Täter die Verantwortung zurückgeben. Die Erkenntnis, vom Täter absichtlich missbraucht worden zu sein, hing engt zusammen mit der Einsicht in die Gewalttätigkeit der sexualisierten Übergriffe, war u.U. sogar mit dieser ident und stellte einen entscheidenden Wendepunkt im Verarbeitungsgeschehen dar. Frauen mit ge-

ringerem Therapieerfolg hielten oft an Bagatellisierungen, z.B. am Glauben, dass Sexualität oder sexualisierte Gewalt sich im Rahmen einer Liebesbeziehung zum Täter abgespielt habe, oder aber ein Ausrutscher des (kranken) Täters unter extremen Bedingungen gewesen wäre, fest. Die Erkenntnis, dass der vertraute Täter ihnen absichtlich Gewalt angetan hatte, wurde von den Gesprächspartnerinnen als einer der schmerzhaftesten Verarbeitungsschritte erlebt. Die Selbstbeschreibung in den Interviews zeigte enge Zusammenhänge zwischen dem Auftreten der Wut auf den Täter, die vernachlässigende Umwelt, die Folgen der Übergriffe etc. und dem Erkennen der Tat als Missbrauch, der erlittenen Schmerzen als darin begründet und der Einsicht in weitere Folgen (vgl. die Beschreibungsmodelle zu Auswirkungen positiver/negativer Reaktionen). Im Zusammenhang mit Missbrauchserkenntnis wurden Aggressionen vermehrt auf den Täter und die verleugnende Umwelt gerichtet und der eigene Körper, die eigene Person immer weniger als Ziel des Zorns erlebt. Frauen mit größerem Therapieerfolg, bei denen hohe Missbrauchserkenntnis beobachtet werden konnte, sprachen oft von der Wut als neuer Kraft, die sie anspornte weiterzugehen, eigene Schuldlosigkeit und Ohnmacht zu akzeptieren, den Missbrauch in der Familie zu enthüllen, den Täter zur Rede zu stellen und so endgültig die Verantwortung für das Geschehene abzugeben. Das Auftauchen von nach außen gerichteter Wut und begleitender Missbrauchserkenntnis hatte damit eine Schlüsselstelle im Verarbeitungsgeschehen. Wo eine solche Erkenntnis fehlte, dominierten Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle (z.T. beschrieben als Folge der empfundenen Wut). Bei fehlender Missbrauchserkenntnis wurden Aggressionen häufig gegen sich selbst gerichtet (in Form von selbstdestruktivem Verhalten, Selbstbestrafung u.a.). Den Beobachtungen nach war das Empfinden von Wut auf den Täter und das Erkennen der Tat als Missbrauch samt zugehöriger Schmerzen und Folgen eng verknüpft.

Die Beobachtungen zeigten, dass nach dem Erlangen von Missbrauchserkenntnis die Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten neu bewertet wurde. Die Wiederannäherung, die vor dem Erlangen von Missbrauchserkenntnis vorrangig als schmerzhaft und aversiv erlebt wurde, wurde nun nach der Einsicht in die Gewalttätigkeit des traumatischen Geschehens und in die darin begründeten Symptome als stimmig, entlastend und positiv bewertet. Diese nach dem Erlangen von Missbrauchserkenntnis vorteilhafte Bewertung der Wiederannäherung förderte einen nun zunehmend eigendynamisch werdenden günstigen Verarbeitungsprozess. Mit anwachsender Missbrauchserkenntnis verloren negative Reaktionen von außen (Verleugnen, Bagatellisieren) zwar nicht ihre Schmerzhaftigkeit, aber immer mehr ihre abwehrfördernde und verarbeitungshemmende Wirkung. Mit fortschreitender Integration der traumatischen Erlebnisse wurde auf derart negative Reaktionen immer mehr mit nach außen gerichteter Wut reagiert und eine weitere Auseinandersetzung mit dem Trauma nur noch kurzfristig unterbrochen.

Als weiterer Verarbeitungsprozess wurde bei allen Frauen unabhängig ihres Therapieerfolges der Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 1 beobachtet: auf eigenes Andeuten oder Ansprechen der sexualisierten Gewalt oder ihrer Folgen erlebten alle Untersuchungsteilnehmerinnen verleugnende und bagatellisierende Äußerungen und Verhaltensweisen von Bezugspersonen, diese negativen Reaktionen wurden als höchst schmerzhaft beschrieben (bestätigt die Hypothese H3.7). Solche Reaktionen behinderten die emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma, führen dabei zu einer allgemeinen Verschlechterung der Symptomatik und des Befindens, förderten den Anstieg von Abwehr und Vermeidungstendenzen und waren insofern als verarbeitungshemmend und schädlich einzustufen (bestätigt die Hypothesen H2.3, H2.4, H2.6, H3.7 und H3.9). Dabei verloren derart negative Reaktionen mit fortschreitendem Verarbeitungs- und Integrationsgeschehen zwar nicht ihre Schmerzhaftigkeit, dennoch schienen mit ansteigender Missbrauchserkenntnis die schädigenden Implikationen abzunehmen. D.h. besonders in frühen Phasen des Verarbeitungsprozesses wurden mitunter retraumatisierenden Auswirkungen der beschriebenen negativen Reaktionen beobachtet.

Die Aussagen der Interviewpartnerinnen verdeutlichten außerdem, dass viele sich darum bemühten, möglichst normal und symptomarm zu erscheinen. Dieser Überlebensmechanismus der Vorspiegelung von scheinbarer Normalität wurde häufig als Automatismus beschrieben, der ursprünglich dazu diente, die sexualisierten Gewalterfahrungen und ihre Folgen (auch das eigene Leiden) zu verheimlichen. Zwei Gesprächspartnerinnen nannten diese Strategie spontan „Präsentieren einer schönen Fassade“ (originaler Wortlaut). Dabei berichteten sie selbst, dass das häufig unwillkürliche Zeigen der schönen Fassade zwar mit äußerlicher Funktionsfähigkeit verbunden war (bei berichteter inneren Zerrissenheit), dass jedoch diese Fassadenhaftigkeit die Wahrscheinlichkeit er-

höhte, dass ihr verborgenes Leid nicht wahrgenommen wurde. Trotz des eigenen Vorspiegeln von scheinbarer Normalität äußerten sich Betroffene schmerzhaft enttäuscht, dass mitunter selbst Professionelle ihre Fassadenhaftigkeit verkannten oder gar als Besserung interpretierten. Dabei beschrieben betroffene Frauen, der Therapeut habe ihr hinter der scheinbaren Normalität verborgenes Leid, maskierte Symptome oder Defizitsymptome nicht mehr wahrnehmen können, dadurch seien eigene Verleugnungstendenzen weiter verstärkt worden. Ein angemessenes Sich-Zeigen und empathisches Reagieren wurde so auf beiden Seiten mehr und mehr unmöglich. Beide Frauen, die ihre schöne Fassade benannten, zeigten einen dysfunktionalen und sich immer mehr verstärkenden Kreislauf aus einer (z.T. dissoziierter) Präsentation einer scheinbaren Normalität und dem Nichtwahrnehmen von Verletzung und Leid auf Seiten des Therapeuten, welches wiederum als Verleugnen ihrer Schmerzen empfunden wurde, Angst auslöste und die fassadenhaften Tendenzen weiter verstärkte. Eine Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten wurde innerhalb dieses Kreislaufs immer unwahrscheinlicher. Als typisches Beispiel beschrieb Sandra, dass sich ihre Therapeutin als Reaktion auf die Präsentation der schönen Fassade so sehr über die scheinbare Besserung und ihren Therapieerfolg gefreut habe, dass es der Klientin selber nicht mehr möglich gewesen wäre, sich dem weiterhin vorhandenen Schmerz anzunähern und ihn in die Therapie einzubringen, aus Angst, er könne von der Therapeutin nicht mehr ernst genommen werden. Das Ergebnis war ein vorzeitiger Abbruch der Therapie, der von der Therapeutin in den Augen von Sandra als angebrachtes erfolgreiches Ende gedeutet worden war. Sandra hat sich später erneut psychotherapeutische Hilfe gesucht.

Ähnlich zum eben dargestellten Kreislauf gestaltet sich der Rückzugs- und Verdrängungskreislauf 2, der als typisch für Frauen mit geringem Therapieerfolg beschrieben wurde, weil Prozesse in diesem Verarbeitungsgeschehen das Erlangen von Missbrauchserkenntnis geradezu systematisch verhinderten. Der misserfolgstypische Rückzugskreislauf nahm bei schmerzhaften Empfindungen seinen Ausgang. Im Vorfeld waren manchmal negative Reaktionen vorhanden, manchmal gingen dem misserfolgstypischen Verarbeitungsgeschehen sogar positive, wahrnehmend-akzeptierende Reaktionen voraus, die allerdings als eigenen Abwehrbestrebungen entgegenlaufene und insofern als ängstigend und selbstentwertend beschrieben wurden. Eine Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten wurde in diesem Kreislauf als extrem schmerzhaft empfunden und aversiv erlebt, positive Bewertungen oder annäherungsfördernde Einstellungen fehlten, stattdessen wurde als einzige Erleichterung und erhoffte endgültige Lösung Abwehr angestrebt, traumatische Inhalte sollten vergessen werden. Abwehr ging dabei mit einer Verstärkung negativ empfundener Affekte und mit einer Intensivierung komplexer posttraumatischer Symptome einher. Eine neuerliche Wiederannäherung und emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma wurde im Rahmen dieses Verarbeitungsgeschehens Kreislauf nicht beobachtet.

Die Ergebnisse zeigen den Einfluss von Umgebungsfaktoren (in erster Linie den Einfluss einer unterstützenden empathischen Beziehung) auf den Prozess der Verarbeitung traumatischer sexualisierter Gewalt. Äußeren Faktoren sind entsprechend dieser Ergebnisse entscheidende Bedingungen, die eine individuelle Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten ermöglichen oder behindern. Die beobachteten Kreisläufe machen sichtbar, dass eine Enthüllung, die soziale Unterstützung nach sich zieht, gegenüber einer Aufdeckung, die auf Unglauben, Bagatellisierungen oder Schuldzuschreibungen stößt, eine günstige Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen ganz entscheidend fördert. Bei Nichtverfügbarkeit einer wahrnehmend-akzeptierenden Beziehung sind der grundsätzlichen Fähigkeit der Traumatisierten, sich schmerzhaft mit traumatischen Inhalten auseinanderzusetzen, offenbar deutliche Grenzen gesetzt. Sich wiederanzunähern und Verantwortung für die Reduktion der Symptomatik und für die eigene Genesung zu übernehmen sind daher in den anfänglichen Phasen des Verarbeitungsgeschehens nicht primär Willensentscheidungen der Traumatisierten, sondern haben sich vielmehr als abhängig von einer sicheren Umgebung, die empathische Reaktionen bereitstellt, erwiesen. Erst im fortgeschrittenen Verarbeitungsprozess, wenn Wiederannäherung und Missbrauchserkenntnis zunehmend Eigendynamik entwickeln, scheint der günstige und anfangs notwendige Einfluss einer wahrnehmend-akzeptierenden Umgebung wie gleichermaßen die retraumatisierende Potenz von verleugnend-bagatellisierenden Reaktionen abzunehmen, d.h. spätere Stadien des Verarbeitungs- und Integrationsgeschehens konnten sich immer mehr auch unabhängig von förderlichen Umgebungsfaktoren vollziehen.

Die Analyse der Reaktionen sozialer Gegenüber und ihrer Wirkung auf die Betroffenen verdeutlichte, dass verschiedene Reaktionen (z.B. Wahrnehmen der sexualisierten Gewalt und ihrer Folgen) in verschiedenen Phasen des Verarbeitungsprozesses von Betroffenen ungleich erlebt wurden und zu unterschiedlichen Konsequenzen führten. Eine Erklärung hierfür kann das Konzept der optimalen Differenz bieten (Fischer, 1989, S. 72–77). Fischer (a.a.O.) geht vom Piagetschen Konzept von Assimilation als Anpassung der Umwelt an innere Schemata und Akkomodation als Anpassung innerer Schemata an die Umwelt aus und beschreibt analog dazu die optimale Differenz der psychotherapeutischen Situation als Voraussetzung für eine Dekonstruktion pathogener Überzeugungen, die sich in zwei Schritten vollzieht: Durch eine optimale Differenz, d.h. eine ideale Distanz zwischen der pathogenen Überzeugung im Übertragungsgeschehen und der salutogenen Entsprechung im Arbeitsbündnis könne die maladaptive Überzeugung in eine Hypothese verwandelt und in der therapeutischen Situation überprüft werden. Seien die Inhalte der therapeutischen Arbeitsbeziehung von pathogenen Überzeugungen zu weit entfernt, werde die Klientin sie nicht annehmen können und abwehren müssen; sei dagegen die Differenz nur minimal, werde das die pathogenen Überzeugungen verstärken und könne so retraumatisierend wirken.

Ähnliche Beobachtungen ergaben sich in der Analyse der Enthüllungen und der Kreisläufe von Wiederannäherung und Vermeidung. So wurde etwa das Erleben, dass ein Gegenüber das Stattfinden sexualisierter Gewalt und seine Auswirkungen empathisch wahrnahm, von den Gesprächspartnerinnen nicht nur als erleichternd und befreiend empfunden, sondern auch als Ertappt-Werden schuldhaft und ängstigend erlebt. Ebenso ist von Seiten des Therapeuten die normalitätsbetonende Information über die grundsätzliche Verantwortung des erwachsenen Täters und die Schuldlosigkeit des Kindes, wie auch immer es sich verhalten haben mag, zur Stabilisierung des Klienten und zum Abbau von Schuldgefühlen durchaus notwendig. Ein Nicht-zur-Kennntnis-Nehmen oder Unterdrücken dieser Schuldgefühle mit dem richtigen Argument der prinzipiellen Unschuld des Opfers bedeutet aber nicht nur ein Leugnen der Emotionen des Traumatisierten, sondern stellt auch einen zu großen Widerspruch (eine maximale Differenz) zu den pathogenen Überzeugungen des Klienten dar und gefährdet sein labiles Gleichgewicht, das in der Dyade Schuld-Kontrolle (vs. der drohenden Einsicht in Unschuld-Ohnmacht) besteht. Das zu forcierte Beharren auf der Unschuld des Klienten wird daher von diesem abgewehrt werden müssen (Maria: „Sie (die Therapeutin) versteht mich nicht“). Andererseits ist ein In-Erwägung-Ziehen schuldhafter Anteile oder Phantasien des Klienten zu gering entfernt (minimale Distanz) von der eigenen pathogenen Überzeugung und verstärkt so den pathogenen Mechanismus bzw. wirkt retraumatisierend.

Aufgrund der widersprüchlichen Bestrebungen, sich mit dem traumatischen Geschehen auseinanderzusetzen vs. es abzuwehren, scheint eine optimale Distanz im Rahmen der Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten für ein Fortschreiten des Verarbeitungsprozesses entscheidend (Briere, 1992a). In den Gesprächen mit Betroffenen mit geringerem Therapieerfolg kam der Konflikt zwischen dominierenden Abwehrbestrebungen und dem Ziel der Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten deutlich zum Ausdruck, dieser Konflikt war häufig zum Untersuchungszeitpunkt selbst virulent: drei Betroffene mit ungünstigerem Therapieverlauf (Judith, Anna, Julia A.) benannten als ihr stärkstes Bestreben und ihren größten Wunsch, die sexualisierten Übergriffe einfach zu vergessen, alle drei äußerten sich kritisch gegenüber der abgeschlossenen Psychotherapie, weil sie das Vergessen nicht hatte ermöglichen können. Keine der Gesprächspartnerinnen mit hohem Therapieerfolg benannte für den Untersuchungszeitpunkt ein vergleichbares Abwehrbestreben, viele von ihnen kannten jedoch den absoluten Wunsch nach Vergessen aus vorhergegangenen, als gescheitert betrachteten Verarbeitungsversuchen.

Entgegen unserer Annahme, dass ein Betonen von Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten von Seiten sozialer Bezugspersonen der Betroffenen erleichtere, sich von ihrer Opfer-Identität zu lösen und Gefühlen von Stigmatisierung entgegenwirke, brachten Betroffene in den Gesprächen zum Ausdruck, dass sie Äußerungen des Gegenübers, die ihre Stärke, Schuldlosigkeit und Wertigkeit betonten, dann nicht nachvollziehen konnten, wenn sie in einem zu krassen Widerspruch zum eigenen Erleben standen. In diesem Fall wurde die Betonung von Ressourcen nicht als empowerment (Ochberg 1995) verstanden, sondern im Gegenteil als erneutes Übersehen der eigenen Empfindungen und als Verleugnung ihrer intrapsychischen Realität gedeutet, was zur Verstärkung des Misstrauens („der Therapeut versteht mich nicht und sieht nicht, wie schlecht es mir geht“), und eigener Vermei-

dingstendenzen beitrug und eine Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten eher behinderte. Erst wenn Betroffene selbst sich als hinreichend schuldlos und wertig wahrnehmen konnten, wurden verstärkende Interventionen von seiten des Therapeuten oder der sozialen Umgebung eindeutig als förderlich und unterstützend wahrgenommen. Die Hypothesen H4.1, H4.2 und H4.3 müssen daher modifiziert werden, sie haben sich nur unter der Bedingung der optimalen Differenz als gültig erwiesen.

Die Darstellungen der interviewten Frauen zu Hindernissen einer günstigen Verarbeitung traumatischer Inhalte waren kohärent mit der Beschreibung von Therapeuten zu speziellen Problemen der post-traumatischen Psychotherapie (Herman, 1994, S. 241; Briere, 1992a). Danach bestehe eine der größten Herausforderungen an den Therapeuten darin, weder das Trauma oder seine besonders schreckenerregende Aspekte zu vermeiden, noch sich ohne den Aufbau eines grundlegenden Vertrauens und Sicherheitsgefühls übereilt in eine intensive Auseinandersetzung und Erforschung zu stürzen. Aus den geführten Interviews ging hervor, dass diese Gratwanderung häufig nicht erfolgreich glückte. Frauen mit geringerem Therapieerfolg berichteten häufiger, das Thema der sexualisierten Gewalt sei vom Therapeuten vermieden worden, fühlten sich in ihrem Misstrauen und ihren Vermeidungstendenzen verstärkt und beschrieben das Gefühl, erneut mit dem Schrecken alleingelassen worden zu sein. Ebenso beschrieben Frauen mit geringerem Therapieerfolg häufiger, durch therapeutische Interventionen, die sich auf die Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten bezogen (Konfrontation mit der sexualisierten Gewalterfahrung, detailliertes Nachfragen etc.), derart überfordert und geängstigt worden zu sein, dass sie empfanden, die übereilte Auseinandersetzung mit dem Trauma würde sie akut gefährden und sei nicht aushaltbar, ja nicht überlebbar, deshalb wurde zur Wiedererlangung der durch die verfrühte Konfrontation verlorengegangenen minimalen Sicherheit auf altbewährte, langfristig dysfunktionale Abwehrstrategien zurückgegriffen, die anschließend oft nur äußerst schwer wieder aufzugeben waren. In der Beschreibung der Frauen mit geringerem Therapieerfolg schien die massive Angst und die folgende Verstärkung von Vermeidungsmechanismen vom Therapeuten nicht erkannt oder fehlinterpretiert worden zu sein, z.B. berichten Teilnehmerinnen von erneuten Konfrontationen, obwohl sie schon auf die vorangegangenen mit starker Abwehr reagiert hatten. Wurden die Schutzmechanismen des Traumatisierten in der Therapie in Frage gestellt, bevor er ein ausreichendes Sicherheitsempfinden entwickeln konnte und ohne dass ihm Alternativen zu den adaptiven, ehemals sinnvollen Abwehrbestrebungen denkbar waren, waren massive Ängste die Folge, die manchmal sogar zum Abbruch der Therapie führten (Julia A. brach nach eigenen Angaben ihre Therapie deshalb ab, weil der Therapeut ihrem Wunsch, die sexualisierten Übergriffe zu vergessen, mit verstärkter Konfrontation mit traumatischen Inhalten begegnete). Ähnliche Therapieabbrüche beschreiben Lampe & Söllner (1997, S. 224) und Gast (1997, S. 253).

Solche kontraproduktiven Kreisläufe können vermutlich nur durch empathisches Einfühlen (vgl. Wilson & Lindy, 1994) vermieden werden. In dieser Untersuchung konnte die wahrnehmende Akzeptanz als jene therapeutische Bedingung belegt werden, die bestmöglich zwischen Leugnen und Sich-in-Traumaarbeit-Stürzen balanciert und so die optimale Differenz zu pathogenen Verarbeitungsmechanismen der traumatisierten Klientin darstellt. Diese empathisch-wahrnehmende Akzeptanz stellte die wichtigste Bedingung für Therapieerfolg und Symptombesserung dar. Offenbar zieht ein therapeutisches Forcieren der Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten ähnliche abwehrverstärkende Effekte nach sich, wie sie umgekehrt als Folgen eines verleugnend-bagatellisierenden Umgangs mit dem Trauma beobachtet werden. In beiden Fällen ist die optimale Distanz zu traumatischen Inhalten nicht gegeben. Eine vom Therapeuten forcierte Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten beschrieben die Untersuchungsteilnehmerinnen dabei eher als Ausnahme. Im Gegenteil wünschten sich die meisten interviewten Betroffenen (unabhängig vom Therapieerfolg), ihr Therapeut hätte den sexuellen Missbrauch öfter von sich aus angesprochen oder hätte ihre Andeutungen aufgegriffen.

Gefragt danach, was in der Verarbeitung der traumatischen Gewalterlebnisse als besonders hilfreich empfunden wurde, stand bei den Untersuchungsteilnehmerinnen die „Menschlichkeit“ (Terminus der Teilnehmerinnen!) deutlich im Vordergrund: Aussagen wie: „Geholfen hat einfach, dass er/sie ein Mensch war“, (bei Eva und Maria; Agnes A. hat diese Menschlichkeit in der Therapie nicht erfahren, wünscht sich aber genau das) machen betroffen, solche Äußerungen machen die soziale Vermeidung und Ablehnung deutlich, die Traumatisierte häufig erfahren. Was sich die Betroffenen

am meisten wünschten, waren Menschen, die bereit waren, ihr Leid wahrzunehmen, sich davon treffen zu lassen, ihren Überlebenskampf anzuerkennen und ihren Schmerz mitzutragen. Und so musste auch der Therapeut bereit sein und darin unterstützt werden, sich vom Leid berühren zu lassen und betroffen zu sein. Oft war es erst die therapeutische Betroffenheit, die es den Traumatisierten ermöglichte, selbst über ihr Leid betroffen zu sein – erst in einer mitfühlenden Beziehung konnte es sie selber betreffen. In den Gesprächen ergaben sich Aussagen der Frauen mit fast selbem Wortlaut (Agnes B., Julia M.). Dies bestätigt die Hypothesen H3.12 und H3.13. Diese Aussagen unterstützen die Forderung, traumatisierten Menschen in der Psychotherapie mit engagierter Abstinenz, nicht aber mit therapeutischer Neutralität zu begegnen. Das bedeutet nicht, dass die therapeutische Arbeit mit Traumatisierten auf einem persönlicheren Niveau stattfinden sollte. Wichtig ist die menschliche, mitfühlende Präsenz, gefordert ist ein Mit-Leiden ohne stigmatisierendes Mitleid, eine Bereitschaft, den Schmerz des Traumatisierten wahrzunehmen, zu akzeptieren und empathisch nachzuempfinden, ohne dabei therapeutische oder personale Grenzen zu verletzen.

13.2.3 Ressourcen

Insgesamt fiel bei den Frauen der Stichprobe ein hohes Bildungsniveau auf. Wie bereits eingangs des Kapitels dargestellt, beschrieben sich Frauen mit hohem Therapieerfolg schon zu Beginn der Psychotherapie mit stärkeren sprachlichen und sozialen Kompetenzen, außerdem ließen sie zu allen drei künstlichen Zeitpunkten eine stärkere Fähigkeit zur Selbstreflexion und eine angemessenere Realitätswahrnehmung erkennen. In den Interviews ergaben sich darüberhinaus einzelne Lebensbereiche, die jeweils von mehreren Untersuchungsteilnehmerinnen als wichtige Ressourcen für die Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse bewertet wurden, diese Bereiche werden hier dargestellt.

Gefragt nach dem eigenen Antrieb, sich mit dem Erлittenen auseinanderzusetzen, beschrieben viele Frauen, an einem point of no return gestanden zu haben. Häufig wurden Symptome als so chronifiziert und so belastend erlebt, dass außer dem Suizid nur die Möglichkeit, unterstützt durch professionelle Hilfe nach neuen Bewältigungsstrategien zu suchen und sich mit dem eigenen Leiden auseinanderzusetzen, offen stand. Subjektiv hohe Risiken, die mit einer Annäherung an traumatische Inhalte verbunden waren, wurden häufig vor dem Hintergrund der Suizidalternative eingegangen. Frauen mit eigenen Kindern gaben übereinstimmend an, dass ihnen der Suizid wegen der Sorge und Verantwortung für die Kinder verwehrt schien. Eigene Kinder wurden außerdem als eine der wichtigsten Ressourcen für die Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten angegeben. Sie spielten in verschiedenen Phasen der Verarbeitung offenbar eine wichtige Rolle: Zum einen wurde wiederholt genannt, die Kinder hätten unter der eigenen Symptomatik gelitten, die Symptome hätten sich negativ auf die Beziehung zu den Kindern ausgewirkt und hätten die Wahrnehmung der Erziehungsaufgabe beeinträchtigt. Die Einsicht, dass das eigene Leiden auch die Kinder negativ beeinflusste, führte in der Selbstbeschreibung häufig zum Wunsch, für sich selbst Hilfe zu suchen, um die eigenen Kinder nicht zu gefährden. Für viele Gesprächspartnerinnen lösten Situationen mit den eigenen Kindern (insbesondere wenn diese das Alter erreichten, in dem die eigenen sexualisierten Übergriffe stattgefunden hatten) Erinnerungen an das ursprüngliche Trauma aus. Frauen gaben an, diese starke Konfrontation mit dem Trauma verbunden mit der Angst, dem eigenen Kind könnte Ähnliches widerfahren und dem Bestreben, es davor zu schützen, wären für die Entscheidung, sich therapeutische Hilfe zu suchen, ausschlaggebend gewesen (um die Stärke zu erlangen, die für den Schutz des Kindes notwendig sei, so bei Sigrid, Melanie und Julia M.). Kinder wurden in verschiedenen Verarbeitungsphasen immer wieder als wichtige Ressource erwähnt, um sich der Auseinandersetzung mit eigenem Leid weiterhin zu stellen. Eigene Kinder vergegenwärtigten das Macht-Abhängigkeits-Gefälle, das prinzipiell zwischen Erwachsenen und Kindern besteht und erleichterten es so, die Schuldlosigkeit am Stattfinden der sexualisierten Übergriffe in der eigenen Kindheit zu erkennen. Frauen beschrieben, die Angst um das Kind verbunden mit dem Wissen, dass es sich nicht gegen einen Erwachsenen wehren könnte, habe die eigene Ohnmacht in der Kindheit drastisch vor Augen geführt.

Dem gegenüber erlebten viele Interviewpartnerinnen das Wissen um die Tatsache, heute erwachsen zu sein, als Quelle von Optimismus und als Basis des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten. Sie beschrieben die Gewissheit, dass selbst ein erneutes Erleiden traumatischer Gewalt in seinem zerstö-

rischen Ausmaß nicht an das erlittene Kindheitstrauma herankommen könne, da sie als Erwachsene über ganz andere Ressourcen verfügten (z.B. eigene Wert- und Glaubenssysteme, in die Recht und Unrecht eingeordnet werden können, die Erfahrung vertrauensvoller sicherer Beziehungen u.a.) und deshalb nicht so ohnmächtig und nicht so leicht zu desorientieren wären wie als Kind. Ausgesprochen optimistischer Lebensmut und neue Kraft ging bei Frauen mit hohem Therapieerfolg häufig mit der Einsicht in die Gewalttätigkeit der sexualisierten Übergriffe (Kreislauf der Missbrauchserkenntnis) und mit der Erfahrung einher, dass sie traumatisches Leiden überlebt hatten.

Auffallend häufig nannten Gesprächspartnerinnen berufliche Leistungen als wichtigstes Gegengewicht zu traumatischen Inhalten und Leid. In den Selbstbeschreibungen stellte die Konzentration auf eigene Leistung verbunden mit beruflichem Erfolg oft den einzigen Lebensbereich dar, in dem sich die Betroffenen wertvoll fühlten und glaubten, etwas bewirken zu können. Der Leistungssektor wurde so häufig zum dominierenden wenn nicht einzigen akzeptierten Lebensinhalt. Intellektuelle, rational-analytische Fähigkeiten wurden von vielen untersuchten Frauen als die wichtigste Quelle persönlicher Wertzuschreibung angegeben. Die intellektuelle Auseinandersetzung mit der Welt erlaubte vielfach eine emotionale Distanzierung (als Schutzmechanismus) und bot zumindest einen minimalen sicheren Bezugsrahmen für eigenes Handeln (Anna, Renate, Sandra u.a.). Der hohe Stellenwert beruflichen Erfolges und fachlicher Anerkennung spiegelt vermutlich das überdurchschnittliche Bildungsniveau der Stichprobe wieder.

Neben beruflich-intellektueller Leistung wurden sportliche Erfolge als wesentliche Quelle eigenen Wertempfindens angegeben. Für einige Frauen war sportliche Betätigung, manchmal in der Form von Selbstverteidigungs- und kämpferischen Sportarten, sehr wichtig, um den Körper zu kontrollieren oder als stark zu erleben (Agnes B., Renate, Julia M.). Der Versuch der Körperkontrolle durch Sport war bei Renate in eine anorektische Erkrankung (mit dem erklärten Ziel, keine weiblichen Formen und keine Menstruation zu bekommen) eingebettet. Von anderen Gesprächspartnerinnen dagegen wurde beschrieben, dass Sport aus Ablehnung des eigenen Körpers heraus aktiv vermieden wurde, da sportliche Bewegung mit körperlichen Empfindungen und Bedürfnissen verbunden war, welche nicht wahrgenommen werden durften.

Zusammenfassend hat die Untersuchung verschiedene voneinander abgrenzbare, prozesshafte Verläufe im Rahmen des Verarbeitungsgeschehens ergeben, die mit unterschiedlichen Graden von Symptomreduktion und Fähigkeitszuwachs kombiniert waren. Der Einfluss von Außenfaktoren wurde berücksichtigt, dabei konnten die Bedeutung einer sicheren, wahrnehmend-akzeptierenden Umgebung für den Erfolg der Verarbeitungsprozesse wie auch die extrem schädigenden und heilungshemmenden Einflüsse verleugnend-bagatellisierenden Verhaltens im Umgang mit durch sexualisierte Gewalt in der Kindheit Traumatisierten nachgewiesen und verlaufsmäßig beschrieben werden.

Kapitel 14

Zusammenfassung

Eingangs wurde in dieser Arbeit die Thematik der sexualisierten Gewalt gegen Kinder unter verschiedenen Aspekten der einzelnen Familienmitglieder dargestellt und auf die alleinige Verantwortung des Täters (ungeachtet der Unzulänglichkeiten anderer Familienmitglieder) hingewiesen. Anschließend wurden häufige Folgen sexualisierter Gewalterfahrungen in der Kindheit im Rahmen verschiedener theoretischer Modelle als posttraumatische Symptome und Dynamiken oder aber als adaptive Anpassungsprozesse beschrieben. Die Darstellung von Verarbeitungsprozessen nach traumatischen Ereignissen stand im Zentrum der theoretischen Ausführungen, einerseits wurden Verlaufsmodelle von post-traumatischer Verarbeitung, andererseits einzelne Coping-Strategien erläutert. Dabei wurde vor allem der Einfluss sozialer Bedingungen (in erster Linie der Reaktionen von Bezugspersonen) auf die Verfügbarkeit und Anwendung einzelner Coping-Strategien sowie auf den Verlauf der post-traumatischen Anpassung und Verarbeitung berücksichtigt. In einem weiteren Abschnitt wurde auf die Besonderheiten der Herangehensweise einzelner psychotherapeutischer Ansätze sowie auf sogenannte Power-Methoden für die therapeutische Arbeit mit Menschen, die traumatische Geschehnisse erlitten haben, eingegangen.

Die theoretische Darstellung der Symptomatik sexualisierter Gewalt in der Kindheit, der post-traumatischen Verarbeitungsprozesse und Coping-Strategien sowie der verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze führte zur Entwicklung der Fragestellung, inwieweit charakteristische Verarbeitungsprozesse in bezug auf verschiedene Reaktionsweisen von Bezugspersonen und ungleiche Symptomatik unterschieden werden können und welche Faktoren eine symptomarme Verarbeitung begünstigen. Dazu wurden 22 Frauen mithilfe von problemzentrierten Interviews und Fragebogenverfahren untersucht.

Die Auswertung der Fragebogendaten erfolgte mit gebräuchlichen deskriptiven und prüfenden statistischen Methoden (*t*-Tests, χ^2 -Tests, *U*-Tests). Die Auswertung der Interviews wurde in tabellarischer Form durchgeführt. Dabei wurden zunächst fallorientiert alle Interviewtexte anhand mehrerer konzeptueller Dimensionen dargestellt, anschließend alle Fälle in einer variablenorientierten, personenübergreifenden geordneten Vergleichsmatrix ausgewertet. Eine weitere personenübergreifende Auswertung wurde durch die Bildung von kausalen Variablen-Netzwerken (Beschreibungsmodelle für positive vs. negative Reaktionen) vorgenommen. In einem nächsten Schritt wurde eine Vielzahl von erklärenden Hypothesen nach der Methode des Hermeneutisch-dialektischen Hypothesenexklusionismus geprüft, modifiziert und integriert. Die wichtigsten Variablen (Verarbeitungskreisläufe) wurden zum Schluss noch einmal auf fünf möglichst unterschiedliche Interviewtexte angewandt, diese Interviews wurden nach der Methode der strukturierten Inhaltsanalyse bearbeitet und diskutiert.

In dieser Untersuchung konnte der Zusammenhang zwischen emotiver Einsicht in das gewalttätige Geschehen der sexualisierten Übergriffe, in seine Schmerzhaftigkeit und in die in der Anpassung an das traumatische Erleben begründeten Folgen (Missbrauchserkenntnis) und der Symptombesserung im Rahmen von günstigen Verarbeitungsprozessen klar belegt werden. Von diesen konnten Verarbeitungsprozesse unterschieden werden, die zu keiner Verringerung der Symptomatik und des Leidensdruckes führten. Es hat sich die Notwendigkeit empathischer, wahrnehmend-akzeptierender

Reaktionen von Mitmenschen für eine Auseinandersetzung der Traumatisierten mit den erlittenen sexualisierten Übergriffen gezeigt. Zumindest in einer Beziehung muss die Betroffene erleben können, dass die Faktizität und Schmerzhaftigkeit dessen, was sie überlebt hat, anerkannt wird und dass sie in ihrer anpassungsbedingten Widersprüchlichkeit empathisch wahrgenommen und akzeptiert wird – nur dann ist es ihr möglich, wieder ein minimales Gefühl grundsätzlicher Sicherheit zu erlangen und eine Wiederannäherung an das Trauma, d.h. eine nicht nur rationale, sondern auch emotive Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen zu wagen und letztendlich zur Erkenntnis des Missbrauchs zu gelangen, die mit Symptomreduktion verknüpft ist.

Vermeidung wird als zentrales Syndrom posttraumatischer Störungen beschrieben und konnte in unterschiedlichen Verarbeitungsphasen bei allen untersuchten Frauen unabhängig ihres Therapieerfolges beobachtet werden. Dabei unterschieden sich Frauen mit hohem vs. geringem Therapieerfolg u.a. im Stellenwert, den sie ihrem Abwehrbestreben beimaßen. Während Frauen mit hohem Therapieerfolg zum Untersuchungszeitpunkt Abwehr und Vermeidung als kurzfristige Erholungsphase im Prozess der Auseinandersetzung mit schmerzhaften Inhalten bewerteten, wurde von Frauen mit niedrigem Therapieerfolg Abwehr („alles vergessen“) oft als höchstes Ziel bewertet und angestrebt. Die Ergebnisse zeigen, dass mit vorgeschrittener Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten die Auseinandersetzung selbst wie auch Phasen der Abwehr und Vermeidung neu bewertet werden. Als entscheidend für die Auseinandersetzung und für eine günstige Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse haben sich verfügbare empathische Beziehungen erwiesen. Erst im Rahmen einer sicheren, wahrnehmend-akzeptierenden Beziehung konnte eine emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma (Wiederannäherung) erfolgen, und erst diese schmerzhaftige Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte ermöglichte der Traumatisierten das Erkennen der Gewalttätigkeit der sexualisierten Übergriffe. Diese Missbrauchserkenntnis ging langfristig mit emotionaler Stabilisierung und einer (selbstbeschriebenen) Reduktion der Symptomatik (Therapieerfolg) einher.

Weitere Analysen können verdeutlichen, wie einzelne Kategorien der Missbrauchserkenntnis (Tat, Schmerz, Folgen) miteinander verknüpft sind und durch welche Zusammenhänge und intervenierenden Variablen Missbrauchserkenntnis und Symptombesserung miteinander verbunden sind. Die Analyse der Art dieses Zusammenhanges kann klären, warum hohe Missbrauchserkenntnis nicht in jedem Einzelfall mit deutlicher Symptombesserung und längerfristiger subjektiver Erleichterung einhergeht. Es wird angenommen, dass Missbrauchserkenntnis nur dann zu Symptombesserung führt, wenn auch im Anschluss an das Erreichen dieser Einsicht in die Gewalttätigkeit der Übergriffe genügend unterstützende, wahrnehmend-akzeptierende soziale Reaktionen für die Betroffene verfügbar sind. Für die Kombination von mangelnder Symptombesserung (trotz Missbrauchserkenntnis) und gleichzeitig fehlender sozialer Akzeptanz und Unterstützung kann das Konzept des anklagenden Leidens (Seagull & Seagull, 1991) wertvolle Hinweise liefern.

Möglicherweise kann der in sich recht heterogene Rückzugs- und Vermeidungskreislauf 2 als Vorstadium einer allgemeinen Auseinandersetzung mit traumatischen Inhalten interpretiert werden, die durch soziale Unterstützung begünstigt oder behindert werden kann. Obwohl sich in dieser Untersuchung der beschriebene Rückzugszyklus 2 als kaum modifizierbar erwies, mit hoher Symptomatik und verfestigtem Vermeidungsverhalten einherging, ist denkbar, dass dieses Verarbeitungsgeschehen sich im zeitlichen Verlauf modifizieren könnte und dann in erste allgemeine Zyklen von Wiederannäherung oder Vermeidung (wie in den erfolgsunabhängigen Kreisläufen beschrieben) übergeht (dann wäre der beschriebene Kreislauf nicht als misserfolgstypisch zu sehen, sondern könnte als zeitlich vorausgehendes Stadium des erfolgsunabhängigen Verarbeitungsgeschehens interpretiert werden). Es bleibt also unklar, ob, inwieweit und durch welche Faktoren der beschriebene Vermeidungskreislauf 2, der durch eine Verfestigung der Abwehr gekennzeichnet ist, in ein günstigeres Verarbeitungsgeschehen überführt werden könnte (darüber liegen im Rahmen dieser Untersuchung keine Beobachtungen vor). Weitere Analysen eines scheinbar misserfolgstypischen Rückzugs- und Verdrängungsgeschehens sind daher sinnvoll. So bleibt bislang ebenfalls unklar, welche Ursachen oder aufrechterhaltenden Faktoren der beobachteten überstarken Abwehr (Rückzugskreislauf 2) zugrunde liegen können, welche auch dann beobachtet wurde, wenn von Betroffenen keine negativen Reaktionen, sondern sogar wahrnehmende Reaktionen von Therapeuten und Bezugspersonen berichtet wurden.

Natürlich beeinflussen nicht nur Reaktionen der sozialen Umwelt, sondern auch Charakteristika der traumatischen Situationen und verfügbare intrapersonelle Coping-Strategien die Stärke der Abwehrbestrebungen. Dabei konnten zwischen Frauen mit hohem vs. niedrigem Therapieerfolg zwar keine nennenswerten Unterschiede bezüglich der sexualisierten Übergriffe gefunden werden, jedoch stärkere Fähigkeiten in den Bereichen Selbstreflexion und Realitätswahrnehmung. Inwiefern diese Ergebnisse Artefakt der retrospektiv selbstbeschreibenden Methode sind, im Zusammenhang mit größerer empathisch-akzeptierender Unterstützung durch Bezugspersonen zu sehen sind oder ob die genannten Fähigkeitsbereiche unabhängig von sozialer Unterstützung eine symptomarme Verarbeitung traumatischer Ereignisse begünstigen, kann nur im Rahmen von multivariaten Analysen oder längsschnittlichen Designs hinreichend geklärt werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit beziehen sich auf typische Verarbeitungsverläufe in traditionellen, nicht traumafokussierten Psychotherapien in der freien Praxis. Inwieweit sich im Rahmen neuerer oder traumaorientierter therapeutischer Herangehensweisen analoge Kreisläufe feststellen lassen und inwiefern ähnliche erfolgstypische Ablaufmuster beobachtet werden können, kann Fragestellung künftiger Untersuchungen sein.

Die Begegnung und Auseinandersetzung mit Menschen, die in der Kindheit Opfer sexualisierter Gewalt wurden, stellt an das Gegenüber große Anforderungen. Es wird konfrontiert mit eigenen Ängsten, erlebten und/oder begangenen Verletzungen, Gefühlen von Verzweiflung, Hilflosigkeit und Ohnmacht. Arbeit mit Traumatisierten führt deshalb auch Professionelle an die eigenen Grenzen, greift vermeintliche Sicherheiten und Wertvorstellungen an und wird deshalb manchmal als überfordernd und ängstigend erlebt.

Traumatisierte brauchen Menschen, die sich erschüttern lassen, aber nicht erschreckt sind. Sie brauchen Helfer, denen es möglich ist, Betroffenen in ihrer Verzweiflung zu begegnen. Sie brauchen Therapeuten, die die zerstörerische Potenz der Übergriffe und die Dramatik der Folgen anerkennen, gleichwohl die Traumatisierte nicht nur an ihren Symptomen messen, sondern ihre Stärke und Kraft u.a. daran erkennen können, dass sie überlebt hat und um ihr Weiterleben kämpft. Sie brauchen ein Gegenüber, das (z.T. nur scheinbare) Symptomfreiheit nicht als ausschließlichen Beleg dafür nimmt, dass die Verwundung nicht so schlimm sei, sondern die ein offenbares Fehlen beobachtbarer Symptome als Zeichen großer Anstrengungen und Ressourcen des Betroffenen, aber auch im Rahmen seiner überlebensnotwendiger Abwehrebemühungen und Verleugnungsversuche versteht. Das Ausmaß der Zerstörung durch das erlittene Trauma ist auch dann nicht zu unterschätzen, wenn Betroffene distanziert und ruhig von ihren Erlebnissen oder Empfindungen erzählen. Die schöne Fassade muss bei Betroffenen sexualisierter Übergriffe in der Kindheit im Rahmen ihrer Bemühungen, sowohl die traumatischen Ereignisse als auch ihre Folgen zu verheimlichen, verstanden werden und darf nicht vorschnell als Zeichen einer vermeintlich bereits erfolgreichen Erlebnisverarbeitung oder Integration gewertet werden.

Es geht nicht darum, betroffene Frauen zu motivieren oder zu überzeugen, sich zum Zwecke der günstigeren Verarbeitung doch mit den erlittenen Schrecken auseinanderzusetzen, diese Auseinandersetzung kann nicht über einen bloßen Willensakt erreicht werden. Es ist vielmehr notwendig, Traumatisierten die emotionale Auseinandersetzung mit dem Trauma durch ein geeignetes Beziehungsangebot zu ermöglichen, und zwar durch die eigene Bereitschaft, dem Klienten prinzipiell zu glauben, die Bereitschaft, den Betroffenen in seinem größten Elend empathisch wahrzunehmen, ohne sich in seinem Leid zu verlieren, ihn als Menschen und seine Symptome als überlebensbedingend zu akzeptieren und seine Leistung, Unvorstellbares überlebt zu haben, zu respektieren. Es geht darum, sich abseits einer wertneutralen Behandlungsethik, aber im Rahmen engagierter Abstinenz von seinem Überlebenskampf berühren zu lassen.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (1991). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. DSM-III-R. (Deutsche Bearbeitung: Wittchen, H.-U.; Saß H.; Zaudig, M. & Koehler, K.) Weinheim, Basel: Beltz.
- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. DSM-IV. (Deutsche Bearbeitung Sass, H.; Wittchen, H.-U. & Zaudig, M.) Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Asper, K. (1989). *Von der Kindheit zum Kind in uns. Lebenshilfe aus dem Unbewussten*. (2. Aufl.). Olten, Freiburg im Breisgau: Walter-Verlag.
- Bain, O. & Sanders, M. (1992). *Wege aus dem Labyrinth. Fragen Jugendlicher zu sexuellem Missbrauch*. Berlin: Donna Vita.
- Bambynek, M. & Schay, P. (1993.: Kreative Medien in der Therapie von süchtigen Inzestbetroffenen. Die Wiederentdeckung verlorener Spuren in der Landschaft der Seele. In G. Ramin (Hrsg.), *Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 53 (S. 287–316). Paderborn: Junfermann.
- Bander, K.; Fein, E. & Bishop, G. (1982). Child sex abuse treatment: Some barriers to program operation. *Child Abuse & Neglect*, 6, 185–191.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1979). *Frogs into princess: Neuro-linguistic programming*. Moab: Real People Press.
- Bange, D. (1993). Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen – Hintergründe und Motive der Täter. *Psychosozial* 16 (2), 49–65.
- Basler, H.; Franz, C., Kröner-Herwig, B.; Rehfisch, H. & Seemann, H. (1990). *Psychologische Schmerztherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bass, E. & Davis, L. (1992) *Trotz Allem. Wege zur Selbstheilung für sexuell missbrauchte Frauen*. (4. Aufl.) (K. Ayche, Übers.) Berlin: Orlanda Frauenverlag. (Original erschienen 1988: The courage to heal. A guide for women survivors of child sexual abuse.)
- Bauriedl, T. (1992). *Wege aus der Gewalt. Analyse von Beziehungen*. (2. Aufl.) (Spektrum Bd. 4129) Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag.
- Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (1995). *Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie*. (Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Materialien zur Frauenpolitik 51/1995). Freiburg: Institut für Psychotraumatologie.
- Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (1996). *Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie – was tun? Orientierungshilfen für Therapeuten und interessierte Patienten*. Heidelberg: Asanger.
- Benard, C. & Schlaffer, E. (1991). *Sagt uns, wo die Väter sind. Von der Arbeitssucht und Fahnenflucht des zweiten Elternteils*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Bender, D. & Lösel, F. (1997). Risiko- und Schutzfaktoren in der Genese und der Bewältigung von Misshandlung und Vernachlässigung. In U. Egle, S. Hoffman & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen*. (S. 35–53). Stuttgart, New York: Schattauer.

- Benke, N. (1994). Das Patriarchat braucht seine Feindbilder: Frauen und Schwule. In J. Dohnal (Hrsg.), *Gewalt gegen Frauen – Frauen gegen Gewalt*. (Tagungsdokumentation 2). (S. 163–166). Wien: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten.
- Berliner, L. & Conte, J. R. (1990). The process of victimization: The victim's perspective. *Child Abuse & Neglect*, 14, 29–40.
- Besems, T. & VanVugt, G. (1990). *Wo Worte nicht reichen. Therapie mit Inzestbetroffenen*. München: Kösel.
- Birck, A. (in press). *Die Verarbeitung sexualisierter Gewalt in der Kindheit bei Frauen in der Psychotherapie*. Berlin: Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin.
- Boudewyn, A. C. & Liem, J. H. (1995). Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (3), 445–459.
- Braecker, S. & Wirtz-Weinrich, W. (1991). *Sexueller Missbrauch von Mädchen und Jungen. Handbuch für Interventions- und Präventionsmöglichkeiten*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Brede, K. (Hrsg.) (1989). *Was will das Weib in mir?* Tagung anlässlich des 70. Geburtstages von Margarete Mitscherlich-Nielsen. Freiburg im Breisgau: Verlag Traute Hensch.
- Breuer, F. (Hrsg.) (1996). *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brewin, C.; Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670–686.
- Briere, J. N. (1992a). *Child abuse trauma. Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.
- Briere, J. N. (1992b). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 196–203.
- Brink, A. & Schmidt, M. (1997). Psychotherapie bei misshandelten und missbrauchten Kindern und Jugendlichen. In U. Egle, S. Hoffman & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen*. (S.297–310). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Brookings, J. B.; McEenvoy, A. W. & Reed, M. (1994). Sexual assault recovery and male significant others. *Families in Society*, 75, (5) 295–299.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 66–77.
- Bruder, K.-J. (1993). Verleugnung und Wiederholung. Der missbrauchende Vater in der Therapie. *Psychosozial* 16 (2), 67–84.
- Bürgin, D. & Rost, B. (1997). Psychische und psychosomatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. In U. Egle, S. Hoffman & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen*. (S.133–154). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Callahan, R. J. (1985): *Five minute phobia cure*. Wilmington: Enterprise.
- Callahan, R. J. (1997): A Thought Felt Therapy (TFT) Algorithm for trauma. *Traumatology, The international electronic journal of innovations in the study of the traumatization process and methods for reducing or eliminating related human suffering*. [On-line serial] Available: <http://www.psy.uq.edu.au:8080/PTSD/trauma/callahan.html>, [5.9.1997].
- Caputo, I. (1995). *Mai devi dire. Un'inchiesta coraggiosa che affronta il più scabroso dei tabù: l'incesto*. Milano: Corbaccio.
- Carver, C.; Stalker, C.; Stewart, E. & Abraham, B. (1989). The impact of group therapy for adult survivors of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34 (8), 753–758.
- Conte, J. R. & Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 11, 201–211.

- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound. Adult survivors in therapy*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- Cremerius, J. (1989): Freud Konzept der psychosexuellen Entwicklung der Frau schließt deren autonome Entwicklung in der psychoanalytischen Behandlung im Prinzip aus. In K. Brede (Hrsg.), *Was will das Weib in mir?* Tagung anlässlich des 70. Geburtstages von Margarete Mitscherlich-Nielsen. (S.111–118). Freiburg im Breisgau: Traute Hensch.
- Cunningham, J.; Pearce, T. & Pearce, P. (1988). Childhood sexual abuse and medical complaints in adult women. *Journal of Interpersonal Violence*, 3 (2), 131–144.
- Davies, M. (1995). *Childhood sexual abuse and the construction of identity: Healing Sylvia*. London: Taylor & Francis.
- Davis, J. D. (1995). *Psychotherapy research: functions and functionality*. *Psychotherapy Research*, 5 (2), 121–124.
- Davis, L. (1990). *The courage to heal workbook. For women and men survivors of child sexual abuse*. New York: Harper & Row.
- Deegener, G. (1992). *Orientierungshilfen bei Kindesmisshandlung. Tabellarische Übersicht zu kompensatorischen Bedingungen und Risikofaktoren*. Mainzer Schriften zur Situation von Kriminalitätsoffern, Mainz: Weißer Ring.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie. (Hrsg.) (1997). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung*. 2. Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Dohnal, J. (Hrsg.) (1994). *Gewalt gegen Frauen – Frauen gegen Gewalt*. (Tagungsdokumentation 2) Wien: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten.
- Donaldson, M. J. & Gardner, R. (1985). Diagnosis and treatment of traumatic stress among women after childhood incest. In C. Figley (Ed.), *Trauma and its wake*, Vol. 1 (pp 356–377) New York: Brunner & Mazel.
- Draucker, C. B. (1995). A coping model for adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of interpersonal violence*, Vol. 10 (2), 159–175.
- Ebbinghaus, R.; Bauer, M. & Priebe, S. (1996). Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 64, 433–443.
- Egle, U. T. (1997). Somatoforme Schmerzstörungen. In U.T. Egle; S. O. Hoffman & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen*. (S. 195–212.) Stuttgart, New York: Schattauer.
- Egle, U. T.; Hoffman, S. O. & Joraschky, P. (Hrsg.) (1997). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Eich, H. (1992). Sexuelle Gewalt gegen Kinder in Familien. Zur Psychologie sexuell missbrauchender Männer. In E. Ringel, L. Rosenmayr, S. Löw & E. Fröschl (Hrsg.), *Ursachen und Folgen von Gewaltanwendung gegenüber Frauen und Kindern*. (Band 1+2). (S. 1–82). Wien: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten.
- Enders, U. (Hrsg.) (1995). *Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Fäh, M. & Fischer, G. (1998). *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Gießen: Psychosozial.
- Fegert, J. (1992). Diagnostik und klinisches Vorgehen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch bei Mädchen und Jungen. In J. Walter (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch im Kindesalter*. (2. Aufl.) (S. 68–137). Heidelberg: Edition Schindele.
- Ferenczi, S. (1932). Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind (Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft) In J. Masson (1986): *Was hat man dir, du armes Kind, getan?* (S. 317–330), Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

- Fiedler, P. (1996). Psychotherapie. In *Perspektiven der Psychologie. Eine Standortbestimmung*. (S. 169–201.) Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Figley, C. (Ed.) (1985). *Trauma and its wake*. Vol. 1: *The study and treatment of post-traumatic stress disorder*. Vol. 2: *Traumatic stress theory, research and intervention*. New York: Brunner & Mazel.
- Figley, C. (1985). Traumatic stress: the role of the family and social support system. In C. Figley: *Trauma and its wake*, Vol. 2 (pp 39–54), New York: Brunner & Mazel.
- Figley, C. (1985). From Victim to Survivor: Social Responsibility in the wake of catastrophe. In C. Figley: *Trauma and its wake*, Vol. 1 (pp 398–415), New York: Brunner & Mazel.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4) 530–541.
- Finkelhor, D. & Baron, L. (1986). Risk factors for child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 1 (1), 43–71.
- Finkelhor, D.; Hotaling, G. T.; Lewis, I. A. & Smith, C. (1989). Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion, and attitudes. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (4), 379–399.
- Fischer, G. (1989). *Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Modell, Theorie und systematische Fallstudie*. Heidelberg: Asanger.
- Fischer, G. (1990). Die Fähigkeit zur Objektspaltung. Ein therapeutischer Veränderungsschritt bei Patienten mit Realtraumatisierung. *Forum der Psychoanalyse*, 6, 199–212.
- Fischer, G. (1995). *Durchführung von Interpretationen. Merkblätter zu Forschungsarbeiten*, Köln: Universität, Institut Klinische Psychologie und Psychotherapie, Manuskript.
- Fischer, G. (n.d.). Kurzversion der Impact of Event Scale. Klinisch-psychologisches Institut der Universität Köln, unveröffentlicht.
- Fischer, G. & Schedlich, C. (1996): *Das Kölner Traumainventar*. Klinisch-psychologisches Institut der Universität Köln, Manuskript.
- Fischer, Hammel, Klöß-Rotman, Scheidt & Trimborn (1996): *Der Freiburger Katamnesebogen*. In Zusammenarbeit mit der DPV-Forschungsgruppe, Freiburg. Vorläufige Fassung. Manuskript.
- Fischer, G. & Becker-Fischer, M. (1997). Folgetherapie nach sexuellem Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. In U.T. Egle; S. O. Hoffman & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen*. (S. 375–388.) Stuttgart, New York: Schattauer.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: UTB, Ernst Reinhardt.
- Foa, E. B. & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449–480.
- Follette, V. M.; Polusny, M. A.; Bechtle, A. E. & Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (19), 25–35.
- Forward, S. (1992). *Vergiftete Kindheit. Vom Missbrauch elterlicher Macht und ihren Folgen*. (2. Aufl.) München: Bertelsmann.
- Frankl, V. E. (1996). *... trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. (14. Aufl.) München: dtv. (Original 1977)
- Freud, S. (1995). *Opere 1886/1905*. (2. ed.) Rom: Newton. (Originalausgaben 1886–1905)
- Freud, S. (1995). *Opere 1905/1921*. (2. ed.) Rom: Newton. (Originalausgaben 1905–1921)
- Fürniss, T. (1993). Arbeit mit Familien. In G. Ramin (Hrsg.), *Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 53 (S. 31–62). Paderborn: Junfermann.
- Gaenslen-Jordan, C. (1993). Glaubwürdigkeitsbegutachtung von sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen. In G. Ramin (Hrsg.), *Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie. Ein*

- Handbuch*. Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 53 (S. 469–478). Paderborn: Junfermann.
- Gallo, F. P. (1996). *Reflections on active ingredients in efficient treatments of PTSD*. (Part 1). [On line]. Available: <http://psy.uq.edu.au/PTSD/trauma/art2v2i1.html> [10.9.1997].
- Gast, U. (1997). Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In U.T. Egle; S. O. Hoffman & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen*. (S. 237–258.) Stuttgart, New York: Schattauer.
- Gerbode, F. (1995). Active ingredients in efficient treatments of PTSD. *Presentation on Traumatic Incident Reduction Conference*, Florida State University.
- Giese, E. & Kleiber, D. (1989). *Das Risiko Therapie*. Thema: Psychotherapie. Psychologie heute Taschenbuch. Weinheim, Basel: Beltz.
- Glöckler, M. (1994). Sexueller Missbrauch von Kindern – verstehen, vorbeugen, behandeln. *Erziehungsarbeit – Zeitschrift für Waldorfpädagogik*, 11, 1074–1089.
- Glöer, N. (1992). Sexueller Missbrauch von Jungen. In J. Walter (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch im Kindesalter*. (2. Aufl.) (S. 55–67). Heidelberg: Edition Schindele.
- Gold, E. R. (1986). Long-term effects of sexual victimization in childhood: an attributional approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 471–475.
- Haaken, J. & Schlaps, A. (1991). Incest resolution therapy and the objectification of sexual abuse. *Psychotherapy*, 28 (1), 39–47.
- Hammel, A. (1996). *Konstruktion und Erprobung eines Katamnesebogens zur Erfassung der Effekte von Langzeittherapien*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Hartman, C. R. & Jackson, H. (1994). Rape and the phenomena of countertransference. In J. P. Wilson & J. D. Lindy (Eds.) (pp 206–244). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York, London: The Guilford Press.
- Hehl, F.-J. & Werkle, R. (1993). Eine retrospektive Untersuchung von familiären Beziehungsstrukturen bei sexuellem Missbrauch – eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Familienforschung* 13 (5), 2215–248.
- Henschel, G. (1988). Gib Vati einen Gute-Nacht-Kuss. In A. Kuckuck & H. Wohlers (Hrsg.), *Vaters Tochter. Von der Notwendigkeit, den Frosch an die Wand zu werfen* (S. 87–99). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Herman, J. L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press.
- Herman, J. L. (1994). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. (V. Koch & R. Weitbrecht, Übers.) München: Kindler. (Original erschienen 1992: Trauma and Recovery)
- Herzog, W. & Deter, H.-C. (1994). Langzeitkatamnesen: Methodische Gesichtspunkte bei der Interpretation von Verlaufsergebnissen. Eine Darstellung am Beispiel der Anorexia Nervosa. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 40, 117–127.
- Hilton, M. R. & Mezey, G. C. (1996). Victims and perpetrators of child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, 169, 408–415.
- Hirsch, M. (1987). *Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Missbrauchs in der Familie*. Berlin: Springer.
- Hirsch, M. (1993). Inzest und Psychoanalyse. In G. Ramin (Hrsg.), *Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. (Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 53) (S. 105–127). Paderborn: Junfermann.
- Hirsch, M. (1997). Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch im Rahmen einer psychoanalytischen Traumalogie. In U.T. Egle; S. O. Hoffman & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen*. (S. 103–116.) Stuttgart, New York: Schattauer.

- Hoffmann, S. O. & Egle, U. T. (1990) Psychodynamische Konzepte bei psychogenen und psychosomatischen Schmerzzuständen. In H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H. P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. (S. 141–160) Berlin: Springer.
- Hoffmann, S. O. & Egle, U. T. (1996). Risikofaktoren und protektive Faktoren für die Neurosenentstehung. *Psychotherapeut*, 41, 13–16.
- Hofman, A. (1996). EMDR. Eine neue Methode zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen. *Psychotherapeut*, 41, 368–372.
- Hofman, A.; Ebner, F. & Rost, C. (1997). EMDR in der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen. *Fundamenta Psychiatrica*, 11, 74–78.
- Hollstein, W. (1991). *Nicht Herrscher, aber kräftig. Die Zukunft der Männer*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes*. (2nd ed.) New York, Jason Aronson.
- Horowitz, M.; Wilner, N.; Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A study of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 209–218.
- Hütter, B. O. & Fischer, G. (1997). Clinimetric evaluation of the German version of the Impact of Event Scale (IES). *Proceedings of the 5. European Conference of Traumatic Stress*, 27.
- Hutz, P. (1990). Erfahrungen mit Kinderschutzzentren im Versorgungsverbund. In J. Martinius & R. Frank (Hrsg.), *Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern. Erkennen, Bewusstmachen, Helfen*. (1. Aufl.) (S. 85–94) Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.
- Hyden, M. & McCarthy, I. C. (1994). Woman battering and father-daughter incest disclosure: Discourse of denial and acknowledgement. *Discourse & Society*, 5 (4), 543–565.
- International society for prevention of child abuse and neglect. (1995). *Prevention today – treatment might be too late!* Fifth European conference on child abuse and neglect. (Book of Abstracts) Oslo.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The Aftermath of Victimization: Rebuilding Shattered Assumptions. In C. Figley: *Trauma and its wake, Vol. 1* (pp 15–35), New York: Brunner & Mazel.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113–136.
- Johnson, S. M. (1989). Integrating marital and individual therapy for incest survivors: a case study. *Psychotherapy*, 26 (1) 96–103.
- Jungjohann, E. E. (1990). Symptom als Botschaft: Psychosomatische Reaktionen als Signale bei sexueller Ausbeutung des Kindes. *Acta Paedopsychiatrica*, 53 (1), 518–537.
- Justice, B. & Justice, R. (1979). *The broken taboo. Sex in the family*. New York, London, Paris, Tokyo: Human Sciences Press.
- Kahn, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286–306.
- Kavemann, B. (1992). Sexueller Missbrauch im Kindesalter – Einführung in die Problematik. In J. Walter (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch im Kindesalter*. (2. Aufl.) (S. 11–34). Heidelberg: Edition Schindele.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.
- Keller, R. A.; Cicchinelli, L. F. & Gardner, D. M. (1989). Characteristics of child sexual abuse treatment programs. *Child Abuse & Neglect*, 13, 361–368.
- Kendall-Tackett, K.; Williams, L. M. & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 164–180.
- Kinzl, J. F.; Biebl, W. & Muigg, W. (1993). Sexueller Missbrauch und Sucht. In U. Meise (Hrsg.), *Alkohol: Die Sucht Nr. 1. Eine Standortbestimmung*. (S. 303–308). Innsbruck, Wien: Verlag Integrative Psychiatrie.

- Kinzl, J. F.; Mangweth, B.; Traweger, C. & Biebl, W. (1997). Sexuelle Funktionsstörungen bei Männern und Frauen: Bedeutung eines dysfunktionalen Familienklimas und sexuellen Missbrauchs. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 47, 41–45.
- Kleber, R. & Brom, D. (1992). *Coping with Trauma. Theory, prevention and treatment*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Kowalczyk, A. (1993). Die Täter-Opfer-Konfrontation im Rahmen der systemischen Behandlung. In G. Ramin (Hrsg.) *Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. (S. 91–104) Paderborn: Junfermann.
- Kris, E. (1956). The recovery of childhood memories in psychoanalysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 54–88.
- Lackner, K. (1988). *Töchter: Ihr lebenslanger Abschied von den Vätern*. Genf: Ariston.
- Lambauer, A. (1990). *Der strafrechtliche Schutz von Unmündigen vor sexuellem Missbrauch nach dem österreichischen Strafgesetzbuch*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Juristische Fakultät der Universität Innsbruck.
- Lampe, A. & Söllner, W. (1997). Pelipathie. In U.T. Egle; S. O. Hoffman & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen*. (S. 213–224.) Stuttgart, New York: Schattauer.
- Leitenberg, H.; Greenwald, E. & Cado, S. (1992). A retrospective study of long-term methods of coping with having been sexually abused during childhood. *Child Abuse & Neglect*, 16, 399–407.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1987). *Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Eine hypothesengenerierende Einzelfallstudie*. (Bd. 1) Ulm: PSZ-Verlag.
- Lindenthal, E. & Ihnenberger, E. (1992). *Lehrstück einer unauffälligen Vergewaltigung*. Analyse der Fernsehsendung „Argumente“ vom 14.3.1990, Innsbruck: Eigenverlag.
- Lison, K. & Poston, C. (1991). *Weiterleben nach dem Inzest. Traumabewältigung und Selbstheilung*. (A. Dittmar-Kolb, Übers.) Reihe: Die Frau in der Gesellschaft. Frankfurt a. Main: Fischer. (Original erschienen 1989: Reclaiming our lives. Hope for adult survivors of incest)
- Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48 (5), 518–537.
- Loftus, E. F.; Garry, M. & Feldman, J. (1994). Forgetting sexual trauma: what does it mean when 38% Forget? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (6), 1177–1181.
- Lohstöter, I. (1992). Für Mädchen tätig werden – eigene Barrieren überwinden. In J. Walter (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch im Kindesalter*. (2. Aufl.) (S. 120–137). Heidelberg: Edition Schindele.
- Löffler, L. G. (1993). Wieso ist Inzest tabu? Das Thema im Blick des Ethnologen. In G. Ramin (Hrsg.), *Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 53 (S. 11–29). Paderborn: Junfermann.
- Lovett, B. B. (1995). Child sexual abuse: The female victims's relationship with her nonoffending mother. *Child Abuse & Neglect* 19 (6), 729–738.
- Lykke, N. (1993). *Rotkäppchen und Ödipus. Zu einer feministischen Psychoanalyse*. Wien: Passagen.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skale – revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44 (3), 130–141.
- Maffei, H. (1996) *Südtirol ist keine Insel der Seligen! Eine Studie zum sexuellen Missbrauch von Kindern*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Pädagogisches Institut der Universität Innsbruck.
- Maltz, W. (1993). *Sexual Healing. Ein sexuelles Trauma überwinden*. (C. Holfelder von der Tann, Übers.) Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (Original erschienen 1991: The sexual healing journey. A guide for survivors of sexual abuse)
- Marmar, C. R. (1997). Trauma and Dissociation. *PTSD Research Quarterly*, 8 (3), 1–3.
- Martinius, J. & Frank, R. (Hrsg.) (1990). *Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern. Erkennen, Bewusstmachen, Helfen*. (1. Aufl.) Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.

- Masson, J. M. (1986): *Was hat man dir, du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie.* (B. Brumm Übers.) Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (Original erschienen 1984: The assault on truth. Freud's suppression of the seduction theory)
- Mayall, A. & Gold, S. R. (1995). Definitional issues and mediating variables in the sexual revictimization of women sexually abused as children. *Journal of Interpersonal Violence*, 10 (1), 26–42.
- Mayring, P. (1995). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* (5. Aufl.) Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- McFarlane, A. (1996). The longitudinal course of trauma. *Bailliere's Clinical Psychiatry*, 2 (2), 353–370.
- McMillen, C. & Zuravin, S. (1997). Attributions of blame and responsibility for child sexual abuse and adult adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 12 (1), 30–48.
- Mergenthaler, E. (1986). *Die Transkription von Gesprächen.* (2. Aufl.) Ulm: Ulmer Textbank.
- Meyer, A-E.; Grawe, K.; Graf von der Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.* Hamburg-Eppendorf: Universitätskrankenhaus.
- Miles, M. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis.* (2. ed.) London, New Delhi, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Miller, A. (1983). *Du sollst nicht merken. Variationen über das Paradies-Thema.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Miller, A. (1990). *Das verbannte Wissen.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Miller, A. (1991). *Der gemiedene Schlüssel.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Miller, A. (1992). *Am Anfang war Erziehung.* (14. Aufl.) Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (1995). *Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of trauma among emergency service and disaster workers.* (2. ed.) Baltimore: Chevron.
- Mitnick, D. G. (1997a). *Critical Incident Stress Debriefing.* [On line] Available: <http://www.trauma-tir.com/cisd.htm>. [5.9.1997, update 3.7.1997]
- Mitnick, D. G. (1997b) *Traumatic Incident Reduction. Specialized treatment for rapid emotional healing.* [On line] Available: <http://www.trauma-tir.com/tir.htm>. [5.9.1997, update 3.7.1997]
- Mitscherlich, M. (1992). *Die friedfertige Frau.* Frankfurt am Main: Fischer.
- Moggi, F. (1996). Merkmalsmuster sexueller Kindesmisshandlung und Beeinträchtigungen der seelischen Gesundheit im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25 (4), 296–303.
- Musicar, L. & Josefowitz, N. (1996). Flashback phenomena in survivors of childhood sexual abuse: a four-stage treatment model. *Journal of contemporary psychotherapy*, 26 (2), 177–191.
- Nader, K. (1994). Countertransference in the treatment of acutely traumatized children. In J. P. Wilson & J. D. Lindy (Eds.) (pp206–244). *Countertransference in the treatment of PTSD.* New York, London: The Guilford Press.
- Nienstedt, M. & Westermann, A. (1990). *Pflegekinder. Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien.* (2. Aufl.) Münster: Votum.
- Ochberg, F. M. (1988). *Gift from within. Posttraumatic Therapy.* [On line] Available: <http://www.sourcemaine.com> [update 9. 8. 1995]. (Original version 1988: Posttraumatic therapy and victims of violence. Chapter 1. New York: Brunner & Mazel)
- Ochberg, F. M. (1997). *Gift from within. The counting method for ameliorating traumatic memories.* [On line] Available: <http://www.sourcemaine.com/gift/counting.html> [update 1. 8. 1995; 9.9.1997].
- Olio, K. & Cornell, W. (1993). The therapeutic relationship as the foundation for treatment with adult survivors of sexual abuse. *Psychotherapy*, 30 (3), 512–523.
- Peisker, I. (1991). *Die strukturbildende Funktion des Vaters.* (Reihe Psychologie, Bd. 25) Pfaffenweiler: Centaurus Verlagsgesellschaft.

- Pennebaker, J. W. & Harber, K. D. (1993). A social stage model of collective coping: the loma prieta earthquake and the persian gulf war. *Journal of Social Issues*, 49 (4), 125–145.
- Petersen, B. (1991). *Meines Vaters Tochter. Analyse eines Missbrauchs*. (1. Aufl.) Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Pfäffli, U. (1993). Der mutuelle Therapieprozess bei sexueller Ausbeutung. In G. Ramin (Hrsg.), *Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 53 (S. 259–286). Paderborn: Junfermann.
- Pope, H. G.; Mangweth, B.; Brooking Negroao, A.; Hudson, J. I. & Cordás, T. A. (1994). Childhood sexual abuse and bulimia nervosa: A comparison of American, Austrian, and Brazilian women. *American Journal of Psychiatry*, 151 (5), 732–737.
- Pope, H. & Hudson, J. (1995). Can memories of childhood sexual abuse be repressed? *Psychological Medicine*, 25, 121–126.
- Ramin, G. (Hrsg.) (1993). *Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 53, Paderborn: Junfermann.
- Raphael, I.; Lundin, T. & Weisaeth, L. (1989). A research method for the study of psychological and psychiatric aspects of disaster, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (Suppl. 353), 1–75.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 2, 257–278.
- Rensen, B. (1992). *Fürs Leben geschädigt. Sexueller Missbrauch und Verwahrlosung von Kindern*. Stuttgart: Thieme.
- Richter-Appelt, H. & Ladendorf, R. (1993). Eltern-Kind-Beziehung und sexueller Missbrauch. *Psychosozial* 16 (2), 85–96.
- Richter-Appelt, H. & Tiefensee, J. (1996). Soziale und familiäre Gegebenheiten bei körperlichen Misshandlungen und sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit aus der Sicht junger Erwachsener. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 46, 367–378.
- Rieker, P. & Carmen, E. (1986). The victim-to-patient process: the disconfirmation and transformation of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56 (3), 360–370.
- Rijnaarts, J. (1991). *Lots Töchter. Über den Vater-Tochter-Inzest*. München: dtv.
- Ringel, E.; Rosenmayer, L.; Löw, S. & Fröschl, E. (1992). *Ursachen und Folgen von Gewaltanwendung gegenüber Frauen und Kindern*. Bd. 1 und 2, , Wien: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten.
- Roche, D. N.; Runtz, M. G. & Hunter, M. A. (1999). Adult attachment. A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 14 (2), 184–207.
- Rogers, M. L. (1995). Factors influencing recall of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (4), 691–716.
- Rohde-Dachser, C. (1990). Über töchterliche Existenz. Offene Fragen zum weiblichen Ödipuskomplex. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 36, 303–315.
- Rohde-Dachser, C. (1991). *Expeditionen in den dunklen Kontinent*. Berlin, New York: Springer.
- Romans, S. E.; Martin, J. L.; Anderson, J. C.; O’Shea, M. L. & Mullen, P.E. (1995). Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome. *Psychological Medicine*, 25, 127–142.
- Rose, D. S. (1991). A model for psychodynamic psychotherapy with the rape victim. *Psychotherapy*, 28 (1), 85–95.
- Roth, S. & Newman, E. (1993). The process of coping with incest for adult survivors. Measurement and implications for treatment and research. *Journal of Interpersonal Violence*, 8 (3), 363–377.

- Rüger, U. & Senf, W. (1994). Evaluative Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 40, 103–116.
- Rush, F. (1985). *Das bestgehütete Geheimnis: Sexueller Kindesmissbrauch*. (3. Aufl.). Berlin: sub rosa Frauenverlag.
- Rutschky, K. (1992). *Erregte Aufklärung. Kindesmissbrauch: Fakten und Fiktionen*. Hamburg: Klein.
- Sanford, L. T. (1992). *Das missbrauchte Kind. Die Überwindung traumatischer Verletzungen*. München: Heyne.
- Sariola, H. & Uutela, A. (1994). The prevalence of child sexual abuse in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 18 (10), 827–835.
- Schacter, D. L. (1995). Memory Wars. (Book Review). *Scientific American*, April 1995, 107–111.
- Schade, B., Schüffel, W., Schunk, T. (1997). A brief inventory to investigate stress reactions: The post-traumatic symptom scale, 10 items (PTSS-10) by Raphael, Lundin & Weisaeth – the German Version. Unveröffentlicht, Abteilung Psychosomatik, Zentrum für Innere Medizin, Marburg.
- Schedlich, C. (1996). *Das Kölner Traumainventar*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Köln, Manuskript.
- Schenk, W. (1992). Konkrete Hilfsmöglichkeiten und Krisenintervention bei Verdacht und Bekanntwerden des sexuellen Missbrauchs. In J. Walter (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch im Kindesalter*. (2. Aufl.) (S. 138–151). Heidelberg: Edition Schindele.
- Schmidt, M. H. (1997). Begutachtung von Kindern und Jugendlichen. In U.T. Egle; S. O. Hoffman & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen*. (S. 391–403.) Stuttgart, New York: Schattauer.
- Schneider, A. & Dulz, B. (1993). Krisen bei Inzestopfern und die Probleme ihrer Bewältigung. In G. Ramin (Hrsg.), *Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. (Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 53) (S. 235–258). Paderborn: Junfermann.
- Schönbach, P. & Bergmann, D. (1994). Was heißt „Verantwortung“? Begriffsbestimmungen unter dem Einfluss von Geschlechtszugehörigkeit und Kontrollbedürfnissen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 25 (3), 192–207.
- Schötensack, K.; Ellinger, T.; Gross, A. & Nissen, G. (1992). Prevalence of sexual abuse of children in Germany. *Acta Paedopsychiatrica* 55, 211–216.
- Schubbe, O. (1995) *Bifokale Traumatherapie*. [On line] Available: <http://www.is-berlin.de/oli/pgbd.htm> [9.9.1997] (Original erschienen 1995: Traumapädagogik und -therapie)
- Seagull, E. A. & Seagull, A. A. (1991). Healing the wound that must not heal: psychotherapy with survivors of domestic violence. *Psychotherapy* 28 (1), 16–20.
- Seeberger, B. (1995). *Opferhilfe in Vorarlberg im Bereich sexueller Kindesmissbrauch*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Pädagogisches Institut der Universität Innsbruck.
- Seifert, R. (1994). Weiblichkeit, kriegerische Gewalt und männliche Macht. In J. Dohnal (Hrsg.), *Gewalt gegen Frauen – Frauen gegen Gewalt*. (Tagungsdokumentation 2) (S. 175–185). Wien: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten.
- Seligman, M. E. P. (1995): *The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study*. [On line] Available: <http://www.apa.org/journals/seligman.html> [20.4.1997] (Original: *American Psychologist*, 50 [12], 965–974)
- Shapiro, D. A. (1995). Finding Out How Psychotherapies Help People Change. *Psychotherapy Research*, 5 (1), 1–21.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford.
- Shapiro, F. (1997). *Neuere Fortschritte im Bereich der Psychotraumatologie*. Manuskript des Vortrags vom 4. 9. 1997 am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Köln.

- Shengold, L. (1995). *Soul Murder. Seelenmord und die Auswirkungen von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116 (2), 340–362.
- Spring, J. (1988). *Zu der Angst kommt die Scham. Die Geschichte einer sexuell missbrauchten Tochter*. München: Kösel.
- Steinhage, R. (1991). *Sexueller Missbrauch an Mädchen. Ein Handbuch für Beratung und Therapie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Steinhage, R. (1992). Beratung und Therapie mit Frauen, die als Mädchen sexuell missbraucht wurden. In J. Walter (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch im Kindesalter*. (2. Aufl.) (S. 163–184). Heidelberg: Edition Schindele.
- Stettbacher, J. K. (1991). *Wenn Leiden einen Sinn haben soll. Die heilende Begegnung mit der eigenen Geschichte*. (6. erweiterte Auflage) Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Stockburger, C. (1993). Auf der Suche nach sexualtherapeutischen Methoden für Missbrauchsoffer – Ein feministischer Ansatz. In G. Ramin (Hrsg.), *Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 53 (S. 193–213). Paderborn: Junfermann.
- Stöhr, R.-M. (1990). Misshandelnde Eltern und ihre psychosoziale Situation. In J. Martinius, J. & R. Frank (Hrsg.), *Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern. Erkennen, Bewusstmachen, Helfen*. (1. Aufl.) (S. 31–38). Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.
- Strupp, H. & Hadley, S. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcome. With special reference to negative effects. *American Psychologist*, 3, 187–196.
- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accomodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7, 177–193.
- Teegen, F. & Cerney-Seeler, B. (1998). Sexuelle Kindesmisshandlung und die Entwicklung von Essstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 14–28.
- Timmons-Mitchel, J. & Gardner, S. (1991). Treating sexual victimization: developing trust-based relating in the mother-daughter dyad. *Psychotherapy*, 28 (1), 333–338.
- Traumatic incident reduction association: *Traumatic Incident Reduction (TIR): Frequently asked questions*. [On line] Available: <http://www.tir.org/metapsy/tirfaq.htm> [5.9.1997].
- Trube-Becker, E. (1992). Sexueller Missbrauch von Kindern aus ärztlicher und rechtsmedizinischer Sicht – Verletzungsfolgen und Schlussfolgerungen. In J. Walter (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch im Kindesalter*. (2. Aufl.) (S. 35–54). Heidelberg: Edition Schindele.
- Tscherntschitz, S. (1994). *Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen und die Auswirkungen sexueller Gewalterfahrungen vor dem 16. Lebensjahr auf das Körpererleben der betroffenen Frauen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie der Universität Innsbruck.
- Van der Kolk, B. A. (1994). *The body keeps the score. Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress*. [On line] Available: <http://www.psychologie.uni-bonn.de/online-documents> [30.4.1997]. (Original erschienen 1994: *Harvard Review of Psychiatry*, 1 [5], S. 253–265.)
- Van der Kolk, B. A.; Van der Hart, O. & Burbridge, J. (1995) *Approaches to the treatment of PTSD*. [On line] Available: <http://www.is.in-berlin.de/oli/pgkolke.htm> [9.9.1997] (Original erschienen 1995.)
- Vogeltanz, N. D; Wilsnack, S. C., Harris, T. R.; Wilsnack, R. W.; Wonderlich, S. A. & Kristjanson, A. F. (1999). Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: National survey findings. *Child Abuse & Neglect*, 23 (6), 589–582.
- Voigt, D. & Jawad-Estrak, H. (1991). *Von Frau zu Frau. Feministische Ansätze zu Theorie und Praxis psychotherapeutischer Schulen*. Reihe Frauenforschung, Bd. 17, Wien: Wiener Frauenverlag.

- Völkl, K. (1992). Langfristige psychische und physische Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs – Notwendigkeit und Möglichkeiten der Verarbeitung. In J. Walter (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch im Kindesalter*. (2. Aufl.) (S. 102–119). Heidelberg: Edition Schindele.
- Von Klitzing, K. (1990). Zur Begutachtung der Glaubwürdigkeit von kindlichen und jugendlichen Zeugen in der Frage des sexuellen Missbrauchs. In J. Martinius, J. & R. Frank (Hrsg.), *Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern. Erkennen, Bewusstmachen, Helfen*. (1. Aufl.) (S. 143–149). Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.
- Walter, J. (Hrsg.) (1992). *Sexueller Missbrauch im Kindesalter*. (2. Aufl.) Heidelberg: Schindele.
- Wanko, C. (1992). *Sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend – Prädikatoren und Auswirkungen. Epidemiologie in Innsbruck*. Unveröffentlichte Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Innsbruck.
- Wenninger, K. & Ehlers, A. (1998). Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (2), 281–300.
- Wenninger, K. & Heiman, J. R. (1998). Relating body image to psychological and sexual functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (3), 543–562.
- Wheeler, R. & Berliner, L. (1988). Treating the effects of sexual abuse on children. In G. E. Wyatt & G. J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse*. (pp 227–247). Newbury Park, Beverly Hills, London, New Delhi: Sage Publications.
- Williams, L. M. (1994a). Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (6), 1167–1176.
- Williams, L. M. (1994b). What does it mean to forget child sexual abuse? A reply to Loftus, Garry, and Feldman (1994). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (6), 1182–1186.
- Wilson, J. P. & Lindy, J. D. (Eds.) (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York, London: The Guilford Press.
- Wilson, S. A.; Becker, L. A. & Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6) 928–937.
- Wirtz, P. & Harrell, A. V. (1987). Victim and crime characteristics, coping responses, and short- and long-term recovery from victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (6), 866–871.
- Wirtz, U. (1993). *Seelenmord. Inzest und Therapie*. Zürich: Kreuz.
- Woititz, J. G. (1995). Healing your sexual self. [On line] Available: Sexual assault information page – Mailinglist, [2.8.1995]. (Original erschienen 1995: Health Communications, Florida)
- Wyatt, G. E. & Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (6), 758–767.
- Wyatt, G. E.; Guthrie, D. & Notgrass, C. M. (1992). Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 167–173.
- Wyatt, G. E.; Loeb, T. B.; Solis, B. & Carmona, J. V. (1999). The prevalence and circumstances of child sexual abuse: changes across a decade. *Child Abuse & Neglect*, 23 (1), 45–60.
- Ziegler, F. (1990). *Kinder als Opfer von Gewalt. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten*. Freiburger Beiträge zur Psychologie, Bd. 6, Freiburg: Universitätsverlag; Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber
- Zlotnick, C.; Warshaw, M.; Shea, T.; Allsworth, J.; Pearlstein, T. & Keller, M. (1999). Chronicity in posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (1), 89–100.

