

Heidi Zorzi

# Psychotherapie mit komplex traumatisierten Jugendlichen

Ein Integrativer Ansatz für die Praxis



Mit  
Arbeitsmaterialien  
zum Download





## **Zu diesem Buch**

Schwer und komplex traumatisierte Jugendliche zu behandeln, gilt zu Recht als große therapeutische Herausforderung. Das Buch gibt allen, die diese Patientengruppe betreuen, einen vielschichtigen und auf großem Erfahrungswissen basierenden integrativen Therapieansatz an die Hände. Die Autorin zeigt, worauf zu achten ist, um hilfreiche Veränderungsprozesse im sozialen Verhalten, der emotionalen Befindlichkeit und der Persönlichkeitsmuster einleiten zu können. Zu diesem Zweck werden die Wirkmechanismen der typischen Symptomatiken entwicklungspsychologisch und neurowissenschaftlich erklärt. An zahlreichen Fallbeispielen und Übungen macht sie deutlich, wie betroffene Jugendliche wieder fühlen lernen, wie Körpererinnerungen zugänglich werden und emotionaler Stress beherrschbar wird.

Die Reihe »Leben Lernen« stellt auf wissenschaftlicher Grundlage Ansätze und Erfahrungen moderner Psychotherapien und Beratungsformen vor; sie wendet sich an die Fachleute aus den helfenden Berufen, an psychologisch Interessierte und an alle nach Lösung ihrer Probleme Suchenden.

Alle Bücher aus der Reihe »Leben Lernen« finden Sie unter:  
[www.klett-cotta.de/lebenlernen](http://www.klett-cotta.de/lebenlernen)

Heidi Zorzi

# **Psychotherapie mit komplex traumatisierten Jugendlichen**

**Ein Integrativer Ansatz für die Praxis**

Klett-Cotta

## Leben Lernen 306



Die digitalen Zusatzmaterialien zu den Kapiteln 7.7 und 10.6 haben wir zum Download auf [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de) bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM89239**  
So gelangen Sie zur Download-Seite, auf der Sie die Materialien herunterladen können.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © Joshua Fuller on Unsplash

Abbildungen 4–11: Leonie Zorzi

Datenkonvertierung: Kösel Media GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-89239-0

E-Book: ISBN 978-3-608-11541-3

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20404-9

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Inhalt

<b>Vorwort</b> (Dorothea Weinberg) .....	9
<b>Prolog</b> .....	10
<b>1 »Du mit deiner Labor-Therapie!«</b> .....	15
Erste Grenz-Begegnungen mit komplex traumatisierten Jugendlichen	
<b>2 Was hat man dir, du armes Kind, getan?</b> .....	23
Am Anfang war Beziehung	
2.1 Auf Beziehung angewiesen – auf Gedeih und Verderb .....	24
2.2 Die Bedeutung der Bindungsforschung für die PT mit komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen .....	31
2.3 Die Macht »innerer Arbeitsmodelle« .....	33
2.4 Desorganisation oder Überlebensstrategie? .....	37
2.5 Bindungsstörung als Diagnose .....	38
2.6 »The good, the bad and the ugly« .....	44
2.7 Die Konstruktion von Gefühlen .....	46
2.8 »Now Moments« .....	49
2.9 Frühe Dissoziation .....	51
2.10 Durch den Trauma-Begriffs-Dschungel .....	52
2.11 Traumaassoziierte Diagnose-Kategorien im Entwicklungsverlauf .....	55
2.12 Wie die »Störung« beim Namen nennen? .....	56
2.13 Schlussfolgerungen für die Psychotherapie .....	59
<b>3 Der Körper war immer dabei</b> .....	61
Neurobiologie früher Stressverarbeitung	
3.1 Die frühkindliche Entwicklung des Gehirns .....	61
3.2 Vulnerabilität der neuroaffektiven Entwicklung .....	63
3.3 Die untere Hirnebene und das vegetative Nervensystem .....	66
3.4 Das limbische System .....	68
3.5 Der Neokortex und sein Zusammenspiel mit den unteren Ebenen ..	77
3.6 Anpassungsreaktion auf Stress .....	80
3.7 Prozessverlauf bei Beziehungstraumatisierung .....	82

3.8	Stresstoleranzfenster .....	90
3.9	Bindung und Neurobiologie .....	92
3.10	Psychopathologische Folgen früher Stresseinwirkung .....	98
<b>4</b>	<b>Vom angepassten Kind zum »gestörten« Jugendlichen?</b> .....	<b>101</b>
	Das Bröckeln der Abwehr	
4.1	Entwicklungsaufgaben im Jugendalter .....	102
4.2	Bindung und Bindungsstörung im Jugendalter .....	104
4.3	Folgen und Symptome früher Traumatisierung im Jugendalter .....	107
4.4	Stresskompensatorische Schemata nach früher Traumatisierung ....	109
<b>5</b>	<b>Prinzipien der Behandlung komplex traumatisierter Jugendlicher</b> .....	<b>127</b>
5.1	Therapeutische Grenz-Begegnungen .....	134
5.2	Prinzipien der Behandlung .....	135
5.3	Wo soll es hingehen? .....	154
<b>6</b>	<b>Von der Sehnsucht nach und der Angst vor Nähe</b> .....	<b>157</b>
	In Kontakt kommen mit beziehungs-traumatisierten Jugendlichen: Die ersten Stunden	
6.1	Therapeutenvariablen: implizites Rüstzeug für gute Beziehungsarbeit .....	157
6.2	Vom Wesen heilsamer Begegnung.....	165
6.3	Therapeutische Feinarbeit: »Moving Along through Now Moments« .....	166
6.4	Die Magie der ersten Stunde .....	170
6.5	Schablonen der Vergangenheit: Übertragung und Gegenübertragung .....	174
6.6	Diagnostik: Diagnosen, Selbstdiagnosen, Anamnese .....	177
<b>7</b>	<b>Die Begegnung zweier Nervensysteme</b> .....	<b>191</b>
	Bottom-up-Ansätze bei Komplextraumatisierung: Der Körper war immer dabei	
7.1	Der Therapeut als »interaktiver psychobiologischer Regulator« .....	193
7.2	Blickkontakt und Mimik .....	194
7.3	Stimme und Tonfall.....	196
7.4	Körperhaltungen und -bewegungen .....	197

7.5	Körper und Sinne im Therapieraum .....	199
7.6	Mit »Superhirnen« auf Tauchstation .....	202
7.7	Körper-Gewahrsein (wieder-)herstellen und nutzen .....	204
7.8	Anzeichen von Übererregung erkennen .....	207
7.9	In-Kontakt-Kommen mit dem Vegetativum .....	208
7.10	Körper-Übungen .....	210
7.10.1	Mein Raum .....	210
7.10.2	Meine Grenzen spüren .....	211
7.10.3	Die eigene Haut als Grenze spüren .....	211
7.10.4	Anspannen peripherer Muskeln .....	212
7.10.5	Körper ausschütteln .....	212
7.10.6	Traumaisensibles Yoga .....	213
7.10.7	Embodiment .....	214
7.10.8	Somatic Experiencing (SE) <sup>®</sup> .....	214
7.10.9	Freizeitaktivitäten .....	215
<b>8</b>	<b>»Fühlen lernen«</b> .....	<b>217</b>
	Psychotherapie auf der limbischen Ebene	
8.1	Gibt es negative Gefühle? .....	219
8.2	Emotions-Übungen .....	224
8.2.1	Freuden-Biographie .....	224
8.2.2	Gefühlsbarometer .....	224
8.2.3	Entlastung fühlen .....	224
8.2.4	Gefühlslokalisation .....	225
<b>9</b>	<b>»Ich erkenne, dass du erkennst, dass ich erkenne«</b> .....	<b>226</b>
	Psychotherapie auf der mentalen Ebene	
9.1	Mentalisierungsfähigkeit fördern .....	226
9.2	Übungen zur Förderung der Mentalisierungsfähigkeit bei Jugendlichen .....	233
9.2.1	Geschichten, Lieder und Tagebucheinträge .....	233
9.2.2	Teilearbeit .....	235
9.2.3	Dialog mit dem Symptom .....	237
9.2.4	»Die fünf Säulen der Identität« .....	240

<b>10 Dem Schrecken ins Auge schauen</b> .....	243
Traumatherapie bei Komplextraumatisierung	
10.1 Stabilisierung.....	246
10.2 Sicherheit vor Aktualisierung .....	246
10.3 Psychoedukation .....	249
10.4 Umgang mit Dissoziation in der Therapiestunde .....	252
10.5 Traumatherapie während laufender strafrechtlicher Verfahren .....	256
10.6 Fokussierende Trauma-Verarbeitung.....	257
10.7 Wann eignet sich welche Methode? .....	267
<b>11 Netz-Werken</b> .....	269
Von der Arbeit mit dem Umfeld	
11.1 Traumaassoziierte Systeme .....	275
11.2 Öffentliche Erziehung .....	275
11.3 Heimerziehung .....	277
11.4 Therapeut-Umfeld-Beziehung .....	279
11.5 Hygienestandards für die Therapeutenseele.....	281
<b>Literatur</b> .....	283

# Vorwort

Das vorliegende Buch schließt eine große Lücke, die ich selbst in meiner psychotherapeutischen Methodenentwicklung lassen musste: Die Trauma- und Bindungstherapie mit früh vernachlässigten und/oder misshandelten Jugendlichen. Natürlich arbeite ich auch mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, denen eine solche schreckliche frühe Lebenserfahrung angetan worden ist – aber meistens sind diese schon als Kinder einmal in meiner Behandlung gewesen. Dadurch ergibt sich ein ganz anderer Startpunkt: Sie spüren, was ihnen fehlt, sie wissen oft, was sie wollen, sie haben Vertrauen, sie haben Zuversicht, die Integration ihrer Ego-States ist schon vorangeschritten – und sie können sich konzentrieren. Was will man mehr?!

Völlig unvergleichlich ist es aber, mit früh bindungs- und gewalttraumatisierten Jugendlichen in einen Erstkontakt zu kommen: Sie sind voll tiefem Misstrauen, sie haben kaum irgendeine Zuversicht, ihre Ego-States sind stark dissoziiert, sie spüren kaum, was ihnen fehlt, und wissen üblicherweise nicht, was sie von uns wollen sollten.

Wie kann da eine Psychotherapie überhaupt in Gang kommen?

Wie kann sie trotz all der vielen Unwägbarkeiten sogar helfen?

Heidi Zorzi beschreibt in ihrem wundervollen Buch Wege, die gangbar sind:

Wege sowohl bezüglich der Sichtweisen auf das Gesamtproblem, die einen neuen Blick auf diese oft doch so hoffnungslosen »Fälle« ermöglichen.

Als auch Wege bezüglich der Selbstwahrnehmung und -regulation der/des Therapeut/in im Kontakt.

Und sie beschreibt auch Wege hinsichtlich konkreter Angebote und Unterstützung in der Jugendlichentherapie. Man spürt ihren Sinn für die besonderen Momente in der Therapie, in denen eine echte heilsame Erfahrung möglich wird: Alle Körpersinne und Beziehungsmomente bekommen hier eine entscheidende Bedeutung für das große Projekt der seelischen Heilung.

# Prolog

Seit Jahren häufen sich die Fach- und Ratgeber-Publikationen im Bereich Trauma und Traumatherapie. Beratern, Therapeuten und Pädagogen steht heute eine große Palette von Aus- und Weiterbildungen zu diesem Thema zur Verfügung. Es gibt zahlreiche zertifizierte Curricula zur Qualifizierung als »Traumatherapeut/in«, »Traumapädagog/in« oder »Traumaberater/in«. Auch Betroffene und ihre Angehörigen können aus einem breiten Angebot an Ratgeberliteratur wählen.

So erfreulich diese Entwicklung ist, so suggeriert sie doch auch, dass die psychischen Folgen von Traumatisierungen sehr schnell, einfach und gut behandelbar oder gar heilbar seien, wenn nur die richtigen Methoden und Interventionen angewandt würden. Besonders im Bereich der kognitiv-behavioralen Therapieansätze liegen evidenzbasierte Untersuchungsergebnisse vor, die einen Therapieerfolg nach bestimmten Trauma-fokussierenden Interventionen bestätigen. In der Regel handelt es sich bei den Probanden um von Monotraumatisierung Betroffene bzw. um Opfer klar umgrenzter, erinnerungsfähiger und erzählbarer traumatischer Erlebnisse.

Früh und komplex traumatisierte Patienten aber – ob Kinder, Jugendliche oder Erwachsene – fallen meist durch die engen Auswahlkriterien der Untersuchungssettings, sei es, weil sie sich nicht freiwillig einem solchen unterziehen oder sich überhaupt in Behandlung begeben, die Vor- und Nach-Testungen verweigern oder eben weil sie sich gar nicht erinnern oder in Worte fassen können, was ihnen passiert ist, wobei sie z. T. massive Symptomatiken infolge früher Beziehungs-traumatisierungen zeigen.

Solche Klienten sind – zumindest in der Anfangsphase der Therapie – nur schwer mit standardisierten traumatherapeutischen Interventionen zu erreichen. Was die Schwelle zur Aufnahme einer längerfristigen psychotherapeutischen Behandlung für diese Kinder und Jugendlichen überhaupt passierbar macht, sind in erster Linie der Aufbau und das Angebot einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (Allianz), die ihre bisherigen Lebenswelten mitsamt den darin herrschenden Normen und Werten ernst nimmt, würdigt und ihr Verhalten als ihrer

schwierigen Lebenssituation angemessen akzeptiert – obwohl in aller Regel sehr von den eigenen Lebensanschauungen und Grundwerten der in Helferberufen Tätigen divergiert.

Dieser Beziehungsaufbau muss von Beginn des ersten Kontakts an erfolgen, mehr als Angebot oder Einladung zur persönlichen Weiterentwicklung denn als Interventionsmaßnahme zur schnellen Beseitigung vorliegender Symptome. Voraussetzung dafür ist aufseiten der/s Therapeutin/en vor allem die bedingungslose Bereitschaft, die Innen- und Außenwelten des jeweiligen Klienten kennenzulernen, sie wie ein Gast oder Reisebegleiter interessiert, aufmerksam und wertschätzend mit ihm zu erforschen, um erst dann, auf der Basis dieser – in der therapeutischen Dyade nun geteilten und angemessen gespiegelten – Erfahrungen, zusammen solche Wege aus inneren und äußeren Verstrickungen zu suchen, die für die Betroffenen gangbar und hilfreich sind.

Meine Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit früh traumatisierten Kindern und Jugendlichen hat mir immer wieder gezeigt, dass diese Wege vielfältig und individuell sehr unterschiedlich sind und sein müssen. Je nach den speziellen Bindungs- und Lebenserfahrungen, den individuellen Ressourcen und den spezifischen Verletzungen ergeben sich z.T. völlig unterschiedliche Therapieverläufe, die sich in kein standardisiertes Manual übersetzen bzw. generalisieren lassen. Therapeut und Klient kreieren gewissermaßen in jedem Behandlungsverlauf eine individuell zugeschnittene Fassung der evidenzbasierten Psychotherapie, die der Therapeut in seiner Ausbildung gelernt hat.

In der Geschichte vom »verrückten Königssohn« wird ein solcher Beziehungsaufbau wunderbar beschrieben:

*Der junge Prinz, einziger Sohn eines alternden Königs und seines Zeichens Thronfolger, hatte sich im Laufe der Jahre – zum Entsetzen seiner Familie – immer mehr zurückgezogen, saß schließlich nackt unter einem Tisch und pickte dort Körner ... als wäre er ein Huhn. Der verzweifelte König holte alle Ärzte und Medizinmänner des Landes zusammen und beauftragte sie, alles in ihren Möglichkeiten Liegende zu tun, um seinen Sohn von seinem »Verrücktsein« zu heilen. Die Fachleute untersuchten den jungen Mann (so gut das unter dem Tisch ging), diagnostizierten, stritten sich über die richtige Behandlungsmethode und wandten ihre Interventionen an – aber der Königssohn blieb weiter unter seinem Tisch hocken und pickte seine Körner.*

*Als der König alle Hoffnung auf Heilung seines Sohnes schon aufzugeben schien, meldete sich ein unscheinbares, altes Männlein zu Wort: »Euer Gnaden, dürfte ich auch einmal mein Glück versuchen?« Es wartete die Antwort des Königs gar nicht*

*ab, sondern zog sich nackt aus, kroch unter den Tisch zum Königssohn und begann dort, zusammen mit diesem Körner zu picken.*

*Der Königssohn stutzte, sah das Männlein an und fragte es: »Wer bist du und was machst du hier?« Das Männlein antwortete: »Ich bin neugierig und möchte gerne wissen, wie es ist, hier unter deinem Tisch diese Körner zu picken. Wenn dich das nicht stört, würde ich gerne ein bisschen hier mit dir sitzen und erfahren, wie es sich anfühlt, so zu leben.«*

*Der Königssohn nickte, und die beiden pickten und tauschten sich über Geschmack und Konsistenz der Körner aus. Nach einer Zeit sprach das Männlein: »Ich hab jetzt verstanden, warum du die Körner pickst, sie sind recht schmackhaft und reichlich vorhanden. Auf die Dauer der Zeit aber wird der Geschmack eintönig.« Und er erzählte dem Königssohn von der Süße der Früchte, der Würze der Kräuter und lud ihn ein, die verschiedenen Geschmäcker mit ihm zu teilen. Sie kosteten zusammen etliche Speisen, die die Diener unter den Tisch schoben, entdeckten ihre unterschiedlichen Vorlieben und besprachen interessante neue Rezepte.*

*Nach einer Zeit meinte das Männlein: »Ab und zu friere ich ein bisschen hier unter dem Tisch. Es wird dich wohl nicht stören, wenn mir die Diener eine warme Jacke hereinschieben?« Der Königssohn sah zu, wie sich das Männlein genüsslich die warme Jacke anzog, befühlte sie und nahm den Vorschlag des Alten an, eine weitere Jacke bringen zu lassen.*

*Satt und in warme Jacken gehüllt, plauderten die beiden weiter, und das Männlein erzählte davon, wie sich andere Stoffe auf der Haut anfühlten, und der Wind, die Sonne, das Wasser ... Und es sagte: »Wir beide haben es hier unter dem Tisch jetzt wirklich kuschlig, warm und sicher ... Auf die Dauer der Zeit aber wird's hier auch reichlich eng.« Es erzählte dem Königssohn vom Sich-Strecken, vom Hüpfen, vom Laufen am Strand ... bis dieser Lust zu verspüren begann, das alles selbst zu erleben, und sich schließlich – erst langsam und geschützt, an der Seite des Männleins – herauswagte unter seinem Tisch und die Welt neu erkundete<sup>1</sup>.*

Mitunter ist selbst ein so höfliches und wertschätzendes »Eindringen« in den durch dicke Mauern geschützten persönlichen Raum des Jugendlichen zunächst nicht möglich, weil dieser sich, wenn auch einsam, nur in seinem Schutzpanzer sicher fühlt. Noch fehlt das Vertrauen in uns als »professionell Helfende«, noch konnte er nicht genügend heilsame Bindungserfahrungen machen, um ihn einen

<sup>1</sup> Frei erzählt nach:

Pinchas Sadeh: *Jüdische Märchen und Legenden*. Verlag Anaconda, Köln 2010, S. 433/434

kleinen Spalt zu öffnen. Dann sollten wir uns erst einmal symbolisch neben die Mauer setzen, diese wahrnehmen, in Worte fassen und laut über ihre hilfreichen Funktionen nachdenken. Wir sollten unsere Wertschätzung darüber äußern, wie gut er auf seine Grenzen in ungewohnten Lebenslagen und ihm wildfremden Personen gegenüber achten kann: Es ist durchaus angemessen, erst einmal aus sicherer Entfernung zu prüfen, wer diese/r Therapeut/in eigentlich ist, was er oder sie vorhat und was davon tatsächlich hilfreich für den Jugendlichen selbst sein könnte.

Um heilsame Veränderungsprozesse im sozialen Verhalten, der emotionalen Befindlichkeit und den impliziten Persönlichkeitsmustern komplex traumatisierter Jugendlicher bewirken zu können, benötigen wir als ihre Begleiter ein umfassendes Verständnis der zugrunde liegenden Wirkmechanismen ihrer Symptomatikenerseits und ein breites, möglichst ganzheitliches Spektrum an psychotherapeutischen Behandlungsansätzen andererseits – entsprechend der tief greifenden Störungen sowohl auf der vegetativ/körperlichen als auch auf der emotional/limbischen und der kognitiv/mentalenebene. Und natürlich ein echtes Interesse an der Person, ein pädagogisch/therapeutisches Selbstverständnis als begleitender Coach oder Karawanenführer auf ihrem Weg sowie das unerbittliche Vertrauen auf ein grundsätzlich innewohnendes Veränderungspotential, das sich in der therapeutischen Dyade im Hier und Jetzt, in aneinandergereihten Augenblicken gegenwärtigen Erlebens (*D. Stern, 2005*) entfalten wird – wie dies in der Geschichte des »verrückten Königssohns« durch die bedingungslos-unaufdringliche Präsenz, die interessierte Neugierde und die beharrliche Zielorientierung des Männleins geschieht.

In diesem Buch möchte ich pädagogisch, diagnostisch und therapeutisch tätigen KollegInnen – neben den theoretischen Grundlagen im ersten Teil dieses Buches – eine hilfreiche therapeutische Haltung sowie methodenübergreifende Behandlungsansätze in der Arbeit mit komplex traumatisierten Jugendlichen vorstellen, die sich in meiner Arbeit bewährt haben, und ihnen die Scheu nehmen, sich auf diese, zugegeben meist langwierigen, oft scheinbar »hoffnungslosen Fälle« einzulassen. Es lohnt sich in jedem einzelnen Fall!

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich

- bei meinem Mann, meiner Familie und meinen Freunden, die mich oft missen mussten und mir den Rücken so selbstlos freigehalten haben während der Entstehung dieses Buches,

- bei meiner Tochter Leonie für die Gestaltung und Bearbeitung der zahlreichen Grafiken,
- bei meinen KollegInnen Christiane Bormann-Kischkel, Elisabeth Fremmer-Bombik, Thomas Hensel, Herrmann Scheuerer-Englisch und Dorothea Weinberg für ihre fachliche Beratung und Unterstützung.

## KAPITEL 1

# »Du mit deiner Laber-Therapie!«

## Erste Grenz-Begegnungen mit komplex traumatisierten Jugendlichen

*»Man sieht nur, was man weiß.«  
J.W.v.Goethe*

Mitte der 90er-Jahre, als ich die Tätigkeit in meiner Praxis für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie begann, bewegten sich viele meiner Kollegen mit mir noch in »Trauma-therapeutischen Steinzeiten«. Eine Großzahl der mittlerweile häufig genutzten, sog. Trauma-fokussierenden Interventionen wie EMDR, Screening-Technik, die Trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie und andere Verfahren wurden damals – meist in den USA – gerade erst entwickelt und kamen, etwas zeitversetzt, langsam auch in Europa an, waren aber noch kaum evaluiert. Die in den letzten Jahren nicht zuletzt infolge immer differenzierterer bildgebender Verfahren (PET, MRT) exponentiell vermehrte neurobiologische Forschung (McClellan, 1990; Damasio, 2011; LeDoux, 2001/2003 u. a.) steckte in ihren Kinderschuhen und war noch nicht Bestandteil meiner oder anderer psychotherapeutischer Ausbildungen gewesen. Es war ein neues und riesiges Entwicklungsgebiet, auf dem in den Folgejahren zahlreiche und vielfältige Früchte wachsen sollten, sowohl im Bereich der Trauma-Forschung als auch im Rahmen der Entwicklung spezieller Therapieansätze und -verfahren.

Da ich vor meiner psychotherapeutischen Ausbildung als forensische Sachverständige v. a. im Bereich der Glaubhaftigkeitsbeurteilung von Zeugenaussagen tätig gewesen war, hatte ich mir einiges an theoretischem Wissen in den Bereichen »sexueller Missbrauch«, »Vergewaltigung« und »Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen« angeeignet.

Größtenteils dieser Vortätigkeit war es wohl auch geschuldet, dass ich bereits kurz nach Praxiseröffnung im Jahr 1997 viele Therapie-Anmeldungen mit Traumaspezifischem Hintergrund bekam und mich alsbald mit der Problematik konfrontiert sah, dass meine jungen Klienten selbst wenig bis kaum von sich aus oder auch

auf Nachfrage hin mit mir über ihr Trauma, ihre traumatische Lebensgeschichte und schon gar nicht über die Verursacher ihrer schlimmen Erfahrungen sprechen wollten oder konnten.

Das war in meiner Gutachterinnen-Zeit anders gewesen: Es gab immer einen im vorausgehenden Ermittlungsverfahren eruierten »Sachverhalt zum fraglichen Erleben«, der mir schwarz auf weiß in der Gerichtsakte vorlag. Die Befragungen der jugendlichen Zeugen mussten zeitlich und formal sehr strukturiert und direkt – unter Vermeidung aller suggestiven Fragen oder Vorhalte – durchgeführt werden. Aus meinem psychotherapeutischen Blickwinkel von heute wird mir noch bewusster, unter welcher inneren Anspannung die Betroffenen in dieser exponierten Situation gestanden haben mussten: neuronal im Stressmodus und immer in der Angst, etwas Falsches zu sagen oder eine geliebte Bezugsperson zu Unrecht zu beschuldigen oder gar zu verlieren.

Während einer Therapiestunde viele Jahre später sprudelte es aus einem damals 10-jährigen Mädchen heraus: »Ich werde doch nicht die schlimmsten Sachen mit dem Papa erzählen, wenn da ein Tonband mitläuft!«

Was ich als angehende Therapeutin in mein konkretes Arbeiten mitgebracht hatte, war eine mehr oder weniger solide universitäre Schulung in Entwicklungspsychologie, eine personenzentrierte Spieltherapieausbildung mit tiefenpsychologischer Nachqualifikation und ein wenig Gespür im Umgang mit kindlichen Zeugen traumatischer Erlebnisse. Dazu die sicher nicht zu unterschätzende gelebte Erfahrung als Ehefrau und Mutter von vier Kindern, die mir im Laufe unserer gemeinsamen Jahre als Familie immer wieder meine eigenen Ansprüche, unausgesprochenen Botschaften und menschlichen Begrenzungen als Mutter spiegelten – eine Selbsterfahrung, die keine Ausbildung in so intensiver Weise ermöglichen kann und die mich wohl einigermaßen bescheiden und demütig bezüglich meiner Selbstwirksamkeit als Mutter und auch anderen Eltern gegenüber gnädiger und feinfühlicher in meinem Urteil gemacht hat.

Heute – zwei Jahrzehnte später – blicke ich auf viele, zum Teil langjährige Therapieverläufe mit komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen zurück. Darauf, wie ich mich in jedem einzelnen Fall vorantasten musste, mehr am Gespür und an meinen Gegenübertragungsgefühlen<sup>2</sup> entlang als auf der Basis eines

---

2 Gegenübertragung, eine Bezeichnung aus der Psychoanalyse, beschreibt die physischen, emotionalen und mentalen Reaktionen des Therapeuten auf die Rollenerwartungen, die der Klient aufgrund seiner speziellen Lebenserfahrungen in die Therapie mitbringt. Diesem Phänomen wird eine zentrale Rolle in den praktischen Kapiteln dieses Buches zukommen.

fundierten Wissens Trauma-spezifischer Zusammenhänge, das ich mir im Laufe der Zeit erst nach und nach aneignen konnte.

Implizit habe ich sicher auch damals schon – v. a. dank meiner personenzentrierten Grundausbildung – über ein paar hilfreiche Therapeutenvariablen wie Echtheit oder Neugierde auf und Interesse an Kindern und Jugendlichen verfügt, die mir das Arbeiten mit diesen Klienten erleichtert haben. Dennoch hadere ich im Nachhinein ein wenig damit, ob ich sie nicht noch angemessener hätte begleiten können mit meinem Wissen, meiner Erfahrung und meinem »Instrumentenkoffer« von heute.

Weit mehr als in den besten Aus- und Weiterbildungen habe ich über all die Jahre »by doing«, in den einzelnen therapeutischen Prozessen mit den Klienten selbst gelernt – was verdeutlicht, dass psychotherapeutische Tätigkeit in ihrem Kern eine Erfahrungs-, eine empirische Disziplin ist.

Für jeden Psychotherapeuten kann es nur bereichernd sein, auch und gerade Verfahren und Interventionen kennenzulernen, die nicht im Spektrum der richtlinienbezogenen Grundausbildung liegen. Die ursprüngliche Entscheidung für eine Ausbildung in einer der Richtlinientherapien musste nicht selten aufgrund äußerer Gegebenheiten getroffen werden, was längerfristige Offenheit und Interesse an anderen Blickwinkeln ja nicht ausschließen muss. Es landet ohnehin über kurz oder lang im psychotherapeutischen »Spam«, was sich mit bestem Willen nicht in den persönlichen therapeutischen Stil integrieren lässt, und das ist auch gut so.

Als Allererstes aber spüren vor allem früh traumatisierte Klienten unsere Authentizität: »Der/die mir da gegenüber sitzt, scheint tatsächlich so zu ticken, wie oder was sie/er da labert ...« Immer wenn wir meinen, etwas Bestimmtes an den Klienten bringen zu wollen, sei es frisch Angeregtes aus der Supervision, im letzten Seminar neu Erlerntes oder eine pfiffige, gerade angelesene Intervention: Sie riechen den Braten, merken, woher der Wind weht ... und sind gerüstet, uns bei Nichtgefallen damit auflaufen zu lassen. Sie vermitteln uns immer unmittelbar, dass sie nicht die Methode brauchen, sondern das Gegenüber. Also werden wir gut daran tun, »in Charakter zu treten«, unsere Persönlichkeit zu zeigen, auch und gerade in ihren menschlichen Unvollkommenheiten.

Eine meiner ersten Klientinnen, die damals 16-jährige Ellen, war mit der Diagnose »Selektiver Mutismus« zur Therapie angemeldet worden. Den Hintergrund der Vorstellung bildeten bereits zur Anzeige gebrachte mutmaßliche sexuelle Übergriffe auf die Jugendliche, eine emotional hoch aufgeladene und

gleichzeitig verschlossene familiäre Atmosphäre sowie der nicht so klar in Worte gekommene Auftrag der Eltern, ich solle angesichts der widersprüchlichen Aussagen der Tochter die tatsächlichen Abläufe eruieren und die Symptomatik ihres mutistischen Rückzugs verbessern. Aus dem Heute betrachtet ein von vorneherein unerfüllbarer Anspruch!

Frisch aus der psychotherapeutischen Ausbildung, motiviert und etwas naiv nahm ich den unausgesprochenen Auftrag an und wollte anwenden, was ich in meiner personenzentrierten Ausbildung gelernt hatte.

Auch damals wusste ich freilich schon, dass die therapeutische Compliance eines Jugendlichen dem Auftrag und Wunsch der Eltern diametral entgegengesetzt sein kann, stellte mich also darauf ein, dem Mädchen bereits in unserer ersten Begegnung zu vermitteln, dass und inwiefern eine therapeutische Begleitung für sie selbst, unabhängig von den Erwartungen der Eltern, Sinn machen könnte. Im Rückblick muss ich über meine verzweifelten Versuche lächeln, diesem scheinbar verstummten Mädchen Äußerungen zu entlocken. Zusätzlich wollte ich mittels projektiver Verfahren wie »TAT« oder »Rorschach-Test« Einblicke ins Seelenleben der Jugendlichen gewinnen. Mit alledem sollte ich scheitern – aus heutiger Sicht zu Recht.

Meine Erwartung, einer Klientin, die im Vorfeld die beschämende Erfahrung gemacht hatte, dass ihre Angaben von der Umwelt als wirr, unglaubwürdig und kompromittierend aufgenommen worden waren, genau auf diesem Kanal wieder begegnen zu wollen und sie erreichen zu können, hatte sich sehr schnell als widersinnig erwiesen: Ellen hörte und sah sich meine Versuche teils befremdet, teils belustigt an, schwieg weiterhin beharrlich, erschien zwar regelmäßig – von der Mutter gebracht – zu den vereinbarten Sitzungen, mehr als stille Beobachterin meines Tuns, ohne verbales oder auch nur körperliches oder mimisches Feedback auf meine therapeutischen Bemühungen. Unser Miteinander sollte erst in Gang kommen, als ich ihr vorschlug, im Spazierengehen zu schweigen. Wir machten uns auf den gemeinsamen Weg, und wie zufällig entstanden erste Blickkontakte und ein flüchtiges gegenseitiges Anlächeln. Die innere Bereitschaft des Mädchens, tatsächlich mit mir zu sprechen, kam schließlich im letzten Drittel des Therapieprozesses, als ich mehr durch Erspüren als durch Erfragen verstanden hatte, dass die Anzeige und deren belastende Folgen die Klientin letztendlich zum Verstummen gebracht hatten. Ich bot Ellen an, meinerseits mit der Staatsanwaltschaft Kontakt aufzunehmen mit dem Ziel einer Einstellung des Verfahrens. Die Anspannung in Körper und Geist des Mädchens, auch die zwischen uns und in mir begann

sich nun zunehmend aufzulösen. Aus heutiger Sicht wäre das für mich wohl der Beginn und die Basis hilfreicher traumatherapeutischer Interventionen gewesen, damals war es das Ende der Behandlung und subjektiv Erfolg genug. Nie habe ich erfahren, ob und welches reale Trauma sich hinter den Verhaltensweisen und der Symptomatik der Klientin verbarg.

Heute würde ich sicherlich mehr »mentalalisieren« (s. Kap. 9), deutlicher mimisch und körperlich spiegeln (s. Kap. 7), Hypothesen über Gefühle und innere Zustände der Klientin in Worte bringen und ... weniger konkrete Erwartungen hegen.

Ein solides Repertoire bewährter Methoden und konkrete Langzeiterfahrungen schaffen immer befreienden Spielraum, der sowohl den Klienten als auch den Therapeuten entlastet. Die Interaktionen können gelassener, authentischer und spielerischer werden.

Heute profitiere ich auch und besonders von den Supervisionen mit jungen Kolleginnen und meinem Blick von außen auf die beschriebenen Therapieprozesse. Sie erscheinen mir aus der Perspektive der Zuschauerin wie individuell-kreative Tanzpartien von Führendem und Geführtem, wenn die Choreographie der gegenseitigen Einstimmung gelingt. Sicher hatte es auch etwas Gutes, dass gerade ein mutistisches Mädchen früh meine therapeutische Laufbahn kreuzte: Durch sein beharrliches Schweigen zeigte es mir sehr schnell die Grenzen meiner Selbstwirksamkeit als Therapeutin auf und ließ diesbezügliche Hybris gar nicht erst aufscheinen. Es sollte noch heftiger kommen.

Hannah (15) war von ihrer Bezugserzieherin im Heim – das zweite, in dem sie seit ihrer Inobhutnahme im 8. Lebensjahr untergebracht war – wegen aggressiver Impulsdurchbrüche und auffälligem Essverhalten zur Behandlung angemeldet worden. Während einer dreimonatigen stationären Behandlung hatte sie die Diagnose »Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten« bei traumatischer früher Beziehungsgeschichte im Sinne eines »Broken Home« bekommen. Faktisch war sie meine erste Klientin mit explizit trauma-bezogener Diagnose.

Trotz oberflächlicher Kenntnis der schwierigen Lebensgeschichte des Mädchens hätte ich mir damals, zu Beginn unserer zweijährigen Therapiezeit, nicht träumen lassen, was sich in der therapeutischen Dyade des geschützten Therapieraums an traumatischen Reinszenierungen manifestieren kann. Ein langsames, vorantastendes Kennenlernen im fremden Raum, wie dies bei sicher gebundenen Therapiekindern und -jugendlichen nahezu die Regel ist,

gibt es bei beziehungs-traumatisierten Klienten mit externalisierender Symptomatik selten. Meist sind sie ab der ersten Stunde mit all ihren Verhaltensbesonderheiten präsent, setzen sie unbewusst – oft distanzlos und ohne Rücksicht auf Verluste – in der Zweierbeziehung in Szene. Gleichzeitig geben diese ersten Stunden in verdichteter Form oft schon die wichtigsten Themen des ganzen Therapieverlaufs vor (s. Kap. 6). Hannah sollte auch meine erste Lehrmeisterin bezüglich der Erkenntnis sein, dass das tatsächliche Lebensalter nicht in allen Bereichen dem inneren Entwicklungsalter früh traumatisierter Klienten entspricht. Von Beginn an inszenierte sie ihr inneres emotionales Chaos »gnadenlos« in unserer Beziehung: Im Spiel konnte sie mich schnell und unmittelbar in Angst versetzen (z. B. im Kampf mit Gummischwertern), genoss es scheinbar, mich aus dem Hinterhalt zu erschrecken, im Regelspiel zu beschummeln und mich immer wieder schwach anzureden bzw. abzuwerten (»Ich bestimme ja hier!«). Beim Lesen meiner damaligen Mitschriften dieser Stunden wundere ich mich, wie viel ich mir, auch in meiner Rolle als Therapeutin, habe gefallen lassen, welche Attacken ich ausgehalten habe. Heute achte ich, auch im spieltherapeutischen Setting, auf meine mir inzwischen deutlich spürbaren Grenzen, setze sowohl dem Klienten als auch mir einen klaren Rahmen des respektvollen Miteinanders, ohne die sich inszenierenden traumaassoziierten Themen abzuwürgen, möchte als erwachsene Begleitung möglichst präsent, handlungsfähig und im guten Sinne führungsstark bleiben.

Geholfen hat mir dabei vor allem das spieltherapeutische Regelsystem meiner Kollegin Dorothea Weinberg, die in den letzten 20 Jahren ihr Konzept der »Traumabezogenen Spieltherapie« entwickelt und immer wieder verfeinert hat (s. Kap. 10). Damals aber hat sich ein Großteil der traumatischen Reinszenierung noch direkt in unserer therapeutischen Beziehung abgespielt: Ich versuchte zu halten und auszuhalten, nicht grenzenlos, aber doch mit sehr weit gesteckten Grenzen. Auch wenn ich solche Reinszenierungen in der therapeutischen Beziehung heute anders handhaben würde, hat dieses Halten und Aushalten der externalisierenden Verhaltensweisen von Hannah langfristig doch dazu beigetragen, dass sie, die sich in Beziehungen bisher hauptsächlich weggestoßen und verlassen gefühlt hatte, nach und nach vorsichtig Vertrauen fasste (»Sie bekommen meine Handynummer, aber nur stückchenweise, jede Woche eine Zahl ...!«) und spontan Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche in Worte bringen konnte. (»Ich hasse Kinder! Ich gebe meines mal zur Adoption frei oder besser in Dauerpflege, wo es mich kennenlernen kann, wenn es

will.«) Hinter ihrer gewöhnlich verbal-rauen Sprechweise traten mit der Zeit immer differenziertere, selbstreflexive Äußerungen zutage, die mich regelmäßig staune ließen. (»Meine Familie ist ein einziger Krimi!«, »Hab ich den Teufel in mir?«, »Wenn ich esse, beruhige ich mich und vergesse den Ärger.«)

Die Arbeit mit Hannah hat mir auch deutlich gemacht, dass wir Therapeuten nicht davon ausgehen können, Wesentliches aus der traumatischen Vergangenheit der Klienten erzählt zu bekommen, selbst wenn wir uns explizit als zuständige Adressaten für »die schlimmen Seiten ihres Lebens« anbieten. Das meiste, wenn es denn überhaupt erinnert wird, ist sehr scham- und schuldbehaftet, zeigt sich eher symbolisiert in ihrem Verhalten und ihrer Stimmungslage während der Therapiestunde als in Erzählungen. Wir sind diesbezüglich – freilich unter Wahrung der Schweigepflicht – in erster Linie auf die Berichte und Einschätzungen der Bezugspersonen, gegebenenfalls auch auf Aktenstudium, angewiesen, wobei von zentraler Bedeutung ist, dass ich das, was ich weiß, aus Gründen der Transparenz in der Sitzung mit dem Jugendlichen in Worte bringen werde.

Im Rückblick auf meine Psychotherapie mit Hannah hätte ich heute sicher gerne mehr Augenmerk auf ihre mir damals nur vage erkennbaren körperlichen Verspannungen, grobmotorischen Auffälligkeiten und selbstschädigenden Körpermanipulationen gelegt, hätte ihren spontanen Äußerungen (z. B. »Fernsehen ist mein Freund«) mehr Resonanz und Vertiefung zu geben versucht. Ihre Berichte, dass sie regelmäßig mit einer Spinne spreche, hätte ich gerne nicht als »möglicherweise psychotisch«, befremdlich und beunruhigend erlebt, sondern willkommen geheißen und mehr von ihr darüber erfahren wollen, was in diesen Zweiergesprächen in Worte kam und welche Kommentare ihre Spinne gegeben hatte.

Ich hätte ihr mehr über die Auswirkungen schlimmer Erlebnisse auf die Seele (»Psychoedukation«, s. Kap. 10) erzählt, hätte ich gegebenenfalls angeboten, die subjektiv schlimmsten Erlebnisse traumafokussierend zu verarbeiten. Natürlich weiß ich nicht, ob Hannah diese Vorschläge angenommen hätte. Letztendlich orientiere ich mich bis heute, trotz meines mittlerweile recht gut ausgestatteten »Instrumentenkoffers«, in erster Linie an den persönlichen Bedürfnissen, Grenzen und Anliegen der Jugendlichen. Ich zeige ihnen wohl die Ausstattung des »Koffers«, aber entscheiden werden sie letztendlich selbst, was im Therapieraum zur Anwendung kommt. Ich habe mir großen Respekt vor der Abwehr früh traumatisierter Jugendlicher bewahrt, werde keine Mauern mit einer agierenden Abrissbirne einreißen, solange diese noch überlebenswichtige Funktion haben und keine heilsameren Selbstschutzmaßnahmen zur Verfügung stehen.

Motiviert durch die konkrete Arbeit mit komplex traumatisierten Jugendlichen habe ich mich in den Folgejahren zunehmend auch theoretisch mit der Thematik beschäftigt, mich bei entsprechenden Spezialisten weitergebildet und begleitende, fachliche Supervision in Anspruch genommen. Je mehr Wissen ich gesammelt habe, desto deutlicher wird mir dessen qualitative und quantitative Begrenztheit. Was bleibt, ist die gelebte Essenz aus Wissen und Erfahrung, die sich im Laufe der Jahre mit der Persönlichkeit des Therapeuten zu einem authentischen und möglichst wirksamen Ganzen vermischen sollte. Jeder Therapieprozess wird einmalig sein, das individuelle Ergebnis des Zusammenspiels zwischen einem aufmerksamen Experten und einem hinreichend motivierten Jugendlichen.

In den ersten Kapiteln dieses Buches möchte ich die wesentlichen Unterschiede zwischen heilsamen und schädigenden Entwicklungsbedingungen für Kinder beschreiben, mögliche Langzeitfolgen früher Traumatisierung aufzeigen, das psychobiologische Zerrissensein von Körper, Geist und Seele beleuchten und der Frage nachgehen, warum manche Folgeerscheinungen erst im Jugendalter manifest werden.

Der zweite Teil soll dazu beitragen, die praktische Arbeit von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten anhand konkreter Interventionen und Herangehensweisen auf verschiedenen Ebenen des therapeutischen Zugangs zu bereichern.

## KAPITEL 2

# Was hat man dir, du armes Kind, getan?

## Am Anfang war Beziehung

*»Jeder bekommt seine Kindheit über den Kopf gestülpt wie einen Eimer.*

*Später erst zeigt sich, was darin war.*

*Aber ein ganzes Leben lang rinnt das an uns herunter, da mag einer die Kleider oder auch die Kostüme wechseln wie er will.«*

*Heimito von Doderer*

Menschen können sich dann physisch und psychisch gesund, kohärent und selbstwirksam fühlen, wenn sie in der Lage sind, selbstkontrollierend und -regulierend auf ihren Körper, ihren Geist und ihre Seele einzuwirken, und das weitgehend unabhängig von der Hilfe anderer. Unsere Handlungsfähigkeit (agency) beruht auf dem subjektiven Empfinden, unser eigenes Leben weitgehend steuern zu können. Basis und Voraussetzung hierfür ist die Befähigung, unsere noch so subtilen Empfindungen und Affekte wahrnehmen zu können, sobald sie sich melden. Diese Fähigkeit der differenzierten Interozeption könnte man auch ein »gutes Bauchgefühl« (M. Storch, 2011) oder einen ungehinderten Zugang zum »felt sense« (»führendes Wissen, wissendes Fühlen, Klaus Renn nach Gendlin, E. T., 2014) nennen. Ein solches Kongruenzerleben stellt dann die sichere Basisstation für soziales Engagement dar, ermöglicht uns, in die Welt hinaus und mit anderen in angemessenen Kontakt zu gehen, und bestimmt grundlegend unsere Beziehungsfähigkeit.

Gerade auf diese Fähigkeiten können Menschen, die früh von primären Bezugspersonen misshandelt, missbraucht, vernachlässigt oder schwer gekränkt wurden, kaum bis gar nicht zurückgreifen. Sie fühlen sich häufig »fremdgesteuert«, verängstigenden Signalen aus dem eigenen Inneren hilflos ausgeliefert oder abgeschnitten von jeglicher Vitalität und von ihrem sozialen Umfeld. Solange sie Kind sind, verfügen einige von ihnen noch über unbewusste Abwehrstrategien im Dienste der Anpassung, die sie – zumindest für die Umwelt – als »pflegeleicht«,

unproblematisch, mitunter sogar als »Sonnenscheinkind« erscheinen lassen. Spätestens in der Pubertät aber bröckelt die Abwehr, wenn es bis dahin zu keiner Unterbrechung und Kompensation der schädigenden Einflüsse hat kommen können, und es entwickeln sich Folgesymptome auf körperlicher, seelischer oder kognitiver Ebene.

## 2.1 Auf Beziehung angewiesen – auf Gedeih und Verderb

Als sogenannte Nesthocker sind wir menschlichen Wesen im Vergleich zu den meisten tierischen auch nach der Entbindung »nicht zu Ende geboren«, sondern grundlegend auf die reale physische und psychische Fürsorge unserer primären Bezugsperson(en) angewiesen. Was nicht heißt, dass wir bis dahin »unbeschriebene Blätter« wären: Schon vor unserer Geburt, besonders aber ab unserer zweiten, dritten Lebenswoche treten wir aktiv in Interaktion mit unseren Umweltpersonen. Empirisch evaluiert wurde diese Tatsache erst in der Mitte des letzten Jahrhunderts, als die wissenschaftliche Säuglings-, Kleinkind- und Bindungsforschung ihren Anfang nahm und in den Folgejahrzehnten immer differenziertere Erkenntnisse bezüglich gesunder oder krank machender Entwicklungsbedingungen gewinnen konnte.

Im Folgenden möchte ich einen kleinen Überblick über die aus meiner Sicht wesentlichen Untersuchungen und Erkenntnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung geben, beginnend mit den ersten, meist im Rahmen psychoanalytischer Forschung und Praxis entstandenen Beobachtungen und Schlussfolgerungen bezüglich der Mutter/Säugling-Beziehung bis hin zu den sich heute auch dank verfeinerter Untersuchungstechniken mittels Video und bildgebenden Verfahren ständig aktualisierenden neuen Erkenntnissen. Dabei werde ich mich vor allem auf die Forschungsaspekte konzentrieren, die uns als Vorlage für den Aufbau und den Erhalt einer tragfähigen therapeutischen Beziehung hilfreich sein können (s. Kap. 5).

Einige werden sich aus Studium oder Fortbildung an die schaurig anrührenden Schwarz-Weiß-Filmchen aus den frühen Forschungsarbeiten von René Spitz (1887–1974) erinnern, in denen Babys, mit aufgerissenen Augen und zu drehenden Fäustchen geballten Händen in einem Gitterbettchen liegend, lautlos den Blick hin und her schweifen lassen. Bis heute haben selten Live-Aufnahmen sowohl der Fachwelt als auch Laien dermaßen eindrücklich die innere, im wahrsten Sinne unaussprechliche, ohnmächtige Not vernachlässigter Babys vor Augen ge-

führt. R. Spitz, ein österreichischer Psychoanalytiker aus dem Kreis um Sigmund Freud und dessen Tochter Anna, war zunächst vor allem an der empirischen Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Persönlichkeit der Mutter und der Entwicklung ihres Kindes interessiert gewesen und auf diesem Forschungsgebiet einer der Ersten, der langzeitliche systematische und empirische Untersuchungen durchführte. Bekannt wurde er v.a. durch seine in zahlreichen Untersuchungen evaluierten negativen Folgen einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung (etwa durch passive oder aktive Ablehnung, ambivalentes Fürsorgeverhalten oder »künstliche« Freundlichkeit) auf die psychobiologische Entwicklung des Kindes.

Von ihm stammen die Begriffe

**Hospitalismus:** die negativen psychischen und physischen Begleitfolgen langzeitlicher Trennungen von Mutter und Kind (wie die damals üblichen Krankenhausaufenthalte und medizinischen Maßnahmen ohne Begleitung und oft auch ohne regelmäßigen Besuch von den Eltern), aber auch mangelhafter Zuwendung und Fürsorge durch die Eltern, und

**anaktische Depression:** die früheste Form der Resignation in Reaktion auf frühkindliche Trennung des Kindes von der Bezugsperson vor dem 24. Lebensmonat.

Vor allem in der Beschreibung dieser beiden Erscheinungsbilder hat Spitz schon früh spätere Evaluationen schwerwiegender Folgen von Beziehungstraumatisierung im frühen Lebensalter vorweggenommen. Es lohnt sich durchaus, diese Videos heute unter dem Aspekt zu betrachten, welche Folgen Frühtraumatisierung auf Organismus, Stimmung und Verhalten des Kindes hat:

- Mimik im Stress- oder Dissoziationsmodus (aufgerissene Augen, hochgezogene Augenbrauen)
- »eingefrorene« Gestik und Körperbewegungen (minimale Bewegungen, körperliche Starre)
- verspannte Muskulatur (geballte, verkrampft wirkende Fäustchen)
- stereotype Bewegungen (endlose Wiederholungen der gleichen eingeschränkten Bewegungsabläufe)
- kaum Laut-Äußerungen (Verstummen).

In den Fallbeschreibungen dieses Buches werde ich versuchen aufzuzeigen, wie sich solche – durch frühe Vernachlässigung einprogrammierte – Körper-Skripts an unseren jugendlichen Klienten »ablesen« lassen.

Bis heute hilfreich und überraschend aktuell erscheinen mir auch die Erkenntnisse und Schlussfolgerungen des englischen Kinderarztes und Analytikers Donald W. Winnicott (1896–1971). Im Gegensatz zur Freud'schen Psychoanalyse und zur Sichtweise seiner kideranalytischen Kollegin Melanie Klein postulierte er nicht die »ideale Mutter« als Garantin der gesunden Entwicklung ihres Kindes, sondern führte den Begriff der »**hinreichend guten Mutter**« ein. Diese versuche zwar kontinuierlich, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erfüllen, könne und dürfe dabei aber auch »Fehler« in ihrer Einschätzung machen und eigenen Gefühlen Raum lassen, solange sich das Kind dabei nicht verlassen oder vernachlässigt fühle.

Generationen von Müttern hat er damit, wie später auch sein jüngerer Fachkollege John Bowlby (1907–1990), letztendlich vom überzogenen Anspruch klassisch-psychoanalytisch geforderter Mütterlichkeit befreit.

Weitere, zu Klassikern gewordene Stichworte aus Winnicotts Analyse zahlreicher Mutter-Kind-Beobachtungen zeugen bis heute von der differenzierten Beobachtungsgabe dieses Praktikers:

**Übergangsobjekt:** Mithilfe eines spezifischen »dritten« Objekts, das sich der Säugling etwa ab dem vierten Lebensmonat »aneignet«, ist er in der Lage, das nun erlebte organismische Getrenntsein von der primären Bezugsperson zeitweise zu ertragen und sich mithilfe dieses Gegenstandes selbst zu beruhigen. Übergangsobjekte können Stoffwindeln, Kuscheltiere, Schmusedecken, Schnuller, später auch Fantasiefreunde sein, über die der Säugling bzw. das Kleinkind die alleinige »Verfügensmacht« hat.

Viele Eltern können vom verzweifelten Suchen nach dem verloren gegangenen Objekt der Begierde und der mit dem Verlust verbundenen, intensiven Trauer ihres Kindes berichten. Dass das Kind schon früh selbst darüber »entscheidet«, ob die Chemie zwischen dem von den Eltern als Übergangsobjekt angebotenen Gegenstand und dem eigenen Bedürfnis stimmt, zeigte mir vor Kurzem wieder der Bericht einer feinfühligem Pflegemutter:

»Bei der Inobhutnahme unseres Pflegesohnes (3 Monate) hatte uns die zuständige Dame vom Jugendamt ein Kuscheltier aus seinem Umfeld mit der leiblichen Mutter, eine kleine Katze, mitgegeben mit der Empfehlung, sie dem Baby im Sinne eines Übergangsobjekts immer in seine Nähe zu legen. Obwohl wir

das getan haben, hat unser Pflegesohn auch in der Folgezeit keine Notiz von dem Tier genommen, während er sich freudig erregt über das raschelnde Geräusch gezeigt hat, wenn wir ihm eine verschlossene Packung Papiertaschentücher in seine Händchen gegeben oder sie vor seinen Augen zusammengedrückt haben.«

Manche Eltern zeigen sich auch heute noch beunruhigt, wenn ihr Baby an seinen Fingerchen oder an Kissenzipfeln saugt, in der Befürchtung, dies könne zur Abhängigkeit führen. Tatsächlich ist es die erste willkommene Möglichkeit kleinkindlicher autonomer Affektregulation, die überflüssig werden wird, wenn sich das Kind in seiner weiteren Entwicklung mithilfe feinfühligere Bezugspersonen reifere Selbstregulationsmöglichkeiten aneignen konnte.

Auch in der Therapie erleben wir das starke Bedürfnis unserer Klienten nach Übergangsobjekten im therapeutischen Setting: Gegenstände aus dem Therapie-raum, die sie sich gerne »ausleihen«, »für eine Woche mitnehmen« möchten oder auch – je nach aktuellem moralischen Entwicklungsniveau – »versehentlich in der Hosentasche« mitgenommen haben. Ihre Funktion ist es, die noch im Aufbau befindliche innere Repräsentanz der Therapeutin über die therapiefreie Woche oder eine längere Urlaubszeit aufrechtzuerhalten. Bei Kindern können das konkrete Gegenstände aus dem Spielzimmer sein, bei Jugendlichen eher symbolische »Nabelschnüre« wie die potentielle Möglichkeit einer Handy-Nachricht an die Therapeutin (s. Kap. 6).

In Anlehnung an den Begriff des Übergangsobjekts bezeichnete Winnicott auch das gesamte psychotherapeutische Setting als »Übergangsraum«, in welchem frühe Lücken aufgefüllt und unbefriedigte primäre Bedürfnisse nachgenährt werden sollten. Im Therapieteil werde ich Bezug darauf nehmen, wie wir Therapeuten diesen hilfreichen Übergangsraum im therapeutischen Setting gestalten können.

Als **emotionale Deprivation** beschrieb Winnicott die Auswirkung dysfunktionaler Mutter-Kind-Interaktionen auf das Baby. Wenn die Mutter »nicht ausreichend gut« auf die Bedürfnisse ihres Babys eingehen kann, »stirbt das Bild der Mutter im Baby« – so Winnicott in seiner psychoanalytischen Diktion. Es komme zu emotionaler Deprivation, in deren Folge sich langfristig antisoziales Symptomverhalten wie Lügen, Stehlen, Betrügen etc. entwickle.

Pädagogen und Betreuer empfahl er deshalb, solche Folgesymptome nicht lediglich ahnden und ausmerzen zu wollen, sondern sie als Zeichen dafür zu sehen, dass das betreffende Kind noch kämpft und bis dahin – ganz offensichtlich – seine Hoffnung auf Veränderung seiner inneren und äußeren Welt noch

nicht aufgegeben hat. Kinder, die sich anpassen, hätten diesbezüglich schon resigniert und seien langfristig viel schwerer zu resozialisieren als diejenigen mit »lärmender Symptomatik«.

Auch die Prägung des körperlichen Selbst eines Babys und das darin begründete lebenslange Selbstempfinden als Körperwesen sah schon Winnicott durch die Art und Weise des Körperkontakts und des Haltens seitens der Mutter geprägt. Ein ausgewogenes Gelingen dieses frühen ganzkörperlichen, viszeralen und kinästhetischen Empfindens sorgt dafür, dass wir die Beschaffenheit unseres Körpers langfristig als real und in Ordnung erleben. Frühe Störungen in diesem Bereich können demnach langfristige Körperschema- und -wahrnehmungs-Störungen nach sich ziehen.

Schon früh hat Winnicott für eine unaufgeregte und sinnsuchende Sicht auf dissoziale Symptome bei Kindern und Jugendlichen plädiert und damit in den Nachkriegsjahren des letzten Jahrhunderts als einer der Ersten der damals vorherrschenden schwarzen Pädagogik mit ihren retraumatisierenden Züchtigungs- und Besserungsanstalten die Stirn geboten, weswegen er zu Recht als früher Vertreter einer modernen Traumapädagogik gelten kann.

Noch ein weiteres Konzept Winnicotts hat aus meiner Sicht bis heute nichts von seiner psychotherapeutischen Relevanz verloren: »**wahres Selbst**« und »**falsches Selbst**«.

Kann ich so sein, wie ich bin? Oder muss ich mich an die Erwartungen und Sichtweisen des Gegenübers anpassen, damit es mich akzeptiert?

Fragen, die in allen Formen sozialer Interaktionen eine verhaltensprägende Rolle spielen, auch und gerade in der psychotherapeutischen Dyade. Deren früher Vorläufer, die Beziehung zwischen Baby und primärer Bezugsperson, stellt die Weichen in Richtung »Sein und Werden, der ich bin« oder »Sein, wie meine wichtigste Bezugsperson mich haben will«.

In letzterem Fall hat das Kind früh gelernt, seine spontanen und vitalen Bedürfnisse zu unterdrücken, weil sie gar nicht, nicht angemessen oder sogar bedrohlich gespiegelt wurden. Stattdessen war es gezwungen, sich im Dienste des Bindungserhalts zur bedürftigen Bezugsperson als versorgendes, tröstendes, aufheiterndes oder anderweitig hilfreiches Gegenüber anzubieten. In seinem Bemühen, so zu werden, wie die Bezugsperson es haben will, schaltet es sozusagen sein spontanes mimisches und körperliches Feedback ab, um nur das zu spiegeln, was erwartet wird.

Der aus der systemischen Psychotherapie stammende Begriff »Parentifizierung« beschreibt diese Rollenumkehr, die bereits im präverbalen intersubjektiven