

Inhalt

Editorial:

Fragen zur Identität 2

Neue Identitäten, alte Probleme

Krisen des Selbstgefühls in der verunsicherten Gegenwart

Peter Conzen 5

Transgender-Jugendliche: neue Entwicklungen

Bernd Meyenburg, Volker Langhirt 24

Richter Gnadenlos – Abbild von Gewalt und Aggression

Beate Steiner 52

Rezension

Beate Steiner:

Beziehungstraumatisierungen aus der Kindheit mit Imaginationen behandeln

Franz Wienand 76

„KJP am Bodensee“ 2022 – eine Erfolgsgeschichte wird fortgesetzt

Franz Wienand 83

Kolumne

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik 88

Hinweise für Autor*innen 90

Beitrittserklärung 92

forum Abonnement 93

Anzeigen 94

Media Daten 103

Impressum 104

Editorial

Fragen zur Identität

Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen,
liebe Leserinnen und liebe Leser,

Sie halten nun das letzte Heft des Jahrgangs 2022 des Forum in Ihren Händen. Das Thema Identität stellt einen Schwerpunkt dieser Ausgabe dar.

Weihnachten liegt hinter uns, das neue Jahr hat schon begonnen. Weihnachten - das Fest der Familie. Wir feiern die Geburt eines Menschenkindes, egal ob wir uns als religiös bezeichnen würden oder nicht, ob als Christen, Juden, Muslime, Buddhisten. Letztendlich wissen wir nichts über die Geburt und die Kindheit von Jesus. Die erste Erwähnung von Jesus findet sich in der Bibel in einem Bericht aus dem Tempel, Jesus soll damals ca. 12 Jahre alt gewesen sein. Dennoch prägt die Geburtsgeschichte dieses Kindes, dieses Menschen das Leben vieler Menschen in der ganzen Welt. Das Leben Jesu ist wohl *identitätsstiftend*. Um die Geburt von Jesus ranken sich Legenden, um Jesus als Nachkomme aus dem „Stamme Davids“ zuzuordnen, also die ihm im Alten Testament zugeschriebene *Identität* zu geben, wird Betlehem als Geburtsort genannt, historisch gesichert ist dies aber nicht.

Die Identität (lat. *identitas, idem*) umschreibt die Gesamtheit der Besonderheiten eines Individuums, welche es wiederum von dem Anderen unterscheidet. Mit dem Konzept der Identität werden also neben den Gemeinsamkeiten auch Unterschiede erfasst, die Diversität bzw. die Möglichkeit zu diskriminieren. Wenn sich zwei Dinge gleichen, sind sie *identisch*. Das kann man sich beim Menschen nicht vorstellen, selbst eineiige Zwillinge (*identical twins*) unterscheiden sich in vielem. Wir arbeiten mit Kindern und Jugendlichen als Individuen, wir bemühen uns um eine individuelle Herangehensweise. Da wirkt das Thema Identität im Sinne einer Gruppenzugehörigkeit manchmal konträr. Jugendliche suchen nach einer Identität, nach Vorbildern, nach einer Gruppe, in der sie sich sicher fühlen. Neben der Autonomieentwicklung geht es also immer auch um die Suche und das Finden einer Identität in einem Spannungsfeld von Zugehörigkeit in einer Gruppe.

Das Thema Identität ist ebenfalls präsent in Kunst und Literatur, es ist kein neues Thema. Die Suche nach der oder zumindest einer Identität ist das Thema vieler Bücher: „Stiller“ von Max Frisch oder Hermann Hesse „Steppenwolf“. Aber auch in der modernen Kunst hat bspw. David Bowie mit seiner Identität gespielt, er hat immer wieder die Grenzen zwischen den Geschlechtern eingerissen. Geprägt hat das Thema Geschlechtsidentität auch die Kindheit von Rainer Maria Rilke, der als Mädchen erzogen wurde und erst als junger Mann einen reifen Zugang zu seinen männlichen Anteilen bzw. mehr noch zu sich als Mann fand. Übrigens mit Unterstützung durch Lou Andreas-Salome, seiner damaligen Geliebten. Heute wäre Rilke vielleicht (unfreiwillig) ein Trans-Kid?

Sie finden in der Ausgabe 4-2022 des Forum verschiedene Beiträge, die sich mit dem Thema Identität auseinandersetzen. Im ersten Beitrag gibt Peter Conzen einen Überblick über verschiedene Aspekte der Identitätsentwicklung, die psychische ebenso wie die körperliche Entwicklung betreffend, Identität in Familie und Partnerschaft, Gesellschaft, Schule, Arbeit und Beruf. Auch Fragen der psychosexuellen Entwicklung und Trans-Identität lässt der Autor nicht aus. Peter Conzen hat dabei die Rolle der Familie, der modernen Gesellschaft und Medien genau im Blick.

Peter Conzen beschäftigt sich seit vielen Jahren mit diesem Thema, er hat viel über Leben und Wirken von Erik Erikson geforscht. Auch bei Erik Erikson gibt es einen persönlichen, biografischen Bezug zum Thema Identität, er hat zeit seines Lebens nach seinem Vater gefragt, die Mutter hat ihm dieses Wissen selbst im hohen Alter vorenthalten. Erikson löst das Problem auf seine Weise - in einer äußerst produktiven, wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema und letztendlich mit der Wahl seines Nachnamens: er nannte sich Erikson „Sohn des Erik“.

Bernd Meyenburg und Volker Langhirt widmen sich einem besonderen Aspekt des Themas, der Auseinandersetzung mit der Geschlechtsentwicklung, der Transidentität. Die Autoren geben Einblick in den aktuellen Stand der Forschung, nennen die besonderen, z.T. neuen und noch ungewohnten Begriffe und zeigen an Fallbeispielen die besonderen Konditionen auf, die notwendig sind in der Therapie mit transidenten Jugendlichen. Beide Autoren arbeiten seit vielen Jahren mit Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsdysphorie und Transidentitätsentwicklung. Meyenburg und Langhirt appellieren daran, dass wir uns mehr mit dem Thema auseinandersetzen, sie haben mit diesem Beitrag einen sehr wichtigen und guten Schritt getan und wir hoffen, Sie als Leser und Leserinnen mitzunehmen auf diesem Weg.

Auf ganz andere Weise nähert sich Beate Steiner dem Thema Identität. Sie berichtet in ihrem Beitrag von ihrer psychotherapeutischen Arbeit mit geleiteten Imaginationen, der KIPT. Es geht dabei um die Auswirkung von Gewalt und Aggressionen auf die innerpsychische Entwicklung, auf die Ausbildung eines „Täter-Introjektes“ als innerer „Richter Gnadenlos“, welcher zu einem Teil der Identität werden kann. Mithilfe geleiteter Imaginationen kann eine Auseinandersetzung mit inneren Repräsentanzen angeregt werden, die Patienten können sich eine Geschichte ausdenken und einen neuen Blick auf ihre Identität gewinnen.

Passend zu diesem Beitrag rezensiert Franz Wienand für uns das Buch von Beate Steiner „Beziehungstraumatisierungen aus der Kindheit mit Imaginationen behandeln“ – lesen Sie selbst.

Weiterhin freuen wir uns, Sie mitzunehmen auf eine Rückschau auf die Tagung „KJP am Bodensee“ in einer Rezension von Franz Wienand. Beim Lesen dieses Beitrages werden Sie vielleicht auch Lust bekommen auf die nächsten Tagungen und Fortbildungen des BKJPP oder eben der Tagung des KIKT in Lindau am Bodensee.

Wir freuen uns über Ihr Interesse an einer spannenden Ausgabe des Forum für KJPPP.

Annegret Brauer

Neue Identitäten, alte Probleme Krisen des Selbstgefühls in der verunsicherten Gegenwart

Peter Conzen

Zusammenfassung

Die verunsicherte, krisenhafte, bedrohte Identität beschäftigt zunehmend Beratung und Psychotherapie und ist ebenso zum Gegenstand teils heftiger gesellschaftlicher Gegensätze und politischer Kontroversen geworden. Dieser Aufsatz behandelt Schwierigkeiten, in einer immer komplexeren, sich in raschem Wandlungstempo befindlichen Welt einen subjektiven Standpunkt, ein kohärentes Selbst zu finden. Die oft undifferenziert und schlagwortartig gebrauchten Ausdrücke Identitätskrise und Identitätsverwirrung werden deutlicher von Zuständen der Identitätsverunsicherung abgegrenzt. Typische Fragen der privaten, beruflichen, geschlechtlichen oder politisch-weltanschaulichen Identitätsfindung werden erörtert, die Gefahren zu diffuser oder zu resistenter Identität aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Identität, Psychotherapie, kohärentes Selbst

Summary:

The insecure, crisis-ridden, threatened identity is increasingly preoccupying counseling and psychotherapy, and has likewise become the subject of sometimes fierce social antagonism and political controversy. This essay addresses difficulties in finding a subjective point of view, a coherent self, in an increasingly complex world undergoing rapid change. The often undifferentiated and buzzword-like expressions identity crisis and identity confusion are more clearly distinguished from states of identity insecurity. Typical questions of private, professional, gender or political-ideological identity are discussed, and the dangers of too diffuse or too resistant identities are pointed out.

Keywords: identity, psychotherapy, coherent self

Einführung

Die nicht enden wollende Corona-Krise, die immer drängender sich abzeichnende Klimakatastrophe, nicht mehr für möglich gehaltene Kriegsszenarien in Europa, Sorge um die wirtschaftliche Zukunft – mehr und mehr Menschen beschleicht ein Unbehagen, das Zeitdiagnosen schon länger als Kehrseite postmodernen Leistungs- und Erfolgsstrebens beschwören: das Gefühl verunsicherter und bedrängter Identität. Im Schnellebigen, Überbordenden der digitalisierten und globalisierten Welt eine subjektive Verankerung, ein kohärentes Selbst zu finden, gestaltet sich in der Tat zu einer zunehmend anspruchsvollen Herausforderung. Noch nie hatte der einzelne so viele Möglichkeiten und Rechte, eigenständig zu wählen, wie, mit wem, wofür man leben will. Aber das Projekt einer selbst gestalteten Identität bringt ebenso neue Schwierigkeiten, Ängste und Krisen mit sich. Das „Erschöpfte Selbst“ (Ehrenberg 2004), die „Bedrängte Seele“ (Conzen 2017) - es wächst die Zahl an Menschen, die sich dem Druck zu Konkurrenz, Flexibilität, Beschleunigung und Selbstoptimierung nicht mehr gewachsen fühlen. Mehr und mehr verschwimmen die klassischen psychiatrischen Krankheitsbilder mit diffusen Gefühlen von Scham, Selbstzweifeln, Ohnmacht, Leere und Wut. Und mehr und mehr geht es in unserer täglichen Arbeit um Stützung und Klärung der verunsicherten und bedrängten Identität. Gleichzeitig beobachten wir in der Vielfalt gesellschaftlicher und politischer Konflikte einen immer stärkeren Trend zur Ideologisierung, Verengung und Verhärtung von Standpunkten und Überzeugungen. Und es muss beunruhigen, dass der ursprünglich emanzipatorische Begriff „Identität“ mittlerweile auch zum Fetisch für Rechtspopulisten geworden ist.

Was aber hat es mit dem Identitätsbegriff auf sich? Was ist eigentlich eine Identitätskrise, was unterscheidet Identitätsprobleme von normalen Alltagschwierigkeiten und Lebenskrisen? Dieser Aufsatz behandelt Identitätsprobleme in der verunsicherten Gegenwart, scheinbar moderne Themen, die aber immer wieder an uralte Menschheitsfragen rühren.

Identität – Identitätsentwicklung – Identitätsprobleme

Der ursprünglich aus der Philosophie stammende, auf höchste Exaktheit zielende Begriff „Identität“ hat in der wissenschaftlichen Diskussion eine verwirrende Bedeutungsvielfalt angenommen und ist zu einem der meist verwandten Modewörter der Populärpsychologie geworden. In unserem alltäglichen Erleben handelt es sich weniger um ein festes „Selbstbild“ oder

„Selbst-Konzept“ als um ein fließendes Gefühl. Erst wenn wir innehalten, uns fragen, wer wir sind, was denn das Dauerhafte und Charakteristische an uns ist, wird unsere Identität in ihren vielen Facetten und Widersprüchlichkeiten bewusster. Freilich sind die Urteile über die eigene Person oftmals recht stereotyp, schwankend und stimmungsabhängig. Die Psychoanalyse hat aufgezeigt, wie begrenzt, lückenhaft und durch unbewusste Abwehrmechanismen verzerrt menschliche Selbstwahrnehmung ist, wie sehr wir uns mitunter über- oder unterschätzen, unsere Schattenseiten verdrängen, wie wenig unser Ich „Herr im eigenen Haus ist“ (Freud 1916–17, S. 11). Und Soziologie, Bindungstheorie, Kulturanthropologie und intersubjektive Psychoanalyse haben deutlich gemacht, wie weitgehend unser Selbst- und Weltverständnis soziokulturell und historisch geprägt ist. Alles in uns ist sozial erworben, selbst unser Name, Kernelement unserer Identität, ist uns einst von anderen verliehen worden. Von Beginn an ist Identitätsfindung ein dialogischer Prozess der Auseinandersetzung mit einem sich stetig ausweitenden Kreis von Bezugspersonen, Gemeinschaften und Institutionen, bei denen wir Zugehörigkeit, Liebe und Anerkennung suchen, die uns stützen und stärken und ebenso in schwere Konflikte stürzen. Die Erfahrungen unseres Kindheitsmilieus, die Identifikationen mit Eltern und wichtigen Bezugspersonen, die Prägungen durch Lebensform und Geschichte von Heimat, Region, Volk und Kulturgemeinschaft, das alles sind quasi die „Bausteine“, aus denen wir in Adoleszenz und Spätadoleszenz allmählich ein eigenes Selbst-Profil, einen persönlichen Zukunftsentwurf formen.

Nie ist Identität indessen eine endgültige Errungenschaft, gleichsam ein fester „Besitz“. Auf jeder Entwicklungsstufe erleben wir uns verändert, sehen die Vergangenheit in anderem Licht, setzen uns neue Schwerpunkte und Ziele. Sich immer wieder neuen sozialen Umfeldern und Herausforderungen stellen, sich anpassen und gleichzeitig seine Individualität behaupten, im Wechsel des persönlichen und gesellschaftlichen Schicksals elastisch bleiben und dennoch ein Gefühl von Authentizität, Kohärenz und Kontinuität wahren – man könnte von einer ständigen, überwiegend von den unbewussten Ich-Funktionen geleisteten „Identitätsarbeit“, einem lebenslangen „Identitätsprozess“ sprechen. Solange dieser Prozess gut funktioniert, können wir uns innerlich bejahen, setzen uns aktiv mit unserer Umwelt auseinander, fühlen uns darin akzeptiert und aufgehoben. Ständig muss dieses, wie Erikson sagt, „vorbewusste psychosoziale Wohlbefinden“ (1981b, S. 147) gegen unbewusste Konflikte und äußeres Infragestellen verteidigt werden, geht in den Reibungen, Zäsuren und schmerzlichen Enttäuschungen des Lebens verloren, muss konsolidiert,

neu gefunden werden. Vieles, was unser Selbstkonzept irritiert, durcheinanderbringt, manche Bewährungsproben und Übergangssituationen des Lebens stellen meines Erachtens eher eine Identitätsverunsicherung dar. Von einer Identitätskrise sollte man erst dann sprechen, wenn schwere Verluste, Kränkungen, Schicksalsschläge oder Lebenssackgassen unser Selbst- und Weltbild über einen längeren Zeitraum massiv erschüttern, neue Herausforderungen, neue Entwicklungsphasen scheinbar nicht zu bewältigen, andauernde Diskriminierung und Entwertung nicht mehr verkraftbar erscheinen. Plötzliche Invalidität nach einem Schlaganfall, der Burn-Out inmitten scheinbar rastloser Leistungsfähigkeit, das Zerbrechen der als sicher geglaubten Partnerbeziehung, das Suchtproblem oder der Suizid des eigenen Kindes - etwas stürzt über uns herein, was unser bisheriges Lebenskonzept durcheinanderwirft. Wir empfinden uns in der Anfangsphase nicht mehr als „dieselben“, nicht mehr als Herr der Situation, verfallen in regressive Verhaltensweisen, in Misstrauen, Angst, Scham und Zweifel. Insbesondere nach schwerer Traumatisierung kann sich dies bis in das Erleben der „Identitätsverwirrung“ steigern, extreme Wut oder Panik, Gefühle des Betäubtseins, des Kontrollverlustes, der inneren Zersplitterung - Zustände, wie sie auch charakteristisch sind für psychotische Episoden, Drogenmissbrauch oder hirnorganische Erkrankungen.

Freilich sind die Übergänge vom Alltagsschmerz in die verunsicherte, krisenhafte, gar zersplitterte Identität - man denke beispielsweise an das Durchlaufen einer lebensbedrohlichen Erkrankung – oft schwer zu bestimmen, wechseln einander ab, gehen ineinander über (vgl. Filipp & Aymanns 2010). Gerade bei den Stimmungsschwankungen und unberechenbaren Reaktionen Jugendlicher dürfen wir nicht zu rasch in eine pathologisierende Sichtweise verfallen (vgl. Seiffge-Krenke 2020b). Identitätsprobleme sind nicht per se psychische Störungen, sondern gehören zum normalen Seelenleben, sind im Prinzip überwindbar, reversibel. Schritt für Schritt greifen Mechanismen der Krisenbewältigung. Die belastenden Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Trauer und Verlust weichen allmählich. Der Einzelne gewinnt Stück für Stück inneres Gleichgewicht, Initiative zurück, kann sich in der veränderten Lebenssituation zurechtfinden, hat aus Fehlern gelernt, setzt sich neue Ziele, kann unter Umständen der Krise im Nachhinein etwas Gutes abgewinnen.

Je mehr indessen die überfordernden äußeren Ereignisse unbewältigte Kindheitskonflikte und schlummernde Pathologien anrühren, je mehr der Betreffende womöglich auf mangelnde Hilfsbereitschaft, Gleichgültigkeit oder gar Ablehnung und Stigmatisierung stößt, desto eher greifen Spaltungsmechanismen, können Identitätskrisen in Rückzug und Resignation, in unter-

schiedlichste pathologische oder deviante Entwicklungspfade münden - im Extremfall, man denke an kriminelle Verhärtungen oder fanatische Radikalisierungen, bis hin zu Formen rachsüchtiger Identifizierung mit der negativen Identität. Bevor ich gar nichts wert bin, bin ich lieber etwas Abgelehntes, Böses.

Die Resilienzforschung zeigt andererseits, mit welcher unglaublicher Energie und beispiellosem Lebensmut selbst schwere Traumata angegangen und zum Teil bewältigt werden können. Indessen erweist sich, nüchtern betrachtet, die Vorstellung der Krise als Bewährungs- und Reifungspotenzial oftmals eher als Wunschdenken denn als empirisch feststellbare Realität. Nach der so genannten Akzentuierungstheorie von Caspi und Moffit (1993) sehen sich Menschen nach Überwindung der belastenden Lebenssituation meist in ihrem bisherigen Selbst- und Weltbild eher bestätigt, machen so weiter wie bisher, verfallen womöglich – etwa nach einer schweren Krankheit – erneut in die alten selbstschädigenden Muster. Die erneute Festigung der Macht Assads, die Rückkehr der Taliban-Herrschaft – ähnliches scheint tragischerweise mitunter auch für kollektive Identitätskrisen und historische Tragödien zu gelten.

Identitätsbildung in Zeiten der Postmoderne – Chancen und Risiken

Der ungemein beschleunigte gesellschaftliche Wandel hat mittlerweile alle klassischen Vorstellungen menschlicher Sozialisation infrage gestellt. Die „Patchwork-Identität“ (Keupp u. a. 1999), der „flexible Mensch“ (Sennett 2010), das „unternehmerische Selbst“ (Bröckling 2007), die „Bastel-Existenz“ (Hitzler & Hohner 1994) – die Postmoderne scheint ganz neue Lebens- und Beziehungsformen, neue Persönlichkeitstypen hervorzubringen. Noch nie prasselten so viele Reize auf das Individuum ein, präsentierte und erlebte sich der Einzelne in verschiedenen Kontexten so unterschiedlich, war das Selbstbild so vielfältig und facettenreich. Oftmals ist die Adoleszenz mittlerweile eher ein, wie Inge Seiffge-Krenke (2020a) es formuliert, „Vorwaschung der Identitätsbildung“, viele wichtige Lebensentscheidungen verlagern sich heute ins dritte oder vierte Lebensjahrzehnt. Dabei hatte der Einzelne noch nie so viel Freiraum, angesichts wechselnder Lebensstile und Trends seine privaten Beziehungen, seine Hobbies oder sein Berufsleben bis ins Alter um- und neu zu gestalten.

Viele junge Menschen scheinen heute in der neuen Zeit angekommen, chatten – stets in virtuellen Welten unterwegs und universal vernetzt - mit der halben

Welt, experimentieren unaufgeregt mit unterschiedlichen Lebensauffassungen und Zukunftsmodelle, haben es gelernt, mit Vielfalt, kultureller Heterogenität, innerer und äußerer Widersprüchlichkeit umzugehen. Man könnte, mit James Marcia (1989), von einer „konstruktiven“, „adaptiven Identitätsdiffusion“ sprechen. Auf der anderen Seite hinterlässt der Verlust an Halt gebenden Traditionen und Werten nicht selten ein soziales und existenzielles Vakuum. Der zunehmende Kult des Ego, das neoliberale Diktat zu allumfassender Ökonomisierung, zu Steigerung von Effizienz und Produktivität, der Hang zu oberflächlicher Inszenierung, zu Polarisierung und schrillen Urteilen droht persönliche Authentizität, Verantwortlichkeit und sozialen Kitt zu gefährden. Sich überall glatt anpassen, blendend und täuschend stets den eigenen Vorteil suchen, heute verleugnen, was man gestern gesagt hat - die äußerlich diffus erscheinende Identität mit hartem narzisstischem Kern scheint in Zeiten des universalen Marktes zu einem neuen Anpassungsmodus zu werden und hat in der Gestalt des – mittlerweile abgewählten - Donald Trump eine zweifelhafte politische Galionsfigur gefunden.

Auf der anderen Seite erleben wir immer spürbarere gesellschaftliche Trends zu widerständigen, „resistenten Identitäten“ (Castells 2002), zu Rückwärtsgerichtetheit, Abgrenzung und Vereinfachung. Diese, wie Richard Sennett (2020) es nennt, „Sehnsucht nach der Stärkung des Ortes“ ist eine verständliche Reaktion auf Reizüberflutung und das allzu rasche Infragestellen vertrauter Traditionen. Aber die resistente Identität kann leicht in die verengte und verhärtete Identität umschlagen. Der weltweite Zuwachs an nationalen Egoismen, an Populismus, Extremismus und Rassismus - durch totalitäre Systeme weiter hochgeputzt - ist besorgniserregend. Welcher Hass, welche sprachliche Verhöhnung, welche Ablehnung des demokratischen Diskurses dadurch mittlerweile auch in westlichen Gesellschaften freigesetzt wird, zeigt sich an den Radikalismen der sich im Netz hochputschenden Rechtsextremen, Antisemiten, Impfgegnern, Querdenkern und Verschwörungstheoretikern.

So entschieden wir gegen diese Auswüchse Stellung nehmen müssen – wir sollten uns nicht in allzu düsteren Zeitdiagnosen verlieren und die ungeheuren Fortschritte öffentlichen Bewusstseins in den letzten 50 Jahren verleugnen. Und ebenso wenig dürfen wir die Unterschiedlichkeit und Variabilität moderner Lebensstile aus den Augen verlieren, die Mischung aus Weltoffenheit und Bodenständigkeit, Kühle und Romantik, Technik-Fetischismus und sozialer Verbundenheit, kritikloser Anpassung und überraschendem Nonkonformismus, den Einfallsreichtum und die Kreativität, mit denen gerade junge Menschen alte und neue Identitäten zu originellen Lebensentwürfen verarbeiten.

Wie zeigen sich heute solch veränderte Lebensentwürfe in den Hauptverankerungen menschlichen Identitätsgefühls, und welche Chancen und welche Gefährdungen des Selbstgefühls können dabei auftreten?

Der Körper – Anker, Medium, Konfliktfeld menschlichen Identitätsgefühls

Der in allem Erleben und Reflektieren anwesende Körper ist nicht nur Facette, sondern Träger, Hauptanker, Medium jedweden Identitätsgefühls. Körperliche Gesundheit, Spannkraft, Attraktivität gehen mit Zufriedenheit und sozialer Akzeptanz einher. Anfälligkeiten, Defekte und Verunstaltungen bedeuten oftmals eine chronische Identitätsverunsicherung. Nach wie vor ist bei pubertierenden Mädchen die Körperscham ausgeprägter, während Jungen oft durch ein gezieltes Stylen und Trimmen Selbstzweifel zu kompensieren suchen (vgl. Seiffge-Krenke 2020a, S. 83 ff). Besonders bedrückend ist mit anzusehen, wie verzweifelt manch labile Adoleszente in Krankheitsbildern der Magersucht oder Dysmorphophobie vernichtende Schamprobleme im Körper lokalisieren und dort zu bannen versuchen. Je brüchiger das Selbstgefühl, desto eher heften sich oftmals bedrohliche Fantasien, das Sich-Verfolgt-Fühlen durch böse innere Objekte, an den Leib und seine Funktionen. So schildern psychiatrische Patienten die Identitätsverwirrung mitunter ganz konkret in Bildern der Verstümmelung, Zersplitterung, Auflösung des eigenen Körpers.

Das wachsende Gesundheits-, Hygiene- und Ernährungsbewusstsein, die ganzheitlichen Entspannungstechniken und Therapieformen – der Körper hat im Lebensgefühl breiter Bevölkerungsschichten mittlerweile einen bedeutenden Stellenwert angenommen. Gleichzeitig erleben wir Auswüchse eines immer übertriebeneren Körperkultes. Das zwanghafte In-Form-sein-Müssen, der Schlankeits- und Diätenwahn, die Haut als Ausstellungsfläche für immer neue Tattoos und Piercings – fast scheint es, als werde der strahlend attraktive, stets fitte und gestählte Body mittlerweile zum Surrogat für Selbstwert und Lebenssinn, zum Bollwerk gegen Ängste vor Nichtigkeit und Vergänglichkeit. Dennoch – das Altern, das Nachlassen von Leistungsfähigkeit, Attraktivität und Potenz, im letzten die Sterblichkeit des Körpers, lassen sich nicht leugnen, eine schleichende Identitätsverunsicherung, die sich mitunter schon in der Mitte des Lebens bemerkbar macht.

Die moderne Medizin hat heute in vielem den Alterungsprozess erleichtert, dem Leben nicht selten eine weitere sinnvolle Spanne hinzugefügt. Die Palliativmedizin, die Hospizbewegung haben dem Sterben viel an furchtbarer physischer Belastung genommen. Es ist durchaus möglich, dass die letzte und

existenziellste Identitätskrise noch einmal Raum gibt für ein gemeinsames Abschiednehmen, für bereichernde Formen des Selbst- und Wir-Erlebens. Gleichzeitig wird deutlich, wie wenig oftmals die Sterblichkeit des Körpers im heutigen Bewusstsein noch Platz hat. Wo die jenseitige Hoffnung sich bei den meisten verflüchtigt hat, muss die Spanne, die bleibt, das Leben im Augenblick noch mehr intensiviert werden. Immer häufiger, so Christa Rohde-Dachser rollt über den Tod „der postmoderne Beschleunigungszug gnadenlos hinweg“ (2009, S. 147). Da für ihn keine Zeitschiene vorgesehen ist, können wir ihm vielfach auch keinen Sinn mehr abgewinnen.

Partnerschaft und Familie – Hauptstütze, Hauptentfremdung menschlichen Identitätsgefühls

Neben Arbeit und Beruf sind unsere engsten sozialen Bezüge in Familie, Partnerschaft und Freundschaft Hauptstütze unseres Selbstgefühls, werden Konflikte, Spannungen, Zerwürfnisse im zwischenmenschlichen Bereich als besonders identitätsgefährdend erlebt. Viele neue Lebens- und Beziehungsformen sind mittlerweile zur klassischen Familie in Konkurrenz getreten. Das Internet, das Smartphone, eröffnen ungeahnt neue Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten, stellen für Jugendliche die neue, erweiterte peer-group dar. Nicht selten werden Partnerschaften heute nach rationalen Auswahlkriterien im Netz angeknüpft.

Dennoch, trotz paar-shipping und Cybersex, bleibt das Bedürfnis nach verlässlicher Zweisamkeit, nach Intimität im weitesten Sinne (vgl. Erikson 1981b), weiterhin eine Grundsehnsucht des erwachsen werdenden Menschen. Und im Letzten zeigt sich hinter den vielen Klagen, Streitritualen, Entfremdungen, Trennungen, die uns in unserer täglichen Beraterischen und therapeutischen Arbeit beschäftigen, immer wieder jener grundlegende Mangel an Intimität: Man kann sich nicht mehr das Gefühl geben, füreinander der wichtigste Mensch zu sein.

Das generative Motiv, sich selber weiterzugeben, im Zeugen und Erziehen von Kindern, im politischen und sozialen Engagement, erfüllt das Leben des Erwachsenen mit Tiefgang und Sinn. Das Vater- und Muttersein bedeutet ein verändertes Identitätserleben. Im gemeinsamen Bewältigen von Entwicklungsaufgaben, im Teilen von Glück und Leid wachsen Eltern und Kinder, wie Erik Erikson (1981b) sagt, grundsätzlich an- und miteinander. Immer wieder rühren Kinder aber auch an Schwachstellen und verborgene Ängste von Eltern, kann es zu Machtkämpfen, überzogenen Erwartungen, zu Empa-

thielosigkeit kommen, stoßen wir in unserer Arbeit nach wie vor auf bestürzende Formen von Gewalt und Missbrauch.

Die Achtung der Individualität und der Eigenrechte von Kindern, die „Demokratisierung der Familie“, der Übergang vom, wie Martin Dornes (2012) sagt, „befehls- zum verhandlungsorientierten Erziehungsstil“, all diese Fortschritte öffentlichen Bewusstseins können gar nicht hoch genug veranschlagt werden. Freilich zeigt sich dabei nicht selten ein Phänomen, das Vera King (2009) als „generatives Paradoxon“ bezeichnet: Eltern möchten Kinder so weit wie möglich fördern, aber es mangelt oft an Zeit und Orientierung. Man möchte Kinder in ihrer Eigenart respektieren, ihnen „Spielraum“ im wahrsten Sinne des Wortes geben, andererseits lastet – nicht nur bei den „Helikopter-Eltern“ - der Druck zu Frühförderung, zur rechtzeitigen Schullaufbahn- und Karriereplanung auf allen Beteiligten.

Die väterliche Rolle hat sich in den letzten Jahrzehnten enorm gewandelt. Väter bringen sich heute weitaus mehr in die Erziehung ein, stellen, so Inge Seiffge-Krenke (2020a), schon früh ein triangulierendes Moment dar, sind verstärkt auch eine Identitätsstütze für Heranwachsende. Dennoch überwiegen im Ernstfall nach wie vor die klassischen Rollenmuster. Hektik, Überforderung, das Hin- und Hergerissensein zwischen Familie und Beruf belastet vor allem Mütter. Aus Schuldgefühlen, für die Kinder zu wenig Zeit zu haben, kommt es bisweilen zu übermäßig permissiven Haltungen, einem Verlust an klaren Stellungnahmen und Grenzsetzungen, vor allem auch zu einer Vernachlässigung der elterlichen Paarbeziehung.

Die Flut an gut gemeinten Erziehungsratgebern und Internetanleitungen heißt hier scheinbar Abhilfe. Aber der Druck, andauernd Familienkonferenzen abhalten, „fair streiten“ und „gewaltfrei kommunizieren“ zu müssen, erzeugt bei manchen Eltern auch Verunsicherung, behindert mitunter ein gesundes Bauchgefühl. Großeltern können heute eine wichtige Funktion haben, als Entlastung für gestresste Eltern, als ruhender Pol in Patchwork-Verhältnissen, vor allem als Vermittler von Urvertrauen und Lebenserfahrung für ihre Enkelkinder. Wenn die, wie Helm Stierlin (1982) es nennt, „bezogene Individuation“ gelungen ist, wenn Eltern- und Großeltern-Generation sich erfolgreich voneinander abgegrenzt haben, man sich respektiert, sich nicht reinredet, kann ein harmonisches Drei-Generationenverhältnis ausgesprochen bereichernd sein, gerade für Kinder und Heranwachsende.

Auf der anderen Seite kann die Bilanzkrise in der Mitte des Lebens – habe ich die richtigen Lebensentscheidungen getroffen, bin ich zufrieden mit dem, was ich erreicht habe? – familiäre Krisen verschärfen. Partnerschaften entfremden sich. In der doppelten generativen Verpflichtung gegenüber aufmüpfigen, sich ablösenden Kindern und alt und gebrechlich geworden eigenen Eltern kommen frühere Verletzungen, Ungerechtigkeiten, Benachteiligungen noch einmal hoch. Soll man die Schuld- und Verdienstkonten, die offenen Rechnungen der Vergangenheit noch einmal ansprechen oder es dabei belassen und womöglich auf seinem Groll sitzenbleiben?

Partnerschaftsprobleme sind derzeit der häufigste Grund, Beratung und Therapie aufzusuchen, und die Tendenz ist steigend. Das Beenden von Partnerschaften wird heute ganz unterschiedlich er- und durchlebt, von einem geschäftsmäßigen Abwickeln bis hin zum Einklinken elementaren Hasses. Grundsätzlich sind Kinder hiervon besonders betroffen. Die Trennung der Eltern und die Auflösung der bisherigen Familienstruktur bedeuten einen Verlust an Halt und sozialer Identität. In neu entstehenden Patchwork-Familien sieht man sich auf einmal neuen Partnern der Eltern, neuen Geschwistern ausgesetzt, hat einen veränderten Identitätsstatus in der Familie. Um einer schädlichen, gar traumatischen Verarbeitung vorzubeugen, bedarf es eindeutiger Sorgerechtsregelungen, klarer elterlicher Aussagen gegenüber den Kindern.

Nach wie vor kann das Zerbrechen einer Beziehung schwere Identitätskrisen auslösen, bei denen man sich womöglich eine Zeitlang völlig infrage gestellt erlebt. Dennoch ist es erfreulich, dass immer mehr Eltern in die Beratung kommen, um sich fair zu trennen und möglichst Schaden von ihren Kindern fernzuhalten. Leider erleben wir auf der anderen Seite zunehmend das Phänomen der Hochstrittigkeit. Der Ex-Partner wird zum absolut bösen Popanz, verantwortlich für alle Misshelligkeiten des Lebens. Kinder, Verwandte, Freunde, Anwälte, Therapeuten – sie alle werden in den gnadenlosen Krieg von Gut und Böse einbezogen. Das Zerrissene von Trennungskindern mit anzusehen, die in solch hasserfüllten Auseinandersetzungen als Spion, Intrigant, umstrittener Bundesgenosse oder Sündenbock missbraucht werden, ist besonders bedrückend. Nicht selten pflanzen sich destruktive Beziehungsthemen in tragischer Weise in der nächsten Generation fort.

Geschlechtsidentität und Sexualität – nach wie vor ein unsicheres Feld

In keinen Kernbereich menschlicher Identität ist in den letzten Jahren so viel Bewegung gekommen wie in die Einstellungen zu Geschlechtsrolle und Sexualität (vgl. Conzen 2017, S. 90 ff). Starre männliche und weibliche Rollenmuster haben sich aufgelöst. Sexualität hat sich weitgehend von der Fortpflanzungsfunktion abgekoppelt, wird heutzutage ohne größere Skrupel in unterschiedlichen Formen und Beziehungsmustern gelebt. Bisexualität, gleichgeschlechtliche Liebe, queere Identitäten - all das hat sich, zumindest vordergründig, aus dem Odium von Unmoral und strafrechtlicher Verfolgung gelöst. Dennoch – so freizügig erotische Reize und Suggestionen in Medien, Werbung und Internet überquellen, in der Alltagskommunikation ist das Thema Sexualität weiterhin auffallend tabu. Immer noch gibt es viele Verunsicherungen und Leidensformen, die belasten, mitunter zerreißen und die offen anzusprechen selbst in Beratung und Therapie schwerfällt.

Unsicherheiten der Geschlechtsrolle, bisexuelles Schwanken, Transgender-Problematiken verschärfen vor allem die Identitätskrise von Jugendlichen. Sprunghaft zugenommen hat die Zahl von Spätadoleszenten, die sich einer Geschlechtsumwandlung unterziehen wollen. Hier die richtigen Entscheidungen zu treffen, die richtigen Formen von Beratung und therapeutischer Begleitung zu finden, erweist sich oft als besonders schwieriges Problem (vgl. Seiffge-Krenke 2020a, S. 144 ff).

Viele Ansätze der Identitätstheorie und feministischen Psychologie haben zu überfälliger Emanzipation beigetragen und deutlich gemacht, dass die Geschlechterrolle im Wesentlichen etwas Zugeschriebenes ist, ein soziales Konstrukt, über Jahrhunderte Auswuchs unhinterfragter patriarchalischer Machtverhältnisse. Angesichts der immer noch bestehenden beruflichen, finanziellen und politischen Benachteiligungen muss weiter entschieden um das Ziel vollständiger Gleichberechtigung gekämpft werden. Indessen scheint die Gender-Theorie mittlerweile sämtliche natürlichen Unterschiede zwischen Mann und Frau leugnen zu wollen, schaffen manche Denkverbote und Diktionszwänge nicht selten neue Verunsicherung. Wie soll ich als Mann die richtige Mischung aus Entschlossenheit und Empathie an den Tag legen, will man doch weder als „Weichei“ noch als „Macho“ gelten? Wie kann ich als Frau ein adäquates Gleichgewicht zwischen Familie und Beruf finden, ohne entweder als überprotektive „Glucke“ oder als kühle Karrierefrau und Rabenmutter abgestempelt zu werden?

Die „Me-too“-Debatte, die immer neuen Missbrauchsskandale – manch naive Träume der einstigen sexuellen Revolution scheinen mittlerweile ins Gegenteil umgeschlagen. Anstelle von Lust, Entspannung und Zärtlichkeit wird Sexualität in der öffentlichen Diskussion immer häufiger mit Unterdrückung, Gewalt und Geschlechterkampf assoziiert. Gleichzeitig scheint das Internet heute zu einer geheimen Parallelwelt zu werden, zur Spielwiese der, wie Volkmar Sigusch (1998) es nannte, „neosexuellen Revolution“. Das Explodieren des Cyber-Sex, das sich Zurschaustellen und Chatten über sexuelle Vorlieben im Netz, das Ausleben früher als pervers genannter Anteile der kindlichen Sexualität - einst gänzlich Tabuisiertes ist mittlerweile gang und gäbe, verspricht ultimative Lust, den „letzten Kick“. Wir wissen nicht, wie weit die Palette der Übertreibungen letztendlich wirklich die intimen Begegnungen des Großteils heutiger Menschen tangiert, ob die sexuellen Leistungs-ideologien nicht eher zu Überstimulierung, Überforderung und Abstumpfung führen. Paar- und Sexualtherapeuten berichten mittlerweile vom weit verbreiteten Phänomen der Lustlosigkeit.

Eine ernste und derzeit noch völlig ungeklärte Frage ist, wie sich die Flut sexueller Reize langfristig auf die soziale, emotionale und sexuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirken wird. Jean Laplanche (2004) sprach einst von den „rätselhaften Botschaften der elterlichen Sexualität“. Heute müssen wir eher von den rätselhaften Botschaften des Internet sprechen, rohe pornographische Inhalte, die bereits Kinder unvorbereitet treffen. Gerade das Ausmaß der Verbreitung kinderpornographischer Netzwerke lässt uns derzeit in immer größere Abgründe schauen. Dringend bedarf es noch größerer Leistungen der Aufklärung, Beratung und Prävention zum Schutz von Kindern und Heranwachsenden.

Arbeit und Beruf – Ort der Selbstverwirklichung, Ort der Entfremdung

Nach wie vor stellen Arbeit und Beruf im Leben des erwachsenen Menschen ein Stück Kernidentität dar, sind die Freude am eigenen beruflichen Aufstieg, die Anerkennung der Kollegen und des Chefs, das Gefühl, etwas Sinnvolles zu leisten, angemessen zu verdienen, starke Stützen unseres Selbstgefühls. Wenn heute rasch von einer kalten, krank machenden modernen Arbeitswelt die Rede ist, muss man sich fragen, ob es sich hier nicht mitunter, angesichts des Harten und Bedrückenden früherer Verhältnisse, um ein Klagen auf hohem Niveau handelt. Dennoch – die rapiden Wandlungen der Arbeitswelt machen diese keineswegs mehr zum Garanten für Gefühle von Stabilität, Kontinuität und Zugehörigkeit. In vielen Fällen ist die berufliche Karriere heutzutage eine

Kette von Fortbildungen, Evaluierungen, Weiterqualifikationen, des flexiblen Sich-einlassen-Müssens auf stets neue Aufgaben und Verantwortungsbereiche. Überall, vor allem bei der Übernahme von Führungspositionen, lauern Identitätsverunsicherungen. In Zeiten digitalisierter Arbeitsplätze, dezentrierter Belegschaften und transnationaler Produktionsnetzwerke ist der Einzelne immer weniger Teil eines vertrauten Kollegiums, einer Firmenfamilie, sind klassische Formen von Berufssolidarität und gewerkschaftlicher Organisation im Schwinden begriffen. Die Grauzone von ungesicherten Arbeitsverhältnissen nimmt zu, immer mehr Menschen müssen sich nicht selten unter Wert verkaufen, hangeln sich von einem Zeitvertrag zum nächsten.

Bereits in die frühkindliche Sozialisation schleichen sich zunehmend Leistungsdruck und Erfolgsideologien ein, denkt man nur an die Flut an Lernspielzeugen, vorschulischen Sprach- und Förderprogrammen. Schon in der Grundschule geht es um Leistung und Leistungsbewertung, um Ausdifferenzierung, um Zukunftschancen in einer zunehmend rauer werdenden erwachsenen Wirklichkeit. Oft herrscht ein eigentümlicher Widerspruch zwischen den eher weichen pädagogischen Ansätzen, dem Wunsch von Eltern und Lehrkräften, Kinder nicht zu überfordern, ihre Eigenart zu respektieren, und der schleichenden Angst, sie könnten den Anschluss verlieren, Chancen verpassen. Druck, subtile Konkurrenz, Überforderung machen sich bei labilen Kindern und Jugendlichen in vielerlei Symptomen bemerkbar, Bauchweh, Schlaflosigkeit, soziale Auffälligkeiten Schulangst und Schulverweigerung bis hin zu frühen Symptomen von Depression und Burn-Out, mit denen sich Kinder- und Jugendpsychiater konfrontiert sehen. Gerade Unsicherheiten bezüglich der eigenen beruflichen Zukunftsperspektive können junge Menschen zunehmend belasten. Der Druck, sich oftmals immer früher festlegen zu müssen, die Angst, die falsche Ausbildung, das falsche Studium zu wählen, das Schwanken zwischen elterlichen Erwartungen und eigenen Neigungen führen in der verschärften Identitätskrise der Spätadoleszenz zu endlos verlängerten Moratorien, zu Entwicklungsstillstand und Regression. Das immer weiter um sich greifende „Nesthocker-Syndrom“, junge Erwachsene, die sich bis weit ins dritte Lebensjahr im „Hotel Mama“ einrichten, ist nicht nur Symptom pathologischer Bindungen, sondern häufig auch Folge einer allgemeinen Zukunftsangst.

Spannungen am Arbeitsplatz rühren an unbewältigte Familienthemen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Rivalitäts- und Autoritätskonflikte, Eifersucht, Geschwisterneid, führen leicht zu Misstrauen, Fraktionsbildung und Spaltung. Schon eine harmlose Bemerkung des Chefs kann eine Mischung

aus Ärger und Selbstzweifeln hervorrufen, bei scheinbar rein fachlichen Auseinandersetzungen steht rasch die gekränkte Identität auf dem Spiel. Nicht selten wird der Vorgesetzte für alle Unzulänglichkeiten und Missethungen verantwortlich gemacht. In der Regel ist aber das komplizierte Zusammenspiel von Führungsschwächen, überfordernden Umstrukturierungen, Personalknappheit, unklaren Hierarchien und dem Druck immer neuer Controlling- und Qualitätsbildungsmaßnahmen für Organisationskrisen und Team-Zerwürfnisse verantwortlich (vgl. Kernberg 2000).

Der Kampf von Großkonzernen um Überleben, Spitzenleistung und höhere Marktanteile schraubt oftmals die Spirale einer ruinösen Konkurrenz weiter voran. Manch stressgestählte Erfolgsmenschen erleben den Kampf im Hai-fischbecken mittlerweile als Garant eines neuen Narzissmus. Am Limit zu leben, in immer neuen Projekten auf der Überholspur zu sein, alle Konkurrenten aus dem Feld geschlagen zu haben – im Sich-Überantworten an den totalen Markt findet man in paradoxer Weise zu sich, feiert euphorisch mit seinem Team das Überstehen der nächsten Bewährungsprobe. Für andere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bedeutet es Daueranspannung, stets ansprechbar und offen für Neuerungen zu sein, keine Unsicherheit und Schwäche zeigen, nicht verzagt und krank sein zu dürfen. Die Zunahme an arbeitsbedingten Zusammenbrüchen und Erschöpfungsdepressionen – nicht nur bei traditionell stressbelasteten Berufen – ist gegenwärtig besorgniserregend. Oftmals verbirgt sich dahinter der Druck von ungesicherten Arbeitsverhältnissen und Unterbezahlung, ein Klima hoher Anforderungen bei geringer Wertschätzung und geringem eigenem Entscheidungsspielraum (vgl. Sievers 2008). Hinzu kommt nicht selten das subtile Diktat neoliberaler Arbeitsmoral, die dem einzelnen Mitarbeiter bzw. der Mitarbeiterin immer mehr an Flexibilität und Eigenverantwortung abverlangt, ihn quasi zu seinem eigenen Unternehmer macht. Bis in die Mittelschicht hinein, so Richard Sennett (2010), herrschen heute unterschwellige Ängste, den Anforderungen nicht mehr zu genügen, outgesourct zu werden, ins Nichts zu fallen. Und vor allem Erfahrungen von länger dauernder Arbeitslosigkeit, Frühverrentung, Entlassung sind es, die heutzutage in immer tiefere Identitätskrisen münden können, das bittere Gefühl des Abgeschoben- und Wertlos-Seins. Kinder bekommen die Verunsicherung und das Leid ihrer Eltern mit, verfallen mitunter in ein stummes Leiden, entwickeln womöglich Symptome, um vom elterlichen Konflikt abzulenken, oder suchen durch eigene besondere Erfolge deren Insuffizienzgefühle abzumildern.

Moderne Marktstrategien suchen Selbstzweifeln und Erschöpfung entgegenzuwirken, die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen. Der „emotionale Kapitalismus“, so Eva Illouz (2005), legt Wert auf Einfühlung, Anerkennung individueller Leistung, auf Teamarbeit und flexible Hierarchien. „Entschleunigungsasen“, „Achtsamkeits“- und „Teambuildingstrainings“ sollen helfen, Zeitdruck und Stress abzubauen. Die Freizeit ist mittlerweile zu einem eigenen wichtigen Bereich persönlichen Identitätserlebens und persönlicher Identitätsdarstellung geworden und damit auch zum Gegenstand eines immer umkämpfteren Marktes. Die Fülle der Angebote, die Qual der Wahl kann mitunter – ein grotesker Begriff – in „Freizeitstress“ umschlagen, insbesondere, wenn im Streit über diese Themen verkappt Partnerschafts- und Familienkonflikte ausgetragen werden, wenn das Hobby zu etwas Verbissenen wird, man sich darin mit aller Macht eine vermeintlich eigene Note, einen „individuellen Stil“ geben muss.

Manch kühne Zukunftsvisionen prophezeien, dass schon in der übernächsten Generation das Ausmaß an Automatisierung und digitalisiertem Robotertum die Erwerbsarbeit für einen Großteil der Bevölkerung quasi überflüssig machen wird (vgl. Rifkin 2004). Aus welchen Quellen der von Arbeit und Mühsal befreite Zukunftsmensch dann sein Identitäts- und Sinngefühl beziehen wird, bleibt vorerst ungewiss.

Werte, Ideale, Religion – noch eine Stütze der Identität?

Welche Rolle spielen heute noch weltanschauliche Themen für die Identitätsbildung, sind doch Normen, Überzeugungen und Glaubenshaltungen in der säkularen Moderne vielschichtiger geworden, werden flexibler und toleranter gehandhabt, vor allem kritischer hinterfragt. Ob und wo ich mich sozial engagiere, welche politischen oder religiösen Einstellungen ich vertrete, welche Moralvorstellungen für mich noch maßgebend sind – es gibt kaum noch verbindliche Vorgaben für das, was dem Leben Tiefgang und Sinn vermittelt. Und in Zeiten, wo Konzerne Ethik- und Kirchen Missbrauchskommissionen einsetzen, scheint es mit dem Vertrauen in traditionelle Autoritäten immer schlechter bestellt. Dennoch kann man von einer allgemeinen Sinnkrise, einem Beliebigwerden von Moral oder einer politischen Indifferenz weiter Bevölkerungskreise in dieser generalisierenden Form nicht sprechen. Die „Veggie-Bewegung“, die „Fridays for Future Bewegung“, gerade bei jungen Menschen deutet sich heute die hoffnungsvolle Verbindung persönlicher Zukunftsplanung mit einer Sorge um die Zukunft der Welt an.

Während für viele der verunsicherten Asylanten und Migranten die religiösen Traditionen ihrer Heimatländer zur unabdingbaren Stütze werden, ist Religion für die allermeisten westlichen Menschen nicht mehr selbstverständlich vorgegebene Kernidentität. Kaum noch kommt die Identitätskrise in religiösen Ängsten, Zweifeln oder Schuldgefühlen zum Ausdruck. Aber auch das dezidiert kämpferische Vertreten atheistischer Positionen ist selten geworden. Eher spiegelt sich im Seelenleben vieler Menschen jener eigenartige Bruch der Moderne wider, das Gespaltensein zwischen wissenschaftlich-rationalem Weltbezug und Resten an einstigem Kinderglauben. Man tut Religion im Alltagsleben beiseite, betet aber bei der Ultraschalluntersuchung ein Vaterunser.

Dennoch – gerade der Verlust an existenziellen Tiefgang in der entzauberten Welt scheint ein Vakuum, eine Identitätsverarmung hervorzurufen, auf die die Götter der Postmoderne, Macht, Reichtum Erfolg, keine Antwort haben. Deutlich stößt der Säkularismus heute an seine Grenzen, beginnen Menschen sich wieder vermehrt mit Sinnfragen auseinanderzusetzen. Der heutige Glaube in einer Zeit der Leichtgläubigkeit hat freilich eine neue Qualität, beherbergt, wie Werner Bohleber sagt, „höchst subjektive Mischungen von Überzeugungen und Gottesvorstellungen in sich“ (2009, S. 814). Oft pickt man sich diejenigen Auffassungen heraus, die in ein allgemein humanistisches Lebenskonzept passen, verschmilzt dies womöglich mit Elementen anderer Religionen, mit Mystik, Spiritualität und Esoterik, möchte sich aber eher nicht an kirchliche Institutionen und vorgegebene Glaubensbekenntnis binden. Auch bei dem immer geringer werdenden Prozentsatz der Kirchenbesucher ist es oftmals eine individualisierte Religion, die noch den Gemeinschaftsbezug sucht, sich aber in der praktischen Lebensführung weitgehend von Autorität, Dogma und Lehrmeinung gelöst hat. Die Krise, insbesondere der katholischen Kirche, ist derzeit eklatant

Auf der anderen Seite erleben wir, gerade in den Konfliktszenarien des Nahen und mittleren Ostens, ein Wiederaufflammen religiösen Fanatismus, gewinnen auch im Westen streng gläubige Gruppen mit erkonservativem Weltbild und rigiden Moralvorstellungen an politischem Einfluss. Einmal mehr wird Gott in die Rolle eines strengen, unnachsichtigen Über-Ichs versetzt, einmal mehr werden Glaubenssätze instrumentalisiert, um verkappte Machtansprüche und Gruppen-Egoismen metaphysisch unangreifbar zu machen. Welche Rolle Religionen in einer Welt von morgen spielen werden, hoffentlich als ethisches Korrektiv und nicht mehr als Brandbeschleuniger verhängnisvoller Konflikte, scheint ebenso unvorhersehbar wie schicksalsträchtig.

Fazit und Ausblick

Beim Versuch, auf wenigen Seiten einen Überblick über typische Identitätsprobleme der Gegenwart zu geben, konnten manche Themen nicht angesprochen werden, bleiben manche Fragen offen. Gerade in Sachen Diagnostik und Therapieplanung wird in Zukunft eine noch genauere Abklärung und Untersuchung unterschiedlicher Identitätszustände immer notwendiger. Manche Identitätsverunsicherungen, gerade junger Menschen, lassen sich heute womöglich schon gut durch unsere Beratungsdienste – womöglich auch durch online-Ratgeber – angehen. Gehen Lebensprobleme zunehmend in schwere Identitätskrisen über mit pathologischen oder dissozialen Entwicklungen, sind oftmals eine gründlichere Diagnostik und Therapie vonnöten. Auch hier ist wichtig, sich nicht ideologisch auf bestimmte Sichtweisen und Verfahren festzulegen, ob medikamentöse Therapie, Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie, verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch fundiert. Wichtig ist die Grundfrage, was hilft dem einzelnen am besten, was gibt ihm Lebensmut, was baut ihn auf und weist Wege aus der Lebenssackgasse?

Die Identitätspsychologie hat sich vielfach auch als positive Identitätspolitik verstanden, hat unterdrückten, ausgegrenzten, stigmatisierten Menschen eine Stimme gegeben und zu wesentlichen Fortschritten gesellschaftlichen Bewusstseins beigetragen. Von daher gilt es genauso, in interdisziplinärer Zusammenarbeit Wesen und Ursache gesellschaftlicher Identitätsprobleme konsequent weiter zu erforschen, Einfluss auf das öffentliche Bewusstsein, auf politische Entscheidungen zu nehmen, rechtzeitig kritischen Situationen vorzugreifen, bevor Konflikte zwischen Menschen, Gruppen und Kulturen sich einmal mehr in verhängnisvoller Weise zu Glaubenskämpfen aller Art verhärten. Freilich wirken die derzeitigen politischen Entwicklungen, der immer deutlicher sich abzeichnende neue große Weltkonflikt zwischen demokratischen und autokratischen Systemen, bedrohlich. Und die Vorstellung, dass wir auf brutale Machtpolitik wie Putins völkerrechtswidrigen Angriff auf die Ukraine mit unseren Methoden Einfluss nehmen können, scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt naiv. Wir kennen die Eskalationsdynamiken gewaltsamer Konflikte, aber wir können sie nicht stoppen. Umso mehr gilt es, mit aller Entschiedenheit Verantwortlichkeit, Widerstands- und Kritikfähigkeit des Ich zu stärken, demokratische Werte und Überzeugungen zu verteidigen. Bei alledem bewahrheiten sich letztlich immer wieder die Grundeinsichten der Psychoanalyse, wie sehr menschliche Angst und menschliche Konflikthaftigkeit

im Ausnutzen des Kräfteungleichgewichts zwischen überlegenem Erwachsenen und abhängigem Kind wurzeln. Erik Homburger Erikson hat es einst auf den Punkt gebracht: „Um die Welt für Demokratie sicher zu machen, müssen wir sie zuerst einmal für das Kind sicher machen“ (1981b, S. 121).

Literatur:

- Bohleber, W.* (2009) Psychoanalyse und Religion: Facetten eines nicht unproblematischen Verhältnisses. *Psyche – Z Psychoanal* 63, 813-821
- Caspi, A., Moffit, T. E.* (1993) When do individual differences matter? A paradoxical theory of personality coherence. *Psychological Inquiry*, 4(4), 247-271
- Castells, M.* (2002) Das Informationszeitalter. Wirtschaft, Gesellschaft, Kultur. Teil 2: Die Macht der Identität. Opladen: Leske und Budrich
- Conzen, P.* (2010) Erik H. Erikson. Grundpositionen seines Werkes. Stuttgart: Kohlhammer
- Conzen, P.* (2017): Die bedrängte Seele. Identitätsprobleme in Zeiten der Verunsicherung. Stuttgart: Kohlhammer
- Dornes, M.* (2012). Die Modernisierung der Seele. Kind- Familie-Gesellschaft. Frankfurt a. M. : Fischer
- Ehrenberg, A.* (2004) Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt a. M., New York: Campus,
- Erikson, E. H.* (1981a) Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel. Stuttgart: Klett-Cotta
- Erikson, E. H.* (1981b) Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze, 7. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Filipp, S.-H., Aymanns, P.* (2010) Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart: Kohlhammer
- Hitzler, R., Honer, A.* (1994) Bastelexistenz. Über subjektive Folgen der Individualisierung. In: Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hg.) Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 307-325
- Illouz, E.* (2005) Gefühle in Zeiten des Kapitalismus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Kernberg, O. F.* (1990). Ideologie, Konflikt und Führung. Psychoanalyse von Gruppenprozessen und Führungsstruktur. Stuttgart: Klett-Cotta
- Keupp, H., Ahbe, T., Gmür, W., Höfer, R., Mitzscherlich, B., Kraus, W., Sraus, F.* (1999), Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbek:Rowohlt
- King, V.* (2009) Umkämpfte Zeit – Folgen der Beschleunigung in Generationenbeziehungen. In: King & Gerisch (Hg.) Zeitgewinn und Selbstverlust. Folgen und Grenzen der Beschleunigung. Frankfurt a.M., New York: Campus, 40-62
- Laplanche, J.* (2004) Die rätselhaften Botschaften des anderen und ihre Konsequenzen für den Begriff des “Unbewussten” im Rahmen der allgemeinen Verführungstheorie. *Psyche - Z-Psychoanal* 58, 898-913

- Marcia, J. E.* (1989) Identity diffusion differentiated. In: Luszcz, M. A., Nettrelbeck, T. (Hg.) Psychological development across the life-span. North-Holland: Elsevier, 289-293
- Rifkin, J.* (2004) Das Ende der Arbeit und ihre Zukunft. Frankfurt a.M., New York: Campus,
- Rohde-Dachser, C.* (2009) Fiktionen der Unsterblichkeit – Soziologische und psychoanalytische Perspektiven. In: King, V., Gerisch, B. (Hg.) Zeitgewinn und Selbstverlust. Folgen und Grenzen der Beschleunigung. Frankfurt a.M.: Campus, 144-165
- Sennett, R.* (2010) Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. 8. Aufl. Berlin: Berlin-Verlag
- Seiffge-Krenke, I.* (2020a) Die Jugendlichen und ihre Suche nach dem neuen Ich. Identitätsentwicklung in der Adoleszenz. Stuttgart: Kohlhammer
- Seiffge-Krenke, I.* (2020b) Jugendliche in der psychodynamischen Psychotherapie. 4. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta
- Sigusch, V.* (1998) Die neosexuelle Revolution. Über gesellschaftliche Transformationen der Sexualität in den letzten Jahrzehnten Psyche – Z Psychoanal 46, 366-387
- Sievers, B.* (2008) Die psychotische Organisation. Eine sozioanalytische Perspektive. Psyche – Z Psychoanal 46, 366-387
- Stierlin, H.* (1982) Delegation und Familie. Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept. Frankfurt a. M.: Suhrkamp,

Autor:

Dr. Peter Conzen

Burgblick 18

53 177 Bonn

peter.conzen@t-online.de

Zum Autor: Peter Conzen ist Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut und war bis zum Eintreten in den Ruhestand 2021 langjähriger Leiter der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche des Caritasverbandes für die Stadt Bonn. Veröffentlichungen zum Werk Erik H. Eriksons, zur psychoanalytischen Entwicklungstheorie, zur Identitäts- und Fanatismusforschung. Letzte Veröffentlichungen: „Die bedrängte Seele. Identitätsprobleme in Zeiten der Verunsicherung“, Stuttgart 2017, Kohlhammer; „Erik H. Erikson – Grundpositionen seines Werkes“, 2. Auflage, Stuttgart 2020, Kohlhammer

Transgender-Jugendliche: neue Entwicklungen

Bernd Meyenburg, Volker Langhirt

Zusammenfassung

Berichtet wird über zunehmend häufigere Vorstellungen von transidenten und neuerdings sich als nonbinär oder genderfluid bezeichnenden Jugendlichen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen und Spezialsprechstunden. Epidemiologische Studien zeigten, dass sich bis zu 2,7% Jugendlicher als transgender und bis zu 8,4% als genderdivers beschrieben. Die Sexratio hat sich dramatisch zugunsten weiblich-zu-männlichen Jugendlichen verschoben. Berichtet wird über die neueren Entwicklungen Nonbinarität und Genderfluidität. Schwerpunkt dieser Arbeit ist die Beschreibung des Leidens der Jugendlichen mit ausführlichen Fallbeispielen und die Darstellung von Besonderheiten der Therapie bei diesen Jugendlichen. Hervorgehoben wird die Bedeutung der Sprache, der Identitätssuche, der Integration der Eltern und der Kooperation mit stationären Einrichtungen.

Schlüsselwörter: Transgender-Jugendliche, Nonbinarität, Genderfluidität, Besonderheiten der Therapie

Summary

We report about increasing numbers of adolescents in psychiatric and psychotherapeutic practices and specialized clinics who describe themselves as transgender, lately also as nonbinary or genderfluid. In epidemiological studies up to 2,7% of adolescents described themselves as transgender and up to 8,4% as genderdiverse. Sex ratio has dramatically changed in favor of female-to-male adolescents. We report about the new developments of nonbinarity and genderfluidity. Main focus of this paper is to describe these adolescents' suffering by use of extensive case examples and description of treatment particularities. Emphasis is put on use of language, seek for identity, integration of parents and cooperation with stationary facilities.

Keywords: transgender-adolescents, nonbinarity, genderfluidity, particularities of therapy

1. Einführung

Häufiger als in früheren Jahren werden in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Ambulanzen Jugendliche vorgestellt, die sich als im falschen Geschlecht lebend empfinden und eine geschlechtsangleichende medizinische Behandlung wünschen. Behandelt werden diese Jugendlichen schon seit mehreren Jahrzehnten in spezialisierten Zentren und Praxen. In den letzten Jahren werden daneben zunehmend häufiger weibliche Jugendliche ab der Pubertät vorgestellt, die nicht mehr die Behandlung mit männlichen Sexualhormonen und plastisch-chirurgische Eingriffe wünschen, sie wünschen nicht als männliche Person zu leben, sie bezeichnen sich nonbinär, transgender, gender-queer oder als demi-gender. Gewünscht wird eine Beseitigung ihrer weiblichen Körpermerkmale, insbesondere die Mastektomie.

Während bei eindeutig transidenten Jugendlichen in der Regel eine geschlechtsangleichende Behandlung indiziert ist und deren psychisches Befinden deutlich verbessert (Tordoff et al., 2022), stellen diese nonbinären Jugendlichen die Behandler*innen vor große Probleme, weil wenig über den Verlauf bekannt ist, wiederholt auch weibliche Jugendliche oder junge Frauen berichten, dass sie ihren früheren Wunsch als Fehler ansähen und wieder als weibliche Person zu leben wünschen (Littman, 2021).

Sowohl transidente als auch nonbinäre Jugendliche weisen es zurück, an einer psychischen Störung zu leiden, sie sehen sich als geschlechtsvariant. Diesem wird auch in den neueren psychiatrischen Nomenklaturen Rechnung getragen.

Auch in der Gesetzgebung wird dieser neuen Entwicklung Rechnung getragen. In der Neufassung vom Juni 2021 des SGB VIII wird im § 9 die Grundrichtung der Erziehung und Gleichberechtigung von jungen Menschen festgelegt. In Abs. 3 wird ausgeführt: „Bei der Ausgestaltung der Leistungen und der Erfüllung von Aufgaben sind die unterschiedlichen Lebenslagen von Mädchen, Jungen, sowie transidenten, nichtbinären und intergeschlechtlichen jungen Menschen zu berücksichtigen, Benachteiligungen abzubauen und die Gleichberechtigung der Geschlechter zu fördern.“

2. Begriffswahl / Definition

Transidentität, transgender

Die feste innere Gewissheit, nicht dem bei Geburt zugewiesenen, sondern dem Gegengeschlecht anzugehören, wird als Transidentität bezeichnet.

Häufig verwendet wird auch der nur schwer in die deutsche Sprache übersetzbare angloamerikanische Begriff transgender. „Gender“ bezeichnet das psychisch erlebte Geschlechtsempfinden, „sex“ das körperliche Geschlecht. Der Begriff transgender ist umfassender als der Begriff Transidentität, denn er subsumiert eine Vielfalt unterschiedlichen Geschlechtsempfindens. Für eine geschlechtsangleichende Behandlung Suchende sollte daher der Begriff Transidentität verwendet werden.

Transsexualität/Transsexualismus

Die älteren Begriffe Transsexualität und Transsexualismus werden heute als irreführend und nicht mehr angemessen angesehen, da es nicht um die Sexualität geht, sondern um die Identität.

gender-queer, demi-gender

Mit dem neueren Begriff gender-queer bezeichnen sich Menschen, die sich keinem oder mehreren Geschlechtern zugehörig empfinden. Als demi-gender bezeichnen sich Menschen, die sich partiell oder überwiegend einem Geschlecht als zugehörig empfinden, daneben aber auch weiteren Geschlechtern.

Es gibt noch vielfältige weitere Begriffe, mit denen sich Betroffene bezeichnen, die aber weitgehend nur unterschiedliche Nuancen des Geschlechtsempfindens bezeichnen. An dieser Stelle erscheinen uns die Begriffe transgender und nicht-binär als ausreichende Kennzeichnung dieses neuen Phänomens des Geschlechtsempfindens.

Geschlechtsdysphorie/Geschlechtsinkongruenz

Das Leiden am eigenen biologischen Geschlecht wird als Geschlechtsdysphorie bezeichnet, dieser Begriff wird im neuen Klassifikationssystem der American Psychiatric Association DSM-5 verwendet. Transident zu sein wird nicht mehr als psychische Störung angesehen, lediglich das Leiden am biologischen Geschlecht. Im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation WHO, der ICD-11, wird der Begriff Geschlechtsinkongruenz (gender incongruence) verwendet, der das Auseinanderfallen von körperlichen Geschlechtsmerkmalen und psychischem Geschlechtsempfinden bezeichnet, somit eine Pathologisierung gänzlich vermeidet.

nonbinäre Geschlechtsidentität

Für nonbinäre oder Transgender-Jugendliche liegen keine ausgearbeiteten diagnostischen Kriterien wie bei der Transidentität vor. Sie sehen sich weder als weibliche noch als männliche Person an. Transgender-Jugendliche treten oftmals androgyn wirkend auf, sie sind nicht sofort einem Geschlecht zuzuordnen. Sie können auch wechselhaft chimärisch wirken, erscheinen zeitweise auffällig gegengeschlechtlich geschminkt und gekleidet, dann jedoch unauffällig und an das Geburtsgeschlecht angepasst.

Bei den überwiegend geburtsgeschlechtlichen weiblichen Jugendlichen besteht oftmals eine Geschlechtsdysphorie in dem Sinne, dass die Brüste abgelehnt werden, der Wunsch geäußert wird, sie operativ zu entfernen. Es wird jedoch nicht gewünscht, als männliche Person zu leben. Männliche Hormone werden nicht gewünscht, ebenso nicht genitalverändernde Eingriffe. Es werden geschlechtsneutrale Vornamen wie Liam oder Rene gewählt. Abgelehnt werden oftmals auch weibliche Personalpronomina, gewünscht wird eine Bezeichnung wie „sier“ oder aus dem Englischen „them“ in Singularform.

fluide Geschlechtsidentität

Jugendliche mit einer fluiden Geschlechtsidentität berichten, sich zeitweise als männlich und zeitweise als weiblich zu identifizieren, meistens ohne, dass eine medizinische geschlechtsangleichende Behandlung gewünscht wird. Fahrenkrug (2019) berichtet beispielhaft über eine Jugendliche, die im Laufe einer siebenjährigen Psychotherapie zwischen ihrer männlichen Identität und dem Wunsch als Frau zu leben oszillierte.

DSM-5-Kriterien Geschlechtsdysphorie bei Jugendlichen und Erwachsenen

A. Ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit („gender“) und der zugewiesenen Geschlechtszugehörigkeit, die mindestens 6 Monate andauert und sich durch zwei oder mehr der folgenden Kriterien manifestiert (eines davon muss Kriterium A1 sein):

(1.) Eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit („gender“) und den primären und / oder sekundären Geschlechtsmerkmalen (oder, bei jungen Adoleszenten, den erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmalen).

- (2.) Ein starker Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (oder, bei jungen Adoleszenten, die Entwicklung der erwarteten sekundären Geschlechtsmerkmale zu verhindern).
- (3.) Ein starkes Verlangen, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale des anderen Geschlechts zu haben.
- (4.) Der starke Wunsch, dem anderen Geschlecht (oder einem alternativen Geschlecht, welches vom zugewiesenen abweicht) anzugehören.
- (5.) Der starke Wunsch, wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts (oder eines alternativen Geschlechts, welches vom zugewiesenen abweicht) behandelt zu werden.
- (6.) Die starke (feste) Überzeugung, dass man die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen Geschlechts (oder eines alternativen Geschlechts, welches vom zugewiesenen abweicht) habe.

B. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

ICD-11 Kriterien Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter (Übersetzung B.M.)

Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter ist durch eine deutliche und persistierende Inkongruenz von erlebtem und zugewiesenem Geschlecht (experienced gender and the assigned sex) gekennzeichnet und manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Punkte:

1. starke Ablehnung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale oder starkes Unbehagen hierüber (bei Jugendlichen: antizipierte sekundäre Geschlechtsmerkmale) aufgrund der Inkongruenz mit dem erlebten Geschlecht;
2. ein starkes Verlangen, sich seiner primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale zu entledigen (bei Jugendlichen: der antizipierten sekundären Geschlechtsmerkmale) aufgrund ihrer Inkongruenz mit dem erlebten Geschlecht;
3. ein starkes Verlangen, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale des erlebten Geschlechts zu besitzen. Die Betroffenen haben ein starkes Verlangen, als Person des von ihnen erlebten Geschlechts behandelt (so zu leben und akzeptiert zu werden) zu werden.

Die erlebte Geschlechtsinkongruenz muss mindestens mehrere Monate lang durchgehend bestehen. Die Diagnose kann nicht vor Pubertätsbeginn gestellt werden. Geschlechtsvariantes Verhalten und Vorlieben allein sind nicht ausreichend, um die Diagnose zu stellen.

In beiden Klassifikationssystemen wird eine Zeitdauer des Bestehens geschlechtsinkongruenten Empfindens von mehreren Monaten bzw. einem halben Jahr gefordert. Dieses ist ein Zeitraum, der den Autoren für Jugendliche wesentlich zu kurz erscheint, um danach weitgehend irreversible Entscheidungen wie Genitaloperationen zu befürworten. Bei klassischen transidenten Entwicklungen besteht das Zugehörigkeitsempfinden zum Gegengeschlecht oftmals seit der frühen Kindheit, wenn es auch nicht immer offengelegt wird, da sozial unangepasstes Verhalten oder innerfamiliäre Ablehnung gefürchtet werden. Bei einer Indikationsstellung für eine hormonelle oder operative Behandlung sollte mit großer Sorgfalt vorgegangen werden, die in der Vergangenheit bei der Begutachtung für eine Namens- und Personenstandesänderung nach dem Transsexuellengesetz meist üblich war.

3. Epidemiologie und Sex Ratio

In den letzten zwei Jahrzehnten ist es weltweit zu einem starken Anstieg von Vorstellungen transidenter Kinder und Jugendlicher gekommen. Rider et al. (2018) befragten in Minnesota knapp 81000 15- und 17-jährige Schüler. 2,7% bezeichneten sich als transgender oder gender nonconforming. Zu ähnlichen Zahlen kamen Zhang et al. (2020). Eine Analyse von vorliegenden epidemiologischen Studien erbrachte folgendes Ergebnis: 1,2 - 2,7% der Kinder und Jugendlichen bezeichneten sich als „transgender“. Als „transgender and gender diverse“ bezeichneten sich mehr als doppelt so viele Kinder und Jugendliche, 2,5 - 8,4%. Ältere Studien zeigten wesentlich niedrigere Zahlen (Meyenburg, 2020). Diese neueren Zahlen zeigen, dass es zu einer starken Zunahme von gender diversem Geschlechtsempfinden gekommen ist.

Zum starken Anstieg von Vorstellungen transidenter Menschen aller Altersstufen sei die Studie von Wiepjes et al. (2018) genannt. Diese Autoren werteten Daten aller im VU University Medical Center in Amsterdam von 1972 bis 2015 vorgestellten transidenten Patienten aus. Es ist das einzige Behandlungszentrum für Transidente in den Niederlanden, daher sind Rückschlüsse auf landesweite Prävalenzraten möglich. Sie lagen 2015 bei 1:3.800 für MzF- und bei 1:5.200 für FzM-Transidente. Die Zahl der in diesem Behandlungszentrum pro Jahr vorgestellten Transidenten stieg von 1980 bis 2015 um das

20-fache. Da in dieser Studie nur Transidente erfasst wurden, die aktiv eine Behandlung wünschten, etliche Transidente keine medizinische geschlechtsangleichende Behandlung wünschen, andere eine Behandlung außerhalb der Niederlande suchen, dürften die realen Prävalenzraten noch höher liegen.

Nachweisbar ist eine weltweit stark ansteigende Zahl behandlungssuchender transidenter Menschen. Die sicher deutlich höheren Prävalenzraten im Vergleich zu Schätzungen in früheren Jahrzehnten könnten dieses Phänomen erklären. In früheren Jahren wagten es Betroffene oft nicht, professionelle Hilfe zu suchen oder diese war nicht vorhanden. Die zunehmende Präsenz der Thematik in den Medien hat sicherlich dazu geführt, dass viele Betroffene sich eher zutrauen, ihr Problem offenzulegen und nach Hilfe zu suchen.

Der Altersgipfel bei Behandlung suchenden transidenten Jugendlichen liegt zwischen 15 und 17 Jahren, bedingt ist dieses durch Leiden an den pubertären Veränderungen. Transjungen, geburtsgeschlechtliche Mädchen, suchen selten vor Pubertätseintritt eine Behandlung, da sie oftmals zuvor problemlos als burschikose Mädchen leben konnten, auch trotz ihres jungenhaften Auftretens keine Ablehnung erfuhren. Daneben treten jetzt vermehrt nach Pubertätseintritt Mädchen auf, die keinen Geschlechtswechsel anstreben, sondern ein Leben als weibliche Person als unannehmbar empfinden. Transmädchen – geburtsgeschlechtliche Jungen, die als Mädchen zu leben wünschen – werden hingegen schnell auffällig und werden daher oftmals schon im Kindesalter vorgestellt.

Sex ratio

Die Geschlechtsverteilung hat sich weltweit in den letzten 10 Jahren dramatisch verändert. Während zuvor in der Mehrzahl Transmädchen in Spezialsprechstunden vorgestellt wurden, dominieren heute Transjungen. Aitken et al. (2015) berichten über 420 13- bis 18-jährige in der Amsterdamer Gender-Klinik vorgestellte Jugendliche und über 328 Jugendliche gleichen Alters, die in der Torontoer Gender-Klinik vorgestellt wurden. In Toronto lag der Anteil von Transjungen von 1999 bis 2005 bei 32 %, von 2006 bis 2013 bei 64 %. In der Amsterdamer Gender-Klinik stieg der Anteil von Transjungen im selben Zeitraum von 41 % auf 63 %. In beiden Kliniken zeigte sich somit ein sehr ähnliches Bild.

Eine Auswertung von 1434 Gutachten zur Vornamens- und Personenstandsänderung nach dem deutschen Transsexuellengesetz über Antragsteller*innen (darunter 420 unter 20-jährige Begutachtete) aus den Jahren 2005 bis

2019 (Meyenburg et al., 2021) kam zu folgendem Ergebnis: bei Jugendlichen und Adoleszenten kam es zu einer erheblichen Veränderung der Sex-Ratio zu Gunsten jugendlicher Transmänner von 2:1 auf 10:1; bezogen auf die Population aller Begutachteten kam es zu einer deutlichen Zunahme der Prävalenz jugendlicher Transmänner, wohingegen die Prävalenz der Transfrauen, die den juristischen Geschlechtswechsel noch als Teenager vollzogen, im Untersuchungszeitraum praktisch unverändert blieb. Transidentität im Jugendalter kommt nach diesen Daten heute vor allem bei den als Mädchen Geborenen vor. Anzumerken ist hierzu, dass in dieser Studie nur eindeutig transidente Personen begutachtet wurden. Der Anteil von geburtsgeschlechtlichen weiblichen Personen, die sich in Behandlungszentren und Praxen vorstellen, liegt noch höher, wenn alle eingeschlossen werden, die sich als nonbinär oder gender nonkonform empfinden.

Über die Gründe dieser Umkehr der Sex Ratio können nur Mutmaßungen angestellt werden, so die, dass Transidentität lange Zeit als ein nur bei geburtsgeschlechtlich männlichen Personen vorkommendes Phänomen angesehen wurde oder, dass (geburtsgeschlechtlich weibliche) Transmänner lange Zeit einen Weg wählten, als sehr männlich auftretende lesbische Frauen zu leben. Für letztere Annahme spricht, dass die Zahl eben dieser sehr männlich auftretenden lesbischen Frauen zurückzugehen scheint.

4. Geschlechtsdysphorie – das Leiden der Jugendlichen

Im Laufe unserer praktischen Tätigkeit war und ist der Leidensdruck der Jugendlichen ein zentraler Punkt der psychotherapeutischen Arbeit. Oftmals unbemerkt sind sie mit ihrer Geschlechtsdysphorie konfrontiert, ihre Gedanken, ihr Empfinden drehen sich permanent um ihre körperliche Entwicklung und ihrem äußerst konflikthafte Empfinden. Diffuse Gefühle einer permanenten Beeinträchtigung und psychischer Belastung, zudem die Anpassung an die zugeordnete Geschlechtsrolle und Erwartung durch die Umwelt, sind typische Merkmale.

Im Folgenden einige Fallvignetten, in der Hoffnung, dem Leser die Intensität der psychischen Belastung zu vermitteln, die die Jugendlichen begleiten.

Gabriel, 16 Jahre, meldet sich nach langem Leidensweg mit Unterstützung seiner Mutter in der Praxis an. Beide Eltern sind Muslime und stammen aus Südosteuropa. Gabriel berichtet in der Diagnoseerhebung, früher sehr unauffällig gewesen zu sein. Sichtlich ist er von den Terminen bei dem Behand-

ler beeindruckt. Er hat Bedenken, etwas Falsches zu sagen. Seine ersehnte Männlichkeit konnte er bisher nur für sich leben, ständig in der Angst, er könnte in Ungnade fallen. Nun hat Gabriel das Glück, dass seine Mutter, äußerst tolerant und offen, sein Leiden bemerkte und ihm zu einem Kontakt mit dem Behandler verhalf. Gabriel wirkt verunsichert, ängstlich, fühlt sich zunächst in der therapeutischen Situation äußerst unwohl. In der Anamneseerhebung zeigt sich, dass Gabriel bereits in der Kindheit äußerst geschickt Zuweisungen der Geschlechter aus dem Weg ging. In der Regel wurde er als zurückhaltend, schüchtern und unauffällig beschrieben. Mit Pubertätsbeginn stellte sich ein auffälliger Leidensdruck ein, den er mit Rückzug und depressiven Stimmungslagen beantwortete. Da er in der Schule früher schon aufgrund seiner Herkunft diffamiert wurde, kam es ihm nicht in den Sinn, mit seinen Wünschen und Sehnsüchten in die Öffentlichkeit zu gehen. Er berichtet, fürchterliche Angst bei diesen Gedanken entwickelt zu haben, was passieren könnte. Dies ist nunmehr sieben Jahre her, ab und zu nimmt er noch heute Kontakt zum Behandler auf. Gabriel lebt mittlerweile in einer festen Beziehung und empfindet sich in seinem Leben bestätigt.

Noah befindet sich seit zwei Jahren in psychotherapeutischer Behandlung. In der Vorgeschichte war er aufgrund seiner Ablehnung des Zuweisungsgeschlechtes in der Diagnostik bei einer Kollegin. Diese diagnostizierte aufgrund der Unauffälligkeit in der Kindheit eine Identitätskrise, eine transidente Entwicklung schloss sie zunächst aus. Die Eltern waren damals erleichtert, da sich durch die fachliche Expertise ihre Befürchtungen nicht bestätigten. Noahs Geschlechtsdysphorie intensivierte sich in der Folge. Er zog sich zurück, vertraute sich niemandem an, selbstverletzendes Verhalten etablierte sich. Seine Eltern nahmen Kontakt zum Behandler auf. Noahs psychische Belastung war bereits im ersten Termin deutlich spürbar, er vermied den Dialog mit seinen Eltern. In der Schule wurde er aufgrund seines männlichen Verhaltens und Aussehens diffamiert. Er trug dies mit sich aus, auch in der Therapie sprach er darüber zunächst nicht. In den Terminen machte sich seine Resignation bereit, da er das Gefühl hatte, keine Unterstützung zu bekommen. Seiner Meinung nach wurden seine Eltern durch die Kollegin in der Vergangenheit in ihrer Ablehnung bestätigt. Vorsichtig präsentiert er im Therapieprozess sein massives Leiden, seine körperlich weibliche Entwicklung betreffend. Er ekle sich vor seinem Körper, ziehe sich zurück und bleibe der Schule fern. Der therapeutische Prozess war von langen Phasen der Hoffnungslosigkeit und Noahs depressiven Stimmungen geprägt. Noahs Erwartung dem Behandler gegenüber war äußerst ambivalent, einerseits hatte er das Gefühl, seine Eltern

lehnen kategorisch jeglichen Versuch in Richtung Transidentität ab, andererseits hoffte er, dass der Therapeut den familiären Dialog in Gang bringen könnte. Er schildert, keine Hoffnung zu haben, sein Leben seinem Empfinden nach verändern zu können. Heimlich binde er sich seine Brüste ab, sein Coming-out in der Schule lehnen seine Eltern ab. Insbesondere Noahs Mutter ist mit seiner Konfliktsituation konfrontiert, sein Vater avanciert zunächst zum Gegner jeglicher Schritte. Auch die ersehnte Kurzhaarfrisur wird von Noahs Eltern abgelehnt, da sie negative Reaktionen der Umwelt und zunächst eine voreilige Unterstützung der ihrer Ansicht nach pubertären Identitätskrise ihres Kindes interpretieren. Auch verfolgten sie den Gedanken, Noah könnte durch ein männliches Äußeres in seiner Krise „...kontraproduktiv unterstützt...“ werden. Im Laufe des Therapieprozesses konnten die Eltern intensiv, trotz aller Vorbehalte, einbezogen werden und sich der Problematik ihres Kindes zuwenden. Noah stand kurz vor einem stationären Aufenthalt, da er in einem gemeinsamen Badeurlaub mit seinen Eltern seine Belastungen nicht mehr aushielt. Seine Eltern zeigten sich tief beeindruckt von seinem körperlichen Empfinden, nun von Schuldgefühlen aufgrund ihrer bisherigen Ablehnung geplagt. Noah wurde von den Eltern in der Endokrinologie vorgestellt, um sich über weitere Optionen zu informieren und gemeinsam einen Weg für das psychische und körperliche Wohlergehen Noahs zu finden.

Aarons Mutter berichtet, dass er regelmäßig für mehrere Tage „...in sich zusammenbreche“, sobald seine Menstruation eintritt. Anfänglich hielt sie dies für normal, da es doch sicherlich anderen Mädchen ebenso ergehe. Sie selbst empfand ihre weibliche Entwicklung in der Pubertät zeitweise auch konfliktthaft. Sie merkte jedoch, dass dieser Vergleich Aaron nicht gerecht wurde, sein Leiden sich existenziell auf seine körperlichen Gegebenheiten bezieht. Später habe sie mitbekommen, dass Aaron sich nach der Menstruation regelmäßig selbst verletzt. Er habe sich zurückgezogen und mit niemanden mehr geredet, es war ihm nicht möglich, sich mit ihr auseinanderzusetzen.

Sam berichtet, sich nicht mehr duschen zu können. Er gehe deshalb nicht mehr in die Schule, aus Angst vor Ausgrenzung. Mittlerweile empfindet er Ekel und Hass gegenüber seinem Körper. Er bekomme Druck, keiner verstehe ihn, ihm werde mit einer Klinikeinweisung gedroht. Seine Versuche, seine Konflikte seiner Umwelt anzuvertrauen, schlugen fehl. Oftmals wurde er als faul, sich den Lebensbedingungen widersetzend, bezeichnet.

Jimmy schildert, seit längerem den Sportunterricht in der Schule zu vermeiden. Früher zog er sich zu Hause bereits an, um nur seine Hose abstreifen zu müssen. Er wurde von den anderen gehänselt, da er sich weigerte, mit in die Umkleidekabine zu gehen. Seine Lehrer unterstützten ihn nicht. Teilweise blieb er an diesen Tagen dem Unterricht fern, täuschte eine Erkrankung vor. Er wurde als Schulschwänzer tituiert, der Schulbesuch wurde für ihn zum Spießbrutenlauf.

Konrad thematisiert, dass er regelmäßig beim Duschen ein Handtuch vor den Spiegel hänge, um den „Anblick seines Körpers nicht ertragen zu müssen.“ (Eine immer wiederkehrende Aussage der Jugendlichen.) Mit seiner Umwelt könne er darüber nicht reden, da er diesbezüglich als sonderbar betrachtet werde. Seine Eltern würden sich extrem um ihn sorgen, sofern sie davon Kenntnis hätten. Er möchte nicht, dass sie sich aufgrund seiner Transidentität Sorgen machen.

Chris schildert, schon oft darüber nachgedacht zu haben, sich „...den Kehlkopf zu schleifen und den Penis abzuschneiden“. Sie ist unsicher, wie der Therapeut dies betrachte. Sie habe lange darüber nachgedacht, ob sie ihm dies anvertraue. Sie habe Angst, mit diesen Gedanken als krank betrachtet zu werden.

Daniel, 19 Jahre, erzählt, dass er seit vielen Jahren einen hohen Leidensdruck aufgrund seiner körperlichen Entwicklung empfindet. Lange Zeit war er völlig irritiert, spielte immer wieder alle Möglichkeiten, die in Betracht kamen, durch. Unverändert setzte sich sein Leiden fort. Im Therapietermin ist Daniel mit seinem T-Shirt beschäftigt. Merkbar war, dass er sich auf das Gespräch kaum konzentrieren konnte, permanent in der Betrachtung seiner Körperlichkeit verfangen war. Darauf angesprochen fühlt er sich zunächst ertappt, dann sichtlich erleichtert. Es gelingt ihm nicht, sich abzulenken, er habe ständig das Gefühl, dass seine Brust sich zeigt. Er komme von diesem Gefühl nicht mehr los. Verschämt berichtet er, dass er sich immer „...gegen den Wind stelle“, da er das Gefühl, sein T-Shirt auf der Haut zu spüren, nicht ertrage. Er befürchtet, dass er als seltsam erachtet werde, dennoch wagte er den Schritt, sich anzuvertrauen. Auch versuche er, sich so zu bewegen, dass seine Hüfte, die er weiblich erlebe, nicht zu stark betont werde. Dieses Missempfinden intensivierte sich zunehmend in den letzten Jahren, er könne sich davon nicht befreien.

Daniels Beschreibungen werden von vielen Jugendlichen bestätigt, oftmals mit der Angst, sich anderen mit dieser Thematik nicht anvertrauen zu können. Sie haben Schwierigkeiten, sich selbst anfänglich zu verstehen und verbringen lange Phasen ihres Lebens mit ihrer Einsamkeit und ihrer massiven körperlichen Belastung.

5. Besonderheiten der Therapie

5.1 Die Bedeutung der Sprache

Den Leser*innen ist bereits aufgefallen, dass wir in den Falldarstellungen den Namen und das Pronomen des empfundenen Geschlechts verwenden. Dies erfolgt in Anerkennung und Wertschätzung unserer Patient*innen und ihrem Selbsterleben gegenüber. Dies kann Irritationen auslösen, in der Annahme, durch diese Akzeptanz der Anrede voreilige Prozesse auszulösen, die in der Folge irreversibel sein könnten. So schreibt gar ein Psychoanalytiker, in seinem bisherigen Berufsleben in keiner Weise mit der Behandlung transidenter Jugendlicher befasst, in seinen Anklageschriften gegenüber dem „Gender-Mainstreaming“ von der Gefahr der Sozialen Transition, die seiner Ansicht nach keine Optionen offenlässt und regelmäßig in eine hormonelle Behandlung mündet. Entsprechende öffentliche Darstellungen verunsichern Eltern und erschweren erheblich individuelle Lösungswege in der Familie.

Felix, 17 Jahre, leidet mindestens seit Pubertätsbeginn extrem unter seiner Geschlechtsinkongruenz, seiner körperlichen Entwicklung und sehnt sich seit vielen Jahren nach dem Leben im anderen Geschlecht. Er erscheint zum ersten Termin und schildert, dass seine Eltern sich weigern, ihn bei „seinem Namen“ anzusprechen. Sie sehen dies als Irrtum, er solle sich wieder seinem Zuweisungsgeschlecht zuwenden. Felix teilt ihnen mit, dass er sich bereits in der Schule geoutet habe und bei Lehrer*innen wie Mitschüler*innen auf Verständnis stieß. Er werde dort mit seinem Namen angesprochen. Seine Eltern reagierten extrem verärgert und drohten, gegenüber der Schule eine Strafanzeige zu stellen.

Lukas, 17 Jahre, thematisiert im Familiengespräch seine Schwierigkeiten, in seinem transidenten Empfinden von der Umwelt respektiert zu werden. Selbstverständlich meint er damit auch seine Eltern, ohne sie direkt anzusprechen. Im Laufe des Gesprächs wird offensichtlich, dass seine Eltern ihn mit dem Pronomen seines Zuweisungsgeschlechtes ansprechen und die direkte

Anrede „umgehen“. Der Therapeut spürt die familiäre Brisanz und seinen Impuls, diese Dissonanz zu thematisieren. Beide Eltern schildern, nach wie vor ein befremdliches Gefühl zu empfinden, sofern sie ihn mit seinem Namen und dem von ihm gewünschten Pronomen ansprechen. Mittlerweile können sie das Erleben ihres Kindes nachvollziehen und sind sich bewusst, seinen Lebensweg mit allen ihnen verfügbaren Mitteln zu unterstützen. Lukas hält sich zurück, erst als der Therapeut ihn anspricht, schildert er seinen Konflikt. Es würde ihm viel bedeuten, sofern seine Eltern ihn in seiner Identität ansprechen. Jedoch könne er auch verstehen, dass diese Schwierigkeiten damit haben, es sei für ihn nachvollziehbar.

Dies trifft auf die meisten transidenten Jugendlichen zu, die ihrer Umwelt ihre Transition zunächst nicht „zumuten“ wollen, im Gegensatz zu der oftmals vertretenen Ansicht, Jugendliche würden ihr Recht ausschließlich konfrontativ vertreten, während die Eltern in die Gefahr gerieten, ihr Erziehungsrecht grundsätzlich abzugeben.

Auf Nachfragen schildert Lukas, dass er seit vielen Jahren diese massive Ambivalenz ertrage. Er habe gegenüber seinen Eltern Schuldgefühle, da er diese nun mit seiner Situation in Schwierigkeiten bringe.

Ein Beispiel, das im Praxisalltag in zahlreichen Behandlungen auftritt. Die Anerkennung des Namens wird von Kritiker*innen als voreilige Akzeptanz der transidenten Entwicklung und ihrer weiteren Maßnahmen, insbesondere irreversibler Bereiche, betrachtet. Fachlich wie persönlich gesehen geht es zunächst ausschließlich darum, die Alltagserfahrungen im anderen Geschlecht mit den betroffenen Jugendlichen zu reflektieren und das persistierende Gefühl, im anderen Geschlecht leben zu wollen und auch so behandelt zu werden, gemeinsam zu hinterfragen. Der Name ist wesentlicher Bestandteil der eigenen Identität, zudem steht der Name im unauflösbaren Verhältnis zur eigenen Herkunftsfamilie. Dies verdeutlicht die Vielschichtigkeit dieser Thematik. Die Anrede mit dem Namen zollt Wertschätzung und stellt keine „seltsame Handlung“ dar. Dies sollte für uns Behandler*innen immer wegweisend sein,

5.2 Suche nach der Identität

Kritik an der Behandlung transidenter Entwicklungen orientiert sich vorwiegend an der Behandlung im Jugendalter. Die Sorge, entwicklungsbedingte Identitätskrisen Jugendlicher einseitig, ohne fachliche Expertise, im Sinne

des sog. „Gender-Mainstreaming“ voranzutreiben, wird allgegenwärtig in Veröffentlichungen, Interviews und in Expertenauftritten der Kolleg*innen vorgetragen. In Zeiten einer flexiblen Identität erscheint nahezu „alles machbar“, Identitätsentwürfe sind stets veränderbar. Lippmann (2015) spricht von flexiblen Identitäten, die gesellschaftlichen Veränderungen unterworfen sind und dem Individuum, das auf der Suche nach dem Ich in einer Gesellschaft der endlosen Möglichkeiten sich bewegt (vgl. Langhirt, 2022). Dieser Zeitgeist verschärft die Kritik gegenüber den geschlechtsvarianten Entwicklungen, der individuelle Lebensweg gerät dabei zeitweise aus dem Fokus. Die Begleitung, Behandlung und Diagnostik der Jugendlichen erfolgt ergebnisoffen. Dies setzt bei den Behandler*innen eine kontinuierliche und intensive Selbstreflexion voraus, um frei von Bewertungen und Zuordnungen den therapeutischen Prozess durchzuführen. Wir sind nach Jahrzehnten klinischer Praxis überzeugt, dass dies bei unseren Jugendlichen grundsätzlich verstanden wurde, diejenigen, die andere Ziele verfolgten, sind nicht in der Behandlung verblieben. Die Vernetzung mit Kolleg*innen, die Arbeit an den Fällen, die mögliche Zweitsicht, war und ist grundsätzlich bei dieser Thematik gegeben, für andere Störungsbereiche stellen wir dies zumindest in solcher Intensität infrage.

Die ergebnisoffene Behandlung versuchen wir in den folgenden Fallvignetten darzustellen. Anfügen möchten wir, dass dies einen sehr geringen Prozentsatz an Verläufen darstellt, da grundsätzlich Jugendliche vor Kontaktaufnahme mit einer Praxis schon sehr lange sich mit dieser persönlichen Thematik auseinandersetzen.

Clara, 15 Jahre, stellt sich mit ihrem Vater erstmalig in der Praxis vor. Ihr Schulsozialarbeiter habe ihr dazu geraten. Ihr Vater schildert, geschockt gewesen zu sein, als Clara vor einigen Monaten den Eltern ihre transidente Entwicklung erklärte. Bislang gab es seiner Ansicht nach kein Anzeichen hierfür. Im Therapieprozess war Claras Unsicherheit offensichtlich, sie selbst thematisierte, Klarheit über ihre Identität finden zu wollen. Sie sehnte sich danach, männlich zu sein. Massive Ängste plagten sie, ihrer Umwelt ihr Empfinden mitzuteilen und ihren Namen, den sie sich überlegt habe, ihrem Umfeld anzuvertrauen. Massive Angst hatte sie gegenüber ihrer Mutter, die rigoros eine transidente Entwicklung ablehnte. Claras Eltern waren getrennt, ihre Mutter lebte in einer Partnerschaft, die jegliche Varianz des Geschlechtsempfindens ablehnte und auch diffamierte. Clara fühlte sich hier teilweise bedroht, ihr Abhängigkeitsverhältnis von der mütterlichen Welt war hoch ambivalent. Schnell geriet der Behandler selbst in das Spannungsfeld beider Eltern, die

nach der Trennung sich grundsätzlich bei Problemen Claras die Schuld zuschoben. Die Findung einer eigenen Identität war für Clara sehr schwierig. Der Therapeut erlebte sie sehr unzufrieden mit sich, ihrem Körper, von ihrer Mutter im Stich gelassen, sie konnte kaum auf soziale Kontakte zurückgreifen. Clara forderte keine weiteren Schritte, überlegte sich zwar ansatzweise die Möglichkeit einer hormonellen Behandlung, benötigte aber Unterstützung in ihrer Lebenskrise. Im Laufe des therapeutischen Prozesses, der sehr stark von dem Fluktuieren ihrer Identität geprägt war, veränderte sich das innere (Selbst-)Bild Claras. Sie begann zielstrebig eine Ausbildung, zog zu ihrem Vater, der sie in ihrem Empfinden offen unterstützte und keinen Druck auf Clara ausübte. Clara lernte einen Freund kennen. Kurz darauf rief sie in der Praxis an und bat um einen schnellen vorzeitigen Termin. Äußerst zögerlich, mit Scham berichtete sie, ihre veränderte Situation mitteilen zu wollen. Sie konnte sich noch niemandem anvertrauen, da sie Angst vor der Reaktion hatte. Sie erlebe sich nun wieder weiblich, akzeptiert und befürchte nun kritische Äußerungen ihres Umfeldes, das sie anfänglich vor solchen Schritten warnte. Claras Mutter fühlte sich bestätigt, zeigte kein Verständnis für die Zeit Claras im Therapieprozess, den sie für sich und ihr weiteres Leben nutzte. Clara befand sich noch ein Jahr in Psychotherapie, die sie für sich und ihre existenziellen Fragen ihres weiteren Lebens intensiv in Anspruch nahm.

Heinz wird von seiner Hausärztin überwiesen. Sie wurde konfrontiert mit seinem Wunsch eines Geschlechtswechsels, sie sei damit überfordert gewesen. Die Hausärztin lernte den Behandler in der Vergangenheit im Rahmen einer Fortbildung über transidente Entwicklungen Jugendlicher kennen. Heinz habe über sein Empfinden mit seinen Eltern bisher nicht geredet. Er habe Angst vor den Reaktionen seines Vaters. Heinz wirkt androgyn, im Kontakt sehr vorsichtig, unsicher und ängstlich. Er wurde bereits in der Kindheit feminin betrachtet, leide sehr unter seiner männlich körperlichen Entwicklung. In der Schule machte er die Erfahrung, aufgrund seines Andersseins von den Jugendlichen ausgegrenzt zu werden. Heinz schildert, äußerst emotional belastet, seine seit Jahren anhaltende Angst vor einem Coming-Out. Er befinde sich in der Ausbildung zum Mechatroniker, halte es dort aufgrund der sehr intoleranten Atmosphäre nicht mehr aus. Heinz nutzte die therapeutischen Termine, um sich über die nächsten Schritte im Klaren zu werden. Zeitweise thematisierte er, sich am Abgrund seines Lebens zu befinden. Nach langer Überlegung brach er die Ausbildung ab, nachdem sein Vater eingewilligt hatte. Diesem wurde wohl die Dramatik der Lebenssituation seines Kindes in dieser Situation klar. Der Ausbilder von Heinz meinte, er hätte schon vermu-

tet, dass Heinz „dem anderen Ufer zuneige“. Trotz dieser Diffamierungen war Heinz deutlich entlastet und formulierte, auch gegenüber seinem Vater seinen Wunsch, den Beruf des Erziehers zu ergreifen. Sein Vater sei ihm gegenüber äußerst kritisch, weiblich könne er zu Hause aufgrund dessen Reaktion nicht auftreten. Sein Vater würde dies verbieten. Heinz äußert schon anfänglich die Sehnsucht nach einer hormonellen Behandlung. Die von Heinz empfundene Zurückhaltung seines Behandlers und die therapeutische Zielformulierung, zunächst gemeinsam seine wichtigen Lebensfragen zu reflektieren, relativierte etwas seine Haltung. Er schildert die äußerst konflikthafte Beziehung zu seinem Vater, der ihn nie akzeptiert habe. Er, Heinz, möchte nicht so sein, wie dieser sich es vorstelle, er möchte seinen eigenen Weg finden. In einem der folgenden Termine erscheint Heinz aufgeregt und meint, „er möchte nun wieder Mann sein“. Er habe sich mit seinem Vater auseinandergesetzt und habe das Gefühl, dass dieser ihn nun verstehe. Heinz wirkt verängstigt, mit hohem Widerstand. Seinen therapeutischen Prozess möchte er beenden.

Der Behandler ist sich unsicher, inwiefern Heinz für sich und nicht für andere eine Entscheidung getroffen hat. Die Aktualität holt den Behandler beim Schreiben dieses Falles ein. Heinz schreibt, er möchte seine Therapie wieder aufnehmen. Er habe das Gefühl, sich nach wie vor nach dem anderen Geschlecht zu sehnen. Seine Geschichte zeigt, wie offen der therapeutische Prozess sich gestaltet, das Mitgehen der Behandler*innen entlang des subjektiven Erlebens ihrer Patient*innen ist notwendig.

Jonas kommt mit vier Jahren erstmalig in die Praxis. Er falle im Kindergarten durch mädchenhaftes Verhalten und seine äußere Erscheinung sehr auf. Die Mutter benötigte Hilfe im Umgang mit ihrem Kind, der Vater distanzierte sich zunächst aus dem Geschehen. Jonas war bereits im vierten Lebensjahr in einer Spezialsprechstunde und wurde zwecks einer psychotherapeutischen Begleitung verwiesen. Jonas berichtet, dass er sich weiblich lange Haare, Röcke, Strumpfhosen und Mädchenschuhe wünsche. Jonas konnte in der psychotherapeutischen Behandlung damals seine Wünsche, als Mädchen zu leben, offen besprechen, sein Umfeld lehnte dies nicht ab. Die Mädchen im Kindergarten waren sehr angetan von ihm, entsprechend seinen Wünschen konnte er im Kindergarten Strumpfhosen tragen und sein Empfinden mit den anderen Kindern leben.

Mit Eintritt in die Ganztageschule äußerte Jonas den Wunsch, seine Therapie zu beenden, da er in seiner Klasse so akzeptiert wurde, wie er sich empfand. Jonas wünschte sich dort als Junge zu leben, zwar hatte er grundsätzlich an-

dere Vorlieben als die anderen Jungs, erlebte sich aber sehr gut integriert. Acht Jahre später meldete sich die Mutter wieder. Jonas sei abermals mit dem Gefühl belastet, sich weiblich zu empfinden. Jonas berichtet mir, in der Badewanne zu liegen und sich einen weiblichen Körper zu ersehnen, sein männlicher belaste ihn sehr. Mittlerweile besuchte er das Gymnasium, lebte dort als Junge. Einigen habe er sich anvertraut, er stieß auf eine positive Resonanz. Die Mutter schildert, dass ihr Mann sichtlich Schwierigkeiten mit der möglichen transidenten Entwicklung habe. Jonas Vater thematisiert, dass er keine Anhaltspunkte bei seinem Kind bemerkt habe, Jonas habe sich seiner Meinung nach typisch jungenhaft entwickelt. Er, der Vater, sei jedoch offen und behindere andere Wege nicht. Jonas ist hin- und hergerissen, auf der Suche nach der väterlichen Anerkennung. Er bedauere, dass seine Interessen, er singt, kocht und backt, bei seinem Vater auf wenig Interesse stoßen. Jonas erlebt sich sehr belastet mit seiner körperlichen Entwicklung, sein Penis störe ihn. Er ersehne einen weiblichen Körper. Aufgrund der krisenhaften Entwicklung nimmt der Vater zunehmend eine Position in der Familie ein. Er müsse nun ein Gespräch zwischen Männern mit Jonas führen, was er dann auch umsetzt. Beide unternehmen einen Ausflug, was im bisherigen Leben Jonas noch nicht erfolgte. Jonas Vater berichtet, dass er mit seinem Sohn in einen intensiven Dialog kam. Er habe oftmals das Gefühl, dass seine Frau Jonas negativ hinsichtlich seines Geschlechtsempfindens beeinflusst und sehe seine eigene Schuld darin, bisher das Männliche mit Jonas nicht klar besprochen zu haben. In den folgenden Terminen versucht Jonas mir die Veränderung seines Selbstbildes verständlich zu machen. Er habe nun das Gefühl, der Behandler solle nicht denken, dass sein Vater ihn beeinflusst habe, dass er als Junge weiterleben möchte. Seine Fantasien und sein Empfinden von Weiblichkeit sind verschwunden.

Die Interpretationsmöglichkeiten dieser Fälle sind vielschichtig. Wir stellen sie hier aus Gründen der individuellen Verläufe dieser Jugendlichen dar. Sie belegen deren Offenheit in einer vertrauten Beziehungskonstellation. Sie nutzen therapeutische Verläufe, um sich und ihr Empfinden zu hinterfragen und tatsächlich Lebenskrisen für sich zu klären. Der Impuls nach schnellen Handlungen ist sicherlich vorhanden, wird jedoch von den Betroffenen äußerst differenziert betrachtet. Heinz Fall zeigt, dass die Begleitungen ergebnisoffen sind. Clara zeigte sich von Anfang an äußerst unsicher, geprägt von elterlichen Delegationen. Diesen wollte sie sich mit aller Macht entziehen. Sehr wahrscheinlich hätte sie ohne fachliche Begleitung falsche Entscheidungen getroffen. Bei Heinz und Jonas ist die Dominanz bzw. das Fehlen der inneren

väterlichen Repräsentanz offensichtlich. Heinz hat sich wieder gemeldet, bei Jonas könnte es ähnlich verlaufen. Beide fühlten sich verstanden, es stellte sich kein Konflikt aufgrund ihrer Therapiebeendigungen ein. Die Jugendlichen spürten die Akzeptanz ihrer jeweiligen Lebenssituation. Heinz und Jonas scheiterten zunächst an eigenen Entwürfen der Etablierung ihrer Identität, entgegen den elterlichen Delegationen. Dennoch scheinen beide Fälle durch den psychotherapeutischen Prozess „aktiviert“ worden zu sein und es bleibt weiterhin offen, welchen Weg sie für sich wählen.

5.3 Kooperation mit stationären Einrichtungen

In den letzten Jahren hat sich die Arbeit auch auf das Bezugsfeld der Jugendlichen, die sich in Kliniken, Wohngruppen, Berufsbildungswerken und anderen Einrichtungen befinden, erstreckt. Eine Sensibilisierung im Umgang mit geschlechtsvarianten Entwicklungen hat in den Systemen eingesetzt, jedoch etablieren sich auch gruppenspezifische Prozesse, die sich gegenläufig auf die betroffenen Jugendlichen auswirken. Der Antagonismus des gesellschaftlichen Diskurses überträgt sich auf diese Systeme. Ablehnung versus Anerkennung veranlasst diese Institutionen, Kontakt mit den Praxen aufzunehmen, um an einer geeigneten und erforderlichen Beziehungskonstellation mit den Jugendlichen zu arbeiten.

Liam, 18 Jahre, wirkt im Erstgespräch sofort äußerst instabil, er halte seine seit vielen Jahren empfundene Geschlechtsinkongruenz und damit verbundene Geschlechtsdysphorie nicht mehr aus. Er konnte sich bisher weder in seiner Familie noch in der Schule, er steht vor dem Abitur, offenbaren. Niemand vermute, dass er transident sei, schildert er mit großer emotionaler Anspannung. Er führte bisher ein Doppelleben, sein transidenten Empfinden ständig in der Geheimhaltung. Im Erstgespräch wird die seit langem bestehende Überlastung des Jugendlichen deutlich. Der Behandler nimmt im Einvernehmen mit Liam Kontakt zu einer Klinik auf, Liam unterzieht sich dort für mehrere Wochen einer Krisenintervention.

Im folgenden ambulanten Termin berichtet er von seinen Schwierigkeiten, auch in der Klinik kein Verständnis für seine Situation empfunden zu haben. Er befürwortet nachträglich diese stationäre Maßnahme zum Zwecke seiner psychischen Entlastung und Stabilisierung, die ihn aus „seinem unerträglichen Alltag“ befreite. Aber seine Therapeutin meinte, sie könne mit ihm nicht über seine Transidentität reden, da dies in der Klinik kein Thema sei oder sein dürfe. Zudem könnten die Jugendlichen in der Klinik „angesteckt werden“.

Liam formuliert, sehr schlechte Erinnerungen an diesen stationären therapeutischen Prozess zu haben.

Wir möchten der Kollegin keine Vorwürfe machen, da Liam sich zur Krisenintervention in der Klinik befand. Kliniken sind auch Zufluchtsorte für Jugendliche, die sich auf der Suche nach ihrer Identität befinden und geschlechtsvariante Entwicklungen nicht die eigentliche Thematik ihrer Krisen darstellen. Die fachliche Auseinandersetzung mit dieser Thematik ist für die Mitarbeiter*innen dieser Einrichtungen äußerst schwierig. Die langjährige Unterstützung stationärer Einrichtungen, Kliniken, Berufsbildungswerke, therapeutischer Wohngruppen etc. zeigt, dass sich adäquate Umgangsregeln, die alle Mitarbeiter*innen vertreten können, je nach Institution gestalten lassen, um Jugendlichen wie Liam auch zu entsprechen.

5.4 Die Integration der Eltern, ihre Sicht und Sorge

Eltern in den psychotherapeutischen Verlauf einzubeziehen, ist grundsätzlich oberste Prämisse aller Psychotherapeut*innen, die mit dieser Thematik arbeiten. (vgl. Langhirt, 2017) Nicht immer gelingt dies, jedoch konnten wir in all den Jahren einen Großteil der Eltern zur Mitarbeit und Unterstützung ihrer Kinder einbeziehen. Ihre kritische Sicht ist nachvollziehbar und muss unserer Ansicht nach Bestandteil der therapeutischen Aktivitäten sein. Die therapeutische Aufgabe besteht darin, elterliche Sorgen zu verstehen, sie gemeinsam mit den Jugendlichen therapeutisch zu hinterfragen und gemeinsame familiäre Lösungen, sofern möglich, zu entwickeln.

Das neue Selbstbestimmungsgesetz in seiner jetzigen Vorlage verstärkt die Sorgen der Eltern. Vor dem 14. Lebensjahr sollen die Eltern einverstanden sein und eine Änderungserklärung beim Standesamt vorlegen, ab dem 14. Lebensjahr darf der oder die Betroffene selbst den Antrag stellen, vorausgesetzt, die Sorgeberechtigten stimmen zu. Welche Folgen hat dies für den familiären Kontext? Im Praxisalltag zeigt sich, wie konflikthaft diese Thematik im familiären Dialog behandelt wird. Generell richten wir den therapeutischen Fokus darauf, Eltern in einen Dialog mit ihren Kindern zu bringen und ihre Skepsis nicht in einen unauflösbaren familiären Konflikt münden zu lassen. Die elterlichen Sorgen sind nachvollziehbar. Sie sind besorgt, falsche Entscheidungen zu treffen und ihr Kind nicht geschützt zu haben. Die Frage, dass es um Schritte geht, die das Leben ihrer Kinder künftig bestimmen, überfordert sie oft. Die neue Gesetzeslage sieht vor, bei strittigen Fällen das Familiengericht einzuschalten. Dies wirft die Frage auf, wie sich dies in der Praxis ge-

stalten soll. Abermals sind bei diesen Überlegungen die Jugendlichen außer Acht gelassen worden. Welcher Jugendliche beauftragt das Familiengericht? In welcher Weise wird das Familiengericht zeitnah aktiv? Welche Datenlage benötigt das Familiengericht in seiner Entscheidung? Meist gelingt es, Eltern zu integrieren und den bisher schwierigen Dialog in ein Verständnis füreinander zu transformieren. Trotzdem sind immer wieder einzelne Fälle präsent, in denen diese Verständigung ausblieb und wir in der weiteren Behandlung Jugendliche erlebten, deren psychische Belastung sich massiv verstärkte. Der Gedanke, sich an das Familiengericht zu wenden, war allen diesen Jugendlichen fremd. Duldsam überbrückten sie mit psychotherapeutischer Hilfe oder stationärer Unterstützung den Zeitpunkt bis zur Volljährigkeit. Es ist zu hoffen, dass durch dieses neue Gesetz auch diese Thematik in den Fokus rückt.

Emanuel, 16 Jahre, kommt zum Ersttermin, er bekam die Adresse des Behandlers von einem Freund. Er berichtet, aufgrund seiner geschlechtlichen Entwicklung sehr belastet zu sein. Er ziehe sich aus seinen sozialen Kontakten zurück, er könne sich niemandem anvertrauen, er leide unter seiner Einsamkeit. Seine Eltern sind geschieden, Emanuel ist seit langen auf sich gestellt und meistert sein Leben relativ selbstständig. Im Elterngespräch bilden beide Eltern sofort ein Bündnis gegen den Behandler. Vorwurfsvoll thematisieren sie den falschen Weg der Therapie. Eine Akzeptanz seines Namens, seines Pronomens würde ihn gegen die Eltern aufhetzen. Sie hatten ursprünglich die Hoffnung, dass die therapeutischen Interventionen ihn wieder in sein Zuweisungsgeschlecht „zurückführen“. Seine Sehnsucht, sein Empfinden war ihnen bisher nicht bekannt, erst durch die Therapie wurde dies ein familiäres Thema. Emanuels Vater verlässt nach massiven Vorwürfen dem Behandler gegenüber das Therapiezimmer und meint, seine Tochter würde hier ihren Weg nicht weiterführen.

Fachlich betrachtet erscheint der weitere Prozess schwierig, der Widerstand beider Eltern zeigt sich zunächst unüberbrückbar. Insbesondere diese Verläufe belegen für uns die Notwendigkeit einer weiteren psychotherapeutischen Begleitung, insbesondere die Fokussierung auf das familiäre Bezugsfeld. Emanuels Entwicklung würde sicherlich stagnieren, sofern seine Eltern seine transidente Entwicklung weiter ablehnen und diese als psychische Krankheit bewerten. Seine Eltern meldeten sich nach einiger Zeit wieder, da er unter einer massiven Geschlechtsdysphorie litt, die nun öffentlich durch die Termine zutage trat. Der gemeinsame Kontakt gestaltete sich nach wie vor schwierig, der Vater kam zunächst auf Druck Emanuels und seiner Mutter. Mittlerweile sind beide Eltern in den psychotherapeutischen Verlauf integriert.

Joschas Mutter bekam die Adresse des Therapeuten von einem Trägerverband. Bereits im ersten Termin thematisiert sie ohne Vorbehalte die transidente Entwicklung Joschas und seinen extrem hohen Leidensdruck. Sie benötige eine Indikation für eine pubertätsarretierende Medikation, andere Optionen sehe sie nicht. Zudem möchte sie eine Bescheinigung für die Schule, dass ihr Kind transident sei und entsprechende Sonderregelungen erfährt. Es stellt sich ein Gefühl des Überfahrenwerdens ein, es ist kaum möglich, die Mutter zu bremsen und Joscha in den Vordergrund zu rücken. Joscha thematisiert in der Folge in seinen Terminen, nicht erwachsen werden zu wollen. Vorsichtig berichtet er über die schwierige Welt, in der er lebt. Seine Eltern leben in Konflikten, die Gleichaltrigen ziehen in ihrer Entwicklung weiter und finden seine kindhaften Interessen sonderbar. Es entwickelt sich ein vertrauensvoller Dialog, immer wieder gestört durch die elterliche Delegation. Die Mutter forciert weitere Maßnahmen, während der Therapeut aus ihrer Sicht zum Kritiker und Blockierer der notwendigen Entwicklung von Joscha avanciert. Joschas Mutter bricht die Therapie ab und wechselt zu einer anderen Therapeutin.

Weshalb werden die Maßnahmen von elterlicher Seite wie im Falle von Joscha so stark forciert? Mit großer Sicherheit ist davon auszugehen, dass Joscha keine transidente Entwicklung vollzieht, sondern massive Ängste und Abwehr gegenüber weiteren Entwicklungsphasen zeigte. Die Schuldgefühle seiner Mutter vor dem Hintergrund ihrer Trennung, ihrer eigenen Unzufriedenheit, führten zu einer eigenen Theorie des Wohlergehens ihres Kindes, die sehr forcierte Schritte zur Folge hatte.

Auch hier stellt sich die Aufgabe der Psychotherapeut*innen, die Elternperspektive zu verstehen, aber auch deren innere Konflikte und Delegationen in die Bearbeitung zu bringen und bei Bedarf auch eine kritische Sicht der transidenten Entwicklung zu zeigen. Bei Joschas Mutter gelang dieses nicht.

6. Neue Entwicklungen

6.1 Nonbinarität

Seit einigen Jahren stellen Kolleg*innen in den Supervisionen Fälle vor, die von Irritationen geprägt sind und den traditionellen fachlichen Konsens in Diagnostik und Begleitung geschlechtsvarianter Entwicklungen infrage stellen. Auffallend sind die abwehrenden Reaktionen auf diese Identitäten. Die Zahl nicht-binärer Jugendlicher ist mittlerweile beträchtlich. Die wissenschaftliche Studienlage als Grundlage einer fachlichen Expertise ist aktuell so gut wie nicht vorhanden. Festzuhalten ist, dass Jugendliche, die sich als nicht-binär empfinden, eine äußerst vulnerable Gruppe darstellen. Viele von ihnen erlebten Mobbing und Diffamierungen. Dies bedeutet, dass wir ein besonderes Augenmerk auf diese Jugendlichen richten müssen. Viele nicht binäre Jugendliche vermeiden den Kontakt mit Stützpunkten oder Praxen, aus Angst vor den Reaktionen der Umwelt. Nicht binäre Jugendliche in unseren Praxen erscheinen oftmals äußerst vorsichtig, definieren sich zunächst als transgener, um sich dann, nach Testung der vertrauensvollen und toleranten Ebene, als nicht-binär zu offenbaren. Auffallend ist, dass sie, zunächst zwar unscheinbar, aber im weiteren Behandlungsverlauf depressive Entwicklungen, Ängste und eine massive Selbstwertproblematik aufwiesen (Chew et al., 2020). Die Jugendlichen sind äußerst unsicher, sich nicht im Klaren, wie ihr Gegenüber ihre Nichtzuordnung zum Geschlecht auffasse. Prüll (2016, S.62) spricht von der besonderen Funktion der Psychotherapie als „gate-keeping“, da nur diese ihnen den Zugang zu weiteren körpermodifizierenden Maßnahmen ermöglicht. Eine Kollegin nannte vor kurzem die Nicht-Binarität als weiteres pubertäres Zeitphänomen, ein Patient berichtete gar, dass eine Lehrerin dies als Produkt der Wohlstandsgesellschaft im Unterricht darstellte. Der Jugendliche brach die Therapie ab, der andere wechselte die Schule. Wir sind der Meinung, durch solche Etikettierungen und Vorbehalte werden wir unseren jugendlichen Patienten nicht gerecht, eine vertrauensvolle Begleitung auf dem weiteren Lebensweg stellen wir uns vor diesem Hintergrund äußerst schwierig vor. Wir werden in der Praxis vor massive Probleme gestellt, wie bereits anfangs beschrieben. Diese Jugendlichen wünschen bestimmte medizinische Schritte, andere lehnen sie ab. Im bisherigen Gesundheitssystem muss ein transidenter Lebensweg vorliegen, der fachlich mehrfach überprüft wird. Nicht-binäre Jugendliche können sich derzeit keinen körpermodifizierenden Maßnahmen unterziehen. Jedoch wird oftmals ein krankheitswertiger Leidensdruck aufgrund der körperlichen Entwicklung spürbar, der durch psychotherapeutische oder psychiatrische Maßnahmen nicht zu lindern ist.

Kim, 17 Jahre, meldet sich in der Praxis aufgrund seines Identitätsempfindens an. Die Initiative kam von Kims Mutter, die Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe pflegt. Kim wurde mehrere Male stationär aufgrund sozialer Phobien und einer Somatisierungsstörung behandelt. Als Anmeldegrund wird eine transidente Entwicklung angegeben. Die stationäre Maßnahme erfolgte nach einem mehrmonatigen Schulabsentismus. In der Schule outete sich Kim als transident, eine Vorstellung in einem Transidentitätsstützpunkt folgte. Aufgrund der erheblich belastenden Geschlechtsdysphorie wurde der Kontakt zur Endokrinologie hinsichtlich der hormonellen Behandlung eingeleitet. Kim nahm diesen Termin nicht wahr, sein Umfeld verstand diese Ablehnung nicht. Kim berichtet in den ersten Terminen, sich weder männlich noch weiblich einordnen zu können. Er habe einen neutralen Namen gewählt, möchte mit dem Pronomen „er“ angesprochen werden. In seiner Schule habe er sich zwar geoutet, jedoch mit dem Hinweis einer klassisch transidenten Entwicklung. Er habe große Angst, mit seiner Nicht-Binärität nicht ernst genommen zu werden. Auch seine Eltern, trotz deren intensiver Unterstützung, zeigen sich skeptisch bezüglich des Identitätsempfindens. In der Spezialsprechstunde für transidente Entwicklungen konnte er auch seine Nicht-Binärität nicht ansprechen, da er befürchtete, ansonsten keine Hilfe zu bekommen. Er wisse, dass er nicht den Standards entspreche und nicht einzuordnen sei. Er habe eine massive Belastung aufgrund seiner körperlichen Entwicklung, männliche Hormone würde er jedoch ablehnen. Er ersehne aufgrund seiner körperlichen Belastungen die Mastektomie, wisse jedoch, dass er unter diesen Umständen keine Möglichkeit habe, dies genehmigt zu bekommen. Kim spricht erstaunlich offen mit mir über seine Konfliktsituation. Seine Eltern hatten schon versucht, ihn zu überzeugen, dass doch eigentlich eine transidente Entwicklung im Hintergrund vorliege, dann könnte er sich diesen körpermodifizierenden Maßnahmen unterziehen. Er habe über die sozialen Medien Kontakt zu anderen Jugendlichen, die ebenso empfinden, aber in seinem Alltag das Gefühl, grundsätzlich nicht verstanden zu werden. Oftmals Sorge er sich, ausgegrenzt zu werden und vermeide deshalb den Schulbesuch. Auch traue er sich nicht mehr zu, sich in die Öffentlichkeit zu begeben, da seine weibliche Entwicklung ihn massiv belaste.

Auch bei nicht klassisch transidenten Entwicklungen kann somit ein erheblicher Leidensdruck bestehen. Während wir in der Vergangenheit körpermodifizierende Behandlungen nur bei eindeutig transidenten Menschen befürwortet hatten, sehen wir heute aufgrund der positiven therapeutischen Verläufe solche Behandlungen auch bei nicht-binären Personen als indiziert an, sofern

eine deutliche Geschlechtsdysphorie vorliegt. Diese Position wird auch in anderen Genderzentren wie in Zürich vertreten (Pauli, 2019).

6.2 Genderfluidität

Florian, 18 Jahre, präsentiert sich, trotz seiner männlichen Identität, im Erstgespräch auffallend weiblich. Er sehne sich nach dem Leben im anderen Geschlecht, könne aber das Weibliche nicht aufgeben. In der Nachbetrachtung kommen wir zu dem Schluss, dass Florian den Behandler testete, ob er diese Genderfluidität aushalte. Zunächst habe er gedacht, er sei lesbisch, merkte jedoch, dass dies nicht zu ihm passte. Seit Pubertätsbeginn wisse er sicher, dass er transident sei, hatte jedoch große Sorge vor den Reaktionen seiner Umwelt. Er wisse, dass er in der Schule als sehr kreativ und individuell gelte, das kam ihm immer sehr entgegen. Florian bereitet es Sorgen, klassische Vorgaben von Alltagserfahrungen zu durchlaufen. So möchte er auch keinen Kurzhaarschnitt, seine Kleidung stelle er durch Schneiderei und Kreativität selbst her und werde von anderen oftmals als weiblich wahrgenommen. Er störe sich daran nicht. Gesellschaftliche Vorgaben von Männlichkeit könne und wolle er nicht erfüllen. Florians Mutter berichtet, dass er schon immer sehr individuell von der Umwelt betrachtet wurde, er habe sich nie an gesellschaftlichen Vorgaben orientiert. Seit Kindheit sei er immer seinen eigenen Weg gegangen. Florian ist es sehr wichtig, bei seinem männlichen Namen und mit dem männlichen Pronomen angesprochen zu werden. Im Therapieverlauf bespricht er intensiv die Möglichkeiten und Sehnsüchte seiner weiteren Entwicklung, auch seine Ängste hinsichtlich der Vorbehalte seiner Umwelt. Sein Outing in der Schule gestaltete er mit einem selbst erstellten Flyer, der überwältigend positiv in der Lehrer- und Schülerschaft ankam. Das fluide Empfinden zeigte sich auch im psychotherapeutischen Verlauf. Florian erlaubte es sich, dem Behandler gegenüber seine Unterschiedlichkeiten im Empfinden zu zeigen. Er empfand keine Vorbehalte und Kritikpunkte. Er ersehnte die hormonelle Behandlung, da er in seiner Männlichkeit künftig leben wollte, ohne das Weibliche gänzlich zu verlieren. Vor seinem Verfahren zur Namens- und Personenstandsänderung fragte Florian, er zeigte in diesem Termin stolz seine selbst entworfene Kleidung, ob er sich so den Gutachtern präsentieren könne. Er habe Sorge, dass diese noch in den traditionellen Klischees verhaften.

Jugendliche sind nicht nur ängstlich, unsicher und mit ihren Krisen beschäftigt, sondern auch mit ihrer individuellen Findung der Identität zugange.

Auch differenzierte, wohlüberlegte Entwürfe der Identitätsfindung präsentieren sich im Therapiegesehen. Eine klare Ablehnung des Zuweisungs geschlechtes ist nicht immer gegeben, sondern durchaus auch ein „nur phasenweises Auftreten des Empfindens, eine Person des anderen Geschlechts zu sein“ (Meyenburg, 2019).

Resümee

Unsere eigenen klinischen Erfahrungen und Publikationen zur Prävalenz von Transgenderentwicklungen und nonkonformem Geschlechtsempfinden weisen darauf hin, dass viele Jugendliche sich dieser Gruppe zurechnen und viele auch eine Behandlung wünschen. Dabei ist es im letzten Jahrzehnt zu erheblichen Veränderungen gekommen. Überwogen früher die transweiblichen Jugendlichen, sind es heute sehr deutlich die Transmännlichen, diese oftmals auch mit einem late-onset ab Pubertätseintritt. Weiterhin liegt bei vielen unserer Behandlungssuchenden nicht mehr das klassische Bild einer Transidentität vor, bei dem eine möglichst perfekte Angleichung an das Gegengeschlecht angestrebt wird. Viele berichten heute über nonbinäres oder genderfluides Geschlechtsempfinden, weibliche und männliche Anteile werden zugelassen oder auch keines von beiden.

Dazu, dass in der Vergangenheit nahezu regelhaft strikt binäres Geschlechtsempfinden vorherrschte oder zumindest hierüber in den Sprechstunden berichtet wurde, haben sicherlich auch von uns verfasste Publikationen beigetragen, in denen beispielsweise transidenten Empfinden als Folge einer Borderline-Psychopathologie angesehen wurde (Meyenburg, 2019). Entsprechend stellten sich dann unsere Patient*innen vor, um die gewünschte Behandlung oder eine positive Begutachtung bei Anträgen auf Vornamen- und Personenstandsänderung zu bekommen. Berichtet wurde so von einigen unserer Patient*innen, dass Gutachter*innen „angelogen“ werden mussten, nämlich dass geschlechtsangleichende chirurgische Eingriffe gewünscht wurden, was aber nicht der Fall war, da sonst Zweifel an der Echtheit ihres transidenten Empfindens aufgetreten wären.

Die gesellschaftlichen Veränderungen, die hier stattgefunden haben, verlangen ein differenziertes Vorgehen. Transgender-Jugendliche sind nicht psychisch krank, bis auf ihr abweichendes Geschlechtsempfinden können sie sich sehr wohl gesund und erfolgreich entwickeln. Dennoch ist festzustellen, dass viele Betroffene weiterhin unter Diffamierungen zu leiden haben, die sich auch auf die Fachwelt richten. Wir erleben momentan ein ähnliches Phänomen wie vor

noch nicht allzu langer Zeit gegenüber der Homosexualität. Weshalb ist die Debatte momentan so ideologisch gefärbt? Wir würden uns für die Zukunft einen konstruktiven Dialog unterschiedlicher Sichtweisen wünschen. Nachvollziehen können wir durchaus die Ängste und Sorgen, insbesondere von Eltern, die nach wie vor fachliche Unterstützung benötigen, um sie durch das Durcheinander unzähliger Theorien der Verunsicherung zu führen.

Auch aufgrund von Diffamierungen von Fachleuten sind vielerorts psychiatrisch und psychotherapeutisch tätige Fachleute nicht bereit, diesen Jugendlichen zu helfen. Verwiesen wird auf die sehr wenigen Spezialsprechstunden, Wartezeiten von bis zu einem Jahr und lange Anfahrtswege sind die Folge. Das geplante neue Selbstbestimmungsgesetz dürfte hier zu einer Erleichterung führen.

Weshalb sind so wenige Kolleg*innen bereit, sich dieser Thematik zu öffnen?

Unsicherheit, Unkenntnis, Beeinflussung durch den oftmals ideologisch gefärbten öffentlichen Diskurs und mangelnde Curricula in den jeweiligen Ausbildungs- bzw. Hochschulhalten sind an dieser Stelle zu nennen, nicht zu vergessen die persönliche Biografie und Einstellung zur Geschlechtervarianz. Manche Kolleg*innen zeigen zwar Interesse, verhalten sich jedoch in der Begleitung transidenter Lebensläufe aufgrund ihrer Befürchtung eventuell späterer juristischer Schritte oder Fehlentscheidungen defensiv. Dies ist nachvollziehbar und zeigt die Notwendigkeit der Vermittlung von Theorie und Praxis und einer grundlegenden Präsenz in den Hochschulen, Universitäten und Fort- und Ausbildungen. Unsere bisherigen Erfahrungen im Hochschulbereich sind erfolgsversprechend und belegen die Möglichkeit, künftig der jüngeren Generation Erfahrungen zu vermitteln. Ein weiteres Vorantreiben der interdisziplinären Vernetzung unterschiedlicher Berufsgruppen erscheint sinnvoll. In den bestehenden fachlichen Zirkeln bestätigt sich der äußerst kompetente Austausch und die intensive kontinuierliche Arbeit an den Fällen. Zudem könnte das Generationenverhältnis insbesondere zu dieser Thematik intensiviert werden, beide Generationen könnten zur Thematik geschlechtsvarianter Entwicklungen immens voneinander lernen.

Literatur:

- Aitken, M., Steensma, T.D., Blanchard, R., VanderLaan, D.P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C.L., Leef, J.A., Lirhak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wjeford, J., Cohen-Kettenis, P.T., deVries, A.L.C., Kreukels, P.P.C., Zucker, K.J. (2015). Evidence of an altered sex ratio in clinical-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sexual Med* 12, 756-763
- Chew, D., Tollit, M.A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A.S., Pang, K.C. (2020): Youths with a non-binary gender identity: a review of their sociodemographic and clinical profile. *The Lancet Child & Adolescent Health* 4 (4), 322–330
- Fahrenkrug, S. (2019). „Am ehesten bin ich wahrscheinlich eine Frau“. *Kinderanalyse* 27, 65-84
- Langhirt, V. (2017): *Psychoanalytische Familientherapie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Langhirt, V. (2022): *Kinder und Jugendliche im Spiegel gesellschaftlicher Veränderungen: Herausforderungen für die psychodynamische Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Lippmann, E. (2015): *Immer ich: Spiegel-Verlag* Augstein. Online verfügbar unter <https://magazin.spiegel.de/EpubDelivery/spiegel/pdf/139209023>, zuletzt geprüft am 08.08.2022
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Arch Sex Behav* 50(8), 3353-3369
- Meyenburg, B. (2019). Paradigmenwechsel in der Transidentitäts-Sprechstunde. *Kinderanalyse* 27, 39-52. DOI 10.21706/ka-27-1-39
- Meyenburg, B. (2020). *Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart, Kohlhammer
- Meyenburg, B., Renter-Schmidt, K., Schmidt, G. (2021): Transidentität in Jugend und Adoleszenz: Zur Veränderung der Sexratio und der der Prävalenz in den letzten ein- einhalb Jahrzehnten. *Z Kinder- u Jugendpsychiat Psychother* 49(2), 93-100. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000763>
- Pauli, D. (2019). Nicht-binäre Geschlechtsorientierung bei Kindern und Jugendlichen. *Kinderanalyse* 27, 53-64
- Prüll, L. (2016). *Trans* im Glück - Geschlechtsangleichung als Chance*. Autobiographie, Medizingeschichte, Medizinethik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Rider, G.N., McMorris, B.J., Gower, A.L., Coleman, E., Eisenberg, M.E. (2018). Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics* 141(3). doi:10.1542/peds.2017-1683
- Tordoff, D., Wanta, J.W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D.J., Anrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Netw Open*. 2022 Feb 1;5(2):e220978; doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.0978
- Wiepjes, C.M., Nota, N.M., de Blok, C.J.M., Klaver, M., de Vries, A.L.C., Wensing-Kruger, S.A. (2018). *The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets*. *J Sexual Med* 15, 582-590

Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Cornell, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgender Health* 21(2), 125-137

Autoren:

Dr. med. Bernd Meyenburg

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie

ehem. Leiter der Sprechstunde für transidente Entwicklungen im Kindes- und Jugendalter am Klinikum der Johann Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main

bernd.meyenburg@kgu.de

Dr. phil. Volker Langhirt

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Lehrbeauftragter der Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg

Aschaffenburg

langhirt@t-online.de

Richter Gnadenlos

—

Abbild von Gewalt und Aggression

Beate Steiner

Zusammenfassung:

Der Artikel beschäftigt sich mit dem Niederschlag gewaltsamer Beziehungserfahrungen in der Kindheit, was sie bei einem Kind auszulösen vermögen, und in welcher Weise sie sich in der psychischen Struktur niederschlagen, theoretisch gefasst in der Metapher eines „Richter Gnadenlos“. In diesem Zusammenhang werden die Begriffe Gewalt und Aggression definiert und dargelegt, wie Beziehungstraumatisierung als Folge von Gewalt in Beziehungen verstanden werden kann, und es wird der Bogen hin zu traumatogenen Introjekten als Niederschlag von Gewalterfahrung gespannt. Anhand einer Fallvignette wird verdeutlicht, wie bei einem Patienten sich ein Über-Ich-Introjekt als leberfressender Adler symbolisierte.

In kurzer Zusammenfassung wird aufgezeigt, wie mit Hilfe von Imaginationen in der Kathym Imaginativen Psychotherapie (KIPT) innere schädigende Repräsentanzen und Über-Ich-Introjekte unschädlich gemacht und so ihr toxischer Einfluss minimiert werden kann.

Schlüsselwörter: Traumatische Kindheitserfahrungen, Gewalt in Beziehungen, traumatische Erinnerungen, Selbstentwicklung, Über-Ich-Introjekt, Symbolisierung, Traumatherapie, Kindertherapie, Kathym Imaginative Psychotherapie KIPT.

Abstract:

The article deals with the impact of violent relationship experiences in childhood, what they can trigger in a child and in what way they are reflected in the psychological structure, theoretically expressed in the metaphor of a „Judge Merciless“. In this context, the terms violence and aggression are defined and it is explained how relational traumatisation can be understood as a consequence of violence in relationships, and the arc is drawn to traumatogenic

introjects as a consequence of the experience of violence. A case vignette illustrates how a superego introject symbolised itself as a liver-eating eagle in one patient.

In a short summary, it is shown how inner damaging representations and superego introjects can be rendered harmless with the help of imaginations in „Kathym Imaginative Psychotraumatheorie (KIPT)“ and thus their toxic influence can be minimized.

Keywords: Traumatic childhood experiences, violence in relationships, traumatic memories, self-development, superego introject, symbolisation, trauma therapy, child therapy, Kathym Imaginative Psychotraumatheorie (KIPT)“.

Assoziationen zu einem Richter Gnadenlos

In einem meiner Seminare zum Richter Gnadenlos mit der Instruktion an die Teilnehmer*innen: „Bitte lassen Sie spontan Vorstellungen, Assoziationen zu einem Richter Gnadenlos auftauchen“, zeigten sich folgende Symbolisierungen, die ich in ausgewählter Form wiedergebe:

„Spontan sah ich einen Schatten mit Sense, es war der Tod, er löste Vernichtungsangst in mir aus“.

Eine nächste Assoziation: *„Eine Richterin aus einem Traum ist aufgetaucht, eine Henkerin mit Beil. Man kann sie nicht anschauen...sie löst Vernichtungsangst aus“.* Eine andere Teilnehmerin berichtete: *„Ich sah einen Sklaventreiber mit Peitsche, der derb und unbeteiligt wirkte“.* *„Bei mir kam eine Frau“*, sagt eine andere Teilnehmerin, *„mit angenehmer Gestalt, aber mit herablassendem Blick, der stechend war und kalt“.*

Diese wenigen Assoziationen können verdeutlichen, welche gewaltige Macht Menschen assoziativ mit einem Richter Gnadenlos verbinden und wie ohnmächtig und hilflos sich der Einzelne ihm gegenüber bis hin zu Vernichtungsangst erleben kann. Diese Assoziationen spiegeln Vorstellungen wider, wie wir sie alle mehr oder weniger mit einem Richter Gnadenlos verbinden. Bilder, Vorstellungen, Phantasien von einem „Richter Gnadenlos“ spiegeln sich in mannigfaltigen individuellen Erscheinungen im Gewissen als innere Verfolger, Demütiger, Entwerter, Dämonen. Sie sind auch in kulturellen Bereichen abgebildet, z.B. in der Literatur in Kafkas „Das Urteil“ oder „In der Strafkolonie“. In der Religion treten sie symbolisiert in einem strafenden, rächenden Gott, in Dämonen, dem Fegefeuer, der Hölle in Erscheinung. In der Oper finden wir den Richter Gnadenlos z.B. projiziert in Mozarts „Don

Giovanni“ in der Figur des Komtur und der späteren Höllenfahrt von Don Giovanni oder in Verdis „Aida“ (4. Akt, Gericht der Priester und die Verurteilung Radames zum Tod) in der bildenden Kunst z.B. in Peter Paul Rubens „Prometheus“.

Wenn wir als Psychotherapeut*innen/Psychoanalytiker*innen mit Patient*innen arbeiten, fragen wir uns über das Allgemeine hinausgehend nach der Psychodynamik, die hinter ihren Selbsteinschätzungen steht (ich bin schlecht, nichts wert, verurteilungswürdig, mich kann man nicht lieben, nicht annehmen bis hin ich gehöre aus der Gesellschaft ausgeschlossen), ihrem riskanten, masochistischen, unterwürfigen, oft agierenden Verhalten und ihren massiven Gefühlen (stark ausgeprägte Angst und Ohnmachtsgefühle, Scham und Schuld) und ihren Symptomen, wie Suizidalität, Selbstverletzung in unterschiedlichster Form, schwere Depression, Drogenmissbrauch, selbstzerstörerisches Agieren. All das verweist auf die Macht eines Richter Gnadenlos und lässt uns nach den Beziehungserfahrungen der Patient*innen fragen: Gibt es Hinweise, dass sie gnadenlose Machtausübung von nahen Beziehungspersonen oder anderen Menschen erfahren haben oder Gewaltausübung mitansehen mussten, die sie verinnerlicht und dann gegen sich selbst wenden mussten und haben sich ihre Gewalterfahrungen in ihrer psychischen Struktur verewigt?

Aggression und Gewalt

Um diesen Fragen nachzugehen, werde ich die Begriffe Gewalt und Aggression, die mit einem Richter Gnadenlos sozusagen einhergehen, unter psychologischer und psychoanalytischer Perspektive definieren, damit sie für unsere psychotherapeutische Arbeit fruchtbar werden können.

Die Begriffe Aggression und Gewalt werden häufig unkritisch und gleichsinnig verwendet und sind meist einseitig negativ konnotiert. Ob Aggression ein angeborener Trieb des Menschen ist oder eine Reaktion auf traumatische Erfahrungen ist, wird in der Psychoanalyse bis heute von unterschiedlichen Standpunkten her diskutiert. Möglicherweise ist aber bereits die Frage nach einem angeborenen Trieb falsch gestellt, wie Rohde-Dachser anmerkt. Denn, so gibt sie zu bedenken, in der menschlichen Entwicklung sind Traumatisierungen ubiquitär und geschehen so früh, dass die Aggression, die sie hervorrufen, kaum von einem angeborenen Triebimpuls unterschieden werden können. Meines Erachtens ein wichtiger Gedanke für eine Diskussion um einen möglicherweise angeborenen Aggressionstrieb.

Ich lege meinen weiteren Ausführungen mein Aggressionsverständnis zugrunde, das Aggression in Anlehnung an Alfred Adler, Donald Winnicott und Thomas Auchter als angeborene Antriebskraft im Sinne einer grundlegenden Lebensaktivität, nämlich als *adgredi* (lat.: etwas angreifen, anpacken, ausführen) auffasst. Diese grundlegende Lebensaktivität ermöglicht letztlich unsere Entwicklung, speist unseren Vorwärtsdrang, unsere Entdeckerlust und unseren Wissensdurst. Aus ihr entsteht teilweise durch unvermeidbare frustrierende Schmerz- und Verlust Erfahrungen in unser aller Leben eine mehr oder weniger stark ausgeprägte destruktive Aggression, die sich zu Gewalt steigern kann.

Aus diesem Grund erweist es sich als hilfreich, eine lebensfreundliche von einer lebensfeindlichen Aggression zu unterscheiden. Wie können wir aber verstehen, dass beiden Aggressionsarten Destruktion eigen ist?

Lebensfreundliche Aggression steht im Dienst von Konstruktion, Entwicklung, Bindung und Beziehung. Diese konstruktive Aggression brauchen wir immer da, wo etwas aufgegeben, zerstört, getrennt, verändert werden muss, damit etwas Neues entstehen kann. Denken wir beispielsweise daran, wie ein Kind einen Turm immer höher baut, enttäuscht und frustriert reagiert, wenn er zusammenbricht, oder ihn auch selbst, nachdem es ihn aufgebaut hat, erneut umstößt. Bei all dem macht es Erfahrungen über Statik und Erdanziehung, über Aufbau und Zerstörung und kann sich erneut dem Spiel hingeben.

Konstruktive Aggression ist, so können wir festhalten, immer da am Wirken, wo es um kreative Neugestaltungen geht. Denn jeder schöpferische Prozess entsteht, indem eine alte Form, Struktur, Gestalt und eine alte Ordnung aufgelöst und zerstört wird, ebenso wenn ein alter Gedanke durch einen neuen ersetzt wird. Entscheidend ist, dass aus konstruktiver Aggression ein gesundes Selbst sich entwickelt, immer da, wo die bedeutsamen Beziehungspersonen dem Kind Resonanz geben, sich einfühlen, ihm keine unnötigen Frustrationen auferlegen und ihm keine traumatischen Grenzen setzen. Ist dem so, entwickelt sich ein tragendes Selbstbewusstsein, gute Selbstfürsorge, sowie sozial angemessene Selbstbehauptung und Verantwortung für Andere und damit ein gesunder Narzissmus (vgl. Auchter 2004, S. 43-45).

Im Gegensatz dazu ist *lebensfeindliche destruktive Aggression* gleichbedeutend mit malignem Narzissmus und narzisstischer Gewalt. Diese Aggressionsform steht im Dienste von Wut, Hass (Kernberg 1978, 2000) und Ressentiment (Wurmser u.a.1987, 1990). Sie äußert sich in Grausamkeit, Bemächtigung eines Anderen, eines Tieres, der Natur, in berechnender oder

blinder Zerstörungs- und Vernichtungswut. Narzisstische Gewalt strebt nach bewusstem Verrat von Vertrauen und Liebe aus nagendem Neid und aus Eifersucht. Sie will erniedrigen und beschämen, andere zu Sündenböcken machen, die verfolgt und gequält werden können. Ist ein Kind mit solcher narzisstischen Gewalt konfrontiert, entstehen daraus lebensfeindliche destruktive Aggressionsimpulse und hohe Ambivalenz, die aber gleichzeitig verleugnet werden müssen. Je nach Ausmaß der erfahrenen Gewalt werden sich Wut, Hass und Ressentiment in selbstzerstörerischem Agieren äußern oder direkt in der Familie Bahn brechen. Das zeigt sich auch darin, dass statistisch betrachtet, 70% der Morde Familienangehörige und Freunde betreffen (Marcowitz 1982 in Trimborn 2003, S.1048).

Quellen lebensfeindlicher, destruktiver Aggression

Vieles weist darauf hin, dass die Quellen lebensfeindlicher, destruktiver Aggression in einem Übermaß an erfahrener Gewalt, an Leid und Lieblosigkeit in der Kindheit zu suchen sind und dass wir weder mit dieser Form der Aggression geboren werden noch, dass sie von einem angeborenen Todestrieb gespeist wird. In diesem Sinn sieht Grossman (1991) in Schmerz und schmerzvollen Affekten wie Angst, Scham, Schuld, Demütigung und Furcht die Quelle destruktiver, lebensfeindlicher Aggression. Denn, so argumentiert er, genauso wie jeder Schmerz im Körper selbst als somatische Quelle für Aggression angesehen werden kann, rufen zugefügte psychische und körperliche Schmerzen Aggression gegen die Menschen hervor, die sie verursacht haben. Ein Kind wird aber, um die Beziehung zu seiner nahen Beziehungsperson nicht zu gefährden, seine aggressiven Impulse, die sich gegen diese richten, irgendwie zu modifizieren suchen, wenn diese anderen mächtiger, gefährlicher und bedrohlicher, aber auch befriedigender sind (vgl. Grossman 1991, zit. in Wurmser 1993, 56).

Destruktive, lebensfeindliche Aggression ist letztlich gleichbedeutend mit Gewalt. Gewalt ist als Begriff abgeleitet vom Althochdeutschen *waltan*, stark sein und beherrschen, und beinhaltet grundsätzlich Ausübung von Macht. Da, wo sie uns als narzisstische Gewalt begegnet, hat eine weitreichende Identifikation eines Kindes und späteren Erwachsenen mit Elternfiguren stattgefunden, die auf seine sich entwickelnde Psyche eine ungeheuerliche, invasive Gewalt ausgeübt haben, der eine meist verleugnete Feindseligkeit der Eltern innewohnte. Die Identifikation des Kindes mit einem feindseligen Aggressor setzt sich, wie ich noch ausführen werde, in einem archaisch gnadenlosen

Über-Ich fest. Die Identifikation mit Gewalt wirkt sich für das Kind umso zerstörerischer aus, je widersprüchlicher das elterliche Verhalten war, je mehr Wahrnehmungstabus sie setzten und je mehr sie eigene abgewehrte Wünsche, Ängste und insbesondere verleugnete Feindseligkeit auf das Kind projizierten (Jacobson 1964, S. 225; Ogden 1992, S. 89ff. in Trimborn 2003, S. 1045).

Gewalt in der Erziehung beinhaltet das Durchsetzen eigener Interessen und Machtansprüche der Beziehungspersonen gegenüber dem Kind und Jugendlichen mittels unterschiedlicher Arten von seelischem und körperlichem Zwang. Sie zwingen ihm z.B. den eigenen Willen auf, oder lassen sie etwas machen, was sie nicht wollen. Seelische Gewalt steckt in allen Verhaltensweisen, die Kindern und Jugendlichen das Gefühl des Ungeliebtseins, von Minderwertigkeit, Wertlosigkeit oder Überfordert sein vermitteln; Verhaltensweisen, die sie isolieren, ihnen mutwillig Angst machen, sie ausnützen und korrumpieren. Psychische Gewalt ist immer Teil jeder Form von körperlich schädigender Gewalt. Wenn ein Kind geschlagen oder sexuell missbraucht und/oder vernachlässigt wird, ist das neben dem körperlichen Schmerz immer auch eine Botschaft an seine Seele, und zwar die: Du bist schlecht, du bist nichts wert.

Um begrifflich zu fassen, was der Psyche bei physischer und psychischer Gewalt angetan wird, wählte Léon Wurmser in Anlehnung an Shengold (1989) die Metaphern vom Seelenmord und prägte selbst den Begriff der Seelenblindheit. *Seelenmord* hebt den Aspekt des Absichtsvollen hervor. Er geschieht dort, wo das Kind in seinem gesamten Sosein absichtlich und systematisch gedemütigt, geschädigt und zur Marionette gemacht und zum Substitut des eigenen gehassten Selbst herabgewürdigt wird. Was gleichzeitig tiefe Scham verursacht, aus dem Gefühl heraus, der Liebe nicht wert zu sein (Wurmser 2014, S.28).

Seelenblindheit bedeutet, das Kind wird „in seinen wesentlichsten Gefühlen, Wünschen und [...] Konflikten vom wichtigsten Anderen, der Mutter und dem Vater, später auch den Freunden und Lehrern, nicht wahrgenommen“ (Wurmser, 2014, S. 120). Jedoch geschieht dies im Gegensatz zum Seelenmord nicht absichtsvoll, sondern oft durch Überlastung der Eltern, deren eigenem psychischen und körperlichen Leid, oder durch falsche Erziehungsratgeber. In der Folge erlebt das Kind seine „ganze Innenwelt, v.a. alle Affekte, als etwas völlig Unannehmbares.“ Sie müssen dann „in globaler Affektabwehr durch Verleugnung ausgeblendet werden. „Die Angst vor den Gefühlen bedeutet“ ganz besonders sich „für deren überflutenden Charakter, für deren Zuviel angesichts des Neins der Anderen“ zu schämen. Zusätzlich

schämt sich das Kind und später der Jugendliche und Erwachsene überhaupt für alle Gefühle und dafür, eine eigene Identität haben zu wollen, „denn diese beherbergt eine unerfüllte Bedürftigkeit und ist voller Trauer und Schmerz“ (Wurmser 2014, S. 120, vgl. Gruen, 2000).

Beziehungstraumatisierung

Sie ist zunächst zu verstehen auf dem Hintergrund eines allgemeinen Verständnisses von Traumatisierung. Henry Krystal definiert *psychisches Trauma* als „Ergebnis einer Konfrontation mit einem überwältigenden Affekt“. Dieser führt in „einen unerträglichen psychischen Zustand“ und ist assoziiert „mit Desorganisation und vielleicht sogar der Vernichtung aller psychischen Funktionen“ (Krystal 1978, S. 82, in Schore 2007, S. 109). Auf dieser Basis definiere ich *Beziehungstrauma* als *bedingt und charakterisiert durch ein seelenblindes und/oder seelenmörderisches und massiv konflikthafte Geschehen zwischen Kind und Beziehungsperson*. Dieses Geschehen kann bereits im Säuglingsalter massiv sein, und/oder kumulativ in der Kindheit und im Jugendalter sich verschärfen, wobei frühe traumatische Erfahrungen, anders als späte, zum Teil des psychischen Systems werden. Stets aber wird Beziehungstraumatisierung hervorgerufen durch enge Beziehungspersonen in Familien und Institutionen, die eigentlich Sicherheit und Schutz gegen Traumatisierung gewährleisten sollen. Stattdessen gelingt es ihnen aber nicht oder nur unzureichend, das Grundbedürfnis des Kindes auf Sicherheit, Schutz und Versorgung, auf Achtung seiner Individualität und seiner Würde und das Bedürfnis zu befriedigen, in einem tiefen Sinn gesehen und erkannt zu werden. Frühe traumatische Erfahrungen werden Teil des psychischen Systems, worauf auch Küchenhoff (1990, S. 18) hinweist und feststellt, dass die Traumatisierung „zu einem subjektiven a priori jeder möglichen Erfahrung“ wird, da ihre „Assimilation [-] so total“ ist, dass sie „Ich- und Weltbild“ wird. Dagegen bleiben späte Traumata „Fremdkörper für das Erleben“, können aber „alle anderen Erlebniswelten in Mitleidenschaft ziehen“.

Fallvignette

Anhand der folgenden Fallvignette möchte ich das bisher theoretisch Dargestellte praktisch nachvollziehbarer machen und werde zeigen, wie mein Patient Arthur kumulativer Beziehungstraumatisierung durch einen sein Selbst zersetzenden Vater ausgeliefert war. Diese Gewalterfahrungen, die sich in einem Richter und gnadenlosen Rächer verewigt haben, konnte er im fortge-

schrittenen Prozess der analytischen Psychotherapie als einen unerbittlichen, seine Leber auffressenden Adler symbolisieren.

Zum biografischen Hintergrund: Die ausgeprägte Seelenblindheit seines Vaters mit seelenmörderischen Zügen äußerte sich von Arthurs Geburt an in einer fortwährenden In-Besitznahme seiner Person, und damit der Verwehrung seines Rechts auf eine eigene Identität zu entwickeln. Arthurs Geburt Anfang der 70er Jahre als erster Sohn nach zwei Töchtern, wurde vom Vater bejubelt, während gleichzeitig Arthurs 10 Jahre ältere Halbschwester, Tochter seiner Mutter aus erster Ehe, vom Vater erzwungen, weggegeben werden musste. Worunter neben seinen Geschwistern vor allem seine Mutter sehr gelitten haben muss. Arthur sah seine gesamte Kindheit von der Frage beherrscht: „Was will mein Vater, dass ich tue“? Sein 1924 geborener Vater war Grundschullehrer, diente im 2. Weltkrieg in der berüchtigten 2. SS-Panzerdivision und verlor im Krieg seinen linken Arm. Immer wieder, so Arthur, habe er beispielsweise immer Lederhosen tragen müssen und zur Freude des Vaters so getan, als habe er mit der ihm verhassten Eisenbahn gespielt, oder für ihn Akkordeon geübt, ohne Freude daran zu haben. Sein Vater habe systematisch seinen Kontakt zur Mutter untergraben. Nur über Kranksein habe er Nähe zu ihr erreichen können. So habe er oft Kranksein simuliert und sich sehr schuldig und schlecht dafür gefühlt. Er habe sehr darunter gelitten, dass er seine Mutter (Hausfrau, geb. 1926, gest. 2011) nicht habe lieben dürfen und sie für den Vater immer wieder verraten habe. Aber er sei aus der starken, vom Vater vehement eingeforderten Bindung, die er als sehr, sehr mächtig erlebt habe, einfach nicht herausgekommen. Sein Vater, der ihn als Kamerad bezeichnet habe, habe nie über den Krieg gesprochen und auch keine Gefühle gezeigt. Auch habe er, Arthur, nicht weinen dürfen, aber abends beim Zubettgehen ertragen müssen, dass sein Vater ihm seinen Bart schmerzhaft ins Gesicht rieb und das als Liebesbekundung habe verstanden wissen wollen. Er sei dessen Liebling gewesen und habe diesen Status auch behaupten wollen. Bei all seiner Unterordnung unter den Vater habe er immer große Trennungsangst gehabt und bis heute den Eindruck, sein eignes Leben gar nicht gelebt zu haben. Zu den andauernden Loyalitätskonflikten, sowohl gegenüber der Mutter, den Geschwistern als auch Schulkameraden, in die der Vater Arthur verwickelte, kamen die langandauernden und sich stets wiederholenden Zwistigkeiten, Schreiereien, Drohungen, Beschämungen und gegenseitigen Anklagen der Eltern untereinander. Was ihn und alle seine Geschwister über viele Jahre fortwährend in Angst und Schrecken versetzt habe und sie alle bei Tisch die Luft habe anhalten lassen. Was Arthur außerdem sehr zusetzte, war

das Mitansehenmüssen der Misshandlungen und Demütigungen des jüngsten Bruders, der auch sein eigenes Erbrochenes habe essen müssen. Außerdem musste er immer wieder Zeuge der Misshandlungen und Demütigungen vieler seiner Mitschüler sein, die als Bauerskinder vom Vater sowieso verachtet waren. In der Dorfschule sei der Vater als Lehrer sehr streng gewesen und habe manche Kinder regelrecht gequält. Einen Mitschüler, mit dem er, Arthur, befreundet gewesen sei, habe sein Vater immer wieder schwer gedemütigt. Dieser Freund habe sich später das Leben genommen.

Nach der Trennung der Eltern habe sein Vater bald wieder geheiratet und noch zwei Kinder bekommen. Er habe dann bei ihm mitgelebt, aber sei von der neuen Frau, geduldet von seinem Vater, wie ein Außenseiter behandelt worden und habe sich sehr einsam gefühlt. Seine ganze Wut und seinen Hass auf den Vater habe er lange Zeit vor sich selbst verleugnen müssen, jedoch seinen ganzen „Hass auf den Vater und Erwachsenen“ auf die Lehrer übertragen. Sehr belastend sei auch die Tatsache gewesen, erkennen zu müssen, wie der Vater zunehmend dem Alkohol verfallen sei. Schon während seiner Schulzeit habe er übermäßig viel getrunken und viele Schulden gemacht, weshalb er im Dorf verschrien und wenig geachtet gewesen sei.

All diese Erfahrungen haben bei Arthur zu zerreißenen Konflikten um Verrat und Loyalität, um Selbstverleugnung und Selbstbewahrung, zu Abhängigkeitsscham und Trennungsschuld geführt. Die in seiner Kindheit erlebte psychische Gewalt durch seinen Vater, vor allem in der Form, dass er kein eigenes Selbst haben durfte, führte vom 9. Lebensjahr an für ca. 3-4 Jahre zu massivem Stottern und im Erwachsenenalter zu zunehmender Selbstverleugnung, Selbstsabotage und Suizidalität und schließlich in eine schwere Depression.

Sein Stottern kommentierte Arthur so: *„Es war in mir die Angst, dass es nicht rauskommt, und je mehr ich diese Angst hatte, blieb es stecken und das Gefühl, ich versage gegenüber den Erwartungen meines Vaters. Das Stottern hat ihn auch sehr enttäuscht. Gefühlt war es immer die Angst vor ihm und die Angst, darf das gesagt werden, was in einem ist oder macht es einen unbeliebt. Es ist die Ambivalenz, darf es rauskommen oder muss man es in sich behalten“.*

Als er mit seiner etwas älteren Schwester zur Erholung in ein Kinderheim verschickt worden sei und alle Kinder dort so schlecht behandelt worden seien, sei auch etwas in ihm gewesen, was rausgewollt habe. Und so habe er an einem Abend, als er eine der sog. Schwestern in der Tür habe stehen sehen, so

getan, als würde er spucken. „*Ich musste dann sofort raus aus dem Bett und die ganze Nacht in der Ecke des Bades stehend verbringen*“. Damals in dem Kinderheim habe sich das Misstrauen gegen alle Erwachsenen herausgebildet. „*Ich glaube, dass ich ab da an nichts mehr geglaubt habe. Auch fragte ich mich, warum haben die Eltern uns abgeschoben? Es war ein bisschen wie in dem Märchen Hänsel und Gretel. Ausgesetzt werden, weil man zu viel ist, und dann landet man bei den Hexen*“.

Verinnerlichungsprozesse, falsches Selbst und grausamer innerer Richter

Bevor ich Arthurs Symbolisierung eines gnadenlosen inneren Richters beschreibe, gehe ich der Frage nach, was intrapsychisch geschieht, wenn ein Kind Seelenblindheit bis hin zum Seelenmord erfährt, somit von seinem Selbst entfremdet wird, gefügig sein und ein falsches Selbst aufbauen muss?

Bekanntermaßen bilden sich in der Psyche neben den guten Beziehungserfahrungen, die das Selbst bereichern, auch die traumatischen Interaktionserfahrungen ab. Diese verinnerlichten schädigenden Beziehungserfahrungen des Kindes sind dann als sog. traumatische Introjekte zusammen mit allen dazugehörigen Gefühlen in ihm aufgehoben. Ferenczi (1909) war es, der den Begriff des traumatischen Introjekts prägte, ebenso wie den der Identifikation mit dem Aggressor. Er zeigte auf, was intrapsychisch bei einem Kind geschieht, damit es sich, trotz „leidvoller Zufügungen“, wie er schrieb, ein genügend gutes Elternbild bewahren kann, um irgendwie die Beziehung zu ihnen zu schützen und sich auf diese Weise die ausbeuterische „Liebe“ zu erhalten. Dazu wird es sein Ich verändern müssen und (Ferenczi 1933, S. 309) das Gewaltsame der Beziehungsperson in sein Ich und schließlich in sein Über-Ich aufnehmen. Mit Hilfe dieses Vorgangs wird die traumatische Realität erträglich gemacht und so kann das Kind die für es existentiell absolut überlebensnötige Beziehung zu seinem Liebesobjekt beibehalten. Mittels Spaltungsabwehr und der Identifikation mit dem Aggressor wird das traumatogene Introjekt schließlich zum Bestandteil eines feindlich gesonnenen Über-Ichs. Die Introjektion böser, unbefriedigender Objekte bewirkt, dass das Subjekt im Gleichgewichtszustand mit seiner Umwelt bleibt. Damit sitzt das „Böse“ innen und wirkt von dort und die Umwelt kann gut und sicher bleiben. Auch Arno Gruen (2000) spricht ganz im Sinne Ferenczis von der Identifikation mit der Grausamkeit der Eltern und der Übernahme ihrer Schuld. Denn das Kind kann seine Eltern nur unter der Voraussetzung als liebevoll erleben, wenn es ihre Grausamkeit

als Reaktion auf sein eigenes Wesen interpretiert. Damit übernimmt es aber deren lieblose Haltung sich selbst gegenüber und muss in der Folge alles Eigene ablehnen, es als etwas Fremdes verwerfen. Es ist das, was Winnicott (1974) mit dem *Konzept des „falschen Selbst“* beschrieben hat, bei dem das implantierte Fremde immer mehr an innerpsychischem Raum gewinnt. Im Extrem macht das aus dem Kind eine Marionette, einen Automaten, ein Ding, über das man beliebig verfügen kann. Der Mangel an Spiegelung während der frühen Kindheit führt, so die Säuglingsforschung, zu unassimilierten Introjekten. Bei Misshandlung findet sogar eine gewaltsame Intropression der elterlichen Affektzustände statt, die die Bildung guter Repräsentanzen (assimilierter Introjekte) behindert. So führen kumulative, chronisch unpassende affektive und kognitive Stellungnahmen zu einem „fremden Selbst“, verbunden mit einem Gefühl von Fremdheit und der Vorstellung, ein fremder Anderer kolonisiert das Selbst (Fonagy et al. 2002, Dornes 2004). Hirsch (1997, 2004) betont aktive psychische Abwehrleistung des Opfers, ebenfalls im Sinn Ferenczis, indem es die äußere Gewalt in Form eines fremd-körperartigen Introjekts im Selbst implantiert. So wirkt das Introjekt i.d.R. auf das Selbst ähnlich ein, wie ursprünglich der lieblose Erwachsene auf das Kind, steuert sein Erleben und Verhalten, wie ein fremdes Programm einen Automaten. Von innen verursachen diese Introjekte Schuldgefühle, Selbstwerterniedrigung und Dissoziationsphänomene. Bleiben sie unerkannt, obwohl sie sich im Wiederholungszwang zu erkennen geben, lähmen sie Kreativität und Ich-Funktionen, führen zu Gefühlen der Leere, des mangelnden Selbstwerts, der „grundlosen“ Depression.

Léon Wurmser (1990) spricht explizit von traumatischen, hoch konflikthaften Beziehungserfahrungen, die sich im Über-Ich verewigen und von dort das Ich/Selbst der Patient*in angreifen. Sie sind durch Internalisierung, Introjektion und Identifikation in den psychischen Raum des Subjekts gelangt. Wurde ein Kind erniedrigt, verurteilt, verachtet, gedemütigt, tut es das in der Folge mit sich selbst. Es führt z.B. seine Schande oder sein Unglück/Versagen selbst herbei, stellt sich bloß u. büßt für seine verpönten Aggressionen. Aggressionsarten, die das Über-Ich gegenüber dem Ich einsetzt, haben ihre psychogenetischen Vorläufer immer in äußeren Objekten. Bei der Externalisierung werden sie wieder an äußere Objekte delegiert, wie z.B. in der Über-Ich-Übertragung. Verinnerlichte Aggressionsarten symbolisieren sich oft als inneres verfolgendes Auge. Externalisiert kann es als ständiges Beobachtet- und mit dem Blick verfolgt werden, bis hin zum Verfolgungswahn, oder als vernichtender Blick („wenn Blicke töten könnten“) erlebt werden. Als Stimme des Gewis-

sens nimmt diese bei einem „Richter Gnadenlos“ vernichtende Tönung an. Denn beim Prozess der Introjektion ist immer der erlebte affektive Ton der Verurteilung und Kritik entscheidend: Wird bei Bestrafung Verachtung eingesetzt, beinhaltet das für ein Kind immer Liebes- und Respektverlust und geht mit dem Verlust an Selbstliebe einher und mit massiver Scham und Schuld (vgl. Wurmser 1990). Ganz im Zentrum steht dann, sich immer wieder schuldig zu fühlen, sich als schlecht und hassens- statt liebenswert zu erleben, als schwach und minderwertig, als jemand, der isoliert werden sollte. All das geht auf das Konto eines erbarmungslosen inneren Verurteilers und Vernichters, der das Ich in eine masochistische Position zwingt, anklagt und schuldig spricht (Wurmser, u.a. 1997, 2004). So stellte Arthur fest: *„Ich muss sagen, es ist auch ein Wohlgefühl dabei, wenn ich leide, so als hätte ich es verdient, als müsste ich für irgendjemand leiden, als müsste ich das übernehmen. Wenn ich auf meinen Vater schaue, dass das verübte Leid, das er anderen angetan hat, dass ich das abtragen möchte.“*

Opfertum und leiden müssen haben letztlich ihre Quelle in der reaktiven kindlichen Aggression, die es ja nicht gegen das „Liebesobjekt“, richten darf, wodurch es zur Wendung all der Aggression gegen die eigene Person kommt. Dies kann zu verschiedensten Arten der Selbstschädigung führen, um die inneren Dämonen zu besänftigen und versöhnlich zu stimmen. Naheliegenderweise entstehen daraus Folgekonflikte, wie das Vermeiden ersehnter Nähe aus Angst, vom nahen Anderen drohe Schädigung. Auch wird der eigenen Wahrnehmung misstraut, weil sie einem verdreht wurde, und Selbstbehauptung muss unterdrückt werden, weil dem eigenen Selbst jegliche Schuld angelastet wird. Dabei müssen nötige Autonomieschritte aus übergroßen Verlustängsten zurückgestellt werden. Später klammern sich diese Menschen häufig an unpassende Partner, weil „Liebe“ mit Gewalt und schlechter Behandlung gleichgesetzt werden und scheinbar nur in entsprechenden Beziehungen zu finden ist.

Nicht genug, dass diese inneren Quäler immer wieder absoluten Gehorsam und Unterwerfung verlangen, gehen sie doch gleichzeitig mit einem absoluten oder zumindest einem weit überhöhten, unrealistischen *Ich-Ideal* einher. Dieses spornt ein Kind unermüdlich an, sein gesamtes Verhalten und seine Gefühlsäußerungen den gewünschten Vorstellungen und unrealistischen Erwartungen der Eltern und Autoritäten an seine Person anzupassen. Dadurch ist es gezwungen, sein reales Selbst und seine emotionale Realität ebenso zu verleugnen, wie seine Eltern das tun. Es tut dies, um von ihnen geliebt und nicht verlassen zu werden. Je größer die Diskrepanz zwischen realem und

idealem Kind und die darin enthaltene Aufforderung zur Selbstaufgabe und damit zur Entwicklung eines „falschen Selbst“, umso zerreiender werden seine inneren Konflikte und Gefulssturme. In unlösbaren Beziehungskonflikten gefangen, übernimmt dann ein Kind, so wie Arthur, gezwungenermaen die Perspektive der Person, die die Absicht hat, ihm sein eigenes Selbst wegzunehmen (vgl. Brisch, 2003).

Nehmen wir bei Patient*innen „brutale Selbstkritik, überwältigende Scham und ein gnadenloser Perfektionstrieb“ wahr, so spiegeln sie ein hartes und strafendes Über-Ich. Dies weist „darauf hin, „dass es im Kern“ der Erfahrung dieser Patient*innen “die Erwartung des Verlassenwerdens gibt, sofern (sie) die an (sie) gestellten Erwartungen nicht erfüllen“ (Cozolino 2007, S. 166). Eine Angst, die auch das ganze Leben von Arthur überschattete und ihn gefügig sein ließ und massiven Scham- und Schuldgefuhlen auslöste. Dies wird nun die Fortsetzung der Fallvignette weiter demonstrieren.

Neuropsychologisch betrachtet ist unser Über-Ich „auf einer tieferen emotionalen Ebene“ (-) „unsere frühere implizite Erinnerung an die Art, wie unsere Eltern uns erlebt haben“. Fortdauernde Fehlregulierungen setzen sich in den Netzwerken des sensorischen, motorischen und emotionalen Gedächtnisses fest, verschlüsselt als implizite Erinnerungen an negative Zustände, und führen zum Überwiegen böser innerer Objekte. Als implizite Erinnerungen sind uns unsere Bindungsmuster bekannt, ohne dass wir darüber nachdenken, und in der Architektur“ unseres „sozialen Gehirns“ sind sie „als Vorhersagen des Verhaltens anderer gespeichert“. Sie »schaffen« die Personen, denen wir begegnen und leiten unbewusst unsere Reaktionen ihnen gegenüber. Frühe Bindungsmuster bestehen bis in unser Leben als Erwachsene. Sie „beeinflussen die Wahl unserer Partner und die Qualität unserer Beziehungen“ (Cozolino 2006, S.186).

Fortsetzung der Fallvignette

Gegen Ende einer Sitzung brach es aus Arthur heraus: „*Wenn ich in den Spiegel schaue verachte ich mich und sage zu mir: “Du Arschloch!” Eigentlich kann ich mich nur durch die Brille der Anderen sehen, das macht mich so abhängig und im eigenen Spiegel sehe ich mich nur negativ. Ich weiß gar nicht, was mein Selbst ist, habe ich nur eine diffuse Vorstellung davon. Ich habe als Kind schon mein Selbst gespürt, aber es war eine Bedrohung für meinen Vater. Nur über seine Reflektion habe ich mich verhalten und alles, was ihm*

nicht passte, habe ich unterdrückt. Dieses unterdrückte Eigene, dieses Selbst ist dann das Arschloch, weil es nicht sein darf, weil es sonst die Liebe des Vaters, die Sicherheit, die er mir gibt, gefährdet. Ich soll immer so sein, wie die anderen mich haben wollen, nur das ist richtig, nur ihr Wertesystem gilt und ich mache es falsch.... Ich war nur jemand, wenn der Vater mir sagte, wer ich zu sein habe.

Ich frage Arthur, wenn er jetzt ganz spontan diesem Vater, der sein Selbst raubte, eine Gestalt geben würde, wie würde er ihn sich vorstellen? Nachdem er meine Frage wiederholt hat, entsteht eine kleine Pause, dann sagt er: *„Seltsamerweise sehe ich jetzt den Tantalus ...oder wie er hieß, ich muss es nachlesen... es ist der Adler da, so als wäre ich an den Felsen gekettet. Und der Adler kommt über mich und frisst die Leber; immer ein Stück und ich bin total ohnmächtig. Ich sehe auch den Kopf des Adlers, sein Blick ist ganz durchdringend. Es ist auch der Reichsadler! Tja, das ist auch passend ...Ich habe gerade das Gefühl, wenn ich mich als Opfer sehe, ist es leichter mich selbst zu sehen – Ich war ja tatsächlich ausgeliefert. Es ändert etwas an dem Blick auf mich, dann kann ich mir mehr verzeihen. Dann bin ich auch entschuldigt, schuldlos an der Situation in der Familie. –Ich müsste viel mehr sehen können, dass ich missbraucht wurde und Opfer war“.*

Bisher hat der Patient diese Sichtweise, missbraucht worden zu sein, stets als Verrat an seinem Vater erlebt und dessen Forderung der absoluten Treue ihm gegenüber als sein „Kamerad“ festgehalten. Jetzt allmählich darf er die erzwungene Loyalität und die Scham des Selbstverrates und Selbsthasses wahrnehmen, ebenso die väterliche destruktiv-aggressive Bemächtigung seiner Person. Sehr schnell begreift er im leberzerfressenden Adler diese Symbolisierung und bezieht in der Assoziation vom Reichsadler auch diese Rolle seines Vaters als SS-Kämpfer in der berüchtigten 2. Panzerdivision mit ein. So kommt in hoch verdichteter Form auch die grausame Macht des Nationalsozialismus zum Ausdruck, der sich sein Vater unterworfen, mit der er sich als Vollstrecker vollauf identifiziert hatte und die er Arthur transgenerational überantwortete. Der Adler symbolisiert als Wiedergänger seines Vaters, der die totale Selbstaufgabe seines Sohnes forderte, letztlich einen selbsterstörischen Über-Ich-Anteil, einen gnadenlosen Richter und Bestrafer, die ein Leben lang die Lebendigkeit und Eigenständigkeit Arthurs auffraßen und denen er sich lange Zeit ganz ergeben hatte. Die Symbolisierung eines Vaters, der sein Selbst raubt, verdeutlicht m. E., wie sehr das Selbstbild des Patienten von seinen psychischen Beziehungstraumata geprägt ist, und wie sehr ein introjizierter seine Seele und seine Selbstbestimmung verschlingender Schädiger,

ein gnadenloser Rächer und Richter bis dato in ihm hauste. Die Auseinandersetzung mit der Bestrafung des Titan Prometheus (dessen Name »Vordenker« bedeutet), der der Macht des Zeus unterworfen ist und der gegen dessen Willen den Göttern das Feuer entwendete und den Menschen brachte, setzt bei Arthur einen heilsamen kreativen Schub in Gang. So gestattet er sich endlich, das auszudrücken, was ihn im Innersten bewegt und darf fortan mit dem experimentieren, was er zeigen und u.U. auch wieder verdecken möchte. Denn es beginnt eine ausgeprägte malerische Auseinandersetzung mit der Figur des Prometheus. Jetzt dürfen Sich-selbst-sehen, Gesehen-werden und der Wunsch nach Selbstbestimmung nach und nach gelebt werden. Jetzt gelingt es ihm, aus der überwältigenden Erfahrung der Kindheit, mit seinem wahren Selbst nicht erkennbar zu sein und keinen Platz zu haben, herauszutreten. Jetzt kann er allmählich sowohl die Angst, erkannt zu werden, wie auch die Angst, nicht gesehen zu werden aufgeben und der Sehnsucht Raum verschaffen, endlich gesehen und erkannt zu werden. Jetzt kann er Kunstwerke schaffen, denn er ist Künstler, die seinem Inneren entspringen und darf dem Ausdruck verleihen. Viele Monate später zeigt er diese Bilder in einer Ausstellung.

Im therapeutischen Prozess gelang es Arthur schließlich, nach Überwindung seiner Widerstände, den leberfressenden Adler unschädlich zu machen. Gleichzeitig sprach er davon, dass er, so wie Prometheus nach seiner Rettung, im übertragenen Sinn einen kleinen Stein des Taurusgebirges, an dem dieser gekettet war, mit sich trage. Damit bringt er etwas Zentrales zum Ausdruck, dass toxische Über-Ich-Introjekte gemildert werden können, ein Teil davon aber für immer mitgeschleppt werden wird.

Technik des Unschädlichmachens von Täterrepräsentanzen und einem Richter Gnadenlos

Die Technik des Unschädlichmachens von Täterrepräsentanzen und gnadenlosen Über-Ich-Introjekten ist ein wesentlicher Bestandteil und zentraler Bearbeitungsfokus der imaginativen Traumabearbeitung im Rahmen der *Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIPT)*. Sie kommt immer dann zum Tragen, nachdem die basale Stabilisierung der Patient*in gelungen ist. Das beinhaltet auch, die Patient*in imaginativ mit dem sog. Basismotiv vertraut zu machen und immer wieder anzuregen, sich als erwachsene Person von heute, in einer Landschaft, die ihr gefällt, *einen sicheren, geschützten Ort* zu suchen, an dem sie sich in ihrer Vorstellung alles so einrichtet, wie sie das im Moment braucht, um sich nicht nur sicher und geschützt, sondern

auch wohl und geborgen erleben zu können. In einem weiteren Schritt wird sie dann angeleitet, sich dort *hilfreiche Begleiter* vorzustellen, wodurch die Bildung neuer Subjekt-Objekt-Interaktionsrepräsentanzen angeregt wird. *Ein unverletztes Kind*, oder das Kind, das die Patient*in gerne gewesen wäre, als Wunschvorstellung von Intakt- und Ganzheit wird ebenfalls eingeführt. Wenn dann im weiteren therapeutischen Prozess die Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen und den damit einhergehenden Gefühlen ansteht, geschieht diese immer außerhalb des sicheren, geschützten Ortes. Jedoch kehrt die Patient*in nach jeder Konfrontation zur Stabilisierung an diesen zurück. In diesem Rahmen bewegt sich auch das Unschädlichmachen von Täterrepräsentanzen und gnadenlosen Über-Ich-Introjekten. *Ziel dieser Technik* ist es, die weitreichenden traumabedingten Aggressionskonflikte, die i.d.R. mit einer ausgeprägten Tendenz zur Selbstschädigung einhergehen, zu reduzieren, sie in konstruktive Aggression zu verwandeln und damit verschüttete Lebensenergie und Kreativität wiederzugewinnen. Dies setzt voraus, die zerstörerische Macht traumatogener Introjekte zu mindern und das Ich in die Lage zu versetzen, sich von den Peinigern, die als Imago schädigender Anteile von Beziehungspersonen internalisiert sind und unbewusst auch dem Über-Ich einverleibt wurden, zu distanzieren. Für die therapeutische Arbeit bedarf es dazu auch einer konzeptionellen Unterscheidung zwischen Objekt-Repräsentanz/Introjekt auf der einen Seite und Über-Ich-Introjekten auf der anderen.

In der KIPT subsumieren wir unter *Täter-Repräsentanz* verinnerlichte, schädigende Anteile von Beziehungspersonen aus bewusst erlebten und erinnerbaren Traumaszenen. Diese verinnerlichte schädigende Anteile werden in entsprechenden Imaginationen unschädlich gemacht. Behandlungspraktisch versichern wir der Patient*in, dass beim Unschädlichmachen der Anteile von nahen, schädigenden Beziehungspersonen deren unterstützende, zugewandte, innerseelisch bedeutsamen Anteile gleichzeitig erhalten und seelisch verfügbar bleiben. Außerdem weisen wir darauf hin, dass es alleine darum geht, sich von etwas zu trennen, das bis heute innerlich seine schädigende Wirkung entfaltet. *Verkürzt ausgedrückt, sucht in einer Imagination die Erwachsene bzw. Jugendliche von heute die Repräsentanz eines Schädigers oder seines entsprechenden Anteils in der Traumaszene oder am Waldrand auf, um diesen zusammen mit entsprechenden hilfreichen Begleitern für sich unschädlich zu machen.*

Was *archaische Über-Ich-Introjekte* (toxische Introjekte, im impliziten Gedächtnis aufgehoben (vgl. Cozolino 2006) betrifft, muss angenommen werden, dass das Ich zunächst keinen bewussten Zugang zu ihnen hat, da sie in

früher Kindheit angelegt wurden und zusammengesetzt sind aus früh verinnerlichten toxischen Objekt-Beziehungs-Erfahrungen und der Aggression gegen diese Objekte. Wir betrachten das archaische Über-Ich als ein Konglomerat unbewusster, vielfach geschichteter, introjizierter Täteranteile und „diktatorischer Deponien“ (Moser 2001), die durch Identifikation Teil der psychischen Struktur und damit ich-synton geworden sind. Sie müssen in einem zeitintensiven Prozess – zumindest in Teilen – ich-dyston gemacht werden, damit eine Desidentifikation möglich wird und eine Reduktion eigener Gewaltbereitschaft stattfinden kann.

Die vor allem in der frühen Kindheit mit dem archaischen Über-Ich verschmolzenen Introjekte verfestigen sich in der weiteren Kindheit, wenn zusätzlich verbotende, kritische, quälende und demütigende Erfahrungen hinzukommen. So gesehen ist der innere Demütiger, Kritiker oder gnadenlose Richter letztlich ein Wiedergänger der verinnerlichten Schädiger aus der Kindheit.

Allgemein suchen wir im Gespräch - in einem zeitintensiven Prozess - die Patient*in für ihre Über-Ich-Introjekte zu sensibilisieren. Dabei zeigen wir ihr auf, in welchen Zusammenhängen sie sich bemerkbar machen (z.B. in Form von Selbstbestrafung, Formen der Selbsterniedrigung, Selbstsabotage, nagenden Gewissensbissen, Suizidabsichten etc.), welche Gefühle sie auslösen - hier vor allem Scham und Schuld - mit welcher inneren Stimme sie sprechen, welche Bilder sich dazu spontan zeigen? Wir suchen zusammen mit der Patient*in nach Namen für die Manifestationen der Quäler, um sie so auch sprachlich zu markieren. Später verwenden wir sie zur Einleitung der Imagination dezidiert in der Instruktion.

So sprechen Patient*innen z.B. „Sargnagel“, „Hexe“, „Zerstörer“, „Gobbels“, „Himmler“, „Hitler“, „Mörder, der sich von hinten anschleicht“ oder „Dämonen“, um das, was als etwas Gewalttätiges in ihnen tobt, in Worte zu fassen.

Wenn die Patient*in mehr und mehr für die Manifestationen solcher Quäler sensibilisiert und ausreichend stabilisiert ist, beginnen wir, sie in der Imagination mithilfe der von uns modifizierten Leunerschen *Symbolkonfrontation* (1985, S. 204 ff.) zu schwächen und schließlich unschädlich zu machen, unter Betonung der Wirkmächtigkeit der „Erwachsenen von heute“. Dabei geht einer Symbolkonfrontation, wie bereits dargelegt, stets die Anleitung zu einer Stabilisierung in der Imagination voraus, ausgehend von dem sog. Basismotiv und gezielt eingeführten hilfreichen Begleitern. Das bedeutet, wir bringen

die Patient*in verstärkt mit einer „weisen, gütigen und milden Begleiter*in in Kontakt. Sie dient als Gegengewicht zu malignen Eltern-Imagos und archaisch vernichtenden Über-Ich-Introjekten und greift zurück auf positive Subjekt-Objekt-Interaktionen, also auf Objekte positiver Identifikation, um imaginativ deren Fähigkeiten zu nutzen. Den bereits entwickelten „wehrhaften Gestalten“ kommt ebenfalls eine zentrale Funktion beim Unschädlichmachen schädigender, toxischer Introjekte zu. Denn sie sind vor allem bedeutsam, weil abgewehrte Aggression so einen Ausdruck gegen Ohnmacht und Hilflosigkeit bekommt. Mit ihrer Unterstützung kann statt passivem Ausgeliefert-Sein jetzt eine aktive, wirkmächtige Position eingenommen werden.

Unsere Art der imaginativen Auseinandersetzung mit malignen Introjekten dient in erster Linie dazu, die angestauten, oft mörderischen *Affekte und die damit verbundenen Impulse* nicht weiter gegen sich selbst zu richten, sondern im Als-Ob der Phantasie abzureagieren, das Über-Ich-Introjekt zu schwächen und eine schrittweise Desidentifikation zu erreichen. Ziel dieses Unschädlichmachens ist es, die zur Struktur geronnenen intrapsychischen Selbstbestrafungs- und Erniedrigungsmechanismen mit Hilfe gerade auch der imaginativen Bearbeitung zu verändern und traumatogene Über-Ich-Introjekte, so wie vorher Täterrepräsentanzen, aus dem psychischen Organismus »auszuscheiden« (Steiner 2016, Steiner & Krippner 2006).

Der Einsatz dieses „Unschädlichmachens“ in der Imagination wirkt der inneren Amalgamierung von Selbst, Täterrepräsentanz und Introjekten, die sich im Über-Ich verewigt haben entgegen und ist unabdingbar für die Rückgewinnung von Wirkmächtigkeit, Selbstbestimmung, Selbstfürsorge und von Autonomie.

Die Auflösung dieser Amalgamierung wird im Als-Ob Modus der Phantasie und im therapeutischen Dialog kontinuierlich fortgesetzt, bis die Patient*in das Gefühl hat, jetzt ist es genug, jetzt spürt sie eine nachhaltige Befreiung von ihren Quälgeistern.

Für eine Milderung schädigender Repräsentanzen und Über-Ich-Introjekte ist eine tragende, haltende therapeutische und damit neue *Beziehungserfahrung* nötig, die mit allen verfügbaren Mitteln, das Vertrauen in die therapeutische Beziehung zu fördern sucht, durch angemessene Rahmengestaltung, verstehendes, nicht bewertendes Verhalten, geduldiges Hinterfragen und Klären, stellvertretende Anteilnahme für das abgewertete, leidende innere Kind, Eintreten gegen schädigendes Verhalten. Ziel ist es, die zur Struktur geronnenen intrapsychischen Selbstbestrafungs- und Erniedrigungsmechanismen

mit Hilfe der imaginativen Bearbeitung zu verändern und der Patient*in die Möglichkeit zu geben, angestaute, gegen die eigene Person gerichtete, oft mörderische Aggressionen zielgerichtet zu kanalisieren und abzureagieren. Dies verhilft dazu, traumabedingte Affekte und Aggressionskonflikte besser zu regulieren und auszubalancieren (vgl. Steiner 2016).

Da das Erleben von Wut und ihr Ausleben in der Vorstellung meist – neben Scham - mit starken Schuldgefühlen einhergeht, ist es wichtig, der Patient*in den Kreislauf von Aggression und Gefahr der Wendung gegen die eigene Person im Gespräch aufzuzeigen, mögliche symptomatische Reaktionen als Selbstbestrafungsreaktionen ansprechen. Dies genauso, wie die wichtige Übertragungsarbeit unterstützen die nötigen Mentalisierungsschritte. Dies wirkt der Amalgamierung von Selbst, Schädiger/in und Introjekt entgegen. Wodurch die sonst eintretende Externalisierung/Projektion und projektive Identifikation und heftige traumatische Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle kanalisiert werden können.

Möglichkeiten der Anwendung des Konzepts der KIPT in der Kindertherapie

Mit Kindern ist es möglich, *zur Stabilisierung* spezifische Geschichten zu generieren, sie als Therapeut*in aufzuschreiben und das Kind anzuregen, das Vorgestellte zu malen, um daraus ein Bilderbuch zu erstellen. Zur Einleitung kann man dem Kind sagen: „Was hältst Du davon, wenn wir eine Geschichte erfinden und Du Dir eine Landschaft ausdenkst, die Dir gefällt, in der Du Dir einen Ort vorstellst, an dem Du Dir alles so einrichtest, wie Du ihn brauchst und damit Du Dich, der Junge/das Mädchen von heute, ganz wohl und geborgen, sicher und geschützt erleben kannst. Wie könnte ein solcher Ort aussehen“. Mit Fragen im Konjunktiv kann man die Phantasietätigkeit des Kindes anregen und später über die Geschichte und das gemalte Bild sprechen. Man kann die therapeutisch-imaginative Arbeit fortsetzen, indem alle möglichen *hilfreichen Gestalten/Begleiter* an diesem Ort situiert werden, die ganz unterstützend, fürsorglich und liebevoll sind, genauso kräftig wie wehrhaft und das Kind von heute jederzeit in allen Lebenslagen unterstützen, mit ihm in gutem Kontakt sind, es verstehen, trösten, ermutigen etc. Immer wieder können wir fragen, „Wie wäre es, Du hättest solche Gestalten, solche Begleiter“? „Wie wäre es, ein Lieblingstier an Deiner Seite zu haben? Welches hättest Du gerne? Sollte es stark und kräftig sein und Dich jederzeit verteidigen können?“ Die jeweils entwickelten Vorstellungen und Szenen können wieder gemalt

werden und das Kind angeregt, sie sich immer wieder vorzustellen, wenn es das möchte. In der Folgesitzung können wir jeweils dem Kind die Geschichte vorlesen und mit ihm darüber sprechen, ebenso wie über die gemalten Bilder. Das Ganze kann auch wie im Psychodrama in Szene gesetzt, aber auch zum Beispiel im Sandspielkasten mit Puppen, und damit weiter vertieft werden.

Außerdem kann sich das Kind in einem nächsten Schritt einen unterstützenden Spielgefährten in seiner Landschaft mit dem sicheren, geschützten Ort vorstellen, an dem alle miteinander interagieren und das tun, was sie gerne tun möchten, und die hilfreichen Gestalten unterstützen und beschützen sie. Verschiedene Rollen können von der Kindertherapeut*in übernommen werden, wobei immer betont werden muss, dass es sich um ein Spiel handelt, das gilt ganz besonders, wenn es darum geht, Monster und ähnliche Gestalten unschädlich zu machen.

Wenn Kinder erzählt haben, dass sie verletzt wurden, z.B. in der Schule gemobbt, geschlagen oder sonst wie gedemütigt wurden oder zu Hause Leid erfahren haben, kann man ihnen vorschlagen, sich eine Geschichte auszudenken, wie dieses Kind von dem heutigen zusammen mit seinen hilfreichen Begleitern aus der bedrängenden Situation herausgeholt wird und, wenn es das möchte, an den sicheren, geschützten Ort gebracht wird, an dem es in seiner Geschichte all das bekommt, was es jetzt braucht und was ihm gut tut. Auch das kann wieder szenisch nachgespielt werden.

Für die *Auseinandersetzung mit Täterrepräsentanzen* kann erneut angeregt werden, sich eine Geschichte auszudenken. Dies selbstverständlich nur, nachdem sich das Kind auf dem Boden einer haltgebenden Beziehung zur Psychotherapeut*in ausreichend stabilisiert hat. Die Geschichte solle, so kann man dem Kind sagen, davon handeln, wie gefährliche Tiere, Monster, Gespenster etc. mit Unterstützung der hilfreichen, wehrhaften, beschützenden und unterstützenden Begleitern, die alle nötigen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Verfügung stellen, unschädlich gemacht werden können. Dazu wird man wieder mit dem Basismotiv beginnen und das dem Kind auch so sagen: „Was hältst Du davon, wenn wir heute uns einmal eine Geschichte ausdenken, in der bedrohliche Tiere, oder Monster oder Gespenster unschädlich gemacht werden?“ „Was meinst Du?“ Wenn das Kind sich darauf einlassen möchte, können wir fortfahren: „Wir würden dazu wieder in die Landschaft gehen, in der Du, das Kind von heute, mit Deinen hilfreichen Gestalten bist und mit Deinem Wunschgefährten. Du würdest Dich ihrer versichern, den guten Kontakt spüren und dann mit ihnen zusammen dahin aufbrechen, wo Du einem bedrohlichen Tier, einem Gespenst oder Monster an einem Waldrand begeg-

nen würdest. Du entscheidest vorher, wen Du unschädlich machen möchtest. Dann würdet ihr, Du das Kind von heute und Dein Wunschgefährte mit den hilfreichen Gestalten euch so verstecken, dass das Gespenst (Monster oder ein gefährliches Tier) euch nicht sehen kann, ihr es gleichzeitig aber ganz deutlich erkennen könnt. Was meinst Du, sollen wir uns eine Geschichte ausdenken, in der alles, was Dich bedroht, unschädlich gemacht wird? Wir könnten auch in die Geschichte einbauen, dass ihr alle wie durch einen magischen Kreis geschützt seid? Auch ich würde Dir helfen, wenn Du das brauchst, Dich zu schützen und alles, was Dich bedroht, unschädlich zu machen? Später, wenn Du möchtest, können wir die Geschichte dann nachspielen und sie wie ein Drehbuch für einen Film nutzen und unterschiedliche Rollen ausprobieren“.

Geleitete Imaginationen und die Bedeutung von Ressourcenorientierung

Für Erwachsene wie für Kinder gilt: Geleitete Imaginationen ermöglichen eine Umgestaltung der Phantasiewelt und eine neue Formung von Konfliktlösungen. Denn mit dem inneren Medium des Bildes und der Sprache können der Erwachsene und das Kind die Realität im Als-Ob-Modus erleben und dabei eigene Affekte in diesen Rahmen einbetten. Auf diese Weise müssen die Affekte nicht wie in realen Situationen erlebt werden, sondern in den phantasierten Situationen probeweise oder abgeschwächt. Gleichzeitig ist die Kontrolle über die Situation gegeben, weil einem nichts zustoßen kann, was bei Traumatisierten von besonderer Bedeutung ist, um gegen Hilflosigkeits erleben und Ohnmacht anzugehen. Ausüben von Kontrolle und aktive Modifizierung, die in der phantasierten Situation stattfinden können, werden durch die unterstützende Begleitung der Psychotherapeut*in und durch ihre Halt vermittelnden Instruktionen gleichzeitig ermöglicht.

Sowohl in der Richtlinien-anerkannten Methode der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) als auch in der KIPT spielen *Ressourcenorientierung* und damit einhergehende Motive eine bedeutsame Grundlage in der Behandlung. Dies besonders dort, wo eine Erschütterung des Selbstwerterlebens durch Kränkungen, Verlust des Sicherheit-bietenden Objekts, der narzisstischen Geborgenheit, der Sicherheit überhaupt eingetreten ist.

Ressourcenorientierte Motive haben hier die Funktion, die strukturelle Kohäsion des Selbst zu unterstützen und zu festigen, die narzisstische Homöostase regulieren zu helfen, die vitale Kraft des Selbst zu fördern und freizusetzen.

Dazu nutzen wir *Motive* wie Orte und Landschaften der Sicherheit und Geborgenheit, des Wohlfühlens, hilfreiche Begleiter, Krafttiere, Wunder- und Zaubermittel, wie Zauberschwert und -stab, goldene Kugeln, ein Schutzmantel, der einen gegen alles Mögliche schützt, sogar unsichtbar machen kann, darüber hinaus Wasser in all seinen regenerierenden Funktionen, bis hin zu Heilwasser, auch heilsame Sonnenstrahlen kommen zum Einsatz, oder eine Blume, die alles hat, was sie zum guten Gedeihen braucht.

Dieses sinnlich Erfahrbare „verstärken und bekräftigen wir durch begleitende Interventionen immer da, wo positiv getöntes Erleben auftaucht“ (Steiner 2022, S.202). Wir sagen dann z.B. beim Kind: „Ja, spür das ganz deutlich“ oder „Nimm es intensiv wahr“. Dabei ist bedeutsam, die Imagination so anzuleiten, dass Raum zum Wohlfühlen angeregt wird und zur Selbstgestaltung, verbunden mit angenehmem Erleben. Alle Ressourcenmotive helfen der Patient*in oder dem Kind, sich narzisstisch zu restituieren und ihre/seine neue, selbst gestaltete innere Landschaft zunehmend als Ressource wahrzunehmen, und darin Selbstkonstanz und -kontinuität im Sinne Sterns (1992), sowie Sicherheit zu erleben. Die psychotherapeutische Unterstützung, sich darin frei und selbstgestaltend zu bewegen und gleichzeitig zu kontrollieren, was dort geschieht, eröffnen neue Freiheitsgrade und regen Fantasie und Kreativität an (Steiner 2006).

Literatur

- Adler, A.* (1914) Heilen und Bilden Frankfurt am Main: Fischer 2019
- Auchter, Th.* (2004) Die Ohnmacht der Gewalt und die Kraft des Schöpferischen – Trauma, Trauer und Kreativität. Einzelartikel psychosozial 98, 43-61
- Brisch, KH.* (2003) Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: *Brisch KH., Hellbrügge, Th.* (Hrsg., 2003. 1. Auflage) Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta, 105-35
- Cozolino, L.* (2006) Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen. Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verlag.
- Dornes, M.* (2004) Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. Forum Psychoanal; 20 (2): 175-99
- Ferenczi, S.* (1933). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft. In: Ders.: Bausteine der Psychoanalyse. Bd. III. Frankfurt a.M. u.a.: Ullstein 1984; 511-26
- Fischer, G., Riedesser, P.* (1999) Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Aufl. München, Basel: Ernst Reinhardt.

- Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E.J., Target, M. (2002) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Grossman W. I. (1991) Pain, aggression, fantasy, and concepts of sadomasochism. *Psychoanal Q* 60: 22–52
- Gruen, A. (2000). *Der Fremde in uns*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Hirsch, M. (1997). *Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Hirsch, M. (2004) *Psychoanalytische Traumatologie. Das Trauma in der Familie. Psychoanalytische Theorie und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart u.a.: Schattauer
- Jacobson, E. (1964): *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1973
- Kernberg, O.F. (2000) *Hass*. In: Mertens, W. u. Waldvogel, B. (Hrsg.) (2000): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart (Kohlhammer), S. 274–277
- Krystal, H. (1978) Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 81-116
- Krystal, H. (1997) Desomatization and the consequences of infantile trauma. *Psychoanal. Inquiry*; 17 (21): 126–50
- Küchenhoff, J. (1990) Die Repräsentation früher Traumata in der Übertragung. *Forum der Psychoanal.* 1 (6): 15-31
- Küchenhoff, J. (2004) Verlust des Selbst, Verlust des Anderen - die doppelte Zerstörung von Nähe und Ferne im Trauma. *Psyche - Z Psychoanal*; 58: 811-34
- Leuner, H. (1985) *Lehrbuch der Kathym Imaginativen Psychotherapie*. Bern u.a.: Huber
- Moser, T. (2001) *Dämonische Figuren*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1996
- Ogden, T.H.(1992 *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. London (Mares-field).
- Rohde-Dachser, C. (2001) Aggression, Zerstörung und Wiedergutmachung in Urszenenphantasien. Eine textanalytische Studie. *Psyche* 55 (9/10): 1051-1085.
- Schore, A. N. (2007) *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Shengold, L. (1989) *Soul murder. Seelenmord – die Auswirkungen von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel 1995
- Steiner, B. (2016) Was geschieht, wenn Eltern nicht „gut genug“ sind? *Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (Hrsg.)*, *Imagination* 3, 25-43
- Steiner, B. & Krippner K. (2006) *Psychotraumatheorie: Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten*. Schattauer, Stuttgart.
- Steiner, B. (2019). *Traumakonfrontation in der Kathym Imaginativen Psychotraumatheorie (KIPT)*. In: Müller, T, Rießbeck, H (Hrsg.) *Traumakonfrontation – Traumaintegration. Therapiemethoden und ihre Wirksamkeit im Vergleich*. Stuttgart: Kohlhammer:182-206
- Steiner, B. (2022) *Beziehungstraumatisierung aus der Kindheit mit Imaginationen behandeln*. Schattauer, Stuttgart

- Stern, DN (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta. (Originalausg.: The Interpersonal World of the Infant, 1985.)* Trimborn, W. (2003) Der Verrat am Selbst – Zur Gewalt narzißtischer Abwehr. *Psyche* 57(11): 1033–1056
- Winnicott DW (1965). Reifungsprozess und fördernde Umwelt. München: Kindler 1974.*
- Wurmser L. (1987). Flucht vor dem Gewissen – Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen. Berlin u.a.: Springer*
- Wurmser L. (1990). Die Maske der Scham – Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten. Berlin u.a.: Springer*
- Wurmser, L. (1993). Das Rätsel des Masochismus – Psychoanalytische Untersuchungen von Über-Ich-Konflikten und Masochismus. Berlin u.a.: Springer*
- Wurmser L. (1999). Magische Verwandlung und tragische Verwandlung – Die schwere Neurose: Symptom, Funktion, Persönlichkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht*
- Wurmser, L. (2004) “Das neugeborene Auge verwandelt die alte Tat”, unveröffentlichter Vortrag, gehalten in Bregenz*
- Wurmser, L. (2014) Die unheilbare Wunde? – Der tragische Charakter und seine Heilung. Unveröffentlichtes Buchmanuskript.*

Autorin:

Dipl.-Psych. Beate Steiner

Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin (DGPT)

Psychotraumatheapeutin (DeGPT)

Lehrpsychotherapeutin und -analytikerin, Supervisorin und Dozentin

Leiterin des Instituts „Arbeitskreis für Psychotraumatologie und Katathym Imaginative Psychotherapie“

Liebigstr.13a 64293 Darmstadt

Mail: beate-steiner@t-online.de, info@kipt.eu - Internet: www.kipt.eu

*Rezension***Beate Steiner:
Beziehungstraumatisierungen aus der Kindheit
mit Imaginationen behandeln.***Franz Wienand*

Als Kinder- und JugendpsychiaterInnen wissen wir um die Sensibilität und Verletzlichkeit von Kindern, die in besonderem Maße auf Bindung, Zuwendung, Anerkennung, Unterstützung und Schutz angewiesen sind. Wir sehen in unseren Praxen gewissermaßen die Vorstufen und Entstehungsgeschichten der vielfältigen psychischen und psychosomatischen Störungen, die sich als Folge von Vernachlässigung, Liebesentzug, Misshandlung und Missbrauch entwickeln. Wir wissen, dass solche leidvollen Erfahrungen verinnerlicht werden und tiefgreifende Störungen der Beziehung zum eigenen Selbst und zu anderen verursachen.

Die *Katathym Imaginative Psychotraumathepie KIPT*, die in diesem Werk beschrieben wird, ist eine Weiterentwicklung der *Katathym Imaginativen Psychotherapie KIP*, die von Hanscarl Leuner in den 1950iger Jahren aus dem experimentellen katathymen Bilderleben heraus entwickelt wurde. Der etwas sperrige Name steht für eine Methode der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, die mit dialogisch begleiteten gefühlstragenden (katathymen) Imaginationen arbeitet. Die Patienten werden dabei in einer leichten Entspannung gebeten, zu einem vorgegebenen Motiv ein inneres Bild aufsteigen zu lassen und in all seinen Sinnesqualitäten und seiner emotionalen Ausstrahlung zu schildern. In diesen Imaginationen spiegeln sich in symbolischer Form aktuelle Konflikte, Ressourcen, zu kurz gekommene Bedürfnisse, Frustrationen und andere unbewusste bzw. vorbewusste Inhalte. Die therapeutische Begleitung besteht in Kommentaren, Anregungen und Vorschlägen, die das emotionale Erleben und die differenzierte Wahrnehmung erweitern und vertiefen sollen. So entsteht entlang der aufsteigenden Bilder ein Dialog, der je nach klinischer Situation der Klärung, Ermutigung, Ressourcenaktivie-

rung, der Fokussierung, Veränderung der Perspektive und der Konfrontation und Auseinandersetzung mit gefürchteten Inhalten dient. Das Bild wird vom Patienten gestaltet, in der Regel gemalt und/oder als Text notiert. Das Bild oder der Text dienen in den folgenden Sitzungen der vertiefenden Auseinandersetzung. Damit und mit darauf folgenden Imaginationen, die in etwa jeder 3. Sitzung durchgeführt werden, wird im Laufe der Therapie der zentrale Beziehungskonflikt in der Abfolge von Vorgespräch, Imagination, Nachgespräch, Gestaltung und Bildbesprechung durchgearbeitet.

Die KIP ist seit Jahrzehnten gut etabliert und wird als anerkannte Methode der tiefenpsychologisch fundierten Richtlinien-Psychotherapie in den Seminaren der Deutschen Gesellschaft für Katathym Imaginative Psychotherapie DGKIP (vormals AGKB und MGKB) in einer integrierten Mischung aus Theorie, Lernen am Modell und Selbsterfahrung gelehrt.

Auf der Grundlage der KIP wurde seit 2002 die Katathym Imaginative Psychotherapie KIPT Beziehung zur Behandlung chronischer und komplexer Traumatisierung entwickelt und curricular gelehrt. Beate Steiner hat 2006 zusammen mit Klaus Krippner diese Form der psychodynamischen Traumabehandlung erstmals in einem Lehrbuch beschrieben und unterrichtet sie gemeinsam mit DozentenkollegInnen der DGKIP im Arbeitskreis Psychotraumatologie und Katathym Imaginative Psychotherapie in Darmstadt.

Das Buch ist in drei Kapitel gegliedert. Auf 150 Seiten des Gesamtumfangs von 250 Seiten behandelt Steiner sehr ausführlich die theoretischen Grundlagen. In *Kapitel 1 "Beziehung, Gewalt und Trauma"* klärt sie den Begriff Beziehungstrauma und geht auf die historischen wie aktuellen Bedingungen und Formen von Aggression und Gewalt gegenüber Kindern und deren akute und langfristigen Folgen ein. Eine wichtige Rolle spielt dabei die transgenerationale Traumatisierung, die Weitergabe gewalttätiger Beziehungen über die Generationen hinweg. Ein Kind ist nicht in der Lage, eine nahe Beziehungsperson objektiv zu sehen, und sucht nach einer Erklärung, warum es von der geliebten Person misshandelt wird. Ihm wird zwangsläufig mehr oder weniger bewusst klar, dass die Ursache nur in ihm selbst liegen kann, weil es unerträglich schlecht, böse und auf keinen Fall liebenswert sein kann. Sein Selbstbild wird demzufolge nachhaltig schwerst beschädigt, das Vertrauen in andere Menschen auf Dauer zerstört und die Versuche, die traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten, werden seine Beziehungen auf Dauer prägen.

Steiner beschreibt verschiedene Wege, wie Traumata *transgenerational* weitergegeben werden können: Durch projektive Identifizierung werden die eigenen unerträglichen Affekte von Eltern mit den Kindern geteilt und diese dadurch traumatisiert. Oder das Kind versucht, einen emotional unzugänglichen Elternteil zu entlasten und sich ihm anzunähern, ohne ihn zu erreichen, wobei seine eigenen Bedürfnisse nicht erfüllt werden. Auch kann das Kind versuchen, auf dem Weg seiner Fantasien einen Elternteil zu verstehen, und erlebt dadurch dessen Traumata einschließlich der zugehörigen Affekte; oder das Kind gibt sein eigenes Selbst auf und wird zum „Substitut des beschädigten Selbstgefühls eines Elternteils oder beider“, um deren „zerlöchernte Selbststruktur“ wiederherzustellen (S. 31).

„Gewalt bedeutet für einen Säugling und ein Kind das Erleben totaler Stimulation, maximale Erregung, totalen toxischen Stress in einem Zustand absoluter namenloser Qual, Hilflosigkeit und Ohnmacht“ (S. 62). Die *akuten Folgen* sind uns als KinderpsychiaterInnen vertraut: Dissoziative Zustände wie Depersonalisation und Derealisation, Absorption und emotionale Abstumpfung, eingeschränkte emotionale Differenzierung, Daueranspannung, Masturbation, Affektüberflutung und Erregungszustände, Entwicklungsrückstände bis zum Entwicklungsstillstand, um nur einige zu nennen.

Zu den *langfristigen Folgen* zählt sie neben der posttraumatischen Belastungsstörung unterschiedliche Phänomene wie die ADHS, Perversionen als „misslungenen Heilungsversuch“ (S. 68); Sexualisierung als den Versuch, das Trauma zu bewältigen, indem unerträgliche Angst in Lust verwandelt werden soll; Pädophilie; Masochismus als Ausdruck von Schuld und Schamkonflikten sowie sadomasochistische Paarbeziehungen.

In *Kapitel 2 „Klinische Traumakonzeptionen“* stellt Steiner die Psychotraumatologie zusammenfassend dar und geht auf das Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung, also die Abfolge von traumatischer Situation, traumatischer Reaktion und traumatischem Prozess ein. Dann behandelt sie die wichtigen psychoanalytisch fundierten Traumakonzepte von Freud, Ferenczi, der Objektbeziehungstheoretiker und der Selbstpsychologie, der Entwicklungstheorie von Daniel Stern und das Traumamodell der Bindungsforscher. Einen wichtigen Stellenwert hat für Steiner das psychoanalytische Traumaverständnis von Léon Wurmser, der Trauma als einen „nicht bewältigbaren äußeren Konflikt zwischen Selbst und Umwelt“ definiert, der sich zu einem „unlösbaren inneren Konflikt wandelt“ (S. 127). Die Folgen schwerer Traumatisierung bestehen in einem archaischen Über-Ich als Ausdruck massiver Scham- und

Schuldgefühle, in der ausgeprägten Tendenz zur Selbstbestrafung, zur Selbstsabotage und zum Masochismus, in einem bleibenden Ressentiment und in Schwarzweißmalerei als Ausdruck der Tendenz zur Polarisierung.

Das Kapitel schließt mit der Darstellung einiger wichtiger Aspekte aus der *Traumaforschung der Neurowissenschaften*, insbesondere zu den dissoziativen Phänomenen. Frühe negative Bindungserfahrungen werden als implizite viscerale, somatische und emotionale Erinnerungen gespeichert und prägen die Fähigkeit zur Selbstregulation ebenso wie die Erwartungen, wie andere mit uns umgehen. Sie bilden die Grundlage unseres Selbstwertgefühls, unserer Fähigkeit zur Selbstberuhigung sowie die Art und Qualität unserer Beziehungen als Erwachsene. Diese Einflüsse betreffen die Aktivität des (para-)sympathischen Nervensystems, die Hormonproduktion und -regulation über die Hypothalamus- Hypophysen- Nebennierenrinden-Achse und damit die Fähigkeit zur Stressbewältigung. Durch Unter- oder Überstimulation in den frühen Jahren wird die neurobiologische Entwicklung des orbitofrontalen Steuerungssystems beeinträchtigt mit nachhaltigen Folgen für die Selbstkontrolle und das Sozialverhalten. Abschließend geht Steiner noch auf die epigenetische Forschung ein, die nachgewiesen hat, dass traumatische Erlebnisse in der Schwangerschaft eine Gedächtnisspur in der DNA hinterlassen und damit die Genexpression der nachfolgenden Generationen nachhaltig beeinflussen können, mit der Folge einer eingeschränkten Stresstoleranz und erhöhten psychischen Vulnerabilität bei den Nachkommen.

In Kapitel 3 wird das „*Das behandlungspraktische Vorgehen der KIPT*“ ausführlich beschrieben. Die Verlaufsstruktur besteht aus der initialen Stabilisierung und dem Gewinn an mehr Sicherheit, einen Zuwachs an Selbstbewusstsein und Verbesserung von Mentalisierung und Affektkontrolle, gefolgt von der *Traumabearbeitung* und der *Traumaintegration*. Besonderen Wert legt Steiner darauf, dass die Patientin im Voraus über das geplante therapeutische Vorgehen informiert ist und jederzeit die vollständige Kontrolle über das Geschehen innehat. Traumatische Erfahrungen sind häufig verdrängt und unbewusst und müssen indirekt erschlossen werden. Hinweise sind ein fehlendes Erinnerungsvermögen, ein überstrenghes Über-Ich, verbunden mit massiven Schuld und Schamkonflikten, und spezifische Muster der Übertragung, also der Art und Weise, wie die Patienten ihre Therapeutin erlebt und behandelt. Hinweise liefern auch die Imaginationen, die implizite Erinnerungen, Über-Ich-Inhalte und die Übertragung symbolisch darstellen können.

Traumapsychotherapie setzt voraus, dass die Therapeutin ihre eigenen Beziehungstraumata bearbeitet und integriert hat, sich nicht mehr vor den damit verbundenen Affekten fürchten muss und damit der Patientin auch in schwierigen Situationen Halt und Sicherheit vermitteln kann. Auf keinen Fall darf sie „in machtorientierte oder missbrauchende Rollenmuster“ abgleiten (S. 251), auch wenn die Beziehungsgestaltung durch die Patientin sie dazu verleiten mag. Eine sichere therapeutische Beziehung ist die Voraussetzung, dass die Patientin sich auf die verdrängten Affekte einlässt und in die Lage versetzt wird, ihre heutigen Erlebens- und Beziehungsmuster mit ihren traumatischen Erlebnissen in Verbindung zu bringen.

Auch in der *Stabilisierungsphase* erfolgt die Bearbeitung vorwiegend aktueller Konflikte mit dem Ziel, von Beginn an die affektive Kontrolle, Mentalisierung und das Erleben von Selbstwirksamkeit der Patientin zu stärken. Dazu dienen insbesondere die Psychoedukation über Traumafolgen, ressourcenorientierte Interventionen und die Garantie vollständiger Kontrolle durch die Patientin, ebenso die Halt und Sicherheit vermittelnde Entspannungseinleitung, die jeder Imagination vorausgeht.

Die dialogisch begleiteten *Imaginationen* sind ergänzende Parameter, die in die beschriebene Grundhaltung eingebettet sind und im Verlauf in systematischer Weise eingesetzt werden. Das *Tresormotiv*, bei dem sich die Patientin einen Tresor, eine Truhe, einen Bunker oder eine Grube an einem unter Umständen weit entfernten, sicheren Ort vorstellt und in dem sie einen Film mit all ihren traumatischen Szenen aus der Vergangenheit oder auch alles aktuell Belastende, mit dem sich derzeit noch nicht auseinandersetzen möchte, sicher verwahren kann, dient dem Umgang mit intrusiven Phänomenen und kann von Anfang an eingesetzt werden. Ein wichtiges diagnostisches Motiv ist die Vorstellung einer *Blume* (oder auch eines *Baums*), deren Zustand (verdorrt, erstarrt, abgeschnitten, zertreten oder drückt von einer anderen Pflanze) Hinweise auf mögliche seelische und körperliche Verletzungen, aber auch auf Ressourcen und über Überlebensfähigkeit liefern kann. Als stabilisierende Variante kann auch eine *Blume, die alles hat, was sie zum guten Gedeihen braucht*, imaginiert werden.

Eine zentrale Rolle spielt das *gestufte Basismotiv*, das dazu dient, eine Sicherheit und Halt vermittelte Gegenvorstellung gegen traumatische Erinnerungen zu entwickeln und das am Beginn und am Ende einer jeden weiteren Imagination eingestellt wird. Es besteht in einem *sicheren und geschützten Ort* in einer Landschaft, die gefällt, und in dem die Patientin sich als Erwachsene von heute aufhält. Hinzu kommen *hilfreiche Begleiter* (eine wehrhafte Gestalt, die

an ihrer Seite steht, eine weise, gütige milde Gestalt und lebende oder verstorbene Bezugspersonen ihrer Wahl), die im weiteren Verlauf eine wichtige und stärkende Rolle spielen. Vervollständigt wird das abgestufte Basismotiv mit der Imagination eines *inneren und unverletzten Kindes*, eines Kindes, wie es die Patientin gerne hingewiesen wäre.

Die *Bearbeitung von Beziehungstraumata mit Imaginationen* kann beginnen, wenn die Patientin ausreichend stabil ist. Ausführlich geht Steiner auf die zu erwartenden Formen traumatischer Übertragung (die Patientin erlebt die Therapeutin unbewusst als Opfer, als Täter oder als Repräsentanz ihres Über-Ichs), auf die resultierende Gegenübertragung sowie auf die Gefahr der Retraumatisierung ein. Ausführlich werden die verschiedenen Formen des Umgangs mit dem verletzten inneren Kind dargestellt. Ein ausführlich im Behandlungsverlauf beschriebenes Fallbeispiel illustriert die Ausführungen zur Theorie und Praxis der KIPT.

Eine zentrale konfrontative Technik, welche die genaue Klärung der Traumscene, der Erinnerungen daran und der zugehörigen Fantasien und Affekte voraussetzt, bezieht sich auf das *Unschädlichmachen einer schädigenden Repräsentanz und das Unschädlichmachen destruktiver Über-Ich-Introjekte*, die grundsätzlich mit Unterstützung aller hilfreichen Begleiter erfolgen. Dabei handelt es sich um Varianten der *Symbolkonfrontation* mit dem Ziel, auf der ungefährlichen Ebene der Imagination den andrängenden Impulsen und Affekten freien Lauf zu lassen, was in der Regel zu einer enormen affektiven Entlastung, Stärkung des Selbst und Verbesserung der Affektregulation führt. Ein eigener Abschnitt ist dem *gezielten Bearbeiten von Affekten und ihrer Abreaktion* anhand des Motivs *Haus der Gefühle* gewidmet.

Traumaintegration: Einen wesentlichen Teil der KIPT nimmt das Durcharbeiten ein, weil sich die an das Trauma gebundenen intrapsychischen und interpersonalen Konflikte, Abwehrmechanismen und Symptome immer wieder innerhalb und außerhalb der Behandlung zeigen. Immer wieder müssen das affektive Erleben der Kindheit zutage gefördert und bearbeitet, die zugehörigen abgespaltenen und eingefrorenen Affekte zugelassen und die Differenzierung zwischen damals und heute gestärkt werden. Dabei werden auch die heutigen Muster des Erlebens und des Umgangs mit anderen vor dem Hintergrund der traumatischen Erlebnisse verstanden und der Veränderung zugänglich.

Traumabedingte Beziehungsstörungen werden auf der imaginativen und dialogischen Beziehungs- und Übertragungsebene so bearbeitet, dass sie

nicht weiter das Leben der Patientin bestimmen und sie neue Formen der Beziehung zu sich selbst und ihrer Umwelt entwickeln kann. Dazu dienen durchgehend eine ressourcenorientierte, das Selbst stärkende Grundhaltung, die Vermittlung von Sicherheit und Unterstützung und die Förderung von Kreativität und Selbstwirksamkeit.

Fazit: Beate Steiner ist es vor dem Hintergrund ihrer enormen Erfahrung gelungen, den therapeutischen Umgang mit einem der schwierigsten, aber zentral wichtigen Themen der Psychotherapie in überzeugender Weise theoretisch zu fundieren, die – unabhängig von der Methode – in der Therapie von traumatischen Störungen zentralen Grundhaltungen und Vorgehensweisen ausführlich darzustellen und die von ihr maßgeblich entwickelte spezifische Form des Einsatzes von Imaginationen bei Traumafolgestörungen anhand eines durchgehenden Fallbeispiels plastisch und eindrucksvoll zu beschreiben. Das Buch ist ein Grundlagenwerk und kann allen, die mit traumatisierten Patientinnen und Patienten jeden Alters therapeutisch arbeiten, dringend empfohlen und ans Herz gelegt werden. Ein Muss stellt seine Lektüre für alle dar, die mit der Katathym Imaginativen Psychotherapie arbeiten.

Steiner, Beate (2022): Beziehungstraumatisierungen aus der Kindheit mit Imaginationen behandeln. Stuttgart: Schattauer. € 45.- (ISBN 978-3-608-40061-8, auch als pdf und E-Buch erhältlich)

Franz Wienand

„KJP am Bodensee“ 2022

—

eine Erfolgsgeschichte wird fortgesetzt

Franz Wienand

Eine Woche Zeit für Fortbildung und Begegnungen mit Kolleginnen und Kollegen auf der wunderschönen Insel Lindau, in der erst vor wenigen Jahren renovierten Inselhalle direkt am See, für alle, die diagnostisch und therapeutisch mit jungen Menschen arbeiten, in Verbindung mit allen Freizeitmöglichkeiten, die See und die umgebenden Bergen zu bieten haben – Welch ein Luxus! Umso mehr, als die Veranstaltung, die 2019 zum ersten und bislang einzigen Mal stattfinden konnte, in den beiden letzten Jahren pandemiebedingt ausfallen musste.

Dass es dieses in Deutschland einmalige Fort- und Weiterbildungsangebot gibt, ist das Verdienst von Gabriele Meyer-Enders, der Leiterin des Kölner Instituts für Kindertherapie KIKT, ihres Mannes Dr. Rudolf Meyer und des Teams von KIKT Akademie e.V., einem gemeinnützigen Verein. Am Anfang stand eine Idee, die aber weiter entwickelt, konkretisiert, in ein Programm umgesetzt und schließlich in Verträge gegossen werden musste, damit die Premiere 2019 mit 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmern stattfinden konnte. Damit hat die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und jede Profession, die sich psychotherapeutisch mit jungen Menschen befasst, einen eigenständigen Ort neben den großen Psychotherapietagen gefunden und behauptet.

Die Planungen für die beiden letzten Jahre wurden von der Pandemie durchkreuzt, was für das Veranstalterteam eine Unmenge an Arbeit, Frustration und Kosten zur Folge hatte. Dennoch gelang es Frau Meyer-Enders und ihrem Team, die Verbindung zu möglichen Referentinnen und Referenten und den Teilnehmenden nicht abreißen zu lassen und so die Motivation und Vorfreude aufrecht zu erhalten.

Struktur der Tagung: KJP am Bodensee beginnt grundsätzlich am Pfingstsonntag und fand 2022 vom 5. bis zum 10. Juni statt. Den öffentlichen Eingangsvortrag hielt Karl Heinz Brisch zum Thema: „Bindung in Zeiten der weltweiten Bedrohung: ein Paradoxon und seine Lösung“. Das Paradoxon besteht darin, dass uns die Pandemie mit ihrer unsichtbaren Bedrohung in Stress und Angst versetzt, unser Bindungssystem und die Suche nach einer sicheren Bindung aktiviert, während zugleich die Angst vor Ansteckung uns daran hindert, nahen Kontakt zu unseren engen Bindungspersonen zu suchen oder ihnen in ihrer Not beizustehen, weil Bindungsnähe plötzlich eine tödliche Gefahr bedeuten kann. Brisch ging darauf ein, welche Folgen dies für Familien, Kinder und Menschen mit psychischen Störungen mit sich bringt, welche Ressourcen unser Bindungssystem bereitstellt und wie wir in Begleitung, Beratung und Psychotherapie auf diese Situation reagieren können.

Die *Tagungsstruktur 2022* beinhaltete Vormittagsvorträge zu unterschiedlichen Themen, gefolgt von zweieinhalbstündigen Workshops. Um 15:00 Uhr gestaltete Volker Tschuschke eine durchgehende Vortragsreihe auf der Grundlage empirischer Befunde über psychische Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen, von 16:30 Uhr bis 19:00 Uhr fanden wieder Workshops statt.

Zum *Rahmenprogramm* gehörte ein Dozentenessen zum gegenseitigen Kennenlernen am Montag, am Dienstag fand eine „WortParty“ für alle TeilnehmerInnen statt und am Donnerstagabend konnten bei einem Experimentierabend eigene Erfahrungen mit verschiedenen spielerischen Gestaltungsverfahren wie dem demnächst erscheinenden Sceno 2, dem Familienbrett, dem Plämokasten, der Spielbühne von KIKT-TheMa und der Numerologie gesammelt werden.

Die Vorträge und Themen am Vormittag:

Peter Conzen: „Neue Identitäten-alte Probleme. Krisen des Selbstgefühls in der verunsicherten Gegenwart“ (über Verunsicherungen und Identitätsprobleme moderner Menschen im Hinblick auf aktuelle Fragen von Geschlechtsidentität, Familie, Erziehung und Partnerschaft)

Arne Burchartz: Symbolisierung (über die Bedeutung von Symbolisierungsprozessen für die kindliche Entwicklung und die Psychotherapie)

Egon Garstick: „Elternschaftstherapie“- psychodynamisch orientierte Entwicklungshilfe für Triangulierungsräume“ (über die Einbeziehung der Eltern, insbesondere der Väter, in die Behandlung junger Menschen)

Angelika Pannen-Burchartz: „Ich sehe Licht am Ende des Tunnels“ (ein Behandlungsbericht)

Hans Hopf: „Arbeit mit traumatischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Rückblick und Ausblick eines alten Psychoanalytikers“. Hans Hopf, der in diesem Jahr seinen 80. Geburtstag mit einem Symposium in Stuttgart feiern wird, gab einen beeindruckenden und berührenden Überblick über seine eigene Lebensgeschichte als Flüchtlingskind, die Arbeit am psychotherapeutischen Kinderheim Osterhof im Schwarzwald, das er lange Jahre leitete, und die langwierige und mühsame, aber lohnende psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Menschen.

Die Vortragsreihe am Nachmittag gestaltete Volker Tschuschke zu folgenden Einzelthemen: Gesellschaftliche Hintergründe psychischer Störungen im Kindes und Jugendalter; Selbstverletzendes Verhalten; Substanzmissbrauch; Externalisierendes, destruktives Verhalten; Sexuelle Identitätsstörungen sowie Anorexia und Bulimia nervosa. Die jeweiligen Themen wurden auf der Grundlage seiner exzellenten Kenntnis der vorhandenen empirischen Daten behandelt. In den letzten Jahrzehnten scheint ein Wechsel von der Herrschaft des Über-Ich zur Dominanz des Es stattgefunden zu haben. Bindungen, Familien und soziale Verpflichtungen lösen sich auf, so dass es jungen Menschen immer schwieriger fällt, ihren Halt und ihren Platz im Leben und in der Gesellschaft zu finden. In der Summe sprechen die Zahlen für eine bestürzende Entwicklung, die sich in der Abnahme klassischer psychiatrischer Krankheitsbilder und der Zunahme diffuser, Körper, Seele und Geist umfassender Störungsbilder mit tiefgreifender Verunsicherung der Identität, der Kohäsion, der Motivation und der Beziehungsfähigkeit zeigt. Selbstverletzendes und süchtiges Verhalten, Identitätsstörungen, Mobbing, Essstörungen und Depressionen bei jungen Menschen nehmen zu, die Aufnahmekapazitäten von KJ-psychotherapeutischen und KJ-psychiatrischen Praxen und Einrichtungen sind erschöpft. Umso unverständlicher ist es, dass entschlossene politische Maßnahmen, dieser Entwicklung entgegen zu steuern, nicht nur fehlen, sondern dass Politik sie auch noch zu befördern scheint, wie die zunehmende Deregulierung des Glücksspiels, Initiativen zur Legalisierung von Cannabis und Vorschläge zur Freigabe der gesetzlichen Namens- und Personenstandswahl ab dem Alter von 14 Jahren zeigen. Die Verlagerung der Psychotherapeuten-Ausbildung an die Universitäten dürfte in absehbarer Zeit das weitgehende Verschwinden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (und der psychodynamischen Verfahren) zur Folge haben, sodass die jetzt schon prekäre Versorgungslage sich dramatisch weiter verschlechtern wird -

eine Entwicklung, an der psychotherapeutische Fachverbände offenbar nicht ganz unschuldig sind.

Die *Workshops* befassten sich (teilweise mit Selbsterfahrung) mit folgenden Themenbereichen aus der KJP: Bindungsbasierte Beratung und Therapie (Brisch); die Lebensflussmethode in der hypnosystemischen Spieltherapie (Freitag); Väter in der KJP (Garstick), Dialoggestaltung in der Kinderspieltherapie (Garstick-Straumann); Supervision auf Basis der psychoanalytischen Selbstpsychologie (Harms); plastisches Gestalten (Keßler/Wieland); Beziehungsaspekte in Märchen und Mythen (Lutz); Sandspieltherapie nach Kalff (Thieme; Meyer-Enders); Geschwisterbindung (Trost); projektive Diagnostik (Wienand); Symbol und Imagination (Bauer-Neustädter); Geschlechtssinkongruenz (Breuer); Fokuserorientierung (Burchartz); mit Leib und Seele (Holzapfel); strukturierte Trauma Intervention n. D. Weinberg (Lange); begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen (Lehmhaus); Eltern-Paare (Pannen-Burchartz); Katathym Imaginative Psychotherapie (Raab); Züricher Ressourcen Management (Siemann); Arbeit der Schreiambulanzen (Theil); Gruppenpsychotherapie (Tschuschke).

Selbsterfahrung wurde darüber hinaus angeboten mit der Arbeit am Tonfeld (Meisen) und NumeroLogik und Pentalogie (Jungbluth); Hans Hopf leitete eine *Supervisionsgruppe*.

Fachausstellungen mit einer Fülle von Literatur und therapeutischen Materialien rundeten das Programm ab.

Resümee: Während das Wetter sehr wechselhaft und eher unterkühlt war, lobten die 175 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Deutschland, der Schweiz und Österreich, von denen die meisten der Tagung trotz Absagen und Stornierungen die Treue gehalten hatten, die ausgesprochen aufmerksame, zugewandte und wertschätzende Betreuung durch Gabriele Meyer-Enders und ihr Team, das Arbeits- und Beziehungsklima in den Einzelveranstaltungen und die stets präsente Unterstützung durch das Personal der Inselhalle Lindau. Hervorzuheben ist auch die durchgehend hohe fachliche wie persönliche Qualität der Dozentinnen und Dozenten, die sich ebenfalls bestens betreut fühlen konnten. Ein ganz besonderer Service bestand darin, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer alle Vorträge als Audiomitschnitte mitsamt den Power-Point-Folien ein Jahr lang nachhören können.

Die Tagung wird hoffentlich in Zukunft jährlich stattfinden können und dürfte sich zu einem international ausstrahlenden Magneten für schulenübergreifende Fortbildung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und

Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickeln. Sie eignet sich auch hervorragend als teambildende Unternehmung für ganze Praxisteams mit der Möglichkeit, in dieser herrlichen Landschaft am Bodensee Lernen, „Teambuilding“ und Freizeit zu verbinden.

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand
Wilhelmstraße 24
71034 Böblingen
www.praxis-wienand.de

Forum BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Das Quartalsheft 4-1997 wurde eröffnet mit dem Gedicht „Ausgefragt“ von Günter Grass. Nicht nur die Zeile „Sie sterben wieder. – Ja, ich las davon...“ paßt in erschreckender Weise auch in die jetzige Zeit.

Im Mitgliederrundbrief konnte der Vorsitzende berichten, dass die Hälfte der niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen an der „Leistungs- und Kostenanalyse“ teilgenommen und diese damit auch finanziert hat. Eine bemerkenswerte Solidarität!

Erfreulich war auch, dass im Rechenschaftsbericht eine deutliche Zunahme der Anzahl der FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie vermeldet werden konnte, und zwar sowohl in den Kliniken als auch in den Praxen.

Inzwischen fast nur noch Geschichte ist, dass in einem Spitzengespräch von dem Präsidenten der BÄK, Prof. Dr. Karsten Vilmar, dem Vorsitzenden der Weiterbildungskommission und Vize-Vorsitzenden der BÄK, Prof. Dr. Jörg Hoppe, Prof. Dr. Helmut Remschmidt für die DGKJP und dem Vorsitzenden des BKJPP festgestellt wurde, dass die Kinderneurologie zum Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört.

Neben den Tätigkeitsberichten der stellvertretenden Vorsitzenden des BKJPP, Dr. Christa Schaff, und des Schatzmeisters, Dr. Walter Landsberg, und dem Protokoll der o. MV 1997 findet sich die Wiedergabe der Begrüßungsreden auf der BKJPP-Jahrestagung in Bad Liebenzell, von der Staatssekretärin im Sozialministerium für Baden-Württemberg, Johanna Lichy, MdL, und von dem Präsidenten der Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der UEMS, Dr. Thomas von Salis.

Im Wissenschaftsteil führte Dr. Christa Schaff mit ihrem Beitrag „*Das hyperkinetische Kind im Spannungsfeld des Geist-Körper-Dialogs – oder – Jakob, wo bist Du?*“ die zwei Jahre zuvor begonnenen Überlegungen über den richtigen Umgang und die bestmöglichen Maßnahmen für einen hyperkinetischen Jungen fort.

Dr. Franz Wienand berichtete über „Kurzzeittherapeutische Ansätze in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis“.

Abgeschlossen wurde dieses Heft mit einem weiteren Gedicht von Günter Grass, „Advent“, dem wir mit dieser Reverenz zum 70. Geburtstag gratulierten.

Dessen Schusszeilen lauten:

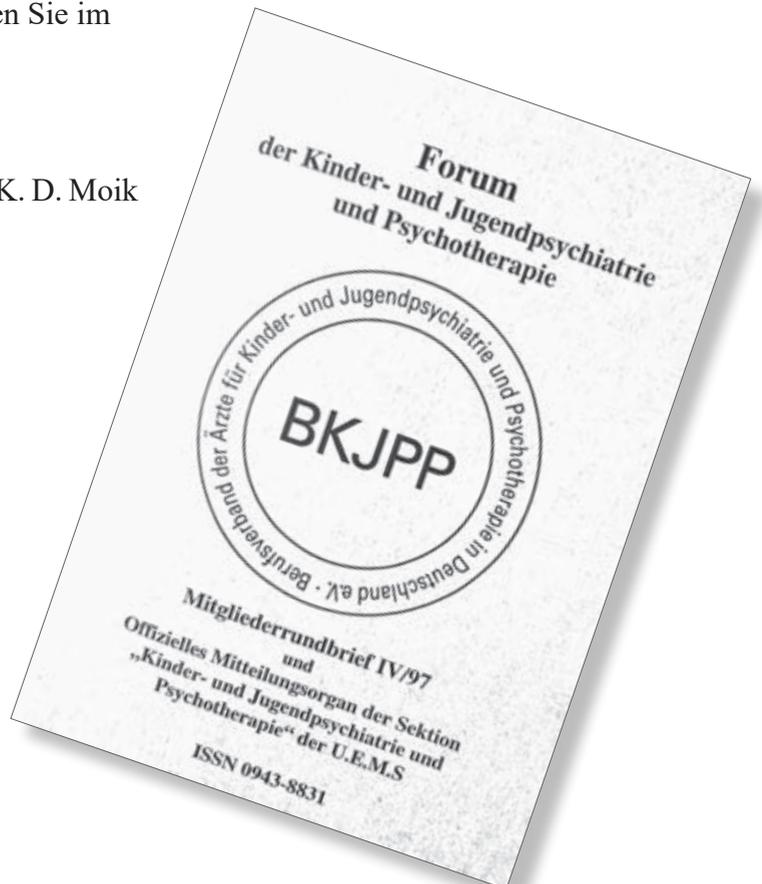
„...die minimale Abschreckung hat uns bis heute,-
und Heiligabend rückt immer näher,-
keinen Entenschritt weitergebracht.“

All diese Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Was berufspolitisch im Frühjahr 1998 wichtig war und was alles im Forum I/1998 stand, das erfahren Sie im „forum 1-2023“.

Bleiben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Hinweise für Autor*innen

1. Das *forum* für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint 4 x pro Jahr. Manuskripte nimmt die Redaktionsleitung Dr. Maik Herberhold (herberhold@bkjpp.de oder redaktion-forum@bkjpp.de) entgegen

2. Urheberrecht / Rechtseinräumung / Copyright:

Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheidet die Redaktion. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Herausgeber, den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP e.V.) über. Der/die Autor:in bestätigt und garantiert, dass er/sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an dem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.

Der/die Autor:in räumt - und zwar auch zur Verwertung seines/ihres Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Vor Publikation eines Beitrages überträgt der/die Autor:in dem Herausgeber das ausschließliche geographische und zeitlich unbeschränkte Recht der Speicherung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe.

3. Interessenkonflikte:

Die Autor:innen sind verpflichtet, alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen Interessenskonflikt sieht oder nicht.

4. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor:innen: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Das Manuskript sollte neben dem Beitragstitel eine Zusammenfassung / Abstract und die Nennung von 5 Schlüsselwörtern / Keywords jeweils in deutscher und in englischer Sprache beinhalten.
- ✓ Vollständige Anschrift der Autor:innen einschließlich akademischer Titel. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.

- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen, ca. 1500 pro Seite), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand. Eine durchschnittliche Seite im *forum* hat ca. 350 Wörter, ca. 2.600 Buchstaben mit Leerstellen.
- ✓ Die Zahl der Abbildungen ist nicht begrenzt. Farbabbildungen sind möglich, erhöhen aber u. U. die Druckkosten. Im Manuskript die Abbildungen, die farbig erscheinen sollen, kennzeichnen.
- ✓ Bitte Grafiken und Fotos stets als Originaldateien mailen, da die Qualität durch Einfügen in Word sich oft deutlich verschlechtert. Bitte im Text erwähnen, welche Grafik- bzw. Bilddatei an welche Stelle.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor:in und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Autor:innen, Erscheinungsjahr, Titel, Erscheinungsangaben; bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift, Band, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verleger.
- ✓ Zitierregeln nach APA-Richtlinien, siehe <https://www.scribbr.de/zitieren/apa-generator/>: Cropp und Claaßen (2021) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Schrobildgen et al., 2019) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rothaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Auch folgende Formen von Arbeiten können zitiert und ins Literaturverzeichnis aufgenommen werden: in Vorbereitung stehende Arbeiten, nicht publizierte Vorträge, eingereichte, aber noch nicht zum Druck angenommene Manuskripte.
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift, Verzeichnis der Abkürzungen <https://de-academic.com/dic.nsf/dewiki/855488>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten).

Beispiele:

Cropp, C., Claaßen, B. (2021). Reliabilität und Validität des OPD-KJ-Konfliktfragebogens bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother., 49, 377-385

Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79

Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Die Autoren erhalten das Manuskript in der endgültigen Fassung im PDF-Format und 3 Hefte unentgeltlich als Belegexemplare.



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

Geschäftsstelle BKJPP, Umbach 4, 55116 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Name / Titel, Vorname: _____
 geb. am: _____ Fortbildungsnummer: _____
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie) ja: nein:
 Kinder- und Jugendmedizin: Psychiatrie und Psychotherapie: Neurologie: Psychotherapeutische/Psychosomatische
 Medizin: Nervenheilkunde: Andere: SPV-Praxis:

Jährliche Mitgliedsbeiträge ab 2016 (gem. der MV-Entscheidung 11/2013):

Niedergelassene mit eigener Kassenzulassung, MVZ-Inhaber	€ 500,00
Angestellte/verbeamtete Fachärzte (CA, OA, u.a. FÄ);	€ 120,00
Assistenzärzte, Fachärzte mit 50 % - Stelle	€ 60,00
Rentner	€ 0,00
Reduzierter Beitrag bei Einkommen unter € 50.000	€ 350,00 (auf Antrag mit Nachweis bis Dezember für Folgejahr)
Sonstige	Einzelfallprüfung

** in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Dienstanschrift: _____ Praxis: Klinik: Angestellt:
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
 Privatanschrift ab: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ E-Mail: _____
 Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an: Dienstanschrift Privatanschrift Bundesland: _____
 Ich wünsche die Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter www.bkjpp.de

Funktion : Klinik Praxis Angestellt MVZ Facharzt Chefarzt Oberarzt
 Weiterbildungsassistent im _____WB-Jahr) Andere: _____
 ermächtigt zur Weiterbildung: ja nein
 Zust. Landesärztekammer: _____ Landes-KV: _____

Zahlungsweise:

Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages / Regionalgruppenbeitrages**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates:

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN0000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Zur besseren Lesbarkeit von Personenbezeichnungen und personenbezogenen Wörtern wurde die männliche Form genutzt. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter.

** in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben



ABONNEMENT

forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle BKJPP, Umbach 4, 55116 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Name / Titel / Vorname: _____
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail : _____

- Ich abonniere das FORUM der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum
 Jahresabonnementspreis von € 60,00

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres schriftlich widerrufe.

Ort / Datum : _____ Unterschrift: _____

Zahlungsweise:

- Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Abonnement
 Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Beitragsrechnung als pdf-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates :

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
 Deutsche Ärzte- und Apothekerbank, IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN00000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____

Informationen für Anzeigenkunden

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.



Media Daten 2023

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Anzeigenschaltung im „Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen betreffend Anzeigenaufträgen, Anzeigenbuchungen, Platzierungen und Rechnungen direkt an die Firma Meta Druck, Herrn Thomas Didier.

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 350 Kliniken.

Auflage 1.450 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 20,- Euro, das Jahresabonnement kostet 60,- Euro, alles inklusive Versand.) Kündigung Jahresabo bis 30. Juli zum 31. 12. des aktuellen Jahres.

Format: 170 x 240 mm, Klebebindung (80 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich. Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

Bitte senden Sie Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an didier@metadruck.de. Bitte beachten Sie die Formate (Breite x Höhe) weiter unten. Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat. Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei.

Als Service für Mitglieder im BKJPP sind Layouthilfen und Korrekturen möglich.

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

Alle Preise zuzüglich 19% Mehrwertsteuer. Zusammen mit der Rechnung erhalten Sie ein Belegexemplar.

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Umbach 4
55116 Mainz
Tel.: 06131 6 93 80 70
Fax: 06131 6 93 80 72
mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

Meta Druck, Thomas Didier
Eylauer Str. 10
10965 Berlin
Tel.: 030 617 02 147
didier@metadruck.de

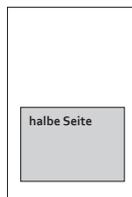


130 x 195 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen 1.450,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 680,- Euro
Mitglieder 300,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro

auslaufende Formate
sind möglich mit 3mm Randbeschnitt



130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen 780,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 370,- Euro
Mitglieder 220,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro



130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen 500,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 220,- Euro
Mitglieder 160,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro



Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

Umschlag innen, U2+U3 2.450,- Euro

Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.

Termine 2022/23

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
4-2022	15. Dezember 2022	1. KW 2023
1-2023	15. März 2023	14. KW 2023
2-2023	15. Juni 2023	27. KW 2023
3+4 (Doppelnummer)-2023	14. September 2023	40. KW 2023
1-2024	12. Dezember 2023	2. KW 2024

* Änderungen vorbehalten

Impressum

**forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie**
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles
Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.
Forum Verlag – Aachen
ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

*Dr. med. Maik Herberhold (V.i.S.d.P.), Dr. med. Annegret Brauer,
Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand*
Alle Beiträge bitte an: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Dr. med. Daniela Thron-Kämmerer (V.i.S.d.P.), Nicole Kauschmann-Loos
Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank
IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin
e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47

Erscheinungsweise: *forum*/Weiße Seiten 4-mal jährlich

Mitgliederrundbrief/Gelbe Seiten 2-mal jährlich (März und September)

Der Bezug des *forums* ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Das „*forum* für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.

