

Hirsch, Mathias

Psychoanalytische Therapie bei sexuell mißbrauchten Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (1997) 10, S. 681-695

urn:nbn:de:bsz-psydok-40307

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- COUGHLAN, J.-G.: Zur Arbeit von Erziehungsberatungsstellen bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch (Dealing in Child Guidance Centres with Allegations Concerning the Sexual Abuse of Children) 499

Familientherapie

- HEEKERENS, H.-P.: Familiendiagnostik ungeklärt – Diagnose unklar (Family Diagnostics – Diagnosis Unclear) 489

Forschungsergebnisse

- BRETZ, E./RICHTER, N./PETERMANN, F./WALDMANN, H.-C.: Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation einer Erzieherinnenfortbildung zum Thema sexueller Mißbrauch (A Questionnaire for the Evaluation of an Educators' Training on Child Sexual Abuse: Development and Application) 420
- FEGERT, J. M./SCHULZ, J./BERGMANN, R./TACKE, U./BERGMANN, K. E./WAHN, U.: Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren (Sleep Behavior in the First Three Years of Life) 69
- GÖHR, M./RÖPCKE, B./PISTOR, K./EGGERS, C.: Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I („Autogenic Training“ with Children and Young Patients with Diabetes mellitus Type I) 288
- HÄBERLE, H./SCHWARZ, R./MATHES, L.: Familienorientierte Betreuung bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen (Family Orientated Interventions of Children and Adolescents with Cancer Disease). 405
- LEGNER, A./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Neuromotorische und kognitive Entwicklung risikogeborener Kinder im Alter von fünf Jahren (Neuromotoric and Cognitive Development of 5-year-old Children with a Perinatal Risk) 477
- SARIMSKI, K.: Elternbelastung bei komplexen kraniofazialen Fehlbildungen (Parenting Stress in Families with Craniofacially Disordered Children) 2
- STEINEBACH, C.: Familienberatung in der Frühförderung: Bedingungen und Wirkungen aus der Sicht der Mütter (Family Counseling in Early Education: Circumstances and Effects from the Mothers Point of View) 15

Kinder und Gewalt

- GEBAUER, K.: Bearbeitung von Gewalthandlungen im Rahmen eines pädagogischen Konzeptes von Selbst- und Sozialentwicklung – Oder: Mit Schulkindern über Gewalt reden (Dealing with Physical Aggression within the Framework of an Educational Concept of Self- and Social Development – Or: Discussing Physical Aggression with Pupils) 182
- GÖBEL, S.: Aggression, unbelebte Objekte und die Phantasie der Unzerstörbarkeit (Aggression, Inanimated Objects and the Phantasy of Invulnerability) 206

KRANNICH, S./SANDERS, M./RATZKE, K./DIEPOLD, B./CIERPKA, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern (FAUSTLOS – a Curriculum for an Increase of Social Skills and for the Prevention of Aggressive and Potentially Violent Behavior in Children). . . .	236
MEIER, U.: Gewalt in der Schule – Problemanalyse und Handlungsmöglichkeiten (Violence in School – Analyzing a Phenomenon and Outlining Concepts of Practice-Focused Prevention and Intervention).	169
NOLTING, H.-P./KNOPF, H.: Gewaltverminderung in der Schule: Erprobung einer kooperativen Intervention (Reducing Aggression in the Schools: A Cooperative Intervention).	195
PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Verhaltenstherapie mit aggressiven Kindern (Behavior Therapy with Aggressive Children).	228
RATZKE, K./SANDERS, M./DIEPOLD, B./KRANNICH, S./CIERPKA, M.: Über Aggression und Gewalt bei Kindern in unterschiedlichen Kontexten (On the Aggression and Violence of Children in Different Contexts).	153
SCHWEITZER, J.: Systemische Beratung bei Dissozialität, Delinquenz und Gewalt (Systemic Consultation in Problem Systems involving Adolescent Acting-Out-Behavior, Delinquency and Violence).	215
WETZELS, P./PFEIFFER, C.: Kindheit und Gewalt: Täter- und Opferperspektiven aus Sicht der Kriminologie (Children as Offenders and Victims of Violent Acts: Criminological Perspectives).	143

Praxisberichte

ZOLLINGER, R.: Psychotherapie eines Knaben mit einer Depression nach dem Tod von zwei seiner Brüder (Psychotherapy of a Boy with a Depression after two of his Brothers died) . . .	727
---	-----

Psychotherapie

FASCHER, R.: Überlegungen zur psychodynamischen Bedeutung des Versteckspiels in der Kinderpsychotherapie (Reflections on Psychodynamic Meaning of Playing Hide-and-Seek in Child Psychotherapy).	660
HIRSCH, M.: Psychoanalytische Therapie bei sexuell mißbrauchten Jugendlichen (Psychoanalytic Therapy with Adolescent Victims of Sexual Abuse)	681

Übersichten

BILKE, O./MÖLLERING, M.: Der multidisziplinäre Qualitätszirkel – ein Qualitätssicherungsmodell für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (The Quality Auditing Council – a Method of Quality Management for Child and Adolescent Psychiatry)	257
KÄMMERER, A./ROSENKRANZ, J./RESCH, F.: Das Verschwinden der Scham und die Pubertät von Mädchen (The Disappearance of Shame and the Puberty of Girls).	113
KNORTH, E. J./SMIT, M.: Elterliche Partizipation bei Heimbetreuung in den Niederlanden (Parental Involvement in Residential Care in the Netherlands).	696
RAUCHFLEISCH, U.: Überlegungen zu den Ursachen und Wirkmechanismen des Konsums von Gewaltdarstellungen bei Kindern und Jugendlichen (Considerations About Motives and Consequences of the Use of Violent Presentations on Children and Adolescents)	435

REMSCHMIDT, H.: Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Trends in the Development of Child and Adolescent Psychiatry)	445
RENARD, L.: Psychoanalytische Behandlungsmöglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Frankreich (Psychoanalytical Approaches in France's Child and Adolescent Psychiatry)	278
ROTHENBERGER, A./HÜTHER, G.: Die Bedeutung von psychosozialem Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie (The Role of Psychosocial Stress in Childhood for Brain Maturation: Neurobiological Basis of Developmental Psychopathology).	623
SCHLEIFFER, R.: Adoption: psychiatrisches Risiko und/oder protektiver Faktor? (Adoption: Psychiatric Risk and/or Protective Factor?)	645
SCHREDL, M./PALMER, R.: Alpträume von Kindern (Nightmares in Children)	36
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: „Enuresis diurna“ ist keine Diagnose – neue Ergebnisse zur Klassifikation, Pathogenese und Therapie der funktionellen Harninkontinenz im Kindesalter („Diurnal enuresis“ is not a Diagnosis – New Results Regarding Classification, Pathogenesis, and Therapy of Functional Urinary Incontinence in Children)	92
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: Enuresis nocturna – neue Ergebnisse zu genetischen, pathophysiologischen und psychiatrischen Zusammenhängen (Nocturnal Enuresis – A Review of Genetic, Pathophysiologic, and Psychiatric Associations)	709
WILKES, J.: Gott ist tot – Friedrich Nietzsches Ödipuskomplex (God is dead – Nietzsche's Oedipus Complex)	268

Väter und Jugendliche

FENTNER, S./SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Rolle des Vaters in der familiären Kommunikation: Befunde einer Längsschnittstudie an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Father's Role in Family Communication: Results of a Longitudinal Study on Chronically Ill and Healthy Adolescents)	354
MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H.: Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen – Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen (The Impact of Family Relations on Coping Processes of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders).	371
SEIFFGE-KRENKE, I./TAUBER, M.: Die Idealisierung des Vaters: eine notwendige Konsequenz in Scheidungsfamilien? (Idealization of the Non-Custodial Father: A Necessary Consequence of Parental Divorce?)	338
SHULMAN, S.: Der Beitrag von Vätern zum Individuationsprozeß in der Adoleszenz (The Contribution of Fathers to Adolescents' Individuation)	321

Verhaltens- und Psychodiagnostik

BREUER, D./DÖPFNER, M.: Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie (The Assessment of Problem Situations within the Family).	583
DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik (From Categorical to Dimensional Assessment)	519

DÖPFNER, M./WOLFF METTERNICH, T./BERNER, W./ENGLERT, E./LENZ, K./LEHMKUHL, U./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F./STEINHAUSEN, H.-C.: Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie (The Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology within four Samples of Clinics of Child and Adolescent Psychiatry – A Multicenter Study)	548
FRÖLICH, J./DÖPFNER, M.: Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (Individualized Assessment of Children with Hyperactivity Disorders)	597
PLÜCK, J./DÖPFNER, M./BERNER, W./FEGERT, J. M./HUSS, M./LENZ, K./SCHMECK, K./LEHMKUHL, U./POUSTKA, F./LEHMKUHL, G.: Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen (The Impact of Different Sources of Information for the Assessment of Behavioural and Emotional Problems in Adolescence – A Comparison of Parent-Reports and Youth Self-Reports)	566

Buchbesprechungen

BÄUERLE, D.: Sucht- und Drogenprävention in der Schule	62
BIRBAUER, N./SCHMIDT, R. F.: Biologische Psychologie	400
BODE, M./WOLF, C.: Still-Leben mit Vater. Zur Abwesenheit von Vätern in der Familie . .	133
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSCH, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte	129
BORCHERT, J.: Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sonderpädagogischem Förderbedarf	738
BOWLBY, J.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie	309
COULACOGLOU, C.: Märchentest, Fairy Tale Test – FTT	678
DENIG-HELMS, K.: Klassenarbeiten erfolgreich bestehen. Das Programm für gute Noten im Schriftlichen	740
FLIEGNER, J.: Szenotest-Praxis. Ein Handbuch zur Durchführung, Auswertung und Interpretation	250
FUCHS, M./ELSCHENBROICH, G. (Hrsg.): Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie	674
GREVE, W./ROOS, J.: Der Untergang des Ödipuskomplexes. Argumente gegen einen Mythos . .	465
GRISSEMANN, H.: Dyskalkulie heute. Sonderpädagogische Integration auf dem Prüfstand . .	675
GUTHKE, J./WIEDL, K.H.: Dynamisches Testen. Zur Psychodiagnostik der intraindividuellen Variabilität	132
HELMS, W./DENIG-HELMS, K.: Fit für's Gymnasium. Die neuen Herausforderungen erfolgreich bewältigen	740
HELMS, W.: Besser motivieren – weniger streiten. So helfen Sie Ihrem Kind – aber richtig . .	740
HELMS, W.: Hausaufgaben erledigen – konzentriert, motiviert, engagiert	740
HELMS, W.: Los geht's! Alles Gute zum Schulstart	740
HELMS, W.: Vokabeln lernen – 100% behalten. Die erfolgreichen Tips zum Fremdsprachenlernen	740
HOFFMANN, L.: Therapeutische Konversationen. Von Macht und Einflußnahme zur Zusammenarbeit in der Therapie.	399

HOFFMANN, S. O./HOCHAPFEL, G.: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin	310
JONES, E.: Systemische Familientherapie. Entwicklungen der Mailänder systemischen Therapien – ein Lehrbuch	308
KALFF, D. M.: Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche	673
KÄSLER, H./NIKODEM, B.: Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen	131
KONNERTZ, D./SAUER, C.: Tschüs dann! Die erfolgreichen Arbeitstechniken für's Abitur . .	740
KREUSER, U.: Gestalterisches Spiel in seiner Bedeutung für die Lernförderung geistig behinderter Kinder	396
LOEWENBERG, P.: Decoding the Past. The Psychohistorical Approach	510
MARMOR, J. (Hrsg.): Psychoanalysis. New Directions and Perspectives	252
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2	734
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1 . . .	58
MÖLLER, J./KÖLLER, O. (Hrsg.): Emotionen, Kognitionen und Schulleistung	742
NISSEN, G./TROTT, G. E.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	311
OPP, G./PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft	401
PARENS, H.: Kindliche Aggressionen	63
PASSOLT, M. (Hrsg.): Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern	676
PERKAL, M.: Schön war draußen ... Aufzeichnungen eines 19jährigen Juden aus dem Jahre 1945.	60
PETERANDER, F./SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa	677
RAHM, D.: Integrative Gruppentherapie mit Kindern.	733
REISER, M. L.: Kindliche Verhaltensstörungen und Psychopharmaka	740
RESCH, F.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch .	135
SCHAUDER, T.: Verhaltensgestörte Kinder in der Heimerziehung	308
SEIDLER, C.: Gruppentherapie bei Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen im Jugendalter	735
SEIFFGE-KRENKE, I./BOEGER, A./SCHMIDT, C./KOLLMAR, F./FLOSS, A./ROTH, M.: Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien	394
STUDER, F.: Training kognitiver Strategien: ein computergestütztes Förderprogramm . . .	508
VON SCHLIPPE, A./SCHWEITZER, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. . .	395
WALTER, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung	398
WELTER-ENDERLIN, R./HILDENBRAND, B.: Systemische Therapie als Begegnung	617
WENDELER, J.: Psychologie des Down Syndroms.	618
WENGLEIN, E./HELLWIG, A./SCHOOF, M. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten.	59
WOLFRAM, W. W.: Das pädagogische Verständnis der Erzieherin – Einstellungen und Problemwahrnehmungen.	251
Editorial	1, 141, 319, 475, 517
Autoren und Autorinnen der Hefte	57, 122, 248, 304, 393, 459, 507, 597, 672, 732
Zeitschriftenübersicht.	124, 305, 460, 612
Tagungskalender	66, 137, 254, 315, 403, 471, 513, 620, 744
Mitteilungen	68, 139, 474, 515, 746

Psychoanalytische Therapie bei sexuell mißbrauchten Jugendlichen¹

Mathias Hirsch

Summary

Psychoanalytic Therapy with Adolescent Victims of Sexual Abuse

Sexual abuse as an extreme childhood trauma produces distorted object-images, introjects of violence which reproduce the trauma permanently through symptoms and acting-out. Although the traumatic power should be relived in transference, psychoanalytic therapy does not always mean permanent interpretation of transference, rather supporting, confirming, valuing activity is indicated. The following scopes can be differentiated: idealization, changing the therapeutic object into a triangulating one; negative transference of an archaic destructive mother imago, nevertheless also of the traumatic object, setting free hidden aggressive affects; emerging of the specific sexual trauma in transference and counter-transference. In the whole course of therapy, especially at the end, working through of guilt-feelings, shame and mourning permits the separation from the traumatic objects, although the danger of returning to them, often represented by the real actual objects, does not guarantee a full success in all cases.

Zusammenfassung

Sexueller Mißbrauch als extremes Kindheitstrauma verzerrt Objekt- und Selbstbilder, erzeugt Gewalt-Introjekte, die im Wiederholungszwang das Trauma in Symptomatik und Agieren ständig reproduzieren. Wenn auch die traumatische Gewalt in der Übertragung sozusagen dosiert wiedererlebt werden soll, bedeutet psychoanalytische Therapie nicht etwa ständiges Deuten der Übertragung, vielmehr ist auch stützende, bestätigende, durchaus auch wertende, die Realität benennende Aktivität angezeigt. Folgende Bereiche lassen sich differenzieren: Idealisierung, durch die die Therapie ein triangulierendes Objekt werden soll; negative Übertragung eines feindlich archaischen Mutterobjekts, auch die des Gewaltanteils des traumatischen Objekts, dadurch ent-

¹ Erweiterte Fassung eines Vortrags bei dem Kongreß der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Juni 1996, St. Gallen.

steht ein Zugang zu verschütteten aggressiven Affekten; schließlich die Bearbeitung des spezifisch sexuellen Traumas in Übertragung und Gegenübertragung. Im gesamten Verlauf, besonders aber in der Endphase, ermöglicht das Durcharbeiten von Schuldgefühlen, Scham und Trauer die Ablösung von den traumatischen Objekten, wenn auch die Gefahr der Rückkehr zu ihnen, oft repräsentiert durch die realen Bezugspersonen, die Aussicht auf einen vollen Therapieerfolg relativiert.

1 Einleitung

In der Psychoanalyse haben Sexualität und Inzest, wie man weiß, einen zentralen Stellenwert, und zwar in Form inzestuöser Triebwünsche des Kindes und den damit verbundenen unbewältigten Konflikten, die pathogen wirken können. Insofern entbehrte es nicht eines gewissen Zynismus, wenn das Opfer realen sexuellen Mißbrauchs mit einer Therapie konfrontiert würde, die die ungeheuerliche dramatische Realität des sexuellen Mißbrauchs wenn nicht ganz verwerfen, so doch aber zugunsten der entsprechenden Phantasien weit in den Hintergrund treten ließe. Und bis vor nicht allzu langer Zeit ist das auch immer wieder geschehen, sind Bewußtsein von realem Mißbrauch bzw. die auftauchende Erinnerung daran als Produkt ödipal-inzestuöser Phantasie verstanden worden. Eine Psychoanalyse, die einem überholten ideologisierten Schema von ödipalem Triebkonflikt verhaftet bleibt und die Bedeutung des realen Traumas nicht anerkennt (vgl. HIRSCH 1987), ist wahrlich nicht zur Behandlung von Opfern realen Inzests geeignet. Eine moderne Psychoanalyse wird Persönlichkeit und Charakter, Fähigkeiten und Verformungen, Kreativität und psychische Krankheit eines Menschen immer als Niederschläge realer Erfahrungen in Beziehungen zu anderen Menschen – in der Kindheit zu den wichtigsten, den Familienmitgliedern – und darüber hinaus als Ergebnis der intrapsychischen Veränderungen dieser Erfahrungen, deren Bilder erträglich bleiben müssen, verstehen. Die so entstandenen inneren Bilder von den Menschen, der Welt, dem Leben und sich selbst – man nennt sie Objekt- und Selbstrepräsentanzen – beeinflussen später umso massiver das Erleben seiner selbst und der anderen, sind für Symptome und Verhalten verantwortlich und gestalten die aktuellen Beziehungen, je weniger sie bewältigt wurden und den Charakter des Introjekts behalten haben. Die Aufgabe der psychoanalytischen Therapie wäre, die verzerrten Objekt- und Selbstbilder² realistischer zu machen in einem Prozeß, der nicht nur kognitiv-intellektuell abläuft, sondern ganz wesentlich mit den oft verschütteten emotionalen Anteilen der damaligen sowie aktuellen Beziehungen arbeitet. Die neben der Entdeckung des Unbewußten vielleicht größte Tat FREUDS war es, die ärztlich-therapeutische Beziehung selbst als therapeutisches Instrument zu verwenden, und zwar nicht in einer vorgefertigten väterlich-ärztlichen Form, sondern in der spezifischen Realität, die das Erleben des Patienten ihr zu einem gegebenen Zeitpunkt gibt. Das ist das Phänomen der Übertragung von Bezie-

² Das Inzestopfer fühlt sich wertlos, sein Selbstwertgefühl ist gering, es entwickelt Partnerbeziehungen, in denen es wieder Opfer ist, es benutzt masochistisch Sexualität, um emotionale Wärme zu bekommen, wird jedoch wiederum ausgebeutet.

hungsqualitäten; aktuelle Beziehungen – nicht nur zum Therapeuten, auch zum Partner, zum Chef, zur Nachbarin, zu allen Menschen – werden nach alten Mustern gestaltet, werden besonders in ihren emotionalen Qualitäten entstellt erlebt. Die analytische Haltung erfordert es nun, mit einem gewissen neutralen Interesse die sich verändernden Qualitäten der Beziehung zum Therapeuten zu beobachten und in Bezug zu den verinnerlichten Objekterfahrungen und ihren intrapsychischen Veränderungen zu verstehen. Dabei entstehen durchaus zum Teil heftige Emotionen auf seiten des Therapeuten, nämlich Gegenübertragungsgefühle, denen man nicht einfach handelnd nachgeben darf, man sollte sie im Gegenteil wie einen bedeutsamen Indikator verwenden, der einer Abbildung der inneren Objektbilder des Patienten entspricht. Im Falle schwerer gestörter Patienten, bei Jugendlichen und meines Erachtens auch bei Patienten mit schweren realen Traumaerfahrungen, um die es ja hier geht, sind weder ständige Deutung der und Verweise auf die Übertragungsbeziehung noch eine allzu strenge Zurückhaltung indiziert, vielmehr sind stützende, bestätigende Aktivitäten erforderlich, Ich-Funktionen müssen übernommen werden, Wertungen und Beurteilungen (z.B. der Handlungen des Inzestvaters!) haben im Sinne von Unterstützung der Einschätzung von Realität durchaus ihren Platz. Größere Bedeutung des Realanteils der therapeutischen Beziehung ergibt sich aus der größeren Unfähigkeit der Patienten, sich selbst und die anderen, auch die Beziehung zu ihnen, realistisch einzuschätzen. Man kann hier auch die Frage anschließen, ob es überhaupt besondere Merkmale der analytischen Therapie des Inzestopfers gibt, ob für diese nicht die Regeln der Therapie schwerer gestörter, Ich-schwacher Menschen gelten, ob nicht auch Opfer anderer Gewaltformen – ich denke an Folter und Naziterror – viel eher begleitend-stützend als aufdeckend und mit Übertragungsgefühlen konfrontierend behandelt werden sollten, ob nicht auch überhaupt eine psychoanalytische Therapie in der Adoleszenz immer *supportive, begleitende Elemente enthält*.

Eine so verstandene psychoanalytische Therapie wird sexuellen Mißbrauch in der Familie als schweres psychisches Trauma verstehen, das die körperlich-sexuellen sowie psychischen Grenzen des sich in der Entwicklung befindenden Kindes überrollt. Innerhalb einer lange vorher bestehenden Beziehung zu dem erwachsenen Täter erfährt das Kind das Überstülpen einer Erwachsenen-Sexualität, die es nicht verstehen kann. Neben der Angst entsteht eine Konfusion über den Begriff der Liebe, der für das Kind plötzlich eine völlig neue Bedeutung bekommt, wie FERENCZI (1933) es beschrieben hat, dazu in der Regel das Verbot, mit einem Dritten darüber zu sprechen. Häufig ist dem Kind schon längst die eigene, altersentsprechende legitime Sexualbetätigung, die kindliche Masturbation, mit Androhung empfindlicher Strafen streng untersagt worden, von demselben Elternteil, der es später zum Zwecke der eigenen sexuellen Befriedigung mißbraucht; hier ist die widersprüchliche Gewaltanwendung, aus der es kein Entrinnen gibt, auf die Spitze getrieben. Das Redeverbot ist dem Inzestgeschehen immanent, und so sind die beiden Kriterien der Double-bind-Beziehung, der für die Entstehung von Psychosen eine so große Bedeutung gegeben wurde, auch für das Inzestgeschehen im Prinzip gegeben. Da es sich um Kinder handelt und die Täter-Opfer-Beziehung schon lange Zeit intensiv vorher besteht, sind Abwehrmechanismen notwendig, die ein Überleben ermöglichen: Dissoziation und Verleugnung von Gefühlen wie Angst, Auflehnung, Wut; Dissoziation von Teilen des Körper-Selbst vom integrierten Gesamt-Selbst (vgl. HIRSCH 1989) sowie die Inter-

nalisation der Gewalterfahrung und der entsprechenden Beziehung in Form von Introjektion und Identifikation mit dem Aggressor (FERENCZI 1933; vgl. HIRSCH 1993a). Als zentrale psychodynamische Bereiche der Analyse des Inzestopfers, die integriert werden müssen, sind besonders die immense Angst (SHENGOLD 1989), die ungeheure Wut (SHENGOLD 1989; BECKER 1990; BRIERE 1989; HIRSCH 1987, 1993c) sowie die komplexe Scham- und Schuldynamik (HIRSCH 1987, 1993a) beschrieben worden. Alle diese Bereiche sind Ausdruck einer Kombination aus traumatischer Angst sowie durch das Trauma extrem verstärkter Trennungsangst. Diese ist es, die paradoxerweise zu einem starken und allzuoft therapieresistenten Anklammern an die traumatischen introjizierten Objekte führt und die Befreiung von dem zuerst von außen implantierten, dann introjizierten inzestuösen traumatischen Geschehen und der anschließenden Identifikation mit ihm (HIRSCH 1993a) so schwer macht.

In der analytischen Therapie kommt es darauf an, das introjizierte, fremdkörperartige Inzestgeschehen zu externalisieren, es mitsamt den verleugneten, dissoziierten Affekten nach Möglichkeit in die Übertragungsbeziehung zu bringen bzw. projektiv externalisierte Selbst- und Objektanteile zu integrieren. Dabei gehe ich davon aus, daß das inzestuöse Trauma entsprechend der typischen Dynamik der Inzestfamilie (HIRSCH 1987) auf ein früh emotional depriviertes, zum Teil auch gegen seine Bedürfnisse überstimuliertes Kind trifft, so daß im Sinne des „telescoping“ (ANNA FREUD 1951; KRIS 1956; KOHUT 1971) einem frühen (Entbehrungs-)Trauma ein späteres inzestuöses folgt. Gerade unwillkommene, in ihrem Selbstwertgefühl und besonders in ihrer Geschlechtsidentität verunsicherte und unsichere Kinder sind für spätere Traumata prädestiniert, und die drei Hauptbereiche Angst, Wut und Schuldgefühl lassen sich als frühe Trennungsangst, als aggressive Reaktion auf Deprivation und Überstimulierung und als Schuldgefühl der bloßen Existenz wegen aufdecken, frühe Affekte, denen die entsprechenden späteren durch den Inzest aufgesetzt werden. Die bei Inzestopfern aufgrund der Introjektion stets vorliegende Sexualisierung der Beziehungen und ihre Abwehr entspricht dagegen dem inzestuösen Trauma selbst.

Für die analytische Therapie erwachsener Patientinnen, die als Kinder Opfer sexuellen Mißbrauchs geworden waren, habe ich (HIRSCH 1993c) einen typischen Phasenablauf beschrieben, der verständlicherweise nur Modellcharakter hat, ein Gerüst des Therapieverlaufs, der sich im Einzelfall auch abweichend entwickeln kann. Darüber hinaus überschneiden sich die Abschnitte, wie sie sich auch mehrmals im Sinne immer weiter fortschreitender Durcharbeitung wiederholen werden. Für jugendliche Patienten gilt aber, daß man keinen Phasenablauf erwarten kann, auch nicht einmal charakteristische Übertragungsmanifestationen. Deshalb wird man sich mit Deutungen weitgehend zurückhalten, die Mitteilungen und Berichte über das Erleben der Beziehung zu anderen Menschen sowie das Verhalten und Agieren mit ihnen als metaphorische Mitteilungen sowohl über die aktuelle Übertragungsbeziehung als auch über die Qualität der inneren Objekte, der Beziehungserfahrungen also, verstehen. Insofern ist man besonders bei jugendlichen Patienten vielmehr ein „Container“, der psychische Inhalte für den Patienten aufbewahrt, sie modifiziert („verdaut“), zu gegebener Zeit zurückgibt oder es auch unterläßt, im Vertrauen darauf, daß es in diesem Lebensalter nicht so sehr auf Regressionen ankommt, sondern eher auf Entwicklungsanstoß und zuverlässige Begleitung.

2 Idealisierende Mutter-Übertragung

Besonders die Anfangsphase der Therapie ist in der Regel von einer idealisierenden Beziehung bestimmt, in der eine gewisse Öffnung insbesondere über die bewußte Erinnerung an den Mißbrauch selbst im Vordergrund steht. Diese Idealisierung ist auch sehr nötig, um die habituelle Verslossenheit, Verleugnung und Abspaltung der Affekte, das Mißtrauen (vgl. besonders SHENGOLD 1989) und die ständige Kontrolle der Beziehungen, wie ich es besonders erlebt habe, zu umgehen und ein Arbeitsbündnis entstehen zu lassen. Es ist auch möglich, daß dieses erste Vertrauen einem „als Ob“-Verhalten, einer oberflächlichen Anpassung entspricht (SHENGOLD 1989) und erst allmählich genuinen Charakter annimmt.

Silvia zum Beispiel, ein 16jähriges Mädchen, das wegen schwerem Schulversagen, völlig fehlendem Kontakt zu Gleichaltrigen und einer schweren paranoiden Angstsymptomatik in die Therapie kam, ein Mädchen, das über Jahre vom Alter von fünf Jahren hinweg vom Vater sexuell mißbraucht worden war und erst nach seinem Tod aus der Familie entkommen konnte, konnte am Anfang der Therapie gar nicht genug betonen, wie sehr ihr die Einrichtung meines Arbeitszimmers gefiel, und meinte zutraulich-naiv: „Immer wenn ich zu Ihnen komme, ist schönes Wetter!“ Ähnliche Idealisierungen betreffen häufig auch Betreuungspersonen in Heimen oder Pflegeeltern, bei denen die traumatisierten Kinder Zuflucht finden konnten. Claudia, ein 15jähriges Mädchen, das bei den Großeltern aufgewachsen war und erst mit elf Jahren von den Eltern wieder genommen worden war, bei denen es eine Hölle von brutaler Vergewaltigung, anfangs mit vorgehaltener Pistole, bis hin zur Entführung durch den Mißbrauchsvater erleiden mußte, war in einer Pflegefamilie untergebracht, die sie vergleichsweise als wahres Paradies erlebte – verständlicherweise –, während der gesamten zweijährigen Psychotherapie ließ sie keinen bewußten Gedanken der Kritik an den Pflegeeltern aufkommen. Man kann diese Idealisierungsneigung verstehen als Ausdruck des Bedürfnisses nach triangulierender Unterstützung gegen das traumatische Objekt, das immer archaisch überwältigend, mit Vernichtung drohend erlebt wird und dem real ja auch nahe kommt.

Eine andere jugendliche Patientin, Daniela, begann mit 13 Jahren die Therapie, nachdem sie sich des Mißbrauchs durch den inzwischen getrennt von der Familie lebenden Vater in frühem Kindesalter erinnert hatte, im Zusammenhang mit seiner Weigerung, der Einladung zu ihrer Konfirmation zu folgen. Daniela entwickelte daraufhin Symptome von abruptem Schulversagen, Verwahrlosungsneigung und Kleinkriminalität. Hier wurde ich aber am Anfang der Therapie nicht so sehr gegen den Mißbrauchsvater unterstützend benötigt, gegen den sie sich ungewöhnlich selbst mit wütender Verbalität abgrenzen konnte, sondern vielmehr gegen die intrusive, alles beherrschende Mutter, die die Erinnerung an den Inzest mit einem akuten Anfall von Überfürsorglichkeit beantwortete.

Von seiten des Therapeuten muß besonders anfangs die Therapie von einem unterstützenden Begleiten und Bestätigen von Erinnerung und Wahrnehmung bestimmt sein, und zwar in allen Bereichen wie Kindheit, heutige Beziehung zu realen Eltern, gegebenenfalls Partnerbeziehungen und zu anderen Personen. AMATI (1990, S. 731) spricht von der „Unschuldsumutung“, mit der der Patient ohne Vorbehalt angenommen und angehört werden muß. Dabei werden eine erste Wut auf den Täter, aber auch auf die Mutter, die das Kind nicht hatte schützen können, sowie eine erste Milderung des Schuldgefühls möglich sein. Die Anerkennung der Realität des Traumas ist als Ich-stützende Maßnahme unbedingt notwendig, und von BECKER (1990, S. 116) auch für

die Therapie von Folteropfern gefordert worden; das trifft für den Inzest auch dann zu, wenn seine Realität nicht gesichert ist. Bei jugendlichen Gewaltopfern ist die Tat ja meist durch die soziale Umgebung wie Jugendamt und Polizei verifiziert, die Jugendliche selbst aber kann in Identifikation mit den heftig verleugnenden Täter-Eltern unter einem ständigen Zweifel leiden, der bis hin zur Pseudodebilität gehen kann, was denn nun Realität, was Traum gewesen ist (KRAMER 1983).

Die Haltung des Therapeuten sollte in empathischer Identifikation mit dem Opfer eine geduldig begleitende sein. AMATI (1990) drückt dies für die Therapie von Folteropfern so aus: „Die Verfügbarkeit des Therapeuten, der meines Erachtens am Anfang der Kur eher Depositar (Verwahrungsnehmer) und alternatives Identifizierungsobjekt als Übertragungsobjekt ist, scheint mir von wesentlicher Bedeutung zu sein.“ (S. 731) Dementsprechend sollten Übertragungsdeutungen vermieden werden (AMATI 1990). Auf keinen Fall darf das Inzestopfer konfrontiert werden mit den internalisierten Aspekten, die dem sexuellen Mißbrauch entsprechen, wie sexuell provozierendes Verhalten, entsprechende Kleidung oder Gestik, insbesondere auch Partnerverhalten. Das trifft anfangs auch auf selbst initiiertes, sich selbst oder andere schädigendes Agieren zu. Eine derart vorzeitige Konfrontation würde sicher einer Angst des Therapeuten entsprechen, der das Ausmaß von Sexualisierung und Destruktion auf diese Weise begrenzt halten möchte, dabei aber das Risiko eingeht, die noch zu wenig konsolidierte therapeutische Beziehung zu gefährden.

Als ein Beispiel für eine zu frühe Interpretation sei hier eine Situation aus der Anfangsphase einer Therapie einer Spätadoleszenten geschildert, die als Kind über Jahre hinweg vom Stiefvater in brutaler Weise sexuell mißbraucht, physisch mißhandelt und ständig erniedrigt worden war. Sie schilderte unter großen Schamgefühlen eine Vergewaltigung durch einen Fremden, als sie sechzehn Jahre alt war. Sie berichtete von einem Zustand, in dem sie überhaupt nicht in der Lage gewesen war, zu erkennen, was auf sie zukam. Eine sie begleitende Freundin wurde vom Täter weggeschickt, die Patientin ging willig mit, erst, als es tatsächlich zu spät war, merkte sie, worum es ging. Aufgelöst und zerbrochen war sie zu Hause angekommen; die Mutter jammerte: „Wie konntest du uns das antun!“, der Stiefvater: „Du Hure!“ Die Patientin war während des Berichts emotional sehr beteiligt, die Scham stand im Vordergrund. Um ihr zu helfen, sagte ich, wie ich meinte, einfühlsam, daß leider in den Menschen manchmal destruktive Anteile verborgen sind, die es verhindern, daß man sich schützt, die im Gegenteil bewirken, daß man mitzuspielen gezwungen ist, auch wenn man sich selbst schädigt und sogar die traumatischen Erfahrungen zuläßt, unter denen man einmal als Kind so gelitten hat. Die Patientin konnte diese Intervention aber nicht als Hilfe auffassen, im Gegenteil, sie verstummte, sagte irritiert, daß sie mir nicht folgen könne. In der folgenden Stunde teilte sie mir voller Wut mit, daß sie fast nicht wiedergekommen wäre, daß sie lange mit sich gerungen habe, ob sie weiter zu jemandem gehen könne, der mit Schuldzuweisung arbeite, genau wie beide Eltern es getan hätten!

3 Negative Mutter-Übertragung

Schon bei erwachsenen Patienten, die ihre Ich-Organisation bereits so weit etabliert haben, daß es einer Regression in der Therapie bedarf, um die dem damaligen Trauma entsprechenden verschütteten Affekte wiederzubeleben, kann man nicht erwarten, daß

diese in aller Wucht in die Übertragung gelangen, das würde die Beziehung oft nicht aushalten können. Bei Jugendlichen werden aggressive Beziehungsanteile meist auf Nebenschauplätze verlegt, so daß sie in die Therapie gebracht und dort bearbeitet werden können, denn über die anfängliche global idealisierende Beziehung hinaus hat sich inzwischen eine tragfähige Vertrauens-, aber auch Abhängigkeitsbeziehung entwickelt. Gefühle von existentieller Angst, ihre Abwehr durch körperliche Reaktionen, das Auftreten von Alpträumen sowie Rückzug von sozialen Kontakten entsprechen dem dem Inzesttrauma ja in aller Regel vorausgegangenem relativ weitgehenden Versagen der frühen mütterlichen Umgebung. Es handelt sich gleichzeitig um die schon damals regressive, also der frühen ersten Traumatisierung entsprechenden Angst angesichts des späteren inzestuösen Angriffs, die abgespalten werden mußte und nun wiedererlebt werden kann. Das verinnerlichte traumatische Objekt – nun ein Introjekt – wird projektiv externalisiert und damit als Quelle von Angst und Destruktion in aktuellen äußeren Objekten erlebt. Paranoide Ängste tauchen auf:

Claudia meinte hinter sich die Stimmen ihrer Mutter und ihres Onkels zu hören, die über sie sprachen. Sie ergriff die Flucht, überzeugt, daß es wirklich Mutter und Onkel waren. Nicht zufällig tauchten diese Ängste kurz vor einer längeren ferienbedingten Therapiepause auf, als hätten ohne den Schutz der Therapie die destruktiven Objekte wieder mehr Macht. Die Alternative von destruktiven und ersehnten guten Objekte stellt sie auch im Traum dar: Auch hier wird sie von Mutter und Onkel auf einer Straße verfolgt, sie ergreift in panischer Angst die Flucht, wirft eine Flasche in das Schaufenster einer Metzgerei, das krachend zerspringt. Dann plötzlich ist sie in ihrem früheren Kinderzimmer mit all den Spielsachen, die Mutter ist dabei, überredet sie, zu bleiben. – Die Interpretation, daß sie noch einmal ein Kind sein möchte, eine Mutter haben möchte, allerdings eine bessere als sie sie hatte, akzeptiert sie unter Tränen.

Die früheren Objekte können auch real wiederauferstehen: Die Mutter Silvias konnte nicht akzeptieren, daß die Jugendliche sie nicht sehen wollte, und versuchte häufig, sie vor der Schule abzufangen. Auch Silvia erlebte in einer Trennungssituation, kurz bevor sie nämlich die Sonderschule verlassen und eine Realschule besuchen sollte, eine quasi wahnhaftige Regression in die frühere Familiendynamik: Sie berichtete, daß ihr zwölf Jahre älterer Bruder ihr auf dem Schulweg aufgelauret habe, sie tatsächlich genau an dem Tag, an dem die Zeugnisse verteilt werden sollten, vergewaltigt habe. Sie lief wieder ins Heim, und ging mit der Erzieherin statt zur Schule zur Polizei. Es entstand ein großer Aufruhr, Silvia wurde innerhalb des Heimes ins dritte Stockwerk verlegt, damit der Bruder nicht eindringen konnte. In der Therapie klangen die Berichte unwirklich, traumhaft, sie wurden aber im Sinne der Darstellung ihrer inneren Welt und als Abwehrmaßnahme zu großer Identitätsängste durch den Schulwechsel akzeptiert. Nachdem diese Hürde genommen war und sie ein qualifizierendes Zeugnis bekommen hatte, fiel die Angelegenheit auch von seiten des Heims stillschweigend unter den Tisch.

Das Beziehungserleben zu den umgebenden Personen, sei es im Heim, einer Pflegefamilie oder in der Schule, teilweise auch zu den Gleichaltrigen, ist der zentrale Gegenstand der Therapie und wird als wichtige metaphorische Bühne der Externalisierung der inneren Objektwelt verstanden. Auf diese Weise wird die traumatische Familiendynamik sowohl dargestellt als auch umgangen, da böse und gute Objekte sauber getrennt und immer dort erlebt werden, wo sie noch am ehesten ertragen werden können.

Destruktion kann aber auch durch Symptomverhalten ausgedrückt werden: Rückfälle in destruktives promiskuöses Verhalten, Aufsuchen von sadomasochistischen Partnerbeziehungen, aus denen eine Trennung bereits möglich gewesen war, Suchtmittelmißbrauch,

Suizidalität oder Flucht in die körperliche Krankheit werden an die Stelle des verlassenden oder verfolgenden Objekts gesetzt. Auf diese Weise wird ein aggressives Potential freigesetzt, das sich zwar noch gegen das eigene Selbst bzw. den eigenen Körper richtet, jedoch auf die Objekte, auch auf das therapeutische bezogen werden kann und muß.

Das Ausmaß der Wut, auf das besonders auch BECKER (1990) für Folteropfer und SHENGOLD (1989) für Opfer verschiedener, gerade auch familiärer Gewalt hingewiesen haben, ist oft nicht in der therapeutischen Beziehung allein auszuhalten. Andere Personen wie Partner, Ärzte, Lehrer und Betreuungspersonen müssen als Übertragungsobjekte im Sinne einer Übertragungsspaltung einspringen, auf die entweder positive Beziehungsanteile übertragen werden, so daß sie einen Schutz, eine Alternative zum negativen Objekt bieten, oder auf die die destruktiven Anteile projiziert werden, so daß die therapeutische Beziehung entlastet wird. So können auch Idealisierungen aufgegeben und Beziehungen realistischer gesehen werden.

Silvia hatte eine Lieblingsbetreuerin, es herrschte eine innige Beziehung wie zwischen zwei Freundinnen. Es stellte sich nach und nach heraus, daß die Erzieherin selbst unter nächtlichen Ängsten litt, so daß es für sie hochwillkommen war, wenn Silvia aus Angst im Nachtdienst mit ihr „quatschen“ wollte, sie durfte dann auch im Dienstzimmer schlafen, wo dann das Gekichere und Getuschel kein Ende nehmen wollte. Es kam auch schon einmal vor, daß die Erzieherin unter der Versicherung größter Geheimhaltung eine Flasche Wein aus dem Schreibtisch holte, die dann gemeinsam geleert wurde, was natürlich strengstens verboten war, aber das innige Bündnis um so fester knüpfte. Silvia besuchte die Betreuerin am Wochenende auch schon mal zu Hause, und es wurde immer deutlicher, daß es die Einsamkeit der Betreuerin war, die gemildert werden sollte. Nach und nach entwickelte Silvia große Wut gegen diese wiederaufgelegte Form der Ausbeutung, des Benutztwerdens. Sie lernte sich abzugrenzen gegen die übergestülpte Rollenkehrfunktion, auf die sie allerdings anfangs aus eigener Bedürftigkeit willig eingegangen war.

Eine ganze Reihe von destruktiven Objekten tauchte im Laufe der Therapie Danielas auf. Am Anfang der Therapie kann sie sich gegen die Schuldzuschreibungen und Abwiegelungsversuche des Vaters vehement wehren, berichtet dann enttäuscht und gekränkt über die Erwachsenen, die heuchlerisch Moral predigten, selbst aber Grenzen überschreiten, wie der Pfarrer im Konfirmandenunterricht, der tatsächlich doch bei jeder Gelegenheit die Mädchen „anpacken“ würde. Sie findet in einer Art Rundumschlag alle möglichen Ziele ihrer Aggression: Ein Mitschüler ist „so blöd!“ Die Lehrer sind so dumm, sie begriffen nichts, da könnte man nur durchdrehen! Die Schwester sei ein Schwein, weil sie ihr angst mache, daß sie wegen des Blinddarms ins Krankenhaus müsse. Dabei hasse sie es, von Ärzten angepackt zu werden, die seien alle sadistisch ... Es folgt eine kabarettreife Darstellung von Ärzten, die unfähig sind zu injizieren und die Patienten immer anpacken müßten: „Tut's weh?“, dabei sei es doch klar, daß es weh tut, dumme Frage! Sie habe Angst vor Schmerzen: „Vielleicht kommt das daher, daß mir mein Vater Schmerzen zugefügt hat!“ Sie hatte vom zehnten Lebensjahr an Bauch- und Nierenschmerzen. Die offensichtliche Übertragung auch auf den ärztlichen Psychotherapeuten interpretiere ich aber nicht, gebe ihr im Gegenteil recht in ihrer Abgrenzung. Wenn sie sagt, daß Ärzte alles immer so klinisch weiß in ihren Praxen haben müssen, entgegne ich: „Na, wenigstens ich habe keinen weißen Kittel an.“ Im weiteren Verlauf projiziert sie ihre Selbstwertproblematik auf den Körper, den sie unförmig findet. Sie bekämpft ihren sexuellen Körper durch Projektion auf eine Freundin, gegen die sie extreme Wut entfaltet, weil sie angeblich mit einem Jungen geschlafen habe. Das sei das Schlimmste, sie habe Angst, daß es dem Mädchen genauso gehe wie ihr, daß sie bei Dunkelheit nicht mehr auf die Straße gehen könne, weil sie Angst habe, es tue ihr jemand etwas an! Indirekt wendet sie die Aggression auch gegen die Therapie.

Anlässe für Wut und Enttäuschung des Therapeuten in der Gegenübertragung sind im allgemeinen autodestruktives Verhalten; sei es sexualisiert, gegen den eigenen Körper oder gegen Beziehungen gerichtet. Selbstdestruktion stellt immer ein provozierendes Attentat auf die Therapie dar. Nicht zuletzt durch derartiges Agieren entstehen im Therapeuten oft aversive Gefühle. Empörung, Ablehnung und Wut bestimmen die Beziehung. Es ist wichtig, diese Gegenübertragungsgefühle bei passender Gelegenheit vorsichtig selbst zu verbalisieren, da angenommen werden muß, daß derart sensible Patienten die negativen Gefühle atmosphärisch spüren werden.

Daniela fing an, massiv auf ihr Körpergewicht zu achten, Diäten einzuhalten, und sagte kurz nach ihrem 14. Geburtstag: „Ich gebe ja zu, daß ich rauche!“ Kurz darauf wendet sie ohne Emotionen die Destruktion auf die therapeutische Beziehung: Sie wolle aufhören, es bringe ihr nichts. Allerdings kann sie die Interpretation, daß eigene destruktive Anteile, z.B. Suchtverhalten, Angst vor Sexualität, Angst vor dem Erwachsenwerden in anderen Personen erlebt und bekämpft werden können, so weit annehmen, daß sie die Therapie fortführt. Sie habe sich geschworen, mit 18 Jahren mit dem Rauchen aufzuhören, das schaffe sie auch, dann sei es nämlich nicht mehr verboten, deshalb brauche sie es dann nicht mehr!

In dieser Phase der Therapie, in der es besonders um die Frustration früher Bedürfnisse, Angst und auch Wut geht, findet meines Erachtens eine Verknüpfung statt zwischen frühem Deprivationstrauma und späterem Inzestuösen, so daß die Analogie des Verrats des kindlichen Vertrauens, des Mißbrauchs der Bedürftigkeit und der Liebe, aber auch die grenzüberschreitende Intrusion auf beiden Ebenen verstanden und auf die aktuelle therapeutische Beziehung ausgedehnt werden kann. Es kann auch die Verbindung hergestellt werden zwischen der Mutter, die vor dem Inzest nicht schützte, und dem frühen Mutter-Bild, das dem Gefühl der fehlenden Existenzberechtigung, gerade übrigens als weibliches Kind, als Tochter, entspricht. Häufig kann jetzt auch ein sexueller Mißbrauch rekonstruiert werden, der lange vor dem bewußten der späteren Kindheit stattgefunden hatte und gründlich verdrängt worden war zugunsten einer Idealisierung des frühen Vaters, als wäre er vor dem bewußten Beginn des Mißbrauchs ein ganz anderer gewesen. Die De-Idealisierung ist ein erster Schritt der Trennung, der Emanzipation von dem injiziertem Täter-Objekt, wie es SHENGOLD (1989) auch beschrieben hat.

Die Bedeutung dieser Therapiephase liegt meines Erachtens in der Möglichkeit der Aufdeckung und Bearbeitung der Aggression, die wegen der traumatischen Angst, einer Vernichtungsangst, bisher abgespalten bleiben mußte. Durch beharrliches Interpretieren verschiedenster Äußerungen dieser Wut, wobei die therapeutische Beziehung immer wieder vom Therapeuten einbezogen werden muß, erlebt die Patientin, daß der Analytiker als Mutter-Repräsentanz trotz der immensen Wut überlebt und dadurch zur schützenden Mutter-Figur wird, wie es WINNICOTT (1953, 1963) beschrieben hat.

4 Externalisierung

Auf dieser neuen Beziehungsgrundlage ist es erst möglich, in die dritte Phase der Therapie einzusteigen, in der es um die Externalisierung des spezifisch sexuellen traumatischen Inzests geht, das zu einem Teil der Persönlichkeit des Opfers geworden ist. In der eroti-

sierten oder sexualisierten Übertragungsbeziehung kann das sexuelle Trauma der späteren Kindheit externalisiert erlebt werden. Man kann die Reinszenierung der inzestuösen Beziehung im Wiederholungszwang einerseits als Reparationsversuch (SHENGOLD 1989, S. 314), als Ausdruck der unbewußten Phantasie, der Vater werde sich eines Tages doch kindgerecht, nicht ausbeuterisch verhalten, verstehen, andererseits ist sie das Ergebnis der Introjektion des sexuellen Traumas und des damit verbundenen Verschmolzen-Seins mit dem traumatischen Objekt (für die Folteropfer vgl. AMIGORENA u. VIGNAR 1977; AMATI 1990; BECKER 1989; EHLERT u. LORKE 1988; HIRSCH 1996). Insbesondere jugendliche Patientinnen werden – oft völlig unbewußt – dem männlichen Therapeuten gegenüber alle Mittel der Verführung einsetzen. Gestik, Mimik, Make-up und Kleidung sowie kindlich-verführerisches Verhalten entsprechen eindeutig dem „Verführerisch-Sein“, mit dem man dem Inzestopfer seit jeher die Verantwortung für den Inzest zu geben versuchte. BRIERE (1989, S. 70) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß sexualisiertes Verhalten gar nicht Ausdruck eines tatsächlich sexuellen Bedürfnisses ist, sondern einer Vermischung von sexuellen Zügen mit anderen Aspekten und Bedürfnissen in Beziehungen entspricht. Nichtsdestoweniger ist es ein sexuelles Beziehungsangebot, verbunden mit oft panischer Angst vor der möglichen Realisierung, erneuter Wut wegen der (hoffentlich nur!) befürchteten Ausbeutung, aber auch Wut wegen einer erlebten Zurückweisung.

Eine jugendliche Patientin hatte sich von ihrem Freund getrennt und entwickelte allein in ihrer Wohnung panische Angstzustände. Den ganzen Abend beschäftigte sie sich mit dem Gedanken, ob sie mich anrufen solle. Sie war hin und her gerissen zwischen dem Wunsch, beschützt zu werden, und der Angst, ich könnte ihre Not irgendwie ausnutzen, entweder um sie sadistisch klein zu machen oder ihren Annäherungsversuch als sexuellen zu mißverstehen. Schließlich hielt sie es nicht mehr aus und rief mich gegen 2.00 Uhr morgens an. Sie schilderte mir ihre Not, andererseits auch ihre Angst, ich könnte mir vorstellen, wie sie jetzt um diese Nachtzeit bekleidet sei. Sie gerät wiederum in Panik, als sie ihrer eigenen Phantasie, wie ich denn bekleidet sei, nicht ausweichen konnte. Ganz abrupt schließlich beendete sie das Gespräch, als sie die Phantasie entwickelte, wie sie mir später mitteilte –, ich könnte wie ein Hausarzt sagen, sie solle ganz ruhig bleiben, ich würde sofort vorbeikommen.

Von den drei jugendlichen Mädchen war es besonders Daniela, die eine Zeitlang in extrem provozierender, eng anliegender Kleidung in die Sitzungen kam, auch übertrieben geschminkt mit kindlich erotisierter Gestik meine Aufmerksamkeit bekommen wollte. Dabei trug sie ein auffällig großes Koppelschloß zu den engen Jeans, das einerseits wie die Abwehr eines sexuellen Angriffs wirkte, andererseits unverkennbar eine identifikatorische Beziehung zum Vater hatte, der Berufssoldat gewesen war. Aber gerade sie mußte eigene sich entwickelnde sexuelle Bedürfnisse voller Panik in anderen bekämpfen, wie wir gesehen haben, während die beiden andern, obwohl älteren Mädchen sich diesen noch ganz verschlossen hatten.

Die so entstehende Beziehung kann auch den Charakter des Machtkampfs annehmen, wie zwischen Inzestvater und einer inzwischen jugendlichen Tochter, die sich zunehmend triumphierend an der Abhängigkeit des bisher so mächtig erlebten Vaters weidet (HIRSCH 1987). Gegenübertragungsgefühle von Enttäuschung bis hin zur ohnmächtigen Wut gegenüber eventuellen promiskuösen Rückfällen entsprechen den Gefühlen des Inzest-Vaters.

In der Gegenübertragung werden jetzt verstärkt erotische Gefühle und sexuelle Wünsche des Therapeuten auftreten. Es ist nicht immer leicht, eine zum Teil ungeheure Spannung auszuhalten zwischen dem Bedürfnis, die Gegenübertragungsgefühle entweder in die Realität hineinzuzugieren oder sie andererseits völlig zu verleugnen und zu unterdrücken, sie im Gegenteil anzuerkennen, und der Bearbeitung im Sinne der Beziehungsklärung zugänglich zu machen, gegebenenfalls auch in ihrem Abwehrcharakter, und auch in angemessener Weise der Patientin zu kommunizieren (HIRSCH 1993b). Das muß nicht unbedingt direkt verbal geschehen, zumal ein solches Vorgehen (unter Umständen ein Vorpreschen, eine Flucht nach vorn aus Angst des Therapeuten) mit Recht als *intrusiver Angriff* erlebt werden würde. Es kann sich auch um ein taktvolles atmosphärisches gegenseitiges Erkennen handeln, das keiner Worte bedarf, welche bereits zuviel Realität enthalten würden.

Wie bei der Bearbeitung der Aggression ist es nun essentiell, die Patientin in ihrer Wahrnehmung zu bestätigen und nicht etwa ihr und ihrer Übertragung die „Schuld“ zuzuschieben. Im Grunde ist eine Haltung gefordert, die der Vater der ödipalen Tochter gegenüber einnehmen sollte, indem er die spielerisch erotischen Angebote freundlich akzeptiert, auch aus dem eigenen erotischen Interesse, der Bewunderung und Wertschätzung keinen Hehl macht, aber eine absolute Grenze setzt vor die eigene sexuelle Befriedigung, die einer narzißtischen Bemächtigung, der gewaltsamen Beseitigung der Identität einer Tochter und einem plötzlichen Verlust eines Vaters gleichkäme. Eine solche Haltung, nämlich die erotische Übertragung wie auch die entsprechende Gegenübertragung zuzulassen und zu kommunizieren, ohne sie in die Realität hinein auszugieren, ist auch für die therapeutische Beziehung gefordert worden (SEARLES 1959; MASSING u. WEGEHAUPT 1987; PFANNSCHMIDT 1987; GRUNERT 1989). Daß diese Haltung bei der Therapie von Inzestopfern besonders schwer einzuhalten ist, läßt sich mit dem großen Externalisierungsdruck, mit dem das sexuell-traumatische Introjekt in die aktuelle Beziehung strebt, erklären. Inzwischen gibt es einige Veröffentlichungen, die sich mit diesem Phänomen auseinandersetzen (PFANNSCHMIDT 1987; CREMERIUS 1988; GRUNERT 1989; REIMER 1990; HIRSCH 1993b). Aus allen Arbeiten wird der narzißtische Charakter des therapeutischen Inzests deutlich (HIRSCH 1993b), es ist die emotionale Bedürftigkeit des Analytikers, der nicht in der Lage ist, von sich abzusehen, der die Sexualisierung nicht als solche erkennen kann, weil er sich als *einzigartiges Individuum* gemeint fühlt.

5 Schuld, Scham und Trauer

Die vorherigen Abschnitte handelten von Aggression und Sexualisierung, im folgenden geht es um Schuld und Schuldgefühl, die einen so zentralen Stellenwert in der Dynamik des Opfers einnehmen, und deren Bearbeitung besonders wichtig ist für die Lösung von den Introjekten. Die zunehmende Thematisierung der Sexualisierung von Beziehungen – auch im Sinne der Konfrontation durch den Therapeuten – sowie auch der Übertragungsbeziehung und des selbstzerstörerischen Verhaltens, bedeutet die zunehmende Notwendigkeit, das traumatische Introjekt als zum Selbst gehörig zu erkennen, wie auch immer mehr oder weniger fremdkörperartig oder assimiliert. Es wird also

überwiegend um die Anteile des Patienten und seine Verantwortung für sein Leben gehen und nicht so sehr um das, was ihm einmal angetan wurde und entsprechend seinen internalisierten Erfahrungen noch aktuell angetan wird.

Claudia hatte am Anfang der Therapie einen *Initialtraum*: Ein Polizist tritt ihr auf der Straße bedrohlich entgegen und schreit sie an: „Du bist verhaftet, weil du dich mit dem Vater zusammengetan hast!“ Claudia fühlt sich also schuldig wegen des Inzestgeschehens (HIRSCH 1993a). Sie fühlt sich aber auch schuldig, weil durch die Aufdeckung des Inzests der Vater der Strafverfolgung ausgesetzt ist: Sie beging den Suizidversuch nicht, nachdem der Vater sie entführt hatte, sondern vielmehr, nachdem der Vater wegen der Entführung von der Polizei festgenommen worden war.

Auch Silvia hatte schwere Schuldgefühle, besonders am Tod des Vaters schuld zu sein (aufgrund verständlicher Todeswünsche), und die Mutter hielt sich nicht zurück auszusprechen, daß sie den Vater ins Grab gebracht hätte. Schon die eigene Existenz als Mädchen empfand sie schuldhaft: Die Mutter lehnte sie immer offen ab, den jüngeren Bruder dagegen hatte sie ebenso offen bevorzugt, er war der „kleine Prinz“. Besonders das Zusammenbrechen des Familienzusammenhalts schrieb sie sich auf ihr Schuldkonto.

FERENCZI (1933) hat den Mechanismus der Introjektion der Schuldgefühle des Täters, die dieser so los wird und dem Opfer aufbürdet, beschrieben, auch die Identifikation mit dem Aggressor, also der zustimmenden Billigung der Gewalt und der Ausbeutung als lebensnotwendigen Abwehrmechanismus des Kindes. Schuldgefühle sind ein Moment starker Bindung an den Täter bzw. das traumatische System. Gerade Inzestopfer sind vielfältig in Schuldgefühle verstrickt (HIRSCH 1993a), häufig auch im Sinne eines Dilemmas: Sowohl Partizipation am Inzest als auch der Wunsch nach Befreiung von ihm machen Schuldgefühle, dazu kommen solche aus der ödipalen Konstellation und der Unfähigkeit, die Verantwortung aus der aufgebürdeten, aber auch angenommenen Rollenumkehr zu erfüllen. Das größte Schuldgefühl entsteht im Zusammenhang mit der eigenen sexuellen Lust des Inzestopfers während des Mißbrauchs und bei der Realisierung der eigenen aktiven Traumatisierungen Schwächeren gegenüber, z.B. aggressiven und gerade auch sexuellen Handlungen an jüngeren Geschwistern oder den eigenen Kindern.

Eine Patientin erinnerte sich mit großen Schamgefühlen daran, wie sie als 13jähriges Mädchen, nachdem ihr der Vater seit Jahren nachgestellt hatte, sich wieder einmal in ihr Kinderzimmer flüchten mußte, weil der Vater sie bedrängte. Die Mutter war im Krankenhaus. Sie schloß ab, hörte den Vater auf der anderen Seite der Tür bitten und betteln, sie möge aufmachen, es werde ihr nichts geschehen, er wolle nur bei ihr sein. Das Mädchen war nicht in der Lage, dem winselnden Betteln des Vaters länger als ein oder zwei Minuten standzuhalten, dann öffnete sie die Tür, nachdem sie alles Denken und Fühlen längst abgeschaltet hatte. Dieselbe Patientin erinnerte sich in derselben Phase der Therapie, in der es um die Bearbeitung der eigenen kollusiven Beteiligung am Inzestgeschehen ging, daran, daß sie als 12jährige einen sechs Jahre jüngeren Cousin, den sie sehr mochte, mehrmals im Schlaf masturbiert hatte und ihm einmal, als er aufgewacht war, voller Angst, aber auch Wut, unter denselben Drohungen verboten hatte, etwas zu sagen, mit denen auch sie stets zum Schweigen gebracht worden war.

Beide Bereiche sind auch mit extremem Schamgefühl verbunden, was es schwer macht, sie in der Therapie zu bearbeiten. Dabei geht es nicht nur um irrationale Schuldgefühle, sondern um ein realistisches Schuldgefühl wegen der inneren und auch aktiven Komplizenschaft mit der Gewalt, die einen Anteil an realer Schuld bedeutet.

Ich habe, FERENCZI (1933) erweiternd, zwischen der Introjektion der Gewalt und des Schuldgefühls des Täters und der Identifikation mit diesem Introjekt (SANDLER 1960; HIRSCH 1993a) unterschieden. Ersteres würde irrationales „neurotisches“ Schuldgefühl, letzteres aber reale Schuld und ihre Anerkennung durch ein realistisches Schuldgefühl, das mit FREUD (1930) auch Schuldbewußtsein genannt werden kann, bedeuten.

Für die Therapie hat diese Unterscheidung eine große Bedeutung. Denn das irrationale Schuldgefühl, das seine Grundlage in der „Schuld“ an der bloßen Existenz durch nicht genügendes Angenommensein hat, das sich verstärkt durch die Implantation und Introjektion des späteren sexuellen Traumas und seine Folgen, das auch einem tief liegenden Strafbedürfnis entgegenkommt, ist Gegenstand der Analyse. D.h. es muß auf seine Ursprünge, auf die dahinterliegenden Defizite, Traumata und Konflikte, die das Opfer nicht zu verantworten hat, zurückgeführt werden, mit dem Ziel, daß es von ihnen befreit wird. Sorgfältig zu trennen ist das Schuldbewußtsein, das der realen Schuld aufgrund der Identifikation mit dem Introjekt und der daraus entstehenden Komplizenschaft entspricht. Dieses soll nicht „weganalysiert“, sondern im Gegenteil benannt und anerkannt werden, damit eine Trennung durch Scham, Reue und Trauer möglich wird. Die Bearbeitung der Schuldgefühle sowie die Anerkennung der eigenen Schuld ist die schwierigste Aufgabe, denn sie bedeutet nichts weniger als die Trennung vom – inzwischen internalisierten – traumatischen Objekt und System, was aber gleichbedeutend ist mit dem Gefühl des Verlusts der als lebensnotwendig empfundenen Bindung des Kleinkindes an die Familie.

6 Trennung

Dieser Loslösungsprozeß verursacht Schmerzen, die als größer erlebt werden können, als der ursprüngliche – und bekannte, vertraute – traumatische Schmerz. Die Situation des kleinen Kindes, das vor die Alternative gestellt, die Familie zu verlieren oder das Trauma durch Introjektion in sich aufzunehmen und durch Identifikation zu assimilieren, letzteres wählt, lebt wieder auf. SHENGOLD (1989, S. 321) nennt dieses Problem eine Herausforderung für das Opfer, das „das Gefühl erfahren hat, daß es unmöglich ist, ohne die innere Anwesenheit des Aggressors zu existieren, des Seelenmörders, mit dem das Opfer sich identifiziert hat (...). Im Bedürfnis nach der Bindung an die Eltern liegt der Kern des Widerstands gegen Veränderung“.

Kurz nach ihrem 15. Geburtstag, nachdem sie mir in einem Nebensatz beiläufig gesagt hatte, daß sie nun einen Freund habe, erschien Daniela nicht mehr zur Therapie. Schon seit einiger Zeit hatte sie sich in dem Maße der therapeutischen Arbeit entziehen wollen, indem sie sich der Mutter annäherte – die ältere Schwester hatte ihr Examen bestanden und war ausgezogen. Als würde die Therapie zusammen mit dem neuen Freund eine zu große Trennungsbewegung darstellen, gab sie sie auf, um die Mutter nicht zu verlieren – oder aber, damit die Mutter sie nicht verlöre.

Ganz ähnlich hat Novick (1980) die Therapie eines Kindes als Trennungsbedrohung für die Mutter und den Abbruch der Therapie als Rückkehr zu ihr beschrieben. SHENGOLD (1989) führt die Unfähigkeit der Lösung auf die immense Aggression zurück, die freigesetzt werden würde. Die ungeheure Wut, die eigentlich dem ursprünglichen Ag-

gressor gelten sollte, wird gegen die Therapie gerichtet, die die Patientin gerade von der Abhängigkeit von ihm befreien will. Es ist aber nun keineswegs so, daß das ganze Ausmaß, das dem realen, zum Teil doch unerträglichen Trauma entspricht, in die Übertragungsbeziehung hineinkommen muß, d. h. in ihr erlebt werden muß, denn das würde diese nicht aushalten können. Realistischerweise muß man damit rechnen, daß ganze Bereiche von Aggression, auch im Falle jugendlicher Opfer sexuellen Mißbrauchs große Teile der Angst und Konflikte um sexuelle Beziehungen nicht in der Therapie bearbeitbar sind. Wie eingangs erwähnt, gibt es gerade bei realtraumatisierten Patienten zum Teil sehr enge Grenzen, innerhalb derer eine Konfrontation mit der Destruktion des Patienten möglich ist, ohne daß wiederum ein Trauma gesetzt wird. Diese Grenzen sind unbedingt einzuhalten, auch wenn das bedeutet, daß eine Befreiung vom Introjekt nur teilweise gelingt, daß also weiter ein gewisses Maß an dem Trauma entsprechender Destruktion wirksam bleibt.

Das Wesen der Therapie von Opfern inzestuöser Gewalt – ähnlich der von Opfern anderer Gewaltformen – liegt in der Externalisierung des traumatischen Introjekts und der Loslösung von ihm sowie die Bearbeitung seiner erfolgten Assimilation durch Identifikation und deren Aufgeben. Die große Schwierigkeit der Loslösung vom introjizierten traumatischen Objekt, das große Maß an Scham, Trauer und Trennungsschmerz läßt bei einer gewissen Zahl der Patienten während der Therapie die „Rückkehr“ zum traumatischen System, seine Re-Introjektion im Sinne einer negativen therapeutischen Reaktion erwarten. Die Chancen der Therapie, den Kampf gegen das mächtige Introjekt und die starke Verbindung mit ihm zu gewinnen, sind nicht immer günstig. Aber es gibt auch erfreuliche Therapieabschlüsse.

Silvia brachte mir nach zwei Jahren Psychotherapie zur vorletzten Stunde ihr Zeugnis: Außer einer Zwei gibt es nur Einsen. Sie ist ganz stolz. Gegen Ende der Stunde sage ich: „Das nächste Mal ist also Deine letzte Stunde...“ – „Wollen Sie mich umbringen, meine letzte Stunde?!“ Aber es ist nur ein Scherz. Sie erzählt, daß sie etwas Interessantes am Wochenende beobachtet hat: Falken, die gerade flügge geworden waren, trauten sich nicht auszufliegen. Es seien auch Elstern da gewesen, die sie angegriffen hätten; die Eltern hätten die Jungen verteidigt. Dann habe der Falkenvater den Jungen einen Stoß gegeben, und siehe da, sie konnten fliegen.

Literatur

- AMATI, S. (1977): Reflexionen über die Folter. *Psyche* 31, 228-245.
- AMATI, S. (1990): Die Rückgewinnung des Schamgefühls. *Psyche* 44, 724-740.
- AMIGORENA, H./VINGAR, M. (1977): Zwischen Außen und Innen: die tyrannische Instanz. *Psyche* 33, 610-619 (1979).
- ANONYMA (1988): Verführung auf der Couch. Freiburg: Kore.
- AUGEROLLES, J. (1989): Mein Analytiker und ich. Tagebuch einer verhängnisvollen Beziehung. Frankfurt a. M.: Fischer 1991.
- BATES, C. M./BRODSKY, A. M. (1989): Eine verhängnisvolle Affäre. Paderborn: Junfermann, 1990.
- BECKER, D. (1990): Ohne Haß keine Versöhnung. Aus der therapeutischen Arbeit mit Extremtraumatisierten in Chile. In: HERDIECKERHOFF, E. et al. (Hrsg.): Hassen und Versöhnen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- BLUM, H. (1986): The concept of the reconstruction of trauma. In: ROTHSTEIN, A. (ed.): The reconstruction of trauma. Its significance in clinical work. Madison: Internat. Univers. Press.

- BRIERE, J. (1989): Therapy for adults molested as children. Beyond survival. New York: Springer.
- CREMERIUS, J. (1988): Aus gegebenem Anlaß. Abstinenz – Maxime und Realität. In: ANONYMA (1988): *Verführung auf der Couch*. Freiburg: Kore.
- EHLERT, M./LORKE, B. (1988): Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. *Psyche* 42, 501-532.
- FERENCZI, S. (1933): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. *Schriften zur Psychoanalyse*, Bd. II. Frankfurt a.M.: S. Fischer 1972, S. 303-313.
- FREUD, A. (1951): Observations of Child development. *Psychoanal. Study Child* 6, 18-30.
- FREUD, S. (1930): Das Unbehagen in der Kultur. *G.W. XIV*.
- GRUNERT, J. (1989): Intimität und Abstinenz in der psychoanalytischen Allianz. *Jahrbuch Psychoanal.* 25, 203-235.
- HIRSCH, M. (1987): *Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie*. Berlin: Springer, 3. Aufl. 1994.
- HIRSCH, M. (Hrsg.) (1989): *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*. Berlin: Springer.
- HIRSCH, M. (1993a): Schuld und Schuldgefühl des weiblichen Inzestopfers – Introjektions- und Identifikationschicksale traumatischer Gewalt. *Zeitschrift psychoanal. Theorie Praxis* 8, 289-304.
- HIRSCH, M. (1993b): Zur narzißtischen Dynamik sexueller Beziehungen in der Therapie. *Forum Psychoanal.* 9, 303-317.
- HIRSCH, M. (1993c): Psychoanalytische Therapie mit Opfern inzestuöser Gewalt. *Jahrbuch Psychoanal.* 31, 132-148.
- HIRSCH, M. (1996): Zwei Arten der Identifikation mit dem Aggressor – nach Ferenczi und Anna Freud. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 45, 198-205.
- KOHUT, H. (1971): *Narzißmus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- KRAMER, S. (1983): Object-coercive doubting: A pathological defensive response to maternal incest. *J. Amer. Psychoanal. Assn., Suppl.* 31, 325-352.
- KRIS, E. (1956): The recovery of childhood memories in psychoanalysis. *Psychoanal. Study Child* 11, 54-88.
- MASSING, A./WEGEHAUPT, H. (1987): Der verführerische und verführte Analytiker – Bemerkung zur sexuellen Gegenübertragung. In: MASSING, A./WEBER, I. (Hrsg.): *Lust und Leid – Sexualität im Alltag und alltägliche Sexualität*. Berlin: Springer.
- NOVICK, J. (1980): Negative therapeutic motivation and negative therapeutic alliance. *Psychoanal. Study Child* 35, 299-320.
- PFANNSCHMIDT, H. (1987): Das Erleben von Patient und Analytiker bei der Übertragung ödipal-inzestuöser Wünsche. *Forum Psychoanal.* 3, 205-214.
- REIMER, C. (1990): Abhängigkeit in der Psychotherapie. *Praxis Psychother. Psychoanal.* 35, 294-305.
- SANDLER, J. (1960): *Zum Begriff des Über-Ichs*. *Psyche* 18, 721-743, 812-828 (1964/65).
- SEARLES, H. (1959): Oedipal love in the countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.* 40, 180-190.
- SHENGOLD, L. (1989): *Soul murder. The effects of childhood abuse and deprivation*. New Haven: Yale Univers. Press.
- WINNICOTT, D.W. (1947): *Haß in der Gegenübertragung*. In: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler 1976.
- WINNICOTT, D.W. (1953): Transitional objects and transitional phenomena. *Int. J. Psycho-Anal.* 34, 89-97.
- WINNICOTT, D.W. (1963): Die Entwicklung der Fähigkeit zur Besorgnis (concern). *Bull. Menn. Clin.* 27, 167-176.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Mathias Hirsch, Simrockstr. 22, 40235 Düsseldorf.