

Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie mit akut gewaltbetroffenen Frauen

Eine qualitative Studie mit Implikationen für die
gestalttherapeutische Praxis

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science
im Universitätslehrgang Psychotherapie-Fachspezifikum Integrative
Gestalttherapie

von
Manuela Ertl

Department für Psychotherapie
und Biopsychosoziale Gesundheit
an der Donau-Universität Krems

Wien, 03.06.2020

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag.^a Manuela Ertl, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Arbeit mein Unternehmen (Klinik, Beratungszentrum ...) betrifft, meinen Arbeitgeber (sic!) über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

03.06.2020

.....

Datum

.....

Unterschrift

ABSTRACT

Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie mit akut gewaltbetroffenen Frauen. Eine qualitative Studie mit Implikationen für die gestalttherapeutische Praxis

Autorin: Mag.^a Manuela Ertl

Die vorliegenden Master These beschäftigt sich mit der Frage, ob bzw. wie die Psychotherapie, im Speziellen die Integrative Gestalttherapie, gewaltbetroffene Frauen bereits während der Gewaltbetroffenheit unterstützen kann.

Einleitend wird ein Überblick über die theoretischen Zugänge im Hinblick auf die Fragestellung ermöglicht. Den Kern der Arbeit stellt eine empirische Untersuchung dar, die sowohl betroffene Frauen als auch professionelle Unterstützerinnen zu Wort kommen lässt. Dabei zeigt sich eine hohe Bedeutung der therapeutischen Begleitung für den Weg aus der Gewalt. Sowohl die betroffenen Frauen als auch die professionellen Unterstützerinnen beschreiben ein breites Spektrum an hilfreichen Aspekten und therapeutischen Möglichkeiten, die in der abschließenden Diskussion schließlich mit theoretischen Konzepten in Verbindung gesetzt werden. Von Seiten der Gestalttherapie erwies sich dabei vor allem Lore Perls mit ihrem Kontakt-Support-Konzept als überaus bedeutsam.

Stichworte für die Bibliothek:

Gewalt an Frauen, Psychotherapie bei akuter Gewaltbetroffenheit, Integrative Gestalttherapie, Lore Perls

ABSTRACT

Possibilities and limitations of psychotherapy with women affected by domestic violence. A qualitative survey with implications for Gestalt Therapy practice

Author: Mag.^a Manuela Ertl

This Master Thesis deals with the question, if and how Psychotherapy, especially Integrative Gestalt Therapy, can help violated women while they are still affected by violence.

For a start the Thesis presents an overview on theoretical approaches concerning the topic. The core of the Thesis is an empirical survey, which includes affected women and professional supporters as well. It shows a great importance of Psychotherapy for the way out of violence. Affected Women as well as professional supporters describe a wide range of helpful aspects and therapeutical possibilities, which are finally connected with theoretical concepts in the discussion of this Master Thesis. On the part of Gestalttherapy, especially Lore Perls with her concept of contact-support turned out to be of great importance.

Keywords:

Violence against woman, Psychotherapy with woman affected by violence, Integrative Gestalt Therapy, Lore Perls

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	S. 8
1.1 Fragestellung und Ziel der Arbeit	S. 8
1.2 Aufbau der Arbeit	S. 9
1.3 Gesellschaftliche Relevanz	S. 10
1.4 Gestalttherapie und Gewalt – Einblicke und kritische Reflexion	S. 12
2. Allgemeine theoretische Grundlagen	S. 13
2.1 Überblick über den aktuellen Forschungs- und Wissensstand	S. 13
2.2 Allgemeine Grundlagen zum Thema Gewalt an Frauen	S. 16
2.2.1 Begriffsdefinitionen	S. 16
2.2.2 Formen der Gewalt	S. 17
2.2.4 Risikofaktoren	S. 18
2.2.5 Gewaltdynamik und Opfer-Täter-Bindung	S. 18
2.2.6 Auswirkungen von Gewalt	S. 22
2.2.7 Unterstützungsmöglichkeiten bei häuslicher Gewalt	S. 23
2.3 Grundlagen frauenspezifischer Psychotherapie	S. 24
2.3.1 Gestalttherapie und frauenspezifische Perspektive	S. 29
2.4 Krisenintervention nach Gewalterlebnissen	S. 34
2.5 Ausgewählte, traumaspezifische Grundlagen	S. 35
2.5.1 Traumadefinition und Traumtypologie	S. 35
2.5.2 (Komplexe) Posttraumatische Belastungsstörung	S. 36
2.5.3 Traumaspezifische Gestaltung der therapeutischen Beziehung	S. 39
2.5.4 Ausgewählte Grundprinzipien (humanistisch orientierter) Traumatherapie	S. 39
2.5.5 Phasenmodell traumaspezifischer Psychotherapie	S. 41
2.6 Therapeutische Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen	S. 42

3. Beschreibung der Empirischen Studie	S. 46
3.1 Fragestellung	S. 46
3.2 Methodisches Vorgehen	S. 47
3.2.1 Ablauf der Studie	S. 47
3.2.2 Erhebungsmethoden	S. 49
3.2.3 Auswahl und Beschreibung der Teilnehmerinnen	S. 51
3.2.4 Transkription	S. 55
3.2.5 Analyse und Auswertung	S. 55
4. Darstellung der Ergebnisse	S. 58
4.1 Relevante Informationen über die Interviewpartnerinnen	S. 58
4.1.1 Biografisches aus der Zeit vor und nach der Gewalterfahrung	S. 59
4.1.2 Charakteristika der Gewaltbetroffenheit	S. 60
4.1.3 Der Weg aus der Gewalt	S. 62
4.3 Charakteristika der Psychotherapien	S. 66
4.3.1 Wege zur Therapie	S. 66
4.3.2 Rahmenbedingungen der Therapie	S. 66
4.3.3 Eigenschaften des*r Therapeut*in	S. 69
4.3.4 Therapeutische Beziehungsgestaltung	S. 71
4.3.5 Haltungen und grundlegende Zugänge	S. 73
4.3.6 Ende der Therapien	S. 79
4.3.7 Bedeutung und Bewertung der Therapie	S. 81
4.4 Lern- und Entwicklungsprozesse am Weg aus der Gewalt	S. 84
4.4.1 Das Schweigen brechen	S. 84
4.4.2 Sicherheit, Selbstschutz und Handlungsspielräume	S. 86
4.4.3 Zusammenhänge	S. 88
4.4.4 „Normalitätsverständnis“ und eigene Sichtweisen	S. 89
4.4.5 Selbstbild und Selbstwert	S. 91
4.4.6 Schuld, Scham und Verantwortlichkeiten	S. 92
4.4.7 Abhängigkeit	S. 95
4.4.8 Eigene Wahrnehmung	S. 96
4.4.9 Gefühle, Bedürfnisse und Selbstfürsorge	S. 97

4.5 Methoden der Therapie	S. 99
4.5.1 Gespräch	S. 99
4.5.2 Kreative Techniken	S. 101
4.5.3 Körper	S. 101
4.5.4 Psychoedukation	S. 102
4.5.5 Hausaufgaben und Übungen	S. 102
4.5.6 Krisenintervention & zeitnahe Begleitung (vs. vertiefendes Arbeiten)	S. 103
4.6 Abseits der Therapie	S. 105
4.6.1 Soziale Beziehungen	S. 105
4.6.2 Andere Lebensbereiche und Ressourcen	S. 106
4.6.3 Professionelle Unterstützungsangebote	S. 106
5. Theoretische Ergänzungen	S. 109
5.1 Gestalttherapeutische Theorie	S. 109
5.1.1 Die Bedeutung der Konzepte von Lore Perls	S. 109
5.1.2 Grenze, Kontakt und Stütze	S. 110
5.1.3 Kontakt-Support-Prinzip	S. 112
5.1.4 Ich-Grenze	S. 113
5.2 Strukturbezogene Psychotherapie und Entwicklungspsychologie	S. 114
5.3 Tiefungsebenen in der therapeutischen Arbeit	S. 117
5.4 Change-Transition-Modell	S. 119
6. Diskussion	S. 122
6.1 Bedeutung und Qualität der therapeutischen Beziehung	S. 122
6.2 Bestätigung frauen- (und trauma)spezifischer Grundhaltungen	S. 123
6.3 Themen und Inhalte der Therapien	S. 124
6.4 Erweiterung therapeutischer Aufgaben oder/und Vernetzung	S. 125
6.5 Die Arbeit an der Stütze als Basis therapeutischer Begleitung	S. 126
6.6 Dahinter, Daneben, Gegenüber	S. 127
6.7 Schuld und der Umgang mit „eigenen Anteilen“	S. 130
6.8 „Eigene Anteile“ oder/und gesellschaftliche Zusammenhänge	S.131

<u>6.9 Körper in der Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen</u>	<u>S. 132</u>
<u>6.10 Krisenintervention nach Vorfällen</u>	<u>S. 132</u>
<u>6.11 Modell hilfreicher Psychotherapie</u>	<u>S. 133</u>
<u>7. Schluss</u>	<u>S. 135</u>
<u>Literaturverzeichnis</u>	<u>S. 137</u>
<u>Abbildungsverzeichnis</u>	<u>S.144</u>
<u>Anhang</u>	<u>S. 145</u>

1. Einleitung

Als Mitarbeiterin im Frauenhaus und als Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision in der Frauenberatung bin ich im beruflichen Kontext seit einigen Jahren mit dem Thema Gewalt an Frauen beschäftigt. Dabei, und im Zuge der Literaturrecherche, habe ich den Eindruck gewonnen, relativ wenig über die psychotherapeutische Unterstützung von akut gewaltbetroffenen Frauen finden zu können. Gleichzeitig zeigt meine Erfahrung, dass sich viele Betroffene noch während aufrechter Gewaltbeziehung in Psychotherapie begeben. Es ist mir daher ein Anliegen mich der Frage zu widmen, welchen Beitrag die Psychotherapie/Gestalttherapie zur Unterstützung dieser Frauen auf ihrem Weg aus der Gewalt leisten kann.

1.1 Fragestellung und Ziel der Arbeit

Traumatherapeutische Zugänge betonen, dass kein traumatherapeutisches Verfahren begonnen werden darf, so lange noch Täterkontakt besteht. Dies ergibt sich folgerichtig aus der Tatsache, dass eine sehr grundlegende Bedingung, nämlich das Vorhandensein äußerer Sicherheit, bei bestehendem Täterkontakt nicht gegeben ist (Fliß, 2013). Die Praxis zeigt dennoch, dass sich akut gewaltbetroffene Frauen in Psychotherapien befinden.

Ich gehe in meiner Master These von der Vorannahme aus, dass Psychotherapie auch bei akuter Gewaltbetroffenheit einen wichtigen Beitrag für die Frauen auf ihrem Weg aus der Gewalt leisten kann – und muss!

Damit der Ausstieg aus einer Gewaltbeziehung möglich wird, sind (neben vielen Veränderungen und Unterstützungsmaßnahmen im Außen) auch innere Prozesse notwendig: Frauen müssen Gewalt überhaupt erst einmal als solche erkennen und einen Glauben an und eine Vorstellung von einer gewaltfreien Zukunftsalternative entwickeln. Sie müssen einen Umgang mit Scham und Schuld finden, der dem Ausstieg aus der Gewaltbeziehung nicht im Wege steht, und sich mit teils heftigen Ambivalenzen auseinandersetzen, um nur einige

Beispiele zu nennen. Diese und andere innere Prozesse können, so meine Annahme, sehr gut (gestalt)therapeutisch unterstützt werden. Schwarz (2015) betont in diesem Zusammenhang zum Beispiel den Fokus der therapeutischen Arbeit auf die „täterloyalen Anteile“ und „auf die teils zermürbenden Ambivalenzen“ (S. 95).

Während aus sozialarbeiterischer und sozialwissenschaftlicher Perspektive ausführliche Forschungen darüber vorliegen, wie akut von Gewalt betroffene Frauen unterstützt werden können, konnte ich wenig über die Möglichkeiten der Psychotherapie/Gestalttherapie in diesem Zusammenhang finden. Ich habe daher meine Forschungsfrage wie folgt formuliert:

Wie bzw. wodurch fühlen sich gewaltbetroffene Frauen im Rahmen einer Psychotherapie auf ihrem Weg aus der Gewalt(-beziehung) unterstützt und welche gestalttherapeutischen Zugänge erscheinen damit kompatibel?

Ich möchte mit meiner Arbeit einen kleinen Beitrag zur Klärung der Bedeutung und Rolle der Psychotherapie in der Unterstützung akut gewaltbetroffener Frauen leisten und Möglichkeiten aber auch Grenzen (gestalt)therapeutischer Unterstützung in diesem speziellen Arbeitsfeld aufzeigen. Ich hoffe, auf diesem Weg zur weiteren Professionalisierung der therapeutischen Begleitung gewaltbetroffener Frauen beitragen zu können.

1.2 Aufbau der Arbeit

Nach einem einleitenden Kapitel, das die Fragestellung der Arbeit und deren gesellschaftliche Relevanz thematisiert, erfolgt ein Überblick über den aktuellen Forschungs- und Wissensstand und die Darstellung der für die Fragestellung relevanten theoretischen Grundlagen.

Auf dieser theoretischen Basis wird schließlich die durchgeführte empirische Studie im Hinblick auf das methodische Vorgehen beschrieben. Die Ergebnisdarstellung stellt schließlich den Kern der Arbeit dar.

Im Zuge der Studie haben sich einige theoretische Inhalte als relevant herausgestellt, die im ersten theoretischen Kapitel noch keine Berücksichtigung gefunden hatten. Diese theoretischen Inhalte werden daher im Anschluss an den empirischen Teil ergänzt. Abschließend ermöglicht die Diskussion eine Zusammenschau ausgewählter, theoretischer und empirischer Aspekte. Die Schlussbemerkungen am Ende der Arbeit geben abschließend einen Einblick in die Limitationen der Arbeit und in neue Fragestellungen, die sich aus der Studie ergeben haben.

1.3 Gesellschaftliche Relevanz

Die hohe Relevanz des Themas lässt sich am besten anhand statistischer Daten zur Prävalenz häuslicher Gewalt und anhand von Untersuchungen zu den Auswirkungen häuslicher Gewalt belegen.

Statistische Daten zur Gewaltbetroffenheit in Österreich werden in der „Österreichischen Prävalenzstudie zu Gewalt an Frauen und Männern“ erhoben und veröffentlicht. Eine kleine Auswahl wichtiger Zahlen aus der letzten Studie (2011) sei hier präsentiert:

Erlebte Gewaltform	Anzahl der Frauen in %
Psychische Gewalt	85,6 %
Körperliche Gewalt	56,8%
Sexuelle Gewalt	29,5%

Frauen sind dabei vor allem Gewalt im sozialen Nahraum ausgesetzt und erleben häufiger schwere und mehrere verschiedene Formen von Gewalt als Männer, was auch eine stärkere Viktimisierung von Frauen zur Folge hat.

Mit der Prävalenzstudie konnte zwar ein deutlich größerer Teil der Gewaltbetroffenheit sichtbar gemacht werden, dennoch ist weiterhin davon auszugehen, dass auch diese „repräsentativen bevölkerungsbasierten ... Gewaltprävalenzstudien lediglich untere Grenzwerte“ aufzeigen und „nicht das gesamte Dunkelfeld der Gewalt aufdecken“ (GiG-net, 2008, S. 21), wie auch die folgende Grafik aus der besagten Prävalenzstudie zeigt:



Abb. 1: Dunkelfeld (Prävalenzstudie, 2011, S. 40)

Die *individuellen Auswirkungen* der Gewalt werden im entsprechenden Unterkapitel der Master These detaillierter beschrieben. Festgestellt werden muss jedenfalls, dass häusliche Gewalt zu einem zentralen Risikofaktor für diverse psychische und körperliche Erkrankungen sowie für Folgeprobleme wie Arbeitslosigkeit, soziale Isolation oder Substanzabhängigkeiten zählt.

Es existieren mittlerweile auch Schätzungen zu den *gesellschaftlichen Folgekosten*, die durch Gewalt an Frauen und deren Folgen entstehen. Berücksichtigt wurden in den Berechnungen Kosten aus den Bereichen Sicherheitsexekutive, Justiz, Arbeit, Sozialhilfe, Gesundheit und diverser Unterstützungsangebote. Auch dazu seien hier einige prägnante Zahlen aus einer Veröffentlichung des Instituts für Konfliktforschung (2006) dargestellt:

Bereich	Summe
Sicherheitsexekutive	1,308.200 €
Justiz	1,330.400 €
Arbeit	12,293.800 €
Gesundheit	13,969.900 €

Auch wenn es sich bei diesen Zahlen um Schätzungen handelt, ist jedenfalls festzuhalten, dass ein besserer Schutz und eine bessere Unterstützung gewaltbetroffener Frauen nicht nur eine deutliche Linderung individueller Leidenszustände und Notlagen, sondern auch eine deutliche Reduktion der

volkswirtschaftlichen Belastung durch die Verringerung der durch Gewalt entstandenen Folgekosten ermöglicht werden könnte.

1.4 Gestalttherapie und Gewalt – Einblicke und kritische Reflexion

Im Sinne einer reflektierten Haltung erachte ich es als bedeutsam, einleitend auch das nicht zu allen Zeiten klare Verhältnis der Gestalttherapie zu Gewalt zu thematisieren. Vor allem Schmoll (1998) setzt sich in seiner Arbeit damit auseinander und stellt fest, dass eine historische Reflexion, zum Teil aber auch eine Klarstellung bezüglich nach wie vor gängiger Konzepte und Methoden, notwendig erscheint.

Insbesondere die Gründerfigur der Gestalttherapie, Fritz Perls, erscheint bei kritischer Reflexion zumindest punktuell als gewalttätiger, patriarchal denkender Mann mit einem wenig reflektierten Frauenbild, wie die an Perls' Aussagen orientierten Ausführungen Schmolls (1998) nahelegen.

Über seinen persönlichen Umgang mit Gewalt an Frauen meint Perls: „Wenn ich angegriffen werde, schlage ich hart zurück. Ich bin nur wenige Male aus Eifersucht gewalttätig geworden, aber es bereitet mir größte Befriedigung, meine Geliebte mit Fragen zu quälen und schonungslos detaillierte Geständnisse zu fordern“ (Perls; zitiert nach Schmoll, S. 12, 1998). Auch in Bezug auf seine Seminare finden sich entsprechende Beschreibungen und Zitate:

... dann zeigte ich es ihr, bis ich sie auf dem Boden hatte ... und sagte keuchend: „Ich habe mehr als ein Luder in meinem Leben verprügelt.“
Danach stand sie auf und warf die Arme um mich: „Fritz, ich liebe dich“.
Offensichtlich hatte sie bekommen, wonach sie ein Leben lang gesucht hatte. (Perls; zitiert nach Schmoll, S.11f, 1998)

Es steht außer Frage, dass sich die Gestalttherapie und diese Master These klar von solchen Aussagen und Haltungen distanzieren müssen. Eine Reflexion, welche gestalttherapeutischen Konzepte mit den Erfordernissen der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen kompatibel sind und wo es Ergänzungen bedarf, findet auch noch in späteren Kapiteln der Arbeit statt.

2. Allgemeine theoretische Grundlagen

Dieses Kapitel beinhaltet die Beschreibung des aktuellen Forschungsstandes und gibt einen Überblick über die für die Fragestellung relevanten theoretischen Zugänge.

2.1 Überblick über den aktuellen Forschungs- und Wissensstand

Lange Zeit wurde Gewalt gegen Frauen (und Kinder) als private Angelegenheit erachtet und war damit weder Gegenstand von Forschung und Wissenschaft noch Ziel von Schutz- oder Unterstützungsleistungen. Dieser Umstand spiegelte sich auch im juristischen Bereich wider. Gewalt in nahen Beziehungen galt lange nicht als strafrechtlich relevanter Tatbestand.

Im deutschsprachigen Raum brachte die Frauenbewegung vor allem ab den 1970er-Jahren eine deutliche Wendung. Eine Reihe von Unterstützungsmaßnahmen wie Frauenhäuser und Frauenberatungen wurden gegründet, die Öffentlichkeit und der Staat übernahmen zunehmend einen Teil der Verantwortung für den Schutz gewaltbetroffener Frauen und Gewaltschutzgesetze wurden implementiert (Helfferich, 2004). Die Entwicklung frauenspezifisch-feministischer Psychotherapie nahm ebenfalls in dieser Zeit ihren Anfang. Sie liefert entscheidende Beiträge für die Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen und wird daher in einem eigenen Unterkapitel näher dargestellt.

Begleitet wurden diese Veränderungen auch von einem zunehmenden Interesse an der Gewaltthematik im Bereich der Forschung. Im deutschsprachigen Raum wurde diese nachhaltig durch feministische Perspektiven geprägt. Besonders in den ersten Jahrzehnten, zum Teil jedoch bis heute, bedeutete Forschung zum Thema Gewalt an Frauen vor allem eine wissenschaftliche Begleitung frauenzentrierter Projekte. Dies führte dazu, dass bestimmte Aspekte in den Fokus der Forschung gelangten (v. a. die Geschlechtsbezogenheit der Gewalt) und Studien eine bestimmte Zielgruppe erfassten, nämlich jene Frauen, die diese Unterstützungsangebote in Anspruch nahmen. Im angloamerikanischen Raum

entstanden parallel zur Forschung aus der Frauenbewegung vor allem wissenschaftliche Studien über einen familiensoziologischen Zugang. Diese Forschungen fokussierten stärker auf die generationenübergreifende Transmission von Gewalt als auf die Geschlechtsbezogenheit und die untersuchte Zielgruppe verteilte sich breiter auf die Gesamtbevölkerung (Hagemann-White, 2001). Dieser Umstand führte in Folge zu unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Forschungsergebnissen vor allem in Bezug auf geschlechtsspezifische Symmetrie oder Asymmetrie von familiärer Gewalt, die Entstehungs- und Verlaufsdynamiken von Gewalt und den daraus resultierenden Schlussfolgerungen, welche Art der Unterstützung für Gewaltbetroffene tatsächlich hilfreich ist. Beide Seiten konnten ihre Erkenntnisse auch mit Studien belegen und lange Zeit war unklar, wie sich diese Diskrepanz erklären lässt. Erst die Theorie über die *Gewalttypologien* von Johnson (2008) und darauffolgende Untersuchungen und Publikationen (u. a. Weiss, Lenz & Bischof, 2018) konnten Erklärungsansätze für diese scheinbar widersprüchlichen Ergebnisse liefern.

Johnson unterscheidet 2008 in seinem Buch „A typology of domestic violence“ vor allem zwischen zwei unterschiedlichen Typologien von Gewalt in nahen Beziehungen:

Intimate terrorism ist vor allem davon gekennzeichnet, dass eine Person in der Beziehung Kontrolle über die andere Person ausüben möchte. Die Beziehung ist daher stark vom Kontrollverhalten des meistens tatsächlich männlichen Teils der Beziehung geprägt und die verübte Gewalt dient der Aufrechterhaltung oder dem Ausbau dieser Kontrolle. In den meisten Fällen ist die ausgeübte Gewalt dabei relativ schwer und es ist eindeutig eine Geschlechterasymmetrie festzustellen: Die Täter sind fast ausschließlich männlich, die Opfer weiblich.

Situational couple violence hingegen tritt primär in für die Beziehung typischen Konfliktsituationen auf und dient nicht der Kontrolle des Gegenübers. Dabei eskalieren Konflikte zunehmend, bis es schließlich auch zu meist mehr oder weniger gegenseitiger Gewaltanwendung kommt. In der Regel ist die angewandte Gewalt merklich weniger schwer als dies bei intimate terrorism der

Fall ist und Studien zeigen in Bezug auf diesen Gewalttypus eine nahezu gleiche Verteilung zwischen den Geschlechtern, also eine Geschlechtssymmetrie.

Johnson weist darauf hin, dass Forscher*innen, die geschlechterasymmetrische Gewalt ermittelten, überwiegend Fälle von intimate terrorism untersuchten, da sie nahezu ausschließlich jene Frauen befragten, die frauenspezifische Hilfsangebote wie Frauenhäuser in Anspruch nahmen. Währenddessen untersuchten jene Studien, die tendenziell Geschlechtersymmetrie feststellten, hauptsächlich Fälle von situational couple violence.

Ich möchte mich in meiner Master These hauptsächlich gewaltbetroffenen Frauen im Sinne von intimate terrorism und den daraus resultierenden Dynamiken und Unterstützungsnotwendigkeiten widmen. Ich habe versucht, dies auch in der Auswahl meiner Interviewpartnerinnen zu berücksichtigen, was, wie sich aufgrund der in den Interviews erhaltenen Informationen beurteilen lässt, weitgehend gelungen ist.

Relevante theoretische Hintergründe für die Fragestellung der Arbeit stellen, neben der expliziten Gewaltforschung und den frauenspezifischen Zugängen, auch Erkenntnisse aus dem Bereich der *Psychotraumatologie* dar. Im theoretischen Teil werden jene Aspekte aus der traumaspezifischen Psychotherapie aufgegriffen, die sich anhand der Ergebnisse der empirischen Studie als bedeutsam herausgestellt haben.

Seit den 2000er-Jahren wird vor allem die Bedeutung einer Kombination traumaspezifischer und feministisch-frauenspezifischer Herangehensweisen in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen betont (z. B. Dutton, 2002).

Als relevanter theoretischer Zugang, vor allem angesichts der Beschäftigung mit akuter Gewaltbetroffenheit, sei hier abschließend noch die *Krisenintervention* benannt. Einzelne, kurze Beiträge beschäftigen sich dabei explizit mit Möglichkeiten der Krisenintervention nach Gewalterlebnissen (Brunner, 2004; Stein, 2009) und werden ebenfalls in einem kurzen Unterkapitel dargestellt.

Die Recherche zum Thema der Master These im engeren Sinne, also zur

therapeutischen Unterstützung während der Gewaltbetroffenheit, blieb weitgehend erfolglos. Nur sehr vereinzelt konnten hier Publikationen gefunden werden. Hierzu folgt ebenfalls eine kurze Zusammenfassung im entsprechenden Unterkapitel.

Spezifisch gestalttherapeutische Untersuchungen oder Publikationen zum Thema der gestalttherapeutischen Unterstützung von akut gewaltbetroffenen Frauen konnten keine gefunden werden.

2.2 Allgemeine Grundlagen zum Thema Gewalt an Frauen

In diesem Kapitel sollen wichtige Begrifflichkeiten definiert und ein Überblick über grundlegende Erkenntnisse zum Thema Gewalt an Frauen ermöglicht werden.

2.2.1 Begriffsdefinitionen

In der beraterischen und therapeutischen Arbeit ist es nicht selten der erste Schritt, dass betroffene Frauen das Erlebte überhaupt erst einmal als *Gewalt* erkennen und benennen lernen. Gerade deswegen erscheint eine Klärung, was Gewalt eigentlich ist und welches Gewaltverständnis dieser Arbeit zu Grunde liegt, zentral.

Die WHO definiert *Gewalt* wie folgt:

Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder psychischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen oder Deprivation führt. (WHO, 2003, S. 6)

Diese Arbeit bezieht sich auf einen Teilbereich dieser Gewalt, die sogenannte „häusliche Gewalt“ an erwachsenen Frauen. Häusliche Gewalt definiert sich hierbei als

Androhung oder Ausübung physischer, psychischer und/oder emotionaler Gewalt, d.h. jede Form der Zwanganwendung gegenüber einer anderen Person mit der Absicht, dieser Schaden zuzufügen oder Macht und Kontrolle über sie auszuüben. Dabei stammt der Täter aus dem häuslichen Umfeld des Opfers: Partner, Ehemann, ehemaliger Partner, Familienangehöriger, Freund oder Bekannter. (Nyberg & Riecher-Rössler, 2013, S. 83)

Darüber hinaus möchte ich an dieser Stelle auch noch auf die Bedeutung und Verwendung der Begriffe *Opfer*, *Überlebende* oder/und *gewaltbetroffene Frau* hinweisen. Diese Begriffe wecken unterschiedliche Assoziationen und sind zum Teil auch mit juristisch relevanten Fragestellungen in Verbindung zu bringen. Auch im therapeutischen Prozess kann die reflektierte Verwendung dieser Begriffe von Bedeutung sein, da diese jeweils unterschiedliche Aspekte der Situationen der Frauen in den Vordergrund stellen. Im Hinblick auf meine Master These habe ich mich für die Verwendung des Begriffs „gewaltbetroffene Frau“ entschieden. Dieser Begriff benennt den Aspekt der Gewaltbetroffenheit, der allen Teilnehmerinnen meiner empirischen Studie gemein ist, unmissverständlich.

2.2.2 Formen der Gewalt

Ergänzend zu einer allgemeinen Definition von Gewalt werden unterschiedliche Formen von Gewalt unterschieden, mit Hilfe derer auch fassbar wird, was Gewalt konkret ist. Eine einheitliche Einteilung der Gewaltformen existiert dabei nicht. Die Gewaltinformationsseite des Bundesministeriums für Familie und Jugend (www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen) unterscheidet aktuell folgende Formen von Gewalt, auf die ich mich in dieser Arbeit beziehen werde:

- Physische Gewalt
- Psychische Gewalt
- Sexualisierte Gewalt
- Ökonomische Gewalt
- Strukturelle Gewalt

2.2.3 Risikofaktoren

Sowohl Studien als auch Erfahrungen diverser Unterstützungsangebote belegen, dass Gewalt jede Frau treffen kann, unabhängig von Bildungsstand, kulturellem Hintergrund, Religion, Einkommen, Alter, Nationalität oder ethnischer Zugehörigkeit. Sowohl Opfer als auch Täter sind in allen sozialen Schichten zu finden, wie bereits Brückner (1998) feststellte.

Gleichzeitig legen Studien nahe, dass das Vorhandensein bestimmter Risikofaktoren (oder die Abwesenheit bestimmter, protektiver Faktoren) das Risiko, Opfer häuslicher Gewalt zu werden, erhöhen. Studien aus verschiedenen Regionen der Welt kommen hierbei teilweise zu unterschiedlichen Ergebnissen, wie ein „review article“ im „Swiss Medical Weekly“ (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2018) feststellt. Folgende Faktoren konnten einheitlich über die Studien hinweg als Risikofaktoren identifiziert werden:

- frühere Gewalterfahrungen (vor allem in der Kindheit)
- Alkohol- oder Drogenkonsum (sowohl beim Opfer als auch beim Täter)
- junges Alter (vermutlich sowohl beim Opfer als auch beim Täter)
- geringes Bildungsniveau (der Opfer)
- der Umstand, nicht verheiratet zu sein

Eine im „International Journal for Studies on Children, Women, Elderly And Disabled“ (2018) veröffentlichte Studie legt außerdem nahe, dass auch ein niedriger sozio-ökonomischer Status als Risikofaktor zu werten sei. Dieser reduziere die Macht und Unabhängigkeit der Frauen gegenüber den Tätern, führe zu verstärkter, dysfunktionaler Kommunikation und reduziere die Möglichkeiten sich zu schützen oder/und durchzusetzen.

2.2.4 Gewaltdynamiken und Opfer-Täter-Bindung

Bereits 1979 interviewte Leonore Walker 1500 Frauen, die Opfer von Gewalt geworden waren. Sie fand dabei heraus, dass sich in einem Großteil der Beziehungen eine bestimmte Gewaltdynamik zeigte, die sie in Folge als „*Kreislauf der Gewalt*“ bezeichnete. Zwar folgen nicht alle Gewaltbeziehungen

dieser Dynamik, dennoch besitzt das Modell bis heute Gültigkeit und stellt eine wichtige Grundlage für das Verständnis von Gewaltdynamiken dar. Es bietet auch einen wichtigen Erklärungsansatz dafür, wieso es für Frauen oft schwer ist, aus Gewaltbeziehungen auszusteigen. Gewaltschutzeinrichtungen verwenden das Modell bis heute, wie folgende Grafik der Wiener Interventionsstelle (2020) zeigt. Sie bietet außerdem eine gute Zusammenfassung des Modells:



Abb. 2: Kreislauf der Gewalt (Interventionsstelle, 2020)

Ebenfalls häufig als Erklärungsmodell in Zusammenhang mit Gewaltbeziehungen herangezogen wird das mittlerweile weithin bekannte *Stockholmsyndrom*, welches die Solidarisierung und Bindung der Opfer an den Täter als Überlebensstrategie erklärt. Aufgrund der allgemeinen Bekanntheit dieses Modells wird darauf nicht näher eingegangen.

Zusätzlich zu diesen frühen Erklärungsansätzen existieren mittlerweile einige Publikationen, die sich vor allem unter Berücksichtigung der Bindungs- und Traumaforschung mit der Opfer-Täter-Bindung auseinandersetzen. In Anlehnung

an das Stockholm-Syndrom formuliert Erismann (2018), dass dem Opfer, „um der Vernichtung zu entgehen, ... nichts anderes übrig [bleibt] als zum Täter ein positives emotionales Verhältnis aufzubauen“ (S. 6). Erismann argumentiert, dass es durch die Gewalt zu einer tiefen Beschämung und zu einem überwältigenden Schamgefühl im Opfer kommt. Diese Affektüberflutung führe dazu, dass das Opfer „regrediert und seine Selbststrukturen ... zerstört“ werden“ (S. 9). In ähnlicher Weise beschreibt auch Barwinski (2018), dass es in der traumatischen Situation zu einer „Regressionsbewegung“ kommt, „in der vorhandene Fähigkeiten verloren gehen“ (S. 19). Erismann bezieht sich bei den erwähnten Strukturen auf Stern (2007) und Scharfetter (1999), während Barwinski diesen Verlust an Fähigkeiten als Desymbolisierung, Resomatisierung und Deverbalisierung benennt. Jedenfalls werden hier Fähigkeiten und Strukturen beschrieben, die im Sinne der aus einer psychodynamischen Tradition hervorgegangenen OPD-Strukturdiagnostik eingeordnet werden können. Auch aus Sicht strukturbezogener Psychotherapie können traumatische Erlebnisse zu Einbrüchen im strukturellen Funktionsniveau bis hin zur Zerstörung struktureller Fähigkeiten führen (Rudolf, 2013).

Dieser Umstand ist vor allem deswegen von großer Bedeutung, da es schließlich genau diese Selbststrukturen sind, die als Grundvoraussetzung für eine gelingende Beziehungsgestaltung, zu der auch eine möglicherweise notwendige Distanzierung oder Trennung gehören, angesehen werden müssen. Kommt es durch Gewalteinwirkung zum (teilweisen) Verlust dieser Selbststrukturen und Fähigkeiten, scheitert auch eine Distanzierung vom Täter. Das „Zwischen“ (Erismann, 2018, S. 12), welches eine Grundbedingung für gelingende Beziehungsgestaltung darstellt und Reflexion ermöglicht, wenn Beziehungsgeschehen problematisch wird, geht dabei verloren. Dieses zum Teil gänzliche Scheitern führt in Folge zu einer Fixierung auf den Täter, die Erismann (2018) als „totalitäre Bindung“ (S. 9) bezeichnet. Ähnlich argumentiert Barwinski (2018), wenn sie beschreibt, dass, „die in der traumatischen Situation einzig verfügbare Person – der Täter – ... so zum Retter, der Sicherheit und Schutz

geben kann“ (S. 19) wird. Aufgrund des vorher beschriebenen Verlusts struktureller Fähigkeiten werden andere Verhaltensmöglichkeiten außer Kraft gesetzt. „Anstatt den Täter zu meiden, wird dessen Nähe gesucht“ (Barwinski, 2018 S. 19).

Barwinski (2018) führt hierbei nun auch den Begriff der Spaltung ein: Um diese Situation psychisch zu überleben, findet im Selbst des Opfers eine Spaltung in „nur gut“ und „nur böse“ statt, die mit dissoziativem Erleben einhergeht. Verheerend dabei ist zusätzlich, dass die guten Anteile dem Täter und die bösen sich selbst zugeschrieben werden. Die Folge sind massive Schuldgefühle und Selbstabwertungen aufseiten des Opfers, aber auch die Abwehr der „Wahrnehmung des Täters als Täter“ (S. 20).

Barwinski (2018) weist darauf hin, dass eine „schädigende Opfer-Täter-Bindung ... nur dann gelöst werden [kann], wenn die Spaltung im Selbst aufgehoben werden kann und Traumatisierungen durch den Täter nicht länger verleugnet bleiben“ (S. 23f.). Hierfür bedarf es jedoch einer „Rekonstruktion der Selbstidentität“ (Erismann, 2018, S. 14) und einem Wiederaufbau der Selbststrukturen.

Wie eine Lösung aus dieser Opfer-Täter-Bindung therapeutisch unterstützt werden kann und welche inneren Veränderungsschritte es dafür braucht, beschreibt Barwinski (2018) am Ende ihres Artikels: Für die Aufhebung der Spaltung und damit für die Wahrnehmung des Täters als Täter war zu Beginn des Prozesses die reale Präsenz der*s Therapeut*in erforderlich. Ein Rückgriff auf innere Repräsentanzen war für die Klientinnen in diesem Zusammenhang nicht möglich. Auf diese Weise konnte zunehmend erarbeitet werden, dass sowohl ein inneres Bild des guten Täters als auch die traumatischen Erfahrungen mit diesem existieren. Schritt für Schritt konnte so die Verschmelzung mit den negativen Täteranteilen aufgelöst werden und ambivalente Gefühle dem Täter gegenüber wurden spürbar. Über den gesamten Prozess hinweg war die Sicherstellung von Schutz und Sicherheit durch die Therapeutin nötig. Während dafür anfänglich, wie bereits erwähnt, die reale Präsenz des*r Therapeut*in nötig war, konnte mit

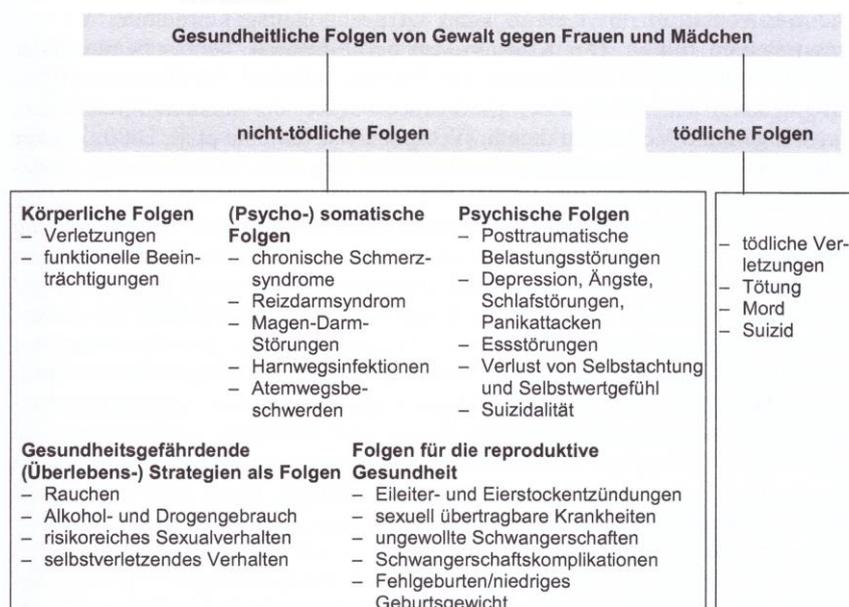
der Zeit eine stabile, selbständig abrufbare, innere Repräsentanz aufgebaut werden. Erst diese inneren Schritte ermöglichten eine Auflösung der Täter-Opfer-Bindung „ohne dass bei den Opfern Gefühle tiefer Verlassenheit reaktiviert wurden“ (S. 24).

2.2.5 Auswirkungen von Gewalt

Die Auswirkungen erlebter Gewalt zeigen sich in unterschiedlichen Lebensbereichen der Betroffenen. GiG-net (2008) unterscheidet dabei zwischen gesundheitlichen und sozioökonomischen Folgen.

Auch wenn eine Systematisierung der *gesundheitlichen Folgen* aufgrund des multifaktoriellen Geschehens schwerfällt, steht mittlerweile außer Frage, dass Gewalt zu einer „einschneidenden Beeinträchtigung der Gesundheit von Betroffenen“ (GiG-net, 2008, S. 50) führt. Zu den typischen Folgen zählen: körperliche Verletzungen wie Hämatome oder Knochenbrüche, die bis zu funktionellen Beeinträchtigungen und Chronifizierungen führen können, psychosomatische Beschwerden wie gastrointestinale Störungen und psychische Folgen wie Angst- und Panikattacken, Depression oder Posttraumatische Belastungsstörungen. Einen Überblick bietet folgende Grafik:

Abbildung 2.1: Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen



Quelle: CHANGE 1999 (übersetzt und modifiziert von Hellbernd/Wieners/Brzank).

Abb. 3: Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen (GiG-net, 2008, S. 51).

2.2.6 Unterstützungsangebote bei häuslicher Gewalt

Seit den 1970er-Jahren wurden auf Initiative der Frauenbewegung und durch die Etablierung und Reformierung der Gewaltschutzgesetzgebung mehrere Angebote im Gewaltschutzbereich geschaffen. Dazu zählen:

- Gewaltschutzzentren/Interventionsstelle
- Frauen- und Mädchenberatungsstellen
- Diverse Schwerpunktberatungsstellen
- Frauenhäuser

Folgende Grafik bietet einen Überblick über die derzeit in Österreich existierenden Einrichtungen:

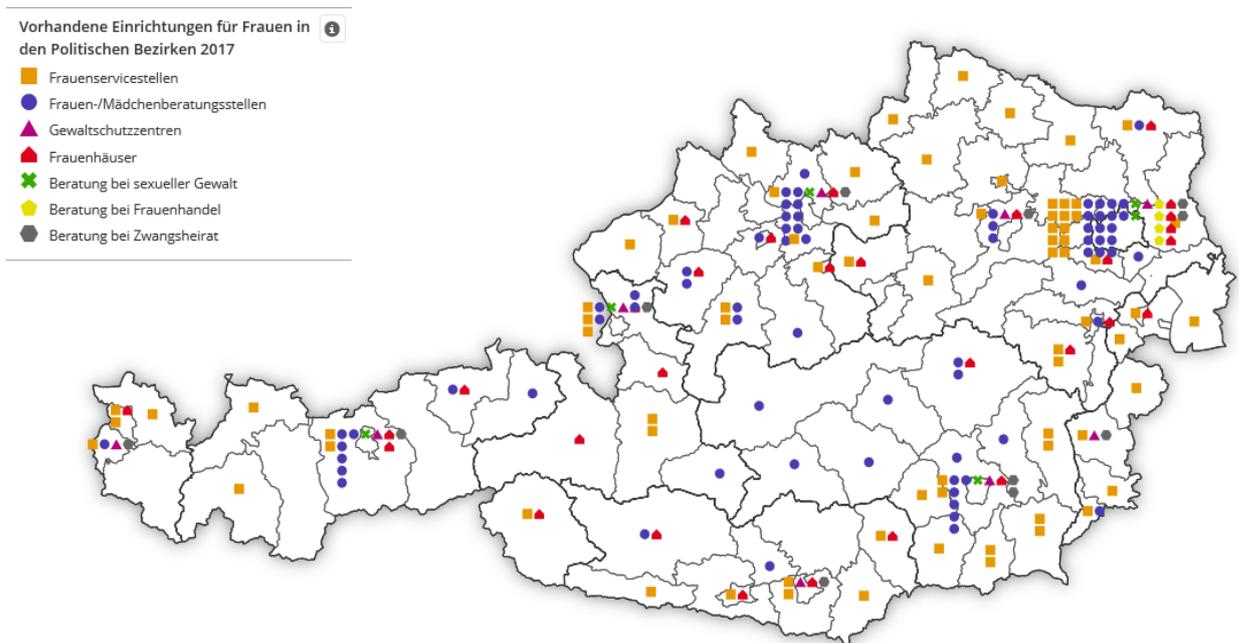


Abb. 4: <http://www.faktenatlas.gv.at/articles/frauenberatung.php>, 02.05.2020

Zusätzlich existieren telefonische und online-Angebote:

- Frauennotrufe (v. a. Frauenhelpline)
- Online-Unterstützungsangebote (z. B. HelpChat)

Unterschiedliche Initiativen haben außerdem zum Ziel, andere Institutionen (Polizei, Gerichte, Schulen und den Gesundheitsbereich) für das Thema Gewalt an Frauen zu sensibilisieren.

Ergänzend entstanden auch auf Täterarbeit spezialisierte Angebote. Zu erwähnen sind hier vor allem die Männerberatungsstellen.

2.3 Frauenspezifisch-feministischer Zugang

PsychotherapeutInnen haben die Verantwortung soziale Strukturen und deren Konsequenz für die psychische Gesundheit von Frauen und Männern zu reflektieren und in Theorie und Praxis ihrer Arbeit mitzudenken. (Macke & Hasler, 2012, S. 19; zitiert nach Zehetner, 2015, S. 20)

Schwarz (2015) stellt in ihrem Artikel die sonst weit verbreitete klinisch-pathologische Perspektive einer Gewaltschutzperspektive gegenüber, wie sie in den Zugängen der frauenspezifisch-feministischen Psychotherapie zu finden ist. Eine ausschließlich klinisch-pathologische Perspektive, in der „das Individuum mit seiner Pathologie einziger Fokus der Aufmerksamkeit“ (S. 90) bleibt, führt häufig zu einer „Unterschätzung der Belastungsfaktoren, zu Fehldiagnosen und -behandlungen“ (S. 91). Schwarz betont daher die Bedeutung einer Perspektive, die „den gesellschaftlichen Kontext und ungleiche Machtpositionen“ (S. 91) im Blick hat. Frauenspezifisch-feministische Psychotherapie stellt somit eine der wichtigsten theoretischen Grundlagen für die Arbeit mit (akut) gewaltbetroffenen Frauen.

Die Ansätze *frauenspezifischer Psychotherapie* entwickelten sich in Folge der ursprünglich in den USA Ende der 1960er-Jahre von Feministinnen gegründeten „consciousness-raising“ Gruppen. Die feministischen Aktivistinnen erkannten damals, dass viele Frauen sich nicht eingestehen konnten oder wollten, dass sie aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit diskriminiert wurden. Dies zu erkennen, war Ziel der Gruppen, die sich im Laufe der 1970er-Jahre auch im

deutschsprachigen Raum verbreiteten. In Folge begannen Therapeutinnen, sich bewusster an den Bedürfnissen und Schwierigkeiten von Frauen sowie an den Arbeitsweisen dieser Gruppen zu orientieren und diese auch zu untersuchen. (Ruck 2015 & Rosenthal 1984; zitiert nach Ruck et. al, 2019). Hier wurzeln die frauenspezifischen Therapieansätze, die in Folge wichtige Beiträge nicht nur für die frauenspezifische Therapie, sondern die Entwicklung und Professionalisierung der Psychotherapie im Allgemeinen, beisteuerten. So waren es beispielsweise feministische Therapeutinnen und Psychologinnen, die durch langwieriges Lobbying in der APA (American Psychological Association) die Etablierung ethischer Richtlinien in der Psychotherapie bewirkten, in denen erstmals sexuelle Handlungen zwischen Therapeut*innen und Klient*innen untersagt wurden (Kim & Rutherford, 2015; zitiert nach Ruck et. al, 2019).

Im Laufe der Jahrzehnte entwickelten sich diese ersten frauenspezifisch-feministischen Ansätze weiter und differenzierten sich, sodass man heute nicht von einem homogenen Theoriegebilde sprechen kann. Köhne et. al (2019) sowie Scheffler (2010 & 2013) versuchen in ihren Überblicksarbeiten die wichtigsten Konzepte und Kernmerkmale feministisch-frauenspezifischer Therapiehaltungen herauszuarbeiten:

Das Private ist politisch – Reflexion von Macht, Dominanz und Abhängigkeit

Die Ungleichheit der Geschlechter und die gesellschaftlich hergestellten Geschlechterverhältnisse regeln Dominanzen und führen zu unterschiedlichen Zugängen zu Macht und Einfluss (Scheffler, 2013). Feministische Theoretikerinnen haben aufgezeigt, dass auch das private Leben der Klientinnen von diesen Machtbeziehungen durchzogen ist. In diesem Sinne wurden auch die Macht- und Hierarchiestrukturen innerhalb des therapeutischen Settings offensiv aufgezeigt und reflektiert (Ruck, 2019). Die Frau selbst gilt als Expertin für ihr Leben, auch in der therapeutischen Beziehung. Ihre subjektive Wirklichkeit und ihre Sichtweisen sind entscheidend und bestimmen die therapeutische Vorgehensweise (Scheffler, 2013).

Es erwies sich als zentral, was Klientinnen erlebt haben, als Gewalt zu benennen und jegliche Form der Gewalt abzulehnen. Auch als Therapeutin ist es aus feministisch-frauenspezifischer Perspektive daher entscheidend, gegen Gewalt Stellung zu beziehen und Machtstrukturen aufzuzeigen und zu reflektieren (Ruck, 2019). Zehetner (2015) bezeichnet diese gesellschaftskritische Haltung als „Basis feministischer Psychotherapie“, die der „Pathologisierung von Frauen die Politisierung individueller Problemlagen“ (S. 12) entgegensetzt.

Soziale Krankheits- und Interventionstheorien

An der eben beschriebenen gesellschaftskritischen Haltung setzt die feministisch-frauenspezifische Perspektive auf das Krankheitsverständnis an. Sie möchte bestehende Krankheitskonzepte nicht ersetzen, ihnen aber einen „Blick für die pathogenen Effekte gesellschaftlicher Macht- und Ungleichheitsverhältnisse hinzufügen“ (Ruck et. al, 2019, S. 7). Scheffler (2010) führt hierzu aus, dass „psychische Belastungen ... als multifaktorielles Geschehen“ (S. 49) betrachtet werden. „Symptome und Erkrankungen werden in ihrer Bedeutung an gesellschaftliche Positionen und Lebenslagen angebunden anstatt als persönliches Konfliktgeschehen interpretiert“ (S. 48). Dies schließt an die Beobachtungen von Beck an, der bereits 1986 von der „Individualisierungstendenz sozialer Problemlagen“ (zitiert nach Scheffler, 2010, S. 50) gesprochen hat.

Differenzierte Parteilichkeit oder solidarische Haltung

Hauptziel frauenspezifisch-feministischer Zugänge ist ein selbstbestimmter Umgang mit dem eigenen Leben und dem eigenen Körper. Stereotypen und Benachteiligungen von Frauen werden dabei als tief in der Gesellschaft und im Bewusstsein Einzelner verankert angesehen. Daraus ergibt sich der Bedarf einer konsequenten, parteilichen Unterstützung der Frauen, was jedoch keine „Auflösung professioneller Distanz“ oder „kritiklose Identifikation mit den

Betroffenen“ (Scheffler, 2010, S. 47) bedeutet. Parteilichkeit ist in diesem Sinne als „differenzierte Parteilichkeit“ zu verstehen (Scheffler, 2010).

Schigl (2010) schlägt für den therapeutischen Bereich den Begriff der „Solidarität“ als treffendere Alternative vor. Parteilich sei eher eine Sozialarbeiterin für ihre Klientin, die sich in einer prekären Situation befindet. Für Schigl geht eine solidarische Haltung, mehr als Parteilichkeit, von einer ebenbürtigen Position aus, „ohne das Machtgefälle in der therapeutischen Situation zu leugnen Solidarität bezeichnet als Prinzip menschlichen Zusammenlebens ein Gefühl von Individuen und Gruppen zusammenzugehören, und äußert sich im Eintreten füreinander“ (S. 145).

Empowerment

Empowerment gilt als zentrales Ziel feministischer Therapie und bezieht sich auf die körperliche, intrapsychische, soziale und spirituelle Ebene (Brown, 2009; zitiert nach Ruck, 2019). Ruck et. al. (2019) übersetzen Empowerment dabei als „Erweiterung der Handlungs-, Erlebens-, und Gefühlsfähigkeit“ (S. 7).

Zehetner (2015) weist in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass Psychotherapie sich der Gefahr bewusst sein muss, eventuell als „Reparaturwerkstatt, Instrument der Krisenentschärfung und Maschine permanenter Selbstoptimierung vereinnahmt zu werden“ (S. 13). Es gehe nicht bloß um eine Symptomreduktion und um ein besseres Funktionieren im bestehenden System, sondern um die „Erweiterung von Lebens- und Handlungsmöglichkeiten“ (S. 20). Diese Gratwanderung kann sich auch in der therapeutischen Begleitung akut von Gewalt betroffener Frauen abbilden, wie sich noch zeigen wird. Schließlich stellt sich auch im Kontext häuslicher Gewalt die Frage, inwiefern Psychotherapie auch systemerhaltend wirken kann.

Feministische Ökonomie

Diese Perspektive rückt den Umstand in den Fokus, dass nicht alle Formen der Arbeit in der kapitalistischen Gesellschaft gleich viel wert sind. In diesem

Zusammenhang spricht Ruck (2019) von einer „Vergeschlechtlichung der Arbeitssphären“ (S. 8), die Belastungen und Chancen durchaus für alle Geschlechter mit sich bringen. Frauen übernehmen dabei den weitaus größten Teil der schlecht bezahlten oder unbezahlten „Care-Arbeit“, was oft zu einer „doppelten Verfügbarkeit“ (Becker-Schmidt, 2000; zitiert nach Scheffler, 2010, S. 50) von Frauen und entsprechenden Mehrfachbelastungen führt.

In der therapeutischen Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen muss es in diesem Zusammenhang wohl um die Berücksichtigung dessen gehen, wie sich diese ökonomischen Umstände auf die Klientin und ihre Möglichkeiten auf dem Weg aus der Gewalt auswirken.

Intersektionalität

Der Begriff „Intersektionalität“ bezeichnet das Vorhandensein mehrerer Diskriminierungsformen in einer Person. Im therapeutischen Zusammenhang erscheint dieses Konzept vor allem bedeutsam, weil sowohl Therapeut*innen als auch Klient*innen mehreren Diskriminierungskategorien angehören können (Ruck, 2019). Feminismus und frauenspezifische Psychotherapie hat, so Zehetner (2015), einen „gesellschaftlichen Veränderungsanspruch“ (S. 20), bei dem es „nicht nur um die Überwindung patriarchaler Verhältnisse, sondern in intersektionaler Perspektive ebenso um die Beseitigung anderer Formen von Diskriminierung“ (S. 20) geht.

Hegemoniale Männlichkeit

Der Begriff der „Hegemonialen Männlichkeit“ wird verwendet, um die „jeweils dominanten Geschlechternormen für männliches Verhalten, Erleben und Fühlen zu beschreiben“ (Connell, 1999; zitiert nach Ruck, 2019, S. 9). Diese männlichen Normen werden dabei den als weiblich angesehenen Verhaltensweisen übergeordnet. Sie etablieren gleichzeitig aber auch Hierarchien zwischen Männern. So werden normative Konzepte von Männlichkeit und Weiblichkeit

(auch im Sinne von „doing gender“) etabliert, die (Er)lebens-, und Verhaltensmöglichkeiten von Frauen (und Männern) einschränken.

Genderperspektive und Doing Gender

Das angesprochene Konzept von „doing gender“ weist darauf hin, dass wir nicht einfach Geschlecht haben oder sind, sondern es laufend hervorbringen (Zehetner, 2015; Rupp, 2019). Die Vorstellung, es existiere ein stabiles Muster naturgegebener weiblicher Eigenschaften, wird dabei aufgeweicht. Vielmehr bestimmen gesellschaftliche und strukturelle Rahmenbedingungen und Benachteiligungen sowie biografische Erfahrungen die Verhaltensspielräume und auch die Entstehung psychischer Störungen. Auf diese Weise wird auch weibliches Selbstverständnis als situations- und kontextabhängig und damit als wandelbar verstanden (Scheffler, 2013).

Aus psychotherapeutischer Perspektive entsteht hieraus eine Reihe von Konsequenzen, die es zu berücksichtigen gilt. So ermöglicht unser Wissen darum auch die Reflexion dieser geschlechtsspezifischen Normvorstellungen und erweitert in Folge Erlebens- und Handlungsspielräume sowohl auf Seiten des*r Therapeut*in, als auch auf Seiten der Klientin (Zehetner, 2015).

2.3.1 Gestalttherapie und frauenspezifische Psychotherapie

Mehrere Autor*innen haben sich bereits mit frauenspezifischen oder geschlechtsspezifischen Aspekten in der Gestalttherapie auseinandergesetzt. Zu nennen ist hier vor allem Schigl (2010), die mit ihrem Artikel „Frauenspezifische/feministische Arbeit mit Integrativer Gestalttherapie“ einen guten Überblick darüber ermöglicht, in wieweit einzelne gestalttherapeutische Konzepte mit frauenspezifischen Zugängen kompatibel erscheinen. Auch Ulbing (2001) untersucht geschlechtsspezifische Aspekte der Gestalttherapie und bezieht dabei sowohl historische als auch aktuelle Aspekte in Theorie und Praxis der Gestalttherapie mit ein. Schließlich beleuchtet auch Scheffler (2010) in ihrem Beitrag die Vereinbarkeit frauenspezifischer Ansätze mit humanistischen

Therapieansätzen und geht dabei auch auf die Gestalttherapie ein.

Als gut kompatibel mit der Gestalttherapie werden von den Autorinnen folgende Aspekte herausgearbeitet:

- Die aus dem phänomenologischen Zugang erwachsende, *nicht wertende Grundhaltung* der Gestalttherapie erachtet Schigl (2010) als gut für die Arbeit mit Frauen geeignet, die häufig darunter leiden, sich ständig kritisch zu kommentieren. Gerade Frauen in Gewaltbeziehungen erleben von ihren Partnern oder männlichen Angehörigen häufig massive Kritik und Abwertungen.
- Hier knüpft auch das Prinzip der „*Awareness*“ an, das dabei unterstützt, die eigene Wahrnehmung zu schulen und beim Trennen von Gefühlen, Gedanken und Bewertungen hilft. In diesem Zusammenhang sei noch Miriam Polster erwähnt, die 1974 beschreibt, dass „Frauen durch die starke Introjektion gesellschaftlicher Werte und Rollenvorschreibungen bestimmt sind, die zur Selbstentfremdung führen. Ihr innerer Protest wird niedergehalten. Die Frauen können ihre eigenen Bedürfnisse nicht mehr oder nur sehr verschwommen wahrnehmen“ (zitiert nach Ulbing, 2001, S. 607).
- Die in der Gestalttherapie weit verbreitete *Arbeit mit Polaritäten* und deren Vereinbarkeit, wie dies auch in den theoretischen Konzepten der schöpferischen Indifferenz von Salomo Friedlaender zum Ausdruck kommt, eignet sich gut für die Arbeit mit inneren Ambivalenzen. (Schigl, 2010) Im Kontext akuter Gewaltbetroffenheit spielen ambivalente Gefühle und Verhaltensimpulse dem Täter gegenüber meist eine große Rolle.
- Das ursprünglich von Martin Buber stammende Konzept des *dialogischen Prinzips*, welches eine Beziehung von Subjekt zu Subjekt als „Ich-Du-Begegnung“ heilend in den Mittelpunkt stellt, kommt dem macht- und hierarchiekritischen Anspruch der frauenspezifischen Psychotherapie, bei dem die Frau Expertin ihres Lebens bleibt, entgegen (Schigl 2010).
- Das vor allem von Lore Perls entwickelte *Support-Prinzip* entspricht

weitgehend dem emanzipatorischen Anspruch und dem Empowerment-Konzept frauenspezifischer Psychotherapie (Schigl, 2010). Gerade dieses Konzept von Lore Perls, in Verbindung mit ihren Überlegungen zu Grenze, Kontakt und Stütze, kann für die Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen als in vielfacher Hinsicht hilfreich angesehen werden und soll daher im vertiefenden, theoretischen Teil und in der Diskussion noch im Detail beleuchtet und im Bezug zur empirischen Studie reflektiert werden.

- Der *Kontaktzyklus*, organisiert in Vorkontakt, Kontakt und Nachkontakt, ermöglicht eine Sensibilisierung für Grenzen, vor allem auch in der Bezogenheit zu anderen (Schigl, 2010). Angesichts der starken Sozialisation von Frauen in Richtung Bezogenheit auf andere bei gleichzeitig häufig erlebten Grenzverletzungen bis hin zu massiven Gewalterfahrungen ist dies wohl auch in Bezug auf die Fragestellung der Arbeit von zentraler Bedeutung.
- Das vor allem durch Paul Goodman in die Gestalttherapie eingearbeitete, *gesellschaftskritische Grundelement* erweist sich als kompatibel mit der ebenfalls gesellschaftskritischen Perspektive frauenspezifischer Ansätze (Schigl, 2010). Weiters legt auch die Feldtheorie nahe, das Umfeld/die Gesellschaft und deren Einfluss auf das Individuum in die Betrachtungen mit einzubeziehen (Ulbing, 2001), was den beschriebenen Zugängen der Entindividualisierung und Entpathologisierung frauenspezifischer Ansätze durchaus entgegenkommt.

In Summe wird die Gestalttherapie bereits von feministischen Vordenkerinnen in vielen Aspekten als „sehr geeignet für die Arbeit mit und für Frauen bewertet“ (Schigl, 2010, S. 139), wenngleich sich auch feministische Kritik auftut. Diese orientiert sich zum einen vor allem an historischen Begebenheiten und der Person Fritz Perls, wie dies im Kapitel Gestalttherapie und Gewalt reflektiert wird. Andererseits finden sich auch kritische Analysen in Hinblick auf Auslegungsvarianten oder Schwerpunktsetzungen innerhalb gestalttheoretischer Grundannahmen sowie Verweise darauf, dass die Gestalt-Prinzipien „so

allgemein formuliert [sind], dass geschlechtsspezifische Differenzen auf dieser Theorieebene nicht zum Tragen kommen“ (Schigl, 2010, S. 139). Ohne Bewusstsein weiblicher Unterdrückung ist die humanistische Therapieform allein schließlich „kein Garant für Frauenfreundlichkeit“ (Mangelsdorf, 1992; zitiert nach Schigl, 2010, S. 139).

Konkret wird vor allem auf folgende Schwierigkeiten in der Vereinbarkeit zwischen Gestalttherapie und frauenspezifischer Perspektive hingewiesen:

- Das Konzept der *Organismischen Selbstregulation* legt eine „ursprüngliche Naturhaftigkeit“ nahe, dem viele Frauenforscherinnen sehr kritisch gegenüberstehen (Scheffler, 2010).
- Die Betonung auf den *Kontakt im Hier und Jetzt* läuft Gefahr, bestehende Machtunterschiede zu verschleiern (Ulbing, 2001).
- In ähnlicher Weise verschleiert auch die starke Betonung des Konzepts der *Selbstverantwortung* und der organismischen Selbstorganisation Machtkonstellationen und ungleiche gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten (Ulbing, 2001). Schigl (2010) führt hier weiter aus, dass insbesondere Fritz Perls und sein oft zitiertes Gestaltgebet „eine Sicht der Welt, in der sich ein autonomes Individuum ohne Bindung und Verpflichtung für andere selbst verwirklicht und in organismischer Selbstregulierung Kontakt aufnimmt und sich wieder zurückzieht“ (S. 140) aufweist. Dies entspricht nicht der Sozialisation und der Lebensrealität der meisten Frauen, insbesondere nicht den Realitäten gewaltbetroffener Frauen. Auch Scheffler (2010) weist darauf hin, dass humanistische Verfahren auf diese Weise Gefahr laufen, die individuelle Handlungsfreiheit über Gebühr zu betonen und dabei zu übersehen, dass nicht nur persönliches Vermögen oder Unvermögen für das eigene Wohl verantwortlich gemacht werden kann.

Gerade im Kontext akuter Gewaltbetroffenheit erscheint hier ein differenzierter und feinfühligere Umgang von enormer Bedeutung. Schließlich geht es zum einen darum, die Frauen als Opfer der Gewalt

(auch im strukturellen Sinne) und in ihrem Ausgeliefertsein anzuerkennen. Zum anderen muss es Ziel der Therapie sein, Handlungsoptionen zu erarbeiten und die Frauen so weit zu stärken, dass ein Entkommen aus der Opfersituation und ein höheres Maß an Selbstbestimmtheit möglich werden.

- Die *Feldtheorie* bewirkt zwar, wie oben beschrieben, ein Miteinbeziehen gesellschaftlicher Realitäten im Allgemeinen. Die Theorie differenziert dabei aber nicht bezüglich der Geschlechtlichkeit und übersieht folglich die „unterschiedlichen Interaktionen zwischen Makroebene und dem jeweiligen Geschlecht“ (Ulbing, 2001, S. 605).

In der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen ist sowohl die konkrete Situation der Frau als Frau in ihrer Umwelt zu berücksichtigen als auch das Wirken dessen, was feministische Zugänge als strukturelle Gewalt patriarchaler Gesellschaften bezeichnen würden. Diese Faktoren bestimmen in vielfacher Hinsicht innere und äußere Handlungsspielräume der betroffenen Frauen mit und sind daher in der therapeutischen Interventionsplanung miteinzubeziehen.

- Der *konstruktivistische Ansatz* geht davon aus, dass gleichberechtigte Individuen miteinander Realität herstellen, berücksichtigt dabei aber ebenfalls so etwas wie „Konstruktionsmacht“, also die Frage „welche Konstruktion sich im Erschaffen von Wirklichkeit durchsetzt“ (Ulbing, 2001, S. 605), nicht.

In der direkten Arbeit mit den Klientinnen geht es vor allem darum, die Wirklichkeit der Frau als solche anzuerkennen und ihr Glauben zu schenken. Gleichzeitig muss gerade im Kontext akuter Gewaltbetroffenheit, der oft sehr bedauerliche Umstand im Auge behalten werden, dass Wirklichkeiten in polizeilichen Vernehmungen oder gerichtlichen Verfahren nach wie vor oft analog gesellschaftlicher Machtstrukturen und patriarchaler Prägungen konstruiert werden.

2.4 Krisenintervention nach Gewalterlebnissen

Einige kurze Beiträge aus dem Bereich der Krisenintervention beschäftigen sich explizit mit Krisenintervention nach Gewalterlebnissen und geben wichtige Hinweise zum Thema. So betonen sowohl Brunner (2004) als auch Stein (2009), dass Sicherheit herzustellen oberste Priorität in diesem Kontext besitzt. Beide weisen auf die Notwendigkeit hin, genau auf „Zwischentöne, auf leise Andeutungen von Gewalttaten“ zu achten und eventuell „das Thema direkt anzusprechen (Brunner, 2004, S. 264), da Gewalterlebnisse besonders im eigenen sozialen Umfeld meist sehr schambesetzt sind. Es besteht die Gefahr, dass Gewaltopfer nicht als solche erkannt, nur nach ihren Symptomen beurteilt und diagnostiziert werden und die Möglichkeit, gegen die Gewalt einschreiten zu können, verpasst wird. Brunner benennt eine Reihe möglicher Anzeichen von Gewalterleben, auf die es zu achten gilt (S. 268):

- Regelmäßige, vage Klagen
- Regelmäßige, vage Symptome
- Des Öfteren nicht wahrgenommene Termine
- Unpassende Erklärungen zu bestehenden Verletzungen
- Mehrere Verletzungen in verschiedenen Heilungsstadien
- Verletzungen an Brust, Abdomen
- Verstecken und Herabspielen von Verletzungen
- Wiederholte Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten, Abtreibungen
- Verängstigung, Depressivität, Nervosität
- Psychiatrische Erkrankungen, Alkohol-, Drogenabhängigkeit
- Ständige Begleitung durch Partner oder Familienmitglieder zu Terminen
- Passivität, Angst gegenüber dem Partner
- Partner erlaubt nicht, selbst zu sprechen

Sowohl Brunner als auch Stein beschreiben außerdem mögliche Übertragungen und Gegenübertragungen in der Arbeit mit Gewaltopfern und betonen die Wichtigkeit, diese bewusst wahrzunehmen und zu reflektieren. So passiert es in der Gegenübertragung immer wieder, dass Therapeut*innen die Position des

Täters einnehmen, was zu (unausgesprochenen) Schuldzuweisungen den Opfern gegenüber für die erlebte Gewalt führen kann. Andererseits können Gewaltbetroffene auch starken Druck bei den Therapeut*innen auslösen, was die Gefahr von überschießenden und unüberlegten Reaktionen durch den*die Therapeut*in mit entsprechend negativen Konsequenzen für die Opfer mit sich bringt. Stein (2009) betont außerdem, Therapeut*innen sollten sich „ihre eigene Angst eingestehen“, da diese „immer ein wichtiges Warnsignal“ (S. 253) darstellt.

2.5 Ausgewählte, traumaspezifische Grundlagen

Die Erkenntnisse im Bereich der Psychotraumatologie und traumaspezifischer Therapie haben in den letzten Jahrzehnten massiv zugenommen, sodass hier nur eine sehr kleine Auswahl relevanter Inhalte dargestellt werden kann. Es wird dennoch der Versuch unternommen, jene Aspekte aufzugreifen, die sich aufgrund der empirischen Studie als besonders relevant herauskristallisiert haben.

2.5.1 Traumadefinition und Traumtypologie

Wöller (2013) weist auf die Notwendigkeit hin, eine Unterscheidung zwischen „objektiven Definitionen“ und „der Perspektive der subjektiven Realität des Opfers“ (S. 22) vorzunehmen. Objektive Definitionen versuchen dabei „objektive oder zumindest intersubjektiv nachvollziehbare Kriterien“ (S. 22) für Traumata festzulegen. So ist Trauma im ICD-10 definiert als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (ICD 10, F43-1). Diese Definition gibt über das subjektive Erleben der Klientinnen jedoch keine Auskunft. Um diesen Aspekt zu berücksichtigen, versuchen subjektive Traumadefinitionen vom Erleben der Betroffenen auszugehen. Das „subjektive Erleben der völligen Hilflosigkeit, Ohnmacht und des Ausgeliefertseins“ (Wöller, 2003, S. 22) macht das Trauma aus. Fischer und

Riedesser (2009) definieren Trauma daher folgendermaßen: „Ein Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (S. 84).

Des Weiteren wird zwischen unterschiedlichen *Traumtypen* unterschieden. Zum einen unterscheidet man zwischen apersonalen Traumen, also Traumen, die nicht durch Menschen verursacht werden, und durch Menschen verursachte, personale Traumen. Zum anderen wird zwischen Traumtyp I (plötzliche, unvorhergesehene, einmalige Ereignisse) und Traumtyp II (chronisch-kumulative Erfahrungen) unterschieden. Studien belegen mittlerweile, dass von Menschen verursachte Traumen vom Traumtyp II in der Regel die schwerwiegendsten psychischen Folgen nach sich ziehen, insbesondere wenn sie von nahestehenden Personen ausgehen (Wöller, 2013).

2.5.2 (Komplexe) Posttraumatische Belastungsstörung

Posttraumatische (PTBS) und komplexe posttraumatische Belastungsstörungen (KPTBS) sind psychische Folgeerkrankungen von traumatischen Erlebnissen. Das ICD-10 definiert nur die PTBS, nicht jedoch die KPTBS. Wöller (2013, S. 9) gibt in folgender Tabelle einen Überblick über die wichtigsten Symptome:

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10)	Komplexe Traumafolgestörung
<ul style="list-style-type: none"> • Intrusionen (Flashbacks) <ul style="list-style-type: none"> – akustische, haptische oder olfaktorische Teilerinnerungen – Pseudohalluzinationen – Körper-Flashbacks, Affekt-Flashbacks – Alpträume • emotionale Betäubung • Vermeidungsverhalten • chronische Übererregung 	<ul style="list-style-type: none"> • depressive Symptome • emotionale Instabilität • dissoziative Störungen • Somatisierungsstörungen • funktionelle Sexualstörungen • körperliche Erkrankungen • Angsterkrankungen • Essstörungen • Substanzmissbrauch

Abb. 5: Posttraumatische Belastungsstörung, Komplexe Traumafolgestörung
Wöller (2013, S. 9)

Zu den Merkmalen der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung gehören außerdem sogenannte „traumabedingte Persönlichkeitsveränderungen, wie sie unter anderem von Hermann (1992; 2018) oder Wöller (1997; 2015; zitiert nach Wöller, 2013) beschrieben werden:

- Veränderungen im Selbsterleben: geringes Selbstwertgefühl, Neigung zu Schuld- und Schamgefühlen und zu Gefühlen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit
- Veränderungen im Selbst- und Weltverständnis: Neigung zur Überschätzung von Gefahren in der Welt
- Erhöhte Neigung zu erneuter Viktimisierung
- Neigung zur Weitergabe der Traumatisierungen an die nächste Generation

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung tritt vor allem in Folge chronischer und kumulativer, personaler Traumatisierungen auf und soll künftig als Diagnosekategorie im ICD-11 aufscheinen.

Diverse Studien haben mittlerweile auch untersucht, wovon das *Risiko* für die Entwicklung einer (K)PTBS beeinflusst wird. Maerk, Pielmaier und Gahleitner (2019) fassen dies in ihrem Artikel zusammen. Sie verweisen auf eine Metaanalyse von 77 Studien (Brewin und Kollegen, 2000), die folgende Risikofaktoren als hochsignifikant herausarbeiten konnten:

- Mangel an sozialer Unterstützung
- Belastende Lebensbedingungen
- Traumaintensität

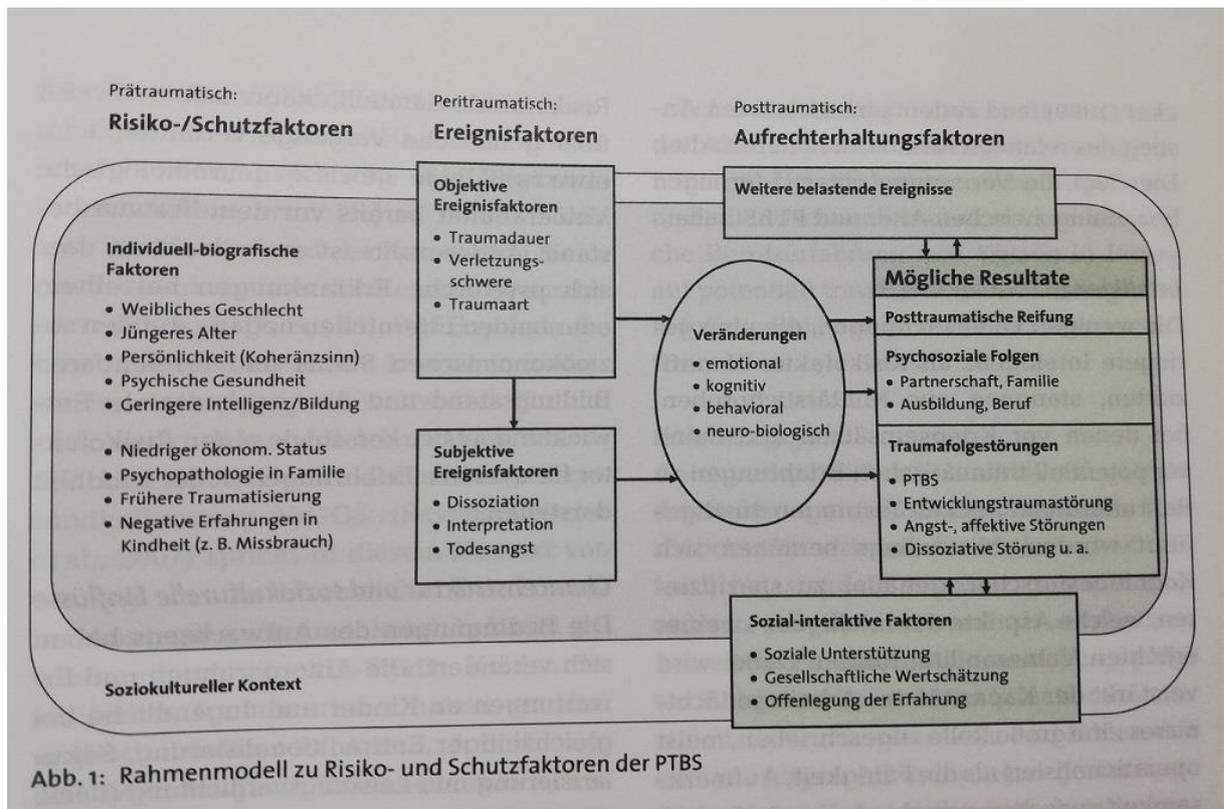
Neben den Risikofaktoren konnten auch eine Reihe von Schutzfaktoren herausgefiltert werden:

- Allgemein gute psychische und körperliche Gesundheit
- Hohe Stresstoleranz
- Adäquate Selbstwirksamkeitserwartungen, die Handlungsfähigkeit auch in Extremsituationen möglich machen
- Geringe, psychosoziale Gesamtbelastung

- Positive Sozialkontakte und familiäre Stabilität
- Sicheres Bindungsverhalten

Aus den besagten Studien wurde folgendes Rahmenmodell zu Risiko- und Schutzfaktoren der PTBS entwickelt.

Abb. 6: Maercker, Pielmaier, Gahleitner, 2019, S. 91)



Reflektiert man die bisher dargestellten Erkenntnisse im Hinblick auf das Traumatisierungsgeschehen bei von Gewalt betroffenen Frauen, wird deutlich, dass es sich um jene Form von Traumatisierung handelt, die potentiell die schwersten Folgen nach sich zieht: Die Gewalt wird von einer nahestehenden Person verübt (personales Trauma) und in der Regel handelt es sich nicht um einen einmaligen Vorfall, sondern um eine länger andauernde Gewalterfahrung (Trauma-Typ II). Erschwerend kommt hinzu, dass – zumindest in dieser empirischen Studie – fast alle Frauen auch von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit betroffen waren.

2.5.3 Traumaspezifische Gestaltung der therapeutischen Beziehung

In der Arbeit mit traumatisierten, insbesondere komplextraumatisierten, Klient*innen, wird vor allem die hohe Bedeutung einer „durch Vertrauen geprägte[n] und emotional positiv getönte[n] Bindung zwischen Therapeut [sic!] und Patient [sic!]“ (Reddemann & Wöller, 2017, S. 33) und ein „durchgängiges Gefühl der Sicherheit in der therapeutischen Beziehung“ (S. 34) betont. Die Herstellung einer solchen Arbeitsbeziehung kann gerade bei komplextraumatisierten Klient*innen jedoch, beispielsweise durch heftige Entwertungstendenzen oder Näheängste, erschwert sein. Menschen mit entsprechend gewaltvollen und missbräuchlichen Beziehungserfahrungen erleben eine gute, schützende Nähe in der therapeutischen Beziehung als fremd, eventuell sogar als bedrohlich, was eine durchgängige Arbeit an dieser Beziehung nötig macht. Reddemann und Wöller (2017) bezeichnen dies als „therapeutische[n] Tanz“ (S. 34) und beschreiben damit einen oft zyklisch stattfindenden Wechsel zwischen Unterbrechung und Wiederherstellung der heilsamen therapeutischen Beziehung. Dies erfordert die „reale Verfügbarkeit und Präsenz“ (S. 36) des*r Therapeut*in im Sinne einer Bereitschaft zuzuhören und achtsam präsent zu sein. Auch wenn sich die Herstellung einer realen, vertrauensvollen Beziehung als Herausforderung erweisen kann, ist eine als „Abstinenz“ missverstandene Zurückhaltung bei traumatisierten Menschen eher schädlich als hilfreich, da sie häufig als Ablehnung oder Zurückweisung verstanden wird.

Auch Butollo und Karl (2019) betonen die „übergeordnete Relevanz der therapeutischen Beziehung“ (S. 49) in der Arbeit mit traumatisierten Menschen und weisen auf mögliche Herausforderungen hin, die sich im Beziehungsaufbau mit traumatisierten Klient*innen zeigen können. So sollen sich „Therapeuten [sic!] ... auf sog. ‚Therapeutentests‘ einstellen“ (S. 59).

2.5.4 Ausgewählte Grundprinzipien (humanistisch orientierter) Traumatherapie

Die wichtigsten, auch in der empirischen Studie vorkommenden,

Grundprinzipien und Haltungen sollen nun zusammengefasst werden.

Wenig konfrontatives, ressourcenorientiertes Vorgehen

Reddemann und Wöller (2017) betonen, dass traumatisierte Menschen meist über eine reduzierte Stressverarbeitungskapazität verfügen, was ein möglichst wenig konfrontierendes Vorgehen nötig macht: „Wir gehen davon aus, dass es der traumabedingte Stress ist, der eine positive Entwicklung in einer Behandlung verhindern kann, wenn er hier vergrößert statt verkleinert wird“ (S. 33).

Parteiliche Abstinenz (Reddemann & Wöller, 2017, S. 36)

Damit meinen Reddemann und Wöller (2017) eine Haltung, die sich solidarisch mit den Opfern zeigt und keine „Vermischung oder Verunklarung von Täter- und Opferstatus“ (S. 36) duldet, ohne jedoch die „professionelle Distanz aufzugeben und sich beispielsweise von einer Patientin in reale Aktivitäten zur Bekämpfung des Täters hineinziehen zu lassen“ (S. 36). Opfern wird aus dieser Haltung heraus auf der emotionalen Ebene uneingeschränkt Glauben geschenkt.

Symptome und „störende“ Verhaltensweisen adäquat einordnen und verstehen

Symptome und „störend“ oder „negativ“ erlebte Verhaltensweisen sollen als Folgeerscheinungen der traumatischen Erlebnisse und als notwendige Schutzfunktionen verstehbar gemacht werden. Dies wirkt Schuldgefühlen und Selbstzweifeln entgegen (Butollo & Krüsmann & Hagl, 2002, S. 49; Butollo & Karl, 2019, S. 23; Reddemann & Wöller, 2017, S. 36).

Weiters werden folgende Aspekte beschrieben, die sich auch in den Interviews wiederfinden:

- Hohe Bedeutung psychoedukativer Zugänge (alle)
- Hohe Bedeutung der Validierung der psychischen Erfahrung und eigener Wahrnehmungen der Klient*innen (Wöller, 2013)
- (Zeitweise) Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen bei gleichzeitiger Arbeit an der Selbstregulationsfähigkeit (Wöller, 2013). In den Worten von Lore Perls kann dieses Vorgehen als die Entwicklung des*r Klient*in von

Fremd- zu zunehmender Selbststützung beschrieben werden.

- Die Arbeit an der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und die Förderung von Selbstfürsorge (Reddemann & Wöller, 2017)
- Die Stärkung des Selbstwertgefühls (Reddemann & Wöller, 2017)
- Die Aktivierung prätraumatischer Selbstanteile (Butollo & Krüsmann & Hagl, 2002)

In Bezug auf die „Eigenheiten“ der Gestalttherapie betonen Butollo & Karl (2019), dass es in der Arbeit mit traumatisierten Klient*innen Sinn macht, „die völlige Weite des gestalttherapeutischen Ansatzes etwas zu strukturieren Das Vorgehen muss demnach viel strukturierter sein, als es üblicherweise in einer nicht störungsspezifischen Gestalttherapie der Fall wäre“ (S. 28).

2.5.5 Phasenmodell traumaspezifischer Psychotherapie

Große Einigkeit herrscht mittlerweile über die Notwendigkeit für ein „phasenorientiertes Vorgehen“ (Reddemann & Wöller, 2017, S. 25) traumaspezifischer Psychotherapie. Die genaue Anzahl der Phasen kann je nach Modell variieren. Alle Phasenmodelle benennen jedoch die Herstellung von innerer und äußerer Sicherheit und die Arbeit an der Stabilität des*r Klient*in als die ersten Aufgaben der Therapie und warnen vor einer potenziellen Retraumatisierung bei frühzeitiger Konfrontation mit traumatischem Material (z. B. Butollo & Krüsmann & Hagl, 2002). Erst nachdem weitgehende Sicherheit und ein hohes Maß an Stabilität im Innen und Außen erarbeitet werden konnte, ist eine solche Konfrontation möglich. Butollo & Krüsmann & Hagl (2002) stellen hier auch einen Bezug zu Lore Perls her, die betont, dass Kontakt nur soweit möglich ist, soweit auch ausreichend Stütze dafür vorhanden ist. Am Ende einer Traumatherapie steht im Idealfall die Integration der Erlebnisse und der Neubeginn bzw. die Wiederaufnahme der Beteiligung am realen Leben. Folgendes Phasenmodell (Abb. 7: Butollo, Krüsmann, Hagl, 2002, S. 226) bietet einen Überblick:



2.6 Therapeutische Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen

In den letzten Jahren weisen Forscher*innen zunehmend auf die Bedeutung der Psychotherapie für akut von Gewalt betroffenen Frauen hin:

Schwarz (2015) betont in diesem Zusammenhang, dass die Vorgabe, nur mit Menschen zu arbeiten, die sich bereits in Sicherheit befinden, „einen Großteil der Betroffenen“ (S. 95) ausschließt und diese Frauen daher „mit einer unerträglichen und gesundheitsgefährdenden Lebenssituation“ (S. 95) alleine lässt.

Fliß (2013) stellt in ihrem Artikel „*Psychotherapie bei noch bestehendem Täterkontakt*“ u. a. klar, dass „noch bestehender Täterkontakt ... kein Ausschlusskriterium für eine Psychotherapie“ (S. 378) sein darf und dass die Beseitigung jener Faktoren, die zur Aufrechterhaltung der Gewaltbetroffenheit beitragen, ein „Teilziel in der Psychotherapie“ sein kann (S. 378). Sie betont, dass die Therapie mit den Frauen dann auf die Arbeit mit den täterloyalen Anteilen,

die inneren Ambivalenzen der Frauen und die von vielen Betroffenen erlebten Schuldgefühle fokussieren muss.

Schwarz (2015) hebt darüber hinaus hervor, dass sich viele Frauen abseits der emotionalen Abhängigkeit auch in ökonomischer Abhängigkeit befinden und es daher „neben einer behutsamen psychotherapeutischen Zusammenarbeit auch existenzsichernder Interventionen bedarf“ (S. 95). Dies macht einen niederschweligen, psychotherapeutischen Ansatz und die Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungsangeboten notwendig (Schwarz, 2015; Fliß, 2013).

Im anglo-amerikanischen Bereich beschäftigte sich Mary Ann Dutton (2002) in einem Unterkapitel ihres Buches „Gewalt gegen Frauen“ auch mit konkreten therapeutischen Möglichkeiten während akuter Gewaltbetroffenheit. Dutton bezieht sich auf Wilson (1989), Schechter (1987), Courtois (1988) und Ochberg (1988) und fasst auf dieser Basis einige allgemein gültige Grundprinzipien für die therapeutische Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen zusammen, von denen folgende auch in der Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen von großer Bedeutung sind:

- Nicht wertende Akzeptanz und Bestätigung für die Frau und ihr Erleben
- Sofortige Unterstützung und Solidarität bieten (als wichtig dabei beschreibt sie auch Bemühungen, das stützende Netzwerk über den*die Therapeut*in hinaus zu erweitern)
- Die Sicherheit der betroffenen Frau und die Schaffung neuer Möglichkeiten zu ihrer Absicherung stehen im Zentrum
- Informationen über Gewalt und Missbrauch wirken sich therapeutisch aus
- Bewältigungsstrategien werden als Stärken und nicht als Störungen gewertet und Symptome sind Folgen der traumatischen Ereignisse
- Die Frauen setzen häufig Substanzmissbrauch als Form der Selbstmedikation ein
- Soziales Aktivwerden und Mitteilen der eigenen Erfahrung fördern den Gesundungsprozess
- Die Anerkennung der Selbstbestimmtheit der Klientin spielt eine zentrale

Rolle und ist auch zu akzeptieren, wenn die Klientin den Empfehlungen der Therapeutin zuwiderhandelt

- Die Sorge des*r Therapeut*in für sich selbst ist sehr wichtig

Für Dutton stellt das Erkennen und Benennen der Gewalt eine Grundvoraussetzung dar. Da viele Frauen sich selbst zu Beginn nicht als Opfer von Gewalt sehen, kann dies bereits zu einem ersten Ziel der Therapie werden. Danach verfolgen die therapeutischen Interventionen vor allem folgende Ziele, von denen die ersten beiden auch für die Arbeit bei akuter Gewaltbetroffenheit Gültigkeit besitzen:

- Schutz: eine immer größere Sicherheit der Frau muss angesteuert werden
- Stärkung von Problemlöseverhalten und Entscheidungsfähigkeit, so dass Veränderung in Hinblick auf die Gewaltbetroffenheit möglich wird
- Die Heilung der PTBS bzw. die Reduktion von Symptomen

Dutton betont, dass die Herstellung oder Ausweitung der Sicherheit der Klientin jederzeit an erster Stelle steht und dass Interventionen „mit dem vornehmlichen Ziel einer Heilung nicht sinnvoll“ (S.137) sind. Sie betont jedoch, dass auch solche Interventionen teilweise dazu beitragen können, die Frau zu stärken und Handlungsspielräume zu erarbeiten bzw. zurückzugewinnen.

In Bezug auf die Problemlöse- und Entscheidungsfähigkeit der Frau betont Dutton, dass diese soweit gestärkt werden soll, dass sie sich „im Vollbesitz ihrer Kräfte und Möglichkeiten erlebt“ (S. 137), was auch bedeutet, dass ihr tatsächlich „Möglichkeiten offenstehen [müssen], unter denen sie wählen kann“ (S. 137). Voraussetzung dafür sei „das Gefühl oder der Zugang zu dem Gefühl, dass sie das Recht hat ... eigenständig über ihr Leben zu bestimmen“ (S. 137).

Weiters weist Dutton auf einige in der Arbeit mit der Zielgruppe besonders relevante ethische und juristische Grundsätze hin:

- Strengste Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht: Ein Verstoß könnte die Gefahr einer Verletzung bedeuten oder die Frau sogar in Lebensgefahr bringen. Muss es zu einer Meldung kommen, ist die betroffene Frau vorher zu informieren und deren Schutz sicher zu stellen.

- Berücksichtigung unterschiedlicher (kultureller, sozialer, ethnischer, ...) Lebensbedingungen (siehe auch: Intersektionalität)
- Beachtung des Machtgefälles
- Mitwirken an sozialer Veränderung und rechtliches Grundwissen über alle Möglichkeiten, die helfen können, Sicherheit zu erhöhen. Dutton erachtet Therapeut*innen ohne entsprechende Kenntnisse als „unzureichend ausgestattet, um die Sicherheit der misshandelten Frau und ihrer Kinder zu verbessern“ (S. 148)

3. Beschreibung der empirischen Studie

Nach der Erläuterung ausgewählter theoretischer Grundlagen erfolgt in diesem Kapitel die Darstellung der empirischen Studie. Dabei gehe ich als erstes näher auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ein und stelle anschließend mein methodisches Vorgehen dar. Die Ergebnisse der Studie werden im darauffolgenden Kapitel präsentiert.

3.1 Fragestellung

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, möchte ich mich in meiner Studie mit folgender Forschungsfrage beschäftigen:

Wie bzw. wodurch fühlen sich gewaltbetroffene Frauen im Rahmen einer Psychotherapie auf ihrem Weg aus der Gewalt(-beziehung) unterstützt und welche gestalttherapeutischen Zugänge erscheinen damit kompatibel?

In der theoretischen Auseinandersetzung und im Zuge der Vorbereitung auf die Interviews wurden folgende Unterfragen definiert:

- Welche Charakteristika weisen die Therapien vor allem in Hinblick auf die Rahmenbedingungen, die Eigenschaften des*r Therapeut*in und die therapeutische Beziehung auf?
- Welche Inhalte werden behandelt? Welche Veränderungen erleben die Frauen auf ihrem Weg und wie konnte die Therapie dabei unterstützen?
- Welche Methoden werden als hilfreich erlebt?
- Was erleben die Frauen abseits der Therapie als hilfreich und wie bzw. inwieweit wird dies in der Therapie mit einbezogen?
- Welche Bedeutung geben die betroffenen Frauen der therapeutischen Begleitung?

3.2 Methodisches Vorgehen

Ich habe mich für eine qualitative Erhebung in Form von Einzelinterviews mit betroffenen Frauen und einer Gruppendiskussion mit professionellen Unterstützerinnen entschieden. Dieser Abschnitt soll mein methodisches Vorgehen beschreiben und begründen.

3.2.1 Ablauf der Studie

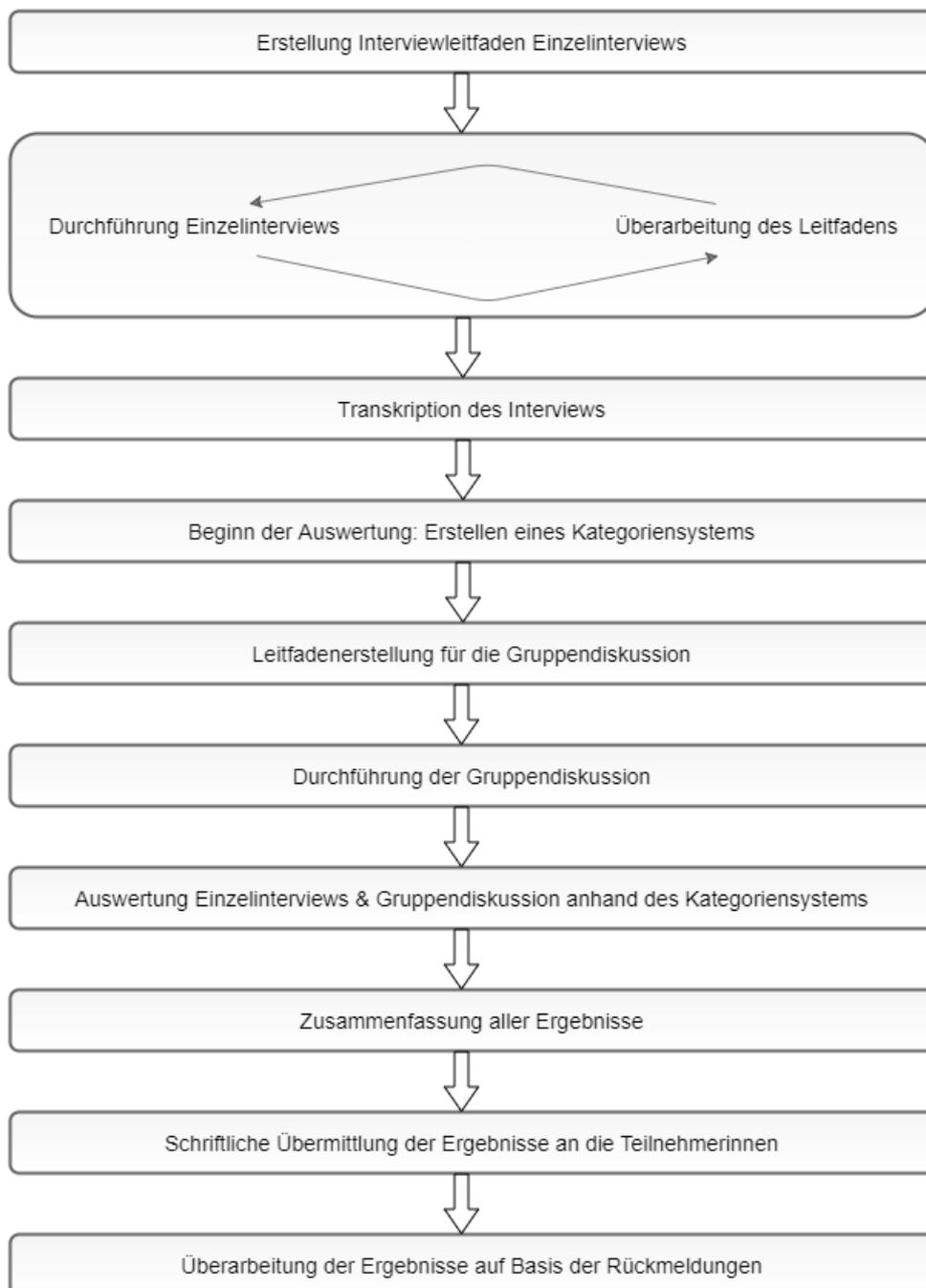
Design:	<ul style="list-style-type: none">• Qualitative Erhebung, Einzelfallanalysen
Untersuchungsverfahren:	<ul style="list-style-type: none">• Problemzentrierte Interviews nach Witzel (1985)• Gruppendiskussion nach Mayring (2016), angelehnt an das Frankfurter Institut für Sozialforschung
Teilnehmerinnen:	<ul style="list-style-type: none">• Interviews: 4 von Gewalt betroffene Frauen• Gruppendiskussion: 4 professionelle Unterstützerinnen, die mit gewaltbetroffenen Frauen arbeiten
Aufbereitung der Daten:	<ul style="list-style-type: none">• Tonbandaufnahmen mit digitalem Aufnahmegerät• Wörtliche Transkription mit Hilfe von „f4transkript“ und Erstellung von Interviewprotokollen
Auswertung:	<ul style="list-style-type: none">• qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015)• unterstützt durch „f4analyse“

Die Art der Fragestellung fokussiert in erste Linie auf das Erleben betroffener Frauen, was die Durchführung einer qualitativen Studie auf Basis von Interviews bereits nahelegt. Hierzu betont Mayring (2016) die Subjektbezogenheit qualitativer Forschung: „Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung sind immer Menschen, Subjekte. Die von der Forschungsfrage betroffenen Subjekte müssen Ausgangspunkt und Ziel der Untersuchungen sein“ (S. 20). Helfferich (2016) beschreibt qualitative Verfahren in der Forschung zu Gewalt „als besonders geeignet, um sich der subjektiven Erleidens- und Erlebensdimension anzunähern“ (S. 121).

An dieser Stelle soll noch ein gewichtiges, inhaltliches Argument für die Wahl der Methode angeführt werden. Hagemann-White (2016) betont, dass sich „eine

deutliche Präferenz für die ... qualitativen Ansätze“ in der Gewaltforschung ergab, „da mit ihnen die Erfahrungen und Sichtweisen derer gehört werden können, die bisher sprachlos waren“ (S. 25). Dies ist als besonders bedeutsam zu erachten, da Forschung im Gewaltkontext auch einen emanzipatorischen Auftrag erfüllt.

Die folgende Grafik soll einen Überblick über den Ablauf der Studie bieten:



3.2.2 Erhebungsmethoden

Ich habe mich für die Durchführung von Einzelinterviews mit betroffenen Frauen und einer Gruppendiskussion mit professionellen Unterstützerinnen entschieden. Die Schilderungen der betroffenen Frauen stellen dabei den Kern der Studie dar, die um die Sichtweisen der Expertinnen ergänzt werden. Die Aufnahme erfolgte mit einem digitalen Diktiergerät der Marke „*Olympus Linear PCM Recorder LS-P4*“.

Im Hinblick auf die *Einzelinterviews* habe ich mich am problemzentrierten Interview nach Witzel (2000) orientiert. Dem zu Folge wurde ein Interviewleitfaden als Orientierungsrahmen erstellt, der die Vergleichbarkeit der Interviews verbessern, gleichzeitig aber auch viel Offenheit und Flexibilität ermöglichen soll.

Das Interview wird mit einer erzählgenerierenden Einstiegsfrage eröffnet und die weiteren Fragen aus dem Leitfaden können im Verlauf des Interviews ohne feste Reihenfolge gestellt werden. Auch Ad-hoc-Fragen oder das Weglassen von Fragen, deren Inhalt im Erzählen bereits behandelt wurde, sind möglich. Dies erschien mir auch im Sinne einer besonderen Sorgfaltspflicht angesichts der behandelten Gewaltthematik sehr relevant. Hagemann-White (2016) betont, dass im Gewaltkontext „Methodik und Durchführung der Forschung so zu gestalten“ ist, „dass es weder zu einer starken psychischen Belastung noch zu bedrohlichen Folgen im sozialen Umfeld kommt“ (S. 20). Die oben beschriebene offene und flexible Art der Interviewführung ermöglicht den betroffenen Frauen ein hohes Maß an Selbststeuerung und Kontrolle darüber, was, wann und mit welchem Tiefgang erzählt oder nicht erzählt wird und reduziert damit das Risiko psychischer Belastungen durch das Interview. Der Interviewleitfaden befindet sich im Anhang.

Alle Frauen wurden über den Sinn und Zweck des Interviews, die Art der Aufzeichnung und Datenverarbeitung und ihre Rechte als Teilnehmerinnen aufgeklärt und haben eine Einverständniserklärung unterschrieben. Die dafür verwendeten Unterlagen befinden sich im Anhang.

Nach den Interviews wurde allen Frauen angeboten, sich mit etwaigen Fragen an mich zu wenden. Außerdem habe ich den Frauen den empirischen Teil der Arbeit vor der Veröffentlichung zur Verfügung gestellt, sodass Rückmeldungen an mich übermittelt werden konnten. Hagemann-White (2016) empfiehlt diese Maßnahmen, um den Frauen ein „angemessenes Maß an Kontrolle und Mitsprache zu ermöglichen“ (S. 22).

Grundlegende Daten wie Alter oder Beruf wurden am Ende des Interviews abgefragt, um das restliche Interview von diesen Fragen zu entlasten.

Bezüglich der *Gruppendiskussion* habe ich mich an Mayring (2016) gehalten, der sich seinerseits auf das Frankfurter Institut für Sozialforschung bezieht. Betont wird von Mayring, dass sich Gruppendiskussionen vor allem zur Erhebung kollektiver Einstellungen bestimmter Gruppen eignen, weshalb ich diese Methode für sehr geeignet zur Erhebung der Einschätzungen professioneller Unterstützerinnen erachte. Folgende Abbildung (Abb. 8: Mayring, 2016, 79) zeigt den Ablauf einer Gruppendiskussion:

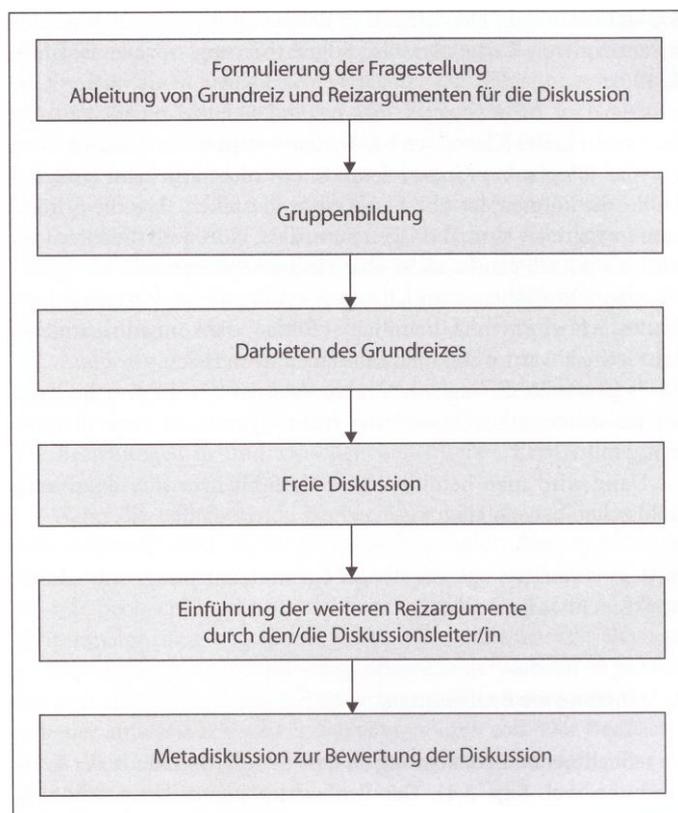


Abb. 9: **Ablaufmodell der Gruppendiskussion**

Auch hier habe ich einen Leitfaden erstellt, der mit einem kurzen inhaltlichen Input und einer Eröffnungsfrage beginnt, um die Diskussion anzuregen. Im weiteren Verlauf wurden einige Fragestellungen und Reizargumente, auch in Form von ausgewählten Zitaten aus den Interviews, in die Diskussion eingebracht. Auch dieser Leitfaden befindet sich im Anhang der Arbeit.

3.2.3 Auswahl und Beschreibung der Teilnehmerinnen

Bei der Auswahl der *Teilnehmerinnen an den Interviews* habe ich versucht, ehemals von Gewalt betroffene Frauen zu finden, die bereits während der Gewaltbetroffenheit in Psychotherapie waren.

Zusätzlich habe ich folgende Kriterien zu berücksichtigen versucht:

- Es sollen Frauen unter den Befragten sein, deren Psychotherapeut*innen die Fachrichtung Integrative Gestalttherapie ausüben.
- Zumindest eine Frau soll bei einem männlichen Therapeuten in Behandlung gewesen sein.
- Ideal wäre eine Mischung aus Psychotherapien in freier Praxis und bei Institutionen.
- Ein Teil der Frauen sollte bei Therapeutinnen in Behandlung gewesen sein, die dem Bereich frauenspezifischer/feministischer Psychotherapie zuzurechnen sind.
- Bezüglich sonstiger Merkmale wie Alter, Bildungsstand oder Herkunft/Migrationshintergrund habe ich keine Kriterien gesetzt.

Diese zusätzlichen Kriterien waren jedoch keine deklarierten Voraussetzungen für die Teilnahme an den Interviews.

Bei der Suche nach Interviewteilnehmerinnen habe ich den Weg über Institutionen und Therapeut*innen gewählt, in der Hoffnung, dass sie mir entsprechende Klientinnen vermitteln können. In einem ersten Schritt wurden Informationsmails an folgende Institutionen in Wien und Niederösterreich, die dem frauenspezifischen Bereich zuzuordnen sind, verschickt: Frauen beraten Frauen, Frauen für Frauen, Beratungsstelle der Wiener Frauenhäuser, ZÖF,

Frauenberatung wendepunkt und Gewaltschutzzentrum Niederösterreich. Um Frauen zu erreichen, die bei Integrativen Gestalttherapeut*innen in Behandlung waren, habe ich mein Informationsmail außerdem über den ÖAGG-Verteiler ausschicken lassen. Zusätzlich habe ich mein Anliegen in meinem beruflichen und privaten Umfeld kommuniziert.

Da ich selbst im frauenspezifischen Bereich tätig bin und entsprechend auch beruflich vernetzt, ging ich davon aus, dass es gut möglich sein wird, auf diesem Weg Interviewpartnerinnen zu finden. Dies erwies sich jedoch schwieriger als erwartet. Es war mir leider nicht möglich, eine Interviewpartnerin zu finden, die bei einer dem frauenspezifischen Bereich zugeordneten Institution in Psychotherapie war. In den Kontakten zu den genannten Institutionen zeigte sich viel Interesse am Thema. Gleichzeitig hatte der Schutz der Klientin und der therapeutischen Beziehung sehr hohe Priorität.

Ich konnte schließlich vier Interviewpartnerinnen (IP) finden, die meinem Hauptkriterium entsprachen, und auch die Berücksichtigung der weiteren Kriterien gelang zumindest teilweise. Die IP werden weiter unten vor allem in Hinblick auf die oben erwähnten Kriterien beschrieben.

Mein Hauptkriterium für die Auswahl der *Teilnehmerinnen an der Gruppendiskussion* war, dass es sich dabei um Menschen handelt, die im beruflichen Kontext mit von Gewalt betroffenen Frauen arbeiten (professionelle Unterstützerinnen). Die Festsetzung der weiteren Kriterien und die endgültige Auswahl der Teilnehmerinnen erfolgte erst nach den Einzelinterviews. Dies ermöglichte Aspekte miteinzubeziehen, die sich erst im Laufe der Einzelinterviews zeigten. Zu diesen Kriterien gehörten schließlich:

- Ein Großteil der Teilnehmerinnen soll psychotherapeutisch mit von Gewalt betroffenen Frauen arbeiten.
- Zumindest eine Teilnehmerin soll aus der Integrativen Gestalttherapie stammen.
- Zumindest eine Teilnehmerin sollte aus einem verwandten Berufsfeld stammen (im Idealfall aus der Beratung oder Sozialarbeit).

- Möglichst viele Teilnehmerinnen sollten aus frauenspezifischen Institutionen stammen oder ihren Schwerpunkt in der frauenspezifischen Psychotherapie haben. Dies erschien mir wichtig, da dieses Kriterium in der Auswahl der Interviewpartnerinnen nicht umgesetzt werden konnte.
- Zumindest eine Teilnehmerin sollte eine traumaspezifische Ausbildung absolviert haben.

Bei der Auswahl der Teilnehmerinnen an der Gruppendiskussion ist es gelungen, alle beschriebenen Kriterien zu berücksichtigen, wie die Tabelle weiter unten zeigt.

Bei der Suche nach Teilnehmerinnen an der Gruppendiskussion habe ich auf Basis der oben beschriebenen Kriterien, über berufliche Kontakte und über PsyOnline nach geeigneten Teilnehmerinnen gesucht und die Frauen direkt per Mail kontaktiert. Alle angefragten Frauen äußerten sich sehr interessiert am Thema und betonten die Wichtigkeit einer Auseinandersetzung damit bereits bei meiner Anfrage.

Überblick über die Interviewpartnerinnen

	IP 1	IP 2	IP 3	IP 4
Alter der IP	~ 25	~ 80	~ 30	~ 70
Beruf der IP	Studentin, Einstieg ins Berufsleben	Pensionistin (Vorarbeiterin)	Akademikerin	Pensionistin (Lehrerin, Psychotherapeutin)
Institution/freie Praxis	freie Praxis	freie Praxis	freie Praxis	freie Praxis
Frauenspezifische Ausrichtung	nein	nicht bekannt	nicht bekannt	nicht bekannt
Geschlecht Therapeut*in	männlich	weiblich	weiblich	weiblich
Fachrichtung	Integrative Gestalttherapie	Integrative Gestalttherapie	nicht bekannt	Integrative Gestalttherapie

Überblick über die Teilnehmerinnen an der Gruppendiskussion

	Brigitte Schigl	Melanie Zeller	Bettina Zehetner	Birgit Volonte
Ausbildung/berufliche Tätigkeit	Psychotherapeutin, Klinische- und Gesundheitspsychologin	Pädagogin, Psychotherapeutin, Beraterin (Frauenberatung wendepunkt)	Philosophin, Sozialwissenschaftlerin, Beraterin (Frauen beraten Frauen)	Psychotherapeutin, Lehrtherapeutin bei IG Wien, Sexualtherapeutin
Frauenspezifische Ausrichtung	ja	ja	ja	ja
Institution/freie Praxis	freie Praxis	beides	Institution	beides
Fachrichtung	Integrative Gestalttherapie	Systemische Familientherapie	-	Integrative Gestalttherapie
Traumaspesifische Fortbildung	ja	ja	nein	ja

3.2.4 Transkription

Die Transkription der Interviews und der Gruppendiskussion erfolgte eigenhändig mit Hilfe des Audiotranskriptionsprogramms „f4transkript“. Da keine einheitlichen Transkriptionsregeln vorgeschlagen wurden, habe ich mich eigenständig für folgende Art der Transkription entschieden:

Die Transkription erfolgte wortwörtlich, auch der Dialekt wurde transkribiert, zum Teil jedoch im Sinne besserer Lesbarkeit etwas entschärft. Unbedeutende, in der Regel durch Stottern verursachte, Wortwiederholungen wurden zu Gunsten der besseren Lesbarkeit ausgelassen. Nonverbale Äußerungen wurden nicht mit aufgenommen, mit Ausnahme von Lachen („lacht“) oder Weinen („weint“), da diese sehr eindeutig zu erkennen sind, den atmosphärischen Gehalt des Gesagten verändern und als sehr aussagekräftig bezüglich der emotionalen Bedeutung des Gesagten einzustufen sind.

Pausen wurden mit (...) und unverständliche Textstellen mit (unverständlich) gekennzeichnet.

Namen wurden anonymisiert transkribiert mit Ausnahme der Expertinnen, die ihr Einverständnis für die namentliche Nennung gegeben haben. Die Interviewpartnerinnen wurden als „IP 1, IP 2, IP 3, IP 4“, in der Reihenfolge der Interviewdurchführung bezeichnet. Alle anderen Namen wurden durch den Anfangsbuchstaben des Vornamens (beispielsweise „P.“) anonymisiert. Auch Orte wurden nicht namentlich benannt, sondern mit Beschreibungen, wie „in einer größeren Stadt“ umschrieben.

3.2.5 Analyse und Auswertung

Die Auswertung des erhobenen Materials erfolgte auf Basis der überarbeiteten Version der inhaltlich strukturierenden *qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring* (2009; 2015). Das ursprünglich erstellte Kategoriensystem kann dabei auch während der Auswertung immer wieder überprüft und verändert werden. Dieses Vorgehen ermöglicht ein flexibleres Eingehen auf die Besonderheiten des Materials. Auch neue Kategorien können dabei hinzugefügt werden, wenn sich

dies im Laufe des Prozesses als sinnvoll erweist. Dadurch sollen auch jene im Material enthaltenen Themen aufgegriffen werden können, die vor Beginn der Explikation noch nicht antizipiert werden konnten.

Das auszuwertende Datenmaterial stellt sowohl die Transkripte der Einzelinterviews als auch das Transkript der Gruppendiskussion dar. Für das gesamte Datenmaterial wurde ein gemeinsames Kategoriensystem erstellt. Die Erstellung des Kategoriensystems erfolgte sowohl auf Basis von theoretischem Vorwissen als auch auf einer induktiven Auswahl des vorhandenen Materials (Mayring, 2015 & Gehrlich, 2014).

Schließlich wurde das gesamte Datenmaterial mit Hilfe der Analyse-Software „*f4analyse*“ anhand des erstellten Kategoriensystems zu den passenden Haupt- und Subkategorien zugeordnet. Textstellen, die für die Beantwortung der Fragestellung nicht relevant waren, wurden als „nicht relevant“ codiert. Diese Kategorie wird in der Darstellung der Ergebnisse nicht berücksichtigt. Außerdem wurde im Sinne einer wissenschaftlichen Reflexion der Studie eine Kategorie bezüglich der Motivation zur Teilnahme an der Studie erstellt. Die Informationen aus dieser Kategorie fließen in die kritische Reflektion der Studie mit ein und werden nicht als eigene Kategorie in der Ergebnisdarstellung beschrieben.

Am Ende ergab sich schließlich folgendes Kategoriensystem, das die Basis für die Darstellung der Ergebnisse im nächsten Kapitel bildet:

Relevante Informationen über die Interviewpartnerinnen

Biografisches aus der Zeit vor und nach der Gewalterfahrung
Charakteristika der Gewaltbetroffenheit
Der Weg aus der Gewalt

Charakteristika der Psychotherapie

Wege zur Therapie
Rahmenbedingungen der Therapien
Eigenschaften des*r Therapeut*in
Therapeutische Beziehungsgestaltung
Haltungen und grundlegende Zugänge
Ende der Therapien
Bedeutung und Bewertung der Therapien

Lern- und Entwicklungsprozesse am Weg aus der Gewalt

Das Schweigen brechen
Sicherheit, Selbstschutz und Handlungsspielräume
Zusammenhänge
"Normalitätsverständnis" und eigene Sichtweisen
Selbstbild und Selbstwert
Schuld, Scham und Verantwortlichkeiten
Abhängigkeit
eigene Wahrnehmung
Gefühle, Bedürfnisse und Selbstfürsorge

Methoden in der Therapie

Gespräch
Kreative Techniken
Körper
Psychoedukation
Hausaufgaben und Übungen
Krisenintervention und zeitnahe Begleitung (vs. vertiefendes Arbeiten)

Abseits der Therapie

Soziale Beziehungen
Andere Lebensbereiche und Ressourcen
Professionelle Unterstützungsangebote

4. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Studie anhand der erstellten Haupt- und Subkategorien dargestellt. Zitate aus den Transkripten werden mit dem Namen der Teilnehmerin bzw. für die Interviews mit der anonymisierten Bezeichnung der Interviewpartnerin sowie der entsprechenden Absatznummer zitiert (z. B. Schigl, Absatz 23 oder IP 1, Absatz 8).

Teilweise wurden Textpassagen auch mehreren Kategorien zugeordnet. Dies weist auf die Zusammenhänge und Grenzbereiche zwischen den Kategorien hin und kann inhaltlich durchaus als relevant erachtet werden. Ich werde daher auch entsprechende Querverweise anbringen.

4.1 Relevante Informationen über die Interviewpartnerinnen

In dieser Kategorie wurden Informationen gesammelt, die nicht direkt Antworten auf die Fragestellung der Studie liefern. Sie beschreiben die betroffenen Frauen und ihre Lebensumstände und geben daher wichtige Hinweise über den Hintergrund, vor dem sich die Erfahrungen der Frauen abspielen. Ich erachte dies als entscheidend, um die Aussagen in ihrem Kontext einordnen und verstehen zu können.

Aufgrund der Begrenztheit der Arbeit werden die wichtigsten Informationen nach Interviewpartnerinnen geordnet in einer Tabelle zusammengefasst. Nur der Weg aus der Gewalt wird detaillierter dargestellt. Eine ausführlichere Version kann im Anhang der Arbeit nachgelesen werden.

	IP 1	IP 2	IP 3	IP 4
4.1.1 Biografisches aus der Zeit vor und nach der Gewalterfahrung				
Leben vor der Gewalt/ frühere Gewalterfahrungen	Psychische und sexualisierte Gewalt durch Vater und Onkel. Konservative Familie, traditionelles Frauenbild, depressive Mutter. Sexualisierte Gewalt durch ersten Freund, den sie zu Beginn als Zufluchtsort erlebte. Fließender Übergang zu Gewalt im Erwachsenenalter.	Positive Kindheitserinnerungen bis zum 12. Lebensjahr. Danach körperliche und psychische Gewalt durch den Stiefvater und Miterleben der Gewalt an der Mutter und der sexualisierten Gewalt an der Schwester. Flucht von zu Hause. Baldiger Beginn der Gewaltbeziehung.	Bei Großeltern aufgewachsen. Sehr strenge, restriktive Erziehung vor allem im Hinblick auf Burschen. Bezeichnet Großmutter als narzisstisch. Psychische Gewalt durch die Großmutter	Psychische Gewalt und sexueller Missbrauch in der Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter durch Vater. Miterleben körperlicher Gewalt an Geschwistern. Späterer Ehemann war Priester, wurde als Retter aus dem Zuhause erlebt.
Leben nach der Gewalt	Lebt in einer WG in einer Großstadt. Einstieg ins Berufsleben neue, gewaltfreie Partnerschaft. Berichtet über eine neue Qualität in allen zwischenmenschlichen Beziehungen. weiterhin sporadisch Psychotherapie.	Lebt allein mit ihrem Hund im Haus. Berichtet, dass es ihr nun sehr gut geht. Betont ihre Selbständigkeit und neu gewonnene Freiheit.	Arbeitet als Akademikerin in einer Großstadt. Berichtet von neuer, gewaltfreier Partnerschaft. Angstsymptomatik/ Panikattacken bestehen weiterhin, deswegen auch weiterhin in Therapie.	Beschreibt langen Weg. Lebt allein in einer Wohnung in einer Großstadt. Dankbarkeit für positive Beziehung zu eigenen Kindern. mittlerweile positiv veränderter Umgang mit Sexualität und Selbstbestimmtheit in Beziehungen

Weitere Therapieerfahrungen	Zwei Therapieversuche (wenige Termine) in der Jugendzeit. Sie habe sich dort aber nicht ernst genommen gefühlt.	Keine weiteren Therapieerfahrungen.	Wechsel der Therapeutin nach Ende der Gewalt. Befindet sich aktuell in Systemischer Therapie	Psychotherapie seit 20. Lebensjahr, eigene Therapieausbildung. Verschiedenste positive und auch schwierige Therapieerfahrungen
4.1.2 Charakteristika der Gewaltbetroffenheit				
Lebensumstände während der Gewalt	Zu Beginn lebt sie in Herkunftsfamilie, mit Beginn der Fachhochschule Auszug in eigene Wohnung. Extremer Druck und Leistungsorientierung an der Fachhochschule	Ab dem 18. Lebensjahr bis einige Tage vor dem Interview wohnte sie gemeinsam mit dem Gewalttäter. Eine gemeinsame Tochter. Vorarbeiterin in einer großen Firma.	Studentin. Lebte de facto zusammen mit dem Täter in seiner Wohnung, behielt aber auch ihr Student*innenzimmer.	Übersiedelung in eine Großstadt mit Ehemann im Alter von 21 Jahren. Kontakte zur Alternativszene, Gründung einer kommunenartigen Wohngemeinschaft. 3 gemeinsame Kinder, mehrere Fehlgeburten. Lehrerin an einer Klosterschule
Gewaltformen und Ausmaß der Gefährdung	Psychische und sexualisierte Gewalt durch Vater, Onkel und Freund	60 Jahre andauernde Gewaltbeziehung. Psychische, physische und ökonomische Gewalt. Hohes Maß an Gefährdung und Brutalität.	Psychische und physische Gewalt. Auch das Sexualleben beschreibt sie als eher gewaltvoll. Hohes Maß an Gefährdung und starke Isolation.	Psychische und sexualisierte Gewalt durch Vater, älteren Bruder und Ehemann. Beginnende, sexualisierte Übergriffe durch Ehemann an eigenen Kindern.

Informationen zum Täter und zu Beziehung (auch abseits der Gewalt)	massive Konflikte mit dem Vater. Beschreibt sich sonst als damals dem Willen der jeweiligen Partner unterworfen. betont eigene Muster, die sich in Beziehungen wiederholten.	Beschreibt ihren Mann als „Herrenmenschen“ und sich als unterwürfig und hörig.	Verdacht auf Borderlinestörung beim Täter. beschreibt ein Leben in Extremen (extrem nett, extrem brutal). Er habe sie aber gut durchs Leben führen können.	Beschreibt sich als sehr abhängig in Beziehungen. Der Ehemann war Priester, als solchen lernte sie ihn kennen und erhoffte sich Erlösung.
Reaktionen des Täters auf die Therapie	Sowohl Vater als auch Freund wussten von der Therapie. Sie haben nicht darüber gesprochen. Therapie zu brauchen wurde als Schande betrachtet.	Keine Angaben dazu	Abwertungen der Therapie durch den Freund. Es habe ihn aber auch ein wenig eingeschüchtert.	Ihr Mann habe gemeint, sie brauche Therapie. Sie habe ihm aber nichts mehr von den Inhalten erzählt, was sie als erste Schritte aus Abhängigkeit sieht.
Psychische Verfassung und Auswirkungen der Gewalt	Große Verzweiflung und suizidale Überlegungen vor Beginn der Therapie. Große Erinnerungslücken Orientierungslos, misstrauisch, auf der Hut, Albträume, Panik, Flashbacks	Diverse somatische und psychosomatische Beschwerden, Verletzungen (gebrochene Rippen, Hämatome, ...). Beschreibt sich als sehr unruhig, nervös und ganz unten angekommen. Benzodiazepin-Abhängigkeit	Existenzielle Ängste, Panikattacken Orientierungslosigkeit. Schwierigkeiten im Studium. Erinnerungslücken. Sie habe sich aufgelöst und zerfetzt gefühlt.	Schwere, depressive Episode vor Beginn der Therapie, Suizidalität. Psychotische Zustände während Geburten. Tiefes Misstrauen gegenüber Männern. Erlebte sich und ihr Leben als gespalten

4.1.3 Der Weg aus der Gewalt

Ich werde in dieser Kategorie zuerst die individuellen Wege der einzelnen Frauen kurz skizzieren und danach thematisch strukturiert auf allgemeine Aspekte hinweisen.

IP 1 beschreibt äußere Umstände, die ihr den Weg sowohl aus den Gewaltverhältnissen ihrer Herkunftsfamilie als auch aus der Beziehung zu ihrem Freund erleichtert haben. So gelang ihr ein deutlicher Schritt aus der Herkunftsfamilie durch den Umzug in eine eigene Wohnung mit Beginn des Studiums. Die Distanz zu ihrem Freund wurde durch das sehr zeitintensive Studium an der Fachhochschule ohnehin immer größer, bis sie schließlich die Trennung aussprach. Sie berichtet in diesem Zusammenhang auch von einer immer deutlicher werdenden körperlichen Abwehrreaktion gegenüber ihrem Freund.

IP 2 beschreibt kleinere, innere und äußere Schritte auf dem Weg aus der Gewalt. Bereits seit 20 Jahren verweigerte sie intimen Kontakt mit ihrem Mann. Schon länger vollzog sie eine gewisse räumliche Trennung, indem sie in einem anderen Zimmer übernachtete. Als einen Knackpunkt nennt sie, „wie er gsagt hat, da Hund kommt ins Tierschutzhaus“ (IP 2, Absatz 187). „In Hund hat a wolln weg und des war Zack. Des Bandl ... zwischen uns is abgschnittn gwesn und dann is a Mauer kommen und über de Mauer kommt a nimma“ (IP 2, Absatz 529).

Im Hinblick auf das Erkennen ihrer Situation beschreibt sie das Absetzen der Benzodiazapine als entscheidend: „Und wie dann das weg war mit die Pulva, langsam hab i dann gsehn, was net stimmt“ (IP 2, Absatz 245).

Des Weiteren habe sie im Krankenhaus mit einer Dame geredet, die Ähnliches erlebt habe. Diese habe gemeint: „Und da bleibm sie no ba ihm?“ (IP 2, Absatz 279) Sie sei dann nach Hause gekommen und habe das erste Mal mit ihm geschrien: „Bei mir bringst des nimma an!“ (IP 2, Absatz 279)

In der Therapie habe die Therapeutin zuerst mehrere Monate das Gefühl gehabt, alles drehe sich im Kreis. Nach den Spitalsaufenthalten habe es die Therapeutin dann aber „schon gmerkt. ... Es hat sei Zeit dauert. Oba langsam, dass i dann

Abstand nimm und zum Schluss (...) hat sie gesagt, Frau G. sie brauchn eigentlich nimma kommen, i seh, dass ... [sie] sich glöst ham“ (IP 2, Absatz 187). Der große Schritt im Außen erfolgte schließlich durch die Übersiedelung des Ehemannes in ein Pflegeheim mit Unterstützung ihrer Tochter und deren Familie. Diesen Schritt vollzog sie erst wenige Wochen vor dem Interview. Innerlich beschreibt sie ihr Erleben dem Mann gegenüber zu diesem Zeitpunkt so: „In mir is ois laa. I bin hingangen [zu Besuch in das Pfolegeheim], weil es ghährt si ... Aba i sag ianas ganz ehrlich I hab ihn zum Schluss garnet mehr anschaun kennan“ (IP 1, Absatz 168). Mittlerweile habe sie den Großteil der Sachen des Mannes weggebracht. Sie habe das Bedürfnis, wieder ihren Mädchennamen anzunehmen, und wolle nicht neben ihrem Mann begraben werden.

IP 3 berichtet von unterschiedlichen Faktoren, und meint „alles zsam hat mi dann wieder rausgholt.“ (IP 3, Absatz 141) Zum einen seien äußere Umstände sehr entscheidend gewesen:

Mei großes Glück war ..., dass er weggangen is ins Ausland. (...) Es hat sich ... immer mehr verflacht (...) dadurch, dass afoch der physische Kontakt a nimma da wor und i des dann ab am gewissen Zeitpunkt a nimma wollt. (IP 3, Absatz 12)

Zum anderen sei es ihrerseits zu einer in kleinen Schritten verlaufenden Distanzierung gekommen, die zum Ende der Beziehung/der Gewalt und schließlich zum Kontaktabbruch geführt habe. Entscheidend seien dafür das mit der Therapie steigende Selbstvertrauen und die neu gewonnen sozialen Kontakte gewesen. Es sei kein abruptes Ende gewesen, aber „i hab des Glück ghabt, dass i in am Studentenheim gwohnt hab, wo natürlich immer wer war Dadurch hab i mi a nimma so verloren und alleine gfühlt. Und des hat ihn sicher a abschreckt“ (IP 3, Absatz 82).

Sie beschreibt ihren Weg aus der Ohnmacht und Abhängigkeit folgendermaßen:

I hab dann irgendwann des Gefühl kriegt, wo i nimma so stark an ihm ghangen bin, dass i plötzlich diejenige war, die dann ... den Spieß a bissl umgedreht [hat] ... Und des hat mir a gewisses Gefühl von Macht natürlich a gebm, weil i gwusst hab, ... eigentlich (...) bin i net hilflos I hab öfter gsagt, lass mi in Frieden oder i komm nimma. (IP 3, Absatz 137)

IP 4 beschreibt, sie habe zu Hause und auch später in der Beziehung lange die Vorstellung gehabt „da komm ich nie weg“. Sie habe dafür ihren späteren Ehemann gebraucht, „der mi da weggeholt hat“ (IP 3, Absatz 119) In ähnlicher Weise habe sie dann zu Beginn ihre Therapeutin gebraucht, um aus der Ehe herauszukommen. Irgendwann habe sie festgestellt „jetzt glaube ich nicht mehr meinem Mann, sondern ich glaub jetzt der Therapeutin“ (IP 3, Absatz 9). Sie habe dann viel Verantwortung an die Psychotherapeutin abgegeben und sei vor allem ihrem Rat gefolgt, auch im Hinblick auf die Trennung:

Weil irgendwann ... hat sie einfach mal gsagt, des hör ich wie heute noch, ... den Mann müssen sie einfach verlassen. Und ich bin aus der Stunde ... weggegangen und hab ma gedacht, also wenn sie das so sagt, is das wahrscheinlich so, aber ich weiß nicht wie das passieren soll. Aber ich bin mir so getragen vorgekommen. (IP 4, Absatz 9)

Im Laufe der Therapie sei die Idee für eine Trennung dann immer mehr zu ihrer eigenen geworden. Nach der Trennung sei sie zwar erleichtert gewesen, habe aber gleichzeitig gedacht, „und i geh jetzt unter. Ich schaff das Leben nicht“ (IP 4, Absatz 59).

Die Therapeutin wurde kurz nach der Trennung, aber noch vor der Scheidung schwanger: „Und wie aba dann die Therapie bei ihr aus war, musste ich's ja selba noch bis zum Ende durchziehen. Also da war i dann schon ... fähig, es selba durchzukämpfen“ (IP 4, Absatz 119).

Zusammenfassend haben die IP ihren Weg aus der Gewalt eher in Form von vielen kleinen inneren und zum Teil auch äußeren Schritten geschildert. In zumindest drei der vier Fälle spielten auch eher zufällige, äußere

Lebensveränderungen eine große Rolle. Nur zum Teil kam es zu dem einen großen Schritt wie beispielsweise einer Scheidung oder einem Auszug.

Eine Differenzierung in einen inneren und einen äußeren Weg aus der Gewalt, die sich bereits in den Interviews abzeichnete und in der Gruppendiskussion schließlich auf den Punkt gebracht wurde, kann hierbei als grundlegend und entscheidend angesehen werden. Diese beiden Aspekte können in ihrer Ausgestaltung und auch ihrem zeitlichen Ablauf voneinander abweichen. Innere Prozesse werden dabei eher wie ein „Rausschälen“ und als tendenziell langsam und prozesshaft beschrieben, während im Außen eher klare, punktuelle Schritte gesetzt werden. Zehetner sagt dazu: „... da gibt’s ... dieses Change- Transition- Modell. Also innerlich muss es ... wahrscheinlich so ein Schälprozess sein, dass das wächst und reift. Aber muss es net bei akuter Gewalt einen äußeren Schritt geben raus? Das [Bild] hätt ich jetzt schon ...“ (Zehetner, Absatz 276)

Zeller differenziert diese Unterscheidung: „... gleichzeitig is das Innenleben ziemlich sicher viel langsamer. Also wir zeichnen viel oder i arbeit viel mit Skalieren, was ihre Einschätzung is, wies im Außen is und ... wie weit sie sich getrennt hat im Inneren“ (Zeller, Absatz 277).

Zehetner betont, wie schmerzhaft es sein kann, wenn der innere Prozess und die im Außen gesetzten Schritte zu weit auseinanderliegen und bringt dazu ein Beispiel:

I hab das Gefühl ghabt, des is zu früh Er ... hat geweint und will sich ändern und nach zwei Tagen is sie wieder zrück gängen und hat sich natürlich nichts Gutes damit getan ... sie hat si selba weniger ernst gnommen, er hat sie weniger ernst gnommen. Das war ganz schmerzhaft ... (Zehetner, Absatz 282)

4.2 Charakteristika der Psychotherapien

In dieser Hauptkategorie sollen Merkmale der Therapie beschrieben werden, die sich in den Interviews gezeigt haben. Abschließend soll die Bedeutung, die die Frauen der Therapie geben, skizziert werden.

4.2.1 Wege zur Therapie

Alle Frauen suchten sich erst in sehr existenziellen oder suizidalen Krisenzuständen und nach einem längeren Leidensweg therapeutische Unterstützung:

Und i war an dem Punkt, am dem i für mi selber gsagt hab, also entweder i lass es jetzt und beend das ... oder i such ma wen, der ma wirklich helfen kann ... Weil i hab gsehn, selba find i do kann Weg mehr raus. (IP 1, Absatz 10)

Alle Frauen hatten bereits davor andere Formen der Unterstützung in Anspruch genommen bzw. gelangten über „Umwege“ in die Therapie. Sie suchten aufgrund ihrer Leidenszustände oder/und aufgrund von Problemen in anderen Lebensbereichen Unterstützung: „Hab des halt stark daran gmerkt, dass i ... bei meiner Ausbildung nix mehr weiterbracht hab. Dadurch bin i dann zur psychologischen Studienberatung kommen“ (IP 3, Absatz 2-4). Und etwas später ergänzt sie: „Weil die erkannt hat, dass da irgendwas anderes dahintersteht“ (IP 3, Absatz 2-4), sei sie dann zu ihrer Therapeutin weiterempfohlen worden.

Dabei machen die Frauen Andeutungen, es habe ein Gefühl gegeben, dass irgendetwas nicht stimmt. Die Bewusstheit über die Gewaltbetroffenheit an sich scheint jedoch am Beginn der Therapie eher gering.

4.2.2 Rahmenbedingungen der Therapie

Die Frauen beschreiben in den Interviews vor allem Aspekte zeitlicher und räumlicher Rahmenbedingungen sowie spezifisch therapeutische Bedingungen wie die Verschwiegenheitspflicht als sehr relevant.

Im Hinblick auf *zeitliche Aspekte* wird eine eher hohe Intensität von bis zu zwei Mal pro Woche sowie der Wert der Regelmäßigkeit der Begleitung vor allem am Anfang der Therapie beschrieben: „Mah des war so wahnsinnig wichtig. Jeden Mittwoch immer dieselbe Zeit. Und ich hab dann einfach so angefangen von Mittwoch bis Mittwoch zu leben“ (IP 4, Absatz 85).

Von Seiten der Unterstützerinnen werden diesbezüglich unterschiedliche Erfahrungen berichtet. Sie betonen ebenfalls die Bedeutung einer Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit, weisen aber auch darauf hin, dass dies für manche betroffene Frauen als schwierig oder nicht umsetzbar erscheint: „Und dann interessanterweise is ma aba aufgefallen, dass grad Frauen in Gewaltbeziehungen sehr gerne ... von Termin zu Termin ausmachen wollten“ (Zehetner, Absatz 145). Das Leben mancher Frauen sei durch eine große Brüchigkeit gekennzeichnet, was das Einhalten regelmäßiger Termine und längerfristige Planungen erschwert.

Außerdem sei es oft wichtig für die Frauen, selbst die Kontrolle über die Situation und damit auch über die Termine der Psychotherapie zu behalten. Daher sei „die Flexibilität, diese Freiheit zu haben, ich entscheid mich bewusst fürs Wiederkommen bei jedem Termin“ (Zehetner, Absatz 145) manchmal notwendig.

Auch die Bedeutung der Erreichbarkeit außerhalb der Therapiestunde wird in diesem Zusammenhang diskutiert, wobei sich dabei unterschiedliche Handhabungen abzeichnen: „Zu sehr erreichbar sein ist da, also weil man wird so reingezogen in diese Dynamik ...“ (Schigl, Absatz 158) Andererseits meint Zeller: „I bin schon immer wieder niederschwellig erreichbar“ (Zeller, Absatz 159). Die Frauen erleben es als hilfreich, „dass i sag i bin da, nit so, dass ma mit mir regelmäßig telefonieren kann ..., aba i bin da und es gibt a Reaktion“ (Zeller, Absatz 161).

Zu große Flexibilität könnte zur Beliebigkeit werden:

... das würd' ich nicht mehr so machen. Die [Frau wollte] aufgrund dieser wirklich sehr kontrollierenden Gewaltbeziehung immer extrem kurzfristig ausmachen ... Und das war dann meistens ... um irgendwelche furchtbaren Szenen zu erzählen und dazwischen war dann wieder nix drei Wochen lang und dann wieder. (Schigl, Absatz 151)

Hier könne es dazu kommen, dass man als Therapeut*in das Gefühl bekommt, „man stabilisiert a bissl das System Sie ladet ab und genauso geht's weiter“ (Zehetner, Absatz 152).

Es zeigt sich hierbei die Notwendigkeit, ein für die jeweilige Situation, Therapeutin und Klientin geeignetes Maß an hilfreicher Regelmäßigkeit einerseits und notwendiger Flexibilität andererseits zu finden und den Sinn bzw. Hintergrund sowie die Wirkung der jeweiligen Vorgehensweise gut zu reflektieren.

Bestimmte *räumliche Aspekte*, die den Frauen vor allem Zuversicht und Sicherheit vermittelten, wurden in den Interviews ebenfalls als unterstützend beschrieben: „Also ihre Praxis war hell. Ich weiß noch, dass die lauter, also beige war die Coach und die Futons, ... und um sie herum war alles hell und sie hat einfach immer noch was Positives gesehn“ (IP 4, Absatz 83).

IP 3 schildert anschaulich die Räumlichkeiten und deren Wirkung auf sie:

Es hat ois sehr sicher gewirkt ... und hab a des Gefühl ghabt, i kann in der Umgebung Dinge preisgeben. Es war a sehr beruhigtes Umfeld. Es warn net sehr viel Sachn da immer gedimmtes Licht ... I hab mi net so exponiert gefühlt irgendwie ... (IP 3, Absatz 52)

Zeller verfügt diesbezüglich über ähnliche Erfahrungen: „Meine Klientinnen brauchen helle Räume. Also wenn sie zu einem Psychiater müssen, wo ein finsterer Raum is, ... erzähl sie mir, dass das heftig war“ (Zeller, Absatz 163).

Von einer Interviewpartnerin wird explizit die *Verschwiegenheitspflicht*, und in diesem Zusammenhang auch der Umstand, dass es sich um eine selbst

finanzierte Psychotherapie in freier Praxis handelte, als relevant beschrieben: „... dass Schweigepflicht is, war für mich ganz wichtig. Aha, die darf amoi nix weitererzähln“ (IP 4, Absatz 5). „Und indem mas bezahlt ..., muss sie’s auch aushalten irgendwie“ (IP 4, Absatz 205).

4.2.3 Eigenschaften des*r Therapeut*in

Grundsätzlich zeigt sich deutlich, wie relevant der*die Therapeut*in als Person für die betroffenen Frauen war. Die Interviewpartnerinnen beschrieben die Therapeut*innen anhand bestimmter positiver Persönlichkeitseigenschaften wie herzlich, nett oder aufrichtig. Es wurde betont, dass genau dieser Mensch der „richtige“ war und die Passung zwischen Therapeut*in und Klientin wurde als entscheidend erlebt: „Und Gott sei Dank bin i zur richtigen Stelle, zu da richtigen Psychotherapeutin kommen. Zu da Frau H., die hat genau zu mir passt“ (IP 2, Absatz 223).

Als ein konkretes Merkmal des*r Therapeut*in wurde in den Interviews und der Gruppendiskussion die Bedeutung des Geschlechts des*r Therapeut*in diskutiert. Grundsätzlich erwies sich dieses Merkmal als ein relevanter Faktor, der sowohl von mehreren betroffenen Frauen, als auch von den Unterstützerinnen in der Gruppendiskussion als wichtiger Reflexionsaspekt beschrieben wird. Die Erfahrungen und Einschätzungen diesbezüglich gestalteten sich jedoch recht differenziert und vielseitig.

Eine IP befand sich bei einem männlichen Therapeuten in Behandlung. Sie habe diese Wahl nicht bewusst so getroffen und „war skeptisch, dass es a Mann is“ (IP 1, Absatz 34). „... aber es hat dann eigentlich gut funktioniert“ (IP 1, Absatz 26). Für IP 4 wiederum, musste es eine Frau sein.

Die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion gehen überwiegend davon aus, dass grundsätzlich auch ein männlicher Therapeut mit akut von Gewalt betroffenen Frauen arbeiten könne. Die Grundvoraussetzung sei aber jedenfalls, dass auch dieser über eine „feministische Haltung mit all dem was ma schon besprochen haben“ (Zehetner, Absatz 133) verfügt.

Zehetner berichtet, sie höre manchmal auch besonders positive Schilderungen von Klientinnen. Diese erzählen „i hab mi so unglaublich gfreut, dass ein Mann so klar Stellung gegen Gewalt bezieht“ (Zehetner, Absatz 133). Auch die Möglichkeit positiver korrigierender Beziehungserfahrungen durch eine gute therapeutische Beziehung zu einem männlichen Therapeuten wird hierbei erwähnt.

Gleichzeitig berichtet Zehetner, dass doch viele ihrer Klientinnen in der Frauenberatung sagen „i komm da her, weil da sicher Frauen san“ (Zehetner, Absatz 138). Zeller bezieht deutlicher Position in Richtung „pro Frau“ (Zeller, Absatz 140). Sie könne es sich bei ihren Klientinnen nicht vorstellen, ergänzt jedoch, dies habe eventuell auch damit zu tun, dass sie wahrscheinlich „in der männlichen Community zu wenig bewandert“ (Zeller, Absatz 140) sei.

Entscheidend sei, dass der*die Therapeut*in *Wissen und Vorerfahrungen*, auch im Sinne von Lebenserfahrung, besitzt und entsprechende Kompetenz ausstrahlt. Aussagen diesbezüglich finden sich in den Interviews und in der Gruppendiskussion gleichermaßen:

Und dann hab i ma gedacht, ... die Psyche und der Mensch, des is ja auch durchschaubar ... da gibt's ja auch ein Wissen darüber Psychotherapeutin war für mich ..., die hat jetzt dieses Wissen. (IP 4, Absatz 57) Und ihr hab ich ja geglaubt. (IP 4, Absatz 79)

Zeller betont „sie muss sich wirklich sehr viel mit Gewaltthemen auseinandersetzen“ (Zeller, Absatz 108). Der*die Therapeut*in solle sensibilisiert auf das Thema sein und „ich glaub auch, dass die Selbsterfahrung wichtig is Auch diese Haltung ..., mir würde das nicht passieren ... das stimmt einfach nicht Ma glaubt imma, i hab sicher kan Unfall, so lang bis ma aba an hat“ (Schigl, Absatz 111-113).

Die *Ausstrahlung und das Auftreten* der Therapeutin werden ebenfalls als relevant beschrieben. Dabei sei entscheidend, was der Therapeutin aufgrund

ihrer Ausstrahlung zugetraut werde, sind sich die Diskutantinnen einig. Ähnliche Schilderungen finden sich auch in den Interviews: „Ich glaub, dass sie einfach eine schon auch sehr geläuterte ... sehr starke Frau war“ (IP 4, Absatz 79). „Sie hat a sehr ... gediegenes Auftreten irgendwie ghabt Sie hat sehr vü Ruhe ausgestrahlt ... und (...) sehr vü Sicherheit“ (IP 3, Absatz 54).

4.2.4 Therapeutische Beziehungsgestaltung

Mehrmals wird von den Frauen die Einzigartigkeit und individuelle Gestaltung der Beziehung betont: „Es war auf mi zugschneidert, die ganze Art, ois“ (IP 2, Absatz 229). Auch auf die Wichtigkeit, die Beziehungsgestaltung im Laufe des Prozesses anzupassen, wird hingewiesen: „Der P. war flexibel genug, dass er si mit mir ändert Es is doch a langa Zeitraum und es war (...) a sehr großer Unterschied vom Anfang zu jetzt“ (IP 1, Absatz 293).

Sehr häufig wurde die große Bedeutung des *Vertrauens* in der therapeutischen Beziehung betont. Dies wird auch von den Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion hervorgehoben: „Um zu sagen a noch stärkeres Vertrauen als Bedingung. Es is ja so a unglaublicher Vertrauensbeweis, wenn sie des überhaupt erzählt“ (Zehntner, Absatz 48).

Gleichzeitig geben einige Beschreibungen auch Auskunft darüber, wie sehr dieses Vertrauen von Seiten des*r Therapeut*in manchmal erarbeitet werden muss: „I glaub, wenn si da P. am Anfang von dem Abweisenden, Angriffslustigen abschrecken hätt lassn, wär i vergangen also des hat sehr erarbeitet werdn müssn und es war wichtig, dass es erarbeitet wird“ (IP 1, Absatz 287-289).

Auch von den Diskutantinnen wird das bestätigt: „Da gibt’s glaub i a manchmal so a bissl a Austesten“ (Zehnter, Absatz 48).

Hervorgehoben wird besonders der Aspekt der *Sicherheit und Ruhe/Beruhigung* in der therapeutischen Beziehung: „Und i hab halt beim P. den Rückzugsort

ghabt wo i gwusst hab ... da gibt's wen, der ... ka Bedrohung is" (IP 1, Absatz 192).

Wiederum finden sich ähnliche Schilderungen auch in der Gruppendiskussion: „I glaub, dass das Thema Sicherheit nomal mehr im Vordergrund steht, auch so in der Beziehung mit mir (...) Und das Thema Kontrolle haben können darüber. Also welche Themen kommen, wie sind meine Grenzen, werden die gewahrt ...“ (Volonte, Absatz 47)

Thematisiert wurden auch Fragen der *Nähe-Distanz-Gestaltung*. Es kommt dabei die Bedeutung der Einhaltung einer eher größeren Distanz für manche gewaltbetroffenen Frauen, besonders am Anfang des Prozesses, zum Ausdruck: „Am Anfang hab i die Beziehung sehr auf Distanz ghalten und hab ihn a eher als Mittel zum Zweck gsehn ois als Person Hab a den Abstand sehr genossen, den er ghabt hat“ (IP 1, Absatz 209, 211). Diese Distanz macht IP 1 auch daran fest, dass ihr Therapeut vor allem am Anfang sehr zurückhaltend damit umgegangen sei, sich selbst mit seinen Meinungen oder mit einer gewissen Selbstoffenbarung einzubringen.

Eine Interviewpartnerin betont auch den *Abhängigkeitsaspekt* in der Beziehung zu ihrer Therapeutin. Sie habe sozusagen die Abhängigkeit von ihrem Mann vorübergehend gegen die Abhängigkeit von der Therapeutin „ausgetauscht“: „Also eigentlich schon quasi sowas wie a Abhängigkeitsverhältnis auch zur Therapeutin aber ... der Umgang damit von ihrer Seite war dann a anderer. Sie hat's net ausgenutzt“ (IP 4, Absatz 58).

Abschließend soll hier noch eine Beschreibung der therapeutischen Beziehung aus der Unterstützerinnenperspektive eingebracht werden:

Also für mich stellt sich's so dar als Pendel zwischen den Polen: Ich bin absolut solidarisch mit ihr und versteh, dass ihre Lebenssituation jetzt so is. Und auf der anderen Seite bin ich aba auch ein bissl in einer exzentrischen Position und sag, aba es wär gut rauszugehen oder ... die

Polizei zu holen Die Gewalt verurteilen, aber sie trotzdem verstehn und annehmen. (Schigl, Absatz 49)

4.2.5 Haltungen und grundlegende Zugänge

Die interviewten Frauen beschreiben auch eine ganze Reihe von Grundhaltungen, die sie in ihren Therapien als hilfreich erlebt haben. Zum Teil werden diese von den Frauen direkt benannt, zum Teil sind diese aus ihren Beschreibungen der Vorgehensweisen und Aussagen der Therapeut*innen erkennbar.

Nicht-wertende Haltung und Verständnis

Mehrere betroffene Frauen berichten, wie hilfreich für sie das Verständnis und die nicht-wertende und nicht-verurteilende Haltung des*r Therapeut*in gewesen sei: „Hat hauptsächlich amal kane wertenden Kommentare zu ... mein Verhaltn in der Hinsicht [abgegeben]“ (IP 1, Absatz 36). „I glaub des wichtigste is, des Verständnis und dieses Nicht-Verurteilen (IP 3, Absatz 179), dass die Frau in der Situation is und ... a, dass sie in der Situation bleibt“ (IP 3, Absatz 181). IP 4 beschreibt anschließend auch den Umgang der Therapeutin damit:

... wenn ich ihr gsagt hab ... leider hab ich jetzt wieder etwas gmacht, was überhaupt net richtig is, hat's gsagt, naja, des passiert halt immer wieder, aber des wird immer weniger werden ... Also es hat nie eine Verurteilung gegeben. (IP 4, Absatz 97)

Auch die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion benennen dies als eine relevante Grundhaltung.

Wahrnehmung und Erleben der Klientin steht im Mittelpunkt

Eng damit in Verbindung stehen die Schilderungen der betroffenen Frauen, dass es in der Therapie weniger um die Meinung des*r Therapeut*in gegangen sei, sondern in erster Linie um ihr eigenes Erleben: „Aba net von seiner Seitn a

Meinung, sondern, dass meine Gefühle in der Hinsicht einfach berechtigt san“ (IP 1, Absatz 207).

Klare Haltung gegen Gewalt und differenzierte Parteilichkeit

Diese Haltung wird im Rahmen der Gruppendiskussion als eine der ersten, relevanten Aspekte zum Thema eingebracht. Wichtig sei „a klare Haltung ... es gibt keine Rechtfertigung für Gewalt. Würd' ma vielleicht differenziert parteilich nennen im feministischen Sinn“ (Zehetner, Absatz 4). Die Therapeut*innen müssen vermitteln, „dass wir ... dagegen sind, dass Frauen gewaltbetroffen sind“ (Zeller, Absatz 52).

Die Interviewpartnerinnen beschreiben Äußerungen der Therapeut*innen, die auf diese Haltung schließen lassen. Diese sprechen sich durchaus auch emotional gegen das, was den Frauen passiert, aus: „Also ma hat a von ihr a bissl a Reaktion gmerkt, a Emotion. Es hat sie schon geärgert, wenn i des erzählt hab ..., dass des mit mir passiert“ (IP 3, Absatz 54).

Diese Haltung wird auch im Bezug zur Schuldthematik deutlich. Nähere Ausführungen dazu sind in der Subkategorie „Schuld, Scham und Verantwortung“ zu finden.

Der Klientin glauben

Besonders IP4, die bereits als Kind über mehrere Jahre sexuellen Missbrauch erlebt hat, betonte in ihren Schilderungen, wie gut es ihr getan habe, dass ihr geglaubt wird: „I kann mi ... erinnern, dass ma sehr hilfreich war, ... die glaubt mir“ (IP 4, Absatz 5). „Jetzt merk i grad selba, i kann des garnet genug betonen“ (IP 4, Absatz 9).

Die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion bestätigen dies als wichtige Grundhaltung.

Ressourcenorientierung und Konzentration auf das Positive

Der ressourcenorientierte Zugang und das Bemühen, das Positive in die Therapie mit einzubeziehen, wurden mehrfach und in unterschiedlichen Zusammenhängen als wichtig und hilfreich geschildert: „Und da hama dann anfangen, wenn Sachen angenehm waren, die bewusst wahrgenommen werden und sogn, des hab i jetzt verdient und des passt“ (IP 1, Absatz 76).

IP 4 schildert, es „war für mich nahezu unglaublich, dass die noch immer was Positives findet, oder dass sie einfach betont sicher sind sie eine ganz lebenswerte Frau“ (IP 4, Absatz 79).

Gestärkt wurde sie durch ihre Therapeutin vor allem auch in Hinblick auf alles, was sie im Leben bereits geschafft habe: „Und das waren auch so ihre Worte, und das alles haben sie überlebt. Und sie hat sehr oft erwähnt, ich müsste eine sehr starke Frau sein“ (IP 4, Absatz 89).

IP1 schildert sehr eindrücklich ein Bild, das sie von ihrem Therapeuten in diesem Zusammenhang mit auf den Weg bekommen habe und das wohl auch die Bedeutung der Ressourcenorientierung anschaulich beschreibt:

Also da P. hat ma die Metapher mit eina Waage mitgebm. Dass i halt auf der einen Seite leider sehr, sehr vü ... (weint) (...) negative Erfahrungen machn hob müssn und die halt net weggeh'n Ma kann's ausgleichen, in dem ma auf die andere Waagschale anfangt Dinge drauf zu legen. Und auf das hab ma uns a durchgehend konzentriert. (IP 1, Absatz 78)

Korrigierbarkeit und Kontrolle für die Klientin ermöglichen

Bereits in der Subkategorie zur therapeutischen Beziehungsgestaltung wurde deutlich, dass es von Bedeutung ist, der Klientin ausreichend Kontrolle zu ermöglichen. Ich möchte hierzu noch ein ergänzendes Zitat anführen: „Also es is mit Dingen, die er vorschlagt ... nie, dass ma des machn müssn Also i hab sehr vü Handlungsspielraum in dem welche Themen i bring, mit welcher Art wir die Themen behandeln“ (IP 1, Absatz 190).

Gesellschaftskritische Perspektive und Entindividualisierung

Die professionellen Unterstützerinnen sprechen sich im Laufe der Diskussion mehrmals für eine Haltung aus, die gesellschaftliche (Macht-)verhältnisse mitberücksichtigt und die Problemlagen der Frauen entindividualisiert und entpathologisiert. In einer solchen Deutlichkeit und Klarheit kann dieser Zugang in den Schilderungen der Frauen nicht gefunden werden. Sie berichten aber zumindest punktuell darüber, wie sie ihre eigene Geschichte auch im Hinblick auf ihre Rolle als Frau in der Gesellschaft oder Familie reflektiert haben: „Es is a sehr konservative Familie ... und das Bild der Frau und ihrer Aufgaben sehr, sehr klar“ (IP 1, Absatz 18). Erzählungen zeigen auch, dass eigene Verhaltensweisen von der Therapeutin in einen auch historischen, gesellschaftlichen Kontext gesetzt wurden: „Sie san net schuld. Hat’s gsagt, des is ois die Zeit und sie san a Kriegskind“ (IP 2, Absatz 98).

Erläuterungen diesbezüglich finden sich auch in der Kategorie „Zusammenhänge verstehen“ sowie „Schuld, Scham und Verantwortlichkeiten“.

Unterstützende, nicht-konfrontative Haltung und Support

Hauptsächlich beschreiben die betroffenen Frauen viel Support durch eine unterstützende, nicht-konfrontative Haltung der Therapeut*innen als sehr hilfreich. Sie beschreiben hierbei eine Haltung, die stärkt und Selbstzweifel nicht zusätzlich schürt:

... so absolut ah (...) mich positiv sehen und meine Ressourcen hervorheben dieses Hinterfragen und in Zweifel stellen. Da ... hätt i mi negativ gsehn. (IP 4, Absatz 189) Des hätt mi ausm Vertrauen geworfen wahrscheinlich auch. (IP 4, Absatz 191)

Auch die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion bestätigen aus ihrer Erfahrung, „dass es wirklich gut geht, Support anzubieten dass es möglich ist das zu besprechen ... was sie schon bewältigt haben im Leben ... Und wirklich sehr, sehr aufzupassen, eben keine vertiefende Arbeit zu machen“ (Volonte, Absatz 7).

Vor allem IP 1 erzählt jedoch auch von Sequenzen mit deutlich mehr Tiefgang und erlebt, zumindest punktuell, auch etwas Konfrontation als hilfreich:

... dass wenn er Sachn findet, die er für wichtig empfindet, dass er mi da net rauslasst. Und des find i eh gut. Also, dass i die Sachn selba auswählen kann anaseits und dass, wenn dann Dinge aufkommen und i mi gern winden würd', dass er da dann net locker lasst. Was (...) i glaub ziemlich vü Gspier a braucht. (IP 1, Absatz 190)

Diesbezüglich folgen auch in der Methodenkategorie noch genauere Ausführungen.

Direktive Haltung

Sowohl in den Interviews, insbesondere in Interview 4, als auch in der Gruppendiskussion zeigt sich, dass eine eher direktive Haltung, die auch konkrete Schritte plant, als hilfreich empfunden wird. Die Therapeutin habe „den Alltag mit mir strukturiert, geplant jeden Schritt“ (IP 4, Absatz 196). Sie habe auch, „wo man ja vielleicht sagen würde, das machen Sozialarbeiter“ (IP 4, Absatz 195), eine Scheidungsanwältin mit ihr gesucht, die sie als „Scheidungstherapeutin“ bezeichnet. Dabei „hat nur die Beste gut genug sein können“ (IP 4, Absatz 195). Es war durchaus „so direktiv ein bisschen“ (IP 4, Absatz 195).

Auch die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion betonen, dass dies in der therapeutischen Begleitung von akut von Gewalt betroffenen Frauen eine wichtige Rolle spielen kann. Es gehe auch darum, Aspekte der Beratung oder Sozialarbeit in diese Arbeit einzubringen:

Also i hab ka Scheu auch vor bisschen direktiveren Methoden ... oder konkrete Lösungsmöglichkeiten gemeinsam zu besprechen ... Weil ... es kommen ja einige Frauen in die Beratungsstelle, die schon länger in Therapie waren und die irgendwie den Eindruck haben, es braucht vielleicht was Anderes. (Zehetner, Absatz 11)

Dieser Zugang stößt bei den anderen Teilnehmerinnen durchaus auf Zustimmung. Gleichzeitig betont Schigl, sie würde das auch sehr vom Prozess und der Klientin abhängig machen.

Selektive Authentizität und Selbstoffenbarung

Die Frauen berichten in den Interviews sehr unterschiedlich darüber, wie sehr sich der*die Therapeut*in mit eigenen Gefühlen, Gedanken und persönlichen Lebenserfahrungen in die Therapie eingebracht hat.

Vor allem IP 1 berichtet von sehr viel Zurückhaltung von Seiten des Therapeuten und einer weitgehend neutralen Haltung vor allem am Anfang der Therapie. Sie habe auch nichts über ihn persönlich gewusst. Erst viel später habe es langsam eine leichte Aufweichung gegeben. Ganz anders verhält es sich mit der Therapeutin von IP 2, wie folgende Aussage verdeutlicht: „Sie hat (...) gesagt, I sag ihmens ehrlich, es gibt keinen Namen den was i dem Mann gebm kann. Es is a Ungeheuer“ (IP 2, Absatz 88). Auch IP 4 berichtet, wenn auch auf andere Weise, von einem sehr persönlichen Einbringen der Therapeutin. So habe diese ihr einmal erzählt, dass sie selbst als junge Frau „mit Suizid zu kämpfen ghabt hat“ (IP 4, Absatz 5). Dies gebe ihr zwar heute manchmal zu denken, gleichzeitig habe sie es damals aber als sehr hilfreich erlebt: „So irgendwie, die ... kennt sich wirklich aus“ (IP 4, Absatz 5). „Also des gibt doch irrsinnig viel Hoffnung mit. Die is da drüber gekommen“ (IP 4, Absatz 83). Vor allem bei Schilderungen von Gewalterlebnissen aus der Kindheit habe die Therapeutin außerdem auch in der Therapie geweint.

Dieses Thema und die entsprechenden Zitate dazu wurden auch in die Gruppendiskussion eingebracht und lösten dort eine längere, sehr vielseitige und differenzierte Diskussion unter den Teilnehmerinnen aus. Dabei kamen durchaus individuell unterschiedliche Haltungen und Stile zum Ausdruck. Tendenziell meinen vor allem Zeller und Zehetner, eine eher neutrale Haltung sei ihnen näher, wenngleich sie klar gegen Gewalt Stellung beziehen. Zeller betont, bezugnehmend auf das Zitat weiter oben, sie würde nicht den Mann als Person

auf diese Weise bezeichnen, sondern gegen die Handlung, die ausgeübte Gewalt, Stellung beziehen.

Schigl betont, es käme sehr auf die Klientin, die Therapeutin, deren Beziehung und die Situation an. Auch sei entscheidend, wo im therapeutischen Prozess man stehe und außerdem sei die Frage, „kommt das jedes Mal vor, dass ich als Therapeutin mitweine oder mich so äußere oder habe ich auch andere Varianten zur Verfügung?“ wesentlich (Schigl, Absatz 92).

Volonte meint: „Wenn ich das Gefühl hab, es hilft im Prozess, dann biet ich an, was ich ... grad an Resonanz wahrnehm“ (Volonte, Absatz 94). Einige Teilnehmerinnen benennen konkrete Situationen, in denen sie sich auch persönlicher einbringen würden. Dazu gehören Situationen, in denen „ich das Gefühl hab, sie erzählt mir was mit einem Lächeln, was eigentlich bedrückend ist. Dann biet ich ihr das an, ob sie das hören möchte wie ich das erleb“ (Volonte, Absatz, 94).

Weiters werden Situationen genannt, in denen „ich mir große Sorgen um sie mach. Wenn ich das Gefühl hab, sie verharmlost und verleugnet a Stück weit“ (Zehetner, Absatz 95).

Zum Thema Selbstoffenbarungen im Hinblick auf eigene Gewalterfahrungen oder psychische Leidenszustände sind sich die Diskussionsteilnehmerinnen relativ einig darüber, dies nicht einzubringen, auch wenn es sicher darum gehe, Wege zu finden der Frau viel Mitgefühl und Verständnis zu vermitteln.

4.3.6 Ende der Therapien

In diesem Zusammenhang berichten Frauen einerseits über die Art und Weise, wie das Ende der Therapie gestaltet wurde, und andererseits auch von den Anzeichen, anhand derer erkannt wurde, dass die Therapie beendet werden kann.

Als Anzeichen für ein mögliches Ende der Therapie wurden folgende Aspekte beschrieben:

Es sind ausreichend innere Ressourcen und Kompetenzen im Umgang mit den schwierigen Themen erarbeitet worden: „Es is halt so, dass ich’s jetzt nimma zwingend brauch. Also es Werkzeug um mit die Themen umzugehn hab i“ (IP 1, Absatz 211).

Die Frauen haben sich vom Gewalttäter ausreichend gelöst und/oder dieser stellte keine Gefahr mehr für die Frau da: „Und zum Schluss (...) hat sie gsagt, Frau IP 2., sie brauchn eigentlich nimma kommen, i siech, dass [sie sich] glöst ham“ (IP 2, Absatz 199).

Die Frauen haben genug Ressourcen außerhalb der Therapie (wieder)aufgebaut: „I hab ... Freunde ghabt und es war mei Umfeld afoch wieder da“ (IP 3, Absatz 82).

Die akute Phase war vorbei, die Themen in der Therapie veränderten sich, was dazu führte, dass die Therapie nicht mehr als hilfreich erlebt wurde: „Aba die Psychotherapie hat dann eben a so geendet, dass (...) die Therapeutin dann glaub i gmerkt hat, dass sie ma nimma weiterhelfn kann ... es warn dann die letzten Stunden ... nur mehr so belangloses (...) Geplänkel“ (IP 3, Absatz 82).

In diesem Fall führte das zu einem von der Therapeutin selbst vorgeschlagenen, Therapeutinnenwechsel, „weil sie halt glaub i gsehn hat, dass ... diese Probleme schon von meiner Familie herrühren. ... Und hat halt dann gmeint, i soll a Systemische Familientherapie ... machn“ (IP 3, Absatz 82). Die Initiative der Therapeutin auszusprechen, es sei „vielleicht ... woanders sinnvoller“ (IP 3, Absatz 191), erlebte IP 3 als sehr fair und hilfreich, denn sie habe „net gwusst, wie i des ansprechen soll“ (IP 3, Absatz 191).

Bezüglich der Art und Weise, wie die Therapie beendet wurde, finden sich folgende Schilderungen der Frauen:

Es wird ein Ausschleichen der Therapie beschrieben, wobei die Aussicht auf das Ende der Therapie teilweise auch als für beide Seiten nicht ganz einfach beschrieben wird: „I schätz es trotzdem immer no, ab und an Kontakt zu ihm zu

ham“ (IP 1, Absatz 211). „Es geht jetzt Richtung Ende und es fällt uns beide grad schwer“ (IP 1, Absatz 231).

Mehrere Frauen setzten die Therapie anderswo fort. Dieser Wechsel wurde bereits in der laufenden Therapie vorbereitet. In einem Fall musste die Therapie aufgrund der Schwangerschaft der Therapeutin beendet und bei einer neuen Therapeutin fortgesetzt werden. Die Art und Weise, wie die Therapeutin dieses Ende bzw. diesen Übergang gestaltet, erlebte IP 4 als sehr hilfreich:

Die hat dann gsagt, also sie könnt ma auch jemanden [empfehlen] (...) Hat es dann auch sehr behutsam mit mir gmacht. Hat ma gsagt ... so ... lang arbeitet sie noch. Wenn das Ganze auch schlimm für mich war, aba es war eine Vorstellung weiterhin mit einem anderen Therapeuten oder Therapeutin wird's weitergehen. (IP 4, Absatz 57)

Auch von dem Angebot, jederzeit wiederkommen zu können, berichten die Frauen.

4.3.7 Bedeutung und Bewertung der Therapie

Neben Schilderungen dazu, welche Bedeutung die Frauen der Therapie beimessen, soll in dieser Kategorie auch auf nicht-hilfreich empfundene Aspekte sowie auf die Grenzen der Möglichkeiten einer Therapie im Kontext akuter Gewaltbetroffenheit eingegangen werden.

Grundsätzlich bewerten alle Frauen die Therapie und die*den Therapeutin*en als überaus positiv und hilfreich: „I sog inas, die Frau H. is einmalig. Ich würd' sie überall empfehlen“ (IP 2, Absatz 98). IP 4 meint, es sei „fast ein Geschenk des Lebens, ... dass ich zur Therapie gekommen bin“ (IP 4, Absatz 21).

Zum Teil wird die Bedeutung dabei als geradezu existenziell beschrieben: „... i hab a bissl des Gfühl ghabt, ohne des ertrink i!“ (IP 1, Absatz 203). „Irgendwo, des war dann meine Überzeugung, retten kann mich nur ... die Therapie“ (IP 4, Absatz 49).

Für alle Frauen erscheint der Weg aus der Gewalt ohne die therapeutische Unterstützung nicht oder kaum vorstellbar: „Also wenn i die Psychologin net ghabt hätt, weiss i net, wie i rausgefunden hätt“ (IP 3, Absatz 10).

Betont wird aber auch die Notwendigkeit, selbst zu arbeiten und sich nicht nur auf der Therapie auszuruhen. Weiters wird darauf hingewiesen, dass es auch seine Zeit braucht, oft länger als erwartet, bis die Therapie wirkt.

Die Therapie während der akuten Gewaltbetroffenheit wird tendenziell als ein Teil bzw. der Anfang eines längeren Weges beschrieben und damit auch als etwas, das den Weg für spätere Therapien und Entwicklungen geebnet hat: „... eben dieser therapeutische Weg ... i muss immer wieder auf die erste Therapeutin zurückgreifen ... die hat da ... einen Weg geebnet“ (IP 4, Absatz 49).

Der Therapie bzw. dem*der Therapeutin*in kommt in den Schilderungen eine Art Schutzfunktion zu: „Der P. hat die 4,5 Jahr wirklich gut auf mi aufpasst“ (IP 1, Absatz 112). Diese Schutzfunktion wurde zum Teil auch als eine hilfreiche Art der Kontrolle beschrieben, indem (neue) Beziehungen in der Therapie im Hinblick auf Gewalt und Abhängigkeit reflektiert wurden: „Weil das Leben is ja weitergegangen, aber ich hab daneben immer die, also zuerst Begleitung und dann die Kontrolle könnt ma jetzt sogn“ (IP 4, Absatz 63) gehabt.

Die Frauen beschreiben die Therapie als eine große Stütze, die ihnen geholfen habe, mehr Stärke zu entwickeln: „Also i hab den P. als irrsinnige Stütze in der Zeit empfunden“ (IP 1, Absatz 203). „Und dank dem P. bin i wesentlich stärker hervorgangen als i davor war“ (IP 1, Absatz 279).

Die Frauen beschreiben auch, dass der Therapie eine große Bedeutung im Hinblick auf eine Reihe persönlicher Entwicklungsprozesse zukommt. Darauf soll in der Kategorie „Lern- und Entwicklungsprozesse am Weg aus der Gewalt“ näher eingegangen werden.

Im Hinblick auf *Nicht-Hilfreiches* in der Therapie oder *Verbesserungsideen* gibt es von den Frauen wenig zu berichten. Teilweise können die Frauen diesbezüglich

nichts benennen. So antwortet IP 1 auf meine diesbezügliche Frage mit einem deutlichen „na, ... garnix, im Gegenteil“ (IP 2, Absatz 383).

Von einer Klientin werden in diesem Zusammenhang die Versuche, Entspannungs- und Vertrauensübungen mit Körperkontakt auszuprobieren, als schwierig und nicht möglich geschildert:

Des is net gungen. Des geht a jetzt no net. A wenn i den P. irrsinnig schätz und mag, aba Körperkontakt geht net (...) Also es is in gewisser Weise a ziemliche Nähe da, aba in der Hinsicht darf's anscheinend für mi net sein, des passt net. (IP 1, Absatz 184)

Sie meint, sie habe es aber bei ihrem Therapeuten immer sagen können. Schmunzelnd fügt sie hinzu: Und er hat a gmerkt, dass es net passt“ (IP 1, Absatz 188).

IP 3 reflektiert in diesem Zusammenhang das Vorgehen der Therapeutin, sie nicht zu drängen. Sie habe dies damals geschätzt, aber „jetzt im Nachhinein denk i ma (...) eigentlich hätt ich's braucht“ (IP 3, Absatz 181). Sie differenziert in weiterer Folge ihre Überlegungen dazu noch weiter:

... im Endeffekt hätt i jemanden gebraucht, der afoch von außen hergeht und jemanden einschaltet, nur des is ma klar, dass des die Psychologin net machn kann. Aba sie hätt vielleicht (...) mehr auf mich einwirken solln, dass i wirklich wo hingeh ... Jedesmal wenn's mag gsagt hat, rufens dort an, ... hätt is vielleicht nachm sechsten Moi gmacht. (IP 3, Absatz 183)

Von Seiten der Unterstützerinnen wird in Bezug auf Verbesserungsideen berichtet, es gebe immer wieder Klientinnen, die bereits längere Zeit bei einem* r anderen Therapeut*in in Behandlung waren, die die Gewalt aber nicht als solche erkannt bzw. benannt hatten. Die Diskutantinnen führen dies auf „fehlendes Wissen“ (Zeller, Absatz 21), „fehlende Sensibilität“ (Schigl, Absatz 22) und/oder eine gewisse Scheu vor der klaren Benennung, „weil das schon zu ernsthaft wäre“ (Volonte, Absatz 20), zurück.

Bezüglich der *Grenzen der Psychotherapie* mit akut von Gewalt betroffenen Frauen wurden vor allem die begrenzten Möglichkeiten, vertiefend oder konfrontierend zu arbeiten, benannt und diskutiert: „Ich kann Gewalttrauma im Sinne einer Traumatherapie nicht aufarbeiten, wenn das Trauma weitergeht. Aber was ich schon machen kann, [ist begeben], im Sinne einer ressourcenorientierten, stützenden, zum Teil auch beratenden (...) Begleitung“ (Schigl, Absatz 5). Zeller betont, sie sei

sehr davon überzeugt ... , dass ein Schritt möglich ist mit Stabilisieren und Stärken, Informieren und der Frau anbieten, dass sie wiederkommen kann. Sie einladen, so dass ich weitere Möglichkeiten habe sie zu stärken, damit dann in Zukunft ein Schritt vielleicht aus der Gewalt möglich ist. (Zeller, Absatz 6)

Erwähnt sei hier auch, dass IP 1, wie sich auch in den Kapiteln zu den Lern- und Entwicklungsprozessen sowie zu den Methoden in der Therapie zeigen wird, auch teilweise von den hier angesprochenen vertiefenden Methoden berichtet.

4.3 Lern- und Entwicklungsprozesse am Weg aus der Gewalt

In dieser Kategorie werden die inhaltlichen Aspekte der Therapie dargestellt. Es zeigt sich ein breites Spektrum an behandelten Themen, deren Bearbeitung in der Therapie zu wichtigen Lern- und Entwicklungsschritten am Weg aus der Gewalt beigetragen hat.

4.3.1 Das Schweigen brechen

Viele Frauen berichten, lange Zeit habe niemand von der Gewalt gewusst. Sie haben mit niemandem darüber gesprochen und/oder auch aktiv versucht es zu verbergen. Als Gründe dafür wurden Scham, Schwierigkeiten Hilfe anzunehmen, die Vermutung, es würde ihnen niemand glauben, die Kontrolle und Isolation durch den Täter und der Versuch den Täter zu schützen, genannt.

Die Therapie erweist sich dabei als ein wichtiger und oft erster Schritt aus diesem Schweigen. Die Therapeut*innen wurden zu Mitwisser*innen, anfänglich oft zur*m einzigen. Die Frauen beschreiben häufig eine anfängliche Hürde darüber zu sprechen. Die Bilder, die sie von dem Moment zeichnen, in dem sie begonnen haben zu reden, erweisen sich jedoch als sehr eindrücklich:

„Weil des war wie ... wenn's da aufmachn tät'n (Frau deutet mit der Hand vor ihren Brustkorb und fährt von oben nach unten) und ... i hab redn kennan“ (IP 2, Absatz 239). IP 4 beschreibt: „... da geht des Ventil auf. Ich werd jetzt amal alles erzählen“ (IP 4, Absatz 5).

Mehrere Frauen berichten, die Therapeutin habe sie direkt danach gefragt, und beschreiben das als den Punkt, an dem sie darüber zu sprechen begonnen haben: „Jedenfalls (...) hat's dann dort a ... Zeit gedauert ... bis mi dann die Psychologin ... gfragt hat ... ‚schlägt ihr Freund Sie?‘ Also sehr direkt eigentlich. Und i dann gsagt hab, ja“ (IP 3, Absatz 4).

Im Laufe der Therapie gelingt es vielen Frauen immer besser, auch mit anderen Personen über ihre Situation zu sprechen und sich dadurch auch Unterstützung außerhalb der Therapie zu holen: „Und i hab mi dann schon a immer mehr und mehr geöffnet, a anderen Leuten gegenüber“ (IP 3, Absatz 22). Es habe aber einige Zeit und auch einiges an Umdenken und Entwicklung durch die Therapie gebraucht, bis dies möglich wurde. Es wird dadurch die Bedeutung der Therapie für den Weg der Frauen aus der Isolation und hin zu einem größeren Unterstützungsnetz sichtbar.

Auch die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion beschreiben, dass es oft einiges an therapeutischem Geschick und Vertrauen in der Beziehung braucht, um diesen Prozess des sich Öffnens zu ermöglichen: „Aba da wirklich versuchen, einen so guten Kontakt aufzubauen und einen Raum zu ermöglichen, wo das Reden darüber möglich ist...“ (Volonte, Absatz 9). Voraussetzung sei, dass die Frau „wirklich das Gefühl hat, die glaubt mir, die nimmt mi ernst, sie denkt eben net im Hinterkopf, ja wird schon ... sie auch beigetragen haben“ dazu (Zehetner, Absatz 48). Auch deswegen sei das Wissen und die Vorerfahrung zur

Gewaltthematik so entscheidend, denn die Therapeut*innen brauchen ein Gespür dafür, „welche Andeutungen möglicherweise in Richtung Gewalt gehen“ (Zeller, Absatz 108).

4.3.2 Sicherheit, Selbstschutz und Handlungsspielräume

Alle Frauen berichten im Laufe der Therapie gelernt zu haben, sich besser zu schützen und ihre Grenzen und Interessen besser zu verteidigen.

Dass ma sich afoch verteidigen kann und für sich einstehen kann Wenn a Onkel von mir wieder versucht hat an Stellen zu berühren, die mir net passt ham und i net sofort reagieren hab können ... Da hama a zeitlang braucht. (IP 1, Absatz 88)

In Bezug auf ihren Vater habe sie dann auch gelernt „a Gspür z’kriegn, wann er zum Brodeln anfangt und wie man besänftigt“ (IP 1, Absatz 146).

Im Laufe der Zeit haben sich die Frauen weniger ausgeliefert gefühlt, da in der Therapie Strategien im Umgang mit schwierigen oder gefährlichen Situationen erarbeitet wurden. Diese haben ihnen mehr Handlungsspielräume ermöglicht:

Und a vor allem sehr zeitnah glei an Tipp kriegt, wie i mi verhalt’n soll I hob zumindest in der Situation Handlungsperspektiven ghabt. I hab gwusst ok, wenn der sagt, geh, dann meint er’s ernst, dann wär’s vielleicht gscheiter du gehst ... wirklich I war net hilflos in der Situation an sich. (IP 3, Absatz 135-137)

Die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion betonen ebenfalls, dass es „darum geht, die Sicherheit zu erhöhen ... zu besprechen ... wie kann sie diese Ehe überleben, bis ich sie zum nächsten Mal seh“ (Zeller, Absatz 23):

[Es gehe darum] schon auch Strategien zu entwickeln wie die Gewalt ... (...) geringer gehalten werden kann ... also z. B. nicht im Raum bleiben, wenn der betrunkene Mann zu schimpfen anfangt Und auch immer schau’n, ... wenn Kinder involviert sind, wie macht sie das. (Schigl, Absatz 10)

An dieser Stelle wird ein von den Frauen oft empfundener Zusammenhang zwischen Schuldfrage und Handlungsfähigkeit aufgegriffen und thematisiert: „Ich glaub auch manchmal fällt’s den Frauen leichter zu denken, sie wären schuld, weil wenn sie schuld sind, könnten sie ja was ändern indem sie sich bessern“ (Schigl, Absatz 63). Zehetner führt dazu weiter aus:

Das is glaub i ... a total trickreicher Punkt ... dass eigentlich dieses ich bin ja nicht schuld, auch, habe ich überhaupt Handlungsfähigkeit dann bedeutet. Weil wenn ich wirklich keinerlei ... Mitgestaltung habe bei seiner Gewalt, was is dann meine Handlungsfähigkeit. Und des doch rauszuarbeiten find i die Herausforderung. (Zehetner, Absatz 64)

Auch Volonte betont es gehe darum, „das auseinander zu klauben. Und dass sie sich schützen darf“ (Volonte, Absatz 67). Es sei dabei auch sehr individuell, welche Strategien tatsächlich deeskalierend wirken: „Ja bei manchen Männern wirkt halt dieses klar auf den Tisch haun ... stärker. Bei anderen die gehen erst recht in die Luft ... und bei wieder anderen is wahrscheinlich das ... Rausgehen die allergrößte Provokation“ (Zehetner, Absatz 68).

Auch innerhalb der Therapie sei auf die Sicherheit der Frauen zu achten. So verfügen manche Männer bereits über technische Mittel, um die Frau zu überwachen oder das Handy zu orten.

Diskutiert wurde in Folge auch, wann der Punkt erreicht sei, an dem es notwendig wird, selbst zu handeln und andere Stellen zu informieren. Es zeigt sich im Diskussionsverlauf, wie heikel diese Frage ist und wie sehr es hier einer „Güterabwägung“ (Sicherheit/Schutz – therapeutisches Vertrauensverhältnis – Verschwiegenheitspflicht) bedarf.

Sind Kinder im Spiel, sei dieser Punkt rascher erreicht. Es gehe auch um ein Verhandeln mit der Frau, ob sie bereit ist, selbst die Kinder- und Jugendhilfe einzuschalten.

Was die Gefährdung der Frauen selbst betrifft meint Schigl: „...so massiv Gewaltbetroffene erlebe ich in der freien Praxis meist erst nach Beendigung der

Gewaltbeziehung“ (Schigl, Absatz 32). Allerdings: „Nach dem neuen Gesetz müssen wir jetzt“ (Schigl, Absatz 26) handeln, wenn „sie ... weiter in Gefahr sind“ (Zehetner, Absatz 27).

Zeller meint, sie „würd' fragen, ob sie net a Auszeit auf der Psychiatrie nehmen will, weil's so immens selbtsgefährdend is, wenn ma in diese lebensbedrohliche Situation geht“ (Zeller, Absatz 35).

Zehetner betont, sie „versuche ein starkes Bündnis herzustellen. Wenn wieder was bedrohlich ist, ,bitte rufen Sie die Polizei. Kann ich mich selbst drauf verlassen, Sie in Sicherheit zu wissen, dass Sie die Polizei rufen?‘“ (Zehetner, Absatz 37).

Als weitere Möglichkeiten werden Sicherheitsmaßnahmen benannt, wie sie auch aus dem Frauenhauskontext bekannt sind: Dokumentation der Verletzungen anbieten, Notfallkoffer und Fluchtplan erarbeiten oder Informationen zu weiteren Möglichkeiten wie Einstweilige Verfügungen, Frauenhaus und Frauenhelpline weitergeben.

4.3.3 Zusammenhänge

Die Frauen beschreiben es als klärend und entlastend, wenn sie Informationen über Zusammenhänge erhalten haben und damit besser verstehen konnten, was gerade mit ihnen passiert. IP 3 bringt diesen Aspekt auf den Punkt: Es „hat plötzlich alles wieder a bissl Sinn gmacht. I hab ... verstanden, warum die Dinge so passieren wie sie passieren, dass es nicht am mir liegt“ (IP 3, Absatz 10).

Inhaltlich berichten die Frauen vor allem von Zusammenhängen bezüglich gesellschaftlicher und persönlicher Umstände sowie von Hintergründen zum Täter, die ihnen geholfen haben, Dinge einzuordnen.

Das Besprechen von Hypothesen zu den „Ursachen“ des gewalttätigen Verhaltens des Täters beschreiben Frauen so:

Also in Papa sei Aggression einaseits in der Hinsicht, dass er da afoch Hilflosigkeit damit ausdrückt, weil er sich net anders ausdrücken oder

wehren kann ... Dass des net direkt was mit mir zu tun hat, hat ... die Kantn a bissl gnommen. (IP 1, Absatz 192)

Also des hat mir eigentlich am allermeisten geholfen zu verstehn, ... was ihn so dazu bewegt hat so ... auszuticken ... Die Psychologin hat halt vermutet, dass er a Borderlinestörung ghabt hat, a ganz schwere. (IP 3, Absatz 6)

Dieses Wissen um das Krankheitsbild habe ihr auch geholfen, einen besseren Umgang zu finden, wenn es wieder zu Eskalationen kam.

Weiters beschreiben die Frauen das Herstellen von Zusammenhängen mit der eigenen Lebensgeschichte als hilfreich: „Sie hat gsagt, damals scha als Kind is ma des Rückgrat brochn worn“ (IP 2, Absatz 287). „Durch das mit’n Stiefvater und das Ganze (...) Sie san von an ... also Fettnapferl kannst sagn ins andere“ (IP1, Absatz 98).

Weitere Zitate diesbezüglich finden sich in der Kategorie „Biografisches und Vorerfahrungen mit Gewalt“ im Anhang.

Dieser Aspekt wurde in der Gruppendiskussion von den professionellen Unterstützerinnen intensiv diskutiert, durchaus auch kritisch hinterfragt und ergänzt. Gewalt könne jeder Frau widerfahren, auch ohne entsprechende persönliche Vorgeschichte. Es sei auch wichtig, die gesellschaftliche Perspektive zu berücksichtigen sowie die Wirkung, die Gewalt auf die Frauen hat. Die eigenen Anteile seien außerdem auch „eine Widerspiegelung der gesellschaftlichen Verhältnisse“ (Schigl, Absatz 219).

4.3.4 „Normalitätsverständnis“ und eigene Sichtweisen

Alle Frauen beschreiben mehrmals und vielfältig ein vor bzw. zu Beginn der Therapie verschobenes „Normalitätsverständnis“. Vieles wurde nicht, deutlich verschoben oder stark verharmlost wahrgenommen: „Und i hab imma dacht, des muss so sein, des is so. Also, da Mann kann mit da Frau anschaffn ...“ (IP 1, Absatz 122).

In der Therapie war es entscheidend, diese Sichtweisen zu reflektieren, die eigene Wahrnehmung zurechtzurücken bzw. zu stärken und ein neues Verständnis dafür, was „normal“ ist und was nicht, zu erarbeiten: „Es war die Sicht auf die ganzen Dinge die passiert san ... mei eigene Rolle drin, war so verschoben, dass ma am Anfang lang gearbeitet ham, wie die Sachn wirklich san“ (IP 1, Absatz 14).

Speziell im Hinblick darauf, was eine „normale“ Beziehung ist oder wie „normale“ Männer in dieser Situation reagieren würden, war es für IP 3 wichtig, die Dinge mit Unterstützung der Therapeutin allmählich wieder ins rechte Licht zu rücken: „... sie hat mi ... a so aufbaut, dass sie gsagt hat, des is ka normale Beziehung ... wir ham sehr oft über normale Männer gsprochen Sie hat ma sehr oft gsagt, wie normale Männer sich verhalten“ (IP 3, Absatz 117).

Auch IP 4 meint, ihre Therapeutin habe „irgendwie die Realität richtiggestellt“:

Wenn ich so erzählt hab, was ich wieder erlebt hab in der Woche und was mein Mann wieder für Aktion geliefert hat, hat sie genau gsagt, was richtig is und falsch und allmählich hab i des dann selber (...) also des war dann so ihre Stimme immer begleitend bei mir ... Also, da würd' sie jetzt sagn, des is richtig, oder so. (IP 4, Absatz 45)

Es sei auch viel darum gegangen eigene, schädliche Glaubenssätze zu reflektieren und zu verändern:

Des warn besonders in der sexuellen Hinsicht afoch Sachn, die ma nur so als Frau (...) die ma si selba dann aufzwingt aus diversesten ... Glaubenssätzen, von dem dass ma sonst nix wert is, ... dass sonst die Beziehung net hält, ... dass es schlicht und ergreifend dei Aufgab is. (IP 1, Absatz 114-116)

Diese haben sich durch die Therapie im Laufe der Zeit langsam verändert oder abgeschwächt.

Die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion beschreiben in erster Linie, viele Frauen können zu Beginn die Gewalt nicht als solche erkennen oder würden gewalttätiges Verhalten als Eifersucht aufgrund besonders großer Zuneigung umdeuten und verharmlosen.

Die Unterstützerinnen bringen die Arbeit am „Normalitätsverständnis“ außerdem in einem anderen, wichtigen Zusammenhang in die Diskussion ein:

... es is ... sehr wichtig, ... die Frauen zu entlasten, was dann normal is als Reaktion auf Gewalt. Es is normal, wenn sie net alles erinnern, wenn sie widersprüchlich sich äußern, wenn sie ganz ambivalente Gefühle dem Gewalttäter gegenüber ... haben ... (Zehetner, Absatz 4)

4.3.5 Selbstbild und Selbstwert

Alle Frauen berichten von einem sehr geringen Selbstwert und von den Auswirkungen der Gewalt auf diesen: „I hab imma Komplexe ghabt ... I war so klan, ... da Fussbodn is no hoch gnua“ (IP 2, Absatz 325). „Und i hab mi wirklich schlecht gfüht dann a, also i hab des so wirklich aufgenommen und hab ma dacht, i bin echt ein scheiß Mensch“ (IP 3, Absatz 10).

Eng damit in Zusammenhang steht ein oft sehr negatives bis böses Selbstbild der Frauen. Dies bringen vor allem jene Frauen zum Ausdruck, die bereits in der Kindheit viel Gewalt erlebt haben:

I hab auch meiner Mutter irgendwie geglaubt. Die hat immer gsagt, du wirst so bös' wie ihre Schwiegermutter ... (IP4, Absatz 35)

Folglich schildern alle Frauen die große Bedeutung der Arbeit am Selbstwert in der Therapie: „Also mei Selbstwusstsein is halt dann a gstiegn mit der Therapie“ (IP 3, Absatz 12). „Jedesmal, wenn i hinkommen bin, hab i nachher des Gfühl ghabt, i bin a Stück gewachsen, i bin a bissi stärker wordn“ (IP 3, Absatz 141).

Die Frauen beschreiben verschiedene Methoden, mit denen die Therapeut*innen versucht haben, mehr Selbstvertrauen aufzubauen:

Da war's dann a mit ... dem, dass ma sich selba an Wert zuschreibt und der Arbeit die ma macht ... Von vorn herein amal schau'n, wenn ma a Arbeit fertig hat ... ob ma zufrieden is... Und dann halt schau'n, is ma da zu hart. (IP 1, Absatz 219)

... wenn ich ihr erzählt hab, was ich wieder net kann ..., hat sie betont, aber was ich alles kann. Ich kann mich zum Beispiel erinnern, wie sie dann ein Kind gekriegt hat, ... dass sie mich ... gefragt hat, aber wie macht ma denn das? Und ich hab ma damals gedacht, also mich fragt sie? Da hat sie mich ja so hochgehoben ... Das war ganz wertvoll. Und ihr hab ich ja geglaubt.“ (IP 4, Absatz 77-79)

Alle Frauen berichten davon, am Ende mit einem deutlich gestärkten Selbstwert hervorgegangen zu sein, mittlerweile eigene Leistungen und Kompetenzen wieder mehr wahrnehmen zu können und diese auch sich selbst zuzuschreiben.

Auch die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion betonen die Wichtigkeit der Selbstwertstärkung: „Diese Selbstwertstärkung kann man ja garnet genug betreiben ... Die haben ja wirklich durch diese Gewaltbeziehung den Eindruck, sie ... sind ein Häufchen Nichts, dass ohne ihn auch Nichts ist“ (Zehetner, Absatz 62).

4.3.6 Schuld, Scham und Verantwortlichkeiten

Sowohl die betroffenen Frauen selbst als auch die professionellen Unterstützerinnen betonen die Bedeutung der Schuldfrage für akut von Gewalt betroffene Frauen.

Alle Frauen berichten von massiven Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen in Bezug auf die Gewalt: „Also da war viel die Schuldfrage. Ob ma si selber in die Situationen bringt“ (IP 1, Absatz 14). Die Frauen suchten die Ursache für die Gewalt in ihrem Verhalten: „Also i hab mir immer die Schuld gebm, weil i bin a schlechter Mensch und i (...) ärger ihn so viel ... und deswegen zuckt er aus“ (IP 3, Absatz 10).

Wie groß zum Teil die Erleichterung war durch die Therapie zu der Erkenntnis zu kommen, nicht schuld zu sein, zeigt folgende Schilderung:

Das war mit Sicherheit eins der wesentlichsten Dinge, die mich wachgerüttelt hat. Es ist nicht meine Schuld. Und ich weiß noch, da bin ich oft in der Nacht gegangen und habe geweint und war plötzlich so erleichtert, dass ich's... erfahren habe, dass es nicht meine Schuld ist. (IP 3, Absatz 117)

Die Frauen beschreiben diesbezüglich klare Haltungen der Therapeut*innen und, dass sich dadurch mit der Zeit auch eigene Sichtweisen ändern konnten: „Wenn ich oft gesagt habe, ich bin schuld, hat sie gesagt, ‚na Sie sind nicht schuld‘“ (IP 2, Absatz 98).

Mit der Missbrauchsvergangenheit im Hintergrund zeigt sich bei IP 4 eine besondere Qualität in der Schuldfrage. Das Schuldgefühl dockt hier an einem tiefsitzenden Schuldgefühl aus der Kindheit an und erweist sich auch in der Therapie als sehr hartnäckig:

Also die erste Therapeutin, die ich immer behauptet hat, ich habe überhaupt keine Schuld. Dann habe ich mal gedacht, ja das sieht sie halt so, ... aber sie hat keine Ahnung. Weil ich habe ja auch einen Lustgewinn dabei gehabt. (IP 4, Absatz 154)

... ich glaube es war wichtig zu hören Ich konnte's nicht übernehmen, aber nachdem ich sie ja so (...) uneingeschränkt akzeptiert habe ... hat sie schon was gemacht Weil ich habe ja natürlich drauf geantwortet, aber ... das hat mir doch auch gefallen. Und sie ist dabei geblieben. (IP 4, Absatz 165)

Auch die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen betonen die Bedeutung der Schuldfrage und eines klaren Umgangs damit:

Weil das ist ja das ... Gängige ... , dass die Gewalttäter hinterher den Frauen ... einreden wo die Frauen ja dann schon selber denken ..., wenn ich besser gekocht hätte, ... dann wäre's nicht passiert. Und das einmal zu sagen ... das ist eine Strategie. Natürlich sind sie nicht schuld. (Schigl, Absatz 63)

Wie auch in der Kategorie „Haltungen“ beschrieben, impliziert Schuld zu haben für die Frauen jedoch oft auch handlungsfähig zu sein. Dies zu differenzieren ist eine wichtige Aufgabe der Therapie: „Die Gewalt bringt der Gewalttäter ein ... Also an diesem Ausbruch is sie nicht schuld. Aba sie kann klüger oder weniger klug reagieren“ (Schigl, Absatz 66). „[Es] is kein Kausalzusammenhang. Sondern, dass Schuld und Schutz ja getrennt voneinander zu sehen sind“ (Volonte, Absatz 67).

Bei einer unklaren Haltung diesbezüglich besteht die Gefahr, dass sich Selbstvorwürfe durch die Therapie verstärken, wie folgende Schilderungen verdeutlichen:

... das is dann in der Therapie anaseits kommen, die Selbstvorwürfe, weil i ma halt dacht hab, i hab jetzt ... eingesehn, dass es falsch is ... und wieso lass is dann trotzdem zu ... Also da hat er ma ... immer wieder sagn müssn, dass es ... begründet a Muster is, das es lang braucht hat zum Überleben, dass es Abhängigkeiten gebm hat aus denen i net raus hab können da wär i ohne P. ziemlich ... hart [zu mir] gwesn. (IP 1, Absatz 92)

Daran schließt auch das Thema der Auseinandersetzung mit eigenen Anteilen oder Mustern, die eventuell zur Situation beitragen könnten, an. Auch diese Auseinandersetzung erweist sich als heikel, wird von den Frauen aber als hilfreich und entlastend beschrieben.

Dies nicht auszublenden, sondern es zu einem geeigneten Zeitpunkt, in adäquatem Ausmaß und mit viel Feingefühl doch auch zu reflektieren, erachten auch die professionellen Unterstützerinnen für wichtig, insbesondere dann, wenn Frauen wiederholt in ähnliche Beziehungen geraten. „Die Mechanismen zu verstehen is ganz wichtig“ (Volonte, Absatz 212):

Und i biet halt wenn's passt die Erklärung an, ... man wiederholt was, um's zu lösen manchmal glaub ich entlastets a bissi ..., wenn ma des so versucht gemeinsam anzuschau'n Dass sie vielleicht a mit dem

Erklärungsmuster irgendwann einmal anders damit umgehen kann.
(Zehetner, Absatz 201)

Allerdings betonen die Unterstützerinnen auch, wie und unter welchen Umständen dies eingesetzt werden kann und wann auch nicht:

Es ist eine Frage, wo im Prozess ich bin und wie akut die Krise ist. Wenn jemand mit Verletzungen zu mir kommt ..., werde ich jetzt nicht in die Vergangenheit gehen. Ich würde sagen, es ist eine Frage wie stabil der Boden ... ist. (Schigl, Absatz 202)

Auf einer psychoedukativen Ebene sei diese Auseinandersetzung sehr wichtig, jedoch auf keiner Tiefungsebene. Tiefung könne es nur geben, „wenn Ruhe ist und, weiß nicht, der Gewalttäter auf Kur oder in Untersuchungshaft, ... aber in der Akutsituation nicht“ (Schigl, Absatz 211).

Schigl weist auch an dieser Stelle auf die Notwendigkeit hin, „den gesellschaftlichen Rahmen reinzunehmen und es nicht nur zu individualisieren“ (Schigl, Absatz 213). Hierfür gibt es großen Konsens unter den Diskutantinnen.

4.3.7 Abhängigkeit

Zumindest drei der vier Frauen berichten von massiver Abhängigkeit, die sie ihrem Gewalttäter gegenüber erlebt haben: „Und ich war ihm hörig“ (IP 2, Absatz 164). „Also ständig das Gefühl zu haben, ... allein schaffe ich das Leben nicht. Ich brauche unbedingt jemand, (...) der mir sagt wie's geht“ (IP 4, Absatz 59).

Teilweise betonen die Frauen, wie sehr sie diese Abhängigkeit als grundlegend dafür sehen, dass so eine Gewaltbeziehung überhaupt möglich ist, denn Abhängigkeit sei „das übergeordnete Thema ... Ich weiß gar nicht, ob Gewalterlebnisse und so Missbrauchserlebnisse ... ohne dem Abhängigkeitsverhältnis überhaupt stattfinden können“ (IP 4, Absatz 55).

Ähnlich schildert das auch IP 3: „Was ich halt glaube ist generell, dass solche ... Dinge halt ... immer mit extremer Abhängigkeit zu tun haben ... man rutscht auch in solche Situationen, wenn man abhängig ist“ (IP 3, Absatz 163).

Während IP 4 schildert, sich bereits vor der Beziehung als abhängig von anderen und als allein nicht lebensfähig erlebt zu haben, beschreibt IP 3 eher ein Entstehen dieser Abhängigkeit in der Beziehung zum Täter:

I glaub, dass da immer irgend a Art von Vorlauf gibt und dass des dann kippt ..., weil des weiß i schon, wenn der jetzt in der zweiten Wochn, wo i den kennenglernt hätt, sie so aufgeführt hätt, hätt i mi sicher nimma weiter mit dem troffen. (IP 3, Absatz 163)

IP 4 beschreibt eindrücklich, wie sich in ihr der Wunsch nach Freiheit auftut und sich auch ihr Erleben diesbezügliches mit der Zeit verändert:

Ich mein, frei sein, von dem Gedanken war ich immer getragen. Aus der Beziehung herauskommen aus meiner ersten. (IP 4, Absatz 21) Und wenn ich mich unterworfen hab, war das nicht lang aushaltbar, weil ich hab schon geahnt wie es sein könnte, wenn man (...) eventuell frei wäre. (IP 4, Absatz 13)

IP 3 beschreibt sehr genau, was ihr geholfen hat, Schritt für Schritt wieder aus der Abhängigkeit herauszufinden:

Für mi eben das Wissen drum, dass er krank is. (IP 3, Absatz 139) Und natürlich a dann..., dass i wieda Freunde gfunden hab ... dass i wieder mei Studium fortgesetzt hab Und des alles in Begleitung von der Psychologin Jedesmal wenn i hinkommen bin, hab i nachher des Gefühl ghabt, i bin a Stück gewachsen, i bin a bissi stärker wordn. (IP 3, Absatz 141)

4.3.8 Eigene Wahrnehmung

Mehrere Frauen betonen, wie wichtig es in der Therapie war, die eigene Wahrnehmung zu „trainieren“, und zu lernen, dieser wieder mehr zu vertrauen: „Er hat vü Trost gspendet ..., dass es ok is wie’s ma geht, ... dass meine Gefühle in der Hinsicht afoch berechtigt san“ (IP 1, Absatz 207). Sie habe gelernt sich selbst wieder mehr Sicherheit zu geben, „indem i afoch mir selbst amal als Ersta

glaub, die Empfindung die i hab ..., dass i denen afoch amal Glauben gib“ (IP 1, Absatz 277-279).

Das Bemühen der Therapeut*innen, an diesem eigenen Gefühl anzudocken, wird in folgendem Zitat deutlich:

Wenn sie jemanden treffen und ... Sie ham das Gefühl ... des is jetzt aba irgendwie komisch mit dem ... dann is des in der Regel a Gefühl was mir recht gibt. (IP 3, Absatz 119) Wo sie mir erklärt hat, ob i dieses Gefühl schon amal ghabt hab, sama tausende Situationen eingfalln. (IP 3, Absatz 123) Da hab i gwusst, des is dieses Gefühl Dieses Gefühl hab i nie ganz verloren. (IP 3, Absatz 119) Und des war a ... sehr wichtig dass i (...) eh mir selbst a helfm kann, weil i eh gspür, ... do passt irgendwas net ... (IP 3, Absatz 123)

Selbst IP 4, die eigentlich betont, wie wenig eigenes Gefühl vorhanden war und wie sehr sie sich nach der Therapeutin ausgerichtet hat, beschreibt dieses Pflänzchen an eigener Wahrnehmung und wie es der Therapeutin gelungen ist, daran anzudocken: „I hab ihr total vertraut und nach dem hab i mi grichtet. Und ich glaub schon, dass sie da was angedockt hat mit ahm (...) do muss schon so a Antenne zu meinem Selbst da gewesen sein im Sinne von „wahrscheinlich is des wirklich net richtig“ (IP 4, Absatz 27).

Gerade in diesem Aspekt zeigt sich auch die präventive Bedeutung der Therapie.

4.3.9 Gefühle, Bedürfnisse und Selbstfürsorge

Mehrere Frauen thematisieren ihren Umgang mit Gefühlen, die Rolle, die dieser in der Therapie gespielt hat sowie den Umgang des*r Therapeut*in damit. Dabei werden anfängliche Schwierigkeiten beschrieben, überhaupt Gefühle zuzulassen:

Emotionen zulassn, des war so des Schwierigste Also i hab in P. die Sachn mit am Lächeln im Gesicht erzählt, a wenn ma innerlich nach ganz was anderem war gute Laune nach Außen und Kontrolle nach Innen, des warn so meine zwa ganz am Anfang... (IP 1, Absatz 62)

Noch grundlegender beschreibt IP 4, ihre Schwierigkeiten, Zugang zu ihren Gefühlen zu bekommen:

Na, ... des hatte ich nicht zur Verfügung ... wenn mich wer [nach meinen Gefühlen] gfragt hat, das waren ja die fürchterlichsten Fragen. Dann hab ich halt nachgedacht, was war heute. Und i hab im Zusammenhang mit einem Erlebnis geschildert, dass ma so und so geht. Aber ich hatte wirklichen keinen Zugang dorthin wie's ma geht. (IP 4, Absatz 47)

Als hilfreich beschreiben die Frauen, dass der*die Therapeut*in „anaseits amal an Rahmen gschaffn“ hat, „wo i mi nach der Zeit wirklich zum Entspannen anfangen hab, wo i net des Gefühl hab, i werd für des wie's ma geht bestraft“ (IP 1, Absatz 66).

IP 4 habe geholfen, dass die Therapeutin ihre eigene Betroffenheit ausgedrückt habe. Sie habe dabei auch manchmal selbst geweint: „Also irgendwie konnt' ich so über das Gefühl, dass sie mir quasi dargestellt hat, ... auch a bissl reingehn. Nicht sofort, dass hat schon a Weile dauert“ (IP 4, Absatz 93). Genauso habe die Therapeutin „betonen können, da kriegt sie so eine Wut, ... wenn sie das so hört Und ich hab's no garnet ghabt und hab ma dann gedacht, eigentlich wirklich, kann man da so eine Wut kriegen“ (IP 4, Absatz 93).

Betont wird auch eine besondere Erleichterung in Zusammenhang mit der Möglichkeit, Gefühle endlich zum Ausdruck bringen zu können: „... am meisten hab ich's gmerkt, wenn i dann rausgangen bin und gweint hab. Weil irgendwie hab i des Gefühl ghabt, da hat si irgednwas gelöst in mir, was ... die ganze Zeit irgendwo da hinten war und net vorkommen is“ (IP 3, Absatz 141).

Die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion betonen vor allem die emotionalen Ambivalenzkonflikte aufgrund der widersprüchlichen Gefühle, die Frauen ihren Tätern gegenüber erleben. Zehetner beschreibt, dass sich dies auch in einer Art Schaukel in der Beziehungsdynamik mit den Klientinnen widerspiegeln, die eine besondere „Kraft des Haltens“ (Zehetner, Absatz 55) notwendig mache:

... wenn ich grad so diese Seite der Trennung im Kopf hab ..., merk ich, dass sie vielleicht wieder mehr, aba er hat ja doch so gute Seiten, er könnt sich ja doch ändern, geht. Und umgekehrt: Wenn i aba so, i versteh schon, weil er ja wirklich auch liebevoll is ..., aba dann is für sie wieder ganz schlimm. (Zehetner, Absatz 55)

Vor allem IP 1 berichtet über eine intensive Auseinandersetzung darüber, „was ma eigentlich braucht“ (IP 1, Absatz 16). „Afoch die eigenen Bedürfnisse mal langsam wieda anfangen zum Gspiern. Des ... hat länger braucht und war schwieriger als i erwartet hab“ (IP 1, Absatz 44).

Sie berichtet hierbei auch über eine Reihe kreativer Methoden, die dabei sehr hilfreich waren. Hierauf wird die nächste Kategorie näher eingehen.

4.5 Methoden in der Therapie

In dieser Kategorie werden die methodischen Zugänge beschrieben, die anhand der Interviews als hilfreich herausgefiltert werden konnten.

Allgemein zeigt sich, dass die allermeiste Arbeit im Gespräch stattfindet und dieses „reden können“ bereits als hilfreich und als große Entlastung erlebt wird. Von Seiten der Teilnehmerinnen an der Gruppendiskussion wird betont, dass es in diesen, emotional „eh schon hoch aufgeladenen Situationen“ (Schigl, Absatz 249) darum geht, methodische Zugänge zu wählen, die stabilisieren, strukturieren, Überblick geben und aus der Emotion herausführen und „nicht noch tiefer hinein“ (Schigl, Absatz 249).

4.5.1 Gespräch

Alle Frauen berichten über die hohe Bedeutung des Gesprächs vor allem am Anfang der Therapie. Die Therapeut*innen haben zu Beginn vor allem die Klientinnen viel erzählen lassen, ein paar Fragen gestellt und auch bereits ein wenig Input im psychoedukativen Sinne eingebaut. Alle Frauen berichten von

einer großen Erleichterung, alles einfach einmal erzählen zu können und ein Gegenüber zu haben, das wirklich interessiert und nicht-wertend zuhört: „... ich hab's so notwendig gebraucht ganz viel reden zu können“ (IP 4, Absatz 235). „Endlos lang und ich kann erzählen (lacht). Und do unterbricht mich niemand“ (IP 4, Absatz 237).

Aktives Nachfragen und Benennen

Aktives Nachfragen wurde zum einen deswegen als positiv erlebt, weil die Klientinnen daran ein echtes Interesse des*r Therapeut*in erkannten.

Andererseits wurde es insbesondere in Zusammenhang mit schambesetzten Themen wie Gewalt in der Sexualität als sehr unterstützend beschrieben: „Da hat's mi explizit gfragt danach. Und a wie's ma damit geht und ... ob is ma anders wünschen würde“ (IP 3, Absatz 175). „... die hat mi schon danach gfragt, weil des is jetzt nix ... was i so erzählt hätt“ (IP 3, Absatz 171).

Von Seiten der Diskussionsteilnehmerinnen wird die Bedeutung hervorgehoben, Gewalt auch ganz klar als solche zu benennen, denn „da haben erstaunlich viele erzählt, na mei Therapeutin hat des jo nie als Gewalt benannt“ (Zehetner, Absatz 11). Besonders psychische Gewalt laufe hier Gefahr, nicht als solche erkannt und benannt zu werden.

Wiederholungen

Alle Frauen berichten davon, dass bestimmte Inhalte und Botschaften immer wieder von dem*r Therapeut*in eingebracht und wiederholt wurden.

Vor allem bezog sich dies auf Informationen über Handlungsmöglichkeiten und die Gefährlichkeit der Situation: „Eigentlich hat sie mir jedesmal, (...) fast nach jeder Sitzung gsagt, er is (...) höchst gefährlich Und sie hat mir des immer so (...) gebetsmühlenartig fast wiederholt“ (IP 3, Absatz 10).

Auch neue Sichtweisen und Verhaltensmöglichkeiten, haben „ganz, ganz, ganz viel Wiederholungen“ gebraucht, „bis si des dann halt auflöst oder durch andere Sachn abgelöst wird“ (IP 1, Absatz 221).

4.5.2 Kreative Techniken

Der Einsatz kreativer Zugänge wird von den meisten Frauen entweder gar nicht (IP 2 und IP 4) oder nur sehr punktuell (IP 3) beschrieben. Nur bei IP 1 nimmt die kreative Arbeit einen höheren Stellenwert ein. Dazu betont sie ihre persönliche Präferenz für kreative Zugänge.

Berichtet wird vor allem von Imaginationsübungen und Phantasiereisen, sowie von Zeichnen und Schreiben. Das haben sie „net sehr viel aba ab und zu“ (IP 3, Absatz 112) gemacht. IP 3 konnte sich an die meisten Inhalte nicht mehr erinnern. In Erinnerung sei ihr jedoch, dass sie aufgeschrieben habe,

was i ois an ihm so hasse, was er ois mit mir macht und so. Und des wollt i unbedingt bei ihr abgebm, weil i hab halt gsehn, die sammelt diese Dinge ... und i hab ma dacht, des will i da dazu legen, weil des is afoch a (...) sicherer Ort und da kommt er net dazu. (IP 3, Absatz 104-106)

Die Diskussionsteilnehmerinnen betonen die Wichtigkeit eines reflektierten und eher sparsamen Umgangs mit kreativen Techniken bei akuter Gewaltbetroffenheit. Kreative Methoden seien tendenziell „erlebniszentrierte oder erlebniserweckende Methoden“, wovon in „einer eh schon hoch aufgeladenen Situation“ (Schigl, Absatz 249) abzuraten sei. Kreatives Material könne als stabilisierende und stärkende Möglichkeit eingesetzt werden, um beispielsweise einen besseren Zugang zu den eigenen Ressourcen, zu Zukunftsbildern oder einer inneren Weisheit herzustellen. Außerdem könne es unterstützend sein, um in einem psychoedukativen Sinne Wissen zu vermitteln. Berichtet wird auch vom Einsatz von Skalierungstechniken, beispielsweise um inneres Erleben darzustellen oder einzuschätzen, wo sich eine Frau zwischen den Polen „Trennung“ und „in der Beziehung bleiben“ gerade befindet.

4.5.3 Körper

Keine der Frauen berichtet von hilfreichen Zugängen über den Körper. Nur IP 1 erwähnt solche Zugänge überhaupt, allerdings im Zusammenhang mit nicht-

hilfreichen Aspekten in der Therapie. Dies wurde bereits in der genannten Kategorie beschrieben.

4.5.4 Psychoedukation

Von den Frauen wurde geschildert, dass die Therapeut*innen ihnen phasenweise auch viel erklärt haben. Beschrieben wird das beispielsweise in Zusammenhang mit eigenen, früheren Erfahrungen und deren Auswirkungen oder im Hinblick auf das Verhalten des Täters und dessen Krankheitsbild. Psychoedukatives kommt als Methode vor allem zum Einsatz, um „Normalitätsvorstellungen“ zu reflektieren, eigene Erfahrungen und deren Auswirkungen einordnen zu können und um frühere Erlebnisse und aktuelle Verhaltensmuster in einen Sinnzusammenhang zu stellen, wie dies bereits in den entsprechenden Kategorien dargestellt wurde.

Teilweise werden die Klientinnen auch über andere Unterstützungsangebote informiert. Während dieser Aspekt in den Beschreibungen der Klientinnen einen eher geringen Stellenwert einnimmt, betonen die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion diesen Aspekt deutlicher.

Vor allem sollen Klientinnen auch über Gewalt an sich und deren Auswirkungen gut informiert werden. Dies könne betroffene Frauen sehr entlasten von Schuldgefühlen und auch dabei unterstützen, ihre Symptome als Auswirkungen der Gewalt zu verstehen.

4.5.5 Hausaufgaben und Übungen

Vor allem IP 1 berichtet darüber, von ihrem Therapeuten Übungen für die Zeit zwischen den Therapien bekommen zu haben. Dies habe begonnen mit Übungen, die den Fokus auf angenehme Aspekte und Erfahrungen lenken bzw. solche Erfahrungen überhaupt einmal ermöglichen sollten: „Sei des jetzt afoch amal a Bad nehmen mit Sachn die gut riechen und schaun, wo des wirklich angenehm is“ (IP 1, Absatz 182). Teilweise sei es dabei dann auch um Wahrnehmungsübungen in Beziehungen gegangen: „... also afoch in

Begegnung mit Leut aktiv schau'n, wie nahe is jetzt angenehm, wo wird's unangenehm" (IP 1, Absatz 118). Die Therapie wurde dadurch sehr intensiv, aber „es is afoch konstant in Arbeit. Und (...) wenn ma dahinter is und es net schleifen lasst, dann tut sie da echt vü" (IP 1, Absatz 217).

4.5.6 Krisenintervention und zeitnahe Begleitung (vs. vertiefende Arbeit)

Alle Klientinnen beschreiben, dass die zeitnahe Begleitung und Bearbeitung akuter Vorfälle und aktueller Ereignisse viel Platz in der Therapie einnahmen. Besonders am Beginn der Therapie und in Phasen größerer Bedrohtheit handelte die Therapie fast ausschließlich davon. Vertiefendes, therapeutisches Arbeiten oder die Beschäftigung mit der Vergangenheit spielten vor allem in diesen Phasen wenig oder gar keine Rolle. Wenn doch, war es wichtig, dies gut einzubetten. Die Klientinnen wurden sozusagen gut in der Realität abgeholt und auch wieder dorthin entlassen:

Jetzt muss i des direkt noch amal erwähnen, des war ganz, ganz wichtig ... Dieses mich aus der Realität abholen und in die Realität entlassen. (IP 4, Absatz 109) ... weggegangen bin ich immer ... so ... und was mach ich jetzt in der Woche bis ich wiederkomme ..., weil ich hab ja solche Ausflüge gemacht Und hat auch das so abgefragt, wie die Woche so gelaufen ist. (IP 4, Absatz 105)

Die Klientinnen beschreiben diese zeitnahe Begleitung als sehr hilfreich: „Glaub des war sehr wichtig, dass i in der Zeit ... quasi noch in derselben Woch'n ... dann glei in Therapie [bin] und hab des dort erzählt" (IP 3, Absatz 129). Vor allem betont IP 3 auch die Bedeutung der Möglichkeit, dabei immer wieder Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten, die dem Gefühl des Ausgeliefertseins und des „Damit-allein-Seins“ entgegenwirkten.

IP 3 beschreibt weiter, sie habe den Eindruck, durch die zeitnahe Begleitung, die Gewalterfahrungen und auch die Trennung parallel bereits gut aufgearbeitet zu haben. Das merke sie daran, dass sie „alles des überhaupt nimma" (IP 3, Absatz

125) beschäftige. Sie sei davon überzeugt, es wäre für sie weitaus schwieriger, diese Dinge danach mit zeitlicher Distanz in einer Therapie aufzuarbeiten.

Dieser Aspekt wurde auch in der Gruppendiskussion eingehender diskutiert. Die Diskutantinnen erachten die parallele Begleitung zwar nicht als Voraussetzung für eine Aufarbeitung, sehen aber Vorteile darin. Erwähnt sei hier vor allem die Überlegung, eine gute therapeutische Begleitung könne eventuell das Risiko, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, reduzieren. Dies hänge aber jedenfalls auch von der Massivität der Gewalt und anderen Faktoren ab.

Gleichzeitig wurde aber auch diskutiert, inwiefern die therapeutische Begleitung eine nahezu unerträgliche Situation soweit stabilisieren könnte, dass Frauen in Folge eher in der Beziehung bleiben, weil sie es gerade wegen der Therapie doch noch irgendwie aushalten.

Besonders IP 1 berichtet auch von mehreren vertiefenden therapeutischen Erfahrungen. Auch sie beschreibt jedoch, dass vor allem am Anfang der Therapie „was grad akut los is“ im Vordergrund stand. „Da is es no net so viel in die Vergangenheit gangen, sondern afoch was so daham los is und wie’s ma damit geht“ (IP 1, Absatz 38). Vertiefende Arbeit sei dennoch mehr und mehr möglich geworden. Es sei ihr gelungen, sich vor allem nach den Therapien Freiräume und sichere Orte zu schaffen und sich den schwierigen Situationen erst wieder nach einer Erholungszeit auszusetzen. Es sei hierbei darauf hingewiesen, dass IP 1 nach ca. 1,5 Jahren Therapie von zu Hause auszog und durch ihre eigene Wohnung deutlich mehr Schutz- und Rückzugsmöglichkeiten sowohl ihrem Vater als auch ihrem Freund gegenüber möglich wurden.

4.6 Abseits der Therapie

Wie sich bereits unter anderem in der Kategorie „Wege aus der Gewalt“ gezeigt hat, sind auch verschiedene Aspekte abseits der Therapie sehr relevant. Von den Frauen wurde immer wieder berichtet, die Therapie habe ihnen geholfen, sich beruflich/in ihrer Ausbildung wieder besser zurecht zu finden oder wieder vermehrt sozialen Anschluss zu erlangen.

Es sei hier auch auf die Kategorie „Das Schweigen brechen“ verwiesen, in der deutlich wird, wie schwierig es für viele Frauen ist, sich zu öffnen. Um Unterstützung (außerhalb der Therapie) bekommen zu können, ist dies jedoch die erste Voraussetzung.

4.6.1 Soziale Beziehungen

Mehrere Frauen beschreiben, dass es ihnen im Laufe der Therapie mehr und mehr gelungen sei, auch mit anderen Menschen in ihrem Umfeld über ihre Situation zu sprechen.

Alle Frauen berichten, es wurde für sie möglich, ihr soziales Umfeld wieder auszubauen und zum Besseren zu verändern. Besonders IP 1 schildert verschiedene Prozesse der sozialen Umgestaltung und Neuorientierung mit Hilfe der Reflexion ihrer sozialen Beziehungen in der Therapie. Soziale Kontakte allgemein und die steigende, soziale Integration wird von allen Frauen als ein wesentlicher Faktor am Weg aus der Gewalt geschildert: „Also was enorm wichtig war, ... des warn für mich die Frauenfreundschaften ... Durchs Leben getragen haben mich die Frauen“ (IP 4, Absatz 137).

Auch IP 3 berichtet, wie sie in ihrem Bruder eine wichtige Unterstützungsperson dazugewinnen konnte, indem sie sich ihm schließlich doch anvertraute. Die Therapeutin habe immer wieder gefragt, ob es jemanden gebe, der eine Unterstützung sein könnte.

Die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion bringen ein, es sei wichtig gemeinsam zu überlegen, wo es hilfreiche Beziehungen gibt, aber auch, in

welchen Kontakten Gefahren drohen, wie dies beispielsweise bei Verwandten oder Freunden des Täters oft der Fall ist.

4.6.2 Andere Lebensbereiche und Ressourcen

Der Ausbau anderer Lebensbereiche und die Tatsache, dass sie mit Hilfe der Therapie wieder Orientierung in diesen Bereichen finden konnten, sei eine wichtige Hilfe am Weg aus der Gewalt gewesen. Neben dem Beruf und der Ausbildung beschreiben die Frauen weitere, individuelle Ressourcen als zentral. Darunter fallen beispielsweise Religion, Haustiere, gesunde Ernährung und die theoretische Auseinandersetzung mit Themen, die sie selbst betreffen. In der Therapie spiegelt sich dieser Aspekt im bereits beschriebenen, ressourcenorientierten Zugang wider.

Eine wichtige innere Ressource am Weg aus der Gewalt stellen eigene positive Zukunftsvisionen und Zukunftsbilder dar. Diese mussten jedoch in allen Fällen erst im Laufe der Therapie erarbeitet werden. Zu Beginn beschreiben alle Frauen, nicht gewusst zu haben „was i mit meim Leben machn will“ (IP 1), sowie Zukunftsängste und negative Zukunftserwartungen. Je konkreter und klarer ein Bild davon erarbeitet werden konnte, umso besser gelang es den Frauen, sich dafür auch einzusetzen und Schritte aus der Gewalt in Richtung aktive Lebensgestaltung zu setzen. Vor allem bei IP 4 ging es im relevanten Zeitraum weniger um das Entwerfen eines konkreten Bildes, sondern eher darum, ein erstes Gespür zu entwickeln in Richtung „das Leben könnte aba schon auch ordentlich interessant sein“ (IP 4, Absatz 129).

4.6.3 Professionelle Unterstützungsangebote

Professionelle Unterstützungsangebote abseits der Therapie wurden von den Frauen nur in sehr geringem Ausmaß in Anspruch genommen. Die Frauen wurden nur teilweise über weitere Möglichkeiten von ihren Therapeut*innen informiert. Vor allem IP 3 berichtet, ihre Therapeutin habe immer wieder

eingebraucht, sie könne zur Polizei gehen und habe ihr auch Nummern von anderen Einrichtungen gegeben. Sie habe dies aber nie in Anspruch genommen. In Anspruch genommen wurden das allgemeine Krankenhaus, die Psychiatrie sowie eine niedergelassene Psychiaterin (IP 2) und eine Scheidungsanwältin (IP 4). IP 2 erstattete nach Ende der Gewaltbeziehung Anzeige. Da ihr Mann zu diesem Zeitpunkt jedoch bereits schwer dement war, werde dabei wohl nichts mehr herauskommen, erklärt sie. Abgesehen davon erstattete keine der Frauen Anzeige. Keine der Frauen wandte sich an die Polizei, das Gewaltschutzzentrum oder erwirkte eine Wegweisung. Keine der Frauen holte sich Unterstützung in einer Frauenberatungsstelle, bei der Frauenhelpline oder in einem Frauenhaus.

Als Gründe dafür wurde von IP 1 beschrieben: „I bin irrsinnig stur und in gewisser Weise irrsinnig stolz und Hilfe annehmen is suppa schwer für mi“ (IP 1, Absatz 193). Weiters wurde von zwei Frauen der Schutz des Täters als Grund angeführt. IP 3 meint dazu, sie habe gewusst, „wenn i (...) zur Polizei geh und ihn anzeig, zerstör i ihm sei Zukunft und des wollt i ... zu dem Zeitpunkt a net, weil i ihn halt a mögn hab“ (IP 3, Absatz 12).

IP 4 stellt fest, „das is interessant, dass das in keiner Therapie, auch nicht in der Lehrtherapie, [Thema war] ... Dazu hat mir nie wer geraten“ (IP 4, Absatz 147). Hierbei sei erwähnt, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen im relevanten Zeitraum (vor ca. 45 Jahren) tatsächlich noch andere waren. Gleichzeitig ist dieser Umstand dennoch eindrücklich, handelt es sich doch gerade bei IP 4 um eine Frau, bei der es neben der Gewalt, die sie als erwachsene Frau erlebt hat, auch um langjährigen sexuellen Missbrauch in der Kindheit ging.

Von Seiten der Diskussionsteilnehmerinnen wird betont, es sei wichtig, Wissen über Beratungsstellen und alle anderen Unterstützungsmöglichkeiten sowie über die rechtlichen Möglichkeiten auch in der Therapie zu vermitteln. Es wird betont, dass bestimmte Aufgaben jedenfalls aus der Therapie ausgelagert werden sollten, beispielsweise die Durchführung von Prozessbegleitung. Auch sei es wichtig, in Kontakt mit dem Gewaltschutzzentrum zu stehen, da dieses beispielsweise informiert werde, wenn Täter wieder aus der Haft entlassen

werden. Betont wird, eine gute Vernetzung mit anderen Einrichtungen sei generell entscheidend. Die Klientin dürfe nicht allein dastehen.

Darauf angesprochen, dass keine der Frauen eine Anzeige gemacht habe und auch niemand vom Gewaltschutzzentrum betreut wurde oder in ein Frauenhaus gegangen sei, meint Schigl: „Is nun mal Realität. Die, die bei Institutionen aufschlagen, is wirklich die Spitze des Eisbergs“ (Schigl, Absatz 259).

Zehetner betont weiter, es sei „kein Wunder ... , weil ja die Staatsanwaltschaft schon als Einstellungsbehörde bezeichnet wurde in einer Studie“ (Zehetner, Absatz 268). Sie führt weiter aus, sie könne es den Frauen „unglaublich schwer ... nahelegen“ (Zehetner, Absatz 265), eine Anzeige zu machen. Frauen würden über „peinlichste Befragungen“ erzählen, „demütigend teilweise ... ohne jedes Verständnis für sexualisierte Gewalt ... grauenhaft respektlose Fragen..., als wär sie die Angeklagte“ (Zehetner, Absatz 265). Man könne „eigentlich nur ana sehr stabilen Frau empfehlen, Anzeige zu machen“ (Zehetner, Absatz 265). Jedenfalls solle den Frauen geraten werden, nicht allein zur Polizei zu gehen. Es brauche unbedingt eine Begleitung durch geschultes Personal, am besten durch Prozessbegleiterinnen.

5. Theoretische Ergänzungen

Auf Basis der Ergebnisse der empirischen Studie konnten weitere theoretische Grundlagen als relevant erkannt werden. Diese werden hier nun ergänzt. Es handelt sich dabei einerseits um die Beschreibung besonders relevant erscheinender gestalttherapeutischer Theorien, andererseits aber auch um schulenübergreifende Zugänge.

5.1 Gestalttherapeutische Theorie

Einen Überblick, welche gestalttherapeutischen Konzepte grundsätzlich relevant und gut mit dem Themenfeld kompatibel erscheinen, bietet die Auseinandersetzung mit den Schnittstellen zwischen Gestalttherapie und frauenspezifischer Perspektive im ersten Teil der Arbeit. Darauf sei an dieser Stelle nochmals verwiesen.

Aus gestalttherapeutischer Perspektive konnten vor allem die Beiträge von Lore Perls als relevant und gut kompatibel herausgefiltert werden. Erweitert und differenziert können ihre Konzepte mit Hilfe der Angsttheorie von Goldstein und dem Konzept der Ich-Grenzen von Polster & Polster werden (Votsmeier-Röhr, 2005). Daher finden auch diese Konzepte Eingang in die folgenden Ausführungen.

5.1.1 Die Bedeutung der Konzepte von Lore Perls

Lore Perls erfährt mit ihren Beiträgen in den letzten Jahren bei mehreren Autoren eine Aufwertung hinsichtlich ihrer Bedeutung für die heutige Gestalttherapie (z. B. Votsmeier-Röhr, 2005 und 2017). Insbesondere das von ihr erarbeitete Kontakt-Support-Prinzip wurde von Votsmeier-Röhr (2005) als sehr relevant für die heutige Gestalttherapie herausgearbeitet, da es „Antworten ermöglicht auf therapeutische Fragen unserer Zeit“ (S. 38). Er betont, dass sich dieses Konzept vor allem in der Arbeit mit strukturellen Störungen als sehr hilfreich und bedeutsam erweist. Selbstverständlich ist nicht davon auszugehen, dass alle gewaltbetroffenen Frauen strukturelle Störungen im eigentlichen Sinne

aufweisen. Jedoch ist mittlerweile gut belegt, dass Gewalteinwirkungen die strukturellen Fähigkeiten einer Person zumindest zeitweise, bei entsprechend schwerer und anhaltender Gewalt auch nachhaltig beeinträchtigen können. Dies wurde auch im Rahmen der Master These bereits thematisiert.

Die abschließende Diskussion wird zeigen, dass sich die von den betroffenen Frauen in den Interviews beschriebenen Erfahrungen gut durch die zentralen, theoretischen Konzepte „Grenze“, „Kontakt“ und „Stütze“ von Lore Perls darstellen lassen.

Der Fokus auf Lore Perls erscheint außerdem im Zusammenhang mit dem ebenfalls bereits thematisierten emanzipatorischen Anspruch der vorliegenden Master These, der großen Bedeutung einer frauenspezifischen Perspektive in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen und der notwendigen kritischen Auseinandersetzung mit Fritz Perls' Bezug zum Thema Gewalt und Frauen als sinnvoll und wichtig. In diesem Sinne versteht auch Lore Perls ihre therapeutische Arbeit „als politisch“ (Perls, L., 2005, S. 117), denn „wenn man Menschen dabei unterstützt authentischer zu werden – in Gesellschaften die mehr oder weniger autoritär oder autoritätsorientiert sind, ist das immer politische Arbeit ...“ (Perls, L., 2005, S. 119).

5.1.2 Grenze, Kontakt und Stütze

Die Begriffe der Grenze, des Kontakts und der Stütze machen für Lore Perls „das Wesen der Theorie und Praxis der Gestalttherapie“ aus (Perls, L., 1999, S. 109).

Die *Grenze* ist dabei „gleichzeitig der Ort der Berührung und der Trennung“ (S. 109). Sie ist „der Ort, wo vormals nicht wahrgenommenes oder undeutliches Erleben in den Vordergrund tritt als prägnante Gestalt“ (S. 110).

Kontakt findet an dieser Grenze statt, „Grenzerlebnis ist der Kontakt“ (Votsmeier-Röhr, 2005, S. 31). Kontakt ist dabei „kein Zustand, ... sondern eine Tätigkeit. Ich mache Kontakt, ich nehme Kontakt auf an der Grenze zwischen mir und dem anderen [sic!]“ (Perls, L., 1999, S. 109). Dieser Kontakt kann sich sowohl auf ein In-Kontakt-Sein mit der äußeren Welt als auch mit sich selbst (mit eigenen

Gedanken, Gefühlen, Erinnerungen, etc.) beziehen (Votsmeier-Röhr, 2017). Es findet dabei Austausch und Auseinandersetzung statt, wodurch ein Mensch Neues, Passendes assimilieren, aber sich auch gegen Unpassendes oder Schädliches abgrenzen und zur Wehr setzen kann. Perls' Beschreibungen erscheinen dabei gut mit bestimmten strukturellen Fähigkeiten vergleichbar. So beschreibt sie die Aktivität des Kontakts „mit einem bestimmten Rhythmus des Berührens und Loslassen“ und als ein „ständiges Hin- und Herschwingen zwischen *mir* und dem *anderen*“ [sic!] (Perls, L., 1999, S. 103), was stark an die strukturellen Fähigkeiten im Bereich Bindung sowie Selbst- und Fremdwahrnehmung erinnert.

Damit diese Kontaktprozesse gelingen können und nicht aus Angst vermieden werden müssen, ist ausreichend *Stütze* notwendig. Für Perls ist Stütze dabei „alles, was die kontinuierliche Assimilation und Integration ... erleichtert“ (Perls, L., 1999, S. 103). Gleichzeitig kommt Stütze von allem, was bereits „assimiliert und integriert wurde“ (Perls, L., 1999, S. 54). Votsmeier-Röhr beschreibt Stütze als äußere und innere Ressourcen (2005). Dieses ursprünglich sehr allgemein gehaltene Konzept der Stütze kann durch neuere Erkenntnisse näher beschrieben und differenziert werden. Votsmeier-Röhr (2017) nennt in diesem Zusammenhang vor allem die gut mit der Gestalttherapie kompatible OPD-Diagnostik struktureller Fähigkeiten. Tatsächlich handelt es sich bei einigen der von Lore Perls beschriebenen Stütz- und Kontaktfunktionen um das, was aktuell als strukturelle Fähigkeiten bekannt ist. Deren Entstehung (oder Nicht-Entstehung/Zerstörung) wird sowohl bei Lore Perls als auch in der strukturbezogenen Psychotherapie aus der Entwicklung und unterschiedlichen Erfahrungen und Lernschritten heraus erklärt. So schreibt Perls, Stütze ist die „primäre Physiologie (wie Atmen und Verdauen), die aufrechte Haltung und die Koordination der Bewegungen, die Sensibilität und Beweglichkeit, die Sprache, die Gewohnheiten und Sitten soziale Verhaltensweisen und Beziehungen und alles andere, was wir in unserem Leben erlernt und erfahren haben“ (Perls, L., 1999, S. 103).

5.1.3 Kontakt-Support-Prinzip

Mit dem Kontakt-Support-Prinzip beschreibt Lore Perls das bereits angedeutete Zusammenspiel von Kontaktprozessen und Stütze als Figur-Hintergrund-Geschehen. Die Stütze ist dabei der Hintergrund, vor dem Kontakt im Vordergrund möglich wird, vorausgesetzt es ist ausreichend Stütze vorhanden. Kontakt zu etwas Neuem kann immer mit einer gewissen Verunsicherung oder vorübergehenden Angst verbunden sein. Ist jedoch ausreichend Stütze vorhanden, so kann eine einigermaßen gesicherte Position gehalten und der Kontakt adäquat vollzogen werden. So kann „jede Erfahrung, alles Gelernte, das voll assimiliert und integriert ist“ (Perls, L., 1999, S. 111) wiederum zur Stütze werden.

Versucht man jedoch, Kontakt zu etwas aufzunehmen, für das nicht ausreichend Stütze vorhanden ist, wird dieser „Mangel an *wesentlicher* Stütze ... als *Angst* erlebt“ (Perls, L., 1999, S. 111). Diese Angst ist dabei existenzieller als eine kurzzeitige, ängstliche Verunsicherung. Lore Perls behandelt in ihren Ausführungen nicht näher, was genau diese Angst ausmacht. Antworten dazu finden sich jedoch bei Goldstein: „Angst ist das Erlebnis der ... Gefährdung der eigenen Person, Angst vor der Erschütterung des Bestandes seines Ich, vor Desorganisation seiner Persönlichkeit, seines Wesens, seiner Existenz als der Möglichkeit, sich seiner Wesenheit entsprechend in der Welt zu verwirklichen (1934, S. 269; zitiert nach Votsmeier-Röhr, 2005, S. 31). Die Angst ist demnach keine Angst vor Versagen, sondern eine Angst um die eigene Existenz. Existenz wird dabei in einem sehr umfassenden Sinne verstanden. Es geht sowohl um die physische als auch um die psychische Existenz und um eine existenzielle Gefährdung eigener, dem individuellen Wesen entsprechender, Verwirklichungsmöglichkeiten. Votsmeier-Röhr bezeichnet diese Angst auch als eine „Angst vor der Gefährdung der persönlichen Identität (Ich-Identität)“ (Votsmeier-Röhr, 2005, S. 33). Angesichts dieser Bedrohung kommt es zu einer „Katastrophenreaktion“ (Goldstein, 1934 zitiert nach Votsmeier-Röhr, 2005, S. 33) und der Mensch fokussiert auf die reine Selbsterhaltung in der Welt.

Um sich dieser existentiellen Angst nicht auszusetzen und das Überleben zu sichern, wird bei mangelnder Stütze der Kontakt vermieden, was zu diversen Kontaktstörungen (Konfluenz, Isolierung, Introjektion, Projektion) führt. Diese wurden bereits von Fritz Perls in „Das Ich der Hunger und die Aggression“ (1947/2012) beschrieben. Das Vermeidungsverhalten und die Kontaktstörungen können sich dabei auf den intrapsychischen Bereich (Vermeidung bestimmter Gedanken, Gefühle, ...), auf die äußere Umwelt oder die interpersonelle Ebene (z. B. Vermeidung bestimmter Konflikte) beziehen.

Lore Perls kritisiert allerdings eine übermäßige Konzentration auf diese Kontaktprozesse und Kontaktstörungen und versucht mit ihrem Kontakt-Support-Prinzip, den Fokus stattdessen vermehrt auf den Hintergrund (= die Stütze) als Grundbedingung für gelungenen Kontakt oder aber als Ursache für misslungenen Kontakt zu lenken. Auch die therapeutische Aufmerksamkeit wird damit auf die Hintergrundprozesse gelenkt, die den Spielraum definieren, welche Kontaktprozesse überhaupt zu Stande kommen können (Votsmeier-Röhr, 2005). Der Fokus der Therapie liegt damit auf dem Support, dem Aufbau von ausreichender innerer und äußerer Stütze, um Kontaktprozesse und damit Entwicklung und Lernen überhaupt erst möglich zu machen. Hauptstütze in der Therapie ist dabei der „direkte und vorbehaltlose Kontakt zum Therapeuten [sic!], weil durch ihn [sic!] der Kontakt des Patienten [sic!] zu sich selbst erleichtert wird“ (Schneider, 2005, S. 209).

5.1.4 Ich-Grenze

Erv und Miriam Polster ergänzen das Kontakt-Support-Prinzip durch ihr Konzept der Ich-Grenze. Sie verstehen darunter „die für einen Menschen zulässigen Kontaktmöglichkeiten unter Erhaltung seiner Identität“ (Votsmeier-Röhr, 2017, S. 64). Sie unterscheiden dabei zwischen drei Möglichkeiten:

- Kontakt innerhalb der Ich-Grenze
- Kontakt an der Ich-Grenze
- Kontakt außerhalb der Ich-Grenze

Kontakt außerhalb der Ich-Grenze ist inadäquat und nicht assimilierbar und kann zur bereits beschriebenen Existenzbedrohung/existenziellen Angst und in Folge zu Kontaktvermeidungen/Kontaktunterbrechungen führen.

Der gesunde Organismus weiß in der Regel aus sich heraus, wo diese Ich-Grenzen liegen, welche Situationen er sich also zutrauen kann, ohne sich einer existenziellen Gefährdung auszusetzen. Schneider fasst zusammen, was Lore Perls über Menschen sagt, die nicht mehr so klar ihre Grenzen wahrnehmen können: „Menschen ohne klare Grenzen sind für Introjektionen und Projektionen offen und erkennen nicht mehr, wer sie selbst sind und wer der andere ist...“ (Perls, L., 2005, S. 210). Auch hier lässt sich eine Brücke zum Konzept struktureller Fähigkeiten (Rudolf, 2013) schlagen, das im nächsten Kapitel kurz dargestellt werden soll.

5.2 Strukturbezogene Psychotherapie und Entwicklungspsychologie

Vor allem ab den 1970er-Jahren zeigte sich mehr und mehr, dass klassisch-psychoanalytische Verfahren in der Arbeit mit Patient*innen mit tiefgreifenden Persönlichkeitsstörungen an ihre Grenzen stießen. Diese Entwicklung zeichnete sich auch in der Gestalttherapie ab und führte zunehmend zu einer Integration klinisch orientierter Konzepte in die Gestalttherapie.

Ausgehend von diesen Erfahrungen im klinischen Kontext, entstanden – beginnend mit Kernbergs Prinzipien der Persönlichkeitsorganisation – theoretische Konzepte, die schließlich zur Entwicklung eines neuen, diagnostischen Werkzeugs, der OPD (Operationalisierte psychodynamische Diagnostik) und der daran angelehnten „strukturbezogenen Psychotherapie“ (Rudolf, 2013) führten. Bei der Entwicklung dieser Konzepte wurden vor allem Erkenntnisse aus den Bereichen der Bindungsforschung und Entwicklungspsychologie mit einbezogen und der Fokus auf qualitativ unterschiedliche psychische Funktionen, die sogenannten „strukturellen Fähigkeiten“, gerichtet. Abbildung 9 gibt einen Überblick über die konkret damit gemeinten Fähigkeiten (Rudolf, 2013, S. 54):

Tab. 4-3 Strukturelle Funktionen

1. Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung	
1.1 Selbstreflexion	1.4 Selbst-Objekt-Differenzierung
1.2 Affektdifferenzierung	1.5 Ganzheitliche Objektwahrnehmung
1.3 Identität	1.6 Realistisches Objekterleben
2. Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs	
2.1 Impulssteuerung	2.4 Beziehung schützen
2.2 Affekttoleranz	2.5 Interessenausgleich
2.3 Selbstwertregulierung	2.6 Antizipation
3. Kommunikation nach innen und nach außen	
3.1 Affekterleben	3.4 Emotionaler Kontakt
3.2 Fantasie nutzen	3.5 Affektausdruck
3.3 Körperselbst	3.6 Empathie
4. Bindung an innere und äußere Objekte	
4.1 Internalisierung	4.4 Bindungsfähigkeit
4.2 Introjekte nutzen	4.5 Hilfe annehmen
4.3 Variable Bindungen	4.6 Bindungen lösen

Darauf aufbauend werden vier Strukturniveaus der Persönlichkeit unterschieden: gut integriert, mäßig integriert, gering integriert, desintegriert. Struktur ist dabei definiert als „die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind“ (Rudolf, 2013, S. 54). Aufgrund der Begrenztheit der Arbeit kann hier nicht im Detail auf die einzelnen Strukturniveaus eingegangen werden. Es sei dafür auf das Manual der OPD 2 (Arbeitskreis OPD, 2019) verwiesen.

Die *Entwicklung struktureller Fähigkeiten* findet vor allem in der frühen Kindheit statt. Hier wird nun der Bezug zu den Erkenntnissen aus der Bindungsforschung und Entwicklungspsychologie deutlich: Das Baby oder Kleinkind ist auf die „Feinfühligkeit“ der erwachsenen Betreuungsperson angewiesen. Diese müssen die Signale des Kindes wahrnehmen und mit adäquaten, den Bedürfnissen des Kindes entsprechenden Beziehungsangeboten beantworten. Das Kind nimmt die Bezugspersonen dadurch als fördernde, hilfreiche Objekte wahr. Das Objekt wird

emotional positiv besetzt und schließlich innerlich abgespeichert und wiedererkannt. Dies bietet dem Kind schließlich auch die Möglichkeit, sich bei zunehmend negativen Affekterleben an diese guten Objekte zu wenden, um Beruhigung, Hilfe und Sicherheit wieder zu erlangen. In diesen Interaktionen werden die Grundlagen für die Entwicklung struktureller Funktionen gelegt.

Strukturelle Störung meint also eine „unzureichende Verfügbarkeit über diese Funktionen, bzw. ihre Vulnerabilität“ (Rudolf, 2013, S. 54) und wird in logischer Konsequenz meist (aber nicht nur) als Folge frühkindlicher Beziehungsstörungen gesehen.

Die für die therapeutische Praxis wohl bedeutendste Erkenntnis aus diesem strukturbezogenen Verständnis ist, dass Menschen unterschiedlicher Strukturniveaus auch unterschiedliche therapeutische Haltungen/Positionen erforderlich machen. Dabei wird zwischen „Dahinter“ (im Sinne von Containment, Hilfs-Ich, Unterstützung, ...), „Daneben“ (im Sinne von gemeinsam die Situation des*r Klient*in betrachten) oder „Gegenüber“ (im Sinne von Spiegeln, eher konfrontierend) unterschieden. Je geringer das Strukturniveau, desto mehr dahinter ist nötig und desto weniger gegenüber ist möglich und sinnvoll.

Greift man nun nochmals auf das oben beschriebene Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls zurück, werden die Parallelen deutlich. Was Lore Perls als (innere) Stütze bezeichnet, entspricht in vielen Aspekten den beschriebenen strukturellen Fähigkeiten. Auch ihre Vorstellungen, diese Stütze entwickle sich durch alle bereits gemachten und integrierten Erfahrungen, entspricht dem beschriebenen Grundprinzip der Entwicklung struktureller Fähigkeiten. Schließlich betont Lore Perls: „Wie wir die Entwicklung von elastischen Stützfunktionen bei unseren Patienten fördern, hängt davon ab, ... was wir als Stütze in unseren Klienten vorfinden“ (Perls, L., 1999, S. 112). Auch hier zeigt sich die Ähnlichkeit mit den beschriebenen, je nach Strukturniveau unterschiedlichen, hilfreichen Positionen des*r Klient*in. Lore Perls warnt in diesem Zusammenhang auch vor zu raschem

und konfrontativem Vorgehen und betont, dass dies auch „antitherapeutischen Stellenwert“ (Perls, L., 2005, S. 209) hat: „Mir sind die Wundertäter verdächtig; ich habe genug von den plötzlichen Durchbrüchen, die so oft eine negative, therapeutische Reaktion erzeugen, einen Rückfall oder einen psychotischen Schub“ (Perls, L., 1999, S. 114). Kristine Schneider fasst Perls Zugang zusammen: „... nicht überfordern, an der subjektiven Wahrnehmung des Patienten bleiben, ihn da abholen, wo er sich innerlich befindet, ihn die eigenen Grenzen erleben und die Dynamik seiner Grenzziehung durchsichtig werden lassen“ (Perls, L., 2005, S. 210).

Ihr Zugang erweist sich damit als gut kompatibel, sowohl mit den Einschätzungen strukturbezogener Psychotherapie als auch den Haltungen frauen- und traumaspezifischer Psychotherapie, und kann somit als sehr bedeutend für die Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen erachtet werden.

5.3 Tiefungsebenen in der therapeutischen Arbeit

Schigl spricht in der Gruppendiskussion die Differenzierung der therapeutischen Arbeit nach verschiedenen Tiefungsebenen an und betont die Bedeutung der Arbeit auf eher geringerer Tiefungsebene. Die Gestalttherapie bezieht sich diesbezüglich auf das Konzept der therapeutischen Tiefung von Petzold, der vier Tiefungsebenen therapeutischer Arbeit unterscheidet:

1. Die Ebene der Reflexion

Das Geschehen bleibt im Bereich des Überlegens: Erinnerungen, Gedanken, Vorstellungen, Bilder (ohne stärkere, emotionale Beteiligung).

2. Die Ebene der Vorstellungen und Affekte

Bildhafte Erinnerungen und Vorstellungen werden erlebnisnahe vergegenwärtigt und emotional bearbeitet. Die rationale Kontrolle ist dabei jedoch noch deutlich gegeben.

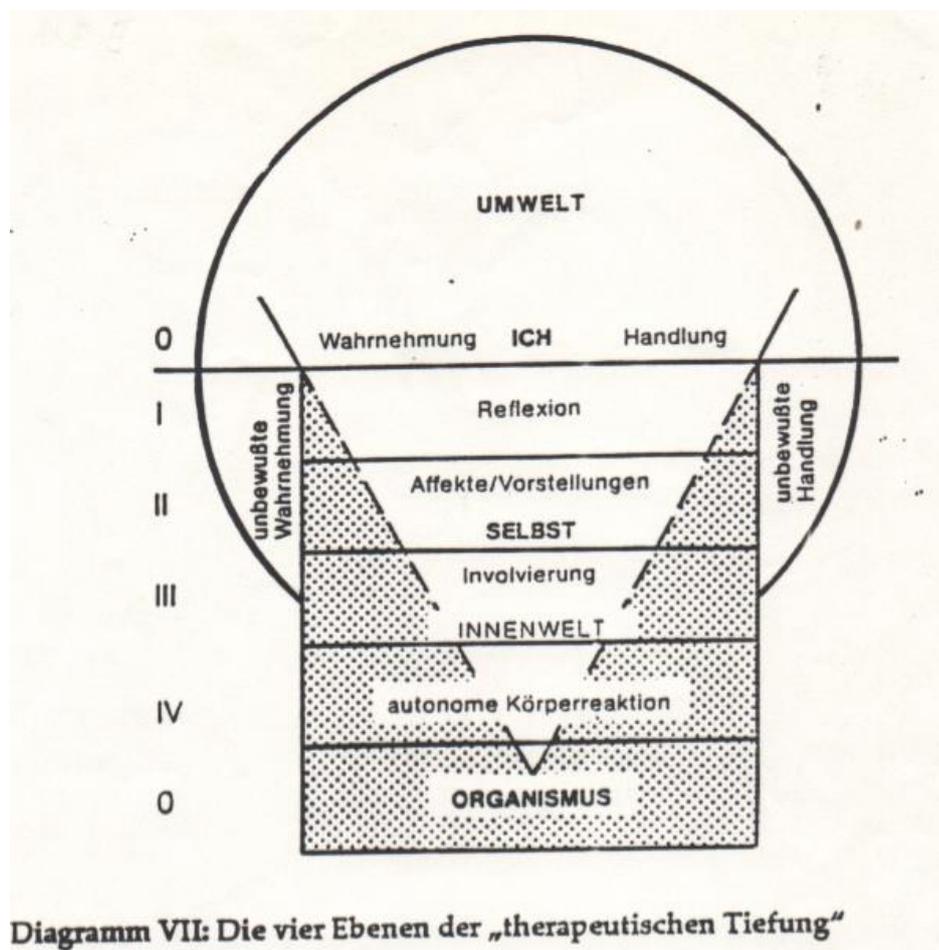
3. Die Ebene der Involvierung

Die rationale Kontrolle nimmt ab. Bilder, Gefühle und Szenen steigen auf und werden mit höherer Intensität und Involviertheit durchlebt.

4. Ebene der autonomen Körperreaktionen

Die Kontrolle wird weitgehend aufgegeben. Es kommt zu heftigen, expressiven Körperreaktionen. Eine Verbindung zum*r Therapeut*in bleibt erhalten.

Abb. 10 (Petzold, 1988, S. 105) bietet einen Überblick über das beschriebene Modell:



In der Arbeit mit traumatisierten Klient*innen sowie mit Menschen mit strukturellen Defiziten ist das Aufrechterhalten von Kontrolle über das eigene Erleben von großer Bedeutung, da es sonst zu einer bedrohlich erlebten Affektüberflutung und in Folge möglicherweise zu einer Retraumatisierung

kommen kann. Die therapeutische Arbeit wird sich daher vor allem auf den Ebenen eins und zwei abspielen, um diese Kontrolle in ausreichendem Maß sicher zu stellen.

5.4 Change-Transition-Modell

Die empirische Studie hat gezeigt, dass eine Unterscheidung zwischen inneren und äußeren Veränderungsschritten Sinn macht und im Auge behalten werden muss, wie sehr diese beiden Aspekte auseinanderliegen. Bei zu großer Diskrepanz zeigt sich die Gefahr schmerzlicher Rückfälle. Zehetner verweist in der Gruppendiskussion in diesem Zusammenhang auf das Change-Transition-Modell von William Bridges (2016), welches von „Frauen beraten Frauen“ in der Trennungs- und Scheidungsbegleitung Verwendung findet. Dieses Modell soll daher kurz beschrieben und im Hinblick auf die Bedeutung für die Arbeit mit akut gewaltbetroffenen Frauen reflektiert werden.

Bridges (2016) unterscheidet bei Veränderungsprozessen zwischen Change und Transition. *Change* bezeichnet dabei die Veränderungen in der äußeren Realität (wie beispielsweise eine räumliche Trennung, eine Anzeige oder eine Scheidung). *Transition* bezieht sich hingegen auf den sehr individuellen, inneren Veränderungsprozess (wie beispielsweise das eigene Erleben oder der eigene Umgang mit der Situation). Change und Transition müssen dabei nicht parallel ablaufen. Change kann einer Transition vorausgehen (z. B., wenn eine Nachbarin die Polizei ruft und es zu einer Wegweisung kommt). Change kann aber auch die Folge von Transition sein (z. B., wenn eine Frau nach einem längeren, inneren Prozess zunehmend zu der Überzeugung kommt, sich der Gewalt nicht mehr aussetzen zu wollen und deswegen die Trennung vollzieht). Bridges beschreibt hierbei drei Phasen innerer Veränderung, die sehr individuell ablaufen:

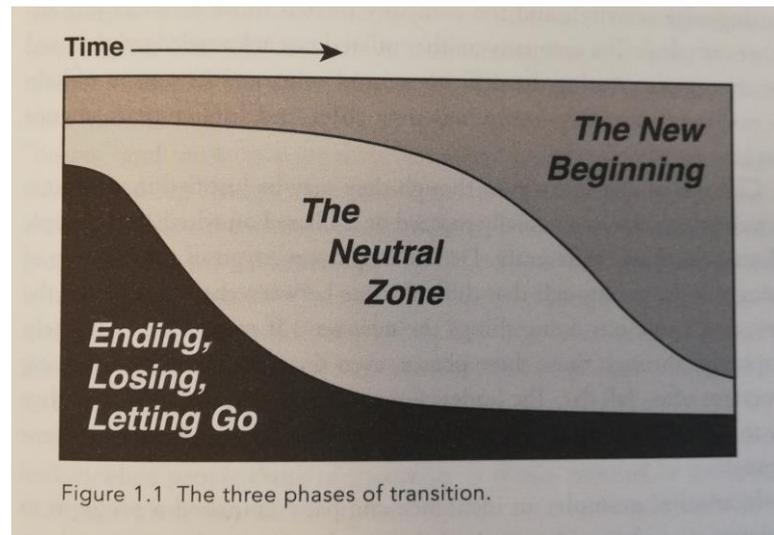


Abb. 11: The three phases of transition (Bridges, 2016, S. 5)

1. *Das Beenden:* Innerliches Abschließen mit dem, was durch die Veränderung verloren geht.
2. *Die neutrale Zone:* Stellt den Übergangsbereich zwischen alter und neuer Realität und damit zwischen alter und neuer Identität dar. Das Neue ist noch nicht vertraut, das Alte aber schon vorbei. Diese Phase geht in der Regel mit Unsicherheiten und Ängsten einher, bietet aber auch eine Chance für Entwicklung und Kreativität.
3. *Der Neubeginn:* Die neue Realität und Identität werden angenommen und gelebt.

In der empirischen Studie und in der theoretischen Auseinandersetzung hat sich gezeigt, dass die therapeutische Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen in besonderem Maße innere und äußere Bedingungen und Veränderungsschritte im Auge behalten muss. Psychotherapie, die sich traditionell mehr um das Innenleben der Klient*innen bemüht, könnte hier Gefahr laufen, zu einseitig auf innere Prozesse zu fokussieren, während Sozialarbeit eventuell das Risiko birgt, äußere Veränderungen zu sehr voranzutreiben und dabei notwendige innere Veränderungsprozesse zu übersehen. In diesem Sinne könnte das Change-Transition-Modell eine hilfreiche theoretische Ergänzung für die Arbeit mit akut gewaltbetroffenen Frauen darstellen.

Im weiteren Verlauf zitiert Bridges den britischen Philosophen Alfred North Whitehead mit den Worten „We think in generalities, but we live in detail“ (zitiert nach Bridges, 2016, S. 13). Er beschreibt folglich innere Veränderungen sehr detailreich und kleinschrittig - ein Zugang, der einer therapeutischen Begleitung akut gewaltbetroffener Frauen durchaus entgegenkommen könnte.

Der begrenzte Rahmen dieser Arbeit verhindert eine eingehendere Auseinandersetzung, auch wenn die bereits geschilderten Hinweise auf den möglichen Wert dieses Modells für die therapeutische Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen dies nahelegen würde.

6. Diskussion

Alle interviewten Frauen schreiben der Psychotherapie entscheidende Bedeutung für ihren Weg aus der Gewalt zu. Sie schildern verschiedene innere Entwicklungen, die durch die Therapie ermöglicht/unterstützt wurden und die für die Frauen ohne eine entsprechende Unterstützung schwer vorstellbar erscheinen. Die in der Einleitung thematisierten Vorannahmen, dass Psychotherapie einen wichtigen Beitrag für akut gewaltbetroffene Frauen leisten und innere, für den Weg aus der Gewalt wichtige Prozesse der Frauen hilfreich begleiten kann, haben sich damit im Wesentlichen bestätigt. Das Schweigen zu brechen und darüber reden zu können, wird bereits als sehr hilfreich und entlastend erlebt.

Es ist weiters naheliegend, dass eine therapeutische Begleitung bereits während der Gewaltbetroffenheit – als ein Faktor von mehreren – einen Beitrag zur Reduktion des Risikos, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, leisten kann. Sowohl die Schilderungen von IP 3 als auch die Einschätzungen der Diskussionsteilnehmerinnen und die theoretischen Ausführungen zu den Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung einer PTBS (Maerker, Pielmaier & Gahleiter, 2019) legen dies nahe.

Die weitere Diskussion soll nun einige Aspekte der empirischen Ergebnisse mit der aktuellen in der Arbeit skizzierten Theorie in Verbindung bringen. Überwiegend möchte ich dabei jene Aspekten näher ausführen und differenzieren, bei denen sich Diskrepanzen oder eine unterschiedliche Gewichtung zwischen Empirie und Theorie oder zwischen den Schilderungen der betroffenen Frauen und den Inhalten der Gruppendiskussion zeigten.

6.1 Bedeutung und Qualität der therapeutischen Beziehung

Die*der Therapeut*in als Person und die gute Beziehung zum*r Therapeut*in wird von den Frauen als sehr wichtige Basis beschrieben. Sicherheit und Vertrauen innerhalb der therapeutischen Beziehung ist dabei, noch mehr als in

anderen Therapien, von sehr hoher Bedeutung und muss teilweise erst erarbeitet werden, wie dies auch aus traumaspezifischer Perspektive theoretisch beschrieben wird (u. a. Wöller & Reddemann, 2017).

Rudolf (2013) beschreibt die Bedeutung von Hilfs-Ich-Funktion für die Entwicklung struktureller Fähigkeiten und die Notwendigkeit der zeitweisen Übernahme dieser Funktion durch die*den Therapeut*in gerade bei Menschen mit strukturellen Defiziten. Wenn z. B. IP 4 berichtet, wie sie sich innerlich auf Aussagen und Bewertungen der Therapeutin bezieht (Die Therapeutin würde jetzt sagen, ...), zeigt sich genau dieser von Rudolf beschriebene Aspekt. Auch in diesem Sinne kann der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle am Weg aus der Gewalt zukommen. In ähnlicher Weise betont Barwinski (2018) die Bedeutung der Verinnerlichung der therapeutischen Beziehung bei der Lösung der Bindung an den Täter. IP 4 beschreibt hierzu sogar, dass sie die Abhängigkeit vom Täter vorübergehend gegen eine Abhängigkeit von der Therapeutin ausgetauscht habe.

6.2 Bestätigung frauen- (und trauma)spezifischer Grundhaltungen

Die im theoretischen Teil beschriebenen Haltungen frauenspezifischer Psychotherapie finden sich alle auch in der Gruppendiskussion und größtenteils auch in den Interviews wieder. Hervorheben möchte ich folgende von allen Seiten als hilfreich beschriebene Haltungen, deren Bedeutung im Übrigen in sehr ähnlicher Weise auch aus traumaspezifischer Perspektive betont wird:

- Nicht-wertende, nicht-verurteilende Grundhaltung, die das Erleben und die Wahrnehmung der Klientin in den Mittelpunkt rückt, sie ernst nimmt und ihr glaubt
- Solidarische Haltung mit der Klientin
- Ressourcenorientierung
- Klare Haltung gegen Gewalt

Folgende Haltungen und Zugänge, teilweise aus anderen theoretischen Kontexten, sind ebenfalls relevant, werden aber weiter unten noch ausführlicher diskutiert:

- Eine Haltung des „Dahinter“ und „Daneben“ im Sinne strukturbezogener Psychotherapie (Rudolf, 2013)
- Vorwiegend geringe Tiefungsebenen (Petzold, 1988)
- Gesellschaftskritische Perspektive (frauenspezifische Psychotherapie)

6.3 Themen und Inhalte der Therapien

Folgende Themen/Inhalte kamen in allen Therapien vor und wurden auch in der Gruppendiskussion und der Literatur als relevant beschrieben:

- Schuld (und/oder Scham)
- Sicherheit und Auseinandersetzung mit Handlungsmöglichkeiten, Sicherheitsstrategien und dem eigenen Umgang mit der Situation
- Selbstwert (und Selbstbild)
- Eigene Sichtweisen und „Normalitätsverständnis“ reflektieren
- Wissen zu Gewalt, Gewaltdynamiken, Auswirkungen u. ä. vermitteln
- Verstehen wollen, was da passiert und warum es passiert – Auseinandersetzung mit Zusammenhängen und Erklärungsversuchen

Das Thema Sicherheit ist dabei als übergeordnetes Thema zu betrachten und zieht sich nicht nur durch alle Interviews und die Gruppendiskussion, sondern auch durch die unterschiedlichen Aspekte der Therapien. So spielt Sicherheit sowohl in der therapeutischen Beziehungsgestaltung und in Settingfragen, als auch thematisch in der Therapie durch die Arbeit an Sicherheitsstrategien eine entscheidende Rolle.

Eine Ähnlichkeit mit der ersten (oder den ersten beiden) Phase(n) einer traumatherapeutischen Behandlung (Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002) ist gegeben, wobei in diesen Ausführungen die Arbeit an einer maximal möglichen, äußeren Sicherheit zwar thematisiert, überwiegend jedoch auf das subjektive Sicherheitsgefühl der Klientinnen fokussiert wird. Angesichts der zumindest zu

Beginn der Therapie vorhandenen realen Bedrohung in der Arbeit mit akut gewaltbetroffenen Frauen bedarf es in diesem Fall jedoch einer deutlich anderen Gewichtung. Gerade weil viele Frauen dazu tendieren, das tatsächliche Ausmaß der Bedrohung zu bagatellisieren, ist es entscheidend, die real existierende Bedrohung ausreichend im Auge zu behalten.

6.4 Erweiterung therapeutischer Aufgaben oder/und Vernetzung

Vor allem aufgrund der Notwendigkeit, Maßnahmen für die Erhöhung äußerer Sicherheit in die Wege zu leiten, betonen sowohl die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion als auch verschiedene Autor*innen in der Literatur die Wichtigkeit einer vernetzten Arbeit und einer Anbindung der Klientinnen an andere, professionelle Unterstützungssysteme. Dabei fällt eine große Diskrepanz zwischen dem von der Fachwelt proklamierten Ideal und der in der Studie beschriebenen Realität auf. Keine der interviewten Frauen erhielt abseits der Therapie professionelle Unterstützung durch andere Einrichtungen, erstattete Anzeige oder erwirkte eine Wegweisung. Betrachtet man die nach wie vor hohe Dunkelziffer, die geringe Anzahl an Anzeigen und die noch niedrigeren Quoten bei Verurteilungen nach häuslicher Gewalt, wie dies sowohl in der Prävalenzstudie erhoben als auch in der Gruppendiskussion thematisiert wurde, lässt sich erahnen, dass es sich dabei wohl nicht nur um einen Zufall, bedingt durch die geringe Anzahl der Interviewpartnerinnen, handelt.

Der*die Therapeut*in wurde so, zumindest in der ersten Zeit der Therapie, oft zum*r einzigen Mitwisser*in und Zeug*in. Beschreibungen der Frauen lassen vermuten, dass die private, psychotherapeutische Praxis für bestimmte gewaltbetroffene Frauen interessanterweise als niederschwelliger erlebt wird als ein öffentliches Angebot im Gewaltschutzbereich. Dieses Setting scheint für manche Frauen die dringend benötigte Vertraulichkeit und Verschwiegenheit eindeutiger sicher zu stellen und ermöglicht eine Annäherung an die Gewaltthematik auch auf Umwegen. Auch die Tatsache, dass für die Leistung bezahlt wird, scheint für manche Frauen eher entlastende Wirkung zu haben.

Auch wenn dies sicher nur für einen bestimmten Teil gewaltbetroffener Frauen gilt, rückt es dennoch die Bedeutung psychotherapeutischer Versorgung für die Gewaltschutzarbeit in den Fokus und bestätigt die Notwendigkeit der Implementierung des Themas in die Ausbildungscurricula und der Aneignung von Wissen über Gewalt, Gewaltdynamiken und Gewaltschutzmaßnahmen, wie dies auch in der Gruppendiskussion betont wird.

Gleichzeitig bringt dieser Umstand einige Risiken bzw. Nachteile mit sich und wirft weitere Fragen auf, die sich ebenfalls in der Gruppendiskussion zeigen.

Einige sollen hier nochmals aufgelistet werden:

- Was tun, wenn die Therapie zu einer unerwünschten Stabilisierung der Gewaltbeziehung führt?
- Wann ist die Gefährdung so akut, dass – eventuell auch gegen den Willen der Klientin – Meldungen erfolgen müssen?

Dabei spielen auch die in Fachkreisen heftig diskutierten Änderungen der Verschwiegenheitspflicht (§15) im Psychotherapiegesetz (2019) im Zuge der Reform des Gewaltschutzgesetzes eine Rolle.

- Inwieweit ist es unter diesen Umständen notwendig und sinnvoll, therapeutisches Arbeiten niederschwelliger zu gestalten und auch an sich eher sozialarbeiterische Tätigkeiten durchzuführen?

Ohne dies hier näher ausführen zu können, sei an dieser Stelle auf die theoretische Auseinandersetzung mit niederschwelliger Psychotherapie in der Arbeit mit bestimmten Zielgruppen wie obdachlosen oder mehrfach belasteten Menschen hingewiesen (z. B. Klar & Trinkl, 2015). Die Vermutung liegt nahe, dass bestimmte Aspekte davon auch in der Arbeit mit akut gewaltbetroffenen Frauen von Bedeutung sein könnten.

6.5 Die Arbeit an der Stütze als Basis therapeutischer Begleitung

Die grundlegende Aufgabe in der therapeutischen Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen ist der Aufbau und die Aktivierung ausreichender innerer und äußerer Stützen (=Ressourcen), damit der Weg aus der Gewalt für die Frau

möglich wird. Aus gestalttherapeutischer Perspektive ist das Kontakt-Support-Prinzip von Lore Perls damit die wesentliche Grundlage und eine wichtige Orientierung für eine hilfreiche therapeutische Begleitung betroffener Frauen. Wie bereits geschildert, erfordert die Konfrontation mit Neuem das Vorhandensein von ausreichend Stütze, da es ansonsten zu existenziellen Ängsten und folglich zur Kontaktvermeidung bzw. zu diversen Kontaktstörungen kommt. Bereits das Nicht-Erkennen der Gewalt als solche oder das Nicht-Wahrnehmen des Täters als Täter können in diesem Sinne auch als eine Kontaktvermeidung aufgrund unzureichender Stütze verstanden werden. Frauen werden den Weg aus der Gewalt eher wagen und bewältigen, wenn ausreichend Stütze vorhanden ist.

Die Orientierung am Kontakt-Support-Prinzip lenkt den Fokus der therapeutischen Arbeit automatisch weg vom Vordergrund der bei den Frauen vorhandenen Kontaktunterbrechungen/Kontaktstörungen und einer defizitorientierten, therapeutischen Konfrontation. Stattdessen rückt der Hintergrund, also die mehr oder weniger ausreichend vorhandene Stütze, und damit die unbedingt notwendige, ressourcenorientierte und stärkende therapeutische Begleitung ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Der Aufbau und die Aktivierung ausreichender Stütze damit Schritte aus der Gewalt möglich werden, wird zum Hauptziel der therapeutischen Begleitung akut gewaltbetroffener Frauen, wie dies – in anderen Worten – auch Dutton (2002) beschreibt. Auch wenn zu Lore Perls Zeiten davon in dieser Form natürlich noch nicht die Rede war, entspricht dies einer therapeutischen Haltung eines „Dahinter“ oder „Daneben“, wie im Bereich strukturbezogener Psychotherapie (Rudolf, 2013) beschrieben.

6.6 Dahinter, Daneben, Gegenüber

Diese Haltungen der „Dahinter“ und des „Daneben“ sind jedenfalls als hilfreiche Grundhaltungen in der Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen zu definieren. Dies zeigt sich sowohl in den theoretischen als auch empirischen

Auseinandersetzungen mit der Thematik. Daran knüpft auch die Notwendigkeit einer überwiegenden Arbeit auf einer eher geringen Tiefungsebene an.

Die in der Einleitung thematisierte Sichtweise, Psychotherapie bzw. Traumatherapie sei nur möglich, wenn äußere Sicherheit gegeben ist, bedarf hier in Folge einer wichtigen Differenzierung. Schließlich ist Psychotherapie mit bestimmten Zielgruppen, insbesondere mit Menschen mit geringem Strukturniveau, auch ohne Vorliegen akuter Gewaltbetroffenheit durch eine solche Arbeitsweise gekennzeichnet, ohne dass hieraus der Schluss gezogen werden kann, Psychotherapie sei für diese Zielgruppe per se nicht möglich oder hilfreich.

Anhand des beschriebenen Konzeptes der Phasen einer Traumabehandlung (Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002) lässt sich außerdem gut erkennen, welche Aspekte einer Traumatherapie auch während akuter Gewaltbetroffenheit zur Anwendung kommen können und wovon hingegen tatsächlich abzusehen ist. Während mit Methoden und Inhalten aus den Phasen „Sicherheit“ und „Stabilität“ auch während akuter Gewaltbetroffenheit weitgehend gearbeitet werden kann, ist Traumakonfrontation und Integration erst möglich/sinnvoll, wenn zumindest ein Mindestmaß an äußerer Sicherheit und Stabilität erreicht werden konnte. Dies ist ohnedies die Grundaussage des Phasenmodells und trifft auf jede Psychotherapie/Traumatherapie zu. Die Gestaltung eines möglichst gewaltfreien sicheren Lebens wird zum ersten und wichtigsten Ziel therapeutischer Interventionen.

In der empirischen Studie zeigt sich zwar überwiegend die eben beschriebene Haltung und Arbeitsweise (IP 2 und IP 4), dennoch berichtet vor allem IP 1 auch von konfrontativeren Haltungen und von mehr Tiefung. Es stellt sich die Frage, wie diese Unterschiede zu erklären und einzuordnen sind, haben doch alle Frauen die jeweiligen Vorgehensweisen als hilfreich erlebt. Bei näherer Betrachtung zeigen sich Unterschiede, sowohl in der Art der Gewaltbetroffenheit als auch in den Frauen selbst mit ihren Lebensgeschichten, die mit der entsprechenden Haltung korrelieren. Diese geben in Kombination mit

theoretischen Grundprinzipien aus den Bereichen der Krisenintervention (Brunner, 2004 & Stein, 2009) und der strukturbezogenen Psychotherapie (Rudolf, 2013) Hinweise auf folgende, möglicherweise entscheidende Kriterien dafür, ob oder inwieweit auch mehr Tiefung und eine konfrontativere Haltung eingenommen werden kann:

- Wie akut ist die Gewaltbetroffenheit?
- Wie schwer ist die Gewalt bzw. wie hoch ist die Gefährdung?
- Inwieweit gibt es sichere Räume und Rückzugsmöglichkeiten?
- Wo im therapeutischen Prozess befindet man sich?
- Wie stabil und sicher ist die therapeutische Beziehung bereits?
- Wie ist das Strukturniveau der Frau einzuschätzen und inwieweit existiert eine Beeinträchtigung struktureller Fähigkeiten durch die Gewalt?

So berichtet IP 1 über vertiefende und konfrontierende Interventionen vor allem im späteren Verlauf der Therapie. Zu diesem Zeitpunkt lebte die junge Frau mit den Gewalttätern nicht mehr im selben Haushalt und hatte bereits ein deutlich höheres Maß an Sicherheit, Rückzugsmöglichkeiten und Handlungsstrategien erreicht. Außerdem hatte die therapeutische Beziehung bereits den anfänglichen Überprüfungen standgehalten und sich entsprechend gefestigt. Deutlich anders stellt sich die Situation bei IP 3 da, die bis zum Schluss mit dem Gewalttäter unter einem Dach wohnte und über Jahrzehnte einer wirklich schweren, höchst gefährlichen Situation ausgesetzt war. Bezüglich dem Struktur- und Funktionsniveau ist anzumerken, dass keine explizite Strukturdiagnostik nach OPD durchgeführt wurde und dies auch nicht die Fragestellung der Arbeit darstellt. Dennoch zeigen sich vor allem bei IP 4 Hinweise auf strukturelle Defizite zum Zeitpunkt der Gewaltbetroffenheit, was auch angesichts der langjährigen Gewalterfahrungen in der Kindheit naheliegend wäre.

Schließlich darf bei all diesen Überlegungen nicht aus den Augen verloren werden, dass sich therapeutische Interventionen am primären Ziel der Arbeit mit dieser Zielgruppe orientieren müssen, nämlich dem Aufbau und der Aktivierung ausreichender Stütze, um einen Weg aus der Gewalt zu ermöglichen oder

zumindest größtmögliche Sicherheit zu erreichen. Es geht (noch) nicht um eine Aufarbeitung von Erfahrungen oder um Tiefung im Kontext von Selbsterfahrung. Konfrontation oder Tiefung ist in diesem Kontext daher nur dann sinnvoll, wenn diese aufgrund oben beschriebener Kriterien möglich *und* notwendig/hilfreich für den Weg aus der Gewalt erscheint. Ähnliche Hinweise finden sich auch bei Dutton (2002).

Eng mit dieser Frage nach einer hilfreichen Haltung und Tiefung verbunden ist auch die Frage des therapeutischen Umgangs mit Schuld und sogenannten „eigenen Anteilen“. Dies soll im nächsten Abschnitt thematisiert werden.

6.7 Schuld und der Umgang mit „eigenen Anteilen“

Die empirische Studie, die frauenspezifische und die traumaspezifische Perspektive zeigen eindeutig die Notwendigkeit einer klaren Haltung zum Thema Schuld. Die Frau trägt keine Schuld an der Gewalt.

Wie vor allem die Gruppendiskussion zeigt, besteht gleichzeitig die Gefahr, dass Frauen „Schuld haben“ mit „handlungsfähig sein“ gleichsetzen. Dies auseinanderzudividieren ist eine wichtige therapeutische Aufgabe. Schließlich ist es Ziel der therapeutischen Begleitung Schuldgefühlen entgegenzuwirken, gleichzeitig aber auch die Handlungsmöglichkeiten der Frauen zu erweitern. Vermittelt werden muss daher, dass Frauen keine Schuld an der Gewalt haben, aber dennoch in gewissem Ausmaß handlungsfähig sind oder dies zumindest wieder werden können. Es gibt einen besseren und einen weniger guten Umgang mit der Situation. Dies zu reflektieren und an hilfreichen Handlungsstrategien zu arbeiten, ist eine wichtige Aufgabe in der Therapie. Es stellt sich dabei die Frage, wie eigene Verhaltensweisen vor diesem Hintergrund reflektiert, verändert und erweitert werden können, ohne eine zu stark konfrontierende Haltung einzunehmen oder doch ein Gefühl der (Mit)schuld an der Gewalt zu vermitteln oder zu verstärken. Aufschluss darüber geben vor allem die Erläuterungen von Zeller in der Gruppendiskussion, sowie die von Butollo & Krüsmann & Hagl (2002) und Butollo & Karl (2019) und von Wöller und

Reddemann (2017) beschriebene traumspezifische Sichtweise auf „schwieriges, störendes oder derzeit nicht hilfreiches“ Verhalten traumatisierter Menschen. Verhaltensweisen werden dabei als zu einem früheren Zeitpunkt wichtige (Überlebens)strategien betrachtet und so grundsätzlich als Kompetenzen wertgeschätzt. Erst in einem weiteren Schritt kann reflektiert werden, ob diese Strategien auch in der aktuellen Situation noch hilfreich und sinnvoll sind oder ob es eventuell neuer Strategien bedarf.

6.8 „Eigene Anteile“ oder/und gesellschaftliche Zusammenhänge

Aktuelles Verhalten in Verbindung mit früheren Erfahrungen zu setzen, beschreiben auch die Frauen in den Interviews als entlastend. Den Beschreibungen ist zu entnehmen, dass dadurch mehr Verständnis für die Zusammenhänge und für sich selbst erreicht werden konnte.

Es zeigt sich dabei jedoch eine gewisse Diskrepanz zwischen den empirischen Ergebnissen und dem in der Literatur und der Gruppendiskussion dargestellten Fokus. Die Frauen beschreiben in den Interviews hauptsächlich ein in-Verbindung-Bringen mit individuellen Erfahrungen und nur in sehr geringem Ausmaß (wenn überhaupt) eine Auseinandersetzung und ein in-Verbindung-Bringen mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Frauenspezifische Theorie und auch die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion rücken hingegen gerade diesen Aspekt im Sinne einer Entpathologisierung und Entindividualisierung von Problemlagen sehr in den Fokus. Es stellt sich die Frage, inwieweit die betroffenen Frauen selbst (oder deren Therapeut*innen) die Bedeutung gesellschaftlicher Einwirkungen übersehen oder unterschätzen (haben), aber auch inwieweit frauenspezifische Zugänge Gefahr laufen, individuelle und auch pathologische Aspekte zu wenig zu berücksichtigen.

Die theoretische Auseinandersetzung mit den Risikofaktoren für Gewaltbetroffenheit zeigt, dass Gewalt jede Frau treffen kann. Gleichzeitig zeigen Studien und Publikationen (Flury, Nyberg & Riecher-Rössler, 2010; Maercker, Pielmaier & Gahleitner, 2011) auf, dass das Risiko dafür, die Auswirkungen der

Gewaltbetroffenheit und der weitere Verlauf auch sehr unterschiedlich sein und sowohl von eher individuellen, als auch von eher gesellschaftlichen Bedingungen beeinflusst werden können. Hilfreiche (therapeutische) Unterstützung muss folglich wohl beides bestmöglich im Blick behalten und den Fokus sehr differenziert je nach Situation und Person entsprechend gewichtet auf individuelle und gesellschaftliche Aspekte legen.

Die Gestalttherapie hat, unter anderem durch die Feldtheorie von Lewin, den gesellschaftskritischen Ansatz von Paul Goodman und einem traditionell wenig klinisch-pathologischen Zugang, grundsätzlich eine relativ solide theoretische Basis, um auch gesellschaftliche Aspekte ausreichend im Blick zu behalten (Schigl, 2010). Die Bemühungen der letzten Zeit, vermehrt auch klinische Zugänge (z. B. Neumayr & Klampfl, 2016) oder symptomorientierte, verhaltenstherapeutische Traumatherapieansätze (Butollo & Karl 2019) in die Gestalttherapietheorie einzubinden, stellt hier den anderen wichtigen Pol des erforderlichen Spektrums in der Arbeit mit gewaltbetroffenen Frauen dar.

6.9 Körper in der Arbeit mit akut von Gewalt betroffenen Frauen

Bezüglich hilfreicher therapeutischer Methoden in der Arbeit mit akut gewaltbetroffenen Frauen fällt auf, dass keine der Frauen von hilfreichen körperbezogenen Methoden berichtete. Angesichts der großen Bedeutung des Körpers im Zusammenhang mit Gewalt und Trauma und den mittlerweile gut erarbeiteten Möglichkeiten, den Körper in einer ressourcenorientierten und traumasensiblen Weise miteinzubeziehen (beispielsweise Somatic Experiencing, Peter Levine), erscheint dies überraschend und verweist eventuell auf die Notwendigkeit einer Beschäftigung mit körperbezogenen Interventionsmöglichkeiten in der Arbeit mit akut von gewaltbetroffenen Frauen.

6.10 Krisenintervention nach Vorfällen

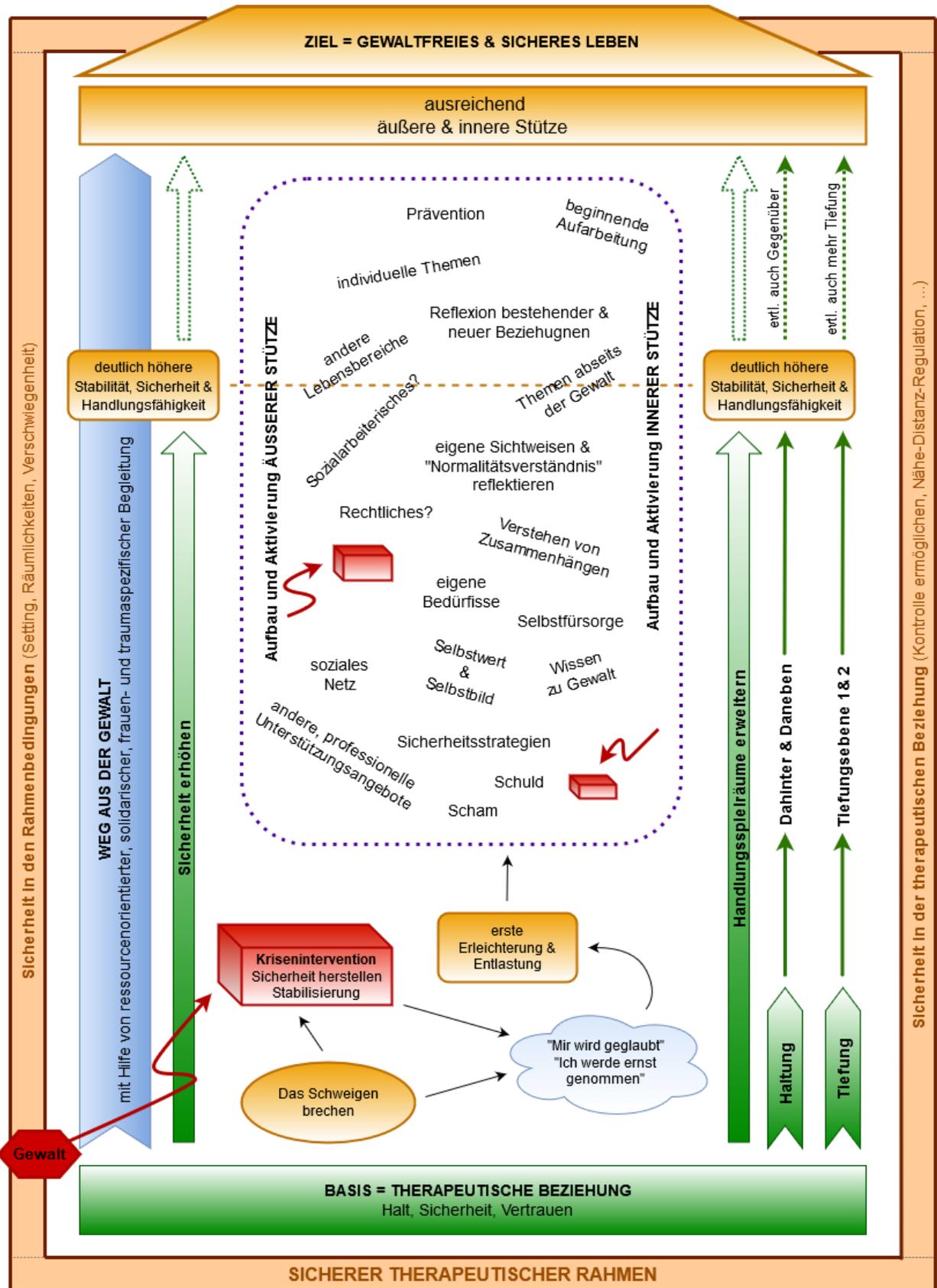
Aus den Schilderungen der Frauen in den Interviews wird deutlich, dass die therapeutische Begleitung akut gewaltbetroffener Frauen immer auch Aspekte

der Krisenintervention beinhaltet, die je nach Massivität, Schutzmöglichkeiten und Akutheit der Gewalt mehr oder weniger im Vordergrund stehen.

Von theoretischer Seite greift die Krisenintervention (Brunner, 2004 & Stein, 2009) außerdem einen Aspekt auf, der sich auch in der empirischen Studie als bedeutend herausgestellt hat: Gewaltbetroffene Frauen müssen erst einmal als solche erkannt werden. Eine hohe Sensibilität des*r Therapeut*in gegenüber Hinweisen auf eine mögliche Gewaltbetroffenheit und sowohl Mut als auch Feingefühl, dies konkret anzusprechen, ist von entscheidender Bedeutung. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Frauen ihre Gewaltbetroffenheit in den Therapien von Anfang an erkennen und benennen. Vielmehr kommen Frauen häufig aus vordergründig anderen Anlässen in die Therapie und berichten erst nach einer gewissen Zeit oder auf direktes Nachfragen über die erlebte Gewalt.

6.11 Modell hilfreicher Psychotherapie

Dieses Modell hilfreicher Psychotherapie mit akut gewaltbetroffenen Frauen stellt abschließend einen Versuch dar, die wichtigsten in der Master These herausgearbeiteten Aspekte von Psychotherapie mit akut von Gewalt betroffenen Frauen darzustellen.



6. Schluss

Die vorliegende Studie ermöglicht einen umfangreichen Überblick über verschiedenste von akut gewaltbetroffenen Frauen als hilfreich erlebte Aspekte und setzt diese schließlich in Zusammenhang mit relevanten theoretischen Zugängen.

Es zeigte sich eine hohe Bedeutung, die Frauen der Psychotherapie für ihren Weg aus der Gewalt beimessen. An dieser Stelle möchte ich allerdings darauf hinweisen, dass alle Frauen überaus positive Therapieerfahrungen gemacht haben, und viele der Frauen als eine wichtige Motivation für die Teilnahme an den Interviews ihre hohe Dankbarkeit dem*der Therapeut*in gegenüber genannt haben. Wie die Erfahrungsberichte in der Gruppendiskussion zeigen, kommen allerdings immer wieder betroffene Frauen in Beratungsstellen, die von nicht-hilfreicher Psychotherapie in diesem Kontext berichten. Solche Frauen konnten als Interviewpartnerinnen jedoch nicht erreicht werden und daher flossen ihre Erfahrungen leider auch nicht in die Studie mit ein.

Die ausführlichen, vielseitigen Schilderungen der Frauen weisen auf diverse Vertiefungsmöglichkeiten in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung hin. Teilweise habe ich bereits an den jeweiligen Stellen in der Master These auf diese Möglichkeiten Bezug genommen. Besonders lohnenswert könnte, meiner Einschätzung nach, eine vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem wohl sehr komplexen Zusammenwirken struktureller Fähigkeiten mit der Gewaltbetroffenheit und den daraus resultierenden Implikationen für das therapeutische Arbeiten sein.

Nachdenklich stimmt die Erkenntnis, dass die betroffenen Frauen kaum oder gar nicht von den vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten und rechtlichen Optionen Gebrauch gemacht haben, und dieser Umstand auch den Erfahrungen der professionellen Unterstützerinnen entspricht. Auch wurden die Frauen in den Therapien nur teilweise über diese Möglichkeiten informiert.

Von praktischer Seite wäre daher eine Auseinandersetzung damit, wie der Zugang für die Frauen zu diesen Möglichkeiten niederschwelliger gestaltet werden kann, von großer Bedeutung. Auch die Notwendigkeit, das Thema Gewalt an Frauen in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung (besser) zu verankern, zeigt sich an dieser Stelle deutlich und wird auch in der Gruppendiskussion von den professionellen Unterstützerinnen betont.

LITERATURVERZEICHNIS

- Arbeitskreis OPD. (2019). *OPD 2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Hans Huber.
- Aziz, N. & Idris, S. & Ishak, M. & Wahid, N. & Yazid, Z. (2018). Factors affecting domestic violence against women. A conceptual model ad research propositions. *International Journal for Studies on children, women, elderly and disabled*. Vol. 4 (June), 191-198.
- Barwinski, R. (2018). Opfer-Täter-Bindung bei Beziehungstraumata. *Trauma. Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*. 16 (1), 16-25.
- Blankertz, S. (2010). *Verteidigung der Aggression. Gestalttherapie als Praxis der Befreiung*. Köln: Peter Hammer.
- Bridges, W. (2016). *Managing Transitions. Making the most of change*. Boston: Lifelong.
- Brückner, M. (1998). *Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Brunner, S. (2004). Krisenintervention bei häuslicher und sexueller Gewalt. In A. Riecher-Rössler & P. Berger & A. Yilmaz & R. Stieglitz (Hrsg.), *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete* (S. 264-273). Göttingen: Hogrefe.
- Butollo, W. & Karl, R. (2019). *Dialogische Traumatherapie. Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Butollo, W. & Krüsmann, M. & Hagl, M. (2002). *Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Doubrawa, A. & E. (Hrsg.). (2005). *Meine Wildnis ist die Seele des Anderen. Der Weg zur Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Dutton, M. A. (2002). *Gewalt gegen Frauen. Diagnostik und Intervention*. Bern: Hans Huber.

Erismann, M. (2018). Die Opfer-Täter-Bindung als Beschämungsgeschehen. *Trauma. Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*. 16 (1), 6-15.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2004). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.

Fliß, C. (2013). Psychotherapie bei noch bestehendem Täterkontakt. In M. Sack, U. Sachse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 373-379). Stuttgart: Schattauer.

Flury, M. & Nyberg, E. & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women. Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Medical Weekly*. 140, 1-6. Zugriff am 21.05.2020. Verfügbar unter <https://smw.ch/article/doi/smw.2010.13099>

Gahleitner, S. B. & Reddemann, L. (2014b). Trauma und Geschlecht – ein Verhältnis mit vielen Schattierungen. *Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder*. 8 (3), 180-190.

GiG-net. (Hrsg.). (2008). *Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für die Politik, Wissenschaft und soziale Praxis*. Leverkusen: Budrich, Opladen & Farmington Hills.

Hagemann- White, C. (2016). Grundbegriffe und Fragen der Ethik bei der Forschung über Gewalt im Geschlechterverhältnis. In C. Helfferich, B. Kavemann & H. Kindler (Hrsg.), *Forschungsmanual Gewalt. Grundlagen der empirischen Forschung von Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt* (S. 13-31). Wiesbaden: Springer VS.

Helfferich, C. (2016). Qualitative Einzelinterviews zu Gewalt: Die Gestaltung der Erhebungssituation und Auswertungsmöglichkeiten. In C. Helfferich, B. Kavemann & H. Kindler (Hrsg.), *Forschungsmanual Gewalt. Grundlagen der empirischen Forschung von Gewalt in Paarbeziehungen und sexualisierter Gewalt* (S. 121-142). Wiesbaden: Springer VS.

Institut für Konfliktforschung. (Hrsg.). (2006). *Kosten häuslicher Gewalt in Österreich*. Zugriff am 21.05.2020. Verfügbar unter <http://www.ikf.ac.at/pdf/kosten.pdf>

Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence. Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Boston: Northeastern University Press.

Maercker, A. & Pielmaier, L. & Gahleitner S. (2019). Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Belastungsstörung. In G. Seidler & H. Freyberger & S. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 87-100). Stuttgart: Klett-Cotta.

Mayring, P. (2010/2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz.

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz.

Nyberg, E. & Riecher-Rössler, A. (2013). Psychische Belastung durch häusliche Gewalt. In B. Boothe & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen – Störungsbilder – Behandlungskonzepte*. (S. 83-92). Stuttgart: Schattauer.

Österreichisches Institut für Familienforschung. (Hrsg.). (2011). Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. *Österreichische Prävalenzstudie zu Gewalt an Frauen und Männern*. Zugriff am 03.09.2019. Verfügbar unter <https://www.bmdw.gv.at/Presse/AktuellePresseMeldungen/Documents/Gewaltpr%C3%A4valenz-Studie%202011-Executive%20Summary.pdf>

Perls, F. (1947/2012). *Das Ich, der Hunger und die Aggression*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Perls, L. (1999). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie*. (Hrsg. Sreckovic, M.). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Perls, L. (2005). Gestalttherapie ist immer politisch. In Doubrava A. & E. (Hrsg.), *Meine Wildnis ist die Seele des anderen. Der Weg zur Gestalttherapie* (S.117-119). Köln: Peter Hammer.

Petzhold, H.G. (1988, 1996). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2*. Paderborn: Junfermann.

Reddemann, L. & Wöller, W. (2017). *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

Ruck, N. & Köhne, M. & Beck, M. & Knasmüller, F. & Luckgei, V. & Parzer, E. (2019). Feministische Therapie – frauenspezifische Therapie – gendersensible Therapie. Historische Entwicklung und Kernmerkmale einer Querschnittsperspektive. *Psychotherapie forum*. 23:4-10.

Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

Scheffler, S. (2010). Beziehung von Frau zu Frau in Beratung und Psychotherapie. In Frauen beraten Frauen (Hrsg.), In Anerkennung der Differenz. Feministische Beratung und Psychotherapie. (S. 43-57). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Scheffler, S. (2013). Frauenspezifische Behandlungsangebote – Psychotherapie, Beratung und Selbsthilfe. In Boothe B. & Riecher- Rössler, A. (Hrsg.), *Frauen in Psychotherapie. Grundlagen – Störungsbilder – Behandlungskonzepte* (S. 381-394). Stuttgart: Schattauer.

Schigl, B. (2010). Frauenspezifische/Feministische Arbeit mit Integrativer Gestalttherapie. In Frauen beraten Frauen (Hrsg.), *In Anerkennung der Differenz. Feministische Beratung und Psychotherapie* (S. 135-146). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Schmoll, D. (1998). „Und bist du nicht willig, dann brauch' ich Gestalt“. *Gestalttherapie in der Arbeit mit gewalttätigen Männern*. Graduiierungsarbeit, Fachsektion Integrative Gestalttherapie, Wien.

Schneider, K. (2005). Meine Wildnis ist die Seele des anderen. In Doubrawa A. & E. (Hrsg.), *Meine Wildnis ist die Seele des anderen. Der Weg zur Gestalttherapie* (S.203-217). Köln: Peter Hammer.

Schwarz, S. (2015). Psychotherapeutische Herausforderungen im Kontext häuslicher Gewalt. *psychosozial. 140 (III)*, 87-99.

Stein, C. (2009). Krisenintervention bei drohender Gewalt und nach Gewalthandlungen. In C. Stein (Hrsg.), *Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis* (S. 252-260). Stuttgart: Kohlhammer.

Ulbing, M. (2001). Geschlechtsspezifische Aspekte der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckivic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie*. (S. 599-612). Göttingen: Hogrefe.

Votsmeier-Röhr, A. (2005). Das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls und seine Bedeutung für die heutige Gestalttherapie. *Gestalttherapie. 19(2)*, 29-39.

Votsmeier-Röhr, A. & Wulf, R. (2017). *Gestalttherapie*. München: reinhardt.

Walker, L. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.

Weiss, A., Lenz, G. & Bischkopf, J. (2018). Diskurse Systemischer Paarberatung bei Partnergewalt. Eine Rezeption der englischsprachigen Fachdiskussion. In G. Lenz & A. Weiss (Hrsg.). *Professionalität in der Frauenhausarbeit. Aktuelle Entwicklungen und Diskurse*. Wiesbaden: Springer VS.

WHO (Hrsg.). (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit – Zusammenfassung*. WHO-Regionalbüro für Europa: Kopenhagen. Zugriff am 22.09.2019. Verfügbar unter

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf

Witzel, A. (1985). Das Problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz. Zugriff am 03.09.2019.

Verfügbar unter
https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/563/ssoar-1985-witzel-das_problemzentrierte_interview.pdf?sequence=1

Wöller, W. (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.

Zehetner, B. (2015). Feministische Psychotherapie: Politik statt Pathologisierung. Zur gesellschaftlichen Verantwortung von Psychotherapeut_innen. *psychosozial*. 140 (Heft II), 11-23.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
Abb. 1: Dunkelfeld (Prävalenzstudie, 2011, S. 40)	S. 11
Abb. 2: Kreislauf der Gewalt (Interventionsstelle, 2002)	S. 19
Abb. 3: Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen (GiG-net, 2008, S. 51).	S. 22
Abb. 4: http://www.faktenatlas.gv.at/articles/frauenberatung.php , 02.05.2020	S. 23
Abb. 5: Posttraumatische Belastungsstörung, Komplexe Traumafolgestörung Wöller (2013, S. 9)	S. 36
Abb. 6: Rahmenmodell zu Risiko- und Schutzfaktoren der PTBS (Maercker, Pielmaier, Gahleitner, 2019, S. 91)	S. 38
Abb. 7: Phasenmodell (Butollo, Krüsmann, Hagl, 2002, S. 226)	S. 42
Abb. 8: Ablauf einer Gruppendiskussion (Mayring, 2016, S.79)	S. 50
Abb. 9: Strukturelle Funktionen (Rudolf, 2013, S. 54)	S. 115
Abb. 10: Konzept der therapeutischen Tiefung (Petzhold, 1988, S. 105)	S. 118
Abb. 11: The three phases of transition (Bridges, 2016, S. 5)	S. 120

ANHANG

LEITFADEN Einzelinterviews

Offener Einstieg

Ich habe Ihnen ja schon davon erzählt, dass ich mich mit Frauen, die Gewalt in nahen Beziehungen erlebt haben und währenddessen in Psychotherapie waren, beschäftige. Als jemand, die so etwas erlebt hat, was möchten Sie mir erzählen?

1. Therapieeinstieg und Rahmenbedingungen der Therapie

Wie hat das begonnen, dass Sie in Therapie gegangen sind? Auswahl Therapeut*in, Kriterien?

Wie lange/in welcher Frequenz waren Sie in Therapie? Sonstige Rahmenbedingungen?

Wie ist der Täter damit umgegangen, dass sie in Therapie gehen?

2. Gewaltbeziehung

Was können Sie mir über den Gewalttäter und die Beziehung zu ihm erzählen?

War Ihnen bewusst, dass es Gewalt ist?

3. Inhalte und Methoden der Therapie

Können Sie mir ein wenig über die (Inhalte der) Therapie erzählen?

Wie würden Sie die*den Therapeut*in und die Beziehung zu ihm*r beschreiben?

Was war besonders hilfreich und wichtig in der Therapie? (auch methodisch)

Was war eher nicht hilfreich/schwierig?

Veränderungsprozesse durch die Therapie

Was hat sich im Laufe der Therapie verändert? Woran haben Sie das bemerkt?

Wie war Ihre Vorstellung von einem Leben ohne den Gewalttäter?

Trennung/Ausstieg aus der Gewalt(beziehung)

Was können Sie mir über das Ende der Gewalt/der Beziehung erzählen?

Was hat Sie an der Beziehung festhalten lassen? Wodurch hat sich das verändert?

Welche anderen Unterstützungen hatten Sie neben der Psychotherapie noch?

Wie ist es Ihnen gelungen aus der Gewaltbetroffenheit herauszukommen und wie hat die Therapie dabei geholfen?

Abschluss

Was würden Sie einer betroffenen Frau sagen? Was einem*r Therapeut*in?

Was ist Ihnen sonst noch wichtig zu erzählen? Habe ich etwas vergessen?

Was war Ihre Motivation zur Teilnahme an diesem Interview?

LEITFADEN Gruppendiskussion

Einstiegsimpuls und Einstiegsfrage

In der Fachwelt gibt es geteilte Meinungen zum Thema Psychotherapie bei akuter Gewaltbetroffenheit. Manche Therapeutinnen gehen davon aus, dass Psychotherapie nur möglich ist, wenn bereits Sicherheit gegeben ist. Gerade aus dem Bereich frauenspezifischer Therapie betonen Expertinnen aber die Wichtigkeit, Frauen auch in der Phase akuter Gewaltbetroffenheit therapeutisch zu begleiten. So schreibt Schwarz (2015) dass diese Vorgabe „einen Großteil der Betroffenen ausschließen“ und diese Frauen „mit einer unerträglichen und gesundheitsgefährdenden Lebenssituation alleine lassen“ würde.

Wie seht ihr als professionelle Unterstützerinnen das Thema Psychotherapie mit akut von Gewalt betroffenen Frauen? Wie und unter welchen Bedingungen kann Psychotherapie dabei hilfreich sein? Möglichkeiten/Chancen; Grenzen/Gefahren?

Charakteristika der Therapien

Was macht speziell Therapien mit akut von Gewalt betroffenen Frauen aus?

- **Therapeutische Beziehung**
- **Haltungen und Vorgehensweise**

Aus den Interviews: wie weit bringt man sich mit der eigenen Meinung ein?

IP 1: Er hat einfach seine Fragen weiter gestellt und mi erzähl'n lass'n. Hat hauptsächlich amal keine wertenden Kommentare zu, dass des schlimm war oder net schlimm oder mein Verholten in der Hinsicht ... er hat sie am Anfang einfach nur die Sache anghört. Und allein das hat scha ziemlich guat tan. (...) also des Neutrale hat richtig guat tan am Anfang. #00:13:59-5#

IP 2: Seit vorigen Jahr hab i des richtig gsehn (...) er is ka Mensch gwes'n. Des hat a die Psychotherapeutin gsagt. Sie hat (...) gsagt: „I sag Ichnas ehrlich, es gibt keinen Namen den ... i dem Mann gebm kann. Es is a Ungeheuer.“ #00:01:07-5#

IP 4: Also die hat oft, also jetzt wollt ich sagn „mitgeweint“, aber sie hat geweint und ich war vor lauter Rührung, weil sie weint, hab ich dann auch geweint. Ich hab ja lange überhaupt net weinen können, aber ... damit hat's mi eigentlich schon zu einem Gefühl auch geführt. #01:22:52-7#. Also irgendwie konnt' ich so über das Gefühl, dass sie mir quasi dargestellt hat, konnt' ich auch a bissl reingehn. #01:24:46-4#

Eigenschaften der Therapeutin (auch: männlicher Therapeut)

Rahmenbedingungen (auch räumliche)

Inhalte und Themen der Therapien

Welche Themen kommen eurer Erfahrung nach auf bzw. was ist wichtig jedenfalls aktiv aufzugreifen?

Aus den Interviews:

Spannungsfeld: Schuldfrage, eigene „Anteile“, schwierige Verhaltensweisen

IP 2 (Schuld): Sie hat unter anderm gsagt, weil i hab imma glaubt i bin schuld. I bin diejenige. Hat's gsagt „Na, Sie san net schuld, sondern schuld is er (...)“.
#00:20:06-6#

IP 1 (Eigenverantwortung): In der Hinsicht, dass i einsehn muss, net nur eingsteckt zham, sondern selba sehr sehr gut ausgeteilt zu haben. Es is Verletzung auf beide Seitn, net nur auf meiner. A wann i ihm da gern die ganze Schuld geben würd'. Also in manche Hinsichten is es ka Frag, aba bsonders wie i älter wordn bin und mi besser wehrn hab können ... bei mir war's nur verbal aba trotzdem, die Sachn ham gessen ... #01:27:52-8#

IP 1 (Täter an sich selbst): Ana von die gröbsten Übergriffe va Personen auf mi war i dann selber. Eifach durch des, dass i selber die Muster aufrecht erhalten hab obwohl's es net braucht hätt. Was hart zum Anerkennen is. Aba des war halt gut, dass i die Therapie ghabt hätt, weil die Muster wären net weggangen (...).
#00:38:02-5#

IP 3 (Eigene Anteile): I bin ja bei meine Großeltern aufgewachsn (...) und i war halt dieses Verhalten von ihm insofern gewöhnt, weil i va meiner Oma halt a immer so a bissl gequält wordn bin (...) Meine emotionale Grenze war halt sehr weit oben was (...) Erniedrigung und (...) emotionale Erpressung und sowas angeht. (...) Daher hab i a sein Verhaltn wahrscheinlich so lang und so exzessiv geduldet. Und des war schon Thema ... also (...) Warum i des mit mir machn lass.
#00:30:54-1#

Konfrontierende Vorgehensweise: Inwieweit oder unter welchen Umständen hat auch eine gewisse konfrontierende Vorgehensweise Berechtigung? Therapie abbrechen – kann das Sinn machen?

Begleitung bezüglich akuter Vorfälle

Zitat IP 3: I glaub des is einfach deswegen so, weil i einfach in der Zeit wo i des erlebt hab, parallel a drüber gsprochen hab. Is glaub i schwer, sicherlich schwieriger (...), wenn i in der Zeit niemanden ghabt hätt, der mi betreut hätt, dann wär der einfach weggangen (...) und i wär da gwesn mit dem ganzen Haufm Scheiße und (...) wär allanig gwesn. (...) I stalls ma extrem schwierig vor sowas aufzuarbeiten, wenn des passiert is und (...) dann vergehn vielleicht zwa, drei Joahr und du ... verstehst net warum da des passiert. (...) Also i glaub, wenn

i des jetzt aufarbeiten müsste, hätte des sicher net den selben Output. #01:07:01-1#

Methoden in der Therapie

Welche konkreten Methoden erleben Frauen in der Therapie in solchen Situationen als hilfreich?

Aus den Interviews:

Gespräch (hohe Bedeutung des Gesprächs gegenüber anderen Methoden)

Einbeziehen Angehöriger

Vermittlung anderer Angebote, eigentlich in keinem Fall in Anspruch genommen

Entwicklungen und Veränderungen im Laufe der Therapie

Welche Entwicklungen/Veränderungen machen Frauen in/durch die Therapie auf ihrem Weg aus der Gewalt?

Wie kommt es zu Schritten aus der Gewalt und schließlich zur Trennung/Beendigung der Gewalt?

Aus den Interviews:

Schrittweise: Langsames Rausschälen aus der Gewaltbeziehung

Therapie als eine Art Einschüchterung für den Täter?

IP3: Er hat a jedesmal voll die Wut kriegt, wenn i erzählt hab von da Psychologin. Die redet ja nur Blödsinn und so und Ding ... Aba i hab öfter des Gefühl ghabt, dass ihm des dann doch eingeschüchtert hat, dass er gwusst hat es gibt zumindest a Person die Bescheid weiß und die mir sagt, dass er a Problem hat. Also i glaub des hat ihm dann scho a a bissl irritiert. #00:18:39-0# Jetzt net in dem Ausmaß, dass er damit aufhört hätt, aba ... es war schon so a bissl ... als hätt er an Bogen darum gmacht. #00:18:49-3#

Unterstützung abseits der Therapie

Was kann für die Frauen abseits der Therapie hilfreich sein und inwieweit und auf welche Weise kann dies in der Therapie miteinbezogen oder gestärkt werden?

Therapie – Beratung – andere Unterstützungen? Was können betroffene Frauen während akuter Gewaltbetroffenheit in Therapien an Hilfreichem erleben, dass sie nicht auch in einer Beratung bekommen könnten?

Abschluss

Was haben wir noch nicht angesprochen? Was fehlt? Was erscheint euch sonst noch wichtig, hier zu besprechen/zu sagen?

Welche Motivation hattet ihr an der Gruppendiskussion teilzunehmen?

Reflektion der Gruppendiskussion: Wie ist es euch mit der Diskussion gegangen?

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für Forschungszwecke

1 INFORMATIONEN ZUM FORSCHUNGSPROJEKT

Forschungsthema: Psychotherapie mit akut gewaltbetroffenen Frauen

Forschungsprojekt: Masterthese

Institution: Donau Universität Krems, Department für Psychotherapie
Biopsychosoziale Gesundheit; ÖAGG Wien

Studiengang: Psychotherapie-Fachspezifikum „Integr. Gestalttherapie“

Interviewerin: Mag.^a Manuela Ertl

Interviewdatum:

Interviewort:

2 EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit willige ich, _____ ein, dass im Rahmen des unter 1 beschriebenen Forschungsprojektes Daten meiner Person erhoben werden. Die Erhebung erfolgt durch Audioaufnahmen und Protokolle, die in der Folge transkribiert, anonymisiert, wissenschaftlich analysiert und in der daraus hervorgehenden Veröffentlichung auszugsweise verwendet werden.

Über Art und Umfang von Erhebung und Auswertung wurde ich mündlich und in der schriftlichen Anlage ausreichend informiert.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie können diese Einwilligung ablehnen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Ihre Einwilligung können sie jederzeit widerrufen. Die weitere Verarbeitung ihrer Daten wird ab dem Zeitpunkt des Widerrufs unzulässig. Dies berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Eine Kopie dieser Teilnehmerinneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Forscherin.

Mit meiner Unterschrift gebe ich hiermit freiwillig mein Einverständnis zur Teilnahme an einem Interview und der beschriebenen Verwendung meiner Daten.

Datum, Unterschrift Teilnehmerin

Datum, Unterschrift Forscherin

3 INFORMATIONEN ÜBER ERHEBUNG & VERARBEITUNG IHRER DATEN

3.1 AM FORSCHUNGSPROJEKT BETEILIGTE

Das Forschungsprojekt wird durchgeführt von Mag.^a Manuela Ertl, Studentin der Donau Universität Krems, Department für Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, im Rahmen der Masterthese für den Studiengang Psychotherapie-Fachspezifikum „Integrative Gestalttherapie“. Die Masterthese wird betreut von Liselotte Nausner, Lehrbeauftragte des ÖAGG Wien.

Alle Beteiligten, die Zugang zu den Daten erhalten, sind ebenfalls dem Datengeheimnis verpflichtet.

3.2 ZWECK DER DATENERHEBUNG

Die Erhebung der Daten dient allein den bereits beschriebenen wissenschaftlichen Zwecken.

Ihre Kontaktdaten werden gesondert gespeichert und sind ausschließlich der Forscherin selbst, Mag.^a Manuela Ertl, zugänglich. Dies dient der Dokumentation Ihrer Einwilligungserklärung und einer möglichen Identifizierung Ihrer Daten, falls Sie Ihre Einwilligung später widerrufen.

3.3 ART DER DATENVERARBEITUNG

Die Gespräche werden mit Hilfe eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet. Die Aufnahmen werden im Anschluss abgetippt und anonymisiert. Bei der Anonymisierung werden Personennamen, Ortsnamen und Kontaktdaten wie E-Mailadressen oder Telefonnummern ersetzt. Ihr Name und Ihre Kontaktdaten werden für die datenschutzrechtliche Dokumentation gesondert gespeichert. Zugriff darauf hat ausschließlich die Forscherin selbst.

In Veröffentlichungen können anonymisierte Zitate verwendet werden.

3.4 KATEGORIEN DER ZU VERARBEITENDEN DATEN

Offene Interviews können alle möglichen Arten von Daten enthalten. Es können insbesondere auch spezielle Kategorien enthalten sein, die Aufschluss geben über rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gesundheitsdaten oder Daten über Sexualleben oder sexuelle Orientierung natürlicher Personen.

Die Daten werden als Audiofiles, anonymisierte Transkripte und in Form von Gedächtnisprotokollen der Forscherin gespeichert und aufbewahrt.

3.5 KONTAKTDATEN DER ZU VERARBEITENDEN STELLEN

Bei Fragen, Auskunftswünschen oder Widerruf Ihrer Einwilligung wenden Sie sich bitte an: Mag.^a Manuela Ertl, Raffaelgasse 1/16, 1200 Wien, 0660/4154103, manuela.ertl.w@gmail.com

3.6 EMPFÄNGER*IN

Personenbezogene Daten werden ausschließlich von der Forscherin selbst genutzt.

Erst nach der Anonymisierung haben andere Personen (insbesondere Liselotte Nausner als Masterthesenbetreuerin) Zugang zu den Inhalten.

3.7 DAUER DER SPEICHERUNG

Ihre Daten werden gespeichert, so lange Sie Ihre Einwilligung nicht widerrufen, eine Notwendigkeit dafür zur Erreichung des unter Punkt 3.2 genannten Zwecks der Verarbeitung oder eine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung besteht. Andernfalls werden Ihre personenbezogenen Daten nach Maßgabe der Anforderungen des Datenschutzrechtes gelöscht.

3.8 IHRE RECHTE

Sie haben das Recht Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit zu widerrufen. Die weitere Verarbeitung Ihrer Daten wird ab dem Zeitpunkt des Widerrufs unzulässig. Dies berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Sie haben das Recht auf Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten und deren Verarbeitung

Sie haben das Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung

Sie haben das Recht auf Übermittlung Ihrer bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format.

Außerdem besteht ein Recht auf Beschwerde bei der österreichischen Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien, 01/52 152 0, dsb@dsb.gv.at

NÄHERE INFORMATIONEN zu den Interviewpartnerinnen

Biografisches aus der Zeit vor der Gewalterfahrung

Diese Subkategorie soll einen Überblick über das Leben der Frauen vor der Gewalterfahrung geben und vor allem auch frühere Gewalterfahrungen (in der Kindheit) skizzieren.

IP 1 berichtet zusätzlich zu der während der Therapie erlebten Gewalt durch ihren Vater und damaligen Freund auch von Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit und Jugend. Sie nennt hier vor allem psychische und sexualisierte Gewalt durch den Vater und den Onkel, sowie sexualisierte Gewalt durch ihren ersten Freund, den sie anfangs als Zufluchtsort von zu Hause empfand. Diese Gewalterfahrungen bilden zum Teil einen fließenden Übergang zu den Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter.

Allgemein beschreibt die ihre Familie als sehr konservativ, in der „das Bild der Frau und ihre Aufgaben sehr, sehr klar“ (*IP 1*, Absatz 18) waren. Ihre Mutter beschreibt sie als depressiv.

Bis zu ihrem 19. Lebensjahr lebte *IP 1* in einem Haushalt mit ihrer Familie, wobei es in der Jugendzeit zu einer Scheidung der Eltern kam, die sie als sehr belastend und gewaltvoll schildert. Mit Beginn des Studiums zog sie in eine eigene Wohnung in einer größeren Stadt.

IP 2 ist eine zum Zeitpunkt des Interviews ca. 80-jährige Pensionistin, die seit ihrem 17. Lebensjahr Gewalt durch ihren Ehemann erlebt hat. Sie beschreibt ihre Erfahrungen in der Kindheit bis zu ihrem 12. Lebensjahr überwiegend positiv, auch wenn Armut ihren Alltag in der Nachkriegszeit bestimmte. Sie berichtet, bis dahin vor allem von ihrem Großvater aufgezogen worden zu sein, den sie als Vaterersatz empfand. In ihrem 12. Lebensjahr kam der Stiefvater in die Familie. Durch diesen erlitt sie körperliche und psychische Gewalt. Sie erlebte außerdem Gewalt an ihrer Mutter und sexualisierte Gewalt gegenüber ihrer Schwester mit. Dies führte dazu, dass sie im Alter von 17 Jahren in einer „Nacht- und

Nebelaktion“ (IP 2, Absatz 7) von zu Hause flüchtete. Fast nahtlos begab sie sich in die Beziehung zu ihrem späteren Ehemann und Gewalttäter.

IP 3 ist eine zum Zeitpunkt des Interviews ca. 30-jährige, im Berufsleben stehende Akademikerin. Sie berichtet darüber, bei ihren Großeltern aufgewachsen zu sein, die sie als sehr restriktiv vor allem in Hinblick auf Beziehungen mit Burschen beschreibt. Ihre Großmutter bezeichnet sie als „sehr narzisstisch“. Diese habe sie auch „immer so a bissl gequält“ (IP 3, Absatz 44).

IP 4 ist eine zum Zeitpunkt des Interviews ca. 70-jährige Frau, die über massive psychische Gewalt und langjährigen sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit und Jugend berichtet. Sie erlebte außerdem massive, körperliche Gewalt an ihren Geschwistern mit. Die sexuelle Gewalt durch den Vater und zum Teil auch den 10 Jahre älteren Bruder zog sich auch ins Erwachsenenalter hinein. Mit 21 zog sie von zu Hause aus und ging in eine mehrere hundert Kilometer entfernte Großstadt.

Ihren späteren Ehemann, der ihr gegenüber wiederum vor allem psychisch und sexuell gewalttätig war, lernte sie im Alter von 18 Jahren kennen. Er war 10 Jahre älter und Priester. Von ihm glaubte sie damals „der wird mi erlösen. Dass ich da vom Regen in die Traufe fall, das war ja damals no net absehbar“ (IP 4, Absatz 9).

Das Leben nach der Gewalt

Diese Kategorie vermittelt einen kurzen Einblick in das Leben der Frauen nach der Gewalterfahrung. Es soll dadurch ein Eindruck von der Entwicklung der Frauen danach ermöglicht werden.

IP 1 lebt mittlerweile in einer Wohngemeinschaft in einer Großstadt und steigt gerade ins Berufsleben ein. Sie konnte sich ein unterstützendes, verständnisvolles, soziales Umfeld aufbauen und ist seit einem dreiviertel Jahr auch wieder in einer neuen, nach eigenen Angaben, schönen Beziehung. Dazu meint sie im Interview: „I kann’s eh no immer net so wirklich glaubm,

(schmunzelt) dass des so funktioniert“ (IP 1, Absatz 213). Psychisch berichtet sie, dass es ihr ganz gut gehe, sie erzählt allerdings auch von Symptomen wie Alpträumen, die weiterhin auftreten. Sie befindet sich noch in Psychotherapie beim selben Psychotherapeuten, allerdings aktuell nur sehr sporadisch und in großen Abständen bedingt durch den Umzug in die Großstadt.

IP 2 sagt zu ihrer aktuellen Lebenssituation: „I fühl mi wohl“ (IP 2, Absatz 174). Ihr Mann ist mittlerweile in einem Pflegeheim. Sie lebt allein mit ihrem Hund im Haus, erhält Essen auf Rädern und hat eine Putzfrau, wobei sie betont „i brauchat’s net, weil mir geht’s gut“ (IP 2, Absatz 27). Sie hat ihre Kontakte zur Familie wieder intensiviert und beschreibt, sie sei auch sonst „viel unta Leut“ (IP 2, Absatz 176). Durch Aussagen wie: „Was ma schmeckt kauf i ma“ (IP2 Absatz 158-160), „i bin net unta Zwang“ (IP 2, Absatz 160) oder „I geh fort, wann i wü“ (IP 2, Absatz 176), bringt sie zum Ausdruck, wie sehr sie ihre neu gewonnene Selbstbestimmtheit und Freiheit schätzt. Besonders wertvoll ist für sie nach wie vor ihr Hund, mit dem sie viel spazieren geht. Die Psychotherapie hat sie mittlerweile beendet.

IP 3 arbeitet als Akademikerin und lebt in einer Großstadt. Sie erzählt, sie habe jetzt wieder einen Freund und auch mit ihm komme es natürlich zu Streitigkeiten, aber „der würd’ ma nie weh tun“ (IP 3, Absatz 145). Sie beschreibt sich als „sehr sensibilisiert“ auf Gewalt und meint „jetzt trau i mi wirkli sogn, dass i nie wieder in so a Situation komm“ (IP 3, Absatz 145). Psychisch kämpft sie auch heute noch mit einer Angstsymptomatik, die sich vor allem durch Panikzustände äußert. Sie befindet sich weiterhin in Psychotherapie, mittlerweile aber bei einer anderen Therapeutin.

IP 4 lebt allein in einer Wohnung in einer Großstadt und befindet sich in einer Beziehung mit einem Mann. Nach der beschriebenen Gewaltbeziehung folgte für sie noch ein langer Weg mit vielen Therapien und Lebensveränderungen. Schließlich wurde sie selbst Psychotherapeutin. Besonders bringt sie ihre Dankbarkeit darüber zum Ausdruck, dass sie, anders als in ihrer Herkunftsfamilie,

einen guten Kontakt zu ihren drei Kindern hat und diese auch in der Nähe leben. Weiters betont sie, wie wertvoll es für sie ist, dass „i mi jetzt mit mir selba und meinen Gefühlen und das was ich ma so denk tagtäglich, was ich halt so möchte (IP 4, Absatz 47) beschäftigen kann. In diesem Sinne beschreibt sie, wie sie in ihrer aktuellen Beziehung Dinge spüren kann: „Na also diese Nähe zum Beispiel von gemeinsam wohnen möchte ich nicht“ (IP 4, Absatz 63), oder wie sich auch Sexualität für sie verändert hat: „Oder ich kann jetzt wirklich auch in der Sexualität, ich kann und darf und jo fast lustvoll mach ich das, so dieses ich entscheide immer“ (IP 4, Absatz 63).

Weitere Therapieerfahrungen der Interviewpartnerinnen

Einige Frauen haben in den Erzählungen von anderen, hilfreichen und auch weniger hilfreichen, therapeutischen Erfahrungen berichtet. Diese wurden jedoch nicht während der Gewalterfahrungen gemacht und sind daher nicht direkt für die Beantwortung der Fragestellung verwertbar. Sie sollen hier kurz skizziert werden um die therapeutische Erfahrung auch im Kontext eines zum Teil längeren Prozesses verstehen und einordnen zu können.

IP 1 berichtet von ersten Therapieversuchen in ihrer Jugendzeit, die allerdings alle nach zwei oder drei Gesprächen abgebrochen wurden. Sie beschreibt, sie habe sich „net wirklich ernst gnommen gfüht“ und „und des hab i daheim scha genug ghabt, des hab i net no braucht“ (IP 1, Absatz 12). Abgesehen davon gab es keine anderen Therapieerfahrungen.

IP 2 verfügt, abgesehen von der Psychotherapie während der Gewaltbetroffenheit, über keinerlei therapeutische Erfahrungen.

IP 3 wechselte einige Zeit nach dem Ende der Gewaltbeziehung die Psychotherapeutin und befindet sich aktuell bei einer Therapeutin mit der Fachrichtung „Systemische Familientherapie“ in Behandlung. Dazu meint sie: „I glaub in der ersten Therapie is eifach drum gangen, dass i akut aus der Situation

raus komm unbeschadet. Und jetzt geht's halt drum, dass i quasi die Folgen (...) ja bearbeit, die des halt bei mir hinterlassn hat" (IP 3, Absatz 155).

IP 4 befand sich seit ihrer ersten Therapie Anfang 20 regelmäßig in psychotherapeutischer Begleitung und beschreibt, dass sie sehr bald das Gefühl hatte, die Therapie sei ihr Weg hinaus. Während ihrer Ausbildung in Integrativer Gestalttherapie absolvierte sie außerdem eine Lehrtherapie.

Sie spannt in ihren Beschreibungen einen weiten Bogen von ihrer ersten Therapeutin, die sie auf ihrem Weg aus der Gewalt begleitete, über ihre Lehrtherapeut*innen, denen sie nach Geschlecht jeweils die Aufarbeitung des Vater- und Mutterthemas zuordnet, bis hin zu aktuellen, punktuellen Therapiesitzungen.

Die Erfahrungen, die sie in all diesen Therapien machte, waren sehr vielfältig. Selbst meint sie dazu unter anderem: „Also i hab ja meine Therapeuten in positiv und negativ. Also die, die in die Falle gegangen sind, könnt' ich sagn" (IP 4, Absatz 175). Was damit gemeint ist, wird an anderer Stelle klar:

Also da hat's sicher damals auch selbsternannte Therapeuten gegeben und so is mir auch passiert, also ich hab wirklich einige ... Therapeutinnen und Therapeuten erlebt, u. a. auch zwei Therapeuten mit denen ich auch wieder in sexuellen Kontakt gekommen bin. Also heute weiß ich, dass des noch amal a Re-Inszenierung war und wirklich net dienlich. (IP 4, Absatz 13)

Charakteristika der Gewaltbetroffenheit

In dieser Kategorie sollen Informationen dargeboten werden, die es ermöglichen ein Bild von der erlebten Gewalt und den Lebensumständen während der Gewaltbetroffenheit zu erhalten.

Gewaltformen, Täterstrategien und Ausmaß der Gefährdung

In den Interviews kommen Erzählungen über verschiedenen Gewaltformen vor, darunter fallen psychische, physische, sexualisierte und ökonomische Gewalt. Alle Frauen sind von mindestens zwei oder mehr Gewaltformen betroffen. In allen Fällen geht die Gewalt von einem männlichen Familienangehörigen, Freund bzw. Partner aus.

IP 1 berichtet in erster Linie von psychischer und sexualisierter Gewalt, beginnend in der Kindheit und Jugend bis ins junge Erwachsenenalter durch ihren Vater, Onkel und später durch ihren Freund. Über diesen berichtet sie, dass er „si dann durchaus mit Gewalt gnommen hat was er wollt“ (IP 1, Absatz 20) und „a komplette Anpassung von mir erwartet hat“ (IP 1, Absatz 160).

IP 2 berichtet von einer über nahezu 60 Jahre andauernden, massiven Gewaltbeziehung mit ihrem Ehemann, die sich durch ein überaus hohes Ausmaß an Gefährdung und Brutalität auszeichnet. Bereits relativ am Beginn des Interviews erzählt sie, er habe „sämtliche Waffen was gibt, Wurfmesser und, und, und“ gehabt „und da drinnen warn die Gwehr. Und va dem hab i mi gfiarcht, dass a mi daschiasst“ (IP 2, Absatz 23). Psychische, Physische und Ökonomische Gewalt kommen in ihren Schilderungen vor. Psychische Gewalt zeigte sich beispielsweise in Form von andauernden Abwertungen und Beschimpfungen. Sie sei „da größte Idiot va da Siedlung“ (IP 2, Absatz 37) oder gefährlichen Drohungen bis hin zu Morddrohungen, wie dies zum Beispiel während einer Autofahrt der Fall war: „Er fährt mit mir ..., dass i hi bin. Weil auf seina Seitn wär nix passiert. I wär halt am Baum pickt und wär tot gwesn“ (IP 2, Absatz 90). Geschildert wurden auch massive Kontrolle und Isolation durch den Mann: „Er is hintn nochi mitn Auto gfahrn, wenn i mitn Hund spaziern gängen bin und hat aufpasst“ (IP 2, Absatz 27). „I hab ja mei Tochter 12 Jahr net anschaun dürfm“ (IP 2, Absatz 29). Körperlich „hat a mi gwürgt“ (IP 2, Absatz 90) oder „hat a mit da Faust ... Hat a mi zuwa zu da Heizung“ (IP 2, Absatz 90). Ökonomisch hat er „von mir einkassiert“ (IP 2, Absatz 47) und „is a schlafm

gangen mitn Geldbörs!“ (IP 2, Absatz 45). Dies stellt nur eine kleine Auswahl der geschilderten Gewalttaten da und soll das Ausmaß und die Bandbreite der Gewalt repräsentieren.

IP 3 berichtet ebenfalls von verschiedensten Gewaltformen, vor allem von psychischer und körperlicher Gewalt, aber auch das Sexualleben beschreibt sie als „sehr gewaltvoll“ (IP 3, Absatz 167). Auch bei IP 3 zeigt sich ein hohes Ausmaß der Gefährdung wie folgende Aussage erahnen lässt: „Mir war damals überhaupt net bewusst wie gefährlich mei damaliger Freund eigentlich war. Also der war schon (...) extrem gefährlich“ (IP 2, Absatz 6). Etwas später konkretisiert sie diese erst nachträglich bewusst gewordene Gefährlichkeit: „Mei Exfreund hat Waffn ghabt, also der hat (...) an Schrank voll mit Schusswaffn zhaus.“ (IP 2, Absatz 28) und „er hätt amal (...) einmal nur a bissl mehr auszucken müssn und ich (...) wär vielleicht nimma mehr am Leben“ (IP 2, Absatz 10). Sie berichtet außerdem von starker Isolation: „Er hat mi aba gleichzeitig von allem isoliert. I hab keine Freunde mehr ghabt damals. I hab eigentlich kaum Kontakt zu meiner Familie ghabt“ (IP 2, Absatz 6).

IP 4 schildert in erster Linie psychische und sexualisierte Gewalt durch ihren Vater und älteren Bruder bis ins junge Erwachsenenalter sowie psychische und sexualisierte Gewalt durch ihren ersten Ehemann. Vor ihrem Ehemann habe sie dann „immer mehr Angst“ (IP 4, Absatz 9) gehabt, auch weil er gedroht hat: „Dann lasst er mich einliefern“ (IP 4, Absatz 9). Bezüglich der Sexualität in der Beziehung berichtet sie, sie sei „von einer Schwangerschaft in die andere gefallen“ und „war immer heilfroh, weil in der Schwangerschaft war ich unberührbar“ (IP 4, Absatz 9). Die „Prämisse war immer, wenn ich ihn liebe, dann muss ich tun was ihn glücklich macht“ (IP 4, Absatz 9). Das hat unter anderem auch Partnertausch inkludiert und dass er „mit mir nur mehr schlafen konnte, wenn er vorher gesehen hat, ... dass wer anderer an mir Hand anlegt“ (IP 4, Absatz 9). In späterer Folge berichtet sie auch von beginnenden

sexualisierten Übergriffen den eigenen Kindern gegenüber, die damals im Baby- und Kleinkindalter waren.

Informationen zum Täter und zur Beziehung zum Täter

In dieser Subkategorie sollen Beschreibungen zum Täter und über die Beziehung zu diesem erfolgen. In der Darstellung der Beziehung soll hier nun weniger auf die Gewalt an sich, sondern hauptsächlich auf die Beziehungsdynamik und die Aspekte abseits der Gewalt fokussiert werden.

IP 1 berichtet von mehreren, verschiedenen Beziehungen in denen Gewalt mehr oder weniger eine Rolle spielte. Die Beziehung zu ihrem Vater beschreibt sie als schon immer schwierig und schließlich als „in der Zeit einfach net vorhanden“ (IP 1, Absatz 44). Sie habe, als sie alt genug war, um sich besser wehren zu können, begonnen nur mehr gegen ihn zu kämpfen. Dabei habe sie auch viel Verantwortung für die restliche Familie übernommen und den Vater schließlich rausgeworfen.

Im Alter von 13 Jahren begann ihre Beziehung zu einem mehrere Jahre älteren Mann. Ihn erlebte sie anfangs als Zufluchtsort, mit der Zeit entwickelte sich die Beziehung vermehrt in eine von ihr nicht gewollte, sexuelle Richtung.

In einer späteren Beziehung beschreibt sie, der Mann habe ihr „in eine Hinsicht vü Dinge gebm, ... die i braucht hab, einfach a komplette Sicherheit und Geborgenheit“, und andererseits habe er „komplette Anpassung von mir erwartet“ (IP 1, Absatz 118). Die Beziehung beschreibt sie vor allem zu Beginn als „sehr innig und wir ham irrsinnig vü Zeit miteinander verbracht“ (IP 1, Absatz 118). Sie teilten auch die Leidenschaft für einen Extremsport.

Insgesamt betont *IP 1* mehrmals, sie habe Muster aus ihrer Kindheit in ihren Beziehungen laufend wiederholt und „manche Sachn san durch die Muster einfach falsch grennt“ (IP 1, Absatz 62).

IP 2 lernte ihren Ehemann im Alter von 17 Jahren während ihrer Arbeit kennen, kurz nach ihrer Flucht von zu Hause. Sie beschreibt ihren Mann als

„Herrenmenschen“ (IP 2, Absatz) oder „Herrgott“ (IP 2, Absatz 41), dem nur wichtig war, „dass ihm gut geht, des andere hat ihm net interessiert“ (IP 2, Absatz 49). Er sei bereits als Kind von seiner Mutter sehr verwöhnt worden, die im Gegenzug „auf ois verzicht“ (IP2, Absatz 5) habe. Mit dieser Schweigermutter lebten beide gemeinsam in einem Haus. Dazu erzählt sie:

Mei Schwiegermutter, des muss i sogn, die hat mi wirklich aufgenommen wie a Tochta. Nur i hab des halt net gmerkt, dass sie (...) i war weich, a weicha Mensch Sie hat mi so gformt, dass i dann dort, wie sie gstorbn is, weitertan hab und im Gegenteil, no mehr verwöhnt. (IP 2, Absatz 13)

In der Beziehung zu ihrem Mann beschreibt sie sich selbst in weiterer Folge als extrem „hörig“ (IP 2, Absatz 53).

IP 3 führte von 2010 bis 2012 offiziell eine Beziehung mit dem Gewalttäter, bei dem der Verdacht auf eine Borderlinestörung bestand. Bis 2014 gab es weiterhin regen Kontakt und auch die Gewalt setzte sich fort.

Er studierte ebenfalls und konnte es ihren Erzählungen zu Folge gut, ihr Ratschläge zu geben „und mi durchs Leben irgendwie so a bissl zu führen“ (IP 3, Absatz 82). Er war „1 Jahr lang ... der liebste Mensch auf der Welt“ (IP 3, Absatz 78). Dazu erzählt sie: „Das Leben mit dem war einfach a Leben in Extremen ... so war halt a des erste Jahr einfach extrem. Der hat ois gmacht was i wollt ... i hab ma dacht, des gibt's net“ (IP 3, Absatz 167).

IP 4 berichtet von mehreren gewalttätigen Beziehungen. Die Beziehung zu ihrem Vater war ab dem 8. Lebensjahr bis ins junge Erwachsenenalter von sexuellem Missbrauch geprägt, den sie als „sexuelle Beziehung zu meinem Vater“ (IP 4, Absatz 3), der „in der Sexualität nicht gewalttätig war“ (IP 4, Absatz 153) und ihr erklärt habe, er wolle sie zu einer Frau erziehen, die Sexualität auch wirklich genießen kann, beschreibt.

Mit 17 Jahren lernte sie dann ihren späteren Ehemann kennen. Sie wandte sich an ihn als Priester und setzte große Hoffnungen in ihn, denn, „der wird mi erlösen“ (IP 4, Absatz 9). Als es zu einer Schwangerschaft kam, wurde dieser in

eine mehrere hundert Kilometer entfernte Großstadt strafversetzt und IP 4 zog mit ihm dorthin:

Nachdem er auch aus dem Kloster, in dem er war, eigentlich eher so dabei war ausbrechen zu wollen. Also ich hab einen Beschützer gebraucht, er einen Schützling. Aber so war ich halt dann die erste Frau, die er jemals nackt gesehen hat, mit der er schlafen konnte, weil bei mir war's ja eh schon wurscht, jo. Also so war's in seinen Augen. Da bedient sich eh jeder. (IP 4, Absatz 99)

Dort lebten beide einige Jahre gemeinsam, zuerst in einer Wohnung und danach in einer selbst gegründeten, alternativen Wohngemeinschaft, angelehnt an die Idee einer Kommune der Alternativszene der damaligen Zeit. Neben freier Sexualität war man dort „a echt bemüht draufzukommen, wie das Leben so geht“ (IP 4, Absatz 11).

Reaktionen des Täters auf die Therapie

IP 1 gibt an, sowohl ihr Vater als auch ihr Freund haben gewusst, dass sie in Therapie geht, aber sie habe vor allem mit dem Vater „net wirklich drüber gredet“ (IP 1, Absatz 200). Sie wisse, „dass es ihm net passt ... Wenn des wer wissen würd', dass, Gott ma geht in Therapie und ma braucht Hilfe und ma is psychisch net gesund und des is eh scho a Weltuntergang“ (IP 1, Absatz 200).

IP 2 macht keine Angaben dazu. Es sei hier jedoch ergänzt, dass sie erst sehr spät in Therapie gegangen ist, zu einem Zeitpunkt, an dem ihr Mann bereits an Demenz erkrankt war.

IP 3 beschreibt, ihr Freund habe die Therapeutin abgewertet, sie habe aber den Eindruck gehabt, die Tatsache habe ihren Freund doch auch ein wenig eingeschüchtert:

Er hat a jedes Mal voll die Wut kriegt, wenn i erzählt hab von da Psychologin ... die redet jo nur Blödsinn und so (...) aba i hab öfter des Gefühl ghabt, dass ihm des dann doch eingesüchtert hat, dass er gwisst

hat es gibt zumindest a Person, die Bescheid weiß und die mir sagt, dass er a Problem hat. (IP 3, Absatz 14)

IP 4 berichtet, ihr Mann habe gemeint, sie brauche Therapie und habe sie zu Beginn selbst in eine Art von Therapie (Primärtherapie) mitgenommen. Sie selbst habe dann begonnen, „dass ich ihm von den Therapieinhalten nix mehr erzählt hab, weil nämlich die Therapeutin gsagt hat, ich muss das nicht erzählen (...) und das hat ma schon genügt. Ich muss nicht und das warn halt so meine ersten Schritte“ (IP 4, Absatz 75).

Die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussion bestätigen, dass sie die von IP 3 beschriebene Variante einer eher einschüchternden Wirkung auf den Täter gut kennen: „Kann i absolut bestätigen, ja Und es is immer so ein bisschen Öffentlichkeit, ja, zumindest eine zweite Person es is ah (...) find ich bremsend“ (Zehetner, Absatz 174). Auch Zeller bestätigt, sie habe es „eher so erlebt, dass es die Frau stärkend empfunden hat“ (Zeller, Absatz 179).

Auch die von IP 3 beschriebenen, darauffolgenden Abwertungen gegenüber der Therapeutin durch die Täter kennen die Diskussionsteilnehmerinnen: „Und dann wird, genau wie die Frau a beschreibt, immer lächerlich gmacht. Also blöde Funsen, a Feministin, was wassn die und san ja alle verrückt“ (Zehetner, Absatz 174).

Darüber hinaus schildern die Teilnehmerinnen weitere, immer wieder erlebte Reaktionsweisen. Schigl erzählt ein Beispiel eines „hoch narzisstischen, sadistischen Täters“ (...), der es gut findet, wenn die Frau in Therapie geht. Diese Täter sind davon überzeugt, „dass sie [die Frau] die Ursache für die Gewalt ist und dass er sie ja nur zu Recht so behandelt“ (Schigl, Absatz 176). Die Täter reden den Frauen ein, sie seien verrückt, müssten sich ändern und benutzen die Tatsache, dass die Frau in Therapie geht, sozusagen als Beweis genau dafür. Volonte berichtet ergänzend, dass Männer dies auch als Druckmittel einsetzen: „Da kann ich dir die Kinder wegnehmen“ (Volonte, Absatz 177). Zeller ergänzt, dass Klientinnen es eventuell als Risiko erleben und das Gefühl haben könnten,

sie seien durch „Psychotherapie bissl näher an der Psychiatrie und am Einweisen“ (Zeller, Absatz 179), was laut Volonte bei einer Beratungsstelle wahrscheinlich weniger der Fall sei. Abschließend betont Zehetner, dass es auch „die Frauen gibt, die sogn, wenn er das wüsste, er würd' total auszucken“ (Zehetner, Absatz 181), weshalb es auch viele Frauen nicht erzählen. Zehetner meint außerdem, es sei für sie oft ein Zeichen für „viel größere Bedrohtheit der Frau“ (Zehetner, Absatz 181), wenn sie sich nicht traut, es zu erzählen.

Lebensumstände während der Gewaltbetroffenheit

In diesem Kapitel sollen die Lebensumstände der Frauen während der Zeit der Gewaltbetroffenheit und Psychotherapie skizziert werden.

IP 1 lebte zu Beginn noch zu Hause bei ihrer Herkunftsfamilie. Sie berichtet, sie habe sich das Jahr nach der Matura freigehalten, da sie nicht wusste, wie es weitergehen soll. Mit Beginn der Fachhochschule zog sie in eine eigene Wohnung in eine größere Stadt, was für sie „ziemlich angenehm war, weil i Raum für mi ghabt hab. Da war's amal sehr, sehr gut va daham weg kommen aus dem ganzen System raus“ (IP 1, Absatz 136). Bei Besuchen zu Hause und an den Wochenenden war sie weiterhin mit ihrem Vater und der familiären Situation zu Hause konfrontiert. Die Fachhochschule beschreibt sie als extrem leistungsorientiert, die Atmosphäre dort als angespannt.

IP 2 lebte ab dem 18. Lebensjahr bis einige Wochen vor dem Interview mit dem Gewalttäter gemeinsam in einem Haus, der sie weitgehend von sozialen Kontakten außerhalb der Arbeit isolierte. Erst dann übersiedelte der mittlerweile demente Ehemann in ein Pflegeheim. Bis zu ihrem Tod lebte dort auch noch die Schwiegermutter. Der Ehe entstammt eine gemeinsame Tochter. Beruflich arbeitete *IP 2* bei einer großen Firma, wo sie im Laufe der Zeit zur Vorarbeiterin wurde.

IP 3 studierte im gefragten Zeitraum. Auch wenn sie im Prinzip mit dem Gewalttäter zusammenwohnte, behielt sie immer ihr Zimmer in einem

Studentenheim. Selbst meint sie, das Ganze „hat mi wahrscheinlich in ana Lebensphase troffen, was von den Umständen her am besten war, wenn ma so sogn kann“ (IP 3, Absatz 145). Dies bezieht sie darauf, dass sie keine Kinder hatte, noch nicht im Berufsleben stand und auch finanziell nicht abhängig von ihm war.

IP 4 lebte zu Beginn noch in ihrer Herkunftsfamilie und übersiedelte im Alter von 21 Jahren gemeinsam mit dem damaligen Priester in eine Wohnung in einer Großstadt. Sie arbeitete als Lehrerin und beide bewegten sich in der Alternativszene der damaligen Zeit. Sie gründeten gemeinsam eine kommunenartige, alternative Wohngemeinschaft, aus der ihr Ehemann aber nach relativ kurzer Zeit wieder auszog. *IP 4* erlebte mehrere Schwangerschaften innerhalb kurzer Zeit, bei denen sie auch mehrere Kinder verlor. Es gab 3 gemeinsame Kinder.

Sie betont die Spaltung, die sie in dieser Zeit in sich und in ihrem Leben empfunden habe und beschreibt diese anhand ihrer Identität als Lehrerin in einer Klosterschule einerseits und als Mitgründerin und Bewohnerin einer alternativen Wohngemeinschaft andererseits. Die beiden Welten beschreibt sie als stark voneinander getrennt. Die Menschen in der Kommune wussten zwar, dass sie Lehrerin sei, aber nicht an welcher Schule und die Kolleg*innen wussten nichts von ihrem Kommunenleben. Sie wechselte auch die Kleidung strikt, bevor sie sich in die jeweils andere Welt begab: „Also dieses Bild werd ich nie vergessen. Ich geh im Kostüm zur Schule, geh aber in diesem großen Haus beim Hintereingang herein, zieh mich schnell um und in der Kommune hama also die Kaftans getragen“ (IP 4, Absatz 21).

Psychische Verfassung und Auswirkungen der Gewalt

In dieser Subkategorie sollen die im Interview erwähnten Symptome und Auswirkungen der Gewalt dargestellt werden. Es soll dadurch ein Einblick in die psychische Verfassung der Frauen ermöglicht werden.

Eindrücklich ist festzustellen, dass alle Interviewpartnerinnen existenzielle, psychische Nöte bis hin zu massiver Suizidalität im Zusammenhang mit dem Erlebten beschreiben.

IP 1 bringt dies wie folgt zum Ausdruck: „Und i war an dem Punkt, an dem i für mi selba gsagt hab, also entweder i lass es jetzt und beend das, weil’s so kann Sinn mehr hat, oder i such ma wen, der ma wirklich helfen kann“ (IP 1, Absatz 10). Etwas weiter unten ergänzt sie:

Also Grund warum is net einfach beendet hab, war (...) es is a klana Pakt zwischen mir und meiner Mutter und meiner Schwester, weil wir wissen wann ana von uns aufgibt, is genug für die Andern. Jo (...) und wie gsagt, wenn i weiterleben wollt, dann sicha net so. (IP 1, Absatz 22)

Sie beschreibt außerdem „komplette Erinnerungslücken von längerem Zeitraum“ (IP 1, Absatz 20). Sie habe eine Zeit lang geglaubt, „i muss so weiter tun als wär nix gwesen“. Sie habe sich „ziemlich von Allem abkapselt ..., ganz gegen Ende anfangen den Geschmack zu verlieren und heiß-kalt nimma so wirklich gspürt. Also nur noch extreme Reize empfunden“ (IP 1, Absatz 22). Sie habe sich als dauernd auf der Hut erlebt und selber „dann zum Schluss scha so aggressiv auf Kleinigkeiten [reagiert], weil i einfach so empfindlich war und hinter jeder, jeder Sach was Schlechtes vermutet hab oder an Hintergedanken“ (IP 1, Absatz 52-56). Weiters sei sie „sehr, sehr kontrolliert und diszipliniert“ gewesen, denn alles andere „war gefühlt einmal loslassn und ma kann’s vergessen“ (IP 1, Absatz 60). Weiters beschreibt sie sich als orientierungslos. Sie habe keine Ahnung gehabt was sie nach der Schule machen soll. Sie berichtet in weiterer Folge über Alpträume, panikartige Zustände und Flashbacks: „Also i hab zum Teil immer no ziemliche Alpträume. Und... kann a ziemlich panisch aufwachn. Es gibt manche Sachn, die lassn mi ziemlich schnell in erlebte Sachn kippm“ (IP 2, Absatz 227).

IP 2 beschreibt ihre psychischen Nöte ebenfalls sehr eindrücklich: „I war scha so untn, weita hättns mi nimma owibracht“ (IP 2, Absatz 67). Später erzählt auch

sie: „I hab nimma leb'm woll'n. I hab gsagt i bring mi um. Durch des hams mi ja in die Psychiatrie“ (IP 2, Absatz 467). Besonders häufig schildert sie somatische bzw. psychosomatische Symptome wie Migräneanfälle, Magengeschwür sowie Magen- und Darmblutungen. Sie sei allgemein viel krank gewesen, berichtet von Verletzungen wie gebrochenen Rippen und meinte „da ganze Körper war blauschwarz“ (IP 2, Absatz 313). Sie entwickelte außerdem eine Benzodiazepin-Abhängigkeit im Zuge derer sie mehrmals das Bewusstsein verloren habe und zusammengebrochen sei. Psychisch beschreibt sie sich als extrem nervös und unruhig: „I war unruhig wie a Queckssilba, Dampf in alle Gass'n“ (IP 2, Absatz 457).

IP 3 erklärt, bei ihr habe sich die Gewalterfahrung „dadurch irgendwie ausgedrückt ..., dass i mei Leben überhaupt nimma auf die Reihe kriegt hab“ (...). Auch sie beschreibt dies als sehr grundlegende, existenzielle Erfahrung:

Es hat mi eigentlich komplett aus da Bahn geworf'n und i hab eigentlich nimma gwusst ... ahm ... warum i überhaupt da bin, was i mach, was mei Leb'm für an Sinn hat (...) Es war einfach so a Leere ... es war alles so sinnlos irgendwie. (IP 3, Absatz 2)

Sie habe „wirklich Angst um mei Existenz“ (IP 3, Absatz 66) gehabt und auch ihre Panikattacken haben in dieser Zeit begonnen. Sie habe in ihrem Studium nichts mehr weitergebracht, weil sie überhaupt nicht mehr sicher war, ob sie das oder was anderes machen soll. Sie habe auch „wie so a Schutzschild um mi herum ghabt“ und es sei an ihr „sehr vü abgeprallt. Also mir war einfach sehr vü egal“ (IP 3, Absatz 6).

Auch sie beschreibt, sie könne sich teilweise schwer an die Zeit erinnern: „Manchmal kommt ma vor, i hab a Stück va meim Leb'm verloren in der Zeit. I waß einfach sehr vü nimma“ (IP 3, Absatz 4). „Mir kommt der Teil va mein Leben wie ausgelöscht vor. I hab ... nur so fetzenartige Erinnerungen an die ganz schlimmen Momente“ (IP 3, Absatz 46). Sie habe sich „imma extrem durcheinanda ... und total aufgelöst und (...) zerfetzt“ gefühlt (IP 3, Absatz 4).

IP 4 beschreibt sie sei mit Anfang 20 in der „totalen Depression“ (IP 4, Absatz 5). gelandet. Sie habe sich überhaupt nicht „vorstellen können so weiter zu leben und ... sehr mit Suizidgedanken gekämpft“ (IP 4, Absatz 5). Ihre Vorstellung sei gewesen sie müsse „zuerst die drei Kinder umbringen und dann mich“ (IP 4, Absatz 5). Auch schon als Kind sei sie „amal lang einem Bahngleis nachgegangen“ und habe sich gedacht, „wenn jetzt der Zug kommt, dann werf ich mich da aufs Gleis“ (IP 4, Absatz 21).

Die Geburten ihrer Kinder beschreibt sie als traumatisch. Bei einer Geburt sei sie in eine Art psychotischen Zustand gekommen: „I hab in dem Moment gedacht, i bring ein Tier zur Welt. Sind die Füße zuerst gekommen und i hab ma gedacht, des schaut aus wie Hasenpfoten“ (IP 4, Absatz 9).

Ihr Verhältnis zu Männern sei von einem ganz tiefen Misstrauen geprägt gewesen und davon, dass sie bei nahem Kontakt „sehr schnell kippen kann in Richtung Verachtung“ (IP 4, Absatz 9).

Sie beschreibt, sie habe Anpassung so gut gelernt, dass sie keine Idee mehr davon hatte, wer sie selbst eigentlich sei oder was sie selbst wirklich wolle oder denke.

Weiters beschreibe sie ein tiefes Gefühl anders zu sein. Wie grundlegend dieses Gefühl gewesen sein muss, verdeutlicht folgendes Zitat:

I hab dann später amal Transgender-Leute kennengelernt und des hat mi so tief berührt. Und dann hab i ... mi gfragt ..., warum berührt mich des so tief und das deut ich für mich so: Also dieses, ich bin anders wie die andern, des hab ich so gut kennengelernt. Auch wenn's so nur meine eigene Wahrnehmung war, aber es war halt einfach so. (IP 4, Absatz 103)

Sie berichtet auch von einer erlebten Spaltung in sich und in ihrer Lebensgestaltung. Dies wurde bereits in der Subkategorie zu den Lebensumständen näher ausgeführt.