PSYCHOMOTORIK

Jan Volmer

Bewegt ins Gleichgewicht

Misshandelte und missbrauchte Jungen in psychomotorischer Therapie

ERV reinhardt

reinhardt

Jan Volmer

Bewegt ins Gleichgewicht

Misshandelte und missbrauchte Jungen in psychomotorischer Therapie

Mit 8 Abbildungen und 2 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Dr. phil. Jan Volmer, Dipl.-Päd., Systemischer Therapeut und Berater (SG), ist als pädagogischer Leiter am Psychotherapeutischen Zentrum Bad Mergentheim/Fachklinik für Traumatherapie sowie als wissenschaftlicher Leiter der Akademie Bad Mergentheim tätig.

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.
ISBN 978-3-497-02405-6 (Print)
ISBN 978-3-497-60133-2 (E-Book)

© 2013 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany
Cover unter Verwendung eines Fotos von ©istockphoto.com/Vladimir Dostalek
Fotos im Innenteil von Zechenblüte, Gabriele Klaes
Satz: Rist Satz & Druck GmbH, 85304 Ilmmünster

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München
Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Einleitung 7

1 Traumatisierung bei Jungen als Folge von Misshandlung und Missbrauch 11
1.1 Wann wird aus einem kritischen Lebensereignis ein Trauma? . . 11
1.2 Welche Typen von Traumata lassen sich unterscheiden? 14
1.3 Woran erkennt man ein Trauma? 16
1.4 Sexuell missbrauchte und körperlich misshandelte Kinder 17
Sexueller Missbrauch 17
Körperliche Misshandlung 20
Kindesmisshandlung als Bindungstrauma 21
1.5 Traumatisierte Jungen 22
Sexuell missbrauchte Jungen 24
Misshandelte und missbrauchte Jungen – vom Opfer zum Täter? 25
1.6 Wie drückt sich eine Traumatisierung körperlich aus? 26
Körpererfahrungen traumatisierter Kinder 28
Körperrepräsentanzen traumatisierter Kinder 32
1.7 Traumatherapie 34
Die vier Phasen der Traumatherapie 35
Traumatherapeutische Verfahren bei Kindern 39
Therapie nach Missbrauch und Misshandlung 40

2 Psychomotorische Therapie mit misshandelten und missbrauchten Jungen 41
2.1 Allgemeine Leitgedanken für die Therapie 41
2.2 Körper- und bewegungsspezifische Leitgedanken für die Therapie 43
2.3 Warum ist eine psychomotorische Therapie für misshandelte und missbrauchte Jungen sinnvoll? 46

3 Rahmenbedingungen der psychomotorischen Therapie 49
3.1 Therapiesetting 49
3.2 Therapierahmen 51
Dauer 52
Räume 52
Therapeuten 52
Ablauf 53

Strukturierungsgrad ... 54
Regeln ... 55
Selbstbestimmung der Kinder ... 55
3.3 Therapieprinzipien ... 56
Das Prinzip Selbstorganisation ... 57
Das bipolare Prinzip ... 57
Das emotionsregulatorische Prinzip ... 58

4 Von der Diagnostik zur Therapieplanung und -dokumentation .. 60
4.1 Diagnostik ... 60
Psychodynamisch orientierte Diagnostik ... 60
Qualitative körper- und bewegungsbezogene Diagnostik ... 62
Ein Fallbeispiel ... 68
4.2 Therapieplanung: Festlegen von Therapiezielen ... 72
4.3 Dokumentation und Prozessdiagnostik ... 74

5 Themen und Inhalte der psychomotorischen Therapie bei misshandelten und missbrauchten Jungen ... 77
5.1 Bindung ... 80
Die therapeutische Beziehung ... 80
Korrigierende Beziehungserfahrungen in der psychomotorischen Therapie ... 86
Wie erkennt man korrigierende Beziehungserfahrungen? ... 91
5.2 Macht und Ohnmacht ... 92
Psychomotorische Wege aus der Macht-/Ohnmacht-Falle ... 94
Wie erkennt man sich verflüssigende Machtkonflikte? ... 100
5.3 Selbstwert ... 101
Selbstwertsteigernde Erfahrungen in psychomotorischer Therapie ... 101
Wie erkennt man ein gesteigertes Selbstwertgefühl? ... 105
5.4 Impulssteuerung ... 106
Das Erlernen von Selbstregulation in der psychomotorischen Therapie ... 107
Wie erkennt man verbesserte Fähigkeiten zur Impulssteuerung? ... 111
5.5 Körperlichkeit und Sexualität ... 111
Korrigierende Körpererfahrungen in der psychomotorischen Therapie ... 112
Angemessenheit und Taktgefühl ... 115
Wie erkennt man korrigierende Körpererfahrungen? ... 119

6 Schlussbemerkungen und Literaturempfehlungen ... 121

Literatur ... 124
Sachregister ... 130

Einleitung

Es gibt Situationen, da gerät dieWelt aus den Fugen. Körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch sind solche Erschütterungen, die das Leben von Betroffenen aus dem Gleichgewicht bringen können. Dieser Verlust der inneren Balance zeigt sich meistens auch körperlich: im Gewand eines extrem hohen oder sehr niedrigen körperlichen Spannungspegels, in vegetativer Unter- oder Übererregung, in starker motorischer Aktivität oder in Leblosigkeit. Die Gewalt wirkt nicht nur im Moment des Widerfahrens auf den Menschen ein, sondern sie breitet sich über das gesamte Erleben aus: sie beeinflusst das Selbstbild, beeinträchtigt die Fähigkeit zur Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, führt zu Störungen des Körpergefühls. Was den misshandelten und missbrauchten Kindern verloren geht, ist das normale Maß, die heilsame Mitte.

Jungen als Opfer sexuellen Missbrauchs und körperlicher Misshandlung galten in der öffentlichen Wahrnehmung lange Zeit als seltene Randphänomene. Erst als im Januar 2010 die ersten Missbrauchsfälle u. a. in Einrichtungen der katholischen Kirche publik wurden, drangen sie vermehrt in das gesellschaftliche Bewusstsein. Die Debatte begann mit dem Bekanntwerden der Verdachtsfälle in einem katholischen Elitegymnasium in Berlin, der Skandal erreichte wenig später u. a. auch das Kinder- und Jugendhilfezentrum St. Josef im bayerischen Schrobenhausen, in dem der spätere Augsburger Bischof Walter Mixa Schüler geschlagen haben soll. Mixa hatte zuvor sexuellen Missbrauch als „abscheuliche Verbrechen“ gekennzeichnet, an denen die „sexuelle Revolution sicher nicht unschuldig“ sei (fr-online.de 2010). Aussagen wie diese führten die Diskussion schnell in die Polaritäten von Moral und Amoral, Wahrheit und Lüge sowie in Dimensionen von Schuld und Sühne. Eine sachliche und differenzierte Auseinandersetzung mit dieser komplexen Thematik war kaum möglich.

In dieser Zeit begann auch das öffentliche Erinnern. Nur: Warum setzte die öffentliche Debatte über den sexuellen Missbrauch so spät ein? Unter dem Titel „Sprachloses Kind“ deutet der Schriftsteller und Pädagoge Bodo Kirchhoff das lange Schweigen Betroffener als Sprachnot:

> *„Und lieber behält man intimen Schmutz für sich, als sich einer schmutzgierigen Welt auszusetzen, die sich nur respektlos erschüttert zeigt" (Kirchhoff 2010, 150).*

Der französische Buchautor Olivier Ka hat dieses Schweigen nicht länger ausgehalten und seine Missbrauchserfahrungen mithilfe eines befreundeten Zeichners in einem autobiografischen Comic (Ka/Alfred 2006) bearbeitet: „Warum ich Pater Pierre getötet habe" (frz. Original-Titel: „Pourquoi j'ai tué padre Pierre") handelt von der Lebensgeschichte eines Jungen, der als 12-Jähriger von einem Priester missbraucht und Zeit seines Lebens von den Geschehnissen eingeholt wird.

Als seine eigene Tochter zwölf Jahre alt wird, entwickelt er zunehmend psychosomatische Symptome und beschließt, selbst mittlerweile 35 Jahre alt, seine Geschichte aufzuschreiben: „Ich grabe, ich wühle, ich spucke alles aus" (Ka/Alfred 2006, 84). Wie Ka hat auch Kirchhoff sich dafür entschieden, seine Missbrauchserfahrungen als Schüler der evangelischen Internatsschule Gaienhofen mitzuteilen:

> *„Wer ein sexuelles Schicksal hat – mehr als eine sexuelle Biografie, der muss früher oder später davon erzählen, um nicht kindisch darin zu verharren" (Kirchhoff 2010, 151).*

Die aktuelle öffentliche Aufarbeitung der Skandale suggeriert eine große zeitliche Distanz zu den Missbrauchsfällen. Tatsächlich ist das Phänomen jedoch bis heute aktuell, wie der Blick in kinderpsychiatrische Kliniken und in Einrichtungen der Jugendhilfe zeigt. Auch mein persönlicher Zugang zu der Thematik ergibt sich aus der praktischen Tätigkeit in diesen Berufsfeldern. Seit dem Beginn meines Arbeitslebens 1993 in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie habe ich in verschiedenen medizinischen und pädagogischen Einrichtungen viele sexuell missbrauchte und körperlich misshandelte Jungen kennengelernt. Auch dort sprachen die Kinder selten explizit über ihre missbräuchlichen Erfahrungen. Meistens traf man auf eine „Mauer des Schweigens", wie Bange (2007) sein Buch über den sexuellen Missbrauch an Jungen untertitelt. Aber schweigen die Kinder wirklich?

> *„Keinem der Betroffenen sieht man an, wie viel in ihm kaputt ist, welchen Umfang das Sprachloch hat; jeder hat seine Scheinsprache entwickelt, um mit sich und der Welt klarzukommen" (Kirchhoff 2010, 151).*

Mit zunehmender Erfahrung und mit der Bereitschaft, mich auf die Not der Kinder einzulassen, lernte ich die „Scheinsprache“ zu decodieren: Das Kind, das keine Berührung zulassen mochte; das Kind, das sich selbst öffentlich stimulierte; das Kind, das den Kontakt mit Blicken, Gesten und Worten erotisierte; das Kind, das anderen Kindern gegenüber sexuell übergriffig war; das Kind, in dessen Zeichnungen immer wieder symbolisierte Geschlechtsteile auftauchten; das Kind, das sich verpanzerte; das Kind, das bei Themen mit sexueller Färbung sofort in eine hohe Erregung geriet – diese Kinder drückten ihr Erleben über ihren Körper aus und erzählten darüber ihre Geschichten. Viele kamen aufgrund körperlicher Auffälligkeiten in Behandlung, für die keine organischen Ursachen gefunden wurden. Sie klagten über Bauchschmerzen, waren hyperaktiv, nässten oder koteten ein, waren anorektisch oder adipös, viele zeigten selbstverletzendes Verhalten.

Der Körper ist der Ort, an dem sich das Unrecht zugetragen hat, dort sind die Erfahrungen gespeichert und dort arbeiten sie im „Untergrund“ weiter, wo sie „als verdrängte Anteile der Charakterstruktur ihren Einfluß auf das Verhalten des Menschen“ (Hammer 1995, 151) ausüben. Die missbräuchlichen Körpererfahrungen lassen sich nicht abstreifen wie eine zweite Haut, sie sind tief eingegraben in den Zellen des Körpers und werden damit unweigerlich zum Teil der Lebensgeschichte.

Die Auffälligkeiten missbrauchter und misshandelter Kinder beschränken sich jedoch nicht auf die körperliche Ebene, sondern manifestieren sich auch in ihren Beziehungsmustern. Im Stationsalltag konnte ich wiederholt beobachten, dass die Kinder ihre traumatischen Erlebnisse entweder umkehrten und ihrerseits „Täter“-Verhalten zeigten oder sie weitere Übergriffe erlebten und in einer „Opferrolle“ verharrten. Die Bezeichnung „Opfer“ ist unter Jugendlichen mittlerweile ein gebräuchliches Schimpfwort, mit dem gedankenlos, schadenfroh oder verächtlich jene tituliert werden, denen Leid geschieht oder die Anzeichen von Schwäche zeigen. „Opfersein“ steht für Hilflosigkeit und Ohnmacht, jene traumatischen Gefühle, die nicht auszuhalten sind und die um jeden Preis abgewehrt werden müssen. Das gilt für Jungen zusätzlich, da diese Gefühle nicht mit den traditionellen Anforderungen der männlichen Geschlechterrolle übereinstimmen. Auch der missbrauchte oder misshandelte Junge will nicht „schwach“ sein, er möchte zu den „Starken“ gehören, denen nichts Leidvolles mehr widerfahren kann. Da er es am eigenen Leib so erfahren und gelernt hat, zieht er seine Stärke vielleicht aus der Erniedrigung anderer und gibt sein Trauma nur weiter, statt es zu verarbeiten.

Diesen – vereinfacht und prototypisch dargestellten – Teufelskreis zu durchbrechen, sollte das übergeordnete Ziel der therapeutischen Arbeit mit misshandelten und missbrauchten Jungen sein. Das vorliegende Buch soll zeigen, wie dies im Rahmen einer psychomotorischen Arbeitsweise bei fünf- bis zwölfjährigen Jungen gelingen kann.

Das Buch richtet sich an Psychomotorik-Therapeuten und Motopäden, die in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfeeinrichtungen, Beratungsstellen oder in psychomotorischen und heilpädagogischen Praxen tätig sind ebenso wie an Kinder- und Jugendlichentherapeuten, die den Körper und die Bewegung in die traumazentrierte Psychotherapie einbeziehen möchten.

Würzburg, im Februar 2013
Jan Volmer

1 Traumatisierung bei Jungen als Folge von Misshandlung und Missbrauch

Der Begriff „Trauma" (griechisch: Verletzung, Wunde) stammt ursprünglich aus der Chirurgie und bezeichnet die Schädigung oder Verwundung des Körpers durch äußere Einflüsse. In Abgrenzung dazu beschäftigt sich die Psychotraumatologie mit den seelischen Verletzungen.

Inzwischen hat der Begriff des Traumas längst Eingang in den alltäglichen Sprachgebrauch gefunden. Seine geradezu inflationäre Verwendung zur Beschreibung negativer Lebensereignisse hat dazu geführt, dass die Bedeutung tatsächlicher traumatischer Erfahrungen verharmlost, schlimmstenfalls sogar in Abrede gestellt wird. **Was unterscheidet ein negatives Lebensereignis von einem Trauma?** Eine wissenschaftlich anerkannte und oft zitierte Definition stammt von Fischer und Riedesser.

Definition

Ein **Trauma** ist ein „vitales Diskrepanzerleben 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" (Fischer/Riedesser 2009, 84).

„Ein Trauma ist also kein objektives, immer pathologisch wirksames Ereignis, sondern „eine Erfahrung, die aufgrund der persönlichen Interpretation des Opfers und seines Entwicklungsstandes sowie seiner konstitutionellen Voraussetzungen überwältigend ist" (Streek-Fischer 2005, 92).

Das wirft die Frage auf, unter welchen Umständen ein kritisches Lebensereignis zu einem Trauma wird und wie sich daraus ein pathologisches Verhalten entwickelt.

1.1 Wann wird aus einem kritischen Lebensereignis ein Trauma?

Die Folgen von Gewalteinwirkungen, Grenzüberschreitungen und anderen seelischen Erschütterungen für die psychische Entwicklung richten sich maßgeblich nach den vorhandenen Risiko- und Schutz-

Tab. 1: Risiko- und Schutzfaktoren

Schutzfaktoren	Risikofaktoren
■ dauerhafte gute Beziehung zu mind. einer Bezugsperson ■ sicheres Bindungsverhalten ■ Großfamilie ■ überdurchschnittliche Intelligenz ■ robustes, aktives Temperament ■ internale Kontrollüberzeugungen ■ soziale Förderung	■ niedriger sozialökonomischer Status ■ Arbeitslosigkeit der Eltern ■ außerfamiliäre Unterbringung ■ chronische Disharmonie ■ unsicheres Bindungsverhalten ■ Scheidung/Trennung der Eltern ■ chronische Krankheiten in der Familie ■ Jungen vulnerabler in Kindheit ■ Mädchen vulnerabler in der Adoleszenz

faktoren. Aus einer Vielzahl von Längsschnittstudien und retrospektiven Querschnittstudien konnte schließlich folgende Formel abgeleitet werden:

> *„Je mehr Risikofaktoren auftreten, desto mehr Schutzfaktoren werden als Gegengewicht benötigt, um eine positive Entwicklung einzuschlagen" (Egle/Hoffmann 2000, 6).*

Tabelle 1 gibt zusammenfassend einen Überblick über die wichtigsten und empirisch nachgewiesenen Risiko- und Schutzfaktoren (Tab. 1).

Die Wucht, mit der eine potenziell traumatisierende Situation einen Menschen trifft, ist nicht nur von den Risiko- und Schutzfaktoren und dem Ausmaß der Traumatisierung, sondern ferner von dem Entwicklungsstadium, in dem sich der Betroffene befindet, abhängig:

> *„Was für ein Kleinkind traumatisierend sein kann, z.B. die abrupte, längerfristige Trennung von zentralen Bezugspersonen, ist für einen Adoleszenten zu bewältigen; was einen Jugendlichen schwer erschüttern kann, z.B. Zeuge eines Massakers zu werden, ist für einen Säugling nicht belastend, sondern fällt, weil er das Geschehen noch nicht kognitiv erfassen kann, ins ‚affektive Nichts'" (Riedesser et al. 2007, 280).*

Für das Verständnis der Schwere der Belastung nach kritischen Lebensereignissen sind neben den individuellen Voraussetzungen des Opfers jedoch auch die Ereignisse selbst von Bedeutung.

In einer traumatischen Situation wird der Mensch mit einem extremen äußeren Stressor (Gewalt, Lebensbedrohung) konfrontiert. Es kommt dabei zu einer Überflutung mit aversiven, also „feindlichen" Reizen, die das Stammhirn in Millisekunden beantworten muss. Ein „Umweg" über das Großhirn, wo im Nicht-Notfall Informationen verarbeitet und Entscheidungen getroffen werden, würde zu lange dauern und womöglich eine vitale Gefährdung bedeuten. Zwei vom Stammhirn gesteuerte Notfallinstinkte, mit denen der Organismus auf eine äußere Bedrohung reagiert, sind der „Kampf" (fight) und das „Fliehen" (flight). Bei einer dritten Notfallreaktion, der „Täuschung", versucht die angegriffene Person, die Bedrohung abzuwehren oder zu entschärfen, indem sie durch übertriebene Freundlichkeit oder Unterwürfigkeit beim Aggressor eine „Beißhemmung" auslöst – vergleichbar mit einem kleinen Welpen, der sich auf den Rücken wirft und sich dem bedrohenden ausgewachsenen Hund fiepsend ausliefert (Weinberg 2006, 30). Gelingt es, sich über den einen oder den anderen Weg aus der Situation zu befreien und die Bedrohung abzuwenden, wird die Erfahrung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht als Trauma gespeichert. Stehen dem Betroffenen diese Möglichkeiten aufgrund situativer oder personaler Bedingungen jedoch nicht zur Verfügung, bleibt als letzter Ausweg das „Einfrieren" (freeze). Beim „Einfrieren" wird versucht, sich durch „geistiges Wegtreten" von den überwältigenden Gefühlen zu entfremden.

> *„Es ist, als wenn das Gehirn sich sagt: Ich bringe den Organismus nicht erfolgreich aus der Situation heraus, und ich kann den aggressiven Impuls nicht äußerlich niederringen – also muss ich genau dies intern tun: Ich mache den aggressiven Reiz unschädlich und erlaube dem Organismus, sich innerlich davon zu distanzieren" (Huber 2005 a, 43).*

In dem Augenblick, in dem die Lähmung eintritt und innerlich alles erstarrt, wird das Ereignis zum Trauma.

Definition

Dissoziation

Dissoziation kommt als Überlebensstrategie in unerträglichen Lebenssituationen zum Einsatz. Sie bezeichnet den teilweisen oder völligen Verlust des Empfindens und der Wahrnehmung. Die Körperempfindungen werden abgespalten. Der Strom des Bewusstseins wird unterbrochen, wodurch das Erinnerungsvermögen schwer beein-

trächtigt wird. Vereinzelt sind später Erinnerungsfragmente verfügbar, doch kann keine zusammenhängende Geschichte über das Ereignis erzählt werden. Traumatisierte Menschen sind aus diesem Grund in der Regel zutiefst verunsichert, ob ihnen das Trauma „wirklich passiert" ist oder ob sie sich das nicht doch „nur einbilden". Wird Dissoziation als Möglichkeit erkannt, emotional unerträgliche Wahrnehmungen und Erfahrungen zu bewältigen, kann sich diese Bewältigungsstrategie dauerhaft verfestigen. Streek-Fischer (2002) hat dafür den Begriff der „Seelenblindheit" geprägt: Viele traumatisierte Menschen verfügen über die Fähigkeit, sich trotz schwerer Traumata scheinbar unauffällig zu entwickeln. Sie haben das Leiden dissoziiert und funktionieren vordergründig perfekt, sind aber „seelisch abgetaucht" (Weinberg 2006, 107) und lassen sich nur schwer erreichen. Dieses auch als „numbing" (Gefühlstaubheit) bezeichnete Verhalten hat den Sinn, den Organismus vor einer erneuten Überwältigung durch innere und äußere Reize zu schützen.

Das Kämpfen, Fliehen, Täuschen und Einfrieren sind unmittelbare Traumareaktionen. Es handelt sich um Notfall-Bewältigungsstrategien für unerträgliche Lebenssituationen. Bleiben diese unverarbeitet, können sich die akuten Traumareaktionen chronifizieren und zu Traumaschemata weiterentwickeln, d. h., die in der Notsituation genutzten Bewältigungsstrategien werden zu Strategien, die sich über weite Teile des gesamten Lebens ausbreiten.

Die Folgen traumatischer Erfahrungen werden im Allgemeinen differenziert nach:

- akuten Belastungsreaktionen, die im unmittelbaren Anschluss an die Traumasituation auftreten (Kurzzeitfolgen),
- Anpassungs- und posttraumatischen Belastungsstörungen (Mittel- bis Langzeitfolgen) und
- andauernden Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung (Langzeitfolgen).

1.2 Welche Typen von Traumata lassen sich unterscheiden?

Von der amerikanischen Psychiaterin Leonore Terr (1991) stammt die Differenzierung zwischen Typ I- und Typ II-Traumata: Menschen können demnach durch ein einmaliges Ereignis (Typ I: „Schocktrau-

Tab. 2: Klassifikation traumatischer Ereignisse (nach Weinberg 2006, 23)

Ursache		einmalig	anhaltend
Naturkatastrophen		z.B. Erdbeben, Überschwemmung	daraus resultierender Heimatverlust und Verarmung
„Man-made Disaster“	identifikationsferne Menschen	z.B. ein Überfall durch fremde Soldaten	z.B. daraus resultierende Vertreibung
	identifikationsnahe Menschen	Bedrohung bzw. Übergriff durch vertraute Menschen, durch Familienangehörige, durch Mutter oder Vater	Misshandlung, Missbrauch oder seelische Grausamkeit im sozialen Nahfeld, in der Familie, durch Mutter oder Vater

ma“) oder durch wiederholte oder oft sogar vorhersehbare Geschehnisse (Typ II) traumatisiert werden. Ferner wird zwischen „man-made disasters“ (von Menschen hervorgerufene Katastrophen) und „natural disasters“ (Naturkatastrophen) unterschieden. Riedesser (2006) stuft das Traumatisierungspotenzial der verschiedenartigen Erlebnisse wie folgt ein:

> *„[…] von Menschen verschuldete Unfälle haben ein höheres Potential, ein Kind seelisch zu verletzen, als Naturkatastrophen, jedoch ein geringeres als Kriegsgreuel oder Aggressivität oder Mißbrauch innerhalb der Familie“ (Riedesser 2006, 161).*

Weinberg (2006, 23) hat die in Tab. 2 dargestellte Klassifikation traumatischer Ereignisse vorgenommen:

Körperliche und seelische Verletzungen, die Kindern von ihren Eltern oder engen Bezugspersonen zugefügt werden, sind demnach besonders schwerwiegend. Dies ist auch der Zusammenfassung von Huber (2005 a, 75) zu entnehmen: Äußerst schwere Traumareaktionen sind ihr zufolge zu erwarten nach Ereignissen und Bedingungen,