

Die Behandlung sexuell mißbrauchter Kinder und Jugendlicher

Entwicklungen und Verwicklungen

von Jürgen Junglas



Die wenigen Experten wissen es, manche Nichtfachleute müssen es sich erst bewußt machen: Das sexuell mißbrauchte Kind gibt es nicht - Anlaß für Dr. Jürgen Junglas, notwendige Differenzierungen einzuführen. So wirkt es sich unterschiedlich aus, ob ein Kind innerhalb der eigenen Familie zu sexuellen Handlungen gezwungen wurde oder von einem Außenstehenden, und auch Zeitdauer und Art des Mißbrauchs spielen eine gewichtige Rolle.

Der Autor, den Lesern dieser Zeitschrift nicht ganz unbekannt, hat im Rahmen der Jahresfortbildungstagung der Ergotherapeuten 1993 über dieses Thema referiert. Dr. Junglas will aufrütteln, wo er deutlich macht, daß die alleinige Bestrafung des Täters noch kein therapeutisches Ziel sein kann, und er provoziert möglicherweise, wo er scheinbar verharmlost und uns beispielsweise auf den eigenen Voyeurismus verweist, nämlich auf die verbreitete Freude am Ungeheuerlichen. Letztlich aber sind auch diese Passagen des folgenden Beitrags notwendige Differenzierungen, die helfen sollen, den eigenen Standpunkt zu finden: an definierter Stelle zwischen Ohnmacht und Omnipotenz.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch in der Psychotherapie begegnen uns häufig psychisch gestörte Kinder und Jugendliche, bei denen ein sexueller Mißbrauch Einfluß auf ihr Leben genommen hat.

Die Arbeit mit diesen Kindern und ihren Familien ist für alle Therapeuten schwierig und mit vielen Unsicherheiten behaftet: Die Therapeuten stehen ständig in der Gefahr, vor sich selbst, dem Kind, der Familie oder der Öffentlichkeit Opfer oder Täter zu werden.

Man kann unterscheiden:

1. sexueller Mißbrauch bekannt
2. sexueller Mißbrauch vermutet
3. Kind aus inzestuöser Familie.

Der eindeutig bekannte und von allen, auch vom Mißbraucher zugegebene Mißbrauch, ist eher die Ausnahme. Häufiger besteht ein begründeter Verdacht, der sich letztlich aber nicht sichern läßt.

Sehr häufig begegnen wir auch Kindern und Jugendlichen aus Familien, bei denen es nie zu einem "richtigen" sexuellen Mißbrauch gekommen ist, bei denen aber die Generations- und Intimgrenzen in der Familie nicht gewahrt und gesichert werden.

Um den krankmachenden Einfluß des sexuellen Mißbrauchs verstehen zu können, ist es hilfreich, das Reizschutzkonzept von S. Freud näher zu betrachten.

Bei einer normalen Entwicklung werden die Ich-Grenzen des Kindes gewahrt. Es ist entsprechend seiner Entwicklung immer in der Lage, äußere Bedrohungen (z.B. durch Unfälle) und Überwältigung durch innere Ereignisse, z.B. massive Erregung, die die Wahrnehmung beeinträchtigt, so zu regulieren, daß sein Angstniveau überwiegend von ihm selbst kontrolliert werden kann. Das Kind lernt also zunehmend, welchen äußeren Gefahren es sich ohne Verlet-

zungsgefahr aussetzen kann und worauf es achten muß, um sein Erregungsniveau nicht überwältigend hoch werden zu lassen.

Eltern haben hier die Funktion, dafür zu sorgen, daß sich das Kind nicht unüberschaubaren Gefahren aussetzt, z.B. sich als Kleinkind auf einer belebten Straße bewegt. Sie dienen dem Kind als Vorbild, anhand dessen es lernt, wie man die eigene Erregung in den Griff bekommt, ohne verwirrt zu werden (also "auszuklinken").

Bei der körperlichen Mißhandlung werden die Ich-Grenzen des sich entwickelnden Kindes im wesentlichen von außen durchbrochen, ohne daß das Kind sich dagegen angemessen zur Wehr setzen kann. In der Folge entwickelt es vor allem Ängste vor äußerer Bedrohung.

Beim "einfachen" sexuellen Mißbrauch, wie er häufig bei längerdauernden inzestuösen Beziehungen vorliegt, bei dem der Mißbraucher kindliches Interesse und Verantwortungsgefühl ausnützt, um sich, aber auch das Kind, sexuell zu erregen, kommt es zu überwältigenden, massiv ambivalenten Erregungen, die die Ich-Grenzen des Kindes quasi von innen überschwemmen, so daß es nicht mehr weiß, was es selbst will und was der andere will. In der Folge kommt es häufig zu längerdauernden ambivalenten Auseinandersetzungen mit krisenhaften Entgleisungen.

Nach unserem heutigen Wissen führt gewaltsamer sexueller Mißbrauch zu den schwersten psychischen Störungen in der Entwicklung (emotionale Störungen, Borderline-Persönlich-

keitsstörungen etc.). Das Kind hat hier die geringsten Möglichkeiten, sich seine Ich-Grenzen zu bewahren; es muß eine Überlebensstrategie entwickeln, um sich physisch und psychisch über die Zeit des Mißbrauchs zu retten. Manche Autoren haben daher auch vom Überlebenssyndrom (*survivor syndrome*) gesprochen.

Intrafamiliärer Mißbrauch wiegt bezüglich der psychischen Entwicklungsstörung meist schwerer als extrafamiliärer: Die meisten Kinder wissen, daß die Welt draußen, außerhalb der Familie, gefährlicher ist als innerhalb. Wird es aber auch dort bedrohlich, wo sich spontan Bindung herstellt und wo normalerweise Schutz gesucht wird, ist das Kind ganz auf sich allein gestellt.

Ein einmaliger, außerfamiliärer sexueller Mißbrauch durch den sogenannten "bösen Onkel" wird in seiner störenden Wirkung allerdings häufig überschätzt: Auch hier gilt, daß längerdauernde Stressoren sich viel verheerender auswirken als kurzfristige Belastungen. Und natürlich schadet ein exhibitionistischer Akt weit weniger als eine Penetration, da er den Reizschutz des Kindes deutlich weniger durchbricht.

Diese Unterscheidungen sind wichtig, um einer vorschnellen Etikettierung entgegenzuwirken: Es gibt nicht "das sexuell mißbrauchte Kind", auch wenn die Medien gerne davon sprechen.

Parteilichkeit

Es dürfte eigentlich klar sein, daß ein Therapeut immer Partei für seinen Patienten nimmt. Bei der häufigen Täter-Opfer-Etikettierung in diesem Feld liegt die Gefahr nahe, in der Bestrafung des Täters bereits ein therapeutisches Ziel per se zu sehen. Auch wenn das Kind nach Bestrafung verlangt, müssen wir abwägen, ob und welche Therapie es dann noch von uns will.

Neben dem kompetenten Agieren im Realraum ist primäres Ziel der Therapie die Ichkonsolidierung des/der Patienten/in. Dabei muß sich der/die TherapeutIn vor eigenem Agieren, also Handeln nach einer unbewußten Absicht, schützen. Es gilt, die Entscheidungen unserer PatientInnen zu respektieren und ihnen zu einem weitgehend selbstbestimmten Leben zu helfen.

Die psychosexuelle Entwicklung gehört zu unserem Intimbereich, der für viele - und manchmal auch für uns selbst - tabuisiert ist. Die Annahmen und Vorurteile, die wir uns im Laufe unseres bisherigen Lebens erarbeitet haben und die uns zur Orientierung dienen, haben wir meist, wenn wir Glück haben, nur mit wenigen Menschen besprochen.

Selbst wenn wir ein reiches Sexuelleben haben, beruhen unsere Grundannahmen über Erlaubtes und weniger Erlaubtes, Hinderliches und För-

derliches, Erhaltendes und Zerstörerisches auf einer schmalen Basis.

Kindliche Phantasien und Realitäten mißbrauchter Kinder enthalten dagegen eine Fülle von Möglichkeiten, die oft unsere Vorstellung und unser Einfühlungsvermögen übersteigen.

Wer sich therapeutisch mit sexuell mißbrauchten Kindern und Jugendlichen und ihren Angehörigen befassen will, muß seine eigene Betroffenheit gespürt und überwunden haben.¹

Wenn wir nicht mehr spüren, an welchen Stellen wir selbst mißbraucht wurden oder Mißbraucher wurden, werden wir unverstündig vor den Problemen der uns Anvertrauten stehen bleiben. Wenn wir nicht unsere eigene Betroffenheit in unserer Biographie überwunden haben, werden wir nicht die notwendige technische Neutralität erreichen können, die für einen therapeutischen Prozeß unerlässlich ist.

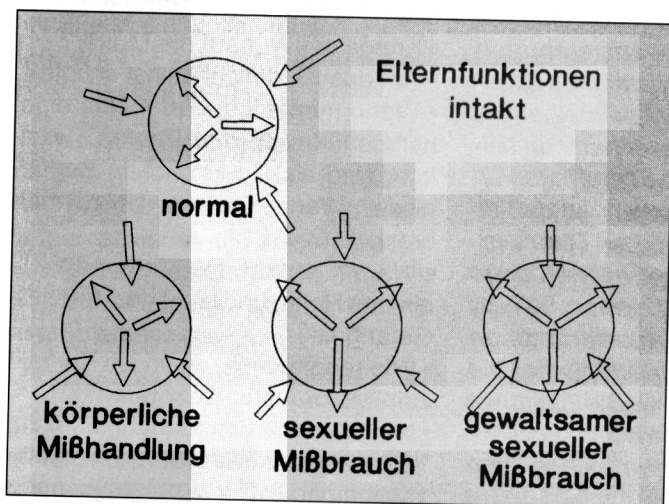
Diagnostik

Ist ein sexueller Mißbrauch bekannt, wird er von dem Kind oder dem Jugendlichen benannt und von der Umgebung bestätigt, so gilt es, diagnostisch zunächst genauer hinzusehen, bevor man sich an die "Bearbeitung" begibt.

Auch wenn als Diagnose nur der Hinweis: "Zustand nach sexuellem Mißbrauch" genannt wird, ist eine Intelligenz- und Leistungsdiagnostik zur Abschätzung der Risikofaktoren für Anpassungsstörungen und der Verarbeitungsmöglichkeiten des Kindes notwendig.

Projektive Verfahren wie Sceno oder Thematischer Apperzeptionstest, die nicht versäumt werden sollten, werden am ergiebigsten unter Supervision eines erfahrenen Psychotherapeuten durchgeführt. Da sie geeignet sind, Übertragungsphänomene schnell zu aktivieren, können sie in der Hand des Unkundigen auch schädlich sein.

Die häufig propagierte "Aufdeckungsarbeit" (Besser, Fürniss) stellt für das betroffene Kind selten einen wesentlichen Gewinn dar. Die dabei vom Therapeuten eingenommene verfolgende Detektivhaltung ist mit einer therapeutischen Rolle kaum vereinbar.



Leitfragen

Die Frage, welche Bedeutung die sexuellen Interaktionen für die innerpsychische Entwicklung und die sozialen Gegebenheiten des Kindes oder Jugendlichen haben, bedürfen einer eingehenden Betrachtung:

- Hat das Kind Machtmißbrauch zwischen Erwachsenen und ihm selbst als normale Erwartung entwickelt?
- Hilft dem Kind die Identifikation als Opfer des sexuellen Mißbrauchs, Identitätslücken zu schließen und die eigene Persönlichkeitsentwicklung zu konsolidieren?
- Wie ist das Verhältnis von Geben und Nehmen zwischen den Interaktionspartnern konstruiert, an welcher Stelle erwartet das Kind welchen Gegenwert?
- Inwieweit entsprach die Beteiligung an der sexuellen Interaktion dem Verantwortungsgefühl des Kindes für das Wohlergehen des Partners bzw. der Familie?
- Inwieweit fühlte sich das Kind hilflos und ausgeliefert?
- Inwieweit fühlt sich das Kind nach Beendigung der sexuellen Interaktion ausgebeutet, beschämt, nutzlos, schuldig?
- Inwieweit hat das Kind Sexualisierung als Coping-(Bewältigungs-)Strategie entwickelt?
- Inwieweit hat die frühe Entwicklung sexueller Interessen die subjektive Wichtigkeit anderer Themen, z.B. Wissen erwerben, selbständig werden etc. vermindert?
- Inwieweit ist der sexuelle Mißbrauch Ausdruck eines Trennungstabus in der Herkunftsfamilie?
- Inwieweit wurde die Verfügbarkeit über den eigenen Körper tangiert? Insbesondere: Inwieweit fühlt sich das Kind Herr, die eigenen Erregungen zu steuern?

Helfer

Nicht selten findet man in der Umgebung sexuell mißbrauchter Kinder und Jugendlicher aufgeregte Helfer, die auf das Thema fixiert zu sein scheinen.

Eine Pflegemutter sagt mir, daß sie sich seit zwölf Jahren besonders um sexuell mißbrauchte Mädchen kümmere.

Das Weglaufen und die Schwierigkeiten mit dem 15jährigen Mädchen, das sie vorstellt, rührten nur daher, daß der Opa sie oral und anal mißbraucht habe.

Von dieser Schilderung hält sie auch nicht die Anwesenheit des Diakons ab, der die beiden in die Klinik gefahren hat.

Das Mädchen schaut bei dieser Schilderung nur auf den Boden und meidet jeden Blickkontakt mit mir.

Hier wird deutlich, daß der sexuelle Mißbrauch schnell eine Funktion für die Überforderung der Pflegemutter und für die Attraktivität des Mädchens hat. Durch die plakative Etikettierung gewinnt das Mädchen ein höheres Interesse, als wenn sie als Migrationskind aus Osteuropa mit deutlichem Akzent vorgestellt wird: eine Konstellation, die in ihrer Wirkung für die psychische Entwicklung des Kindes mindestens ebenso wichtig ist, wie auch der Faktor, daß sie bereits als Zweijährige von der leiblichen Mutter für immer getrennt wurde.

Sexuellen Mißbrauch finden wir bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen meist mit anderen schwerwiegenden Entwicklungsbelastungen, wie emotionaler Vernachlässigung und Ablehnung, körperlichen Mißhandlungen etc.²

Ein weiteres Beispiel: *Der 6jährige Junge war vom zwanzigjährigen Hausmeister der benachbarten Schule auf dem Spielplatz sexuell angegangen worden. Dieser hatte an seinem Glied und mit dem Finger an seinem Anus manipuliert, so daß es dem Kleinen weh tat. Der Täter wurde verurteilt. Der betroffene Junge wurde zu Hause aggressiv, schlug den kleinen Bruder, manipulierte an dessen Genitalien und zündelte. Die verzweifelte Mutter wußte nicht, wo sie sich Hilfe suchen sollte; schließlich kam der Junge in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik.*

Die aufgeregten Fragen der Umgebung "Kann der arme Junge so etwas je verwinden, muß er denn in eine Klinik, wo er weggeschlossen wird?" ließen die Frage, warum die Mutter sich nicht zu helfen wußte, nicht aufkommen. Es stellte sich nämlich heraus, daß ihr ältester Sohn, der betroffene Junge, einen Stiefvater hatte, der sich gerade von der Mutter trennte, und diese somit mit zwei kleinen Knaben alleine war.

Daß diese Situation für den 6jährigen wahrscheinlich viel schwerwiegender war als der einmalige sexuelle Übergriff, wurde der Umgebung erst in dem Moment klar, als dies von therapeutischer Seite benannt wurde.

Therapeutisches Unbehagen

Unser unheimliches Interesse am Sexualleben mißbrauchter Kinder kann eher unserem Voyeurismus als echtem Interesse an der Integrität des Kindes entsprechen.

Bei bekanntem sexuellem Mißbrauch können uns folgende Fragen beschäftigen:

- Was bedeutet meine Wut auf den Erwachsenen, wenn ich an den Mißbrauch des Kindes denke?
- Unter welchen Bedingungen hätte mir das auch passieren können?
- Bei längerdauerndem Inzest mit Vater oder Stiefvater: Hat die Mutter davon nicht gewußt, und was hat sie getan?
- Kriege ich Wut auf die Mutter?
- Hat das Kind nicht selbst schuld?
- Wann merke ich, daß meine eigenen Bedürfnisse in der Therapie wichtiger sind als die kindlichen Bedürfnisse? Wann beginne ich zu mißbrauchen?
- Warum kommt das Kind in die Klinik/das Heim, und nicht der Vater ins Gefängnis?
- Wie reagiere ich, wenn ich Kontakt zum Mißbraucher bekomme?
- Neige ich zur Verleugnung oder zur Verteufelung? Wie wehre ich das Inzestthema ab?

- Bin ich an diesem Kind/Jugendlichen besonders interessiert, weil es einen sexuellen Mißbrauch erfahren hat? Warum?
- Halte ich die öffentliche Diskussion über den sexuellen Mißbrauch für übertrieben?
- Glaube ich, das Kind (die Mutter, der Vater) will sich wichtig machen?
- Welche Bedeutung hat mein Geschlecht (Mann/Frau) für das Kind und die Umgebung und für mich selbst?
- Welches Verhältnis besteht für mich zwischen Sexualität und Gewalt bzw. Macht?

Respekt

Die Frage nach der Schuld beschäftigt das Kind oder den Jugendlichen selbst meist sehr intensiv. Deshalb sollte sie bald aktiv in die therapeutische Interaktion eingebracht werden, wobei es dem Kind meist nicht hilft, wenn der Therapeut es quasi von aller Schuld losspricht und formelhaft den Erwachsenen als grundsätzlich Verantwortlichen bezeichnet.

Schuld und Scham sind nicht nur Zentralthemen der Therapie sondern auch der persönlichen Entwicklung eines jeden Menschen. Die Fähigkeit, Schuld, Verantwortung auf sich zu nehmen und nicht immer nur in der Umgebung zu suchen, ist ein wesentlicher Schritt in der Identitätsentwicklung. Wesentlicher als eine Lösung anzubieten ist es, das Kind darin zu unterstützen, auf diese Frage seine jetzt sinnvolle Antwort zu finden, die sich mit der weiteren Entwicklung verändern wird.

Hilfreich erscheint in diesem Zusammenhang, den Gang des Kindes in die Therapie, in die Klinik, ins Heim zu thematisieren und seine Wertung dieses Schrittes als Strafe oder als Möglichkeit zur eigenen Entwicklung zu problematisieren.

Der Respekt vor der "Symptomwahl" des Kindes oder Jugendlichen gebietet uns, die von den Kindern angebotenen Symptome wie Leistungsab-

fall, Weglaufen, Suizidversuche etc. ernst zu nehmen und im Vordergrund zu sehen, die Bedingungsvariable sexueller Mißbrauch aber zunächst das Kind selbst werten zu lassen. Eine erfolgreiche Therapie eines sexuell mißbrauchten Kindes kann auch durchgeführt werden, ohne daß je über den sexuellen Mißbrauch explizit gesprochen wurde.

Die schnelle, frühe, totale Entäußerung des Kindes über Details seiner sexuellen Mißbrauchserfahrung erscheint prognostisch eher ungünstig und weist auf eine schwerere Nähe-Distanz-Störung im Sinne einer frühen Störung hin.

Im Therapieverlauf zeigt sich dann oft, gerade in den Team-/Fallsupervisionen, daß jede/r MitarbeiterIn unterschiedlich mit dem Patienten umgeht, und nicht selten zeigt sich ein Nähe-Distanz-Konflikt, der dem betroffenen Mitarbeiter nur schwer nahezubringen ist. Er schützt quasi seinen Intimraum mit der Patientin, als wichtige therapeutische Beziehung, und merkt nicht, wie wichtig ihm diese Beziehung selbst geworden ist.

Wir dürfen nie vergessen, daß sexuell Mißbrauchte in der größten Gefahr stehen, in der Therapie wieder sexuell ausgebeutet zu werden, und daß unerfahrene TherapeutInnen sich dieser Gefahr oft zu wenig bewußt sind. Wir sollten uns aber dessen auch bewußt sein, daß schwer gestörte Jugendliche auch im Mitarbeiterteam typische schwere Spannungen provozieren, die oft nur durch eine Supervision wieder auf die Probleme des Jugendlichen zurückgeführt werden können.

In Mädchengruppen oder häufiger im therapeutischen Einzelkontakt kann die direkte Frage aufkommen, ob der erwachsene Therapeut der Meinung ist, daß der Mißbraucher angezeigt werden sollte oder nicht. Eine solche Frage ist nicht mit JA oder NEIN beantwortbar. Die Therapeutin bzw. der Therapeut würde seiner Aufgabe nicht gerecht werden, wenn er hier einen Rat erteilen würde. Er kann

aber die Patientin unterstützen, diese schwierige Frage sorgfältig abzuwägen und mögliche Konsequenzen einer Anzeige und eines Verfahrens einerseits und des Verzichts andererseits für das Kind und seine ihm wichtigen Bezugspersonen abzuschätzen.

Bescheidenheit

Bei bekanntem Mißbrauch sind meist viele Helfer involviert, die je eigene Interessen verfolgen und die Interessenslage des Kindes unterschiedlich interpretieren. Meist hat das Kind bzw. die Jugendliche schon viele gute Ratschläge gehört und kann diese nur mühsam sortieren und mit ihrer eigenen Geschichte verknüpfen. Die Eltern, die Großeltern, die Geschwister, die Lehrer, die Mitschüler, das Jugendamt, die Staatsanwaltschaft, die Anwältin, alle meinen es gut und beziehen aus ihrer Situation heraus Stellung. Der Therapeut sollte sich bewußt sein, daß schon viele das Kind befragt haben und schon viele verbale und affektive Botschaften vom Kind empfangen wurden. Gerade kleinen Kindern fällt es schwer, eigenes Erleben von dem Einfluß der Befragungen, die seine Phantasie angeregt haben, zu trennen³.

Gegen diese Fülle ist therapeutische Bescheidenheit und Echtheit angesagt: Allzugroß ist die Verführung gegen die schreiende Ungerechtigkeit des Mißbrauchs die therapeutische Omnipotenz ("Diesem Kind ist soviel Unrecht geschehen, daß es nur echte Liebe braucht, die ich ihm geben kann") oder Ohnmacht ("Diesem Kind ist so Entsetzliches widerfahren, daß es total zerstört ist") zu setzen; beide Positionen verhindern therapeutische Entwicklung.

Mißbrauchssysteme

Auch wenn man nicht systemisch mit der ganzen Familie arbeitet, hat man als Kinder- und Jugend-Ergotherapeut (den es als anerkannte Spezialisierung bisher nicht gibt) doch immer mit der ganzen Familie zu tun.

Vater, Mutter, Geschwister und andere Familienangehörige sitzen quasi immer mit dabei. Häufig ist man selbst für das Kind eine dieser Personen, wird vom Kind so erlebt, daß es zu dessen Beziehungserfahrungen paßt.

Man hat versucht, verschiedene Typen von Inzestfamilien zu unterscheiden:⁴

Merkmale von Inzestfamilien	
Zusammenbruch der Generationsgrenzen:	Kinder werden zu Sexualpartnern, Kinder sorgen für Zusammenhalt der Familie und Wohlergehen der Eltern, geringe Außenverbindungen
ehelicher Konflikt emotional-sexueller Natur:	Konflikt wird verleugnet oder offen aggressiv ausgetragen, Inzest verhindert Trennung und Verlust
konfliktvermeidende Familien:	Spracharmut, Abspaltung von Gefühlen und Körperempfindungen; rigide Sexualmoral, fehlende Sexualerziehung
konfliktregulierende Familien:	Geheimnis der ganzen Familie wird nach außen verborgen
geringer Grad an Individuation und Autonomie:	Konfliktvermeidung wie Gewalt dienen der Sicherung von Verlusten
Beziehungen in der Familie werden gleichzeitig als bedrohlich und lebensnotwendig erlebt:	Tiefe Ambivalenz, Gefühle von Hilflosigkeit, Furcht, Scham und Ekel, oft Verknüpfung von Ausbeutung und Korruption des Kindes
spezifische Eigendynamik:	Suchtverhalten des Täters

Natürlich hat jede Familie ihre ganz eigene Geschichte. Aber fast immer wird man als TherapeutIn vom Kind so eingebaut, daß es in die eigene Familie paßt, und bekommt der /die TherapeutIn die so gelernten Interaktionsmechanismen des Kindes zu spüren.

Pathologien

Finkelhor⁵ hat als zentrales Konflikt-ergebnis sexuellen Mißbrauchs für das Kind benannt: Traumatische Sexualisierung, Vertrauensbruch, Stigmatisierung und Machtlosigkeit.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie begegnen uns viele Jugendliche nach sexuellem Mißbrauch, die Hinweise auf das Vorliegen eines Borderline-Zustandes (Mentzos) zeigen.

Die Kenntnis dieser Störungen der Persönlichkeitsentwicklung ist für den therapeutischen Umgang wesentlich.

Eine von Goldman et al.⁶ vorgestellte Fassung der DSM-III-R-Kriterien für Borderline-Persönlichkeitsstörungen (301.83) bei Kindern ergibt folgenden Diagnosekatalog:

1. Ein Muster von instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen der Überidealisierung und Abwertung auszeichnet und/oder auffallende Verzerrungen der Natur der Beziehung.
Z.B.: beschreibt die Lehrerin als "Freundin"; chronische Unfähigkeit, Freundschaften aufrecht zu erhalten, obwohl es gewünscht wird.
2. Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten, z.B. rücksichtslos sich in Gefahr begeben, Weglaufen, Stehlen, Substanzmißbrauch, Sexualität, Sauf- und Freßgelage.
Z.B.: über das Gelände der Eisenbahnbrücke laufen, Leim schnüffeln.
3. Affektive Instabilität: ausgeprägte Stimmungsschwankungen von der Grundstimmung zu Depression, Reizbarkeit oder Angst, die wenige Stunden dauert, selten mehr als wenige Tage. Die Episoden können vorübergehende Verzerrungen der Realität einschließen.
Z.B.: am frühen Nachmittag Angstattacke mit folgendem Wahn, gefolgt von einer befriedigenden Teilnahme an einem Fußballspiel am späten Nachmittag.

4. Übermäßige, starke Wut oder Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren, z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder Prügeleien.
Z.B.: leicht provoziert, häufige Kämpfe, bedroht den Therapeuten und versucht, ihn aus dem Fenster zu werfen.

5. Wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstverletzende oder selbstgefährdende Handlungen.
Z.B.: Einritzen des Namens des Freundes in den Arm, mehrmals vom Auto angefahren.

6. Ausgeprägte und andauernde Störung der Selbstwahrnehmung und -präsentation, charakterisiert durch Verwirrung hinsichtlich zwei der folgenden Bereiche: Geschlechtsidentität oder -rolle, Freundschaften, sozial angemessenes Verhalten, Schul- oder Karrierepläne, Selbstbild.
Z.B.: chronisches Tragen der Kleidung des Gegengeschlechts (cross-dressing), Klassensprecher werden wollen, obwohl man keine Freunde hat.

7. Chronisches Gefühl der Leere oder Langeweile.
Z.B.: sich chronisch über Langeweile beklagen; unfähig, angemessene Aktivitäten zu versuchen.

8. Verzweifelt Bemühen um die oder hauptsächliche Beschäftigung mit der Verhinderung eines realen oder imaginären Alleinseins (außer Suizid oder Selbstverletzung, siehe 5.).
Z.B.: ständige Sorge, daß der Therapeut nicht beim nächsten Treffen da ist; verläßt das Haus nicht, während die Eltern auf der Arbeit sind.

Liegen 5 von 8 Kriterien vor, ist die Diagnose bestätigt; bei Vorliegen von 4 Kriterien spricht man vom Verdacht.

Im ICD10 wird die Diagnose der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (F60.31), folgendermaßen definiert:

Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele

und "innere Präferenzen" (einschl. der sexuellen) unklar und gestört. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

Alein diese Aufzählungen sollten uns mahnen, uns nicht in Nähe-Distanz-Spiele der PatientInnen zu sehr verwickeln zu lassen und auf eine technisch neutrale, wohlwollend strukturierende Haltung zu achten.

Therapeutische Haltung wahren

Eine Falle, in die wir geraten können, ist, daß wir uns vor den ungerechtfertigten, wütenden verbalen Angriffen des Kindes schützen wollen, uns rechtfertigen oder unsere positiven Seiten übertrieben hervorheben wollen, womit wir die Spaltung des Kindes in gut und böse verstärken. Sinnvollerweise bestätigt man negative Kritik des Kindes als aus seiner Sichtweise aus wahrscheinlich richtig, weist aber gleichzeitig auf frühere positive Sichtweisen der eigenen Person durch das Kind hin. Grenzbeziehungen zwischen meinem Wollen und dem Wollen des Kindes sind sehr wichtig, Absprachen müssen immer wieder erneuert werden.

Bei dem Verdacht auf einen sexuellen Mißbrauch muß man sich als TherapeutIn von der paranoid-verfolgenden Haltung des "Was stimmt da nicht?"⁷, das uns Broschüren zum Thema nahelegen, lösen. Wesentlicher als irgendwie zu handeln ist zunächst, das Kind mit seinen Geheimnissen, so wie es ist, anzunehmen und ihm Raum zu gewähren. Wenn wir merken, daß es uns schwerfällt, Suggestivfragen zu vermeiden, sollten wir unsere Haltung überprüfen. Auch hier ist eine Haltung kritischer Wertschätzung bei Benennung schädlicher Symptome und mutmachender Unterstützung hilfreich.

Bietet das Kind in seinen Zeichnungen oder sonstigen Darstellungen Material an, das sich unschwer als Hinweis auf sexuelle Übergriffe Erwachsener zeigt, so ist dieses Material aufzugreifen, am besten in der Situation, in der es angeboten wurde. Eine Konfrontation mit den eigenen Ansichten wäre der falsche Weg; besser ist es, das eigene Erleben mutig einzubringen, um dem Kind auch Mut zu machen, mit den angstbesetzten Seiten der Inhalte umzugehen. Also etwa: "Das sieht aus, als wenn ein Mann ein steifes Glied hat. Über so etwas hätte ich mich in Deinem Alter erschrocken."

Wenn wir meinen, daß die Fähigkeit zum NEIN-sagen für das Kind wichtig ist, dann müssen wir auch froh sein, wenn sich diese Fähigkeit in der Therapie zeigt und sich das Kind angemessen gegen den Therapeuten wehrt.

Wesentlich kann sein, den irritierten Kindern und Jugendlichen altersgemäße Informationen über sexuelles Verhalten von Gleichaltrigen, Erwachsenen und zwischen Erwachsenen und Kindern zu geben, ohne dabei direkten Bezug auf die Geschichte der Kinder zu nehmen. Also das, was häufig nicht oder pervers in den Familien gelaufen ist, nämlich eine normale Sexualerziehung, ein Stück nachzuholen.

Bei all dem ist wichtig, Etikettieren zu vermeiden und im Dialog mit dem Kind oder Jugendlichen und seiner Umgebung zu bleiben. Und für die

eigene Psychohygiene und für die Eindeutigkeit im Dialog ist es sehr hilfreich, Wahrnehmungen und Vermutungen deutlich zu trennen.

Es würde den therapeutischen Prozeß ungünstig beeinflussen, wenn man so tun würde, als ob es egal sei, ob man ein männlicher oder ein weiblicher Therapeut ist. Die Auseinandersetzung des mißbrauchten Kindes mit der sexuellen Identität des/r Therapeuten/in ist notwendiger Bestandteil der Therapie. Verleugnet der/die TherapeutIn die Bedeutung des eigenen Geschlechts für sein Leben, so kann er dem mißbrauchten Kind nicht helfen, seine Geschlechtsrollenidentität zu heilen.

Anmerkungen

1) siehe auch Besser, L. (1993): Zerbrechende Seelen, fürs Leben geschädigt. Ergotherapie & Rehabilitation; a 32: 503-514

2) Draijer, N. (1990): Die Rolle von sexuellem Mißbrauch und körperlicher Mißhandlung in der Ätiologie psychischer Störungen bei Frauen. System Familie

3) Mütther, M.; Kluck, M.L. (1992): Vom Mißbrauch des Mißbrauchs. Bedingungen und Probleme einer psychologischen Diagnostik. Sozialmagazin 1992; 17:13-20

4) Levold, T.; Wedekind, E.; Georgi, H. (1990): Familienorientierte Behandlungsstrategien bei Inzest, System Familie

5) Finkelhor, D.; Browne, A. (1985): The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization, Amer. J. Orthopsychiat 55:530-41

6) Goldman, S.J.; D'Angelo, E.J.; DeMaso, D.R.; Mezzacappa, E. (1992): Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder, Am. J. Psychiatry 149:1723-6

7) Weber, M.; Kibben, S. (1991): Was stimmt da nicht? Sexueller Mißbrauch: Wahrnehmen und Handeln, MAGS NRW 1991

8) Braun, G. (1989) Ich sag' NEIN. Arbeitsmaterialien gegen sexuellen Mißbrauch an Mädchen und Jungen, Mülheim

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Dipl.-Psych. Jürgen Junglas
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie, Abteilungsarzt
Rheinische Landeslinik Bonn
Abt. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie
Kaiser-Karl-Ring 20
53111 Bonn

Kayser / Schanz / von Rotberg: Objektbeziehungen und Ergotherapie

Aus der "Neuen Reihe Ergotherapie",
Reihe 1: Fachbereich Psychiatrie, Bd. 1,
52 Seiten, 3. Auflage 1993,
Bestell-Nr. 1044, DM/sFr 13,00 / öS 91,00

Zu beziehen ist dieses Buch über den
Schulz-Kirchner Verlag
Postfach 9 • D-65505 Idstein

Bitte beachten Sie die Bestellkarte
in der Heftmitte!