



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Kindheitstrauma: sexueller Missbrauch

Ein narrativer Review zu Traumafolgen und personenzentrierter

Spieltherapie mit sexuell missbrauchten Kindern

Verfasserin

Kerstin Nossek

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A-297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Pädagogik

Betreuer: Ao. Univ. Prof. Dr. Robert Hutterer

Danksagung

Ich danke meinen Eltern, weil sie mir ein behütetes Zuhause geboten und mich bestmöglich auf meinem Lebensweg unterstützt haben, weil sie mir immer ein sicherer Hafen waren, mir mit Rat und Tat zur Seite standen und das auch heute noch tun. Ihretwegen konnte ich jene Wege einschlagen, die ich für richtig hielt und dabei begleiteten sie mich mit viel Vertrauen und Wertschätzung. Aus diesem Grund sind sie in großem Maße an der Fertigstellung dieser Arbeit und am Abschluss meines Studiums beteiligt.

Ich danke meinem Freund, Lukas, welcher mitunter viel Geduld mit mir haben musste, mich mit meinen Launen ausgehalten hat, und der trotz Stress und Gereiztheit meinerseits, der Ruhepol für mich war. Er war mir in der ganzen Zeit eine wertvolle Stütze. Darüber hinaus bedanke ich mich bei meiner Schwester Katrin und bei meinen Freundinnen, Nathalie, Claudia und Petra für ihr Interesse, fruchtbaren Austausch und dafür, dass sie mir immer wieder zugehört haben und mich mental unterstützten. Letztere gab mir nützliche Anregungen beim Korrekturlesen dieser Arbeit.

Sehr herzlich bedanke ich mich auch bei Ao. Univ-Prof. Dr. Robert Hutterer, welcher mir, sehr personenzentriert, als mein Dipolmarbeitsbetreuer viel Freiraum ließ und dennoch für klare Strukturen gesorgt hat.

Kurzfassung

Sexueller Kindesmissbrauch ist mit vielerlei Folgen für die seelische Gesundheit im Kindes- wie im Erwachsenenalter assoziiert. Diese Arbeit gibt einen Überblick über mögliche Traumafolgen und setzt sich mit dem Problem der Diagnostik von interpersonalen Traumata bei Kindern auseinander. Darüber hinaus wird die kindliche Traumaverarbeitung im Zusammenhang mit Schutz- und Risikofaktoren erörtert und klientenzentrierte Konzepte zur spieltherapeutischen Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern werden vorgestellt. Der Einbezug von Eltern in die Therapie ihrer sexuell traumatisierten Kinder wird diskutiert. Die abschließende Einsicht von Studien zur Wirksamkeit personenzentrierter Kinderspieltherapie, gibt Aufschluss über das Potenzial des Ansatzes für die spezifische Zielgruppe sexuell missbrauchter Kinder. Weitere Untersuchungen mit länger andauernden Interventionen könnten die bereits vorhandenen Teilerfolge noch verstärken.

Schlüsselwörter: sexueller Kindesmissbrauch, Traumafolgen, personenzentrierte Spieltherapie

Abstract

Child sexual abuse is associated with lots of sequelae in the mental health of children and in adulthood. This thesis gives an overview of the most common aftermaths of trauma and points out to the difficulties in the diagnosis of interpersonal trauma in children. In addition, childhood trauma processing is discussed in the context of protective and risk factors and client-centered approaches of play therapy with sexually abused children are presented. The involvement of parents in the treatment of their sexually traumatized children is discussed. The review of studies on the effectiveness of person-centered play therapy for children provides information on the potential role of the approach for the specific target group of sexually abused children. Further studies with long-term interventions could strengthen the already existing partial success.

Key words: child sexual abuse, trauma, child-centered play therapy

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Problemstellung	1
1.2	Forschungsfrage.....	2
1.3	Forschungsmethodik und Untersuchungsplan	4
1.3.1	Methode des narrativen Reviews.....	4
1.3.2	Modalitäten der Literaturrecherche	4
2	Psychotraumatologische Grundlagen	7
2.1	Was ist ein Trauma?	7
2.1.1	Traumadefinitionen und Traumtypen	7
2.1.2	Neurophysiologie des Traumas	9
3	Kindheitstrauma: sexueller Missbrauch.....	12
3.1	Was ist sexueller Kindesmissbrauch?.....	12
3.2	Traumafolgen nach sexuellem Kindesmissbrauch	15
3.2.1	Kurzzeitfolgen vs. Langzeitfolgen.....	15
3.2.2	Auswirkungen auf die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit	16
3.2.3	Auswirkungen durch missbrauchsbezogene Faktoren.....	18
3.2.4	Kognitive Bewertungen	20
3.3	Diagnostische Störungsbilder	21
3.3.1	Posttraumatische Belastungsstörung	21
3.3.2	Komplexes Psychotraumatisches Belastungssyndrom	26
3.3.3	Dissoziative Störungen	28
3.4	Schutz- und Risikofaktoren für das Ausmaß von Traumafolgen	29
3.5	Studien zu Langzeitfolgen nach sexuellem Kindesmissbrauch.....	31
3.5.1	Kognitive Bewertung, Emotion und Bewältigung nach sexueller Kindesmisshandlung	32
3.5.2	Langzeiteffekte von sexuellem Kindesmissbrauch durch weibliche Täterinnen	36

3.5.3	Sexueller Kindesmissbrauch, Bewältigung, Selbstbeschuldigung, PTBS und Reviktimisierung im Erwachsenenalter	39
3.5.4	Auswirkungen von sexuellem Kindesmissbrauch als Prädiktoren für spätere sexuelle Viktimisierung.....	42
3.5.5	Eine typologische Analyse von Verhaltensprofilen sexuell missbrauchter Kinder	47
3.6	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	50
4	Spieltherapie nach sexuellem Missbrauch.....	54
4.1	Traumabewältigung im Kindesalter	54
4.1.1	Verhaltensauffälligkeiten zur Aufrechterhaltung der Homöostase	54
4.1.2	Das Spiel als kurative Bewältigungsform.....	56
4.1.3	Die Phasen in der Traumatherapie.....	57
4.2	Typische Verhaltensweisen sexuell missbrauchter Kinder	59
4.2.1	Studien zu typischen Verhaltensweisen sexuell missbrauchter Kinder oder: Diagnoseinstrumente für ein Missbrauchssyndrom?	64
4.2.1.1	Verhaltensweisen sexuell missbrauchter Kinder in der Spieltherapie.....	65
4.2.1.2	Play Therapy Screening Instrument for Child Sexual Abuse.....	68
4.2.1.3	Entwicklung der Traumaspielskala	69
4.2.1.4	Weiterentwicklung der Traumaspielskala	70
4.2.1.5	Anatomisch korrekte Puppen.....	71
4.3	Konzepte personenzentrierter Spieltherapie nach sexuellem Missbrauch.....	72
4.3.1	Grundzüge personenzentrierter Spieltherapie.....	72
4.3.2	Ein spieltherapeutisches Paradigma für sexuell missbrauchte Kinder	76
4.3.3	Personenzentrierte Spieltherapie bei sexueller Misshandlung	78
4.3.4	Differentielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie mit sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen.....	82
4.3.5	Traumazentrierte Spieltherapie.....	87
4.3.6	Zusammenfassung der Konzepte.....	93
4.4	Integration von Eltern in den Therapieprozess sexuell missbrauchter Kinder	95

4.4.1	Einflussnehmende Faktoren auf den Einbezug von Eltern in die Spieltherapie ihrer sexuell missbrauchter Kinder.....	95
4.4.2	Filialtherapie mit schuldlosen Eltern sexuell missbrauchter Kinder	99
4.4.3	Zusammenfassung der Integration von Eltern in den Therapieprozess ihrer sexuell missbrauchten Kinder	103
4.5	Wirksamkeit personenzentrierter Spieltherapie bei sexuellem Missbrauch	106
4.5.1	Ergebnisvorhersage für Spieltherapie.....	106
4.5.2	Eine Längsschnittstudie zur Bewertung von Traumasymptomen bei sexuell missbrauchten Kindern in der Spieltherapie	110
4.5.3	Effekte individueller klientenzentrierter Spieltherapie bei sexuell missbrauchten Kindern.....	112
4.5.4	Zusammenfassung der Wirksamkeitsstudien	114
4.6	Implikationen für Spieltherapeuten sexuell missbrauchter Kinder	116
5	Resümee.....	118
6	Literaturverzeichnis	121

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Im Bereich der Therapie mit sexuell missbrauchten Kindern, gibt es zahllose Bemühungen, differentielle Vorgehensweisen fachlich fundiert zu entwickeln, um so den traumatischen Erfahrungen, welche komplexe Folgestörungen nach sich ziehen können und eine massive Bedrohung der Integrität und der Entwicklung eines Kindes darstellen, entgegen zu wirken.

Doch die Vielfalt der unterschiedlichen therapeutischen Verfahren zur Behandlung von Traumafolgestörungen und der Verarbeitung traumatisierender Erlebnisse, macht es nicht gerade zu einem einfachen Unterfangen, den Überblick über Interventionsmöglichkeiten zu bewahren. Nicht nur aus praktischer Sicht für Therapeuten, Betroffene und deren Angehörige, sondern auch aus einer theoretischen und wissensgenerierenden Perspektive, ist es daher innerhalb der Scientific Community sinnvoll, sich mit neuen Zugängen sowie Forschungsergebnissen auseinanderzusetzen.

So konnten laut Berking, Egenolf und Grawe (2006) unter anderem Beiträge der neurophysiologischen Forschung Auskunft darüber geben, welche Hirnareale in welcher Weise aktiviert werden, wenn es zu traumatisierenden Erlebnissen kommt. Diese liefern Erklärungsmuster zu innerpsychischen Vorgängen als Reaktionen auf traumatische Ereignisse, welche sich teilweise als traumainduzierte psychische Störungen manifestieren. Des Weiteren konnte innerhalb der Psychotherapieforschung, durch Untersuchungen zu den Wirkfaktoren für eine erfolgreiche Therapie Assay und Lambert (1999) zufolge, belegt werden, dass die therapeutische Beziehung hierfür einen ausschlaggebend großen Beitrag leistet.

Obgleich verhältnismäßig viel an einschlägiger Literatur zum Themenbereich des sexuellen Kindesmissbrauchs zu existieren scheint, sind doch kontrollierte Effektivitätsstudien, insbesondere zu personenzentrierter Spieltherapie nach sexuellem Missbrauch, aber auch insgesamt zur Traumaverarbeitung und -therapie im Kindes- und Jugendalter, Raritäten in der Forschungslandschaft. Scott, Starling, Burlingham, Porter und Lilly (2003), sowie Reyes und Asbrand (2005) konnten in ihren Studien zur Wirksamkeit von Spieltherapie bei sexuell missbrauchten Kindern gemischte bis positive Ergebnisse nachweisen.

Findling, Bratton und Henson (2006) entwickelten auf Basis des beobachtbaren Verhaltens traumatisierter Kinder innerhalb der Spieltherapie, eine „Traumaspielskala“ (Trauma Play Scale), welche Myers, Bratton, Hagen und Findling (2011) mittels einer normativen Stichprobe weiterentwickelten und abermals Diskriminanzvalidität feststellen konnten.

Was den Einbezug von Eltern in die Therapie sexuell missbrauchter Kinder betrifft, konnten

Costas und Landreth (1999) positive Trends als Ergebnis ihrer Untersuchung zu Filialtherapie mit schuldlosen Eltern und ihren sexuell missbrauchten Kindern feststellen. Etwas widersprüchlich stellen sich die Ergebnisse des Einbezugs von Eltern bei Corcoran und Pillai (2008) dar. Diese konnten nur sehr geringe Effektstärken im Zusammenhang mit den untersuchten Wirkungsbereichen (internalisierte/externalisierte Symptomatik, sexualisiertes Verhalten, posttraumatischer Stress) nachweisen. Jedoch wurden in dieser Meta-Analyse ausschließlich kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze untersucht. Die Frage ob klientenzentrierte Spieltherapie mit Einbezug der Eltern oder Filialtherapie, bei sexuell missbrauchten Kindern andere Ergebnisse hervorbringt, bleibt genauer zu überprüfen.

Im Allgemeinen herrscht in Fachkreisen Konsens darüber, dass sexueller Kindesmissbrauch weit reichende Folgen im Leben eines Kindes nach sich ziehen kann und, dass die Therapie aufgrund der höchst individuellen Reaktionen auf solch traumatische Erfahrungen, eines der umfangreichsten und schwerwiegendsten Gebiete der therapeutischen Arbeit darstellt (z.B.: Browne & Finkelhor, 1986; Courtois, 2008; Goetze, 2002; Reyes & Asbrand, 2005; Spaccarelli, 1994; Terr, 2003).

Gerade im Kontext von sexuellen Übergriffen auf Kinder ist die Möglichkeit einer korrigierenden Beziehungserfahrung (Landolt & Hensel, 2008) von essentieller Bedeutung. Beziehung, die auf Respekt vor den eigenen Grenzen und jenen des Gegenübers basiert, ist für sexuell traumatisierte Kinder keine Selbstverständlichkeit. Sie müssen erst (wieder) erlernen, dass Grenzen aufgezeigt werden dürfen und notwendig sind um sich im eigenen Körper zu Hause zu fühlen. Ein solches Beziehungsangebot kann auf einfühlsame Art und Weise, unter Wahrung der kindlichen Bedürfnisse und in Abgestimmtheit auf den aktuellen Entwicklungsstatus des Kindes, die personenzentrierte Therapeutenperson in Form einer Spieltherapie anbieten. Die therapeutische Haltung, welche im personenzentrierten Ansatz stets durch Empathie, positive Wertschätzung und Kongruenz gekennzeichnet ist, bietet Kindern Konstanz und Orientierung sowie einen gesicherten Rahmen, innerhalb dessen sie sich auf der Ebene des Spiels mit den traumatischen Erfahrungen auseinandersetzen und diese in ihr Selbstkonzept integrieren können.

1.2 Forschungsfrage

Anliegen dieser Arbeit ist es, einen Überblick über bestehende Konzepte innerhalb der personenzentrierten Spieltherapie mit sexuell missbrauchten Kindern zu geben.

In diesem Sinne sind drei große Themenkomplexe zu nennen, mit welchen ich mich innerhalb dieser Arbeit auseinandersetzen möchte: (1) Psychotrauma im Allgemeinen, (2) das Kindheitstrauma des sexuellen Missbrauchs im Speziellen und (3) spieltherapeutische Interventio-

nen nach sexuellem Missbrauch.

Zunächst ist es notwendig psychotraumatologische Grundlagen in Augenschein zu nehmen um ein Grundverständnis für Reaktionen auf traumatische Erfahrungen zu schaffen. In weiterer Folge ist interessant, welche Traumafolgen speziell das Kindheitstrauma des sexuellen Missbrauchs nach sich ziehen kann, um daraus abzuleiten, in welcher Weise therapeutisch adäquate Interventionen zu setzen sind, bzw. wie eine Reduktion von teils sehr belastenden Symptomen zu erwirken ist. Auch die Frage der Einbindung von Eltern oder anderer Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess ist gerade in der Therapie mit sexuell missbrauchten Kindern, von großer Bedeutung, da sie in Abhängigkeit zu ihrem sozialen System stehen. In diesem Sinne wird die Sichtung der Fachliteratur hinsichtlich personenzentrierter spieltherapeutischer Konzepte relevant, um herauszufinden, welche Maßnahmen zur Behandlung kindlicher Sexualtraumata in Fachkreisen existieren, wie diese konzipiert sind und ob sie Unterschiede zu spieltherapeutischen Konzepten mit nicht missbrauchten Kindern aufweisen. Zu guter Letzt ist eine Überprüfung von Wirksamkeitsnachweisen notwendig um Aussagen zur Indikationsstellung von personenzentrierter Spieltherapie bei sexuell missbrauchten Kindern, überhaupt möglich zu machen.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage für diesen Review:

- ◆ Welche personenzentrierten Konzepte zur Therapie mit sexuell traumatisierten Kindern lassen sich in der Fachliteratur finden?

Als Subfragen sollen weiters folgende Fragen in der Verarbeitung der recherchierten Literatur behandelt werden:

- ◆ Inwiefern unterscheiden sich personenzentrierte spieltherapeutische Konzepte für sexuell missbrauchte Kinder von personenzentrierter Spieltherapie mit nicht sexuell missbrauchten Kindern.
 - (a) in der Vorgehensweise,
 - (b) in den Anforderungen an die Therapeutenperson und
 - (c) in Bezug auf die Einbindung von Familienmitgliedern in den therapeutischen Prozess
- ◆ Wie wirksam ist personenzentrierte Spieltherapie in der Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern?

1.3 Forschungsmethodik und Untersuchungsplan

1.3.1 Methode des narrativen Reviews

Die Forschungsmethode der Wahl für die Fragestellung dieser Diplomarbeit ist die Methode des narrativen Reviews. „Ein narrativer Review ist eine Zusammenfassung und Synthese verschiedener Primärstudien, aus denen Schlussfolgerungen für Fragestellungen in einem umfassenden und komplexen Forschungsgebiet gezogen werden können.“ (Hutterer, 2011, S. 1). Meta-Analysen weisen in ihren Grundzügen Ähnlichkeiten mit narrativen Reviews auf, da sie sich ebenfalls mit Primärstudien auseinandersetzen, deren Ergebnisse in Effektstärken zusammenfassen und durch statistische Datenverarbeitung Einschätzungen zu den Effekten des jeweiligen Forschungsgegenstandes geben. Laut Hutterer (2011) ist die Stärke des narrativen Reviews darin zu sehen, dass eine größere Bandbreite an Fragen und Problemen diskutiert werden kann und die Möglichkeit des Einbezugs von theoretischem Hintergrundwissen gegeben ist. Dieser Umstand lässt die Methode des narrativen Reviews als passend für die Auseinandersetzung mit dem Thema und für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Diplomarbeit erscheinen. Durch eine hermeneutisch-interpretative Annäherung, lässt sich die große Menge an Literatur zum Thema des sexuellen Kindesmissbrauchs sinnvoll bearbeiten. Ziel einer solchen Vorgehensweise, ist das sinnerschließende Verstehen eines bestimmten Problembereichs. Durch die Auseinandersetzung mit Teilaspekten und die Synthese der daraus gewonnenen Erkenntnisse soll ein tieferes Verständnis für die Problematik des Untersuchungsgegenstandes erarbeitet werden. Dabei werden in kritischer und multiperspektivischer Weise Vorverständnisse geklärt, Zusammenhänge aufgezeigt und Kontroversen diskutiert.

1.3.2 Modalitäten der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche mittels Schlagwortsuche fand vorrangig in den Online-Datenbanken PsyArticles und SagePublications statt. Suchbegriffe waren „posttraumatic stress disorder“, „child sexual abuse“, „play therapy“, „sexually abused children“, „childhood trauma“, sowie deren Kombinationen. Durch die Datenbanksuche aufgefundene Literatur, führte weiter zu bestimmten Zeitschriften, etwa dem „International Journal of Play Therapy“, „Child Abuse and Neglect“ oder „Child Maltreatment“. Darüber hinaus wurden die Literaturangaben der recherchierten Artikel auf weitere Publikationen zum Thema überprüft und gezielt nach aufgefundenen Artikeln gesucht. Deutschsprachige Literatur wurde über die Onlinekataloge der Universitätsbibliothek Wien ebenfalls mittels Schlagwortsuche („Posttraumatische Belastungsstörung“, „Trauma“, „sexueller Kindesmissbrauch“, „personenzentrierte Spieltherapie“), sowie über die Fachbuchhandlung Krammer für psychotherapeutische, psychologische und

medizinische Wissenschaften, recherchiert. Auch hier ergab die Durchsicht von Literaturangaben eine weitere gezielte Suche nach bestimmten Artikeln und Fachbüchern.

Nicht durchgängig bezieht sich die verwendete Literatur explizit auf spieltherapeutische Interventionen für kindliche Sexualtraumata, da viele Prinzipien des personenzentrierten therapeutischen Vorgehens mit Kindern im Allgemeinen, auch für traumatisierte Kinder im Speziellen angewandt werden. So lassen sich durchaus auch Beiträge zur Kinderspieltherapie in dieser Arbeit finden, welche dazu dienen sollen Grundlagenwissen zu nutzen, um ein Verständnis für die Notwendigkeit eines differentiellen Zuganges zu erlangen. Ebenso verhält es sich mit Literatur, welche sich eher mit Verarbeitungsmodellen generell, also weniger mit den spezifischen Copingstrategien des Kindesalters beschäftigt. Auch jene Beiträge werden teilweise Einzug in diese Arbeit finden, da es von zentraler Bedeutung ist, ein umfassendes Verständnis des Traumabegriffes und der Traumaverarbeitung zu entwickeln, sowie Grundlagenwissen der Psychotraumatologie kurz aufzubereiten, um in weiterer Folge auf die spezielle Problematik des Kindesalters im Zusammenhang mit sexueller Traumatisierung eingehen zu können.

Tabelle 1: Übersicht verwendeter Studien

	Studien	Meta-Analysen	Reviews
Traumafolgen	• Denov (2004) • Filipas & Ullman (2006) • Hébert, Parent, Daignault & Tourigny (2006) • Moggi & Hirsbrunner (1999) • Reese-Weber & Smith (2011)	• Rind, Bauserman & Tromovitch (1998) • Tolin & Foa (2006)	• Browne & Finkelhor (1986) • Celano, Hazzard, Campbell & Lang (2002) • Lalor & McElvaney (2010) • Nemeroff et al. (2009) • Spaccarelli (1994) • Steil & Straube (2002) • Valle & Silovsky (2002)
Erhebungsinstrumente/ Diagnostik	• Findling, Bratton & Henson (2006) • Myers, Bratton, Hagen & Findling (2011)		• Bartlett-Simpson, Kneeshaw & Schaefer (1993) • Courtois (2008) • Nemeroff et al. (2009)
Verhaltensweisen/ Spielverhalten	• Homeyer & Landreth (1998)		• Chaffin et al. (2008) • White & Allers (1994)
Einbezug von Eltern	• Costas & Landreth (1999) • Hill (2009)	• Corcoran & Pillai (2008)	• Hill (2005)
Wirksamkeit	• Deblinger, Stauffer & Steer (2001) • Lanktree & Briere (1995) • Reyes & Asbrand (2005) • Scott, Starling, Burlingame, Porter & Lilly (2003) • Tsai & Ray (2011)	• Amand, Bard & Silovsky (2008) • Bratton, Ray, Rhine & Jones (2005) • Hetzel-Riggin, Brausch & Montgomery (2007) • LeBlanc & Ritchie (2001)	

2 Psychotraumatologische Grundlagen

2.1 Was ist ein Trauma?

Eine Arbeit, in welcher es um traumatische Erfahrungen geht, sollte sich zunächst mit dem Begriff des Traumas auseinandersetzen. Dies verlangt in weiterer Folge nach einem inhaltlichen Grundverständnis der Psychotraumatologie, welches notwendig wird um sich mit traumainduzierten Folgeschäden für die Psyche und die menschliche Integrität zu beschäftigen. Um diesem Anliegen gerecht zu werden wird im folgenden Abschnitt der Fokus vorerst auf einen Erklärungsversuch des Phänomens des Traumas gelegt.

Der Begriff „Trauma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Verletzung“ (Landolt & Hensel, 2008). Auf wissenschaftlicher Basis hat sich, Fischer und Riedesser (2003) zufolge, ursprünglich die chirurgische Medizin diesen Begriff zu Eigen gemacht. „Traumatologie“ bezeichnet eine medizinische Fachrichtung, welche sich mit Wunden und Behinderungen befasst, die von einer Verletzung stammen. Umgelegt auf das psychische Innenleben des Menschen, kann man also von seelischer Verletzung sprechen. Um die chirurgische Traumatologie von der „seelischen Traumatologie“ abzugrenzen, halten Fischer und Riedesser (2003) die Vorsilbe Psycho-, für sinnvoll. Psychotraumatologie ist „eine interdisziplinär ausgerichtete Lehre von psychischen Verletzungen und ihren vielfältigen negativen Folgen für die davon Betroffenen.“ (S. 15)

Die Psychotraumatologie erforscht und behandelt Ursachen und aufrechterhaltende Faktoren bestimmter psychischer Störungsbilder und beschäftigt sich insofern unter anderem mit den Auswirkungen von Naturkatastrophen, Folter, politischer Verfolgung, sexueller Misshandlung, Krieg, Krankheit und all jenen Situationen und Erlebnissen, welche die menschliche Fähigkeit zur psychischen Bewältigung dieser Erfahrungen massiv überschreitet. „Wie die verschiedenen somatischen Systeme des Menschen in ihrer Widerstandskraft überfordert werden können, so kann auch das seelische System durch punktuelle oder dauerhafte Belastungen in seinen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert und schließlich traumatisiert/verletzt werden.“ (Fischer & Riedesser, 2003, S. 22)

2.1.1 Traumadefinitionen und Traumatypen

Psychisches Trauma ist nach Fischer und Riedesser (2003) ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (S. 82)

Annette Streeck-Fischer (2007) definiert psychisches Trauma als ein Ereignis „das die Fähigkeit der Person, für ein minimales Gefühl von Sicherheit und integrativer Vollständigkeit zu sorgen, abrupt überwältigt und das sowohl die psychischen als auch die biologischen Copingmechanismen überfordert“ (S. 53).

Steve Spaccarelli (1994) vertritt die Auffassung, dass jede Erfahrung, die Menschen dazu zwingt, sich mit hoch diskrepanten Informationen bezüglich eigener Kernüberzeugungen von der Welt und dem Selbst, zu konfrontieren, potenziell traumatisch sein kann.

Kindheitstrauma wird nach Leonore Terr (2003) beschrieben, als das „mentale Resultat eines plötzlichen, externen Ereignisses oder einer Serie von Ereignissen, welche(s) die junge Person vorübergehend hilflos macht/machen und die übliche Bewältigungs- und Verteidigungsfähigkeiten überfordert.“ (S. 323, Übers. K.N.)

All diesen Definitionen ist gemein, dass das Individuum sich Ereignissen ausgesetzt sieht, die es nicht bewältigen kann. Der Verlust des subjektiven Sicherheitsgefühls und die damit einhergehende Hilf- und Wehrlosigkeit, stehen im Mittelpunkt des Erlebens der traumatisierten Person.

Terr (2003) organisiert das Denken über Kindheitstraumata anhand unterschiedlicher Traumtypen. Hierfür schlägt sie eine Unterscheidung von Typ I-Trauma und Typ II-Trauma vor und hält auch eine Mischform beider Typen für möglich.

Zu der Kategorie des Typ I- Traumas gehören plötzliche, einmalige Ereignisse, während der Kategorie des Trauma-Typ II, lang anhaltende oder wiederholte Traumatisierungen zuzuordnen sind. Kennzeichen des Trauma-I-Typs sind volle, detaillierte Erinnerung, „Omens“ (das Finden von Gründen für die Geschehnisse) und Fehlwahrnehmung. Typ-II-Traumata sind gekennzeichnet durch Verleugnung und psychische Abstumpfung, Selbst-Hypnose und Dissoziation, und Wut. Die Kombination beider Traumtypen ist dann gegeben, wenn ein einmaliges Ereignis, andauernde Konsequenzen für das Leben eines Kindes nach sich zieht, wie es bei Tod der Eltern, dauerhafter körperlicher Behinderung, Entstellung nach einem schweren Unfall oder Heimatlosigkeit der Fall ist. Solche Kinder können Terr (2003) zufolge, signifikante Persönlichkeitsveränderungen durchmachen oder psychische Abgestumpftheit an den Tag legen um ihren Schmerz zu minimieren. Schwere Depressionen und dauerhafte Trauer sind ebenfalls Kennzeichen dieser Mischform. Dadurch wäre umso verständlicher, dass Kinder welche aufgrund innerfamiliärer sexueller Gewalt von Kinderschutzbeauftragten aus der Familie geholt würden, in kumulativer Weise Traumatisierung erfahren, so die Autorin. Der sexuelle Missbrauch und die folgende Trennung von der Familie, stellen so gesehen nur den Anfang einer langen Abwärtspirale dar, sofern dem Kind nicht die notwendige Unterstützung

verlässlicher Erwachsener zukommt.

Obgleich sexueller Kindesmissbrauch auch als einmaliges Ereignis auftreten kann, ist die Auseinandersetzung in dieser Diplomarbeit vorwiegend auf lang anhaltenden Missbrauch ausgerichtet, wie dies häufig in innerfamiliärem Kontext vorkommt, und ist somit nach Terr (2003), dem Trauma-Typ II zuzuordnen.

2.1.2 Neurophysiologie des Traumas

Um begreifen zu können wie psychisches Trauma im Menschen wirkt, ist es sehr hilfreich sich die hirnpfysiologischen Vorgänge zu verdeutlichen, welche als Reaktion auf traumatische Situationen in Gang kommen. Bei der Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis kommt es zu komplexen neurologischen Vorgängen, eingeleitet oder gehemmt durch Hormonausschüttungen, und zur Reizverarbeitung innerhalb des zentralen Nervensystems.

Berking, Egenolf und Grawe (2006) verfassten ein Kapitel zu neurologischen Hintergründen der Posttraumatischen Belastungsstörung in Zobel's „Traumatherapie – eine Einführung“ (2006). Für die folgenden Erläuterungen der hirnpfysiologischen Vorgänge wird v. a. auf dieses Kapitel Bezug genommen, sowie auf die Erklärungen neurologischer Mechanismen innerhalb der Psychotraumatologie von Fischer und Riedesser (2003).

Noradrenalin und Cortisol sind zwei der Botenstoffe im Gehirn, so genannte Neurotransmitter, die für die neurologischen Reaktionen auf traumatische Ereignisse relevant sind. Sie sorgen dafür, dass der Blutdruck ansteigt und Motivation, geistige Leistungsbereitschaft und Aufmerksamkeit verstärkt werden. Dadurch steuern sie die mentale und psychische Stressanpassung. Kommt ein Individuum in eine vital bedrohliche, potenziell traumatische Situation, so werden diese Botenstoffe ausgeschüttet. Da die übermäßige Ausschüttung von Noradrenalin und Cortisol jedoch den präfrontalen Cortex lähmt, welcher die Impuls-, Emotions- und Verhaltenskontrolle reguliert und normaler Weise hemmend auf die Amygdala einwirkt, reagiert diese mit den basalen Reaktionen Furcht, Vermeidung, Erstarrung. Die Amygdala übt im Normalfall eine affektgeleitete Verstärkerfunktion aus. Sie verarbeitet emotionale und soziale Informationen und Impulse, je nach emotionaler Relevanz und verstärkt oder unterdrückt sie. Durch eine bedrohliche und beängstigende Situation ausgelöst, werden also vermehrt Noradrenalin und Cortisol ausgeschüttet, welche den präfrontalen Cortex gleichsam überschwemmen und so dessen Hemmungsfunktion auf die Amygdala ausschalten. Nun ist die Amygdala, frei von jedweder Hemmung, für sämtliche Emotionen in einem Ausmaß zugänglich, welches eine Kontrolle dieser Affekte fast unmöglich werden lässt. Das unkontrollierte Einwirken von starken Gefühlen wie beispielsweise Angst, Panik oder Wut, ist für den menschlichen Organismus so überwältigend, dass es zur einer traumatischen Reaktion oder

„Notfallreaktion“ im Sinne der Flight-Fight-Freeze Reaktionen, kommen muss.

Fischer und Riedesser (2003) sprechen von einem kühlen, alltäglichen Gedächtnis, welches der Hippocampusregion zugeordnet wird. Raum, Zeit und Kausalität sind die Kategorien, welchen diese Hirnregion unterliegt. Der Hippocampus ist darüber hinaus zuständig für Kodierung, Speicherung und Abruf räumlicher und episodischer Erfahrung. Diese beiden Hirnregionen (Hippocampus und präfrontaler Cortex), welche durch die massive Ausschüttung von Noradrenalin und Cortisol in einen Erregungszustand versetzt und dadurch in ihrer Filterfunktion beeinträchtigt werden, sind dann nicht mehr in der Lage Wahrnehmungseindrücke kategorial zu erfassen und zu ordnen. Stattdessen werden zusammenhanglose Fragmente unterschiedlicher Sinneseindrücke gespeichert, und Erinnerungen ihrem ursprünglichen Kontext enthoben, da sie nicht mehr in Raum und Zeit verortet werden können.

„Aufgrund des während des Traumas überforderten Hippocampus fehlt die Einbettung traumaassoziierter Reize in den jeweiligen Kontext. Das traumatische Geschehen ist ungenügend in ‚Raum und Zeit verortet‘. Dadurch kann nach dem Trauma ein aktueller interner oder externer sensorischer Reiz, der in der Amygdala mit dem Trauma assoziiert ist, nicht als ‚im aktuellen Kontext ungefährlich‘ bewertet werden. Damit bleibt die Hemmung der konditionierten Angstreaktion in der Amygdala über den medialen präfrontalen Cortex aus und es kommt zur Aktivierung des Traumanetzwerkes mit den dazugehörigen Symptomen wie anhaltendem, belastendem Wiedererleben des Traumas in Gedanken und Träumen, dissoziativen Flashbacks, Intrusionen sowie intensiver psychischer Belastung, körperlichen Reaktionen und Vermeidungsimpulsen bei Konfrontation mit Reizen, die mit dem Trauma assoziiert werden.“ (Berking et al., 2006, S. 23f)

Berking et al. (2006) weisen darauf hin, dass es Befunde gibt welche dafür sprechen, dass der Hippocampus die erlernte Angstreaktion in der Amygdala hemmt, sofern er zwischen aktuellem und traumatischem Kontext vergleichen kann. Traumatische Ereignisse müssten aus diesem Grund erinnert, rekonstruiert und verbalisiert werden, so die Autoren, um dem Gehirn die Möglichkeit zu geben, vergangene Erlebnisse von gegenwärtigen Erinnerungen zu unterscheiden. Notwendige Voraussetzung für diese Unterscheidung sei das Wissen darum, dass das Aktivieren von Gedächtnisinhalten im aktuellen Kontext keine reale Bedrohung darstelle. „Daher ist es für den Erfolg einer solchen Rekonstruktionsintervention zentral, dass es dabei zwar zum Erleben von Angst, aber nicht zu unkontrollierbaren aversiven, retraumatisierenden Erfahrungen kommt.“ (S. 25)

Auch Fischer und Riedesser (2003) gehen davon aus, dass das extreme Erregungsniveau der Hippocampusregion innerhalb einer sicheren und stützenden Umgebung, wie einer Psychotherapie, langsam abgebaut werden kann, was zur Folge hat, dass sich neuronale Informationsblockaden ebenfalls langsam verringern. „Jetzt kann die traumatische Information über

den Hippocampus verarbeitet, an corticale Regionen weitergeleitet und mit dem Sprachzentrum verbunden werden mit der Folge, dass die bisher fragmentierten Erinnerungen jetzt auch sprachlich und kognitiv zugänglich werden.“ (S. 285)

3 Kindheitstrauma: sexueller Missbrauch

3.1 Was ist sexueller Kindesmissbrauch?

Lalor und McElvaney (2010) weisen darauf hin, dass der Terminus „sexueller Kindesmissbrauch“ sehr unterschiedlich verstanden wird. Als eine sehr weitläufige Definition führen sie „ungewollten sexuellen Kontakt“ an. Ein weiteres Problem in der Definition sexuellen Kindesmissbrauchs sehen die Autoren in den unterschiedlichen Altersangaben. In ihrem Review zu sexuellem Kindesmissbrauch in Zusammenhang mit späterem sexuellem Risikoverhalten, fanden sie Studien, welche sexuelle Erfahrungen vor dem Alter von 15, 16, 17 oder 18 Jahren, als sexuellen Kindesmissbrauch definierten.

Sexueller Kindesmissbrauch wird in der recherchierten Literatur definiert als:

- ◆ das Involvieren von abhängigen, entwicklungsunreifen Kindern oder Jugendlichen in sexuelle Aktivitäten, welche diese nicht begreifen und in welche sie daher nicht fähig sind, ihr informiertes Einverständnis zu geben, sowie Aktivitäten, welche sexuelle Tabus familiärer Rollen brechen. (Denov, 2004).
- ◆ sexuelle Handlungen ohne Kontakt, versuchte sexuelle Handlungen und vervollständigte sexuelle Handlungen zwischen einem Kind unter 14 Jahren und einem Täter der mindestens fünf Jahre älter als das Opfer ist. (Filipas & Ullman, 2006)
- ◆ das Erfüllen sexueller Bedürfnisse Erwachsener, eines unter 18jährigen Kindes durch jede Form von sexuellem Kontakt mit einer Person die mindestens fünf Jahre älter ist. (Fitzgerald, 2008)
- ◆ sexuell unpassendes Verhalten des Täters, welches dem Opfer Schaden zufügt. (Reyes & Asbrand, 2005)

In ihrer Meta-Analyse zu den angenommenen Eigenschaften von sexuellem Kindesmissbrauch stellen Rind, Bauserman und Tromovitch (1998) die „inflationäre“ Verwendung des Begriffs „sexueller Kindesmissbrauch“ an den Pranger. Sie kritisieren das Zusammenfassen sämtlicher sexueller Handlungen und Interaktionen zwischen Kindern oder Jugendlichen und einer signifikant älteren Person oder zwischen gleichaltrigen Kindern oder Jugendlichen, sofern Gewalt involviert ist, unter der Kategorie des „sexuellen Kindesmissbrauchs“. Ebenso sehen sie in der wenig differenzierten Nutzung der in Bezug stehenden Begriffe „Täter“ und „Opfer“ eine Beeinträchtigung der wissenschaftlichen Validität. Sie plädieren daher für eine grundlegende Unterscheidung zwischen Missbrauch als Schaden verursachende Aktivität an Kindern oder Jugendlichen und Missbrauch als Verletzung sozialer Normen. In ihrer Untersu-

chung von 59 Studien wollen sie daher die inhärenten Annahmen (a) sexueller Kindesmissbrauch verursache Schaden; (b) dieser Schaden sei innerhalb der Population der sexuell missbrauchten Personen pervasiv und (c) sehr wahrscheinlich von intensivem Ausmaß, sowie (d) die Erfahrung sexuellen Kindesmissbrauchs sei gleichermaßen schädigend für beide Geschlechter, auf Richtigkeit überprüfen, mit der Absicht ein präzises und angemessenes Verständnis von sexuellem Kindesmissbrauch in der generellen Population zu generieren.

14% der Collagemänner und 27% der Collagefrauen aus den verwendeten Stichproben (insgesamt über 15.000 Collagestudenten) berichteten von Ereignissen, welche als sexueller Kindesmissbrauch klassifiziert werden konnten. Die dem sexuellen Kindesmissbrauch zugeschriebenen Annahmen konnten jedoch nicht bestätigt werden. Zwar stellten Rind et al. (1998) eine Assoziation zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und schlechter psychologischer Anpassung fest, jedoch war diese nur von geringem Ausmaß. Das familiäre Umfeld war eher als Ursache von Anpassungsproblemen zu sehen, als sexueller Missbrauch. 11% der weiblichen und 37% der männlichen Probanden berichteten sogar von positiven Kurzzeiteffekten. Darüber hinaus waren lang anhaltende negative Effekte nicht pervasiv unter den untersuchten Collagestudenten und der Missbrauch wurde retrospektiv nicht als äquivalente Erfahrung für Männer und Frauen beschrieben, sondern von Frauen als stärker schädigend wahrgenommen. Rind et al. (1998) räumen ein, dass hier die typische Frau eingeschätzt wurde und eine individuelle Perspektive daher keinen Eingang in die Resultate fände. Daher sind sich die Autoren darüber im Klaren, dass in bestimmten Fällen sehr wohl Schaden durch sexuellen Kindesmissbrauch entsteht, dessen negatives Potenzial in der generellen Population halten sie allerdings für überschätzt.

Die laut Lilienfeld (2002) wohl kontroverseste Schlussfolgerung der Autoren, bestand darin, dass sie als neuen, wertneutralen Begriff für zumindest einige Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch „adult-child-sex“ vorschlugen. Jedoch betonten sie, dass ein Fehlen von Schmerzlosigkeit nicht ein Fehlen von Falschheit bedeute, und ihre Untersuchung daher keinesfalls die Abschaffung oder auch nur die Änderung moralischer und ethischer Definitionen oder Verhaltensperspektiven welche als sexueller Kindesmissbrauch klassifiziert seien, impliziere.

Mit dieser Meta-Analyse sorgten Rind et al. (1998) für großes Aufsehen in Fachkreisen sowie in öffentlichen Medien, sodass schließlich selbst die APA (American Psychological Association) sich unter dem Druck der Öffentlichkeit von den Resultaten und Schlussfolgerungen der Forschergruppe um Rind distanzierte.

Lilienfeld (2002) zufolge, war ein Hauptkritikpunkt an der Rind et al. (1998)-Untersuchung die Normalisierung der Pädophilie, denn Vertreter aus einschlägigen Organisationen zogen

das medial breit getretene und plakativ ausgelegte Ergebnis, sexueller Kindesmissbrauch verursache nicht bei allen Personen zwangsläufig Schaden, als Aushängeschild ihrer Gesinnung heran. Der Diskurs welchen die Rind et al. (1998)-Meta-Analyse auslöste, bezog sich laut Lilienfeld (2002) auf vier wesentliche Punkte:

- ◆ Die Verantwortlichkeit, die speziell Autoren wissenschaftlicher Artikeln zukommt, wenn sie darin Ergebnisse und Schlussfolgerungen präsentieren, welche andere verletzen oder als Fürsprache schädlicher Aktivitäten (z.B. Pädophilie) interpretiert werden können.
- ◆ Die akademische und wissenschaftliche Freiheit von Sozialwissenschaftlern auch Ergebnisse dar- und Schlussfolgerungen anzustellen, welche unerwünscht sind – vor allem in Bezug auf die ethischen und wissenschaftlichen Richtlinien, alle Ergebnisse darzulegen und für alle wissenschaftlichen Perspektiven offen zu bleiben, selbst, wenn diese die Antithese der eigenen Hypothese darstellen.
- ◆ Die Frage, ob Psychologen eine aktivere Rolle einnehmen sollten, wenn es darum geht der allzu häufigen Tendenz von Medien und Politik, sozialwissenschaftliche Forschungsergebnisse verzerrt oder zu vereinfacht darzustellen, entgegen zu wirken.
- ◆ Der Unterschied von Sozialwissenschaft wie sie Forscher kennen und Sozialwissenschaft, wie sie typischer Weise in der Öffentlichkeit kommuniziert wird. Ein Hauptquell der oft scharfen Konflikte zwischen Sozialwissenschaften und Populärmeinung, sei das unzureichende Verständnis für den Unterschied zwischen Wissenschaft und Allgemeinwissen, so Lilienfeld (2002).

Dallam et al. (2001) führten eine neuerliche Untersuchung sämtlicher von Rind et al. (1998) verwendeten Daten durch, um die Durchführungsweise und die Beweisstärke der Ergebnisse zu überprüfen. Sie stießen dabei auf einige Limitationen, wie etwa die Nutzung eines Collagesamples. Obwohl Rind et al. (1998) zu argumentieren versuchten, dass ein Collagesample für die generelle Population repräsentativ sein kann, sind Dallam et al. (2001) der Ansicht, dass jene Personen, welche den schwersten Schaden durch sexuellen Missbrauch in der Kindheit genommen hatten, innerhalb eines Collagesamples unterrepräsentiert seien, da diese den Weg ans Collage aufgrund vielfältiger sozialer und akademischer Einbußen, häufig gar nicht schaffen. Für diese Argumentation führen sie Forschungsergebnisse an, welche sexuellen Kindesmissbrauch mit schwacher akademischer Leistung in Verbindung bringen. Dallam et al. (2001) kommen daher in ihrer Schlussfolgerung mit Rind et al. (1998) überein, dass sexueller Kindesmissbrauch nicht für alle Individuen zwangsläufig zu intensivem Schaden führt, jedoch sei dieses Ergebnis insofern zu relativieren, als Rind et al. (1998) eine Stichprobe gesunder

Menschen untersuchten. Selbst wenn die Assoziation zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und schlechter psychologischer Anpassung nur von geringem Ausmaß sei, so die Autoren, die Anfälligkeit für eine große Bandbreite an psychischen Störungen und sozialen Problemen im Erwachsenenalter wäre dadurch zweifellos gesteigert. Auch den von Rind et al. (1998) postulierten Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die psychischen und sozialen Auswirkungen, konnten Dallam et al. (2001) nicht bestätigen.

3.2 Traumafolgen nach sexuellem Kindesmissbrauch

Die psychischen Folgen, welche ein akutes traumatisches Erlebnis oder chronische Traumatisierung nach sich ziehen kann, sind weit reichend. Eine grundlegende Differenzierung der Folgen ergibt sich aufgrund der Dauer des Traumas. Akute vs. chronische Traumatisierung, einfaches oder komplexes Trauma, Monotrauma und multiples Trauma oder Trauma-Typ I vs. Trauma-Typ II, sind die in der Literatur gängigen Bezeichnungen für die Unterscheidung zwischen einmaligen traumatischen Ereignissen und jenen traumatisierenden Erfahrungen, welchen ein Individuum lang andauernd, manchmal über Jahre hinweg, ausgesetzt ist. Während Monotraumata ähnliche Initialeffekte auslösen können wie multiple Traumata, sind letztere eher mit Langzeitfolgen assoziiert, da diese, insbesondere im Kindesalter, massiv auf die Entwicklung einiger wesentlicher Kompetenzbereiche einwirken.

3.2.1 Kurzzeitfolgen vs. Langzeitfolgen

Browne und Finkelhor (1986) sprechen sich gegen den Begriff der „Kurzzeitfolgen“ aus, da dieser ihrer Meinung nach, ein Verschwinden der Folgen nach kurzer Zeit impliziert. Vorzugsweise verwenden sie den Begriff der „Initialeffekte“, welcher deutlicher zum Ausdruck bringt, dass bestimmte Auswirkungen schon sehr kurz nach der Traumaerfahrung auftreten können, und so den Beginn der Traumafolgen darstellen, keineswegs aber deren Verschwinden.

♦ *Emotionale Reaktion und Selbstwahrnehmung*

Hiermit sind einerseits internalisierende Folgen wie Schlaf- und Essstörungen, Ängste und Phobien, Schuld, Scham und Wut gemeint. Andererseits treten auch externalisierende Folgen wie Schulprobleme oder Weglaufen auf. Bricht man die emotionalen Auswirkungen auf spezifische Reaktionen herunter, so ist die am häufigsten auftretende Folge Furcht, wie die meisten der von Browne und Finkelhor (1986) untersuchten Studien bestätigen. Darüber hinaus sind depressive und überkontrollierte Verhaltensweisen, sowie anti-

soziale und unkontrollierte Verhaltensweisen häufig bei Missbrauchsoptionen zu beobachten.

◆ *Unpassendes Sexualverhalten*

Hierzu sind Verhaltensweisen wie offene Masturbation, exzessive sexuelle Neugier, häufiges Zurschaustellen der Genitalien zu zählen. Auf die Problematik von sexualisierten Verhaltensweisen wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch näher eingegangen.

◆ *Soziale Ebene*

Schulschwierigkeiten, Schuleschwänzen, Weglaufen, frühe Heirat als Flucht vor den innerfamiliären Strukturen, sowie Schulabbruch oder Rauswurf aus der Schule gehören nach Browne und Finkelhor (1986) zu den Folgen auf der sozialen Ebene.

Langfristig wirksam, so Purtscher (2008), seien bei frühkindlicher chronischer Traumatisierung vor allem die Auswirkungen auf das Bindungsverhalten, sowie auf die psychosoziale und kognitive Entwicklung. Wahrnehmungsdefizite, kognitive Beeinträchtigungen, Beeinträchtigung der sozialen, motorischen und sprachlichen Entwicklung, die daraus resultieren, perpetuieren die Folgen und führen zu weiteren Einbußen in den genannten Bereichen. Da chronische Traumatisierung in der Kindheit solch massive Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung hat, spricht man häufig auch von einer multiplen und komplexen Entwicklungsstörung.

3.2.2 Auswirkungen auf die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit

Die Bindungssicherheit eines Kindes kann, nach O'Sullivan und Ryan (2009), als sichere Ebene verstanden werden, auf der einem Kind die Verfügbarkeit seiner Bindungsfigur gewiss ist. Diese sichere Basis entsteht aus einem Zusammenspiel von Bindungssystemen und Ausdruckssystemen. Im Laufe des Heranwachsens wird das Bedürfnis nach unmittelbarer Nähe zur Bezugsperson weniger. Dennoch werden primäre Bindungspersonen als sichere Ausgangsbasis genutzt, von der aus es möglich ist die Welt im Alleingang zu erkundschaften und zu welcher das Kind in Zeiten des Stresses oder der Überforderung zurückkehren kann. Diese Möglichkeit, in schwierigen Zeiten in den sicheren Hafen der elterlichen Fürsorge zurückzukehren, sehen die Autoren als Beitrag zu einem gesunden und emotionalen Wohlbefinden im Erwachsenenalter. Sichere Bindungsmuster werden dadurch entwickelt, dass Mütter oder andere primäre Bindungsfiguren, sämtliche Affekte ihres Kindes verstehen und zu modulieren wissen. Das Versagen in der Aufnahme und Modulation der kindlichen Gefühle, führe zu Distress im Kind und des Weiteren zu unsicheren Bindungsmustern, erklären O'Sullivan und Ryan (2009). Sicher gebundenen Kindern wird ein flexibler Regulationsstil und eine größere

Bandbreite an Emotionen zugeschrieben. Elternverhalten, welches Unterstützung und ein angemessenes Maß an Führung biete, sowie positiven emotionalen Wert habe, gehe Hand in Hand mit Kindern, die fähig sind, sich selbst etwas zuzutrauen, einen Sinn für sich selbst zu entwickeln und mit anderen in einer positiv angemessenen Art zu interagieren, so O'Sullivan und Ryan (2009). Elterliche Inkonsistenz hingegen, oder negative Fürsorge könne dem Beginn von Problemen vorausgehen oder diese aufrechterhalten.

Findet sexueller Missbrauch innerhalb der eigenen Familie statt, und wurden wichtige Bindungs- und Schutzpersonen zum „traumatisierenden Aggressor“ (Fischer & Riedesser, 2003), hat dies verheerende Auswirkungen auf die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit eines Kindes: „Hier geraten die traumakompensatorischen Erkenntnisbemühungen des Kinds in gefährliche Sackgassen. Nach welchen Kriterien soll es jetzt noch freundliche und feindliche, bedrohliche und hilfreiche Bindungsfiguren unterscheiden?“ (S. 278)

Auch Brisch (2003) betont, dass sexueller Missbrauch durch eine Vaterfigur oder eine verwandte Person innerhalb der ersten Lebensjahre, mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Bindungsstörung führt. Er geht davon aus, dass der Bindungskontext mit der missbrauchenden Vaterfigur bis zum Aufdecken des Missbrauchs bestehen bleibt, welcher das Kind wiederum einem erheblichen Spannungsfeld von Gefühlen zwischen Angst, Panik, Ausgeliefertsein und körperliche Nähe und Berührungen mit der Bindungsperson aussetzt. Die Ambivalenz den Vater einerseits als Bindungs- und Schutzfigur für sich selbst und die Geschwister wahrzunehmen und andererseits als bedrohlichen Täter, der Abwehrsignale und Widerstand des Kindes übergeht, hinterlässt ein „irritierbares, desorganisiertes Bindungsarbeitsmodell zurück, so daß [sic] sich das Kind auf kein sicheres Bindungsgefühl verlassen kann.“ (Brisch, 2003, S. 107) Ohne therapeutische Hilfe, so der Autor weiter, sei eine solche Bindungsstörung kaum zu verarbeiten. Eine weitere Bindungsform, die aus gewalttätiger Zuwendung entstehen kann bezeichnet er als sadistisches Bindungsmuster:

„Wenn die körperliche Mißhandlung [sic] des Kindes in eine ritualisierte Form der sadistischen Gewalt eingebettet und mit sexualisiertem Erleben auf der Seite des Peinigers gekoppelt ist, gleichzeitig dem Kind suggeriert wird, daß [sic] diese Erfahrung gut ist und eine besondere Form der stabilen, verlässlichen [sic] Beziehung darstellt, für die es dankbar sein müsse, entsteht ein inneres Arbeitsmodell, in dem Bindungserfahrung und Gewalt sehr eng mit Aggressivität und Sadismus verknüpft werden.“ (S. 113)

Dies könne dazu führen, so Brisch (2003) weiter, dass Kinder etwa an ihren eigenen geliebten Haustieren diese Form der Bindungserfahrung wiederholen und diese schlagen, verletzen, anzünden und auf unvorstellbar grausame Weise quälen. Bindungssicherheit und sadistische

Gewalt seien hier eng miteinander verknüpft und „stellen eine höchst pathologische Inszenierung von ‚Sicherheit‘ dar.“ (S. 113) In einer Fußnote vermerkt auch Gil (1993), dass das Töten und Quälen von Tieren einem Hilfeschrei gleichkommt und von großer Not eines Kindes zeugt. Eine Erklärung solchen Verhaltens bezieht sich ihr zufolge, auf das Nachvollziehen der selbst erlebten Misshandlungen am Tier, als ein Opfer, welches schwächer ist als das Kind. Die beinahe noch schlimmere Möglichkeit sei das Erproben der Selbsttötung. Gil (1993) weist darauf hin, dass ein solches Verhalten umso alarmierender ist, wenn das Kind eine starke emotionale Bindung an das Tier hat.

Im Erwachsenenalter können laut Browne und Finkelhor (1986) Schwierigkeiten in Beziehungen mit Männern und Frauen, zu den eigenen Eltern, sowie auch in der Elternschaft, da die Fähigkeiten fehlen, adäquat auf die eigenen Kinder einzugehen, als Langzeitfolgen sexuellen Kindesmissbrauchs gewertet werden. Schwierigkeiten in der Elternschaft, so die Autoren weiter, können möglicherweise auch damit in Zusammenhang stehen, dass Gefühle von Nähe mit sexueller Bedeutung verknüpft sind. Häufig wurde beobachtet, dass Mütter, welche als Kinder sexuell missbraucht wurden, sich emotional und physisch von ihren Kindern distanzieren. Purtscher (2008) zählt die Unfähigkeit anderen zu vertrauen zu den Folgen chronischer Traumatisierung im Kindesalter. Sie ist der Ansicht, dass es bedingt durch den Mangel an Vertrauen und die Ungewissheit über die Verlässlichkeit anderer Personen, häufig zu Beziehungsabbrüchen kommt, und verlässliche und vertrauenswürdige Beziehungen nur äußerst schwer zu Stande kommen. Dadurch wiederum, fehle es an sozialer und innerer Orientierung und Sicherheit, was leichte Verführbarkeit und Bestechlichkeit begünstige, so Purtscher (2008) weiter. Das Problem der Vulnerabilität für sexuelle Reviktimisierung im Erwachsenenalter führen Browne und Finkelhor (1986) ebenfalls an und weisen darauf hin, dass korrupte Beziehungsmuster häufig in Partnerschaften münden, welche wiederum missbrauchend sind. Zu der Problematik der Reviktimisierung führten sowohl Filipas und Ullman (2006), als auch Reese-Weber und Smith (2011) Untersuchungen durch, welche im Kapitel 3.4 genauer beschrieben werden sollen.

3.2.3 Auswirkungen durch missbrauchsbezogene Faktoren

Browne und Finkelhor (1986) konnten in ihrem Review zu den Auswirkungen von sexuellem Kindesmissbrauch unterschiedliche Einflüsse durch die Art und Weise des Missbrauchs feststellen. Zur Dauer des Missbrauchs konnte die These, je länger die Missbrauchserlebnisse anhielten umso traumatischer müssten sie sein, nicht eindeutig bestätigt werden. Jedoch sei die Dauer eng mit anderen Aspekten, wie dem *Alter bei Beginn des Missbrauchs*, *familiäre Beziehung zwischen Opfer und Täter* und der *Art der sexuellen Aktivität*, verknüpft.

-
- ◆ Die *Beziehung zum Täter* hat einen wesentlichen Anteil an der Schwere von Traumafolgen. Die Autoren gehen davon aus, dass nicht das Verwandtschaftsverhältnis mit dem Täter ausschlaggebend ist, sondern die Nähe zwischen Täter und Opfer: Missbrauch durch einen vertrauten Nachbarn könne zerstörerischer sein, als durch einen entfernten Onkel. Konsistente Forschungsergebnisse konnten gefunden werden, wenn der Vater oder eine Vaterfigur der Täter war. Hier sei das Ausmaß traumatischer Erfahrung größer als bei allen anderen Tätergruppen, so Browne und Finkelhor (1986). Ein hier nicht mitbedachter Faktor ist mit Sicherheit auch das Abhängigkeitsverhältnis des Kindes zu dem Täter. Es macht vermutlich einen großen Unterschied ob die Person, welche das Kind missbraucht, „lediglich“ vom Kind geliebt wird, oder ob es zusätzlich auch von dieser abhängig ist, was die existenzielle Grundversorgung betrifft.
 - ◆ Jedoch identifizierten Browne und Finkelhor (1986) auch die *elterliche Reaktion* als wesentlich. Negative Reaktionen der Eltern oder Bezugspersonen auf den Missbrauch oder dessen Offenbarung, scheinen ihnen zufolge, das Trauma zu aggravieren. Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn in Betracht gezogen wird, dass viele Kinder vom Täter zur Geheimhaltung gezwungen werden. Dass jene Kinder, welchen vom Täter ein Schweigegebot auferlegt wurde, größerem Distress ausgesetzt sind, konnte nicht bestätigt werden. Die Autoren gehen davon aus, dass erzwungene Geheimhaltung zwar Leiden im Kind auslöst, jedoch negative soziale Reaktionen nach der Offenbarung des Missbrauchs noch wesentlich schädlicher sein können, außer dieser liegt schon sehr lange zurück. Die Konsequenzen welche institutionelles Einwirken auf die Situation hat, sind ebenfalls nicht bedeutungslos. Kinder, die aus ihren Familien geholt wurden zeigten erhöhtes Aggressionspotential, was allerdings auch, so Browne und Finkelhor (1986), mit den negativen Reaktionen der Mütter dieser Kinder, in Zusammenhang stünde.
 - ◆ Die *Art der sexuellen Aktivität* kann, den beiden Autoren zufolge, ein weiterer Bedingungsfaktor sein. Vollzogener oder versuchter Geschlechtsverkehr, Fellatio, Cunnilingus, Anilingus oder Analverkehr gelten als extrem traumatisierend.
 - ◆ Ist darüber hinaus *Gewalt und Aggression* involviert, so führt dies zu massiven internalisierenden und externalisierenden Symptomen. Gewalt ist daher für Browne und Finkelhor (1986) ein Hauptfaktor für Trauma.
 - ◆ Des Weiteren ist das *Alter des Kindes* bei Beginn des Missbrauchs von Bedeutung. Es gilt die These, je jünger ein Kind ist, desto verletzlicher ist es durch das Trauma. Da nur wenige Studien diesen Trend bestätigten, sind Browne und Finkelhor (1986) der Ansicht, dass die Naivität jüngerer Kinder einen Schutzfaktor darstellen könnte. Heute weiß man,

dass ein so genannter „sleeper effect“ eintreten kann (Saywitz, Mannarino, Berliner & Cohen, 2000). Dieser beschreibt das Phänomen des erstmaligen Auftretens von Symptomen nach erst bis zu einem Jahr nach Aufdeckung des Missbrauchs bei schwer missbrauchten Kindern. Dieses „Schlummern“ der Symptome lässt solche Kinder asymptomatisch erscheinen, und ist vermutlich durch Abwehrmechanismen wie Verdrängung oder Täuschung (Weinberg, 2005) zu erklären. Darüber hinaus zeigten Markese (2007) zufolge, Untersuchungen zu präverbalen Traumata, dass selbst sehr junge Kinder, innere Repräsentanzen ihrer grausamen Erfahrungen entwickeln und oft ein Leben lang damit zu kämpfen haben. An dieser Stelle sei Terr (2003) zitiert, welche um die zerstörerische Wirkung von Kindheitstraumata weiß: „If one could live a thousand years, one might completely work through a childhood trauma by playing out the terrifying scenario until it no longer terrified. The lifetime allotted to the ordinary person, however, does not appear to be enough.“ (S. 325)

3.2.4 Kognitive Bewertungen

In der Forschung zu sexuellem Kindesmissbrauch und dessen Folgen wurden unterschiedliche Wirkfaktoren, wie Familiencharakteristika (ist die Familie unterstützend, gibt es eine gute Eltern-Kind-Bindung,...), Kindcharakteristika (Geschlecht, Entwicklungsstand,...) und Missbrauchscharakteristika (Schwere, Dauer,...) erkannt, welche Einfluss auf die Reaktionsweise eines Kindes nehmen. Da Kognitionen, im Gegensatz zu anderen Variablen des Missbrauchs, modifizierbar sind, beschäftigte man sich darüber hinaus auch mit kindlichen Kognitionen, inklusive der Attributionen bezüglich des Missbrauchs und kindlichen Bewältigungsstrategien, berichten Valle und Silovsky (2002). Grundsätzlich kann nach internen oder externen, stabilen oder instabilen, globalen oder spezifischen und kontrollierbaren oder unkontrollierbaren Faktoren attribuiert werden. Diese Attributionsstile erklären Valle und Silovsky (2002) folgendermaßen:

Interne Attribution ist der Glaube daran, dass das Ereignis aufgrund der eigenen Charakteristika oder des eigenen Verhaltens geschehen konnte, während bei *externer Attribution* die Verantwortung etwas oder jemand anderem zukommt.

Stabilität bezieht sich auf die momentane Stabilität der Ursache eines Ereignisses, also darauf ob der Grund für das Ereignis nur in diesem Moment gegeben war, demnach veränderlich ist, oder ob er permanent vorhanden ist.

Spezifische Attributionen interpretieren die Ursache eines Ereignisses als nur für eine spezifische Situation relevant, während *globale Zuschreibung* den Grund eines Ereignisses, auch auf alle anderen Situationen bezieht.

Kontrollierbarkeit hängt davon ab ob der Grund eines Ereignisses als kontrollierbar wahrgenommen wird oder nicht.

Celano, Hazzard, Campbell und Lang (2002) sehen die frühe Annahme, Selbstbeschuldigung bei Opfern habe negative Auswirkungen auf deren Leben, in ihrem Review zu Attributionen sexuell missbrauchter Kinder, als durch die empirischen Literatur bestätigt. Valle und Silovsky (2002) fanden heraus, dass externe Attribution des Missbrauchs zwar Schuldgefühle reduzieren, allerdings auch die Wahrnehmung der Kontrolle über die Situation verringern kann, was Gefühle der Hilflosigkeit, Depression, Furcht und schwaches Selbstwertgefühl zur Folge hat. Aus diesem Grund, merken die Autoren kritisch an, solle bei Interventionen, welche zum Ziel haben die kindliche Attribution in Richtung externe, instabile Gründe formen, das Risiko negative Effekte einzuleiten immer im Auge behalten werden. Im Umkehrschluss wird dadurch klar, warum Selbstbeschuldigung für manche Opfer sexuellen Missbrauchs ein gewisses Maß an Kontrollfähigkeit darstellt.

3.3 Diagnostische Störungsbilder

Streeck-Fischer (2007) weist darauf hin, dass es bei schwerer Traumatisierung im Kindesalter neben vielfältigen traumaspezifischen Symptomen und Copingbemühungen, zu Veränderungen in der Persönlichkeitsentwicklung, sowie zu kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen kommen kann. Um dieser komplexen Problematik Rechnung zu tragen, gibt es vielerlei Bemühungen diagnostische Kriterien, für die speziellen Ansprüche einer kind- und entwicklungsspezifischen Diagnostik, aufzustellen. Zunächst einmal ist unter solchen Bemühungen, die Unterscheidung der Phänomenologie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zwischen Kindern und Erwachsenen einzustufen. Des Weiteren sind Dissoziative Störungen und schließlich das Komplexe Psychotraumatische Belastungssyndrom als diagnostische Störungsbilder zu nennen, welche in der Fachliteratur häufig mit sexuellem Kindesmissbrauch in Verbindung gebracht werden.

3.3.1 Posttraumatische Belastungsstörung

In der ICD-10 ist folgende Definition einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu finden: „...verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die fast bei jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010, S. 183) Die charakteristischen Symptome einer PTBS nach ICD-10 sind folgende:

- ◆ Wiederholtes Erleben des Traumas durch Flashbacks, sich aufdrängende Erinnerungen und Träume,
- ◆ Gefühl des Betäubtseins mit emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen, Teilnahmslosigkeit und Lustlosigkeit,
- ◆ Vermeidungsverhalten durch meiden von Aktivitäten und Situationen, die an das Trauma erinnern könnten und vegetative Übererregtheit mit erhöhter Vigilanz und Schlaflosigkeit, sowie übermäßiger Schreckhaftigkeit

Steil und Straube (2002) haben in Anlehnung an diese allgemeinen Symptome eine Gegenüberstellung der Merkmale der PTBS im Kindesalter entwickelt. Hierzu gehören etwa wiederholtes, wenig lustbetontes Spielen, anklammerndes oder aggressives Verhalten, Angst vor Dunkelheit oder dem Alleinsein, Bauch- oder Kopfschmerzen, übermäßige Besorgnis um Familienmitglieder oder Freunde, regressive Verhaltensweisen, Verlust bereits erworbener Fähigkeiten und schulischer Leistungsabfall.

Wenngleich einige Autoren der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gerade im Kindesalter oder ganz einfach nur dem Terminus gegenüber kritisch eingestellt sind, ist es dennoch wesentlich für diese Arbeit, die wichtigsten Eckpunkte dieses Störungsbildes deutlich zu machen, da viele der beschriebenen Symptome auch in der Therapie mit traumatisierten Kindern auftauchen können und insbesondere, weil sexueller Missbrauch häufig einer PTBS vorangeht. Steil und Straube (2002) hielten in ihrer Überblicksarbeit zur Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen fest, dass 50 bis 80% aller Erwachsenen mit diagnostizierter PTBS, diese nach dem Erleben sexueller Gewalt entwickelten. Diese epidemiologischen Daten weisen auf ein 6-7fach höheres Risiko hin, durch sexuelle Gewalterfahrung traumatisiert zu werden, als durch andere Geschehnisse.

Auch Nemeroff et al. (2009) konnten in ihrem Review zum Stand der Forschung über PTBS ein erhöhtes Prävalenzrisiko nach sexuellem Missbrauch feststellen. Grundsätzlich, so weitere Forschungsergebnisse dieses Reviews, käme PTBS häufiger bei Frauen als bei Männern vor. Die zugrunde liegenden Mechanismen dieser Geschlechterunterschiede jedoch, sind nicht ganz eindeutig. Sowohl unterschiedliche Traumaerfahrungen, als auch unterschiedliche Reaktionsweisen können diese Geschlechtsdifferenz mitbedingen. Bei extremen Traumata seien die Geschlechtsunterschiede allerdings nur geringfügig, so die Autoren. Des Weiteren nennen Tolin und Foa (2006) in ihrer Meta-Analyse die Form der Messung in Studien zu Geschlechtsunterschieden der PTBS als möglichen Faktor dafür an, dass Männer weniger stark betroffen scheinen. Häufig, so die Autoren würden selbstevaluierende Fragebögen oder Semi-strukturierte Interviews genutzt. Männer könnten hier also dazu tendieren die Schwere der

Belastung nicht zuzugeben. Bei sexuellem Kindesmissbrauch, welcher häufiger von Frauen berichtet wurde, gab es in Tolin und Foa's (2006) Untersuchung keinen Geschlechtsunterschied in Bezug auf die PTBS-Schwere, außer unter gewissen methodologischen Umständen, nämlich, wenn für die Datenerhebung bei Erwachsenen strukturierte Interviews genutzt wurden. Dieses Ergebnis könnte eine Bestätigung für die vermutete Tendenz darstellen.

Die Kritik am Konzept der PTBS im Kindesalter bezieht sich auf die Problematik der zu wenig kindgerechten Diagnostik. Beispielsweise halten Saywitz et al. (2000), die Diagnosekriterien nicht für ausreichend sensibel für die Besonderheiten des Kindesalters. Dies bezieht sich vor allem auf Entwicklungsfaktoren, insbesondere auf die Art und Weise wie Kinder ihre Belastung ausdrücken. Da es schwierig wäre diese Symptome zu bewerten und verfügbare Messinstrumente nur sehr limitierten Nutzen brächten, sei die PTBS bei Kindern, Saywitz et al. (2000) zufolge, vermutlich sogar noch unterrepräsentiert.

Die wesentlichen Unterschiede der PTBS-Symptomatik bei Kindern im Gegensatz zu Erwachsenen stellten Hofmann und Besser (2003, S. 174) mit Bezugnahme auf die Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen der AACAP (American Association for Child and Adolescent Psychiatry,) wie folgt dar:

- Kinder und Jugendliche mit einer klinischen PTBS erfüllen selten alle formalen Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung.
- Der Wechsel von Symptomen ist deutlich schneller und stärker ausgeprägt als bei Erwachsenen (z.B. der Wechsel von Übererregung und Dissoziation).
- Die bei vielen Erwachsenen sehr auffällige B-Symptomatik (intrusive Erinnerung) ist bei Kindern und Jugendlichen viel versteckter und kann häufig erst bei genauerer Untersuchung herausgefunden werden.
- Kinder und Jugendliche zeigen häufig andere Gruppen von Symptomen als Erwachsene. Diese Symptomausprägungen hängen dabei eng mit dem Entwicklungsstand und der Altersgruppe der betroffenen Kinder zusammen und verändern sich auch bei der weiteren Entwicklung entsprechend (z.B. Übererregungs- und Schreisymptomatik bei sehr kleinen Kindern oder aggressives Externalisieren bei älteren Kindern).
- Insgesamt wird von der AACAP die Empfehlung gegeben, ein Kind oder einen Jugendlichen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung dann als behandlungswürdig anzusehen, wenn das Alltagsleben des Kindes oder des Jugendlichen beeinträchtigt ist, auch wenn nur ein einziges Kriterium erfüllt ist.

Riedesser (2003) schlägt für größere Übersichtlichkeit der zu beachtenden Faktoren in der Diagnostik von Kindheitstraumata die Orientierung an einem „entwicklungspsychopathologi-

schen Referenzrahmen“ vor. Dieser soll als Grundlage für die Planung therapeutischer und präventiver Interventionen dienen. Sämtliche entwicklungsspezifischen Variablen, welche Auswirkungen auf die weitere Entwicklung eines Kindes haben können, werden damit erfasst. Ein umfassendes Bild der Bewältigungsstrategien und der Symptomatik eines Kindes kann somit generiert werden. Riedesser (2003) zufolge wird die PTBS-Symptomatik häufig von anderen Symptomen begleitet, wie beispielsweise von regressiven Verhaltensweisen, oftmals verlaufe sie aber auch ohne auffällige Symptome, etwa, „wenn dissoziative Coping-Mechanismen wie De-Personalisation und De-Realisation wirksam werden und die Umwelt annimmt, das Kind sei symptomfrei.“ (S. 164) Für ihn hat sich daher eine gründliche Diagnostik bei Verdacht auf kindliche psychische Traumatisierung, nach einem „entwicklungspathologischen Modell“ (S. 169) im Sinne eines Referenzrahmens psychopathologischer Entwicklung, zu richten und folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- ◆ Den Stand der biopsychosozialen Entwicklung des Kindes bei der Traumatisierung
- ◆ Die Art des Traumas (einmalig oder komplex, Typ I oder Typ II)
- ◆ Bewusste und unbewusste Aspekte der traumatischen Situation
- ◆ Beschädigung bestimmter Entwicklungslinien durch das Trauma
- ◆ Protektive Faktoren und Ressourcen des Kindes selbst und in seinem Umfeld

Steil und Straube (2002) sehen Schwierigkeiten in der Diagnostik aufgrund der fehlenden verbalen Fähigkeiten in sehr früher Kindheit. Im Durchschnitt könnten Kinder erst ab einem Alter von drei Jahren autobiographische Erinnerungen, wenn auch meist fragmentarisch und unvollständig, verbal wiedergeben, so die Autoren. Da der Hippocampus erst im Alter von drei Jahren vollständig ausgeprägt sei, liefert Hantke (2006) hierfür eine Erklärung, habe ein Säugling keine Möglichkeit der Einordnung der Ereignisse in Raum und Zeit: „Wenn er Hunger hat, so ist das absolut und unaufschiebbar, wird er allein gelassen, so ist die Einsamkeit endlos.“ (S. 115) Sarah Markese (2007) vertritt die These, dass Folgen von präverbaalem physischem und sexuellem Missbrauch auf andere Art, wie etwa in vorsymbolischer, prozeduraler Weise, durch dysregulierte Kinästhetik, durch Reinszenierungen des Missbrauchs in frühen präverbalen Spielsequenzen und durch gestörte Bindungs- und Beziehungsmuster im Kleinkindalter, repräsentiert sein können, schon bevor sich Sprache entwickelt. Green, Crenshaw und Kolos (2010) berichten von der oft fälschlichen Annahme, dass ein Kind sich nicht an das Trauma erinnere, geschweige denn, davon in Mitleidenschaft gezogen würde, wenn es nur jung genug wäre. Mit Verweis auf Gaensbauer (1994, 1995, 2002) argumentieren sie, dass Kinder bereits im ersten Lebensjahr innere Repräsentationen traumatischer Ereignisse herstel-

len und über einen langen Zeitraum im Gedächtnis behalten können. In einem ebenso eindrucksvollen wie grauenhaften Fallbeispiel eines, im Alter von vier Monaten schwerst körperlich und sexuell missbrauchten Mädchens, wird dies von Markese (2007) anschaulich illustriert.

Purtscher (2008) ist der Ansicht, dass spezifische Traumafolgeerkrankungen wie die PTBS im Kindesalter eher nach traumatischen Ereignissen des Typ I zu beobachten, und ansonsten wesentlich häufiger, komplexere Ausprägungsmuster posttraumatischer Beeinträchtigungen mit verschiedenen komorbiden Störungen festzustellen seien. Die Komorbidität von externalisierenden wie internalisierenden Verhaltensproblemen, schlechter schulischer Leistung, Suizidgedanken und -versuchen, Schwierigkeiten mit interpersonellen Beziehungen und somatischen Beschwerden, führen auch Steil und Straube (2002) an. Auch Depressionen, Alkohol- und Drogenmissbrauch sind weitere komorbide Störungsmuster, welche eine PTBS im Kindes- und Jugendalter begleiten können.

Fischer und Riedesser (2003) sehen ein Problem in der begrifflich unzureichenden Trennschärfe:

„Der Terminus „post-traumatische“ Belastungsstörung in den gegenwärtigen Diagnostikmanualen legt nahe, „Trauma“ sei ein Ereignis, das bereits vergangen ist, wenn sich die Symptome der Störung auszubilden beginnen. *Nach* dem Trauma (= post-traumatisch) bildet sich die Störung aus. Offensichtlich werden hier die Begriffe „Trauma“ und „traumatisches Ereignis“ miteinander vermischt, denn vergangen ist ja streng genommen nur das traumatische Ereignis: eine definitorische Nachlässigkeit, die für eine sich entwickelnde Wissenschaft nicht folgenlos bleibt.“ (S. 61)

Sie schlagen daher den Begriff „basales psychotraumatisches Belastungssyndrom“ (bPTBS) vor. Dieser terminologische Vorschlag habe den Vorteil, das bekannte Symptombild der PTBS in ein breites Spektrum psychotraumatischer Syndrome einzufügen und führe damit von der Vorstellung fort, dass es auf phänomenaler Ebene nur ein einziges Syndrom, nämlich das PTBS, gäbe. „Die Bezeichnung *bPTBS* ist nicht im Sinne eines umfassenden Katalogs aller psychotraumatischen Symptome zu verstehen, sondern im Sinne von *basalen oder Grunddimensionen* der traumatischen Reaktion, die auch dann wirksam sind, wenn phänomenal noch andere Merkmale in Erscheinung treten.“ (S. 47)

In der Forschungsliteratur hat sich der Begriffsvorschlag von Fischer und Riedesser (2003) bisher noch nicht durchgesetzt, weshalb auch in dieser Arbeit die Verwendung des Ursprungsterminus vorgezogen wird.

3.3.2 Komplexes Psychotraumatisches Belastungssyndrom

Komplexe Traumata sind nach Courtois (2008) jene, welche wiederholt über eine längere Zeitspanne und innerhalb spezifischer Beziehungen und Kontexte auftreten. Den Prototyp des Komplextraumas sieht Courtois (2008) in sexuellem Missbrauch.

Nach Fischer und Riedesser (2003) können Menschen, welche über einen längeren Zeitraum (Monate bis Jahre) der Kontrolle anderer unterworfen sind, unter einem komplexen psychotraumatischen Belastungssyndrom leiden. Dies können Erlebnisse wie Geiselhaft, Kriegsgefangenschaft, Konzentrationslager oder familiäre Gewalt, Kindesmisshandlung, sexueller Kindesmissbrauch, sowie organisierte sexuelle Ausbeutung sein. Als Folgen dieser lang andauernden schweren Traumatisierung erkannte Herman (1992) Veränderungen in vielen emotionalen, sozialen und weltanschaulichen Bereichen. Zusätzlich zu den Symptomen der PTBS treten hier noch weitere gravierende Folgen auf. Wesentlich ist die Veränderung des Selbstbildes durch Scham- und Schuldgefühle, sowie Gefühle der Wertlosigkeit und Stigmatisierung, und dem Glauben völlig verschieden von anderen zu sein, was darin resultiert sich von niemandem verstanden zu fühlen. Des Weiteren ist eine ständige Beschäftigung mit dem Täter, etwa in Form von Rachedgedanken, oder eine veränderte Wahrnehmung in Bezug auf diesen, zu den zusätzlichen Folgen des komplexen psychotraumatischen Belastungssyndroms zu zählen. Etwa, ihn als übermächtig zu erleben, die Idealisierung des Täters und eine Übernahme von dessen Weltanschauung, sowie das Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Verbindung zu ihm sind Kennzeichen einer veränderten Täterwahrnehmung. Konsequenzen für das Sozialleben und die Beziehungsfähigkeit sind vor allem durch Rückzug und Isolation gegeben, sowie durch großes Misstrauen in andere und im Versagen der Selbstschutzfunktion. Faust und Katchen (2004) sind der Ansicht, dass ein Mangel an Bewusstsein für den unterschiedlichen Einfluss von Einzel- vs. chronischer Traumatisierung, wie er im Konzept der PTBS vorhanden ist, häufig in einem falschen Fokus auf die richtige Intervention für das Opfer resultieren. Sie beziehen sich ebenfalls auf Herman (1992), welche die Meinung vertritt, dass Komplextraumata in Majorstörungen verschiedener fundamentaler Funktionsbereiche, wie Affektregulation, Bewusstsein, Selbstwahrnehmung oder Beziehungen mit anderen, münden. Weiter auf Hermans (1992) Argumentation Bezug nehmend, erläutern Faust und Katchen (2004), dass durch das Versagen, die weit reichenden Folgen komplexer Traumatisierung in die Diagnose der PTBS zu integrieren, das DSM die Effekte von Trauma konzeptuell fragmentiert. In der Folge werden somatische Beschwerden als Somatisierungsstörungen, interpersonale Probleme als Borderlinepersönlichkeit und Bewusstseinsveränderungen als Dissoziationsstörungen kategorisiert, obwohl all diesen Krankheitsbildern eine Traumatisierung

zugrunde liegen kann. Dies macht vielleicht in Bezug auf das Erscheinungsbild keinen großen Unterschied, doch aber, wenn es um die Ätiologie der Symptome geht und Interventionen geplant werden sollen. Aus diesem Grund wurde in das DSM-IV ergänzend zum PTBS Konzept die Kategorie DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) mit aufgenommen, welche gleichbedeutend mit dem Begriff der Komplextraumatisierung ist, der von Herman (1992) geprägt wurde.

Untersuchungen der Daten von DSM-IV, ließen laut Faust und Katchen (2004) die Schlussfolgerung zu, dass Menschen, welche in jungen Jahren traumatisiert wurden, ein Problemspektrum aufweisen, das gelungen in DESNOS eingefangen werden konnte. Je länger die Dauer, die eine Person dem Trauma ausgesetzt war und je weniger Schutz sie von außen bekommen hat, umso größer sei die Prävalenz für DESNOS, eher als für PTBS alleine.

An dieser Stelle sei daher kurz zusammengefasst, welche Veränderungen im Zustandsbild die Kategorie der DESNOS berücksichtigt:

- Veränderung in Regulation von affektiven Impulsen (Probleme mit der Affektregulation, Regulation der Emotionen durch Suchtverhalten oder Selbstverletzungen)
- Veränderung in Aufmerksamkeit und Bewusstsein (Amnesie, Dissoziation Depersonalisation)
- Veränderung in der Selbstwahrnehmung (Ineffektivität, Stigmatisierung, Schuld- und Schamgefühle, Isolation, Bagatellisierung, Verlust des Selbstwertgefühls)
- Veränderung in der Wahrnehmung des Täters (Übernahme der Glaubenssysteme des Täters)
- Veränderung in Beziehungen zu anderen (Misstrauen in andere Personen, Reviktimisierung, Viktimisierung anderer Personen)
- Somatisierung (gastrointestinale Symptome, chronische Schmerzen, kardiopulmonale Symptome, Konversationssymptome, sexuelle Störungen)
- Veränderung von Lebenseinstellungen (Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Verlust früherer stützender Grundüberzeugungen)

Auch in der ICD-10 (WHO, 2010) wurde unter F62.0 eine komplett separate und ergänzende Kategorie zur PTBS entwickelt, welche andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung einschließt. Diese kann als irreversible und chronische Belastungsfolge betrachtet werden. Als Diagnostische Leitlinien gelten folgende Punkte (2010, S. 256):

- Eine feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber
- Sozialer Rückzug
- Gefühl der Leere oder Hoffnungslosigkeit
- Ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein
- Entfremdung

Darüber hinaus muss sich die Persönlichkeitsänderung durch unangepasstes, unflexibles Verhalten zeigen, andauernd sein und seit mindestens zwei Jahren bestehen. Hirnorganische Krankheiten müssen ausgeschlossen werden und bestanden andere Persönlichkeitsstörungen oder psychische Störungen (mit Ausnahme der PTBS) im Vorfeld, so entspricht die Persönlichkeitsänderung nicht der Kategorie F62.0 „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“.

Für Fischer und Riedesser (2003) kommt die Psychotraumatologie mit dem komplexen psychotraumatischen Belastungssyndrom dem Ziel näher, Klassifikationssysteme für ein weites Spektrum von Folgeerscheinungen zu entwickeln, welches jegliche Form der Traumatisierung, vom einfachen bis zum komplexen Trauma, mit einschließt.

3.3.3 Dissoziative Störungen

Dissoziative Störungen sind nach ICD-10 durch den teilweisen oder völligen Verlust „der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle von Körperbewegungen“ (S. 187) gekennzeichnet. Die bewusste und selektive Kontrolle dieser Bereiche ist gestört. Dissoziative Störungen gelten als „psychogen entstanden“, das bedeutet, dass „traumatisierende Erlebnisse, unlösbare oder unerträgliche Konflikte oder gestörte Beziehungen“ als ätiologische Faktoren betrachtet werden. Meist treten dissoziative Zustandsbilder sehr plötzlich auf und verschwinden ebenso plötzlich wieder. Bleiben dissoziative Symptome über einen längeren Zeitraum (ein bis zwei Jahre) unbehandelt, so können sie therapieresistent werden. (ICD-10, Dilling et al., 2010)

Für Hantke „beschreibt der Begriff der Dissoziation die nicht erfolgte Integration von Erfahrung im Moment und als Folge traumatischer Erfahrungen.“ (2006, S. 113)

Als ein Beispiel sei hier die Beschreibung von Fischer und Riedesser (2003) einer peritraumatischen Erfahrung dargestellt, die einen guten Eindruck eines dissoziativen Zustandes vermittelt:

„Der Betroffene kann zwar nicht fliehen, nimmt aber die Umgebung wie aus wachsender Entfernung wahr. Die Fluchtbewegung in der Wahrnehmung manifestiert sich auch in einigen anderen Phänomenen, wie über den Dingen schweben, aus dem eigenen Körper heraustreten, ein außenstehender Beobachter sein oder träumen, statt die Wirklichkeit zu erleben. [...], so kann der psychobiologische Sinn des peritraumatischen Erlebens darin gesehen werden, wenigstens eine Wahrnehmungsdistanzierung zu erreichen wo die reale Flucht nicht möglich ist und/oder aktives Kampfverhalten sich als wirkungslos erweist.“ (S. 83)

Hantke (2006) vergleicht Dissoziation, als dass kappen der Verbindung zu den eigenen Körperempfindungen, mit dem Totstellreflex des Tierreichs, als letzten Ausweg dem Tod zu entinnen.

So wirkungsvoll sich dissoziative Zustände auch in der Abwehr unaushaltbarer Erlebnisse oder Erinnerungen erweisen, so hinderlich können sie in der Aufarbeitung traumatischer Erinnerungen sein. Fischer und Riedesser (2003) weisen auf die Möglichkeit der Bildung dissoziierter, fragmentierter Schemata hin, „die ein abgespaltenes Dasein im Gedächtnis führen und sich den Koordinationsregeln entziehen, die sonst den verfügbaren Wissensbestand der Persönlichkeit leiten.“ (S. 84) Dies kann bis zur dissoziativen Identitätsstörung führen, welche dadurch gekennzeichnet ist, dass in einer Person mehrere Identitäten um die Kontrolle kämpfen.

3.4 Schutz- und Risikofaktoren für das Ausmaß von Traumafolgen

♦ Alter

Faust und Katchen (2004) sind der Ansicht, dass ein größeres Risiko für verschiedene schädliche Effekte des sexuellen Missbrauchs innerhalb der ersten zehn Lebensjahre besteht, da Kinder in diesen Jahren fundamentale kognitive und emotionale Entwicklungsschritte durchlaufen, welche durch die Missbrauchserfahrung gehemmt oder gar unterbrochen werden.

♦ Familiäres Umfeld

Als weiteren Schutz- oder Risikofaktor führen die Autoren, das familiäre Umfeld an. Die Familie beeinflusst sowohl die Traumareaktion des Kindes als auch dessen Fortschritt in der Therapie. Für Familien mit vielen Konflikten und dysfunktionalen Beziehungsmustern ist es vermutlich schwierig, eine sichere Umgebung für das sexuell missbrauchte Kind zu garantieren. Auch elterliche Psychopathologie, selbst stellvertretende posttraumatische Symptome aufgrund des Missbrauchs, können laut Faust und Katchen (2004) Eltern daran hindern effektiv auf die Bedürfnisse ihres traumatisierten Kindes einzugehen.

Fitzgerald et al. (2008) interessierten sich dafür inwiefern Parentifizierung mit sexuellem Kindesmissbrauch und einem dysfunktionalen Familiensystem in Verbindung steht. Sie unter-

suchten sexuellen Kindesmissbrauch in Zusammenhang mit frühem familiärem Risiko und kindlicher Parentifizierung. Als Parentifizierung wird das Einnehmen einer Erwachsenenrolle seitens des Kindes innerhalb des Familiensystems verstanden, wie etwa das Zahlen von Rechnungen, Fürsorge und emotionale Stütze für jüngere Geschwister, Beschützen der Familienmitglieder. Die Hypothese, dass familiäres Risiko und sexueller Kindesmissbrauch signifikante und direkte Effekte auf psychosoziale Fehlanpassung zeigen, konnte bestätigt werden, allerdings standen lediglich familiäre Risikofaktoren in Verbindung mit Parentifizierung, nicht aber sexueller Kindesmissbrauch.

◆ *Bindungssicherheit*

Sichere emotionale Bindung an die Eltern gilt als Schutzfaktor in der psychischen Entwicklung von Kindern. Brisch (2003) ist der Ansicht, dass unter optimalen Bedingungen (Eltern-Kind-Interaktionen folgen einem Dialog, sowohl auf der Sprach- wie auf der Handlungsebene, wechselseitige Bezugnahme findet statt, kleine Missverständnisse werden korrigiert, ohne dass der Dialog abreißt) ein Kind eine solch sichere emotionale Bindung entwickelt, welche es widerstandsfähig für emotionale Belastungen macht. Unsichere Bindungsmuster sieht Brisch (2003) als „Risikofaktor in belastenden Situationen, da die Bewältigungsmöglichkeiten eingeschränkt sind und solche Kinder nur zögerlich Hilfe holen können oder aber andere Personen in hoher Ambivalenz in Autonomie-Abhängigkeits-Konflikte verstricken.“ (S. 106f)

Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2009) nennen folgende ergänzende Wirkmechanismen als Risikofaktoren:

- ◆ *Kumulation* (mehrere Belastungen treten gemeinsam auf),
- ◆ *Dauer/Kontinuität der Belastung* (Langfristige Belastung kann das Bewältigungssystem so in Anspruch nehmen, dass sich andauernde Veränderungen einstellen.),
- ◆ *Subjektive Bewertung der Risikobelastung* (was für das eine Kind eine Belastung darstellt, muss nicht zwangsläufig für jedes Kind so sein. So verkraften manche Kinder eine kurze Trennung von den Eltern besser als andere.).

Zu den Schutzfaktoren zählen die Autoren:

- ◆ *personale Ressourcen des Kindes* (wie intellektuelle Fähigkeiten, Selbstwahrnehmung, soziale Kompetenz),
- ◆ *soziale Ressourcen* (vor allem der familiäre Bereich, aber auch in den institutionalisierten Bildungsbereichen) und
- ◆ *das weitere soziale Umfeld* (wie prosoziale Normen und Werte in der Gesellschaft).

Offenbar, so Saywitz et al. (2000), gäbe es in Bezug auf sexuellen Missbrauch auch Kinder, welche besonders resilient seien und von daher keine Symptome zeigen, weil sie gut mit den Erfahrungen umgehen können oder sie nicht als traumatisch erlebt hatten. Da Kinder häufig durch die Aufdeckung des Missbrauchs und nicht aufgrund bestimmter Symptome in die Therapie gebracht werden, kann es manchmal vorkommen, dass man es mit „asymptomatischen“ Kindern zu tun hat. In jedem Fall wäre Psychoedukation indiziert, so Saywitz et al. (2000), denn sexuell missbrauchte Kinder könnten sehr von Bemühungen, sie vor Fehlwahrnehmungen, unrealistischen Ängsten und schädlichen Bewältigungsmustern zu bewahren, profitieren. Bei symptomfreien Kindern könne es daher ausreichend sein Psychoedukation anzubieten und Präventionsbewusstsein zu fördern, was in nur wenigen Stunden zu gewährleisten sei und einen Grundstein für eine spätere Behandlung lege, sofern eine solche nötig würde, argumentieren die Autoren.

Eine solche emotionale Widerstandsfähigkeit, welche dem Kind trotz widriger Lebensumstände einen positiven Entwicklungsverlauf ermöglicht, nennt man Resilienz. Diese Widerstandskraft sei allerdings keine angeborene Eigenschaft, sondern ein variabler und kontextabhängiger Prozess, so Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2009).

Laut Nemeroff et al. (2009) kann psychiatrische Resilienz im Sinne einer schnellen Erholung von psychiatrischer Krankheit definiert werden. Aktives Lösen von Problemen, Verantwortungsübernahme, Selbstbewusstsein, Unabhängigkeit, Initiative, Humor, Einsicht und Kreativität können Elemente sein, welche Resilienz begünstigen.

Risiko- und Schutzfaktoren sind wesentliche Einflüsse, die in der (nicht nur therapeutischen) Arbeit mit Kindern immer mitzudenken sind, weil kein Mensch und insbesondere kein Kind, unabhängig von seinem Umfeld existiert. „Als Regel kann gelten: Je früher der Missbrauch stattfand, je schwerer er war und je geringer die protektiven bzw. korrektiven Faktoren, desto gravierender und pervasiver ist die spätere Symptomatik.“ (Fischer & Riedesser, 2003, S. 297)

3.5 Studien zu Langzeitfolgen nach sexuellem Kindesmissbrauch

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick der verwendeten Studien, welche sich mit den Folgen sexuellen Kindesmissbrauchs beschäftigen:

Tabelle 2: Traumafolgen nach sexuellem Missbrauch

Studie	Untersuchungsgegenstand	Stichprobe	KG ¹	Instrumente
Moggi & Hirsbrunner (1999)	Sexueller Kindesmissbrauch, kognitive Bewertung, Emotion und Bewältigung in sozialen Stresssituationen.	Anzahl: 124+36 Alter: Durchschnitt 37,8 resp. 36,4 Ethnizität: k.A. Geschlecht: 100% Frauen	ja	Fragebogen zu stressrelevanten Alltagssituationen (Moggi, 1994)
Denov (2004)	Langzeitfolgen von sexuellem Kindesmissbrauch durch weibliche Täterinnen	Anzahl: 14 Alter: 23-59 Ethnizität: 93% Kaukasier Geschlecht: 50% Männer, 50% Frauen	nein	Tiefeninterviews
Filippas & Ullman (2006)	Sexueller Kindesmissbrauch, Bewältigungsstrategien, Selbstbeschuldigung, PTBS und sexuelle Reviktimisierung im Erwachsenenalter	Anzahl: 577 Alter: k.A. Ethnizität: 35,1%Kaukasier; 26, 4% Asia-Amerikaner; 17,6% Latino; 15, 7% Afro-Amerikaner; 5,2% Andere Geschlecht: 100% Weibl.	ja	CSAQ (Finkelhor, 1979) PTSD Scale (Foa, 1995) AOB (Ullman, 1997) CR (Ullman, 1996) ASA (Koss & Gidycz, 1985)
Hébert, Parent, Daignault & Tourigny (2006)	Verhaltensprofile sexuell missbrauchter Kinder	Anzahl: 123 + 123 Alter: 7-13 Ethnizität: k.A. Geschlecht: 110 Mädchen; 13Buben + k.A.	ja	CBCL (Achenbach, 1991) SRCS (Causey & Dubow, 1992) SPPC (Harter, 1985a) SSSC (Harter, 1985b) FRI (Holahan & Moos, 1981) HVF, (Wolfe, Gentile & Bourdeau, 1987)
Reese-Weber & Smith (2011)	Sexueller Kindesmissbrauch als Prediktor für spätere sexuelle Viktimisierung	Anzahl: 363 Alter: 17-52 Ethnizität: 82,6% Kaukasier Geschlecht: 100% Frauen	ja	Hot Topics Questionnaire (Reese-Weber & Smith, 2011) CSAQ (Finkelhor, 1979) SES (Koss & Oros, 1982) ECR (Brennan, Clark & Schaver, 1998) GSE (Schwarzer & Jerusalem, 1995) RSE (Rosenberg, 1965)

3.5.1 Kognitive Bewertung, Emotion und Bewältigung nach sexueller Kindesmisshandlung

FORSCHUNGSGEGENSTAND

Moggi und Hirsbrunner (1999) untersuchten Kognitive Bewertungen, Emotion und Bewältigungsverhalten bei Erwachsenen Frauen, welche in der Kindheit sexuell misshandelt wurden. Da Annahmen einer Person über sich selbst und die Welt durch ein Trauma erschüttert werden, entstehen neue kognitiv-emotionale Schemata, welche Art und Ausmaß der Langzeitfolgen bestimmen. Kinder sind diesem Prozess noch stärker ausgesetzt, da sie von vorn herein

¹ KG = Kontrollgruppe

über weniger stabile Schemata verfügen als Erwachsene. Durch das Erleben von Machtlosigkeit können sich ehemals positive Kontrollüberzeugungen zu Hilflosigkeitsschemata entwickeln. Hilflosigkeit ist ein wesentlicher Aspekt, unter dem in der Kindheit sexuell missbrauchte Frauen häufig leiden und der oft zustande kommt, wenn das Ereignis oder die Ursache internal, stabil und global attribuiert wird. Als typische Langzeitfolgen führen die Autoren emotional-kognitive Störungen (Depressivität, Ängstlichkeit, Schuld- und Schamgefühle, niedriger Selbstwert, niedrige Selbstwirksamkeitserwartung), interpersonale Störungen (soziales Misstrauen, Feindseligkeit gegenüber Männern) und sexuelle Funktionsstörungen an. In einer Untersuchung von Moggi (1996) konnten diese Langzeitfolgen in starker Ausprägung bei einer Gruppe von Frauen festgestellt werden, die angab unter den Kindheitserlebnissen zu leiden. Weniger starke Ausprägung der Langzeitfolgen wurde bei einer Vergleichsgruppe festgestellt, die angab nicht unter dem Kindesmissbrauch zu leiden.

In der aktuellen Studie werden die beiden Gruppen der Moggi (1996) -Untersuchung in Bezug auf kognitive Bewertungen, emotionale Reaktionen und Bewältigungsformen in sozialen Stresssituationen verglichen.

HYPOTHESEN

Folgende Hypothesen sollten überprüft werden:

- ◆ Die Indexgruppe macht im Vergleich zur Kontrollgruppe ungünstige kognitive Bewertungen (internale Kausalattribution, niedrige Kontrollüberzeugung) und nimmt Stresssituationen eher als unangenehm wahr.
- ◆ Die Indexgruppe verspürt intensive negative Gefühle (Abneigung, Schuld/Scham, Ärger, Furcht) und weniger Freude.
- ◆ Die situationsbezogene Bewältigung der Indexgruppe ist eher passiv, evasiv (= Verlassen der Situation), während sich die Vergleichsgruppe eher aktiv und vertrauensvoll verhält.
- ◆ Die selbstbezogene Bewältigung der Indexgruppe ist eher informationsunterdrückend und emotionsregulierend, während die Bewältigung der Kontrollgruppe eher nach Informationen sucht. Die Indexgruppe beschuldigt sich selbst, die Vergleichsgruppe eher den Täter und bewertet die Situation eher um (ist nicht schlimm) als die Indexgruppe.
- ◆ Die Indexgruppe schätzt ihre Bewältigungsbemühungen als weniger effizient ein, als die Vergleichsgruppe.

VORGEHENSWEISE

Die Indexgruppe wurde über eine Schweizer Monatszeitschrift aufgerufen. In der Kindheit sexuell missbrauchte Frauen wurden in unspezifischer Weise zur Teilnahme an der Untersu-

chung eingeladen. Nach der schriftlichen oder telefonischen Meldung der Frauen, wurde ihnen ein Fragebogen mit Begleitschreiben, eine Erläuterung zum Fragebogen und ein Rückantwortkuvert zugesandt.

292 Fragebögen wurden ausgesandt und ausgefüllt zurück kamen 124, was eine Rücklaufquote von 42,5% ausmachte.

Die Vergleichsgruppe wurde zu einem späteren Zeitpunkt auf spezifischere Weise durch die gleiche Zeitschrift aufgerufen. Es wurde nach Probanden gesucht, welche der Meinung waren aktuell nicht an erlebten sexuellen Kindesmissbrauch zu leiden. Hier wurden 36 Fragebögen versandt und 26 ausgefüllt zurückgeschickt, was einer Rücklaufquote von 72% entspricht.

Der Fragebogen erhob soziodemographische Daten, sowie Reaktionen auf Stresssituationen im Alltag. Das Ausfüllen dauerte etwa eine Stunde. Sexuelle Kindesmisshandlung wurde breit definiert, als alle sexuellen Handlungen vor dem 16. Lebensjahr mit einer mindestens fünf Jahre älteren Person.

ERHEBUNGS- UND MESSINSTRUMENTE

30 Alltagssituationen wurden von vier Expertinnen auf ihre Eignung für die Erhebung eingeschätzt (Vorstellbarkeit, Realitätsgehalt, Emotionspotenzial, Valenz, Offenheit in Bezug auf Kontrollierbarkeits- und Kausalattributionseinschätzung).

Drei angenehm-positive, drei negative und eine uneindeutige Situation blieben übrig. In der aktuellen Studie wird nur auf die stressrelevanten Situationen Bezug genommen ((a) neutrale Situation; (b) Flirt ohne Körperkontakt; (c) sexueller Körperkontakt)

Kognitive Bewertungen der sozialen Situation wurden durch (1) Valenz der Situation; (2) Relevanz für eigene Bedürfnisse, Ziele und Normen; (3) Verantwortung für das Zustandekommen der Situation und (4) Bewältigungspotenzial in der Situation erhoben.

Emotionen wurden durch kognitive Bewertungen ausgelöst und moderiert. Eine sechsstufige Skala zu den Items Freude, Abneigung, Schuld/Scham, Ärger, Furcht und Niedergeschlagenheit wurde hier genutzt.

Bewältigungsverhalten wurde mittels der Zielerreichungserwartung auf einer sechsstufigen Skala festgehalten, welche die subjektive Einschätzung der Probanden darüber erhob, wie wahrscheinlich das Bewältigungsverhalten (situationsbezogen oder selbstbezogen) zum erwünschten Ziel führt.

ERGEBNISSE

- ◆ Kognitive Bewertungen unterschieden sich signifikant zwischen Indexgruppe und Vergleichsgruppe. Die Indexgruppe nahm Situationen als unangenehmer wahr und die Kontrollierbarkeit und Wandelbarkeit wurde gering eingeschätzt. Kein Unterschied der beiden

Gruppen zeigte sich in Bezug auf Kausalattribution und Relevanz. Die Autoren wiesen darauf hin, dass die Indexgruppe Alltagssituationen ähnlich wie depressive Personen bewertete.

- ◆ Auch der Emotionsskalenvergleich war signifikant. Die Indexgruppe zeigte stärkere Gefühle der Abneigung, Furcht, Schuld/Scham, Niedergeschlagenheit und schwächere Freude. In Bezug auf Ärger gab es nur einen tendenziellen Unterschied.
- ◆ Ebenso erwies sich der Bewältigungsskalenvergleich als signifikant in Bezug auf selbstbezogene Bewältigungsformen. Die Indexgruppe reagierte häufiger evasiv und zeigte häufigere Selbst- und Fremdbeschuldigung. Seltener wurden Situationen in der Untersuchungsgruppe umbewertet und die Erwartung, dass die Bewältigungsbemühungen zum erwünschten Ziel führen, war geringer ausgeprägt.
- ◆ Keinen signifikanten Unterschied gab es in Bezug auf umweltbezogenes Bewältigungsverhalten. Trotz geringerer Wandelbarkeitseinschätzung war das Vertrauen der Indexgruppe nicht signifikant niedriger und trotz niedriger Kontrollierbarkeitseinschätzung, waren Hilflosigkeit und Passivität nicht signifikant niedriger, als in der Kontrollgruppe. Eine Erklärung für diese Ergebnisse könnte, sein, dass Frauen der Indexgruppe ihr Fluchtverhalten als aktive Handlung wahrnehmen und sich deshalb nicht als hilflos und passiv erleben.
- ◆ Evasion war die einzige Bewältigungsform der Indexgruppe, während die Vergleichsgruppe situationsspezifisch flexibler und interindividueller reagierte.
- ◆ Die Indexgruppe fühlte sich emotional belasteter als die Vergleichsgruppe, dennoch gab es keinen Unterschied in der Emotionsregulation. Die Indexgruppe schien aufgrund niedriger Regulierbarkeitseinschätzung in negativen emotionalen Zuständen zu verharren, während die Vergleichsgruppe keine Notwendigkeit zur Emotionsregulierung sah, da die Situation nicht als belastend erlebt wurde oder sich die Probanden der Vergleichsgruppe als kompetenter in Bezug auf die Situationsveränderung einschätzten.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Autoren hielten es für wünschenswert, anstatt hypothetischer Situationen in Fragebogenform, videographisierte Rollenspiele oder Realsituationen zu nutzen um in Nachbefragungen physiologische Parameter und Verhaltensdaten zu messen. Allerdings wäre dies im Kontext von sexuellem Kindesmissbrauch unethisch, da die Gefahr einer Retraumatisierung bestünde. Der Fragebogenzugang ist somit, nach Ansicht der Autoren ein ethisch und ökonomisch vertretbares Design. Sie weisen darauf hin, dass ihr Kollektiv, nicht repräsentativ für die generelle Population ist, wie dies allen Untersuchungen mit Teilnahmefreiwilligkeit gemeinsam ist.

3.5.2 Langzeiteffekte von sexuellem Kindesmissbrauch durch weibliche Täterinnen

FORSCHUNGSGEGENSTAND

Denov (2004) untersuchte in einer qualitativen Studie die Langzeiteffekte von sexuellem Kindesmissbrauch durch weibliche Täterinnen. Die Stichprobe bestand aus 14 Probanden (7 Frauen und 7 Männer), im Alter von 23 bis 59 Jahren, von welchen elf durch das Mitwirken psychologischer Fachkräfte, die sich bereit erklärten bestimmten Klienten die Teilnahme an der Studie vorzuschlagen, vermittelt wurden. Weitere drei Probanden fühlten sich durch Posterwerbung, welche in Beratungszentren aushing, angesprochen an der Studie teilzunehmen.

VORGEHENSWEISE

Während einer Zeitspanne von sechs Monaten (Oktober 1997 – Mai 1998) wurde mit allen Probanden ein semistrukturiertes Interview durchgeführt.

ERHEBUNGS- UND MESSINSTRUMENTE

Das Interview dauerte etwa zwei bis drei Stunden und beinhaltete Fragen zu familiärem Hintergrund, sexuellen Missbrauchserfahrungen und Langzeitfolgen des Missbrauchs. Sämtliche Interviews wurden aufgenommen und transkribiert, um anschließend jeden Textparagrafen einer bestimmten Themenkategorie zuzuordnen.

ERGEBNISSE

- ◆ 79% der Probanden befanden sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einer Therapie.
- ◆ Alle Opfer berichteten zumindest eine sexuelle Erfahrung mit einer weiblichen Täterin.
- ◆ Neun berichteten von einer Täterin, fünf hatten mehr als eine/n Täter/in.
- ◆ Von jenen zehn Probanden, welche innerfamiliären Missbrauch erlebten, gaben sechs die Mutter als Täterin an, zwei Mutter und Großmutter und ein/e Proband/in Mutter und Schwester.
- ◆ Bei jenen Probanden mit ausschließlich außerfamiliärem Missbrauch, waren die Täterinnen weibliche Babysitter bei drei der Probanden, und bei einem/einer eine Nonne in einer lokalen Kirche.
- ◆ Sieben der 14 Teilnehmer (50%) wurden zusätzlich auch von Männern missbraucht. In allen Fällen trat der Missbrauch durch Männer unabhängig vom Missbrauch durch Frauen auf. Vier dieser sieben Probanden wurden durch Mutter und Vater missbraucht (wobei sich drei davon unsicher waren, ob diese voneinander wussten), zwei durch einen männlichen nicht verwandten Babysitter und einer/eine durch den Halbbruder.
- ◆ Im Durchschnitt waren die Teilnehmer bei Beginn des Missbrauchs fünf Jahre alt, und zwölf Jahre bei Ende, mit einer Durchschnittsdauer von sechs Jahren.

- ◆ Die Frequenz variierte zwischen mehrmals pro Woche bei fünf, bis zu einem einmaligen Ereignis bei 2 Probanden.
- ◆ Neun der Teilnehmer klassifizierten ihre Erfahrungen als schweren Missbrauch (Geschlechtsverkehr, vaginale und/oder anale Penetration mit Objekten oder Finger, Cunnilingus und Fellatio), zehn berichteten von moderatem Missbrauch (genitaler Kontakt oder Streicheln ohne Penetration, simulierter Geschlechtsverkehr), und alle 14 erlebten milden Missbrauch (sexuelle Küsse und sexuelle Avancen).
- ◆ Von den 14 Teilnehmern gaben 13 an, dass sie sich durch ihre Missbrauchserfahrungen schwer geschädigt fühlen.
- ◆ Alle sieben Probanden, welche von Frauen und Männern missbraucht wurden, deklarierten, dass der Missbrauch durch weibliche Personen invasiver war.
- ◆ Die Auswirkungen variierten und schienen verschiedene Aspekte des Lebens der einzelnen Teilnehmer zu beeinträchtigen:

Substanzenmissbrauch um Erinnerungen zu unterdrücken und mit Gefühlen der Hilflosigkeit, niedrigem Selbstbewusstsein und der Unfähigkeit anderen zu vertrauen umzugehen, wurde von acht Probanden (5 Männer, 3 Frauen) berichtet. Alle acht berichteten von Alkoholmissbrauch. Darüber hinaus waren zwei Männer heroinsüchtig und zwei Frauen medikamentenabhängig. Der früheste Beginn des Substanzenmissbrauchs konnte mit sechs Jahren verzeichnet werden und hielt an bis ins Erwachsenenalter, da er als effektive Methode erlebt wurde, Wut und Schmerz zu betäuben. Zwei weitere Teilnehmer mieden Drogen und Alkohol gänzlich, da sie nach eigener Aussage wachsam und in Kontrolle über ihren Körper bleiben mussten.

Selbstverletzung wurde von fünf Teilnehmern berichtet (3 Frauen, 2 Männer). Selbstverletzungen variierten von schneiden oder verbrennen bis hin zu Knochenbrüchen durch das Schlagen der Hände an die Wand. Auch sexuelle Verletzungen wurden berichtet.

Suizid: Elf Probanden (5 Männer, 6 Frauen) berichteten von suizidalen Gedanken, während sechs davon (3 Männer, 3 Frauen) aktive Suizidversuche unternahmen.

Depression: Neun der Teilnehmer (5 Männer, 4 Frauen) litten unter Depressionen, fünf nahmen zum Zeitpunkt der Untersuchung Antidepressiva. Zwei der Probanden waren immer wieder aufgrund depressiver Zusammenbrüche im Krankenhaus aufgenommen.

Wut und Hassgefühle wurde von allen Teilnehmern berichtet, wobei fünf (4 Männer, 1 Frau) ihre Wut direkt auf die Täterin richteten und Fantasien hatten, diese physisch und manchmal auch sexuell zu verletzen.

Beziehung zu Frauen: Alle Teilnehmer berichteten von starkem Misstrauen gegenüber Frauen, manchmal in Verbindung mit Sexualität. Vier Teilnehmer (2 Männer, 2 Frauen) berichte-

ten von Angst vor der weiblichen Sexualität, vier (3 Männer, 1 Frau) hegten Rachegeanken gegenüber weiblichen Fremden, um ein Gefühl von Macht und Kontrolle wieder zu erlangen. Häufig waren diese Rachegeanken in gewalttätigen sexuellen Fantasien manifestiert.

Selbstkonzept und Identität: Fünf von sieben Frauen verneinten ihre weibliche Identität als Kinder und hatten Angst zur Frau heran zu wachsen. Vier verneinten ihre Weiblichkeit im Erwachsenenalter weiterhin. Frauen wurden als gefährlich und potenzielle Sexualtäterinnen betrachtet, weshalb es für sich selbst wie für andere als am Sichersten empfunden wurde, keine Frau zu sein. Männer hatten scheinbar weniger Probleme mit Identität und Selbstkonzept, dennoch waren diese Themen auch für drei der männlichen Probanden wesentlich. Das Gefühl in der Rolle als Mann versagt zu haben und das Opfer einer Frau – des schwachen Geschlechts - geworden zu sein, stellte ihre Männlichkeit in Frage. Um dies zu kompensieren verhielt sich einer der männlichen Probanden „hypermaskulin“. Er betrieb hoch aggressiven Sport und war involviert in Drogengeschäften und organisiertem Verbrechen, was ihm ein Gefühl von Männlichkeit und gesteigertem Selbstbewusstsein gab.

Unwohlsein bei Geschlechtsverkehr: Alle Teilnehmer fühlten sich in unterschiedlichem Ausmaß bei Geschlechtsverkehr und sexueller Intimität unwohl.

Furcht, Kinder sexuell zu missbrauchen äußerten zwölf Probanden. Jene mit eigenen Kindern, vermieden mit den Kindern allein zu sein und verbrachten weniger Zeit mit ihnen. Vier Probanden (1 Mann, 3 Frauen) entschieden sich bewusst dazu keine Kinder zu bekommen, wobei eine Probandin sich bereits im Alter von 23 Jahren die Eileiter unterbinden ließ.

Sexuelle Viktimisierung anderer wurde von vier Teilnehmern (2 Männer, 2 Frauen) berichtet. Alle vier hatten im Laufe ihres Lebens, Kinder sexuell missbraucht, wobei nur die beiden Männer eine Gefängnisstrafe absitzen mussten und die beiden Frauen nie belangt wurden.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Obwohl diese Daten aufgrund der kleinen Stichprobe nicht generalisierbar sind, bieten sie dennoch einen schockierenden Einblick in die Seele sexuell missbrauchter Kinder und der Erwachsenen die sich daraus entwickeln. Die Autorin erklärt, dass sexueller Missbrauch durch Frauen nicht als einziger Faktor für die massiven Folgeerscheinungen in Frage kommt, denn viele andere Umstände spielen in der Entwicklung von derartigen Traumafolgen eine Rolle. Für jene Teilnehmer, welche von Männern und Frauen missbraucht wurden, dürfte es Denov (2004) zufolge schwierig sein, die Auswirkungen des Missbrauchs durch Frauen zu isolieren. Zumindest aber, so die Autorin, sei Missbrauch durch Frauen ein einflussnehmender Wirkfaktor für Substanzenmissbrauch, Suizidalität, Depressionen, Kriminalität und andere Missbrauchsfolgen. Eine mögliche Ursache für das extreme Zerstörungspotenzial sexuellen

Missbrauchs durch weibliche Täterinnen, könnte ihr zufolge in der sozial erwarteten Rolle der Frau als Versorgerin und Beschützerin liegen.

3.5.3 Sexueller Kindesmissbrauch, Bewältigung, Selbstbeschuldigung, PTBS und Reviktimisierung im Erwachsenenalter

FORSCHUNGSGEGENSTAND

Filipas und Ullman (2006) untersuchten in ihrer Studie wie sich Bewältigungsfaktoren, Selbstbeschuldigung und PTBS-Symptome bei Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs auf Reviktimisierung im Erwachsenenalter auswirkt. Verglichen wurden Probanden, welche sexuelle Missbrauchserfahrungen ausschließlich in der Kindheit gemacht hatten, mit Probanden, die als Frauen reviktimisiert wurden.

HYPOTHESEN

Folgende Hypothesen wurden überprüft:

- ◆ Nicht missbrauchte Frauen werden weniger wahrscheinlich Opfer sexueller Viktimisierung, als Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit.
- ◆ Im Vergleich zu Probanden mit sexuellen Missbrauchserfahrungen ausschließlich in der Kindheit, können für Probanden welche reviktimisiert wurden, negativere Folgen, wie ausgeprägte PTBS-Symptomatik, Selbstbeschuldigung und häufigerer Nutzen schädlicher Bewältigungsformen, prognostiziert werden.
- ◆ Schwerer Missbrauch bedingt ausgeprägtere PTBS-Symptomatik, welche wiederum Selbstbeschuldigung und schädliche Copingstrategien verursacht.
- ◆ Selbstbeschuldigung, schwerer Missbrauch und die Nutzung schädlicher Copingstrategien bedingen eine höhere Wahrscheinlichkeit für Reviktimisierung.

VORGEHENSWEISE

Die Teilnehmer wurden in Psychologie- und Kriminalistikkursen rekrutiert. Die Studenten bekamen ein Untersuchungspaket, welches eine 20-seitige Untersuchung über stressreiche Lebensereignisse enthielt. Diese sollten sie individuell an einem Ort an dem sie sich wohl fühlten und in Ruhe ausfüllen. 577 Personen wurden somit erreicht, wobei diese Anzahl Personen ohne sexuelle Missbrauchserfahrungen inkludierte, sowie Personen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, Personen mit Erlebnissen sexueller Übergriffe im Erwachsenenalter und Personen mit Kindesmissbrauchserfahrungen und späterer Reviktimisierung. Die Rücklaufquote lag bei 92%.

ERHEBUNGS- UND MESSINSTRUMENTE

Das Untersuchungspackage enthielt neben der Erfassung demographischer Daten folgende Messinstrumente:

- ◆ Child Sexual Abuse Questionnaire (CSAQ, Banyard, Arnold & Smith, 2000) mit 14 Fragen darüber, ob bestimmte Formen sexuellen Missbrauchs erlebt wurden oder nicht. Sexueller Kindesmissbrauch wurde definiert als sexueller Kontakt zwischen einem Kind unter 14 Jahre und einer Person, die mindestens fünf Jahre älter ist.
- ◆ Missbrauchscharakteristika wurden erhoben (Alter bei Beginn, Dauer, Häufigkeit, Beziehung zum Täter, Verletzungen oder wahrgenommene Lebensgefahr)
- ◆ Posttraumatic Stress Disorder Scale (PTSDS, Foa, 1995). 17 Items zur Erhebung der PTBS-Symptomatik nach Kriterien des DSM-IV.
- ◆ Attribution Of Blame (AOB, Ullman, 1997). Grad der Selbstbeschuldigung, der Täterbeschuldigung oder der Schuld, die jemand anderem zugeschrieben wird. Die Serie wurde einmal in Bezug auf damalige Gefühle gefragt und einmal in Bezug auf aktuelle.
- ◆ Coping Response (CR, Ullman, 1996). Teilnehmer wurden nach folgenden Bewältigungsmöglichkeiten gefragt um mit den Erfahrungen zurecht zu kommen: Alkohol oder Drogen nehmen, Rückzug vor Menschen, sexuelles Ausagieren, Hilfe von anderen holen indem über Erfahrungen gesprochen wird, zu einem Therapeuten gehen, aggressives Ausagieren, versuchen zu vergessen oder andere Bewältigungsformen mit der Bitte um Spezifizierung.
- ◆ Sexual Experience Survey (SES, Koss & Gidycz, 1985) als gekürzte und modifizierte Version. Hier wird nach einer der folgenden Erfahrungen nach dem Alter von 14 Jahren gefragt: versuchter Geschlechtsverkehr mit Drohung und Gewalt, Geschlechtsverkehr mit Drohung und Gewalt, versuchter ungewollter Geschlechtsverkehr während Betäubung, ungewollter Geschlechtsverkehr während Betäubung, und andere sexuelle Aktivitäten mit Drohung und Gewalt.

ERGEBNISSE

16% der Teilnehmer berichteten von sexuellen Missbrauchserfahrungen ausschließlich in der Kindheit, 10% berichteten ausschließlich von sexuellen Missbrauchserfahrungen im Erwachsenenalter, 12% berichteten von beiden und 61% wurden nie sexuell missbraucht.

42,2% der Frauen, welche als Kinder sexuell missbraucht wurden, berichteten auch von sexuellen Übergriffen im Erwachsenenalter, während nur 14% der Frauen ohne sexuelle Miss-

brauchserfahrungen in der Kindheit von sexuellen Übergriffen im Erwachsenenalter berichteten.

a) Coping

- ◆ Der Versuch das Erlebte zu vergessen, kann als positive wie auch als negative Copingstrategie gewertet werden und wurde daher aus der Kategorie der negativen Bewältigungsformen entfernt. Dennoch ist festzuhalten, dass 84% sich dieser Bewältigungsform bedienten.
- ◆ Von sozialem Rückzug vor Menschen berichteten beinahe 50% der Probanden.
- ◆ Selbstbeschuldigungen waren selbst nach dem Erreichen des Erwachsenenalters und trotz des Wissens um die Falschheit des Kindesmissbrauchs, unter den Teilnehmern welche als Kinder missbraucht wurden sehr üblich (etwa 50%). Von allen Missbrauchsgruppen gemeinsam (Kindesmissbrauch, Viktimisierung im Erwachsenenalter und beides) gaben sich über 50% zum Zeitpunkt des Missbrauchs selbst die Schuld daran. Gut ein Drittel gab sich zum Zeitpunkt der Untersuchung nach wie vor selbst die Schuld.
- ◆ Reviktimisierte Opfer griffen im Vergleich zu Opfern von ausschließlichem Kindesmissbrauch häufiger zu Drogen, zogen sich vermehrt vor Menschen zurück und agierten eher sexuell aus, um mit ihren Erfahrungen fertig zu werden, wobei sich nicht die Art der Copingbemühungen unterschied, sondern lediglich die Häufigkeit.
- ◆ Da die Studie retrospektiv angelegt war, ist es nicht klar auszumachen ob Reviktimisierung zu allgemein schädlicherem Coping führt oder ob schädliches Coping zu Reviktimisierung führt. Jene Probanden, welche Reviktimisierung erfuhren, holten sich jedoch eher therapeutische Hilfe, als jene mit ausschließlichen Kindesmissbrauchserfahrungen.

b) PTBS

- ◆ Reviktimisierte Personen hatten mehr PTBS-Symptome.
- ◆ Schlechtes Coping, Missbrauchsschwere und Selbstbeschuldigung waren Prädiktoren für PTBS-Schwere.
- ◆ Mehr PTBS-Symptomatik zeigte sich bei größerer Frequenz und Dauer, nahestehenderem Täter und schlechtem Coping.
- ◆ Jüngeres Alter zum Zeitpunkt des sexuellen Kindesmissbrauchs war signifikanter Prädiktor für PTBS-Schwere und aktuelle Selbstbeschuldigung.
- ◆ Zwischen schwerem Missbrauch in der Kindheit und Selbstbeschuldigung, negativen Copingstrategien und ausgeprägter PTBS-Symptomatik konnte ein Zusammenhang gefunden

werden. PTBS-Symptome standen mit allen Missbrauchsvariablen, außer dem Alter bei Ende des Missbrauchs signifikant in Zusammenhang.

- ◆ PTBS zeigte einen negativen Zusammenhang mit jüngerem Alter bei Beginn des Missbrauchs.
- ◆ Frühes Alter bei Beginn korrelierte signifikant mit höherer Frequenz, Dauer und Schwere, sowie größerer familiärer Nähe zum Täter.

c) Reviktimisierung

- ◆ Selbstbeschuldigung war kein signifikanter Prädiktor für Reviktimisierung, jedoch suchten jene, die reviktimisiert wurden, die Schuld eher bei sich selbst, als jene mit ausschließlichem Kindesmissbrauch.
- ◆ Die Resultate der untersuchten Stichprobe bestätigen einen klaren Zusammenhang zwischen sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und sexueller Reviktimisierung im Erwachsenenalter, mit einer vierfach höheren Wahrscheinlichkeit der Reviktimisierung für jene Individuen, welche als Kinder sexuell missbraucht wurden.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Autoren gehen davon aus, dass die Reviktimisierungsraten in der generellen Population sogar noch höher sind, da es sich bei dem Collagesample um eine relativ junge, sowie um eine hoch funktionsfähige Population handelt, die es bis ans Collage geschafft hat. Während die Prävalenzraten der im Kindesalter sexuell Missbrauchten daher in der generellen Population vermutlich noch höher sind, deckt sich die Prävalenzrate von 28.7% des Collagesamples mit jenen aus anderen Studien, welche Collagesamples nutzten.

3.5.4 Auswirkungen von sexuellem Kindesmissbrauch als Prädiktoren für spätere sexuelle Viktimisierung

FORSCHUNGSGEGENSTAND

Reese-Weber und Smith (2011) untersuchten ebenfalls die Auswirkungen von sexuellem Kindesmissbrauch als Prädiktoren für spätere sexuelle Reviktimisierung. In der vorliegenden Studie sollte die Verbindung zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und den Variablen Bindungsschwierigkeiten, Gefühl der Machtlosigkeit und niedriges Selbstbewusstsein, welche als Folgen sexuellen Kindesmissbrauchs gelten, bewertet werden, um herauszustellen welche dieser negativen Auswirkungen signifikant mit späterer sexueller Viktimisierung bei Frauen in ihrem ersten Semester am Collage in Zusammenhang stehen.

Die Autoren orientierten sich bei der Auswahl der Variablen am Modell der traumagenen Dynamiken von Finkelhor und Browne (1985). Da die Variable traumatische Sexualisierung im

Gegensatz zu den anderen Dynamiken Rückzug, Machtlosigkeit und Stigmatisierung mehr auf Verhaltensreaktionen fokussiert und weniger auf internale kognitive und psychologische Aspekte, wurde diese Variable in der aktuellen Untersuchung ausgeschlossen.

Die traumagene Dynamik des Rückzugs wirkt sich, den Autoren nach, auch auf die Bindungsfähigkeit aus. Da Opfer oft nicht wissen, wem sie trauen können oder Schwierigkeiten haben vertrauenswürdige Qualitäten zu erkennen, kann sexueller Kindesmissbrauch in weiterer Folge potenziell zu Reviktimisierung führen, so erklären sie. Weil sexuell missbrauchte Kinder durch ihre Erfahrungen lernen, dass die Welt nicht sicher ist, sie selbst schlecht und andere Personen böse sind, argumentieren Reese-Weber und Smith (2011), können solche Internalisierungen zu Identitätskonfusionen und Abgrenzungsschwierigkeiten führen. Solche Kinder sind abhängig von der Wertschätzung anderer Personen und können nicht zwischen den eigenen und den Bedürfnissen anderer unterscheiden, was dazu führt, dass sie häufig manipuliert und ausgenutzt werden.

Innerhalb der Erfahrung des sexuellen Missbrauchs kann die Erfahrung generalisiert werden, dass man macht- und hilflos auch in gefährlichen Situationen im späteren Leben ist. Finkelhor und Browne's Konzept der Powerlessness, setzen die Autoren mit dem Konzept der gelernten Hilflosigkeit von Seligmann (1975) gleich. Es besagt, dass eine Person das Gefühl hat, nicht fähig zu sein, bestimmte wichtige Aspekte des eigenen Lebens kontrollieren zu können. Wird diese Wahrnehmung generalisiert, so weitet sich das Gefühl des Kontrollverlustes auch auf andere Bereiche des Lebens aus. Auch wenn Kinder aufgrund ihres Alters, ihrer Größe und ihrer kräftemäßigen Unterlegenheit in der Missbrauchssituation real hilflos sind, so sind sie dies nicht mehr unbedingt wenn sie größer werden oder in anderen Lebensbereichen. Doch das Wissen um die absolute Hilf- und Machtlosigkeit in der Missbrauchssituation könne sie auch für spätere Reviktimisierung anfällig machen, da sie von sich selbst von vorn herein das Bild haben hilf- und machtlos zu sein, folgern die Autoren und weisen darauf hin, dass selbst Erwachsene nach sexuellem Kindesmissbrauch, sich oft immer noch hilflos wie Kinder fühlen.

Stigmatisierung geht mit Gefühlen von Schuld und Scham einher und führt zu niedrigem Selbstwertgefühl. Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch mit niedrigem Selbstwert sind möglicher Weise nicht selbstbewusst genug um sich gegen zukünftigen Missbrauch zu wehren oder zeigen unabsichtlich selbstschädigendes Verhalten und vergrößern somit das Risiko erneuter Viktimisierung.

HYPOTHESEN

Reese-Weber und Smith (2011) stellen folgende Hypothesen auf:

- ◆ Frauen, welche als Kinder sexuell missbraucht wurden, zeigen höhere Werte bei Ängstlichkeit und vermeidendem Bindungsverhalten, als Frauen ohne sexuellen Kindesmissbrauch in der Vergangenheit.

Aufgrund der nicht klinischen Stichprobe wurden keine Differenzen der Probanden in Bezug auf Gefühle der Machtlosigkeit und niedrigen Selbstwert erwartet. Darüber hinaus sollten Ergebnisse vorangegangener Forschungen, welche darauf hinwiesen, dass Frauen mit sexuellem Kindesmissbrauch in der Vergangenheit eher die Erfahrung sexueller Reviktimisierung machen, repliziert werden. Dafür wurde ein einzigartiger Ansatz gewählt: Innerhalb eines Collagesamples wurde der Zeitraum des ersten Semesters am Collage für die Untersuchung zur Reviktimisierung ausgewählt, da frühere Forschungsergebnisse darauf hindeuteten, dass viele Frauen unabhängig von Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, während der Zeit am Collage, insbesondere während des ersten Semesters, sexuell missbraucht wurden. Daraus ergab sich die zweite Hypothese:

- ◆ Frauen, welche als Kinder sexuell missbraucht wurden, tragen ein höheres Risiko innerhalb des ersten Semesters auf dem Collage missbraucht zu werden, als Frauen ohne sexuellen Kindesmissbrauch in der Vergangenheit.

Es scheint plausibel, dass die negativen Folgen von sexuellem Kindesmissbrauch als Risikofaktoren für Reviktimisierung wirken können.

- ◆ Die negativen Folgen, welche mit sexuellem Kindesmissbrauch assoziiert sind (mangelnde Beziehungsfähigkeit, Gefühl der Machtlosigkeit und niedriger Selbstwert), sind Prädiktoren für sexuelle Viktimisierung im ersten Semester auf dem Collage, unabhängig davon, ob die Probanden tatsächlich in der Kindheit sexuell missbraucht wurden oder nicht.

VORGEHENSWEISE

Für die Untersuchung von sexueller Viktimisierung während des ersten Semesters des Collages wurde ein Kurzzeit-Längsschnittdesign gewählt. 363 weibliche Collagestudenten einer großen Universität des mittleren Westens von Amerika, welche für die Fächer Psychologie, Englisch, Geschichte und Politikwissenschaften eingeschrieben waren, wurden zwischen Ende August und Anfang September 2006 rekrutiert und konnten freiwillig teilnehmen. Für die vollständige Teilnahme wurden zusätzliche Punkte in einem Psychologiekurs offeriert. Das Alter der Probanden reichte von 17 bis 52 Jahre, im Durchschnitt waren die Teilnehmer 18,5 Jahre alt. Zu einer großen Mehrheit (82,2%) waren die Teilnehmer Kaukasier, 9,9% Afro-Amerikaner, 4,1% hispanischer Herkunft, 1,9% Asia-Amerikaner und 1,4% ande-

re.

23,7% der Teilnehmer waren Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch und nahmen an Phase 1 der Untersuchung teil, in welcher sie ihr Einverständnis gaben für Phase 2 kontaktiert zu werden. 63 von 86 (73%) der Probanden mit sexuellem Kindesmissbrauch in der Vergangenheit nahmen an Phase 2 teil.

Die Kontrollgruppe der nicht missbrauchten Teilnehmer bestand aus 61 Probanden, welche zufällig ausgewählt wurden. Alle 61 nahmen an Phase 1 teil und gaben ihr Einverständnis für Phase 2 kontaktiert zu werden. Vier Teilnehmer aus der Kontrollgruppe wurden aufgrund ihrer Angaben vor der zweiten Messung in die Versuchsgruppe verschoben. Die Versuchsgruppe bestand nun aus 67 Teilnehmern während der Kontrollgruppe 57 Probanden zugeteilt waren.

ERHEBUNGS- UND MESSINSTRUMENTE

Phase 1 dauerte von Ende August bis Anfang September 2006. Hier wurde der Hot Topics Questionnaire als Einstiegs-Screening genutzt um potenzielle Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs herauszufiltern. Der Fragebogen wurde von den Autoren eigens für die vorliegende Studie konzipiert und enthielt 50 Fragen zu Erfahrungen von sexuellem Kindesmissbrauch, sexuellem Missbrauch im Jugend- oder Erwachsenenalter und einige Füllerfragen im ja/nein-Format.

Phase 2 dauerte von Anfang September bis Mitte September 2006. Die Versuchsgruppe vervollständigte

- ◆ den Child Sexual Abuse Questionnaire (CSAQ, Finkelhor, 1979), ein Fragebogen mit zehn Items im ja/nein-Format zur Bestätigung von sexuellem Kindesmissbrauch im Alter vor 16 Jahren.
- ◆ eine modifizierte und gekürzte Version des Sexual Experience Survey (SES, Koss & Oros, 1982), ein Fragebogen mit 13 Items im ja/nein-Format, um sexuellen Missbrauch im Jugend- oder Erwachsenenalter nach 16 Jahren zu bestätigen.
- ◆ Experiences in Close Relationships (ECR, Brennan, Clark & Shaver, 1998), eine 7-Punkte-Skala mit 36 Items und zwei Subskalen für Ängstlichkeit und vermeidendes Bindungsverhalten, zur Erfassung der Bindungsfähigkeit.
- ◆ General Self-Efficacy-Scale (GSE, Schwarzer & Jerusalem, 1995), eine 4-Punkte-Skala mit 10 Items, zur Erfassung der Gefühle von Machtlosigkeit.
- ◆ Rosenberg Self-esteem Scale (RSE, Rosenberg, 1965), eine 5-Punkte-Skala mit 10 Items zur Erfassung des Selbstwertes.

Phase 3 dauerte von Mitte September bis Anfang Dezember 2006. Hier wurde ein weiteres Mal der SES vervollständigt, ausschließlich in Bezug auf die Erfahrungen der letzten acht bis zwölf Wochen, also seit Phase 2. In Phase 3 nahmen 51 Probanden (55%) aus der Versuchsgruppe und 42 (45%) aus der Kontrollgruppe teil.

ERGEBNISSE

Von den Teilnehmern der Versuchsgruppe berichteten 22,4% von Missbrauchserfahrungen vor einem Alter von 16 Jahren, 35,8% von Missbrauchserfahrungen vor dem Alter von 16 Jahren *und* danach und 52,2% von Missbrauchserfahrungen nach dem Alter von 16 Jahren.

- ◆ Hypothese 1 konnte nicht bestätigt werden, da sexueller Kindesmissbrauch kein Prädiktor für höhere Werte bei einer der drei Variablen war.
- ◆ Hypothese 2 konnte verifiziert werden. Eine signifikante Assoziation zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und späterer Viktimisierung wurde festgestellt. 51 Probanden der Untersuchungsgruppe nahmen an allen drei Phasen teil, 29,4% davon berichteten sexuelle Viktimisierung in Messphase 3, während nur 11,9% der 42 Probanden der Kontrollgruppe sexuell viktimisiert wurden. Daraus ist zu schließen, dass Individuen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit ein höheres Risiko für erneute Viktimisierung tragen.
- ◆ Hypothese 3 konnte nur teilweise bestätigt werden.

Die Studie bestätigte, dass sexuelle Missbrauchsvergangenheit mit einem erhöhten Risiko sexueller Reviktimisierung während des ersten Collagesemesters einherging. Ebenso konnte ein Zusammenhang zwischen den traumagenen Dynamiken und der Erfahrung sexueller Viktimisierung während des ersten Collagesemesters festgestellt werden, wobei Bindungsangst eine spezielle Rolle spielte.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der Mangel an signifikanten Unterschieden aller Messungen traumagener Dynamiken zwischen Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe, war für die Forscher überraschend, denn man hatte sich Unterschiede in Bezug auf Bindungsangst und Vermeidung erwartet. Eine Grund für nicht ausreichend große Differenzen könnte den Autoren zufolge, die Möglichkeit sein, dass jene Teilnehmer der Untersuchungsgruppe, welche sich entschieden an allen drei Untersuchungsphasen teilzunehmen, diejenigen dieser Population repräsentierten, welche weniger Schwierigkeiten mit Bindungsthemen hatten, als jene, welche sich selbst von weiteren Untersuchungsphasen ausschlossen. Daher seien die verbliebenen Teilnehmer der Untersuchungsgruppe in diesem Punkt nicht von der Kontrollgruppe zu unterscheiden.

Die Stichprobe von Collagestudenten repräsentierte ein Sample mit typischer Weise höherem Funktionsniveau und höherem sozioökonomischen Hintergrund, als dies in der generellen

Population der Fall ist. Die aktuelle Studie präsentiert demnach, lediglich sozioökonomisch gut gestellte Missbrauchsoffer und nicht alle.

Die höhere Rate sexueller Viktimisierung der Untersuchungsgruppe ist besonders hervorzuheben, vor allem, wenn man bedenkt, dass es keine signifikanten Differenzen der traumagenen Dynamiken zwischen Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe gab. Vermutlich sei dies, so die Autoren, ebenfalls auf das hohe Funktionsniveau der Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch des Collagesamples zurück zu führen.

Als Limitationen führten die Autoren an, dass die Messinstrumente selbstevaluierend im Design waren, dass durch die Freiwilligkeit der Teilnahme, viele Probanden über die Untersuchungsspanne von drei Monaten ausfielen und, dass die Mehrzahl der Stichprobe aus kaukasischen Mittelklassestudenten bestand, daher keine ethnische Vielfalt gegeben war und keine kulturspezifischen Aussagen gemacht werden können.

3.5.5 Eine typologische Analyse von Verhaltensprofilen sexuell missbrauchter Kinder

FORSCHUNGSGEGENSTAND

Hébert, Parent, Daignault & Tourigny (2006) untersuchten in ihrer Studie Verhaltensprofile sexuell missbrauchter Kinder. Da man es bei sexuellem Missbrauch mit einer großen Differenzen zwischen den einzelnen Fällen zu tun hat, sehen die Autoren ein Problem darin, dass die unterschiedlichen Erfahrungen, welche von einmaligen Exhibitionismus, über Berührungen, bis hin zu Geschlechtsverkehr mit einem Fremden oder einem nahe stehenden Familienmitglied reichen, statistisch zusammengefasst werden und somit spezifische Profile der Adaption überschatten. Nicht nur unterschiedliche Erlebnisse, sondern auch unterschiedliche Kompetenzen einzelner Kinder, sowie ein unterschiedliches familiäres Umfeld spielen eine Rolle im Bewältigungsverhalten des Kindes. Obwohl die schwerwiegendsten Folgen oftmals mit längerem Andauern des Missbrauchs, Einfluss von Gewalt und Vätern oder Vaterfiguren als Täter assoziiert sind, weisen die Autoren darauf hin, dass die Resultate vieler empirischer Untersuchungen in hohem Maße inkonsistent sind. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass anderen Variablen eine Schlüsselrolle in der Bewältigung von sexuellem Kindesmissbrauch zukommt. In der aktuellen Studie sollte daher die Heterogenität von Verhaltensprofilen sexuell missbrauchter Kinder mittels Clusteranalyse untersucht werden.

VORGEHENSWEISE

123 französischsprachige Kinder (110 Mädchen, 13 Buben) aus der Kinderschutzklinik des Ste.-Justine Hospitals in Montreal/Kanada im Alter zwischen sieben und 13 Jahren, welche nach der Behauptung, sie seien sexuell missbraucht worden, vorgestellt wurden, zog man als Untersuchungsgruppe für die Studie heran. Müttern, welche mit ihren Kindern zur medizini-

schen Untersuchung in die Klinik kamen, wurde die Studie vorgestellt und zur Teilnahme musste eine Einverständniserklärung unterzeichnet werden. Anschließend wurde ein Treffen mit der Familie vereinbart, bei welchem die Kinder befragt wurden, während die Eltern ihre Fragebögen ausfüllten.

Als Kontrollgruppe wurden weitere 123 Kinder aus öffentlichen Schulen der Region Montreal rekrutiert, deren Eltern mittels Brief über die Studie informiert wurden und eine Einverständniserklärung zur Teilnahme beim Lehrer abgeben mussten. Eltern, welche ihr Einverständnis zur Teilnahme gaben, wurden zwecks Vereinbarung eines Interviewtermins kontaktiert.

ERHEBUNGS- UND MESSINSTRUMENTE

Drei Fragebögen zur Evaluierung der Copingstrategien (Self Report Coping Scale – SRCS, Causey & Dubow, 1992), der wahrgenommenen Unterstützung (Social Support Scale for Children – SSSC, Harter, 1985b) und des Selbstwertgefühls (Self-Perception Profile for Children – SPPC, Harter, 1985a) wurden durchgeführt. Die Verhaltensproblemmessung wurde durch Mütter erhoben, welche die Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach, 1991) in französischer Übersetzung ausfüllten. Darüber hinaus wurde der Family Relationship Index (FRI, Holahan & Moos, 1981) durchgeführt um familiären Zusammenhalt, Ausdrucksverhalten und familiäre Konflikte zu erheben. Eine adaptierte Version (Parent & Hébert, 1995) des History of Victimization Form (HVF, Wolfe, Gentile & Bourdeau, 1987) wurde genutzt um Missbrauchsvariablen wie Schwere, Dauer und Beziehung zum Täter zu erheben.

ERGEBNISSE

64% erlebten intrafamiliären Missbrauch, bei 52% dauerte der Missbrauch mindestens sechs Monate an. In 66% der Fälle handelte es sich um schweren Missbrauch und in 29% der Fälle um mittelschweren Missbrauch, wobei die Autoren verabsäumten zu definieren, was unter schwerem und mittelschwerem Missbrauch verstanden wurde. In allen Fällen war der Täter mindestens vier Jahre älter und der Missbrauch wurde innerhalb der letzten sechs Monate aufgedeckt.

Vier verschiedene Cluster konnten gefunden werden:

1. Cluster: chronischer Missbrauch war vorwiegend mit Angstsymptomatik verbunden (33%)

Im Vergleich der ersten Clustergruppe mit den anderen sexuell missbrauchten Kindern, zeigte sich hier eine signifikant höhere Angstsymptomatik, während der Vergleich mit der Kontrollgruppe signifikant höhere CBCL-Werte der Clustergruppe 1 auf allen Skalen ergab.

2. Cluster: eine ganze Reihe von internalisierenden und externalisierenden Symptomen (25%)

Die zweite Clustergruppe berichtete von den invasivsten Missbrauchserfahrungen und litt unter hohem Distress. 90% dieser Gruppe erlebten versuchte oder vervollständigte Penetration. Darüber hinaus gab es in dieser Clustergruppe die niedrigsten Werte an Familienzusammenhalt im Vergleich mit den anderen Clustergruppen. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe waren nicht nur die Werte des Familienzusammenhalts niedriger, sondern es gab auch mehr Familienkonflikte. Des Weiteren konnten klare Unterschiede in Bezug auf die persönlichen Variablen (vermeidende Copingstrategien, niedriger Selbstwert) und die familiären Variablen (weniger Zusammenhalt, mehr Streit) bei den Kindern der Clustergruppe 2 festgestellt werden. Sie zeigten signifikant mehr Verhaltensprobleme auf sämtlichen Skalen im Vergleich mit der Kontrollgruppe, ebenso wie im Vergleich mit den anderen Clustergruppen. Nur im Vergleich mit Clustergruppe 1 waren die Werte in Bezug auf Angst, Somatisierung und Delinquenz dieser Clustergruppe nicht signifikant höher.

3. Cluster: weniger negative Folgen aufgrund weniger schweren Missbrauchs (26%)

Die Gruppe mit weniger schwerem Missbrauch wies die höchste Rate an Missbrauch durch Fremde (19%) und die niedrigste Rate an Missbrauch durch Familienangehörige (19%) auf. Auch die Rate der einmaligen Missbrauchsepisoden war in dieser Clustergruppe mit 48% am Höchsten. Daher wuchsen die Kinder der Clustergruppe 3 mit größerer Wahrscheinlichkeit mit beiden Eltern und unter intakten Familienverhältnissen auf, sowie mit weniger sozialen und emotionalen Problemen.

4. Cluster: weniger negative Folgen bei resilienten Kindern, welche zwar schwer missbraucht wurden, aber effiziente Copingstrategien nutzen konnten.

Die Gruppe der resilienten Kinder profitierte von einer Reihe protektiver Faktoren, welche ihnen geholfen haben dürften, das Trauma zu überwinden. Die Missbrauchsvariablen unterschieden sich nicht von jenen der Clustergruppe 2, was darauf hindeutet, dass die Erfahrungen der Clustergruppen 2 und 4 von ähnlichem Ausmaß waren. Kinder der Clustergruppe 4 zeigten allerdings deutlich höhere persönliche Kompetenzen (weniger vermeidendes Coping, höheres Selbstbewusstsein) und genossen zuträglichere Familienvariablen (weniger Streit, mehr Zusammenhalt) als Clustergruppe 2.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Wahrgenommene Unterstützung durch Freunde und Familie waren keine Variablen, welche Unterschiede zwischen den Clustergruppen oder zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe aufwiesen. Dies weist darauf hin, dass diese Variable nicht so potent ist, wie etwa Copingstrategien. Dennoch ist dieses Ergebnis verwunderlich, da die Wichtigkeit sozialer Unter-

stützung, insbesondere mütterlicher Unterstützung, mehrfach empirisch belegt werden konnte. Gründe dafür könnten den Autoren zufolge sein, dass die genutzte Messungsart nicht sensitiv genug war, oder die Messinstrumente nicht sensibel genug für die Unterscheidung von elterlicher Unterstützung im Allgemeinen und elterlicher Unterstützung spezifisch nach der Aufdeckung des Missbrauchs. Ebenso könnte es sein, dass das Sample stark unterstützende Mütter beinhaltete, da alle Mütter ihre Kinder in die Klinik brachten und somit die Aufdeckung des Missbrauchs ihres Kindes unterstützten.

Ein weiterer Diskussionspunkt ergibt sich bezüglich der Frage nach resilienten Kindern. Vielleicht zeigten jene Kinder keine Symptome, welche die Mütter sehen konnten, oder solche, welche nicht gemessen wurden. Weitaus schwieriger wird es, wenn wahre Resilienz bestätigt werden soll, da sexueller Kindesmissbrauch häufig auch mit latenten Effekten (sleeper effekt) assoziiert ist. Die begrenzt verfügbaren Daten zu Langzeitfolgen zeigen, dass zu Beginn asymptotische Kinder, nach einiger Zeit ein verschlechtertes Zustandsbild aufweisen. Ein weiterer Punkt, welcher in der vorliegenden Studie nicht erfasst werden konnte, ist die Komorbidität, ebenso wie Geschlechterdifferenzen, da die Stichprobe nur 13 Buben enthielt. Dennoch sind die Autoren der Ansicht, dass die Daten der aktuellen Studie einen ersten Schritt in Richtung der Heterogenität dieser Klientel repräsentieren und die Notwendigkeit für umfassende und individualisierte Bewertungen aufzeigen.

3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Um die Kognitionen und insbesondere die unterschiedlichen Möglichkeiten der Attribution von Missbrauchsoptionen zu wissen, ist aus psychotraumatologischer Perspektive von großer Bedeutung. Kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Therapie erzielten gute Erfolge mit Opfern von sexuellem Kindesmissbrauch, sowohl für Erwachsene, als auch für Kinder.

Für einen spieltherapeutischen Ansatz mit einer personenzentrierten Grundhaltung ist der Einfluss von Kognitionen keinesfalls zu leugnen, jedoch ist die Herangehensweise nicht primär auf das Verändern der Kognitionen ausgerichtet. Vielmehr sind veränderte kognitive Bewertungen als Nebenprodukt der personenzentrierten Therapie zu sehen, welche als ganzheitlicher Ansatz dem Menschen in seiner Gesamtheit zu mehr persönlichem Wohlbefinden verhelfen will. Um es mit Riedels (1997) Worten zu sagen: „Nicht die kognitive Verarbeitung durch das Benennen können ist das Heilende im psychotherapeutischen Prozeß [sic], sondern die emotionale Verarbeitung durch nochmaliges Durchleben und Durchleiden.“ (S. 194f)

Auch wenn die Studie von Denov (2004) sich vor allem mit den psychischen Langzeitauswirkungen nach sexuellem Missbrauch durch *weibliche* Täterinnen beschäftigt, gibt sie einen guten Überblick über einige der häufigsten Folgen nach dem Kindheitstrauma sexuellen

Missbrauchs. Denov (2004) versuchte mit ihrer Untersuchung zu unterstreichen, dass durchaus auch Frauen zu sexuellem Missbrauch fähig sind. Jedoch ist die Dunkelziffer von weiblichen Täterinnen vermutlich hoch, da Frauen häufig in Fürsorgeberufen tätig sind und diese Position sehr leicht missbräuchlich ausnutzen können. Die Traumafolgen, welche Denov (2004) in ihrer Stichprobe ermittelt, sind allerdings auch in zahlreichen Fällen mit männlichen Tätern dokumentiert, vor allem, wenn es sich dabei um dem Kind nahe stehende Personen handelt und schwerer Missbrauch bereits in frühem Alter beginnt und über mehrere Jahre andauert, wie dies in der Denov (2004)-Studie bei mehr als der Hälfte der Probanden der Fall ist. Es ist daher nicht verwunderlich, dass fast alle Teilnehmer dieser Studie sich durch die Missbrauchserfahrungen schwer geschädigt fühlen und der Großteil sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in Therapie befand. Denn Folgeerscheinungen wie schwere Depressionen bis hin zu Suizidgedanken und –versuchen, massive Alkohol- und Drogenproblematiken und nicht zuletzt die Gefahr, die jene Probanden für sich selbst und auch für andere darstellen (Viktimisierung anderer, Wutausbrüche, Hass- und Rachegeanken), legen therapeutische Begleitung nicht nur nahe, sondern machen diese sogar dringend erforderlich.

Wenn ein Kind innerfamiliären sexuellen Missbrauch erfährt, dann ist es dadurch sowohl in seiner kognitiven als auch in seiner psychosozialen Entwicklung gestört. Sämtliche Entwicklungsprozesse, die es normaler Weise im Kindesalter durchlaufen würde, werden durch das traumatisierende Erlebnis blockiert. Diagnostische Kategorien sind daher bemüht, Störungen im Kindesalter entlang von Entwicklungslinien und deren Blockaden zu erfassen, um der Besonderheit des sich in Entwicklung befindlichen Individuums gerecht zu werden. Das Komplexe psychotraumatische Belastungssyndrom oder die Kategorie DESNOS kommt einem solchen Unterfangen schon recht nahe.

Traumatisierend ist der sexuelle Kindesmissbrauch deshalb, weil das Kind noch nicht fähig ist zwischen sexueller und emotionaler Zuneigung zu unterscheiden. Da es aber auf Zuneigung angewiesen ist, ist seine kindliche Bedürftigkeit leicht auszunutzen. Das Gefühl ungewollt anders als andere, beschmutzt, kaputt oder nicht mehr liebenswert zu sein oder sein zu wollen, führt beinahe zwangsläufig zu einem negativen Selbstkonzept. Seine körperliche Integrität wird zerstört und es kann keine oder nur sehr brüchige Repräsentanzen für gesunde zwischenmenschliche Beziehung entwickeln. Bindungs- und Beziehungsaufbau gelingen solchen Kindern deshalb nur sehr schwer und sie enden oft in abermals missbräuchlichen Verhältnissen. Filipas und Ullman (2006) dokumentieren ein vierfach höheres Risiko der sexuellen Reviktimisierung für Individuen welche bereits als Kinder sexuell missbraucht wurden. Auch Reese-Weber und Smith (2011) konnten eine signifikante Assoziation zwischen sexuellem

Kindesmissbrauch und späterer Reviktimisierung feststellen. Dies deutet darauf hin, dass schädliche Beziehungsmuster die Tendenz haben sich zu wiederholen.

Ein solches Bindungsverhalten setzt sich in der Beziehung zu eigenen Kindern häufig fort und die ursprünglichen Opfer werden selbst zu Tätern oder halten die eigenen Kinder auf Distanz. Hierfür bieten die Ergebnisse von Denovs (2004) Untersuchung eine Bestätigung. Zwölf der 14 Probanden ihrer Studie gaben an, sich davor zu fürchten andere Menschen zu viktimisieren und vier berichteten von sexuellen Übergriffen auf Kinder, während andere den Kontakt selbst zu den eigenen Kindern mieden und darauf achteten nicht mit ihnen allein zu sein.

Als Ersatzmittel für die fehlende soziale Anbindung, erklärt Purtscher (2008), wird oft zu Alkohol und Drogen gegriffen, oder Anschluss in sozialen Gruppierungen gesucht in denen Gewaltbereitschaft eine akzeptierte oder gar geforderte Umgangsform darstellt. Dazu kommt erschwerend, dass der Konsum von Drogen und Alkohol oft als geeignetes Mittel erachtet wird, um sämtliche Gefühle zu unterdrücken und zu betäuben (siehe Denov, 2004). Depressionen sind nicht selten die Folge ebenso wie Selbstverletzungen und Suizidgedanken und –versuche.

Ein verstärkt sexuelles und promiskuitives Verhalten könne laut Browne und Finkelhor (1986) dem Zweck dienen, Aufmerksamkeit und Zuneigung auf sich zu ziehen. Auf Risikoverhalten gepaart mit Alkohol und Drogen folgt nicht selten erneute Viktimisierung, welche wiederum dysfunktionale Schemata von Beziehung verstärkt (siehe Filipas & Ullman, 2006; Reese-Weber & Smith, 2011).

Aus einer solchen Spirale kann eine Person kaum von alleine herausfinden. Sie braucht Menschen an ihrer Seite, die beständig für sie da sind und mit bedingungsloser Wertschätzung die verzerrten Beziehungsschemata umzuformen beginnen. Da Menschen mit einem solchen Werdegang oft nicht mehr viele Menschen um sich haben oder noch nie hatten, welche sie bedingungslos wertschätzen ist Therapie häufig als letzter Ausweg zu betrachten. Generell ist daher davon auszugehen, dass, je früher therapeutische Bemühungen stattfinden, desto eher die Chance für Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs besteht, ein gelingendes Leben zu führen. Dies setzt allerdings voraus, dass ein gesellschaftliches Frühwarnsystem einschreitet, wenn es um die Frage von Kindeswohlgefährdung geht. Mit der Frage inwiefern Anzeichen für sexuellen Kindesmissbrauch und traumatisches Spiel erkannt werden können, beschäftigt sich Kapitel 4.2.

Die Frage nach Schutzfaktoren und Ressourcen ist das Um und Auf für den Erfolg von therapeutischen Interventionen. Gerade im Kindesalter ist ein Umfeld, welches dem Kind echte und verlässliche Beziehungen bietet, ein Faktor, der in hohem Maße zu einer dennoch gesun-

den Entwicklung beisteuern kann. Die Studie von Hébert, Parent, Daignault & Tourigny (2006) bestätigt, dass es selbst schwer sexuell missbrauchten Kindern, durch das Vorhandensein vielerlei protektiver Faktoren, wie familiärem Zusammenhalt oder starkem Selbstbewusstsein und nützlichen Copingstrategien, möglich ist, sich von den psychischen Folgen dieser traumatisierenden Erfahrungen zu erholen. Die Hoffnung auf ein gelingendes und glückliches Leben trotz sexuellem Missbrauch in der Vergangenheit, muss demnach keineswegs aufgegeben werden. Oberste Priorität sämtlicher Interventionen, sei es nun auf therapeutischer, pädagogischer, oder sozialer Ebene, ist es daher, die persönlichen Ressourcen des Kindes zu stärken und für ein schützendes und stabiles Umfeld zu sorgen.

4 Spieltherapie nach sexuellem Missbrauch

Wenn Sprache keine Option ist, dann ist Spieltherapie, laut Crenshaw und Hardy (2007), mit ihren Symbolen und Metaphern, auf einzigartige Weise passend die für therapeutische Kommunikation und den Ausdruck junger Kinder. Durch schwere Traumatisierungen tief verwundete Kinder, so die beiden Autoren, könnten nicht mit Kurzzeittherapien adäquat behandelt werden. Eine solche therapeutische Arbeit erfordere intensive, tiefe, emotionsfokussierte Heilung, welche auf Empathie und Beziehung beruhe. Doch gerade bei Kindern mit schweren Bindungsstörungen sei das Etablieren einer Beziehung kein Leichtes, da jene Kinder allzu oft desillusioniert, kontrolliert und bestraft worden seien. Die Autoren sind der Ansicht, dass durch das Erzählen oder Spielen der eigenen Geschichte und die Tatsache, dass eine vertrauenswürdige Person diese versteht, das Kind eine neue Geschichte beginnen, neue Bedeutungen und Perspektiven sehen kann. Durch die Erfahrung des Kindes, selbst nach Preisgabe der beschämendsten und geheimsten Gefühle und Gedanken, akzeptiert zu werden, könne es sich allmählich selbst akzeptieren.

4.1 Traumabewältigung im Kindesalter

Spiel ist die natürliche Sprache des Kindes, sind sich Crenshaw und Hardy (2007) sicher. Insbesondere das Symbolspiel erlaubt dem Kind in sicherer Distanz zu dem traumatischen Ereignis zu bleiben und ermöglicht die Auseinandersetzung mit Aspekten des Traumas im eigenen Tempo. Diese schützende Distanz kann das Kind so lange aufrechterhalten, bis es selbst so weit ist sich mit dem Traumaereignis zu konfrontieren. Die Autoren warnen davor das Kind zur Konfrontation mit dem Trauma zu drängen, da hier das Risiko einer Retraumatisierung zu groß wäre und das mühsam aufgebaute Vertrauen verloren gehen könnte. Ohne eine tragfähige therapeutische Beziehung seien sämtliche Behandlungsversuche und Techniken unnütz, da auf jedes Kind in der aktuellen Situation mit seinen aktuellen Lebensumständen und seiner Geschichte individuell eingegangen werden müsse, damit es seinen Weg zur Heilung finden kann.

Schmidtchen (1996) erkannte in der Spieltherapie eine doppelte Heilungsperspektive: Zum einen konnte er eine Steigerung in der Kompetenz des Selbstverwirklichungsverhaltens feststellen, und zum anderen einen bedeutsamen Abbau von psychischen Störungen.

4.1.1 Verhaltensauffälligkeiten zur Aufrechterhaltung der Homöostase

Fischer und Riedesser (2003) sprechen von der Traumareaktion und meinen damit die Bemühungen der Psyche mit den traumatischen Erlebnissen fertig zu werden und sie auszuhalten -

nicht nur in der unmittelbaren traumatischen Situation sondern auch im Nachhinein, als Reaktion auf diese. Sämtlichen Symptomen und Syndromen, welche ein traumatisiertes Individuum aufweist, wohnt ein wesentlicher Zweck inne: die Aufrechterhaltung der Homöostase. Traumareaktionen seien daher in ihrer Symptomatik, so Fischer und Riedesser (2003), nicht als bloße Verrücktheiten zu werten, sondern als äußerst kluge Maßnahmen des menschlichen Organismus, das psychische Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Somit nehmen unterschiedlichste Symptomatiken eine manchmal lebensrettende Funktion ein, was darauf hinweist, dass der Sinn einer therapeutischen Intervention nicht darin liegt, das Symptom als feindliches Objekt zu betrachten das es auszumerzen gilt. Wenngleich die Symptomreduktion sicherlich eine primäre Intention der Psychotherapie darstellt, ist es ratsam Symptome vielmehr als Schlüssel zu der zugrunde liegenden Problematik zu betrachten, nämlich das durch das Trauma erschütterte Selbst- und Weltverständnis, welches durch viel Zeit und Einfühlung langsam wieder stabilisiert werden muss. Wenn interpersonale Deprivation existiert, wie etwa Mangel an Liebe, Unterstützung, Zugehörigkeit oder negative Kräfte, wie ein negatives familiäres, schulisches oder soziales Umfeld, so werden Guernsey (2001) zufolge, dem Selbst die Bedingungen für positive Entwicklung verwehrt. Unpassende Verhaltensweisen können dann in der Bemühung mit diesem verzerrten Selbstkonzept umzugehen, herangezogen werden.

Walkobinger (2000) versteht „diese Auffälligkeiten als die im Moment bestmögliche Antwort des Kindes auf eine bestimmte Lebenssituation vor dem Hintergrund dessen, was das Kind bisher erlebt hat.“ (S. 53) Auch Streeck-Fischer (2007) ist der Ansicht, dass komplex traumatisierte Kinder durch ihr Verhalten zeigen, was sie an traumatischen Erfahrungen gemacht haben. Ihr ist es wichtig, diese Sichtweise auch für das Kind transparent zu machen, damit dieses sein eigenes Agieren, vor dem Hintergrund des Traumas, als nachvollziehbar erleben kann. Vor allem lang anhaltende Symptome betrachtet Walkobinger (2000) als Folge der Entwicklungseinschränkung des Selbst und als Zeichnen von Inkongruenz.

Sowohl für die Diagnose von als auch für die Therapie mit sexuell missbrauchten Kindern, hält auch Riedesser (2003) diese Perspektive für essentiell: „Die bei traumatisierten Kindern zu beobachtende Symptomatik darf [...] nicht als sinnlose, unverständliche Symptomatik gesehen, sondern muß [sic] als psychobiologisch sinnvoller Selbsthilfeversuch verstanden werden.“ (S. 168) Hierfür gibt er einige konkrete Beispiele:

- ◆ Intrusive Symptome und Hypervigilanz haben den Zweck den Organismus hellwach und handlungsfähig zu halten, im Sinne einer Fight-Flight-Reaktion.
- ◆ Gefühlstaubheit, dient zum Schutz vor überwältigenden inneren oder äußeren Reizen.

- ◆ Regressionen können als Bemühungen verstanden werden, auf „das sichere Fundament früherer, prätraumatischer Entwicklungsphasen zurückzukehren.“ (S. 169) Überdies sind sie Appelle an die Bindungsperson, die den Wunsch nach Schutz, Zärtlichkeit und Fürsorge ausdrücken.
- ◆ Dissoziationen dienen der Abspaltung von Gefühlen und Körperempfindungen, wenn diese emotional nicht auszuhalten sind.

Fischer und Riedesser (2003) vergleichen die traumatische Reaktion mit der physiologischen Immunreaktion des Organismus, als komplexen Abwehrvorgang. Dieser funktioniert, so die Autoren, indem ein in den Körper eingedrungener Fremdkörper oder Viren vernichtet, ausgeschieden oder assimiliert würden. Eine dritte Möglichkeit, so Fischer und Riedesser (2003) weiter, bestünde darin „mit dem nicht assimilierbarem inneren „Fremdkörper“ weiter zu leben“ (S. 95)

4.1.2 Das Spiel als kurative Bewältigungsform

Psychotherapie mit Kindern, so Levenson und Herman (1991) unterscheidet sich von der mit Erwachsenen darin, dass Kinder nicht die kognitiven Fähigkeiten besitzen, Dinge zu assimilieren, die sehr sprachorientiert sind. Das therapeutische Ausspielen innerer Erfahrungen, Ideen, Affekte und Phantasien die mit Lebensereignissen assoziiert sind, scheint daher dem Kind die eigenen Gefühle, Konflikte, Dysfunktionen und Gedanken bewusst zu machen, welche problematischem und gestörtem Verhalten zugrunde liegen. Daher zielt Psychotherapie mit Kindern, laut Wittmann (2006) darauf ab, ihnen „Zugang zu ihren internen Bewältigungsressourcen zu schaffen, d.h. ihre Selbstheilungskräfte in Gang zu setzen und zu stärken.“ (S. 144)

Wenn Kinder wiederholt die gleichen Spiele spielen, so Levenson & Herman (1991), dann arbeiten sie mit Symbolisierung. Dadurch artikulieren, assimilieren und integrieren sie unbewusste und mit bestimmten Umständen verbundene Gefühle.

Mogel (1996) versteht Spiel als fundamentales Lebenssystem des Kindes, innerhalb dessen es sich im Sinne der Selbstaktualisierungstendenz selbst verwirklichen kann. „In seinem freien Spiel realisiert das Kind seine eigene Wirklichkeit, indem es sie gestaltet, darstellt und sich aneignet.“ (S. 180) Ihm zufolge ist alles, was es in seinem Spiel erlebt, für das Kind Realität und nicht Quasi-Realität, auch wenn es rasch die Realitätsebenen wechselt und es dadurch für Beobachter schwierig wird den Sinn seines Spieles zu erkennen.

Nach Schmidtchen (1996) besteht das Heilsame des (therapeutischen) Spiels in der Entwicklung von Problemlöseverhalten und der Überarbeitung von Schemata, welche zu begrenzt

oder unrealistisch sind. Das Phantasiespiel hält er für geistig am Anspruchvollsten, da es Vorstellungsbilder, Einsichten, Wissensinhalte und Erlebnisse in zielgerichteter Weise miteinander kombiniert und daher in höchstem Ausmaß geeignet ist, um Selbstsicherheit und Kontrollfähigkeit über die erlebten Ereignisse zu gewinnen. Diese Kontrollfähigkeit führe dazu, dass sich das Kind nicht mehr als „Opfer oder passives, wehrloses Wesen seiner Umwelt“ (S. 135) erlebe, sondern als ein aktiv gestaltender, und in die Geschehnisse Einfluss nehmender Mensch. Dies ist für Schmidtchen (1996) die bedeutsamste Wirkung der Spieltätigkeit.

4.1.3 Die Phasen in der Traumatherapie

Landolt und Hensel (2008) sind der Ansicht, dass vielen traumatherapeutischen Verfahren eine Gemeinsamkeit, in Bezug auf das Durchlaufen bestimmter Phasen innerhalb der Traumatherapie, zugrunde liegt. In der Therapie mit traumatisierten Kindern wird im Wesentlichen zuerst eine *Stabilisierungsphase* angenommen. Nach Courtois (2008) steht hier der Aufbau einer Behandlungsallianz im Vordergrund. Persönliche Sicherheit, sowie Bildung von persönlicher Stabilität und Lebensstabilität zählt sie als wichtige Aspekte dieser ersten Phase auf, welche meist am Längsten dauert und essentiell für den Behandlungserfolg ist. Für Landolt und Hensel (2008) dient diese erste Phase der somatischen, sozialen und affektiven Stabilisierung des Kindes. Bei sexuell traumatisierten Kindern legen sie vor allem auf die soziale Stabilisierung große Gewichtung, da andauernder Täterkontakt verhindert, dass sich eine sichere Ausgangsbasis für therapeutische Interventionen entwickeln lässt. So kann eine Traumakonfrontation erst gar nicht begonnen werden, denn die Gefahr einer Retraumatisierung wäre zu groß. In diesem Zusammenhang warnt Goetze (2002): „Wenn eine Therapie bei fortgesetztem Missbrauch stattfinden würde, könnten die Kinder sich einer Situation ausgesetzt sehen, die für sie mit den ihnen zur Verfügung stehenden Anpassungsmöglichkeiten nicht mehr beherrschbar ist und auf die sie deshalb mit Kurzschlusshandlungen bis hin zum Suizid reagieren könnten.“ (S. 352)

Die Etablierung von Sicherheit im sozialen Umfeld des Kindes ist demnach Grundvoraussetzung für die Traumatherapie. Darüber hinaus ist in dieser ersten Therapiephase das Entstehen der therapeutischen Beziehung von großer Bedeutung. Das Kind braucht ein starkes, authentisches, ihm wohlgesinntes, vertrauensvolles und verlässliches Gegenüber, um sich auf den Weg seiner oft schmerzvollen Heilung zu begeben. Das Etablieren einer solch vertrauensvollen Beziehung bedarf viel Zeit. Somit ist die Stabilisierungsphase jener Teil der Traumatherapie welcher am meisten Zeit in Anspruch nimmt, oft noch ehe überhaupt am eigentlichen Trauma selbst gearbeitet werden kann. Gerade bei innerfamiliär sexuell missbrauchten Kindern ist allerdings der Aufbau einer sicheren Beziehung zur Therapeutenperson schon als

ganz wesentlicher Therapiefortschritt zu betrachten. Denn wie schon vorangegangene Kapiteln annehmen lassen, ist die Bindungs- oder Beziehungsstörung wohl der erste und wesentlichste Part, den die Therapie aufzuarbeiten hat, denn korruptierte Beziehungsschemata müssen langsam abgebaut werden, ehe das Gefühl einer sicheren und verlässlichen Beziehung entstehen kann. Nach Goetze (2002) könnte diese Phase auch „non-personale Phase“ genannt werden. Das Verharren in der non-personalen Phase ohne absehbaren Beziehungsaufbau hält er für ein spezifisches Zielgruppenproblem sexuell missbrauchter Kinder, welches auf Seiten der Therapeutenperson viel Geduld und Zuversicht braucht. „Die extreme Zurückhaltung, sich auf eine neue Beziehung und das Spielen einzulassen, wird häufig dadurch verständlich, dass das Kind mit extremen Methoden zum Schweigen gezwungen worden ist.“ (Goetze, 2002, S. 352) Daher sei es nicht selten, dass sich das Kind zu Beginn der Spielstunde nicht von seiner Bezugsperson trennen möchte. In solchen Fällen ist er der Ansicht, dass das Sicherheitsbedürfnis des Kindes voll zu akzeptieren ist und schlägt vor die Bezugsperson in das Spielzimmer mitkommen zu lassen.

Die zweite Phase der *Traumabearbeitung* kann begonnen werden, wenn das Kind so weit ist, sich mit den belastenden Ereignissen zu konfrontieren. Nach Courtois (2008) wird die zweite Phase eingeleitet, wenn der Klient genug Lebensstabilität und Bewältigungsfähigkeiten erlangen konnte und dementsprechend Affekte adäquat modulieren kann. Traumatisches Material wird hier durchgearbeitet um es aufzulösen. Da einige Kinder aber nicht in der Lage sind, die Traumaereignisse von selbst einzubringen, braucht es hier manchmal Unterstützung von therapeutischer Seite. Einige Therapeuten (Riedel, 1997; Hüsson, 2009) halten es für sinnvoll, bereits von Anfang an den Missbrauch anzusprechen um so eine Tabuisierung des Themas zu verhindern. Insofern vermischen sich Stabilisierungsphase und Traumabearbeitungsphase hier ein wenig, jedoch nur in geringem Ausmaß, da eine Traumakonfrontation dennoch nicht vorgezogen werden kann und dies auch nicht die Intention einer solchen Vorgehensweise ist. Vielmehr soll eine tragfähige Beziehung etabliert werden, die das Stigma des Missbrauchs gleich zu Beginn des Beziehungsaufbaus für das Kind erträglich macht, weil es trotzdem Akzeptanz und Wertschätzung erfährt und es keine Geheimnisse zu geben braucht. Wie die spieltherapeutische Traumabearbeitung im Konkreten aussehen kann, wird im Kapitel 4.3 genauer dargestellt. In Goetzes Phasenmodell (2002) wäre hier die „klientenzentrierte Phase“ zu nennen. Hier schlägt er das Einbringen von Metaphergeschichten als eine Möglichkeit vor, dem Kind auf symbolische Weise näher zu bringen, wie es konstruktiv mit seinem Trauma umgehen kann.

Die dritte Phase ist die *Integrationsphase*. In dieser Phase geht es Courtois (2008) zufolge, um die Restrukturierung eines Lebens, welches nicht mehr vom Trauma und dessen Folgen beeinträchtigt ist. Der Fokus ist hier nach Landolt und Hensel (2008), auf zukunftsbezogene Aspekte, wie etwa die Wiederaufnahme von Entwicklungsaufgaben, gerichtet. Ist das Trauma überwunden, so kann eine Therapie nicht plötzlich beendet werden. Gerade in der Arbeit mit Kindern, insbesondere sexuell traumatisierten Kinder, wäre dies als Beziehungsabbruch zu werten und hätte aufgrund des erlebten Beziehungstraumas eine Retraumatisierung zur Folge. Es gilt langsam voneinander Abschied zu nehmen, daher ist es wichtig, dass das Kind zeitgerecht über ein bevorstehendes Ende der Therapie informiert wird (siehe Kapitel 4.3, Riedel, 1997). Bevor allerdings eine Abschiedsphase eingeleitet werden soll, ist in der Integrationsphase auf die Themen zu achten, welche das Kind in die Therapie einbringt. Sind dies Themen, welche sich mit entwicklungsspezifisch adäquaten Alltagsproblemen beschäftigen (etwa Streit mit Freunden, verliebt sein oder Pläne für die Sommerferien), so ist das Ende der Therapie angezeigt. Goetze (2002) bezeichnet diese Phase als „personenzentrierte Phase“. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass das Kind sich im Sinne der Selbstaktualisierungstendenz allmählich wieder selbst verwirklichen kann: „Die personenzentrierte Phase wird daran deutlich werden, dass die traumatischen Ereignisse in Form konfliktbelasteter Spielszenen zugunsten von befriedigenden Alltagsverrichtungen zurücktreten.“ (S. 355)

Eine zukunftsorientierte und salutogenetische Perspektive, betrachten Landolt und Hensel (2008) als notwendig um dem Kind zu helfen sein Leben aktiv zu gestalten und nicht in eine Opferidentität zu geraten.

4.2 Typische Verhaltensweisen sexuell missbrauchter Kinder

Spielthemen sexuell missbrauchter Kinder sind, laut Cockle und Allan (1996) häufig von Gegensätzen geprägt, wie etwa Gefahr vs. Sicherheit, Fürsorge vs. Aggression, Licht vs. Dunkelheit, Leben vs. Tod, Schmutz vs. Sauberkeit und Opfer vs. Täter.

Goetze (2002) führt unter typischen Spielthemen den Kampf zwischen Gut und Böse, sexualisierte Themen und Themen von Macht, Stärke und Sieg an.

Cockle und Allan (1996) sind der Ansicht, dass die Veränderung und Bewegung der unbewusst ausgespielten Themen des Kindes, Wachstum, Kräftigung und Heilung des Kindes symbolisieren.

Eine Auflistung verschiedener Verhaltensweisen bietet Ater (2001) in einem Buchkapitel zum Spielverhalten sexuell missbrauchter Kinder innerhalb der Spieltherapie. In der folgenden Zusammenfassung von typischen Verhaltensweisen sexuell traumatisierter Kinder möchte ich mich an den von Ater (2001) beschriebenen Verhaltensweisen orientieren:

Repetitives Spiel

Wenn Kinder ihre traumatischen Erlebnisse ausspielen, dann tun sie das oft symbolisch und repetitiv (Ater, 2001; White & Allers, 1994). Ater (2001) nennt diese Form des Spielverhaltens „abreactive“, und drückt damit aus, dass das Kind sich damit abreagiert, sich an einem Thema abarbeitet. Mit jeder Wiederholung erfährt das Kind mehr Kontrolle und Beherrschung über die Situation. Nachdem, durch die Rekreation des Traumas, zunehmende Beherrschung über bisher unkontrollierbare affektive Zustände generiert wurde, können Kinder den Ausgang des Spiels verändern und anstatt Hilflosigkeit Hoffnung erleben. Auf diese Weise kann das Kind mit Teilaspekten der traumatischen Erfahrung umgehen, bis das Erleben emotional bewältigbar wird.

Aggressives Spiel

White und Allers (2004) sprechen von Gefühlen des „schlecht seins“, welche mit Schuldgefühlen in Zusammenhang stehen und zu autoaggressivem und selbstverletzendem Verhalten führen können, im Sinne einer Selbstbestrafung oder aber auch als Bestätigung eines korruptierten Selbstbildes. Ihnen zu Folge kann auch eine Überidentifikation mit dem Täter zu aggressiven Verhaltensweisen führen. Weinberg (2010) erklärt, dass das Kind anstelle der Opferposition, welche mit Gefühlen der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins assoziiert ist, die mächtige, starke und Überlegenheit demonstrierende Täterrolle wählt.

In der Spieltherapie können, nach Ater (2001), das Werfen und Zerstören von Spielzeug, brutales Waschen von Puppen oder Abschneiden derer Körperteile oder Haare, das Verteilen von Schlägen, wilde Autorennen und vieles mehr Ausdruck dieser Aggressionen sein.

Dissoziatives Spiel

Im dissoziativen Spiel oder während dissoziativer Zustände vermeidet und verleugnet das Kind den Schmerz des Traumas. Dissoziation bedeutet das Distanzieren vom eigenen Selbst, von Gedanken, Situationen und Gefühlen. Wird das Spiel zu belastend und stressvoll, so wirkt das Kind oft wie abgeschnitten vom Hier und Jetzt. Es wird ruhig und starrt ins Nirgendwo während es mit stimulierenden Materialien wie Sand oder Wasser spielt oder auch während spezifischer Reinszenierungen. Wenn Kinder dissoziieren, so Ater (2001), sind sie nicht fähig zu hören, zu verstehen oder zu verarbeiten was passiert. Depersonalisationsgefühle können aus einer Dissoziation entstehen und das Kind den Blick für die Realität verlieren lassen.

Auch White und Allers (1994) weisen darauf hin, dass Kinder während dissoziativer Zustände unzugänglich für Stimuli sind.

Rückzug und Passivität

Rückzug und Passivität werden von White und Allers (1994) als eigene Kategorie typischer Verhaltensweisen sexuell missbrauchter Kinder angeführt. Isolation und Passivität sehen die Autoren als weitere Variante des Selbstschutzes.

Blockiertes posttraumatisches Spiel

Der Begriff „blockiertes posttraumatisches Spiel“ ist Hüsson (2009) entnommen. Im Gegensatz zu der bei Ater (2001) verwendeten Bezeichnung „Perseverationsspiel“ halte ich ihn für eingänglicher. Beharrlich wiederkehrende Spielszenarien unterscheiden sich vom abreagierenden oder repetitiven Spiel dadurch, dass das Ende immer gleich furchterlich und unverändert bleibt. Kinder, die es nicht schaffen den Ausgang des Spieles mit der Zeit in eine positive Richtung zu verändern, stecken gleichsam fest in ihrer Hoffnungslosigkeit und in der konstanten, monotonen, ritualisierten Reinszenierung des Traumas. Das Spiel lässt Variationen und Genuss vermissen und bringt dem Kind keine Erleichterung. Gefühle können dabei so stark sein, als würde das Ereignis aktuell wieder geschehen. Ater (2001) weist auf die Gefahr der Retraumatisierung hin, da das Kind gewisser Maßen in seinem Horror fixiert ist und keinen Ausweg findet. Es kann hier notwendig werden, so Ater weiter, dem Kind einen Anstoß zu geben, damit es wieder aus der belastenden Situation heraus kann. Verbalisierungen der Therapeutenperson im Sinne des Ansprechens von dem was sie beobachtet oder durch das Ermutigen des Kindes den Charakteren des Spiels eine Stimme zu geben, können dem Kind helfen, wieder Kontrolle und Beherrschung über das Ereignis zu bekommen und sich im Hier und Jetzt zu verankern, schlägt die Autorin vor.

Regressives und Versorgungsspiel

Im regressiven Versorgungsspiel stillt das Kind seinen Hunger nach Fürsorge und Zuneigung (Riedel, 1997) und kehrt auf fundamentale Entwicklungsstufen zurück. Dies kann nach Ater (2001), seinen Ausdruck darin finden, dass das Kind in Babysprache spricht, Windeln tragen möchte, aus der Babyflasche trinkt, sich selbst hin- und her wiegt, auf Papier kritzelt obwohl es ansonsten schon gut zeichnen kann. Auch anklammerndes Verhalten ist Hinweis auf eine Regressionsthematik. Kinder die in einer Regressionsphase sind, agieren überfreundlich und einschmeichelnd und extrem abhängig, erläutert Ater (2001). Als eigene Kategorie führt sie das Versorgungsspiel an. Sie ist der Ansicht, dass Versorgungsspiele für sexuell missbrauchte Kinder eine wichtige Rolle einnehmen, da sie ihnen helfen, ihren Mangel an Fürsorge und ihr Bedürfnis danach, auszudrücken. Häufig treten hier auch ambivalente Gefühle auf, etwa im Füttern und Liebkosen einer Puppe und im anschließenden verprügeln dieser. Fürsorgliches

versorgendes Verhalten wird sowohl im Spiel für das Kind selbst inszeniert oder für die Therapeutenperson, so die Autorin.

Eine eindeutige und klare Unterscheidung lässt sich zwischen Versorgungsspiel und regressivem Spiel erst nach genauem Hinsehen erkennen, auch wenn die Trennlinie nicht ganz scharf ist. Regressives Spiel befasst sich, auch bei nicht traumatisierten Kindern, immer mit einer Versorgungs- und Fürsorgethematik. Dem Kind geht es entweder darum selbst klein zu sein und umsorgt zu werden, oder es inszeniert sich als Schutz bietende und versorgende Figur für den Spielpartner oder die Spielfigur. Der Unterschied könnte für Ater (2001) vielleicht darin liegen, dass sich das Kind im regressiven Spiel eine eher passive Rolle erwählt, während das Versorgungsspiel auf eine aktiv versorgende Rolle seitens des Kindes ausgelegt ist. Dennoch ist das zugrunde liegende Bedürfnis des Kindes sowohl in einer regressiven als auch in einer versorgenden Inszenierung, jenes nach Schutz, Fürsorge, Liebe und Geborgenheit.

Sexualisiertes Spiel

Übersexualisiertes Verhalten tritt in der Therapie mit sexuell missbrauchten Kindern häufig auf, da diese Kinder kein Verständnis für angemessene Berührungen und Grenzen entwickeln konnten. Therapeuten stehen hier vor der großen Herausforderung einerseits den freien Ausdruck des Kindes nicht zu hemmen und andererseits klare Grenzen zu ziehen. Hüsson (2009) betont, dass das eigene Befinden der Therapeutenperson hier im Sinne der Kongruenz auf keinen Fall übergangen werden darf.

Da Kinder während der Spieltherapie häufig mit einem Erwachsenen allein im Spielzimmer sind, könnte diese Situation sie an Missbrauchssituationen erinnern und sie sich der Gefahr eines erneuten Übergriffes ausgesetzt sehen. Ater (2001) zufolge reagieren Kinder in Erwartung eines erneuten Missbrauchs auf zweierlei Arten. Entweder sie verhalten sich überwachsam und ängstlich, oder sie bemühen sich um Übernahme der Kontrolle durch das Annehmen der sexuellen Rolle die sie gewohnt sind. Es kann zu direkten Reinszenierungen kommen, die sich nicht mehr auf einer Symbolebene ereignen, sondern in der Realität nachgeahmt werden. Kinder wollen sich ausziehen, offen masturbieren, die Genitalien der Therapeutenperson berühren oder bringen zum Ausdruck, dass sie von dieser berührt werden wollen, bis hin zu der direkten Aufforderung Sex zu haben, berichtet Ater (2001). Mit White und Allers (1994) ist diese Aufzählung noch durch exzessive sexuelle Neugier, Exposition der Genitalien, das Einführen von Spielsachen oder das Reiben des Anal- oder Genitalbereichs zu ergänzen. Solche Situationen können einen regelrechten Affront für Therapeuten darstellen, weiß Ater (2001). Da Kinder, die sexuell missbraucht wurden, sehr häufig ein sexualisiertes Bild ihrer selbst haben, sowie von der Therapeutenperson oder Erwachsenen allgemein, führt Ater (2001) wei-

ter aus, nehmen sie an, dass die Beziehung zur Therapeutenperson ebenfalls sexueller Natur sein muss. „If sex ist he only way children experience affection, they will have difficulty recognizing true nurturing.” (Ater, 2001, S. 126)

Dennoch, glaubt Ater (2001), schwingt durch die Reinszenierung, sei es nun auf direkte oder auf symbolische Art, oft auch das Bedürfnis des Kindes mit, sich der Therapeutenperson gegenüber auszudrücken, sich ihr anzuvertrauen. Durch symbolisiertes sexualisiertes Spiel, begründet die Autorin weiter, gewinnen Kinder Verständnis über ihren Missbrauch und darüber wie dieser mit ihrem Selbst- und Weltbild in Bezug zu setzen ist. So können sie eine Repräsentation von sich selbst als missbrauchtes Kind entwickeln und beginnen diese Erfahrung zu akzeptieren.

Chaffin et al. (2008) bildeten eine Sondereinheit zur Untersuchung sexueller Verhaltensprobleme bei Kindern (ATSA - Association for the Treatment of Sexual Abusers). Ihre Untersuchungsergebnisse konnten kein spezielles Syndrom, jedoch gewisse Verhaltensweisen feststellen, welche bei Kindern mit auffallendem Sexualverhalten häufiger vorkommen und die Grenzen des sozial akzeptierten Verhaltens überschreiten. Die Abkürzung SBP (Sexual Behavior Problems) bezeichnet Kinder bis zum Alter von 12 Jahren, welche in ihrem Verhalten auf sexuelle Körperzonen konzentriert sind. Diese Konzentration ist einerseits entwicklungsinadäquat und andererseits potenziell schmerzlich für jene Kinder selbst oder andere. Wichtig ist es Chaffin et al. (2008), solch potenziell schädliches Verhalten von normalem sexuellem Spiel abzugrenzen, welches sich spontan, periodisch und wechselseitig zeigt und weder gewalttätig noch nötigend wird, wenn andere Kinder involviert sind. Folgende Faktoren sind laut ATSA bei der Unterscheidung von normalem und potenziell schädigendem sexuellem Verhalten zu berücksichtigen:

- ◆ Alters- bzw. Entwicklungsunterschiede der beteiligten Kinder
- ◆ Vorhandensein von Gewalt oder Druck
- ◆ Vorhandensein von Einschüchterung oder Zwang
- ◆ emotionaler Stress des Kindes/der Kinder
- ◆ Beeinträchtigung der sozialen Entwicklung durch das Verhalten
- ◆ Verursachung von physischen Verletzungen.

Die besorgniserregendsten Fälle, so die Autoren, seien jene, mit substantiellem Alters- oder Entwicklungsunterschied der involvierten Kinder und das Vorhandensein von Zwang, Gewalt, Aggression und potenzieller Verletzungsgefahr. Häufiger finde man SBP bei Kindern mit sexuellem Missbrauch in der Biografie. Allerdings seien sexuelle Verhaltensprobleme oft nur

Teil eines großen Musters auffallender und gestörter Verhaltensweisen. Vor dem Hintergrund schädlicher familiärer, ökonomischer und entwicklungsbedingter Faktoren, welche sowohl Ursache als auch aufrechterhaltende Bedingungen darstellen können, sei daher die Notwendigkeit gegeben, Interventionen unter Einbezug der Eltern oder naher Bezugspersonen zu setzen, so die Empfehlung der ATSA.

4.2.1 Studien zu typischen Verhaltensweisen sexuell missbrauchter Kinder oder: Diagnoseinstrumente für ein Missbrauchssyndrom?

Saywitz et al. (2000) stellen in ihrem Review fest, dass kein einheitliches Syndrom existiert, welches alle Kinder mit sexuellen Missbrauchserfahrungen zu charakterisieren vermag. Wie aus dem vorangegangenen Kapiteln zu entnehmen ist, sind kindliche Traumata so komplex und vielschichtig in ihrer Phänomenologie, dass es schwierig ist Diagnosen zu entwerfen, welche das einzelne Kind in seiner Gesamtheit erfassen. Hierzu gehören nach Valle und Silovsky (2002) verschiedenen Kindcharakteristika, wie Entwicklungsstand oder Attributionsstil, Familiencharakteristika (unterstützendes Familienklima oder dysfunktionale Beziehungsmuster) und Missbrauchscharakteristika, wie Dauer, Art, Verhältnis zum Täter. Da es so viele Einflussfaktoren gibt und diese auf solch unterschiedliche Art zusammenspielen und die kindliche Entwicklung in Richtung Genesung beeinträchtigen oder fördern können, ist es konsequenter Weise so gut wie unmöglich, aus den Reaktionen eines Kindes, eindeutig sexuellen Missbrauch nachzuweisen.

Dennoch brauchen professionelle Fachkräfte, die in ihrer Arbeit mit jenen Kindern zu tun haben, Orientierungspunkte und Leitlinien, welche ihnen helfen in angemessener Art und Weise auf das jeweilige Kind und dessen individuellen Bezugsrahmen einzugehen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über einige Erhebungs- und Bewertungsinstrumente zur Evaluierung von traumatischem Spielverhalten und Anzeichen für sexuellen Missbrauch:

Tabelle 3: Erhebungs- und Bewertungsinstrumente

Studie	Instrument	Stichprobe	Kontrollgruppe
Findling, Bratton & Henson (2006)	Entwicklung der Traumaspielskala	Anzahl: 12 Alter: 5-7 Ethnizität: k.A. Geschlecht: 4 Mädchen, 8 Buben	ja
Homeyer & Landreth (1998)	Spielverhalten sexuellmissbrauchter Kinder	Anzahl: 249 Alter: Therapeuten 40-50 Kinder 3-10 Ethnizität: k.A. Geschlecht: Therapeuten 87,1% weibl. Kinder k.A.	nein
Myers, Bratton, Hagen & Findling (2011)	Entwicklung der Traumaspielskala II	Anzahl: 7 Alter: 5-7 Ethnizität: 5 Kaukasier, 1 Südasisch, 1 Hispanisch Geschlecht: 4 Buben; 3 Mädchen	ja

4.2.1.1 Verhaltensweisen sexuell missbrauchter Kinder in der Spieltherapie

FORSCHUNGSGEGENSTAND

Homeyer und Landreth (1998) führten eine Studie zu den Verhaltensweisen durch, welche innerhalb einer Spieltherapie sexuell missbrauchter Kinder auftreten können und versuchten eine Liste von Verhaltensindikatoren zu konzipieren, welche Therapeuten als Hilfestellung dienen kann, um weitere Untersuchungen zur Abklärung eines eventuellen Missbrauchs anzustrengen.

FORSCHUNGSFRAGEN

Folgende Forschungsfragen beschäftigten die Autoren:

- ◆ Gibt es Verhaltensweisen innerhalb der Spieltherapie, die mit sexuellem Missbrauch assoziiert werden können?
- ◆ Gibt es in diesen Verhaltensweisen geschlechtsspezifische Unterschiede?
- ◆ Gibt es in diesen Verhaltensweisen altersspezifische Unterschiede?

VORGEHENSWEISE

Die Sichtung der Fachliteratur resultierte in einer Liste von 115 Verhaltensweisen sexuell missbrauchter Kinder. Diese wurden in thematische Kategorien (aggressiv, versorgend, regressiv, sexualisiert, waschend/säubernd, konflikthaft, dissoziativ und nicht kategorisiert) und Typen des spielerischen Zugangsmediums (Spielzeug, Sandkasten, Kunst, Interaktion mit dem Therapeuten, Verbalisationen) organisiert. Eine Diskussionsgruppe von fünf bekannten Experten auf dem Gebiet der Spieltherapie und des sexuellen Missbrauchs wurde hinzugezogen um interne Validität zu etablieren. Beruhend auf dem Erfahrungsschatz der Experten und deren Fachmeinung wurden einige Verhaltensweisen ausgeschlossen und einige hinzugefügt,

sowie Items überarbeitet um klare Formulierungen zu finden. Das Ergebnis war eine Liste von 178 Items, anhand derer die Feldforschung durchgeführt werden konnte. Das Instrument hierfür wurde aus dieser Itemliste entwickelt, wobei die thematischen Kategorien weggelassen wurden um die Beeinflussung der Teilnehmer beim Ausfüllen des Testbogens zu vermeiden. Die Typen des spielerischen Zugangsmediums allerdings, boten einen Kontext innerhalb dessen, bestimmte Verhaltensweisen besser verstanden werden konnten. Eine Skala von *1 never* bis *5 very often* sollte die Häufigkeit des Auftretens bestimmter Verhaltensweisen reflektieren. Folgende Kategorien wurden generiert:

- ◆ Buben im Alter von 3-6 Jahren
- ◆ Mädchen im Alter von 3-6 Jahren
- ◆ Buben im Alter von 7-10 Jahren
- ◆ Mädchen im Alter von 7-10 Jahren

Alle 2541 Mitglieder der Association of Play Therapy bekamen das Untersuchungsinstrument zugesandt, um herauszufiltern, welche Therapeuten genug Erfahrung mit sexuell missbrauchten Kindern (16 oder mehr Fälle) hatten um deren Spielverhaltensweisen identifizieren zu können. Die erste Sendung enthielt Informationen zur Studie, das Untersuchungsinstrument und einen demographischen Fragebogen, sowie eine Karte mit der Bitte um Resultate und ein adressiertes Rücksendekuvert. Nachfolgende Postkartenerinnerungen kamen nach einer und nach vier Wochen.

46,18% der 786 Therapeuten, welche antworteten, arbeiteten nicht mit sexuell missbrauchten Kindern. 423 vollständige Untersuchungsunterlagen kamen zurück, von welchen nur jene ausgewählt wurden, welche von Therapeuten mit der meisten Erfahrung durchgeführt wurden. 249 Unterlagen flossen letztendlich in die Studie mit ein.

Die Therapeuten waren vorwiegend weiblich (87,1%), zwischen 40 und 50 Jahren alt, mit Mastergrad (77,5%) in Beratung (50,2%) oder Sozialarbeit (28,1%). Ein Drittel nahm an mehr als vier Graduiertenkurse in Spieltherapie oder 110 oder mehr Stunden Training in Spieltherapie teil oder beides. 51% hatten über sieben Jahre Berufserfahrung mit Spieltherapie, meist in privater Praxis (46,2%). Nur 2,8% waren in psychiatrischen Krankenhäusern tätig. 20-50% des wöchentlichen Arbeitspensums nahmen sexuell missbrauchte Kinder bei 72 (28,9%) Teilnehmern ein, 51-75% bei 74 (18,9%) und 76-100% bei 16 (10,4%) der Therapeuten.

Mittels Clusteranalyse wurden Items für sieben Gruppen identifiziert: Alle Kinder, alle Buben, alle Mädchen, Buben mit 3-6 Jahren, Mädchen mit 3-6 Jahren, Buben mit 7-10 Jahren, Mädchen mit 7-10 Jahren.

Die Teilnehmer füllten den Testbogen mittels Skalenwerteinstufung zu jedem Item der Verhaltensweisen viermal aus. Im Feldtest sollte externe Validität etabliert werden. Eine Kommission von Therapeuten wählte 30 Spieltherapeuten zur Teilnahme aus, welche aktiv in die Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern involviert waren. 21 Therapeuten vervollständigten das Datenmaterial und gaben Feedback zur Nutzbarkeit und Klarheit des Testbogens.

ERGEBNISSE

- ◆ Altersspezifische Unterschiede in Spielverhaltensweisen konnten festgestellt werden.
- ◆ Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten nicht mit Signifikanz festgestellt werden.
- ◆ Dennoch konnten Unterschiede im Spielverhalten festgestellt werden, auch wenn diese nicht signifikant waren:
- ◆ In der Altersgruppe der drei- bis sechsjährigen zeichneten Buben Figuren mit großen, offenen Mündern und Mädchen steckten Objekte in den Mund, simulierten Oralsex und zeigten sexualisiertes Spiel indem sie die Therapeutenperson mit Handpuppen küssten.
- ◆ Buben zeigten dissoziatives Verhalten eher in einem tranceartigen Zustand, während des Spiels mit Wasser oder Sand oder während des Nachspielens des Missbrauchs. Sowohl Mädchen als auch Buben zeigten sich auf subtile Weise dissoziativ indem sie Löcher in die Luft starrten. Möglicher Weise ist diese Beobachtung ein Hinweis darauf, dass Mädchen leichter dissoziieren als Buben, da sie keine zusätzliche Stimulation durch visuelle (Reinszenierung) oder taktile Reize (Wasser, Sand) benötigen.
- ◆ Buben zeigten darüber hinaus häufiger verschiedene Verhaltensweisen der Regression und Versorgung. Dies könnte ein größeres Bedürfnis nach Versorgung abzeichnen und mit größerem Verlust der Versorgung durch den sexuellen Missbrauch in Verbindung stehen.
- ◆ In der Altersgruppe der sieben- bis zehnjährigen zeigten sowohl Buben als auch Mädchen Versorgungsspiel, was darauf hindeutet, dass Kinder dieser Altersgruppe sich häufig zu wenig umsorgt fühlen. Mädchen suchen nach dieser Versorgung eher in der Interaktion mit der Therapeutenperson, was bedeuten könnte, dass sie mehr auf Schutz und Zuwendung und Beziehung zu und durch eine signifikante Person angewiesen sind. Auch hier dissoziierten Mädchen häufiger ohne augenscheinliche Anzeichen, was erhöhte Aufmerksamkeit seitens der Therapeuten für Dissoziationen bei Mädchen nahe legt.
- ◆ Im Vergleich aller Buben und aller Mädchen zeigten Mädchen mehr Ambivalenzen und Buben häufigeres sexualisiertes Verhalten und Verhaltensweisen um das Thema säubern und waschen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Autoren weisen darauf hin, dass die Daten der Studie nicht generalisierbar sind und unterstreichen die Individualität jedes einzelnen Kindes. Darüber hinaus räumen sie ein, dass ihre Implikationen äußerst spekulativ seien, da dies die erste Studie auf diesem Gebiet sei.

4.2.1.2 Play Therapy Screening Instrument for Child Sexual Abuse

Homeyer (2001) stellt in einem Buchkapitel zur Identifizierung sexuell missbrauchter Kinder in der Spieltherapie, das entworfene Screening Instrument vor, das Therapeuten als Hilfestellung dienen soll, Kinder, bei welchen der Verdacht auf sexuellen Missbrauch besteht, durch ihr Spielverhalten in der Therapie zu identifizieren. Sie stellt klar, dass das PTSI-CSA (Play Therapy Screening Instrument for Child Sexual Abuse) kein Diagnoseinstrument ist. Es identifiziert lediglich Verhaltensweisen, welche konsistent und mit hoher Korrelation bei Kindern auftreten, die sexuell missbraucht wurden. Anhand von 15 Items können Verhaltensweisen sexuell missbrauchter Kinder von Verhaltensweisen nicht sexuell missbrauchter Kinder unterschieden werden. Jedes dieser Items ist einem spezifischen, spontanen Verhalten, das von einem Kind während einer nondirektiven Spieltherapie gezeigt wird, zugeordnet. Es sei allerdings auch möglich das Screening Instrument in direkteren Therapierichtungen zu nutzen, so die Autorin, da auch hier hin und wieder spontanes Spielverhalten gezeigt würde, welches mittels PTSI-CSA bewertet werden kann. Das spontane und ungeleitete Spiel ist Grundvoraussetzung um das PTSI-CSA richtig anwenden zu können. Spielverhalten, welches es zu bewerten gilt, kann entweder für sich alleine auftreten oder innerhalb einer längeren Spielsequenz. Das Instrument ist für Buben und Mädchen im Alter zwischen drei und zehn Jahren anwendbar. Aufgrund eines beobachteten Ordnungseffektes, ist es notwendig ein Vergleichskind im Vorhinein mit dem PTSI-CSA einzuschätzen bevor das zu testende Kind bewertet wird. Das Vergleichskind sollte ein nicht sexuell missbrauchtes Kind sein, welches aus anderen Gründen in der Therapie ist. Geschwisterkinder eines mutmaßlich sexuell missbrauchten Kindes oder Opfer familiärer Gewalt stellen keine geeigneten Vergleichskinder dar, da diese selbst einem hohen Risiko für sexuell missbräuchliche Verhaltensweisen ausgesetzt sind.

Das Vergleichskind soll während einer oder mehreren Spieltherapieeinheiten in Bezug auf die 15 Items beobachtet werden. Tritt ein bestimmtes Verhalten auf, so wird mit *Ja* bewertet, tritt es nicht auf so wird mit *Nein* bewertet. Sämtliche *Ja*-Wertungen werden zusammengezählt.

Der nächste Schritt ist der, das mutmaßlich sexuell missbrauchte Kind in Bezug auf alle 15 Verhaltensweisen innerhalb einer oder mehrer Spieltherapiestunden zu beobachten und das Auftreten oder Nichtauftreten zu vermerken. Der Summenwert des Vergleichskindes wird nun vom Summenwert des zu testenden Kindes abgezogen und man erhält einen Differenzwert.

Beträgt der Differenzwert vier oder ist höher als vier, so besteht die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind sexuell missbraucht wurde. Dieses Kind würde dann als *high risk* eingestuft werden und die Notwendigkeit für weitere Untersuchungen um den Verdacht zu erhärten, wäre somit angezeigt. Ein forensisches Interview oder eine sexuelle Missbrauchsbewertung sollten in diesem Fall, laut Homeyer (2001), ehestens stattfinden.

4.2.1.3 Entwicklung der Traumaspielskala

Die Traumaspielskala, auch TPS (Trauma Play Scale) abgekürzt, wurde 2006 von Findling, Bratton und Henson entwickelt. Die Absicht war, ein Messinstrument zu kreieren, das objektiv ist und die entwicklungsspezifischen Bedürfnisse junger Kinder berücksichtigt, sowie sensibel in Bezug auf die einzigartigen Charakteristika des posttraumatischen Spiels ist.

Literatur zu posttraumatischem Spiel und etwa 52 Stunden Videomaterial wurden in der Entwicklungsphase gesichtet. Das Ziel bestand darin, Verhaltensweisen herauszufiltern, welche gehäuft im posttraumatischen Spiel auftraten. 80 Items, welche innerhalb einer Fokusgruppe von professionellen Beratern und geschulten Spieltherapeuten diskutiert wurden, waren das Ergebnis dieses Reviews. Durch Feedback der Fokusgruppe konnte die Skala verfeinert werden. Ein Diskurs innerhalb der Fokusgruppe fand insgesamt sechs Mal während der Entwicklungsphase der TPS statt und brachte schlussendlich jene Items hervor, welche die Basis der fünf Subskalen darstellten. Diese mussten weit genug angelegt sein um klinische Bedeutung zu haben und spezifisch genug, um klinische Genauigkeit zu besitzen. Folgende fünf Subskalen finden sich in der TPS: (a) Intensives Spiel, (b) Repetitives Spiel, (c) Spielunterbrechungen, (d) vermeidendes Spielverhalten und (e) Ausdruck negativer Affekte.

Acht aufeinander folgende Spieltherapiestunden von etwa 45 Minuten Länge wurden von 12 Spieltherapeuten bei jedem Kinderklienten aufgezeichnet. Die Daten von sechs traumatisierten und sechs nicht traumatisierten Kindern im Alter zwischen fünf und sieben Jahren wurden gesammelt. Bei den Kindern der Traumagruppe musste durch ihre Eltern oder Fürsorgeberechtigten bestätigt werden, dass sie ein interpersonales Trauma folgender Natur erlitten hatten: Körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionaler Missbrauch, Vernachlässigung, Zeugenschaft häuslicher Gewalt, Zeugenschaft anderer interpersoneller Gewalt, psychische Krankheit eines oder beider Elternteile, Trennung von Eltern durch Verlassen oder Haft, Tod, Adoption, oder durch Kinderschutzeinrichtungen aus dem zu Hause entfernt werden. Darüber hinaus musste durch Eltern oder Fürsorgepersonen eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen berichtet werden: Wiederholte Reinszenierungen des Traumas im Spiel, eingeengtes Spiel oder Tagträumerei, Rückzugsverhalten, generalisierte Alpträume oder Schlafstörungen mit nächtlichen Panikanfällen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln, Verlust

bereits erlernter Fähigkeiten wie Toilettenverhalten oder Sprachfähigkeit, Aggressivität, Trennungsängste.

Fünf professionelle Berater mit fortgeschrittenem Training in Spieltherapie fungierten als Rater, welche etwa 20 Trainingsstunden absolvieren mussten, bevor sie die Videoaufzeichnungen der Pilotstudienstichprobe mittels TPS bewerteten.

Als Resultat konnte ein hoher Grad an Inter- und Intraraterreliabilität festgestellt werden.

Ebenso wurde ein hoher Grad an Diskriminanzvalidität gemessen, was bedeutet, dass die TPS fähig ist zwischen traumatisierten und nicht traumatisierten Kindern zu unterscheiden. Bei den durchschnittlichen TPS-Scores konnten, außer bei der Subskala Repetitives Spiel, signifikante Ergebnisse verzeichnet werden. Für den Mangel an Signifikanz bei der Domain des Repetitiven Spiels sehen die Autoren mehrere mögliche Gründe. Einmal besteht die Möglichkeit, dass Repetitives Spiel nicht adäquat gemessen werden konnte aufgrund der Komplexität des Konstruktes. Des Weiteren, halten sie es für plausibel, dass es für die Rater aufgrund der Tatsache, dass sie nicht wussten welche Kinder sie bewerteten (Traumagruppe oder Vergleichsgruppe), nicht möglich war zwischen Repetitivem Spiel und Symbolspiel zu unterscheiden. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass es tatsächlich in Bezug auf Repetitives Spiel keinen Unterschied zwischen traumatisierten und nicht traumatisierten Kindern gibt.

4.2.1.4 Weiterentwicklung der Traumaspielskala

Myers, Bratton, Hagen und Findling (2011) nahmen eine Weiterentwicklung der TPS vor, um ein reliables und valides Messinstrument zu generieren. Sie untersuchten erneut die Diskriminanzvalidität, allerdings bedienten sie sich, im Unterschied zur Pilotstudie, eines Vergleichs-samples, welches 9 Kinder enthielt die keiner Therapie zugewiesen wurden und keine klinischen Auffälligkeiten zeigten, sowie in ihrer Biografie kein Trauma vorwies.

Die Daten der Traumagruppe wurden aus der Pilotstudie übernommen. Das Prozedere wurde ebenso wie in der Pilotstudie durchgeführt.

Die Autoren betrachten normative Daten als essentiell, um genauere Interpretationen der Werte zu erhalten, welche durch klar definierte Referenzpunkte dargestellt sind. Robustheit und Reliabilität der TPS sollen durch die normativen Daten einer Kontrollgruppe gesteigert werden. Es wurden statistisch signifikante Gruppenunterschiede festgestellt, sowie große Effektstärken. Wie erwartet waren die Differenzen in der Myer et al.-Studie (2011) größer als in der Pilotstudie. Die TPS ist demnach ein entwicklungssensibles Messinstrument für posttraumatische Reaktionen bei Kindern, basierend auf Beobachtungen nicht geleiteten Spielverhaltens. Die größte Limitation beider Studien, so die Autoren, war die kleine Stichprobengröße. Der nächste logische Schritt in der Entwicklung der TPS wäre folglich, so Myers et al. (2011) wei-

ter, die Untersuchung größerer Stichproben, um demographisch normative Daten zu entwickeln. Die Traumaspielskala habe, laut Untersuchern, großes Potenzial, das Wissen um Frequenz, Dauer, Intensität und Muster von posttraumatischen Belastungssymptomen bei Kindern zu steigern und unterstütze die Theorie, dass traumatisierte Kinder anderes Spielverhalten zeigen als nicht traumatisierte Kinder.

4.2.1.5 Anatomisch korrekte Puppen

In einem Review zur Nutzung anatomisch korrekter Puppen zur Bestimmung sexuellen Missbrauchs bei Kindern gehen Bartlett-Simpson, Kneeshaw und Schaefer (1993) auf die Frage ein, ob sich das Verhalten sexuell missbrauchter Kinder im Umgang mit anatomisch korrekten Puppen vom Verhalten nicht sexuell missbrauchter Kinder unterscheidet. Damit verfolgen sie das Ziel, die Validität von anatomisch korrekten Puppen als Instrument zur Bestimmung von sexuellem Missbrauch zu etablieren und herauszufinden wie diese reliabel genutzt werden können. Diese Bemühungen wären einerseits wichtig um zu verhindern, dass ein unschuldiger Erwachsener seine Freiheit und seine Reputation verliere, und auf der anderen Seite, um missbrauchten Kindern ihr Recht auf eine sichere Umwelt zu gewährleisten, so die Autoren. Neben der Frage nach dem Spielverhalten von Kindern mit anatomisch korrekten Puppen, beschäftigt Bartlett-Simpson et al. (1993) die Frage ob anatomisch korrekte Puppen zu suggestiv wären, beziehungsweise welche Kriterien ein valides Interview konstituieren. In der Literatur wird der Einbezug von anatomisch korrekten Puppen, laut Goetze (2002) kontrovers diskutiert. Einerseits sei die anatomische Puppe ein gutes Hilfsmittel für das Kind um Zugang zu den traumatischen Erfahrungen herzustellen und sich durch die Reinszenierung der eigenen Gefühle bewusst zu werden. Auf der anderen Seite, sei darauf zu achten, „dass das Vorhandensein solcher Puppen bei manchen Kindern auch Irritationen und damit Spielhemmungen auslösen kann.“ (S. 351) Er ist daher der Ansicht, dass es von Kind zu Kind abhängig zu machen sei, ob anatomisch korrekte Puppen Einzug in die Therapie finden und rät von einem routinemäßigen Einbezug solcher Puppen ab.

Bartlett-Simpson et al. (1993) kommen zu der Schlussfolgerung, dass anatomisch korrekte Puppen sehr wohl ein valides Bestimmungsinstrument für sexuellen Missbrauch darstellen können, sofern das Interview nach bestimmten Kriterien durchgeführt wird. Durch den Nachweis, dass anatomisch korrekte Puppen nicht per se suggestiv sind und sich das Spielverhalten sexuell missbrauchter Kinder in einigen Verhaltensweisen von dem nicht sexuell missbrauchter Kinder grundsätzlich unterscheidet, ist es, um Suggestion durch Diagnostiker auszuschließen, empfehlenswert das Interview mit einer Freispielphase zu beginnen. In dieser Freispielphase sollte die Puppe verfügbar, aber angekleidet sein, so sei es dem Kind selbst überlassen,

ob es das zur Verfügung stehende Material annehme oder nicht. Um sicherzustellen, dass das Kind Körperteile richtig benennen kann, sollte eine Evaluation der Körperteile stattfinden und wenn möglich, im Wortlaut des Kindes interviewt werden. Bei der Befragung selbst dürfen keine Suggestivfragen gestellt werden, sondern solche mit sehr offenen Antwortmöglichkeiten. Um beim Interview Kinder nicht unter Druck zu setzen, plädieren die Autoren darauf, dass keine weiteren Erwachsenen anwesend sind und schon gar keine Familienmitglieder. Videoaufzeichnungen wären daher von Vorteil, da ansonsten dem Vorwurf der Suggestion nichts entgegenzusetzen sei.

4.3 Konzepte personenzentrierter Spieltherapie nach sexuellem Missbrauch

Bevor auf konkrete differenzielle Vorgehensweisen mit sexuell traumatisierten Kindern eingegangen werden kann, ist es notwendig zunächst personenzentrierte Spieltherapie im Allgemeinen zu umreißen um in weiterer Folge eine Abgrenzung vornehmen zu können. Nach Carl Rogers (2005; 1983) gibt es in allen Individuen eine innewohnende menschliche Kapazität in Richtung Wachstum und Reifung zu streben, sofern die notwendigen Bedingungen dafür gegeben sind. Virginia Axline (1980) verdeutlichte, dass auch Kinder in dieser Annahme impliziert sind. Auf Basis dieser zugrunde liegenden Annahme gehen Cockle und Allan (1996) davon aus, dass das Kind, wurde das Heilungspotenzial aktiviert, selbst den Weg einschlägt, der es zur Heilung führt. Häufig, so die Autoren, seien dies zunächst Bereiche die verwundet und voller Scherz sind. Diese müssen durchgearbeitet werden um Gefühle von Selbstakzeptanz und schließlich Selbstheilung zu entwickeln.

4.3.1 Grundzüge personenzentrierter Spieltherapie

Virginia Axline (1980, S. 73) postulierte folgende Prinzipien für die personenzentrierte Spieltherapie:

1. „Der Therapeut muß [sic] eine warme, freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen, die sobald wie möglich zu einem guten Kontakt führt.
2. Der Therapeut nimmt das Kind ganz so an, wie es ist.
3. Der Therapeut gründet seine Beziehung zum Kind auf eine Atmosphäre des Gewährenlassens, so daß [sic] das Kind all seine Gefühle frei und ungehemmt ausdrücken kann.
4. Der Therapeut ist wachsam, um die Gefühle, die das Kind ausdrücken möchte, zu erkennen und reflektiert sie auf eine Weise auf das Kind zurück, daß [sic] es Einsicht in sein eigenes Verhalten gewinnt.
5. Der Therapeut achtet die Fähigkeit des Kindes, mit seinen Schwierigkeiten selbst fertig zu werden, wenn man ihm die Gelegenheit dazu gibt, eine Wahl im Hinblick auf sein

Verhalten zu treffen. Der Entschluß [sic] zu einer Wandlung und das In-Gang-Setzen einer Veränderung sind Angelegenheiten des Kindes.

6. Der Therapeut versucht nicht, die Handlungen oder Gespräche des Kindes zu beeinflussen. Das Kind weist den Weg, der Therapeut folgt ihm.
7. Der Therapeut versucht nicht, den Gang der Therapie zu beschleunigen. Es ist ein Weg, der langsam Schritt für Schritt gegangen werden muß [sic], und der Therapeut weiß das.
8. Der Therapeut setzt nur dort Grenzen, wo diese notwendig sind, um die Therapie in der Welt der Wirklichkeit zu verankern und um dem Kind seine Mitverantwortung an der Beziehung zwischen sich und dem Kind klarzumachen.“

Guerney (2001) formulierte mit Bezugnahme auf diese 8 Prinzipien, einige Theoreme, die dem kindzentrierten spieltherapeutischen Ansatz zugrunde liegen:

1. Das Kind bestimmt den Inhalt der Therapie. Die Therapeutenperson vertraut dem Kind und folgt ihm auf seiner einzigartigen Landkarte zur Heilung. Sie unterlässt dabei jeglichen Versuch die Therapie in irgendeiner Weise zu lenken. Themen aus der realen Welt werden von der Therapeutenperson nicht eingebracht um herauszufinden was geschehen ist. In manchen Settings sei dies allerdings nicht möglich, räumt die Autorin ein, daher sollten solche Themen so separat wie möglich von der Spieltherapie gehalten werden. Vermutlich meint sie hiermit Fälle, wie sexuellen Missbrauch. Auch Mannarino und Cohen (2001) warnen davor, in der Behandlung sexuell Missbrauchter Kinder professionelle Rollen zu vermischen. Auch sie sprechen sich dafür aus, die Rolle der Therapeutenperson, welche dem Kind und dessen Eltern verpflichtet ist, strikt von einer forensischen Gutachterrolle zu trennen, da diese von dritten Parteien beauftragt ist und die Aufgabe hat, zu beurteilen ob das Kind missbraucht wurde oder ob das Kind Schaden genommen hat, um Beweismaterial für gerichtliche Prozesse zu liefern.
2. Der Ansatz ist nicht symptomspezifisch oder problemorientiert. Der Fokus liegt auf dem Kind, oder genauer ausgedrückt auf seinem inneren Selbst. Selbststruktur und Selbstkonzept sind die Quellen von psychologischen und Verhaltensstörungen. Das Selbstkonzept zu adressieren wird daher, so Guerney (2001), zu reiferem Verhalten führen ohne auf spezifische Problematik zu zielen.
3. Der interne Bezugsrahmen oder die Wahrnehmung des Kindes von der Realität, ist von der Therapeutenperson zu akzeptieren ohne auf die Probe gestellt zu werden. Worte, Symbole und Metaphern, die den internalen Bezugsrahmen kommunizieren werden nicht interpretiert und es wird nicht nach Erklärungen verlangt.

4. Der kindzentrierte spieltherapeutische Ansatz sei ein System welchem man in Totalität folgen müsse, so die Autorin, da Abweichungen den Ansatz zu etwas anderem machen würde, aber nicht kindzentriert.
5. Personen, welche diesen Ansatz nutzen, müssen an die Kraft des therapeutischen Systems glauben. Zweifle die Therapeutenperson an den zugrunde liegenden Theoremen, so verliere der Ansatz an Wirksamkeit.

Guerney (2001) behauptet, dass es üblicher Weise in der kindzentrierten Spieltherapie ein gewisses Muster an Verhaltensweisen oder Themen gäbe, welche häufig in bestimmter Reihenfolge auftreten oder zumindest eine Phase der Therapie dominieren. Die Dauer dieser Phasen kann von Kind zu Kind verschieden sein, ebenso wie sich die Stufen vermischen können, was besonders häufig beim Übergang von einer in die nächste Phase vorkommt.

Die Aufwärm-Phase

Das Kind muss sich zunächst einmal erst am Spielsetting, an der Therapeutenperson, an der Struktur der Stunde orientieren, und beginnt dann allmählich die Führungsrolle zu erkunden. Grenzen können getestet werden um zu sehen, ob die Struktur, welche die Therapeutenperson versprochen hat auch wirklich eingehalten wird. Grenzen werden nicht als Teil der Struktur vereinbart, sondern wenn sie notwendig werden. Dabei ist darauf zu achten, dass Grenzen immer nur in Bezug auf Verhalten gesetzt werden, nie aber in Bezug auf Verbalisationen. Auch Axline (1980), erachtete Grenzen als notwendig um die Therapie in der realen Welt zu verankern. Dabei legte sie großen Wert darauf, dass auf eine Grenzsetzung stets eine empathische Äußerung der Therapeutenperson in Bezug auf den Wunsch des Kindes die Regeln zu brechen, folgen muss. Die Akzeptanz des Wunsches reduziert letztendlich das Bedürfnis es tatsächlich zu tun, so glaubte sie. Guerney (2001) zufolge werden in dieser ersten Phase Zeichen des wachsenden Vertrauens zur Therapeutenperson sichtbar und eine Rapportentwicklung entsteht.

Die aggressive Phase

Fühlen sich Kinder sicher genug in der Therapiesituation, beginnen sie sich mit den therapeutischen Themen zu beschäftigen, welche ihren Symptomen unterliegen. Aggressive Verhaltensweisen treten tendenziell in dieser Phase auf. Allerdings variieren sie sehr stark im Ausdruck. Perfektionistische, ängstliche und introvertierte Kinder äußern „aggressives“ Verhalten im Verschütten von Wasser oder darin, Spieldinge an falsche Plätze zu stellen. Dies ist zwar nicht augenscheinlich aggressives Verhalten, aber dennoch eine Abweichung von Konventionen, welche für diese Phase charakteristisch ist. Auch gibt es Kinder, die etwa beim Karten-

spielen schummeln. Hier wird die Therapeutenperson die Gelegenheit nutzen dem Kind zu zeigen, dass sie seinen Wunsch zu gewinnen versteht. Extrovertierte Kinder tendieren zu aktiverem und grobmotorischem Spielverhalten. Mit großer Wahrscheinlichkeit zeigen diese Kinder Verhaltensweisen, welche als tatsächlich aggressiv eingestuft werden können, wie etwa auf alles im Raum schießen, Puppen zu verhauen, Dinge auf den Boden fallen zu lassen. Wenn Aggression gegen die Therapeutenperson auftritt, dann meistens in dieser Phase.

Die regressive Phase

Hier treten Verhaltensweisen auf welche sich häufig um die Themen Abhängigkeit, Unabhängigkeit und Bindung drehen. Dies äußert sich darin, dass Kinder spielen sie wären ein Baby, an der Babyflasche nuckeln, von der Therapeutenperson bemuttert werden wollen, selbst bemuttern oder andere klar infantilen Verhaltensweisen. Geht es um Bindungsthemen, so wird die Therapeutenperson oft spielerisch an das Kind gefesselt. Geht es um traumatische Erlebnisse, folgt diesen häufig eine Rettungs- und Restaurierungsphase. Manche Kinder bearbeiten Abhängigkeitsthemen durch das Bedürfnis, dass Dinge für sie getan werden, die sie eigentlich schon längst alleine tun können. Ist dieses Thema für sie gelöst, dann tun sie dieselben Dinge mit Freude wieder selbst oder sie wechseln zwischen tun und nicht tun.

Die Bewältigungsphase

Hier wird oft ehrliches Spiel ohne schummeln beobachtet. Gewinnt das Kind dabei, dann zeigt es Gefühle des Stolzes. Manche Kinder gehen sogar so weit dem „armen“ Therapeuten helfen zu wollen auch voranzukommen. Rollenspiele, welche zuvor aggressiver oder regressiver Natur waren, werden nun so gespielt, dass das Kind der Held ist und widrige Umstände in der Dramaturgie nicht mehr vorkommen. Einige Kinder demonstrieren offen wie gut sie in einem bestimmten Handlungsbereich geworden sind, wie etwa malen, bauen oder im Sport. Manche Kinder verbalisieren auch ihre Kompetenzgefühle. Ihre andere Art zu spielen in dieser Phase, zeugt von neu gewonnenen Kompetenzen in vielerlei Lebensbereichen. Wenn Kinder vorwiegend solches Kompetenzverhalten zeigen, kann davon ausgegangen werden, dass die therapeutische Arbeit beendet ist. Dann sollten gemeinsam mit dem Kind, ebenso wie mit den Eltern oder andere Fürsorgepersonen das Ende der Therapie geplant werden.

Diese von Guerney (2001) postulierten Therapiephasen sollen in weiterer Folge, dazu dienen, herauszufinden, ob und inwiefern sich in der Therapie sexuell missbrauchter Kinder Abänderungen ergeben.

4.3.2 Ein spieltherapeutisches Paradigma für sexuell missbrauchte Kinder

Van de Putte (1995) machte sich Gedanken über spieltherapeutische Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern und entwickelte ein Konzept für die Vorgehensweise mit dieser speziellen Zielgruppe.

Therapeuten die zu rigide Grenzen oder zu bedrohliche Konsequenzen setzen, erreichen ihm zufolge lediglich, dass sich das Kind weiter mit Schweigen über seine sexuellen Missbrauchserfahrungen einhüllt. Therapeuten wiederum die zu tolerant sind, geraten in Gefahr, dass das Kind in den Mangel an Interventionen den Wunsch nach sexueller Aktivität interpretieren könnte. Es gilt eine Balance zwischen der Förderung des Ausdrucks und der Erfahrung einer Struktur zu schaffen, um dem Kind zu helfen, sein Verhalten zunehmend entwicklungsangepasst und sozial akzeptiert zu gestalten. Ebenso muss sich die Therapeutenperson mit Bezugspersonen des Kindes außerhalb der Therapie auseinandersetzen und in Betracht ziehen wie sie die Verhaltensweisen des Kindes und jene der Therapeutenperson interpretieren könnten. Mit sexualisiertem Verhalten ist in diesem Zusammenhang ein entwicklungsinadäquates Verhalten gemeint, durch welches das Kind zu imitieren, demonstrieren und wieder zu erleben scheint, was mit ihm geschehen ist. Therapeuten, welche mit sexuell missbrauchten Kindern arbeiten, modifizieren häufig ihren Ansatz in Abgestimmtheit auf die Erfahrungen des Kindes. Eine häufig dokumentierte Modifizierung ist ein strukturierteres Vorgehen mit klaren Grenzen in Bezug auf sexuelles Verhalten. Van de Putte (1995) kategorisiert drei Typen von Spielverhalten und versucht diese bestimmten Phasen der Therapie zuzuteilen.

Missbrauchsreaktives Spiel

Diese Art des Spiels tritt häufig dann auf, wenn das Kind den Eindruck hat sich in einer potenziell missbräuchlichen Situation zu befinden. Es beginnt sexuelles Verhalten zu zeigen, welches es aus früheren Situationen kennt. Weil das Kind im Therapiezimmer mit einer erwachsenen Person alleine ist, kann sich dieses Verhalten direkt auf die Therapeutenperson fokussieren. Da das Kind selbst agiert, kann es zumindest ein wenig Kontrolle über die Situation erlangen. Eine Konfusion über die Rolle der Sexualität in der Kind-Erwachsenen-Beziehung steckt hinter diesem Verhaltensmuster. Typischer Weise zeigen Kinder solche Verhaltensweisen zu Beginn einer Therapie, wenn weder die Situation noch die Therapeutenperson dem Kind bekannt ist. In solchen für das Kind potenziell bedrohlich scheinenden Situationen, treten manchmal Dissoziationen auf und drücken einen Distanzierungswunsch des Kindes aus. Auch können konkrete Reinszenierungen ein Test sein um herauszufinden, ob die Therapeutenperson sich immer noch um das Kind kümmert, wenn sie weiß was es erlebt hat. Solches Verhalten kann in Therapeutenpersonen starke Reaktionen, wie Furcht, Ekel oder

Ärger auslösen. Deshalb sollten sie mit eigenen Gefühlen gut umgehen können und in sachlichem Ton mit einer klaren Grenzsetzung auf das Verhalten reagieren. Macht das Kind trotz Grenzsetzung mit seinen sexuellen Verhaltensweisen weiter, so kann die Therapeutenperson sich abwenden und mit anderen Dingen beschäftigen. Ist auch dadurch kein Ende des sexuellen Verhaltens zu erreichen, so kann der Therapeut das Kind auffordern den Raum zu verlassen oder dies selbst tun, sofern, das Kind seine sexuellen Handlungen noch weiter fortsetzen möchte. Verbale Erklärungen sind hier besonders wichtig. Das Kind soll nicht das Gefühl haben, verurteilt zu werden. Die Therapeutenperson muss daher dem Kind verständlich machen, dass sie nicht bei sexuellen Handlungen am Körper des Kindes involviert sein möchte. Dennoch soll das Kind Raum bekommen dies für sich allein zu tun, wenn es den Drang dazu verspürt. Wenn das Kind die Wahl hat, selbst zu entscheiden, wie es mit seinem Körper umgeht, dann kann es dies auch innerhalb der Grenzen die die Therapeutenperson setzt. So lernt das Kind was es bedeutet einen Erwachsenen an der Seite zu haben, der es ermutigt seinen Körper so zu nutzen, wie es sich damit wohl fühlt.

Reinszenierungen

Hier treten konkrete Rekreationen von Angst produzierenden Situationen auf. In Anwesenheit der Therapeutenperson reinszeniert und erfährt das Kind den Missbrauch, indem es Spielmaterialien nutzt. Dahinter steckt das Bedürfnis sich auszudrücken und die Erfahrungen zu teilen. Normalerweise kommen solche Verhaltensweisen in der mittleren Therapiephase vor, wenn das Kind sich mit der Therapeutenperson sicher fühlt.

Es beginnt den Therapeuten zu idealisieren, ihn als gutes Objekt zu betrachten. Die Tendenz der Idealisierung kann über die Realität hinausgehen. Das Kind zeigt dann oft einschmeichelndes Verhalten und möchte der Therapeutenperson gefallen. Diese muss daher darauf achten, das Kind nicht zu belohnen, wenn es Informationen über den Missbrauch preisgibt. Dies könnte vom Kind so interpretiert werden, dass der Therapeut Zuneigung zeigt, wenn Informationen über sexuelle Kontakte gegeben werden. Ferner ist zu beachten, dass das Kind bei Reinszenierungen intensive Gefühle erlebt. Der Prozess des Wiedererlebens kann durch sexuelle Gefühle und Gedanken so überwältigend werden, dass das Kind zur Masturbation veranlasst wird. Hier könnte eine Grenzsetzung dazu führen, dass das Kind sich zurückzieht und das Gefühl bekommt, dass seine Erfahrungen keinen Platz in der Therapie hätten. Die Therapeutenperson sollte miterleben, was das Kind erlebte, bestätigen, dass diese Erfahrungen zum Kind gehören und, dass es jetzt die Kontrolle über die Ereignisse hat. Es kann entscheiden seine Erfahrungen zu teilen oder zu ändern, damit sie weniger bedrohlich werden. Die Therapeutenperson sollte aktiv zuhören und die ausgedrückten Gefühle des Kindes reflek-

tieren. In dieser Phase kommt auch öfter ein Schwanken zwischen Hassgefühlen und Idealisierung gegenüber dem Therapeuten vor.

Symbolisches sexualisiertes Spiel

Das Kind verhält sich im Kontext eines Spiels sexuell, in der augenscheinlichen Bemühung ein Verständnis für seine Erlebnisse zu bekommen. Das Ziel des Kindes ist es hier einen Sinn in seinem Missbrauch zu erkennen. Konkrete Ereignisse sind weniger wichtig, als die Bedeutung dieser Ereignisse. Berichte können sich dramatisch ändern, da das Kind beginnt seine Erfahrungen mit Erwachsenen einzuordnen und in sein Verständnis der Welt zu integrieren. Es fängt an, seine Erfahrungen der Therapie und mit der Therapeutenperson zu generalisieren. Repräsentationen seiner selbst als missbrauchtes Kind werden entwickelt, aber zunehmend als solches das mit der Welt im Reinen ist. Dieses Verhalten tritt eher in der letzten Therapiephase auf.

Van de Putte (1995) betont, dass dies kein linearer Prozess ist, sondern, dass Kinder in den Phasen vor- und zurück springen oder lange um bestimmte Themen kreisen. Er ist der Ansicht, dass weniger das, was das Kind tut, als vielmehr das, was die Therapeutenperson wahrnimmt ausschlaggebend dafür ist, wie auf bestimmtes Verhalten reagiert werden sollte.

4.3.3 Personenzentrierte Spieltherapie bei sexueller Misshandlung

Klaus Riedel (1997) spricht von einigen Grundvoraussetzungen für die Kinderpsychotherapie bei sexueller Misshandlung:

Zunächst gilt es den Schutz und die Sicherheit des Kindes sicherzustellen, damit keine weiteren Übergriffe mehr stattfinden können. Hierfür ist nicht die Therapeutenperson zuständig, sondern die Eltern oder Bezugspersonen, welche die Elternfunktion übernehmen.

Sollten Gutachten für das Gericht notwendig sein, so empfiehlt es sich die Gutachtertätigkeit von einem anderen Psychotherapeuten durchführen zu lassen, als von jenem, welcher auf spieltherapeutischer Ebene mit dem Kind zu tun hat. Das Kind, so Riedel (1997), könnte ansonsten nicht unterscheiden, welche Inhalte vertraulich bleiben und welche nicht.

Des Weiteren stellt die Aufdeckung des Missbrauchs meist für das gesamte Familiensystem eine Krise dar. Daher fordert er für jedes Familienmitglied die Entwicklung eines passenden Hilfsangebots. Hierbei gehe es nicht um eine Zusammenführung der Familie – vor allem dann nicht, wenn die Misshandlungen innerfamiliär stattfanden –, sondern vielmehr darum, die Familie in der Krise zu begleiten und sie bei der Autonomieentwicklung zu unterstützen, so der Autor. Dies kann auch die Begleitung bei einer Trennung bedeuten.

Aus mehreren Gründen hält er professionelle Begleitung der Familie für notwendig:

- ◆ Für jedes Familienmitglied ist drohender Familienzerfall eine schwere Krise, die Unterstützung erfordert.
- ◆ Die Weitergabe der Misshandlungen von einer Generation zur nächsten im Sinne eines unbewussten Wiederholungszwangs, kann durch adäquate Begleitung aller Familienmitglieder unterbrochen werden und hat somit präventive Wirkung.
- ◆ Unterschwelligen Schuldgefühlen, welche das misshandelte Kind aufgrund der zerrütteten Familiensituation entwickeln könnte, kann vorgebeugt werden, indem durch Inanspruchnahme professioneller Hilfe ein Bewusstsein über die Betroffenheit aller Familienmitglieder entsteht.

Im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen steht, wie dies im personenzentrierten Ansatz üblich ist, auch bei Riedel (1997), das Kind und nicht das Symptom. „Es [das Kind] fühlt sich in seiner Entwicklung gestört und macht in der Regel durch ‚störendes Verhalten‘, durch Signale oder Symptome seine Umwelt darauf aufmerksam. Insofern sind Symptome Anzeichen unterdrückter Wachstums- und Reifungsimpulse von Kindern“ (S. 193)

Auch Riedel (1997) beobachtete häufige Spielthemen sexuell misshandelter Kinder wie Sicherheit, Vertrauen/Misstrauen, Missbrauch, Nähe/Distanz, Grenzen und Regression. Das Regressionsthema hängt laut Riedel damit zusammen, dass sexuell misshandelte Kinder oft schon früh in ihrer Entwicklung eigene Bedürfnisse zugunsten der Bedürfnisse Erwachsener zurückstellen mussten. Daher verlange der „einst nicht gestillte Hunger nach kindlichen Grundbedürfnissen nach Sättigung.“ (S. 191) Das rogerianische Grundprinzip der Empathie bedeutet für den Autor das genaue Spüren dessen, was das Kind aktuell braucht. Dies kann in einem Moment Freiraum sein und in einem anderen Grenzen oder Unterstützung.

Im Therapieprozess gewinnt das Kind durch dieses empathische „Gespürtwerden“ zunehmend Vertrauen zu sich selbst und kann dadurch die eigenen Emotionen besser wahrnehmen, zulassen und zeigen, alles innerhalb des geschützten Rahmens der Spieltherapie. Wachstumskräfte werden freigesetzt und erlauben dem Kind zu genesen. „Diese innere Genesung von belastenden traumatischen Erlebnissen wird zudem das Verringern von Symptomen nach sich ziehen, die das Kind einst zum ‚Überleben können‘ entwickelt hatte, nun aber nicht mehr braucht.“ erklärt Riedel (1997, S. 193)

Er stellt klar, dass es in der Kinderpsychotherapie nicht darum geht herauszufinden wie der Missbrauch im Detail stattgefunden hat, sondern darum, eine sichere und Geborgenheit vermittelnde Beziehung zum Kind aufzubauen, auf Basis derer es sich seiner traumatischen Erfahrung annähern und diese be- und verarbeiten kann. Für ihn ist es nicht die kognitive Verarbeitung durch verbalen Ausdruck des Erlebten, die Heilung möglich macht. Stattdessen ist er

der Ansicht, dass ein Verarbeiten der belastenden Erlebnisse auf emotionaler Ebene wesentlich ist, um diese Erlebensanteile durch erneutes „Durchleben und Durchleiden“ (S. 195) integrieren zu können. Anders als beim Erwachsenen, welcher psychische Konflikte durch Bewusstwerdung verarbeite, sei die kindgemäße Bewältigungsform die Bearbeitung innerer Konflikte durch deren Übertragen in das Spielgeschehen. Sein Therapiekonzept, welches in fünf Phasen gegliedert ist, die sich manchmal überschneiden oder wiederholt auftauchen, konnte Riedel zum Zeitpunkt der Publikation noch nicht mit empirischen Untersuchungen absichern. Dennoch ist es ein Verlaufsmodell, welches explizit das sexuell misshandelte Kind im Rahmen einer personenzentrierten Orientierung in den Fokus nimmt, und stellt daher für diese Arbeit einen wertvollen Beitrag dar.

Erkundungsphase und Entstehung der therapeutischen Beziehung

Für diese Phase räumt Riedel etwa fünf bis acht Stunden ein. Die Handlungen des Kindes sind auf Orientierung ausgerichtet. Es soll spüren, dass die Therapeutenperson nicht versucht in seine innere Erlebenswelt einzudringen, sondern, dass es selbst entscheiden darf was es wann und wie mitteilt. Das Kind bestimmt – ganz nach dem Axline'schen Grundprinzip – den Weg, der Therapeut begleitet es auf diesem. Schon in der ersten Stunde kündigt die Therapeutenperson an, dass das Kind nach fünf Stunden selbst entscheiden darf, ob es wieder kommen möchte. Dies ist Riedel (1997) wichtig da Kinder fremdbestimmt in die Therapie kommen und oft nicht einmal genau wissen weshalb. Seiner Erfahrung nach entscheiden sich die meisten Kinder nach fünf Stunden dazu weiter in die Therapie zu kommen. Dies führt er darauf zurück, dass die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung nach dieser Zeit bereits wirken und sich eine sicher Bindung zu entwickeln begonnen hat. Durch die bewusste und freiwillige Entscheidung des Kindes an der Therapie teilzunehmen, gelingt es der Therapeutenperson bereits nach relativ kurzer Zeit ein Arbeitsbündnis herzustellen. Das Kind spürt, dass es selbst die Verantwortung für sich übernehmen darf und, dass seine Entscheidungen respektiert werden. Im Sinne einer tragfähigen Beziehung legt der Autor großen Wert darauf von Anfang an ehrlich mit dem Kind umzugehen und ihm in entwicklungsgemäßer Weise zu sagen, was er über den Missbrauch weiß. Der offene Umgang mit dieser Thematik signalisiert dem Kind, dass problematische Dinge angesprochen werden dürfen und, dass die Therapeutenperson diese aushalten kann. An dieser Stelle sei es essentiell dem Kind die Verschwiegenheitspflicht des Therapeuten zu vermitteln, so Riedel (1997). Weil gerade sexuell misshandelte Kinder oft sehr misstrauisch Erwachsenen gegenüber sind, plädiert er dafür, dass Kinder misstrauisch sein dürfen müssen, so lange bis sie von selbst Vertrauen zur Therapeutenperson fassen.

Beginn der Konfliktverarbeitung

In dieser Phase verändert sich das Spiel in seiner Qualität. Das Kind beginnt innere Erlebnisanteile auszudrücken. Das Medium der Spielmaterialien erlaubt eine gewisse Distanz zu den eigenen Gefühlen, die zu diesem Zeitpunkt noch zu schmerzvoll oder überwältigend wären. Mit Spieldingen können Kinder innere Konflikte oder Emotionen stellvertretend für sich selbst ausagieren. Die Therapeutenperson bleibt mit ihren Kommentaren so lange auf der Spielebene bis das Kind so weit ist, auch die eigenen Affekte zuzulassen – allmählich können dann auch die Gefühle des Kindes direkt verbalisiert werden.

Die emotional involvierte Konfliktverarbeitung

Diese Phase beschreibt Riedel als die intensivste und tiefgehendste im gesamten Prozess. Innere Konflikte werden weiter ausgespielt mit sichtbar zunehmender emotionaler Involviertheit des Kindes. Im Zuge des nochmaligen Durchlebens und Durchleidens können die traumatischen Erfahrungen gewahrt werden und müssen nicht mehr verdrängt und verleugnet werden. Die Therapeutenperson empfindet schmerzvolle Abschnitte mit und leidet mit dem Kind. Häufig identifizieren sich Kinder mit dem Aggressor, um mit dem Schmerz der von ihm ausgeht überhaupt fertig zu werden. Diese internalisierten Anteile des Aggressors werden in der Therapie nicht selten ausagiert, indem das Kind den Therapeuten erleiden lässt, was es selbst erleiden musste. Hier fungiert die Therapeutenperson einerseits als Projektionsfläche für unterdrückte Täteranteile im Kind und andererseits auch als Modell für die Entwicklung von Grenzen, welche sexuell misshandelte Kinder häufig gar nicht spüren oder kennen. Wichtig beim Ausagieren der kindlichen Täteranteile sei es, das Kind nicht zum realen Täter werden zu lassen, betont der Autor. Dies würde Schuldgefühle beim Kind erzeugen, daher sei es die Aufgabe des Therapeuten mittels Grenzsetzung dafür zu sorgen, dass sich das Kind nicht schuldig macht.

Die Ablösungsphase

Die Spielstunden verlieren für das Kind zunehmend an Wichtigkeit, es zieht vor mit Freunden zu spielen oder möchte einen Freund in die Spielstunde mitbringen. Dies seien Hinweise darauf, dass das Kind nicht mehr von quälenden Emotionen belastet ist und sich auf dem Wege befinde, wieder Kind sein zu können, so Riedel (1997).

Die Abschiedsphase

Abschied hat für Riedel (1997) immer zwei Seiten: Einerseits bedeutet Abschied Freiraum für Neues und andererseits Trauer, weil man etwas zurücklässt. Diese beiden Elemente möchte er angemessen würdigen und räumt daher etwa fünf Stunden dafür ein, dem Kind und sich selbst

genügend Zeit und Raum zum Verabschieden zu geben. Nach den Anzeichen der Ablösungsphase wird die Abschiedphase aktiv von der Therapeutenperson eingeleitet um ein „unbefriedigendes Dahinplätschern“ (S. 207) der Therapie zu vermeiden. Gemeinsam mit dem Kind wird in diesen letzten fünf Stunden eine Abschiedszeremonie vorbereitet, welche in der letzten Stunde stattfinden soll. Dies kann ein Fest sein, gemeinsames Schwimmen, Schlittschuhlaufen oder alles was vom Kind gewünscht wird.

4.3.4 Differentielles Vorgehen in der Personzentrierten Psychotherapie mit sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen

In Dorothea Hüssons (2009) konzipierte ihr personenzentriertes Spieltherapiekonzept für sexuell missbrauchte Kindern auf der Grundlage von Interaktionen und „prozessaktivierenden Elementen“ (244f). Zunächst ist es allerdings auch ihr ein Anliegen, sich die Erfahrungen, welche ein sexuell missbrauchtes Kind machen musste, zu vergegenwärtigen, um adäquat darauf eingehen zu können:

Da sexueller Missbrauch häufig innerhalb einer vertrauensvollen Beziehung stattfindet, ist das Kind starken Ambivalenzen ausgesetzt. Einerseits hat es liebevolle Gefühle für den Täter, weil es wahrgenommen und geschätzt wird und andererseits ist es verängstigt und angeekelt durch die Dinge die von ihm verlangt werden. Die Autorin weist darauf hin, dass ein Andauern der sexuellen Gewalt über mehrere Jahre und mit Beginn in frühester Kindheit, die Gefahr schwerwiegender Bindungsstörungen birgt oder gar die einer tief greifenden Persönlichkeitsstörung, wie beispielsweise der Borderlinepersönlichkeit.

Oft werden Kinder vom Täter zur Geheimhaltung gezwungen, manchmal auch unter Androhung von Bestrafung. Dennoch suggerieren Täter sehr häufig, womöglich als Rechtfertigung ihrer Gräueltaten, dass das Kind mitschuldig sei, die sexuelle Aktivität gewollt oder sogar dazu verführt hätte, und sich nicht dagegen wehrte. Dies löst Schuld- und Schamgefühle beim Kind aus und verstärkt mitunter das Schweigen über die Vorfälle. Das Kind erfährt sich selbst angesichts des totalen Kontrollverlustes und der Ohnmacht als schwach, hilf- und wehrlos. Körperliche Nähe wird demnach oft als Bedrohung erlebt und weitgehend vermieden oder als Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und in übermäßiger Weise gesucht. Sexualisiertes und distanzloses Verhalten ist die Folge.

Für ihr Therapiekonzept legt Hüsson (2009) keine Chronologie eines Idealverlaufs vor, sondern beschäftigt sich vielmehr mit verschiedenen therapeutischen Interventionen, die an unterschiedlichen Stellen des Therapieprozesses und in unterschiedlichem Ausmaß gerade in der Arbeit mit sexuell traumatisierten Kindern notwendig werden können. Teils geht es dabei um konkrete Interventionen im Sinne einer aktiv führenden Therapeutenperson und teilweise eher

um eine bestimmte Grundhaltung, die dem therapeutischen Handeln zugrunde liegt. Die aktiv führende Therapeutenperson ist zwar grundsätzlich dem personenzentrierten Konzept gegenläufig, jedoch kann es, Hüsson (2009) zufolge, in der differenziellen Arbeit mit sexuell missbrauchten und schwer traumatisierten Kindern notwendig werden „prozessaktivierende Impulse“ zu setzen. Dies ist insbesondere dann von Nöten, wenn der Handlungsspielraum innerhalb eines Spieles sehr eingeschränkt bleibt und ein Kind nicht alleine herausfindet aus einer Spirale der immer gleichen, nichts an Bedrohung verlierenden Spielsequenz. Allerdings wendet die Autorin diese aktiv führenden Interventionen keineswegs unreflektiert an, sondern setzt sich sehr genau damit auseinander, wann man als Therapeutenperson dem personenzentrierten Paradigma entsprechend, keinesfalls führend einwirken sollte.

Den Missbrauch benennen

Hüsson (2009) geht davon aus, dass viele Kinder mit Missbrauchserfahrungen den therapeutischen Rahmen nutzen, um die Dinge, die ihnen widerfahren sind, auszuagieren und diese bestenfalls in ihr Selbstkonzept und ihre Lebensgeschichte integrieren können. Hierbei würden Selbstheilungsprozesse aktiv, welche nicht mehr an therapeutischer Intervention erfordern, als das was man unter dem personenzentrierten Paradigma kennt. Jedoch sieht die Autorin die Notwendigkeit in der Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern modifiziert vorzugehen: „Es scheint, dass manche Erlebnisse das Kind in einer solch massiven Weise belasten, dass es eine aktivere Hilfe der Therapeutenperson braucht, um einen Weg aus seiner Not zu finden und in eine Verarbeitungsphase zu kommen.“ (S. 246)

Hüssons (2009) Erfahrungen zeigten ihr, dass die meisten Kinder nicht von selbst auf das Thema des Missbrauchs zugehen, auch nicht auf spielsymbolischer Ebene. Aus diesem Grund ist „den Missbrauch benennen“ eine therapeutische Intervention, welche augenscheinlich direktiv ist, allerdings aus folgenden Gründen sinnvoll und einem personenzentrierten Gedankengebäude daher auch nicht gegenläufig: Durch das Ansprechen des Missbrauchs seitens der Therapeutenperson wird das Thema enttabuisiert. Das Kind erlebt, dass es in der Therapie die Möglichkeit gibt über den Missbrauch zu sprechen. Hüsson (2009) vertritt sogar die Ansicht, dem Kind bekannte Muster der Geheinhaltung würden weitergeführt, wenn der Missbrauch nicht von der Therapeutenperson benannt würde. Überdies signalisiert die Therapeutenperson, dass sie mit dem Thema umgehen kann, ihm gewachsen ist. Vor dem Hintergrund der Erfahrung, dass die eigenen Eltern mit dieser Thematik oftmals emotional überfordert sind, ist dies eine wichtige Grundlage um offen mit dem Missbrauch umgehen zu können. Es sei allerdings von großer Bedeutung, erläutert sie weiter, den unaussprechlichen Dingen einen Namen zu geben, um ihnen Macht und Schrecken zu nehmen. Keinesfalls sollte das Thema jedoch mit

Druck erzwungen werden. Es gehe vielmehr um ein behutsames Einladen und Öffnen von Möglichkeiten die Dinge beim Namen zu nennen. Erst wenn ein Kind dazu bereit ist, wird es ein solches Angebot wahrnehmen. Bei Kindern ist es gut möglich, dass das Ansprechen des Missbrauchs zu Reaktionen auf der Spielebene führt. Die Dinge beim Namen zu nennen bedeutet für das Kind nicht unbedingt ein Verbalisieren, sondern ein Übersetzen ihrer Erfahrungen in die Sprache des Spiels, so Hüsson (2009).

Nicht nur in Bezug auf das Benennen des Missbrauchs selbst, sondern ganz generell sind Transparenz und Klarheit sowohl im Umgang mit Eltern, als auch mit dem Kind selbst von wesentlicher Bedeutung. Da sexueller Missbrauch im Geheimen geschieht, ist es ihrer Meinung nach essentiell, dem Kind zu vermitteln, dass es innerhalb der Therapie keine Geheimnisse gibt, dass die Therapeutenperson dem Kind nicht verheimlicht was sie weiß, sondern offen und ehrlich im Sinne eines kongruenten Gegenübers, mit dem Kind umgeht.

Kontrolle – Ohnmacht

Da das Kind durch die Missbrauchsituation jeglicher Kontrolle über den eigenen Körper und die eigenen Bedürfnisse enthoben wurde, ist es bedeutsam, dass innerhalb der Therapie ein hohes Maß an Kontrollmöglichkeit gegeben ist. Dies sei durch die personenzentrierte Ausrichtung am Kind und dessen Bestärkung selbstbestimmt am Therapieprozess teilzunehmen, im Personenzentrierten Ansatz sehr gut möglich, so die Autorin.

Umgang mit Schuldgefühlen

Oft ist das Thema der Schuld eine große Belastung für ältere Kinder und Jugendliche. Hüsson (2009) geht jedoch davon aus, dass für viele das „Wegnehmen der Schuld“ (S.260) keine Entlastung bedeutet, sondern die Gefühle der absoluten Hilflosigkeit noch verstärkt. „Durch die Vorstellung einer Handlungsmöglichkeit entsteht die Hoffnung, zukünftig ähnlichen Erfahrungen entgehen zu können.“ (S. 260) Daher sollten diese Schuldgefühle dem Kinderopfer nicht unbedingt ausgedrückt werden, sondern die Therapeutenperson solle sie wertschätzen und beachten. Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema der Schuld, ohne, dass dieses sofort abgetan wird, kann eigenes Risikoverhalten erkannt und Selbstkontrolle generiert, sowie Selbstbeschuldigung aufgelöst werden, weil eine Abgrenzung der Verantwortlichkeit klarer wird.

Prozessaktivierendes Spielmaterial

Auch eine vorbereitete Umgebung mit vielen verschiedenen Spielmaterialien, die hohen Anforderungscharakter besitzen, kann als therapeutische Intervention betrachtet werden. Dies kann das Bereitstellen von Bilderbüchern sein, die das Thema des Missbrauchs behandeln und

deren Protagonisten durch die Distanz zur eigenen Person oftmals den Weg zu den eigenen Erfahrungen eröffnen. Decken, Tücher, Pölster um sichere Orte, Höhlen und Schutzräume zu bauen, verschiedenen Figuren und Kuscheltiere, die einerseits als Schutz- und Helferfiguren eintreten können, und andererseits solche, die mit Stärke, Schwäche, Macht und Hilflosigkeit assoziiert werden können. Außerdem braucht es Spielmaterial mit dem gekämpft und symbolisch getötet werden kann.

Im Posttraumatischen Spiel können Interventionen aufgrund bestimmter Spielthemen oder Spielsituationen notwendig werden, die Hüsson (2009) „prozessaktivierend“ nennt:

Auszeit, sichere Ort und Helferfiguren

„Solange das Kind im Spiel innere Helfer und Retter herbeirufen kann und Lösungen in bedrohlichen Spielsituationen findet, aktiviert es die eigenen Selbstheilungskräfte.“ erklärt Hüsson (2009, S. 251). Die Hoffnung auf ein „gutes Ende“ sei hierdurch symbolisiert. Im Spiel erreichen Kinder die eigene Kontrolle ihrer affektiven Zustände durch das Einfordern von Spielstops, durch im Spiel unsichtbar und dadurch nicht angreifbar sein, oder durch das Flüchten in sichere Orte, ähnlich dem „Leo“ dass wir vom Fangen spielen her kennen. Ist das Kind nicht selbst in der Lage sich Schutz- und Schonräume zu schaffen, so können diese von der Therapeutenperson aktiv angeregt und mit dem Kind gemeinsam geschaffen werden. Doch solange ein Kind sich von alleine Schutz im Spiel erschaffen kann, sei es notwendig seinem Wunsch nach Überlegenheit nachzukommen, so die Autorin.

Das blockierte Posttraumatische Spiel

Blockiert ist das Spiel des Kinds wenn es gewissermaßen in bestimmten Sequenzen stecken bleibt. Die Spielsequenz wird immer und immer wiederholt, ohne dass es jemals gelingt ein gutes Ende herbeizuführen. Für die Therapeutenperson werden solche Situationen oft durch eigene Gefühle der Langeweile, der Frustration, des Unbehagens spürbar. In einer solchen Sackgasse, sollte eine Therapeutenperson der Autorin zufolge auch innerhalb einer personenzentrierten Orientierung, direktiv auf den Spielverlauf einwirken, um so den Spielfluss für das Kind wieder herzustellen. „Durch kurze, lenkende Eingriffe stellt die Therapeutenperson das Erleben von Kontakt, von Struktur und Realität wieder her und das Kind kann sich in der Folge auf der Grundlage der Aktualisierungstendenz wieder selbst gesteuert im Prozess bewegen.“ (S. 254)

Ein solches Eingreifen in den Spielverlauf durch die Therapeutenperson, sollte nach Hüsson (2009) nicht stattfinden, wenn

- ◆ es zu Spielveränderungen kommt, selbst, wenn diese nur in sehr geringfügiger Variation auftreten.
- ◆ das Kind nicht emotional teilnahmslos wirkt, sondern innere Beteiligung spürbar ist.
- ◆ das Kind der Therapeutenperson Anweisungen gibt und dabei Stimmlage und Dynamik sich verändern.
- ◆ das Kind in spannungsgeladenen Spielsituationen sich auf angstvolle Affekte ein Stück weit einlässt und so Kontrolle über Angstgefühle gewinnt.
- ◆ das Kind konstruktive Lösungen im Spiel findet.

Die Therapeutenperson in der Opferrolle

Da es nicht selten vorkommt, dass Kinder in der Inszenierung ihrer Erfahrungen der Therapeutenperson die Opferrolle zuweist, sollte diese laut Hüsson (2009), die emotionale Stärke besitzen „sich auf die Gefühle der Opfer auf der Spielebene affektiv einzulassen, sie mitzufühlen und auszuhalten, wachsam und reflektiert die zugewiesene Rolle spielen, aufmerksam gegenüber der eigenen Lebensgeschichte und eigenen Belastungen zu sein.“ (S. 255) Die Herausforderung hierbei sei, das Prinzip der kongruenten Therapeutenperson. Denn gleichzeitig müsse diese, die Gefühle eigener Hilflosigkeit spüren und aushalten, sowie beobachtend neben der zugewiesenen Rolle stehen, so die Autorin. Sie bringt als Beispiel die Rolle des kleinen verängstigten Hasen, welche der Therapeutenperson zugewiesen wurde. Dieser Hase wurde auf der Toilette eingesperrt. Indem die Therapeutenperson in einem Selbstgespräch die Gefühle des Hasen verbalisiert, kommt sie dem ersten Teil, des Aushaltens der Hilflosigkeitsgefühle nach. Trotz des Spürens der fürchterlichen Gefühle des kleinen Hasen kongruent bleiben, kann die Therapeutenperson indem sie einen Spielstopp einlegt und auf Ebene der ersten Realität (Weinberg, 2005) dem Kind kommuniziert, dass sie merkt wie schlimm die Situation für den kleinen Hasen ist und in weiterer Folge fragt, ob es jemanden oder etwas gibt, was dem Hasen jetzt helfen könnte. „Mit dieser Maßnahme motiviert sie das Kind, sein Spiel zu variieren und über einen hilfreichen Spielverlauf nachzudenken.“ (S. 256)

Die Therapeutenperson in der Täterrolle

Eine nicht weniger spannungsgeladene Situation kann sich ergeben, wenn der Therapeutenperson die Rolle des Täters zugewiesen wird und das Kind den Wunsch äußert geschlagen, gefesselt, gepeitscht zu werden. Hier sieht die Autorin die Gefahr in eine Täteridentifikation zu geraten, sofern dem Wunsch entsprochen würde. Daher schlägt sie einen Spielstopp vor, um das Spiel zu unterbrechen und dem Kind ein „echtes Gegenüber“ (S. 256) anzubieten, welches noch mal nachfragt um dem Kind die Gelegenheit zu geben den Wunsch zu modifi-

zieren und zu klären. Dies soll allerdings geschehen ohne das Kind zu moralisieren. Bleibt das Kind bei seiner Anweisung, so ist es therapeutische Aufgabe hier eine klare Grenze zu ziehen. Die Therapeutenperson kann den Vorschlag machen, nur so zu tun „als-ob“, oder es kann gemeinsam nach einer anderen Ausdrucksmöglichkeit für diese Spielsequenz gesucht werden, etwa mittels Stellvertreterfiguren.

4.3.5 Traumazentrierte Spieltherapie

Weinberg und Hensel (2008) sind der Ansicht, dass Spieltherapie in der Anwendung bei traumatisierten Kindern aufgrund der speziellen psychischen Zustandsbilder von Traumafolgestörungen, zuweilen an Grenzen stößt und sprechen sich daher für eine Weiterentwicklung des Konzeptes aus. Durch das Trauma veränderte Wahrnehmungs-, Erlebens- und Verhaltensmuster von Kindern sollen innerhalb eines weiterentwickelten Konzepts durch Symbolisierung neu ausgerichtet werden. Eine gute Übersicht zu den Merkmalen traumatischen Spiels bietet Hensel (2007). Als Merkmale *heilsamen Spiels* zählt er den Als-Ob-Charakter (Fähigkeit zur Symbolbildung), Spielfähigkeit, im Sinne von Flexibilität zwischen Fantasie und Realität zu wechseln, emotionale Resonanz und Entwicklung im Spielgeschehen. *Gestörtes Spiel* ist durch Fantasielosigkeit (keine Als-Ob-Haltung möglich), Ausweitung der Fantasie (Grenzen zur Realität verschwimmen) und Abrupter Wechsel (Spielabbrüche) zwischen Spiel und Realität charakterisiert. Als *traumatisches Spiel* kategorisiert er endlose Wiederholungen von Spielhandlungen ohne inhaltliche Entwicklung, automatisierte und wenig differenzierte Verhaltensmuster, abrupte Spielabbrüche bei Überflutung/Dissoziation und die Zunahme von Angst und Verzweiflung mit der Spieldauer.

Weil traumatisches Spiel den Autoren zufolge, häufig von einem intuitiven Kompromiss zwischen Übererregung, Wiedererleben und Vermeidung geprägt ist, der das ohnehin zerbrechliche seelische Gleichgewicht aufrecht erhalten soll, reicht in solchen Fällen ein begleitendes Therapeutenverhalten nicht aus. Daher ist insbesondere für komplex traumatisierte Kinder, die Einweisung in die Trennung und den Wechsel der Realitätsebenen eine hilfreiche Intervention um eine Möglichkeit zu Veränderungen des traumatischen Spiels zu eröffnen. Hierbei kann die Therapeutenperson nicht immer strikt nondirektiv bleiben, sondern muss in manchen Situationen prozessaktivierend eingreifen.

Für das Konzept der *ersten Realitätsebene* formulieren Weinberg und Hensel (2008) eine Faustregel: „Der Spezialist für das Allgemeine ist der Therapeut, der Spezialist für das Besondere ist das Kind bzw. seine Eltern/Bezugspersonen.“ (S. 115) Darüber hinaus gelten die allgemein üblichen gesellschaftlichen Umgangsformen zwischen Erwachsenem und Kind, während jeder der beiden als vollwertige Persönlichkeit betrachtet und akzeptiert wird. So ist

das Kind Fachmann für seine eigene Situation während die Therapeutenperson einen Wissens- und Erfahrungsvorsprung in die Beziehung auf dieser Ebene mit einbringt. Da sich das Kind mit dieser Realitätsebene gut auskennt, bietet sie ihm viel Sicherheit und kann immer wieder aufgesucht werden, wenn es ihm auf der zweiten Realitätsebene zu bedrohlich wird.

Auf der *zweiten Realitätsebene* treten Kind und Therapeutenperson gemeinsam in eine andere Welt ein, in der alles möglich werden kann, was in der ersten Realität nicht sein darf. Wut, Hass, und Sadismus dürfen ausgelebt werden, Kämpfe zwischen Gut und Böse, aber auch Sehnsüchte und Trauer oder sämtliche andere Bedürfnisse des Kindes haben Platz. Dies alles geschieht nicht nur in der bloßen Vorstellung, sondern es wird tatsächlich gehandelt. Danach werden die Bedingungen im Spielzimmer ausgerichtet. Die Autoren führen als Beispiel an, dass bei einem Banküberfall, die Bank in ihren Grundzügen erst aufgebaut werden muss, ebenso wie das Versteck der Diebe oder andere Plätze die für das Spiel relevant sind. Das plastische Erleben wird so gefördert und extreme Dynamiken können sich im Spiel entwickeln, wie etwas Aggression, Regression, Macht- und Ohnmacht, Auf- und Abwertung. Dennoch gibt es auch auf der zweiten Realitätsebene einige Regeln, die strikt eingehalten werden müssen: Keiner wird verletzt, nichts wird kaputt gemacht, niemand muss eine Rolle spielen die er nicht spielen mag und bei jeder Irritation wird mittels Spielstopp auf die erste Realitätsebene gewechselt.

Der Spielstopp dient als Steuerinstrument. Er wird eingesetzt, wenn es zu Verwirrung kommt (beispielsweise bei einem unvorhergesehenem Rollenwechsel), wenn es zu Übergriffen kommt (beispielsweise, wenn das Kind den Therapeuten real schlägt) oder wenn die traumatische Spaltung in der Täter- oder Opferidentifikation zu stark wird. Die Autoren halten es hier für sinnvoll Tempo und Rhythmus der Reinszenierung selbst in die Hand zu nehmen und nicht dem Kind zu überlassen.

Die Einweisung des Kindes in das Konzept der ersten und zweiten Realitätsebene ist eine wichtige Voraussetzung für die Traumabearbeitung. Die Autoren bringen als Beispiel für eine Einweisung die Situation mit einem neuen Kinderklienten, der nach einiger Zeit beginnt die Therapeutenperson herumzukommandieren. Diese reagiert folgendermaßen:

„Ich merke, dass du mich gerne herumkommandieren willst. Das könnte ja auch wirklich Spaß machen. Aber weißt du, mir selbst gefällt das nicht so gut, wenn ich so herumkommandiert werde. Also als Herr X möchte ich das nicht. Aber ich könnte natürlich jemanden spielen, der immerzu gehorchen muss – vielleicht einen Schüler, oder einen Soldaten oder einen Sklaven. Oder fallen dir noch Leute ein, die nichts zu sagen haben?“ (2008, S. 117)

Das Kind erhält hier zwei ganz klare Botschaften: einerseits wir von Beginn an eine freundliche und gesittete Umgangsform zwischen Kind und Therapeut etabliert und andererseits bekommen die Bedürfnisse des Kindes seinen Platz. Es darf nach einer gewissen Modifizierung des Spielgeschehens auf Ebene der ersten Realität, seine Themen und Gefühle auf der zweiten Realitätsebene ausagieren.

Je klarer erste und zweite Realitätsebene voneinander getrennt werden, desto besser gelingt die implizite Traumaverarbeitung. Werden die beiden Ebenen aber miteinander vermischt, warnen die Autoren, so kann es zu traumatischen Verarbeitungen wie Täter-Opfer-Spaltung, Leib-Seele-Spaltung, Gut-Böse-Spaltung, Verschmelzungs- oder Zerstörungdrang kommen.

Weinberg und Hensel (2008) unterscheiden zwischen impliziter und expliziter Traumaverarbeitung. Beiden Arten ordnen sie gewisse Interventionen zu:

Implizite Traumaverarbeitung bedient sich der Interventionen Aufbau von Sicherheit im Therapiezimmer, Aufbau guter innerer Instanzen und implizite Arbeit mit Spaltung.

Zur expliziten Traumaverarbeitung, welche, wie die Autoren betonen, ausschließlich ausgebildeten, erfahrenen Traumatherapeuten vorbehalten ist, gehören die explizite Arbeit mit Spaltung und explizite Rekonstruktion und Überwindung traumatischer Bilder.

Aufbau von Sicherheit im Therapiezimmer

Als Beispiel führen die Autoren die Bau-dir...!-Instruktion an: „Bau dir doch mal hier im Zimmer einen Platz, an dem du dich ganz wohl und geborgen fühlen kannst!“ (S.119)

Wie das Kind diese Instruktion umsetzt bietet aufschlussreiche Einblicke in seine inneren Sicherheitskonzepte, finden die Autoren. Das Gefühl von Sicherheit zeigt sich oft durch stabile, feste Bauten, während brüchige und löchrige Behausungen eher von einem Mangel an Sicherheitserleben zeugen.

Ist das Kind fertig, dann fordert die Therapeutenperson es auf, sich in seine Höhle, Haus, Burg oder sonstige Erschaffung hineinzusetzen und zu sehen ob es etwas ändern möchte. Dann soll sich das Kind ein Unwetter vorstellen und sehen ob es dafür noch etwas an seiner Behausung ändern möchte.

Aufbau guter innerer Instanzen

Ist das Kind während des Spielgeschehens in eine Täter- oder Opferidentifikation geraten, und ist den widrigen Umständen oder bösen Mächten schutz- und hilflos ausgeliefert, dann ist die Suche nach guten inneren Instanzen angezeigt: „Könnte es irgendwo auf der Welt irgendein Wesen geben, dass jetzt helfen könnte?“ (S. 120)

Die Autoren sind der Ansicht, dass es notwendig wäre, dabei zu bleiben nach Schutzfiguren zu suchen, auch wenn das Kind gleich wieder in das traumatische Spielgeschehen zurückgehen möchte. Kann es keinerlei guter Instanzen aktivieren, so halten sie es für richtig dem Kind Vorschläge zu machen. Ist das Kind in der Opferrolle, so empfehlen die Autoren, sei es oft sogar das einzig Richtige, wenn die Therapeutenperson selbst in eine Helferrolle schlüpft und das Böse oder den Täter entschieden niederringt. Der von der Therapeutenperson initiierte Schutz des Schwachen, führe meistens, Weinberg und Hensel (2008) weiter, zu einer „intensiven Phase der Regression in die Bedürftigkeit und Abhängigkeit und Ver- und Umsorgung der Schwachen“ (S. 121). Hierin sehen sie eine Chance zur Nachreifung.

Implizite Arbeit mit Spaltung

Für die Arbeit mit impliziter Spaltung ist die Therapieregeln Nummer drei von Bedeutung: Jeder hat jederzeit das Recht aus einer Rolle auszusteigen. Mittels Spielstopp unterbricht die Therapeutenperson das aktuelle Spielgeschehen und drückt dem Kind gegenüber auf der ersten Realitätsebene aus, dass sie sich in ihrer Rolle nicht wohl fühlt. Anstatt die Rolle selbst weiterzuspielen, sucht sie sich eine Stellvertreterfigur. Dieses Therapeutenverhalten wird mit dem Kind nicht diskutiert und nur erklärt wenn dies notwendig ist. Dadurch erfährt das Kind, dass sein Spielverhalten nicht böse ist, sondern dass es einen Platz bekommt und weiter verfolgt werden darf – aber nicht mit der Therapeutenperson in der Opferrolle.

Explizite Arbeit mit Spaltung

Hier werden zwei Stühle nebeneinander gestellt und die Therapeutenperson bittet das Kind für alles was es am Vater mag (am Bruder oder je nachdem um welche Person es sich handelt) einen Gegenstand im Raum auszusuchen und auf einen der beiden Stühle zu legen. Als nächsten Schritt soll das Kind das Gleiche für alles was es nicht am Vater mag, tun und diese Gegenstände auf den anderen Stuhl legen. Wichtig ist, Weinberg (2005) zufolge, dass hier nicht von „guten“ und „bösen“ Seiten gesprochen wird um keine moralisierenden Wertungen abzugeben. Ambivalente Gefühle können durch die symbolische Darstellung der positiven und negativen Seiten geklärt werden. Wenn dem Kind nichts mehr einfällt, dann wird es aufgefordert einen Schritt zurück zu treten und zu sehen, wie weit die beiden Stühle zusammen gehören. Die Therapeutenperson ermutigt es verschiedene Abstände auszuprobieren, so lange bis es den passenden gefunden hat. Nach Weinberg (2010) gibt es hier folgende Möglichkeiten, welche diagnostisch allergrößte Relevanz besitzen und die weitere therapeutische Vorgehensweise bestimmen:

-
- (a) Stehen die Stühle recht nahe beieinander, so handelt es sich um eine Bezugsperson, welche zwar Seiten oder Eigenschaften aufweist, die das Kind nicht mag, aber im Grunde handelt sie zum Wohle des Kindes. Hier wird mit dem Kind über die Belastungen mit dem häufig schuldlosen Elternteil gesprochen und nach Möglichkeiten gesucht, die Situation zu entspannen.
- (b) Stehen die Stühle an entgegengesetzten Ecken des Zimmers und scheinen keinen Bezug zueinander zu haben, so stellt sich nach Nachfragen oft heraus, dass das Kind die Vermutung hat, dass der eine vom anderen Stuhl nichts weiß. Hier wird für den positiven Stuhl ein sicherer geschützter Platz im Zimmer gesucht um dann isoliert den negativen zu betrachten. Das Kind wird ermutigt auf seine Körperempfindungen zu achten und danach gefragt was es mit dem Stuhl tun wollen würde, wenn es entscheiden dürfte. Häufig entstehen hier aggressive Impulse, so Weinberg (2010), welche das Kind dann innerhalb der traumazentrierten Spieltherapie ausagieren kann. Die zweite Realitätsebene ist hier wiederum sehr hilfreich, denn hat das Kind den Wunsch den Stuhl aus dem Fenster zu schmeißen, führt die Autorin aus, dann wird gemeinsam ein Fenster im Zimmer gebaut. Zum Abschluss der Intervention leitet die Therapeutenperson in eine Selbstwahrnehmung und fragt das Kind wie es sich nach vollbrachter Vernichtung des schlechten Stuhls fühlt.
- (c) Stehen die Stühle aufeinander, sodass der „gute Stuhl“ den „bösen“ verdeckt, erkennt das Kind, dass die guten Seiten dazu dienen die bösen zu rechtfertigen: „Der Papa lockt mich mit all den schönen Sachen – er macht das, um die schlimmen Sachen machen zu können.“ (Weinberg, 2010, S. 226) Hier kann die Therapeutenperson dem Kind sagen, dass ihr eine Sache einfällt, die trotzdem kein böser Trick ist sondern, die durch und durch gut an der Person des Vaters. Sie will damit auf die Themen von Zeugung, Schwangerschaft und Geburt hinaus, selbst wenn sich das Gute dabei, lediglich auf einen winzigen Samen beschränkt. Für diesen in allerletzter Konsequenz guten Teil, wird ein dritter Stuhl herangezogen, der gemeinsam schön gestaltet und in Sicherheit gebracht wird. Dann wird mit dem „schlechten Stuhl“ wie bei (b) weiter gemacht.
- (d) Auf dem „guten Stuhl“ liegt, nachdem das Kind fertig ist gar nichts oder nur sehr wenig. Auch hier wird zumindest ein klitzekleines durch und durch gutes Detail für den guten Stuhl gefunden und danach mit dem „schlechten Stuhl“ ebenso wie bei (b) fortgesetzt.

Weinberg (2010) betont, dass es bei den letzten beiden Varianten von allergrößter Wichtigkeit ist, dem Kind zu erzählen, wer darüber glücklich ist, dass es auf dieser Welt ist und wen es mit Stolz und Freude erfüllt, es heranwachsen zu sehen.

Explizite Rekonstruktion und Überwindung traumatischer Bilder

In der expliziten Rekonstruktion und Überwindung traumatischer Bilder geht es um ein beständiges Unterbrechen von Erinnerungsabläufen und Spannungszuständen. Durch Aufbau der bestimmten Szenerie des traumatischen Erinnerungsbildes wird ein Raum der Gegenwart deutlich abgetrennt, welcher einen sicheren Beobachtungsposten darstellt. Auf der anderen Seite der Grenze liegt der Raum der Vergangenheit, was dem Kind gegenüber mehrfach deutlich kommuniziert werden soll. Dort baut es seine schrecklichen Erinnerungen nach und kann entweder mit der Rekonstruktion des isoliert gespeicherten Traumabildes oder mit den räumlichen Gegebenheiten, in welchen das Erlebnis stattfand beginnen. Für alle beteiligten Personen, auch für sich selbst, sucht das Kind Stellvertreterfiguren. Sobald das Erregungsniveau des Kindes spürbar steigt, wird der Raum der Vergangenheit verlassen. Therapeutenperson und Kind kommen zurück in den Raum der Gegenwart und betrachten die Szenerie von außen. Von hier aus auf den Raum der Vergangenheit blickend, lenkt die Therapeutenperson die Aufmerksamkeit des Kindes auf dessen Körperempfindungen, sie spricht Bauchgefühl, Arme, Beine, Hände, u.s.f. an. Im Notfall, so Weinberg (2010), wenn das Kind keinerlei Zugang zu seiner somatischen Befindlichkeit findet, soll die Therapeutenperson die eigene Resonanz mitteilen. Als nächstem Schritt wird das Kind gefragt, was es sich aus heutiger Sicht für die damalige Situation wünscht. Weinberg (2010) weist darauf hin, dass Kinder hier oft auf die Vorschläge der Therapeutenperson angewiesen sind, da sie nur „„halbe“ oder gar keine rettende Idee“ (S. 229) haben. Die Rettungsfantasie wird dann gemeinsam gespielt. Am Ende der Rekonstruktion wird das Kind gefragt, was mit Person XY geschehen soll, wenn es ganz allein entscheiden dürfte. Häufig, so die Autorin, käme es hier zu aggressiven und sadistischen Abreaktionen. Ihr zufolge ist es wichtig dem Kind zu erklären, dass starke Wut- und Hassgefühle nach solchen Erlebnissen völlig normal sind und innerhalb der Therapie auch einen Platz eingeräumt bekommen, aber in der Wirklichkeit nicht möglich sind und auch alles nur verschlimmern würden.

Weinberg und Hensel (2008) betonen abschließend noch einmal die Gefahr der Retraumatisierung durch Überflutung mit traumatischem Material. Aus diesem Grund sei auch erklärt, wieso diese Maßnahmen nur Traumatherapeuten offen stehen, welche allererste körperliche Anzeichen einer Überflutung erkennen und damit umzugehen wissen.

4.3.6 Zusammenfassung der Konzepte

Tabelle 4: Übersicht der Konzepte

Verfasser	Titel	Phasen	Interventionen
Van de Putte (1995)	Ein spieltherapeutisches Paradigma für die Arbeit mit sexuell Missbrauchten Kindern	• Missbrauchsreaktives Spiel • Reinszenierungen • Symbolisches sexualisiertes Spiel	
Riedel (1997)	Personenzentrierte Spieltherapie bei sexueller Misshandlung	• Erkundungsphase und Entstehung der therapeutischen Beziehung • Beginn der Konfliktverarbeitung • Die emotional involvierte Konfliktverarbeitung • Die Ablösungsphase • Die Abschiedsphase	
Hüsson (2009)	Differentielles Vorgehen in der Personzentrierten Psychotherapie mit sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen		• Den Missbrauch benennen • Kontrolle – Ohnmacht • Umgang mit Schuldgefühlen • Prozessaktivierendes Spielmaterial • Auszeit, sicherer Ort und Helferfiguren
Weinberg (2005, 2010) Weinberg & Hensel (2008)	Traumazentrierte Spieltherapie		• Einweisung • Aufbau von Sicherheit im Therapiezimmer • Aufbau guter innerer Instanzen • Implizite Arbeit mit Spaltung • Explizite Arbeit mit Spaltung • Explizite Rekonstruktion und Überwindung traumatischer Bilder

Die Tabelle zur Übersicht der spieltherapeutischen Konzepte mit sexuell missbrauchten Kindern zeigt eine stetige Weiterentwicklung dieser Konzepte an. Während Van de Putte (1995) mit nur drei unterschiedlichen Therapiephasen, seine Beobachtungen in der Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern beschreibt, ist Riedel (1997) in der Beschreibung der Therapiephasen schon wesentlich differenzierter und genauer. Hüsson (2009) bietet einen sehr anschaulichen Einblick in konkrete Interventionen und bezieht sich teilweise auf Weinberg (2005), welche ihr Konzept der traumazentrierte Spieltherapie ebenfalls neu strukturierte (Weinberg und Hensel) und weiterentwickelte (Weinberg, 2010). Unter den hier beschriebenen Konzepten

finden sich zwei Phasenmodelle und zwei Interventionsmodelle, wobei die beiden Autoren der Phasenmodelle (Van de Putte, 1995; Riedel, 1997) durchaus auch Interventionen innerhalb bestimmter Phasen beschreiben. Hier ist vor allem aufschlussreich wie eine Therapie mit sexuell traumatisierten Kindern begonnen und beendet werden soll. Vor dem Hintergrund gestörter Bindungs- und Beziehungsmuster solcher Kinder ist nicht nur ein behutsamer, durch Misstrauen geprägter Beziehungsaufbau, sondern auch eine ebenso behutsame Verabschiedung am Ende der Therapie notwendig, um nicht einen (weiteren) Beziehungsverlust im Leben des Kindes verantworten zu müssen, wie vor allem Riedel (1997) betont. Auch wenn alle Verfasser dieser Konzepte eine personenzentrierte Grundhaltung gemeinsam haben, welche ein nondirektives Therapeutenverhalten verlangt, so sind auch alle der Meinung, dass die spezielle Klientel komplex traumatisierter Kinder eine gewisse Modifikation des nondirektiven Ansatzes erfordert. Im Wesentlichen bedeutet das, dass es in einigen Phasen des Therapieprozesses zur Gefahr der Retraumatisierung kommen kann und daher die Therapeutenperson kurzfristig von ihrer nichtdirektiven Haltung abweichen muss um lenkend in das Geschehen einzugreifen. Dies scheint der augenscheinlichste und größte Unterschied in der Spieltherapie von Kindern mit interpersonalen Traumata im Gegensatz zu Spieltherapie mit Kindern ohne Komplextraumatisierung zu sein. Einige Implikationen ergeben sich freilich aufgrund der besonderen Schutz- und Sicherheitsbedürftigkeit missbrauchter Kinder und der fehlenden oder mangelhaften Bindungs- und Beziehungsschemata. Auch sind spezifische Verhaltensweisen, wie etwa sexuelles Ausagieren in der Therapie, als spezifische Zielgruppenprobleme zu werten, welche klarer Grenzsetzung ohne moralisierende Zurechtweisung bedürfen. Allerdings ist die Grenzsetzungsthematik ein grundlegendes Element in personenzentrierter Spieltherapie und kein Unikum in der Arbeit mit sexuell traumatisierten Kindern. Darüber hinaus haben es Spieltherapeuten auch außerhalb der Grenzen traumabezogener Schwierigkeiten häufig genug mit Kindern ohne sichere Bindungsmuster zu tun, also ist auch hier keine spezielle Besonderheit für das zielgruppenspezifische Vorgehen zu verzeichnen.

Die Unterscheidung von erster und zweiter Realitätsebene kommt bei Weinberg (2010) auch in direktiveren Interventionen zum Einsatz, wie etwa in der expliziten Rekonstruktion von Erinnerungsbildern. Hier kann auf Basis des eingeübten Wechsels der Realitätsebenen, eine Unterscheidung des aktuellen Kontextes vom vergangenen Kontext in der Konfrontation mit dem Traumamaterial geschehen und so das Trauma überwunden werden.

Eine Kombination spiel- und traumatherapeutischer Elemente, so wie dies im Konzept der traumazentrierten Spieltherapie zur Umsetzung gekommen ist, scheint ein sehr sinn- und wirkungsvolles Vorgehen für die Arbeit mit schwer sexuell missbrauchten Kindern zu sein.

4.4 Integration von Eltern in den Therapieprozess sexuell missbrauchter Kinder

Andrew Hill (2005) gibt in seinem Review zum Einbezug schuldloser Eltern in die Therapie sexuell missbrauchter Kinder einige Faktoren seitens der Eltern mitzubedenken. Die Tatsache, dass Eltern selbst, in Anbetracht des Missbrauchs ihres Kindes, unter enormen Distress leiden, ist nicht zu unterschätzen, wenn diese in therapeutische Interventionen involviert werden sollen. Häufig, so der Autor, leiden sowohl Mütter als auch Väter an PTBS und Depressionen, haben das Gefühl in ihrer Elternfunktion das Kind zu schützen, versagt zu haben. Darüber hinaus können Faktoren wie Verlust der Partnerschaft, finanzielle Verluste und Verlust der Residenz, insbesondere bei Frauen, eine zusätzlich belastende Rolle spielen.

Des Weiteren ist er der Ansicht, dass die emotionale und behaviorale Anpassung eines Kindes nach einer Viktimisierung in enger Verbindung zu den Reaktionen und der Unterstützung von Elternfiguren steht. Elterliche Unterstützung könne, so Hill (2005) weiter, einen größeren Faktor für die Heilung des Kindes darstellen, als jeglicher anderer Umstand des Missbrauchs. Dass der Einbezug schuldloser Eltern in den therapeutischen Prozess grundsätzlich von großer Relevanz für die Traumabewältigung ihrer sexuell missbrauchten Kinder ist, konnte Hill (2005) ausreichend argumentieren. Wichtig scheint jedoch auch sein Hinweis auf die anteilnehmende Traumatisierung von Eltern, welche ohne Zweifel erst einmal stabilisiert werden müssen, bevor ihre Kinder sie als verlässlichen und beschützenden Erwachsenen wahrnehmen können. Ein Kind das erlebt hat, dass seine Mutter oder sein Vater aufgrund seiner Missbrauchserlebnisse depressiv oder zutiefst bestürzt und aufgewühlt ist, wird sich davor hüten, seine Eltern je wieder in solch eine Situation zu bringen, so der Autor. Dadurch, gibt Hill (2005) weiter zu beachten, könne sogar der Mechanismus einer Parentifizierung ausgelöst werden. In solchen Fällen könnte das Einbeziehen von Eltern eher eine Kontraindikation darstellen.

4.4.1 Einflussnehmende Faktoren auf den Einbezug von Eltern in die Spieltherapie ihrer sexuell missbrauchter Kinder

FORSCHUNGSGEGENSTAND

Um dieser Problematik nachzugehen, führte Hill (2009) eine qualitative Studie zu den Faktoren, welche auf die Art und Weise des elterlichen Einbezugs Einfluss nehmen, durch. In seiner Untersuchung ging es nicht um die Arbeit mit Tätern, sondern ausschließlich um schuldlose Eltern.

Die Daten eines vierköpfigen Therapeutenteams aus England wurden als Untersuchungsgrundlage herangezogen, da dieses Therapeutenteam innovative Wege in der Involvierung der

Eltern bei Therapien mit sexuell missbrauchten Kindern entwickelte. Manchmal war dies ein Inkludieren der Eltern in den ersten Stunden der Therapie um dem Kind beim Ankommen zu helfen. Aber auch die volle Involvierung der Eltern oder ihr Einbezug in ausgewählten Stunden mit dem Kind, sowie das herkömmlich Setting von Elterngesprächen mit dem Therapeuten, waren unterschiedliche Muster der involvierenden Arbeit mit Eltern.

FORSCHUNGSFRAGE

Das Ziel der Studie bestand darin, zu verstehen, welche Faktoren den Grad und das Muster der elterlichen Einbindung ausmachten. Darüber hinaus sollte herausgefunden werden welche Effekte diese unterschiedlichen Muster auf den Prozess und das Ergebnis der Therapie haben.

VORGEHENSWEISE

Die Untersuchung gliederte sich in zwei Forschungsphasen:

1. Phase:

Eine Serie von Meetings mit dem Team wurde abgehalten. Der Untersucher agierte als Forschungsgruppenmoderator um das Team zu unterstützen ein Inventar für ihre aktuellen Ansätze zu entwickeln und eine kritische Sichtweise ihrer Arbeit zu fördern, damit ein tieferer analytischer Level erreicht werden konnte. Fallvignetten wurde als Diskussionsbasis eingesetzt.

2. Phase:

Ein Fallstudienansatz wurde genutzt um verschiedene Fälle im selben Setting zu vergleichen. Generelle Regeln und Erwartungen sollten in Bezug auf den Prozess und die Gründe für die Ergebnisse gefunden werden. Die Anzahl der Fälle war eher gering, da auch das Therapeuten-team klein war. Aus allen Fällen des Untersuchungsteams innerhalb von zwei Jahren, konnten 13 Fälle in die Studie einbezogen werden.

ERHEBUNGS- UND MESSINSTRUMENTE

Separate Tiefeninterviews mit Therapeuten, Eltern und einigen Kindern wurden einmal in einer frühen Therapiephase und einmal zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt. Leider konnte die Perspektive der Kinder nicht ausreichend erhoben werden, da die Sorge bestand, sie könnten an einem Forschungsinterview Schaden nehmen. Insgesamt wurden 48 Interviews durchgeführt, davon 18 mit Eltern, drei mit Kindern und 27 mit Therapeuten.

Ein Codierungssystem wurde entwickelt und genutzt um verschiedene Faktoren zu identifizieren, welche das Denken der Teilnehmer über die einflussnehmenden Faktoren für die Entscheidung des Grades der Elterneinbindung, abzeichnen sollten. Codes reflektierten Bedeutungen, welche entweder Segmente der Daten beschrieben oder Konzepte welche damit interferierten. Diese Codes wurden durch die Einsicht von Literatur entwickelt und Sektionen des Interviews wurden mittels Computer codiert um herauszufinden, ob sie mit den Hauptthemen in Bezug stehen. Hauptthemen waren folgende:

- ◆ Nachweis der Sorge über die Auswirkungen auf Eltern durch das Herausfinden des sexuellen Missbrauchs.
- ◆ Nachweis, dass elterliche Unterstützung für die Genesung des Kindes signifikant wichtig war.
- ◆ Nachweis eines Verständnisses für Grenzen der elterlichen Einbindung.

Hauptthemen wurden identifiziert und alle Daten, welche damit in Bezug standen führten zur Codierung von Subthemen in Bezug auf die Begründung der Teilnehmer ob, wie und in welcher Weise Eltern involviert wurden. Diese Methode der Analyse führte zur Identifikation einiger Faktoren, welche die Probanden als signifikant in Bezug auf spezifische Therapieergebnisse verstanden.

ERGEBNISSE

Faktoren, welche zu einem Muster von individueller Arbeit mit dem Kind führten

- ◆ Das Verständnis der Therapeuten der Notwendigkeit einen therapeutischen Raum zu schaffen

Vor allem für ältere Kinder ab dem Teenageralter ist es wichtig einen therapeutischen Raum unabhängig von den Eltern zur Verfügung zu stellen. Vor dem Hintergrund, dass das Teenageralter üblicher Weise durch Abgrenzungsprozesse zu den Eltern gekennzeichnet ist, sind diese Überlegungen sehr verständlich.

- ◆ Die geteilte Ansicht, dass Eltern zu sehr emotional beteiligt sind

Sowohl Eltern als auch Therapeuten und Kinder teilten diese Ansicht.

- ◆ Die Annahme der Eltern, nicht zu wissen wie sie helfen können

Einige Eltern empfanden es als erleichternd ihr Kind in Expertenhände zu geben, da sie selbst ihm nicht geben konnten was es brauchte.

- ◆ Die Annahme der Eltern, das Kind würde eher auf jemand anderen hören

Die Annahme, dass Therapeuten mehr Einfluss auf das Kind haben, konnte in den Interviews mit älteren Kindern nicht bestätigt werden. Eltern sahen die Therapeutenperson vermutlich als Autorität von welcher sich das Kind eher etwas sagen lassen würde. Darauf allerdings ist Therapie nicht ausgerichtet.

- ◆ Das elterliche Bedürfnis nach unabhängiger Expertenmeinung

- ◆ Die Möglichkeit für ältere Kinder in Ruhe sprechen zu können
- ◆ Die Annahme, es wäre „nicht sicher“ die Mutter zu inkludieren

Vor allem bei inkonsistenter Mutterfigur.

Faktoren, welche zur Involvierung der Eltern führten

- ◆ Den Kindern ein Gefühl von Sicherheit geben: Bindungsperspektive

Um dem Kind den Einstieg in die Therapie zu erleichtern. Hier war eine gute Beziehung zwischen Therapeuten und Eltern erforderlich.

- ◆ Um Eltern ein Modell zu bieten: Filialtherapie und Theraplay

Da Eltern häufig unsicher waren, wie sie ihrem Kind helfen oder was sie tun oder sagen könnten, griffen die Therapeuten teilweise auf das Konzept der Filialtherapie zurück. Doch die professionelle Rolle dieses Ansatzes besteht darin, die Eltern zu trainieren und hauptsächlich mit ihnen zu arbeiten. Da allerdings im Therapeutenteam direkt mit den Kindern gearbeitet wurde und nur begleitend mit den Eltern, erwies sich hier der Einsatz von Theraplay sinnvoller, da dieser die Förderung einer sicheren Bindung zum Ziel hat.

- ◆ Wiederaufbau des Wohlfühls in der Elternrolle: Therapeutische Perspektive von „Containment“.

Ein Verlust des Wohlfühls in Schlüsselbereichen der Elternschaft wurde von einigen Eltern berichtet. Vor allem in den Bereichen Grenzsetzung von Verhaltensweisen und Reaktionen auf Distress der Kinder ergaben sich Schwierigkeiten. Es wurde viel erlaubt, da große Sympathien zum Kind vorhanden waren und Eltern sich schwer taten, zwischen Verhalten zu unterscheiden das auf den Missbrauch zurückzuführen war, und solchem das nichts damit zu tun hatte.

- ◆ Arbeit an der Eltern-Kind-Beziehung

Um die durch Täter häufig eingeführte Geheimhaltung nicht weiter aufrecht zu erhalten und Barrieren in der Mutter-Kind-Kommunikation aus dem Weg zu schaffen.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Vor allem wenn Eltern und Therapeuten sich nicht einig sind, oder wenn es kontroverse Faktoren gibt, welche keine eindeutige Entscheidung zulassen, ob Eltern involviert werden sollen oder nicht, muss sorgfältig abgewogen werden. Manchmal wirken mehrere Faktoren kumula-

tiv zusammen und lassen starke Dynamiken entstehen. Ein komplexer Aushandlungsprozess über die Involvierung von Eltern ist eine notwendige Komponente der Therapie.

4.4.2 Filialtherapie mit schuldlosen Eltern sexuell missbrauchter Kinder

FORSCHUNGSGEGENSTAND

Costas und Landreth (1999) untersuchten die Effektivität eines filialtherapeutischen Elterntrainings mit schuldlosen Eltern sexuell missbrauchter Kinder. Das Modell der Filialtherapie ist grundsätzlich nicht auf bestimmte Probleme ausgerichtet, sondern auf eine Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung. Dies ist vor dem Hintergrund der bisherigen Forschung zur bedeutenden Rolle von elterlicher Unterstützung im Genesungsprozess eines sexuell missbrauchten Kindes, eine nicht unwesentliche Zielvorgabe.

FORSCHUNGSFRAGEN

Die Effektivität von Filialtherapie sollte in Bezug auf folgende Punkte festgestellt werden:

- ◆ größere Akzeptanz der Eltern für ihr sexuell missbrauchtes Kind,
- ◆ Reduktion des Stresslevels der Eltern,
- ◆ Verbesserung der empathischen Verhaltensweisen gegenüber dem Kind,
- ◆ Ängstlichkeitsreduktion der sexuell missbrauchten Kinder,
- ◆ Stärkung des Selbstkonzeptes der sexuell missbrauchten Kinder,
- ◆ Reduktion von Verhaltensproblemen der sexuell missbrauchten Kinder und
- ◆ Steigerung der emotionalen Anpassung der sexuell missbrauchten Kinder.

Folgende Auswahlkriterien wurden erstellt: Teilnehmer mussten (a) eine bedeutende Bezugsperson eines Kindes zwischen vier und zehn Jahren sein, welches sexuell missbraucht wurde; (b) schuldlos sein; (c) das Kind von einer Untersuchungsbehörde als sexuell missbraucht identifizieren lassen; (d) Englisch in Schrift und Sprache beherrschen; (e) durften nicht in andere Kurse für Eltern involviert sein; (f) bereit und fähig sein am 10wöchigen Filialtraining teilzunehmen; (g) fähig sein an einem Vorbesprechungstermin teilzunehmen um zwecks Prätestung im Spiel mit ihren Kinder per Video aufgezeichnet zu werden; (h) fähig sein am Nachbesprechungstermin teilzunehmen und wieder im Spiel mit dem eigenen Kind zwecks Posttestung per Video aufgezeichnet zu werden; (i) einverstanden sein wöchentlich 30minütige Spieleinheiten mit ihrem Kind durchzuführen und (j) eine Einverständniserklärung unterzeichnen.

Nachdem alle Teilnehmer, die sich auf Insetrate und Aushänge hin gemeldet hatten, nach den Auswahlkriterien überprüft worden waren, blieben insgesamt 26 Teilnehmer übrig, welche in eine Versuchsgruppe von 14 Teilnehmern und eine Kontrollgruppe von 12 Teilnehmern un-

terteilt wurden. Die Kontrollgruppe wurde als Wartegruppe konzipiert. Nach den ersten zehn Wochen, in welcher die Versuchsgruppe das Filialtraining erhielt, wurde dieses auch mit der Kontrollgruppe durchgeführt.

Die Versuchsgruppe bestand aus elf Müttern, zwei Vätern und einer Großmutter im Alter von 25 bis 56 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 34,5 Jahren. Zu einem großen Anteil waren die Bezugspersonen kaukasischer Herkunft (93%), die restlichen 7% waren hispanischer Herkunft. 79% der teilnehmenden Bezugspersonen hatten einen Highschoolabschluss und 7% waren auf dem Collage. 57% waren zum Zeitpunkt der Untersuchung verheiratet, 14% getrennt und 28% geschieden.

Die Versuchsgruppe der Kinder bestand aus zehn Mädchen und drei Buben. Der Missbrauch begann im Durchschnitt mit 5,4 Jahren mit einer Varianz von 18 Monaten bis 9,5 Jahre. Bei 85% der Fälle war der Missbrauch innerfamiliär, bei 7,5% außerfamiliär, bei 7,5% unbekannt. 46% nahmen während der Studienlaufzeit Individualtherapie in Anspruch und 54% Gruppentherapie. 31% hatten keine zusätzliche Therapie.

Die Kontrollgruppe der Eltern bestand aus neun Müttern und drei Vätern im Alter von 24 bis 49 Jahren, mit einem Altersdurchschnitt von 36,4 Jahren. 92% waren kaukasischer und 8% hispanischer Herkunft. 67% hatten einen Highschoolabschluss und 33% einen Collageabschluss. 75% waren verheiratet, 8,3% geschieden, 8,3% getrennt und 8,3% lebten in anderen Familienverhältnissen.

Die Kinder der Kontrollgruppe (4 Buben und 5 Mädchen) wurden im Durchschnitt das erste Mal mit 4,5 Jahren missbraucht mit einer Varianzbreite von fünf Wochen bis acht Jahren. Bei 78% der Fälle fand der Missbrauch innerfamiliär statt, bei 22% außerfamiliär. 33% der Kinder nahmen an Individualtherapie teil, 78% an Gruppentherapie und 22% hatten keine Therapie.

Vor Beginn des Elterntrainings nahmen sämtliche Teilnehmer an einem Prätest teil. Hier wurden den Eltern unterschiedliche Messinstrumente zur Beurteilung und Einschätzung des eigenen aktuellen Stresserlebens, der Akzeptanz des Kindes und des Verhalten des Kindes vorgelegt. Die teilnehmenden Kinder machten Tests zum Ängstlichkeitslevel, zum Selbstkonzept und wurden in Bezug auf emotionale Störungen getestet. Darüber hinaus wurde jedes Eltern-Kind-Paar während einer 20minütigen Spieleinheit per Video aufgezeichnet.

Dasselbe Prozedere wurde als Posttest durchgeführt.

ERHEBUNGS- UND MESSINSTRUMENTE

Folgende Erhebungsinstrumente wurden verwendet:

Eltern:

- ◆ Porter Parental Accaptence Scale (PPAS, Porter, 1945)

- ◆ Parent Stress Index (PSI, Abidin, 1983)
- ◆ Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach & Endelbrock, 1983)

Kinder:

- ◆ Child Anxiety Scale (CAS, Gillis, 1980)
- ◆ Joseph Preschool and Primary Self-Concept Screening Test (JPPSST, Joseph, 1979)
- ◆ Draw A Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance (DAP: SPED, Nagerli, McNeish & Bardos, 1991)

VORGEHENSWEISE

Die 20minütige Spieleinheit sollte der Messung des Empathieverhaltens dienen, welches durch vier Doktoranten im fortgeschrittenen Training der Spieltherapie und Filialtherapie, bewertet wurde. Allerdings erst nach Beendigung des Posttests um nicht vorwegzunehmen welche Aufzeichnungen vor oder nach dem Filialtraining gemacht wurden.

Für das Filialtraining wurde die Versuchsgruppe in vier Kleingruppen geteilt. Jede dieser Kleingruppen traf sich zehn Wochen lang einmal wöchentlich für zwei Stunden. In diesen Treffen wurden didaktische sowie dynamische Methoden genutzt um den Eltern näher zu bringen wie sie eine akzeptierende Umgebung für ihr Kind kreieren können, innerhalb derer sich das Kind mit all seinen Gefühlen und Gedanken frei ausdrücken kann. Durch Demonstrationen und Rollenspiele lernten Eltern diese Fähigkeiten zu entwickeln. Darüber hinaus sollten sie einmal pro Woche eine 30minütige Spieleinheit mit ihrem Kind zu Hause abhalten. Hierfür bekamen sie eine spezielle Spielzeugbox zur Verfügung gestellt. Die Eltern wurden dazu angehalten Spieleinheiten von zu Hause aufzuzeichnen, damit sie in der Trainingsgruppe gemeinsam angesehen werden konnten und Feedback, Unterstützung oder einfach nur Erfahrungsaustausch angeregt wurde.

ERGEBNISSE

Folgende Resultate konnten durch das filialtherapeutische Elterntraining mit schuldlosen Eltern sexuell missbrauchter Kinder erzielt werden:

◆ *Elterliche Akzeptanz*

Die Versuchsgruppe wies nach Beendigung des Elterntrainings signifikant höhere Akzeptanzwerte auf, als die Kontrollgruppe. Eltern berichteten von größerer unbedingter Liebe und allgemeiner Akzeptanz für ihr Kind. Obwohl der Subbereich der Autonomie und Unabhängigkeit des Kindes für einige Eltern anfangs diskutabel war, da sie ihrem Kind lieber näher gekommen wären um es vor weiteren Übergriffen zu schützen, als ihm Eigenständigkeit und Unabhängigkeit zuzugestehen, konnten auch hier positive Trends gemessen werden.

◆ *Elterlicher Stress*

In Bezug auf das Stresserleben konnte ein signifikant niedrigerer Stresslevel bei Eltern der Versuchsgruppe festgestellt werden, als bei Eltern der Kontrollgruppe. Das Stressniveau in der Perspektive auf das eigene sexuell missbrauchte Kind konnte in Relation zwar gesenkt werden, nicht so stark jedoch in Bezug auf die Wahrnehmung des eigenen elterlichen Stresses. Ein Grund hierfür könne, laut Untersuchungsleitern darin liegen, dass viele Eltern anhaltendem Stress ausgesetzt seien. Einige Eltern fanden erst vor Kurzem heraus, dass ihr Kind sexuell missbraucht wurde und kämpften dementsprechend mit großer emotionaler Betroffenheit, einige wurden durch die Ereignisse zu Alleinerziehern und schlugen sich mit Einkommens- und Kinderbetreuungsschwierigkeiten herum. Diese und andere Stressoren dieser Art, kommen für ein erhöhtes Level an Stress in Frage.

◆ *Empathieverhalten*

Hier wurde ein signifikanter Anstieg empathischer Verhaltensweisen innerhalb der Elter-Kind-Interaktion festgestellt. Eltern der Versuchsgruppe lernten sowohl ihr Kind mehr zu akzeptieren, als auch diese Akzeptanz dem Kind gegenüber zu kommunizieren. Dies, so Costas und Landreth (1991), sei für die mentale Gesundheit, insbesondere sexuell missbrauchter Kinder, von fundamentaler Bedeutung.

◆ *Problematische Verhaltensweisen*

Eltern berichten von weniger häufigen problematischen Verhaltensweisen, jedoch waren die Ergebnisse hierfür nicht signifikant. Dies führten die Untersucher darauf zurück, dass die Intervention nicht lange genug angedauert hatte, um Änderungen im Verhalten herbeizuführen. Verhaltensänderungen bräuchten vermutlich mehr Zeit, dennoch konnten positive Trends festgestellt werden. Eltern der Versuchsgruppe beurteilten ihre Kinder im Posttest innerhalb des Normbereichs, während Eltern der Kontrollgruppe das Verhalten ihrer Kinder weiterhin im klinischen Grenzbereich ansiedelten.

Daraus kann geschlossen werden, dass sich sowohl das Verhalten der Kinder der Versuchsgruppe gebessert hatte, als auch deren Eltern, bedingt durch größere Akzeptanz und reduzier-

tes Stressniveau, das Verhalten ihrer Kinder eher als entwicklungsspezifisch einstufen und weniger als beeinflusst durch die Erfahrung des Missbrauchs.

♦ *Ängstlichkeit der Kinder*

Positive Trends in Richtung Reduktion des Angstlevels konnten festgestellt werden, jedoch waren die Ergebnisse nicht signifikant.

♦ *Kindliches Selbstwertgefühl*

Ebenfalls konnten hier lediglich positive Trends in Richtung eines Anstiegs des Selbstwertgefühls erkannt werden, dennoch gab es auch hier keine signifikanten Resultate. Costas und Landreth (1991) räumen ein, dass die Intensität des Traumas für die Kinder mitberücksichtigt werden müsste, wenn es um deren Selbstwert geht. Klinisch niedrige Werte in diesem Bereich könnten auf die massiven Auswirkungen der sexuellen Missbrauchserfahrung auf den Selbstwert hindeuten.

♦ *Emotionale Störungen*

Positive Trends konnten auch in diesem Bereich verzeichnet werden. Allerdings ist hier der Mangel an Signifikanz auf Schwierigkeiten aufgrund der Altersnormierung des Tests zurückzuführen. Die Normierung erforderte größere Stichproben als zur Verfügung standen, daher wurden die fünfjährigen Kinder in die Altersnorm der sechsjährigen inkludiert. Diese Probleme hatten vermutlich Einfluss auf die Signifikanz.

4.4.3 Zusammenfassung der Integration von Eltern in den Therapieprozess ihrer sexuell missbrauchten Kinder

Tabelle 5: Übersicht der Studien zum Elterneinbezug

Studie	Untersuchungsgegenstand	Stichprobe	Kontrollgruppe
Costas & Landreth (1999)	Filialtherapie mit Eltern sexuell missbrauchten Kinder	Anzahl: 26 Alter: 24-56 Ethnizität: Vorw. Kaukasier Geschlecht: Vorw. Weibl.	ja
Hill (2009)	Einflussfaktoren für die Involvierung von Eltern in die Therapie sexuell missbrauchter Kinder	Anzahl: 48 Interviews (18 Eltern; 3 Kindern; 27 Therapeuten) Alter: Kinder 3-18 Ethnizität: k.A. Geschlecht: k.A.	nein

Finkeldei (2006) weist darauf hin, dass zwischen einer meist einmal wöchentlichen Therapieeinheit von etwa 50 Minuten im Vergleich zu der Zeit, die Angehörige mit dem Kind zuhause verbringen, ein großes Ungleichgewicht besteht. Der wesentlich größere Zeitraum innerhalb des häuslichen Umfeldes kann hilfreich und unterstützend auf den Therapiefortschritt einwirken.

ken oder die Symptomatik aufrechterhalten. Der Autor hält daher zwei Aspekte in der Situation von Angehörigen für bedeutsam: Zum einen nennt er Erlebnisschilderungen, Intrusionen und plötzlich auftretende dissoziative Zustände als extrem belastend für das familiäre Umfeld, woraus Gefühle der Hilflosigkeit, der Unsicherheit und Überforderung entstehen. Zum anderen ist es möglich, dass das Traumathema biografische Anteile der Angehörigen berührt. „In diesem Moment können Themen wie Schuld, plötzlicher Verlust, Übergriffserleben und Gewalterfahrung oder brüchig gewordene Grundkonzepte wie Gerechtigkeit oder Sicherheit plötzlich wieder in den Vordergrund bei den doch scheinbar Unbeteiligten treten. (Finkeldei, 2006, S. 145)

Darüber hinaus wirken Eltern für ihre Kinder als Filter für die Evaluierung der bedrohlichen Situation und als Modell für Bewältigungsverhalten, so Steil und Straube (2002). Da Kinder das traumatische Erlebnis auch durch die Reaktionen ihrer Bezugspersonen interpretieren, sind Steil und Straube (2002) der Ansicht, dass schädliche oder nützliche Copingstrategien durch Eltern verstärkt werden können.

Zumindest ist es demnach in der therapeutischen Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern notwendig, deren Eltern über den Einfluss ihres eigenen Umgangs mit dem Thema des Missbrauchs zu informieren. Hierzu braucht es nicht zwangsläufig separate Therapieangebote für Eltern, denn solche Aspekte können auch in Elterngesprächen gut angesprochen werden. Therapiebegleitende Elterngespräche haben, laut Hüsson (2009) den Zweck:

- ◆ Eltern in ihrer Erziehungskompetenz zu bestärken,
- ◆ sie zu unterstützen, ihr Kind nicht auf die Opfererfahrung zu reduzieren und dementsprechend zu behandeln,
- ◆ ihnen aufzuzeigen, wie sie adäquat mit problematischem Verhalten des Kindes umgehen können,
- ◆ ihnen zu helfen Grenzen im Erziehungsalltag zu integrieren und
- ◆ ihnen dabei zu helfen ihrem Kind Sicherheit zu vermitteln.

Sind Eltern aufgrund ihrer eigenen Betroffenheit aber nicht im Stande diese Anregungen umzusetzen, so empfehlen sich Ansätze, welche direkt mit den Eltern arbeiten oder diese in Therapie des Kindes integrieren, um sie dabei anzuleiten und zu trainieren und an allererster Stelle um ihr eigenes Stressniveau zu reduzieren, wie dies etwa in der Filialtherapie möglich ist.

Insgesamt konnten positive Ergebnisse für Filialtherapie mit Eltern sexuell missbrauchter Kinder in Bezug auf die Akzeptanz des Kindes und des Empathieverhaltens ihm gegenüber verzeichnet werden. Auch Verhaltensprobleme wurden, wenn auch nicht signifikant, redu-

ziert, was damit in Zusammenhang stehen könnte, dass Eltern kompetenteren Umgang mit solchen Schwierigkeiten gelernt hatten und größeres Verständnis für das Kind aufbringen konnten. In der Stressreduktion der Eltern konnten keine signifikanten Effekte gemessen werden. Costas und Landreth (1999) führen kontextabhängige Gründe dafür an, warum das Stressniveau der Eltern auch nach dem filialtherapeutischen Training noch sehr hoch ist. Positive Effekte auf die teilnehmenden Kinder konnten zwar andeutungsweise festgestellt werden, jedoch waren diese Ergebnisse nicht signifikant. Verantwortlich hierfür ist vermutlich die Tatsache, dass Filialtherapie, wie auch Hill (2009) argumentiert, in erster Linie auf die Arbeit mit den Bezugspersonen ausgerichtet ist und die elterliche Kompetenz sowie das Eltern-Kind-Verhältnis fördern soll. Darüber hinaus, wie Costas und Landreth (1999) auch selbst bemerken, ist ein zehnwöchiges Training vermutlich ein zu kurzer Zeitraum um wirkliche Veränderungen messen zu können, vor allem wenn bedacht wird, dass die Intervention mit dem Kind erst etwa drei Wochen nach dem Filialtraining begann. Mit den Kindern selbst wurde also nur etwa sieben Wochen gearbeitet, was in Anbetracht schwerer Traumatisierung eindeutig als zu wenig erscheint um einen heilsamen Weg zu beenden. Schon Axline (1980) hielt in den Prinzipien zur Spieltherapie fest, dass der Heilungsprozess keinesfalls übereilt werden darf, sondern viel Zeit und Geduld braucht. Auch andere Untersuchungen mit traumatisierten Kindern (Lanktree & Briere, 1995) konnten feststellen, dass bis zu einem Jahr oder manchmal länger, an Therapie notwendig ist um Symptomreduktion zu erwirken. Es ist daher zu schließen, dass sich Filialtherapie langfristig gesehen, sehr förderlich auf die Bewältigung traumatischer Erlebnisse von Kindern auswirken kann, vor allem, wenn man sich vor Augen hält, dass die Reaktionen des Umfeldes und der Umgang mit dem Trauma, wie Steil und Straube (2002) erläutern, relevante Modelle für die kindliche Bewältigungsstrategie darstellen. Dennoch ist, wie die Studie von Hill (2009) zeigt immer sehr sorgfältig abzuwägen, wie Elterneinbindung in den Therapieprozess sexuell missbrauchter Kinder aussehen könnte. Auch wenn die Arbeit mit dem Umfeld schon alleine zur Gewährleistung der Sicherheit des Kindes immer größte Relevanz besitzt, ist in manchen Fällen von direkter Einbeziehung der unmittelbaren Bezugspersonen eher abzuraten. Hier ist die Variante der therapiebegleitenden Elterngespräche vorzuziehen.

4.5 Wirksamkeit personenzentrierter Spieltherapie bei sexuellem Missbrauch

4.5.1 Ergebnisvorhersage für Spieltherapie

FORSCHUNGSGEGENSTAND

Tsai und Ray (2011) untersuchten die Vorhersage der Effektivität von klientenzentrierter Spieltherapie bei Kindern im Alter zwischen drei und zehn Jahren. Sie stellten sich dabei die Frage, welche Variablen mit Veränderung der Kinder assoziiert sind. Multiple Regressionsanalyse ermöglichte den Input von Variablen, welche typischer Weise als Prädiktoren für Therapieerfolg gelten und mit den Ergebnissen von Spieltherapie korrelierten. Ihre Absicht war nicht herauszufinden, ob kindzentrierte Spieltherapie erfolgreich war, sondern, welche Variablen bei Kindern, welche eine solche Therapie erhielten zu Veränderungen führten.

VORGEHENSWEISE

Archivierte klinische Akten von 82 Kinderklienten im Alter von drei bis zehn Jahren, welche das Spieltherapieangebot einer Universitätsklinik im Südwesten der Vereinigten Staaten zwischen Juni 2001 und Februar 2008 in Anspruch nahmen wurden als Untersuchungsdaten herangezogen. Besagte universitäre Beratungsklinik ist eine Instruktions- und Trainingseinrichtung innerhalb eines Ausschusses für die Akkreditierung von Beratung und verwandten Bildungsprogrammen. Das akkreditierte Beratungsausbildungsprogramm nutzt die Klinik als Trainingsfeld für Master- und Doktorprogramme. Die Klinik versorgt wöchentlich etwa zwischen 150 und 200 Klienten im Alter von drei Jahren bis ins Seniorenalter. Die Klientel der Klinik weist eher niedrigen sozioökonomischen Status und ein niedriges Bildungsniveau unter den Erwachsenen auf. Über 60% sind allerdings Kinderklienten unter 12 Jahren. Die Daten von 300 dieser Kinderklienten wurden gesichtet, doch aufgrund hoher Ausfallquoten und unterschiedlichen Ratern, wurden 82 Kinder ausgewählt, bei welche sowohl Prä- als auch Postmessungen durch denselben Elternteil durchgeführt wurden.

Die Stichprobe bestand aus 48 Buben (58,5%) und 34 Mädchen (41,5%) mit einem Durchschnittsalter von sechs Jahren. 70% der Kinderklienten waren kaukasischer Herkunft, 10% lateinamerikanischer, 10% gemischtrassig. Die restlichen Kinder waren Afro-Amerikaner, Asiaten und andere. Drei Kinder lebten in einer Adoptivfamilie, eines bei einem alleinerziehendem Vater, 36 bei alleinerziehenden Müttern, vier bei biologischem Vater und Stiefmutter, vier bei biologischer Mutter und Stiefvater, 20 in der biologischen Familie, fünf bei den Großeltern, vier bei einer verwandten Familie und bei weiteren fünf Kindern fehlten die Daten zur Lebenssituation.

ERHEBUNGS- UND MESSINSTRUMENTE

Ein Formular zu Hintergrundinformationen und die CBCL wurden vor der klinischen Aufnahme mit einem Berater im Master- oder Doktorprogramm ausgefüllt. Der zugewiesene Spieltherapeut informierte die Fürsorgepersonen über Datenkollektion, welche die Klinik verlangte um mittels Erhebungsinstrumenten Behandlungsforschritte auf Semesterbasis zu messen. Die Eltern wurden darüber hinaus informiert, dass diese Daten zu Forschungszwecken genutzt werden können. Aus dem Formular zu Hintergrundinformationen wurden demographische Daten zu Alter, Geschlecht, Ethnizität, Bildungsstatus, jährliches Haushaltseinkommen, aktueller Lebensstatus und aktuelle Problempräsentation entnommen. Präsentierte Probleme wurden in sechs Kategorien unterteilt (Probleme in Bezug auf Missbrauch, Akademische oder Schulprobleme, stimmungsbezogene Probleme, familiäre Probleme, regelbrechendes Verhalten und andere Verhaltensprobleme), welcher jeweils drei bis neun spezifische Probleme zugeordnet wurden.

17 Kinder wurden wegen Missbrauch vorgestellt, 67 aufgrund von Stimmungsproblemen, zehn aufgrund regelbrechenden Verhaltens, 33 aufgrund von Schulproblemen, 60 aufgrund familiärer Probleme und 25 aus anderen Gründen.

Die Spieltherapeuten hatten bereits mindestens zwei Kurse in Spieltherapie, inklusive Einführung in Spieltherapie und klinischem Praktikum, absolviert. Jeder der teilnehmenden Therapeuten musste einmal wöchentlich eine Stunde individuelle oder triadische Supervision bei einem Einrichtungsmitglied mit Zertifizierung in Spieltherapie oder einem fortgeschrittenem Doktorstudenten teilnehmen. Die Supervisors stellten sicher, dass nach den Prinzipien der kindzentrierten Spieltherapie gearbeitet. Das Behandlungsprogramm verlief nach dem Prozedere von Landreth (2002) und Ray (2009).

Die Therapieeinheiten wurden für einmal pro Woche im Ausmaß von 40 bis 45 Minuten angesetzt, so lange, bis im gegenseitigen Einverständnis von Fürsorgepersonen und Therapeutenperson das Ende der Therapie aufgrund der Erreichung der Therapieziele einleitet wurde. Einige Eltern beendeten die Therapie ihres Kindes vorzeitig.

Alle zehn Wochen wurden die Erhebungsinstrumente vervollständigt um einen eventuellen Datenverlust durch frühzeitigen Therapieabbruch zu vermeiden. Elterngespräche wurden periodisch abgehalten um Emotionen und Verhalten der Kinder zu Hause und in der Schule zu besprechen.

Neun Vorhersagevariablen wurden genutzt (Anzahl der Therapieeinheiten, Anzahl der Elterngespräche und sechs Problemkategorien). Der Beendigungsstatus wurde mit „vorzeitiger Abbruch“ oder „komplette Therapie“ bezeichnet. Als vorzeitiger Abbruch wurde gewertet, wenn trotz Anraten der Therapeuten die Therapie fortzusetzen,

- ◆ die Klienten dreimal hintereinander nicht zum Termin kamen, ohne vorher telefonisch abzusagen,
- ◆ die Klienten nach Sommer- oder Winterpause nicht wieder erschienen,
- ◆ die Eltern kein weiteres Interesse an Therapie für ihr Kind zeigten,
- ◆ terminliche Schwierigkeiten der Eltern oder Kinder auftauchten,
- ◆ Eltern anderswo eine Therapie für das Kind suchten,
- ◆ Teilnehmer umzogen, oder andere Gründe.

ERGEBNISSE

Abhängige Variablen waren die Subskalen internalisierende und externalisierende Probleme, sowie die Gesamtproblemskala der Child Behavior Checklist. Eine Reduktion der Werte zwischen Prä- und Postmessung bedeutete positiven Fortschritt, während ein Ansteigen der Werte Bewegung in Richtung klinischer Werte demonstrierte.

Internalisierende Probleme ließen signifikante Prognosen zwischen den neun Vorhersagevariablen und den internalisierende Problemwertänderungen zu.

- ◆ Die neun Prädiktoren gemeinsam demonstrierten mittlere Effektstärke und waren für 11% der Varianz der geschätzten internalisierende Problemscorereduktion verantwortlich.
- ◆ Familiäre Probleme und Beendigungsvariablen machten 31% respektive 21% der Varianz aus.
- ◆ Andere Verhaltensschwierigkeiten und Schulprobleme hatten mittlere Prognosekraft mit 15% respektive 12% Varianz.

Resultate der Strukturkoeffizienten zeigten, dass familiäre Probleme und andere Verhaltensschwierigkeiten eine negative Beziehung hatten, während für Schulprobleme eine positive Verbindung mit den internalisierenden Änderungsscores bestand. Dies bedeutet, für Teilnehmer mit familiären Problemen und anderen Verhaltensproblemen und jenen, ohne Schulprobleme, konnte ein größerer Abfall der der internalisierenden Problemscores prognostiziert werden. Die Beendigungsvariablen zeigten negative mittlere Beziehung mit Reduktion von Werten. Vollständige Teilnahme an der Therapie prognostizierte einen Abfall der Werte auf der Subskala der internalisierenden Probleme, nach dem Erhalt einer kindzentrierten Spieltherapie.

Externalisierende Variablen ließen ebenfalls signifikante Prognosen zwischen den neun Vorhersagevariablen und den externalisierende Problemwertänderungen zu.

- ◆ Die neun Prädiktoren gemeinsam demonstrierten mittlere Effektstärke und waren für 11% der Varianz der geschätzten externalisierende Problemscorereduktion verantwortlich.
- ◆ Familiäre Probleme und Beendigungsvariablen hatten starke Prognosekraft mit 32% respektive 21% der Varianz.
- ◆ Andere Verhaltensprobleme Schulprobleme hatten mittlere Prognosekraft mit 15% respektive 12% der Varianz.

Familiäre Probleme und andere Verhaltensschwierigkeiten zeigten negativen mittleren Zusammenhang mit externalisierenden Änderungswerten, während Schulprobleme positiv in Verbindung standen. Ebenso wie bei internalisierenden Problemen, ist bei Teilnehmer mit familiären und anderen Verhaltensproblemen, sowie ohne Schulprobleme die Reduktion der Werte auf der Subskala der externalisierenden Probleme am Größten. Ebenso lässt die vollständige Teilnahme an der Therapie im Gegensatz zu vorzeitigem Abbruch, günstigere Prognosen für diese Subskala zu.

Auf der *Gesamtproblemskala* konnte keine statistische Signifikanz festgestellt werden, daher wurden hier keine weiteren Analysen durchgeführt. Alle Werte gemeinsam besaßen moderate Effektstärke und bedingten eine Varianz von 10%.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Als Endergebnis kann festgestellt werden, dass alle Variablen gemeinsam signifikant zum Erfolg von kindzentrierter Spieltherapie beitragen. Isoliert betrachtet konnte für einige Variablen sogar noch stärkere Vorhersagekraft festgestellt werden. In Bezug auf die beiden Subskalen (Internalisierende und externalisierende Probleme) konnten Anzahl der Therapieeinheiten und Anzahl der Elterngespräche nicht aussagekräftig zur Prognose für den Erfolg der kindzentrierten Spieltherapie beitragen. Der Beendigungsstatus „vollständige Therapie“ allerdings war ein bedeutsamer Prädiktor für Fortschritte. Missbrauchs- und stimmungsbezogene Variablen, so wie regelbrechendes Verhalten, und Schulprobleme trugen nicht signifikant zu einer Prognose bei, sofern sie unabhängig betrachtet wurden, während familiäre Probleme und andere Verhaltensprobleme gewichtige Vorhersagevariablen darstellten.

Als Limitationen der Studie nennen die Autoren, dass die regelmäßige Evaluation mittels CBCL im 10-Wochen-Intervall erst ab 2006 durchgeführt wurde und die Daten davor eher unregelmäßig erhoben wurden und Prä- und Postmessungen daher auch stark im Zeitumfang variierten. Des Weiteren hatten zwar sowohl Master- als auch Doktorstudenten die gleichen Grundvoraussetzungen, jedoch ein unterschiedliches qualitatives Niveau. Ein Mangel der Studie besteht außerdem darin, dass Archivmaterial verwendet wurde und somit keine objektive Kontrolle des Arbeitens nach Protokoll des kindzentrierten Ansatzes möglich war. Zu

guter Letzt weisen die Autoren auf beschränkte Generalisierbarkeit hin, da aufgrund des hohen Anteils kaukasischer Kinder keine kulturelle Diversität gegeben war.

4.5.2 Eine Längsschnittstudie zur Bewertung von Traumasymptomen bei sexuell missbrauchten Kindern in der Spieltherapie

FORSCHUNGSGEGENSTAND

Reyes und Asbrand (2005) führten eine Längsschnittstudie von neun Monaten zu den Traumasymptomen und den Reaktionen auf Spieltherapie sexuell missbrauchter Kinder durch. Sie stellten fest, dass die Schwere der Symptome im Allgemeinen nach sechs Monaten Spieltherapie sinkt, wobei sie eine signifikante Senkung bei Ängstlichkeit, Depressivität, Posttraumatischem Stress und sexuellem Distress nachweisen konnten.

VORGEHENSWEISE

Die Teilnehmer wurden durch eine Non-Profit Organisation des Westens Amerikas für sexuell missbrauchte Kinder und Erwachsene rekrutiert. Voraussetzung für die Teilnahme war, dass der Missbrauch nachgewiesen werden konnte. In 80% der Fälle konnten die Behauptungen des sexuellen Missbrauchs nachgewiesen werden, die restlichen Fälle wurden zum Zeitpunkt des Therapiebeginns als offene Untersuchungen geführt.

15 Therapeuten (2 Männer, 13 Frauen) im Alter zwischen 27 und 54 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 41,3 Jahren nahmen teil. Ihre klinische Erfahrung belief sich auf durchschnittlich 6,75 Jahre mit einer Variationsbreite von sechs Monaten bis 25 Jahren. Fünf der Therapeuten waren lizenzierte Therapeuten (1 Sozialarbeiter, 4 Ehe-, Familien- und Kindberater) und die restlichen zehn waren lizenzierte Doktor- oder Masterstudenten, die ihr vorgeschriebenes Praktikum absolvierten. Alle Therapeuten erhielten Supervision durch eine lizenzierte Fachkraft für mentale Gesundheit.

Es gab sechs Spielzimmer, welche mit denselben Materialien ausgestattet wurden: eine Sandwanne mit Spielfiguren, Stofftiere, Kunstmaterialien, Kreide, Puppen, Puppenbetten, ein Puppenhaus mit Möbel und Figuren, Bücher und verschiedene Brettspiele.

Wöchentliche Treffen wurden zur gegenseitigen Konsultation genutzt und um Verhaltensweisen, Probleme und Interventionen zu diskutieren. Die Therapeuten nahmen zusätzlich einmal im Monat an zweistündigen Spieltherapietrainings teil, welche trotz der klientenzentrierten Grundorientierung der Therapeuten auch Elemente der Gestalttherapie, der adlerianischen und der kognitiv-behavioralen Therapie enthielten.

Ursprünglich nahmen 43 Kinder an der Untersuchung teil, doch nur 18 davon verblieben alle neun Monate der Datenerhebung in der Therapie. Die endgültige Untersuchungsgruppe be-

stand daher aus fünf Buben und 13 Mädchen zwischen 7,3 und 16,6 Jahren. 50% der Kinder waren lateinamerikanischer Herkunft, 39% Kaukasier und 11% Asia-Amerikaner.

15 Kinder berichteten von sexuellen Berührungen, drei von vaginalem Geschlechtsverkehr, fünf von Oralverkehr, zwei von Masturbation, fünf von vaginaler Penetration mit Fingern, eines von analer Penetration mit Objekten, zehn von genitaler Manipulation, eines von Exhibitionismus und eines von anderen nicht erfassten sexuellen Handlungen.

Der Beginn des Missbrauchs fand zwischen einem und 12 Jahren statt, im Durchschnitt mit 6,17 Jahren mit einer Standardabweichung von 2,9 Jahren.

Die Therapie war einmal wöchentlich für 50 Minuten angesetzt. In den ersten drei Monaten nahmen die Kinder im Durchschnitt an 10,35 Einheiten teil (2-24 Einheiten). Im dritten bis zum sechsten Monat nahmen sie an durchschnittlich 9,25 Einheiten teil (zwischen 5 und 26 Einheiten). Im sechsten bis neunten Monat nahmen sie im Durchschnitt an 11,64 Therapieeinheiten teil (zwischen 7 und 23 Einheiten).

Einige Kinder nahmen nach anraten der Therapeuten zusätzlich an Familientherapien teil und einige Eltern erhielten Elterntrainings.

ERHEBUNGS- UND MESSINSTRUMENTE

Als Erhebungsinstrument diente die Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC, Briere, 1996) mit 54 Items zu sechs klinischen Skalen (Depression, Ängstlichkeit, Ärger, Posttraumatischer Stress, Dissoziation, sexuelle Belangen) und zwei Validitätsskalen zu Unter- und Überbeantwortung. Die Skalenwerte reichten von 0 (überhaupt nicht) bis 3 (meistens/immer). Dieses Instrument wurde ausgewählt aufgrund seiner Sensibilität für die Symptome sexuell missbrauchter Kinder. Die TSCC wurde in der allerersten und in der allerletzten Therapieeinheit der neun Monate vervollständigt.

ERGEBNISSE

Insgesamt konnte Spieltherapie als effektive Methode für sexuell missbrauchte Kinder bestätigt werden, da über die Zeitspanne von neun Monaten signifikante Verbesserungen in den Bereichen Ängstlichkeit, Depression, posttraumatischer Stress und sexueller Distress erzielt werden konnte. Dennoch zeigte sich in einigen Subbereichen (Wut, Dissoziation, übermäßige Dissoziation, Fantasie, sexuelle Belangen und sexuelle Vorbelastung) keine signifikante Verbesserung. Dessen ungeachtet scheint es als würden Kinder von individualisierter Therapie profitieren, welche nicht auf spezifische Problembereiche (etwa Dissoziation) fokussiert ist. Auch der Zeitfaktor spielte eine signifikante Rolle, da Symptome erst nach längerer Zeit stärker abnahmen.

4.5.3 Effekte individueller klientenzentrierter Spieltherapie bei sexuell missbrauchten Kindern

FORSCHUNGSGEGENSTAND

Scott, Starling, Burlingamen und Lilly (2003) untersuchten ebenfalls die Effekte von individueller klientenzentrierter Spieltherapie auf die Stimmung, das Selbstkonzept und die soziale Kompetenz sexuell missbrauchter Kinder.

Die Kollektivgewinnung durch zwei staatlich gegründete Programme zur Untersuchung von Kindesmissbrauch, fand nach folgenden Kriterien statt:

- ◆ Kinder mussten zwischen drei und neun Jahren alt sein.
- ◆ Ein möglicher Missbrauch musste innerhalb des letzten Jahres stattgefunden haben.
- ◆ Kinder nahmen nicht an anderen Therapien teil.
- ◆ Kinder waren über die zwölf Wochen der Studienlaufzeit verfügbar.
- ◆ Die Bereitschaft zu Vor- und Nachtestung war gegeben.
- ◆ Eltern musste ihr Einverständnis geben.
- ◆ Eltern, oder sonstige Bezugspersonen, hatten bereits seit mindestens drei Monaten die volle Pflegeobhut für das Kind.
- ◆ 26 Kinder (19 Mädchen, 7 Buben) mit einem Durchschnittsalter von 5,6 Jahren nahmen an der Studie teil. Alle Kinder waren kaukasischer Herkunft, nur ein Mädchen war amerikanische Ureinwohnerin.

Von den zehn Therapeuten waren 80% lizenzierte Sozialarbeiter, welche ein zweijähriges Masterprogramm, zwei Jahre klinische Erfahrung und zwölf Wochen Trainingskurs mit Supervision spezifisch für Spieltherapie mit Kindern absolviert hatten. Zwei Therapeuten waren Klinische Psychologen mit Masterabschluss und Spieltherapiekurs und zwei weitere waren Studenten der Sozialarbeit der Private Western University. Alle nahmen an Workshops zu klientenzentrierter Literatur teil.

ERHEBUNGS- UND MESSINSTRUMENTE

Folgende Erhebungsinstrumente wurden verwendet:

- ◆ Abuse Behavior Checklist (ABC, Chaffin & Wherry, 1993): Fragebogen zu sexuellem, physischem Missbrauch und anderen Lebenstraumata, welcher die allgemeine Missbrauchsschwere misst (Nutzung von Gewalt um das Kind fügsam zu machen oder zur Geheimhaltung, Rolle des Täters im Leben des Kindes, Reaktion des Täters auf die Aufdeckung des Missbrauchs, weitere Lebenstraumata wie frühe Trennungen, Gewalt, Kriminalität, Naturkatastrophen).

- ◆ Joseph Preschool and Primary Self-Concept Screening Test (JPPSCS, Joseph, 1979; Seeetland & Keyser, 1986): 16 Items: Das Kind zeichnet sein Gesicht und dann werden ihm mündlich 15 Fragen zu negativer bis positiver Selbstwahrnehmung gestellt.
- ◆ Behavior Assessment System for Children – Parents Rating Scale (BASC-PRS, Reynolds & Kamphaus, 1992): Eltern bewerten die Probleme von vier- bis 18jährigen Kindern zu Hause und in der Gesellschaft in Bezug auf Persönlichkeit, Verhalten, Emotionalität, Attributionen. Die Skala misst externalisierende, internalisierende Probleme, adaptive Fähigkeiten und Verhaltenssymptome.
- ◆ Social/Enviornmental Update (Scott & Porter, 1995): Qualitatives Interview um wichtige Veränderungen im Leben des Kindes während des Untersuchungsprozesses in folgenden Bereichen festzustellen: Zuhause, Schule, soziale Umgebung. Jeglicher Verdacht weiteren Missbrauchs oder ähnlicher Vorfälle sollte hier erhoben werden.
- ◆ Client-Centered Play Therapist Rating Scales (CCPTRS, Scott, Starling, Anderson & Porter, 1996): 13 Items um die Fortschritte der Therapeuten zu messen.

VORGEHENSWEISE

Sämtliche Testinstrumente wurden zu Prä- und Postmessung eingesetzt, mit Ausnahme des Social/Enviornmental Update, welches nur im Nachhinein erhoben wurde.

Alle Spieltherapieeinheiten wurden videoaufgezeichnet. Kinder nahmen an sieben bis 13 Einheiten teil, mit einem Durchschnitt von zehn Einheiten.

Die Hälfte der Kinder wollte an einer weiterführenden Therapie teilnehmen.

Die Therapeuten selbst wurden ebenfalls in einer kleinen Pilotstudie auf die klientenzentrierte Ausrichtung ihrer Arbeit untersucht.

ERGEBNISSE

Der Subbereich der Kompetenzen im JPPSST konnte ein signifikanter Abstieg erzielt werden, was bedeutet, dass Kinder weniger Probleme mit Gefühlen bezüglich ihrer Kompetenz hatten. Allgemein konnte für den JPPSST keine Signifikanz festgestellt werden, ebenso wenig auf der BASC. Die nicht signifikanten Änderungen basierten auf Berichten von Eltern. Im Gegensatz dazu berichteten Kinder signifikant weniger Probleme mit Kompetenzgefühlen. Verbesserungen ergaben sich eher bei Kindern mit distanzierterem Täter, weniger bei Kindern mit nahe stehendem Täter. Allerdings hatten jene Kinder, welche mit mehreren traumatischen Erfahrungen umgehen mussten, bessere Fortschritte gemacht.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Allgemein gab es sehr unterschiedliche Resultate, jedoch kaum Signifikanz. Dies könnte auf die kleine Stichprobe zurückzuführen sein, denn die Stichprobenvarianz könnte zu groß ge-

wesen sein, um signifikante Veränderungen zu überschatten. Darüber hinaus wies bereits die Untersuchung von Lanktree und Briere (1995) darauf hin, dass sexuell missbrauchte Kinder wesentlich längere Genesungszeit notwendig hätten. Ein weiterer Grund für den Mangel an Signifikanz könnte ein Unterschätzen der Eltern der Schwierigkeiten ihrer Kinder zu Beginn der Studie sein, weshalb sie auch weniger Veränderung feststellen hätten können. Auch zu wenig sensible Messinstrumente wären eine Erklärungsmöglichkeit für die geringe Aussagekraft der Studie.

Da jedoch immerhin 31% der Kinder zuverlässige Fortschritte machten, kann klientenzentrierte Spieltherapie mit sexuell missbrauchten Kindern eine Behandlungsoption darstellen. Eventuell, so räumen die Autoren ein, bräuchte es aber andere Behandlungsimplicationen und ganzheitlichere Rahmenbedingungen. Denkbar wäre es auch, dass der Einbezug von Eltern und das direkte Adressierte missbrauchsbezogener Themen bessere Fortschritte bringen.

4.5.4 Zusammenfassung der Wirksamkeitsstudien

Lanktree und Briere (1995) führten eine Studie zu Therapieergebnissen zu sexuell missbrauchten Kindern durch, allerdings nutzten sie einen missbrauchsfokussierten Ansatz, weswegen diese Untersuchung, als nicht geeignet für die vorliegende Diplomarbeit erachtet wird. Obwohl der therapeutische Ansatz nicht genauer dargestellt wird, legt der Begriff „missbrauchsfokussiert“ die Vermutung nahe, dass es sich um einen direktiven Ansatz handelt. Dennoch konnten die Autoren ein relevantes Ergebnis feststellen, welches aussagt, dass in Bezug auf Symptomreduktion der Erhalt einer Therapie sich als wirkungsvoller erweist, als das bloße Vergehen der Zeit. Außerdem konnten sie aufgrund einer Wartegruppe feststellen, dass längere Zeiträume zwischen dem Ende des Missbrauchs und dem Beginn einer Therapie die Traumafolgen noch verstärkten. Darüber hinaus dauerte es lange (bis zu einem Jahr und länger) bis sich eine Besserungen der Symptome einstellte, was bedeutet, dass für die Klientel der sexuell missbrauchten Kinder Langzeitbehandlungen eindeutig Kurzzeitinterventionen vorzuziehen sind.

Deblinger, Stauffer und Steer (2001) verglichen die Effektivität von unterstützender und kognitiv-behavioraler Gruppentherapie bei jungen sexuell missbrauchten Kindern. An der Studie nahmen 44 schuldlose Mütter und ihre sexuell missbrauchten Kinder im Alter von zwei bis acht Jahren teil. Mittels Computerprogramm wurden sie zufällig einem der beiden Behandlungsansätze (kognitive Verhaltenstherapiegruppe oder unterstützende Therapiegruppe) zugeteilt. In der Beschreibung der Gruppenformate der Erwachsenen kommt die unterstützende Therapiegruppe zwar an eine klientenzentrierte Ausrichtung heran. Allerdings wirkt die Beschreibung der unterstützenden Kindertherapiegruppe, mit einer didaktischen Herangehens-

weise zur Vermittlung von altersadäquaten Inhalten zu sexuellem Missbrauch und persönlicher Sicherheit, eher wie eine Stunde in der Schule. Sogar das verhaltenstherapeutische Format kommt hier einem spieltherapeutischen Ansatz noch näher. Darüber hinaus halte ich es für problematisch, dass die teilnehmenden Therapeuten zwischen den beiden Therapieansätzen wechseln. Gegen Methodenvielfalt ist grundsätzlich natürlich nichts einzuwenden, jedoch treffen hier zwei völlig verschiedene therapeutische Grundhaltungen aufeinander, was an der Umsetzung personenzentrierter Prinzipien trotz bestimmter Manuale für beide therapeutischen Ausrichtungen (oder gerade deshalb, denn personenzentrierte Therapie kann nicht nach einem Manual konzipiert werden), zweifeln lässt. Darüber hinaus werden keine Angaben über die Ausbildung oder die Orientierung der Therapeuten gemacht, was, nachdem die Studienleiter eher dem kognitiv-behavioralem Ansatz verbunden sind, die Vermutung nahe legt, dass auch die Therapeuten einer solchen Grundorientierung entstammen. Selbstverständlich stellt die Studie nicht den Anspruch explizit personenzentrierte Prinzipien zu verwirklichen. Da aber in der Fachliteratur unter unterstützenden Therapien häufig auch klientenzentrierte Ausrichtungen zu finden sind, war eine Inaugenscheinnahme dieser Studie für die vorliegende Arbeit angezeigt, jedoch blieb die Aufnahme ihrer Ergebnisse aus genannten Gründen irrelevant.

Insgesamt konnten Tsai und Ray (2011) für Spieltherapie eine mittlere Effektstärke feststellen. Reyes und Asbrand (2005) konnten nach neun Monaten Spieltherapie mit sexuell missbrauchten Kindern signifikante Besserungen in den Bereichen Ängstlichkeit, Depressivität, PTBS und sexueller Distress feststellen. Nachdem sie alle drei Monate Messungen durchführten konnten Reyes und Asbrand (2005) außerdem nachweisen, dass Symptome nach längerer Zeit in Therapie stärker abnehmen. Scott et al. (2003) konnten mit nur sieben bis 13 Therapiestunden kaum Signifikanz für spieltherapeutische Effekte feststellen. Dies führten sie auf den kurzen Zeitraum der Therapie zurück ebenso wie auf die kleine Stichprobengröße. Da aber trotzdem 31% ihrer Probanden gute Fortschritte machten, halten die Autoren Spieltherapie für einen möglichen Ansatz um mit sexuell missbrauchten Kindern zu arbeiten. Insgesamt stellt ein personenzentrierter spieltherapeutischer Ansatz den untersuchten Studien zufolge, eine mögliche Interventionsform für kindliche Sexualtraumata dar. Weitere Untersuchungen im Längsschnittdesign könnten die bereits vorhandenen Teilerfolge noch verstärken.

Tabelle 6: Übersicht der Studien zur Wirksamkeit

Studie	Untersuchungsgegenstand	Stichprobe	Kontrollgruppe
Reyes & Asbrand (2005)	Effektivität von Spieltherapie auf Spielverhalten und Traumasymptome sexuell missbrauchter Kinder	Anzahl: 15 Therapeuten; 18 Kinder Alter: 27-54 Therapeuten, 7,3-16,6 Ethnizität: k.A. Therapeuten, 50% Latino, 39% Kaukasier, 11% Asia-Amerikaner Kinder Geschlecht: 2 Männer; 13 Frauen Therapeuten; 5 Buben, 13 Mädchen Kinder	nein
Scott, Starling, Burlingame, Porter & Lilly (2003)	Behandlungsergebnisse individueller Klientenzentrierter Spieltherapie mit Sexuell missbrauchten Kindern	Anzahl: 26 Alter: 3-9 Ethnizität: 25 Kaukasier, 1 Native American Geschlecht: 19 Mädchen, 7 Buben	nein
Tsai & Ray (2011)	Ergebnisvorhersage von Spieltherapie	Anzahl: 82 Alter: 3-10 Ethnizität: 70% Weiße, Geschlecht: 58, 5% Buben, 41,5% Mädchen	nein
Deblinger, Stauffer & Steer (2001)	Vergleich der Effektivität zwischen Kogn.-Behavioraler und Unterstützender Gruppentherapie und schuldlosen Eltern sexuell Missbrauchter Kinder	Anzahl: 54 Alter: 2-8 Ethnizität: k.A. Geschlecht: k.A.	ja
Lanktree & Briere (1995)	Behandlungsergebnisse mit sexuell missbrauchten Kindern	Anzahl: 105 Alter: 8-15 Ethnizität: 42,9% Kaukasier 31,4% Hispanoamerikaner Geschlecht: 84,8% weibl.	ja

4.6 Implikationen für Spieltherapeuten sexuell missbrauchter Kinder

Goetze (2002) betont, dass Therapie mit sexuell missbrauchten Kindern eine große Herausforderung für die Therapeutenperson darstellt. Daher hält er Supervision für unbedingt notwendig um nicht die therapeutische Funktionsfähigkeit zu verlieren. Auch Landolt und Hensel (2008) sind der Ansicht, dass Psychohygiene für Traumatherapeuten, neben besonderer Kompetenz und Belastbarkeit, wesentliche Voraussetzungen für diese Arbeit darstellen. Die Gefahr einer sekundären Traumatisierung sei ohne reflektierte Haltung in Bezug auf die eigenen ausgelösten Gefühle ansonsten groß, so die Autoren.

Stellvertretende Traumatisierung bedeutet nach Biard und Kracen (2006) eine schmerzvolle Veränderung der Selbst- und Weltansicht von professionellen Kräften, welche aus der Konfrontation mit dem traumatischen Material anderer Personen resultiert. Eine solche Veränderung kognitiver Schemata ist mit Störungen in den Bereichen Sicherheit, Vertrauen, Achtung, Intimität und Kontrolle assoziiert. Sekundärer traumatischer Stress, ist eine Störung mit ähnli-

chen Symptomen wie bei der PTBS (Erschöpfung, Hypervigilanz, Vermeidungsverhalten, Abgestumpftheit), mit dem Unterschied, dass die Person welche an sekundärem traumatischem Stress leidet, nicht selbst traumatische Erfahrungen gemacht hat, sondern jenen Menschen mit solcherlei Erfahrungen hilft und daher sekundär traumatisiert wird. Im Gegensatz zur stellvertretenden Traumatisierung sind hier nicht nur kognitive Aspekte betroffen, sondern die Auswirkungen beziehen sich auf ein breites Spektrum an Erlebnisinhalten und stellen ein Syndrom wie die PTBS dar.

Weinberg (2010) rät Therapeuten, welche mit komplex traumatisierten Kindern arbeiten, davon ab, sich ausschließlich mit solch schweren Fällen zu befassen. Sie hält ein einigermaßen ausgewogenes Gleichgewicht verschiedener Behandlungsgruppen für notwendig um nicht an der schweren Arbeit mit traumatisierten Kindern zu verzweifeln. Unbedingt sollten Therapeuten welche sich von Berufswegen her mit den grausamsten Fällen belasten, sich selbst gut kennen und wissen was ihnen gut tut. Gezieltes Entspannen und Abschalten kann verhindern, dass es über kurz oder lang zu stellvertretender oder Sekundärtraumatisierung kommt. Weinberg (2010) weist weiter darauf hin, dass auch Therapeuten im Laufe ihres Lebens traumatischen Ereignissen oder Erfahrungen ausgesetzt gewesen sein könnten. Hier ist es ihr zufolge, von größter Bedeutung ob das Trauma in das Selbstkonzept integriert werden konnte. Ist dies nicht der Fall, so warnt sie, sollte lieber von der therapeutischen Arbeit mit dieser Zielgruppe abgesehen werden. Hier bestehe nicht nur die Gefahr zu einem hilflosen Helfer zu werden, sondern auch das Risiko der eigenen Retraumatisierung.

5 Resümee

Das Kindheitstrauma des sexuellen Missbrauchs kann abhängig von verschiedenen Faktoren mehr oder weniger schwere Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und das spätere Leben eines Missbrauchsoپfers haben. Diese Auswirkungen reichen von akuten und kurzzeitigen Unterbrechungen des natürlichen Entwicklungsverlaufs, über schwere traumainduzierte Störungen bis hin zu massiven Persönlichkeitsveränderungen. All diese Traumafolgen haben den Nutzen, den Organismus am Leben zu erhalten indem sie die bestmöglichen Bewältigungsstrategien darstellen, die dem Individuum zur Verfügung stehen. Da es individuell große Unterschiede in Missbrauchs-, Umfeld- und Kindcharakteristika gibt, weisen auch die Traumafolgen nach sexuellem Kindesmissbrauch eine große Bandbreite unterschiedlicher Symptome auf. Hieraus wird ersichtlich, dass Therapie in einem Bereich wie diesem, individuell auf das jeweilige Kind und auf dessen Kontext abgestimmt sein muss. Spieltherapie nach dem personenzentrierten Prinzip erweist sich daher als besonders induziert, da hier nicht nach klientenfernen, vorgefertigten Manualen gearbeitet, sondern direkt am Individuum angesetzt wird. Spiel als Sprache des Kindes, ist darüber hinaus seine elementarste Ausdrucksmöglichkeit. Die Therapeutenperson als ein erwachsenes Gegenüber, welches die Sprache des Kindes zu verstehen weiß, kann für Kinderopfer von sexuellem Missbrauch, jenes Maß an Sicherheit wiederherstellen, das notwendig ist um auf Spielebene die traumatischen Erfahrungen auszudrücken. Hierin liegt der heilsame Weg der personenzentrierten Spieltherapie. Können schreckliche Erfahrungen Ausdruck finden, sich verzerrte Beziehungsschemata durch die therapeutische Beziehung zum Positiven verändern und dürfen aggressive oder regressive Bedürfnisse ausgelebt werden, ohne die Wertschätzung des Gegenübers zu verlieren, dann kann das Kind frei werden für ein Voranschreiten in seiner natürlichen Entwicklung. Es lernt sich selbst trotz all seiner widrigen Erfahrungen zu akzeptieren und sein ehemals brüchiges Selbstkonzept kann allmählich gesunden und dem Kind zu einem gelingenden Leben verhelfen. Späteren massiven Störungen oder Schwierigkeiten im Erwachsenenalter kann dadurch im besten Fall vorgebeugt werden. Therapie, welche sich ein gesundes und starkes Selbstkonzept zum Ziel macht, ist immer auch gleichzeitig Prävention. Gerade im Kontext sexueller Misshandlungen ist die Gefahr groß, dass Kinderopfer später selbst zu Tätern werden. Ein frühzeitiges Interventions ist daher von allergrößter Dringlichkeit, nicht nur aus Gründen des Kinderschutzes, sondern auch zum Schutz der gesamten Gesellschaft, im Sinne eines präventiven Eingreifens, bevor Folgen sich kumulieren und aus ehemaligen Missbrauchsoپfern selbst Kriminelle werden.

Für Kindertherapeuten bedeutet dies freilich eine große Verantwortung. Sie stehen vor der Herausforderung schwerst geschädigte Kinder zu heilen indem sie deren Selbstaktualisierungstendenz aktivieren. Dass dies keine leichte Aufgabe darstellt und vor allem viel Zeit und Geduld in Anspruch nimmt, liegt auf der Hand. Eine Therapeutenperson, welche mit komplex traumatisierten Kindern arbeitet, muss über ein gutes Gespür nicht nur für das einzelne Kind, sondern auch für sich selbst, verfügen. Während sie sich auf einer Metaebene ständig selbst beobachten sollte, muss sie für das Kind äußerst präsent bleiben. Das bedeutet auch, zwischen den eigenen Gefühlen und jenen des Kindes unterscheiden zu können, sie auszuhalten und adäquaten Umgang damit vorzuleben um dem Kind ein Modell für Affektregulation und Abgrenzung zu bieten. Gleichzeitig muss die Therapeutenperson sich selbst genauso achten wie sie das Kind achtet, da sie ansonsten nicht mehr therapeutisch funktionstüchtig bleiben kann. Im Allgemeinen ist der große Unterschied in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Kindern darin zu sehen, dass aufgrund der traumaspezifischen Bewältigungsbemühungen des Kindes, hin und wieder prozessaktivierende, direktive Impulse seitens der Therapeutenperson zwingend notwendig sind, um das Kind vor einer Retraumatisierung zu bewahren.

Die in dieser Arbeit vorgestellten Konzepte zu einer personenzentrierten Vorgehensweise mit sexuell traumatisierten Kindern sind nicht empirisch abgesichert. Es gibt allerdings, wenn auch nur äußerst wenige, Studien zu klientenzentrierter Spieltherapie mit sexuell missbrauchten Kindern, welche gemischte bis positive Effekte zeigten. Signifikanz konnte nur bei einer längeren Dauer der Therapie (neun Monate) erreicht werden. Dies deckt sich jedoch mit den Erfahrungen der Fachpersonen, aufgrund welcher die vorgestellten Konzepte konzipiert wurden. Keines dieser Konzepte gibt eine zeitliche Begrenzung der Therapie vor, sondern eine Ausrichtung am individuellen Tempo eines jeden Kindes im Therapieprozess wird als Leitgedanke vorausgesetzt. Auch ein Bewusstsein für die kontextabhängigen Faktoren im Leben des Kindes, wird in den vorgestellten Ansätzen als wichtige Perspektive betrachtet. Der Einbezug von Eltern wird hier in Form von Elterngesprächen realisiert. Darüber hinaus ist, sofern Trennungsgängste bestehen, die Begleitung des Kindes in das Therapiezimmer und die Anwesenheit der Eltern in den ersten Stunden, gängig. Eine Studie zu Filialtherapie mit sexuell missbrauchten Kindern, konnte zwar positive Effekte bei den Eltern nachweisen, jedoch nur ansatzweise Besserung bei den Kindern. Ob dies lediglich auf die kurze Zeitspanne in welcher mit den Kindern gearbeitet wurde zurückzuführen ist, bleibt offen. Da Filialtherapie gewinnbringend die Bedürfnisse und die Kompetenzen von Eltern adressiert, und im Sinne der Umfeldcharakteristika unterstützende und nicht sekundärer traumatisierte Bezugspersonen einen entscheidenden Schutzfaktor für sexuell missbrauchte Kinder darstellen, ist zu vermuten, dass

bei längerer Dauer auch die Effekte auf das Kind ansteigen dürften. Jedoch bleibt hier zu klären wie mit der Gefahr der Retraumatisierung umgegangen werden soll. Hier müsste das Filialtraining traumaspezifische Elemente im Sinne der prozessaktivierenden Interventionen, enthalten. Auch wenn Eltern gelernt haben mit dem Trauma des Kindes umzugehen, ist es fraglich, ob sie einer solchen Herausforderung ohne langjährige therapeutische Ausbildung gewachsen wären. Ähnlich wie der spieltherapeutische Ansatz mit traumatisierten Kindern ein Stück weit der Modifikation bedarf, könnte dies auch für das Filialtraining gelten. Ließe man nämlich die Therapie des Kindes in professioneller Hand und arbeitete trotzdem im Modus des Filialtrainings mit den Bezugspersonen zur Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung, so könnte ein viel versprechendes und fruchtbares Therapiesetting geschaffen werden, welches alle verfügbaren Ressourcen für das Kind bereitstellt.

6 Literaturverzeichnis

- Allan, J. A. B., Cockle, S. M. (1996): Nigredo and albedo: From darkness to light in the play therapy of a sexually abused girl. *International Journal of Play Therapy*, 5 (1), 31- 44.
- Amand, A. St., Bard, D. E. & Silovsky, J. F. (2008): Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13 (2), 145-166.
- Assay, T. P., & Lambert, M. J. (1999): The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ater, M. K. (2001): Play therapy behaviors of sexually abused children. *Innovations in Play Therapy* (119-129). New York: Brunner-Routledge.
- Axline, V. (1980): *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Baird, K. & Kracen, A. C. (2006): Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19 (2), 181-188.
- Bartlett-Simpson, B. et al.(1993): The use of anatomical dolls to assess child sexual abuse: A critical review. *International Journal of Play Therapy*, 2 (2), 35-51.
- Berking, M., Egengolf, Y. & Grawe, K. (2006): Neurologische Hintergründe und “neurotherapeutische” Implikationen bei Posttraumatischen Belastungsstörungen. In M. Zobel (Hrsg.), *Traumatherapie – Eine Einführung* (20-29). Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005): The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (4), 376-390.
- Brisch, K. H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2003): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2003): Bindungsstörungen und Trauma. In Brisch, K. H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2003): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. (S. 105-135). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986): Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 66-77.
- Celano, M., Hazzard, A., Campbell, S. K. & Lang, C. B. (2002): Attribution retraining with sexually abused children: A review of techniques. *Child Maltreatment*, 7 (1), 64-75.

- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., Lyon, T. D., Page, I. J., Prescott, D. S., Silovsky, J. F. & Madden, C. (2008): Report of the ATSA task force on children with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 13 (2), 199-218.
- Corcoran, J. & Pillai, V. (2008): A meta-analysis of parent-involved treatment for child sexual abuse. *Research on Social Work Practice*, 18 (5), 453-464.
- Costas, M. & Landreth, G. (1999): Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 8 (1), 43-66.
- Courtois, C. A. (2008): Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5 (1), 86-100.
- Cockle, S. M. & Allan, J. A. B. (1996): Nigredo and albedo: From darkness to light in the play therapy of a sexually abused girl. *International Journal of Play Therapy*, 5 (1), 31-44.
- Crenshaw, D.A. & Hardy, K.V. (2007): The crucial role of empathy in breaking the silence of traumatized children in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 16 (2), 160-175.
- Dallam, S. J., Cepeda-Benito, A., Kraemer, H. C., Gleaves, D. H., Silberg, J. L. & Spiegel, D. (2001): The effects of child sexual abuse: Comment on Rind, Tromovitch, and Bauserman (1998). *Psychological Bulletin*, 127 (6), 715-733.
- Deblinger, E., Stauffer, L. B. & Steer, R. A. (2001): Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6 (4), 332-343.
- Denov, M. S. (2004): The long-term effects of child sexual abuse by female perpetrators: A qualitative study of male and female victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (10), 1137-1156.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2010): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber.
- Faust, J., Katchen, L. B. (2004): Treatment of Children with Complicated Posttraumatic Stress Reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 41(4): 426-437.
- Filipas, H. H. & Ullman, S. E. (2006): Child sexual abuse, coping responses, self-blame, post-traumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (5), 652-672.

-
- Findling, J. H., Bratton, S. C. & Henson, R. K. (2006): Development of the trauma play scale: An observation-based assessment of the impact of trauma on the play therapy behavior of young children. *International Journal of Play Therapy*, 15 (1), 7-36.
- Finkeldei, S. (2006): Angehörige traumatisierter Personen. In Zobel, M. (Hrsg) (2006): *Traumatherapie-Eine Einführung*. (S. 141-157). Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985): The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 530-541.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fitzgerald, M. et al. (2008): Child sexual abuse, early family risk, and childhood parentification: Pathways to current psychosocial adjustment. *Journal of Family Psychology*, 22 (2), 320- 324.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2009): *Resilienz*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gaensbauer, T. J. (1994): Therapeutic work with a traumatized toddler. *Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 412-433.
- Gaensbauer, T. J. (1995): Trauma in the preverbal period: Symptoms, memories, and developmental impact. *Psychoanalytic Study of the Child*, 50, 122-149.
- Gaensbauer, T. J. (2002): Representations of trauma in infancy: Clinical and theoretical implications for the understanding of early memory. *Infant Mental Health Journal*, 23, 259-277.
- Gil, E. (1993): *Die heilende Kraft des Spiels. Spieltherapie mit mißbrauchten Kindern*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Goetze, H. (2002): *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Green, E. J., Crenshaw, D. A. & Kolos, A. C. (2010): Counseling children with preverbal trauma. *International Journal of Play Therapy*, 19 (2), 95-105.
- Guerney, L. (2001): Child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10 (2), 13-31.
- Hantke, L. (2006): Vom Umgang mit Dissoziationen und Körpererinnerungen. In M. Zobel (Hrsg.), *Traumatherapie – Eine Einführung* (112-134). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I. & Tourigny, M. (2006): A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 11 (3), 203-216.
- Herman, J. (1992): Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.

- Herman, J. & Levenson, R. L. (1991): The use of role playing as a technique in the psychotherapy of children. *Psychotherapy*, 28 (4), 660- 666.
- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M. & Montgomery, B. S. (2007): A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141.
- Hill, A. (2005): Patterns of non-offending parental involvement in therapy with sexually abused children. *Journal of Social Work*, 5 (3), 339- 358.
- Hill, A. (2009): Factors of Influencing the Degree and Pattern of Parental Involvement in Play Therapy for Sexually Abused Children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18, 455-474.
- Hofmann, A. & Besser, L.-U. (2003): Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. In Brisch, K.-H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2003): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. (S. 172-202). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Homeyer, L. E. (2001): Identifying sexually abused children in play therapy. In *Innovations in Play Therapy* (131-154). New York: Brunner-Routledge.
- Homeyer, L. E. & Landreth, G. L. (1998): Play therapy behaviors of sexually abused children. *International Journal of Play Therapy*, 7 (1), 49-71.
- Hutterer, R. (2011): Narrative Reviews – Zweck und methodische Vorgangsweise. Unveröffentlichtes Paper. Institut für Bildungswissenschaften, Univ. Wien.
- Hüsson, D. (2009): Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche. Differentielles Vorgehen in der Personzentrierten Psychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (243-264). Göttingen: Hogrefe.
- Lalor, K. & McElvaney, R. (2010): Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence & Abuse*, 11 (4), 159-177.
- Lamprecht, F. (Hrsg.) (2007): *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Landolt, M. A. & Hensel, T. (Hrsg.) (2008): *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Landreth, G. (2002): *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Lanktree, C. B. & Briere, J. (1995): Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. *Child Abuse & Neglect*, 19 (9), 1145-1155.

-
- LeBlanc, M. & Ritchie, M. (2001): A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly*, 14 (2), 149-163.
- Levenson, R. L. & Herman, J. (1991): The use of role play as a technique in the psychotherapy of children. *Psychotherapy*, 28 (4), 660-666.
- Lilienfeld, S. O. (2002): When works collide. Social Science, politics, and the Rind et al. (1998) child sexual abuse meta-analysis. *American Psychologist*, 57 (3), 176-188.
- Mannarino, A. P & Cohen, J. A. (2001): Treating sexually abused children and their families. Identifying and avoiding professional role conflicts. *Trauma, Violence & Abuse*, 2 (4), 331-342.
- Markese, S. (2007): Taping together broken bones: Treatment of the trauma of infant physical and sexual abuse. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 6 (4), 309-326.
- Mogel, H. (2006): Spiel–ein fundamentals Lebenssystem des Kindes. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, F. Kemper, T. Hensel & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1 (179-191). Göttingen: Hogrefe.
- Moggi, F.; Hirsbrunner, H.-P. (1999): Sexuelle Kindesmisshandlung: Kognitive Bewertung, Emotion und Bewältigung in sozialen Stresssituationen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28 (2), 105-111.
- Myers, C. E., Bratton, S. C., Hagen, C. & Findling, J. H. (2011): Development of the trauma play scale: Comparison of children manifesting a history of interpersonal trauma with a normative sample. *International Journal of Play Therapy*, 20 (2), 66-78.
- Nemeroff, C. B. et al. (2009): Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-sience review. *Focus*, 7 (2), 254- 273.
- O`Sullivan, L., Ryan, V. (2009): Therapeutic limits from an attachment perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14 (2), 215-253.
- Purtscher, K. (2008): Traumatisierung in der Kindheit – Folgen für die Entwicklung. *Psychiatria Danubina*, 20 (4), 513-520.
- Ray, D. (2009): *Child centered play therapy treatment manual*. Royal Oak, MI: Self Esteem Shop.
- Reese-Weber, M. & Smith, D. M. (2011): Outcomes of child sexual abuse as predictors of later sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 26 (9), 1884-1905.

- Reyes, C. J. & Asbrand, J. P. (2005): A longitudinal study assessing trauma symptoms in sexually abused children engaged in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 14 (2), 25-47.
- Riedel, K. (1997): Personenzentrierte Spieltherapie bei sexueller Misshandlung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, F. Kemper, T. Hensel & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 2 (159-180). Göttingen: Hogrefe.
- Riedesser, P. (2003): Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In Brisch, K.-H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2003): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. (S. 160-171). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rind, B., Tromovitch, P. & Bauserman, R. (1998): A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using collage samples. *Psychological Bulletin*, 124 (1), 22-53.
- Rogers, C. R. (2005): *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 17. Auflage.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L. & Cohen, J. A. (2002): Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55 (9), 1040-1049.
- Schmidtchen, S. (1996): Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, F. Kemper, T. Hensel & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1 (99-139). Göttingen: Hogrefe.
- Scott, T. A., Starling, M., Burlingame, G., Porter, C. & Lilly, J. P. (2003): Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *International Journal of Play Therapy*, 12 (1), 7-30.
- Seligmann, M. E.P. (1975): *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Spaccarelli, S. (1994): Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116 (2), 340-362.
- Steil, R. & Straube, R. E. (2002): Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (1), 1-13.
- Streeck-Fischer, A. (2007): Probleme in der Diagnostik und Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher. In Lamprecht, F. (Hrsg.) (2007): *Wohin entwickelt sich die*

- Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven. (S. 52-70). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Terr, L. C. (2003): Childhood traumas: An outline and overview. *Focus. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 1 (3), 322-333.
- Tolin, D. F. & Foa, E. B. (2006): Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative Review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 959-992.
- Tsai, M.-H. & Ray, D. C. (2011): Play therapy outcome prediction. An exploratory study at a university-based clinic. *International Journal of Play Therapy*, 20 (2), 94-108.
- Valle, L. A. & Silovsky, J. F. (2002): Attributions and adjustment following child sexual and physical abuse. *Child Maltreatment*, 7 (1), 9-24.
- Van de Putte, S. J. (1995): A paradigm for working with child survivors of sexual abuse who exhibit sexualized behaviors during play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 4 (1), 27-49.
- Walkobinger, C. (2000): Der Therapieprozess in der Personenzentrierten Kindertherapie. *Person*, 1, 52-62.
- Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Weinberg, D. (2010): Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern. Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, D. & Hensel, T. (2008): Traumazentrierte Spieltherapie. In Landolt, M. A. & Hensel, T. (Hrsg.) (2008): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. (S. 111-134) Göttingen: Hogrefe.
- White, J. & Allers, C. T. (1994): Play therapy with abused children: A review of the literature. *Journal of Counseling and Development*, 72 (4), 390-401.
- Wittmann, A. J. (2006): Personenzentrierte Spieltherapie nach sexuellem Missbrauch: Eine Kasuistik zur Verdeutlichung zentraler Spiel- und Symbolisierungsprozesse. *Person*, 11 (2), 142-150.
- Zobel, M. (Hrsg) (2006): Traumatherapie-Eine Einführung. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Erhebungsinstrumente

- Abidin, R. (1983): Parenting Stress Index. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T. M. (1991): Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TFR profiles. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

- Achenbach, T. M. & Recorola, L. (2000): Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M. & Recorola, L. (2001): Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Banyard, V. L., Arnold, S. & Smith, J. (2000): Childhood sexual abuse and dating experiences of undergraduate women. *Child Maltreatment*, 5 (1), 39-48.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. (1998): Self-report measures of adult romantic attachment. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (p. 46-76). New York: Guilford.
- Briere, J. (1996): *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment, Resources.
- Causey, D. L. & Dubow, E. F. (1992): Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 47-59.
- Chaffin, A. & Wherry, J. (1993): *Abuse Behavior Checklist*. Unpublished manuscript. University of Arkansas for Medical Sciences, Department of Pediatrics.
- Finkelhor, D. (1979): *Sexually victimized children*. Jefferson, NC: McFarland.
- Foa, E. B. (1995): *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Gillis, J. S. (1980): *Child Anxiety Scale*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Harter, S. (1985a): *Manual for the Perceived Competence Scale for Children*. Denver, CO: University of Denver Press.
- Harter, S. (1985b): *Manual for the Social Support Scale for Children*. Denver, CO: University of Denver Press.
- Holahan, C. J. & Moos, R. H. (1981): *Family Relationship Index (FRI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Joseph, J. (1979): *Joseph Preschool and Primary Selfconcept Screening Test: Instruction Manual*. Chicago: Stoelting.
- Koss, M. P. & Gidycz, C. A. (1985): The sexual experience survey: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 442-443.

-
- Koss, M. P. & Oros, C. J. (1982): Sexual experiences survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimisation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 455-457.
- Moggi, F. (1996): Merkmalsmuster sexueller Kindesmißhandlung und Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 296-303.
- Nagerli, J. A., McNeish, T. J. & Bardos, A. N. (1991): Draw A Person: Screening for Emotional Disturbance. Austin, TX: PRO-ED
- Porter, B. (1954): Measurement of parental acceptance of children. *Journal of Home Economics*, 46 (3), 176-182.
- Rosenberg, M. (1965): Society and adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, H. (1995): Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), *Measures in healthy psychology: A user's profile. Causal and control beliefs* (p. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Scott, T. A. & Porter, C. (1995): Social/environmental update. Unpublished manuscript, Brigham Young University, Utah.
- Scott, T. A., Starling, M., Anderson, E. & Porter, C. (1996): Client-Centered Play Therapy Rating Scale. Unpublished manuscript, Brigham Young University, Utah.
- Sweetland, R. C. & Keyser, D. J. (1986): *Tests: A comprehensive reference for assessments in psychology, education, and business*. Kansas City: Test Corporation of America.
- Ullman, S. E. (1996): Social reaction, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 505-526.
- Ullman, S. E. (1997): Attributions, world assumptions, and recovery from sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6 (1), 1-19.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Kerstin Nossek
Geburtsdatum	24.11.1984
Geburtsort	Wien
Staatsbürgerschaft	Österreich
Familienstand	ledig

Schulbildung

1991 – 1995	VS: Wien 16, Julius-Meisl Gasse
1995 – 1999	AHS: Wien 17, Parhamerplatz
1999 – 2004	BAKIP: Wien 7, Kenyongasse

Studium

Seit 2004	Bildungswissenschaften: Universität Wien
Schwerpunkte	Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie, Sozialpädagogik, Heilpädagogik und Integrative Pädagogik
2009 – 2010	Praktikum: e.motion

Berufstätigkeit

2004 – 2007	Kindergartenpädagogin (geringfügig) Wiener Jugendfreunde
Seit 2007	Kindergartenpädagogin (Teilzeit) Kinder in Wien

Sonstiges

2000 – 2006	Jungscharleiterin: Wien 17, Marienpfarre
2004 – 2006	Hauptverantwortliche Jungschar: Wien 17, Marienpfarre
Mai 2006 – August 2006	Au pair: Kanada, Montreal
Seit 2010	Psychotherapeutisches Propädeutikum: APG