

**Die tiefenpsychologisch fundierte
Tanz- und Bewegungspsychotherapie
als Behandlungsmethode für
Frauen, Jugendliche und Kinder
im Kontext häuslicher Gewalt**

Vom Fachbereich 5
Philosophie/Psychologie/Sportwissenschaft
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Philosophie
angenommene Dissertation

Claire Moore
geb. am 08. Juli 1961 in Redhill/England

Erstreferent: Prof. Dr. Walcher
Zweitreferentin: Prof. Dr. Flaake
Tag der Disputation: 10.07.2007

Danksagungen

Die lange Strecke bis zu diesem Zielpunkt hätte ich nie erreicht, wenn ich nicht die unglaublich fürsorgliche, liebevolle, manchmal drängende aber auch fachliche Unterstützung in Form von Gesprächen und Diskussionen von Dir, Alex, bekommen hätte. Meine Liebe und Dank gehören Dir.

Thank you also to you, Timothy, Benedic and Nicholas, for being so patient, loving and supportive of my work. Your enthusiasm helped me to keep going.

Auch möchte ich mich sehr herzlich bei Ihnen, Herr Prof. Dr. Walcher für die hilfreichen und ermunternden Gespräche und Kommentare bedanken, die Sie mir in der Begleitung dieser Arbeit gegeben haben.

Den Frauen, Kindern und Jugendlichen, die sich in das Projekt begeben haben, und den Mut hatten ihre Sorgen, Ängste und Hoffnungen mit uns zu teilen, gebühren meine aufrichtige Hochachtung und mein Respekt. Sie sind die eigentlichen AutorInnen.

Diese Arbeit wäre ohne die Projekt-Unterstützung vonseiten der AGIP, maßgeblich Frau Weerda, der Fachhochschule Oldenburg Ostfriesland Wilhelmshaven, maßgeblich Frau Prof. Dr. Koppelin, meiner Projektkolleginnen Michaela Mührel, Inge Harms-Wahlich und Myrian Lungershausen, sowie vieler

Studentinnen, KooperationspartnerInnen und SponsorInnen nicht zustande gekommen. Auch Ihnen und Euch allen meinen herzlichsten Dank!

INHALT

1	HÄUSLICHE GEWALT IM SPIEGEL „PSYCHOSOZIALER“ UND „GESUNDHEITLICHER“ VERSORGUNG: AKTUELLE ERGEBNISSE ZUR PRÄVALENZ UND DER BASISVERSORGUNG IM GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEM	3
2	ANTHROPOLOGISCHE STUDIEN ZU HÄUSLICHER GEWALT	25
3	HÄUSLICHE GEWALT ALS TRAUMATISIERENDES EREIGNIS	36
4	AUSGEWÄHLTE PSYCHOTHERAPEUTISCHE KONZEPTE ZU TRAUMATA	46
5	THERAPEUTISCHE METHODEN BEI TRAUMATA: WIRKSAMKEIT VON TANZ- UND BEWEGUNGS-PSYCHOTHERAPIE ALS TRAUMA-THERAPIE	55
	5.1 DAS MULTIMODALE FELD DER TRAUMA-THERAPIE	55
	5.2 TANZ- UND BEWEGUNGSPSYCHOTHERAPIE ALS TRAUMA THERAPIE	60
6	TANZ- UND BEWEGUNGSPSYCHOTHERAPIE IM FORSCHUNGSPROJEKT „KUKT: THERAPIE- UND BERATUNGSVERNETZUNG FÜR VON HÄUSLICHER GEWALT BETROFFENER FRAUEN UND KINDER“	67
	6.1 ZIELE UND FORSCHUNGSLEITENDE ANNAHMEN DES FORSCHUNGSPROJEKTES	69
	6.2 FRAGESTELLUNGEN DER UNTERSUCHUNG IM FORSCHUNGSPROJEKT.....	72
	6.3 DAS PRAXISFORSCHUNGSPROJEKT	74
	6.4 METHODEN	77
	6.4.1 Zielgruppen und Untersuchungsinventar der Tanz- und Bewegungspsychotherapie	77
	6.4.2 Bewegungsanalyse	81
	6.4.3 Fallstudien und der Zusammenhang von Praxis, Theorie und Forschung	87
7	ERGEBNISDARSTELLUNG DER TANZ- UND BEWEGUNGSPSYCHOTHERAPEUTISCHEN ANGEBOTE	101
	7.1 ALLGEMEINE ERGEBNISSE.....	101
	7.2 ERGEBNISSE DER PSYCHOLOGISCHEN TESTS BDI & BSI	104

7.3	DIE BEWEGUNGSANALYSE.....	112
7.4	EFFEKTIVITÄT DER TANZ- UND BEWEGUNGSPSYCHOTHERAPIE AUS SICHT DER BETROFFENEN	119
7.5	FALLSTUDIEN	126
7.5.1	<i>Fallstudie I: Frau Jung</i>	126
7.5.2	<i>Fallstudie II: Frau Schmidt (und ihre Familie)</i>	156
8	DISKUSSION UND AUSBLICK	173
9	LITERATUR	180

1 Häusliche Gewalt im Spiegel „psychosozialer“ und „gesundheitlicher“ Versorgung: aktuelle Ergebnisse zur Prävalenz und der Basisversorgung im Gesundheitsversorgungssystem

Seit dem Internationalen Tag der Frau im Jahre 1975 wird die alltägliche Gewalt gegen Frauen und Kinder in Deutschland in der politischen und wissenschaftlichen Öffentlichkeit thematisiert. Bis zu diesem Zeitpunkt galten Ausmaß, Hintergründe und Folgen von Gewalt im Geschlechterverhältnis in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit nahezu als Tabuthemen und als Privatangelegenheit der davon Betroffenen. Spätestens seit Einführung des Gewaltschutzgesetzes 2002 ist häusliche Gewalt jedoch keine Privatangelegenheit mehr. Das wachsende Bewusstsein für diese Form der Gewalt, und damit verbunden die zum großen Teil gravierenden Belastungen für die Gesundheit von Betroffenen, sind nicht mehr völlig dem Blickwinkel der Aufmerksamkeit entzogen. Gewalt gegen Frauen und Kinder gehört - auch in Deutschland - zu den alltäglichen Erfahrungen.

Bildungsstand, soziale Schicht, Nationalität, Einkommen, Religion, Alter oder ethnische Zugehörigkeit sind nicht entscheidend dafür, ob Gewalt ausgeübt wird oder nicht. Gewalttaten in ihrem Ausmaß und ihrer Häufigkeit erfolgen unabhängig von diesen Faktoren. Formen der Gewalt, die

unter dem Begriff der häuslichen Gewalt zusammengefasst und in der Literatur (vgl. Brückner, 1998; Egger et al., 1995) beschrieben werden, sind:

- **Körperliche Gewalt:** z.B. Ohrfeigen, Schläge mit den Fäusten oder mit Gegenständen, Stöße, Würgen, Fesseln, tätliche Angriffe bis hin zu tödlichen Folgen
- **Sexualisierte Gewalt:** umfasst Nötigungen bis hin zu Vergewaltigungen oder auch Zwang zur Prostitution
- **Psychische Gewalt:** u. a. Drohungen dem/r PartnerIn oder ggf. den Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Demütigungen, das Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug und Einschüchterungen
- **Ökonomische Gewalt:** umfasst Arbeitsverbote oder den Zwang zur Arbeit, die alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen durch den/r PartnerIn, die Herstellung und Aufrechterhaltung einer ökonomischen Abhängigkeit
- **Soziale Gewalt:** beinhaltet das Bestreben eines Partners/einer Partnerin, den/die andere/n PartnerIn sozial zu isolieren, indem die Kontakte verboten oder Kontakte kontrolliert werden.

Die meisten Definitionen zu "Häuslicher Gewalt" spiegeln ein überwiegend feministisches Verständnis von häuslicher Gewalt wider, in der das Gewaltphänomen aus der Gender-Dichotomisierung eines männlichen Täters und eines weiblichen Opfers zu verstehen ist. Dies erklärt, warum die Forschungsliteratur gleich welcher Disziplin (z. B. Recht, Psychologie, Soziale Arbeit) ihren Fokus schwerpunktmäßig

auf Gewalt gegen Frauen richtet ('Violence against Women' (VAW); Saltzman, 2004) und warum die veröffentlichten Prävalenzzahlen für Frauen gewöhnlich weit höher liegen als für Männer. Die folgenden Zahlen und Ergebnisse entspringen dieser Sichtweise. Im weiteren Verlauf der Arbeit soll jedoch berücksichtigt werden, dass auch Männer häusliche Gewalt erleben, und dass komplexe Untersuchungen vonnöten sind, um diesem erst in Ansätzen beachteten Phänomen Rechnung zu tragen. Der besondere Wert der Untersuchungen aus feministischer Perspektive liegt darin, dass das Phänomen Häusliche Gewalt überhaupt Thema und Untersuchungsgegenstand wurde. Damit sind viele wichtige Aspekte und Zusammenhänge von Gewalterfahrungen aufgedeckt worden. Jetzt ist diese Pionierarbeit zu ergänzen durch eine Forschung, die gleichermaßen auch Gewalt gegen Männer einschließt.

Seit 2004 liegt erstmalig vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2004a) eine Fülle von Daten zu Gewalt gegen Frauen vor. Demzufolge haben von 10.000 Frauen, die u. a. zu ihren Gewalterfahrungen ab dem 16. Lebensjahr befragt wurden, 37% mindestens einmal körperliche Gewalt und Übergriffe und 40% der Befragten körperliche oder sexuelle Gewalt oder beides erlebt. Über unterschiedliche Formen von sexueller Belästigung berichteten 58% der Frauen und 42% aller Frauen gaben an, Opfer psychischer Gewalt gewesen zu sein. Rund 25% der in

Deutschland lebenden Frauen haben Formen körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch aktuelle oder frühere BeziehungspartnerInnen erlebt. In einer Studie des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen (Löbmann et al., 2004) verweisen vorläufige Ergebnisse der Evaluation der Beratungs- und Interventionsstellen (BISS) für Opfer häuslicher Gewalt darauf, dass die Mehrheit der Gewaltfälle zwischen Ehe- oder Lebenspartnern geschieht (80,7%; N=1917). In 63,8% aller den BISS bekannt gewordenen Fällen lebten in den betroffenen Haushalten minderjährige Kinder. Bei 53,9% dieser Kinder war das jüngste Kind fünf Jahre alt oder jünger. Die Mitbetroffenheit von Kindern wird auch in einer britischen Frauenstudie (Abrahams, 1994) aufgegriffen. In dieser Studie gaben 75% der befragten Mütter an, dass ihre Kinder unmittelbare Zeugen häuslicher Gewalt waren, 33% der im Haushalt lebenden Kinder hatten zusehen müssen, wie ihre Mütter verprügelt wurden und 10% waren Zeugen sexueller Gewalt. Kavemann (2002) weist darauf hin, dass das Erleben und das Bezeugen von Gewalt häufig miteinander verbunden sind, und Kinder somit zu zweifachen Opfern werden.

Amerikanischen Studien zufolge werden 95% der häuslichen Gewalttaten von Männern begangen (Babcock et al., 2000). Opfer dieser Gewalttaten sind überwiegend Frauen und ihre Kinder. Hier in Deutschland sind es laut Polizeistatistiken zu 90% Frauen (Schweikert, 2000; BMFSFJ, 2004a). Um die verschiedenen Facetten von Gewalt

gegenüber Frauen und Mädchen zu erfassen, führte Hagemann-White den vor allem im wissenschaftlichen Bereich inzwischen weitgehend etablierten Begriff 'Gewalt im Geschlechterverhältnis' ein. Er umfasst jede Verletzung der körperlichen und/oder seelischen Integrität einer oder mehrerer Personen, welche mit der Geschlechtlichkeit des Opfers und des Täters zusammenhängt und unter Ausnutzung eines Machtverhältnisses durch die strukturell stärkere Person der strukturell schwächeren Person zugefügt wird (Hagemann-White, 1992). Eine sehr umfassende, feministische Definition von häuslicher Gewalt entwickelte Schweikert (2000). Sie beschreibt häusliche Gewalt als

'eine einmalige Handlung oder zusammenhängende, fortgesetzte und wiederholte Handlungen eines Mannes gegenüber einer Frau in einer ehemaligen oder gegenwärtigen (...) Lebensgemeinschaft, in einer (...) sonstigen intimen Beziehung, in einer engen verwandtschaftlichen oder verschwägerten Beziehung, die eine Verletzung der physischen und/oder psychischen Integrität des Opfers bewirkt und die dazu dient bzw. dienen, Macht und Kontrolle über die Frau (...) auszuüben' (Schweikert, 2000, S. 73).

Hierbei wird jedoch ausgeklammert, dass auch Jungen Opfer häuslicher Gewalt werden. Studien belegen, dass der relative Anteil von Mädchen und Jungen unter den Opfern sexueller und physischer Gewalterfahrungen einem Zahlenverhältnis von 2:1 bis 4:1 entspricht (Bange und Deegener, 1996; Wetzels, 1997). In der Pilotstudie 'Gewalt gegen Männer' (BMFSFJ,

2004c) wird deutlich, dass auch Männer von Gewalt betroffen sind. Obwohl die relativ kleine Stichprobe (N=266) nur wenig statistisch Tragfähiges über die Häufigkeit des Vorkommens in der Gesamtheit der deutschen Männer bietet, kann gesagt werden, dass Gewalterlebnisse bei Männern gleichmäßiger auf alle Lebensbereiche (öffentliche und private) verteilt sind als bei Frauen. Die Häufigkeit von körperlichen Auseinandersetzungen oder sexualisierter Gewalt in Partnerschaften bezogen auf das Leben insgesamt liegt zwischen 6%-9% (im Vergleich: 25% bei Frauen). Laut einer britischen Kriminalstudie ('British Crime Survey'; Walby, 2000) sind in 26% aller Fälle von häuslicher Gewalt Männer als Opfer betroffen.

In einer vom Europarat aus verschiedenen Quellen zusammengestellten Statistik (Duin, 2004) ist häusliche Gewalt die Hauptursache für den Tod oder die Gesundheitsschädigung bei Frauen zwischen 16 und 44 Jahren und rangiert damit noch vor Krebs oder Verkehrsunfällen. Jedes Jahr sterben ca. 600 Frauen durch häusliche Gewalt. In Großbritannien – und für dieses Land ist es belegt – gehört häusliche Gewalt zu der zweithäufigsten Form von polizeilich gemeldeten Gewalttaten. Sie umfasst mehr als 25% aller gemeldeten Kriminaltaten, und 50% aller Gewalttaten gegen Frauen (Donnellan, 1999). Dennoch wird häusliche Gewalt meist erst sehr spät gemeldet. Von drei durch häusliche Gewalt erfolgten Verletzungen wird nur eine gemeldet (Donnellan, *ibid.*). Auch in Deutschland verzichtet die

überwiegende Mehrheit der Frauen (ca. 90%), die körperlicher oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren, auf eine Anzeige (vgl. BMFSFJ, 2004a; Bremer Frauengesundheitsbericht, 2001; Wetzels & Pfeiffer, 1995). Scham, Schuldgefühle, Angst vor dem Täter oder auch die Angst davor, auf Unglauben, Schuldzuweisungen und Abwertung zu stoßen, führen häufig dazu, dass Frauen die Gewalttat verheimlichen. Dies ist dann besonders häufig, wenn Täter und Opfer in einer nahen Beziehung zueinander stehen und die Gewaltanwendung über einen längeren Zeitraum hinweg stattfindet. Britischen Statistiken zufolge erfahren Frauen durchschnittlich 35 Gewalttaten bevor sie um Hilfe bitten, und kontaktieren 5-12 verschiedene Stellen, um der Gewalt ein Ende zu bereiten (McGibbon et al, 1989).

Mirlees-Black (1999) und der British Crime Survey (Walby, 2000) verweisen allerdings darauf, dass Frauen eher über ihre häuslichen Gewalterfahrungen und die damit verbundenen Gefühle sprechen als Männer. Weshalb dies so ist mag daran liegen, dass Frauen und Männer Gewalt unterschiedlich erleben. Es scheint, dass die Erfahrung von Gewalt genderabhängig bewertet wird, d.h. dass die Wahrnehmung, ob das Erlebnis als „normal“ oder als krimineller Akt zu verstehen ist, eine subjektive, genderbedingte Konstruktion darstellt. Die Fragebogen-Ergebnisse des British Crime Survey (BCS) von 1996 offenbaren, dass kein männliches Opfer seine Gewalterfahrungen als Verbrechen verstand, im Gegensatz zu

40% der befragten Frauen, obwohl die Fragen zum Ereignis die rechtliche Definition eines Verbrechens beinhalteten.

Das Gender Thema ist eng verbunden mit Studien zur sexuellen Gewalt. Es gibt eine Reihe klinischer Studien und Forschungen, die belegen, dass sexuelle Gewalt in der Kindheit bei Jungen deren männliche Identitätsentwicklung signifikant beeinflusst (Bolton et al., 1989; Kia-Eating et al., 2005). In einer Studie von Kia-Eating et al. (2005) wird darauf hingewiesen, dass sexuelle Gewalt gegen Jungen und Männer als Thema gesellschaftlich nicht akzeptiert oder anerkannt ist, weil diese Erfahrung in starkem Gegensatz zu dem steht, was unter Männlichkeit verstanden wird. Die Wahrnehmung von männlicher Kraft („power“), Kontrolle und Unverwundbarkeit widerspricht der Möglichkeit, als Mann sexuelle Gewalt erleben zu können. Die männliche Rolle erlaubt und fordert auch Aggression und Macht ausdrücken zu können. Dem steht entgegen, dass das Zeigen von passivem Verhalten und Hilflosigkeit mit weiblicher Identität in Zusammenhang gebracht wird (Kia-Eating, *ibid.*). Der Männlichkeitsmythos fordert weiterhin, dass Männer Gefühle und Zeichen von Verwundbarkeit möglichst meiden sollten. Männliche Opfer sehen sich dem enormen Druck von Eltern, Gleichaltrigen und der weiteren Umgebung ausgesetzt, traditionelle Zeichen von Männlichkeit zu zeigen. Ihre traumatischen Erfahrungen machen es ihnen jedoch schwer, diesen Erwartungen und Restriktionen zu entsprechen und eine integrierte und funktionale Identität zu entwickeln. Die Erfahrung sexueller

Gewalt ist zumeist von einem Mantel des Schweigens umhüllt. Es wird wenig gefragt – auch nicht im Krankheitsversorgungssystem – aber unterstellt, es gäbe keine männlichen Opfer von sexueller Gewalt (Kia-Eating, *ibid.*). So haben von 216 Männern, die sexuelle Gewalt erlebt haben, nur 18 % angegeben, dass sie schon einmal über diese Erfahrungen gesprochen hätten (Risin & Koss, 1987). In einer Übersichtsstudie von Finkelhor et al. (1990) berichten 42 % der befragten Männer, sie hätten die Erfahrung sexueller Gewalt niemals zuvor irgendjemandem eröffnet. Sie erleben viel Isolation in ihrer Kindheit, weil die Täter versuchen, protektive Personen fernzuhalten (Lab et al., 2000).

Trotz der bereits erwähnten Prävalenzstudie zu Gewalt gegen Frauen (BMFSFJ, 2004a) gibt es in Deutschland noch keine repräsentativen Ergebnisse zu den *gesundheitlichen Folgeschäden* von häuslicher Gewalt. Dies steht im Gegensatz zu einer Reihe an anglo-amerikanischen Forschungen, die die vielfältigen Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit von Frauen und Kindern aufzeigen. Häufig beobachtete Beschwerdebilder sind:

- **Somatische** Folgen direkter körperlicher Angriffe, wie Stich- und Hiebverletzungen, Schnitt- und Brandwunden, Knochenbrüche, Hämatome und Kopf-, Gesichts-, Nacken-, Kiefer-, Brust- und Armverletzungen. Verletzungen können zu bleibenden Behinderungen, im schlimmsten Fall sogar zum Tod führen (Enders, 1990; Abott et al., 1995). Belegt sind zudem durch Gewalt verursachte

Schwangerschaftskomplikationen, Verletzungen beim Fötus und ein niedriges Geburtsgewicht von Neugeborenen (Cokkinides et al., 1999).

- **Somatische und psychosomatische** Beschwerdebilder, wie Kopf-, Rücken- und Brustschmerzen, Würgegefühle, chronische Anspannung, Angst, Verunsicherungen, Atemnot, Unterleibsbeschwerden, Essstörungen, Atemstörungen (vgl. Olbricht, 1997)
- **Psychische** Folgen, wie Alpträume, Depressionen, Konzentrationsstörungen, Schlaf- und Essstörungen, unangemessene Gefühle der Angst, der Demütigung, der Wertlosigkeit und der Selbstkritik; diffuse Ängste, regressives Verhalten, Vereinsamung, Selbstverletzungen, Phobien, Zweifel an den eigenen Wahrnehmungen, Beziehungsstörungen (vgl. Kretschmann, 1993); PTSD Symptome (vgl. Heise et al., 1994); 'Battered Woman Syndrome' (Walker, 1983), Ohnmachtsgefühle, Misstrauen, Suizidgefahr.

US-amerikanische Studien zeigen, dass 29% der Frauen, die einen Suizidversuch unternommen haben, Gewalt erfahren haben, 37% der Frauen mit Gewalterleben unter Depressionen leiden, 46% mit Angst- und Panikattacken und 45% mit post-traumatischen Belastungsstörungen reagieren (vgl. Warshaw, 1998). Die Befragung des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin in Bremen (Bremer Frauengesundheitsbericht, 2001) zeigte, dass 21% der Frauen mit Gewalterlebnissen psychische Erkrankungen, Essstörungen und andere Suchterkrankungen angaben, im

Vergleich zu 8% bei den Frauen ohne Gewalterlebnisse. Diese Unterschiede finden sich in allen Altersgruppen (30–79 Jahre). Aus der Prävalenzstudie des BMFSFJ (2004a) geht hervor, dass 64% der befragten Frauen körperliche Verletzungen wie Prellungen, blaue Flecken, Verstauchungen, Knochenbrüche, offene Wunden bis hin zu Kopf- und Gesichtsverletzungen als Folge gewaltsamer Übergriffe durch (Ex-)Partner davontrugen. Etwa jede dritte bis siebte betroffene Frau benötigte eine Therapie zur Bewältigung der somato-psycho-sozialen Folgen.

1994 nahm die Weltgesundheitsorganisation WHO die Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen in ihre Liste von Handlungsprioritäten auf. Sie tat dies nachdem eine Fülle von internationalen Erkenntnissen zeigte, dass Gewalt im Geschlechterverhältnis nicht nur ein massives gesundheitliches Problem für die Betroffenen darstellt, sondern auch ein nicht unerheblich gesamtgesellschaftlicher Belastungsfaktor ist. Eine Studie der Weltbank (Heise et al., 1994) stellte fest, dass Gewalt gegen Frauen in ihrer Dimension mit den durch andere Risikofaktoren verursachten Gesundheitsschäden bei Frauen – z.B. durch HIV, Tuberkulose, Sepsis bei Geburten, Krebs und Herz-Kreislaufkrankheiten – zu vergleichen sei. Die Kosten von Männergewalt in der Bundesrepublik werden auf etwa 14,8 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt (Nds. Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, 2003), in England und Wales liegen die Kosten bei etwa 23 Mrd. Pfund Sterling. Eine Kanadische Studie summierte die geschätzten, messbaren Kosten der Gewalt gegen Frauen allein für den Bereich der

Gesundheit und des Wohlergehens auf 1.5 Milliarden Dollar jährlich (Day, 1995). Eine Schweizer Studie beziffert die jährlichen Folgekosten von häuslicher Gewalt auf 400 Millionen Schweizer Franken. Einbezogen sind dabei die Kosten in den Bereichen Polizei, Gericht, Strafvollzug, Gesundheitsversorgung, Sozialhilfe, Opferhilfe und Zufluchtseinrichtungen. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen liegen hierbei an zweiter Stelle, vor den Ausgaben für Frauenhäuser, -notrufe und Forschung (Godzeni & Yodanis, 1998). In einer von Wisner et al. (1999) beschriebenen Studie unter 18-64 jährigen Frauen in Minnesota (USA) wird festgestellt, dass die jährlichen Versorgungskosten für Patientinnen mit Gewalterfahrungen durchschnittlich um \$1775,- pro Kopf höher lagen als die von Patientinnen ohne Gewalterfahrungen. Das Ergebnis der Studie weist auf, dass ein früheres Erkennen von gewaltbedingten Beschwerden und adäquate Behandlung auf längere Sicht zu größeren Einsparungen für das Gesundheitswesen führen kann. Diese Erkenntnisse heben die Relevanz der Thematik für die sich langsam entwickelnden gesundheitswissenschaftlichen Bemühungen in der bundesdeutschen Forschung und Praxis hervor.

Die gesundheitlichen Folgeschäden von häuslicher Gewalt sowie die Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung sind hierzulande weitgehend unerforscht, im Gegensatz zu den Folgen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und sexualisierter Gewalt, die in den letzten Jahren auch im

Gesundheitsbereich Beachtung erhalten haben (AKF, 1997; BMFSFJ, 2001). Für die von häuslicher Gewalt betroffenen Frauen (und Kinder) bedeutet die Verdrängung und Ausblendung der Gewaltproblematik oftmals, dass Gesundheitsstörungen nicht als gewaltbedingt erkannt und nicht adäquat behandelt werden (Hellbernd und Wieners, 2002). So stellen Hellbernd et al. (2003) eine häufige Unter-, Über- und Fehlversorgung von Frauen mit Gewalterfahrungen fest (vgl. Beckermann, 1998; Vogt, 1999; BMFSFJ, 2001). Grundsätzlich fehle es an frauenspezifischen Angeboten in therapeutischen Einrichtungen, geschützten Räumen für gewaltbetroffene Patientinnen und spezifischen Therapieformen für traumatisierte Frauen (Hellbernd und Wieners, 2002, S. 7).

Gewalt wird als eine mögliche Ursache von Verletzungen, Beschwerden und Erkrankungen in der medizinischen Versorgung bisher nur in Ansätzen erkannt. Erste Diskussionen und praktische Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgung finden sich für die Bereiche des sexuellen Missbrauchs und der sexualisierten Gewalt (Egle & Nickel, 1998; Bäßler et al., 1997; Peschers, 2000). Die zunehmende Erkenntnis, dass Gewalt verheerende Belastungen auf die Gesundheit der Frauen und Kinder ausübt, bewirkt eine allmählich wachsende Auseinandersetzung innerhalb der Ärzteschaft (vgl. Robin-Winn, 2001; Grübler, 2001; Wenzlaff et al., 2001). In einer 2001 durchgeführten Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten zur Bedarfsermittlung und Akzeptanz von

Informationsveranstaltungen und Fortbildungsangeboten zum Thema 'Häusliche Gewalt' (Wenzlaff et al., 2001) stuften nur 25% der Ärztinnen/Ärzte das Thema als sehr wichtig für ihre tägliche Arbeit ein, 20% gar als weniger bis zu gar nicht wichtig. Dies frappiert umso mehr, da von Ärztinnen/Ärzten zu erwarten ist, dass ihnen das Thema 'Häusliche Gewalt' alltäglich begegnet. Eine Berliner Untersuchung zum Umgang niedergelassener Ärztinnen und Ärzte mit der Problematik häuslicher Gewalt zeigt u. a., dass, gemessen an offiziellen Schätzungen, häusliche Gewalt nur in jedem 10. Fall von den Befragten erkannt wird (vgl. Mark, 1999). Aus dem gynäkologischen Versorgungsbereich liegen Hinweise vor, dass bei Patientinnen mit Unterleibsbeschwerden diese häufig nicht im Zusammenhang mit sexuellen Gewalterfahrungen gesehen werden und dementsprechend eine adäquate Behandlung unterbleibt (Beckermann, 1998). Gewaltbetroffene Patientinnen treffen in der Regel auf eine invasive Diagnostik und erfahren selten, dass ihre körperliche Reaktionen mit traumatisierenden Gewalterfahrungen in Beziehung gesetzt und in die Behandlung einbezogen werden (Hellbernd & Wieners, 2002, S. 6). So beschreibt Williamson (2000) die meisten Diagnosen, die gewaltbetroffenen Frauen zugeschrieben werden, als nur sekundäre Diagnosen. Psychische Beschwerdebilder werden, aufgrund unangemessener Diagnosen, verstärkt mit psychotropen Medikamenten behandelt. Die erhöhte Verschreibung von Schmerz- und Beruhigungsmitteln trägt dazu bei, dass Frauen belastende und zerstörende Lebensverhältnisse wie

gewalttätige Partnerbeziehungen weiterhin ertragen. In diesem Zusammenhang sei auf die Forschungen zur Medikalisierung weiblicher Lebensphasen verwiesen, die u. a. zeigen konnten, dass Frauen insgesamt einen höheren Anteil an psychotropen Medikamenten als Männer verschrieben bekommen (z.B. Kolip, 2000).

Das hier beschriebene Ausmaß an Folgen für von häuslicher Gewalt Betroffene fordert Maßnahmen, die zum einen den Schutz vor Angriffen darstellen, zum anderen eine adäquate medizinische, psychologische und soziale Versorgung sicherstellen. Neben allgemeinen Anlaufstellen wie Frauenzentren, Frauentreffpunkten und Notruf-Beratungsstellen gibt es in den alten Bundesländern seit 1976, und in den neuen Bundesländern seit 1989 spezifische Einrichtungen des Schutzes, der Beratung und der praktischen Unterstützung. Mit ca. 400 Frauenhäusern liegt Deutschland im europäischen Vergleich relativ weit vorne. Allerdings basiert die Finanzierung dieser Einrichtungen meist auf jährlichen Anträgen und hängt stark von der unsicheren Finanzlage und schwankenden Prioritäten der Kommunen ab (BMJFSF, 1999). Die Ausstattung ist in der Regel karg, beengt und wenig geeignet, Genesung zu fördern oder Gesundheitsverhalten zu unterstützen. Des Weiteren sucht nur ein Bruchteil der betroffenen Frauen und Kinder (ca. 5%; Bremer Frauengesundheitsbericht, 2001), laut Schätzungen ca. 45.000 jährlich (BMFSFJ, 2001), ein Frauenhaus auf.

Für überwiegend weibliche Opfer sexueller Gewalt bestehen seit 1992 eine Reihe von Zufluchtshäusern bzw. Wohngruppen (z.B. durch Wildwasser e.V. Berlin) und von Beratungsstellen freier Träger, die überwiegend dem Kinderschutzbund angehören. Für Frauen, die vergewaltigt wurden, sind in den letzten Jahren vor allem in größeren Städten eigenständige Beratungsstellen eingerichtet worden, die teilweise auch therapeutische Hilfe anbieten. Im Vergleich zu anderen Ländern sind die Ansätze im Gesundheitswesen jedoch 'auffällig schwach' (BMJFSF, 1999, S 266). So entstehen Unterstützungsangebote nur langsam in Form von durch den Bund geförderten, zeitlich begrenzten Projekten. In Freiburg im Breisgau entstand 1995 als Modellprojekt eine 'Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen' in Anbindung an die dortige Universitäts-Frauenklinik (vgl. Helfferich et al., 1997). Seit Mitte der 90er Jahre gibt es eine wachsende Zahl an institutionalisierten Kooperationsbündnissen in Form von Interventionsprojekten¹. Sie unterscheiden sich in Größe, Struktur und Schwerpunktsetzung, verfolgen jedoch letztlich alle die gleiche Zielsetzung: Es geht ihnen um den Abbau und die künftige Verhinderung von Gewalt gegen Frauen und die

¹ Zu nennen sind hier Projekte wie das Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt (BIG), das Hannoversche Interventionsprojekt gegen Männergewalt in der Familie (HAIP), das Kieler Interventionskonzept (KIK), das Rostocker Projekt CORA – Contra Gewalt gegen Frauen und Mädchen in Mecklenburg-Vorpommern, das Bremer Interventionsprojekt 'Neue Wege' e.V., 'Gegenpol' e.V. in Gladbeck und das Passauer Modell 'Gewalt im sozialen Nahraum'. Alle diese und weitere Projekte wurden wissenschaftlich begleitet durch ein vom BMFSFJ gefördertes Forschungsteam (WiBIG; siehe <http://www.wibig.uni-osnabrueck.de>). Die Forschungsergebnisse liegen seit Oktober 2004 vor (BMFSFJ, 2004b).

gesellschaftliche Ächtung dieser Gewalt. Erreicht werden soll dies durch die konsequente Inverantwortungnahme der Gewalttäter sowie die Optimierung der Intervention und Unterstützung für betroffene Frauen und Kinder.

Wie bereits erwähnt, fehlt es in Deutschland, im Gegensatz zum angloamerikanischen Raum, an einer breiten, interdisziplinären und richtungweisenden Praxis und Forschung zum medizinischen und therapeutischen Versorgungsbedarf bei häuslicher Gewalt. Obwohl bereits Anfang der 80er Jahre konkrete Empfehlungen für das Gesundheitswesen formuliert und weitgehende Vorschläge für Krankenkassen im Rahmen eines Modellprojekts für misshandelte Frauen erarbeitet wurden (Hageman-White et al., 1981), haben diese Vorschläge bis heute allenfalls vereinzelt Beachtung gefunden. Eine strukturelle Aufnahme in das Gesundheitssystem erfolgt nicht (Hellbernd und Wieners, 2002). Ein erstes Modellprojekt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung misshandelter Frauen eröffnete im Oktober 1999 am Berliner Universitätsklinikum Benjamin Franklin (S.I.G.N.A.L.). Von Februar 2000 bis März 2003 wurde das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprojekt wissenschaftlich begleitet, finanziert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Die Empfehlungen und der Handlungsbedarf, die sich aus der Forschung ergeben, können in dem vom BMFSFJ veröffentlichten Handbuch nachgelesen werden (Hellbernd et al., 2003).

Auf politischer Ebene verdeutlicht ein umfassender 'Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen' (BMFSFJ, 1999) das wachsende Bewusstsein für die weitreichenden gesellschafts- und gesundheitspolitischen Folgen häuslicher Gewalt. In dem seit 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Gewaltschutzgesetz (GewSchG) ist eine Neuregelung der Wohnungszuweisung als auch ausdrückliche gesetzliche Regelungen für ein Kontakt-, Belästigungs- und Näherungsverbot enthalten. Dennoch ist dies nur ein kleiner Schritt, da diese Maßnahmen, wie Wohnungszuweisung, nur von kurzer Dauer sind. Der Aktionsplan rät daher die vorhandenen gesetzlichen Regelungen zum Schutz von häuslicher Gewalt zu ergänzen (BMFSFJ, 1999, S.25) durch

- gezielte Fortbildungen in den betroffenen Fachbereichen,
- Handlungsanweisungen und Richtlinien, wie bei häuslicher Gewalt zu verfahren ist,
- den Einsatz spezialisierter Fachleute oder von Sondereinheiten sowie
- durch institutionalisierte Kooperationsformen (Netzwerke) zwischen den beteiligten Institutionen und Projekten (Runde Tische, Interventionsstellen).

Wie bereits erwähnt, ist die Implementierung solcher Netzwerke in Deutschland noch sehr jung, ebenso deren Überprüfung ihrer Effektivität (BMFSFJ, 2004b). Die Ergebnisse belegen, dass sich eine engmaschige Versorgungsstruktur in Form von interdisziplinärer

Zusammenarbeit und Kooperation als äußerst hilfreich erweist, wie auch Studien aus dem Ausland gezeigt haben (Kavemann et al., 2001). Im Rahmen der gesundheitlichen und gesellschaftspolitischen Versorgung haben solche Netzwerke für von Gewalt Betroffene eine zentrale Bedeutung. Sie schaffen Öffentlichkeit für die Problematik, tragen zur Enttabuisierung bei, helfen die Isolation betroffener Frauen und Kinder zu durchbrechen und bieten Unterstützung an. Empowerment, Ressourcenorientierung und die Stärkung der Selbsthilfepotenziale bilden zentrale Arbeitsprinzipien. Ausgehend von einer gründlichen Kenntnis der spezifischen Problematik und der Situation der Betroffenen können sie Beratung und Schutz anbieten.

Angesichts der wachsenden Erkenntnisse in Bezug auf Prävalenz und Folgen von Häuslicher Gewalt sind politische Schritte notwendig, um die Entwicklung und Verstetigung eines umfassenden und ineinander greifenden Unterstützungssystems zu ermöglichen. Wie oben beschrieben, scheinen Netzwerke mit gut kooperierenden PartnerInnen ein optimales Unterstützungsmodell darzustellen. Dieses Modell war Grundlage des KUKT-Projektverständnisses. Ausgehend von den Forschungserkenntnissen bezüglich der gesundheitlichen und gesellschaftspolitischen Auswirkungen von häuslicher Gewalt entstand so das von Oktober 2002 bis September 2004 an der Fachhochschule Oldenburg / Ostfriesland / Wilhelmshaven in Emden/Norden angesiedelte Modellprojekt 'Therapie- und

Beratungsnetzwerk für von häuslicher Gewalt betroffene Frauen und Kinder' mit den folgenden übergeordneten Zielen:

- Das Projekt sollte den Forderungen der Bundesregierung nach gezielten Fortbildungen in den betroffenen Fachbereichen, nach dem Einsatz spezialisierter Fachleute sowie nach institutionalisierten Kooperationsformen zwischen den beteiligten Institutionen und Projekten nachkommen (BMFSFJ, 1999).
- Des weiteren sollte dieses Projekt dem bereits erwähnten Versorgungsmangel an frauenspezifischen Angeboten in therapeutischen Einrichtungen, an geschützten Räumen für gewaltbetroffene Patientinnen und an spezifischen Therapieformen für traumatisierte Frauen (Hellbernd und Wieners, 2002) begegnen.
- Schließlich ist die Effektivität und der Nutzen tiefenpsychologisch fundierter Tanz- und Bewegungstherapie als Therapieform mit traumatisierten Menschen überprüft worden. Wie in Kapitel 3 beschrieben, erklärt sich die Notwendigkeit dieser Überprüfung nicht nur aus der geringen Zahl der kontrollierten Therapiestudien, sondern auch aus der Hilflosigkeit bestehender Therapieformen mit der „Sprachlosigkeit“ und den meist körperlich manifestierten Beschwerdebildern von Gewaltopfern umzugehen.

Das Forschungsprojekt lässt sich in vier unterschiedliche, aber ineinander greifende Themenbereiche (Fachhochschule OOW, 2004) darstellen:

Säule 1: Beratung, Gesprächskreis und Kinderbetreuung

Die **Beratung** umfasste die traumazentrierte und psychosoziale Beratung sowie Hilfestellung bei rechtlichen Fragen, ferner die Begleitung zum Gericht, zur Polizei oder zu anderen Einrichtungen. Hierfür standen eine Sozialarbeiterin/-pädagogin und eine Anerkennungsjahrpraktikantin mit jeweils einer halben Stelle zur Verfügung sowie eine Sozialarbeiterin/-pädagogin mit acht Stunden/Woche im Kooperationsauftrag des DRK Frauenhauses Aurich. Der **Gesprächskreis** verstand sich als Selbsthilfegruppe für von Gewalt betroffene Frauen. Unterstützung bei der Gesprächsführung leistete eine Diplom-Psychologin. Zusätzlich sollte diese Gruppe als Kontrollgruppe in der wissenschaftlichen Überprüfung der Tanz- und Bewegungstherapie dienen. Dies konnte jedoch nicht eingelöst werden (s. Kap. 6). Die **Kinderbetreuung** durch eine studentische Hilfskraft stand aufgrund der knappen Personalstruktur nur den Frauen der Selbsthilfegruppe zur Verfügung.

Säule 2: Therapie

Die tiefenpsychologisch fundierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie war die Methode der Wahl, gepaart mit einer traumatherapeutischen und bewegungsanalytischen Ausrichtung. In Einzel- als auch Gruppensitzungen konnte Erlebtes in verbaler und nonverbaler Kommunikation besprochen und verarbeitet werden. Die Therapieangebote wurden sowohl in Norden als auch im DRK Frauen- und Kinderschutzhaus Aurich (Kooperationsvereinbarung) von der Psychologin/Therapeutin des Projektes durchgeführt.

Säule 3: Netzwerk

Zielsetzung der Netzwerkarbeit war die Kommunikation und den fachlichen Austausch im bereits bestehenden Helfersystem zu verbessern. Hierfür fanden alle zwei Monate zweistündige Kooperationstreffen statt.

Säule 4: Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit in Form von Pressearbeit, Seminaren, Workshops und Vorträgen sollte vor allem breitflächig über (Häusliche) Gewalt und deren Folgen informieren. Zielsetzungen waren die Enttabuisierung des Themas *Häusliche Gewalt* und das Schaffen von mehr Handlungs- und Unterstützungskompetenzen in der fachlichen und nicht-fachlichen Öffentlichkeit.

Für die folgende Darstellung wird mit der Tanz- und Bewegungspsychotherapie ein Bereich hervorgehoben, vertieft und verbreitert dargestellt. Dies geschieht deshalb, weil diese Therapiemethode in Zusammenhang mit Traumatherapie und im Kontext eines interdisziplinären Ansatzes bisher noch nicht angewandt und beschrieben worden ist. Für das multimodale Feld der Traumatherapie ist die Tanz- und Bewegungspsychotherapie ein innovatives Verfahren.

2 Anthropologische Studien zu Häuslicher Gewalt

Neben einem somato-psychischen Ansatz ist für das Verständnis und die adäquate Behandlung von Traumafolgen von entscheidender Bedeutung, den sozialen und kulturellen Kontext der betroffenen Menschen in die Beratung und Therapie mit einzubeziehen. Wie ein Mensch seine Erfahrungen bewertet, hängt maßgeblich von den Bedeutungen bzw. Zuweisungen der Kultur ab, in der er lebt. Des Weiteren beeinflusst dieses Verständnis im Rahmen des Behandlungsprozesses sowohl die Förderung von Beratung und Therapie, als auch die beraterische und therapeutische Beziehung. So vertritt Faust (2006), ein Verfechter der transkulturellen Psychiatrie, die Ansicht, dass es „keine exakte Diagnose ohne Verständnis der zugrunde liegenden seelischen, körperlichen und psychosozialen, vor allem eben auch gesellschaftlichen Bedingungen“ gibt. In Bezug auf häusliche Gewalt ist von Interesse, ob sie von bestimmten sozialen oder kulturellen Faktoren begünstigt und wie diese Gewalt in unserer westlichen Gesellschaft behandelt wird. Vygotsky (1978), ein einflussreicher Psychologe für die subjektivistische Kulturpsychologie, lehnte die Untersuchung von psychischen Phänomenen ohne Erklärung ihrer Genese als unwissenschaftlich ab. Interkulturelle anthropologische Forschung hilft zu begreifen, dass Häusliche Gewalt nicht unvermeidlich ist und Gesellschaften viel tun können, um sie

zu verhindern. Darüber hinaus zeigt sie aber auch, dass es keine „einfache“ Ursache für Häusliche Gewalt gibt.

Anthropologie bedeutet „Wissenschaft des Menschen“ (Bullock et al., 2000, S. 35) und schließt dabei kulturelle, soziale und physische Aspekte der Menschheit ein. Bis zum zweiten Weltkrieg untersuchten Anthropologen beinahe ausschließlich nicht-westliche präliterale Gesellschaften. Das Forschungsinteresse hat sich jedoch in den vergangenen vierzig Jahren der Untersuchung von Berufsgruppen und modernen Bürokratien zugewandt, sowie soziale Probleme wie Straßenkriminalität, jugendliche Schwangerschaft, Drogenmissbrauch, Bürgerkrieg und Abholzung von Wäldern in den Blick genommen (Bernard, 1989). Es überrascht nicht, dass Anthropologen seit dem Aufkommen der Frauenbewegung in den späten 1960er und 1970er Jahre in einer Zeit der „sozialen Unruhe“ (Dobash & Dobash, 1992, S. 18) familiäre Gewalt aus intra- und interkultureller Sicht erforscht haben (Levinson, 1989; Straus et al., 1980; Whiting, 1965; Pagelow, 1984). Der Schwerpunkt dieser Forschung lag bei den Ursachen familiärer Gewalt, ihrer systematischen Kategorisierung und bei der Frage ihres universellen Auftretens.

Eine der ambitioniertesten interkulturellen Arbeiten zu den verschiedenen Formen familiärer Gewalt ist eine, wenngleich ältere, Studie von Levinson (1989), die auf laufender und langfristig angelegter interkultureller Forschung beruhte und

Studien anderer Autoren einbezog. Levinsons Stichprobe bestand aus 90 kleinen bäuerlichen Gesellschaften. Die Studie verfolgte einen verhaltenstheoretischen Ansatz und war auf das tatsächliche Verhalten der Menschen gemäß seiner Beschreibung in der ethnographischen Literatur ausgerichtet. Die Untersuchung hatte das Ziel, verschiedene Erklärungen für die folgenden Arten familiärer Gewalt zu testen: Das Schlagen der Ehefrau (Levinson definiert „Schlagen“ als „physischen Angriff eines Mannes auf seine Ehefrau wie ohrfeigen, schlagen, schieben, stoßen, schlagen mit einem Gegenstand, zufügen von Verbrennungen und Schnittverletzungen, schießen usw.“; 1989, S. 12), körperliche Züchtigung von Kindern, Gewalt zwischen Geschwistern und das Schlagen des Ehemannes. Levinson zieht aus den Forschungsergebnissen sieben Schlussfolgerungen bezüglich familiärer Gewalt:

1. Nur wenige Formen der häuslichen Gewalt kommen einheitlich auf der ganzen Welt vor. Diese sind: Schlagen der Ehefrau, körperliche Züchtigung der Kinder und Gewalt zwischen Geschwistern.
2. Während kein Familienmitglied vollkommen immun gegen häusliche Gewalt ist, sind es erwachsene Frauen, die am wahrscheinlichsten Opfer und erwachsene Männer, die am wahrscheinlichsten Täter und am unwahrscheinlichsten Opfer werden.
3. Die meisten Menschen machen irgendwann die Erfahrung oder Beobachtung von häuslicher Gewalt zwischen Mitgliedern ihrer Familie. Die meisten Menschen erleben oder beobachten in ihrer Kindheit Gewalt: In 74% der

Gesellschaften werden Kinder von ihren Erziehungspersonen körperlich gezüchtigt. In 44% der Gesellschaften gibt es Auseinandersetzungen zwischen Geschwistern, und das Schlagen der Ehefrau, das in 84% der Gesellschaften vorkommt, ist in den frühen Jahren der Ehe, während es kleine Kinder im Haushalt gibt, häufiger als später.

4. Das Schlagen der Ehefrau und die körperliche Züchtigung von Kindern sind die beiden weltweit häufigsten Formen der häuslichen Gewalt.
5. Das Schlagen der Ehefrau kommt in denjenigen Gesellschaften häufiger vor, in denen die Ehemänner die ökonomische und letztgültige Entscheidungsmacht im Haushalt haben und Erwachsene ihre Konflikte untereinander in Kämpfen austragen.
6. Körperliche Züchtigung von Kindern ist in Gesellschaften, die am oberen Ende der gesellschaftlichen Komplexitätsskala² angesiedelt sind, ein selbstverständliches Erziehungsmerkmal.
7. Gewalt ist keine unausweichliche Folge des Familienlebens, wie 16 Gesellschaften belegen (unter ihnen jene auf Java und im zentralen Thailand, wo familiäre Gewalt weitgehend nicht existiert.).

Levinson zieht aus diesen Ergebnissen die zentrale Schlussfolgerung, dass häusliche Gewalt nicht in Gesellschaften auftritt, deren Familienleben durch Zusammenarbeit, gegenseitige Verpflichtung, Teilen und

² Gesellschaftliche Komplexität bezieht sich auf den relativen Grad der Differenzierung und Spezialisierung in einer Gesellschaft.

Gleichberechtigung gekennzeichnet ist. Seine Forschung wurde von neun theoretischen Ansätzen geleitet, welche im Kontext der Ergebnisse untersucht wurden. Diese, wie unten näher erläutert, waren:

- (1) Ressourcentheorie,
- (2) Tauschtheorie,
- (3) Theorie der Kultur der Gewalt,
- (4) Patriarchentheorie,
- (5) Theorie des sozialen Lernens,
- (6) Ökologische Theorie,
- (7) Evolutionstheorie,
- (8) Soziobiologische Theorie und
- (9) Allgemeine Systemtheorie

Ausgehend von den Ergebnissen dieser Untersuchung identifizierte Levinson vier Gruppen von Faktoren als stärkste Prädiktoren für häufiges Schlagen der Ehefrau in Gesellschaften:

- Wirtschaftliche Ungleichheit der Geschlechter,
- gewalttätige Konfliktlösung,
- männliche Dominanz im Haushalt und
- Einschränkungen für Frauen bei Scheidungen.

Jeder dieser Faktoren steht in Zusammenhang mit gehäufterem Schlagen der Ehefrau. Die Kombinationen dieser Faktoren wirken als starker Prädiktor.

Die „Ressourcentheorie“ basiert auf der Annahme, dass die Entscheidungsmacht in Familienverhältnissen in hohem Maße

vom Wert der Ressourcen abhängt, die jede Person in die Beziehung einbringt (Levinson, 1989). Ressourcen können dabei entweder materieller oder organisatorischer Natur sein. Gemäß Levinson (ibid.) gibt es überzeugende Beweise dafür, dass Ehemänner häufig mehr Entscheidungsmacht als ihre Frauen haben, und dass diese höhere Machtposition auf den wertvolleren wirtschaftlichen und organisatorischen Ressourcen beruht, die von den Männern kontrolliert werden.

Die zentrale Annahme der „Tauschtheorie“ besagt, dass Familienmitglieder so lange Gewalt zur Durchsetzung ihrer Wünsche einsetzen, so lange die Kosten dafür geringer sind als der erreichte Nutzen. Levinson (ibid., S. 15) fasst die Tauschtheorie so zusammen: „Menschen schlagen und misshandeln andere Familienmitglieder, weil sie es können.“ Er ist der Meinung, dass bestimmte soziale Gegebenheiten, wie die chronische Unterfinanzierung von Frauenhäusern und gesellschaftliche Normen die unzulängliche Kontrolle von häuslicher Gewalt begünstigen. Dazu zählen Normen, die männliche Aggressivität unterstreichen, Wohnsituationen, die die Familie isolieren und sexuelle Ungleichheit.

Die Theorie der „Kultur der Gewalt“ besagt, dass manche subkulturelle Gruppen Normen und Werte entwickeln, die körperliche Gewalt in höherem Maße als die dominante Kultur akzeptieren (Levinson, ibid.). Daher könnte es gewalttätigere und friedlichere Gesellschaften geben. Durch die Einsicht, dass manche Gesellschaften oder Gruppen mehr bzw. weniger

gewalttätig sind als andere wird zwar nichts erklärt, es drängt sich jedoch die Frage nach der Ursache der Gewalt auf.

Die feministische Betrachtungsweise häuslicher Gewalt nutzt die „Patriarchentheorie“. Sie hebt hervor, dass die meisten Gesellschaften männlich dominiert sind und Frauen von Männern als Eigentum angesehen und behandelt werden. Innerhalb einer derart unausgeglichene Machtstruktur kontrollieren Männer Frauen und wenden Gewalt zur Aufrechterhaltung dieser Kontrolle an.

Die „Theorie des sozialen Lernens“ (Bandura 1976) betont die Rolle von kognitiven, nachempfundenen und selbstregulierenden Faktoren für das menschliche Verhalten. Sie hebt die reziproken Wirkungen zwischen Mensch und Umwelt hervor, d. h. Menschen lernen neues Verhalten (wie auch Aggression) durch Beobachtung von Handlungen und deren Ergebnisse. Laut Bandura sind Modelle für die Annahme aggressiven Verhaltens ausreichend, aber erst durch Verstärkung kommt es zur tatsächlichen Ausübung von aggressiven Taten (Bandura, 1985). Er identifiziert drei Hauptquellen von aggressiven Modellen: Die Familie, die Subkultur und die Massenmedien. Gemäß O’Leary (1988; in Levinson, 1989, S.17) verursacht eine Kombination aus kontextuellen und situationsbezogenen Faktoren häusliche Gewalt. Kontextuelle Faktoren von besonderer Wichtigkeit sind demnach Gewalt in der Familie, Stress und eine aggressive Persönlichkeit. Als situationsbezogene Schlüsselfaktoren

wirken Ehestreit und Alkoholeinfluss. Wenn diese Faktoren aufeinander treffen, ist Gewalt zwischen Ehegatten wahrscheinlich. Weitere Studien (Straus et al., 1980; Pagelow, 1981; Kalmuss, 1984) konnten zeigen, dass Personen die häusliche Gewalt in ihrer Kindheit beobachtet oder erlebt haben, mit größerer Wahrscheinlichkeit selbst gewalttätige Ehen führen („intergenerationale Theorie“) als andere.

Die „Ökologische Theorie“ sieht - ähnlich der „Theorie des sozialen Lernens“ - die Umwelt als den allumfassenden Bestimmungsfaktor für das menschliche Verhalten an. Gemäß Belsky (1980) ist für das Verständnis des menschlichen Verhaltens der gesamte ökologische Rahmen, beginnend beim ontogenetischen System (Familiengeschichte der Eltern) bis hin zum Makrosystem (die Kultur), einzubeziehen.

Die „Evolutionstheorie“ steht der Anthropologie nahe. Einige interkulturelle Studien (Barry et al., 1967; Rohner, 1975; Pryor, 1977; alle in Levinson, 1989, S. 19) haben Unterschiede in struktureller und ökonomischer Komplexität konsistent mit Unterschieden in der Kindererziehung in Zusammenhang gebracht. Erziehungspersonen in komplexeren Gesellschaften benützen häufig physische Züchtigung als Mittel zur Erziehung zu Gehorsam, Folgsamkeit und Verantwortungsbewusstsein. Erziehungspersonen in weniger komplexen Gesellschaften hingegen legen größeren Wert auf Unabhängigkeit und Selbstvertrauen und verwenden physische Züchtigungen mit geringerer Wahrscheinlichkeit. Dieses Muster wurde

evolutionär so erklärt, dass Gehorsam und Folgsamkeit eher in solchen Gesellschaften erwünschte Persönlichkeitsmerkmale sind, in denen die Menschen in hierarchisch organisierten Sozialstrukturen leben, in denen es eine ständige Notwendigkeit gibt, angehäuften Wohlstand unter der Bevölkerung aufzuteilen und in denen viele Aktivitäten in formellen und relativ formellen sozialen Zusammenreffen außerhalb des Hauses stattfinden (Levinson, 1989).

Die „Soziobiologische Theorie“ ist nicht systematisch für die Erklärung von häuslicher Gewalt angewandt worden. Dennoch wurde ein „soziobiologischer Rahmen“ verwendet, um Kindesmissbrauch und Kindestötung zu verstehen (Levinson, *ibid.*). Im Hinblick auf Kindesmissbrauch basiert diese Sichtweise auf dem Konzept der „elterlichen Gewissheit“. Diese Gewissheit besagt, dass Eltern eher Ressourcen (Zeit, Geld, Wärme, etc.) in ihre eigenen Kinder oder in die Kinder von Verwandten investieren als in Kinder von Nichtverwandten. Das Konzept der elterlichen Gewissheit beruht auf der Theorie der „inclusive fitness“ (Gray, 1985; in Levinson, *ibid.*, S. 19). Entsprechend dieser Theorie verhalten sich Individuen auf eine Weise, die die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ihre Gene an nachfolgende Generationen weitergegeben werden. Behinderte Kinder und Stiefkinder (beide haben einen geringeren Reproduktionswert) werden, genauso wie Kinder in Familien mit niedrigen Einkommen, mit höherer Wahrscheinlichkeit missbraucht. Gemäß Alexander (1974; in

Levinson, *ibid.*, S.20) könnte Kindestötung dann eine anpassende Reaktion sein, wenn

- (1) aufgrund umweltbedingter Unvorhersehbarkeiten
möglicherweise nicht alle Nachkommen überleben werden;
- (2) ein Kind behindert ist;
- (3) knappe Ressourcen Eltern dazu zwingen, nur in bestimmten
Zeitabständen Kinder zu bekommen;
- (4) Eltern das Geschlechterverhältnis unter ihren Kindern
verändern wollen.

Die „Allgemeine Systemtheorie“ Straus (1980; in Levinson, *ibid.*, S.20) besagt, dass das Verständnis und die Fähigkeit zur Kontrolle von häuslicher Gewalt erhöht werden könnte, wenn häusliche Gewalt als das Ergebnis eines positiven sozialen Feedbacksystems auf individueller, familiärer und gesellschaftlicher Ebene gesehen wird.

Folgenden Schluss zieht Levinson (1989) als Ursache für das Schlagen von Frauen:

„wife beating is more likely to occur and more likely to be frequent in societies in which men control the family wealth and adults often solve conflicts by resorting to physical violence. The effect of male control of family wealth seems to be indirect in that control of wealth affords men power in family decision making and restricts the freedom of wives to obtain a divorce.“ (S. 89-90)

Aus dieser im angloamerikanischen Sprachraum sehr einflussreichen und groß angelegten transkulturellen Studie können folgende wichtige Informationen gewonnen werden:

- Häusliche Gewalt ist nicht universal
- Häusliche Gewalt ist nicht unvermeidbar
- Die Gesellschaft kann viel zur Veränderung beitragen

3 Häusliche Gewalt als traumatisierendes Ereignis

Venzlaff et al. (2004) heben hervor, dass Ende der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts in der Auseinandersetzung mit den Folgen des Holocaust eine intensive internationale Diskussion darüber in Gang kam, ob nur frühkindliche traumatische Ereignisse von Bedeutung für später auftretende Symptombildungen sind oder auch später erlebte. Es kann heute rückblickend davon ausgegangen werden, dass diese Auseinandersetzung zur Abkehr von der Vorstellung führte, alle psychischen Störungen und Erkrankungen könnten auf frühkindliche Traumata zurückgeführt werden. In der Nachfolge der Diskussion um psychotraumatische Folgen des Holocaust wurden auch Störungen bei Langzeitkriegsgefangenen unter Extrembedingungen, Opfern von Natur- oder Bergwerkskatastrophen sowie Geiselnahmen und anderen Verbrechen neu bewertet (vgl. Venzlaff et al. 2004). Van der Kolk et al. (2000) berichten, dass die *Veteran`s Administration* in den USA nach dem Vietnam-Krieg erfolgreich darum gekämpft hat, dass viele der zurückgekehrten und unter z. T. massiven Posttraumatischen Belastungsstörungen leidenden amerikanischen Soldaten suffizient behandelt wurden. Dies hat dazu geführt, dass diese Behandlungsangebote als eine der wenigen guten Versorgungssegmente des us-amerikanischen Gesundheits- und Sozialsystems gelten können.

Für die Bundesrepublik Deutschland gilt, dass die Traumatherapie nicht Gegenstand der Psychotherapierichtlinien ist. Fischer (2003) begründet diese Nichtakzeptanz als gegenübertragungsmäßige Reinszenierung der Sprachlosigkeit traumatisierter PatientInnen. Reddemann (2004) fordert ein Umdenken in der Richtlinienpsychotherapie. Es sollten in der psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie traumatische Veränderungen des Seelenlebens ebenso einen Platz finden wie die auf (frühkindliche) Konflikte zurückzuführenden Symptomatiken. Es gälte nicht die eine Sichtweise gegen die andere auszutauschen, vielmehr sei ein Zusammenspiel zu beachten; denn häufig litten Menschen mit einer posttraumatischen Störung auch an innerseelischen Konflikten.

Ein Trauma, wie van der Kolk et al. (1994, 2000) und Levine (1997) schreiben, entsteht nach einem existentiell-bedrohlichen Ereignis, in der es weder eine Flucht- („no flight“), noch Kampfmöglichkeit („no fight“) gibt. Ferner führen die daraus entstehende Hilflosigkeit und Ohnmacht zu einem dissoziativen Prozess des Erlebens und der Wahrnehmung („freeze and fragment“). Konnte ein traumatisches Ereignis nicht genügend verarbeitet werden, d.h. als belastendes Ereignis in den normalen Fluss der Zeit nicht integriert werden, können akute Stressreaktionen folgen. Diese äußern sich häufig in Form von somatischen, psychosomatischen und/oder psychischen Beschwerdebildern. Diese Symptome werden immer durch den

Körper mitgeteilt, wie zum Beispiel durch körperliche Schmerzen, Verspannungen, Schlaf- und Essstörungen, Depressionen, Selbstverletzungen, oder Substanzabusus. Selbstgefühlsstörungen und Störungen des Körper-Selbst sind zwangsläufig Folgen des gewalttätigen Übertretens psychischer und physischer Grenzen. Bei schwersttraumatisierten Menschen können sogenannte PTSD-Symptome wie Intrusionen (intensive Erinnerungsfetzen bezogen auf das traumatische Ereignis), Hyperarousal (anhaltende physiologische Übererregung) und Verdrängung zu langanhaltenden Schwierigkeiten führen. PTSD als Diagnose wurde 1980 wieder in das Diagnosesystem DSM eingeführt, nachdem fast eine halbe Million vormals gesunder Amerikaner noch viele Jahre nach dem Vietnamkrieg schwere Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeigten.

In der ersten repräsentativen Untersuchung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland (2004a) wird bestätigt, dass alle Formen der (häuslichen) Gewalt zu erheblichen psychischen, psychosozialen und gesundheitlichen Folgen für Betroffene führen können. Diese aktuelle Prävalenzstudie weist nach, dass 64% der Frauen, die körperliche oder sexuelle Gewalt durch aktuelle oder frühere Beziehungspartner erlebt haben, durch diese Übergriffe verletzt wurden. Etwa ein Drittel dieser Frauen musste medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Je nach Gewaltform

wurden von 56% bis über 80% der befragten Betroffenen psychische Folgebeschwerden benannt, wobei durchschnittlich drei bis über vier unterschiedliche psychische Folgebeschwerden angegeben wurden. Auffällig, so die Autorinnen, ist zum einen die ausgesprochen hohe psychische Belastung durch erlebte sexuelle Gewalt, zum anderen jedoch die noch weitgehend unterschätzte Belastung von Frauen durch psychische Gewalt. Häufiger als bei allen anderen Formen von Gewalt wurde von psychischer Gewalt betroffenen Frauen Folgen wie Niedergeschlagenheit und Depressionen, dauerndes Grübeln, vermindertes Selbstwertgefühl, erhöhte Krankheitsanfälligkeit sowie Leistungsbeeinträchtigungen und Konzentrationsschwierigkeiten genannt. Des Weiteren gibt die Untersuchung Hinweise darauf, dass bei jeder Form von Gewalt langfristige soziale und psychosoziale Folgen für die Betroffenen auftreten können, z.B. in Form von Trennung, Scheidung, Wohnungswechsel und Kündigung des Arbeitsplatzes. Jede dritte bis siebte betroffene Frau nimmt eine Therapie in Anspruch.

Amerikanische Forscher haben Parallelen zwischen den Folgen häuslicher Gewalt auf Frauen und den heftigen Auswirkungen von Folter und Gefangenschaft auf (Kriegs-) Geiseln beschrieben (Graham et al., 1988). Studien im angloamerikanischen Raum verweisen darauf, dass Mädchen, die sexuell missbraucht und Frauen, die vergewaltigt wurden, die größte Gruppe der unter posttraumatischen Belastungsstörungen leidenden Personen sind (vgl. Heise et

al., 1994). In einer von van der Kolk und Finkelhor (1994) durchgeführten Feldstudie an 700 Personen, in der der Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und Regulationsstörungen von Gefühlen, Verhaltensweisen und Beziehungen untersucht wurde, konnte nachgewiesen werden, dass eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung bei Menschen auftritt, die im frühen Lebensalter interpersonellen Traumen ausgesetzt waren. Diese Studie bestätigt die nachhaltigen Auswirkungen von Missbrauch und Misshandlungen auf die gesamte Persönlichkeitsentwicklung.

Eine von Egle und Nickel (1998) durchgeführte Studie an 407 Patienten einer Psychosomatischen Universitätsambulanz zeigte, dass eine höhere Inzidenz von schweren Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, depressiven und Angststörungen mit u. a. in der Kindheit erfahrener häufiger körperlicher Misshandlung und/oder sexuellem Missbrauch einhergeht. Interessant ist das Ergebnis, dass sexueller Missbrauch alleine nicht zu den häufigen Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend dieser neurotischen und psychosomatischen Patienten gehörte, vielmehr waren es Faktoren aus dem Bereich häuslicher Gewalt, die die höchsten Belastungswerte zeigten.

Ob und in welcher Weise sich ein Trauma auf die Gesundheit (langfristig) auswirkt, hängt von vielen Faktoren ab. So spielen biographische Erfahrungen, das Alter in dem das Trauma passierte, die Verfügbarkeit eigener innerer

Ressourcen (Kompetenzen, Stärken) sowie sozialer und/oder emotionaler Unterstützung eine entscheidende Rolle. Nicht zu unterschätzen sind auch die Schwere, Dauer und Häufigkeit des Traumas und des erlebten Kontrollverlustes.

Laut Perry (1995; 2001) und Kaufman (1991) können vor allem frühe Traumata gravierende Folgen haben, wie der Verlust der emotionalen Selbst-Regulation, Beeinträchtigungen von Lern- und Gedächtnisprozessen und soziale Probleme. Die physischen und psychischen Folgen umfassen das Fehlen eines kohärenten Selbst, ein geringes Gefühl der Abgrenzung, Störungen des Körperbildes, gering modulierte Affekt- und Impulskontrolle und Unsicherheit in Bezug auf die Verlässlichkeit und Vorhersehbarkeit anderer.

Neue Erkenntnisse der Hirnforschung und die Entwicklung bildgebender Verfahren haben zu einem neuen Verständnis der neurobiologischen Hintergründe der psychosomatischen und psychischen Symptome geführt. So wurden Hirnregionen entdeckt, die bei Gewalterlebnissen besonders beteiligt sind, und die erklären, wie es zu Dissoziationen kommt und der daraus oft resultierenden 'Sprachlosigkeit' der Betroffenen (van der Kolk et al., 2000). Wie auch von Isermann (2002) beschrieben, werden hierbei vor allem das limbische System, das für die Vermittlung zwischen innerer und äußerer Welt zuständig ist, erwähnt, insbesondere seine Strukturen Amygdala als 'Feuermelder' des Gehirns bezüglich angstbesetzter Stimuli und Hippocampus, der Erfahrungen

kategorisiert und mit anderen autobiographischen Informationen in Beziehung setzt. Bei einer übermäßigen Amygdala Stimulation wird der Informationsfluss zum Hippocampus unterbrochen oder stark beeinträchtigt. Die somit nicht integrierten sensorischen, perzeptuellen, kinesthetischen und emotionalen Elemente werden als Fragmente auf einem 'niedrigeren Niveau' gespeichert, sind oft dem Bewusstsein nicht zugänglich und können durch alle möglichen inneren und äußeren Reize 'getriggert' werden. Dies löst die bekannten Symptome aus, oft ohne dass für die Betroffenen die Zusammenhänge bewusst und besonders auch nicht sprachlich verfügbar sind, weil diese Hirnstrukturen eher rudimentäre, gefühlsmäßige Speichereigenschaften haben. Außerdem scheinen Ungleichgewichte in der Beteiligung der Hemisphären bei traumatischer Verarbeitung aufzutreten. Van der Kolk et al. (2000) fanden z.B. eine rechtsseitige Überaktivierung der Amygdala bei gleichzeitiger Unterdrückung des linkshemisphärischen Broca-Areals, dem „Sprachzentrum“. Dadurch, so Isermann (ibid.), wird klar, warum „sprechende Psychotherapie“ in der Arbeit mit Traumatisierten oft versagt.

Diese Erkenntnisse, dass Gewaltopfern oftmals die Verbalsprache nicht zur Verfügung steht, unterstützen die Notwendigkeit alternativer therapeutischer Vorgehen. Oftmals können die unvorstellbaren Geschehnisse und damit verbundenen Gefühle und Erlebnisse nicht in Worte gefasst werden, sei es aus ebengenannten neurophysiologischen Gründen, aus Scham oder weil sie, als Schutzreaktion um

weiterleben zu können, schon tief in das Unbewusste verstaut worden sind. Indem der Körper die behutsame Möglichkeit des „Sprechens“ bekommt, können überwältigende Erlebnisse und Gefühle ihren Ausdruck bekommen, ohne dass sie erneut überfluten oder explizit zum Thema gemacht werden und so zu einem Heilungsprozess beitragen. Mittlerweile gibt es eine Reihe an therapeutischen Ansätzen, die versuchen, den Körper in der Trauma-Behandlung mit einzubeziehen. Verwiesen sei hier auf Kapitel 5. Grundsätzlich ist eine intensive psychologische (und therapeutische) Betreuung nach Traumatisierung sehr empfehlenswert, wie dies auch betroffene Frauen in der ersten repräsentativen Untersuchung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland (2004a) bestätigen. In der Frage der „richtigen“ Therapie ist es allerdings interessant zu beachten, dass betroffene Frauen Paar- und Familientherapien als problematisch werten (ibid.). Dies tun sie vor allen Dingen dann, wenn die gewalttätigen Partner die in der Therapiesitzung angesprochenen Aspekte im Nachhinein gegen die Frauen verwendeten und dies teilweise zu weiterer Gewalt führte.

Neben der wichtigen Rolle der Therapie im Bewältigungsprozess soll aber auch die Bedeutung medizinischer, psychosozialer und sozialer Unterstützung für von Gewalt Betroffene nicht unterschätzt werden. Wie auch in der ebengenannten Prävalenzstudie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004a) deutlich

wird, scheint für betroffene Frauen das soziale Umfeld eine, in sowohl positiver als auch negativer Hinsicht, große Rolle zu spielen. Die Reaktionen und Sichtweisen von Verwandten, FreundInnen, NachbarInnen oder auch von Pfarrern zu den Gewalttaten können Impulse zum „Ausharren um jeden Preis“ (S. 32) oder zum Verlassen der unerträglichen Situation geben. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit in Form von Information und Aufklärung zum Thema Gewalt und ihre Folgen könnte Vorurteile abbauen und langfristig eine entscheidende Hilfe in Bezug auf Rechte und Präventions- und Interventionsmöglichkeiten für Betroffene darstellen. Einen entscheidenden Anstoß zur Veränderung der Lebenssituation, und somit auch der somato-psycho-sozialen Befindlichkeit, erfuhren Frauen in dieser Studie, wenn ÄrztInnen ein mögliches Gewaltproblem behutsam ansprachen, und ihnen konkrete Unterstützungsmöglichkeiten aufweisen konnten. Da ÄrztInnen in vielen Fällen die ersten AnsprechpartnerInnen für gewaltbetroffene Menschen sind, ist es unerlässlich, dass sie die Relevanz der Gewaltproblematik hinter den Symptomen erkennen und diese als traumabedingt verstehen und behandeln. Insgesamt betrachten betroffene Frauen in dieser Studie jedes Angebot, das akut Hilfe in Krisensituationen anbietet, als sehr hilfreich. Hierzu zählen hochschwellige polizeiliche Interventionen wie Platzverweis und Wegweisung, als auch niedrigschwellige Angebote wie proaktive Beratung, Unterstützung im Frauenhaus oder die Einrichtung einer deutschlandweiten Telefon-Hotline mit einer ständig erreichbaren, einheitlichen Notrufnummer.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Folgen von Traumatisierung(en) erheblich sein können. Auf der psycho-physischen und auf der sozial-ökonomischen Ebene betrifft dies sowohl das Opfer als auch das soziale Umfeld. Adäquate Präventions- und Interventionsmaßnahmen in einem gut ausgebildeten Sozialnetzwerk sind vonnöten, um Betroffenen Unterstützung zuteil werden zu lassen.

4 Ausgewählte psychotherapeutische Konzepte zu Traumata

Obwohl die Trauma-Therapie in den letzten 15 Jahren eine relativ neue und eigenständige Therapierichtung geworden ist, wird das Phänomen der Traumatisierung und deren Folgen bereits seit über einhundert Jahren in verschiedenen und sehr differenzierten Behandlungsansätzen thematisiert. Schon Freud hatte Ende des 19. Jahrhunderts bei vielen seiner Patientinnen einen Zusammenhang zwischen diffusen Angstzuständen und - meist in der Kindheit - erlebter sexueller Gewalt konstatiert (Freud, 1895). So wurde auch die erst seit 1980 anerkannte Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; engl.: PTSD: Post Traumatic Stress Disorder) bereits im Ersten und Zweiten Weltkrieg als „shell-shock“ beschrieben, untersucht und behandelt (Rivers, 1918; Winn, 1994). Im Einzelnen geben Venzlaff et al. (2004) einen Überblick über die Geschichte der Psychotraumatologie.

Für die psychotherapeutische Theoriebildung sind in dieser Arbeit insbesondere die Objektbeziehungstheorie (Mahler, 1968, 1975; Winnicott, 1949, 1971, 1996), Selbstpsychologie (Kohut, 1971; Harwood, 1998) und die Jungianischen/Post-Jungianischen Theorien (Jung, 1938, 1951, 1961; Stewart, 1987; Chodorow, 1991; Kalsched, 1996) von Bedeutung, die, über die Theoriebildung hinaus, auch für das therapeutische

Fallverständnis und Vorgehen (s. Kap. 7.2) entscheidend waren. Aus diesem Grund sollen nun Merkmale dieser Theorien in Bezug auf Traumata skizziert werden.

Objektbeziehungstheorie

Eine der Grundannahmen der Objektbeziehungstheorie ist, dass ein Kind unterschiedliche Entwicklungsphasen durchläuft, in der vor allem die Eltern/Erziehungsperson/(Mutter) – Kind Beziehung und der „Trennungs-Individualisierungs-Prozess“ (Mahler, 1968; et al., 1975) dieser Beziehung eine entscheidende Rolle spielen.

Winnicott (1949; 1996) betont, dass es für Mutter/Erziehungsperson und Baby wichtig ist durch zwei Phasen von „ausreichender Mutterschaft“ zu gehen, um eine gesunde psychologische Entwicklung zu ermöglichen. In der ersten Phase, direkt nach der Geburt, ist „Halten“ notwendig, d. h. das Baby benötigt eine perfekte Adaptierung der Mutter, um eine Kontinuität von intra- zu extrauterinem Leben sicherzustellen. Während der ersten Stufen des extrauterinen Lebens sind die Brust und die Mutter gemäß Winnicott „subjektive Objekte“ bzw. laut Klein (1946) und Mahler (et al., 1975) „verinnerlichte Teilobjekte“, also solche Objekte, die vom Baby noch nicht als getrennt von sich selbst betrachtet werden. Das Baby befindet sich in einem Zustand der absoluten Abhängigkeit. Die zweite Phase der „ausreichenden Mutterschaft“ ist die schrittweise Abkehr der Mutter von der Anpassung an die Bedürfnisse ihres Kindes. Dies bringt einen

Übergang von absoluter zu relativer Abhängigkeit mit sich, eine Zeit, in der das Objekt in der Wahrnehmung des Kindes vom „Ich“ zum „Nicht-Ich“ übergeht. Winnicott (1971) weist darauf hin, dass sich das eigene „wahre Selbst“ nur entwickeln kann, wenn eine Person eine „ausreichende Mutterschaft“ in einer sehr frühen Phase erlebt und damit die Möglichkeit gehabt hat, die graduelle Unterscheidung der inneren psychischen Realität und der externen Realität in einem aktiven, kreativen („Übergangs-“)Raum zu erleben, das durch Kind und Mutter/Erziehungsperson geschaffen wird. *Ein Trauma bedeutet das Scheitern dieser Erfahrung.* Es führt laut Winnicott zu

“primitive defences ... becom(ing) organized to defend against a repetition of ‘unthinkable anxiety’ or a return of the acute confusional state that belongs to disintegration of nascent ego structure” (ibid., S. 97).

Um das „allmächtige wahre Selbst“ (Winnicott, 1960) vor weiteren Traumata zu schützen, hört es auf zu wachsen und es entsteht ein (in erster Linie mentales) „falsches Selbst“, welches sich an die Erwartungen der Außenwelt anpasst.

Wie die Fallstudien zeigen (siehe Kapitel 7.2), sind Winnicotts Konzepte des „wahren“ und „falschen Selbst“ und die Theorien von Klein und Mahler zu „verinnerlichten Teilobjekten“ sehr nützlich, da sie eine Erklärung anbieten, warum manche Menschen „festzustecken“ scheinen oder vor dem Wunsch nach Veränderung zurückschrecken und

scheinbar unfähig sind, sich weiter zu entwickeln. Für eine/n Therapeutin/en ist es hilfreich zu wissen, dass sie/er es nicht mit einer Person, sondern mit differenzierten „Objekten“ zu tun hat, die möglicherweise zu verschiedenen Zeiten in die Therapie integriert werden sollten. Allerdings kann eine Unentschlossenheit, das Beratungs- oder Therapieangebot anzunehmen, auch einen sehr realen „Hier- und Jetzt“ Hintergrund haben, wie z. B. soziale oder finanzielle Gründe und/oder, nicht zuletzt, auch eine „emotionale Inkompatibilität“ mit der/dem Therapeutin/en.

Die Objektbeziehungsstheorie sieht den psychologischen Wachstumsprozess als gänzlich unidirektional, wobei die psychische Gesundheit des Individuums vollständig vom empathischen und abgestimmten Anderen, also der Erziehungsperson bzw., in einer Therapie, der/s Therapeutin/en, abhängig ist. Diese Sichtweise steht im Gegensatz zur frühkindlichen Entwicklungsforschung und der Selbstpsychologie (s. unten), die gezeigt haben, dass Babys eher als aktive, verständige Organismen betrachtet werden können, die mit ihrer Umgebung interagieren und soziale Kontakte initiieren, denn als nach innen gerichtete, passive Empfänger von Stimulationen (Brazelton, 1976; DeCasper et al., 1980; Stern, 1985; Kohut, 1971; Harwood, 1998). Laut Sameroff (1991) ist Entwicklung ein transaktionaler Prozess, bei dem sich Kind und Erziehungsperson gegenseitig beeinflussen. Des Weiteren betrachtet die Objektbeziehungstheorie die psychologische Entwicklung nicht

explizit als Teil der gesamten Sozialisation, sondern als eine mehr oder weniger dyadische Angelegenheit. Das sich entwickelnde Kind interagiert jedoch nicht nur mit der Erziehungsperson, sondern auch direkt oder indirekt mit dem größeren kulturellen Kontext. Bei der Arbeit mit traumatisierten Patienten ist es von größter Wichtigkeit, die *angeborene Beziehungsfähigkeit und die soziale Einbettung* eines jeden Individuums zu berücksichtigen. Zum einen eröffnet dies die Möglichkeit Menschen dazu zu befähigen, von ihren angeborenen, inneren Ressourcen Gebrauch zu machen. Zum anderen werden die traumatischen Erfahrungen nicht nur auf einer persönlichen, sondern auch auf einer breiteren kulturellen Ebene betrachtet. Deshalb ist es bedeutsam, wie gesellschaftlich mit Häuslichen Gewalterfahrungen umgegangen wird. Dies kann je nach Verständnis und Bewertung betroffene Menschen entweder von (Selbst-) Anklage, Schuld und Scham befreien, oder aber sie in ihrer „Sprachlosigkeit“ und Isolation verharren lassen.

Selbstpsychologie

Im Einklang mit Winnicotts Darstellung wird Trauma als eine Folge einer mangelnden Bereitstellung bestimmter Funktionen seitens der Erziehungspersonen verstanden, die das sich entwickelnde Kind benötigt. Jedoch liegt der Schwerpunkt, ähnlich wie bei der Theorie der *Goodness-of-Fit* (Lerner et al., 1989), bei der subjektiven Erfahrung des Kindes. Wie Stolorow und Brandchaft (1987; in Harwood, 1998, S. 35) betonen:

„If the child has not received the affect attunement that he or she *subjectively* requires, the unintegrated affect states become sources of lifelong inner conflict and can manifest themselves in unresolved anger, rage, and different degrees of self-destructiveness” (Hervorhebung der Autorin)

Eine aktuelle Entwicklung innerhalb der Selbstpsychologie ist das Verständnis, dass traumatische Erfahrungen jenseits von Selbstobjekterfahrungen der erweiterten Familie auftreten können, d. h. dass die entstehende Selbststruktur durch interkulturelle Erfahrungen (kulturelle, ethnische, religiöse, physische oder andere Merkmale) beeinflusst werden kann (Harwood, 1998). Kohut (1977) gab zu bedenken: „changing social factors influence the parental selfobject matrix and determine the type of prevalent psychopathology that will dominate.“ Levinsons (1989) anthropologische Studien bestätigen dies.

Jungianische und Post-Jungianische Theorien

Ähnlich wie Winnicott das „wahre“ Selbst, beschrieb Jung das Selbst als den inneren Kern der Persönlichkeit, „das ordnende und vereinende Zentrum der Persönlichkeit“ (in Kalsched, 1996, S. 216). Ziele des therapeutischen Prozesses waren für Jung (ibid.), die Selbstfindung der/s Patientin/en zu unterstützen, die Gesamtheit der Persönlichkeit wieder herzustellen, und die volle Entfaltung des Selbst zu erreichen. Er nannte diesen Prozess *Individuation*. An der Basis des Selbst (des *Primär-Selbst*) befinden sich, gemäß Stewart

(1987), die Ursprünge von sieben archetypischen Affekten (Freude, Interesse, Trauer, Angst, Wut, Verachtung/Scham, Erschrecken/Verblüffung). Angeregt durch äußere Erfahrungen formt ein innerer Affekt mentale Symbole, die als Emotionen freigesetzt werden. Jung betrachtete Emotionalität als eine Quelle von Wert (Jung, 1951, S. 27-8 bzw. S. 32-3), Imagination (Jung, 1961), Energie und neuem Bewusstsein (Jung 1938, S. 96). Bei einer gesunden psychologischen Entwicklung werden diese im Selbst inhärenten Affekte schrittweise integriert und, wie Kalsched (1996) hervorhob, „vermenschlicht ... im Kontext einer ausreichenden (nicht perfekten) primären Beziehung“ (S. 19). Bei einem Trauma jedoch werden Affekte wie Angst, Trauer, Wut, Verachtung/Scham und Erschrecken/Verblüffung unaufhörlich stimuliert, was zu einer unerträglichen Angst vor der Zerstörung des Selbst führt. Um das Selbst zu schützen wird eine archetypische Kraft (*Imago*) mobilisiert, die, gemäß Kalsched (ibid., S. 34), ein „defensives Selbstschutzsystem (repräsentiert), welches weit archaischer und verheerender ist als das übliche Ausmaß an Ego-Verteidigung“. Kalsched nennt diese archetypische Imago eine *diabolische* Figur, die zugleich wütend beschützt als auch verfolgt und die Persönlichkeit in einer Art „counter-dependent, self-sufficient bubble“ (ibid., S. 35) abkapselt. Diese diabolische Figur hat insofern Ähnlichkeiten mit Winnicotts „falschem“ Selbst, weil sie als Schwellenfigur zwischen der inneren und der äußeren Welt dient. Der Übergangsraum („transitional space“; Winnicott, 1971), ein Raum symbolischer Aktivität, kann bei traumatischer

Angst verschlossen werden. Kalsched nannte diese Figur aufgrund dieser engen Verbindung zur symbolischen Aktivität *diabolisch*. Auf Griechisch bedeutet, *diabolos*, der Teufel, „der überschreitet, durchkreuzt oder auflöst (Dissoziation)“ (S. 17), im Gegensatz zu *symbolisch*, dem Antonym von diabolisch, das „zusammenwerfen“ bedeutet.

Für die Arbeit mit traumatisierten Menschen schlagen Stewart und Stewart (1979; in Chodorow, 1991, S. 72) vor, einen Raum bereitzustellen, in dem kreatives Spiel und Imagination sicher erkundet werden können. Gemäß Winnicott (1971) entwickeln Kinder durch symbolisches Spiel einen Sinn für sich selbst. Chodorow (1991) beschreibt dies folgendermaßen:

“symbolic play involves spontaneous re-enactment of difficult situations that the child has been through. ... Through playful re-enactment and further imaginative development, the overwhelming effects of the crisis emotions are modulated and transformed.” (S. 72-3)

Mit Erwachsenen hat Jung das Konzept des symbolischen Spiels in einer analytischen Methode namens „Aktive Imagination“ entwickelt. Laut Mary Whitehouse (1979, 1999) ist es ein

“term for a process in which, while consciousness looks on, participating but not directing, co-operating but not choosing, the unconscious is allowed to speak whatever and however it likes. Its language appears in the form of painted or verbal images that they may change rapidly, biblical speech, poetry

(even doggerel), sculpture and dance ... a universal human connection with something much deeper than the personal ego is represented." (S.83)

Joan Chodorow (1991), eine führende Tanztherapeutin und Jungianische Analytikerin, versteht unter Aktiver Imagination die Hinwendung

"to the creation of the personality. This leads to a new understanding of active imagination as rhythm (dance/movement, sandplay, painting, poetry, sculpting, weaving, etc.), ritual (imagination of the sacred, inner voices, dialogue with the gods), reason (imagination of numbers and origins, cosmos and meaning, scholarly amplification), and relationship (empathic imagination, especially work with the transference and countertransference). As active imagination, rhythm, ritual, reason and relationship serve the psychological attitude and foster the development of self-reflective consciousness." (S. 112)

Die Anwendung der *Aktiven Imagination* in der Tanz- und Bewegungspsychotherapie wird in Kap. 5.2 näher betrachtet.

5 Therapeutische Methoden bei Traumata: Wirksamkeit von Tanz- und Bewegungspsychotherapie als Trauma- Therapie

5.1 Das multimodale Feld der Trauma-Therapie

Ein relativ neuer Ansatz innerhalb der Therapieschulen ist der bewusste therapeutische Umgang mit dem Phänomen des Traumas aus einem somato-sozio-psychischen Blickwinkel. Statt das Verhalten von Menschen als Reaktion auf unbewusste, ungeklärte, intrapsychische Konflikte zu deuten, oder als Fehlconditionierung zu verstehen, versucht die Trauma-Therapie die Einflüsse und Wirkungen von reellen, existentiell bedrohlichen Ereignissen auf Körper und Geist zu begreifen und zu behandeln (Sachsse, 2004; van der Kolk et al., 1996). Intrapsychische und interpersonelle Bewältigungsstrategien spielen eine zentrale Rolle in der Therapie, wie dies in den meisten anderen Psychotherapieschulen auch der Fall ist. Darüber hinaus werden in der hier vorgestellten Trauma-Therapie die Folgen neurophysiologischer und biochemischer Stressreaktionen auf Gewalterfahrungen benannt und aktiv im therapeutischen Prozess genutzt. Seit etwa 20 Jahren werden Erkenntnisse aus der Stress- und Gedächtnisforschung immer dichter mit den Diskussionen um psychoanalytisch gedeutete intrapsychische Dynamiken bei Gewalterfahrungen verknüpft sowie

behavioristische oder gestalttherapeutische Denkansätze in ein schulenübergreifendes Denkmodell integriert. Einen guten Überblick über die gegenwärtige traumazentrierte Psychotherapieszene in Deutschland gibt Sachsse (2004). So verbinden mittlerweile die Therapie-Form *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), die Psychoanalyse, die katathym-imaginative Psychotherapie, die Gestalttherapie, das Neuro-Linguistische Programmieren (NLP), die Integrative Psychotherapie nach Wilhelm Reich, die Konzentrative Bewegungstherapie (KBT) sowie die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) die gemeinsame Integration von neurobiologischen und neuropsychologischen Sichtweisen und einem Fokus auf die Auswirkungen von Traumata auf Körper und Seele.

Für das Verständnis von Trauma-Therapien ist es wichtig zu wissen, dass es bislang keine Therapie-Leitlinien für sog. 'komplex Traumatisierte' (Seidler, 2004) gibt, deren spezifische psychologische Problematiken Symptomatiken wie Depression und Selbsthass, Dissoziation und Depersonalisation, aggressives Verhalten gegen selbst und andere, oder Schwierigkeiten Nähe zuzulassen (van der Kolk, 2001) umfasst. Dies steht im Gegensatz zu der mittlerweile anerkannten Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; engl.: PTSD = Posttraumatic Stress Disorder; ICD-10: F43.1; DSM-IV: 309.81) mit den charakteristischen Symptomatiken Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal. Zur PTBS liegen amerikanische und

deutsche Therapie-Leitlinien vor (Foa et al, 2000, Flatten et al., 2001). Die amerikanischen PTBS-Leitlinien behandeln die folgenden Zugänge:

- Debriefing
- Kognitiv-behaviorale Therapie
- Pharmakotherapie
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Gruppentherapie
- Psychodynamische Therapie
- Stationäre Therapie
- Psychosoziale Rehabilitation
- Hypnose
- Paar- und Familientherapie
- Kreative Therapien

Die deutschen PTBS-Leitlinien differenzieren, laut Seidler (2004), die „Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen“ in „Erste Maßnahmen“, in „Traumaspezifische Stabilisierung“ und in die „Traumabearbeitung“. Daran schließt sich die „Psychosoziale Reintegration“ an (S. 323).

Einen großen Einfluss im deutschsprachigen Raum auf stationäre und ambulante, von den PTBS-Leitlinien beeinflusste trauma-therapeutische Verfahrensweisen hat das Traumamodell der *Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT®)* nach Luise Reddemann (Reddemann, 2001, 2004). Wie bereits oben erwähnt, orientiert sich auch

dieses Modell an dem Drei-Phasen-Modell der Stabilisierung, der Traumakonfrontation und der Integration. Es gründet auf den Prinzipien der psychodynamischen Psychotherapie, nutzt jedoch integrativ eine Reihe anderer Verfahren. Eine besondere Stärke von PITT® liegt in der Hinzunahme von Imaginations-Übungen, die dem/der Klienten/in bei der Entwicklung von Ressourcen häufig hilfreich sind. Behutsame Anleitungen, heilsame innere Bilder, Gestalten und Vorstellungen zu entwickeln sollen zur Stabilisierung im Alltag beitragen und den Weg zur Selbstbestimmung vorbereiten. Reddemann begründet ihr Vorgehen auch mit Ergebnissen aus der Hirnforschung, in denen nachgewiesen werden konnte, dass *Vorstellungen* das Gehirn genauso beeinflussen und formen können wie reale, soziale *Erfahrungen* (Kreimann et al., 2000; O'Craven & Kanwisher, 2000; in Reddemann, 2004, S.60). Die Imaginationsübungen in diesem Trauma-Modell werden vor allem im Sitzen durchgeführt, jedoch weist Reddemann auch auf die Möglichkeit hin, aufzustehen und Imaginiertes durch Externalisierung zur inneren Wirklichkeit werden zu lassen. Dies könne mithilfe expressiver Therapien als Zusatzverfahren zur Haupttherapie geschehen. Auch wenn die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (*PITT®*) entgegen der klassischen Psychotherapie den Körper als „gestörtes Objekt“ anerkennt, so wird nicht in der „Haupttherapie“ sondern erst in hinzugefügten körperorientierten „Zusatzverfahren“ (z. B. Tai Chi, Qi Gong, Musiktherapie) der Körper aktiv eingebracht. Die Spaltung der Erzählweisen durch Spaltung der Interventionen wird

therapeutisch als stabilisierende Maßnahme begründet (Sachsse, 2004).

Diese Spaltung steht im Gegensatz zu den Grundsätzen der amerikanischen Trauma-Therapie nach van der Kolk (Sykes Wylie, 2004), in denen expressive Therapieformen mehr Aufmerksamkeit im Sinne der Gleichwertigkeit bekommen. Zu erwähnen ist hier vor allem die Sensomotorische Psychotherapie (*Sensorimotor Psychotherapy*; Ogden & Minton, 2000). Nach Ogden und Minton (ibid.) ist dies eine Methode in der Traumabehandlung, die sensomotorische Prozesse sowie die Verarbeitung emotionaler und kognitiver Aspekte integriert. Betroffene Menschen lernen ihre Körpersignale als separat von ihren (traumabedingten) Emotionen zu betrachten und ihren Körper in der Funktionalität differenziert wahrzunehmen. Die Sensomotorische Psychotherapie nutzt Erkenntnisse der somatischen Therapien, der Neurowissenschaften, der kognitiven Theorien sowie der Hakomi® Methode, einer erfahrungsorientierten Körperpsychotherapieform.

Ein weiteres körperorientiertes Verfahren, das zunehmend an Bedeutung im Umgang mit traumatisierten Menschen gewinnt, ist die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). Die Konzentrierte Bewegungstherapie ist eine psychotherapeutische Methode für Gruppen- und Einzeltherapie auf der Basis entwicklungspsychologischer Denkmodelle, tiefenpsychologischer Theorien und

Objektbeziehungstheorien (Österreichischer Arbeitskreis für Konzentrative Bewegungstherapie, ÖAKBT, 2006). Ausgehend von der Theorie, dass sich Wahrnehmung zusammensetzt aus Sinnesempfindungen und Erfahrung, geht die KBT den Weg der bewussten Körperwahrnehmung im "Hier und Jetzt" - auf dem Hintergrund der individuellen Lebens- und Lerngeschichte. Nachdem Wahrnehmung und Bewegung eine Einheit bilden, ist in der therapeutischen Praxis die Akzentuierung von Wahrnehmung (sensorische und kinästhetische) und Bewegung Angelpunkt für Erfahren, Handeln und Erinnern.

5.2 Tanz- und Bewegungspsychotherapie als Trauma Therapie

Die Tanz- und Bewegungspsychotherapie definiert sich als „die psychotherapeutische Verwendung von Tanz und Bewegung zur Integration von körperlichen, emotionalen und kognitiven Prozessen des Menschen“ (BTD, 2002) und berücksichtigt Einflüsse aus der Tiefenpsychologie oder der humanistischen Psychologie. Sie wird auch als künstlerische Therapie bezeichnet, die Tanz und Bewegung als Medium zur Persönlichkeitserweiterung nutzt. Ausgehend von der Auffassung des Menschen als psychophysischer Einheit sind der Tanz und die Bewegung an sich die zentralen Medien der Intervention. Die Tanz- und Bewegungspsychotherapie unterscheidet sich laut dem BTD (2006) von anderen körpertherapeutischen Verfahren durch

- die methodische Anwendung der objektivierenden Bewegungsanalyse von R. von Laban: Diese wird als diagnostisches Verfahren zur Entwicklung eines Therapieplans eingesetzt.
- den aktiven Gestaltungsprozess im tanztherapeutischen Geschehen.

Diese Aspekte sind tanzkünstlerischen Ursprungs. Sie verbinden die Tanztherapie mit anderen Kreativtherapien. Grundsätzlich bietet die Einbeziehung der Körpersprache als Ausdruck des somatosensorischen Gedächtnisses (van der Kolk et al., 2000) eine erhebliche Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten, da sowohl präverbale als auch nonverbale Erfahrungen hiermit zum Ausdruck kommen können. Je nach spezieller Problematik des Einzelnen werden somatopsychische, intrapsychische oder interpersonelle Ebenen in der Intervention betont. Im Speziellen sind folgende Ziele der Tanztherapie zu nennen (BTD, 2002):

1. Förderung der Körperwahrnehmung und Entwicklung eines realistischen Körperbildes als Grundlage eines adäquaten Selbsterlebens und einer angemessenen Fremdwahrnehmung.
2. Erweiterung des Bewegungsrepertoires im Sinne der nachreifenden Ich-Entwicklung.
3. Verbale und nonverbale Bearbeitung von emotionalen Erlebnisinhalten.
4. Verbale und nonverbale Bearbeitung von intrapsychischen Konflikten und strukturellen Defiziten.

5. Förderung der authentischen Bewegung und des selbstbestimmten Ausdrucks und der Integration des Unbewussten.
6. Erwerb neuer Möglichkeiten von Beziehungsgestaltung und Handlungskompetenz.
7. Befähigung individuelle Bedürfnisse im Einklang mit sozialer Kompetenz verwirklichen zu können.

Die *traumazentrierte* Tanz- und Bewegungspsychotherapie ist ein Modell, das sowohl die theoretischen Erkenntnisse traumazentrierter und tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie aufgreift, als auch körperpsychotherapeutische Handlungsmodelle integriert und mittels der Bewegungsanalyse für die Diagnostik und Intervention zusammenführt. Durch den Ausdruck der Körpersprache in Form von Tanz, Bewegung, Spiel, Kreativität durch Gestalten, Malen, aber auch durch Stille und Meditation, werden Möglichkeiten geschaffen, der inneren Welt auf schonende, nicht reizüberflutende Weise ihre Sprache zu geben, und im Sinne der Salutogenese (Antonovsky, 1997) den Körper als Ressource zu entdecken.

Insbesondere für diejenigen, die sich von ihrem Körper entfremdet fühlen, wie es bei schweren Traumata der Fall ist, empfehlen Chodorow (1991) und andere Jungianische Tanz- und BewegungspsychotherapeutInnen „Authentic Movement“, die bewegungsorientierte Anwendung der Jungianischen Methode der „Aktiven Imagination“. Die kreative Methode gibt

sowohl dem bewussten, als auch dem unbewussten Material, welches in Worten nicht aussprechbar ist, die Möglichkeit sich symbolisch im Raum darzustellen. „Authentic Movement“ wird in der Einzel- wie auch in der Gruppenarbeit angewandt. Methodisch-technisch wird üblicherweise die/der KlientIn zum „mover“ und die/der TherapeutIn zum „witness“. Nach einer gemeinsamen Aufwärmphase tritt die/der „witness“ zurück, während die/der „mover“ einen Ort für sich selbst findet, die Augen schließt und auf einen Bewegungsimpuls wartet. Die anfängliche Aufgabe vom „witness“ ist es, der/dem „mover“ Aufmerksamkeit zu schenken und sie/ihn als eine Projektionsfläche zu betrachten. Nach dem Bewegungsprozess der zehn, zwanzig, dreißig oder mehr Minuten dauern kann, kommen „mover“ und „witness“ wieder zusammen und tauschen sich über ihre Erfahrungen aus. Eine Grundregel dabei ist, dass die Art und Weise des Austausches und der Reflexion von beiden selbst bestimmt wird. So kann dies über das Verbale, aber auch durch Schreiben eines Tagebuches, durch Zeichnen oder Malen oder durch stille Reflexion erfolgen. Die enge Verflechtung von eigenem Erleben und Miterleben in dieser Arbeit öffnet das Bewusstsein für die zur Verfügung stehenden psychischen Ressourcen.

Es sollte angemerkt werden, dass „Authentic Movement“ für bestimmte Menschen möglicherweise nicht hilfreich, wenn nicht sogar schädlich ist. Die Berührung von tief verankerten Emotionen und Erinnerungen in Form von Bildern oder Fantasien durch körperlich gefühlte Erfahrungen könnte

überfordernd sein und zu weiterem dissoziativen Verhalten führen. Wie Leventhal und Chang (1991) berichten, müssen schwer traumatisierte Menschen, wie die in den Fallstudien beschriebenen Frauen, zuerst auf einer Ego-Achse stabilisiert werden, bevor sie bereit sind in der Tiefe zu arbeiten. Jung (1934, 1950) warnte davor, mit psychotischen Patienten zu arbeiten, da psychotische Ideen, im Gegensatz zu neurotischen Inhalten, nicht integriert werden können. Sie bleiben "unerreichbar und könnten das Ego überschwemmen; ihre Natur ist rätselhaft" (CW9i, Absatz 495).

Die traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie (DMT) greift bewährte Elemente anderer Trauma-Therapien auf (z. B. Stabilisierung durch Imaginationsübungen nach Reddemann und ressourcenorientiertes, verbales Hervorheben von gelungener Lebensbewältigung und -gestaltung) und integriert tiefenpsychologisch fundierte Theorien. Darüber hinaus nutzt die DMT Ressourcen des Körpers und bezieht ihn damit auch explizit in die „Haupttherapie“ ein. Es geht dabei nicht um das Wiedererleben traumatischer Erinnerungen mit allen Sinnen, sondern um den schonenden Umgang mit Körperreaktionen auf sog. Trigger und das Erlernen von Ich-stärkenden Modulationen. Dieser therapeutische Prozess wird sowohl durch körperorientierte, als auch durch verbale Interventionen gefördert. Die Tanz- und Bewegungstherapie greift das anerkannt multi-modale Feld der Trauma-Therapie auf und erweitert den therapeutischen Prozess mit dem eigenen körperbetonten Vorgehen. Damit ist eine neue Qualität

in der Behandlung von Symptomen nach Traumata erreicht, auf die anhand des Beispiels der angekündigten Praxisforschung näher eingegangen werden soll.

Im Verständnis, dass Bewegung das kommunikative Medium von inneren und äußeren Prozessen darstellt, ist das Verstehen dieser 'Sprache' durch Bewegungsbeobachtung und -analyse für Tanz- und BewegungstherapeutInnen von immanenter Bedeutung. Aufbauend auf der bewegungsanalytischen Theorie von Laban (LMA: Laban Movement Analysis) gibt es heute eine Reihe von komplexen Bewegungsbeobachtungssystemen (Bartenieff & Lewis, 1980; Kestenberg Amighi et al., 1999; Davis, 1988; Lamb & Watson, 1979; Cohen, 1993). Eine Analyse von Bewegungssequenzen kann Aufschluss geben über neurophysiologische und psychologische Prozesse innerhalb eines kulturellen/sozialen Kontextes. Diese können für die Diagnostik als auch Intervention genutzt werden. In Kapitel 6.4.2 wird im Rahmen der Methodendarstellung die Bewegungsanalyse als Instrument näher erläutert.

Zu dem Thema „Gewalt“ liegen in der Tanz- und Bewegungstherapie, wie auch in anderen versorgenden Disziplinen, bisher keine kontrollierten Therapiestudien vor. Es gibt jedoch vor allem im angloamerikanischen Raum eine Vielzahl an kasuistischen Veröffentlichungen. Erwähnt seien zum Beispiel die Arbeit mit Opfern von häuslicher Gewalt (vgl. Leventhal & Chang, 1991, 1995; Moore, 2006a, 2006b; Moore-

Schmeil, 2001; Moore et al., 2006; Moore & Schaub, 2006), von sexueller Gewalt (vgl. Meekums, 1999), von Folter und organisierter Gewalt (vgl. Gray, 2001; Callaghan, 1993, 1996, 1998), als auch mit durch Gewalt psychiatrisch erkrankten Frauen und Kindern (vgl. Stanton-Jones, 1992; Liebowitz, 1992; Bernstein, 1995; Harvey, 1995; Siegel et al., 1997). Hier in Deutschland werden zunehmend Tanz- und Bewegungstherapeuten in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken zur Trauma-Therapie von Gewaltopfern herangezogen (Eberhard, 2005; Van den Boom, 2005; Otte-Unger, 2004; BTG, 2002; Schmeißer & Feldkamp-Zylka, 2002), da die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen Gewalteinwirkung und Körperlichkeit, zwischen Gewalterleben und Körperlichkeit und zwischen psychischer und physischer Gesundheit immer deutlicher wird.

6 Tanz- und Bewegungspsychotherapie im Forschungsprojekt „KUKT: Therapie- und Beratungsnetzwerk für von häuslicher Gewalt betroffener Frauen und Kinder“

Wie bereits erwähnt haben Projekte im Rahmen der gesundheitlichen und gesellschaftspolitischen Versorgung für von Gewalt Betroffene eine zentrale Bedeutung. Sie schaffen Öffentlichkeit für die Problematik, tragen zur Enttabuisierung bei, helfen die Isolation betroffener Frauen und Kinder zu durchbrechen und bieten Unterstützung an. Empowerment, Ressourcenorientierung und die Stärkung der Selbsthilfepotenziale bilden zentrale Arbeitsprinzipien. Ausgehend von einer gründlichen Kenntnis der spezifischen Problematik und der Situation der Betroffenen können Projekte dieser Art Beratung und Schutz anbieten.

Bislang gab es in Deutschland kein Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt, das Beratung, Öffentlichkeitsarbeit und tiefenpsychologisch fundierte tanz- und bewegungspsychotherapeutische Versorgung gemeinsam als Präventions- und Interventionsansatz nutzt. Ausgehend von den Forschungserkenntnissen bezüglich der gesundheitlichen und gesellschaftspolitischen Auswirkungen von häuslicher Gewalt (siehe Kap. 1), schien ein derartiges Projekt allerdings dringend angeraten. Aus diesen Erkenntnissen heraus

entstand zwischen Oktober 2002 und November 2004³ an der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven das "Netzwerkprojekt für von häuslicher Gewalt betroffene Frauen und Kinder: KUKT", das maßgeblich von der Arbeitsgemeinschaft für Innovative Projekte (AGIP) beim Ministerium für Wissenschaft und Kultur des Landes Niedersachsen finanziert wurde. Im Bereich der Versorgung bietet das Projekt sowohl umfangreiche interdisziplinäre Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit als auch traumazentrierte therapeutische und beraterische Angebote an.

Das Projekt kommt somit den Forderungen der Bundesregierung nach gezielten Fortbildungen in den betroffenen Fachbereichen, nach dem Einsatz spezialisierter Fachleute sowie nach institutionalisierten Kooperationsformen zwischen den beteiligten Institutionen und Projekten nach (BMFSFJ, 1999). Des weiteren begegnet dieses Projekt dem bereits erwähnten Versorgungsmangel an frauenspezifischen Angeboten in therapeutischen Einrichtungen, an geschützten Räumen für gewaltbetroffene Patientinnen und an spezifischen Therapieformen für traumatisierte Frauen (Hellbernd & Wieners, 2002). Und schließlich wird die Effektivität und der Nutzen tiefenpsychologisch fundierter Tanz- und Bewegungstherapie als Therapieform mit traumatisierten Menschen überprüft. Die Notwendigkeit dieser Überprüfung

³ Die Laufzeit des Projektes betrug laut Bewilligung 24 Monate. Es kam im Herbst 2004 zu einer kostenneutralen Verlängerung, die der abschließenden Auswertung und Zusammenfassung der Ergebnisse diente.

erklärt sich nicht nur aus der geringen Zahl der kontrollierten Therapiestudien, sondern auch aus der bereits erwähnten mangelhaften Vorbereitung bestehender Therapieformen auf die 'Sprachlosigkeit' und mit den meist körperlich manifestierten Beschwerdebildern von Gewaltopfern umzugehen. Der einzigartige Ansatz dieser Therapieform, verbale und nonverbale Interaktionen mit einem tiefenpsychologischen Verständnis zu vereinen, könnte Gewaltopfern eine entscheidende Hilfestütze sein (vgl. Kapitel 5.2).

6.1 Ziele und forschungsleitende Annahmen des Forschungsprojektes

Das erste Ziel, das im Mittelpunkt des Projektes steht, ist von Gewalt betroffenen Frauen und Kindern mit einer interdisziplinären Interventionsstruktur adäquate und Erfolg versprechende Hilfe und Unterstützung anzubieten. Diese Struktur in Form eines interdisziplinären Netzwerkes soll dabei zwei Aufträge erfüllen:

Erstens soll sie Gewaltopfern direkten und umfassenden Schutz und bedarfsgerechte Versorgung durch koordiniertes Vorgehen aller beteiligten Einrichtungen geben. Dadurch wird die Zugänglichkeit der Hilfen für die Betroffenen deutlich erhöht. Zweitens soll sie mittels Fortbildungsangeboten zum Thema 'Gewalt' zur psychosozialen Edukation der Bevölkerung und damit zu einer Enttabuisierung des Mythos *Häusliche Gewalt* beitragen. Die Untersuchung soll zeigen, dass eine Einbettung dieses Modellprojektes in die

Versorgungsstruktur sowohl einen Gewinn für die betroffenen Frauen darstellt als auch bestehende Ressourcen durch die Vernetzung effektiver nutzt und bündelt.

Die zweite Annahme dieser Untersuchung, und Gegenstand dieser Arbeit, basiert auf zunehmenden Erkenntnissen der Trauma-Forschung. Die herkömmliche Dichotomie zwischen Körper und Geist auflösend, werden die Wechselwirkungen zwischen psychischem und physischem Befinden anerkannt und Versuche unternommen, die Folgen von Gewalt in seinen somatischen, psychosomatischen und psychischen Manifestationen zusammenhängend zu betrachten. Trotz dieser Erkenntnisse gibt es wenig therapeutische Ansätze, die die Auswirkungen von Gewalt auf Körper und Geist berücksichtigen und die beide Aspekte des Menschen in der Arbeit mit einbezieht. In dem herkömmlichen therapeutischen Umgang mit Gewaltbetroffenen macht sich häufig eine Hilflosigkeit und Ratlosigkeit breit, vor allem wenn betroffene Opfer nicht über ihre Gewalterfahrungen sprechen können. Dies wiederum trägt bei missbrauchten Frauen und Kindern zu Resignation, Hilflosigkeit, Isolation und Gefühlen der Schuld und Wertlosigkeit bei.

Aus dieser Annahme ergibt sich die zweite Zielvorstellung dieses Projekts, mit Hilfe der tiefenpsychologisch fundierten Tanz- und Bewegungstherapie zu zeigen, dass eine umfassende therapeutische Herangehensweise betroffenen

Frauen und Kindern effektive Alternativen in der Bewältigung ihrer traumatischen Erlebnisse anbietet.

Die genannten Ziele können nicht losgelöst von den regionalen Gegebenheiten gesehen werden, in denen das Projekt etabliert wurde. Daher ist eine kurze Beschreibung der regionalen Gegebenheiten Ostfrieslands in Bezug auf die Versorgungsstruktur notwendig, um dann forschungsleitende Hypothesen vorzustellen.

Für den Bereich Ostfriesland gibt es seit 1999 eine Runden Tisch, an dem ein- bis zweimal jährlich, auf freiwilliger Basis, Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens, der Polizei, der Politik, der Justiz, der Frauenhäuser sowie Frauenbeauftragte an Verbesserungen der Unterstützungsangebote gegen häusliche Gewalt arbeiten. Zusätzlich zu den sozialen Diensten und Frauenanlaufstellen gibt es vier Frauenhäuser⁴. Während des Projektzeitraumes gab es zwei für drei Jahre vom Land Niedersachsen geförderte Beratungs- und Interventionsstellen gegen häusliche Gewalt (BISS). Diese, mit 22.5 Stunden/Woche in Aurich und Emden besetzten Stellen, waren für die Landkreise Aurich und Wittmund bzw. für die Stadt Emden und dem Landkreis Leer zuständig. Ihre Aufgaben lagen im Bereich der (meist telephonischen) Beratung von akut

⁴ das Frauenhaus des DRK Aurich, das Frauenhaus Emden, das Frauenhaus Leer und das Frauenhaus Wittmund

betroffenen Frauen und Kindern, als auch in der Koordination von Unterstützungsangeboten. In der Stadt Emden gibt es seit 2001 ein Mediationsbüro der Volkshochschule Emden e.V. im Bereich des Täter-Opfer-Ausgleichs. Die Stadt Norden und ihre vorgelagerten Inseln Juist, Norderney und Baltrum, mit einem Einzugsgebiet von ca. 40.000 Einwohner, hat eine Vielfalt an Unterstützungsleistungen (ärztliche und therapeutische Hilfen, Kinderschutzbund, soziale Dienste, Frauenbeauftragte, etc.), die allerdings in keiner Weise miteinander verknüpft sind. Des Weiteren gibt es keine spezielle Anlaufstelle, in der Opfer häuslicher Gewalt die Kombination aus Beratung und therapeutische Unterstützung bekommen können. Betroffene Frauen und Kinder müssen in die nächste, 30 km entfernte Kreisstadt fahren, um bedarfsgerechte Hilfe zu bekommen, was für viele unzumutbar ist. Belastend wirken sich auch die langen Wartelisten der niedergelassenen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf den Kreislauf der Gewalt aus, da hilfesuchenden Frauen und Kinder nicht rechtzeitig und schnell genug geholfen werden kann. So bleiben viele Betroffene, die durch die Gewalterfahrungen bereits in sozialer Isolation leben, in ihrer gewalttätigen, wenngleich vertrauten Umgebung.

6.2 Fragestellungen der Untersuchung im Forschungsprojekt

Um eine möglichst effektive Umsetzung dieses Projektes und damit eine langfristige Implementierung einer solchen Versorgungsstruktur zu erreichen, wird ein offenes

Evaluationskonzept verwendet. Es wird daher nicht hypothesenprüfend vorgegangen, sondern hypothesengewinnend. Hauptfragestellungen sind:

1. Kann der in der Literatur beschriebene und häufig beobachtete Gewaltkreislauf durch engmaschige Unterstützung durchbrochen werden und somit somatische, psychosomatische, psychische und soziale Folgen der Gewalt verbessert werden?
2. Wie kann die Enttabuisierung des Themas häusliche Gewalt in der Öffentlichkeit zu einer Verbesserung der Situation betroffener Gewaltopfer beitragen?
3. Wie werden die Kooperationsmaßnahmen vom Helfersystem als auch von betroffenen Frauen und Kindern wahrgenommen?
4. Wie ist die subjektive Wahrnehmung von Gewalt und Kontrolle aus der Sicht Betroffener?
5. Wie können Empowerment, Selbstbestimmung und innere Ressourcen (Selbsthilfepotentiale) der betroffenen Frauen und Kinder gestärkt werden?
6. Wie effektiv ist die tiefenpsychologisch fundierte Tanz- und Bewegungstherapie im Umgang mit Traumata?

Vor dem obigen Hintergrund ergeben sich für die Untersuchung des Projektes zwei forschungsleitende Hypothesen:

- Der bei häuslicher Gewalt häufig erlebte 'Gewaltkreislauf' mit gesundheitlichen und sozialen Folgen kann durch eine engmaschige, örtlich angebundene Versorgungsstruktur in

Form einer interdisziplinären Kooperation durchbrochen werden.

- Tiefenpsychologisch fundierte Tanz- und Bewegungstherapie kann zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Folgen beitragen, indem sie durch verbale und nonverbale Interventionen die Selbsthilfepotenziale betroffener Gewaltopfer weckt und stärkt.

6.3 Das Praxisforschungsprojekt

Die Implementierung des Therapie- und Beratungsnetzwerkes KUKT begann bereits ein halbes Jahr vor dem offiziellen Forschungsbeginn im Oktober 2002. Ausgehend von den Erfahrungen der später im Projekt tätigen Therapeutin, die bereits seit Jahren auf dem Gebiet der *Häuslichen Gewalt* arbeitet, wurde ein Forschungsantrag an die Arbeitsgruppe für Innovative Projekte beim Ministerium für Wissenschaft und Kultur (AGIP) des Landes Niedersachsen gestellt. Wichtig in der Antragsstellung war es nachzuweisen, dass das Versorgungssystem an dem Projektvorhaben interessiert ist, und mindestens vier Kooperationspartner bzw. -partnerinnen für die Zusammenarbeit geworben werden können. Zum Zeitpunkt der Antragstellung konnte bereits die Stadt Norden als eine tragfähige Partnerin gewonnen werden. Nach langen, und zeitweilig schwierigen, Verhandlungen stellte die Stadt Norden ein Haus für die Therapie- und Beratungsstelle mietfrei zur Verfügung und renovierte dies auf eigene Kosten nach den Wünschen des Projektes. Bei der anschließenden Antragsstellung konnten 12 Kooperationspartner und –

partnerinnen aus den unterschiedlichsten Bereichen angegeben werden. Dem Antrag wurde von der AGIP stattgegeben. Das Projekt begann am 1.10.2002 mit der Arbeit.

Nach einer viermonatigen Vorlaufzeit, die v. a. der zusätzlichen Personal-, Sachmittelbeschaffung und der Vorbereitung für die Implementierung des Praxisprojektes diente, konnte das Therapie- und Beratungszentrum (KUKT) in Norden eröffnet werden.

Die Personalstruktur des Projektes und die Arbeitsschwerpunkte des Projektteams waren wie folgt

(Tab. 1):

Mitarbeiterinnen	Arbeitsschwerpunkte
Professorin für Gesundheitswissenschaften	Projektleitung und wissenschaftliche Begleitung
Psychologin, analyt. Tanz- und Körperpsychotherapeutin	Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Projektes, Co-Leitung, wiss. Begleitung und Projektorganisation, Tanz- und Bewegungspsychotherapie
3 Sozialarbeiterinnen/-pädagoginnen	Beratung, Ergebnisdokumentation und Auswertung
Psychologin, staatl. anerkannte Erzieherin	Gesprächskreis
3 Studentinnen der Sozialarbeit/-pädagogik	Studentische Hilfskraft, Unterstützung bei der Organisation, Literaturdokumentation & Literaturrecherche
Studentin des Sozialmanagement	Praxissemesterstudentin, Unterstützung bei der Verstetigung des Projektes
Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Psychotherapie, Supervisor (DGSv)	Supervision des KUKT-Teams und Moderation der Netzwerktreffen

Tabelle 1: Personalstruktur und Arbeitsschwerpunkte des Projektteams

Die Therapie- und Beratungsstelle *KUKT* befand sich in zentraler Lage in der Stadt Norden. Die Räumlichkeiten des unter Denkmalschutz stehenden, zweigeschossigen Hauses umfassten zwei Beratungszimmer, einen großen Therapieraum, eine Küche, zwei Badezimmer, zwei Arbeitszimmer (Personal). Der Einrichtung stand auch ein kleiner Gartenanteil zur Verfügung, der durch tatkräftige und monetäre Spenden des Round Table Norden und der KVHS Norden mit einer kleinen Terrasse und einem Sichtschutz versehen wurde.

Die Angebote der Einrichtung (Beratung, Therapie, Gesprächskreis, Kinderbetreuung) fanden grundsätzlich im Hause statt (kein aufsuchender Dienst). In seltenen, begründbaren Fällen konnte ein Erstgespräch (Therapie, Beratung) jedoch auch in einer anderen Einrichtung erfolgen. Die Beratungs- und Therapiearbeit wurde während der Praxisphase monatlich supervidiert. Zusätzlich gab es jede Woche interne Teamsitzungen. Alle zwei Monate fanden kostenfreie interne Teamfortbildungen zu Fachfragen statt. Die Öffnungszeiten waren wie folgt: Montag-Freitag 10.00 –12.00 Uhr, Montag & Dienstag 14.00-18.00 Uhr, Mittwoch 13.00-15.00 Uhr, Donnerstag 13.00-16.00 Uhr.

Die Grundlage des Projektverständnisses bei *KUKT* war, wie bereits in Kap. 1 beschrieben, die Entwicklung und Verstetigung eines umfassenden und ineinander greifenden Unterstützungssystems. Die vom Bund finanzierten Projekte

wie S.I.G.N.A.L. und BIG sowie Studien aus dem Ausland (Kavemann et al., 2001) haben die Notwendigkeit eines umfassenden interdisziplinären Netzwerkes für die effiziente Unterstützung von Gewalt betroffenen Menschen nachgewiesen. Dennoch fehlte in all den bisherigen Projekten die Verknüpfung von einem internen multidisziplinären Angebot in Form von Therapie und Beratung und externer interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem bereits bestehenden Helfersystem. Indem KUKT Therapie und Beratung in einem Haus anbot und die interdisziplinäre Vernetzung mit dem bestehenden Helfersystem förderte wurde KUKT zu einem einzigartigen Modellprojekt in Deutschland. Wie bereits in Kap. 1 beschrieben, baute sich das Praxisprojekt auf den vier Säulen *Beratung, Therapie, Netzwerk* und *Öffentlichkeitsarbeit* auf.

6.4 Methoden

6.4.1 Zielgruppen und Untersuchungsinventar der Tanz- und Bewegungspsychotherapie

Da sich diese Arbeit schwerpunktmäßig mit der Tanz- und Bewegungspsychotherapie befasst, soll an dieser Stelle nicht das Vorgehen bezüglich der Überprüfung sämtlicher Hypothesen erläutert werden. Dies kann bei Interesse im Endbericht des Projektes nachgelesen werden (Fachhochschule OOW, 2004).

Die Zielgruppe in diesem Modellprojekt umfasste Frauen, Jugendliche und Kinder, die an häuslicher Gewalt leiden. Dabei

erfolgten keine Einschränkungen bezüglich Alter, Jahre und Schweregrad der Gewalterfahrung, Religion oder ethnischer Zugehörigkeit. Da es sich um ein ambulant arbeitendes Projekt handelte, konnten nicht Menschen mit einer akuten Psychose in das Projekt einbezogen werden. In sechs Fällen kamen auch Männer in das Projekt. Es handelte sich hierbei sowohl um junge Männer, die an der Grenze zum Erwachsenenalter standen als auch um begleitende, nicht gewalttätige Familienmitglieder.

Die Forschungsziele wurden im Sinne der methodologischen Triangulation (Denzin, 1978; Flick, 1991) in Form einer Querschnittsstudie sowohl qualitativ als auch quantitativ untersucht, um die Validität der Forschungen zu maximieren. Aufgrund des Forschungsziels ergänzten sich qualitative und quantitative Methoden, um den Prozess und das Ergebnis der Implementierung in seiner Vielschichtigkeit nachzeichnen zu können. Hierbei waren die qualitativen Methoden von einem symbolisch interaktionistischen (Harré, 1991; in Flick, 1991) und konstruktivistischen (Flick, 1991) Ansatz geprägt.

Für die Überprüfung der forschungsleitenden Hypothesen in Bezug auf die Effektivität der Tanz- und Bewegungspsychotherapie wurden folgende Betrachtungsebenen eingenommen:

- Auswertung der standardisierten psychologischer Tests *Beck-Depressions-Inventar* (BDI) (Beck & Steer, 1995) und *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1992; Franke, 1995),

- Erfassung von Therapieverläufen in der tiefenpsychologisch fundierten Tanz- und Bewegungstherapie mittels der Therapiesitzungsprotokolle und deren Evaluation,
- Bewegungsanalyse aller an der tiefenpsychologisch fundierten Tanz- und Bewegungstherapie teilnehmenden Frauen und Kinder (s. Kap. 6.4.2),
- komparative Analyse der mittels Tests, Bewegungsanalyse, Fragebögen, Interviews und Gespräche ermittelten Daten hinsichtlich der Fragestellung, ob die Teilnahme an der Tanz- und Bewegungstherapie eine signifikante Verbesserung der Selbsthilfepotenziale und des Empowerment betroffener Frauen bewirkte.
- Fallstudien (s. Kap. 6.4.3)

Bei der Dokumentation und Auswertung klientInnenbezogener Daten wurden grundsätzlich die Richtlinien des Datenschutzes berücksichtigt, so dass keine Rückschlüsse auf die/den Einzelne/n möglich sind. Für die Arbeit mit den KooperationspartnerInnen und dem Team war es unerlässlich, dass die Frauen eine Schweigepflichtsentbindung unterzeichneten. Das Projektteam und die Kooperationspartner und -partnerinnen unterlagen ihrerseits der Schweigepflicht.

Die Erhebung der Anamnese der Frauen und Kinder, die die Angebote des Projektes in Anspruch nahmen (Biographie, Krankheitsverlauf, Gewaltverlauf, sozio-kulturelles Umfeld,

Selbsteinschätzung hinsichtlich der eigenen Ressourcen und Potenziale), war wesentlicher Bestandteil der Erstkontakte.

Für die Analyse der Effektivität der Tanz- und Bewegungstherapie sollten gemäß Antragsstellung die Frauen in zwei Gruppen geteilt werden. Die Frauen, die nur die Beratung und einen Gesprächskreis in Anspruch nahmen, sollten die *Kontrollgruppe* bilden. Die Frauen, die darüber hinaus an dem tanz- und bewegungstherapeutischen Angebot teilnahmen, sollten der so genannten *Fallgruppe* angehören. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl im Gesprächskreis und dem zu vernachlässigenden Rücklauf der Fragebögen zum Gesprächskreis und der Tests (N=1), konnte der Tanz- und Bewegungstherapie keine Kontrollgruppe gegenüber gestellt werden.

Zum Zeitpunkt der Antragsstellung war geplant, nur die Daten von Klientinnen und einfließen zu lassen, die mindestens drei Monate (entspricht einer Kurzzeittherapie) am Projekt beteiligt waren (regelmäßige Teilnahme vorausgesetzt) und mindestens 1x wöchentlich tiefenpsychologisch fundierte Tanz- und Bewegungstherapie (Einzel oder Gruppe) in Anspruch nahmen. Die Realität der Beratungs- bzw. Therapieverläufe forderte eine Veränderung dieser Planung. Etwa die Hälfte der Klientinnen, die zur Therapie überwiesen worden waren, brachen nach ein bis acht Sitzungen ab. Es erschien überaus wichtig, auch dieses Phänomen zu betrachten und in die Auswertung mit einzubeziehen. Somit

wurden alle Daten erfasst, wenngleich nicht alle Verläufe der Beratungen und Therapien umfassend dokumentiert werden konnten. Mit nur etwa der Hälfte bis zwei Drittel der Klientinnen konnten Interviews durchgeführt bzw. Fragebögen ausgefüllt werden.

6.4.2 Bewegungsanalyse

Die Therapiesitzungen wurden von einer tiefenpsychologisch fundierten Tanz- und Bewegungspsychotherapeutin geleitet und mithilfe von Protokollen dokumentiert. Ursprünglich geplante Videoaufnahmen einzelner Sitzungen konnten nicht gemacht werden, da die Klientinnen einhellig das filmische Aufzeichnen ihrer Arbeit ablehnten. Die Bewegungsanalysen entstanden aus den Sitzungsprotokollen der Therapeutin. Sie basieren auf der Laban-Bewegungsanalyse (Laban Movement Analysis, LMA) und integrieren zwei erweiterte Modelle der Bewegungsbeobachtung. Diese sind die Systeme 'BESS' (Bartenieff & Lewis, 1980) und 'Kestenberg Movement Profile' (KMP) (Kestenberg Amighi et al., 1999), welche beide für die Beobachtung eines Individuums als auch einer Gruppe geeignet sind. Sowohl ein tiefenpsychologisch fundiertes als auch ein traumazentriertes Verständnis beeinflussten die Interpretationen der beobachteten Bewegungselemente. Da die Aufzeichnungen nur von der Therapeutin und nicht von unabhängigen Ratern (BewegungsanalytikerInnen) untersucht wurden, können die Ergebnisse nicht als quantitativ valide oder reliabel bezeichnet werden, sondern müssen als qualitative

Bewegungsstudien einer subjektiv erlebten Beziehung verstanden werden.

Über den Verlauf der gesamten Therapie wurde bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Analyse der Bewegungen im inneren und äußeren drei-dimensionalen Raum gemacht. Dies bedeutet, dass intra- und interpersonelle Bewegungen beobachtet und zu Zwecken der Diagnostik, der Interventionen und des Arbeitsbündnisses bewertet wurden. Die Bewegungsbeobachtungskategorien des Systems BESS (Bartenieff & Lewis, 1980) können in vier Sparten unterteilt werden:

- **Body** = Körperteilanwendung
- **Effort** = Bewegungsantrieb
- **Shape** = Körperformen
- **Space** = Raumorientierung

In der Kategorie *Body* wird u. a. beobachtet, wie die einzelnen Körperteile zueinander in Verbindung stehen, welche in Bewegung sind und welche gehalten werden, und welche Teile die Bewegung initiieren. Durch die Bewegungssequenz wird untersucht, ob Bewegungen sich überwiegend simultan, sukzessiv oder sequenziell ausdehnen. Ferner wird beobachtet, welche entwicklungsmotorischen Präferenzen vorliegen (spinal, homolog, homolateral, contralateral). Die Ausdehnung des Atems wird nach Positionen „eins“ (hoch) bis „drei“ (tiefes Becken) beschrieben. In der Kategorie *Effort*

werden Bewegungen in Bezug zu den Faktoren Raum, Zeit, Gewicht bzw. Schwerkraft und Bewegungsfluss in Beziehung gesetzt. Die Frage, die sich dabei stellt ist, welche "Motivation" bzw. welcher innerer Impuls die Bewegung auslöst. Die Bewegungsantriebe sind in Polaritäten zwischen ankämpfend ("fighting") und erspürend ("indulging") dargestellt (Tab. 2):

Bewegungsantrieb	Einstellung	
	Erspürend („indulging“)	Ankämpfend („fighting“)
Fluss („flow“)	frei („free“)	gebunden („bound“)
Gewicht/Schwerkraft („weight“)	zart/leicht („light“)	fest/kräftig („strong“)
Zeit („time“)	allmählich („slow/gradual“)	plötzlich (quick/sudden“)
Raum („space“)	indirekt/flexibel („indirect“)	direkt („direct“)

Tabelle 2: Laban Bewegungsantriebe („Efforts“) (aus Klein, 1998)

Die Kategorie *Shape* untersucht die Art und Weise, wie sich der Körper im Raum formt, und welchen Veränderungen der Formfluss („Shape Flow“ = das atembedingte Wachsen und Schließen von Körperformen) im inneren und äußeren dreidimensionalen Raum unterlegen ist. „Wachsende“ Körperformen führen eher zu Gefühlen von Vertrautheit und Wohlbefinden und öffnen den Körper für seine Umwelt. „Sich schließende“ Körperformen bewirken eher Gefühle von Unwohlsein und verschließen den Körper vor der Umwelt (Kestenberg Amighi et al, 1999). Der Formfluss spiegelt integrale Aspekte der von Winnicott (1971) beschriebenen „haltenden Umgebung“ („holding environment“) wider und kann

Rückschlüsse über (frühkindliche) zwischenmenschliche Erfahrungen geben. Für diese Arbeit ist vor allem auf die Beschreibung der körperorientierten Formen geachtet worden ("Shaping"), insbesondere auf das „Bipolar Shaping“, das im Kestenberg Movement Profile genutzt wird (Kestenberg Amighi et al., 1999) (s. unten). In der letzten Kategorie *Space* wird beobachtet, wie die räumliche Orientierung des Menschen in Bezug auf räumliche Klarheit oder Diffusität ist. Hierunter fallen die Benennung der Kinesphäre (dies ist der drei-dimensionale Raum, der im Stand erreichbar ist = „reach space“), sowie die bevorzugte Nutzung der Raumformen, Ebenen und Raumwege.

Das **Kestenberg Movement Profile** (KMP) (Kestenberg Amighi et al., 1999) enthält eine Reihe an zusätzlichen analytischen Beobachtungskategorien, die vor allem im klinischen, analytischen Setting von diagnostischer Bedeutung sind. Die Auswertung der einzelnen Faktoren erfordert viel Akribie, deren Vollständigkeit nur durch genaue Videoaufnahmen zu gewährleisten ist. Für dieses Projekt war es, wie bereits erwähnt, nicht möglich Videoaufnahmen der Sitzungen zu machen. Daher wurden für die Bewegungsanalyse lediglich die Aspekte des KMP verwendet, die in Protokollen memorisiert werden konnten. Diese Aspekte waren eine Untersuchung der Kategorie Bipolarer Formfluss ("Bipolar Shaping") und der entwicklungsorientierten (Muskel-) Spannungflussrhythmen ("Tension flow rhythms"). Der *bipolare Formfluss* beschreibt das Wachsen („growing“) und

Zusammenziehen („shrinking“) der drei Körperachsen in ihren Symmetrien. Ein allgemeines Ziel der Bewegungstherapie ist die Förderung eines symmetrischen bipolaren Formflusses, da dieser für psychische Stabilität und einem inneren Gefühl von Ausgewogenheit steht. Differenzierte Ziele können für die einzelnen Achsen formuliert werden, wenn sie in Relation zu ihrer jeweiligen Bedeutung in der psychomotorischen Entwicklung gesetzt werden (Tab 3):

Achse/ Dimension	Bewegungselemente	Entwicklung Lebensjahr	Ziele
Horizontal	weiten/dehnen – eng werden („widening – narrowing“)	1.	Aufmerksamkeit, Erforschung, Kommunikation Basis von Vertrauen
Vertikal	lang werden – kurz werden („lengthening – shortening“)	2.	Absicht, Präsentation, Evaluation, Konfrontation, Stabilität
Sagittal	anschwellen – hohl werden („bulging – hollowing“)	3.	Erwartung, Entscheidung, Handlung/Aktion

Tabelle 3: Die sechs Bewegungselemente des bipolaren Formflusses

Die *entwicklungsorientierten (Muskel-) Spannungsflussrhythmen* beschreiben sichtbare periodische Veränderungen in der Muskelspannung. Die Muskelspannung fluktuiert zwischen den zwei Grundspannungen des freien und des gebundenen Flusses, die sich in relativ ungehinderten Bewegungen (niedriger Muskeltonus) bzw. angespannten Bewegungen (hoher Muskeltonus) zeigen. Die Wechsel von frei zu gebunden und wieder zu frei unterliegen meist rhythmischen Mustern, die sich in ihrer Intensität, Länge und Uniformität des

Levels („curvature“) unterscheiden. Im KMP wird von zehn rhythmischen Mustern ausgegangen, die in Beziehung zu ihren spezifischen biologischen Funktionen als auch zu entwicklungspsychologischen, z. Tl. auch psychosexuellen Phasen gesetzt werden (Tab. 4).

Phase	Rhythmen	
	Erspürend („indulging“)	Ankämpfend („fighting“)
Oral	saugen („sucking“)	schnappen/beißen („snapping/biting“)
Anal	winden („twisting“)	anspannen/entspannen („strain/release“)
Urethral	rennen/driften („running/drifting“)	starten/stoppen („starting/stopping“)
Intra-Genital („inner genital“)	schwanken („swaying“)	drücken/gebären („surging/birthing“)
Extra-Genital („outer genital“)	hüpfen/springen („jumping“)	spurten/rammen („spurting/ramming“)

Tabelle 4: Die zehn Spannungsflussrhythmen und ihre Phasen

In jeder Subphase (*erspürend* bzw. *ankämpfend*)

- (1) werden jeweils eigene Körperhaltungen und –bewegungen sichtbar,
- (2) stehen spezifische Entwicklungsaufgaben im Vordergrund,
- (3) gibt es assoziierte rhythmische Muster und
- (4) gibt es spezifische kognitive und emotionale Korrelationen.

Grundsätzlich muss darauf geachtet werden, dass die Bewegungsbeobachtungen so neutral beschreibend wie möglich erfolgen. Wie Moore und Yamamoto (1988) erklären, gibt es keine eins-zu-eins Korrelation zwischen einer Bewegung und einer Bedeutung, oder zwischen einer Bedeutung und einer Bewegung, oder zwischen einer

Bedeutung und einer enkodierenden Bewegung. Bewegungsbeobachtung basiert auf jeweils eigenen Körpererfahrungen, auf dem Verständnis der persönlichen Geschichte und dem kulturellen Hintergrund, so dass die Interpretation einer Bewegung individuell unterschiedlich sein kann und muss.

6.4.3 Fallstudien und der Zusammenhang von Praxis, Theorie und Forschung

In dem weiten Feld der wissenschaftlichen Forschungsmethoden stellt sich die Frage, welche Form der Forschung für das komplexe Geschehen einer Psychotherapie angemessen ist und mit welcher Methode mehr über den Sinn und Nutzen einer bestimmten Psychotherapie zu erfahren ist, um so Praxeologien entwickeln zu können. Praxeologie soll hier als eine Lehre vom professionellen Handeln verstanden werden (Schaub, 2006). Psychotherapie stellt Hilfen zur Bearbeitung psychischer Problemlagen zur Verfügung. Das *Psychische* erweist sich dabei als ein vielschichtiger, komplexer und diffuser Gegenstand, um den herum sich die Psychotherapie auf unterschiedliche Weise entwickelt und die unterschiedlichsten Formen annimmt. Diese Uneinheitlichkeit und Vielschichtigkeit, vielleicht auch Widersprüchlichkeit der (Psychologie und) Psychotherapie gilt es nicht als Manko zu verstehen, sondern sie sind als *das* Markenzeichen und damit als *disziplinärer* und *professioneller* Kern der Psychotherapie zu sehen. Insofern kann es auch *keine universelle Praxeologie* der Psychotherapie geben. Vielmehr sind *viele Praxeologien* zu

entwickeln, die gemeinsame Nenner haben sowie Spezifika für die jeweiligen Aufgabenbereiche, Tätigkeitsfelder und Arbeitssituationen (Schaub, 2006). Es ist aufgrund des langjährigen Bestehens professioneller Psychotherapie anzunehmen, dass die verschiedenen Praxen in der Psychotherapie bereits über entwickelte, erprobte und bewährte Praxeologien verfügen, die in der Literatur immer noch gefordert werden. Schon relativ früh schrieb Laing: „Wir brauchen weniger Theorien als vielmehr Erfahrung, die Quelle der Theorie ist“ (Laing, 1967, S. 11). Dorfman (1996, S. 9) verwendet für dieses Phänomen im Zusammenhang mit „Beratung“ den Begriff „*practice wisdom*“, den sie als „*body of knowledge, primarily gleaned from clinical experience, that is transmitted by supervisors, peers and other experts*“ kennzeichnet. Möglicherweise wird *practice wisdom* nur nicht an die interessierte Fachöffentlichkeit transportiert. Zumindest ist nicht erkennbar, dass „reflektierte Praxis“ in diesem Sinne einen zentralen Platz in der Psychotherapieliteratur hat.

Die von Schön (1983) entwickelte „Epistemologie von Praxis“ stellt sich einer Praxis, die durch „*complexity, uncertainty, instability, uniqueness and value-conflict*“ (ibid.) gekennzeichnet ist, und die sich mit technischer Rationalität weder erfassen noch abbilden lässt. Sie trifft auch zentral den Typus psychotherapeutischer Praxis. Den Kern der Schön'schen „*epistemology of practice*“ (ibid.) bildet der Reflexionstypus des „*reflection-in-action*“ (ibid.), mit der Praktiker als „*reflective practitioners*“ zu Forschern im Hand-

lungsvollzug ihrer eigenen Praxis werden und Praxistheorien generieren, die permanent weiterentwickelt werden, ohne zu Theoriewissen zu erstarren, das für praktisches Handeln bedeutungslos ist:

„When someone reflects-in-action, he becomes a researcher in the practice context. He is not dependent on the categories of established theory and technique, but constructs a new theory of the unique case” (Schön, *ibid.*).

“Reflection-in-action“ stellt den Versuch dar, in einem Feld großer Unwägbarkeiten und Widersprüchlichkeiten mit ungewöhnlichen und überraschenden Situationen (neu) umzugehen, um Wege zu erkunden, über die sich (neue) Handlungsmöglichkeiten erschließen lassen. Im Kern geht es um eine Prozessspirale von verschiedenen Stufen der Wahrnehmung, des Handelns und der Überprüfung der Handlungen als eine kontinuierliche Problematisierung bzw. Evaluation von Praxis.

Diese Annahmen gelten für jeden „Einzelfall“ und sollen dessen wissenschaftliche Relevanz deutlich werden lassen. Die Praxen für jeden Einzelfall können zwar erfasst und reflektiert werden, indem Muster generiert werden, doch diese können nur dazu dienen, fallvergleichend und fallübergreifend Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu erkennen. Diese Muster lassen sich aber nicht in der gleichen Form zum gleichen Zweck wieder verwenden. „Praxis“ (und „Theorie“) wird immer wieder neu erzeugt, d. h. zwischen den Beteiligten

ausgehandelt und erfunden. Es gibt deshalb keine eindeutigen Handlungsanleitungen, auf die zurückgegriffen werden kann, um richtig zu handeln. Es können höchstens Orientierungshilfen gegeben werden. Praxishandeln in der Psychotherapie lässt sich nicht vollständig planen, allenfalls antizipieren, um dann im konkreten Fall doch ganz anders zu sein. Eine „*Praxeologie der Psychotherapie*“ hat somit die Eigenheit, dass sie keine allgemeinen und endgültigen Praxistheorien entwirft. Es kann nur gesagt werden, dass im besten Falle jeder Einzelfall seine eigene Praxeologie schafft. Diese ist fortlaufend zu überprüfen und weiterzuentwickeln (Schön, 1983; Müller, 2001; Ortmann & Schaub, 2004). Praxeologien sind als Versionen zu verstehen, die Orientierung geben und ein Sich-zurechtfinden im Hilfeprozess erleichtern.

Psychotherapieforschung nimmt es mit den Unwägbarkeiten von Praxis auf und kann damit nicht immer den Gütekriterien herkömmlicher Forschung (z. B. Reliabilität) entsprechen. Dennoch kommt sie zu verwertbaren Ergebnissen im Sinne *bestmöglicher Praxis und Hilfe*. Die Gültigkeit von Ergebnissen dieser Forschung muss sich in der Praxis beweisen. Es geht entsprechend den genannten Eigenheiten der „*Praxis*“ nicht darum, zu Ergebnissen zu kommen, die ein für allemal gültig sind. Vielmehr sind die Ergebnisse in der Praxis laufend zu überprüfen und fortzuschreiben. Der Prozesscharakter gilt deshalb nicht nur für die Praxis, sondern auch für die Forschung.

Entlang des interpretativen Paradigmas in der Soziologie sind verschiedene Ansätze und Verfahren qualitativer Sozialforschung entwickelt worden und etabliert (Flick et al., 2000; Lamneck, 1993a & 1993b), die sich als Vorlagen (Muster) eignen und in der Forschungspraxis der Psychotherapie zu neuen Forschungskonzepten weiterentwickelt werden können. Es handelt sich um *praxisorientiertes Forschen am Einzelfall*, an dem jeweils mehrere Personen beteiligt sind. Bekanntlich gibt es gegenüber der sog. Einzelfallforschung Vorbehalte, ihr wird von vielen Forschern nur ein heuristischer Wert zugestanden, während nur die experimentelle, empirisch-analytische Forschung als seriös gilt. Hier soll die Gelegenheit benutzt werden, synoptisch beide *gleichwertigen* Möglichkeiten nebeneinander zu stellen. Diese Synopse ist zum Verständnis der Forschungsstrategie geeignet und zeigt Vorzüge quantitativer und qualitativer Forschung (Schaub, 2000) (Tab. 5):

Naturwissenschaftlich orientiert (<i>'galileische Wissenschaft'</i>)	Humanwissenschaftlich orientiert (<i>'Indizienwissenschaft'</i>)
Jeder Vorgang ist reproduzierbar	Vorgänge sind einmalig
Isoliert Phänomene	Betrachtet das Ganze (System)
Objekt-Subjekt-Trennung bestimmt das Untersuchungsdesign; Subjekt-Objekt-Verständigungsprozesse und mögliche Beeinflussungen durch sie haben keine Bedeutung; Objektivierbarkeit von Daten	Aufhebung der Subjekt-Objekt-Spaltung; Subjekt-Subjekt-Verständigungsprozesse und Beeinflussungen sind auch Gegenstand der Untersuchung und strukturieren gemeinsam das Untersuchungsdesign; objektivierende und verständnisorientierte Einstellung

Verallgemeinerbarkeit bestimmt die Dignität der Wissenschaftlichkeit; die Einzelbeobachtung erfüllt nur dann wissenschaftliche Kriterien, wenn sie wiederholt werden kann; Verallgemeinerbarkeit sagt nicht unbedingt etwas über den Einzelfall aus (Durchschnittswerte, Signifikanzen etc.)	Jeder Einzelfall erfüllt die Anforderungen an die Dignität der Wissenschaftlichkeit; Verallgemeinerbarkeit ist nur auf komplizierte Weise und als 'annähernd' verallgemeinerbar darzustellen
Forschen = behandeln und messen; (vornehmlich) quantitative Forschungsmethoden; Kriterium der Objektivierbarkeit von Daten	Forschen = behandeln, verhandeln, aushandeln und rückmelden; (vornehmlich) qualitative Forschungsmethoden
Es gibt eine 'Wahrheit'	Es gibt viele, aber nicht unbegrenzt viele 'Wahrheiten'
Forschungs(Untersuchungs)-gegenstände werden verobjektiviert	Die an der Forschung (Untersuchung) beteiligten Menschen gestalten miteinander einen Verstehensprozess
Theorie und Praxis sind voneinander getrennt	Jeder Einzelfall reflektiert (im besten Falle) die verwendete eigene Praxeologie

Tabelle 5: Prinzipien quantitativer und qualitativer Forschung (Schaub, 2000)

Subjektsein bedeutet, dass Menschen lebendige Wesen sind, die „ein originäres und individuelles Zentrum einer eigenen, bewusst erlebten und verantwortlich gestalteten Welt“ (Schaupp, 2005, S. 26) sind. Subjekte erleben aus einer Innenperspektive, die von außen nicht unmittelbar zugänglich ist, sondern nur teilweise sprachlich-kommunikativ erschlossen werden kann. Subjektivität steht auch dafür, dass Menschen nicht abschließend empirisch erklärbar sind. Die Welt lässt sich nicht vollkommen verobjektivieren und versachlichen. Dies bedeutet, dass der *Einzelfall* in seiner Einzigartigkeit ein würdiger Gegenstand der Praxis und Forschung ist.

V. Uexküll (o. J.) kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Er postuliert für die Medizin die Bedeutung der Subjektivität auf folgende Weise: „...wir (müssen) unter Wissenschaft eine Denkweise verstehen, die auf Grund definierter Ordnungsprinzipien Zusammenhänge herstellt“. Das Ordnungsprinzip, auf das es ankomme, „ist die Ganzheit, die heute in dem Systembegriff definiert werden kann“ (v. Uexküll, o. J.). So sei Medizin eine „Indizienwissenschaft“, in der das *individuelle* Moment entscheidend sei und nicht eine „galileische Wissenschaft“, die nach dem Prinzip der mechanischen Kausalität aufgebaut sei (Ginzburg, 1983, in v. Uexküll, o. J.).

Der Autor bezeichnet die Medizin als eine der qualitativen Wissenschaften, „die das Individuelle an Fällen, Situationen und Dokumenten zum Gegenstand (hat), und die gerade deshalb zu Ergebnissen kommen, die einen Rest von Unsicherheit nie ganz vermeiden können“ (Ginzburg, 1983, S. 73, in v. Uexküll, o. J.). Es komme darauf an, ein „Paradigma zu erarbeiten, das sich auf die wissenschaftliche Erkenntnis des Individuellen stützt“ (ibid.). Diese Sichtweise erlaubt es, die Reflexion des *Einzelfalles* als Forschungsgegenstand zu nutzen und wissenschaftlich begründetes Vorgehen auf dieser Basis möglich zu machen. Ferner eröffnet diese Perspektive den Blick auf die *Ganzheit*, den Kontext als Ausdruck für die bedeutsamen Personen und Ereignisse, die den Einzelfall umgibt und auf diesen verändernd wirkt. Der *Fall* ist insofern ein Interaktionsgeschehen, an dem auch die Ereignisse

derjenigen Beziehungen eine Rolle spielen, in denen Ärzte oder Psychotherapeuten und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen mit dem Ziel, mehr Wohlergehen für den Patienten erreichen zu wollen, eine zentrale Bedeutung haben.

V. Uexküll (1998) weist auch darauf hin, dass die als Abbildungstheorie zu bezeichnende Grundannahme, die Forschung müsse etwas außerhalb vom Untersucher Existierendes möglichst unverfälscht abbilden, Untersucher und Zu-Untersuchender seien völlig getrennt voneinander, nicht mehr haltbar sei. Es ist nicht möglich, auf Grund von Beobachtungen ein von den Zielsetzungen und Konzepten des Beobachters unabhängiges Bild der Wirklichkeit zu gewinnen. Zwar existiert für beide eine Welt außerhalb ihrer Wahrnehmung. Sie wird aber von jedem als seine individuelle Wirklichkeit interpretiert.

Das beschriebene Zusammenwirken von Praxis, Theorie und Forschung kann dazu beitragen, den vielfach beklagten Nebel im Verständnis des Verhältnisses von Theorie und Praxis in der Psychotherapie aufzulösen (Schaub, 2006). Gleichzeitig ist es auf diesem Wege möglich, mehr Klarheit in der Frage zu gewinnen, wie sich die Psychotherapie als eigenständige Disziplin noch mehr konturieren kann, als dies bisher der Fall ist. Die berufliche Tätigkeit auf der Basis fallverstehender Praxis ist durch mehr *Qualität* ausgezeichnet. Gleichzeitig werden möglichen Effektivitäts- und Effizienzkriterien den ihnen angemessenen nachgeordneten

Standort zugewiesen, so dass diese Kriterien nicht aus sich selbst heraus als entscheidende Parameter für die Bewertung der Arbeit herangezogen werden müssen. Qualität in der Psychotherapie wird nicht nur vom *Wissen* bestimmt, sondern auch durch *Können* als kompetenter Umgang mit komplexen Situationen, in denen auch Unwägbarkeiten und Widersprüchlichkeiten eine dominierende Rolle spielen. Wenn Praxis, Theorie und Forschung in der Psychotherapie als zusammengehörig verstanden werden, können schlüssige Praxeologien entwickelt und fortgeschrieben werden, die dem Gegenstand und der Zielsetzung der Psychotherapie angemessen und damit nützlich sind. Fallverstehende Praxis und fallverstehende Forschung entsprechen sich (Schaub, 2006). Die vergleichende Psychotherapieforschung (Grawe, 1994) hat gezeigt, dass die Psychotherapie mit ihren Interventionen wirksam ist, wenn es ihr gelingt,

- überzeugt und überzeugend ihre Arbeit als Psychotherapeuten zu vertreten und ihre Erfahrungen zu nutzen,
- ihr theoriegeleitetes Arbeitskonzept reflektiert einzusetzen,
- mit ihrer Klientel ein weitgehend tragfähiges realistisches Arbeitsbündnis zu schließen,
- ihre KlientInnen zu Beginn der Arbeit genau zu instruieren, was diese in der Psychotherapie zu erwarten haben,
- eine positive wohlwollende Einstellung zu ihren KlientInnen zu entwickeln,
- das Denken und Handeln ihrer KlientInnen anzuregen und sie zu motivieren,

- mit ihrem Arbeitskonzept die „Arbeitsebene und -fähigkeit“ der KlientInnen zu erreichen,
- eine zwar flexible, jedoch eindeutige Haltung einzunehmen, die dem Bedarf und den Bedürfnissen der KlientInnen gerecht wird.

Zu Diagnostik und Kasuistik

Diagnostik und Kasuistik sind als Elemente eines fachlichen, Orientierung gebenden Unterstützungssystems für PsychotherapeutInnen zu werten. Ihre schriftliche Darstellung kann auch KlientInnen zur Verfügung gestellt werden und diesen helfen, ihre Beteiligung an deren Zustandekommen nachzuvollziehen, zu verstehen und gegebenenfalls Veränderungsvorschläge dieser Verschriftlichung zur Diskussion zu stellen und auszuhandeln. Dies unterstützt das dialogische Prinzip zwischen den PsychotherapeutInnen und deren KlientInnen. Diese Unterstützung ist aber nur so viel Wert, wie sie in hilfreiche Interventionen münden und mit diesen fortgeschrieben werden. Insofern sind sie prozess- und zielorientiert angelegt. Diagnostik und Kasuistik gehören unverbrüchlich zusammen. Sie generieren sich aus mehreren Perspektiven geschichtlich aufbereiteter Interaktionen der an der Diagnostik und Kasuistik beteiligten KlientInnen und Fachkräfte auch unterschiedlicher Professionen. Die *Systematik* wird von drei Aspekten geleitet (Moore & Schaub, 2006):

1. *Geschichte des/r Klienten/in mit dem Sozial-, Justiz- oder/und Krankheitsversorgungssystem und deren Interventionen.*

Diese Geschichte entspricht einer „Auffälligkeits- oder Krankengeschichte“ mit den Interventionen der Fachkräfte unterschiedlicher Professionen. Sie beinhaltet objektive und subjektive Problemlagen des/r Klienten/in und nutzt auch die Fachsprache der beteiligten Professionen.

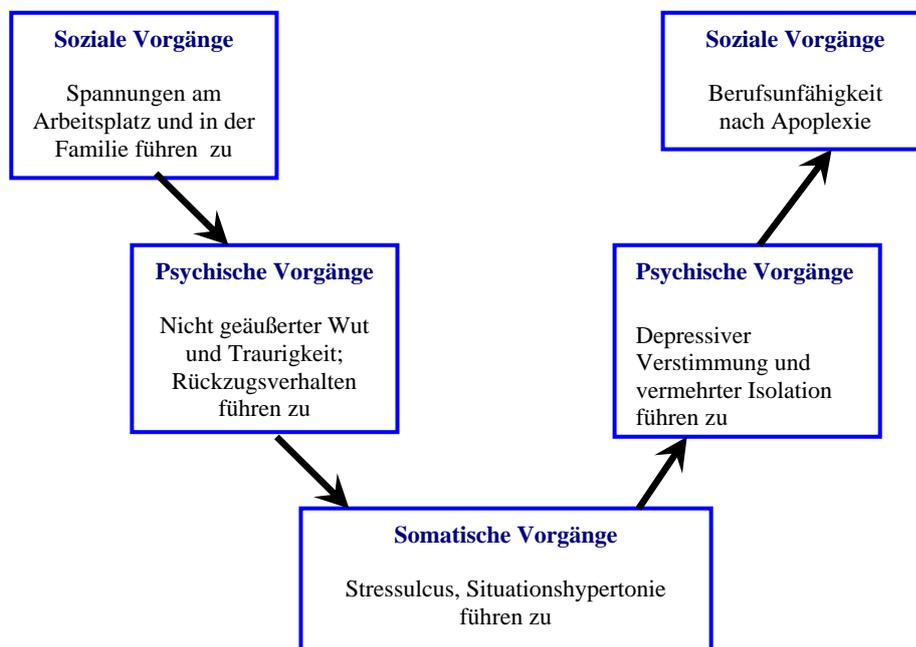
2. *Geschichte eines Menschen, der mit dem Sozial-, Justiz- oder/und Krankheitsversorgungssystem in Kontakt gekommen ist.* Hier wird die Biographie und der persönliche Werdegang eines Menschen dargestellt und ein Panorama gezeichnet, das dessen Lebenslage und Wohlbefinden in den Vordergrund und Expertenwissen in den Hintergrund stellt.
3. *Geschichte der Klientin mit der Institution, die diese Diagnostik und Kasuistik durchführt.* Hier beginnt der Teil, der die Geschichte der Arbeitsbeziehung mit der Autorin der Kasuistik darstellt. In den hier vorliegenden Ausführungen ist dies die Geschichte der Klientin mit dem Projekt KUKT.

Auffällig ist, dass über Punkt 1. in der Regel in den schriftlichen Unterlagen der Psychologinnen, Ärztinnen oder anderen Gesundheitsarbeiterinnen in Bezug auf „objektive“ Zusammenhänge relativ Ausführliches, über „subjektive“ eher wenig zu finden ist. Punkt 2. ist kaum verschriftlicht, jedoch als persönliches Wissen gespeichert und wird hier subjektiv bewertet. Es kann sehr hilfreich sein, dieses Wissen professionell zur Verfügung zu stellen. Punkt 3. erlaubt zum einen die Reflexion der bisherigen Geschichten 1. – 2., zum anderen fördert es eine Neukonstruktion von Hilfemaßnahmen, die z. T. auf bisher genutzte zurückgreift, z. T. aber auch neue hinzufügt und bisher nicht hilfreiche Maßnahmen fallen lässt.

Diese prozessorientierte, narrativ-basierte Vorgehensweise ermöglicht eine multi-perspektivische Neuorientierung, die durch stetige Reflexion beeinflusst wird. Sie beinhaltet sowohl die Einbeziehung der Erfahrungen mit anderen Helfersystemen, als auch eigene Interventionsstrategien einschließlich der hier wirksam werdenden Arbeitsbeziehung. Besonderer Wert wird darauf gelegt, die unter Punkt 2. angedeuteten Stärken bzw. „gesunden“ Seiten der KlientInnen, ihr bisheriges Leben weitgehend selbständig zu gestalten, zu integrieren. Damit werden die Wahrnehmungen der Klientinnen als entscheidender Wirkfaktor berücksichtigt.

Ein weiterer entscheidender Aspekt dieser Systematik ist das Verständnis der *Einheit von Körper, Seele und sozialem Kontext (somatopsychosoziales Modell)*. Integration, Wohlbefinden und Gesundheit kann dann erlebt werden, wenn alle drei Bereiche *angemessen zur Verfügung stehen, beachtet und pfleglich behandelt* werden (Stierlin, 2000). Dem Modell entsprechend gliedert sich diese Einheit als Gesamtsystem in Subsysteme, die durch permanente Auf- und Abwärtseffekte rekursiv miteinander verbunden sind. So können Beeinträchtigungen oder Behinderungen auf einer Subsystem-Ebene bzw. zwischen Subsystemen durch Gegenleistungen auf anderen Subsystem-Ebenen zu kompensieren versucht werden, da das oberste Primat stets im Überleben des Gesamtsystems liegt. Doch diese Kompensationsversuche als Ausgleichsbewegungen können ihrerseits auch wiederum Störungen in anderen Subsystem-Ebenen bzw. Subsystemen

zu Folge haben. Somit ist eine klare ätiologisch-topographische Zuordnung im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Mechanismus nicht möglich (V. Uexküll & Wesiack, 1996). Die folgende Graphik soll zeigen, wie Störungen auf einer Subsystemebene mit Störungen auf anderen Ebenen in Zusammenhang stehen können:



Graphik 1: Ab- und Aufwärtsaffekte im somato-psycho-sozialen Modell (v. Uexküll & Wesiack, 1996)

Im Krankheitsversorgungssystem werden häufig Fokussierungen vorgenommen, die zu „Fehldiagnosen“ und „Fehlbehandlungen“ führen können, da die Bedeutung dieser umfangreichen anthropologischen Grundkonstante nicht genügend gewürdigt wird. Deshalb ist es wichtig für PsychotherapeutInnen (und andere Gesundheitsberufe), in der

Diagnostik in Erweiterung zu Geigges (2002) bei „Auffälligkeiten“, Gesundheitsstörungen oder Erkrankungen zunächst grundlegende Fragen zu allen drei Subsystem-Ebenen zu stellen.

7 Ergebnisdarstellung der tanz- und bewegungspsychotherapeutischen Angebote

7.1 Allgemeine Ergebnisse

In dem Zeitraum Februar 2003 bis Mai 2004 wurden insgesamt 44 ausschließlich deutsche Klientinnen und Klienten an die Tanz- und Bewegungspsychotherapie (DMT) überwiesen. Die genaue Altersverteilung sah wie folgt aus (Tab. 6):

	0-12	13-17	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Ab 65
Frauen	2	6	15	2	10	5	2	0
Männer	0	0	1	0	0	1	0	0
Total	2	6	16	2	10	6	2	0

Tabelle 6: Gesamtverteilung Überweisung an DMT (N=44)

Auffällig sind hierbei drei Häufigkeitsgipfel unter den Erwachsenen: einer mit 18 bis 24 Jahren, ein zweiter mit 35 bis 44 Jahren und ein dritter kleiner Gipfel zwischen 45 und 54 Jahren. In einem Erstgespräch wurde gemeinsam geklärt, welche Zielsetzungen und Unterstützung möglich sind, so dass tatsächlich an der Therapie 26 Klientinnen und ein Klient teilnahmen. Davon brachen sechs Frauen und eine Familie mit fünf Mitgliedern (Mutter, drei jugendliche Töchter und ein junger erwachsener Sohn) die Therapie vorzeitig ab. Der Häufigkeitsgipfel der Abbrüche liegt eindeutig bei den jungen

Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren ($n = 6$). Die Familie, Mutter mit vier Kindern, hatte bis zum Abbruch an 13 therapeutischen und darüber hinaus an vielen Beratungen teilgenommen. Eine Klientin nahm an 15 Therapiesitzungen teil, bis sie wegen einer schweren Infektionserkrankung die Behandlung abbrechen musste. Die übrigen Abbrecherinnen hatten an zwei bis acht Sitzungen teilgenommen. Von den 16 Klientinnen, die die Therapie beendet haben, lag der Durchschnitt der Anzahl der Sitzungen bei 25-30 Stunden. Insgesamt kann gesagt werden, dass die 35- bis 44-jährigen das Therapieangebot am besten annehmen konnten.

Das Bildungsniveau der 16 Klientinnen war breit gefächert. Fünf Frauen hatten einen Hauptschulabschluss, eine von ihnen hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung (Justizfachangestellte). Den Realschulabschluss hatten weitere sechs Frauen einschließlich einer abgeschlossenen Berufsausbildung (Erzieherin, Floristin, Verwaltungsangestellte, dreimal Bürokauffrau). Zwei Klientinnen nutzten das Abitur, um eine Ausbildung zur Bankkauffrau zu absolvieren bzw. ein Studium als Diplom-Sozialarbeiterin/-pädagogin abzuschließen. Die restlichen drei Klientinnen waren noch Schülerinnen.

Sofern eine Klientin in die Therapie kam, wurden drei probatorische Sitzungen abgehalten, in der u. a. eine biographische und psychologische Anamnese erfolgte. Erst danach wurde über 12 Sitzungen ein Kontrakt mit klar

formulierten Zielsetzungen geschlossen. Dieser Kontrakt konnte nach gemeinsamer Auswertung der 12 Sitzungen von der Klientin und der Therapeutin mit neuen Zielen verlängert werden. Aus der Anamnese und den Gesprächen mit den betroffenen Frauen ergab sich folgende Verteilung der Formen häuslicher Gewalt:

- einmalige sexualisierte Gewalt in der Jugend durch einen fremden Mann (n=2),
- mehrere Jahre in der Kindheit andauernde sexualisierte und psychische Gewalt durch den Vater (n=1),
- mehrere Jahre in der Kindheit andauernde sexualisierte, psychische, physische, soziale und ökonomische Gewalt durch die Eltern (n=10),
- bis zu mehrere Jahre in der Ehe andauernde sexualisierte, psychische, physische, soziale und ökonomische Gewalt durch den männlichen Partner (n=3).

In allen Fällen wiesen die Klientinnen psychosomatische Beschwerden, wie Angst, Körperbildstörungen, Essstörungen und Atemstörungen, sowie psychische Symptome, wie Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Depressionen, unangemessene Gefühle der Angst, der Demütigung, der Wertlosigkeit und der Selbstkritik, und Beziehungsstörungen auf. Zwei Frauen entwickelten darüber hinaus über mehrere Jahre schwere somatische Beschwerden in Form von Fibromyalgie bzw. von chronischen Rückenschmerzen. In beiden Fällen führten diese Erkrankungen zu einer erheblichen Motilitätseinschränkung.

Die Themen, die von allen Frauen in der Therapie behandelt wurden, waren mangelndes Selbstbewusstsein, geringes Körper selbstbild und geringe Körperempfindungen, diffuse Ängste, Wut und Trauer, Partnerschaftskonflikte sowie das Entwickeln von positiven Lebensperspektiven.

7.2 Ergebnisse der psychologischen Tests BDI & BSI

Das **Beck-Depressions-Inventar** (BDI) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument für Erwachsene (18 - 80 Jahre) zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik. Es wird, laut Handbuch (Beck & Steer, 1995), seit über 30 Jahren im angloamerikanischen und englischen Sprachraum eingesetzt und hat inzwischen Übersetzungen in alle Kultursprachen der Welt erfahren. Das BDI wurde ursprünglich als standardisiertes Interview konzipiert, hat sich jedoch als Fragebogen durchgesetzt. Entsprechend einer Zusammenstellung angloamerikanischer Arbeiten zur psychometrischen Güte des BDI betonen Beck et al. (1988) die hohe Reliabilität und Validität des Fragebogens. Dieses wird nach einer Untersuchung deutscher Studien bestätigt (Beck & Steer, 1995). Das BDI kann einzeln oder in Gruppen eingesetzt werden. Coyne (1994) warnt ausdrücklich davor, die Antworten im BDI vorschnell als Ausdruck „echter“ depressiver Beeinträchtigung zu interpretieren. Das BDI ist nach Coyne eher für eine mäßige und mittelgradige depressive Symptomatik angelegt und aussagefähig. Das BDI enthält 21

Gruppen von Aussagen, welche alphabetisch von A bis U geordnet sind. Durch jede Gruppe von Aussagen werden typische depressive Symptome erfragt:

- A traurige Stimmung
- B Pessimismus
- C Versagen
- D Unzufriedenheit
- E Schuldgefühle
- F Strafbedürfnis
- G Selbsthass
- H Selbstanklagen
- I Selbstmordimpulse
- J Weinen
- K Reizbarkeit
- L Sozialer Rückzug und Isolierung
- M Entschlussunfähigkeit
- N Negatives Körperbild
- O Arbeitsunfähigkeit
- P Schlafstörungen
- Q Ermüdbarkeit
- R Appetitverlust
- S Gewichtsverlust
- T Hypochondrie
- U Libidoverlust

Jede der 21 Gruppen enthält vier Aussagen. Hier sind in einfachen Sätzen die depressiven Symptome in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung von 0 = nicht vorhanden, über 1 = leichte Ausprägung, 2 = mäßige Ausprägung, bis 3 = starke Ausprägung beschrieben. Der/die ProbandIn soll nun aus jeder Gruppe die Aussage auswählen, die seine/ihre gegenwärtige (letzte Woche einschließlich heute) Lage am besten beschreibt. Die Summenwerte des BDI können zwischen 0 und 63 Punkten schwanken. Werte unter

11 Punkten dürfen als unauffällig, im normalen Bereich angesehen werden. Werte zwischen 11 und 17 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Als klinisch relevant gilt der Punktwert von 18 und darüber (Beck & Steer, 1995).

Von den 16 Klientinnen (13 Frauen, 2 Jugendliche, 1 Kind), die die Therapie beendet haben, füllten 13 Frauen und zwei Jugendliche das BDI jeweils zum Beginn (t1) und zum Abschluss der Behandlung (t2) aus. Die zwei Jugendlichen wurden aufgrund ihres Alters (fast 17 Jahre) in das Testverfahren hinein genommen. Die Ergebnisse stellen sich wie folgt dar (Tab. 7):

Nr.	BDI	
	t1	t2
1	20	5
2	23	3
3	13	5
4	46	13
5	14	1
6	38	24
7	25	20
8	23	8
9	53	20
10	4	3
11	4	3
12	33	4
13	16	3
14	45	12
15	24	1

Tabelle 7: BDI Endergebnisse (N=15)

Insgesamt kann gesagt werden, dass sich in 12 Fällen eine deutliche Verbesserung (Nr. 1-6, 8, 9, 12-15) der depressiven

Schwere zeigt. Sechs Frauen, die zu Beginn der Therapie einen klinisch relevanten Punktwert von über 18 Punkten erreicht hatten, wiesen am Ende einen unauffälligen Punktwert auf (Nr. 1-3, 8, 12, 15). Von fünf Frauen, die zu Beginn sehr hohe Werte erreicht hatten (Nr. 4, 6, 7, 9, 14) verbesserten sich zwei (Nr. 7, 9) zu einer fast mäßigen Ausprägung depressiver Symptome, und zwei zu einer milden (Nr. 4, 14). Lediglich eine Frau (Nr. 6) wies auch zu Abschluss der Therapie einen höheren Punktwert auf, allerdings mit einem deutlich positiven Trend nach unten. Von einer milden bis mäßigen Ausprägung depressiver Symptome am Anfang der Behandlung zeigten bei Abschluss zwei Frauen (Nr. 5, 13) eine Verbesserung zu unauffälligen Testergebnissen. Zwei Frauen (Nr. 10, 11) hatten sowohl zu Beginn als auch zum Abschluss der Therapie keine auffälligen Testergebnisse.

Das **Brief Symptom Inventory** (BSI) ist eine Kurzform der SCL-90-R (Derogatis, 1992; Franke, 1995). Dieses Selbstbeurteilungsinventar erfasst die subjektiv empfundene psychische Belastung durch 53 körperliche und psychische Symptome bei einem Zeitfenster von sieben Tagen und bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung (Franke, 2000).

Skala 1	Somatisierung	Psychische Belastung, die durch die Wahrnehmung von körperlicher Dysfunktion entsteht
Skala 2	Zwanghaftigkeit	Gedanken, Impulse und Handlungen, die vom Individuum konstant als vorhanden und nicht änderbar sowie als ich-fremd oder ungewollt erlebt werden
Skala 3	Unsicherheit im Sozialkontakt	Gefühle persönlicher Unzulänglichkeit, Minderwertigkeit, Selbstabwertungen, Selbstzweifel, Selbstunsicherheit und

		negative Erwartungen in Bezug auf die Kommunikation und das zwischenmenschliche Verhalten mit anderen
Skala 4	Depressivität	Dysphorische Stimmungen und Gefühle, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken, andere somatische und kognitive Korrelate der Depression
Skala 5	Ängstlichkeit	Manifeste Angst mit Nervosität, Spannungen, Zittern, Panikattacken und Schreckgefühle, Gefühle von Besorgnis und Furcht
Skala 6	Aggressivität/ Feindseligkeit	Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten
Skala 7	Phobische Angst	Andauernde und unangemessene Furcht als Reaktion auf eine bestimmte Person, einen Platz, ein Objekt oder eine charakteristische Situation, die zu Vermeidungs- oder Fluchtverhalten führen
Skala 8	Paranoides Denken	Gedankenprojektion, Feindseligkeit, Argwohn, Grandiosität, Einengung, Angst vor Autonomieverlust und wahnhafte Täuschung
Skala 9	Psychotizismus	Das Kontinuum dieser Skala reicht von leichter zwischenmenschlicher Entfremdung bis hin zur Evidenz der Psychose
GSI	Global Severity Index	
PSDI	Positive Symptom Distress Index	Die drei Globalen Kennwerte bieten eine Übersicht über die psychische Belastung auf einem generellen Niveau, da sie alle 53 Items einbeziehen
PST	Positive Symptom Total	

Tabelle 8: Die neun Skalen und die drei globalen Kennwerte des BSI

Bei jeder einzelnen Frage des BSI kann die individuelle psychische Belastung auf einer fünfstelligen Likert-Skala zwischen "überhaupt nicht" (0), "ein wenig" (1), "ziemlich" (2), "stark" (3) und "sehr stark" (4) angegeben werden. Ausgewertet bietet das BSI Informationen in Bezug auf neun Skalen und drei Globale Kennwerte (Tab. 8).

Die Auswertung der Rohwerte erfolgt über deren Transformation zu standardisierten T-Werten (31 – 80 Punkte). Zu diesem Zwecke stehen im Anhang des Testhandbuches zwei Normtabellen (Erwachsene, Studierende) zur Verfügung.

Laut Handbuch wurde die Normtabelle für Erwachsene anhand der Normstichprobe von N=600 Personen und die für Studierende anhand von N=589 Personen Studierenden gewonnen. Das Kriterium für die Transformation ist in diesem BSI-Handbuch in beiden Fällen nur das Geschlecht, da die Normgruppe Erwachsener nach Bildung geschichtet angelegt ist und die Normgruppe Studierender einen konstanten Bildungsstand hat. Ein/e ProbandIn gilt als psychisch auffällig belastet, wenn

TGSI \geq 63 oder T2 Skalen \geq 63,

d.h. wenn GSI größer oder gleich 63 Punkte ist oder wenn die T-Werte bei mindestens zwei Skalen größer oder gleich 63 Punkte sind. Ausdrücklich gewarnt wird vor einer Pathologisierung von Probanden, Klienten oder Patienten. "Das BSI ist kein Verfahren, mit dem sich eine ICD-10-Diagnose stellen ließe, auch wenn die Skalenbezeichnungen klinisch sind. Man sollte sich bei der Interpretation immer wieder bewusst machen, dass jede Skala eine Spannbreite von leichter bis zu schwerer psychischer Belastung umfasst" (Franke, 2000, S. 21).

Von den 16 Klientinnen (13 Frauen, 2 Jugendliche, 1 Kind), die die Therapie beendet haben, füllten 13 Frauen und zwei Jugendliche das BSI jeweils zum Beginn (t1) und zum Abschluss der Behandlung (t2) aus. Die zwei Jugendlichen wurden aufgrund ihres Alters (fast 17 Jahre) in das Testverfahren hinein genommen. Die Ergebnisse stellen sich wie folgt dar (Tab. 9 & 10):

Nr	BSI																	
	S1		S2		S3		S4		S5		S6		S7		S8		S9	
	t1	t2	t1	t2	t1	t2	t1	t2	t1	t2	t1	t2	t1	t2	t1	t2	t1	t2
1	62	39	72	35	72	61	68	54	69	50	63	37	79	60	58	61	72	43
2	80	52	80	51	80	52	80	68	80	59	80	37	70	60	54	40	80	65
3	62	56	76	66	65	52	60	57	76	55	72	63	74	60	58	58	70	65
4	80	80	80	66	80	65	80	68	80	76	75	46	80	79	79	58	80	70
5	56	39	46	35	72	56	54	40	59	37	63	53	44	44	61	54	59	54
6	80	74	79	68	80	72	80	66	76	69	66	58	80	73	74	69	80	72
7	80	79	66	76	61	52	57	57	76	69	70	58	44	44	54	49	65	54
8	80	59	80	80	80	72	74	72	76	76	80	58	80	80	80	74	80	80
9	80	74	80	70	80	72	80	71	80	76	80	72	80	80	80	69	80	72
10	56	39	62	46	61	52	69	54	73	55	63	46	74	44	65	54	43	54
11	56	39	62	46	61	52	69	54	73	55	63	46	74	44	65	54	43	54
12	68	48	66	35	72	46	80	49	76	50	80	46	65	60	74	61	79	54
13	52	39	64	46	72	38	57	40	61	50	70	37	60	44	74	54	70	43
14	80	39	80	46	80	46	80	54	80	50	79	46	80	44	74	40	76	54
15	64	39	62	35	53	38	54	40	69	37	37	37	74	44	58	40	65	43

Tabelle 9: BSI Ergebnisse Skalen 1-9 (N=15)

Nr.	BSI					
	TGSI		TPST		TPSDI	
	t1	t2	t1	t2	t1	t2
1	74	50	80	52	63	45
2	80	56	80	53	80	59
3	74	40	80	63	66	56
4	80	74	80	80	80	63
5	60	44	59	45	59	45
6	80	74	80	80	74	62
7	74	68	67	63	74	67
8	80	80	80	80	80	74
9	80	80	80	80	80	68
10	68	48	52	49	76	45
11	68	48	52	49	76	45
12	80	49	80	51	74	45
13	71	40	74	40	62	45
14	80	43	80	44	80	45
15	68	21	66	37	61	62

Tabelle 10: BSI Ergebnisse Globale Kennwerte (N=15)

Signifikante Unterschiede zwischen den Ergebnissen von $t1$ und $t2$ können mittels des t Test ermittelt werden. Sie sind wie folgt:

- BDI: $n=15$, $t=5.925$, $p<0.0005$
- BSI: $n=15$, $df=14$
- TGSI: $t= 5.426$, $p<0.0005$

Bei Betrachtung der TGSI –Werte kann gesagt werden, dass 14 von 15 Probandinnen zu Beginn der Therapie einen klinisch auffälligen Wert von mehr als 63 Punkten hatten. Nach

Abschluss der Therapie zeigten 9 von 15 Probandinnen eine signifikante Verbesserung zu einem klinisch unauffälligen Wert weit unter 63 Punkten (Nr. 1-3, 5, 10-15). Eine Klientin (Nr. 5), die zu Beginn subklinisch auffällig war (60 Punkte), wies bei Abschluss ebenfalls diese Entwicklung auf. Bei drei Frauen bewegte sich der Wert im klinisch auffälligen Bereich um jeweils sechs Punkte nach unten (Nr. 4, 6 & 7). Lediglich zwei Frauen zeigten keine Veränderung ihrer T-Werte. Insgesamt lag die Verteilung der klinisch auffälligen Werte zu Beginn der Therapie bei 93.3%, während zu Abschluss nur noch 33.3% der Klientinnen über 63 Punkte lagen.

7.3 Die Bewegungsanalyse

Die Analyse der Bewegungspräferenzen der 16 Klientinnen ergab die folgenden allgemeinen Ergebnisse und möglichen Interpretationen (Tab. 11):

Beobachtungs-kategorie	Beginn der Therapie	Abschluss der Therapie
BODY/ Körperteil- anwendung	<ul style="list-style-type: none"> • 14 Frauen wiesen zu Beginn der Therapie eine starke Rigidität in Rumpf, Armen und Beinen auf. • Alle Frauen hielten den Kopf mit Spannung, so dass keine Verbindung zum Rumpf deutlich wurde. • Die Bewegungen dehnten sich in allen Fällen nur minimal aus • Keine Frau atmete tief (nur 1. & 2. Position) • 15 Frauen konnten weder Blickkontakt initiieren noch halten 	<ul style="list-style-type: none"> • zwei Frauen wiesen noch zum Abschluss eine starke Rigidität in Rumpf, Armen und Beinen auf • eine Frau hielt den Kopf noch mit Spannung, alle anderen konnten den Kopf je nach Bedürfnis auch in den Rumpf sinken lassen • bei einer Frau dehnten sich die Bewegungen nur minimal aus, bei 2 Frauen dehnten sich die Bewegungen bei bewusst gesteuerten Handlungen gut aus, bei 13 Frauen dehnten sich die Bewegungen überwiegend gut aus • 9 Frauen atmeten bei einem Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinden in die 3. Position • alle Frauen konnten den

	<ul style="list-style-type: none"> • 14 Frauen zeigten nie kontralaterale Bewegungen 	<p>Blickkontakt initiieren und halten</p> <ul style="list-style-type: none"> • 9 Frauen bewegten sich zunehmend kontralateral
EFFORT/ Bewegungsantrieb	<ul style="list-style-type: none"> • 15 Frauen bewegten sich mit überwiegend leichtem Antrieb • 13 Frauen waren eher indirekt 	<ul style="list-style-type: none"> • eine Frau bewegte sich mit überwiegend leichtem und indirektem Antrieb, alle anderen konnten gut innerhalb der Polaritäten fluktuieren
SHAPE/ Körperformen	<ul style="list-style-type: none"> • alle Frauen nahmen eine vertikale Haltung ein, die bei emotional unangenehmen Themen im Rücken konvex wurde. • "Bipolar Shaping": auf der horizontalen Achse war bei allen Frauen ständige Einengung und auf der sagittalen Achse andauernder Rückzug zu sehen; bei 14 der Frauen war die vertikale Achse rigide 	<ul style="list-style-type: none"> • 13 Frauen konnten alle drei Dimensionen nutzen und weite, wachsende Bewegungen bei emotional unangenehmen Themen einsetzen • 15 Frauen zeigten gute Fluktuation auf den horizontalen und vertikalen Achsen; 9 Frauen nutzten die sagittale Achse in der Ausdehnung als auch im Rückzug gleichermaßen
SPACE/ Raumorientierung	<ul style="list-style-type: none"> • 15 Frauen hatten eine sehr nahe Kinesphäre, eine Frau hatte eine auffällig weite Kinesphäre • alle Frauen nutzten ausschließlich die hohe Ebene 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Frau hatte eine sehr nahe Kinesphäre, alle anderen eine mittlere • 1 Frau blieb auf der hohen Ebene, 7 auf der hohen und mittleren, 8 Frauen konnten alle drei Ebenen einsetzen
TENSION FLOW RHYTHMS/ Spannungsfluss- rhythmen	<ul style="list-style-type: none"> • 13 Frauen bewegten sich vor allem mit beißenden Bewegungen in der Peripherie (Hände, Füße, Kopf/ Gesicht) 	<ul style="list-style-type: none"> • insgesamt waren mehr erspürende Rhythmen zu beobachten, wobei die ankämpfenden gleichermaßen zur Verfügung standen

Tabelle 11: allgemeine Ergebnisse Bewegungsanalyse

In der Gesamtbetrachtung lassen sich folgende Ergebnisse zusammenfassen:

BODY - Körperteilanwendung

Zwischen 14 und 16 Frauen zeigten zu Beginn der Therapie auffällige Einschränkungen in der Nutzung von

Körperteilmodalitäten. Zu betonen sind hierbei vor allem die starke Rigidität von Rumpf und Peripherie (Arme, Brust, Kopf), als auch die mangelnde Ausdehnung der Bewegungen und des Atems sowie der vermeidende Blickkontakt. Analytisch betrachtet können diese Bewegungspräferenzen als Schutzmechanismen im Sinne des intra- und interpersonellen Rückzugs verstanden werden.

Bei Abschluss der Therapie waren die Rigidität und mangelnde Ausdehnung der Bewegungen nur noch bei zwei Frauen zu beobachten. Bei sieben Frauen konnte der Atem sich nicht voll ausdehnen. Alle Klientinnen nahmen konstanten, direkten Blickkontakt auf. Dies mag ein Hinweis auf wachsendes Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit sowohl im Kontakt mit sich selbst als auch mit anderen sein.

EFFORT - Bewegungsantrieb

Zu Beginn der Therapie nutzten 13 Frauen kaum Direktheit, 15 Frauen bewegten sich mit wenig Kraft. Laut Kestenberg Amighi et al. (1999) haben sowohl der Antrieb *Direktheit* als auch *Kraft* ankämpfende Qualitäten und können Wünsche und Absichten sehr deutlich transportieren. Eine Traumatisierung jedoch bedeutet genau diese Eigenschaften nicht zur Verfügung zu haben. Sofern das Trauma nicht behandelt wird, können Kraftlosigkeit und Indirektheit als unaufgelöste Residuen im Körper zurück bleiben.

Am Ende der Therapie zeigte nur noch eine Frau diese Bewegungspräferenz. Alle anderen konnten situationsgerecht zwischen den Polaritäten der Antriebe fluktuieren. Wiederum kann diese Entwicklung als eine Verbesserung des Selbstbewusstseins und der Selbstsicherheit gedeutet werden, sowie als eine wachsende Fähigkeit, eigene Absichten und Wünsche mit guter Ich-Abgrenzung zu verfolgen.

SHAPE - Körperformen

Alle Frauen zeigten vor Beginn der Therapie eine auffällige Vertikalität in der Haltung und eine scheinbar sensible Beziehung zum Rücken, die sich vor allem in der konvexen Veränderung bei emotional belastenden Themen zeigte. Darüber hinaus war bei allen eine fehlende Ausdehnung auf den horizontalen und sagittalen Achsen zu sehen, bei 14 der Frauen war die vertikale Achse rigide. Laut Kestenberg Amighi et al. (1999) weist ein permanentes Zusammenziehen der Achsen auf Zustände der Angst und der Unsicherheit hin. Die horizontale Achse steht vor allem für die Entwicklung der Selbstwahrnehmung, die vertikale für die Fähigkeit sich zu behaupten und sich von der Umwelt abzugrenzen, während die sagittale Achse die Qualität des interpersonellen Kontaktes darstellt. In einem 'normalen', gesunden Zustand kann sich der Körper auf allen Achsen relativ symmetrisch ausdehnen und einziehen, womit die physische und psychische Stabilität und ein Gefühl von Ausgewogenheit gefördert werden. Im Falle einer Traumatisierung wird die Fähigkeit sich zu öffnen jedoch massiv eingeschränkt. Im Falle schwerster Traumatisierungen

bildet der Körper einen solch engen, angstinduzierten Schutzwall, dass die Kommunikation zwischen Innen- und Außenwelt jederzeit komplett abgebrochen werden kann. Durch das Schließen und den Rückzug der Bewegungen ('dissoziatives Verhalten') kann das Selbst geschützt werden, während die körperliche Hülle schutzlos zurück bleibt. Dies kann als Schutzmechanismus verstanden werden, um das Selbst vor einer möglichen Fragmentierung zu retten.

Bei Abschluss der Therapie konnten 13 Frauen alle drei Dimensionen nutzen und weite, wachsende Bewegungen bei emotional unangenehmen Themen einsetzen. 15 Frauen zeigten eine gute Fluktuation auf den horizontalen und vertikalen Achsen und neun Frauen nutzten die sagittale Achse in der Ausdehnung als auch im Rückzug gleichermaßen. Dies scheint ein Hinweis darauf zu sein, dass die Frauen mehr Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit entwickelten, und ihre Wünsche und Befindlichkeiten besser registrieren und zum Ausdruck bringen konnten. Interpersonelle Beziehungen waren zumindest für neun der 16 Frauen weniger beängstigend.

SPACE - Raumorientierung

Zu Beginn der Therapie wiesen 15 Frauen eine sehr nahe Kinesphäre, eine Frau eine auffällig weite Kinesphäre auf. Die Kinesphäre ist der unsichtbare Raum um eine Person, die der Abgrenzung und des persönlichen Schutzes dient. Je enger dieser Raum wird, desto geringer ist die Abwehr; je weiter er wird, desto mehr kann das Selbst geschützt werden.

Zunehmendes Weiten hat eine einnehmende Qualität, die bei sehr großer Ausdehnung attackierend und grenzenlos wirkt. Auch dies kann als aktiver, wenngleich aggressiver Schutz verstanden werden. Alle Frauen zeigten somit ein großes Schutzbedürfnis, und die Unfähigkeit sich angemessen in der Beziehung zu anderen abzugrenzen. Auffällig war auch die ausschließliche Nutzung der hohen Ebene im Raum. Je niedriger die Raumebene ist, desto mehr nähert sich der Körper einer schutzlosen, fast regressiven Haltung, die durch die Spinalität am Boden besonders betont wird. In einer vertrauensvollen Umgebung kann die Nutzung aller Ebenen zu mehr Sensibilität für sich und andere führen, und einen Zugang zu den eigenen intrapsychischen Vorgängen öffnen. Traumatische Erlebnisse können jedoch nicht ohne die Gefahr der Retraumatisierung geöffnet werden, so dass stabilisierende Maßnahmen des Selbstschutzes vonnöten sind. Durch die Nutzung der hohen Ebene haben alle Frauen für diesen Schutz gesorgt und den Zugang zu den eigenen Gefühlen eingeschränkt.

Zum Abschluss der Therapie hatte noch eine Frau eine sehr nahe Kinesphäre, alle anderen eine mittlere. In der Nutzung der Raumebenen bewegte sich eine Frau ausschließlich auf der hohen, sieben Frauen auf der hohen und mittleren Ebene und acht konnten alle drei Ebenen einsetzen. Wiederum scheinen die Frauen mehr Selbstvertrauen und Vertrauen in andere entwickelt zu haben und das Erleben eigener Gefühle nicht als bedrohlich zu erleben.

TENSION FLOW RHYTHMS - Spannungsflussrhythmen

13 Frauen bewegten sich anfänglich vor allem mit beißenden Bewegungen in der Peripherie (Hände, Füße, Kopf/ Gesicht). Laut Kestenberg Amighi et al. (1999) gehören saugende ('erspürende') und beißende ('ankämpfende') Bewegungen zu den (Muskel-) Spannungsflussrhythmen (*Tension Flow*) des ersten Lebensjahres. Orale, saugende Bewegungen können bereits bei Geburt festgestellt werden und dienen, laut Kestenberg Amighi und ihren KollegInnen, der Symbiose, der Selbstberuhigung und der Nahrungsaufnahme. Ab der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres setzen zeitgleich mit dem Zahnen kurze beißende Rhythmen ein. Diese dienen der praktischen Funktion des Zermalmens von festem Essen als auch der entwicklungspsychologischen Funktion der Trennung und der Grenzbildung. In Bezug auf die Frauen scheinen hier zwei Aspekte relevant zu sein. Erstens können die Frauen einen sichtbar äußeren Schutz durch die Nutzung 'ankämpfender' Bewegungen herstellen, der jedoch lediglich die äußere Hülle (Peripherie) berührt und nicht den Rumpf als Sitz der 'somatischen Emotionalität' (Damasio, 1997) mit einbezieht. Somit besteht ein nur fragiler Schutz. Zweitens deutet die ausgesprochene Präferenz dieses frühen Rhythmus auf einen unbewussten Rückzug in eine frühkindliche Bedürftigkeit, in der die Entwicklung des Selbst noch sehr fragmentarisch und unreflektiert ist. Für traumatisierte Menschen ist dies sicherlich ein sehr guter Schutz im Sinne der Dissoziation, d.h. die emotionale Sicherung des Selbst hat Vorrang vor der kognitiven Verarbeitung des Unfassbaren.

Bei Abschluss der Therapie waren insgesamt mehr erspürende Rhythmen zu beobachten, wobei die ankämpfenden gleichermaßen zur Verfügung standen. Auffällig war die Verfügbarkeit an unterschiedlichen Rhythmen, was zum einen darauf hindeutet, dass die Frauen mehr Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein entwickeln, zum anderen dass sie ein größeres Spektrum an Reaktions- und Verhaltensmöglichkeiten im Kontakt mit anderen bekommen haben.

7.4 Effektivität der Tanz- und Bewegungspsychotherapie aus Sicht der Betroffenen

Bei Abschluss der Therapie wurde ein Fragebogen verteilt, der die Wahrnehmung der Klientin in Bezug auf die Effektivität und den Nutzen der Tanz- und Bewegungspsychotherapie erfassen sollte. Der Fragebogen (siehe Endbericht; FHO, 2005) mit sechs offenen Fragen wurde eigens für dieses Projekt entwickelt, und in der jeweils letzten Sitzung den Klientinnen zum Ausfüllen hingelegt. Die Fragen lauteten wie folgt:

- Welche Aspekte der Therapie waren für Sie besonders hilfreich?
- Welche Aspekte waren weniger hilfreich?
- Welche Veränderungen haben sich seit dem Beginn der Tanz- und Bewegungstherapie eingestellt?
- Haben Sie in dieser Zeit mehr Verständnis für sich und Ihre Situation entwickeln können?

-
- Wie nehmen Sie sich und Ihren Körper nach Abschluss der Therapie wahr?
 - Was wünschen Sie sich für Ihre persönliche Weiterentwicklung?

Die Fragen sind so aufgebaut, dass zunächst beantwortet werden sollte, was besonders hilfreich bzw. weniger hilfreich in der Therapie gewesen ist. Im Anschluss an die mehr allgemeine, einführende Frage wird im weiteren Verlauf betont auf mögliche Veränderungen bzw. mehr Verständnis für sich, und dies speziell auch auf den Körper bezogen, Wert gelegt. Mit der letzten Frage sollte überprüft werden, ob sich bereits durch die Behandlung genügend Ressourcen entwickelt haben, an die sich Wünsche für die Zukunft anschließen können. Von den 16 Klientinnen (13 Frauen, zwei Jugendliche, ein Kind), die die Therapie beendet haben, füllten 12 Frauen den Fragebogen aus. Im Folgenden sind die Antworten in einer tabellarischen Übersicht (Tab. 12) zusammengefasst.

Nr	Welche Aspekte der Therapie waren für Sie besonders hilfreich?	Welche Aspekte waren weniger hilfreich?	Welche Veränderungen haben sich seit dem Beginn der Tanz- u. Bewegungstherapie eingestellt?	Haben Sie in dieser Zeit mehr Verständnis für sich und Ihre Situation entwickeln können?	Wie nehmen Sie sich und Ihren Körper nach Abschluss der Therapie wahr?	Was wünschen Sie sich für Ihre persönliche Weiterentwicklung?
1	Angenommen und ernst genommen zu werden; Lernen mit eigenen Gefühlen umzugehen; Offen sein und gelobt zu werden war neu; Wütend sein dürfen; Eigene Grenzen wahrnehmen und auch selbst zu setzen	--	Bewegung anwenden um gut zu schlafen und um nicht so gute Gedanken loszuwerden; Ich habe Sicherheit bekommen;	Andere Einstellung zu vielen Verhaltensweisen erreicht; ich habe nicht mehr das Gefühl alles falsch gemacht zu haben; ich wage es jetzt Veränderungen in mein Leben hineinzubringen	Bewusstere Wahrnehmung, unterscheiden was gut und nicht gut tut; Auf Grenzen achten/abstecken; Einstellung zum Körper hat sich geändert	Noch mehr wachsen in abgesteckten Grenzen; Selbstsicherer und selbstbewusster werden; Ich möchte in meinem weiteren Leben nicht mehr so tief fallen wie es war bevor ich die Therapie machte; Ich wünsche mir offen mit dem Thema Gewalt weiterhin umzugehen; Mit anderen ins Gespräch kommen um fester zu werden
2	Der Austausch mit anderen in der Gruppe; Themen ansprechen; die Akzeptanz die mir als Mensch entgegen gebracht wurde	--	Mehr Stabilität	Ich achte mehr auf meine Bedürfnisse und nehme Hilfe und Rat in Anspruch, gerade dann wenn ich meine es alleine schaffen zu müssen	Ich bin achtsamer auf das was mein Körper mir sagen will, bewusster; ich frage mich öfter woher das jetzt kommt wenn ich tagelang Rücken-	Ich wünsche mir Mut und Kraft Neues zu wagen, egal wie viel Angst ich dabei habe; ich wünsche mir irgendwann einmal voll und ganz Ja zu mir sagen zu können, zu allen

					Schmerzen habe	Schwächen und Stärken die ich habe
3	Abgrenzung; wieder das Gefühl für Musik zu bekommen; eigenes Tempo besser einschätzen	--	Ich spüre schneller als früher wenn meine Grenzen überschritten werden	Ich spüre schneller als früher wenn meine Grenzen überschritten werden	Ich spüre schneller als früher wenn meine Grenzen überschritten werden	Dass es weiter geht ... ; ich nicht stehen bleibe; dass irgendwann Kopf und Körper (inkl. Gefühle) wieder zusammen arbeiten
4	Konzentrieren auf Wesentliches	--	Gelassener mit Situationen umgehen	Ruhigeres Angehen der Umstände	Versöhnlicher	Gelassener und angstfreier zu sein
5	Ich konnte mich so geben wie ich bin, Gefühle ausleben, neue entdecken, neue Erkenntnisse gewinnen; ich fühlte mich in der Gegenwart meiner Therapeutin sehr geborgen und verstanden	--	Auf die Haltung achten, bestimmte Körperteile entlasten durch erlernte Bewegungen; ich denke positiver und auch mehr auf mich bezogen; nehme mich wichtiger und lasse auch Gefühlsausbrüche zu	Ich rede und handle anders als vorher; setze bestimmte Dinge durch und bin erwachsener geworden	Wesentlich sensibler in Bezug auf meinen Körper; verschiedene Abläufe in ihm kann ich besser verstehen und einordnen; gegenüber dem Körper und für mich Verantwortung übernehmen; Ich bin wichtig!!!	Möchte an Selbständigkeit weiter arbeiten; wieder frei entscheiden zu können; wieder oft mit lieben Menschen zusammen sein; ich möchte einfach wieder zufrieden und frei und glücklich leben
6	Ich durfte sagen was mir widerfahren ist, ich habe gelernt dass man mit Seele und Körper	--	Ich habe gelernt dass der Körper viele Verbindungsstücke hat, die ihn zu einer Einheit, zu einem beweglichen		Den Körper für verschiedene Zwecke einsetzen können, auch ohne große Emotionen	Dass die Therapie weiter läuft

	stärker ist als ohne Körper		Ganzen macht		Gegenstände wahrnehmen zu können; Dinge berühren zu können ohne in Gedanken in die Vergangenheit abzustürzen	
7	Die Gruppe, nicht allein mit meinen Problemen; sehr gute Betreuung/ Therapeutin; ich kann nicht gut über mich und meine Probleme reden: Therapeutin hat nachgehakt; es wurde zum Nachdenken angeregt	Zeitabstände zu groß	Ich nehme mich selbst wahr, bin ruhiger und selbstbewusster geworden	Ich bin mir wichtig	Bewusster	Mehr Tanz- und Bewegungstherapie
8	Die Gruppe, war nicht allein; sehr gute Therapeutin; ich find es schwer über mich und meine Probleme zu	Zeitabstände zu groß	Ich bin ruhiger geworden; kann mich mehr durchsetzen	Ja, ich bin nicht an allem schuld	Ich mag mich immer mehr!	Mehr Tanz- und Bewegungstherapie

	reden: mit Therapeutin war es leicht;					
9	Dass es in der Gruppe stattfand (und nicht Einzel); die Frauen hatten gleiche Erlebnisse; dass nachgehakt wurde, nichts blieb im Raum stehen	Zu große Zeitabstände	Habe jetzt beide Kinder bei mir; bin mit dem Leben ohne ihn fertig geworden; neuer Lebenspartner der den Haushalt macht; rauche nicht mehr	Gehe mehr auf mich und meine Wünsche ein; stelle mich nicht mehr so zurück	Genauer; gehe liebevoller mit dem Körper um; Rauchen aufgehört	Dass meine Neuentwicklung so bleibt und ich nicht zurückfalle
10	Es wurden Fragen gestellt zum Nachdenken auch zuhause	Zu große Zeitabstände	Besseres Körpergefühl; ich kann mich bei meinem Mann viel besser durchsetzen	Ich achte jetzt mehr auf meine Gefühle und weiß ich bin nicht allein	Besser, intensiver	Die Therapie müsste fortgesetzt werden, damit ich noch mehr Selbstvertrauen bekomme
11	Gespräche in der Gruppe; Wahrnehmung d. Körpers im geschützten Umfeld (Frauenhaus); Nachfragen der Therapeutin	Zu große Zeitabstände	Leichte Änderung der eigenen Wahrnehmung und weniger Angst; Spaß am Leben	Mit meinem Mann mit weniger Angst umgehen; Äußerung und Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse	Etwas bewusster, nachdenklicher	Ich wäre froh, wenn die Therapie weiter gehen würde
12	Alle	--	Ich bin selbstbewusster und ausgeglichener geworden; zudem habe ich begriffen, dass man an jeder	Habe keine Alpträume mehr und allgemein weniger Angst	Mir geht es allgemein viel besser und ich bin viel zufriedener mit mir selbst	Ich wünsche mir, dass ich so bleibe wie ich jetzt bin

			schlechten Situation etwas positives finden kann wenn man nur will			
--	--	--	---	--	--	--

Tabelle 12: Fragebogen Klientinnen zur Tanz- und Bewegungstherapie

Insgesamt kann gesagt werden, dass alle Frauen die Tanz- und Bewegungstherapie positiv erlebt haben. Die Frauen berichten vor allem, dass sie gelernt haben ihre Gefühle wahrzunehmen und zu benennen, sich angenommen und ernst genommen fühlten und gelernt haben, eigene Grenzen wahrzunehmen und auch selbst zu setzen. Ferner heben diese Frauen hervor, dass die Anwesenheit und das Nachfragen der Therapeutin sie angeregt hätten, weiter zu denken als sie dies außerhalb des therapeutischen Settings gewohnt waren. Als besonders hilfreich wird von den Gruppenmitgliedern (Nr. 2, 7-11) genannt, dass dieses Setting sehr unterstützend war, weil die Frauen schon bald bemerkten, dass andere Frauen ähnliche Erlebnisse hatten. Damit fühlen sie sich nicht mehr so allein und schuldhaft verstrickt in ihre jeweiligen Gewalterfahrungen.

Die therapeutischen Interventionen haben bei den Frauen Vielfältiges bewirkt: So wird hervorgehoben, dass der Körper sowohl funktional als auch emotional von Bedeutung ist (z. B. auf die Haltung achten, bestimmte Körperteile entlasten, sich ruhiger und selbstbewusster zu fühlen, dass der Körper viele Verbindungsstücke hat, die ihn zu einer Einheit, zu einem

beweglichen Ganzen macht). Ferner wird berichtet, dass die Frauen sich und ihren Körper besser und intensiver wahrnehmen können, sich bewusster, nachdenklicher erleben als vorher, achtsamer mit ihren Grenzen umgehen und mit dem, was der Körper ausdrückt.

Für die persönliche Weiterentwicklung wünschen sich nahezu alle Frauen eine Fortsetzung der Therapie, um ihre bisher gemachten Erfahrungen zu stabilisieren und zu verstärken.

7.5 Fallstudien

Im Folgenden werden zwei Fallstudien vorgestellt. Wie bereits in Kap. 6.4.3. beschrieben worden ist, liegt der besondere Wert der *Fallstudie* darin, dass über die Darstellung der Fallgeschichte hinaus neue theoretische Implikationen generiert werden, d. h. hier wird das Ziel verfolgt, auch mit Hilfe einer Fallgeschichte im Sinne einer Praxeologie, die Theorie fortzuschreiben. Es wurden zwei völlig unterschiedliche Studien ausgewählt: Die Eine betrifft eine Person primär im Kontext des Krankheitsversorgungssystems, die Andere betrifft eine Person primär im Kontext ihrer Familie und des sozialen Versorgungssystems.

Die im kursiv geschriebenen Abschnitte enthalten Reflexionen.

7.5.1 Fallstudie I: Frau Jung

1. Geschichte der Klientin mit dem Sozial- und Krankheitsversorgungssystem und deren Interventionen

Die schriftlichen Unterlagen zur Patientenkarriere von Frau Jung reichen bis in das Jahr 1989 zurück. Sie war bei Projektbeginn 37 Jahre alt und wog bei 176 cm Körpergröße 59 kg. Im Folgenden werden ihre wichtigsten Daten und Stationen aufgereiht. Zum einen erscheint die Geschichte der Klientin dadurch übersichtlich, zum anderen drückt sich damit auch die kettenartige Aneinanderreihung ihrer Erfahrungen symbolisch aus; denn zumindest seit dieser Zeit war Frau Jung ununterbrochen „Patientin“ und an das Sozial- und Krankheitsversorgungssystem gebunden.

- 1989: Zwangseinweisung in die Psychiatrische Klinik I auf Grund der Selbstgefährdung bei extremer Anorexia nervosa. Hier erfolgte auch eine Entgiftung bei Arzneimittelabusus. Der stationäre Aufenthalt dauerte mehr als vier Monate.
- 1996 bis 1999: ambulante Behandlung bei einem Nervenarzt.
- Zwischen Juni 98 und Oktober 99 Gespräche in einer Suchtberatungsstelle.
- September 98: orthopädische Behandlung wegen WS-Syndrom. Im gleichen Monat stationärer Aufenthalt in der Neurologie. Überweisung in eine Neurochirurgische Abteilung. 21.09.98 bis 14.10.98, stationärer Aufenthalt in der Neurochirurgie wegen einer Bandscheiben-Operation.
- 16.12.98 bis 11.12.01: ambulante Psychotherapie.
- 22.10.98 bis 12.11.98: stationäre Rehabilitation Klinik IIa.
- 20.07.99 bis 12.08.99: stationäre Rehabilitation Klinik IIb.

- 06.04.00: Sozialmedizinisches Gutachten: „Aus medizinischer Sicht auf Zeit weiter AU.“
- 11.09.00 bis 19.09.00: stationäre Psychotherapie Klinik III wegen Anorexia nervosa. („als nicht therapiefähig entlassen“; „...hier im stationären Setting Gewichtsverlust von 55 kg auf 51,8 kg. Deshalb Verlegung zur körperlichen Stabilisierung.“)
- 19.09.00 bis 21.09.00: stationäre Psychotherapie Klinik IV wegen Anorexia nervosa
- 07.03.01 bis 03.04.01: stationäre Psychotherapie in Klinik IV. Auf Wunsch der Patientin erfolgte die Aufnahme wegen Zuspitzung der anorektischen Reaktion. Im Entlassungsbericht wird eine subdepressive Verstimmung erwähnt sowie neben der Essstörung die bekannte Alkoholproblematik und eine Tendenz zur Selbstverletzung. Tagesklinische Nachbehandlung wird empfohlen.
- 30.05.00: wird in einem Sozialbericht stationäre Entwöhnungsbehandlung vorgeschlagen. In diesem Sozialbericht wird erstmals (und einmalig) der biographische Zusammenhang ihrer Symptomatik erwähnt: „Die Symptomatik von Frau Jung entwickelte sich wahrscheinlich aus schwersten Gewalterfahrungen im Elternhaus.“
- 04.04.01 bis 08.10.01: Tagesklinik IVa
- 19.05.01 bis 21.05.01: stationär Psychiatrische Klinik IV.
- 03.06.01 bis 05.06.01: stationär Psychiatrische Klinik IV.
- 13.06.01 bis 20.06.01: stationär Psychiatrische Klinik IV.
- 29.09.01 bis 01.10.01: stationär Psychiatrische Klinik IV.
- 28.12.01 bis 03.01.02: stationär Psychiatrische Klinik IV.
- 09.07.02: teilt die Psychiatrische Klinik IV der BfA am mit, dass Frau Jung wegen Borderline-Störung vom emotional instabilen Typ mit begleitender Anorexia nervosa sowie

Alkoholabhängigkeit keiner geregelten Arbeit nachgehen kann.

- 19.07.02: Fachärztliche Bescheinigung zur Gewährung der Leistung der Eingliederungshilfe beim zuständigen Sozialamt.
- 18.12.02: Antrag auf ambulante psychosoziale Betreuung gem. §§ 39/40 BSHG in Verbindung mit § 55 SGB IX an das Sozialamt.
- 20.12.02: Die ambulante sozialpsychiatrische Betreuung gibt einen Zwischenbericht, in dem hervorgehoben wird, dass Frau Jung „zur weiteren Stabilisierung in der häuslichen und sozialen Umgebung Beratung, Anleitung und Unterstützung (benötigt)“. Deshalb wird die Weiterführung der Betreuung mit 10 Wochenstunden empfohlen. Ferner wird vorgeschlagen, die Hilfe mit weiteren Unterstützungseinrichtungen zu vernetzen.
- 13.01.03: Orthopäde verordnet 8 x Massagen (Friktion) bei Schultersteife re: ACG-Arthritis: Ansatzreizung der verkürzten Sehnen und Bänder.
- 10.02.03 bis 18.02.03: Stationärer Aufenthalt in Psychiatrischer Klinik IV. Diagnostisch handelt es sich um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, aktuell waren Depersonalisations- und Derealisationsphänomene aufgetreten. „Diese Phänomene traten nach kurzer Zeit nicht mehr auf. Eine medikamentöse Therapie war nicht notwendig. Im Verlauf Stabilisierung und Entlassung in gewohnte Verhältnisse mit ambulanter Betreuung (in hiesiger Tagesklinik).“

- 07.03. und 30.04.03: Orthopäde verordnet jeweils 8 x Manuelle Therapie wegen Wirbelsäulen-Syndrom, segmentalen Blockaden und muskulärer Verspannung.
- Mai 2003: Beginn der Behandlung im Forschungsprojekt. Diese endet im Juli 2004.

*Die schriftlichen Unterlagen geben Auskunft über die Zeit von 1989/1996 bis Februar 2003. Diagnostisch werden auf der **somatischen** Ebene wiederkehrende Wurzelreizsyndrome angegeben, die sowohl mehrfach konservativ als auch einmal operativ mit anschließenden Aufenthalten in Rehabilitationskliniken behandelt worden sind. Ferner ist wiederholt eine Schultergürtelversteifung festgestellt worden, die mit Massagen behandelt wird. Als **psychische** Erkrankungen werden eine Borderline-Störung vom instabilen Typ, Anorexia nervosa sowie Alkoholmissbrauch genannt. Diese Erkrankungen haben wiederholt zu mehr oder weniger langen stationären und halbstationären sowie ambulanten Behandlungen und Beratungen geführt. Ebenfalls ambulant ist eine psychiatrische Betreuung eingerichtet worden. In **sozialer** Hinsicht ist hervorzuheben, dass die Patientin als beruflich nicht belastbar und arbeitsunfähig gilt und seit fünf Jahren berentet ist. Sie lebt allein, hat einen Partner und scheint außerhalb des sozialpsychiatrischen Netzwerkes wenig Kontakt zu haben, obwohl sie auch in einem Kirchenchor singt. An einer Stelle wird von einem Sozialarbeiter formuliert, dass die Patientin anscheinend schwere häusliche Gewalt erlebt hat,*

ohne dass hier oder an anderer Stelle mehr darauf eingegangen wird.

2. Geschichte eines Menschen, der mit dem Sozial- und Krankheitsversorgungssystem in Kontakt gekommen ist.

Frau Jung war bei Projektbeginn 37 Jahre alt und allein stehend. Bis zum 15. Lebensjahr besuchte sie die Grund- und Hauptschule, obwohl sie nach eigenen Angaben lieber zum Gymnasium gegangen wäre. Zum Schulbesuch gab sie an: „Ich musste einfach die Schule schaffen, weil: ohne gute Schulleistungen keine Lehre, ohne Lehre keine Arbeit, ohne Arbeit kein Geld, ohne Geld komme ich zu Hause nie mehr raus.“

Mit 12 Jahren unternahm Frau Jung den *ersten* Suizidversuch. Sie schnitt sich die Pulsadern auf. Anschließend habe sie sich „für Alkohol entschieden“. Die Familie sei oft umgezogen, so habe sie vier verschiedene Schulen besucht. („Wir wurden ständig aus den Wohnungen geklagt, wegen Mietschulden, das galt als asozial, habe mich furchtbar dafür geschämt.“). Der Vater sei Alkoholiker gewesen und oft arbeitslos. Er habe eine große Gewaltbereitschaft sowohl ihr als auch der Mutter gegenüber gezeigt und sie zeitweise „vernachlässigt, geschlagen, abgelehnt, eingesperrt und hungern lassen“. Die Mutter war Hausfrau und habe sich mit der Familie überfordert gefühlt. Auch die Mutter sei ablehnend gewesen und habe sie vernachlässigt. Von Geburt

an bis zum 14. Lebensjahr sei es immer wieder zu sexueller Gewalt gekommen („von unendlich vielen Männern, die meistens von meiner Mutter zugeführt wurden...“).

Nach der Schule machte sie eine dreijährige Ausbildung bei einem Gericht. Dies setzte sie durch, weil sie keine Verkäuferin werden wollte, wie dies von den Eltern eigentlich gewünscht war. In dieser Zeit sei die Magersucht ausgebrochen, sie habe in dieser Zeit schon Alkohol getrunken sowie Tabletten und Drogen genommen.

Mit 17 Jahren unternahm Frau Jung den *zweiten* Suizidversuch. Dieses Mal mit Tabletten und Alkohol: „Ich war am Ende, konnte einfach nicht mehr. Ich war nur noch selten zu Hause, habe dort geschlafen, wo sich ein Platz fand.“ Ein Psychiater habe ihr damals Psychopharmaka verschrieben. In dieser Zeit sei sie mit ihrem späteren Ehemann zusammengezogen.

Mit 18 Jahren Heirat. „Mein Mann war sehr gut zu mir, hat sich sehr viel Mühe gegeben, hat nicht geschlagen, war aber überfordert mit mir“. Sie sei auch überfordert gewesen mit der Ehe, dem Haushalt und der Vergangenheit. „Ich wusste nicht, wie Partnerschaft geht, hatte ich nie gelernt, konnte ich mir nirgendwo abgucken.“

Mit 25 Jahren *dritter* Suizidversuch durch „Verhungern“, wie Frau Jung angibt. Ein halbes Jahr später erfolgte die

Scheidung. Sie zog in ein anderes Bundesland und lebte dort mit einem Freund zusammen (im Haus seiner Eltern). Nach dieser Trennung hatte sie wechselnde kurzzeitige Partnerschaften. Gleichzeitig habe sie in dieser Zeit wieder vermehrt Alkohol getrunken und sich im „Gaststättenmilieu“ aufgehalten. Sie habe sich aus dieser Szene herausreißen wollen und sei deshalb erneut in ein anderes Bundesland gezogen. Doch ihr „Alkoholikerfreund“ sei mit gezogen. Jetzt lebe sie allein, könne nicht mehr arbeiten und sei rückwirkend seit ihrem 32. Lebensjahr berentet worden.

Frau Jung hat seit ihrer Geburt massive physische, psychische und sexuelle Gewalt erlebt. Dennoch konnte sie einen Schulabschluss erreichen und eine Lehre absolvieren. Auf Grund der Gewalterfahrungen hat sie sich relativ früh aus dem häuslichen Milieu gelöst und ist mit 18 Jahren eine Ehe eingegangen; der Mann war anscheinend ein Gegenbild ihres Vaters. Fünf Jahre später erfolgte die Scheidung, weil die Partnerschaft zu große Herausforderungen an das Paar stellte. Auch eine weitere Partnerschaft scheiterte nach relativ kurzer Zeit.

Trotz eines erheblichen Medikamenten- und Alkoholabusus war Frau Jung bis zu ihrem dreißigsten Lebensjahr weitgehend in der Lage, ihrer Arbeit als Angestellte in Behörden regelmäßig nachzugehen. Spätestens seit dem ersten Suizidversuch mit 17 Jahren war Frau Jung auf

unterschiedliche Weise mit dem Krankheitsversorgungssystem in Kontakt.

3. Geschichte der Klientin mit KUKT.

Frau Jung wandte sich auf Anraten ihrer sozialpsychiatrischen Betreuerin im Mai 2003 direkt an die Tanz- und Bewegungspsychotherapeutin des Projektes mit dem Anliegen, mithilfe einer verbesserten Körperwahrnehmung die Lebensqualität zu verbessern. Im Erstgespräch gab Frau Jung eine kurze biographische Übersicht ihrer Ursprungsfamilie wieder sowie eine grobe Auflistung der seit 1989 erfolgten Therapien und Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen, aus denen ihre Behandlungsversuche zu Essstörungen, Panikattacken, Alkoholabusus und dreimaligen Suizidversuchen ersichtlich wurden. In Bezug auf ihre vorliegenden Symptome bzw. Schwierigkeiten berichtete sie, ca. einmal im Monat „Selbstverletzungsschübe“ zu erleben, in denen sie sich am linken Arm schneiden müsse, die Nahrung verweigere, mit dem Kopf gegen die Wand haue, sich eiskalt dusche und bei kaltem Wetter sich unangemessen kleide. Sobald sie diese „Schübe“ bemerke, ließe sie sich für zwei bis drei Tage in die Klinik einweisen; dies sei mit ihrer Betreuerin so abgesprochen. Ferner gab Frau Jung an, dass sie nur im Schmerz den Körper wahrnehme und einen Hass auf den eigenen Körper verspüre. Auf ihre Ressourcen angesprochen sagte sie, dass sie das *Überleben* perfekt beherrsche, nur das *Leben* nicht, da ihr innerer Stress zu groß sei. Suizidversuche habe sie, seitdem sie eine Katze besitze, nicht mehr

unternommen. In der Formulierung von Therapiezielen äußerte Frau Jung den Wunsch, den Körper als wertvoll zu betrachten, ihn „betreten und integrieren“ zu dürfen, und Kopf und Körper als Einheit wahrzunehmen. Ferner wolle sie lernen, vernünftiger mit dem Essen in Bezug auf den Körper umzugehen, „dass ich zunehmen darf“.

Bereits in diesem Gespräch werden bedeutsame Aspekte der Geschichte sowie Aktualität ihrer Symptomatik und Hinweise auf ihre Patientenkarriere gegeben, die vermuten lassen, dass es sich diagnostisch um eine posttraumatische Belastungsstörung handelt. Die geschilderte Körpersymptomatik drückt aus, dass der Körper Ort traumatischer Erfahrungen ist. Die Ablehnung ihres Körpers, die zeitweilig in der Nichtwahrnehmung von Körperempfindungen gipfelt, hat dazu geführt, dass dieser Körper sich mit heftigen Somatisierungsstörungen Aufmerksamkeit verschafft. Diese Dynamik lässt nonverbal vermuten, dass es eine sehr belastende Sozialisation ihres Körpers gibt. Es ist anzunehmen, dass Frau Jung bisher noch wenig Gelegenheit gehabt hat, sich verbal mit den realen traumatischen Erfahrungen in ihrer Kindheit und Jugend auseinanderzusetzen. Es ist auch anzunehmen, dass das Helfersystem um diese Erfahrungen wusste und entsprechende diagnostische Hinweise gab, jedoch die starken Somatisierungstendenzen nicht primär psychotherapeutisch aufgriff, sondern psychiatrisch- psychopharmakologisch behandelte.

Die von Frau Jung selbst genannten Therapieziele beziehen sich letztendlich darauf, dass sie ihren Körper auch als etwas „Gutes“, zu ihr Gehöriges annehmen kann, über den sie selbst bestimmen kann. Es passiert nicht nur etwas mit ihr, sondern sie selbst möchte steuern, wie sie in der Welt ist und sich als „Einheit“ wahrnehmen kann. Dieser auf Integration zielende Wunsch, bildet die Grundlage und Leitlinie der folgenden Behandlung.

Bereits in der ersten Stunde breitete sich das gesamte zu erwartende Behandlungspanorama aus und determinierte damit den weiteren Verlauf. Frau Jung eröffnete die Stunde, nachdem sie sich im Raum vergewissert hatte mit den Worten: „Ich hasse meinen Körper. Ich bin fast zwanghaft damit beschäftigt nicht zuzunehmen. Ich möchte nicht zunehmen, weil das bedeuten würde, dass ich in dieser Welt lebe. Ich habe allerdings akzeptiert, dass ich essen muss, um überhaupt zu leben.“ Die Therapeutin informierte noch einmal zum Auftrag der körperpsychotherapeutischen Behandlung und schlug vor, immer die vereinbarte Zielsetzung im Auge zu haben. Dies sei die Integration des Körpers. Der Weg dahin sei langsam und führe über die Akzeptanz und das Zusammenführen einzelner Körperteile.

Da Frau Jung ihren gesamten Körper negativ emotional besetzte, war es therapeutisch notwendig, den Körper in seiner Funktionalität und Emotionalität zu trennen und darüber hinaus

in Form eines gezeichneten Körperbildes zu externalisieren, um jegliche aufkommenden Gefühle in der Körperarbeit nach außen zu verlagern. Die Therapeutin zeichnete mit dem Einverständnis von Frau Jung, die auf dem Rücken lag, das Umrissbild der oberen Körperhälfte. Frau Jung selbst zeichnete die Konturen ihrer unteren Körperhälfte. Während sie später das Umrissbild betrachtete, sagte Frau Jung: „Dies ist das Bild einer Gestalt, nicht einer Frau. Ich kann hier nichts empfinden.“ Sie konzentrierte sich insbesondere auf die Hände dieser „Gestalt“ und bemerkte, diese Hände seien viel zu klein und zart, während ihre eigenen doch so grob seien. Die vornehmliche Beschäftigung mit einem peripheren Körperteil griff die Therapeutin auf mit der Zielsetzung, die *funktionale* Bedeutung der neuronalen Verbindung zwischen dem Tastsinn der Hände und dem Neocortex zu erläutern.

Die Körperperipherie ist entscheidend für die Wahrnehmung von Körpergrenzen und Körper selbst. Die Funktion dieser Wahrnehmung ist Voraussetzung dafür, Außen und Innen sowie Ich und Du unterscheiden zu können. Die genannte neuronale Verbindung sorgt für ein corticales Memorieren von Grenzerfahrungen, und deren Qualität, so dass im Zuge weiterer Erfahrungen bewertet werden kann, was als „angenehm“ oder „unangenehm“ erlebt wird. Dies bedeutet aus entwicklungspsychologischer Sicht der Lernschritt, „gute“ und „schlechte“ Erfahrungen unterscheiden und auf diese unterschiedlich reagieren zu können. Diese basale Möglichkeit

ist bei Menschen gestört, die perpetuiert Gewalt erlebt haben (vgl. Objektbeziehungstheorie, Kap. 4).

An dieser Stelle schien es nicht hilfreich zu sein, die emotionale Bewertung der Hände aufzugreifen, da die Hände faktisch und symbolisch Grenzen markieren können. Die Negativwahrnehmung ihrer Hände als „grob“, kann als Indiz für grobe Grenzverletzungen gedeutet werden; sie ist aber auch als Hinweis dafür zu werten, dass Frau Jung sich selbst als „grob“ und „schlecht“ einschätzt im Sinne der „diabolischen Figur“ (Kalsched, 1996), die selbstentwertend und selbstschädigend wirkt und ihr selbstverletzendes Verhalten verständlich werden lässt.

In der folgenden Behandlungsphase wurde die taktile Sinneswahrnehmung gestärkt, indem Frau Jung verschiedene Materialien in die Hand nahm und deren Qualität über das Betasten beschrieb. Während sie Worte für diese taktilen Reize formulierte, deutete die Therapeutin auf das Umrissbild und zeichnete den Verlauf der neuronalen Vernetzung in das Bild ein. Hiermit wurde ein funktionaler Verlauf von der Reizaufnahme bis zum Ort der Versprachlichung visualisiert und ermöglichte damit der Klientin ein integratives Verständnis für den gesamten funktionalen neuropsychologischen Prozess. Frau Jung schien das Verstehen dieses Zusammenhangs positiv und überrascht zu verarbeiten.

Aus bewegungsanalytischer Sicht wies Frau Jung auf der *Body* Ebene fragmentierte Bewegungen an den Rumpf

begrenzenden Gelenken (Schulter- und Hüftgelenk) auf, so dass die Peripherie (Hände, Füße, Kopf) losgelöst schien vom Rumpf bzw. *Kern*. Ihre Bewegungen dehnten sich von der Peripherie bis zu den eben genannten Gelenken gut aus, im Rumpf war eine hohe Rigidität zu beobachten. Frau Jung atmete ausschließlich in die erste Position, und konnte den Blickkontakt zur Therapeutin für nur wenige Sekunden initiieren und halten. Wie auch Kestenberg Amighi et al. (1999) konstatieren, können diese Elemente Hinweise auf übermäßige Angst und Misstrauen darstellen. Ihre entwicklungs-motorische Bewegungspräferenz fluktuierte zwischen den frühesten Mustern *spinal* und *homolog*, welche in eine eher aufwärtsgerichtete vertikale Haltung mündete. Frau Jungs *Effort* Qualitäten waren überwiegend erspürend mit den Faktoren leicht, allmählich und indirekt, im Gegensatz zu ihren *Tension Flow Rhythms*, die mit beißenden Rhythmen im Gesicht und in den Händen eher ankämpfend waren. Dies ist ein „clash“, der im Kontext der biografischen traumatischen Erfahrungen von Frau Jung nur allzu verständlich wäre: Die fehlende Fluktuation zwischen ankämpfenden und erspürenden *Efforts* bzw. die ausschließlich erspürende *Effort*-Präferenz ist als möglicher Spiegel tiefsitzender, historisch gewachsener Angst zu deuten, während nach außen ein peripher angelegter fragiler Schutz und Abwehrmechanismus in Form eines entwicklungspsychologisch frühen, ankämpfenden Rhythmus wie eine Maske der Außenwelt gezeigt wird. Im Bipolar Shaping zeigte Frau Jung stets *narrowing* auf der horizontalen Achse, *hollowing* auf der

sagittalen Achse und eine gute Fluktuation zwischen *lengthening & shortening* auf der vertikalen Achse. Ihre Kinesphäre war nah in der Nutzung der hohen und mittleren Ebenen.

Das Übertragungsangebot oszillierte zwischen einem bedürftig anmutenden kleinkindhaften Verhalten und einer kritisch distanzieren, therapieerfahrenen erwachsenen Person. Beide Verhaltensweisen äußerten sich auch stimmlich unterschiedlich und – wie bereits beschrieben – in ihren Körperhaltungen und -bewegungen. Dadurch dass die Therapeutin gezielt darauf achtete, zunächst psychoedukativ vorzugehen und auf die Funktionalität des Körpers zu achten, ist weder die „kindliche“ noch die „übermäßig kritische Figur“ angesprochen worden. Vielmehr sollte mit der genannten therapeutischen Strategie erreicht werden, dass Frau Jung ihre „Ich-starke Figur“ verstärken konnte.

Die Klientin berichtete in der Reflexion der Behandlungsstunde, dass sie dieses Vorgehen als beruhigend empfand. Dabei hob sie hervor, dass ihr Körper wohl nicht nur Bedrohliches – etwa im Sinne der emotionalen Reizüberflutung – beinhaltet, sondern in seiner Funktionalität auch sehr nützlich ist: „Dass da ein Körper ist, den ich für verschiedene Zwecke einsetzen kann.“

Die Erfahrungen aus der ersten Stunde beschäftigten Frau Jung in der gesamten ersten Phase der Behandlung. Sie

erlebte ihre Hände auf vielfältige Weise und war immer wieder erstaunt darüber, welche unterschiedlichen Qualitäten sie mit ihnen wahrnehmen konnte und dass dieses Erleben auch insgesamt positiv getönt erschien. Darüber hinaus berichtete sie, es gehe ihr jetzt schon seit einiger Zeit erstaunlich gut. Seit dem Erstgespräch – und wie sich weiter zeigen sollte auch bis zum Ende der Behandlung – benötigte Frau Jung keinen weiteren Krankenhausaufenthalt. Auch selbstverletzendes Verhalten trat während der gesamten Behandlungszeit nicht mehr auf. Aber sie blieb skeptisch und sagte: „Die Rechnung wird noch serviert.“

Diese heftige Skepsis ist Ausdruck ihrer konflikthafter inneren Situation, in der vor allem die „kindliche Figur A“, die „wohlwollende erwachsene Figur B“ und die „übermäßig kritische Figur C“ miteinander in Beziehung stehen, wie Frau Jung selbst mitteilte..

Die Therapeutin forderte die Klientin auf, Symbole für die einzelnen Figuren auszusuchen und gestalterisch in den Raum zu bringen. Frau Jung wählte für A eine Handpuppe (ein blondes Mädchen), für B ein kleines rosafarbenes Seidentuch und für C einen schweren dunkelroten Samtstoff aus. Beim Betrachten fiel ihr auf, dass Figur B viel zu leicht und luftig wirkte, um dem Kind (Figur A) ausreichend Schutz und Unterstützung gegen die dominant wirkende Figur C zu bieten. Sie verfolgte das Ziel, die „wohlwollende erwachsene Figur“ zu

stärken und fügte ihr weitere Tücher hinzu, bis sie den Eindruck hatte, Figur B und C sind sich ebenbürtig.

In den folgenden Stunden bestimmte die Auseinandersetzung zwischen den Figuren B und C das therapeutische Geschehen und beeinflusste auch Frau Jungs soziale Erfahrungen. Sie berichtete, sie habe mehrere Streits gehabt, was sie eigentlich bis dahin nicht in dieser Weise gekannt habe. Diese Streits hätten ihr große Angst gemacht. Ihr sei es nicht gut gegangen und sie habe gedacht, wenn sie sich so verhalte, könne sie keinen Kontakt mehr zu anderen Menschen aufnehmen oder diesen gar halten.

Diese Auseinandersetzungen zeigten sich auch in veränderten Bewegungen. Zunehmend war zu beobachten, dass Frau Jung die horizontale Achse gleichermaßen bipolar nutzte und das *Effort-Element strong weight* vermehrt in den Beinen und Händen einsetzte. Diese Veränderungen können in Hinweis auf eine allmähliche Stabilisierung der Ego-Achse sein.

Im weiteren Verlauf kristallisierte sich heraus, dass ihr Körper immer mehr die Figur B repräsentierte. Diese Entwicklung war auch deshalb von besonderer Bedeutung, weil ihr damit bewusst wurde, dass sie *einen* Körper hat, in dem *mehrere* Figuren aufgehoben waren, die zuvor ohne diesen „Behälter“ unbegrenzt, diffus und ängstigend mit ihr „sprach“, aber nicht lokalisierbar waren. Erst mit der Entwicklung des

kinästhetischen und sensorischen Körperbewusstseins war es ihr möglich, die physische und psychische Begrenzung nach Außen zu spüren und damit Innen- und Außenwelt zu unterscheiden. Dieses Bewusstsein wurde dadurch erreicht, dass methodisch zunächst über die Körperperipherie hinaus den den Rumpf begrenzenden Gelenken (Schulter- und Hüftgelenke) in ihrer Bedeutung als „Tore/Eckpfeiler zum Rumpf“ Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die Therapeutin forderte dabei die Klientin auf, eine horizontale Dehnbewegung im Schultergelenk zu initiieren, die zuerst zum Ellenbogen und schließlich in die komplette Streckung der Arme bis in die Fingerspitzen führte. So wurde kinästhetisch das horizontale Spektrum des eigenen vorstell- und erlebbaren Schutzraumes spürbar gemacht, welcher für stark traumatisierte, in ihren Grenzen verletzte Menschen besonders wichtig ist. Diese Dehnung wurde später auch auf die vertikale und sagittale Achse erweitert. Mit diesem Vorgehen erlebte die Klientin ihren Rumpf geschützt. Frau Jung sagte: „Jetzt weiß ich, dass meine Gefühle und meine „Figuren“ in meinem Rumpf sind. Das erleichtert mich. Meine Schultern sind so wichtig. Die können mich beschützen.“ Es trat ein erstaunliches Phänomen ein, über das die Klientin in der nächsten Stunde berichtete: Die jahrelangen Schultergürtelschmerzen, die wiederholt zu den unterschiedlichsten ärztlichen und physiotherapeutischen Interventionen geführt hatten, waren nicht mehr zu spüren.

In dieser Behandlungsphase berichtete Frau Jung detailliert über ihre traumatischen Erfahrungen. Sie hatte – wie bereits

bekannt war – von frühster Kindheit an sexuelle Gewalt erlebt, die grundsätzlich in der Dunkelheit passierte. Deshalb traute sie vor allem ihrem Geruchs- und Hörsinn und nicht dem, was sie sah. Hören und Riechen waren wichtige Fähigkeiten. Mit diesen Sensorien konnte drohende Gefahr erkannt werden. Sie sagte an dieser Stelle: „Meine Augen nutzen mir nur zum Lesen. Sobald ich mich umschaue, bin ich völlig überwältigt.“ Ferner gab sie an, wenn sie „sich nicht benommen“ habe, von ihrem Vater in einen Schuppen gebracht worden, wo sie nackt im Stehen mit gestreckten Armen an den Händen und Füßen an die Wand gefesselt wurde. So habe sie Nächte verbracht.

In ihrer Patientenkarriere war sie zeitweilig als „multiple Persönlichkeit“ (heutige Diagnose: dissoziative Identitätsstörung) diagnostiziert worden. Der Fortschritt in der Diagnostik besteht darin, dass mit einer Dissoziation eine gesunde Reaktion auf eine subjektiv existentiell bedrohliche Situation (Trauma) verstanden wird, während die sog. multiple Persönlichkeit eine Pathologie meint, die zumindest als „psychosenah“ gewertet wurde. Im Laufe ihrer Karriere hatte Frau Jung die Diagnose multiple Persönlichkeit akzeptiert, weil sie ihre immer wiederkehrenden Dissoziationen erklärte. Gleichzeitig bedeutete diese Akzeptanz aber auch eine Festschreibung ihrer subjektiven Problematik als schwere psychische Erkrankung, die sie sehr ängstigte.

Mit der zunehmenden Gewissheit, dass ihr Körper aktiv stärkend und beschützend wirken kann, war Frau Jung in der

Lage, über die Folterungen und sexuelle Gewalt zu sprechen. Die Informationsverarbeitungen der exterozeptiven Sinne waren bislang primär an diese traumatischen Erfahrungen gekoppelt. Aus diesem Grunde waren Riech- und Hör“vermögen“ sehr gut und das Seh“vermögen“ sehr schlecht entwickelt. Jedoch ist hervorzuheben, dass im Alltag sowohl das gesteigerte als auch das vermeintlich eingeschränkte „Vermögen“ traumabedingt zu Fehleinschätzungen führte und ihr soziales Leben wesentlich mitbestimmte.

In der weiteren Strategie der Behandlung galt es darauf zu achten, dass Frau Jung neue realitätsnahe Erfahrungen in der Wahrnehmungsverarbeitung von Sinneseindrücken machen konnte. Dabei ist anzunehmen, dass in diesem Prozess diese wie auch die anderen bisher genannten Vorgänge, neurophysiologisch gesehen, sich verändern und damit zu veränderten neuronalen Verschaltungen auf den unterschiedlichen Hirnebenen (von der formatio reticularis bis zum neocortex) führen können.

Die Therapeutin empfahl der Klientin, alle funktional orientierten Übungen (z. B. Dehnübung des Schulter-, Ellenbogen und Handgelenkes) betont aufmerksam mit den Augen zu verfolgen, damit sie auch visuell die Grenzwahrnehmungen aufgreift und verstärkt. Dieses wirkte auf Frau Jung ungewöhnlich. Sie beobachtete sich dabei selbst und fand es erstaunlich, dass sie in der Lage war, *ihre* Wahrnehmungen als Aktivitäten *ihres* eigenen Körpers zu

verstehen. Sie ging von sich aus dazu über, ihren Körper nicht nur übermäßig kritisch und ablehnend zu bewerten, vielmehr entwickelte sie eine eher wohlwollende Neugier auf ihre gesamten Körperbewegungen. Diese veränderte Grundhaltung erlaubte ihr auch, ihren Körper in belastenden Situationen zu betrachten und mit Hilfe von in der Therapie erlernten „Shaping“ sowie „Body Sensory Awareness“ Übungen sich selbst über Bewegungsveränderungen zu entlasten.

In der 13. Sitzung fragte Frau Jung sich (und die Therapeutin), ob die verschiedenen „Figuren“, die sie beschäftigt, Teil eines Ganzen sind und nicht, wie bislang angenommen, voneinander unabhängige Persönlichkeiten. Die Patientin berichtete, sie habe sich von ihrem Partner getrennt, weil er ihr zu abhängig erschien. Sie wolle einen Partner, der ihr ebenbürtig sei. Sie fühle sich viel gesünder als vor einem Jahr und habe nun zur Unterstützung der funktionalen Übungen noch zusätzlich physiotherapeutische (Feldenkrais) Behandlung.

In den Bewegungen war auffällig, dass Frau Jung entwicklungsmotorisch zunehmend homolateral wurde und mit der Atmung immer häufiger die horizontale (Ich-bezogene) als auch die vertikale (Aufmerksamkeits-bezogene) *Shaping*-Achse bipolar nutzen konnte.

Als zentrale bewegungstherapeutische Intervention in der folgenden Phase ist zu werten, dass die Therapeutin

zusammen mit der Klientin die entwicklungsmotorischen Phasen (siehe Kap. 6.4.2.) theoretisch und praktisch durcharbeitete. Diese psychoedukative Einheit („Wie bewegen sich kleine Kinder und welche psychologischen Korrelationen gehören dazu?“) fand Frau Jung einleuchtend. Sie konnte als Erwachsene ihre eigene, in der Behandlung erfolgte Entwicklung, an Hand des demonstrierten Modells nachvollziehen. Dies gab ihr Hoffnung, gesund und „normal“ werden zu können und nicht auf Gedeih und Verderb krank zu bleiben.

Ein Erlebnis mit dem übrigen Helfersystem erschütterte ihren Fortschritt, der noch auf sehr tönernen Füßen stand. Sie dekompenzierte nach einem Gespräch mit einer ihr wichtigen Bezugsperson. Sie wurde damit konfrontiert, wie ihre „inneren Kinder“ damit umgehen würden, da sie nur noch die erwachsene Person in ihr stärken wolle. Auf diese Frage reagierte Frau Jung mit massiven Schuldgefühlen und Strafängsten. Sie erschien nicht zur nächsten Sitzung.

Verständlich wird dieser „Rückfall“, wenn bedacht wird, dass die „Ich-starke Figur“ (Figur B) noch nicht in einem Ausmaß entwickelt war, um im Konfliktfall die „übermäßig kritische Figur“ (Figur C) erfolgreich abwehren zu können. Frau Jung griff deshalb auf das ihr bekannte Muster zurück, mit dem sie sich auf inadäquate Weise zu schützen versuchte. Die Schuldgefühle waren die Reaktion auf die Befürchtung, nichts

„richtig“ oder „gut“ machen zu können und deshalb abgelehnt und bestraft zu werden.

In der danach folgenden Stunde äußerte sie den Wunsch, dass sich jemand mehr um sie kümmert, dass sie gehalten wird und ihr eine Geschichte erzählt. Die Therapeutin nahm die Idee der Geschichte auf. Frau Jung richtete sich selbst eine „gemütliche Ecke“ mit Kissen und Decken ein. Beide handelten aus, wie die Geschichte „erzählt“ werden sollte. Sie einigten sich darauf, dass die Therapeutin den Rahmen der Geschichte formuliert und die Klientin diesen Rahmen bis zur nächsten Stunde füllen sollte.

Frau Jung brachte zur nächsten Sitzung eine märchenhafte Geschichte mit, in der sie selbst als zehnjähriges „Menschenkind“ unter Gnomen lebte. Sie ist integriert in die Gnomengemeinschaft, besucht die Gnomenschule und wohnt allein in einem Holzhaus direkt neben den Gnomen. In dieser Welt gibt es nichts „Böses“, alles erscheint „heil“. Alle gehen liebe- und respektvoll miteinander um – auch die erwachsenen Gnome.

Nach der 17. Sitzung wurde von Frau Jung eine Bilanz der bisherigen Behandlung gezogen. Dies war zu Beginn der Behandlung für diesen Zeitpunkt vereinbart worden. Es folgen Auszüge aus dem von ihr schriftlich verfassten Bericht:

- Zur weiteren **Motivation**, an der Therapie teilzunehmen:

- Ich habe gelernt, dass es zwei Möglichkeiten gibt den Körper wahrzunehmen: 1. auf der sachlichen Ebene; 2. auf der emotionalen Ebene.
 - Ich hatte immer gedacht, dass es nur die emotionale Ebene gibt; das tat immer schrecklich weh.
 - Die Sachebene gibt Bodenhaftung, hilft bei Dissoziation – so komme ich schnell wieder in die Gegenwart – nicht immer, aber wenn ich es schaffe – hängt von den Vorstufen ab, ob ich es merke, dass ich abstürze („Hauruck-Situation“)
 - Jetzt traue ich mich allmählich wahrzunehmen
- Zur jetzigen **Lebensqualität**:
- Seit über einem halben Jahr esse ich regelmäßig; ich wurde motiviert durch die psychosoziale Betreuung – sie hat mich von Schuldgefühlen freigesprochen – und durch die Körperwahrnehmung hier. Die körperliche Stärke gibt emotionale Stärke: nur mit einem gesunden Körper kann man gesund denken.
- zu den **Zielen bei Therapiebeginn**:
- Ich esse mittlerweile, wenn ich Hunger verspüre, aber nicht regelmäßig, meistens nachts. Ich habe immer noch Angst, konnte als Kind nur nachts in Ruhe und allein und angstfrei essen. Es fehlt noch die Freude am Essen, ich esse nur aus Überlebensgründen, außer abends, wenn ich im Bett liege, mit Wärmflasche und fernsehe, dann kommt Genussessen (seit einem halben Jahr).
 - Den Körper betrachte ich immer noch nicht als wertvoll – nur 5% Besserung.
- Zu **neuen Zielen/Wünschen**:

- An alten Zielen weitermachen: bleiben meine Grundziele.
- Ich möchte mehr Körperkontakt/Berührung von meiner Therapeutin, um zu lernen, dass durch wohlwollende Berührungen mein Körper nicht so dreckig ist, dass er sein darf.

Die zweite Hälfte der Behandlung stand im Zeichen der kognitiven, emotionalen und körperlichen Veränderungen. Im Mittelpunkt standen Beziehungsgestaltungen: Einerseits hatte sie die kindliche Vorstellung, alle anderen Menschen wissen, was sie wünscht und braucht, andererseits konnte sie schroff ablehnend wirken und sich darüber empören, wie andere sich abhängig zeigten.

Die Therapeutin hatte häufig den Eindruck, sie habe es mit einer pubertierenden Heranwachsenden zu tun. In der Gegenübertragung spürte sie Ungeduld und Ärger, wenn sie erlebte, dass die Klientin sich körperlich maßlos überforderte, alles aufzog, was die Therapeutin anbot, oder aber sich betont abgrenzend verhielt und darauf bestand, dass ihr eine Hälfte des Raumes zustand, ohne sich darüber mit der Therapeutin verständigt zu haben.

Bewegungspsychotherapeutisch setzte die Therapeutin die Beziehungsthematik mit der angebotenen Raumteilung um. Die Klientin sollte entscheiden, wie groß ihr Raum sein sollte, der übrige Raum stellte den Raum dar, den andere beanspruchen können. Sie sollte entscheiden, wie sie sich in ihrem Raum

bewegen möchte. Nach einer gewissen Zeit, fragte die Therapeutin, ob Frau Jung nun ihren Raum verlassen könne und die Therapeutin in ihrem Raum aufsuchen könne, oder ob dies in umgekehrter Weise geschehen könne. Die Klientin gab an, sie könne sich vorstellen, dass sie aufgesucht werde, jedoch ihren Raum nicht verlassen könne, obwohl sie es sich wünsche.

Die Bewegungen von Frau Jung in ihrem „Raum“ waren geprägt von Leichtigkeit und Allmählichkeit (*Effort*). Während sie sich darin umdrehte und sich der Grenzen vergewisserte, fluktuierte ihr Bipolar Shaping auf den vertikalen und sagittalen Achsen, wobei die erspürende Qualität stärker ausgeprägt war. Der Blickkontakt war häufig, wenngleich kurz und indirekt.

Die Therapeutin nahm in ihrem Raum die Bewegungen der Klientin auf und veränderte sie gezielt mit den Efforts *strong weight* und *quick time* sowie mit den Shaping-Elementen *lengthening* und *bulging* (siehe Kap. 6.4.2.). Anschließend forderte die Therapeutin die Klientin auf, die veränderten Elemente selbst auszuprobieren und dann zu sehen, ob es ihr dann leichter falle, ihren eigenen Raum zu verlassen. Sie konnte dieser Empfehlung folgen und fühlte sich stärker und sicherer, vergewisserte sich jedoch noch einmal, ob sie nur „geduldet“ sei im Raum der Therapeutin, oder auch wirklich gewollt.

Die Intention dieser Intervention lag darin, dass sie auch in ihrem realen sozialen Raum aktiv Kontakt aufnehmen und nicht nur darauf warten sollte, bis andere auf sie zugehen.

In den folgenden Stunden stellte Frau Jung auf unterschiedliche Weise immer wieder die Frage: Was macht mich aus? Wer ist es, die mit anderen in Kontakt tritt? Und wies auf einer neuen Ebene darauf hin, dass ihre unterschiedlichen „Figuren“, die aber mittlerweile sicher in *einem* Körper angesiedelt waren, noch nicht zu einem „kohärenten Ganzen“ zusammen gekommen seien.

Die implizite Frage nach ihrem „wahren Selbst“ (Winnicott, 1960) veranlasste die Therapeutin, Frau Jung aufzufordern, ihre „Qualitäten“ im Sinne der persönlichen Ressourcen aufzuzeichnen und zu benennen. Damit nutzte die Therapeutin die Fragen der Klientin im Sinne der „zone of proximal development“ (Vygotsky, 1934; 1962), um den entscheidenden Schritt zu ermöglichen, dass die einzelnen „Figuren“ ein einheitliches facettenreiches Selbst bilden konnten.

Der Entwicklungsschritt in dieser Phase wurde von Frau Jung anschaulich präsentiert. Sie malte drei Symbole und besetzte sie mit ihren spezifischen „Qualitäten“

- Ein mittelgroßer pinkfarbener Ball stand für „brav, liebenswürdig, ruhig und anlehnungsbedürftig“.
- Eine große grüne rautenähnliche Form mit zwei Ecken und zwei Rundungen symbolisierte „feinfühlig und nachdenklich“.

- Ein kleiner blauer Ball bekam die „Qualitäten“ „Durchsetzungsvermögen, bei Notfällen mutig, kompetent in Lebensfragen, theoretisch Zugang zu meinen Gefühlen, intelligent, vielseitig interessiert und humorvoll“.

Die Therapeutin stellte die Frage, wie die Klientin diese drei „Qualitäten“ zusammenfassen würde (*um es ein kohärentes Ganzes werden zu lassen*). Frau Jung reihte die genannten Symbole im Sinne einer mathematischen Summierung nebeneinander, die als Ergebnis die drei genutzten Farben als ineinander passende Ringe zeigte. In diesen dreischaligen Ring schrieb sie das Wort „ich“. In der Reflexion gab sie an, ihre übermäßig kritische Haltung aufzugeben zu haben; jetzt könne sie sagen: „Ich bin nicht schuldig, ich bin o. k. und bin nicht ganz gesehen worden. Mir geht es besser.“

In den letzten sieben Stunden bis zum Ende der Behandlung – das durch das Projektende bestimmt war – traten vor allem „soziale Erfahrungen“ in den Vordergrund: Sie inserierte in einer Zeitung, um einen Partner zu finden. Nach einer daraus entstandenen Liaison, die nur kurze Zeit währte, gab sie erneut eine Annonce auf. Sie strebte einen Berufswechsel an, da es ihr in ihrer alten Tätigkeit langweilig sei und überlegte, ein Praktikum im „Bürowesen“ zu absolvieren.

In der letzten Stunde reflektierte Frau Jung den Behandlungsverlauf. Sie hatte sich zuvor eine Fortsetzung der Behandlung bei einer Kollegin gesichert. Sie wirkte auf die

Therapeutin sehr ausgeglichen und offen. Sie sagte, sie fühle sich nach diesem Jahr viel selbstbewusster und habe ihren Körper als Quelle der „Kraft und Einheit“ akzeptiert. Sie sei aufmerksamer geworden und könne wahrnehmen, wie sich halte, wie ihre Muskelspannung sei, wie die Körperverbindungen und -empfindungen sich in unterschiedlichen Situationen zeigen. Dies alles helfe ihr, nicht mehr so tief zu fallen. Sie erlebe ihren Körper wie einen „sicheren Behälter“. Ferner übergab sie der Therapeutin einen Brief, in dem sie u. a. schrieb: „...mir geht es gut (sehr gut) – außer meinen Verlustängsten. Läuft alles prima mit der neuen Beziehung. Fühle mich wertgeschätzt und geliebt. Hoffe, dass ich mich nicht täusche und „richtig“ empfinde...“

Diskussion der Kasuistik

Die drei „Geschichten“ der Kasuistik erreichen das Leben von Frau Jung und ihre Patientenkarriere auf unterschiedliche Weise:

1. Die „Rolle“ des Sozial- und Krankheitsversorgungssystem liegt für sie darin, in kritischen Situationen helfen zu können. Frau Jung ist sozial durch eine Rente finanziell abgesichert und wird sozialpsychiatrisch betreut, um ihren Alltag zu bewältigen. Darüber hinaus macht das Krankheitsversorgungssystem sowohl für ambulante (Psychotherapie, Suchtberatung) als auch stationäre symptombezogene Behandlungen Angebote, die von der *Patientin* über viele Jahre – nahezu ohne Unterbrechungen – genutzt werden. Es sind insgesamt fünf psychiatrische Akut- und Rehakliniken sowie je eine neurologische und neurochirurgische

Abteilung, in denen sie behandelt wird. Diese langjährigen Behandlungen bilden einen *chronifizierten* Verlauf der Erkrankungen ab, die primär im psychischen (Suchterkrankung) und psychosomatischen (Magersucht) Bereich liegen, aber auch im somatischen den Bewegungsapparat (Schultergürtel, Lendenwirbelsäule) betreffen.

2. Die *Lebensgeschichte* von Frau Jung ist vor allem auf Grund von Selbstzeugnissen rekonstruiert worden. Daneben gibt es Angaben zu ihrer z. T. traumatischen Geschichte in Sozialberichten, hingegen fehlen diese Hinweise nahezu völlig in den relativ umfangreichen medizinischen Unterlagen. Es ist jedoch anzunehmen, dass in den Psychotherapien biographische Hinweise zur das Leben determinierenden Traumageschichte erwähnt wurden. Es fällt auf, dass ihre Lebensgeschichte ohne Krankengeschichte nicht plausibel erscheint und beide Geschichten nicht voneinander zu trennen sind. Es ist anzunehmen, dass Frau Jung sich selbst ein Leben ohne das unter 1. skizzierte Unterstützungssystem kaum vorstellen kann und diese Annahme auch vom Helfersystem geteilt wird. Dieses Zusammenspiel ist als ein *Chronifizierungselement* zu werten.
3. Die Geschichte der Klientin mit KUKT wird dominiert von der (30 x 60 min.) tanz- und bewegungstherapeutisch orientierten Traumatherapie, die im Rahmen des Forschungsprojektes über 12 Monate stattgefunden hat. Diagnostisch handelt es sich bei Frau Jung um eine schwere Posttraumatische Belastungsstörung. Insgesamt gesehen hat es vier verschiedene Entwicklungsphasen in der Behandlung gegeben, die aufeinander aufbauten:

- Phase I: Der Körper wird in seiner Funktionalität (nicht Emotionalität) entdeckt und damit ein „gutes Objekt“.
- Phase II: Der Körper wird der „Behälter“ für verschiedene, z. Tl. miteinander im Konflikt stehende innere „Figuren“.
- Phase III: Die „Ich-starke Figur“ wird gestärkt und ersetzt zunehmend die „übermäßig kritische Figur“, die – zwar im Sinne des Schutzes – strafend wirkte, so dass sich die Klientin autodestruktiv (u. a. selbstverletzend) verhielt.
- Phase IV: Die unterschiedlichen Figuren bilden mehr und mehr ein einheitliches wahres Selbst.

Frau Jung hat am Ende der Behandlung einen Entwicklungsstand erreicht, der nahezu altersgerechte Aktivitäten ermöglicht. Sie ist sowohl in ihrem Arbeitsinteresse als auch in ihrer Liebesfähigkeit unerwartet gereift und hat in beiden Bereichen selbständiges Interesse gezeigt. Es besteht die Chance, dass bei einer Fortsetzung der Behandlung den *Chronifizierungstendenzen* der psychischen, psychosomatischen Störungen mit ihren erheblichen sozialen Folgen Einhalt geboten werden kann.

7.5.2 Fallstudie II: Frau Schmidt (und ihre Familie)

1. Geschichte der Krankheit

Es liegen keine schriftlichen Unterlagen zur Patientenkarriere von Frau Schmidt vor. Sie war bei Projektbeginn 41 Jahre alt und wog bei 168 cm Körpergröße 86 kg. Die folgenden Daten sind aus Interviews mit Frau Schmidt gewonnen worden. Sie

werden hier aufgereiht, um sie übersichtlich darstellen zu können. Dadurch wird deutlich, dass sie bereits seit ihrem jungen Erwachsenenalter wiederholt psychopharmakologisch und -therapeutisch behandelt wurde. Folgende Erkrankungen und Behandlungen sind festgehalten worden:

- Mit 11 Jahren (1972) Scharlach;
- Mit 15 Jahren (1976) Windpocken;
- Im Alter zwischen 21 und 22 Jahren (1982 und 1983) depressive Erkrankung während der Diakonissenausbildung in der Schwesternschaft; in dieser Zeit mehrere Suizidversuche und Behandlung mit Antidepressiva;
- Mit 22 bis 23 Jahren (1983 bis 1984) fünf Monate auf einer geschlossenen und sieben auf einer offenen psychiatrischen Station. Hier waren nach ihren Angaben stützende Gespräche hilfreich, während die Dosis der Psychopharmaka deutlich reduziert wurde;
- Zwischen dem 24. und 25. Lebensjahr (1985 und 1986) ambulante psychotherapeutische Behandlung (zehn Gespräche) bei gleichzeitiger antidepressiver Pharmakotherapie;
- 1987 Heirat;
- 1988 Geburt des Sohnes Ulrich;
- 1990 Geburt des Sohnes Norbert;
- 1993 Geburt des Sohnes Kurt;
- Nach der Geburt von Kurt im Alter von 31 Jahren (1993), erneut antidepressive Pharmakotherapie, die Medikamente wurden vom Hausarzt verschrieben;

- 1995 Geburt der Tochter Beate;
- Auch nach der Geburt der Tochter Beate im Alter von 33 Jahren (1995) Psychotherapie über ein halbes Jahr bei parallel laufender Pharmakotherapie;
- Mit 36 Jahren (1998) Trennung wegen sexueller Gewalt an der Tochter durch den Ehemann.
- Mit 37 Jahren (1999) Scheidung. Erneute Pharmakotherapie sowie drei Gespräche bei einer Psychotherapeutin;
- 1998-1999: Sohn Kurt - immer in Begleitung der Mutter – in psychotherapeutischer Behandlung;
- 2001-2003: Tochter Beate in psychotherapeutischer Behandlung;
- Ab Mai 2003 Beratung und psychotherapeutische Behandlung im Projekt KUKT;
- Zwischen Juli 2003 und Oktober 2003 antidepressive Behandlung sowie Verordnung eines Schlafmittels.

2. Geschichte eines Menschen, der erkrankt ist.

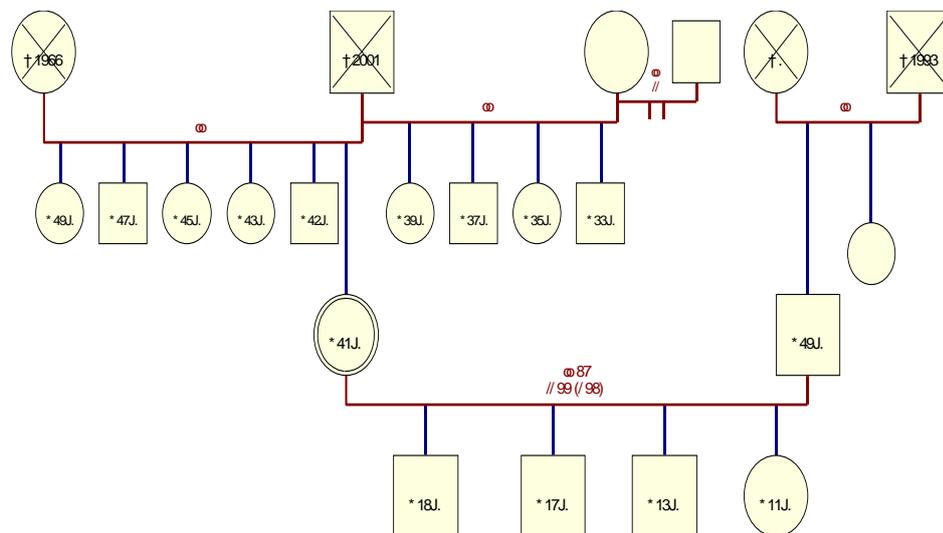
Frau Schmidt gab an: „Ich bin in einer Familie als sechstes Kind geboren worden. Als ich zwei Jahre alt war, nahm meine Mutter sich das Leben. Kurz darauf, heiratete mein Vater eine Frau mit zwei Kindern, dann bekamen sie noch vier Kinder. Wir mussten alle sehr zusammenrutschen. Ich musste selbst mein Bett mit einer Schwester und einem Bruder teilen. Mit sieben Jahren wurde ich das erste Mal von meinem Vater missbraucht. Mit elf Jahren kam ich mit drei Geschwistern in ein freikirchliches Kinderheim. Dies war meine erste Begegnung mit Diakonissen. Ab diesem Tag hatte ich keinen

Kontakt mehr zu meinen Eltern. Das Sorgerecht wurde meinem Vater entzogen. Vor fünf Jahren hörte ich, dass er bei einem Autounfall ums Leben gekommen war. Die Stiefmutter lebt noch, aber ich weiß nichts von ihr.“

Zur ältesten Schwester (+8), die ebenfalls im Kinderheim gewesen sei, habe sie noch heute eine gute Beziehung, zum ältesten Bruder (+6), sei der Kontakt nahezu abgebrochen. Weitere Geschwister sind zwei Schwestern (+4, +2). Von ihnen wüsste sie kaum etwas. Ein Bruder (+1), kam bei einem Autounfall ums Leben. Zu zwei Halbschwestern (-2, -6) und zwei Halbbrüdern (-4, -8) gäbe es keinen Kontakt. Ferner habe die zweite Frau ihres Vaters zwei Kinder mit in die Familie gebracht. Deren Alter wisse sie nicht genau.

Mit 18 habe sie die Schule und auch das Kinderheim verlassen. In einer in der Nähe liegenden Stadt habe sie in einem Brüderhaus ein Jahr lang in der Großküche gearbeitet. Daran anschließend zog sie in eine andere Stadt, wohnte in einem freikirchlichen Diakonisseninternat und machte dort eine Ausbildung zur Kinderpflegerin, die sie zwei Jahre später abschloss. Mit 21 Jahren trat sie in eine Schwesternschaft ein und war ein Jahr Diakonissenschülerin. „Die Enge, die strenge Ordnung, das frühe Aufstehen ohne Frühstück, die eingefahrenen Rituale, das alles war die Hölle für mich. Ich wurde sehr krank und versucht mehrfach meinem Leben ein Ende zu setzen. Ein Psychiater verschrieb mir erst eine hohe Dosis an Antidepressiva und wies mich zuletzt in eine Klinik ein.“. Nach fünf Monaten auf der geschlossenen Abteilung und

sieben Monaten auf der offenen, entschied sie sich, aus der Schwesternschaft auszutreten. „Die Diakonissin hat mich sehr in meinem Wunsch auszutreten unterstützt. Sie hat viel Verständnis für mich gehabt. Dort wurde der Zusammenhang zwischen meinen Gefühlen und meiner Kindheit hergestellt. Heute würde ich sagen, dass sie mir das Leben gerettet hat. Selbst meine Gaben habe ich dort entdeckt.“ Vom 23. bis zum 25. Lebensjahr arbeitete und wohnte Frau Schmidt in einem christlichen Mutterkurheim („Dort arbeitete ich sehr gerne, war für die Organisation zuständig“). Leider sei das Haus geschlossen worden, so dass sie in ein Altenheim wechselte und nebenberuflich eine Hauswirtschaftsausbildung absolvierte. Dort litt sie unter Einsamkeitsgefühlen, die sie teils mit Antidepressiva und teils mit Gesprächen bei einer niedergelassenen Psychiaterin (10 Gespräche) behandeln ließ.



Graphik 2: Genogramm Frau Schmidt

Ihren späteren acht Jahre älteren Ehemann lernte sie über eine Annonce in der freikirchlichen Gemeinde kennen. Er lebte damals noch mit seiner Schwester beim Vater. Die Mutter war drei Jahre zuvor an den Folgen einer Alkoholkrankheit gestorben. Der Schwiegervater war „Selbständiger“, häufig unterwegs. Obwohl es eine Haushaltshilfe gab, sei „alles drunter und drüber gegangen.“ Sie habe sich überrannt gefühlt, als der spätere Schwiegervater den Hochzeitstermin festgelegt hatte. Mit 26 Jahren habe sie geheiratet und sei umgezogen. Während dieser Zeit sei ihr Ehemann in der Computerindustrie tätig gewesen und habe irgendwelche Platten zusammengebaut. Seine Schwester habe zu Hause gelebt und sei nicht berufstätig gewesen. Im darauf folgenden Jahr wurde ihr ältester Sohn Ulrich geboren, zwei Jahre später ihr zweiter Sohn Norbert und weitere drei Jahre später der dritte Sohn Kurt. „Ein Tag nach seiner Geburt starb ganz plötzlich mein Schwiegervater. Hier fingen bei uns dann die Probleme in der Ehe an.“ Ihr Mann sei arbeitslos geworden, sie habe wieder angefangen zu arbeiten. Er sei mit sich nicht mehr zurechtgekommen und habe nichts mehr gemacht. Sie selbst habe sich sehr zurückgezogen und auch das Ehebett nicht mehr mit ihm geteilt. Der Hausarzt verschrieb ihr wieder Antidepressiva. Ein Jahr später war sie nach sexuellen Gewalthandlungen erneut schwanger. „Für mich war es die Hölle, da ich nicht schwanger sein wollte. In der Wohnung waren wir nur noch zusammen wegen der Kinder.“ Als ihre Tochter Beate zwei Jahre alt war, habe sie eine Wohnung für

ihren Mann gesucht. Er sei dann ausgezogen. Sie habe immer noch gearbeitet, ihr Mann sei weiterhin arbeitslos gewesen und habe oft auf die Kinder aufgepasst. Frau Schmidt gibt an: „Am Pfingstmontag, kurz bevor Beate drei Jahre alt geworden war, an diesem Nachmittag geschah der Missbrauch mit Beate. Ich hatte eine Freundin besucht und ein ungutes Gefühl. Das hat mich früher nach Hause gehen lassen. Für mich brach eine Welt zusammen.“ Sie habe Ihren Mann sofort des Hauses verwiesen. Am nächsten Tag sei sie zum Hausarzt gegangen, der sie ermutigt habe, Kontakt mit dem Kinderschutzbund aufzunehmen. Die Scheidung wurde ein halbes Jahr später ausgesprochen. Als die Tat an Beate bekannt geworden war, schilderte die Schwester des Ex-Mannes, auch sie sei als Jugendliche von ihrem Bruder sexuell missbraucht worden. Frau Schmidt hatte erst dreieinhalb Jahre nach der Scheidung den Mut gehabt, ihren Mann anzuzeigen.

Im April 2003 zog sie mit den vier Kindern in eine 300 km entfernt liegende Stadt um. Dort schloss sie sich auch wieder einer freikirchlichen Gemeinde an.

3. Geschichte der Klientin mit dem Projekt KUKT

Frau Schmidt wandte sich im Mai 2003 an das Projekt KUKT, mit den Anliegen psychotherapeutische Unterstützung für die Tochter als auch selbst Beratung (s. Kap. 6.3) bei Anträgen (Sozialhilfe, Wohngeld, Familienhilfe) und Begleitung zum Gericht (Verfahren gegen den Ex-Mann) zu bekommen. Von August bis Oktober 2003 nahm Frau Schmidt zusätzlich zu den

Beratungsgesprächen acht Mal an dem wöchentlichen Gesprächskreis (s. Kap. 6.3) teil. Das erste halbe Jahr war geprägt von starken Zweifeln bezüglich der Entscheidung ihren alten Wohnort verlassen und einen völligen Neubeginn an einen anderen Ort auf sich genommen zu haben. Diese Orientierungslosigkeit spitzte sich nach drei Monaten kritisch zu, als Frau Schmidt in der Beratung den Rückzug in die vorherige Heimat erwog, da sie die fehlenden sozialen Kontakte und die Isolation unerträglich fand. Parallel zu dieser kritischen Zuspitzung bei Frau Schmidt schritt die Integration der Kinder am neuen Wohnort fort. Die von KUKT organisierten Gespräche mit Lehrerinnen machten deutlich, dass insbesondere die Tochter Beate immer sicherer wurde und sich in ihrer Klasse zunehmend wohl fühlte. Frau Schmidt selbst übernahm in der Kirchengemeinde die Leitung eines Kinderspielkreises und lernte im Gesprächskreis von KUKT andere Frauen mit ähnlichen Erfahrungen kennen. Nach einem halben Jahr entschied sie sich zu bleiben. Mit dieser Entscheidung war auch der Beginn der Therapie verbunden.

In der ersten Sitzung nannte Frau Schmidt zwei Themenschwerpunkte, die sie im Laufe der Therapie bearbeiten wollte. Diese waren zum einen die eigenen lebenslangen Gewalterfahrungen, zum anderen die Gewalterfahrungen an ihrer Tochter Beate. Wegen der bevorstehenden Gerichtsverhandlung, in der ihr Ex-Mann der sexuellen Gewalt an der Tochter angeklagt war, einigten sich die Klientin und die Psychotherapeutin mit dem zweiten

Themenbereich zu beginnen. Hierbei entfaltete Frau Schmidt ein Beziehungsgeflecht ihrer Familie. Dabei es wurde deutlich, dass nicht nur die besondere Situation ihrer Tochter zu berücksichtigen war, sondern auch die des ältesten Sohnes Ulrich. Sie befürchtete, er könne so werden wie ihr Ex-Mann, da er seinem Vater nicht nur äußerlich ähnlich sehe, sondern auch schon in kleinkriminellen Handlungen verwickelt war (z. B. das Stehlen von Straßenschildern). Zur Unterstützung der Erziehungsfähigkeit der Einelternfamilie wurde mit dem Jugendamt vereinbart, eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) einzurichten. Der Familienhelfer kam zwei Mal pro Woche für jeweils vier Stunden. Sein Auftrag war es, sich vor allem den pubertierenden Jungen zuzuwenden, im besonderen Ulrich.

Frau Schmidt selbst litt unter Schlafstörungen und nächtlichen Flashbacks. Diese betrafen Vorstellungen, dass sie ihren Mann in der Wohnung anträfe und sich nicht wehren könne. Mit ihren Kindern hatte sie bis dahin nicht über die sexuelle Gewalt an Beate gesprochen. In den psychotherapeutischen Gesprächen wirkte sie sehr offen und erleichtert, über die Vorfälle und ihre Ängste reden zu können. Auf Grund der Symptomatik fokussierte die Therapeutin in den ersten sechs Sitzungen auf funktionale Übungen, mit dem Ziel, dass Frau Schmidt ohne Medikamente schlief. Aus diesem Grund wählte die Therapeutin Interventionen, die die Klientin in ihren Alltag integrieren konnte. Sie suchte in der Nähe des Hauses von Frau Schmidt eine für diese angenehme und

natürliche Umgebung, um mit ihr spazieren zu gehen. Auf diesen Spaziergängen vermittelte sie der Klientin einige Imaginationstechniken, wie z. B. eine große, abschließbare Truhe zu haben, in der sie alle negativen Gedanken ablegt, die sie außerhalb des eigenen Zuhauses an einem für andere unzugänglichen Ort verstecken kann, um von diesen belastenden Gedanken befreit nach Hause zurückkehren zu können. Des Weiteren begann die Therapeutin ein spätabendliches Laufprogramm, welches die Kinder von Frau Schmidt begeistert mitmachten, so dass sie einen natürlichen körperlichen Müdigkeitszustand erreichte. Im Therapieraum wurden mit Hilfe aktiver bewegungsorientierter Imaginationenübungen ihre Fähigkeiten gestärkt, sich abzugrenzen und ihren psychischen Raum mit positiven Gedanken und Ideen zu füllen.

*Bereits in der ersten Phase der Behandlung wurde deutlich, dass Frau Schmidts Kinder immer wieder in den Gesprächen auftauchten. Dabei entwickelte sich **diagnostisch** das Panorama einer **traumatisierten Familie**, in der alle Mitglieder auf unterschiedliche Weise betroffen waren. Von besonderer Bedeutung in diesem Zusammenhang sind zwei Wirkfaktoren: Zum einen ist die eigene Traumatisierung von Frau Schmidt im Sinne der „persönlichen Kulturalisierung“ (Vygotsky, 1978) – über Gewalterfahrungen in der Familie wird nicht gesprochen – zu erwähnen, zum anderen sind es die Gewalterfahrungen zwischen den Eltern sowie zwischen Vater und (mindestens) einem Kind. Die Unterstützung gestaltete sich interdisziplinär:*

Neben der psychotherapeutischen Behandlung der Tochter sowie der Mutter, waren beraterisch die Sozialarbeiterinnen von KUKT, das Sozialamt und das Jugendamt in der Familie tätig.

Das komplexe soziale und psychotherapeutische Unterstützungssystem half der Familie, sich in ihrer neuen Umgebung zurechtzufinden und hat damit wesentlich zur Entlastung beigetragen. Profitieren konnten insbesondere Frau Schmidt und die Tochter Beate, während die Söhne wegen ihrer nicht so im Vordergrund stehenden Probleme nur durch die SPFH, wenngleich nicht genügend, erreicht wurden. In dieser Zeit schien eine Therapie für diese nicht nötig zu sein.

Das Trainieren des Körpers, das Stärken von positiven, imaginationsfördernden Ressourcen in der Psychotherapie und der verbesserte nächtliche Schlaf motivierten Frau Schmidt einem lokalen Sportclub beizutreten. Dies führte zu neuen sozialen Kontakten und zu einem erhöhten Interesse an ihrem Aussehen. Sie nahm 15 kg Körpergewicht ab. Nach zehn Wochen begann sie sich farbiger zu kleiden und bekundete ein Interesse daran herauszufinden, wie sie Kontakt zu anderen aufnehmen könnte, ohne dass ihre Grenzen überschritten werden. Das Thema „Grenzen“ wurde fünf Wochen lang auf sensorischer Ebene behandelt, in dem extero- und interozeptiv die eigenen Grenzen im Kontakt mit der materiellen Welt und im Kontakt mit Raum und Menschen erspürt wurden. Zwei Übungen, die Frau Schmidt als besonders hilfreich erlebte,

waren zum einen den Raum mit seinen Gegenständen sowohl taktil als auch mit einzelnen Körperteilen (Arme, Beine, Rücken) zu erforschen, zum anderen eine Imaginationsübung, die ihr zu einer „zweiten“ protektiven Haut verhelfen sollte: Sie begann sitzend am Boden, mit geschlossenen Augen, erspürte ihre einzelnen Körperteile und stellte sich vor, sie könne ihren Leib mit dem Atem dreidimensional ausdehnen; dann stand sie auf, und mit der Vorstellung von einer zweiten Haut umgeben zu sein, schob sie diese mit ihren Händen an den Körperstellen weg, wo sie gefühlsmäßig mehr Raum benötigte. Bei Abschluss der Übung zeichnete sie das Bild, das sie von sich in dieser zweiten gedehnten Haut hatte, und veränderte mit Bewegungen und erneuten Zeichnungen die Stellen, die ihr noch zu „rissig“ und „kantig“ vorkamen, bis sie mit dem Resultat zufrieden war. Dieses führte zu einem erhöhten intrapsychischen Bewusstsein für körperliche Reaktionen auf äußere Einflüsse und deren Bedeutung im Kontext der eigenen Biographie. Die Sitzungen in diesem Zeitraum ähnelten einander. Es hatte den Anschein, als ob Frau Schmidt etwas für sich intrapsychisch sehr Wichtiges „durcharbeitete“. Sie selbst stellte fest, dass sie viel entkrampfter als vorher mit Männern über Alltagsfragen reden konnte. In den folgenden sechs Sitzungen lag die Betonung auf „Nein-Sagen-Können“ und der introspektiven Wahrnehmung von Körpersignalen. Indem die Therapeutin sich auf *Shaping* konzentrierte und Übungen anbot, die *Effort* und *Shaping* Elemente verbinden, war es Frau Schmidt möglich, sich immer freier zu bewegen und ihre Wünsche und Bedürfnisse deutlicher zu benennen.

Nach 25 Sitzungen, medikationsfrei und einem positiven Ausblick auf das Leben, beschlossen die Klientin und die Therapeutin die Therapie zu beenden.

Ähnlich positiv verlief die Psychotherapie der Tochter: Sie kotete nicht mehr ein, entwickelte gute Freundschaften zu Mädchen und Jungen und ging vielen Hobbies nach. Diese positiven Veränderungen für Mutter und Tochter zeigten negative Folgen für die drei Söhne bzw. Brüder. Die familiendynamische Homöostase war durch diese beiden Therapieverläufe empfindlich gestört worden.

Der vom Jugendamt eingesetzte Familienhelfer, der sich um die Söhne von Frau Schmidt kümmern sollte, konzentrierte sich in seiner Arbeit mehr auf Beate. Vereinbarte Termine zwischen ihm und den Söhnen konnten nicht eingehalten werden. Darüber hinaus fand er keine Zeit an Gesprächen mit dem Sozialarbeiter des Jugendamtes und der Psychotherapeutin teilzunehmen. In dieser Zeit wechselte im Jugendamt die Sachbearbeitung. Dort übernahm eine Sozialarbeiterin die Betreuung. Der Familienhelfer schied aus. Nach einer relativ kurzen Latenz begann ein neuer Familienhelfer, der bis heute in der Familie tätig ist.

Ulrich (16) wechselte wegen schlechter werdender Leistungen vom Gymnasium zur Realschule und kurze Zeit später in die berufsbildende Schule. Er blieb nachts lange weg, hielt sich nicht an Absprachen, belog die Familie und bestahl

seine Mutter und Geschwister sowie die Eltern seiner damaligen Freundin.

Norbert (14) „tauchte in die Computerwelt ein“, er spielte „World of Warcraft“, ein Online-Spiel, das suchartig gespielt wird und den Tag- und Nachtrhythmus verändert. Seine Schulleistungen am Gymnasium ließen ebenfalls nach. Die Versetzung war gefährdet. Mit Freunden kommunizierte er nur online und verließ selten das Haus.

Kurt (11) zog sich völlig zurück, entwickelte psychosomatische Symptome wie Bauch- oder Kopfschmerzen und ging nur unregelmäßig zur Schule. Er beteiligte sich nicht am Unterricht, noch nahm er Kontakt zu seinen Mitschülern auf. Sobald ein/e Lehrer/in ihn ansprach, brach er in Tränen aus. Über das Internet kommunizierte er mit einem früheren Klassenkameraden aus B., wo die Familie früher gelebt hatte.

Dieses veränderte Familienbild ist Ausdruck einer offen ausgebreiteten Traumatisierung der gesamten Familie. Alle waren Zeugen der häuslichen Gewalterlebnisse und einzelne auch selbst betroffen. Bei Mutter und Tochter war die zweifache Betroffenheit offensichtlich, im Fall von Kurt sehr wahrscheinlich. Ulrich und Norbert blieben lange Zeit im Hintergrund und sind deshalb auch nicht als „Opfer“ der Gewalt betrachtet worden. Sie zeigten jedoch deutliche Tendenzen zu Anpassungs- und depressiven Störungen sowie zu Suchttendenzen. Auf Grund mangelnder

Auseinandersetzungsmöglichkeiten mit dem Vater entwickelten beide Verhaltensweisen, die, gemäß ICD-10 als „Verschmelzung mit einem Ersatzobjekt“ (F50) verstanden werden können, oder im Sinne Winnicotts (1971) bzw. Kalscheds (1996) zu der Entwicklung einer protektiven, inneren Figur führten, die sich (selbst)zerstörerisch der Außenwelt mitteilte. Damit verleugneten sie die Realität und führten auch zu einer Veränderung des Selbsterlebens.

Die derart lärmende Symptomatik der Söhne konnte wegen den erheblichen sozialen Folgen nicht überhört werden. So suchte Frau Schmidt erneut die Einzeltherapie auf, zu der sie bis heute vierwöchentlich für 60 Minuten kommt. Diesmal waren ihre Ziele, nicht in einen depressiven Rückzug zu verfallen, in dem sie, von Schuldgefühlen geplagt, die Grenzen zwischen ihrer Eigenverantwortung und der Verantwortung für die Kinder vergisst, und das Zusammenleben mit ihren Kindern besser zu gestalten. Zusätzlich zu den Sitzungen begann Kurt eine eigene Psychotherapie, um mit seinen Schwierigkeiten besser umgehen zu lernen. Auch er geht noch heute in die zweiwöchentliche, 60 minütige Einzeltherapie. Darüber hinaus fanden seitdem alle vier Wochen anderthalbstündige familienpsychotherapeutische Sitzungen statt, die die Therapeutin mit einem Fachkollegen gemeinsam durchführt.

Diskussion der Kasuistik

Der besondere Wert dieser Fallstudie liegt darin, dass eine traumatisierte Familie vorgestellt wurde, die unterschiedliche

Folgen der Traumatisierungen zeigte und auch in unterschiedlichen Settings behandelt wurde. Dabei dominierten eindeutig die Einzelbehandlung von Frau Schmidt, und die nahezu abgeschlossene Behandlung von Beate, während die Behandlungen der gleichermaßen traumatisierten Jungen eher im Hintergrund standen und auch von KUKT zunächst „stiefmütterlich“ behandelt worden waren. Es hatte sich jedoch gezeigt, dass sie selbst sich über ihre Symptomatiken hinreichend ins Spiel gebracht haben. Die Behandlung von Frau Schmidt war immer verwoben mit den nicht-erfolgten Behandlungen ihrer Söhne. Während sie nach 25 Sitzungen relativ erfolgreich ihre Einzelbehandlung beendet hatte, tauchten mehr oder weniger drängend ihre Söhne mit unterschiedlichen sozialen Auffälligkeiten und auch psychosomatischen Symptomen auf.

Diese Erkenntnis erfolgte erst relativ spät nachdem die „eigentliche“ Behandlung von Frau Schmidt abgeschlossen war und die Reflexion darüber erfolgte. Dies entspricht den theoretischen Annahmen zur „Epistemologie von Praxis“ von Schön (1983) (s. Kap. 6.4.3.) und führten zur Fortschreibung der theoretischen Annahme, dass eine Familie als ganze traumatisiert ist, auch wenn nur einzelne Familienmitglieder am eigenen Leib und mit eigener Seele das unmittelbare Trauma erlebt haben.

Im Nachhinein ist kritisch anzumerken, dass der Charakter der Wiederholung der sozialen Unterstützung für Frau Schmidt

nicht beachtet wurde. Positiv ist dabei zu sehen, dass sie mit ihren Kindheitserfahrungen gelernt hatte, dieses System im guten Sinne zu nutzen und als hilfreich zu erleben, um „sozial“ zurecht zu kommen. Eher zurückhaltend ist zu werten, dass die „psychischen“ Folgen, wie z. B. aus Scham- und Schuldgefühlen nicht zu reden oder Kontakte angemessen aufzunehmen, und dies auch in der eigenen Familie, nicht ausreichend beachtet wurden. Die damit verbundene mangelhafte Verarbeitung eigener Erfahrungen wiederholte sich wie ein Muster in der Verarbeitung von den Erfahrungen in ihrer jetzigen Familie, die sie selbst, aber auch ihre Kinder gemacht hatten.

Es ist zu wünschen, dass im weiteren Verlauf nach Ende der Projektzeit auch diese „Erkenntnisse“ angemessen in die weiteren Behandlungen aufgenommen und integriert werden.

8 Diskussion und Ausblick

Die spezielle traumazentrierte Psychotherapiemethode Tanz- und Bewegungspsychotherapie war für das Forschungsprojekt die wesentliche Perspektive. Sie umfasste die weitgehend erfolgreiche direkte Unterstützung der von Gewalt betroffenen Frauen, Jugendlichen und Kindern. Diese wurde durch eine Psychotherapeutin mit Unterstützung des arbeitsteilig und interdisziplinär arbeitenden Projektteams durchgeführt. Der fachliche Austausch in diesem multiprofessionellen Team unterstützte die Erweiterung der jeweiligen Blickwinkel und steigerte damit den fachlichen Standard der Mitarbeiterinnen.

Bislang gibt es in Deutschland kein Forschungsprojekt gegen häusliche Gewalt, das die tiefenpsychologisch fundierte und traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie erforscht und einsetzt. Zwar haben Projekte wie S.I.G.N.A.L. in Berlin, CORA in Mecklenburg-Vorpommern, das Passauer Modell 'Gewalt im sozialen Nahraum' oder BIG in Berlin die Wichtigkeit von Beratung und interdisziplinärer Vernetzung und/oder Öffentlichkeitsarbeit im Umgang mit häuslicher Gewalt aufgezeigt (s. Ergebnisse der WiBIG: <http://www.wibig.uni-osnabrueck.de>). Doch erst das KUKT-Projekt hat auf der Basis der Erfahrung der genannten Projekte diese Verknüpfung auch einlösen können. Insofern war es ein innovatives Projekt. Darüber hinaus konnte aufgezeigt werden,

dass der spezielle Ansatz der Tanz- und Bewegungspsychotherapie in der Traumatherapie als besonders hilfreich angesehen werden kann, wird doch der Körper und das für die Traumatherapie wichtige implizite Gedächtnis („Körpergedächtnis“) hier im Vergleich zu den meisten anderen traumazentrierten Therapieansätzen explizit in die Behandlung eingebracht. Körperbezogene und verbale orientierte Behandlung ergänzen sich. Traumatisierte Menschen können auf diese Art und Weise neue, stärkende, körperlich wahrnehmbare Erfahrungen machen und lernen, sich mit und ohne Worte differenzierter zu begreifen und mitzuteilen. Auch dieser Aspekt kann als innovativ bezeichnet werden.

In der Auswertung zeigen die Tests, die Bewegungsanalyse und die Fragebögen positive Entwicklungstrends, die mit der Tanz- und Bewegungspsychotherapie (DMT) erreicht werden. Wegen der relativ geringen Fallzahl sind die Aussagemöglichkeiten jedoch begrenzt. Im Sinne der in Kapitel 6.4.3 entwickelten Praxistheorie weisen die beiden Fallstudien auf eine positive Wirkung der Tanz- und Bewegungspsychotherapie bei traumatisierten Menschen hin. Im Folgenden sollen einige Überlegungen zusammengefasst werden, die die hier aufgezeigte, erfolgreiche Wirkung begründen.

Das Besondere an DMT ist die zusammenführende Arbeit der zwei Ebenen *Körper* (Body) und *Psyche* (Mind). Somit

enthält sie den entscheidenden Zugang zu dem zentralen Aspekt, der von allen Traumatheorien hervorgehoben wird, dass nach einem traumatischen Ereignis die deklarativen/expliciten und prozeduralen/impliziten Verarbeitungsprozesse fragmentiert werden. Dies bedeutet, dass die Verarbeitung und damit auch die Erinnerungsfähigkeit nicht als kohärent Ganzes erfolgt, sondern das traumatische Erlebnis in Teilaspekten in unterschiedlichen Gedächtnissystemen gespeichert wird. Es geht in der traumazentrierten DMT darum, der grundsätzlichen, traumainherenten Fragmentierung von Körpererleben und kognitiver Wahrnehmung durch ein gezieltes Zusammenführen und Sensibilisieren beider Prozesse mithilfe körperbetonter und verbaler Interventionen entgegenzuwirken. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ein Wiedererleben traumatischer Erinnerungen mit allen Sinnen und einem gleichzeitig verbalen Durcharbeiten dieser Erfahrungen angestrebt wird. Die Reintegration der Erfahrungen in einen Lebenszusammenhang kann über die sorgsame Stabilisierung und dem ressourcenorientierten Erlernen von kognitiven und körperlichen Selbstschutzregulationen erfolgen. Meistens wissen die Menschen um ihre Erfahrungen, sie gilt es auch im therapeutischen Prozess zu benennen und anzuerkennen. Es ist jedoch nicht entscheidend diese Erfahrungen im Einzelnen zu besprechen und wiedererleben zu lassen. Vielmehr gilt es, mit den *Reaktionen* auf traumatische Erlebnisse besser umgehen zu lernen, da diese auch im Alltag dieser Menschen einschränkend wirken. Reaktionen betreffen und beeinflussen

die Physiologie, die Emotionalität und das Soziale der Menschen. Es kann an Hand der Projektergebnisse gezeigt werden, dass dies in weiten Teilen gelingt und die Frauen diese Therapie positiv bewerten, wie die Ergebnisse aus den Fragebögen und den Testergebnissen zeigen.

Neben der Aufhebung sozialer Isolation, dem Bearbeiten von Grenzverletzungen und Grenzsetzungen, von diffusen Ängsten, Wut und Trauer, Partnerschaftskonflikten sowie dem Entwickeln von positiven Lebensperspektiven - wie diese auch in anderen psychotherapeutischen Verfahren bearbeitet werden -, sind es vor allem Körperwahrnehmungsstörungen sowie psychosomatische Symptome, die mit Hilfe der DMT gut beeinflusst werden können. Dies sollen auch die beiden Fallstudien demonstrieren. Die individuelle Vorgehensweise in der Therapie basiert auf einer differenzierten Bewegungsanalyse zu Beginn der Behandlung, so dass eingeschätzt werden kann, welcher Schweregrad der Störung vorliegt und wie entsprechend methodisch-technisch vorgegangen werden kann. Es zeigt sich, dass in nahezu allen Fällen zu Beginn ein behutsames, nicht primär DMT-orientiertes Vorgehen indiziert ist, sondern gerade in dieser Methode Zurückhaltung und ein verbal-orientiertes Vorgehen sinnvoll erscheinen. Die Mehrzahl der hier behandelten Frauen ist anfänglich nicht in der Lage, das kreative Angebot eines sowohl experimentellen wie auch strukturierten DMT-Angebotes anzunehmen. Wie auch die Auswertung der Bewegungsanalyse deutlich macht, zeigen die Frauen eine

fehlende Ausdehnung auf allen Achsen. Dieses permanente Zusammenziehen der Achsen weist auf ausgeprägte Zustände der Angst und der Unsicherheit hin. Die von Gewalt betroffenen Frauen erleben ihren Körper in der Regel als entweder „nicht vorhanden“, in seiner Emotionalität eingeschränkt oder sie lehnen ihren Körper bzw. Teile davon ab und werten ihn als „Ursache allen Übels“. Deshalb ist das Vorgehen in der Behandlung darauf gerichtet,

- die Funktionalität des Körpers bzw. einzelner Körperteile wahr- und anzunehmen und/oder
- (un)willkürliche Bewegungen wahrzunehmen und in Beziehung zu ihren Gefühlen und Gedanken zu setzen und/oder
- im weiteren Verlauf den Körper selbst „sprechen“ zu lassen durch eigene, frei improvisierte Bewegungen und dabei eine Balance zu finden zwischen dem „gesprochenem“ Wort und dem „bewegtem“ Wort und/oder
- verbale und gestalterische Elemente der Therapie in Bewegung auszudrücken, mit dem Ziel die Emotionalität ihres Erlebens zu integrieren und zu akzeptieren.

In der hier vorgestellten Therapie wird der Fokus darauf gelegt, die Klientinnen selbst bestimmen zu lassen, welchen Körper- und Bewegungsbezug sie im Kontext ihrer eigenen Themenstellungen bearbeiten wollen. Dabei wird therapeutisch darauf Wert gelegt, die Sensibilität für Körperwahrnehmung und –reaktion zu stärken. Diese Sensibilisierung ist in den meisten Fällen zugleich Ausgangspunkt für die zunehmende

Befähigung sich im dreidimensionalen Raum selbstbewusster und selbstverständlicher zu bewegen als es zuvor möglich war.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die spezielle Methode der Tanz- und Bewegungspsychotherapie die spezielle Symptomatik nach Gewalterfahrungen besonders gut beeinflussen kann, weil der Körper ein zentraler Faktor in der Speicherung traumatischer Erfahrungen ist. Zur Erhärtung dieser Ergebnisse ist es wünschenswert, in einem Folgeprojekt mit größerer Fallzahl und mit unabhängigen Ratern für die Bewegungsanalyse zu arbeiten. Ferner sollte eine breitere Diskussion innerhalb der Tanz- und Bewegungspsychotherapie darüber geführt werden, welche methodischen Elemente dieses Verfahrens bei traumatischen Störungen mehr und welche weniger wirksam sind. In den Mittelpunkt der Behandlung müssen eine allgemeine Stabilisierung und damit eine Stärkung der Ich-Funktionen stehen. Erst im weiteren Verlauf und nach genügender Stärkung entscheiden sich die KlientInnen selbst, ob sie unmittelbar das Trauma bearbeiten möchten. Indem die KlientInnen die Möglichkeit bekommen, ihren Körper wieder positiv zu besetzen und die Folgen ihrer Erfahrungen in ihrer einzigartigen Verkörperung zu respektieren, kann Fragmentierung allmählich aufhören.

Das Projekt mit seinen „vier Säulen“ zeigt ferner, wie wichtig es ist, das Thema *Häusliche Gewalt* aus mehreren Perspektiven zu behandeln. Auch Beratung kann neben der Therapie unmittelbare Unterstützung für von Gewalt betroffene

Menschen leisten. Darüber hinaus ist ein gut funktionierendes interdisziplinäres (Helfer)Netzwerk sowohl für die Bewältigung der traumainherenten Hilflosigkeit im System, als auch für die effektive und schnelle Unterstützung von Betroffenen von großer Bedeutung. Öffentlichkeitsarbeit dient der Enttabuisierung des Themas und der gezielten fachlichen, politischen und öffentlichen Diskussion. Es gilt für alle Bereiche das Thema *Häusliche Gewalt* aus der Privatheit von Einzelschicksalen herauszuholen und zu einem gesellschaftlichen Anliegen zu machen.

Das Spektrum häuslicher Gewalt ist im Projekt und nicht zuletzt auch in dieser Arbeit auf unterschiedlichsten Ebenen betrachtet worden. Es reicht von der Darstellung individueller Lebensgeschichten, die sich als Krankengeschichte mit der Psychiatrie, als Gesamtversorgung mit dem somato-psycho-sozialen Unterstützungssystem und als Chronifizierung entfalten bis hin zu anthropologischen Studien, anhand derer deutlich wird, dass *Häusliche Gewalt* abhängig ist von den gesellschaftlichen Bedingungen und Lebensweisen der Menschen. Angesichts dieses umfassenden Anspruches scheint das Projektergebnis nur von geringer Bedeutung zu sein. Betrachtet man jedoch die Lebensweisen und Lebenslagen der hier sich präsentierenden Menschen (einschließlich der Fallstudien), so wird offensichtlich, dass ein Teil dieser gesellschaftlich vernachlässigten Gruppe, die Schmerzen erlebt haben und erleben, erreicht worden ist.

9 Literatur

- Abott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J. und Lowenstein, S. (1995). Domestic violence against women. Indice and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 22
- Abrahams, C. (1994). *The Hidden Victims: Children and Domestic Violence*. London: NCH
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt Verlag
- Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) (Hrsg.) (1997). Wege aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung. Dokumentation der 3. Jahrestagung des AKF, Bünde
- Babcock, J.C. und La Taillade, J.J. (2000). Evaluating interventions for men who batter. aus J.P. Vincent und E.N. Jouriles (Hrsg). *Domestic Violence: Guidelines for Research-Informed Practice*. Gateshead: Atheneum Press
- Bandura, A. (1976). *Social Learning Theory*. New York Prentice Hall
- Bandura, A. (1985). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. New York: Prentice Hall
- Bange, D. und Deegener, G. (1996). *Sexueller Mißbrauch an Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Bartenieff, I. und Lewis, D. (1980). *Body Movement: Coping with the Environment*. New York: Gordon and Breach Science Publishers
- Bäßler, G., Birmelin, G. und Hilgarth, M. (1997). *Merkblatt zur ärztlichen Untersuchung nach fraglichen Sexualdelikten*. Landeskriminalamt Baden-Württemberg

- Beck, A. und Steer, R. (1995). *Beck-Depressions-Inventar: (BDI); Testhandbuch*. aus M. Hautzinger, M. Bailer, H. Worall und F. Keller, F. (Hrsg.). Göttingen: Huber Verlag
- Beckermann, M. (1998). Die gynäkologische Untersuchung und Begleitung von sexuell traumatisierten Frauen. in Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hrsg.). *Sexuelle Gewalt. Ursache für spezifische körperliche Beschwerden von Frauen und Mädchen*. Dokumentation einer Fortbildung für Gynäkologinnen/Gynäkologen im Herbst 1996 in Bremen
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*. 35, 320-335
- Bernard, H.R. (1989). Foreword. In D. Levinson (Hrsg.). *Family Violence in Cross-Cultural Perspective*. London: Sage
- Bernstein, B. (1995). Dancing Beyond Trauma: Women Survivors of Sexual Abuse. in F. Levy (Hrsg.). *Dance and Other Expressive Art Therapies. When Words Are Not Enough*. London: Routledge
- Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands e.V. (BTD)(2002). persönliche Kommunikation. 19. Februar
- Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands e.V. (BTD)(2006). Ziele der Tanztherapie. 06. März 2006. <http://www.btd.de>
- Bolton, F., Morris, I. und MacEachron A. (1989). *Males at risk: the other side of child sexual abuse*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Brazelton, T.B. (1976). Early parent-infant reciprocity. In V.C. Vaughan and T.B. Brazelton (Hrsg.). *The family: can it be saved?*. Chicago: Yearbook Medical Publishers
- Bremer Frauengesundheitsbericht (2001). Gewalt und Gesundheit von Frauen. Kap. 1.4. Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.). Bremen
- Brückner, M. (1998). *Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen – Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1999). *Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen*. Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001). *Mehr Schutz bei häuslicher Gewalt. Informationen zum neuen Gewaltschutzgesetz*. Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2004a). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Broschüre. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004b). Projekte zur Prävention. Homepage des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/gleichstellung.did=14010.html>, 06.10.2004
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004c). Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland – Ergebnisse der Pilotstudie. In Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). *Broschüre zu Gewalt gegen Männer*. Berlin
- Callaghan, K. (1993). Movement Psychotherapy With Adult Survivors Of Political Torture And Organised Violence. *The Arts in Psychotherapy*, 20, 411-421
- Callaghan, K. (1996). Torture – The Body in Conflict: The Role of Movement Psychotherapy. In M. Liebmann (Hrsg.). *Arts Approaches to Conflict*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Callaghan, K. (1998). In Limbo. Movement Psychotherapy with Refugees and Asylum Seekers. In D. Dokter (Hrsg.), *Arts Therapists, Refugees and Migrants. Reaching Across Borders*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Chodorow, J. (1991). *Dance Therapy and Depth Psychology: The Moving Imagination*. London: Routledge

- Cohen, B.B. (1993). *Sensing, Feeling and Action: The Experiential Anatomy of Body-Mind-Centering*. Northampton, MA: Contact Editions
- Cokkinides, V., Coker, A., Sanderson, M., Addy, C. und Bethea, L. (1999). Physical Violence During Pregnancy: Maternal Complications and Birth Outcome. *Obstetrics and Gynecology*. 93, 5, 661-666
- Coyne, J. (1994). Self-reported distress: Analog or ersatz depression?. *Psychological Bulletin*. 116, 29-45
- Damasio, A. (1997). *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: dtv
- Davis, M. (1988). Movement Psychodiagnostic Inventory: Guidelines for use and interpretation. *Movement Behavior Assessment*. Unveröffentl. Manuskript. Laban Centre, Goldsmiths College, University of London. November, 1-17
- Day, T. (1995). *The Health-Related Costs of Violence Against Women in Canada: The Tip of the Icedberg*. London, Ontario: Centre for Research on Violence against Women and Children. Centre for Excellence in Health Care Initiative
- DeCasper, A.J. und Fifer, W.P. (1980). Of human bonding: newborns prefer their mothers' voices. *Science*. 208, 1174-1176
- Denzin, N. (1978). *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill
- Derogatis, L. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research Inc.
- Dobash, R.E. und Dobash, R.P. (1992). *Women, violence and social change*. London: Routledge
- Donnellan, C. (1999). *Dealing with domestic violence*. Cambridge: Independence
- Dorfman, R. (1996). *Clinical Social Work. Definition, practice and vision*. New York: McGraw Hill

- Dosamantes, I. (1992). Spatial Patterns Associated With The Separation-Individuation Process In Adult Long-Term Psychodynamic Movement Therapy Groups. *The Arts in Psychotherapy*. 19, 3-11
- Duin, G. (2004). Häusliche Gewalt aus der Sicht eines europäischen Abgeordneten. Begrüßungsrede anlässlich der Fachtagung *Häusliche Gewalt – zwischen (Be)Achtung und Missachtung*. 27.-28.09., Emden
- Eberhard, M. (2005). Tanztherapie zwischen Retraumatisierung und Stabilisierung. *Zeitschrift für Tanztherapie – Körperpsychotherapie*. 12, 21, 25-37
- Egger, R., Froeschl, E. und Lercher, L. (1995). *Gewalt gegen Frauen in der Familie*. Wien: Verlag für Gesellschaftskritik
- Egle, U. und Nickel, R. (1998). Kindheitsbelastungsfaktoren bei somatoformen Störungen. *Zeitschrift Psychosomatische Medizin*. 44, 21-36
- Enders, U. (1990). *Zart war ich, bitter war's. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen*. *Erkennen – Schützen – Beraten*. Köln: Kölner Volksblatt Verlag
- Fachhochschule Oldenburg Ostfriesland Wilhelmshaven, Fachbereich Sozialwesen (2004). *Zwischenbericht des Forschungsprojektes "Therapie- und Beratungsnetzwerk für von Häuslicher Gewalt betroffener Frauen und Kinder*. Koppelin, F., Moore-Schmeil, C., Harms-Wahlich, I.; Lungershausen, M.; Mührel, M.. Unveröffentlichter Bericht. Emden
- Fachhochschule Oldenburg Ostfriesland Wilhelmshaven, Fachbereich Sozialwesen (2005). *Abschlussbericht – AGIP-Projekt 2002.477 Gesamt-Projektleitung F. Koppelin, Leitung des Praxisprojektes C. Moore, "Neue Wege in der Therapie- und Beratungsnetzwerk für von Häuslicher Gewalt betroffener Frauen und Kinder: Implementierung eines engmaschigen regionalen Modellprojektes"*. Moore, C., Koppelin, F., Harms-Wahlich, I., Klostermann, A., Lungershausen, M., Mührel, M., Wollersheim, M., Kerber, N. & Sobetzko, K., unveröffentlichter Bericht. Emden

- Faust, V. (2006). Seelische Störungen in fremden Kulturen. Homepage des Arbeitskreises für Psychosoziale Gesundheit. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/fremdekulturen.30.03.2006>
- Fischer, G. (2003). Wege aus der Sprachlosigkeit – Psychodynamische Traumatherapie und die Psychodynamik des Traumas im Kassenantrag. In G. Seidler (Hrsg.). *Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie*. Gießen: Psychosozial Verlag
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. und Petzold, E. (2001). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinien und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer
- Flick, U. (1991). Triangulation. In U. Flick, E. Kardoff, H. Keupp, L. Rosenstiel und S. Wolff (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlags Union
- Flick, U., v. Kardorff, E. und Steinke, I. (Hrsg.) (2000). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch
- Foa, E., Keane, T., und Friedman, M. (Hrsg.) (2000). *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. London: Guilford
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Franke, G. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Freud, S. (1895/1952). *Studien über Hysterie, GW 1*. London: Imago
- Geigges, W. (2002). Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer integrierten Medizin. In T. v. Uexküll, W. Geigges und R. Plassmann (Hrsg.). *Integrierte Medizin*. Stuttgart: Schattauer
- Godzeni, A. und Yodanis, C. (1998). Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen. Universität Fribourg 1998

- Graham, P. Rawlings, E. und Rimini, W. (1988). *Survivors of Terror: Battered Women, Hostages and the Stockholm Syndrome*. In K. Yilo und M. Bograd (Hrsg.). *Feminist Perspectives on Wife Abuse*. London: Sage
- Gray, A.E.L. (2001). *The Body Remembers: Dance Movement Therapy with an Adult Survivor*. Unveröffentl. Manuskript. Denver: Rocky Mountain Survivors Center
- Grübler, B. (2001). Gewaltschutzgesetz folgt der Logik: Wer schlägt, muß gehen. *Niedersächsisches Ärzteblatt*, 12, 10-13
- Hagemann-White, C., Kavemann, B. und Kootz, J. (1981). Hilfen für misshandelte Frauen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts *Frauenhaus Berlin*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Band 124. Stuttgart: Kohlhammer
- Harvey, S. (1995). Sandra: The Case of an Adopted Sexually Abused Child. In F. Levy (Hrsg.). *Dance and Other Expressive Art Therapies. When Words Are Not Enough*. London: Routledge
- Harwood, I. (1998). Advances in Group Psychotherapy and Self Psychology. An Intersubjective Approach. In I. Harwood und M. Pines (Hrsg.). *Self Experiences in Group. Intersubjective and Self Psychological Pathways to Human Understanding*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Heise, L., Pitanguy, J. und Germain, A. (1994). *Violence Against Women: The hidden health burden*. Washington: World Discussion Papers 255
- Hellferich, C., Hendel-Kramer, A. und Tov, E. (1997). *Anlaufstelle für vergewaltigte Frauen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung*. Schriftenreihe Des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 146. Stuttgart: Kohlhammer
- Hellbernd, H. und Wieners, K. (2002). Gewalt gegen Frauen im häuslichen Bereich - Gesundheitliche Folgen, Versorgungssituation und Versorgungsbedarf. Unveröffentl. Manuskript

- Hellbernd, H., Brzank, P., Wieners, K. und Maschewsky-Schneider, U. (2003). *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.- Interventionsprogramm*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Bonn
- Isermann, M. (2002). Psychotrauma: Ein Modebegriff?. AKF Home Page. <http://www.akf-info.de/neu/archiv/psychotrauma.htm>, 27. Januar 2002
- Jung, C.G. (1938). Psychological aspects of the mother archetype. *Collected works 9, part I*. Princeton: Princeton University Press
- Jung, C.G. (1951). Aion: Researches into the phenomenology of the Self. *Collected works 9, part II*. Princeton: Princeton University Press
- Jung, C.G. (1961). *Memories, Dreams, Reflections*. London: Fontana Press
- Kalmuss, D. (1984). The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of Marriage and the Family*. 46, 11-19
- Kalsched, D. (1996). *The Inner World of Trauma: Archetypal Defenses of the Personal Spirit*. London: Routledge
- Kaufman, J. (1991). Depressive disorders in maltreated children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 30 (2), 257-265
- Kavemann, B. (2002). Entwicklung der Diskussion über Gewalt im Geschlechterverhältnis – Historische Verschiebungen, neue Schwerpunkte, neue Verknüpfungen. Hochschultag der ASFH: Frauen in Gewaltverhältnissen. 31.10.2001
- Kavemann, B., Leopold, B., Schirrmacher, G. und Hagemann-White, C. (2001). Modelle der Kooperation gegen häusliche Gewalt: „Wir sind ein Kooperationsmodell, kein Konfrontationsmodell“. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Berliner Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt (BIG) – Universität Osnabrück, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Schriftenreihe Band 193. Stuttgart: Kohlhammer

- Kestenberg Amighi, J., Loman, S., Lewis, P. und Sossin, M. (1999). *The Meaning of Movement. Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. Amsterdam: OPA/Gordon and Breach Publ.
- Klein, M. (1946). The Early Development of the Conscience in the Child. In M. Klein (Hrsg.). *Contributions to Psychoanalysis*. London: Hogarth Press
- Klein, P. (1998). *Tanztherapie. Ein Weg zum Ganzheitlichen Sein*. Kiel: Dieter Balsies Verlag
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. Conn: International Universities Press
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press
- Kolip, P (Hrsg.) (2000). *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. Weinheim, München: Juventa
- Kretschmann, U. (1993). *Das Vergewaltigungstrauma: Krisenintervention und Therapie mit vergewaltigten Frauen*. Münster: Westfälisches Dampfboot
- Laing, R. (1967). *Phänomenologie der Erfahrung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag
- Lamb, W. und Watson, E. (1979). *Body Code: The Meaning in Movement*. London: Routledge and Kegan Paul
- Lamneck, S. (1993a). *Qualitative Sozialforschung Bd. 1. Methodologie*. Weinheim: Beltz
- Lamneck, S. (1993b). *Qualitative Sozialforschung Bd. 2. Methoden und Techniken*. Weinheim: Beltz
- Lerner, J.V., Nitz, K., Talwar, R. und Lerner, R.M. (1989). On the functional significance of temperamental individuality: a developmental contextual view of the concept of goodness of fit. In G. Kohnstamm et al. (Hrsg.). *Temperament in Childhood*. Chichester: John Wiley

- Leventhal, F. und Chang, M. (1991). Dance/Movement Therapy with Battered Women: A Paradigm of Action. *American Journal of Dance Therapy*. 13, 2, 131-147
- Leventhal, F. und Chang, M. (1995). Mobilizing Battered Women: A Creative Step Forward. In F. Levy (Hrsg.). *Dance and Other Expressive Art Therapies*. New York: Routledge
- Levine, P. (1997). *Waking the Tiger. Healing Trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books
- Levinson, D. (1989). *Family Violence in Cross-Cultural Perspective*. London: Sage
- Liebowitz, G. (1992). Individual dance movement therapy in an inpatient psychiatric setting. In H. Payne (Hrsg.). *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. London: Routledge
- Löbmann, R., Herbers, K. und Schacht, G. (2004). *Vorläufige Ergebnisse der Evaluation der Beratungs- und Interventionsstellen (BISS) für Opfer häuslicher Gewalt*. Hannover: KFN.
- Mahler, M. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: International Universities Press
- Mahler, M., Pine, F. und Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. London: Hutchinson & Co. Publishers
- Mark, H. (1999). *Häusliche Gewalt. Umgang mit ärztlichen Praxen, die Opfer Häuslicher Gewalt wurden. Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg*. Magisterarbeit im postgradualen Studiengang Public Health / Gesundheitswissenschaften. Technische Universität Berlin
- McGibbon, A., Cooper, L. und Kelly, L. (1989). *What Support – An Exploratory Study of Council Policy and Practice and Local Support Services in the Area of Domestic Violence within Hammersmith and Fulham Council*. London: Hammersmith & Fulham Council/Polytechnic of North London

- Meekums, B. (1999). A Creative Model For Recovery From Child Sexual Abuse Trauma. *The Arts in Psychotherapy*. 26, 4, 247-259
- Mirrlees-Black, C. (1999). Domestic Violence: Findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire. *Home Office Research Study*, 191
- Moore, C. (2006a). Dance Movement Therapy in the light of Trauma: research findings of a multidisciplinary project. In S. C. Koch und I. Bräuninger (Hrsg.). *Advances in Dance/Movement Therapy. Theoretical Perspectives and Empirical Research*. Berlin: Logos Verlag
- Moore, C. (2006b). Neue Wege in der Traumatherapie für von Häuslicher Gewalt betroffene Frauen, Kinder & Jugendliche. *Psychologie in der Medizin*. 4, 10-20
- Moore-Schmeil, C. (2001). An eclectic approach to Dance Movement Therapy with survivors of domestic violence. Magisterarbeit im postgradualen Studiengang Dance Movement Therapy. Laban Centre London/City University London
- Moore, C., Koppelin, F., Harms-Wahlich, I., Klostermann, A., Lungershausen, M., Mührel, M. und Wollersheim, M. (2006). *Häusliche Gewalt gegen Frauen und Kinder: Neue Wege der Therapie und Beratungsvernetzung*, Bremerhaven: NW-Wirtschaftsverlag
- Moore, C. und Schaub, H.-A. (2006). Fallstudien und der Zusammenhang von Praxis, Theorie und Forschung in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. Eingereicht bei *Zeitschrift für Psychotraumatologie*.
- Moore, C. and Yamamoto, K. (1988). *Beyond Words: Movement Observation and Analysis*. New York: Gordon and Breach Publishers
- Müller, B. (2001). 'Praktiker als Forscher – Forschen als Praxis: eine Wahlverwandtschaft?'. *neue Praxis* 30, 3-8
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2003). Die wichtigsten Fakten zum Thema häusliche Gewalt auf einen Blick. <http://www.ms.niedersachsen.de/master/html>, 27. Januar 2003

- Ogden, P. und Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*. VI, 3, 3
- Olbricht, L. (1997). Folgen sexueller Traumatisierung für seelische Entwicklung und das Körpergefühl von Frauen. In AKF (Hrsg.). *Wege aus Ohnmacht und Gewalt. Frauengesundheit zwischen Menschenrechten und Grenzverletzung*. Dokumentation der 3. Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.
- Ortmann, K. und Schaub, H.-A. (2004). 'Über den Zusammenhang von Praxis, Theorie und Forschung. Für eine praxeologisch begründete Klinische Sozialarbeit'. *neue praxis* 34, 598-608
- Otte-Unger, M. (2004). Möglichkeiten und Grenzen in der Tanz- und Ausdruckstherapie bei der Behandlung von Traumatisierungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen einer Psychosomatischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Tanztherapie – Körperpsychotherapie*. 11, 20, 13-21
- Pagelow, M. (1981). *Women-Battering: Victims and their Experiences*. Beverly Hills, CA: Sage
- Pagelow, M.D. (1984), *Family Violence*, New York: Praeger
- Perry, B. (1995). Neurobiological sequelae of childhood trauma: post-traumatic stress-disorders in children. In M. Murberg (Hrsg.). *Catecholamines in Post-Traumatic Stress Disorder: Emerging Concepts*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Perry, B. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Schetky und E. Benedek (Hrsg.). *Textbook of child and adolescent forensic Psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press Inc.
- Peschers, U. (2000). Sexuelle Gewalt: Frauenärztinnen und Frauenärzte wollen ein Tabu brechen. Presseerklärung anlässlich zum 53. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. München
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Rivers, W. (1918). The Repression of War Experience. Lancet Paper Homepage. <http://www.sassoonery.demon.co.uk/lancetpaper.htm>, 15. Oktober 2004
- Robin-Winn, M. (2001). Gewalt als Gesundheitsproblem. *Niedersächsisches Ärzteblatt*. 12, 14-15
- Sachsse, U. (Hrsg.) (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie. Klinik, Theorie, Praxis*. Stuttgart: Schattauer
- Saltzman, L. (2004). Definitional and Methodological Issues Related to Transnational Research on Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 10, 812-830.
- Sameroff, A.J. (1991). The social context of development. In M. Woodhead, R. Carr und P. Light (Hrsg.). *Becoming A Person*. London: Routledge
- Schaub, H.-A. (2006). *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*. Als Manuskript beim Verlag eingereicht
- Schaub, H.-A. (2000). 'Psychosoziale Rehabilitation in der ärztlichen Basisversorgung'. In K. Ortmann und Waller, H. (Hrsg.). *Sozialmedizin in der Sozialarbeit – Forschung für die Praxis*. Berlin: Verlag Wissenschaft und Forschung
- Schaupp, W. (2005). 'Subjekt – Würde – medizinisches Handeln'. *Psychologische Medizin* 16, 4, 25-28
- Schmais, C. (1998). Understanding the Dance/Movement Therapy Group. *American Journal of Dance Therapy*, 20, 1, 23-35
- Schmeißer, H. und Feldkamp-Zylka, A. (2002). Tanztherapie in der Psychiatrie: Praxis und Reflexion. *Zeitschrift für Tanztherapie – Körperpsychotherapie*. 15, 9, 32-35
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books

- Schweikert, B. (Hrsg.) (2000). Wer schlägt, der geht?! Das geplante Gewaltschutzgesetz – Hintergrund, Chancen und offene Fragen. *STREIT – Feministische Rechtszeitschrift*. 19, 2
- Siegel, E., Trautmann-Voigt, S. und Voigt, B. (1997). *Tanz- und Bewegungstherapie. In Theorie und Praxis*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag
- Stanton-Jones, K. (1992). *An Introduction to Dance Movement Therapy in Psychiatry*. London: Routledge
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. London: Karnac Books
- Stewart, L.H. (1987). Kinship libido: Shadow in marriage and family. In M.A. Mattoon (Hrsg.). *The archetype of shadow in a split world*. Einsiedeln, Switzerland
- Stierlin, H. (2000). Wohlbefinden und Selbstregulation. *Familiendynamik* 25, 293-317
- Stolorow, R.D. und Brandchaft, B. (1987). Developmental failure and psychic conflict. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 4, 241-253
- Straus, M., Gelles, R. und Steinmetz, S. (1980). *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. New York: Anchor
- Sykes Wylie, M. (2004). [The Limits of Talk: Bessel van der Kolk wants to transform the treatment of trauma](#). *Psychotherapy Networker*. 28 (1), 30-41.
- Van den Boom, A. (2005). Die Arbeit mit Menschen mit traumatischen Lebenserfahrungen. *Zeitschrift für Tanztherapie – Körperpsychotherapie*. 12, 21, 11-18
- Van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: Memory and the emerging psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- Van der Kolk, B. und Fislser, R. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bull Menninger Clin*. 58, 145-168

- Van der Kolk, B., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: The Guilford Press
- Van der Kolk, B., McFarlane, C. und Weisaeth, L. (Hrsg.) (2000). *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann
- Venzlaff, U., Dulz, B. und Sachsse, U. (2004). Zur Geschichte der Psychotraumatologie. In U. Sachsse (Hrsg.). *Traumazentrierte Psychotherapie. Klinik, Theorie, Praxis*, Stuttgart: Schattauer
- Von Uexküll, T. (1998). Aufgaben und Zukunft der psychosomatischen Medizin. Referat auf dem Segeberger Symposium am 12. September 1998. Unveröffentl. Manuskript
- Von Uexküll, T. (o. J.). *Forschung in integrierter Medizin als Problem*. Unveröffentl. Manuskript
- Von Uexküll, T. und Wesiack, W. (1996). Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In T. v. Uexküll (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg
- Vogt, I. (1999). Prämissen einer frauenspezifischen Suchtarbeit. Ergebnisse aus der Forschung. In *Frauen-Sucht-Gesellschaft*. Dokumentation der Fachtagung am 28. Januar 1999 in der Katholischen Akademie Trier. Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen. Rheinland-Pfalz
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society*. Cambridge: Harvard University Press
- Vygotsky, L.S. (1934, 1962). *Thought and Language*. Cambridge, MA: MIT Press
- Walby, S. (2000). *The cost of domestic violence*. London: Department of Trade and Industry Women and Equality Unit.
- Walker, L. (1983). The battered women syndrom study. In D. Finkelhor, R. Gelles und G. Hotaling (Hrsg.). *The dark side of families*. Beverly Hills, CA.: Sage

- Warshaw, C. (1998). Identification, Assessment and Intervention with Victims of Domestic Violence. In C. Warshaw und A. Ganley (Hrsg.). *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers*. San Francisco, CA: The Family Violence Prevention Fund
- Wenzlaff, P., Goesmann, C. und Heine-Brüggerhoff, W. (2001). Häusliche Gewalt: Bedeutung im ärztlichen Berufsalltag und Fortbildungsbedarf. *Niedersächsisches Ärzteblatt*. 12, 16-18
- Wetzels, P. (1997). *Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit*. Hannover: KFN e.V.
- Wetzels, P. und Pfeiffer, C. (1995). *Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum – Ergebnisse der KFN Opferbefragung 1992.*, Hannover: KFN e.V
- Whiting, B.B. (1965). Sex identity conflict and physical violence: a comparative study. *American Anthropologist*. 67, 123-40
- Williamson, E. (2000). *Domestic Violence and Health. The response of the medical profession*. Bristol: The Policy Press, University of Bristol
- Winn, L. (1994). *Post traumatic stress disorder and dramatherapy*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Winnicott, D.W. (1949). Mind and its relation to psyche-soma'. *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Karnac Books
- Winnicott, D.W. (1960). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. London: Routledge
- Winnicott, D.W. (1949; 1996). Mind and its relation to psyche-soma. *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Karnac Books
- Wisner, C., Gilmer, T., Saltzman, E. und Zink, T. (1999). Intimate Partner Violence Against Women: Do Victims Cost Health Plans More?. *The Journal of Family Practice*. 48, 6, 439-443

Whitehouse, M. (1979,1999). C.G.Jung and Dance Therapy. Two Major Principles. In P. Pallaro (Hrsg.). *Authentic Movement* London: Jessica Kingsley Publishers

Wissenschaftlicher Bildungsgang

Claire Moore

Geboren 08. Juli 1961

In Redhill/GB

Staatsangehörigkeit Britisch

Studien

1998-2001 Psychologie

Open University, Milton Keynes/GB

BA (Hons.) Psych

1999-2001

Tiefenpsychologisch fundierte Tanz-
und Bewegungspsychotherapie

Laban Centre/City University London

MA DMT

2005-2007

Promotion

Fakultät IV, Human- und Gesellschafts-
wissenschaften/Psychologie, Carl von
Ossietzky Universität Oldenburg/Dtld.

Dr. phil.