

**VEREINTE KRÄFTE: MIT SELBSTANTEILE-
ARBEIT ZU SELBSTREGULATION,
SELBSTWIRKSAMKEIT UND
SELBSTFÜRSORGE**

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie –
Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Teresa Bruckbauer

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Betreuerin: MMag.a Petra Klampfl, MSc

Wien, am 19.01.2020

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Teresa Bruckbauer, 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 oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-Thesis mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-Thesis unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

Mein herzlicher Dank für die Entstehung dieser Arbeit gilt

- Frau MMag.a Petra Klampfl, MSc, die trotz knapper Zeitressourcen ihre Zusage zur Betreuung meiner Master-Thesis gegeben und mich in sämtlichen Phasen des Schreibprozesses wertschätzend, motivierend und kompetent begleitet hat.
- den Teilnehmer*innen der empirischen Untersuchung, die Einblicke in ihren Therapieprozess erlaubt haben.
- meiner Kollegin und Freundin Frau Claudia Jilek, MSc, die die Arbeit korrektur gelesen und wertvolle Anregungen gegeben hat.

Aufrichtige Wertschätzung empfinde ich gegenüber allen Menschen, die mich ein Stück meines Lebensweges begleitet und mir eine Umwelt geboten haben, in der mein Selbst sich formen konnte. Einige von ihnen sind Bezugsmenschen geworden, die mich bis heute in meinem persönlichen Entwicklungsprozess fördern und unterstützen.

Dankbarkeit verspüre ich auch für die vielen heilsamen Erfahrungen, die ich während der gesamten Ausbildungszeit machen durfte und dass ich meinem Herzenswunsch, Psychotherapeutin zu werden, gefolgt bin.

ABSTRACT (DEUTSCH)

Hintergrund: Vorliegende Master-Thesis widmet sich der Arbeit mit Selbstanteilen in der Integrativen Gestalttherapie und ihrer Auswirkung auf die Fähigkeiten Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge. Es wird untersucht, inwiefern diese Fähigkeiten über das Therapieende hinaus umgesetzt werden.

Methode: Für die qualitative Studie wurden acht problemzentrierte, leitfadengestützte Interviews mit ehemaligen Klient*innen durchgeführt und die Daten mittels qualitativer Inhaltsanalyse evaluiert.

Ergebnisse: Die Empirie zeigt, dass Bewusstheit und Achtsamkeit zentrale Erkenntnisse in den Therapieprozessen mit Selbstanteilen darstellen. Bedürfnisse und dysfunktionale Verhaltensweisen werden über die Identifikation mit Selbstanteilen in der Therapie bewusst und bearbeitbar. Achtsamkeit und Ressourcenaktivierung helfen Klient*innen, Herausforderungen besser zu bewältigen. Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge können in den Alltag integriert werden.

Schlussfolgerung: Integrative Gestalttherapie mit Selbstanteilen bietet Klient*innen langfristig Lösungsmöglichkeiten für herausfordernde Situationen durch die Verbesserung der Fähigkeiten zur Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge. Die Teilnahme einer Kontrollgruppe an der Studie, welcher Selbstanteile-Arbeit nicht hilfreich war, hätte weitere Ergebnisse gebracht. Für künftige Forschung könnte zusätzlich zur Perspektive der Klient*innen auch jene von Psychotherapeut*innen oder Angehörigen einbezogen werden.

Stichworte (Autorenschlagwörter):

Integrative Gestalttherapie, Selbstanteile, Selbstregulation, Selbstwirksamkeit, Selbstfürsorge.

ABSTRACT (ENGLISCH)

Objectives: The present master thesis investigates the effects of Integrative Gestalt therapy with self-states on client's abilities of self-regulation, self-efficacy and self-care. The research includes how the acquired skills are used after the termination of the psychotherapy process.

Methods: A qualitative study based on eight problem-centered, guided interviews with former clients was conducted. The data was evaluated by qualitative content analysis.

Results: According to the empiricism the crucial outcome of psychotherapy with self-states appears to be awareness and mindfulness. By identification with self-states clients become aware of their needs and dysfunctional behavior which allows their treatment. Mindfulness and resource activation help to deal with challenges. Self-regulation, self-efficacy and self-care can be integrated into everyday life.

Conclusion: Integrative Gestalt therapy with self-states offers long-term solutions for challenging situations by the improvement of client's capability in self-regulation, self-efficacy and self-care. The participation of a reference group, where psychotherapy with self-states wasn't helpful, would've brought additional findings. For further research the perspective of psychotherapists or relatives is recommended to be studied.

Keywords:

Integrative Gestalt therapy, self-states, self-regulation, self-efficacy, self-care.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung.....	1
1.1	Begriffsklärung.....	2
1.2	Fragestellung.....	4
1.3	Struktur der Arbeit.....	4
2	Das Ganze und seine Teile – <i>Anteile</i> der Gestalttherapie.....	6
2.1	Theorie der Ganzheit.....	6
2.2	Die Feldtheorie.....	7
2.2.1	Schöpferische Anpassung.....	7
2.2.2	Grenzerfahrungen	9
2.3	Phänomenologie	12
2.4	Das dialogische Prinzip.....	13
2.5	Gestalttherapie – damals und heute	14
3	Das <i>gestalttherapeutische</i> Selbst.....	16
3.1	Selbst-Definitionen der Integrativen Gestalttherapie	16
3.1.1	Das soziale Selbst.....	17
3.1.2	Selbst-Definitionen aus anderen Blickwinkeln	18
3.1.3	Prozess und Struktur.....	19
3.2	Leib-Selbst, Ich, Identität: eine <i>strukturell-prozessuale</i> Persönlichkeitstheorie.....	21
4	Entwicklungspsychologische Aspekte des Selbst.....	22
4.1	Die Entwicklung des Selbst nach Daniel Stern	22
4.1.1	Bindung	25
4.1.2	Gute Objekte	25
4.2	Die strukturelle Entwicklung	26
4.2.1	Neurotische bzw. konfliktbedingte Störungen	28
4.2.2	Strukturelle Störungen	29
4.3	Entwicklung von Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge.....	30
5	Selbstanteile.....	35
5.1	Selbstanteile aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie.....	35
5.1.1	Abspaltung als Folge innerer Konflikte.....	36
5.1.2	Dissoziation in Extremsituationen.....	38

5.2	Ego-State-Therapie nach Watkins und Watkins	40
5.2.1	Ich-Zustände.....	40
5.2.2	Berührungspunkte Ego-State-Therapie und Integrative Gestalttherapie.....	41
6	Arbeiten mit Selbstanteilen.....	42
6.1	Gestalttherapeutische Herangehensweisen	42
6.1.1	Das innere Kind	44
6.1.2	Innere Helfer*innen.....	46
6.1.3	Der innere sichere Ort.....	47
6.1.4	Den Erwachsenenanteil stärken	48
6.2	Widerstandsphänomene in der Selbstanteile-Arbeit.....	49
6.2.1	Definition Widerstand	49
6.2.2	Widerstand als Beistand.....	50
7	Empirische Untersuchung.....	51
7.1	Entstehung des Forschungsinteresses	51
7.1.1	Literaturrecherche	52
7.1.2	Methode zur Datenerhebung	54
7.2	Empirisches Vorgehen.....	55
7.2.1	Auswertungsmethode	57
7.2.2	Interviewleitfaden.....	58
7.3	Ergebnisse der Auswertung.....	60
7.3.1	Bedeutsame Selbstanteile.....	69
7.3.2	Erkenntnisse der Klient*innen	75
7.3.3	Auswirkungen der Therapie mit Selbstanteilen	77
8	Diskussion und Conclusio	83
8.1	Zu den hilfreichsten Selbstanteilen.....	83
8.2	Fallbeispiel.....	86
8.3	Zu den Erkenntnissen der Klient*innen.....	87
8.4	Zu Auswirkungen auf Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge.....	88
8.5	Limitationen und Ausblick.....	91
8.6	Persönliche Bemerkungen und Schluss	92
	Literaturverzeichnis.....	95
	Tabellenverzeichnis	103

Abbildungsverzeichnis	104
Anhang	105

1 Einleitung

Menschen, die sich selbst abwerten und keinen liebevollen Umgang mit sich pflegen sind ein häufiges Phänomen in meiner psychotherapeutischen Arbeit in Ausbildung unter Supervision. Aus eigenen hohen Ansprüchen resultierende Misserfolge werden mit starker Selbstkritik beantwortet, wodurch steigende Unzufriedenheit entsteht und der Selbstwert leidet. Einige Klient*innen stehen vor der Schwierigkeit, in Zuständen der Überforderung widersprüchlich und inadäquat zu reagieren und leiden unter der mangelnden Fähigkeit zur Selbstkontrolle. Dies zeigt sich etwa in Impulsausbrüchen oder gekränktem Rückzug und trägt nicht zu einer zufriedenstellenden Bewältigung der Situation bei. Die im Titel meiner Master-Thesis genannte Selbstanteile-Arbeit gibt in Auseinandersetzung mit der eigenen Identität Aufschluss darüber, welche verborgenen Bedürfnisse hinter dem unliebsamen Verhalten stehen.

Selbstanteile mögen zunächst abstrakt erscheinen, weshalb hierzu eine einleitende Idee vermittelt werden soll. Eine ausführliche Darstellung folgt in Kapitel 5. Ich bediene mich der Ausführungen Blankertz' und Doubrawas (2005) welche treffend erfassen, worum es geht: Menschen, wie oben dargestellt, leiden unter der Unzufriedenheit, nicht zu entsprechen. Sie befinden sich folglich im Zwiespalt zweier gegensätzlicher *innerer Anteile*, jenem, der störend erlebt wird und dem, der sie gerne sein möchten. Diese Anteile stehen miteinander in Konflikt und erzeugen dadurch Leidensdruck. Das Ziel der Therapie ist, unter Differenzierung eines neurotischen (konfliktbedingten) oder strukturellen Störungsbildes (Kapitel 4.2.1 und 4.2.2), eine Zusammenarbeit der

Anteile zu erreichen, um sie wieder in Einklang zu bringen, zudem „der Mensch von Natur aus ein einheitliches, ganzes Wesen ist und nicht aufgespalten in zwei oder mehr gegensätzliche Teile“ (Blankertz & Doubrawa, 2005, S. 199).

In meinem Ausbildungsprozess bin auch ich persönlich des Öfteren mit Selbstanteilen in Kontakt gekommen und habe wichtige Erkenntnisse und einen positiven Bezug zu dieser Arbeit gewonnen. In der praktischen Anwendung dieses Therapiemodells stoße ich gelegentlich auf Skepsis der Klient*innen, denn einige Menschen können sich nicht vorstellen, dass es in ihnen mehrere Anteile geben soll. Sie möchten sich nicht auf den Gedanken einlassen, auch, um sich nicht der Kategorie *ich bin verrückt* bzw. *schizophren* zuordnen zu müssen. Die Überwindung, sich in Psychotherapie zu begeben, empfinden sie schwer genug und die Aufforderung, in einen Dialog mit Selbstanteilen zu treten, erscheint wie eine Farce. Der Skepsis als Widerstandsphänomen ist Kapitel 6.2 dieser Master-Thesis gewidmet, da sie ein Hindernis in der Selbstanteile-Arbeit darstellt. Jene Klient*innen, die sich auf das *Wagnis* Selbstanteile-Arbeit einlassen konnten, berichteten von der positiven Veränderung, die sich dadurch einstellte, insbesondere in drei Kernbereichen: Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge.

1.1 Begriffsklärung

Selbstregulation bzw. *Selbstregulierung* dient dem Menschen dazu, seinen inneren Gleichgewichtszustand wiederherzustellen und die aktuelle Beziehungssituation zu ordnen (Rudolf, 2013). In Stresssituationen können überflutende Gefühle, existenzielle Angst und Hilflosigkeit, wie sie nach

traumatischen Erfahrungen auftreten, dazu führen, dass es nicht möglich ist, sich zu beruhigen und wieder ins Gleichgewicht zu kommen. Impulsdurchbrüche und Kontrollverlust sind die Folge (Peichl, 2011). Selbstregulierung wird detailliert in Kapitel 4.3 behandelt. Die Begriffe Selbstregulation und Selbstregulierung werden in dieser Arbeit abwechselnd und gleichbedeutend verwendet.

Selbstwirksamkeit definiert Bandura (1994) als den Glauben an sich selbst, Probleme erfolgreich zu bewältigen. Das Gefühl, mit Hilfe eigener Fähigkeiten Einfluss auf das Leben nehmen zu können, steigert das Wohlbefinden, sowie den Selbstwert. Menschen, die sich als selbstwirksam erleben, schrecken weniger vor neuen Herausforderungen zurück und erholen sich, wenn sie scheitern, rasch wieder. In der Psychotherapie ist Selbstwirksamkeit ein wichtiger Faktor zur Stärkung der Eigenkompetenz der Klient*innen, der auch mit der Entwicklung (4.3) in Zusammenhang steht.

Selbstfürsorge bedeutet nach Küchenhoff (1999) die Fähigkeit, sorgsam und wohlwollend mit sich umzugehen. Sie fußt auf emotional bedeutsamen, früheren Beziehungserfahrungen, wie aus Kapitel 4 hervorgeht. Peichl (2011) erweitert diese Definition um das Attribut, sich selbst im Kontakt mit anderen Menschen abgrenzen, behaupten und verstehen zu können. Er unterstreicht auch die Kausalität von Selbstfürsorge und Selbstwert. Selbstfürsorge kann in der Psychotherapie erlernt werden.

1.2 Fragestellung

Auf Grund der beschriebenen Phänomene aus meiner praktischen psychotherapeutischen Arbeit liegt das Interesse dieser Master-Thesis in folgender Forschungsfragestellung:

- Was konnten Klient*innen, die in ihrem gestalttherapeutischen Prozess mit Selbstanteilen gearbeitet haben, daraus lernen und was hat ihnen für ihr Leben geholfen?

Die Forschungsfrage orientiert sich zusätzlich an folgenden Gesichtspunkten:

- Wie gelingt die Selbstregulation in herausfordernden Situationen?
- Wie genau erleben sich Klient*innen durch die Auseinandersetzung mit ihren inneren Anteilen selbstwirksamer?
- Wie wird die erlernte Selbstfürsorge umgesetzt?

1.3 Struktur der Arbeit

Beim Aufbau der vorliegenden Arbeit wurde bewusst Wert auf Übersichtlichkeit gelegt, weshalb Querverweise auf weitere Kapitel in Klammern oder im Fließtext zu finden sind. Die Master-Thesis steht im Zeichen der Integrativen Gestalttherapie. Interventionsformen, Sichtweisen und Erkenntnisse orientieren sich an gestalttherapeutischen Konzepten. Auf deren theoretische Grundlagen wird in Kapitel 2 eingegangen. Um in Österreich nach dem Psychotherapiegesetz als anerkannte Methode zu gelten, bedurfte es in den letzten Jahrzehnten einer Ausarbeitung der Theorie und Praxeologie der Gestalttherapie, damit eine Form der klinischen Psychotherapie ermöglicht

werden konnte. Daraus entwickelte sich die Integrative Gestalttherapie (Petzold, 1994). Die Differenzierung zwischen Gestalttherapie und Integrativer Gestalttherapie wird aufgegriffen. Um die Grundlage zur Annäherung an das Thema Selbstanteile herzustellen, befasst sich Kapitel 3 mit dem Selbst, sowohl aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie als auch aus anderen Blickwinkeln. Kapitel 4 widmet sich der Entwicklung des Selbst. Erkenntnisse aus der Säuglings- und Bindungsforschung sowie strukturbezogene Aspekte in der psychotherapeutischen Behandlung (Kapitel 4.1 und 4.2) sind Teil der zuvor genannten Aktualisierung für die Integrative Gestalttherapie und bedeutsam für die vorliegende Arbeit. Nachdem Selbstanteile in Kapitel 5 behandelt werden, stellt Kapitel 6 die Selbstanteile-Arbeit und ihre Anwendung in der Integrativen Gestalttherapie vor.

Im Anschluss an die theoretischen Ausführungen folgt der empirische Teil (Kapitel 7). Anhand qualitativer Interviews mit ehemaligen Klient*innen, die im Rahmen eines gestalttherapeutischen Prozesses die Arbeit mit Selbstanteilen kennengelernt haben, wurde erhoben, wie der Therapieprozess sie in den Bereichen Selbstwirksamkeit, Selbstregulation und Selbstfürsorge unterstützt hat und wie sie dadurch erworbene Fähigkeiten im Hier und Jetzt umsetzen. Die Empirie basiert auf der Hypothese, dass sich die Arbeit mit Selbstanteilen positiv auf Selbstfürsorge, Selbstregulation und Selbstwirksamkeit auswirkt. Es folgt im Diskussionsteil (Kapitel 8) die Auseinandersetzung der empirischen Ergebnisse mit den theoretischen Ausführungen zur Beantwortung der Forschungsfragen. Die Exploration von Klient*innenverhalten und der daraus abgeleitete Erkenntnisgewinn zur

Wirksamkeit von Selbstanteile-Arbeit im therapeutischen Prozess und darüber hinaus stellen das Forschungsziel dieser Master-Thesis dar.

2 Das Ganze und seine Teile – *Anteile* der Gestalttherapie

Der rote Faden dieser Master-Thesis zeichnet sich durch wiederkehrende Ganzheiten und deren Teile aus. Nachdem die *Selbstanteile* im Fokus stehen, erscheint die Bezugnahme auf dieses Bild sehr passend.

Der folgende Abschnitt vermittelt wichtige theoretische Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie und lässt verstehen, wie sie den Menschen betrachtet. Dabei handelt es sich ebenso um eine Ganzheit einzelner Elemente, beispielsweise Bereichen der Philosophie und Psychologie, die das Denken der Begründer*innen der Gestalttherapie beeinflusst haben. Anhand dreier Säulen, der *Feldtheorie*, der *Phänomenologie* und des *dialogischen Prinzips* wird die Theorie nachfolgend nähergebracht. Die prägnante Einführung dient als Überblick und zur Vorbereitung auf die wissenschaftliche Auseinandersetzung dieser Arbeit.

Bezugnehmend auf den berühmten Satz „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ (Aristoteles 1994; zitiert nach Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 17) wird zunächst der Begriff *Ganzheit* aufgegriffen.

2.1 Theorie der Ganzheit

Die Gestalttherapie wurde unter anderem von der Ganzheitstheorie des Organismus nach Kurt Goldstein geprägt. Diese besagt, dass der *geordnete* Organismus in jeder Situation als Einheit reagiert, niemals zeigt er ein Verhalten nur durch die Leistung eines Teilbereichs. Problematisch wird dies dann, wenn

der Organismus in *Unordnung* gerät (Votsmeier-Röhr, 2004). Dazu mehr in Kapitel 2.2.2. bzw. 5.1.1 und 5.1.2.

2.2 Die Feldtheorie

Eine Säule der Gestalttherapie bildet die *Feldtheorie* Kurt Lewins. Das Feld stellt die Gesamtheit parallel existierender Tatsachen dar und meint gestalttherapeutisch beispielsweise die Sozialisation eines Menschen, seine Beziehungen, die gesellschaftliche oder kulturelle Umwelt, den Arbeitsplatz sowie auch die persönliche Innenwelt, wie Selbstbilder, Selbstanteile oder Glaubenssätze (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Jeder Mensch ist *immer* Teil eines Feldes, wodurch er nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern nur in der Gesamtheit seines Lebenskontextes, in dem er sich im Hier und Jetzt befindet. In der Gestalttherapie wird vom *Organismus-Umwelt-Feld* gesprochen, Parlett (1999) umschreibt den Begriff auch mit „Person-in-der-Situation“ oder „Familie-in-der-Gesellschaft“. (S. 284) In der Literatur wird auch die Schreibweise Organismus/Umwelt-Feld verwendet und ist gleichbedeutend zu verstehen.

2.2.1 Schöpferische Anpassung

Innerhalb des Feldes finden beständig Regulationsprozesse statt. Der Organismus steht in wechselseitigem Kontakt mit der Umwelt sowie seinen inneren Vorgängen, wie etwa Emotionen, Wohlgefühl oder Unbehagen. Er unterscheidet zwischen Identifikation und Abgrenzung von der Umwelt (Beschreibung im Detail in Kapitel 2.2.2). Hält die Umwelt etwas Positives bereit, das zu den eigenen Bedürfnissen passt, wird der Organismus versuchen, Nähe herzustellen. Werden jedoch negative Gefühle wie Angst oder Ablehnung

ausgelöst, wird Abgrenzung oder Rückzug gewählt (Perls, 2015). Das Sich-Annähern oder Abgrenzen wird *schöpferische* oder *kreative Anpassung* (Perls, Hefferline & Goodman, 2007) genannt.

„Schöpferische Anpassung bedeutet die Hervorbringung optimaler Beziehungen zwischen den Interessen und Bedürfnissen eines Organismus und der Beschaffenheit seiner Umwelt, so wie er sie wahrnimmt“ (Amendt-Lyon, Bolen & Höll, 2004, S. 113).

Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) beschreiben die Organismus-Umwelt-Interaktion als einen Austauschvorgang, welcher *nach innen und außen* stattfindet. Austausch mit dem Außen passiert zum Zweck der Bedürfnisbefriedigung und Selbsterhaltung des Organismus. Dieser ist kontinuierlich darum bemüht, mit seiner Umwelt zurechtzukommen, seinen Gleichgewichtszustand zu erhalten und etwaige Störungen auszugleichen.

Darüber hinaus gibt es immer auch Austausch nach innen. Unabhängig von der Bedürfnisbefriedigung steht hier die Motivation des Organismus im Zentrum, sich selbst zu verwirklichen, seine Identität aufrecht zu erhalten, seine Fähigkeiten und Potentiale zu entfalten sowie das Ausloten und Erweitern seiner Möglichkeiten in einer Situation (siehe auch 4.3 Selbstwirksamkeit).

Bei der Erhaltung des Identitätssinns bzw. Identitätsgefühls geht es nach Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) „um das Erleben von Kontinuität und Kohärenz, um Konstanz über die Zeit und den inneren Zusammenhalt intrapsychischer bzw. intra-organismischer Prozesse und Strukturen wie der vielfältigen Selbstanteile der Person. Diese machen die Person als Individuum

einzigartig und unverwechselbar.“ (S. 69) Das Thema Selbstanteile wird in Kapitel 5 ausführlich behandelt.

2.2.2 Grenzerfahrungen

Laura Perls als eine der Begründer*innen prägte drei wesentliche Begriffe der Gestalttherapie: Grenze, Kontakt und Stütze (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Grenze im gestalttherapeutischen Sinn bedeutet die Differenzierung in einem Feld. Sie trennt und verbindet gleichzeitig das Eigene vom Fremden. An dieser Grenze findet immer Kontakt und damit einhergehend, Erleben, etwa in Form von Empfindungen, Gedanken und Fantasien, statt. Die Voraussetzung für gelingenden Kontakt bildet die Stütze, auch Selbststützung bezeichnet, und die jeweiligen Stützfunktionen (eigene Ressourcen, Fähigkeiten und Erfahrungen). Laura Perls (1989, zitiert nach Votsmeier-Röhr, 2004, S. 72) spricht vom *Kontakt-Support-Konzept*, welches in diesem Kapitel beschrieben wird.

An der *Ich-Grenze* findet nach Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) die erwähnte Differenzierung zwischen Identifikation und Abgrenzung in der Organismus-Umwelt-Interaktion statt. Die Ich-Grenze bestimmt die Kontaktmöglichkeiten mit der Umwelt und enthält sämtliche Ideen, Werte, Eigenschaften und Vorstellungen einer Person und dient zur Erhaltung der Identität. Lebenserfahrung und eigene Fähigkeiten tragen dazu bei, wie viel eine Person sich zutrauen kann (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Es werden drei Kontaktstadien der Ich-Grenze unterschieden: Interaktionen *innerhalb der Ich-Grenze* werden unproblematisch wahrgenommen. Der Organismus fühlt sich sicher, es handelt sich um bekannte

Situationen, die kein Risiko bedeuten. Kontakt *an der Ich-Grenze* wird als neu und aufregend empfunden, Gefühle von Nervosität oder Unsicherheit, aber auch Neugierde und Erregung können mit diesen Situationen einhergehen. Die Herausforderung kann bewältigt werden, wenn genügend Stütze im Hintergrund verfügbar ist und die Ich-Grenze sich um die neue Erfahrung erweitern kann. Der Kontakt *außerhalb der Ich-Grenze* geht über diese Stütze hinaus und ist existenziell bedrohlich, wodurch es zu Traumatisierungen kommen kann.

Die Kontaktprozesse, die an der Grenze zwischen Organismus und Umwelt stattfinden, werden in der Gestalttherapie anhand aufeinanderfolgender Stadien im *Kontaktzyklus* beschrieben. Die *Organismische Selbstregulierung* ist ein Teil dieses Zyklus und wird nachfolgend dargestellt: Sie basiert auf einem *Figur-Hintergrund-Geschehen*. Dabei erregt ein auftauchendes Bedürfnis die Aufmerksamkeit des Organismus und wird zur *Figur*, welche in den Vordergrund tritt. Solange das Bedürfnis nicht befriedigt wird, herrscht ein Ungleichgewicht. Um wieder in Balance zu gelangen, benötigt der Organismus einen entsprechenden Hintergrund als Stütze. Den *Hintergrund* bilden Ressourcen, Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien, basierend auf den bisherigen Erfahrungen des Organismus (Stützfunktionen). Die Organismische Selbstregulierung bezeichnet den Vorgang der Bedürfnisbefriedigung und des Selbsterhalts. Das Thema lautet: *Was wird gebraucht?* (Votsmeier-Röhr, 2004)

Die Stütze (support), welche die Kontaktmöglichkeiten des Menschen bestimmt, umfasst beispielsweise alle angeborenen Fähigkeiten, durch Erfahrungen Erlerntes, die Physiologie sowie Gewohnheiten und Verhaltensweisen. Diese Stützfunktionen beeinflussen künftige Kontaktabahnungen. Die Selbststützung hat Auswirkung auf die Flexibilität der Ich-Grenze, die Art des Kontaktprozesses und dessen Verarbeitung, sowie die Fähigkeit zur *Bewusstheit* (Votsmeier-Röhr, 2004). In der Therapie ist Bewusstheit zentral und kann wiederum Stütze bedeuten, etwa wenn Klient*innen die Bedeutung ihrer Reaktionen verstehen lernen und dadurch auch Erkenntnisse über die erlebten Situationen gewinnen. Auch die Bewusstwerdung über verschiedene Persönlichkeitszustände verhilft zu deren Integrierbarkeit (Votsmeier, 1999).

Das Kontakt-Support-Konzept definiert Kontakt und Stütze nach dem Figur-Hintergrund-Prinzip: „Kontakt ist immer im Vordergrund und ist nur in dem Maße möglich, in dem die entsprechende Stützung als organismischer Hintergrund verfügbar ist“ (Votsmeier-Röhr, 2011, S. 37). In Kapitel 5.1.1 und 5.1.2 wird die Auswirkung des Fehlens dieser Stütze dargestellt.

Wie gezeigt, umfasst die Feldtheorie komplexe Prozesse, welche für die Psychotherapie eine hilfreiche Orientierung bieten. Der Mensch kann nicht nur anhand eines einzelnen Symptoms diagnostiziert und behandelt werden, es ist erforderlich, seinen Lebenskontext zu explorieren. Dies trägt dazu bei, sich in seine Situation einfühlen zu können. Auch das Erleben und Verhalten unterliegt Einflüssen aus dem Feld. Nach Nausner (2018b) wird das Feld von Bedürfnissen

strukturiert. Solange der Organismus in seinem Feld alles Notwendige vorfindet, was er braucht, wird es ihm gut gehen. Oftmals herrschen jedoch Umstände, die Konflikte hervorrufen können. Dies passiert etwa, wenn soziale Normen einer Gemeinschaft es nicht erlauben, dass der Mensch seinen Bedürfnissen nachgeht und er folglich gezwungen ist, sich an den Wünschen der anderen zu orientieren (5.1.1). Diese Entfremdung vom Eigenen erzeugt Leidensdruck und bewegt viele Menschen dazu, Psychotherapie aufzusuchen. Ein Störungsbild, welches mit inneren Konflikten zusammenhängt, ist die neurotische Störung (4.2.1).

Es ist wichtig zu erwähnen, dass die genannten gestalttherapeutischen Theorien und Modelle in ihren Ursprüngen für Menschen mit neurotischer Persönlichkeitsstruktur geeignet waren (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Im Verlauf der vorliegenden Arbeit wird auf die Erweiterung und Weiterentwicklung der gestalttherapeutischen Konzepte in den letzten Jahrzehnten hingewiesen. Dementsprechend entstand ein differenziertes, gestalttherapeutisches Störungsverständnis zu neurotischen und strukturellen Störungen und ihren jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten (siehe auch 4.2).

2.3 Phänomenologie

Im gestalttherapeutischen Prozess ist auch der phänomenologische Aspekt von Bedeutung. Ein Phänomen ist das, was unmittelbar beobachtet und erlebt werden kann. Husserl (1980, zitiert nach Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 20) geht davon aus, dass Wahrnehmungen nicht objektiv gemacht werden können. Diese sind immer durch eigene Vorerfahrungen und Bewertungen

gefärbt, so auch in der Psychotherapie. Um der subjektiven Erfahrung des*der Klient*in möglichst nahe zu kommen, ist es Aufgabe der Gestalttherapeut*innen, die eigene Einstellung zur Welt auszuklammern und sich dafür zu öffnen, was und wie ein*e Klient*in etwas erlebt. Nach Fuhr, Sreckovic und Gremmler-Fuhr (2006) befindet sich der Mensch in seinen eigens geschaffenen Bedeutungswelten. Er reagiert stärker auf die Bedeutung eines Phänomens als auf das Phänomen an sich. Umso wichtiger ist es daher für Therapeut*innen, die Lebenswelt der Klient*innen empathisch nachvollziehen zu können.

2.4 Das dialogische Prinzip

Martin Bubers *dialogisches Prinzip* verweist auf die Wichtigkeit der zwischenmenschlichen Beziehung, welche Identität schafft. „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (Buber, 2017, S. 34). Das Individuum existiert von Geburt an in ständiger Bezogenheit auf seine Umwelt und ist auf die soziale Rückmeldung durch andere angewiesen, damit sein *Selbst* sich entwickeln kann (siehe Kapitel 4). Beziehungen können die Weiterentwicklung entweder fördern oder hemmen und schließlich zu Krankheit führen (4.2.1 und 4.2.2). „Die Krankheiten der Seele sind Krankheiten der Beziehung“ (Buber, 1965, S. 155). Folglich stützt sich die Gestalttherapie auf die Bedeutung der *heilsamen Beziehung*, wenn es darum geht, „anders zu werden, als wir bislang geworden sind, wenn wir das wollen“ (Staemmler, 2009, S. 17). Heilsame Beziehung kann im geschützten Rahmen der Psychotherapie erfahren werden.

2.5 Gestalttherapie – damals und heute

Ergänzend zu den Grundlagen wird an dieser Stelle ein kurzer Einblick in die prägenden, signifikanten Einflüsse der letzten Jahre auf die Gestalttherapie gegeben. Daraus geht hervor, wie sich aus der anfänglichen *Gestalttherapie* die *Integrativen Gestalttherapie* entwickelt hat.

Wird die Gestaltliteratur der Begründer*innen Fritz und Lore Perls sowie Paul Goodman herangezogen, findet der*die Leser*in sich schnell in der Not, dass Begriffsdefinitionen nicht einheitlich verwendet werden. Nach Nausner (2018b) liegt dies etwa an divergierenden Ansichten insbesondere Fritz Perls' und Paul Goodmans, welche Verwirrung und Widersprüchlichkeit hinterlassen. Viele Vertreter*innen der *Gestalt Community* diskutieren noch heute darüber, wie Begrifflichkeiten im Sinne der Begründer*innen vermeintlich zu verstehen sind. Dies zeigt sich auch im Kapitel 3 in der Darstellung des *Selbst*.

Petzold (1994) rechtfertigt, dass Fritz Perls nicht vorgesehen hatte, starre Theorien für die Ewigkeit aufzustellen. Er skizzierte lediglich Leitlinien und Akzente. Die Gestalttherapie sieht das Leben im Fluss und war folglich als eine offene, prozessorientierte Therapierichtung ohne in Stein gemeißelte Vorgaben gedacht, wodurch ihre Weiterentwicklung als Methode sogar *erwünscht* ist.

Fuhr, et al. (2006) weisen auf die Schwierigkeit hin, die gestalttherapeutische Lehre *theoretisch* zu vermitteln. Das eigene Wahrnehmen und Erleben als essenzieller Bestandteil der Gestalttherapie lässt sich schwer kommunizieren. Das Lebendige, das sich im Hier und Jetzt zeigt, ist nicht vorhersehbar, es ist ein Prozess, der durchaus für Überraschungen sorgen kann.

Dieses Verständnis einer Therapierichtung birgt Schwierigkeiten für die Integration in das Gesundheits- und Sozialsystem, welches auf Berechenbarkeit und Prognosen aufbaut und einer Diagnostik bedarf. Für den klinischen Kontext erschien die Gestalttherapie mangels entsprechender Theorie daher vorerst ungeeignet. Somit war es notwendig, ihre Theorie und Praxeologie derart auszuarbeiten, dass eine Form der klinischen Psychotherapie ermöglicht werden konnte. Daraus entstand die *Integrative Gestalttherapie* (Petzold, 1994). An ihrer Aktualisierung wurde in den letzten Jahrzehnten ambitioniert gearbeitet. Nausner (2018b) fasst zusammen, dass sich die Orientierung an folgenden Konzepten für die Integrative Gestalttherapie als wertvolle Ergänzung erweist und ein geeignetes Fundament für ihre Theorie und Praxis bietet:

- die Persönlichkeitstheorie Petzolds (beschrieben in Kapitel 3.2)
- Erkenntnisse der Säuglings- und Bindungsforschung (siehe Kapitel 4)
- ausgewählte psychodynamische Konzepte, wie die OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) und die strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf (2013) (Kapitel 4.2 und 4.3)

Zunächst liegt der Fokus auf dem *Selbst*. Dieser in der Gestalttherapie wesentliche Begriff dient als Grundlage für eine weiterführende Auseinandersetzung mit *Selbstanteilen* (Kapitel 5). Die Begrifflichkeiten indizieren bereits, dass zwischen einer Ganzheit und einzelnen Teilen unterschieden werden muss. Die Herausforderung im folgenden Abschnitt ist jedoch, dass das Selbst in der Gestalttherapie nicht als Zustand oder feste

Instanz verstanden wird, sondern als Prozess. Wie kann es demnach Anteile geben? Das folgende Kapitel gibt darüber Aufschluss.

3 Das *gestalttherapeutische* Selbst

Das Selbst ist ein in der Literatur vieldiskutierter Begriff, der unterschiedlich interpretiert wird. Nausner (2018b) thematisiert dies und bemängelt, dass der Selbstbegriff in der Psychotherapie zwar als essentiell gilt, es jedoch keine kollektiv verstandene, gestalttherapeutische Definition gibt. Um die Idee des Selbst im gegenständlichen Abschnitt vermitteln zu können, werden nachstehend die Sichtweisen einiger Gestalttherapeut*innen dargestellt. In Kapitel 4 wird das Selbst anschließend aus entwicklungspsychologischer Perspektive beleuchtet.

3.1 Selbst-Definitionen der Integrativen Gestalttherapie

Nach Boeckh (2019) wurde das Selbst in den Ursprüngen der Gestalttherapie als Funktion des Selbsterhalts durch Bedürfnisbefriedigung und des Wachstums des Organismus verstanden. Er zeichnet ein Bild des Selbst als eine „Art Haut zwischen Organismus und Umwelt, die sowohl den Organismus umschließt als auch im Kontakt zur Umwelt steht und diese in der Berührung wahrnimmt, also mit beiden Seiten verbunden ist und gleichzeitig beide Seiten voneinander abgrenzt“ (Boeckh, 2019, S. 22). Beim wechselseitigen Austausch zwischen Organismus und Umwelt (2.2.1) im bereits bekannten Organismus-Umwelt-Feld erhält nun auch das Selbst eine tragende Rolle.

3.1.1 Das soziale Selbst

Boeckh (2019) nennt das Selbst egozentrisch, wo es nur um die Bedürfnisbefriedigung in der Organismus-Umwelt-Interaktion geht (siehe 2.2.1, Organismische Selbstregulierung) und verweist auf die Wichtigkeit der sozialen Interaktion, in der es auch um Respekt und Rücksichtnahme gegenüber anderen geht. Dies bildet eine Verbindung zur Säuglingsforschung und zur Entwicklung des Selbst, wie sie im Kapitel 4 beschrieben wird. Nicht allein die Bedürfnisbefriedigung ist vonnöten, auch Beziehung und soziale Umgangsformen sind für das Selbst prägend, beispielsweise für die Entwicklung von Empathiefähigkeit. Boeckh (2020) beschreibt als Grundlage des Selbstbewusstseins, des Sich-selbst-bewusst-Seins, den inneren Dialog zweier Pole: der Identifikation mit eigenen Interessen und jenen der Bezugspersonen. Die Abstimmung zwischen beiden Polen, welche ein Einfühlen in die Perspektive des Gegenübers voraussetzt, gilt als soziale Funktion des Selbst. Während die egozentrische Selbstfunktion dem Selbsterhalt dient, „stellt das Ziel der *Sozialfunktion des Selbst* die Aufrechterhaltung der *sozialen Integration* dar, die *gegenseitige Anerkennung* und als stärkstes Motiv den Wunsch *zu lieben und geliebt zu werden.*“ (Boeckh, 2020, S. 119, Hervorhebungen i. Orig.)

Die Ausführungen zeigen, dass das Selbst nur in Bezogenheit auf ein Gegenüber und innerhalb eines aktiven Kontaktprozesses existieren kann, in welchem es sich immer wieder neu formt:

Es [das Selbst] wächst im Kontakt mit dem anderen, dem Neuen, und es wächst, indem es diese Erfahrungen assimiliert und integriert, das heißt, daß [sic] es ein Verständnis seiner selber [sic] in Relation zu seinen vergangenen Erfahrungen, seiner gegenwärtigen Situation und Zukunftsperspektive entwickelt. (Salem, 1999, S. 734)

Staemmler (2015) formuliert eine ähnliche Definition:

Der Begriff des ‚Selbst‘ meint einen jeweils konkreten Menschen aus der Perspektive der ersten Person, d.h. im Modus des sich von Situation zu Situation verändernden, leiblich verankerten Erlebens und Handelns in Bezug auf sich und seine Mit- und Umwelt sowie sein sich im Dialog mit Anderen über die Zeit hinweg formendes Verständnis von der eigenen Person. (S. 53, Hervorhebung i. Orig.)

Es zeigt sich, dass das Selbst in der Gestalttherapie nicht als konstante Einheit mit festen Strukturen, sondern als wandelbares, prozesshaftes Geschehen verstanden wird (Gremmler-Fuhr, 1999; Staemmler, 2015).

3.1.2 Selbst-Definitionen aus anderen Blickwinkeln

Boeckh (2019) nennt weitere Dimensionen des Selbst aus Bereichen der Psychologie:

- Das psychoanalytische Selbst ist Teil des *Ich* und Grundlage für die eigene bzw. psychosoziale Identität.
- Das Selbst als Ganzes umfasst nach der Analytischen Psychologie die Sicht auf sich selbst und auf seine Umwelt (Feld) mit allen bewussten und unbewussten Anteilen.

In dieser Arbeit wird in Kapitel 5.2 auch der Ansatz der Ego-State-Therapie erwähnt, welche nach Peichl (2017) eine eigene Selbst-Definition führt:

- Das „multidimensionale Selbst“ (S. 37) beschreibt ein sich selbst organisierendes System, welches aus „Sub-Selbsten“ (S. 38) besteht. Demzufolge gibt es verschiedene Ich-Zustände (siehe 5.2.1), welche, gebündelt zu einer Instanz, unser momentan gefühltes Selbst ergeben (Peichl, 2011, 2017).

3.1.3 Prozess und Struktur

Die beschriebene Prozesshaftigkeit des Selbst wirft Fragen im Hinblick auf das eigene Sein auf. Wenn das Selbst ein Prozess ist, der nie derselbe ist, wie kann sich der Mensch dann seiner Identität bewusst sein? Woher wissen wir, dass wir *sind*? Auf welcher Basis können wir uns weiterentwickeln? Gremmler-Fuhr (1999) versucht einen Brückenschlag mit der Unterscheidung eines *relationalen Selbst*, das sich immer neu formt und dem zuvor beschriebenen Prozessdenken treu bleibt, und eines *personalen Selbst*. Dieses bildet durch wiederholte Erfahrungen dauerhafte Merkmale und Gewohnheiten aus, die ein Identitätserleben ermöglichen (siehe auch 5.1.1). Gremmler-Fuhr (1999) zeigt damit auch beständige, *strukturelle* Aspekte des Selbst auf.

Darüber hinaus wächst das Selbst durch Lernen und Integration von Erfahrungen, was voraussetzt, dass dem etwas Konstantes zu Grunde liegt, das sich wandeln kann. Hochgerner, Klampfl und Nausner (2018) erklären, wie der bereits bekannte Organismus als dieses Konstante gesehen werden kann: „Hilfreich könnte der Gedanke sein, dass der Organismus ‚existiert‘, während

„Selbst‘ ein Begriff ist, der versucht, eine menschliche Erfahrung zu fassen ...“
(S. 191)

Auch Votsmeier-Röhr (2011) stärkt den Strukturgedanken anhand der Verknüpfung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse, wie der Organisation von Hirnfunktionen, mit gestalttherapeutischen Leitideen wie dem Figur-Grund-Prinzip und dem Kontakt-Support-Konzept nach Lore Perls (siehe 2.2.2). Es wird die Organisation von Erfahrung als ein Figur-Hintergrund-Geschehen skizziert, indem der Organismus auf neuronaler Ebene zwei Funktionsmodi anwendet: einen unreflektierten, *automatisierten* Modus, beispielsweise bei gewohnten Abläufen, die keiner besonderen Aufmerksamkeit bedürfen, und einem Modus, in welchem bewusstes Denken und Handeln, aktives Hinterfragen oder das Einnehmen einer Metaperspektive erforderlich sind. Je nach Anforderung, wird der jeweilige Modus aktiv, gelangt also in den Vordergrund, während der andere im Hintergrund erhalten bleibt. Fähigkeiten und Ressourcen, die die Stützfunktion im Hintergrund bilden, beinhalten dauerhafte Aspekte des Selbst, die sich über die Zeit und mit den Erfahrungen entwickeln.

Im Abschnitt 3.2 soll in der Diskussion um Prozess oder Struktur des Selbst Klarheit geschaffen werden. Als weiterentwickelte Methode wendet sich die Integrative Gestalttherapie von einigen widersprüchlichen Theorien insofern ab, als sie sich, im Sinne der schöpferischen Anpassung, an geeigneteren und zeitgemäßerer Modellen orientiert. Hilarion Petzold (1993) erarbeitete in Anlehnung an die Erkenntnisse der Säuglingsforschung ein Persönlichkeitsmodell, welches die Entwicklung als lebenslangen Prozess

beschreibt und die gemachten Erfahrungen als bedeutsam für die Identität sieht. Dies soll nachfolgend kurz umrissen werden.

3.2 Leib-Selbst, Ich, Identität: eine *strukturell-prozessuale* Persönlichkeitstheorie

Petzold (1993) beschreibt die Struktur der Persönlichkeit anhand dreier Stufen, dem *Leib-Selbst*, dem *Ich* und der *Identität*. Der im Leib-Selbst enthaltene Begriff *Leib* ist in der Integrativen Gestalttherapie zentral. Gemäß Maurice Merleau-Ponty (1966, zitiert nach Nausner, 2018a, S. 55–56) ist der Leib der Ort der Existenz und ermöglicht die Verbindung mit der Welt. Durch all seine Sinne erschafft der Leib seine Welt und gibt ihr Bedeutung. Der Leib als „bedeutungstragender Körper“ (Gibson, 1982, zitiert nach Petzold, 1993, S. 677) hat die Fähigkeiten, wahrzunehmen, zu reagieren und seine Erfahrungen im Gedächtnis zu speichern. Diese Erfahrungen entstammen dem wechselseitigen Austausch zwischen Organismus und Umwelt. Sie bilden die Grundlage eines Ich, welches nach Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005) als handelndes Selbst gilt, das Erkenntnisse gewinnt sowie Bewältigungs- und Abwehrmechanismen anwendet. Das Ich nimmt seinen Leib wahr und wie es von der Welt gesehen wird. Dadurch bildet es seine *Identität* (Petzold, 1993).

Mit diesem Modell kann der Organismus als Träger der Erfahrungen, die er in der Interaktion mit seiner Umwelt macht, gedacht werden und der *Prozess des Selbst* nachvollziehbar *Strukturen bilden*. Es geht hervor, dass beide Eigenschaften auf das Selbst zutreffen. Es kann sowohl prozessual als auch strukturell verstanden werden.

Der Strukturgedanke ist ebenso relevant, wenn es um sogenannte *Fixierungen* (siehe 5.1.1) geht. Diese in der Gestalttherapie als *krank* geltenden Umstände äußern sich in Strukturen bzw. *Mustern*, die Leidensdruck erzeugen. Menschen reagieren unreflektiert auf situative Anforderungen in Form von Automatismen und Routinehandlungen, welche Konflikte nach sich ziehen. Abermals kann die Neurowissenschaft herangezogen werden. Das Gehirn befindet sich in Situationen ohne hohe Ansprüche im Energiesparmodus und die Person reagiert mit ihren bekannten Mustern. Sobald diese dysfunktional sind und Schwierigkeiten auftreten, ist es erforderlich, sie reflektierend zu hinterfragen und Bewusstheit für die Gründe des eigenen Tuns zu erlangen (Votsmeier-Röhr, 2011).

Die gestalttherapeutische Sicht auf das Selbst wurde bereits umfangreich dargestellt. Nachfolgend wird vonseiten der Säuglings- und Bindungsforschung auf entwicklungspsychologische Aspekte eingegangen und die strukturelle Entwicklung beleuchtet.

4 Entwicklungspsychologische Aspekte des Selbst

Die Säuglingsforschung geht laut Daniel Stern (2007) davon aus, dass Grundzüge des Selbst bereits pränatal bestehen und es sich im Verlauf früher Entwicklungsstadien formt.

4.1 Die Entwicklung des Selbst nach Daniel Stern

Zu den Entwicklungsstadien des Selbst gehören: Das *auftauchende Selbst*, das *Kernselbst*, das *(inter-)subjektive Selbst*, das *verbale Selbst* und das

narrative Selbst. Diese Phasen verlaufen nach Stern (2007) nicht streng nacheinander, sondern überlappend und teilweise gleichzeitig.

Das auftauchenden Selbst (0-3 Monate) wird vor allem leiblich wahrgenommen (Dornes, 2009). Der Leib mit seinen Fähigkeiten wurde bereits in Kapitel 3.2 dargestellt. Der Säugling beginnt in diesem Stadium, sich selbst von anderen zu unterscheiden, Blickkontakt aufzunehmen sowie das soziale Lächeln. Er kann einen Zusammenhang zwischen Ereignissen erkennen und ein Gefühl von Regelmäßigkeit entwickeln. In dieser Phase ist laut Spangler (2016) besonders wichtig, dass verlässliche Bezugspersonen dem Säugling nicht nur Versorgung und Schutz bieten, sondern auch Emotionsregulation, da er selbst noch nicht in der Lage ist, seine Gefühle einzuordnen. Diese Erfahrung ist wesentlich für ein ausreichendes Sicherheitsgefühl und fließt in die spätere Fähigkeit zur Selbstregulation ein.

Mit dem Kernselbstempfinden (2./3.-7./9. Monat) lernt das Kind, dass es Urheber seiner Handlungen ist und differenziert zwischen eigenen Handlungen, die von seinem Willensgefühl begleitet werden, und Handlungen, die jemand anderer ausführt. Eigene Affekte werden als zu sich gehörig erlebt, deren Regulierung durch die Bezugsperson von zentraler Bedeutung für eine gesunde Entwicklung ist (*Affektregulierung*). In dieser Phase ist für den Säugling zentral, dass er seine wichtige Bezugsperson erreichen kann und diese hilfreich ist, indem sie da ist, ihn beachtet, versteht und tröstet (Rudolf, 2013). Das Gefühl, etwas tun zu können, das Wirkung hat und zu Erfolgserlebnissen führt, sind erste Ansätze der Entwicklung von Selbstwirksamkeit.

In der Phase des subjektiven Selbst mit intersubjektiver Bezogenheit (7./9.-15./18. Monat) versteht das Kind einerseits, dass seine Empfindungen, Affekte und Absichten sich von jenen der anderen unterscheiden können und andererseits ein gemeinsames Erleben mit anderen Menschen möglich ist. Stern (2007) verwendet die Bezeichnung *Affektabstimmung*. „Die Affektabstimmung stellt ... eine Ausführung von Verhaltensweisen dar, die die Gefühlsqualität eines gemeinsamen Affektzustandes zum Ausdruck bringen ...“ (Stern, 2007, S. 203). Die Bezugsperson nimmt dabei am Erleben des Kindes teil, kann seine Erregung auffangen und mit empathischem Handeln und Sprache beantworten. Die Benennung innerpsychischer Vorgänge führt zu emotionalem Selbstverständnis des Kindes (Rudolf, 2013).

Das verbale Selbst (15.-18. Monat) ermöglicht Kindern, durch Sprechen ihre Gefühle und Erfahrungen anderen mitteilen bzw. symbolisch kommunizieren zu können, etwa im szenischen Spiel. Das verbale Selbstempfinden ist nach Dornes (2009) nie abgeschlossen. Sich in Bezug mit anderen und in unterschiedlichen Rollen und Perspektiven zu erleben, ermöglicht die Entwicklung der Fähigkeit zur Mentalisierung: „Mentalisieren ist die manchmal explizite, meist aber implizite imaginative Fähigkeit, sich eine differenzierte innere Vorstellung von der Psyche und ihren Wechselwirkungen mit den anderen Erlebens- und Verhaltensbereichen machen zu können, bei sich selbst und bei anderen“ (Bolm, 2015, S. 11). Für die Arbeit mit Selbstanteilen ist Mentalisierungsfähigkeit eine wichtige Voraussetzung und kann in der Therapie erlernt werden (6.1).

In der Stufe des narrativen Selbst ab dem 18. bis 26. Monat wird es möglich, Erlebtem eine Bedeutung beizumessen und Geschichten erzählen zu können (Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk, 2005).

4.1.1 Bindung

Durch die beschriebenen Interaktionen zwischen Bezugsperson und Säugling entsteht Bindung, die im ersten Lebensjahr als entscheidende Entwicklungsaufgabe gilt (Spangler, 2016).

Unter Bindung versteht man ein lang andauerndes affektives Band zu ganz bestimmten Personen, die nicht ohne Weiteres auswechselbar sind, deren körperliche, psychische Nähe und Unterstützung gesucht werden, wenn z.B. Furcht, Trauer, Verunsicherung, Krankheit, Fremdheit usw. in einem Ausmaß erlebt werden, das nicht mehr selbstständig regulierbar ist. (Seiffge-Krenke, 2009, S. 58)

4.1.2 Gute Objekte

Bindung ermöglicht es dem Kind, das Bild der Bindungsfiguren und deren Handlungen als *gute Objekte* zu verinnerlichen. Rudolf (2013) beschreibt diese als Abbild einer „erfreulichen, wünschenswerten, interessanten Person, die die Macht hat, Gutes heranzutragen und Schlechtes wegzunehmen“ (S. 12). Das Kind kann sich in einer reiferen Entwicklungsphase daran erinnern, wenn es Trost und Beruhigung braucht und sich nach dem Vorbild der handelnden Bezugspersonen selbst regulieren. Die Qualität der Fähigkeit zur Selbstregulation (4.3), wie sie in dieser Arbeit fokussiert wird, unterliegt demnach bereits sehr frühen Einflüssen.

Aus den Entwicklungsstufen und deren Eigenschaften geht hervor, welche wichtigen Beziehungs- und Bindungserfahrungen in den ersten Lebensjahren für eine gesunde Entwicklung gemacht werden sollten. Auch im therapeutischen Kontext ist die Berücksichtigung der kindlichen Entwicklung zentral, auch um zu sehen, in welcher Phase eventuelle Schädigungen stattgefunden haben. Für die in der Master-Thesis relevanten Bereiche der Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge, wird in der frühen Kindheit bereits der Grundstein gelegt: Wird das Kind entsprechend umsorgt, beruhigt und getröstet, kann es gute Objekte verinnerlichen, die es auch als Erwachsene*n befähigen, sich zu beruhigen, sich gut um sich zu kümmern und seine Emotionen zu regulieren. Im folgenden Abschnitt wird darauf eingegangen, was passiert, wenn diese Voraussetzungen nicht erfüllt wurden.

4.2 Die strukturelle Entwicklung

In Anlehnung an die strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf, 2013), welche mit der Integrativen Gestalttherapie in einigen Aspekten des klinischen Feldes konform ist, wird hinsichtlich der menschlichen Entwicklung auch der strukturelle Aspekt berücksichtigt. Unter Struktur wird die Verfügbarkeit psychischer Fähigkeiten verstanden, die sich im Laufe der Entwicklung durch Beziehungs- und Umwelterfahrungen bilden. Sie ist zur Organisation des Selbst und seinen inneren und äußeren Beziehungen erforderlich (Rudolf, 2013).

Votsmeier (1999) übersetzt dies für die Integrative Gestalttherapie, dass Struktur der Selbstregulierung und kreativen Anpassung einer Person unter Berücksichtigung ihrer Identität und des Selbstwertes dient. Die folgende

Abbildung (1) gibt Aufschluss über die Arten struktureller Fähigkeiten. Im Hinblick auf die Forschungsfragestellung ist besonders die zweite Ebene *Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs* interessant, auf welche im Abschnitt 4.3 noch eingegangen wird.



Abbildung 1. Strukturelle Fähigkeiten in Anlehnung an Rudolf (2013, S. 54)

Verläuft die Entwicklung des Menschen hinsichtlich der wichtigen Beziehungs- und Umwelterfahrungen defizitär, können strukturelle Fähigkeiten beeinträchtigt sein oder fehlen. Es wird von *strukturellen Störungen* gesprochen. Diese Entwicklungsstörungen können nach Votsmeier (1999) in jeder Phase der kindlichen Entwicklung auftreten, wenn Belastungen und

Defizite nicht ausreichend kompensiert werden können. Überforderungen und Angst-Erfahrungen treten meist in der Kindheit und Jugend auf, da auf Grund der mangelnden Reife noch ungenügend Bewältigungsstrategien vorhanden sind. Viele Anforderungen in dieser Lebensspanne gehen über die Kapazität der Selbststützung hinaus (Votsmeier-Röhr, 2004). Rudolf (2019) präzisiert, dass besonders der Übergang von einer Entwicklungsphase in die nächste einen vulnerablen Zeitraum darstellt, etwa bei der Einschulung, der Pubertät oder der Adoleszenz. Strukturelle Störungen äußern sich durch Schwierigkeiten im Selbstverständnis, der Selbstregulation und der Beziehungsgestaltung (Rudolf, 2013, 2019).

„Menschen mit sogenannten strukturellen Störungen leiden darunter, daß [sic] die Integration ihrer psychischen Struktur beeinträchtigt ist, neurotische Konflikte sind eher sekundär.“ (Votsmeier, 1999, S. 715)

Demnach sind das neurotische und das strukturelle Störungsbild zu differenzieren. Bei der diagnostischen Erhebung ist der Grad des Integrations- bzw. Strukturniveaus ausschlaggebend, welches anhand der strukturellen Fähigkeiten eingeschätzt werden kann. Eine neurotische Struktur weist ein hohes Strukturniveau auf, strukturelle Störungen ein niedriges bzw. mittleres Strukturniveau (Votsmeier, 1999). Es folgt ein Vergleich, um weitere Unterschiede deutlich zu machen.

4.2.1 Neurotische bzw. konfliktbedingte Störungen

Menschen mit konfliktbedingten Störungen befinden sich im Zwiespalt zwischen Wünschen und Nichtdürfen (Rudolf, 2013). Die dadurch erlebten

unbewussten Konflikte und Spannungszustände resultieren aus emotionalen Belastungserfahrungen in der reifen Kindheit, etwa ab drei Jahren (nach Rudolf, 2013) und werden im Erwachsenenalter durch äußere Einflüsse immer wieder aktualisiert. Innere Konflikte blockieren das freie Handeln (siehe auch 5.1.1). Betroffene sind bemüht, Spannungsgefühle abzuwehren, was viel psychische Energie erfordert. Sie erleben sich ängstlich, kränkbar oder leicht resignierend, zweifeln stark an ihrem Selbstwert und haben überhöhte Ansprüche an sich selbst. Die Angst vor Zurückweisung oder Beschämtwerden sowie wiederholte Negativerfahrungen in Beziehungen führen durch unbewusste Reinszenierung zu Misserfolgserleben am immer gleichen Konfliktthema. Neurotische Störungen können psychische Symptome wie Depressionen, Angst, Zwang und somatoforme Störungen hervorrufen (Rudolf, 2013).

4.2.2 Strukturelle Störungen

Strukturelle Störungen zeigen sich als Folge früher Beziehungsstörungen und äußern sich durch uneindeutige psychische Beschwerden. Betroffene sind leicht von Affekten überschwemmt und in ihrer Integrität stark verunsichert (siehe auch 5.1.1). Auf emotionaler Ebene sind sie orientierungslos, verstehen weder sich selbst noch andere Menschen und können sich kaum auf gute innere Bilder oder Erfahrungen stützen. Situationen können schwer bewältigt werden und verstärktes Bedrohungserleben wird mit selbstschädigendem Verhalten, etwa durch Selbstverletzung oder dem Gebrauch von Suchtmitteln, zur Beruhigung und Regulierung beantwortet (Rudolf, 2013).

Wöller (2013) beschreibt, dass Persönlichkeitsstörungen begleitet von Bindungs- und Beziehungstraumatisierung fast immer mit schwerwiegenden strukturellen Defiziten einhergehen. Am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird das Entstehen von Emotionsregulationsstörungen beschrieben: Alltägliche Situationen werden unbewusst mit traumatischen Erinnerungen verbunden, sodass traumatische Affekte (Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Verlassensein, etc.) aus der Vergangenheit das Gegenwartserleben beeinflussen und verstärkt negative Stimuli wahrgenommen werden. Dies führt zu erhöhtem Bedrohungserleben, wovon schwer Abstand genommen werden kann. Dabei rufen etwa Trennungserfahrungen Gefühle unerträglichen Verlassenseins hervor, Näheangebote ein ohnmächtiges Ausgeliefertsein und Meinungsverschiedenheiten vernichtende Scham.

Im nächsten Abschnitt werden die drei Teilbereiche Selbstregulation, Selbstwirksamkeit, und Selbstfürsorge, die im Fokus dieser Arbeit stehen, mit dem bisher vermittelten Wissen verknüpft und erklärt.

4.3 Entwicklung von Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge

Zunächst wird der Begriff Selbstregulation aus zwei verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Die gestalttherapeutische Perspektive wurde bereits im Kapitel 2.2.2. behandelt und meint die Regulation des Organismus an der Kontaktgrenze unter Nutzung seiner vorhandenen Möglichkeiten zur Bewältigung einer Situation. Die Selbstregulierung dient der Selbstverwirklichung und auch dem Wiedererlangen des Gleichgewichts des

Organismus bei Erschütterung. Dysfunktionale Bewältigungsmuster in Form von Kontaktunterbrechungen können psychisches Leid erzeugen, wie in 5.1.1 beschrieben wird.

Die strukturbezogene Sicht, welche in die aktuelle Gestaltliteratur einfließt, versteht Selbstregulation ebenfalls als Versuch, den Zustand inneren Gleichgewichts wiederherzustellen und Beziehungssituationen zu ordnen (Rudolf, 2013). Selbstregulation stellt eine Ebene der Arten struktureller Fähigkeiten eines Menschen dar (Abbildung 1).

Ist die Fähigkeit zur Selbstregulation beeinträchtigt, zeigt sich dies etwa durch Kontrollverlust über aggressive Handlungsimpulse, Überwältigung durch heftige eigene Affekte, hohe Kränkbarkeit und Schwierigkeiten beim Wiederaufbau des verletzten Selbstwertes. Einschränkungen auf Beziehungsebene können auftreten, indem auf Grund zwischenmenschlicher Abwehr wichtige Beziehungen nicht vor eigenen destruktiven Impulsen geschützt werden können. Außerdem zeigen sich Komplikationen, Reaktionen anderer richtig einzuschätzen sowie in Beziehungen eigene und fremde Interessen adäquat zu berücksichtigen (Rudolf, 2013).

Wie bereits dargestellt (4.1), ist die Fähigkeit zur Selbstregulation davon abhängig, welche frühen Beziehungserfahrungen gemacht wurden.

Dies betrifft auch den Bereich der Selbstwirksamkeit. Der Glaube daran, einer Aufgabe gewachsen zu sein bzw. selbst etwas bewirken zu können, um eine unbefriedigende Situation zu verbessern, wurzelt in der frühen Kindheit (4.1) und ist eng an Erfahrungen und Erfolgserlebnisse sowie Fähigkeiten und

Ressourcen geknüpft. Gestalttherapeutisch könnte man Selbstwirksamkeit in Zusammenhang mit der für eine neue Situation notwendigen Stütze (2.2.2) bringen. Der Mensch strebt nach neuen Herausforderungen und hat Freude an deren Überwindung. Dabei kann er sich selbst verwirklichen. Traut sich eine Person die Bewältigung einer Aufgabe zu, findet an der Kontaktgrenze ein Austausch mit dem Neuen statt. Vorhandene Fähigkeiten regulieren das Geschehen, welches subjektiv bewertet und reflektiert, als Erfahrung integriert werden kann (Votsmeier, 1999). In seiner Tendenz zur Selbstverwirklichung ist eine neue Situation für den Menschen eine Chance, jedoch immer auch ein Wagnis. Je nach Qualität der Stützfunktionen könnte es entweder zu einer Erschütterung kommen oder, wenn die Situation erfolgreich bewältigt werden kann, Selbstverwirklichung erreicht werden. Der gesteigerte Selbstwert sowie das Gefühl der wachsenden Selbstwirksamkeit festigen die Stütze für neuen Kontakt.

Im Kapitel 6 wird aufgegriffen, wie Klient*innen Selbstwirksamkeit in der Psychotherapie mit Selbstanteilen erlernen können. Dabei können beispielsweise Auslöser für Stressreaktionen erkannt werden und Strategien zur Beruhigung entwickelt werden, um sie im Alltag anwenden zu können (Peichl, 2011). Die neuen Handlungsmöglichkeiten fördern die Selbstwirksamkeit.

Anschließend wird detailliert auf den Begriff Selbstfürsorge eingegangen. Wie einleitend erwähnt, bedeutet Selbstfürsorge nach Küchenhoff (1999) die Fähigkeit, sorgsam und wohlwollend mit sich

umzugehen und eigene Bedürfnisse zu beachten. Voraussetzung dafür ist, sich selbst als wichtig, wertvoll und schützenswert zu erachten, was einen Zusammenhang mit dem Selbstwert impliziert. Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge hängt ebenfalls von der Qualität früher Beziehungserfahrungen ab. Wenn die Bezugsperson das Baby empathisch, wohlwollend und liebevoll behandelt, können diese sorgenden Beziehungserfahrungen als gute Objekte verinnerlicht werden. Dies ermöglicht dem Kind später, sich autonom und unabhängig zu beruhigen und einen liebevollen Umgang mit sich selbst zu haben. Klampfl (2016) nennt Selbstfürsorge eine Haltung, die lebenslang immer wieder gestärkt werden muss. Hinderlich sind häufig strenge Selbstkritik oder Selbstverurteilung.

Laut Küchenhoff (1999) zeigt sich Selbstfürsorge darin, sich in einen guten Abstand zu anderen zu begeben, um weitgehend unabhängig zu sein, gleichzeitig aber immer in Beziehung zu bleiben. Es bedeutet auch die Fähigkeit, sich ohne Angst in Abhängigkeit zu begeben. Dies versteht Küchenhoff (1999) nicht negativ. Abhängigkeit heißt hier, „die Fähigkeit, Bindungen zu akzeptieren, anzuerkennen, daß [sic] andere einem etwas geben können, das man selbst nicht hat, und zwar ohne Neid oder Angst“ (S.156). Andere Varianten von Selbstfürsorge können Selbstbehauptung oder ein milder Umgang mit sich und seinen Schwächen sein.

Das Phänomen, dass es Menschen leichter fällt, sich um andere zu kümmern als um sich selbst, begründet Küchenhoff (1999) wie folgt: „Man

behandelt andere so, wie man selbst gern behandelt worden wäre und wie man selbst gern behandelt werden möchte“ (S. 157).

Aus den Darstellungen in Kapitel 4 geht hervor, dass alle drei Fähigkeiten, Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge, mit frühen Beziehungserfahrungen zu tun haben. Die folgende Abbildung verdeutlicht, dass sie einander auch wechselseitig bedingen (Abbildung 2).

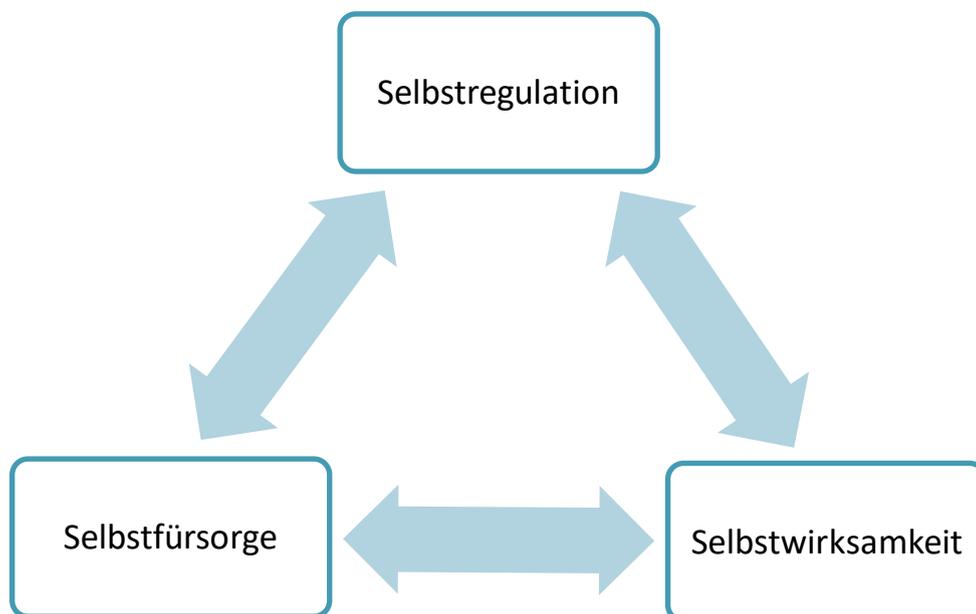


Abbildung 2. Wechselseitiger Einfluss von Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge. Quelle: eigene Darstellung

Die Fähigkeit zur Selbstregulation verhilft nicht nur zur Bewältigung einer Situation, sondern stärkt in der Folge auch die Selbstwirksamkeit: Durch erfolgreich bewältigte Anforderungen kann die Selbststütze erweitert und Neues gelernt werden (2.2.2). Selbstfürsorgliche Handlungsstrategien fördern die Selbstregulationsfähigkeit und Selbstwirksamkeit

Anschließend werden die für vorliegende Arbeit bedeutsamen *Selbstanteile* zum Thema gemacht. Für diese gibt es unterschiedliche Definitionen aus verschiedenen Therapiemethoden. Neben der Integrativen Gestalttherapie wird im folgenden Kapitel auch die *Ego-State-Therapie* nach Watkins und Watkins (2012) vorgestellt, auf die sich einige Autoren der Traumatherapie wie Jochen Peichl (2011, 2017) und Luise Reddemann (2014) beziehen.

5 Selbstanteile

Zunächst wird der Begriff Selbstanteile aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie definiert und im Anschluss der Ego-State-Ansatz beschrieben. Als tiefenpsychologischer Ansatz ist dieser mit den gestalttherapeutischen Grundkonzepten insofern nicht vereinbar, als er Selbstanteile als *Zustände*, also festgeschriebene Einheiten versteht. Staemmler (2015) warnt vor der *Verdinglichung* des Selbst. Die Ego-State-Therapie ist in traumatherapeutischen Methoden zentraler Bestandteil, weshalb sie zum *State of the Art* zählt und trotz der Unvereinbarkeit der Begrifflichkeiten auch für die Integrative Gestalttherapie von Bedeutung ist.

5.1 Selbstanteile aus der Sicht der Integrativen Gestalttherapie

Staemmler (2015) beschreibt, dass es nicht *ein* Selbst gibt, sondern eine Vielfalt, welche sich in verschiedenen Beziehungskontexten zeigt. Menschen nehmen dabei eine bestimmte Rolle oder Identität ein und haben entsprechende Handlungsmöglichkeiten als Kind, Elternteil, Partner*in, Arbeitskolleg*in, etc. Das bedeutet, dass je nach Anforderungssituation ein

anderer Selbstanteil dominiert. Selbstanteile dienen der Anpassung und Selbstregulierung und sind grundsätzlich in jedem Menschen vorhanden. Sie gelten als gesundes Phänomen, solange sie in der Persönlichkeit integriert sind und *zusammenarbeiten*.

5.1.1 *Abspaltung als Folge innerer Konflikte*

Als problematisch werden Selbstanteile dann verstanden, wenn sie polare Gegensätze darstellen, die zu inneren Konflikten führen (4.2.1). Fuhr, et al. (2006) beschreiben, dass etwa gesellschaftliche Normen zur Verdrängung von Wünschen und Bedürfnissen beitragen können. In frühen Schriften von Fritz Perls (1980) werden die Selbstanteile *Topdog* und *Underdog* genannt, welche einen inneren Konflikt repräsentieren, wie er bei Klient*innen mit neurotischer Struktur auftritt. Der Topdog verkörpert einen strengen, elterlichen Selbstanteil, der hohe Anforderungen stellt. Klient*innen kennen Sätze wie *Ich muss mich mehr anstrengen*. oder *Ich darf nicht versagen*. Der Underdog steht für den kindlichen, rebellierenden Anteil, der diesen Anforderungen nicht nachkommen kann/will bzw. die Erfüllung dieser (unbewusst) sabotiert (Perls, 1980; Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Selbstanteile, die miteinander in Konflikt stehen, erzeugen Leidensdruck und können die Entwicklung des Menschen behindern. Der Organismus reagiert mit Abwehr, sogenannter Kontaktunterbrechung. Dabei werden unerwünschte Selbstanteile abgespalten, sodass die Gesamtheit der Person aufgegeben werden muss. Unangenehme Situationen können dadurch zwar abgewendet werden, jedoch um den Preis einer *unerledigten Gestalt*. Das Erlebte kann nicht

verarbeitet werden und die Bedürfnisbefriedigung (2.2.2) wird nicht erreicht. Die unerledigte Gestalt kommt immer wieder zum Vorschein und drängt nach Vollendung (Votsmeier-Röhr, 2004).

Wiederholen sich ähnliche Erfahrungen und bleibt das Bedürfnis dabei weiterhin offen, führt dies zu extremen Reaktionen oder Fehlregulationen, zu sogenannten *dysfunktionalen Anpassungen* bzw. Fixierungen. Dysfunktionale Anpassungen wirken sich in selbst- oder beziehungsschädigendem Verhalten (siehe auch 4.3) aus und können Depressionen oder psychosomatische Symptome hervorrufen (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Diese Anpassungsmuster laufen automatisiert und unbewusst ab und beeinträchtigen den Zugang zu eigenen Bedürfnissen, weshalb diese nicht adäquat erfüllt werden können und die Organismische Selbstregulierung nicht gelingt. Nachfolgend werden sie anhand des neurotischen und strukturellen Störungsbildes dargestellt.

Kontaktvermeidung bzw. -unterbrechung ist das Hauptmerkmal neurotischer Störungen. Der Neurotiker hat Angst vor der Konfrontation mit unangenehmen Gefühlen aus vergangenen unverarbeiteten Erfahrungen. Das Befriedigen eines Grundbedürfnisses ist deshalb konflikthaft blockiert und kann nicht umgesetzt werden. Der Kontakt mit sich selbst und anderen wird mittels Kontaktunterbrechungsstrategien vermieden (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

Anders als bei Neurosen ist bei strukturellen Störungen die Befriedigung des Bedürfnisses deshalb nicht möglich, weil dieses durch die beeinträchtigte Selbstwahrnehmung gar nicht bewusst ist. Klient*innen mit strukturellen

Defiziten vermeiden Kontakt aus Angst vor unerträglicher Spannung oder Erschütterung der Integrität. Anstatt der natürlichen Tendenz sich weiterzuentwickeln und Neues zu lernen, wird der Organismus von Angst bestimmt, sodass es nur noch den *Überlebensmodus* gibt, in welchem die Selbstreflexion aussetzt und es zu unkontrolliertem Verhalten kommt. Dysfunktionale Anpassungsmuster sind demnach Reaktionen auf Katastrophenerwartungen zur Sicherung der Ich-Grenze. (Votsmeier-Röhr, 2004; 2011). Der Kontaktprozess im Organismus-Umwelt-Feld (2.2) ist damit gestört und der Organismus zu lange im Ungleichgewicht. Die Gestalttherapie spricht hier von *Krankheit* (Fuhr, et al., 2006).

Es ist Aufgabe der Psychotherapie, dass Klient*innen Bewusstheit über ihre Anpassungsmuster erlangen. Es kann sich herausstellen, dass eine Anpassung früher hilfreich war, unter heutigen Umständen jedoch dysfunktional ist und als inadäquates Verhalten auftritt. Dann ist es notwendig, dieses zu untersuchen und alternative Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. In der Integrativen Gestalttherapie werden Kontaktunterbrechungen zum Anlass genommen, um offene oder unterdrückte Bedürfnisse aus früheren Erlebnissen zu identifizieren und offene Gestalten *schließen* zu können. Dies ist nach Votsmeier-Röhr (2004) gelungen, wenn das Bedürfnis befriedigt ist und wieder in den organismischen Hintergrund treten kann.

5.1.2 *Dissoziation in Extremsituationen*

In Kapitel 2.1 wurde bereits erwähnt, dass der gesunde Organismus in jeder Situation als Einheit reagiert. Wird er jedoch erschüttert, beispielsweise

durch Kontakterfahrungen weit außerhalb der Ich-Grenze (2.2.2), werden einzelne Erlebnisanteile von der Gesamtheit der Persönlichkeit abgespalten. Nachfolgend wird der Vorgang der Dissoziation beschrieben, welche bei traumatischen Erfahrungen zur Fragmentierung des ganzheitlichen Selbst führt.

In Situationen überwältigender Angst, existenzieller Bedrohung oder Traumatisierung reichen die kreativen Anpassungsversuche des Organismus nicht mehr aus, um sein inneres Gleichgewicht wiederherzustellen. Dissoziation ist eine Katastrophenreaktion des Organismus, um das psychische Überleben zu sichern (Votsmeier-Röhr, 2004). Dissoziation bedeutet die Trennung des psychischen Erlebens in einzelne Fragmente und die Abspaltung unerträglicher Inhalte, etwa körperlicher Wahrnehmung, Gefühlen oder Erinnerungen. „Dissoziation ist der teilweise oder völlige Verlust der integrativen Funktionen von Bewusstsein, Gedächtnis, personeller Identität und der Selbst- und Umweltwahrnehmung“ (Peichl, 2017, S. 78). Dissoziierte Anteile werden im Gehirn abgespeichert und sind dem Bewusstsein nicht mehr zugänglich. Der Mensch kann das traumatische Ereignis im Nachhinein nicht mehr zusammenhängend erinnern, wodurch er sich schützt. Traumaassoziierte Selbstanteile erzeugen Leidensdruck, da das Stresserleben über das traumatische Ereignis hinaus wirksam bleibt, jedoch für Betroffene unklar ist, was passiert ist (Peichl, 2017). Dissoziation unterbricht zwar das Traumaerleben, verhindert jedoch das Bewusstsein, dass das Erlebnis zu Ende ist. Der Organismus erlebt sich so, als wäre er noch in der Gefahrensituation. Das Ziel der Integrativen Gestalttherapie ist es, abgespaltene Selbstanteile durch Bewusstheit wieder in die Persönlichkeit zu integrieren (Votsmeier, 1999).

Die Arbeit mit Selbstanteilen, wie sie in Kapitel 6 vorgestellt wird, findet besonders in der Traumafolgentherapie Anwendung und unterstützt wesentlich, abgespaltene Erlebnisanteile zu stärken und zu reintegrieren sowie die Handlungsfähigkeit der Klient*innen zu fördern (Hoffmann-Widhalm, 2018).

5.2 Ego-State-Therapie nach Watkins und Watkins

Im Kapitel 3.1.2 wurde der Ego-State-Ansatz bereits in seiner Definition des Selbst erwähnt. Nachfolgend wird auf die dort relevanten Ich-Zustände Bezug genommen.

5.2.1 Ich-Zustände

Selbstanteile oder Ich-Zustände (Ego-States) geben der Ego-State-Therapie ihren Namen. Unter Ich-Zuständen werden Teile der Persönlichkeit verstanden, welche organisierte Verhaltens- und Erfahrungssysteme darstellen, die durch ein gemeinsames Prinzip zusammengehalten werden und von anderen Ich-Zuständen getrennt sind (Watkins & Watkins, 2012). Die Bildung von Selbstanteilen findet im Laufe des Lebens und der Entwicklung statt und stellt wie erwähnt, einen nützlichen, gesunden Anpassungsversuch an die äußeren Umstände dar. So gibt es, wie auch zu Beginn des Kapitels skizziert, Selbstanteile, die die berufliche Rolle, die Eltern-Rolle, die Partner*innen-Rolle usw. erfüllen. Daraus resultierende Erfahrungen werden erinnert und entsprechende Verhaltensweisen hervorgerufen. Peichl (2017) fasst zusammen, dass zu jedem Ego-State ein sozialer Kontext gehört. Neben dem gesunden Aspekt gibt es jedoch auch Ego-States mit pathologischem Charakter. Diese repräsentieren übernommene Glaubenssätze von bedeutsamen Bezugspersonen (5.1.1), oder abgespaltene Anteile auf Grund einer

Traumatisierung (5.1.2) (Peichl, 2017; Watkins & Watkins, 2012). Dies deckt sich mit der Integrativen Gestalttherapie, welche Selbstanteile grundsätzlich als gesund und hilfreich sieht, sich an Umweltbedingungen anzupassen. Es wird nur dann von Krankheit gesprochen, wenn Fixierungen (5.1.1) auftreten.

5.2.2 Berührungspunkte Ego-State-Therapie und Integrative Gestalttherapie

Die Ego-State-Therapie bezeichnet das Dissoziieren, das (unbewusste) Trennen des Selbst in Sub-Selbste nicht als Pathologie, sondern als *Fähigkeit* und wichtige Ressource für die Therapie. Die Ich-Zustände sind positiv konnotiert und werden für diese Form der Psychotherapie sorgsam genutzt, anstatt sie korrigieren oder bekämpfen zu wollen (Peichl, 2011).

Wenngleich die Selbsttheorie der Ego-State-Therapie sich von jener der Integrativen Gestalttherapie unterscheidet (Staemmler, 2015), sind beide Ansätze insofern kompatibel, als Dissoziation auch in der Integrativen Gestalttherapie nicht negativ gesehen wird. Es ist ein Bewältigungsversuch, der dem Überleben dient. Generell muss in der Integrativen Gestalttherapie die Einschätzung von krank und gesund, bzw. positiv oder negativ immer im Kontext der Gegebenheiten erfolgen, wie in Kapitel 2.2 bereits behandelt. Die Realitätssicht der Klient*innen ist dafür entscheidend.

Sowohl Ego-State-Therapie als auch Integrative Gestalttherapie zielen auf eine Zusammenarbeit der Selbstanteile und deren Integration ab. In Anlehnung an Perls' Topdog und Underdog bietet die Ego-State-Therapie ergänzende Ideen für die Integrative Gestalttherapie.

6 Arbeiten mit Selbstanteilen

Nachfolgend werden ausgewählte gestalttherapeutische Konzepte vorgestellt, die sich der Selbstanteile-Arbeit widmen sowie hilfreiche imaginative Techniken aus der Traumatherapie. Therapeutische Interventionen sind derart umfangreich und vielfältig, dass eine vollständige Darstellung im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist. Dennoch gewährt dieses Kapitel Einblick in mögliche Formen der Selbstanteile-Arbeit.

6.1 Gestalttherapeutische Herangehensweisen

In der Integrativen Gestalttherapie mit Selbstanteilen geht es darum, abgespaltene Selbstanteile wieder in die Ganzheit der Persönlichkeit zu integrieren. Richter (2011) schlägt folgende Arbeitsschritte vor.

- Kontakt aufnehmen
- Identifikation
- Dialog der Anteile

Kontaktaufnahme bedeutet zunächst, Bewusstheit über verschiedene innere Anteile zu erlangen. Die Integrative Gestalttherapie geht davon aus, dass dem Menschen viele widersprüchliche Kräfte bzw. Polaritäten innewohnen. Der Begriff Polarität indiziert, dass es einen Pol ohne den anderen, gegensätzlichen Pol nicht geben kann. Richter (2011) beschreibt, dass Menschen versuchen, ungeliebte Teile zu boykottieren, sie zu ignorieren oder zu vertuschen. Das bedeutet, dass solche Anteile von der bewussten Wahrnehmung ausgeschlossen werden. Dies führt zu Einschränkungen im Selbstkontakt und der Lebendigkeit. Die *paradoxe Theorie der Veränderung* besagt, „wenn ein

Mensch jemand anderer zu sein versucht als er ist, dann wird er umso eher der alte bleiben. Veränderung ist dann möglich, wenn ein Mensch sich traut, der zu sein, der er ist und die Gefühle und Phantasien [sic] zuzulassen, die in ihm vorhanden sind“ (Amendt-Lyon, 2000, S. 283). Identifikation bedeutet demnach Selbsterkenntnis und Selbstannahme, die zur Festigung der Selbststütze beitragen. In der Therapie liegt das Interesse darin, mit dem ungeliebten Anteil sowie seinem Gegenpol in Berührung zu kommen. Für Klient*innen kann die Bewusstheit darüber, nicht nur die eine Eigenschaft zu haben, sondern *so und anders* zu sein, Erleichterung bringen. Beispiele für Polaritäten sind etwa verschlossen-offen, ängstlich-mutig, friedlich-aggressiv, ...

„Identifikation ist die Grundlage empathischen Verstehens“ (Richter, 2011, S. 131). Empathie ist ein Aspekt von Mentalisierungsfähigkeit und bedeutet, die Welt aus der Sicht eines anderen zu sehen, um emotional mitschwingen zu können und Gefühle und Bedürfnisse zu spüren, die jenen des anderen ähnlich sein können (Wöller, 2013). In Bezug auf die eigenen Anteile geht es darum, mit ihnen empathisch zu sein, sich einfühlen zu können. Dies führt zu Annäherung und Bewusstseinsbildung über die dahinterliegenden Bedürfnisse. Therapeutische Fragen sind etwa *Wie fühlt sich dieser Anteil? Was ist sein Anliegen? Was braucht er?*

Eine in der Integrativen Gestalttherapie wirksame Vorgehensweise ist das *Dialog- und Rollenspiel* (Richter, 2011). Dieses beinhaltet eine dialogische Auseinandersetzung mit inneren Anteilen durch Identifikation. Der*die Klient*in identifiziert sich abwechselnd mit den Selbstanteilen, etwa mit einem

ängstlichen und mutigen Anteil. Die Dialogtechnik hilft, die beiden Pole miteinander in Kontakt zu bringen und dadurch innere Konflikte zu lösen. Bekannt für die Integrative Gestalttherapie ist der *Leere Stuhl*, mit welchem dieses Rollenspiel möglich wird.

Einige Klient*innen haben zum Begriff Rollenspiel negative Assoziationen und es ist ihnen angenehmer, nichts *spielen* zu müssen. In diesem Fall ermöglicht die Integrative Gestalttherapie symbolische Selbstanteile-Arbeit über die Aufstellung von Gegenständen oder kreative Medien, wie Zeichnen, Basteln oder dem Arbeiten mit Ton. Innere Anteile erhalten mit Hilfe von Symbolen Ausdruck. Das sogenannte *Externalisieren* von Selbstanteilen ermöglicht Distanzierung und das Einnehmen einer Außenperspektive, was für Klient*innen eine entspanntere und klarere Position bietet (Hoffmann-Widhalm, 2018).

Es folgen einige methodische Beispiele, wie mit Selbstanteilen in der Integrativen Gestalttherapie gearbeitet werden kann. Hierzu wurden Techniken ausgewählt, welche nicht nur in der Traumatherapie hilfreich sind, sondern generell in der Auseinandersetzung mit sich selbst Erkenntnisse bringen.

6.1.1 *Das innere Kind*

Diese Bezeichnung erfreut sich aktuell sehr großer Beliebtheit. Allein im Internet finden sich mehr als 30 Millionen Suchergebnisse in Form zahlreicher Ratgeber, Seminare und Weisheiten, die von der *Heilung* des inneren Kindes sprechen, um zu einem erfüllten Leben zu kommen. Der Fokus dieser Arbeit soll

auf die Psychotherapie gerichtet bleiben und es folgt ein Einblick in einige Interventionsformen.

Luise Reddemann (2014) spricht vom inneren Kind oder *jüngeren Ichs*, wenn Klient*innen Verhaltensweisen beschreiben, welche nicht zu jenen einer erwachsenen Person passen. Hierbei handelt es sich etwa um heftige Gefühle, unaufgelöste Konflikte sowie Verletzungen oder Traumata aus der Vergangenheit. Die Arbeit mit diesen verletzten Anteilen zielt darauf ab, die Selbstwirksamkeit der Klient*innen zu fördern. Dies geschieht, indem deren Erwachsenen-Anteil gestärkt wird (6.1.4).

Psychotherapeut*innen sind angehalten, erkennbar kindliches Verhalten zu benennen, indem sie die Klient*innen fragen, ob dieses Verhalten zu ihrem jetzigen Alter passt. Wenn nicht, leitet die nächste Frage, *Wie alt sind Sie denn, wenn Sie sich so fühlen?* die Innere-Kind-Arbeit ein. In der Therapie werden Klient*innen erwachsen und kompetent behandelt und dadurch motiviert, sich um den jüngeren Anteil zu kümmern, der es selbst nicht kann. Reddemann (2014) beschreibt Fälle, in denen Klient*innen wenig Vorstellung davon haben, wie sie ihrem inneren Kind helfen können, da sie auf keine Erfahrungen liebevoller Eltern zurückgreifen können und spricht damit die fehlenden guten Objekte und die damit verbundene mangelnde Fähigkeit zur Selbstfürsorge an. Oft bringt die Frage Aufschluss, was das Kind von damals gebraucht hätte. Eine weitere Intervention nach Reddemann (2014) ist auch die Vorstellung *idealer Eltern*, die all das zur Verfügung stellen, was gefehlt hat. Es kann emotional sehr aufwühlend für Klient*innen sein, wenn sie sich in ihren Kind-Anteil

hineinversetzen. Meist erinnern sie sich an eine belastende Situation aus ihrer Vergangenheit in der sie hilflos und ausgeliefert waren. Im ersten Schritt ist es wichtig, stabilisierend mit den Klient*innen zu arbeiten. Dies gelingt durch Imagination. Beispielsweise kann das Kind in der Vorstellung aus der Situation gerettet und an einen guten Ort (siehe 6.1.3) gebracht werden, wo es getröstet wird und in Sicherheit ist (Reddemann, 2014).

Imagination trägt laut Peichl (2011) auch dazu bei, dass Klient*innen, die in ihrer Vergangenheit Erfahrungen von Gewalt, Vernachlässigung oder Ausgeliefertsein gemacht haben, erkennen, dass es etwas gibt, das sie kontrollieren können. Als Gestalter*innen ihrer inneren Welt bestimmen sie die Gegebenheiten. Sie können diese nach ihren Bedürfnissen verändern. Klient*innen lernen, dass sie Handlungsmöglichkeiten haben, selbst Sicherheit zu erzeugen. Sie haben Ressourcen und Selbstheilungskräfte. Diese Erkenntnis ist bereits heilsam und stärkt die Selbstwirksamkeit.

*6.1.2 Innere Helfer*innen*

Diese werden in der Arbeit mit dem inneren Kind oftmals als Stellvertreter angewendet. So zum Beispiel, wenn die Klient*innen sich nicht imstande sehen, sich um ihr inneres Kind selbst zu kümmern (Reichel, 2008). Die Gestalt der inneren Helfer kann variieren. Der Fantasie der Klient*innen sind keine Grenzen gesetzt. Neben einer inneren guten Mutter, einem liebevollen inneren Großvater oder einem Krafttier können innere Helfer auch Fabelwesen, wie Feen, Zauberer oder Drachen, geflügelte Pferde, Riesen und andere Geschöpfe sein (Peichl, 2011; Reichel, 2008).

Innere Helfer*innen sind ausschließlich positiv, hilfreich und zuverlässig unterstützend. Sie vermitteln Trost, Geborgenheit und Wärme sowie Sicherheit und Schutz. Peichl (2011) sieht als Voraussetzung für diese Vorstellung positive kindliche Anteile, die kreative Ideen bezüglich helfender Wesen haben, die es in der Therapie zu fördern gilt.

6.1.3 Der innere sichere Ort

Von der Imagination des inneren sicheren Ort spricht Luise Reddemann (2014), wenn Kind-Anteile mit traumatischen Situationen aus der Vergangenheit konfrontiert sind. Die erwachsenen Klient*innen sollen ihr inneres Kind in der Vorstellung aus diesen Szenen herausholen und an diesen sicheren Ort bringen. Dieser wird auch *innerer Wohlfühlort* genannt, denn sein inneres Kind an diesem Ort zu wissen, soll ein Wohlgefühl erzeugen, nicht nur für die*den Erwachsene*n, sondern auch für das innere Kind.

Es folgen Aspekte einer Imaginationsübung nach Reddemann (2014), die als Anleitung für das Erschaffen eines solchen inneren Ortes dient. Dieser soll alle Voraussetzungen erfüllen, um sich wohl und geborgen fühlen zu können. Es kann ein realer Ort oder ein Ort in der Fantasie sein. Er kann eine schützende Begrenzung haben, und es darf niemand herein, den der*die Klient*in nicht eingeladen hat. Es wird empfohlen, keine anderen Menschen einzuladen, da es keine Garantie gibt, dass diese immer positive Gefühle erzeugen. Jedoch dürfen andere Lebewesen den sicheren Ort besuchen, wie Tiere oder Fabelwesen, freundliche Geschöpfe, die liebevolle Begleiter und Unterstützer darstellen. Der innere Wohlfühlort soll mit allen Sinnen imaginiert werden. Nicht nur Visuelles

ist relevant, sondern auch Gerüche, Geräusche, die Temperatur sowie taktile Eindrücke. Alle Gegebenheiten können jederzeit verändert werden, wenn sie nicht mehr ideal erscheinen. Die Imagination des Wohlfühlortes sollte regelmäßig eingeübt werden, damit Klient*innen diesen auch parat haben, wenn sie sich in einer Belastungssituation wiederfinden. Diese Vorstellung soll helfen, sich zu beruhigen (Reddemann, 2014). Im Hinblick auf Selbstregulation können Klient*innen mit dem inneren Ort ein hilfreiches Tool entwickeln, um ihre Anspannung oder Angst zu reduzieren.

6.1.4 Den Erwachsenenanteil stärken

Nachdem viele innere Kind-Anteile Schutz brauchen, bedarf es eines*einer hilfreichen inneren Erwachsenen, der*die eingreift. Reddemann (2014) zeichnet das Bild einer Therapie, in der zwei Erwachsene, der*die Therapeut*in und der*die Klient*in, sich um das innere Kind kümmern. Die Kompetenzen und Fähigkeiten des*der Erwachsenen werden in der Therapie hervorgehoben und das Selbstwertgefühl des*der Klient*in gestärkt. Selbstwirksamkeit kann durch Differenzierung gefördert werden. Die Situation damals ist vorbei und heute ist es anders. Die Gefahr ist vorüber und es ist Zeit vergangen. Außerdem ist es möglich, das Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht des inneren Kindes einzudämmen und die*den Erwachsene*n zu beauftragen, die Kontrolle über das Geschehen zu übernehmen. Als Erwachsene*r ist es möglich, Grenzen zu setzen, für sich einzustehen, sich selbst und seine Bedürfnisse zu achten und Verantwortung zu übernehmen. (Peichl, 2011).

Säuglinge und Kleinkinder brauchen, um überleben zu können, vor allem Liebe. Chopich und Paul (2016) weisen darauf hin, dass es erforderlich ist, dem inneren Kind Sympathie und Liebe entgegenzubringen. Dies gelingt, wenn die Bedürfnisse des inneren Kindes bewusst und in die Entscheidungen des*der Erwachsenen einbezogen werden. In der psychotherapeutischen Arbeit mit dem inneren Kind soll gelingen, dass der*die innere Erwachsene insoweit gestärkt wird, dass er*sie das innere Kind akzeptieren, unterstützen und lieben kann, auch wenn er*sie selbst keine wohlwollenden Erfahrungen in der Kindheit gemacht hat. „Eine neue, liebevolle Fürsorglichkeit für uns selbst bedeutet, uns die Liebe und Bestätigung zu geben, die wir von anderen nie bekommen haben“ (Chopich & Paul, 2016, S. 140). Diese liebevolle Zuwendung des*der inneren Erwachsenen zum inneren Kind wird *Selbst-, Neu- oder Nachbeelterung* genannt (Chopich & Paul, 2016; Peichl, 2011).

6.2 Widerstandsphänomene in der Selbstanteile-Arbeit

In diesem Abschnitt soll dem Widerstand in der Therapie mit Selbstanteilen gesondert Aufmerksamkeit zuteil werden.

6.2.1 Definition Widerstand

„Unter Widerstand ... wird eine Abwehr oder eine Verweigerung verschiedener Ausprägungen verstanden. Aktiv erscheinende Widerstände äußern sich in wahrnehmbaren Worten oder Handlungen, passive Widerstände laufen dagegen innerlich ab, wie ein Ausweichen, ein Vermeiden, ein Verstummen oder ein Erstarren“ (Abram, 2013, S. 50). Widerstand als Folge mangelnder Selbststützung äußert sich in der Lebenswelt der Klient*innen in Form von Kontaktunterbrechungen (5.1.1). Diese können auch in der

Psychotherapie ausgelöst werden, etwa durch einen Vorschlag der Therapeut*innen für ein Verhaltens-Experiment, der skeptisch abgelehnt wird. Die Klient*innen sträuben sich und fühlen sich dem nicht gewachsen (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Integrative Gestalttherapeut*innen thematisieren den Widerstand der Klient*innen und beziehen ihn in den Therapieprozess ein. Es gilt, neben der krankheitswertigen Darstellung des Widerstandes auch seinen positiven Effekt zu beleuchten.

6.2.2 Widerstand als Beistand

Widerstand als Beistand bezeichnet ein Element in der Gestalttherapie, welches beispielsweise in Perls (1991) oder Abram (2013) benannt wird. Widerstand hat sowohl die Funktion, den*die Angreifer*in abzuwehren, als auch Schutz für den*die Verteidiger*in zu bieten und ist daher auch als eine gesunde, wachstumsfördernde Reaktion zu sehen, welche aus der Biografie vieler Klient*innen entstanden ist, manchmal sogar, um seelisches Überleben zu ermöglichen (Abram, 2013; Perls, 1991). Nach Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) signalisiert Widerstand den Klient*innen wie den Therapeut*innen, dass der aktuelle therapeutische Prozess im Moment noch zu bedrohlich ist, als dass die Klient*innen sich darauf einlassen könnten. Die gestalttherapeutische Haltung im Umgang mit Widerstand ist dessen Würdigung, das Erlangen von Bewusstheit und die Fokussierung der Aufmerksamkeit der Klient*innen darauf, das Phänomen zu untersuchen und sich *am Widerstand entlang* zu bewegen. Keinesfalls sollen Therapeut*innen gegen den Widerstand der Klient*innen ankämpfen, da dieser einen natürlichen Impuls darstellt, sich vor Schaden zu bewahren (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017).

7 Empirische Untersuchung

Nach den theoretischen Ausführungen folgt nun die Empirie dieser Arbeit.

7.1 Entstehung des Forschungsinteresses

Das Forschungsinteresse zur Arbeit mit Selbstanteilen wurde, wie einleitend erwähnt, einerseits durch die positive Rückmeldung von Klient*innen geweckt, andererseits auf Grund der persönlichen Erkenntnisse der Autorin durch ihren Ausbildungsprozess. Die gemachten Erfahrungen gestalteten sich ähnlich, weshalb die Hypothese entstand, dass Klient*innen mittels der Methode der Selbstanteile-Arbeit die Therapie gestärkt verlassen und Leidenszuständen besser entgegenwirken können. Die empirische Untersuchung fokussiert speziell die Bereiche Selbstwirksamkeit, Selbstfürsorge und Selbstregulation. Mittels Datenerhebung durch qualitative Interviews wurde überprüft, inwiefern die Selbstanteile-Arbeit Einfluss auf Veränderung in diesen Bereichen nimmt. Hierfür werden nochmals die Fragestellungen (Haupt- und Unterfragen) angeführt:

- Was konnten Klient*innen, die in ihrem gestalttherapeutischen Prozess mit Selbstanteilen gearbeitet haben, daraus lernen und was hat ihnen für ihr Leben geholfen?
- Wie gelingt die Selbstregulation in herausfordernden Situationen?
- Wie genau erleben sich Klient*innen durch die Auseinandersetzung mit ihren inneren Anteilen selbstwirksamer?
- Wie wird die erlernte Selbstfürsorge umgesetzt?

Die Fragestellungen implizierten eine qualitative Untersuchung, um phänomenologisch, verstehend und entdeckend Erkenntnisse zu gewinnen. Die gesammelten Daten helfen, einen Vergleich von Alltagstheorien und wissenschaftlichen Aussagen zu ziehen und Hypothesen zu generieren (Lamnek, 2005).

7.1.1 Literaturrecherche

Für die Suche nach thematisch relevanten Studien und Datenquellen wurden Datenbanken wie *Springer Link*, *Researchgate*, *PubPsych*, *PubMed* und *biber* herangezogen. Die Ergebnisse aus der Literaturrecherche werden nachfolgend dargestellt.

Zunächst konnte eine Metaanalyse (Timulak & Creaner, 2010) zum Outcome von Psychotherapie aus der Sicht von Klient*innen gefunden werden. Neun Outcome-Studien aus personenzentrierten, experienziellen bzw. humanistischen Psychotherapieprozessen wurden darin gesammelt und verglichen. Die Frage wurde erforscht, was Klient*innen in der Therapie geholfen hat und wie sie sich dadurch verändern konnten. In der Metaanalyse auffallend ist, dass sieben von acht Studien eine Veränderung in der Kategorie „feeling empowered“ (Timulak & Creaner, 2010, S. 76–77) zeigen, was übersetzt Selbstwirksamkeit bedeutet. Die Ergebnisse beziehen sich auf Psychotherapie im Allgemeinen, nicht auf den Fokus Selbstanteile-Arbeit.

Die Autoren von Ameln, Schnabel und Stadler (2019) thematisieren die Arbeit mit Selbstanteilen und beschreiben die theoretischen und praktischen Vorgehensweisen aus der Sicht der Therapiemethode des Psychodramas,

jedoch geht daraus keine Wirksamkeitsstudie hervor, mit welcher die vorliegende Arbeit verglichen werden könnte. Hudgins (2019) schreibt über ihr eigens entwickeltes Modell der Anteile-Arbeit, das *Therapeutic Spiral Model (TSM)*, welches in der Therapie mit traumatisierten Menschen Anwendung findet und psychodramatischen Einflüssen unterliegt. Die Methode wird im Artikel in den Bereichen Selbstberuhigung und Selbstregulation als wirksam beschrieben, entsprechende Studien waren jedoch nicht zu finden.

Zur Bedeutung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit bietet die Datenbank Researchgate interessante Quellen, wie jene von Esch (2018). Er beschäftigt sich mit ressourcenorientierter Medizin und beschreibt, wie im medizinisch-therapeutischen Kontext Selbstfürsorge zur Aktivierung von Selbstheilungskräften beiträgt. Anstatt sich lediglich auf die Wirkung von Medikamenten zu stützen, wird gezeigt, wie das Aktivwerden der Patient*innen und die Stärkung ihrer Eigenkompetenz in der Therapie ihren Genesungsprozess maßgeblich beeinflusst.

Ein weiterer Artikel aus Researchgate von Ciolacu (2013) behandelt die Auswirkung von mentalen Barrieren und Glaubenssätzen auf die Selbstwirksamkeit und stellt einen Zusammenhang zur Leistungsfähigkeit der Menschen in Studium und Berufswelt her. Ciolacus (2013) Studie zeigt, dass die Bewusstheit der eigenen Fähigkeiten und Grenzen die Selbstwirksamkeit steigert. Dadurch können Student*innen bzw. Mitarbeiter*innen im Beruf mehr Leistung bringen und selbständiger arbeiten. Selbstwirksame Menschen sind zuversichtlicher, können Ereignisse realistischer einschätzen und trauen sich ein

bestimmtes Schwierigkeitsniveau in Studium und Beruf zu. Dies begünstigt die Bewältigung neuer Herausforderungen und steigert die Arbeitsleistung. Somit zeugt die Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit auch von wirtschaftlichem Interesse.

Die angeführten Schriften geben Einblick in den aktuellen Forschungsstand zum Thema vorliegender Arbeit. Der Mangel an geeigneten Vergleichsstudien führte zur Entscheidung, unabhängig eine qualitative Untersuchung zur Wirksamkeit der Selbstanteile-Arbeit in der Integrativen Gestalttherapie zu unternehmen. Auf einen Ausblick für weitere Beforschung der Arbeit mit Selbstanteilen wird in der Diskussion (Kapitel 8) eingegangen.

7.1.2 Methode zur Datenerhebung

Mögliche Datenerhebungsmethoden in Lamnek (2005) boten einen Überblick, bevor mit der Forschungstätigkeit begonnen wurde. Im Laufe der wissenschaftlichen Arbeit rückten die subjektiven Erfahrungen der Klient*innen stärker in den Fokus. Deshalb wurde die Methode des problemzentrierten Interviews ausgewählt. Dieses ermöglicht eine offene Erzählform des*der Befragten und ist strukturgeleitet anhand eines Fragebogens. Der*die Forscher*in verfügt beim problemzentrierten Interview über angeeignetes Fachwissen über den Problembereich und versucht, seine*ihre theoretischen Konzepte über die Befragung zu verifizieren. Diese werden den Interviewpartner*innen nicht mitgeteilt, um keine Beeinflussung zu riskieren. Durch Nachfrage wird versucht, die subjektive Deutung der Klient*innen sinngemäß zu erfassen (Lamnek, 2005).

7.2 Empirisches Vorgehen

Zunächst war die Suche nach Interviewpartner*innen erforderlich. Diese wurden anhand folgender Kriterien ausgewählt: Es handelte sich um ehemalige Klient*innen Integrativer Gestalttherapie, welche in ihrem Therapieprozess Selbstanteile kennengelernt und damit Erfahrungen gemacht hatten. Durch Gestalttherapie-Kolleg*innen und Lehrtherapeut*innen konnten bereitwillige Interviewpartner*innen ausfindig gemacht und vermittelt werden. Die subjektiven Erfahrungen von acht Klient*innen zwischen 22 und 58 Jahren wurden mittels problemzentrierter Interviews anhand eines Fragebogens (dargestellt in 7.2.2) erhoben. Dieser wurde den Befragten vor dem Gespräch zugänglich gemacht. Die Informationen wurden mündlich-persönlich ermittelt und auf Tonband festgehalten. Jeder*jede Gesprächspartner*in wurde über ein Informationsblatt zum Interview eingeladen und unterzeichnete vor dessen Beginn eine Einwilligungserklärung, dessen Kopie er*sie erhalten hat. Beide Dokumente sind im Anhang ersichtlich, die Einwilligungserklärung aus Datenschutzgründen lediglich als Blankoformular. Auf Wunsch bekamen die Interviewpartner*innen das jeweilige Transkript (7.2.1) sowie die Tonbandaufnahme via E-Mail übermittelt.

Die Gespräche wurden in Praxisräumlichkeiten in 1100 Wien, 1150 Wien, 1160 Wien sowie 6020 Innsbruck durchgeführt. Ein Gespräch konnte auf Grund der aktuellen COVID-19 Krise nicht persönlich abgehalten werden. Die Interviewpartnerin unterlag einer Quarantäneverordnung, erklärte sich jedoch zur Videotelefonie bereit, um ihre Erfahrungen zu berichten. Die persönlichen Befragungen und auch das Online-Interview wurden in Praxisräumen

durchgeführt, um einen geschützten Rahmen für die Klient*innen zu bieten und Störungen durch Dritte zu vermeiden. Trotzdem gab es unvorhergesehene Störgeräusche, beispielsweise Lachen aus dem Nebenraum, Verkehrslärm von draußen oder ein Türklingeln. Anwesende Personen waren stets die Interviewerin und die jeweiligen Interviewpartner*innen im Einzelsetting. Vor der Tonbandaufnahme wurde der geplante Ablauf nochmals erklärt und allfällige Fragen der Klient*innen beantwortet, um sie auf die Interviewsituation vorzubereiten.

Beim Interview selbst wurde auf einen alltäglichen Sprachgebrauch und eine möglichst natürliche, vertrauensvolle Atmosphäre geachtet. Auffallend oft verlief das Gespräch sehr humorvoll und es wurde gelacht. Nervosität war weniger zu bemerken. Zwei Personen nahmen die Interviewerin auch explizit als sehr angenehmes Gegenüber wahr und bedankten sich im Anschluss an das Gespräch dafür.

Die Datenermittlung erfolgte nicht immer in chronologischer Reihenfolge des Fragebogens. Im Anlassfall wurden vertiefende Fragen gestellt. Zu jedem Interview liegt ein kurzes Protokoll vor, um Besonderheiten und wichtige Informationen, wie Ort und Datum des Gesprächs, Dauer der Aufnahme sowie Alter und Geschlecht der Interviewpartner*innen festzuhalten. Die Interviews dauerten zwischen fünfzehn und fünfundfünfzig Minuten, wobei es sich bei dem kurzen Interview um das erste durchgeführte der Serie handelte und dabei noch wenige vertiefende Fragen gestellt wurden. Fehlende, für die Auswertung wichtige Angaben konnten für dieses erste Interview noch via E-Mail

nachträglich eingeholt werden. Dies wurde entsprechend dokumentiert. Die Erfahrung des Erstinterviews führte zu einer Anpassung des Fragebogens und der Ergänzung spezifischerer Nachfragemöglichkeiten. Das längste Interview mit fünfundfünfzig Minuten enthält eine sehr detaillierte, persönliche Erzählung einer Teilnehmerin, wodurch mehr Zeit aufgewendet wurde. Im Durchschnitt waren die Interviews nach etwa dreißig Minuten abgeschlossen.

7.2.1 Auswertungsmethode

Die Auswertung fand anhand der *Qualitativen Inhaltsanalyse* (Gahleitner & Hinterwallner, 2014; Mayring, 2015) statt. Diese eignet sich zur systematischen, theoriegeleiteten Analyse von Kommunikation, wodurch Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte des Inhalts gezogen werden können und *freier Interpretation* vorgebeugt werden kann (Mayring, 2015). Die aufgezeichneten Interviews wurden zunächst detailgetreu ohne Sprachglättung transkribiert. Dies bedeutet die Übernahme umgangssprachlicher Ausdrücke und Dialekte. Ein fehlerhafter Satzbau, Füllwörter und fehlerhafte Bezeichnungen wurden beibehalten. Die Interviewsituation wird dadurch realitätsnah abgebildet. Allfällige personenbezogene Angaben wie Namen und Orte wurden im Transkript durch einen Hinweis in Klammern anonymisiert (siehe Anhang 3).

Die Transkripte dienten als Grundlage für die Auswertung des gesammelten empirischen Materials. Zentrale Passagen wurden hervorgehoben und daraus Kategorien gebildet, welche für die Forschungsfragestellung Relevanz haben und einen Erkenntnisgewinn erzielen.

7.2.2 Interviewleitfaden

Nachfolgend wird der verwendete Fragebogen mit Haupt- und Unterfragen dargestellt.

Demografische Fragen zu Beginn:

1. Mit welchen Themen waren Sie in der Psychotherapie konfrontiert?
 - Wie lange hat die Therapie gedauert?
 - Wann war sie abgeschlossen?
2. Wie haben Sie sich zu Beginn der Therapie gefühlt?
Selbsteinschätzung auf einer Skala von 0-10.
3. Ich nenne Ihnen nun einige Selbstanteile und bitte Sie, mir zu sagen, welche Sie kennengelernt haben.

<input type="radio"/> Inneres Kind	<input type="radio"/> Wut
<input type="radio"/> Innerer Kritiker	<input type="radio"/> Trauer
<input type="radio"/> Innerer Helfer	<input type="radio"/> Unsicherheit
<input type="radio"/> Inneres Team	<input type="radio"/> Angst
<input type="radio"/> Innere Stärke	<input type="radio"/> Scham

 - Möchten Sie noch andere ergänzen?
4. Wie ist es Ihnen mit der Vorstellung gegangen, Selbstanteile zu haben?
5. Welcher Anteil hat Ihnen bei Ihrem Thema geholfen? Wie?

6. Nun möchte ich wissen, welche der folgenden Tools aus der Psychotherapie Sie kennengelernt haben.
- Leerer Stuhl
 - Symbole
 - Kreatives
 - Imagination
 - Wahrnehmungsübungen
 - Körperübungen
- Fällt Ihnen noch etwas anderes ein?
7. Was hat sich verändert, seit Sie in Psychotherapie waren?
8. Was war für Ihr Thema hilfreich? Was wenden Sie heute noch im Alltag an?
9. Selbsteinschätzung auf einer Skala von 0-10 heute!
10. Würden Sie sagen, dass die Arbeit mit Selbstanteilen Sie dabei unterstützt hat? Wie?

Mögliche Ergänzungsfragen:

- Wie tun Sie sich heute etwas Gutes?
- Wie gehen Sie heute mit Konflikten um?
- Wie wichtig sind Ihnen Ihre Bedürfnisse heute?
- Was bedeutet es für Sie, dass Sie selbst dazu beitragen können, dass es Ihnen gut geht?

7.3 Ergebnisse der Auswertung

Anhand des Interviewleitfadens wird wie folgt auf die erhobenen Daten eingegangen. Um die Erläuterungen der Autorin zu verdeutlichen, wurden Aussagen der Interviewpartner*innen ergänzt. Die Zitation erfolgte anhand der in den Transkripten vergebenen anonymen Personenkürzel, wie etwa IP1 und der jeweiligen Zeilennummer, in welcher die Information zu finden ist (z.B.: IP1, Zeile 200). Die Transkripte befinden sich in der Obhut der Autorin und können auf Anfrage eingesehen werden. Angaben im Dialekt wurden im Fließtext in angepasster Form übernommen, wenngleich sie bei der Transkription selbst originalgetreu abgebildet wurden. Durch die Ergänzung der Zeilennummer kann die Aussage im Transkript dennoch gefunden und nachgelesen werden.

Für die Qualitative Inhaltsanalyse wurden folgende Kategorien, bestehend aus Haupt- und Subkategorien gebildet:

- Hilfreichste Selbstanteile
 - Das Innere Kind
 - Innere Helfer*innen und Inneres Team
 - Innere Stärke
 - Unsicherheit
- Erkenntnisse der Klient*innen
 - Bewusstheit
 - Achtsamkeit

- Auswirkungen der Therapie mit Selbstanteilen
 - Selbstwirksamkeit
 - Selbstfürsorge
 - Selbstregulation

Die Kategorien entstanden anhand der häufigsten Wortmeldungen der Interviewpartner*innen und den darin erkannten Gemeinsamkeiten. Auch bedeutsame Einzelnennungen fanden in der Auswertung Berücksichtigung. Einige Aussagen sind nicht eindeutig einer Kategorie zuzuordnen, was die fließenden Grenzen von Bedeutungen und Begriffen zeigt, worauf an jeweiliger Stelle entsprechend eingegangen wird.

Zunächst gaben die Interviewpartner*innen verschiedenste Gründe für das Aufsuchen einer Psychotherapie an. Die Themen gestalteten sich individuell und es gab vorerst kaum Übereinstimmungen. Somit lag eine breite Streuung an Therapiemotivationen vor. Wie aus den Gesprächen hervorging, konnten bei näherer Betrachtung des Therapieverlaufs deutliche Gemeinsamkeiten evaluiert werden. Mittels Inhaltsanalyse der Interviews wurden Therapieschwerpunkte erkannt und ihre Häufigkeit anhand nachstehender Abbildung (3) dargestellt.

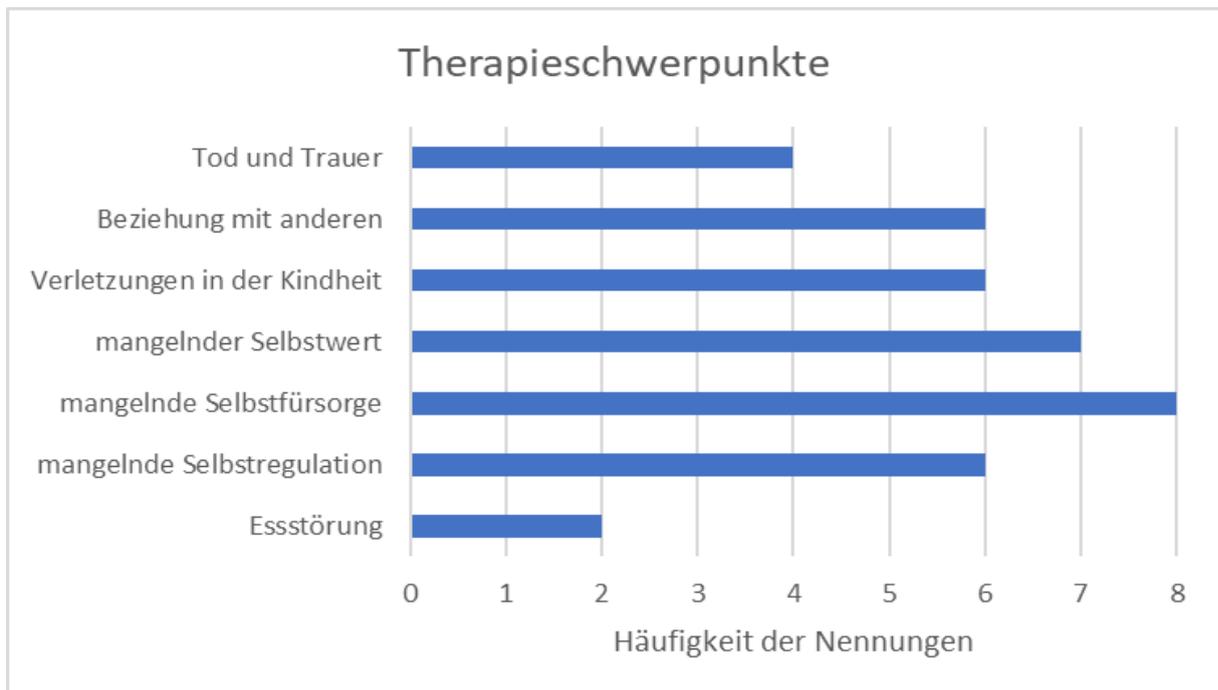


Abbildung 3. Therapieschwerpunkte

Die Kategorien werden wie folgt näher erläutert: *Tod und Trauer* beschreibt den Verlust eines nahen Familienmitgliedes in der Vergangenheit. *Beziehung mit anderen* beinhaltet Konflikte mit anderen Personen wie Partner*innen, Familienmitgliedern, Arbeitskolleg*innen, die mit Gefühlen der Selbstverunsicherung und damit verbundenen Abwehrmechanismen (siehe auch die Kategorie mangelnde Selbstregulation in diesem Abschnitt) einhergehen. Drei Befragte beschrieben im Gesprächsverlauf *Verletzungen in der Kindheit*, die Traumata vermuten lassen, worauf jedoch in der Interviewsituation nicht näher eingegangen wurde. Das Thema *mangelnder Selbstwert* enthält Selbstentwertung, starke Unsicherheit, besonders in der Interaktion mit anderen Menschen, Selbstzweifel sowie mangelnde

Selbstakzeptanz. Eine Teilnehmerin beschrieb das Gefühl, etwas Gutes nicht annehmen zu dürfen, solange sie nicht ihren Beitrag für andere leistet. Bei *mangelnder Selbstfürsorge* handelt es sich um Unterdrückung oder Nicht-Spüren der eigenen Bedürfnisse oder der eigenen Anteile, mit dem Ziel, anderen Menschen einen Gefallen oder etwas Gutes zu tun. Betroffene schreiben der eigenen Person weniger Wichtigkeit zu und bevorzugen die Zufriedenheit des Umfeldes. Interviewpartner*innen beschrieben die Schwierigkeit, nicht Nein sagen zu können. Ihre Grenzen wurden laufend überschritten und sie erlebten dadurch Belastung. Gleichzeitig aber waren sie hochmotiviert, anderen zu helfen oder stark zu sein. Sie standen unter hohem Leistungsdruck und neigten zu Perfektionismus. *Mangelnde Selbstregulation* beschrieben jene Befragten, die in einer Überforderungssituation Abwehrreaktionen in Form hoher Kränkbarkeit oder heftiger Wutausbrüche zeigten und darunter litten. Auch Gehemmtheit, die ein Interviewpartner als Rückzug bzw. „Erstarren“ (IP4, Zeile 210) beschrieb, wird als Nichtgelingen der Selbstregulation gewertet. Das Handeln nach den eigentlichen Bedürfnissen findet nicht statt. In der Auswertung wurde das Thema *mangelnde Selbstregulation* differenziert von der Kategorie *Beziehung mit anderen* angeführt, da Selbstregulation zwar oft, aber nicht ausschließlich mit anderen Personen zu tun hat. Zwei Interviewpartner*innen nannten überdies noch unterschiedliche Formen einer *Essstörung*.

Mit der Frage nach der Therapiedauer wurde ersichtlich, dass die Stichproben sowohl kürzere als auch längere Therapieprozesse enthielten, wie folgende Abbildung (4) zeigt.

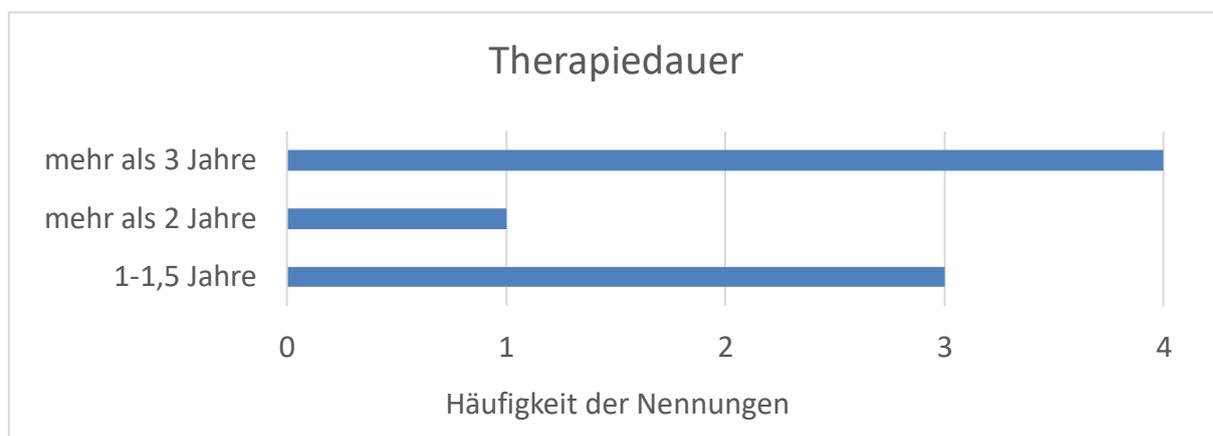


Abbildung 4. Dauer des Therapieprozesses

Um den Therapieerfolg im Interview festhalten zu können, wurden die Interviewpartner*innen ersucht, anhand einer Skala von null bis zehn wie folgt eine Selbsteinschätzung vorzunehmen: Verglichen wurde die erinnerbare Befindlichkeit zu Beginn der Psychotherapie mit dem Wert der Einschätzung zum Interviewzeitpunkt. 100% der Teilnehmer*innen gaben an, mithilfe des Therapieprozesses ein erhöhtes Wohlbefinden erlangt zu haben (Abbildung 5).

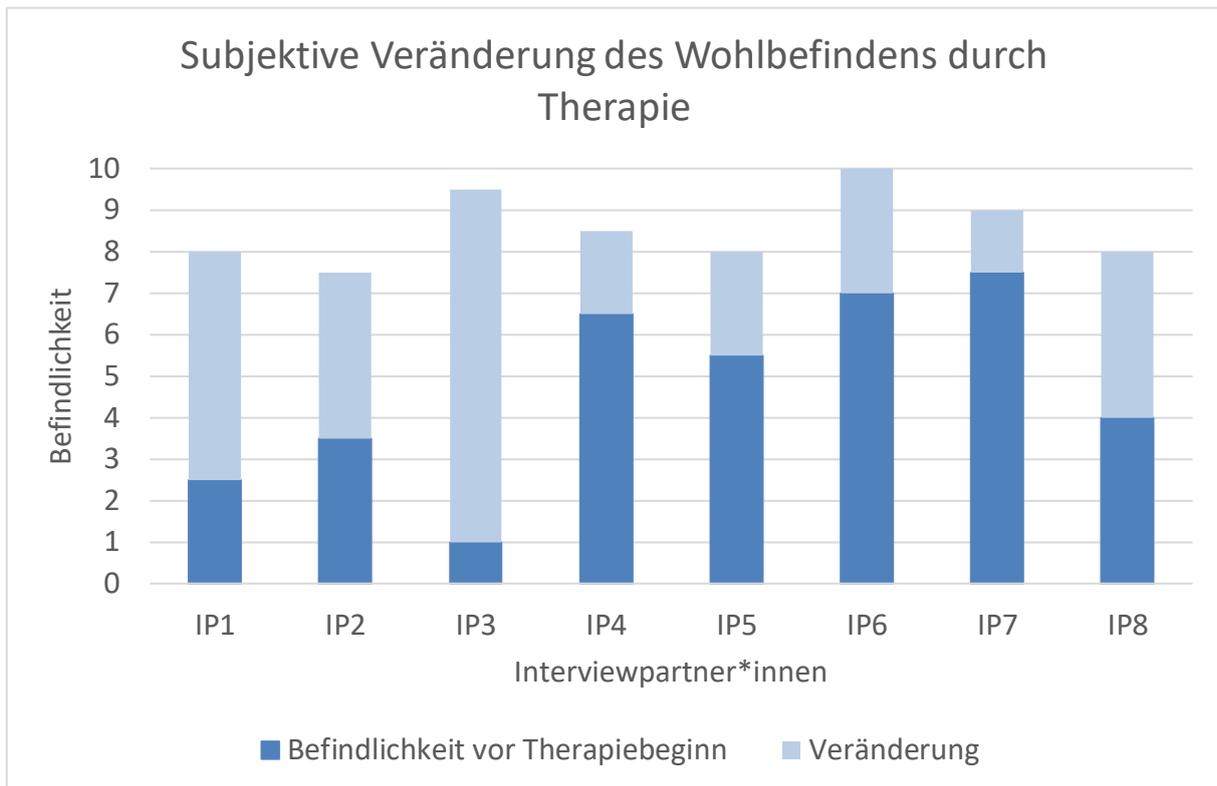


Abbildung 5. Vergleich der Befindlichkeit vor und nach der Therapie

Bei der Untersuchung, ob explizit die Selbstanteile-Arbeit zum Therapieerfolg beigetragen hat, teilten die Befragten unterschiedliche Erfahrungen mit. Für 100% war die Begegnung mit der Methode neu. 50% der Interviewpartner*innen gaben an, anfänglich Schwierigkeiten damit gehabt zu haben. Dabei war das Gefühl, sich im Rollenspiel in einen Anteil hineinzusetzen oder einem bedürftigen Anteil beizustehen, irritierend und überfordernd. Eine Person betitelte sich als zu „kopflastig“ (IP8, Zeile 200), weshalb es schwerfiel, sich auf die Aufgabe in der Therapie einzulassen. In ihrem Fall handelte es sich um die Methode des *Leeren Stuhls*, die ihr unsympathisch war. Das Gefühl, dass der Selbstanteil oder der*die

Gesprächspartner*in nicht real auf dem Stuhl saß, machte es für sie unmöglich, die Übung ernst zu nehmen. „Ich komm’ mir total bescheuert vor...“ (IP8, Zeile 235) Ein Teilnehmer bezeichnete die Erkenntnis darüber, wie viel Einfluss Selbstanteile auf sein Leben hatten, als „schockierend“ (IP7, Zeile 105).

Abbildung 6 zeigt die Ergebnisse der Frage nach den verschiedenen Formen von Selbstanteilen.

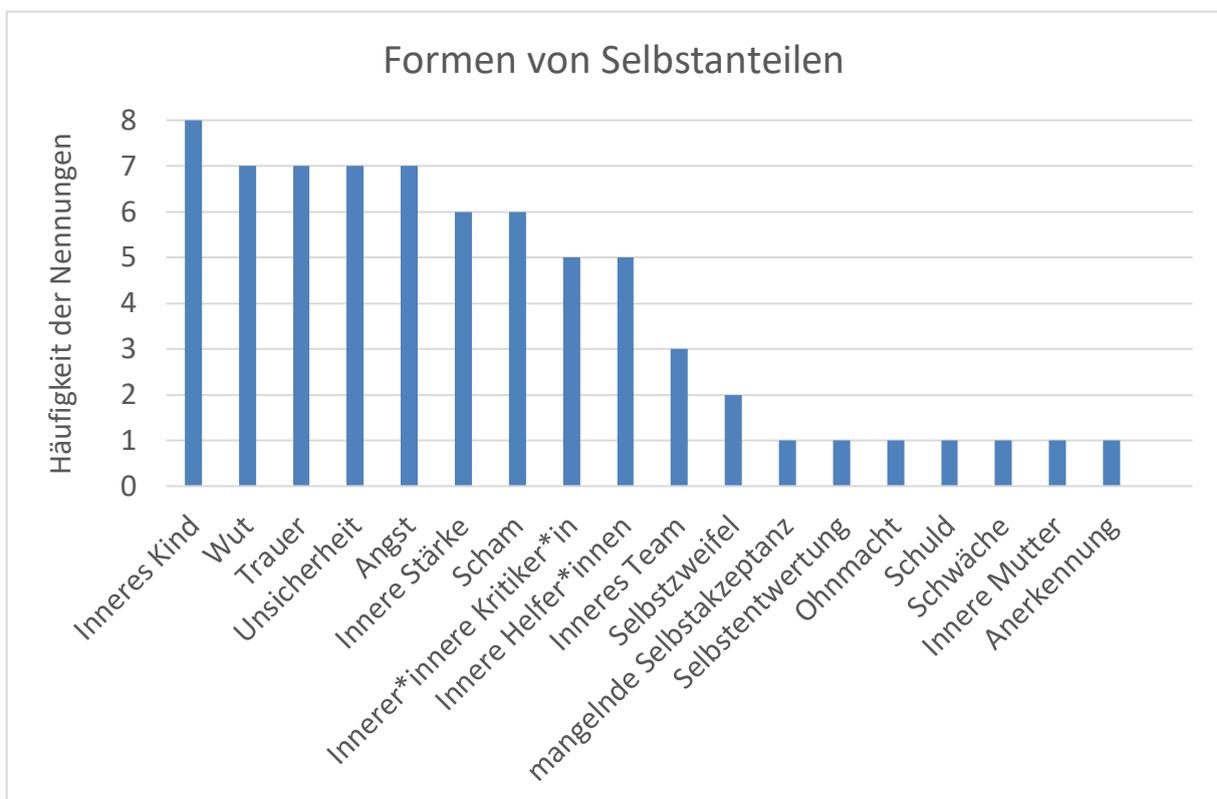


Abbildung 6. Formen von Selbstanteilen

Die Fragestellung sollte den Proband*innen vor allem zur besseren Erinnerung an die Selbstanteile in der Therapie verhelfen. Viele fanden sich in den vorgeschlagenen Anteilen wieder, es konnten auch weitere ergänzende Varianten genannt werden. Mit dem Inneren Kind hatten 100% der Interviewten

gearbeitet. Gefühle wie Wut, Trauer, Unsicherheit oder Angst wurden am zweithäufigsten genannt.

Die Definition einiger Selbstanteile war teilweise nicht eindeutig. Sie wurden in der Psychotherapie nicht direkt benannt. Besonders die Selbstanteile Innerer*innere Kritiker*in, Inneres Team und Innere Helfer*innen wurden von den Befragten unterschiedlich interpretiert. Sie werden im Detail angeführt, um ergänzende Erkenntnisse hinzuzufügen. Der*die Innere Kritiker*in wurde im Sinne der Interviewerin als Stellvertreter*in für negative Selbstkritik verstanden. Die Innere Kritikerin einer Teilnehmerin verkörperte jedoch die laufende Selbstreflexion ihres Verhaltens, wodurch sie diesen Anteil als richtungsweisend und durchwegs positiv empfand. Eine andere Erfahrung mit dem*der Inneren Kritiker*in war das permanente Streben nach Leistung und Perfektionismus sowie das Verbot, Schwächen zu haben, wodurch das Spüren der eigenen Bedürfnisse und somit das Gelingen von Selbstfürsorge erschwert wurde. Eine Teilnehmerin berichtete von ihrem schlechten Gewissen, das entstand, wenn sie sich um sich kümmern wollte. Der*die Innere Kritiker*in bewirkte auch, dass Lob und Anerkennung nicht angenommen werden konnten. Einer Interviewpartnerin gelang es mithilfe der Therapie, eine versöhnliche Haltung gegenüber ihrer Inneren Kritikerin einzunehmen, indem sie ihr mit Achtsamkeit und Selbstmitgefühl begegnete, anstatt sie zu bekämpfen.

Auch Innere Helfer*innen wurden unterschiedlich verstanden. In der Fragestellung waren sie im Sinne Luise Reddemanns als Fantasiewesen (6.1.2)

gemeint, welche in der Vorstellung in schwierigen Situationen Unterstützung bieten und ausschließlich wohlwollend sind (2014). Zwei Interviewpartner*innen beschrieben ihr Verständnis Innerer Helfer*innen als Personen, etwa einer mütterlichen Figur oder Kraft, welche mit der Theorie des *guten inneren Objekts* (siehe 4.1.2) in Verbindung gebracht werden kann. Eine Befragte interpretierte Innere Helfer*innen als innere Stimme, die darauf achtet, was ihr in konkreten Situationen gut tun würde.

In einem weiteren Gespräch entstand die Verknüpfung zum „Helfersyndrom“ (IP7, Zeile 72). Der Befragte beschrieb damit seine große Hilfsbereitschaft gegenüber anderen Menschen und die Gefahr, dadurch regelmäßig seine Grenzen zu überschreiten. Eine andere Probandin assoziierte mit ihrer Inneren Helferin den „Drang, der Welt was zurückzugeben“ (IP8, Zeile 105). Durch eine innere Überzeugung entstand der Konflikt, dass Gutes im Leben nicht verdient ist, sie müsse es daher teilen.

Es geht hervor, dass in den verschiedenen Therapieprozessen die Benennung der Selbstanteile nicht vordergründig und weniger gebräuchlich war. Die Anteile wurden nicht allgemein gleich verstanden. Dies deutet darauf hin, dass ihre Namen und Charakterzüge so vielfältig und individuell sein können, wie die Menschen, die sie in der Therapie vergeben. Wie schon erwähnt, entstand bei der empirischen Auswertung die Schwierigkeit, dass unterschiedliche Interpretationen das Ergebnis einer Kategorisierung verzerren können. Deshalb werden die Inhalte, angereichert mit den Inputs der

Klient*innen, genau dargestellt, um Nachvollziehbarkeit und Transparenz zu gewährleisten.

7.3.1 Bedeutsame Selbstanteile

Nachfolgend werden die, als am hilfreichsten empfundenen, Anteile dargestellt (Abbildung 7) und die wichtigsten Erkenntnisse beschrieben.

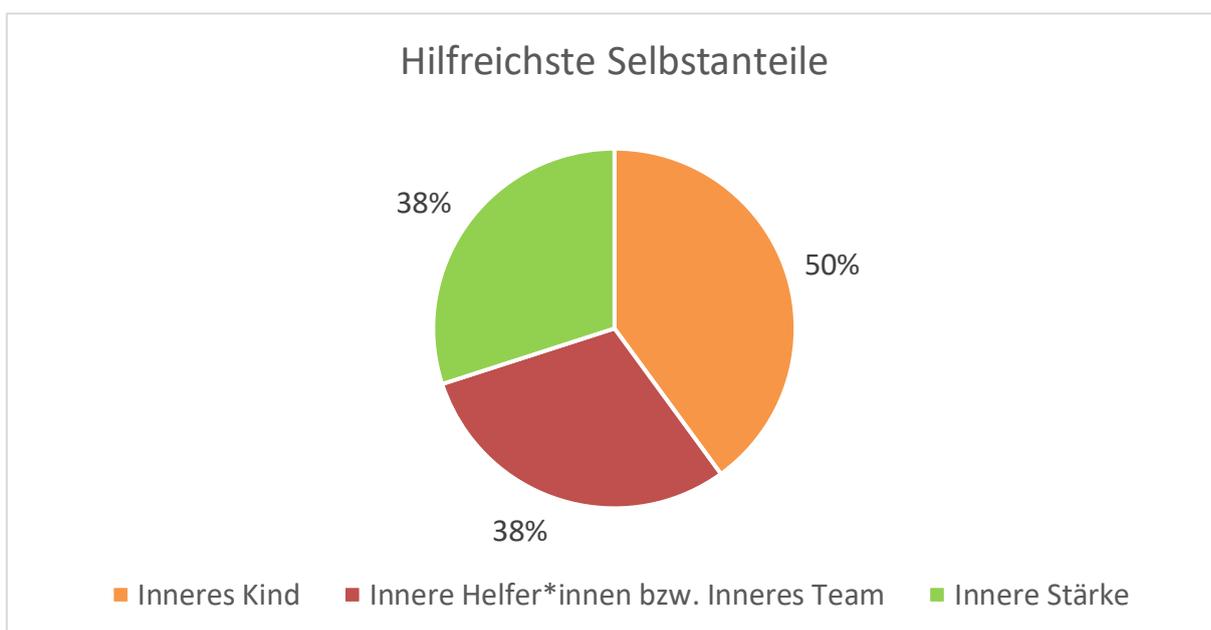


Abbildung 7. Hilfreichste Selbstanteile

7.3.1.1 Das Innere Kind

Beim Inneren Kind gab es keine Missverständnisse hinsichtlich der Bedeutung. Hier war stets ein jüngerer Anteil gemeint, der in der Biografie defizitäre Erfahrungen gemacht hatte und dadurch besondere Zuwendung in der Psychotherapie brauchte. Sämtlichen Befragte kamen in ihrem Therapieprozess mit ihrem Inneren Kind in Kontakt. 50% beschrieben, dadurch die meiste Erkenntnis gewonnen zu haben: Ihnen wurde bewusst, dass ihr

jüngerer Anteil einer unaufgelösten Situation in der Kindheit entstammt, deren Erfahrung bis zum Zeitpunkt der Therapie nicht integriert werden konnte. Das Kind von damals befand sich in einer Szene hilflosen Ausgeliefertseins. Es wurde nicht geschützt und seine Emotionen nicht ausreichend von Bezugspersonen beantwortet.

Jene Erfahrungen mit dem Inneren Kind wurden von zwei Proband*innen als „Schlüsselerlebnis“ (IP3, Zeile 130; IP4, Zeile 298) betitelt. Das Innere Kind stellte in der Befragung die Basis für die Notwendigkeit von Selbstfürsorge dar. Eigenes Verhalten konnte darüber hinaus besser verstanden werden und aus der wachsenden Fürsorge für sich selbst wuchs Selbstliebe. In der Psychotherapie konnten die Klient*innen Wichtiges für ihr Inneres Kind nachholen und Defizitäres *nachversorgen* bzw. *nachnähren*. Heilsam waren nach Aussage dreier Klient*innen beispielsweise jene Erfahrungen, die kindliche Geborgenheit leiblich vermitteln konnten, wie das Kuschneln mit einer Decke oder mit einem Stofftier.

Zentrale Frage in Zusammenhang mit dem Inneren Kind war: *Was brauche ich?* Die Erwartung, Liebe und Fürsorge von außen zu bekommen, ist für Erwachsene oft mit Enttäuschungen verbunden. Eine Befragte berichtete, dass sie sich vor der Therapie diese Zuwendung von bedeutenden anderen Personen, insbesondere dem Partner gewünscht hatte. Dieses Bedürfnis war vergleichbar mit jenem, das ein Kind gegenüber seinen Bezugspersonen hat. Szenen aus der Kindheit spielen eine tragende Rolle bei der Begegnung mit jüngeren Anteilen in der Therapie. Hier konnten häufig Mängel erkannt werden.

IP1 hat etwa gelernt, Liebe und Fürsorge nicht mehr im Außen zu suchen, sondern sich selbst darum zu kümmern: „Kann ich mir das nicht auch geben? Wäre das vielleicht ... sogar ein größerer Erfolg, wenn ich mir das geben könnte?“ (Zeile 124-125)

Wesentliche Erfahrungen fürs Leben konnten einige Befragte mit dem Gegenpol des Inneren Kindes, einem erwachsenen Anteil machen, der das Kind beschützt und ihm Mut zuspricht. Eine Interviewpartnerin beschrieb, wie sie ihr Inneres Kind an der Hand nehmend, eine belastende Situation verlassen konnte. Sie machte sich bewusst, dass sie als die Erwachsene weiß, was zu tun ist und Hilflosigkeit und Ohnmacht konnten überwunden werden. Dem Selbstanteil Innere Stärke (7.3.1.3) wurde diese erwachsene Instanz, die leitet und die Kontrolle hat, in der Auswertung zugeordnet.

*7.3.1.2 Innere Helfer*innen und Inneres Team*

In engem Zusammenhang mit dem Inneren Kind stehen auch die Inneren Helfer*innen bzw. das Innere Team. Diese wurden zu einer Kategorie zusammengefasst, da die Bezeichnungen durchwegs ähnlich gedeutet wurden und fließende Übergänge aufweisen. Diese Selbstanteile galten als in dem Auftrag handelnd, das Innere Kind aus einer schlimmen Situation zu *retten*. IP4 nannte seine helfende Instanz sein „Inneres Rettungsteam“ (Zeile 49) und IP8 sprach von den „Inneren Ghostbusters“ (Zeile 476), welche für sie ihr Inneres Team, die Gesamtheit all ihrer Selbstanteile, darstellten. Dies gab ihr Zuversicht, „... weil irgendeinen Anteil wird's schon geben, der damit [mit einer neuen Herausforderung] umgehen kann“ (IP8, Zeile 468-469). Anhand dieser Beispiele

ist auch ersichtlich, dass in der Arbeit mit Selbstanteilen jegliche Fantasienamen Anwendung finden können.

7.3.1.3 Innere Stärke

Klient*innen, welche durch den Selbstanteil Innere Stärke am meisten profitiert haben, gaben an, dass dieser sich erst im Laufe der Therapie entwickelt hat. Durch den Fokus darauf, was ihnen im bisherigen Leben schon gelungen war und was mittels Erkenntnissen aus der Psychotherapie besser umgesetzt werden konnte, stieg das Gefühl, innerlich stark zu sein. Eine Interviewpartnerin beschrieb, dass sie früher nicht allein sein konnte. Sie brauchte immer Menschen um sich. Sie gab an, heute sehr gerne Zeit mit sich selbst zu verbringen und diese zu genießen. Eine andere Klientin erlebte sich handlungsfähiger in einer Szene, in der sie zuvor Hilflosigkeit und Ohnmacht empfunden hatte. Innere Stärke führt folglich zu mehr Selbstwirksamkeit und dem Zutrauen, selbst etwas für sich tun zu können. Drei Gesprächspartner*innen gaben an, stolz darauf zu sein, heute adäquate Lösungen finden zu können, nachdem sie mehr Selbstwirksamkeit in der Therapie entwickelt hatten. Dadurch stieg auch die Zufriedenheit mit sich. Auch Selbstakzeptanz, Lob und Anerkennung wurden als hilfreiche Anteile genannt und werden der Inneren Stärke als selbstbewussten, kraftvollen Anteil zugeordnet.

7.3.1.4 Unsicherheit

Als weiterer bedeutsamer Selbstanteil der Befragung geht Unsicherheit hervor. Sie zeigte sich in Form von Selbstunsicherheit in Zusammenhang mit

einem niedrigen Selbstwert, bis hin zu sozialer Unsicherheit. Dabei verhinderte die Angst vor negativer Bewertung des Umfeldes die Erfüllung eigener Bedürfnisse. Dies verunmöglichte Selbstfürsorge. Übermäßiger Orientierung an der Meinung anderer lag der Wunsch zu Grunde, geliebt zu werden und angenommen zu sein. Eine Klientin beschrieb diese unerfüllte Sehnsucht gegenüber ihrer Schwiegerfamilie. Ein weiterer Aspekt aus der Befragung war das Kümmern um andere Personen, obwohl die eigenen Kapazitäten dafür augenscheinlich erschöpft waren. Ein Interviewpartner schilderte, wie er häufig seine Grenzen überschritt, indem er sich für andere aufopferte. Eine Klientin kümmerte sich ebenfalls sehr um andere, aber im Grunde wünschte sie sich diese Fürsorge für sich selbst. Die Angst davor, nicht geliebt zu werden, wurde unbewusst damit kompensiert, andere Menschen zufriedenzustellen und die eigenen Bedürfnisse zu vernachlässigen. Im Gegenzug wurde Zuwendung und Liebe erhofft. Auch die Befürchtung, dass wichtige Personen sich abwenden könnten, sobald *Nein* gesagt wird, wurde als Motiv angegeben. Zwei Interviewpartner*innen beschrieben jedoch, wie überraschend positiv ihr Umfeld auf die Veränderung reagiert hatte, dass sie plötzlich auf sich achteten und Nein sagen konnten. Sie erhielten Wertschätzung, Respekt und Anerkennung. Ausschließlich Unmut von anderen zu erwarten, könnte demnach eine wertvolle Erfahrung verhindern.

Solange Unsicherheit dazu führt, das eigene Befinden vom Wohlwollen des Umfeldes abhängig zu machen, kann dies ein Hindernis für das Erlernen von Selbstfürsorge darstellen. Bei einer betroffenen Klientin konnte die

Umsetzung von Selbstfürsorge erst gelingen, als sie sich aus ihrer Paarbeziehung gelöst hatte, wodurch der Fokus nicht mehr auf das Wohlergehen des Partners gerichtet war und sie sich schlussendlich um sich selbst kümmern konnte.

Hinweise auf die Manifestierung von Unsicherheit sind oftmals in der Biografie zu finden. Innere-Kind-Arbeit (6.1.1) kann dabei über mögliche Hintergründe Aufschluss geben. Bestimmte Lebensereignisse können Unsicherheit auslösen und wiederkehrende negative Erfahrungen zur Verfestigung führen. Eine Person beschrieb Unsicherheit als ein Gefühl der Verlorenheit und Hilflosigkeit, welche sie einer Situation in der Kindheit zuschreiben konnte. Eine andere Gesprächspartnerin erzählte, dass sie durch die Bewusstheit des Zusammenhanges mit ihren vergangenen Erfahrungen verstehen konnte, warum sie unsicher war. Es konnte Akzeptanz entstehen, dass Unsicherheit Teil ihres Wesens ist. An dieser Stelle war es möglich, einen Umgang damit zu finden, wobei sie hinzufügte, wie schwierig es auch heute noch sei, wenn ihre Unsicherheit ihr im Wege steht.

Mangelnde Selbstfürsorge bzw. Selbstvernachlässigung können Unsicherheitsgefühle nähren. Eine Interviewpartnerin beschrieb, wie unsicher sie zuerst gewesen war und wie wenig Selbstwert sie besaß. Als sie in der Therapie jedoch erkannte, dass andere innere Anteile der Unsicherheit zu Hilfe kommen und zusammenarbeiten konnten, entwickelte sie ein Verständnis für sich selbst. Mithilfe des Inneren Kindes gelang es ihr allmählich, von Unsicherheit zu Selbstliebe zu kommen.

7.3.2 Erkenntnisse der Klient*innen

In diesem Abschnitt wurden wesentliche Erkenntnisse der Interviewpartner*innen aus der Therapie mit Selbstanteilen gesammelt und wie folgt dargestellt.

Sehr häufig wurden in den Interviews Aussagen getroffen, dass die Therapie mit Selbstanteilen Dinge *bewusst* machen konnte. Etwas konnte erkannt werden, ins Bewusstsein gelangen. Zwei Gesprächspartner*innen zeigten sich überrascht, dass die Biografie in der Psychotherapie einen hohen Stellenwert erhielt. Die Themen, mit welchen sie zum Zeitpunkt des Therapiebeginns belastet waren, standen für sie in keinem Zusammenhang mit früheren Erfahrungen.

Die Bewusstheit, dass die eigene Geschichte sehr wohl Einfluss auf das aktuelle Erleben hat, führte zu wichtigen Erkenntnissen in der Psychotherapie. Ungeliebte Verhaltensweisen konnten als in der Vergangenheit *sinnvoll* und in der jeweiligen Situation *hilfreich* gesehen werden, jedoch für den heutigen Kontext nicht mehr passend, wodurch Leidensdruck entstand. Mithilfe der Selbstanteile-Arbeit wurden neue Strategien, etwa zur Regulation von Impulsen oder alternative Handlungsmöglichkeiten entwickelt. Dazu verhalf unter anderem das Hinterfragen innerer Überzeugungen, welche zum Beispiel unerfüllte Wünsche oder Erwartungen der Eltern spiegelten und somit nicht die eigenen waren.

Zwei Befragte sprachen von der Bedeutsamkeit, Situationen aus der Metaebene zu beleuchten. Dabei konnten eigene Bedürfnisse wahrgenommen

und immer wieder überprüft werden, um selbstfürsorglich handeln zu können. Eine Interviewpartnerin bezeichnete das Nachspüren als wichtig, um mittels Achtsamkeit zu erkennen, welche Bedürfnisse sie im Hier und Jetzt hat und welchen Impulsen sie nachgehen möchte. Die Notwendigkeit des *Übens* von Selbstfürsorge wurde mehrmals bestätigt. Eine Klientin erklärte, dass die therapeutische Arbeit in all den Jahren sehr anstrengend gewesen war und sie keinesfalls mehr von vorne beginnen wollen würde. „Das war schon ein harter Weg ...“ (IP8, Zeile 492) Unter Selbstfürsorge fällt auch die Bewusstheit darüber, Grenzen zu haben und diese zu würdigen.

Durch die Psychotherapie wurde sämtlichen Interviewpartner*innen einerseits die Bedeutung der eigenen Ressourcen bewusst: Das, was bereits gut gelingt und was bisher geschafft wurde als Erfolg anzuerkennen, galt als hilfreich und förderte die Selbstakzeptanz. Andererseits nannten zwei Personen die Bewusstwerdung von *Triggern*, Reize, die ein bestimmtes Verhalten auslösen konnten. Mittels Achtsamkeit gegenüber den eigenen Körpersignalen und möglichen Strategien aus der Therapie wurde ein guter Umgang damit gefunden.

Vier Gesprächspartner*innen beschrieben die Ortung von Gefühlen im eigenen Körper. In der Psychotherapie wurde fokussiert, wo bestimmte Gefühle am eigenen Leib zu spüren waren, wodurch erhöhte Achtsamkeit erreicht werden konnte. Solche *Wahrnehmungsübungen* konnten auch als Aufgabe für zu Hause übernommen werden. Beispielsweise kann das Gefühl bzw. der Selbstanteil Angst im Brustkorb spürbar werden, die Atmung sich

beschleunigen und flach werden. Das Geschehen über den eigenen Körper und auch die Körperhaltung beobachten zu können, verändert die Perspektive. Es kann eine Metaebene eingenommen werden und dadurch innere Distanzierung erfolgen. Eine Interviewpartnerin berichtete, dass sie aus diesem Grund ein besseres Verständnis für sich und ihre Reaktionen bekommen konnte. Das Bewusstsein darüber, dass ein schon bekanntes Muster wirksam wird, ließ sie ruhig und handlungsfähig bleiben. Durch Achtsamkeit und die Frage *Was brauche ich jetzt?* wird der Fokus auf die eigenen Bedürfnisse gelegt, wodurch die Aspekte Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, aber auch Selbstregulation angesprochen werden. Es wird exploriert, in welcher Weise Trost, Handlungsalternativen oder Beruhigung stattfinden könnte. Eine Teilnehmerin nannte auch, dass sie in der Therapie aufmerksam gemacht wurde, dass sie in Momenten, in denen es ihr schlecht ging, lachte. Dieser widersprüchliche Ausdruck konnte durch Achtsamkeit bewusst werden. Eine weitere Interviewpartnerin verspürte durch die neu erlernte Fähigkeit wieder mehr Genuss im Leben. Sie erzählte vom Erfolg, bereits kleine Dinge schätzen und genießen zu können, wovon sie sehr profitiert.

7.3.3 Auswirkungen der Therapie mit Selbstanteilen

Für die folgende Darstellung werden die für die Beantwortung der Forschungsfragestellung relevanten Aspekte Selbstwirksamkeit, Selbstfürsorge und Selbstregulation herangezogen. In der Auswertung wurde deutlich, dass die erlernten Fähigkeiten sich mehreren Kategorien zuordnen ließen. Dies wird am Beispiel des Neinsagens erläutert. Einerseits beschrieb ein Klient das

Neinsagen als Fähigkeit, Unangenehmes abzuwenden und sich demnach in Situationen behaupten zu können. Dies spricht für die Einordnung bei Selbstwirksamkeit. Gleichzeitig kann Neinsagen aber auch ein selbstfürsorglicher Akt sein, um sich durch das Ablehnen von zusätzlichen Aufgaben etwas Gutes zu tun und mehr Zeit für sich zu haben. Und es kann sich auf die Selbstregulationsfähigkeit positiv auswirken, indem Überforderungszustände verhindert werden und Betroffene ihren eigenen Bedürfnissen nachgehen können. Dies zeigt, wie sich Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge wechselseitig beeinflussen.

Nachfolgend werden die Auswirkungen der Therapie auf die Fähigkeit zur Selbstregulation, wie die Befragung ergab, beschrieben. Es konnte erhoben werden, wie die Interviewpartner*innen durch die Arbeit mit Selbstanteilen mit emotionaler Überflutung, unreflektierten Handlungen, Wutausbrüchen oder Gehemmtheit ihren Umgang gefunden hatten. Was sie zu Beginn sehr belastete, war vielfach ihr Kontrollverlust über Emotionen und Impulse, welcher zu Konflikten im Innen und/oder Außen führte und die eigentlichen Bedürfnisse dahinter nicht befriedigt werden konnten. Durch Selbstanteile-Arbeit erhielten diese Bedürfnisse eine *Stimme* und die Klient*innen entwickelten Verständnis im Dialog mit ihnen. Ein Interviewpartner beschrieb, wie er sein Inneres Kind heute bewusst in sein Leben integriert, es in Entscheidungen mit einbezieht und daraus mehr Lebensqualität gewinnt: Es „macht viel mehr Spaß“ (IP7, Zeile 327), wenn auch kindliche Bedürfnisse einen Platz im Leben haben dürfen.

Durch Bewusstwerdung der Bedürfnisse konnten Lösungsstrategien überlegt werden. Diese waren beispielsweise die Relativierung der Bedeutung einer Situation, eine Metaebene einnehmen oder aus einer rationalen Perspektive auf die Szene blicken. Auch Achtsamkeit gegenüber eigenen Körpersignalen konnte zur Früherkennung von Überforderung verhelfen. Eine Klientin berichtete, dass sie mit Humor gute Erfolge erzielen konnte, indem sie sich selbst oder andere nicht so ernst nahm bzw. der Situation keine so große Bedeutung beimaß, wie sie es früher tat. Dazu zählten auch berufliche Stresssituationen. Sie beschrieb, wie rasch sie bei Termindruck überfordert war und zu Wutausbrüchen neigte. In Verbindung mit ihrer Biografie konnte sie in der Therapie Dialoge mit ihrem Inneren Kind führen, Verständnis für ihr Verhalten entwickeln und im Hier und Jetzt Alternativen ausprobieren, wodurch sie Erfolge erzielte. Diese führten zu Stabilität, mehr Selbstwert und dem Gefühl von Selbstwirksamkeit.

Die Bewusstheit darüber, „... wie funktioniere ich innerlich?“ (IP6, Zeile 130), brachte durch die Untersuchung von Verhaltens- und Beziehungsmustern und deren Hinterfragen Lösungen, um sich in künftigen Situationen helfen zu können. Vier Klient*innen sprachen davon, wie Durchatmen und Gelassenheit ihnen geholfen hatten, besonders bei der Angst vor Konflikten. Diese drückte sich durch Gehemmtheit aus, für sich selbst einzustehen. Das Scheitern der Bedürfnisbefriedigung führte zu Selbstentwertung und Frust. Ein Interviewpartner berichtete, wie er durch die Arbeit mit dem Inneren Kind

Verständnis und Bewusstheit für seine Impulsausbrüche entwickeln konnte und sich heute besser unter Kontrolle hat.

Die Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit machte sich unter anderem durch Erfolgserlebnisse im täglichen Leben bemerkbar. Zwei Interviewpartner*innen beschrieben etwa die Nutzung von Hausaufgaben aus der Therapie, um Erlerntes auszuprobieren und trainieren zu können. Dadurch erlebten sie sich einflussreicher in Situationen und konnten für sich eintreten. Alle acht Interviews ergaben verschiedene Interpretationen, sich selbstwirksam zu fühlen (Tabelle 1).

Tabelle 1

Auffassungen von Selbstwirksamkeit

<ul style="list-style-type: none"> • sich selbst helfen können 	<ul style="list-style-type: none"> • Körpersignale beachten
<ul style="list-style-type: none"> • Ruhe bewahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Muster erkennen
<ul style="list-style-type: none"> • aus einer Opferrolle herauskommen • mit sich statt gegen sich arbeiten • etwas selbst tun können 	<ul style="list-style-type: none"> • Metaebene einnehmen und eigenes Verhalten reflektieren • sich mächtig statt ohnmächtig fühlen • für sich eintreten
<ul style="list-style-type: none"> • Neinsagen 	<ul style="list-style-type: none"> • Perspektivenwechsel einnehmen, Bedeutungen verändern

Die für sie neuen Erkenntnisse hinsichtlich Selbstfürsorge beschrieben alle Befragten als ungewohnt. „Darf ich das jetzt ...?“ (IP5, Zeile 216) Die eigene Erlaubnis, sich um sich selbst zu kümmern, stellte eine Hürde dar. Sobald diese überwunden war, berichteten die Proband*innen über die aufschlussreiche Entdeckung ihrer Selbstfürsorge. Tabelle 2 zeigt die verschiedenen Interpretationen.

Tabelle 2
Auffassungen von Selbstfürsorge

<ul style="list-style-type: none"> • eigene Grenzen achten • die Meinung anderer nicht als Priorität ansehen, sondern Selbstverantwortung übernehmen • Selbstakzeptanz: Es darf schlechte Tage geben. <i>Ich bin ok, wie ich bin.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Neinsagen • mehr für sich sorgen, als sich um andere kümmern; kein schlechtes Gewissen dabei haben • sich an die eigenen Stärken erinnern und das, was schon gelungen ist
<ul style="list-style-type: none"> • Genuss: gutes Essen, Innehalten, sich verwöhnen, sich Auszeiten gönnen • Körpersignale beachten und Bedürfnissen nachgehen • nachspüren, was gut tut • das Gefühl, wertvoll, wichtig und richtig zu sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen erkennen: <i>Was wäre jetzt gut? Welche anderen Menschen tun gut?</i> • Lebensqualität anstatt nur zu funktionieren • Freiräume schaffen • die eigenen Bedürfnisse ernst nehmen, dafür einstehen

- Positive Aktivitäten: Lieblingsbuch lesen, Telefonieren, Ablenkung, Unternehmungen, Ruhepausen, mit sich sein, eine Zeitschrift lesen, Musik hören, Genießen, Kochen, wohlwollende Menschen, Entspannung, Entlastung, frische Luft, Sport, Motorrad fahren, negative Gedanken loslassen, die Freude, etwas allein zu unternehmen

Wie schon genannt, galt der Selbstanteil *Inneres Kind* als Brückenschlag zur Selbstfürsorge: Defizite aus der Kindheit, Situationen, in denen nicht das zur Verfügung war, was gebraucht wurde, waren nach Aussagen der Interviewten nicht verarbeitet. Anteile, die zu wenig bekommen hatten, blieben unversorgt. Daraus entstanden beispielsweise inadäquate Verhaltensweisen und Reaktionsmuster, welche im Leben als Erwachsene*r hinderlich waren. Nachdem die Klient*innen darüber Bewusstheit erlangt hatten, lernten sie durch die Psychotherapie, wie sie zu selbstfürsorglichem und dadurch *nachnährenden* Verhalten für ihre kindlichen Anteile kommen konnten. Die Freude im Ausdruck der Interviewpartner*innen beim Erzählen ihrer Fortschritte sprach für sich.

8 Diskussion und Conclusio

Zunächst erfolgt eine Auseinandersetzung mit den empirischen Ergebnissen unter Berufung auf die theoretischen Ausführungen dieser Arbeit, um anschließend auf die Beantwortung der Forschungsfragen einzugehen. Die wichtigsten Kategorien des Empirieteils (7.3) werden dafür herangezogen. Als hilfreichste Selbstanteile der empirischen Studie gingen das Innere Kind, Innere Helfer*innen bzw. das Innere Team und Innere Stärke hervor. Zusätzlich wird auf das Gefühl Unsicherheit eingegangen. Ein Fallbeispiel (8.2) aus den Interviews stützt durch den konkreten Praxisbezug die Erläuterungen in Kapitel 8.3 und 8.4.

8.1 Zu den hilfreichsten Selbstanteilen

In der Arbeit mit dem Inneren Kind ist wichtig, die psychosoziale Entwicklung, wie sie in Kapitel 4 gezeigt wurde, sowie die vulnerablen Phasen zu kennen. Wann immer Verletzungen passiert sind, lohnt es sich, die Entwicklung mit zu bedenken. Welche Fähigkeiten und Möglichkeiten hatte das Kind in dieser Altersstufe eventuell noch nicht? Wie hat es sich gefühlt? Was hat das Erlebnis für Folgen für sein Selbst? Um mit Votsmeier-Röhr (2004) zu sprechen: Wo war nicht genügend Stütze vorhanden und haben Erlebnisse außerhalb der Ich-Grenze stattgefunden? Bei der therapeutischen Arbeit mit Inneren Kind-Anteilen können Klient*innen starke Gefühle von Wut oder Trauer erleben, welche kindgerechten Trost erfordern. Es ist wichtig, über Kontaktaufnahme und Identifikation mit dem Kind-Anteil zu evaluieren, was dieser damals gebraucht hätte (6.1). Entsprechend kann dann auf die

Bedürfnisse des Kindes zum damaligen Zeitpunkt eingegangen und diese nachversorgt werden. Dabei ist es im Therapieprozess entscheidend, nicht nur im Gespräch und in der Erwachsenenperspektive zu bleiben. Jene Erfahrungen, die kindliche Geborgenheit leiblich vermitteln konnten, wurden von Klient*innen hilfreich und heilsam empfunden (7.3.1.1). Der Einbezug des Körpers ist sinnvoll, denn auch entwicklungspsychologisch ist es bedeutsam, dass der Säugling sich gehalten fühlt, dass er Körperkontakt zu seiner Bezugsperson hat und er dadurch ein Sicherheitsgefühl entwickeln kann (4.1). Imaginationstechniken helfen, ein Geborgenheitsgefühl zu entwickeln, etwa nach Reddemann (2014), wenn die Vorstellung von idealen Eltern, die es in der Realität nicht gegeben hat, als nachnährende Therapieintervention eingesetzt wird (6.1.1). Auch die Fantasiereise an den inneren Ort soll Sicherheit vermitteln (6.1.3). Die vielgestaltigen Inneren Helfer*innen (6.1.2), die den Interviewpartner*innen im Therapieprozess begegneten und an der Rettung des Inneren Kindes beteiligt waren, zeigen, dass bei Imaginationstechniken die Fantasie angesprochen wird, welche auch eine Fähigkeit ist, die sich in der frühen Kindheit ab der Phase des verbalen Selbst (4.1) entwickelt. Innere Helfer*innen schützen, stützen und sind wohlwollende Begleiter*innen für das Innere Kind. Werden Szenen und Gefühle aus der Vergangenheit erinnert, können sie durch kreative Methoden (6.1) Ausdruck finden. Das Einnehmen einer Metaperspektive führte laut Aussagen der Interviewpartner*innen zu Bewusstheit und Themen konnten bearbeitet werden. Durch kindgerechte Interventionen können Skepsis und Widerstand (6.2) sowie Irritation bei den

erwachsenen Klient*innen ausgelöst werden. Ein behutsames Heranführen an die Technik ist erforderlich, wenngleich es auch vorkommt, dass die Innere-Kind-Arbeit gar nicht möglich ist, etwa wenn sie vehement abgelehnt und abgewertet wird. Bei Ablehnung therapeutischer Angebote wie etwa dem Leeren Stuhl (siehe S. 65) könnten Alternativen überlegt werden, die mit Identifikation über Externalisierung zu tun haben, wie etwa Symbolaufstellungen oder Zeichnungen (6.1). Neben dem Inneren Kind und Inneren Helfer*innen war auch Innere Stärke in der Datenerhebung ein wichtiger Selbstanteil. Diese entwickelte sich im Laufe der Therapie durch die Erarbeitung eigener Kompetenzen und Fähigkeiten sowie der Verbesserung des Selbstwertes. Innere Stärke kann über Selbstanteile-Arbeit mit dem*der Inneren Erwachsenen gefördert werden, der*die die Kontrolle übernimmt und sich um das Innere Kind und dessen Bedürfnisse kümmert.

Nachfolgend wird die Relevanz von Unsicherheit als Selbstanteil erörtert (7.3.1.4). In dieser Arbeit wurde gezeigt, dass das Selbst nur in Bezogenheit auf ein Gegenüber und innerhalb eines aktiven Kontaktprozesses existieren kann (2.4 und 3.1.1). Der Wunsch nach Bezogenheit und die Furcht vor Zurückweisung kann sich sowohl in Selbstunsicherheit als auch in sozialer Unsicherheit ausdrücken. Eigene Bedürfnisse werden daher zurückgestellt. Die neurotische Vorstellung, *Wenn ich mich nur genug anstrenge, werde ich geliebt, bleibt mein wichtiges Gegenüber bei mir*, ist ein Glaubenssatz, der nicht nur große Auswirkung auf das eigene Wohlbefinden hat, sondern auch erheblich auf das Selbst, das sich dahingehend verformen muss, weil sein

Wesen den Gegebenheiten nicht entspricht. Die bisherige Identität und das „wahre Selbst“ (Perls 1981, zitiert nach Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 140) müssen aufgegeben werden. Darunter leidet nicht nur der Selbstwert, auch Selbstkritik kann verstärkt werden. Nach Petzold (1993) bildet das Ich seine Identität unter anderem danach aus, wie es von der Umwelt gesehen wird. Auch Buber (2017) zeigt die Wichtigkeit der Rückmeldung des Anderen in der Entwicklung: „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (S. 34). Eine fehlende Resonanz ist demnach schon als Säugling prekär, wie Kapitel 4 anhand möglicher Störungsbilder zeigt, aber auch später, wenn Zugehörigkeit und Autonomie für das Kleinkind bedeutsam sind. Der Mensch möchte seine Fähigkeiten und Potentiale entfalten, wie Votsmeier beim Streben nach Selbstverwirklichung (2.2.1 und 4.3) beschreibt, vor allem aber hat er seine Identität zu schützen. Ist die Identität vermeintlich nur an signifikante Andere gebunden, entsteht Abhängigkeit.

8.2 Fallbeispiel

Folgendes Fallbeispiel einer Interviewpartnerin zeigt, wie diese Abhängigkeit mit unterdrückten Bedürfnissen (offenen Gestalten, 5.1.1) einhergehen und zu destruktiven Verhaltensmustern und negativen Reaktionen aus dem Umfeld führen kann:

Die Klientin berichtete, dass sie es *brauchte*, von anderen Wertschätzung zu erhalten, um, wie ihr im Laufe der Therapie bewusst wurde, davon ihren geringen Selbstwert zu nähren und ihre Identität zu sichern. Sie war demnach abhängig von positiver Resonanz. Bekam sie für ihre Bemühungen keine

Beachtung oder das Gefühl, unwichtig zu sein, erhöhte sich ihr Leidensdruck. Dieser zeigte sich durch gekränkten Rückzug und in gesteigerter Form durch heftige Wutausbrüche und Beziehungsabbruch. Sie erkannte in der Therapie, dass ihr Bedürfnis nach Anerkennung aus der Kindheit stammte, in der sie vermehrt Erfahrungen von Beschämung und Entwertung gemacht hatte. Ihr Wunsch nach Zuwendung und Trost blieb als unerledigte Gestalt zurück. Durch ihre destruktiven Verhaltensmuster erreichte sie jedoch im Gegenteil, dass Menschen sich abwendeten. Dies wurde mittels Innerer-Kind-Arbeit in der Therapie bewusst und die Klientin lernte, Selbstfürsorge anzuwenden, um sich selbst unabhängig von der Resonanz anderer als wertvoll zu erachten. In herausfordernden Situationen übernimmt ihre Innere Erwachsene die Kontrolle und kann überflutende Gefühle besser regulieren und beantworten.

8.3 Zu den Erkenntnissen der Klient*innen

Dieser Abschnitt zielt auf die Beantwortung der ersten Forschungsfrage ab.

- *Was konnten Klient*innen, die in ihrem gestalttherapeutischen Prozess mit Selbstanteilen gearbeitet haben, daraus lernen und was hat ihnen für ihr Leben geholfen?*

Als zentrale Erkenntnis aller Befragten geht hervor, Bewusstheit zu erlangen. Die Identifizierung biografischer Ereignisse, die noch in die Gegenwart hineinwirken, eigener Bedürfnisse und eventueller dysfunktionaler Anpassungsmuster (5.1.1) trägt zur Veränderung bei. Im Fallbeispiel wurde der Klientin das destruktive Verhaltensmuster, ihre Gekränktheit und ihre

Wutausbrüche, bewusst, wodurch in der Therapie Alternativen entwickelt werden konnten. Bewusstheit half, eine Metaperspektive einzunehmen, um innerlich Distanz zu gewinnen und zu adäquateren Reaktionsweisen in der Situation zu befähigen. In der Therapie kann dies etwa durch szenisches Arbeiten oder Symbolaufstellungen erreicht werden (6.1). Der Überblick und die Identifikation mit Selbstanteilen ermöglichen, das Geschehen neu zu beurteilen. Auch Bewusstheit über eigene Ressourcen wirkt sich stärkend aus und zahlreiche Möglichkeiten zur Selbstfürsorge können daraus entwickelt werden (siehe Tabelle 2). Achtsamkeit ist grundlegend für das Erkennen der Bedürfnisse im Hier und Jetzt und geht unter anderem mit der Beobachtung und Einbezug des Körpers einher. Staemmler (2015) und Stern (2007) sprechen von leiblich verankerten Erfahrungen des Selbst. Körperarbeit in der Psychotherapie ist demnach wesentlich. Über Sinneswahrnehmungen, angesprochen durch Wahrnehmungsübungen in der Therapie, kann Achtsamkeit eingeübt werden und beispielsweise zu einem besseren Körpergefühl verhelfen: Es wird ermöglicht, Emotionen leiblich zu verorten. In der Folge entsteht mehr Kontakt zu sich selbst und eigenen Bedürfnissen. Eventuelle widersprüchliche Ausdruckssignale, wie das Lächeln bei der Schilderung von belastenden Situationen, können bewusst gemacht werden.

8.4 Zu Auswirkungen auf Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge

Wie in 7.3.3 beschrieben, greifen die Aspekte Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge ineinander (siehe auch Abbildung 2),

wodurch der Erkenntnisgewinn aus der Therapie für alle drei Bereiche wirksam sein kann. Wird an einem Aspekt gearbeitet, hat dies auch auf die anderen einen positiven Effekt. Dennoch wird getrennt auf einzelne Begrifflichkeiten eingegangen. Die Beantwortung der Forschungsunterfragen wird nachfolgend chronologisch vorgenommen.

- *Wie gelingt die Selbstregulation in herausfordernden Situationen?*

Die Stütze als Voraussetzung für das Gelingen von Selbstregulation wurde in Kapitel 2.2.2 ausgeführt. Kontakt ist erst möglich, wenn genügend Stütze vorhanden ist. Ist dies nicht der Fall, kommt es zu Kontaktunterbrechungen und dysfunktionalen Anpassungsmustern, die eine adäquate Selbstregulation verhindern. Im Fallbeispiel konnte die Klientin auf Grund mangelnder Stützfunktionen, wie dem geringen Selbstwert und unsicherem Zugehörigkeitserleben in der Vergangenheit, nicht anders mit Zurückweisung umgehen, als Abwehrreaktionen zu zeigen. Die Bedeutung biografischer Erfahrungen zu verstehen und das empathische Einfühlen in die entstandenen Selbstanteile half ihr, Geschehenes einzuordnen. Nachdem Gefühle und Bedürfnisse in den entsprechenden Situationen bewusst geworden waren, konnte an einer Veränderung gearbeitet werden. Hilfreiche Selbstanteile wurden aktiviert und tragen seither zur Selbstregulation der Klientin bei. Durch Selbstanteile-Arbeit kann auch die Selbstverurteilung reduziert werden: Ungeliebtes Verhalten wird lediglich einem Teil der Persönlichkeit zugeordnet, die anderen Teile gelten als funktionierend und in

Ordnung. Sich selbst als die Summe vieler Anteile zu sehen, kann Klient*innen Erleichterung bringen.

- *Wie genau erleben sich Klient*innen durch die Auseinandersetzung mit ihren inneren Anteilen selbstwirksamer?*

Tabelle 1 zeigt die unterschiedlichen Varianten von Selbstwirksamkeit aus der Empirie und ist bereits Grundlage für die Beantwortung dieser Forschungsunterfrage. Aus den Beispielen geht hervor, dass Selbstwirksamkeit dann spürbar ist, wenn eine herausfordernde Situation durch eigene Fähigkeiten bewältigt werden kann. Psychotherapie mit Selbstanteilen ermöglicht Klient*innen, Bewusstheit über diese Fähigkeiten zu erlangen und hilfreiche Anteile zu identifizieren. Im Fallbeispiel wurde die Innere Erwachsene der Klientin aktiviert, um dem verletzten Inneren Kind zu helfen und gute Bedingungen für es zu schaffen. So konnte sie die Kontrolle über ihre Impulse wiedererlangen und handlungsfähig bleiben. Daraus geht hervor, wie die Fähigkeit zur Selbstregulation positiv zur Selbstwirksamkeit beiträgt. Mit der Erkenntnis von Eigenkompetenz steigt der Selbstwert und das Selbstvertrauen. Wiederkehrende Erfolgserlebnisse, auch über das Therapieende hinaus, wie sich zu behaupten oder Belastungen abwenden zu können, stärken diese Gefühle.

- *Wie wird die erlernte Selbstfürsorge umgesetzt?*

Das Fallbeispiel vermittelt, wie hilfreiche Anteile der Klientin jenen bedürftigen helfen konnten. Dafür war es erforderlich, Selbstfürsorge zu

erlernen. Wohltuende Maßnahmen zur Selbstfürsorge, wie in Tabelle 2 dargestellt, setzen voraus, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen sowie zu verstehen, wie sie erfüllt werden können. Das Innere Kind verhalf der Klientin zu dieser Erkenntnis. Sie erlebte Mitgefühl für ihren bedürftigen, jüngeren Anteil und verstand, dass es einen Selbstanteil brauchte, der alt genug war, um Verantwortung zu übernehmen und unterstützend und fürsorglich agierte: die Innere Erwachsene. Die Vorstellung, einen kompetenten Anteil in sich zu tragen, welcher die Kontrolle übernimmt und Lösungen findet, ist stärkend und motivierend, um eigenen Bedürfnissen auch künftig Raum zu geben und Selbstfürsorge anzuwenden.

8.5 Limitationen und Ausblick

Limitationen der Arbeit entstanden durch die Auswahl der Samples. Nachdem die Empirie ausschließlich Befürwortungen zur Selbstanteile-Arbeit und Verbesserung des Wohlbefindens zeigte, könnte es zu statistischen Verzerrungen gekommen sein. Es nahmen keine Personen an der Studie teil, denen die Therapie nicht geholfen hatte bzw. deren Zustand sich nach Therapieende verschlechtert hätte. Der Einbezug entsprechender Kontrollgruppen hätte weitere Ergebnisse gebracht.

Wie einleitend erwähnt, gibt es zur Wirksamkeit der Selbstanteile-Arbeit in der Integrativen Gestalttherapie noch keine Untersuchungen. Für die weitere Forschung stehen daher vielfältige Möglichkeiten zur Verfügung, etwa der Einbezug der Perspektive von Psychotherapeut*innen, die die Methode anwenden oder Angehörigen der Klient*innen, welche Veränderungen

bemerken sowie der Triangulation dieser Ergebnisse. Auch eine quantitative Studie über den Outcome von Psychotherapie mit Selbstanteilen könnte wertvolle Erkenntnisse für die Wissenschaft bringen.

8.6 Persönliche Bemerkungen und Schluss

Die vorliegende Studie gibt Einblick, wie Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge zum Therapieerfolg beitragen können und wie die Arbeit mit Selbstanteilen diese Fähigkeiten fördern kann. Auffallend war die Schwierigkeit der Befragten, einen selbstfürsorglichen Umgang zu pflegen. Dieses Phänomen stelle auch ich bei meinen Klient*innen in der Praxis fest. Es sind vor allem Ängste vor negativen Reaktionen aus dem Umfeld, welche Selbstfürsorge verhindern. Verinnerlichte Glaubenssätze und Befürchtungen, nicht gemocht zu werden, stehen im Weg und müssen in der Therapie erst bearbeitet werden.

Die Bedeutsamkeit der Umwelt für das eigene Überleben geht schon aus der Entwicklungspsychologie hervor. Kinder brauchen wohlwollende Bezugspersonen, die sie umsorgen, leiten und ihnen ermöglichen, sich in der Welt zurechtzufinden. Das Selbst kann sich entfalten und Resilienz für künftige Begegnungen mit der Umwelt entwickelt werden. Meine Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Praxis sind, dass erschreckend wenige Klient*innen sich in der glücklichen Lage befanden, die auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Zuwendung in der Kindheit erhalten zu haben. Allerdings können auch Kinder, die behütet aufwachsen, in jeder Entwicklungsphase Erfahrungen machen, für die ungenügend Bewältigungsstrategien vorhanden sind. Es lohnt der Blick auf

entwicklungsbedingte psychische Störungsbilder, um den Therapieverlauf zu planen.

Wie bereits Buber (1965) sagte, hängt seelisches Leid überwiegend mit negativen sozialen Erfahrungen zusammen. Wiederholte psychische Verletzungen, etwa durch Ablehnung, Ausgrenzung oder Beschämung, können unerträglich sein, sodass Betroffene diese Gefühle keinesfalls wieder spüren wollen und unbewusst entsprechende Lösungs- und Vermeidungsstrategien entwickeln. Ein häufiges Phänomen in der Praxis ist die übermäßige Orientierung an den Erwartungen anderer Menschen. Diese soll vor erneuten schmerzlichen Erfahrungen schützen, ist jedoch auch gleichzeitig ein Grund für weiteren Leidensdruck der Klient*innen: Wenn eigene Bedürfnisse nicht gespürt werden, weil der Fokus stets auf der Zufriedenheit und dem Wohlwollen anderer liegt, ist dies nicht zielführend für ein erfüllendes Leben. Das wahre Selbst und die Identität können nicht entwickelt werden. Die Freiheit, zu werden, wer man ist, lag den Begründer*innen der Gestalttherapie am Herzen, insbesondere Fritz Perls, der sich zeitlebens gegen die Entfremdung vom eigenen Selbst stark gemacht hatte. Wenn keinen Erwartungen entsprochen werden muss und es nicht nötig ist, überangepasst zu sein, kann die eigene Identität sich kreativ entfalten.

Dabei wird ein Ungleichgewicht in unserer Kultur sichtbar: Bereits die Erziehung ist von Erwartungen an die Kinder geprägt. Es wird ihnen vermittelt, sich zurückzunehmen, anderen höflich den Vorrang zu geben oder bescheiden zu sein, um als *braves Kind* zu gelten. In ihrem Heranwachsen lernen Kinder,

dass die Erfüllung der Erwartungen im Außen zu Akzeptanz führt und angepasstes Verhalten sozial erwünscht ist. Sie *ver*lernen dabei aber, ihren eigenen Gefühlen zu vertrauen und Bedürfnisse zu spüren, was auch im Erwachsenenalter noch Leidensdruck erzeugt, etwa durch die fehlende Fähigkeit zur Selbstregulation und Selbstfürsorge und dem mangelnden Gefühl von Selbstwirksamkeit. Diese Fähigkeiten können in der Psychotherapie erlernt werden. Selbstanteile-Arbeit, insbesondere die Innere-Kind-Arbeit, wie aus der Empirie hervorging, zeigt, dass unzureichend beantwortete Bedürfnisse der Kindheit in der Psychotherapie nachträglich versorgt werden können. Bewusstheit über Bedürfnisse bietet die Grundlage für Veränderung. Ein weiterer Schritt ist der Mut, sich die Freiheit herauszunehmen, diese Impulse umzusetzen. Häufig werden diese mit Egoismus verwechselt und lösen Scham- sowie Schuldgefühle aus.

Es ist Aufgabe der Psychotherapie, die starren Strukturen, die es den Klient*innen nicht erlauben, sich nach ihren Wünschen zu entwickeln, behutsam, aber kritisch zu hinterfragen. Die Voraussetzung dafür, das *Eigene* zu entwickeln, ist die Bewusstwerdung des Fremden und die Loslösung davon.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abram, A. (2013). *Gestalttherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Amendt-Lyon, N. (2000). Kontakt allein genügt nicht! Was wirkt in der Integrativen Gestalttherapie? In M. Hochgerner & E. Wildberger (Hg.), *Was heilt in der Psychotherapie? Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und Methodenspezifische Denkweisen* (S. 279–291). Wien: Facultas.
- Amendt-Lyon, N., Bolen, I. & Höll, K. (2004). Konzepte der Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hg.), *Gestalttherapie* (S. 101-124). Wien: Facultas.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. Verfügbar unter:
<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanduraPubs.html>
- Blankertz, S. & Doubrawa, E. (2005). *Lexikon der Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer.
- Boeckh, A. (2019). *Die dialogische Struktur des Selbst: Perspektiven einer relationalen und emotionsorientierten Gestalttherapie*. Gießen: Psychosozial.
- Boeckh, A. (2020). Die Soziale Funktion des Selbst. Gestalttherapeutische Perspektiven der Theorie-Entwicklung und der Empirischen Forschung. *Gestalttherapie*, 34, 114–125.
- Bolm, T. (2015). *Mentalisierungsbasierte Therapie*. München: Ernst Reinhardt.

Buber, M. (1965). *Nachlese*. Heidelberg: Schneider.

Buber, M. (2017). *Das dialogische Prinzip: Ich und Du. Zwiesprache. Die Frage an den Einzelnen. Elemente des Zwischenmenschlichen. Zur Geschichte des dialogischen Prinzips* (14. Aufl.). München: Gütersloher Verlagshaus.

Chopich, E. J. & Paul, M. (2016). *Aussöhnung mit dem inneren Kind* (31. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Ullstein.

Ciolacu, M. V. (2013). Experimental approach of the relationship between self-efficacy awareness and the tendency of self-improvement. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 541–545. Verfügbar unter:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813009166>

Dornes, M. (2009). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen* (12. Aufl.). Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag.

Esch, T. (2018). *Selbstregulation als Teil von Medizin und Gesundheitsförderung* Verfügbar unter:
https://www.researchgate.net/publication/330968823_Selbstregulation_als_Teil_von_Medizin_und_Gesundheitsforderung

Frohne-Hagemann, I. & Pleß-Adamczyk, H. (2005). *Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Fuhr, R., Sreckovic, M. & Gremmler-Fuhr, M. (2006). Das Menschenbild der Gestalttherapie von Frederick S. Perls, Laura Perls und Paul Goodman, 32, 117–155.

- Fuß, S. & Karbach, U. (2019). *Grundlagen der Transkription* (2. Aufl.). Opladen: Barbara Budrich.
- Gahleitner, S. B. & Hinterwallner, H. (2014). Die Qualitative Inhaltsanalyse als flexible Auswertungsmethode. In S. B. Gahleitner, R. Schmitt & K. Gerlich (Hg.), *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision* (S. 78–86). Coburg: ZKS.
- Gremmler-Fuhr, M. (1999). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 345–392). Göttingen: Hogrefe.
- Hochgerner, M., Klampfl, P. & Nausner, L. (2018). Diagnostische Perspektiven der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hg.), *Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 179–205). Wien: Facultas.
- Hoffmann-Widhalm, H. (2018). Traumafolgentherapie in der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hg.), *Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 367–392). Wien: Facultas.
- Hudgins, K. (2019). Psychodrama revisited: Through the lens of the internal role map of the Therapeutic Spiral Model to promote post-traumatic growth. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 18, 59–74. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s11620-019-00483-7>

- Klampfl, P. (2016). Selbstzerstörung und Selbstfürsorge bei Menschen mit strukturellen Störungen. In H. Neumayr & P. Klampfl (Hg.), *Integrative Gestalttherapie im klinischen Feld* (S. 75–123). Wien: Facultas.
- Küchenhoff, J. (1999). Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge - die seelischen Voraussetzungen. In J. Küchenhoff (Hg.), *Selbstzerstörung und Selbstfürsorge* (S. 147–164). Gießen: Psychosozial.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Nausner, L. (2018a). Anthropologische Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hg.), *Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 40–60). Wien: Facultas.
- Nausner, L. (2018b). Begriffe und Konzepte der Gestalttherapie - Grundlagen und Entwicklungen. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hg.), *Gestalttherapie* (2. Aufl., S. 109–131). Wien: Facultas.
- Parlett, M. (1999). Feldtheoretische Grundlagen gestalttherapeutischer Praxis. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 279–293). Göttingen: Hogrefe.
- Peichl, J. (2011). *Jedes Ich ist viele Teile. Die inneren Selbst-Anteile als Ressource nutzen* (2. Aufl.). München: Kösel.

- Peichl, J. (2017). *Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F. S. (1980). *Gestalt, Wachstum, Integration: Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen*. Paderborn: Junfermann.
- Perls, F. S. (1991). *Das Ich, der Hunger und die Aggression : die Anfänge der Gestalt-Therapie*. München: dtv.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (2007). *Gestalttherapie. Zur Praxis der Wiederbelebung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F. (2015). *Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle*. (15. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold, H. (1993). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bd.II/2*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1994). Entwicklungen in der Gestalttherapie von Fritz Perls. Überlegungen zur Frage nach der therapeutischen Identität in einer pluralen therapeutischen Kultur. In C. Freiler, D. Ventouratou-Schmetterer, C. Reiner-Lawugger & R. Bösel (Hg.), *100 Jahre Fritz Perls. Tagungsband der Internationalen Psychotherapietagung der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie ÖAGG* (S. 15–72). Wien: Facultas.
- Reddemann, L. (2014). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. (14. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Richter, K. F. (2011). *Erzählweisen des Körpers: Kreative Gestaltarbeit in Therapie, Beratung, Supervision und Gruppenarbeit* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2019). *Psychodynamisch denken - tiefenpsychologisch handeln. Praxis der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Salem, E. (1999). Gestalttherapie und narzißtische Störungen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 733–746). Göttingen: Hogrefe.
- Seiffge-Krenke, I. (2009). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie : Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken* (2., vollst. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Spangler, G. (2016). Bindung und Gene: Bio-psycho-soziale Grundlagen emotionaler (Dys-) Regulation und ihre Bedeutung für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten. In K. H. Brisch (Hg.), *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung* (S. 282–300). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Staemmler, F.-M. (2009). *Was ist eigentlich Gestalttherapie? Eine Einführung für Neugierige*. Bergisch Gladbach: EHP.

- Staemmler, F.-M. (2015). *Das dialogische Selbst. Postmodernes Menschenbild und psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Stern, D. (2007). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Timulak, L. & Creaner, M. (2010). *Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred/experiential therapies*. Verfügbar unter:
https://www.researchgate.net/publication/236945748_Qualitative_meta-analysis_of_outcomes_of_person-centredexperiential_therapies
- von Ameln, F., Schnabel, K. & Stadler, C. (2019). Psychodramatische Arbeit mit inneren Anteilen. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 18, 23–40.
Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11620-019-00472-w>
- Votsmeier, A. (1999). Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 715–732). Göttingen: Hogrefe.
- Votsmeier-Röhr, A. (2004). Selbstregulierung in der Gestalttherapie. In P. Geißler (Hg.), *Was ist Selbstregulation? Eine Standortbestimmung* (S. 69–94). Gießen: Psychosozial.
- Votsmeier-Röhr, A. (2011). Gestalttherapie und Neurowissenschaft - Befruchtende Verwandtschaften mit Implikationen für die Borderline-Behandlung. *Gestalttherapie*(2), 35–45.
- Votsmeier-Röhr, A. & Wulf, R. (2017). *Gestalttherapie*. München: Reinhardt.

Watkins, J. G. & Watkins, H. H. (2012). *Ego-States - Theorie und Therapie. Ein Handbuch* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.

Wöller, W. (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

TABELLENVERZEICHNIS

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
Tabelle 1 <i>Auffassungen von Selbstwirksamkeit</i>	80
Tabelle 2 <i>Auffassungen von Selbstfürsorge</i>	81

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Nummer</i>	<i>Seite</i>
<i>Abbildung 1.</i> Strukturelle Fähigkeiten in Anlehnung an Rudolf (2013, S. 54)	27
<i>Abbildung 2.</i> Wechselseitiger Einfluss von Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge. Quelle: eigene Darstellung	34
<i>Abbildung 3.</i> Therapieschwerpunkte	62
<i>Abbildung 4.</i> Dauer des Therapieprozesses	64
<i>Abbildung 5.</i> Vergleich der Befindlichkeit vor und nach der Therapie	65
<i>Abbildung 6.</i> Formen von Selbstanteilen	66
<i>Abbildung 7.</i> Hilfreichste Selbstanteile	69

ANHANG

Anhang 1. Informationsblatt

Anhang 2. Einverständniserklärung

Anhang 3. Transkriptionsregeln in Anlehnung an Fuß und Karbach
(2019, S. 119–123)



Informationsblatt

über die Forschungsarbeit meiner Masterthese „Die Arbeit mit Selbstanteilen in der Integrativen Gestalttherapie“ zum Abschluss meiner Ausbildung zur Psychotherapeutin

Menschen, die Psychotherapie aufsuchen, sind oft damit konfrontiert, sich selbst abzuwerten, zu kritisieren und keinen fürsorglichen Umgang mit sich zu pflegen. In Situationen der Überforderung reagieren sie mit gekränktem Rückzug oder mit Gefühlsausbrüchen, zum Beispiel Wut oder Trauer.

Im Fokus meiner Arbeit stehen die inneren Anteile („Selbstanteile“), das sind eigene Verhaltensweisen und Charakterzüge, die als störend erlebt werden und Menschen in Therapie bringen.

- „So wie ich bin, bin ich nicht ok.“
- „Ich kümmere mich gern um andere, aber für mich selbst tue ich wenig.“
- „Durch meine heftige Reaktion erreiche ich nicht das, was ich eigentlich bräuchte.“

Diese inneren Konflikte erzeugen Leidensdruck. In der Integrativen Gestalttherapie wird oftmals die Selbstanteile-Arbeit genutzt. Es findet eine Auseinandersetzung mit dem unerwünschten Anteil statt und es wird erforscht, welches Bedürfnis dahinter steckt.

Beispielhafte Therapiesequenzen:

- „Wenn dieser gekränkte Teil in Ihnen sprechen könnte, was würde er sagen?“
- „Gibt es neben diesem kritischen Teil noch andere Seiten in Ihnen?“
- „Wie alt fühlen Sie sich, wenn das negative Verhalten auftritt?“

Ich untersuche mittels Interviews, ob Klient*innen, die in ihrem Therapieprozess mit inneren Anteilen gearbeitet haben, sich heute selbst besser verstehen und wertschätzender mit sich umgehen.

Wenn Sie mich unterstützen möchten und bereit sind, mir von ihren Therapieerfahrungen zu erzählen, freue ich mich über Ihre Kontaktaufnahme unter praxis@teresa-bruckbauer.at oder 0677 626 219 06.

Alle Informationen werden achtsam behandelt und unterliegen der Verschwiegenheit!



Teresa Bruckbauer

Psychotherapeutin
in Ausbildung unter Supervision
Integrative Gestalttherapie

Im Rahmen meines Psychotherapie-Studiums erarbeite ich eine Masterthese mit dem Titel

„Die Arbeit mit Selbstanteilen in der Integrativen Gestalttherapie“

Für eine qualitative Studie führe ich Interviews mit ehemaligen Klient*innen durch, die in ihrer Psychotherapie die Arbeit mit Selbstanteilen kennengelernt haben.

Ein Interview umfasst sieben Fragen und wird auf Tonband aufgezeichnet. Das Gespräch wird im Anschluss transkribiert und ausgewertet. Die Dauer wird ca. 1 Stunde betragen.

Damit Ihre Anonymität gewahrt bleibt, werden weder Namen noch Orte genannt. Eine Rückvollziehbarkeit auf Ihre Person ist somit ausgeschlossen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich bereit, Frau Teresa Bruckbauer ein Interview für ihre Masterthese „Die Arbeit mit Selbstanteilen in der Integrativen Gestalttherapie“ zu geben, in welchem meine Antworten anonymisiert und nicht rückverfolgbar festgehalten und beforscht werden.

Wien, am

Unterschrift:.....

0677 626 219 06 · praxis@teresa-bruckbauer.at · www.teresa-bruckbauer.at · Humboldtgasse 23/1/3 · 1100 Wien

Anhang 2. Einverständniserklärung

Transkriptionsregeln	
Um die Qualität der Transkription zu gewährleisten, wurde in Anlehnung an Fuß und Karbach (2019, S. 119–123) einheitlichen Richtlinien gefolgt:	
Pause	
(.)	Kurze Pause, etwa eine Sekunde
(..)	Pause von etwa zwei Sekunden
(...)	Pause länger als zwei Sekunden
Sprache	
<u>jeder</u>	Betontes Wort
<u>außerdem</u>	Betonte Silbe
jaaa, uuund	Gedehntes Wort
ähm, ah, mhm, ok	Füllwörter
[ja] [mhm] [ok]	Zuhörersignale werden ohne Zeilensprung für den Sprecherwechsel vermerkt.
(lacht) (räuspert sich)	Non-verbale Äußerungen des*der Sprecher*in
[lacht] [räuspert sich]	Non-verbale Äußerungen des*der Zuhörer*in
(lachend) Das glaube ich gern. (+)	Begleiterscheinung des Sprechens, zB. Lachen. Das (+) signalisiert das Ende der Begleiterscheinung, in diesem Fall der lachend ausgesprochenen Worte.
(deutet Anführungszeichen) (schüttelt den Kopf)	Non-verbale Geräusche, Signale mit Relevanz
I:.....[... IP: [.....	Gleichzeitiges Sprechen in Partiturschreibweise ab [gekennzeichnet
ich&hab’&wirklich	Auffällig schnelle Aussprache

(...?) (...??) #00:15:09#	Unverständliches Wort, mehrere unverständliche Wörter mit Zeitangabe
(Verkehrslärm von draußen) #00:22:13#	Störgeräusche mit Zeitangabe
(nennt den Namen)	Anonymisierung
i-ich, a-also	Wiederholung eines Buchstaben oder Silben
dann-dann	Wortwiederholung
einf-	Wortunterbrechung, eine Aussage neu beginnen
Zeichensetzung	
...	Unvollständiger Satz, ins Wort eingeschobene Pause zur Begriffssuche
Sie sagte: „...“	Wörtliche Rede

Anhang 3. Transkriptionsregeln in Anlehnung an Fuß und Karbach (2019, S. 119–123)