

**Genese und Relevanz täteridentifizierter Selbstanteile in der  
Traumafolgen-Therapie aus Perspektive der Integrativen  
Gestalttherapie**

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

**im Universitätslehrgang Psychotherapie – Fachspezifikum Integrative  
Gestalttherapie**

eingereicht von

Mag. arch. Oliver Kaufmann

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Betreuerin: MMag.<sup>a</sup> Petra Klampfl, Msc.

Wien, 2. Mai 2022

## Eidesstattliche Erklärung

Ich, Mag. arch. Oliver Kaufmann, 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.

## DANKSAGUNG

Danke sagen möchte ich meiner Master-Thesis Betreuerin

Frau MMag<sup>a</sup>. Petra Klampfl, Msc.

Dank an Frau Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Katharina Gerlich von der Forschungsgreisslerei in Wien

Ein besonderes Dankeschön an meine sieben Interviewpartner\*innen für ihre Offenheit, das Wissen und die Zeit, die sie mir für diese Arbeit zur Verfügung stellten.

Mein herzlicher Dank geht an meine Frau Jiny  
und meine Kinder Zoey, Philipp und Amelie.  
Durch ihre Geduld wurde diese Arbeit ermöglicht.

„Das Feld war eine Grasharfe, die alles bewahrte, die alles erzählte, die Harfe der Stimmen, die uns eine Geschichte ins Gedächtnis zurückrief. Wir lauschten“.

(Aus „Die Grasharfe“ von Truman Capote)

## ABSTRACT (DEUTSCH)

Hintergrund: Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit Aspekten der Traumafolgen-Therapie innerhalb der Integrativen Gestalttherapie. Fokus der Fragestellung sind die Bedeutung von Täteridentifizierten Selbstanteilen sowie die Ursachen und Begleitumstände der Entstehung dieser Anteile. Methode: Sieben langjährig mit traumatisierten Klient\*innen tätige Integrative Gestalttherapeut\*innen werden mittels nicht-standardisierten Leitfaden-Interviews befragt. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt unter Entwicklung eines Kategoriensystems in Form der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ (Mayring, 2015, S. 17). Ergebnisse: Diese Arbeit zeigt, dass Klient\*innen durch die Täteridentifizierten Selbstanteile in ihrer Lebensführung und ihrem psychischen Befinden gravierend beeinflusst werden. Interventionen der Integrativen Gestalttherapie fördern ein Erkennen und Differenzieren dieser speziellen Selbstanteile, auch eine spätere Integration kann erreicht werden. Täteridentifizierte Selbstanteile aktivieren sich innerhalb der therapeutischen Beziehung. Dabei intensiv auftretende Übertragungsphänomene können therapeutisch eingesetzt werden. Schlussfolgerungen: Die phänomenologischen und dialogischen Methoden der Integrativen Gestalttherapie sind bei der Arbeit mit Täteridentifizierten Selbstanteilen breit einsetzbar. Das In-Erscheinung-Treten dieser Selbstanteile ist ein entscheidender Punkt im therapeutischen Prozess. Eine weitere Erforschung der Täteridentifizierten Selbstanteile zum Beispiel in anderen Kulturen ist eine Anregung der Studie.

### **Stichworte (Autorenschlagwörter):**

Integrative Gestalttherapie, Traumafolgestörungen, Täteridentifizierte Selbstanteile, Expert\*innen Interviews, Qualitative Inhaltsanalyse.

## ABSTRACT (ENGLISCH)

Background: The present study deals with aspects in therapy of trauma-related disorders within Integrative Gestalt Therapy. The research question focuses on the significance of parts of the self that are identified with the perpetrator as well as why and how these parts develop. Method: Seven Integrative Gestalt therapists who have been working with traumatised clients for many years are being interviewed using non-standardised guided interviews. The hereby collected data is being analysed, using a system of categories developed for this purpose, drawing on the theory of "qualitative content analysis" according to Mayring (2015, S. 17). Results: This work shows that clients are seriously influenced by parts of the self that are identified with the perpetrator in their way of life and their psychological well-being. Interventions of Integrative Gestalt Therapy promote the recognition and differentiation of these special parts of the self, sometimes integration can also be achieved. These parts are activated within the therapeutic relationship. The appearance of intense transference phenomena can be used therapeutically. Conclusions: The phenomenological and dialogical methods of Integrative Gestalt Therapy can be broadly applied when working with parts of the self that are identified with the perpetrator. The emergence of parts of the self that are identified with the perpetrator is a crucial point in the therapeutic process. Further exploration of these parts, for example in other cultures, would be worthwhile.

### **Keywords (author keywords):**

Integrative Gestalt Therapy, trauma-related-disorders, parts of the self that are identified with the perpetrator, Expert Interviews, Qualitative Content Analysis.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Teil	3
2.1	Beschreibung psychisches Trauma	3
2.2	Einteilung von traumatischen Erlebnissen	4
2.2.1	Kumulative Traumata .....	5
2.2.2	Beziehungstraumata .....	5
2.2.3	Traumatisierungen in der Kindheit .....	6
2.2.4	Unbewusste Weitergabe der Traumata .....	7
2.3	Individuelle Faktoren	7
2.4	Traumatischer Prozess	8
2.5	Neurobiologischer Hintergrund täteridentifizierter Selbstanteile	9
2.5.1	Der mehrschichtige Aufbau des Gehirns .....	9
2.5.2	Entstehung von Wahrnehmungs-Fragmenten .....	10
2.5.3	Entstehung von Persönlichkeitsanteilen durch Dissoziation..	11
2.5.4	„Katastrophenreaktion“ des Organismus .....	14
2.6	Traumatische Beziehungserfahrungen	14
2.6.1	Introjektion .....	15
2.6.2	Identifikation und Imitation .....	17
2.6.3	Implantation .....	18
2.6.4	Trauma als offene Gestalt .....	18
2.7	Selbst-Begriff in der Integrativen Gestalttherapie	19
2.7.1	Selbstanteile in der Integrativen Gestalttherapie .....	20
2.8	Täteridentifizierte Selbstanteile	21
2.9	Täteridentifizierte Selbstanteile in der Praxeologie	22
2.9.1	Diagnostische Hinweise und klinische Bilder .....	22
2.9.2	Das soziale Nervensystem .....	24
2.9.3	Therapeutische Beziehung .....	26
2.9.4	Übertragungs- und Resonanzphänomene .....	27
2.9.5	Kontinuum des Traumas / Hier und Jetzt .....	32
2.9.6	Aufbau von Sicherheit und Stabilität .....	32
2.9.7	Wahrnehmung der täteridentifizierten Selbstanteile .....	33
2.9.8	Externalisierung der täteridentifizierten Selbstanteile .....	35
2.9.9	Konfrontative Methoden .....	36
2.9.10	Integrative Methoden .....	38
3	Empirischer Teil	39
3.1	Forschungsgegenstand und Fragestellung	39
3.2	Methodischer Zugang	40
3.3	Erhebungsmethode	41
3.3.1	Interviewleitfaden .....	41
3.3.2	Auswahl der Interviewpartner*innen .....	42
3.3.3	Beschreibung der Stichprobe .....	42
3.3.4	Abwicklung und Transkription der Expert*innen-Interviews.	43
3.4	Analyse der erfassten Daten	44

3.4.1	Entwicklung des Kategoriensystems .....	45
3.4.2	Kodierung der Interviews .....	46
4	Ergebnisdarstellung .....	48
4.1	Diagnostische Hinweise auf Traumatisierungen .....	48
4.1.1	Arten der Traumatisierungen .....	48
4.1.2	Symptome der Klient*innen zu Beginn der Psychotherapie..	48
4.1.3	Therapeutische Vorgeschichte der Klient*innen .....	49
4.2	Theoretischer Hintergrund der Expert*innen .....	50
4.2.1	Konzepte und Modelle der Integrativen Gestalttherapie .....	50
4.2.2	Angewandte Ansätze anderer Therapierichtungen.....	51
4.2.3	Vorstellungen der Expert*innen zum Selbst.....	52
4.2.4	Vorstellungen zu täteridentifizierten Selbstanteilen.....	53
4.3	Einflüsse der täteridentifizierten Selbstanteile .....	54
4.3.1	Übernahme der Gefühle der Täter*innen .....	54
4.3.2	Einflüsse auf die sozialen Beziehungen.....	56
4.3.3	Einflüsse auf der somatischen Ebene .....	58
4.4	Veränderungsprozesse im Zuge der Psychotherapie .....	58
4.4.1	Erkennen der täteridentifizierten Selbstanteile .....	58
4.4.2	Umgang mit täteridentifizierten Selbstanteilen.....	60
4.4.3	Integration der täteridentifizierten Selbstanteile .....	62
4.5	Interventionen der Expert*innen .....	63
4.5.1	Regulierung des Aktivierungsniveaus .....	63
4.5.2	Externalisieren der täteridentifizierten Selbstanteile .....	64
4.5.3	Differenzieren der täteridentifizierten Selbstanteile .....	65
4.5.4	Konfrontation mit täteridentifizierten Selbstanteilen .....	67
4.5.5	Interventionen auf der körperlichen Ebene.....	70
4.5.6	Integration der täteridentifizierten Selbstanteile .....	71
4.6	Therapeutische Beziehung bei täteridentifizierten Selbstanteilen .....	72
4.6.1	Stützende Gestaltung der therapeutischen Beziehung.....	72
4.6.2	Aufbau von Sicherheit, Stabilität und Vertrauen.....	73
4.6.3	Beziehungsdynamik Klient*in - Therapeut*in .....	75
4.6.4	Übertragungsphänomene.....	76
4.6.5	Resonanzphänomene .....	77
4.6.6	Herausforderungen im therapeutischen Prozess .....	79
5	Diskussion und Conclusio .....	80
5.1	Zentrale Ergebnisse / Rückbindung an die bestehende Forschung .....	81
5.1.1	Initiale Symptome und Vorgeschichte der Klient*innen .....	81
5.1.2	Theorie-Modelle der Expert*innen .....	85
5.1.3	Auswirkungen der täteridentifizierten Selbstanteile .....	87
5.1.4	Veränderungsprozesse und Interventionen .....	88
5.1.5	Konfrontation und Integration .....	92
5.1.6	Therapeutische Beziehung.....	94
5.1.7	Übertragungs- und Resonanzphänomene .....	97
5.2	Beitrag für Forschung und Praxis, Limitationen, Ausblick .....	100
5.3	Conclusio .....	101

## 1 Einleitung

Gegenstand dieser Master-Thesis ist die Erforschung der Relevanz von „täteridentifizierte[n] Selbstanteile[n]“ (Peichl, 2013, S. 178) für die Traumafolgen-Therapie innerhalb der Integrativen Gestalttherapie. Dargestellt werden die verschiedenen Ursachen und Rahmenbedingungen für die Ausbildung dieser speziellen traumatisierten Selbstanteile. Die psychotherapeutische Arbeit mit Klient\*innen, die im Zuge interpersoneller Traumata psychische Veränderungen in Form täteridentifizierter Selbstanteile erfahren haben, bildet den Schwerpunkt dieser Studie.

Für die Integrative Gestalttherapie ist seit Laura Perls der dialogische Charakter der therapeutischen Beziehung prägend (Gremmler-Fuhr, 2017). Nach Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) ist die „Heilung aus der Begegnung“ (S. 58) in Anlehnung an die philosophischen Arbeiten von Martin Buber eines der drei wesentlichen Charakteristika der Gestalttherapie. Täteridentifizierte Selbstanteile entstehen immer aus dem Kontakt zwischen Täter\*in und Opfer und bilden damit ebenfalls einen Beziehungsaspekt ab. Daher erscheint innerhalb der Integrativen Gestalttherapie die Notwendigkeit einer vertieften Auseinandersetzung mit diesen Selbstanteilen gegeben. Der Fokus dieser Master-Thesis liegt hierbei bei den Erfahrungen, die in der praktischen Tätigkeit von Integrativen Gestalttherapeut\*innen gewonnen wurden. Aus dieser praxisorientierten Blickrichtung findet sich wenig Fachliteratur der Integrativen Gestalttherapie bzw. Gestalttherapie über täteridentifizierte Selbstanteile. Diese empirische Forschungsarbeit soll den Wissensstand entsprechend ergänzen. Zur Erhebung der Forschungsdaten wurden problemzentrierte, nicht-standardisierte Leitfaden-Interviews mit sieben Expert\*innen durchgeführt. Die folgende Auswertung des umfassenden Textmaterials wurde gemäß der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ (Mayring, 2015, S. 17) durchgeführt.

Die Forschungsfrage ergibt sich wie folgt: Welche neurobiologischen Determinationen, Anpassungsversuche und Beziehungserfahrungen werden in

der Literatur als relevant für die Entstehung von täteridentifizierten Selbstanteilen dargestellt? Welche Bedeutung hat das für die Traumafolgen-Therapie innerhalb der Integrativen Gestalttherapie aus Sicht von Expert\*innen?

Im Theorie-Teil werden zunächst der Begriff Trauma, die zugehörigen Einteilungen sowie begleitenden Faktoren des traumatischen Prozesses beschrieben. Traumata bewirken dauerhafte und abbildbare Veränderungen in der neuronalen Vernetzung des Gehirns (van der Kolk, 2015). Dem neurobiologischen Hintergrund bei der Entstehung von täteridentifizierten Selbstanteilen, wie in der psychotraumatologischen Fachliteratur beschrieben, wird daher Raum gegeben. In Verbindung gebracht wird dies mit der Theorie des Organismus nach Goldstein (2014). Ebenfalls biologisch determiniert ist das anschließende theoretische Modell der Dissoziation. Die Bedeutung der traumatischen Beziehungserfahrungen im Zusammenhang mit der Ausbildung von täteridentifizierten Selbstanteilen wird erörtert und mit der theoretischen Darstellung des Selbst in der Integrativen Gestalttherapie verbunden.

Die Aspekte der therapeutischen Beziehung und die speziellen Interventionen bei der Psychotherapie mit täteridentifizierten Selbstanteilen werden beschrieben. Psychodynamische Konzepte werden im Theorie-Teil integriert, da sie eine wesentliche Wurzel der Integrativen Gestalttherapie bilden. Kompatible und ergänzende Sichtweisen aus anderen Therapierichtungen werden herangezogen, um das komplexe Geschehen ausreichend abbilden zu können.

Die Bezeichnungen Integrativen Gestalttherapie und Gestalttherapie werden möglichst im jeweiligen historischen und regionalen Kontext im Text verwendet. Falls beide Bezeichnungen zutreffen, wird Integrativen Gestalttherapie vorrangig verwendet.

Im empirischen Teil werden zunächst der methodische Zugang, die Form der Datenerhebung und der Analyse detailliert hergeleitet. In Folge werden die Ergebnisse präsentiert, anschließend an den Forschungsstand rückgebunden und

diskutiert. Den Abschluss der Master-Thesis bildet die Conclusio mit den Limitationen dieser Arbeit und dem Ausblick auf weitere Forschungsfelder.

## 2 Theoretischer Teil

### 2.1 Beschreibung psychisches Trauma

Bei der Begriffsbestimmung Trauma sind nach Fischer und Riedesser (2020) zwei Blickrichtungen entscheidend: Zunächst gewährt die Perspektive auf die allgemein nachvollziehbare Einordnung des Geschehens von außen eine wissenschaftliche Messbarkeit und Vergleichbarkeit. Über die Qualität des Erlebens der traumatischen Situation durch das betroffene Individuum wird bei objektiver Betrachtung noch keine Aussage möglich. Es ist daher gleichzeitig auch die innere, subjektive Perspektive auf das Ereignis zu beachten und in Relation zum objektivierbaren Geschehen zu setzen. Die persönliche Verarbeitungsmöglichkeit der Situation und die Entwicklungsphase des betroffenen Individuums zum Zeitpunkt des Traumas sind hierbei von großer Bedeutung. Das traumatische Erleben induziert charakteristischerweise im Opfer Gefühle der Machtlosigkeit, Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit und überwältigender Bedrohung.

Wöller (2013) betont ebenfalls die Bedeutung der subjektiven, adaptiven Möglichkeiten bei der Bewältigung der im Zuge des Traumas auf das Opfer einwirkenden Kräfte. Die abrupte Unterbrechung der bisherigen Erlebniswelt steht beim Trauma im Vordergrund.

Die in der 10. Auflage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) von Dilling und Freyberger (2019) angeführte Ursache für die Entstehung einer „posttraumatischen Belastungsstörung“ (S. 173) (PTBS) hebt die objektivierbare Belastung durch das Trauma als Extremereignis hervor. Die Relation der Gravität des bedrohlichen Ereignisses zu den psychischen Bewältigungsmöglichkeiten des Opfers wird im ICD-10 nicht erfasst.

Votsmeier (2017) fasst zusammen: „Zu einer *Traumatisierung* kommt es, wenn ein Mensch mit bedrohlichen Situationen und Anforderungen konfrontiert

wird, die er oder sie mit ihren inneren und äußeren Ressourcen nicht bewältigen, verarbeiten und einordnen kann“ (S. 722-723).

Levine (1998) hebt beim Begriff Trauma vor allem den physiologischen Aspekt hervor, um das traumatische Erlebnis einzuordnen. Neben den aus dem Tierreich bekannten Reaktionen auf extreme Gefährdung des Individuums, wie Flucht oder Kampf, tritt zusätzlich die Erstarrung als zentraler Schutzmechanismus gegen den körperlichen und psychischen Zusammenbruch auf.

Für van der Kolk (2015) ist das Trauma ein seit Urzeiten vorkommendes, allgegenwärtiges Ereignis, das bis in die frühesten evolutionär angelegten Gehirnstrukturen wirkt. Es hinterlässt auch im Körper seine Spuren.

## 2.2 Einteilung von traumatischen Erlebnissen

Terr (1995a, 1995b) entwickelte im Zuge ihrer Forschung zu den Einflüssen traumatischer Erlebnisse auf die kindliche Psyche eine systematische Einteilung in Typ-1- und Typ-2-Traumata. Dieses System wird in der Literatur zur Psychotraumatologie größtenteils übernommen und erweitert (Fischer & Riedesser, 2020; Wöller, 2013). Typ 1 nach Terr (1995a) umfasst einzelne Schock-Ereignisse – „ ... the results of one sudden blow ... “ (S. 303) – und Typ 2 lange anhaltende oder wiederholte, durch Menschen verursachte traumatische Zustände – „ ... the results of long-standing or repeated ordeals ... “ (S. 303). Nach Wöller (2013) zählen zu

„Typ-I-Traumen: plötzlich, unvorhergesehen, einmalig

- apersonal: Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle
- personal: räuberische Überfälle, Vergewaltigungen, plötzlicher Verlust einer Bezugsperson

Typ-II-Traumen: chronisch-kumulativ

- politische Gewalt: Krieg, Folter, Geiselnahme, Konzentrationslagerhaft
- personaler Nahbereich: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung“ (S. 24).

Auch Mischformen zwischen Typ 1 und Typ 2 sind möglich, wenn ein einzelnes Ereignis langanhaltende belastende Umstände bewirkt, zum Beispiel ein Unfall mit dem gleichzeitigen Verlust der Eltern.

### 2.2.1 *Kumulative Traumata*

Polytraumatisierungen können entweder gleichzeitig oder hintereinander stattfinden und verstärken sich gegenseitig im Effekt. Kumulative Traumata sind durch eine Vielzahl von an sich schwächeren, aber repetitiven traumatischen Erlebnissen charakterisiert. Sie ereignen sich vor allem in zwischenmenschlichen Beziehungen. Diese Traumata können besonders tiefgreifend auf die Persönlichkeit einwirken und ausgeprägte Störungen bewirken. Das einzelne Ereignis hat nicht die Intensität des Schocktraumas. Es fehlt daher die typische neurobiologische Einengung der Wahrnehmung und Erlebnisverarbeitung (Kahn, 1963, zitiert nach Fischer & Riedesser, 2020). In der Biographie der Eltern erlebte Traumata können nach Hochauf (2020) innerhalb der Familie zu zerstörerischen Beziehungsformen führen, welche auf die nächste Generation in Form von kumulativen Traumatisierungen chronisch einwirken.

### 2.2.2 *Beziehungstraumata*

Die Gravität der traumatisierenden Ereignisse oder Umstände wird gesteigert, wenn zwischen Opfer und Täter\*in eine enge zwischenmenschliche Beziehung besteht. Dies geschieht besonders in der vom Machtgefälle geprägten Eltern-Kind-Relation (Fischer & Riedesser, 2020). „Die traumatisch bedingte Orientierungsstörung, die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses ist in diesem Falle äußerst nachhaltig, da das Urvertrauen in die Zuverlässigkeit sozialer Beziehungen generell erschüttert werden kann“ (S. 156).

Nach Wöller (2013) gehen dabei auch „die verinnerlichten guten Objekte, die inneren Repräsentanzen einer schützenden und tröstenden primären Bezugsperson ... “ (S. 38) verloren. Frühe Missbrauchs- und Misshandlungserlebnisse erhöhen das Risiko für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen. Chronisch schädigende familiäre Situationen, wie

gefühlsmäßige Vernachlässigung, Abwertungen und Verlust einer Bindungsperson, können beispielsweise als Beziehungs- und Bindungstraumata wirken, wobei Situationen der Verlassenheit besonders schwer wiegen. Die Auswirkungen können bis hin zu einer Veränderung der Gehirnstruktur führen.

Kumulative Traumatisierungen innerhalb der Familie sind nach Rudolf (2013) eine der wesentlichen Ursachen eingeschränkter struktureller Reifung. Sie prägen die späteren Möglichkeiten, zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen.

### 2.2.3 *Traumatisierungen in der Kindheit*

Durch die noch in Reifung befindliche kindliche Kognition und die mangelnde Vorerfahrung können Kinder traumatische Erlebnisse besonders schwer verarbeiten und einordnen. Es besteht die Neigung, alle Vorfälle auf die Bezugspersonen und sich selbst zu beziehen. Traumata außerhalb der Familie wirken weit weniger destruktiv, da die wesentlichen Bezugspersonen als protektive Faktoren erhalten bleiben. Bei innerfamiliären Aggressoren kommt es zu tiefgreifender Destabilisierung und Verwirrung des Kindes. Dies kann in Form einer Kompensation bis hin zur Spaltung der Objekterfahrungen führen (Fischer & Riedesser, 2020). Nach Wolf (2017) fehlt die dem Ereignis entsprechende Ich-Struktur beziehungsweise der situativ benötigte Self-Support. Hirsch (2011) ergänzt, dass sich das überwältigende Trauma innerhalb der Familie einschränkend auf die Entwicklung der Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeiten des Kindes auswirkt. Diese Defizite können auch im Erwachsenenalter bestehen bleiben und wirken sich störend auf die Bindungsfähigkeit aus. Wöller (2013) fasst folgend Ereignisse zusammen:

„Formen psychischer Traumatisierungen in Kindheit und Jugend

- körperliche Misshandlung
- körperliche Vernachlässigung
- sexuelle Traumatisierung (sexualisierte Gewalt)
- Bindungs- und Beziehungstraumatisierung“ (S. 28).

Terr (1995a) weist auf die vielfältigen, unspezifischen psychischen Störungen hin, die durch Traumatisierungen in der Kindheit verursacht werden. Eine Gruppe von vier Symptomen weisen jedoch die meisten Opfer auf: wiederholte, intrusive Bilder und Wahrnehmungen der Szenen, Verhaltens- und Körperreaktionen, Trauma-spezifische Ängste und veränderte Grundhaltungen im Kontakt mit anderen Menschen. Nicht nur die Opfer von Gewalt selbst, sondern auch beobachtende Kinder und andere Zeugen werden traumatisiert.

#### **2.2.4 *Unbewusste Weitergabe der Traumata***

Traumatisierungen können indirekt auf andere Personen übergreifen, wie exemplarisch bei Überlebenden der Shoah und ihren Nachkommen beobachtet wurde. Schweigen innerhalb der Familie begünstigt diese in unterschiedlichen Formen ablaufenden Weiterführungen der unverarbeiteten Erlebnisse. Die Aufgabe der Bewältigung der Traumafolgen wird hierbei innerhalb der Familien von den Kindern in parentifizierender Weise unbewusst übernommen (Fischer & Riedesser, 2020; Hirsch, 2011). Wöller (2013) führt bei der nächsten Generation weitgreifende Störungen bei Selbstwert und Identität an sowie Einflüsse auf die Fähigkeit zur freien Lebensgestaltung. Ähnliche Muster sind nicht nur bei den Nachkommen der Opfer, sondern auch bei der Folgegeneration der Täter\*innen zu beobachten. Auch eine direkte Wiederholung körperlicher und sexualisierter Gewalt ist möglich. Miller (2013) betont die fehlende Bewusstheit eigener Traumatisierungen bei den Eltern bei dieser Form der Übertragung. Hirsch (2011) sieht die Weitergabe der Traumata durch die sich perpetuierende Identifikation mit der vorangegangenen Täter\*innen-Generation begründet. Sehr breit gefasst sieht Huber (2013) in der Wiederholung der Traumatisierungen einen wesentlichen Mechanismus, wie Gewalt in der Gesellschaft weitergegeben und verbreitet wird.

### **2.3 Individuelle Faktoren**

Fischer und Riedesser (2020) folgend kommt neben den situativen Umständen auch bereits im Vorfeld erlittenen Traumatisierungen eine dispositive Wirkung zu. „Protektive Faktoren“ (S. 164), wie vor allem ausreichend gut

gelungene Beziehungs- und Bindungserfahrungen im Zuge der vorhergegangenen Sozialisierung, sind besonders wesentlich. „Korrektive Faktoren“ (S. 164) sind die im Anschluss an das aktuelle traumatische Erleben gemachten, positiven sozialen Interaktionen. Hierzu zählt unter anderem auch psychotherapeutische Unterstützung. Erschwerend auf die individuelle Verarbeitung des Traumas wirken sich hingegen verschiedene Risikofaktoren aus. Diese können sich gegenseitig exponentiell steigern. Hier sind hauptsächlich Defizite und Verluste in den innerfamiliären Beziehungen, Vernachlässigungen und Armut zu nennen. Die individuelle Resilienz einer Person entsteht demgemäß aus der Relation von protektiven Faktoren und Risikofaktoren.

#### **2.4 Traumatischer Prozess**

Im Anschluss an die Exposition innerhalb des traumatischen Ereignisses folgt nach Fischer und Riedesser (2020) die Phase der „traumatischen Reaktion“ (S. 100). Diese stellt den Versuch des Organismus dar, das traumatische Erlebnis gleich einer physiologischen Abwehrreaktion zu bewältigen. Der an das Trauma anschließende Verarbeitungsprozess durchläuft unterschiedliche Phasen, wobei es in jeder Bewältigungsstufe zu Abweichungen oder Stagnationen kommen kann. Unverarbeitete Fragmente der traumatischen Erfahrung verbleiben im „Traumaschema“ (S. 106). Sie können bei entsprechenden Reizen wieder in überflutender Form ins Bewusstsein treten. Durch strukturelle Veränderung der Psyche unter gleichzeitigem Verlust von zugehörigen Kognitionen und Gefühlen können diese Fragmente abgekapselt werden. Dies stellt einen Regulierungsversuch dar. „Das traumakompensatorische Schema“ (S. 107) wehrt die traumatischen Intrusionen ab und überschreibt gleichsam die schrecklichen Erfahrungen. Es beinhaltet auch die Identifikation mit dem\*der Täter\*in und dessen\*deren Eigenschaften. Dadurch werden die erlebten Zustände der eigenen Ohnmacht abgespaltet. „Das Desillusionierungsschema“ (S. 108) bildet die umfassende „Erschütterung unseres Selbst- und Werteverständnisses“ (S. 108) durch das Trauma ab. Es birgt negative Daseins-Überzeugungen und Zuschreibungen. Der traumatische Prozess entwickelt sich entlang der Dynamik

der angeführten Schemata. In deren Spannungsfeld können Symptombildungen weitere Kontrollmechanismen und Verarbeitungsversuche der traumatischen Erfahrung darstellen. Psychische Traumatisierungen sind nicht mit dem Ende des traumatischen Ereignisses abgeschlossen, sondern setzen einen instabilen, langwierigen und reaktiven Prozess in Gang. Nur innerhalb stützender sozialer Bedingungen führt dieser zum Zustand des\*der Trauma-Überlebenden. Wöller (2013) ergänzt, dass sich die chronischen psychopathologischen Auswirkungen des Traumas etablieren können. Dies wird durch im Anschluss an die Traumatisierung vorherrschende negative Einwirkungen im Umfeld verstärkt.

## **2.5 Neurobiologischer Hintergrund täteridentifizierter Selbstanteile**

### **2.5.1 *Der mehrschichtige Aufbau des Gehirns***

Van der Kolk (2015) beschreibt das menschliche Gehirn in mehreren Schichten, die entwicklungsgeschichtlichen Ursprung haben. Dieser Aufbau erfolgt von innen nach außen beziehungsweise unten nach oben. Die Evolution nachführend entwickelt und wächst beim Menschen das Gehirn. Bei der Geburt ist bereits das Stammhirn, „auch Reptilienhirn genannt“ (S. 70), voll funktionsfähig ausgeformt. Mit dem darüberliegenden Hypothalamus zusammen werden die grundlegenden Körperfunktionen und -regulationen sowie die Homöostase gesteuert. Die nächste Ebene bildet das limbische System, das für die Säugetiere charakteristisch ist. Dieses wird bis zum 6. Lebensjahr entwickelt und umfasst gemeinsam mit dem Stammhirn das emotionale Areal des Gehirns. Dieser Bereich ist zuständig für das Einleiten rascher, vorbestimmter Reaktionsabläufe. Es vermittelt und kategorisiert die wahrgenommenen Sinneseindrücke aus dem umgebenden Feld und lenkt unser soziales Verhalten. Maßgebend sind hierbei besonders die emotionalen Bedeutungen der Reize. Die individuellen neuronalen Netzwerke des limbischen Systems sind formbar und entwickeln sich in fördernden zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie werden nachhaltig durch Gewalt, Deprivation oder andere traumatische Erlebnisse gestört. Die äußerste Ebene bildet der Neokortex, der beim Homo sapiens die größte Ausdehnung erreicht und ab dem 7. Lebensjahr das abstrakte Denken ermöglicht. Die

Frontallappen steuern alle komplexen, intellektuellen Vorgänge und kulturellen Entwicklungen. Mittels der Spiegelneuronen entsteht im Kontakt die Fähigkeit zu Empathie und Mentalisierung. Sinneseindrücke werden im Thalamus zu einem Erleben zusammengesetzt. Sie folgen dem kürzeren Weg zur schnellen Bewertung zu den beiden Amygdalae. Im längeren Weg durchlaufen sie Hippocampus, anterioren Cingulus bis zum Präfrontalkortex.

Levine (1998) sieht die im Tierreich verbreitete Reaktionsabfolge bei bedrohlichen Angriffen. Parallel-Sequenzen aktivieren sich auch beim Menschen, da dessen Gehirn in der Grundstruktur ähnlich aufgebaut ist. Kampf, Flucht oder Erstarrung sind die wesentlichen Versuche, einen Angriff möglichst unbeschadet zu überleben. Neben dem unwillkürlich auftretenden Verlust der Bewegungsfähigkeit wird auch das Schmerzempfinden weitgehend unterdrückt. Das Bewusstsein wird zurückgenommen, um die Psyche zu schützen. Im Zustand der äußersten Bedrohung treten beim Menschen die höheren Gehirnareale die Exekutivkontrolle an die basalen Schichten ab.

### 2.5.2 *Entstehung von Wahrnehmungs-Fragmenten*

Im Zuge des traumatischen Erlebnisses wird die integrative Fähigkeit des Thalamus so gestört. Sinneseindrücke können nicht mehr integriert werden und bleiben dissoziativ als Fragmente bestehen. Bei der Ausbildung einer PTBS bleibt dieser Zustand aufrecht. Das Regelsystem zwischen medialem Präfrontalkortex und den Amygdalae kommt aus dem Gleichgewicht. Dies bewirkt den fehlenden Zeitbezug innerhalb der traumatischen Situation. Zusätzlich bewirkt dies Instabilität, Trauma-bezogene Intrusionen, dissoziative Zustände und auch die mangelnde Impulskontrolle traumatisierter Menschen (van der Kolk, 2015).

Nach Damasio (2009) sind die Emotionen und die übergeordneten Gefühle die Basis für unser Bewusstsein. Diese generiert sich aus einer Abfolge von Kontakten zwischen Organismus und Objekten. Das limbische Gehirn ist das Zentrum der primären Informationsverarbeitung und der Entstehung der Emotionen. Es wird in seiner Entwicklung wesentlich durch

zwischenmenschlichen Kontakt geprägt. Die besondere Bedeutung der Beziehung für die Reifung des Menschen hat auch Buber (2017) beschrieben: „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (S. 34).

Zusammenfassend wirken Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren besonders negativ auf das emotionale Areal des Gehirns ein. Ursächlich ist dafür die toxische Interaktion zwischen Täter\*in und Opfer. Die integrierende, autobiographische Einordnung des Erlebten im Zuge des Traumas wird verhindert. Somit können die fragmentarischen Aspekte der Täter\*in-Opfer-Beziehung als solche nicht weiter assimiliert werden.

### 2.5.3 *Entstehung von Persönlichkeitsanteilen durch Dissoziation*

Janet (2013) entwickelte ein System der Aufgliederung menschlichen Handelns, bestehend aus Tendenzen, die reaktiv auf äußere Reize in den Vordergrund des Bewusstseins kommen. Die Hierarchie dieser Tendenzen ist entwicklungsgeschichtlich aufgebaut. Zuerst ist reflektorisch bestimmtes tierisches Verhalten angeordnet. Auf der mittleren Ebene befinden sich reflektive Tendenzen. Am höchsten Punkt ermöglichen komplexe mentale Tendenzen individuelles Verhalten. Alle Tendenzen beginnen zunächst latent. In Folge bereiten sie eine Handlung vor, führen diese aus und schließen sie ab.

Auf Janets System aufbauend definieren van der Hart, Nijenhuis und Steele (2008) die als Folge von Traumatisierungen auftretende „strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit“ (S. 17), die von evolutionär vorbestimmten „Sollbruchstellen in der Persönlichkeitsstruktur“ (S. 18) determiniert ist. Die menschlichen Handlungssysteme können in zwei Gruppen unterteilt werden, die einerseits zur Bewältigung der alltäglichen Aufgaben und andererseits defensiven Reaktionen und der Rekreation zugeordnet sind.

Nach Myers (1916a, 1916b, 1940, zitiert nach van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008) beschreiben diese beiden Gruppen von Handlungssystemen entsprechende dissoziativ abgegrenzte Persönlichkeitsanteile. Nebeneinander

bestehen „„anscheinend normale‘ (ANP) und ‚emotionale‘ (EP) Persönlichkeitsanteile“ (S. 20). Der weitreichende ANP übernimmt dabei die alltäglichen Aufgaben und bildet die fassadere Erscheinung. EP treten in speziellen Situationen intrusiv in den Vordergrund und können überflutend einwirken. Sie erwecken im ANP negative und abwehrende, mit Furcht und Scham verbundene Empfindungen.

Das System der „strukturellen Dissoziation“ (S. 17) wird nach van der Hart, Nijenhuis und Steele (2008) mit zunehmender Gravität und Wiederholung der Traumatisierungen weiter aufgesplittet. Es führt von primärer (1ANP, 1EP) zu sekundärer (1ANP, mehrere EP) und tertiärer struktureller Dissoziation (mehrere ANP, mehrere EP). Täteridentifizierte Selbstanteile werden hierbei den EP zugeordnet. Eine ausführliche Beschreibung dieser Form der Dissoziation erfolgte in Kaufmann (2018).

Ein von Terr (1995b) angeführtes Fallbeispiel beschreibt eine junge Frau. Diese spaltet sich in Folge der sequentiellen Inzest-Erfahrungen „in ein fröhliches ‚Tagkind‘ und ein furchtsames ‚Nachtkind‘“ (S. 171). Es zeigt sich die Teilung der Persönlichkeit in ANP und EP, wobei der ANP tagsüber sehr angepasst und erfolgreich wirksam ist. Der EP ist Träger der traumatischen Erfahrungen aus der Inzest-Beziehung. Er kommt nur in den von Schlaflosigkeit bestimmten Nächten in den Vordergrund. Begleitet wird die Aktivierung des EP von intensiven Gefühlen wie Scham und Entsetzen.

Das Modell der Koexistenz von ANP und EP erscheint ähnlich dem psychodynamischen System aus Trauma-Schema und traumakompensatorischem Schema. Es ist aber komplexer aufgebaut und orientiert sich an evolutionär entstandenen, biologischen Abwehrmechanismen, die dem Erhalt des Individuums und der Art dienen.

Hochauf (2020) beschreibt die Entstehung von EP und ANP entlang „traumaspezifischer Reaktionslinien“ (S. 15). Das peritraumatische Vorfeld des

Schock-Erlebens wird bis zum Abschalten der Wahrnehmung als EP subkortikal abgebildet. Der ANP repräsentiert das Wiedereintreten in den bewussten Zustand. Durch die voranschreitende Reduktion der Wahrnehmung im Zuge der Gefährdung und folgenden Defensivreaktion kommt es zu „Depersonalisation und Derealisation“ (S. 16). Dies gleicht einer scheinbaren Herausnahme aus der Situation und einer Verlangsamung des Zeiterlebens. An diesem Punkt können keine eigenen Kodierungen erfolgen. Stattdessen werden die destruktiven Signale des\*der Täter\*in übernommen: „Die vernichtende Absicht des Aggressors, die anstelle der eigenen Besetzung aufgezeichnet wird, erzeugt situativ und überdauernd eine Richtigkeitsstrukturierung der zerstörenden Handlung“ (S. 18). Es entsteht dadurch eine das Über-Ich prägende Instanz, die generalisierend als eine die eigene Existenz verneinende Botschaft aufgefasst werden kann. Qualvolle Erlebnisse, die nach dem Abschalten der Wahrnehmung geschehen, werden fortan nur mehr durch den Körper erlebt. Dies erklärt, dass das tatsächliche Überleben während des Schockzustandes im Körpergedächtnis abgebildet wird. Nach Ogden, Minton und Pain (2010) setzt das Empfinden des Körpers, welches permanent unbewusst im Hintergrund abläuft, zu keinem Zeitpunkt aus.

Fisher (2019) ersetzt die Begriffe ANP und EP durch „Normal-weiterleben-Selbst“ und „traumaassoziierte Selbstanteile“ (S. 46). Der ANP soll dadurch aufgewertet werden, da er Wesentliches zur Stabilisierung der Persönlichkeit beiträgt und nicht nur ein Substitut ist. Selbstanteile stellen bei Fisher (2019) die Summe neuronaler Verknüpfungen dar, die situativ gemeinsam aktiviert werden können. Diese Formen „ ... der Kompartimentalisierung lassen sich als prozedurales Lernen begreifen: Das Kind gewinnt für sich mehr Sicherheit, wenn es sich mithilfe eines Systems mehrerer Selbstes anpasst, als wenn es ein vollständig integriertes Selbst entwickelt“ (S. 46). Die Trauma-assoziierten Selbstanteile bergen in sich verschiedene, dem Überleben dienende Muster. Sie beziehen sich auf in der traumatischen Situation entwickelte Strategien wie zum Beispiel Unterwerfung oder Erstarrung.

#### 2.5.4 „*Katastrophenreaktion*“ des Organismus

Goldstein (2014) prägt wesentlich die ganzheitliche Sichtweise auf den Organismus unter Einbeziehung des Figur-Grundgeschehens. Er geht davon aus, dass Reize aus dem Hintergrund der Umwelt zunächst eine den Zustand verändernde Reaktion bewirken. Zur Selbstregulierung des Organismus benötigt es danach eine ausgleichende Gegenbewegung, die den Status der „mittleren Spannung“ (S. 102) wiederherstellt. Dieser gesunde, konstante Vorgang erfordert, dass die Reize dem bekannten Umfeld entsprechen und dadurch jenen Ausgleichsprozess ermöglichen. Wenn der Organismus keine adäquate Verarbeitung eines Reizes bisher erfahren hat, bleibt dieser zunächst unbeantwortet. Bei entsprechender Intensität dieses außerhalb des Bekannten liegenden Stimulus kommt es zu „ ... schwerer Erschütterung des ganzen Organismus, die den Systemzusammenhalt des Organismus gefährdet und die ich [Goldstein] deshalb als *Katastrophenreaktion* bezeichnet habe“ (S. 104). Der Organismus reagiert, indem er diese Reize zukünftig vermeidet und in dieser Form aus seiner Umgebung eliminiert. Eine Verarbeitung des Reizes im Sinne einer Rückkehr zum organismischen Gleichgewicht erfolgt nicht.

Votsmeier (2017) sieht die Entstehung von isolierten Anteilen im psychischen Inneren im organismischen Hintergrund in dieser Reaktion begründet. Traumatische psychische Erfahrungen können holistisch in das Figur-Hintergrund- bzw. Organismus-Umwelt-Modell mit der beschriebenen Katastrophenreaktion integriert werden.

## 2.6 Traumatische Beziehungserfahrungen

Die Entstehung von täteridentifizierten Selbstanteilen setzt das Vorhandensein eines Kontaktes zwischen Opfer und Täter\*in voraus. Nach Hirsch (2011) stellen Introjektion, Identifikation und Implantation wesentliche Internalisierungsprozesse von Täter\*in-Anteilen während der Traumatisierung dar.

### 2.6.1 *Introjektion*

Vorläufer innerer Repräsentanzen sind „generalisierte Interaktionsrepräsentationen“ (Dornes, 1992, zitiert nach Hochauf, 2020, S. 40). Diese integrieren beim Säugling die ersten Erfahrungssequenzen und unspezifische Erinnerungen. Dadurch wird die Fähigkeit zur Symbolisierung erreicht. Nach Perls (2012) wird analog zum Umfeld in diesem Zustand die Nahrung unkritisch und schluckend aufgenommen. Durch Erkennen von Bedeutungsinhalten können Erlebnisse ab dem 2. Lebensjahr zugeordnet werden. Eine symbolische Repräsentanz von Objekten kann gebildet werden. Traumatisierungen, die sich vor diesem Zeitpunkt ereignen, können in keiner Form verarbeitet werden. Positive Beziehungs-Interaktionen wurden noch nicht ausreichend als innere Repräsentanzen abgespeichert. Die Traumatisierungen verbleiben dadurch als Strukturdefizite (Hochauf, 2020).

In der weiteren Entwicklung bilden interpersonelle Beziehungen zum Beispiel zu den Eltern innere Objekt- und Selbstrepräsentanzen aus. Im Fall der Traumatisierung sind die Objektrepräsentanzen jedoch so affektgeladen, dass sie nicht assimiliert werden können. Sie bilden abgespaltene Anteile, die die Züge des\*der Täter\*in enthalten (Peichl, 2013). Nach Perls (2012) werden Introjekte im Zuge ihrer Aufnahme nicht zerlegt und verbleiben unverdaut im Inneren bestehen. Dreitzel (2004) ergänzt die durchgehend passive Haltung im Zuge der Introjektion, welche auch eine Störung im Kontakt darstellt. Im Sinne der Katastrophenreaktion fehlt die ausgleichende Aktivität des Organismus auf den Reiz in Form der Assimilation oder Abwehr (Goldstein, 2014). Polster und Polster (2002) betonen auf der anderen Seite die adaptiven, das Selbst erzeugenden Funktionen der Introjektion. Diese sind für die Entwicklung und das Lernen entscheidend. Wesentlich ist hier die Integration der introjizierten Inhalte. Yontef (1999) löst sich von der passiven Blickweise auf den Vorgang der Introjektion. Er sieht darin ein selbstgewähltes Handeln in Form der Einverleibung. „Obwohl ich sage: ‚Ich habe ein Introjekt‘, ist dieses Introjekt von Anfang bis Ende in Wirklichkeit ein mentales Verhalten“ (S. 121).

Für Ferenczi (1933) ist die Introjektion insbesondere des Schuld- und Schamgefühls des\*der Täter\*in eine Schutzfunktion in Form der autoplastischen Anpassung an die Bedrohung. Hinzu kommt noch das Fehlen einer nahen Beziehung zu einer anderen, korrigierenden Person. Hirsch (2014) ergänzt dazu: „Die introjierte Gewalt verursacht von innen Selbstwerterniedrigung und massives Schuldgefühl ... “ (S. 116). Peichl (2013) fasst demgemäß das Ergebnis der traumatischen Introjektion folgend zusammen: „Der andere beginnt in uns zu leben, als Rollenbild, als Interaktionsmodell, als Täter-Introjekt, als Imitat“ (S. 224). Die ursprüngliche Schutzfunktion der Täter\*in-Introjekte innerhalb der traumatischen Begegnung wird in der neueren Literatur mehrfach hervorgehoben (Peichl, 2013, 2015; Reddemann, 2017).

Nach Hochauf (2020) erfolgt die Übertragung von Aspekten der Opfer-Täter\*in-Beziehung im Vorfeld des traumatischen Schocks verbunden mit dem sukzessiven Abschalten der Wahrnehmung. Durch die fortschreitende Dissoziation wird die Interaktion zwischen Opfer und Aggressor\*in nur mehr subkortikal abgespeichert. Damit ist sie nicht mehr Bestandteil des expliziten Gedächtnisses. Die „Fremdprägung“ (S. 66) durch den\*die Aggressor\*in kann erfolgen, da das Opfer das eigene Gewahrsein in dieser Situation nicht mehr besitzt. Diese Leere der Wahrnehmung wird von Impulsen, aber auch Wertvorstellungen des\*der Täter\*in ausgefüllt. Wöller (2013) ergänzt hier, dass aus der Verinnerlichung traumatisierender Objektbeziehungen ebensolche im Inneren des Opfers entstehen. Sie werden als zukünftige Verhaltensnorm eingeprägt und nicht weiter assimiliert. Dadurch entstehen innere Spannungszustände, da diese Formen der Verinnerlichung in sich widersprüchlich sind.

Hirsch (2014) betont den Charakter des Toten, Erstarrten und Kalten der traumatischen Introjekte. Diese Eigenschaften sind mit dem Zustand der Reduktion bis zur ausschließlich körperlichen Präsenz des Opfers, wie von Hochauf (2020) beschrieben, assoziierbar. Auch durch ein kumulatives

Beziehungstrauma, also ohne traumatischen Schock, kann es nach Hirsch (2014) zur inneren Aufrichtung eines Introjekts kommen. Ein Beispiel ist das „Bild der ‚toten Mutter‘“ (S. 107), das im Zuge von emotionaler Vernachlässigung entwickelt werden kann (Green 1983, zitiert nach Hirsch, 2014).

### 2.6.2 *Identifikation und Imitation*

Der oben dargestellte Vorgang der Introjektion ist mit dem der Identifikation eng verknüpft. Die Identifikation findet jedoch nach Hochauf (2020) auf einer höheren, kortikal-bilateralen Ebene mit einem Rest von Selbststeuerung statt. Ferenczi (1933) beschreibt die Nachahmung des\*der Täter\*in als Unterwerfungsreaktion des Opfers im Zustand zunehmender Angst. Fischer und Riedesser (2020) betonen in der Identifikation eine Form der regressiven Abwehr höchst beängstigender Gefühle des Ausgeliefertseins.

Im Sinne des Kontaktzyklus-Modells der Gestalttherapie (Dreitzel, 2004; Blankertz & Doubrawa, 2005) findet die Kontaktstörung der Konfluenz, also das Zusammenfließen und Auflösen der Kontaktgrenze, bereits im Vorkontakt statt und verhindert beziehungsweise schwächt so den Vollkontakt. Der Kontakt mit dem eigentlichen Reiz wird konfluent vermieden (Perls, Hefferline & Goodman, 2013). Damit vergleichbar ist die oben beschriebene peritraumatische Anpassung an den\*die Aggressor\*in als Versuch, dem eigentlichen Trauma zu entgehen

Nach Hirsch (2011) stellt die Identifikation einen Lösungsversuch dar. Die existenzielle Beziehung zum\*zur Täter\*in wird mittels Schuldübernahme durch das Opfer erhalten. Die Schuldzuschreibung kann aber auch direkt durch den\*die Aggressor\*in projektiv erfolgen und vom Opfer angenommen werden. Peichl (2013) sieht darin den Verlust der Abgrenzung zwischen dem Selbst und dem Objekt. Es gleicht einer Durchmischung des Erlebens der Traumatisierung aus dem Empfinden des Opfers und dem des\*der Täter\*in.

Eine wichtige Rolle spielen dabei die Spiegelneuronen, die 1996 beim Verhalten von Affen entdeckt wurden. Sie begründen neurobiologisch die

automatisierte und intuitive Imitation der Handlungen des\*der Täter\*in durch passives Miterleben (Peichl, 2013; Streeck-Fischer, 2014; Wöller, 2013). Siegel (2006) erweitert diese Erkenntnisse durch die Beobachtung, dass auch emotionale Zustände des Gegenübers unwillkürlich erfasst werden. Die Abbilder der inneren Vorgänge des Gegenübers werden neuronal vernetzt gespeichert.

Das „Stockholm-Syndrom“ (Peichl, 2013, S. 235) kann als modellhafte Illustration des Vorgangs der Identifikation und Introjektion betrachtet werden. Geiseln wurden bei einem Banküberfall in einem großen Tresorraum völlig ausgeliefert gefangen gehalten. Sie fühlten sich durch die Bankräuber vor der Polizei beschützt und hegten auch nach Abschluss der Ereignisse dauerhaft Sympathie und Dankbarkeit für die Geiselnnehmer (Peichl, 2013; Streeck-Fischer, 2014).

### 2.6.3 *Implantation*

Die Implantation findet nach Hochauf (2020) wie die Introjektion subkortikal, aber auf noch tieferer Ebene statt. Peichl (2015) erkennt eine Überschreibung der neuronalen Netzwerke des Opfers im unbewussten Zustand. Die totale Selbstaufgabe, wie sie zum Beispiel durch massive Folter und extreme, wiederholte Misshandlungen entsteht, bildet hierfür die Voraussetzung. Skizzenhaft beschreibt Ferenczi (2013) diesen Vorgang: „Das Resultat dieses Prozesses ist einerseits die Implantierung von unlustspendenden, Schmerz und Spannung erzeugenden Seeleninhalten in die Seele des Opfers, zugleich aber saugt sozusagen der Aggressor ein Stück, d.h. das ausgedrängte Stück des Opfers in sich ein“ (S. 124). Nach diesem Bild entstehen sowohl beim Opfer als auch bei dem\*der Täter\*in Fragmente der jeweiligen Selbste im Selbst des anderen.

### 2.6.4 *Trauma als offene Gestalt*

Durch die Überforderung der Selbststützung und fehlende Fremdstützung im Zuge des traumatischen Erlebnisses kommt es zur dissoziativen Schutzreaktion. Dadurch wird der Kontakt abgebrochen. Infolgedessen entstehen eine unerledigte Situation und eine offene Gestalt, die im Sinne des Zeigarnik-

Effektes zum Abschluss drängt (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017; Wolf, 2017). Perls, Hefferline und Goodman (2013) betonen, dass das ursprüngliche Bedürfnis, das den Gestaltbildungsprozess initiiert hat, weiterhin besteht. Das Trauma bewirkt eine Unterbrechung des Kontaktzyklus, wodurch der Organismus sein Verlangen nicht stillen kann und im Zustand der Aktivierung verbleibt.

## **2.7 Selbst-Begriff in der Integrativen Gestalttherapie**

Die Bedeutung des Dialogs, fußend auf Bubers Abhandlungen, ist innerhalb der Integrativen Gestalttherapie initial. Die unmittelbare Werdung, Entfaltung und die zeitliche sowie situativ bedingte Erneuerung des Selbst sind direkt im Kontakt mit dem Anderen begründet. Dies kann in einer aktiven oder passiven Haltung erfolgen. Die Einschränkung der eigenen Blickrichtung wird durch die Erfahrung der anderen Perspektiven exzentrisch erweitert. Das Selbst ist nicht dinglich und kann auch nicht verortet werden, sondern nur leiblich erfahren werden (Staemmler, 2015). „Das Selbst darf nicht als eine feste Institution gedacht werden; es existiert immer dann, wenn es tatsächlich irgendwo eine Interaktion an der Grenze gibt“ (Perls, Hefferline & Goodman, 2013, S. 212).

Gremmler-Fuhr (2017) unterscheidet dieses in Beziehung permanent neu erschaffende Selbst vom Selbst, welches konstant und existentiell vorhanden ist. Diesen beiden Begriffen ist wiederum eine weitere Entität übergeordnet, die sich in speziellen Momenten der Begegnung manifestiert. Dieser Zustand kann „... als verlässlicheres Selbstempfinden in den Tiefen unseres Seins“ (S. 386) erlebt werden.

Polster und Polster (2002) beschreiben in diesem Zusammenhang ein als durchgehende Einheit empfundenes Selbst, das wiederum von sich neu erzeugenden Selbstern umgeben wird. Diese unterschiedlichen Ausdrucksformen des Selbst können verschiedentlich interagieren. Sie können integrativ kooperieren oder in Konflikt und Konkurrenz zueinanderstehen.

Nach Hoffmann-Widhalm (2018) wirken sich traumatische Erfahrungen auf die späteren Kontaktfähigkeiten aus. Das durchgängige Gewahrsein des Selbst erfährt eine Bruchlinie im Punkt des Traumas. Butollo, Krüsmann und Hagl (2002) betonen hierbei die maladaptiven, verinnerlichten Beziehungserfahrungen in der posttraumatischen Phase. Sie sind die wesentlichen symptomtombildenden Faktoren.

### 2.7.1 *Selbstanteile in der Integrativen Gestalttherapie*

Die Arbeit mit inneren Repräsentanzen und Persönlichkeitsanteilen ist wesentlicher Bestandteil seit Beginn der Gestalttherapie. So wird in Perls (1988) am Beispiel der Traumarbeit durch das aktive Darstellen einzelner Traumelemente der Kontakt zu verschiedenen, nicht integrierten Selbstanteilen hergestellt. „Wir sind in viele Teile aufgespalten, und das Schöne am Arbeiten mit einem Traum ist, daß im Traum jeder Teil – nicht nur jede Person, sondern jeder Teil du selbst bist“ (S. 97). Durch Perls Arbeit mit dem leeren Stuhl, die nach Staemmler (1995) sehr von Moreno beeinflusst wurde, werden innere Repräsentanzen erlebbar und in einen Dialog gebracht.

Prototyp der Selbstanteile in der Gestalttherapie ist die in Perls (1988) dargestellte Dualität zwischen Topdog und Underdog (Baulig, 2017; Blankertz & Doubrawa, 2005; Hoffmann-Widhalm, 2018; Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Blankertz und Doubrawa (2005) erklären, dass diese Begriffe ursprünglich aus der Holzfällersprache stammen. Der Topdog hält die Säge oberhalb des Baumes und der Underdog unterhalb in einer Grube stehend. Top- und Underdog sind hier Teil eines Teams, wodurch die Möglichkeit der Integration beider Anteile gegeben wird. Baulig (2017) ergänzt, dass im Gegensatz zu Freuds Instanzen Über-Ich, Ich und Es Perls Aufbau mehr Bewegung und Veränderung ermöglicht.

Vorläufer dieser Selbstanteile ist nach Blankertz und Doubrawa (2005) Eric Bernes System der Ich-Zustände: Der Eltern-Ich-Zustand wäre bei Perls im Topdog repräsentiert und Kind-Ich-Zustand im Underdog.

„Wie alle Eltern und Kinder kämpfen auch sie miteinander um die Oberhand. Der Mensch fällt in den Kontrollierer und den Kontrollierten auseinander“ (Perls, 1988, S. 27). Diese dialektische Grundstruktur führt zu den unproduktiven „Selbstquälerei-Spielchen“ (S. 27). Diese können erst durch Integration beider Anteile überwunden werden.

Polster und Polster (2002) differenzieren weitere polare Selbstanteile, die teilweise verdrängt und unzugänglich sind. Im Underdog sehen sie einen frühen, ursprünglichen Anteil, in dem das Potenzial für kreative Veränderung und kreatives Wachstum liegt. Selbstanteile werden als Kumulation von persönlichen Erlebnissen, Erfahrungen und Eigenschaften angesehen, welche oft unbewusst und autonom im Hintergrund das Ich beeinflussen. Als integrative Leistung entsteht aus den verschiedenen Anteilen das Selbst. Nach Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) bildet die einzigartige Konstellation der individuellen Selbstanteile das Empfinden der eigenen Identität.

Yontef (1999) kritisiert im Gegensatz beim Modell der Selbstanteile eine Verdinglichung des Selbst sowie den Verlust der Ganzheitlichkeit und der frei gewählten Handlungsfähigkeit. Im Zustand übermäßiger Gespanntheit an der Kontaktgrenze wird nicht das Selbst auf einen Anteil reduziert, sondern es werden „ ... die *Selbstprozesse fragmentiert* ... “ (S. 186).

## **2.8 Täteridentifizierte Selbstanteile**

In der neueren Literatur der Psychotraumatologie wird der Begriff der täteridentifizierten beziehungsweise täterimitierenden Selbstanteile als Summe der das Selbst prägenden, interpersonellen Aspekte der traumatischen Erfahrungen mit dem\*der Täter\*in verstanden (Huber, 2013; Peichl, 2013; Reddemann, 2011; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008). Die täteridentifizierten Selbstanteile entwickeln sich im Zuge des traumatischen Prozesses mit wachsender Gravität des Ereignisses und fortschreitender Dissoziation des Individuums. Nach Fisher (2019) sind Selbstanteile ein komplexer Verbund neuronaler Netzwerke, die situativ gemeinsam aktiviert werden. Van der Hart in

Huber (2013) sieht in den täteridentifizierten Selbstanteilen ein weitgreifendes Modell, das auch eine Veränderungsmöglichkeit impliziert.

## **2.9 Täteridentifizierte Selbstanteile in der Praxeologie**

### **2.9.1 *Diagnostische Hinweise und klinische Bilder***

Im Sinne der Integrativen Gestalttherapie geht Dreitzel (2004) von einer, dem therapeutischen Prozess folgenden, diagnostischen Einordnung aus. Diese wird erst mit zunehmender Entwicklung der dyadischen Beziehung zwischen Klient\*in und Therapeut\*in möglich. Besondere Bedeutung kommt hier der Beobachtung des Kontaktprozesses innerhalb der therapeutischen Beziehung zu. Dieser durchläuft vier Phasen, denen jeweils Ich-Funktionen und Gefühle zugeordnet werden können. Dysfunktionale Anpassungen und Störungen werden im Zuge des therapeutischen Prozesses an der Kontaktgrenze für den\*die Therapeut\*in spürbar und kategorisierbar. Eine Diagnose, die einem Etikettieren der Klient\*innen gleichkommt, wird als für den Prozess nicht förderlich angesehen. Diese verschließt dem\*der Therapeut\*in die Möglichkeit, unvoreingenommen in die Begegnung mit dem\*der Klient\*in zu kommen. Die Resonanz auf den\*die Patient\*in wird durch vorurteilhafte Festlegungen eingeschränkt. Trotzdem wird aus Gründen der Kommunikation und zur Festlegung der therapeutischen Ausrichtung eine Diagnostik erforderlich. Dem folgend erkennt Müller (2017) die praktische Bedeutung von diagnostischen Systemen wie dem ICD-10.

Fuhr, Sreckovic und Gremmler-Fuhr (2017) fordern für die prozesshafte diagnostische Einordnung der Klient\*innen innerhalb folgende Parameter:

- „(1) Innewerden des Ich in Beziehung zum Du
  - (2) Bewußtwerden von mir und dem anderen aus einer ‚objektiven‘ Perspektive
  - (3) Systematisieren und Kategorisieren im Dialog mit dem\*der Klient\*in“
- (S. 641).

Der Zugang zur Diagnose steht zusammenfassend innerhalb der Gestalttherapie im engen Zusammenhang mit der Form der therapeutischen Beziehung (Staemmler, 1993). Hochgerner, Klampfl und Nausner (2018) verweisen zur diagnostischen Erfassung des Strukturniveaus des\*der Klient\*in auf die integrative Verwendung der mehrachsigen „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (OPD-2) (S. 188) innerhalb der Integrativen Gestalttherapie.

Wöller (2013) beschreibt sympathisch und parasympathisch geleitete Phänomene, die sehr belastend wirken, wie extreme Erregung und wiederkehrende, quälende Erinnerungseindrücke. Weiters werden eine psychische Abstumpfung und Vermeidungsverhalten sowie übertriebene Fügsamkeit und Verleugnung des Erlebten angeführt. Auch intrusive Empfindungen, die Halluzinationen ähneln, werden beobachtet. Zum Beispiel können spezifische Gerüche oder auch haptische und optische Eindrücke intrusiv wahrgenommen werden. Innerpsychische Stimmen und Gedanken, die auf den\*die Täter\*in verweisen, werden ebenso beschrieben. Das Empfinden von heftigen Gefühlen von Schuld, Scham, Abscheu oder Einsamkeit wird von Klient\*innen symptomatisch erlebt. Diese Emotionen werden meist von körperlichen Missempfindungen wie zum Beispiel Panikreaktionen begleitet. Wahrnehmungen wie von etwas unangenehmen Fremden im eigenen Körper sind mit Traumafolgen von Misshandlungen assoziiert. Klient\*innen klagen beispielsweise über Gedanken oder Träume „von ‚Leichen im Keller‘“ (S. 187). Die andauernde Übererregtheit führt auch zu Schlaf- und Konzentrationsproblemen. Änderungen in wesentlichen Partnerbeziehungen und biographische Schwellensituationen können zum spontanen, inneren Wiedererleben des erlittenen Traumas führen. „Eine Patientin, leistungsorientiert und aktiv, ist völlig überrascht vom Einbruch intrusiver traumatischer Erinnerungen und depressiver Symptome, ausgelöst durch die Aufnahme einer Partnerschaft“ (S. 189). Klinisch werden weiters affektive, somatische, psychosomatische und sexuelle Störungen,

abweichendes Ess- und Suchtverhalten und verschiedenartige dissoziative Empfindungen angeführt.

Nach Salem (2018) können auch regulative Dysfunktionen in Nähe- und Distanzbereichen bei zwischenmenschlichen Beziehungen als Folge früher, kontaktunterbrechender Traumatisierungen auftreten. Hoffmann-Widhalm (2018) verweist auf die große Bandbreite der Traumafolgestörungen. Die Kern-Symptomatik wird im ICD-10 nach Dilling und Freyberger (2019) mit „F43.0 akute Belastungsreaktion“ (S. 171), „F43.1 posttraumatische Belastungsstörung“ (S. 173), „F.44 dissoziative Störungen“ (S. 178) und „F62.0 andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (S. 249) dargestellt.

### 2.9.2 *Das soziale Nervensystem*

Die „Polyvagal-Theorie“ (S. 3) nach Porges (2010) geht von einer evolutionär bedingten, physiologischen Beeinflussung des zwischenmenschlichen Verhaltens aus. Im Zentrum der Annahme stehen spezielle, hierarchisch organisierte Eigenschaften des autonomen Nervensystems (ANS), die sich phylogenetisch bei den Säugetieren herausgebildet haben. Zu den Funktionen des ANS, die der mobilisierenden Erregung oder der Erstarrung dienen, entwickelt sich zusätzlich bei den Säugetieren die Möglichkeit der Adaption der Kontaktfähigkeiten. Mittels der „Neurozeption“ (S. 29) können das Gefährdungspotential oder die Sicherheit innerhalb einer Konstellation unbewusst eingeschätzt werden. Im Zustand der Bedrohung werden die kommunikativen sozialen Fähigkeiten zugunsten von Kampf- und Immobilisationsreaktionen deaktiviert. Andersrum wird in sicher erscheinender Umgebung die Bereitschaft zur Aufnahme von sozialen Beziehungen verstärkt. Demgemäß ist es für eine therapeutische Behandlung, insbesondere für Menschen mit traumatischen Beziehungserfahrungen, grundsätzlich erforderlich, eine Sicherheit-gebende Umgebung und Kommunikationsform bereit zu stellen. Durch die neuronale Lenkung der Mimik und Kopfmuskulatur wird die Kontaktaufnahme und soziale Nähe gefördert und Folgendes wird unterstützt:

- „Blickkontakt herzustellen;

- sich mit einem ansprechenden Stimmklang und Sprechrhythmus zu äußern;
- einen freundlichen Gesichtsausdruck zu zeigen;
- und die Muskeln des Mittelohrs so zu beeinflussen, daß es menschliche Stimmen deutlich von Hintergrundgeräuschen unterscheiden kann“ (S. 35).

Zentral innerhalb der Polyvagal-Theorie ist die Erkenntnis, dass sich der Vagusnerv entwicklungsgeschichtlich in zwei konkurrierende Systeme verzweigt hat, die verschiedene Strategien der unbewussten situativen Anpassung ermöglichen. Der jüngere, myelinisierte Ast wirkt regulierend in Form der „Vagusbremse“ (S. 132) auf die Intensität des älteren Systems und ist die Basis für die sozialen Aktivitäten und die Bindungsfähigkeit.

Als Traumafolge kann die Fähigkeit zu zwischenmenschlicher Kommunikation eingeschränkt sein, da die Neurozeption auf vermeintliche Gefahren überreagiert. Das ANS hat sich durch Deaktivierung der Vagusbremse dauerhaft an die Situation des Traumas angepasst. In Untersuchungen konnte Porges (2010) nachweisen, dass durch Missbrauchserlebnisse traumatisierte Personen geringere Fähigkeiten der autonomen Regulation der vagalen Systeme aufweisen. Dadurch können schon geringe Stressbelastungen zu Defensivreaktionen, wie Kampf, Flucht oder Vermeidung, führen. Dies wirkt sich auch auf die posttraumatische therapeutische Situation aus: So kann bereits der Blickkontakt zwischen Klient\*in und Therapeut\*in abwehrende Reaktionen hervorrufen und „das System sozialen Engagements (SSE)“ (S. 262) deaktivieren. Ähnlich einer wohlklingenden Melodie kann auch die stimmliche Prosodie des\*der Therapeut\*in gemeinsam mit der Mimik den Aufbau einer therapeutischen Beziehung begünstigen. Der mimische Ausdruck wird durch die Gesichtsmuskulatur erzeugt. Er ist abhängig von den Emotionen, welche ebenfalls in direkter Beziehung zum vagalen System stehen. „Somit führt die Neurozeption von vertrauten Menschen sowie von Menschen mit Vertrauen einflößender und einfühlsam klingender Stimme und entsprechendem Gesichtsausdruck zu einer

sozialen Interaktion, die ein Gefühl der Sicherheit fördert“ (Porges, 2010, S. 90). Veränderungen der Atmung in Richtung Verlängerung des Ausatmens wirken sich ebenfalls positiv auf die Aktivierung des SSE aus. Um das SSE bei dem\*der Klient\*in zu aktivieren, muss sich der\*die Therapeut\*in ebenfalls in einem für soziale Interaktionen empfänglichen, entspannten Zustand befinden. Die Relaxation überträgt sich auf das Gegenüber.

### 2.9.3 *Therapeutische Beziehung*

Hoffmann-Widhalm (2018) und Butollo, Krüsmann und Hagl (2002) betonen die zentrale Wichtigkeit der Entwicklung einer Sicherheit-gebenden und tragfähigen Beziehung speziell bei der Arbeit mit traumatisierten Klient\*innen. Nach Gremmler-Fuhr (2017) ist die Beziehungsgestaltung in der Gestalttherapie wesentlich an Bubers dialogischer Haltung orientiert, wobei die Gründungsväter zunächst die unabhängige Haltung im Kontakt betonten. Staemmler (1993) fasst bezüglich der dialogischen Beziehungsgestaltung zusammen: „Um ich selbst werden zu können, bin ich existentiell auf ein Gegenüber angewiesen, das seinerseits bereit ist, sich auf mich einzulassen; erst so wird eine Beziehung möglich, in der ich mich (und auch der andere sich) verwirklichen kann“ (S. 25). Eine Beziehung anzubieten erscheint daher bedeutender als die vorrangige Arbeit an den Symptomen des\*der Klient\*in. Nach Yontef (1999) kann auch die eigene Betroffenheit im Sinne einer präsenten, authentischen Begegnung dem\*der Klient\*in mitgeteilt werden. Er geht dabei von einer nicht hierarchischen Beziehungsgestaltung aus. Phänomenologisch werden die Wahrnehmungen des Gegenübers als existent aufgenommen und folglich bestätigt. Der ebenfalls von Buber verwendete Begriff der Umfassung wird von Yontef (1999) für die therapeutische Situation adaptiert. Die Umfassung ist nicht gegenseitig, sondern geht nur von dem\*der Therapeut\*in aus. Die Einfühlung in die Situation des\*der Klient\*in erfolgt bei gleichzeitiger Wahrnehmung des eigenen Standpunktes, ohne konfluent mit dem Gegenüber zu werden. Ein wichtiger Faktor für Wachstum und Veränderung bei dem\*der Klient\*in ist, dass er\*sie sich innerhalb der Therapie gesehen erlebt. Hycner (1989, nach Gremmler-Fuhr, 2017) bezeichnet den Dialog

in Anlehnung an Buber als das Zwischen-Menschen-Stattfindende. L. Perls (2005) verweist in ihrem „Kontakt-Stützungs-Konzept“ (S. 63) auf die Annahme des Gegenübers in seiner\*ihrer Andersartigkeit.

Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) betonen die Notwendigkeit der Anpassung an das Strukturniveau der Klient\*innen. Dies erfolgt mittels unterschiedlicher, situativer Gewichtung der die therapeutische Beziehung bestimmenden Faktoren: Präsenz, Bestätigung und Umfassung. Hochgerner, Klampfl und Nausner (2018) sehen ebenfalls die differenzierte Ausformung der therapeutischen Beziehung in Abhängigkeit von den strukturellen Fähigkeiten des\*der Klient\*in als Voraussetzung innerhalb der Integrativen Gestalttherapie.

Staemmler (2009) kritisiert am unidirektionalen Verständnis von Umfassung, Einfühlung oder Empathie innerhalb der therapeutischen Beziehung, dass der\*die Klient\*in dadurch verdinglicht wird und seine\*ihre Subjektivität ignoriert wird. Die empathischen Fähigkeiten der Klient\*innen gegenüber den Therapeut\*innen werden nicht gefördert. Diese sind jedoch im Therapie-Prozess und für das Wachstum wesentlich. Als erweiterte Form der Empathie schlägt er vor, diese „als einen intersubjektiven, gegenseitigen Vorgang zu verstehen, ... der nicht nur mental, sondern in vielfältiger Weise leiblich stattfindet“ (S. 226).

Cohn (1975, zitiert nach Schigutt, 2018) fordert einen Zustand der „selektive[n] Authentizität“ (S. 238). Der\*die Therapeut\*in bringt sich selbst mit seinen\*ihren Empfindungen intersubjektiv in die Beziehung ein, jedoch nur insoweit diese für den therapeutischen Prozess und den\*die Klient\*in nutzbringend sind. Frühe intersubjektive Ansätze gehen auf Ferenczi (2013) zurück. Die „*Mutuelle Analyse*“ (S. 50) stellt den Versuch dar, der einengenden und de facto auch nicht zu erreichenden Herausnahme des\*der Therapeut\*in aus dem Beziehungsgeschehen zu entkommen.

#### 2.9.4 **Übertragungs- und Resonanzphänomene**

Hoffmann-Widhalm (2018) betont die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit Übertragungs- und Gegenübertragungs-Phänomenen

innerhalb der therapeutischen Beziehung bei der Arbeit mit traumatisierten Klient\*innen. Staemmler (1993) adaptiert diese aus der Psychoanalyse stammenden Konzepte. Er steht damit im Gegensatz zu Perls, der die Übertragung innerhalb der Gestalttherapie ignorierte. Hervorgehoben wird in Abgrenzung zur Psychoanalyse die Veränderung in der Beziehung. Sie führt zunächst von der ursprünglichen, von Übertragung dominierten Beziehung hin zu einer persönlichen Begegnung. In fast allen zwischenmenschlichen Verhältnissen können Übertragungsformen entstehen. Sie ist somit auch innerhalb der therapeutischen Situation vorhanden und wird zunächst als Begrenzung der Kontaktfähigkeit erkennbar. Eine undurchdringliche, übertrieben abstinente Haltung des\*der Therapeut\*in kann bei traumatisierten Menschen durch Wiederholung des fehlenden Kontaktangebots retraumatisierend wirken. Fischer und Riedesser (2020) vergleichen ergänzend diese sachliche und richtungslose Positionierung mit einer Verhörsituation.

Übertragung entsteht, indem „ ... eine Person sich auf ihr Gegenüber auf eine Weise bezieht, die von Erfahrungen mit anderen Menschen geprägt ist und so die Vergegenwärtigung des Gegenübers einschränkt oder verhindert“ (Staemmler, 1993, S. 124). Durch das zunehmende gegenseitige Sichtbarwerden als reale Person können Klient\*in und auch Therapeut\*in ihre Übertragungen differenziert betrachten. Eine Deutung erfolgt nicht. Im Rückblick auf die ursprüngliche Beziehung, die in der Übertragung wiederholt wird, kann gemeinsam der Anfang der Generalisierung erforscht werden. Zu Beginn hat die bewundernde Übertragung einen für den Aufbau der therapeutischen Beziehung stärkenden Effekt. Bei traumatisierten Menschen kann auch eine Übertragung von dem\*der Therapeut\*in ausgehen, wenn er\*sie das Bild des Opfers verinnerlicht und nur aus dieser Perspektive dem\*der Klient\*in begegnet. Hierbei werden die Ressourcen für die Überwindung ausgeklammert und Veränderungen erschwert. Die subjektive Gravität des Traumas bleibt außerdem unbeachtet (Staemmler, 1993). Bei Klient\*innen, die Opfer von sexualisierter Gewalt wurden, sieht Kepner (2009) bei der Übertragung einen ausgeprägten sexuellen Aspekt.

Hochauf (2020) weist darauf hin, dass Übertragungen von Aspekten des\*der Täter\*in auf den\*die Therapeut\*in ein Risiko für den Fortgang der Therapie bedeuten. Besonders die entstehende therapeutische Begegnung kann traumatische Inhalte triggern. Eine Rekonstruktion der ursprünglichen Beziehung, um den Ausgangspunkt dieser irrtümlichen Zuordnungen zu erforschen, ist zumindest zu Beginn nicht zumutbar und auch durch die dissoziierten Anteile nicht erreichbar. Eine Arbeit mit unterstützenden Selbstanteilen kann hier hilfreich sein, ebenso wie ein die Spannung reduzierendes Containing. Erst wenn im Verlauf der Therapie ein Hinspüren näher an den Punkt der Schockreaktion möglich wird, können auch die tatsächlichen traumatischen Beziehungserfahrungen erkannt werden. Wöller (2013) ergänzt als Möglichkeit zur Eindämmung der Übertragung eine adaptierte therapeutische Haltung, welche auch den Grundsätzen der Integrativen Gestalttherapie entspricht: Vermeidung von neutraler, unbeteiligter Haltung, reales Hier-Sein und Empathie. Wilson (1989, zitiert nach Fischer & Riedesser, 2020) sieht positive Aspekte in der Übertragung, weil es auch das prozesshafte Anknüpfen und Wieder-In-Gang-Setzen der unterbrochenen Beziehung darstellt.

Van der Hart, Nijenhuis und Steele (2008) beschreiben übertragene, phobische Bindungsängste innerhalb der therapeutischen Beziehung, die in allen Phasen der Traumafolgen-Therapie auftreten können. Dabei kommt es zu Reinszenierung und inneren Konflikten zwischen Bindung-suchenden und -vermeidenden Selbstanteilen. Wird innerhalb der Therapie der Kontakt zu einem der Selbstanteile gesucht, ist es erforderlich, auch den Gegenpart zur Stabilisierung miteinzubeziehen. Der\*die Therapeut\*in kann darauf mit Spiegelung der auftretenden Gefühle und Empathie reagieren, um die sozialen Bindungssysteme zu aktivieren. Dem\*der Klient\*in wird versichert, dass er\*sie jederzeit die Kontrolle behält, wie weit er\*sie sich auf das Therapie-Geschehen einlassen will.

Im Gegensatz zum Begriff der Übertragung findet Staemmler (1993) die sogenannte Gegenübertragung nicht kompatibel mit den Grundsätzen der Integrativen Gestalttherapie. Hier wird ein an sich identes Phänomen bei Klient\*in und Therapeut\*in unterschiedlich bezeichnet und aufgefasst. Die Resonanz, welche die bei dem\*der Therapeut\*in wahrnehmbaren Empfindungen bezeichnet, hat jedoch eine wesentliche Bedeutung innerhalb der therapeutischen Beziehung. Reflexiv mitgeteilt kann sie ein Beziehungsangebot an den\*die Klient\*in darstellen und den Veränderungsprozess unterstützen. Staemmler (2009) sieht die Resonanz zweiphasig ablaufen: Die erste Phase läuft im Hintergrund unbewusst als leibliche Einfühlung, das Gegenüber simulierend, ab. Darauf erfolgt eine Kontextualisierung der persönlichen Empfindungen in bewusster Form. Dies führt mittels des Selbstgewahrsams zu emotionalen Erkenntnissen über den\*die Andere\*n.

Während der Traumafolgen-Therapie kann es zu verschiedenen affektiven Reaktionen bei dem\*der Therapeut\*in kommen, die auch den therapeutischen Prozess hemmend beeinflussen können: Emotionale Überflutung durch die Intensität der berichteten Ereignisse sowie Gefühle von Wut, Ärger, Schuld, Scham werden angeführt. Hilflosigkeit oder abwehrende Vermeidung und Ablehnung des\*der Klient\*in werden ebenso empfunden (Wilson 1989, zitiert nach Fischer & Riedesser, 2020).

Von Melanie Klein wurde der Vorgang der projektiven Identifizierung beschrieben. Dieser Begriff wird in der psychodynamischen Richtung als ein Mittel der Abwehr verstanden (Hirsch, 2011). Staemmler (1993) sieht darin eine spezielle Form der Übertragung und eine Möglichkeit der Verständigung. Der\*die Klient\*in kann in Form der projektiven Identifizierung unbewusst in Kontakt mit dem\*der Therapeut\*in treten: Der\*die Klient\*in erreicht „ ... durch sein Verhalten in mir ein Gefühl hervorzurufen, das ich ursprünglich nicht empfunden hatte und meist auch nicht aus eigenem Wunsch empfinden wollte“ (S. 171). Typischerweise wird die projektive Identifikation in Abgrenzung zur Projektion als manipulierende und

fremdartige Empfindung erlebt. Die Verantwortung für seine\*ihre Gefühle sollte der\*die Therapeut\*in bei sich behalten. Ein partielles Mitgehen mit der Identifikation bei gleichzeitigem Gewährsein dieses Vorgangs kann diesem Beziehungsaspekt am besten entsprechen.

In der Traumafolgen-Therapie kann diese spezielle Übertragung als Reinszenierung der Täter\*in-Opfer-Interaktion besonders intrusiv auftreten. Der\*die Therapeut\*in kann sich dabei einerseits Täter\*in- oder Opfer-identifiziert erleben. Die spezifischen Identifikationen mit dem\*der Täter\*in werden auch innerhalb der therapeutischen Beziehung traumakompensatorisch wiederholt. Nach dem Trauma-Schock, wenn das Opfer wieder in die Realität bewusst zurückkommt, prägt das Erleben von unterstützenden Personen das innere Bild von einem\*einer Helfer\*in. Dieses kann idealisierend in der Therapie auf den\*die Therapeut\*in projiziert werden. Wechselseitig erfolgen die Übertragungen der traumatischen Identifikationen aus der ursprünglichen Beziehung, welche die heutige therapeutische Beziehung überformen. Durch den Druck der traumatischen Erfahrung wird der\*die Klient\*in implizit auch die Täter\*in-Übertragung vollziehen (Hochauf, 2020).

Dreizel (2004) untersucht die Dreiecksbeziehung zwischen Täter\*in, Opfer, Helfer\*in und verweist auf diesbezügliche Rollen innerhalb der therapeutischen Beziehung. Die Therapie kann durch diese Form der Übertragung unterwandert und erst durch Transparenz dieses Beziehungssystems aufgelöst werden. Die einzelnen Rollen bedingen einander und halten sich gegenseitig aufrecht. Es besteht eine Tendenz, die jeweils andere Position einzunehmen. Der Versuch, die Opferrolle zu überwinden, lässt traumatisches Material in den Vordergrund drängen. Er bewirkt, dass der Therapeut innerhalb der Übertragung von der Helfer\*in-Rolle in die Täter\*in-Rolle wechselt. Dies kann bis zum Abbruch der Therapie führen. Hilfreich ist hier die Hinwendung zu den im Zuge des Erkennens der Opferrolle freiwerdenden, auf das Trauma bezogenen Gefühlen.

### 2.9.5 *Kontinuum des Traumas / Hier und Jetzt*

Van der Hart, Nijenhuis und Steele (2008) verweisen auf die EP als Persönlichkeitsanteile, die zum Zeitpunkt der traumatischen Erfahrungen mobilisiert wurden. Über Intrusionen stellen sie Verbindungen in das heutige Bewusstsein her, bleiben dabei aber unverändert. Hochauf (2020) beschreibt bei diesem Vorgang die Unfähigkeit der zeitlichen Einordnung im Sinne einer dissoziativ verwischten Grenze zwischen heute und der Zeit des Traumas. Bei Fischer und Riedesser (2020) wird dies mit traumatischen Störungen in „... der rezeptorischen Sphäre (Veränderung des Zeit-, Raum-, und Selbsterlebens)“ (S. 88) begründet. Nach Huber (2013) befinden sich die täteridentifizierte Selbstanteile noch innerhalb des Trauma-Kontinuums.

In der Integrativen Gestalttherapie passt hierzu, wie im Kapitel 2.6.4 beschrieben, die seit dem Trauma-Erleben nicht abgeschlossene Gestalt. Nach Butollo und Karl (2016) wirkt die erlebniszentrierte Arbeitsweise im Hier und Jetzt diesem Mangel zeitlicher Zuordnungsmöglichkeit entgegen. Nach Staemmler (1993) stellen auch die präsenten Übertragungsvorgänge eine Verbindung zwischen Gegenwart und dem Zeitpunkt der früheren traumatischen Beziehungserfahrungen her.

### 2.9.6 *Aufbau von Sicherheit und Stabilität*

Bei der modernen Traumafolgen-Therapie wird seit Janets Erkenntnissen ein mehrphasiger Ablauf angewandt. Einer Stabilisierungsphase folgt eine konfrontative Phase und im Anschluss eine Phase der Integration. Dieser Prozess beinhaltet auch den Rückschritt auf eine vorhergegangene Stufe und läuft in Schleifen entlang einer Spirale ab (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008). Butollo und Karl (2016) stellen noch eine vierte Phase, die dem Aufbau von Sicherheit dient, voran.

Porges (2010) führt wesentliche Elemente an, die die Neurozeption als Hinweise für eine sichere Situation deutet. Diese Interpretation der Umgebung ist die Basis für soziale Interaktion. Vorsichtig aufgebauter Blickkontakt, eine

abgestimmte, gut temperierte Prosodie und freundliche Mimik sind gemeinsam mit der Anwesenheit des\*der sich in einem entspannten Zustand befindlichen Therapeut\*in schutzgebend. Die emotionale Erregung des\*der Klient\*in sollte unbedingt innerhalb des „Toleranzfensters“ (Siegel, 2006, S. 282) gehalten werden. Dieses ist bei traumatisierten Menschen durch die sich nicht im Gleichgewicht befindliche Selbstregulierung verengt.

Reddemann (2011) empfiehlt das sichere Realisieren der Gegenwart und den Wechsel zu den traumatischen Bildern zu üben. Belastendes Material, welches in dieser Phase in den Vordergrund kommt, kann mit imaginativen Techniken wie zum Beispiel der „Tresorübung“ (Reddemann, 2017, S. 65) oder „Gepäck ablegen“ (S.64) vorübergehend für eine spätere Durcharbeitung deponiert werden. „Der innere Ort der Geborgenheit“ (S. 57) kann jetzt mit dem\*der Klient\*in als innerer Zufluchtsraum entwickelt werden. Innere Helfer werden zur weiteren Beruhigung dorthin eingeladen. Wolf (2017) ergänzt hierzu verschiedene Formen von Entspannungsübungen, die helfen, emotionale Überflutungen besser zu kontrollieren. Butollo, Krüsmann und Hagl (2002) betonen, dass auch, neben der Entwicklung eines inneren Gefühls der Sicherheit, eine Arbeit an den sozialen Beziehungen außerhalb der Therapie erforderlich ist. Psychoedukation bezüglich Traumafolgestörungen kann dem\*der traumatisierten Klient\*in zusätzlich helfen, die Situation und spezifische Symptome besser einzuordnen.

### **2.9.7 *Wahrnehmung der täteridentifizierten Selbstanteile***

Die Förderung des eigenen Gewährseins des\*der Klient\*in wird durch die phänomenologische Ausrichtung der Integrativen Gestalttherapie unterstützt und durch die dialogische Grundhaltung gefördert. Die Zuwendung zu gegenwärtigen Empfindungen und das Gesehen-Werden durch das Gegenüber in der therapeutischen Beziehung sind wesentlich. Sie ermöglichen im Laufe der Therapie das Differenzieren bereits assimilierter Selbstanteile von unkritisch übernommenen Zuschreibungen. Die Mitteilung der Resonanz und Beschreibungen, wie der\*die Therapeut\*in den\*die Klient\*in im Moment erlebt,

stützen diesen Prozess. Eine Vertiefung der Selbstwahrnehmung und Konzentration auf die subjektiven inneren Vorgänge werden nicht durch Deutungen, sondern direkt aus dem momentanen Erleben erreicht (Votsmaier-Röhr & Wulf, 2017). Hoffmann-Widhalm (2018) findet Hinweise auf traumatisierte Selbstanteile über das gemeinsame Explorieren von belastenden Lebenssituationen innerhalb der Biographie.

Analog zur Integrativen Gestalttherapie fördert Fisher (2019) das Selbstgewahrksam und ergänzt hierzu die Psychoedukation betreffend dem Wirken und der Bedeutung von Selbstanteilen. Der\*die Klient\*in lernt, sich selbst aus einer Distanz heraus zu beobachten, ohne sich reaktiv mit dem in den Vordergrund tretenden Anteil zu identifizieren. Durch diese Form der Selbstbeobachtung werden die kortikalen Aktivitäten verstärkt und der Einfluss der Amygdalae reduziert. Das wirkt sich auf das Arousal stabilisierend aus. Gefühle und Körperempfindungen können durch eine Haltung der Achtsamkeit als Mitteilungen der Selbstanteile aufgefasst werden. Durch das Erkennen polarer, miteinander in Konflikt tretender Anteile gelingt es, Distanz zu ebendiesen herzustellen. Auch unangenehme, ungeliebte oder bedrohliche Anteile, wie die täteridentifizierten Selbstanteile, können in Form einer nicht wertenden Selbst-Akzeptanz wahrgenommen werden. Durch die spezifischen Ausdrucksformen, zum Beispiel den\*die innere Abwerter\*in und Kritiker\*in oder suizidale, selbstschädigende Selbstanteile, können sie von dem\*der Klient\*in zugordnet werden.

Kluft (2011) beobachtet, dass täteridentifizierte Selbstanteile oftmals die Wirklichkeit der erlittenen Traumata abstreiten und andere Selbstanteile daran hindern, die traumatischen Erinnerungen mitzuteilen. Dadurch wird die Wahrnehmung des Traumas und der dazugehörigen Selbstanteile zunächst in der Therapie erschwert.

### 2.9.8 *Externalisierung der täteridentifizierten Selbstanteile*

Hoffmann-Widhalm (2018) schlägt ein Externalisieren von Selbstanteilen mit Hilfe von kreativen Ausdrucksmöglichkeiten, wie zum Beispiel das skulpturale Anordnen von symbolisierenden Gegenständen, vor. Dabei beobachtet sie eine verbesserte, klärende Wahrnehmung und eine Reduktion der Anspannung. Innerhalb der Gruppentherapie können auch die Teilnehmer\*innen die Rollen verschiedener Anteile einnehmen. Wie im Abschnitt 2.7.1. gezeigt, wird seit Anbeginn in der Gestalttherapie mit dem Externalisieren von Selbstanteilen gearbeitet. Dies geschieht zum Beispiel, indem einem Selbstanteil ein leerer Stuhl zugeordnet wird. Auch Hochauf (2020) als psychoanalytisch orientierte Therapeutin empfiehlt die Stuhl-Arbeit zur Bearbeitung traumatischer Übertragungen und innerer Repräsentanzen.

Das momentane Erlebnis extrem forcierend, animiert Walch (2018) den\*die Klient\*in, die gegenwärtig aktivierten Körperwahrnehmungen traumatischen Ereignissen zuzuordnen. Dadurch wird zunächst Erleichterung spürbar. „In kathartischer Prozessarbeit ... “ kann sich inneres Material entladen und in Form von Körperreaktionen externalisieren: Eine Klientin erlebt ehemalige Zuschreibungen ihrer Mutter so negativ, dass sie äußert: „,Wenn ich nur daran denke‘ ... ,wird mir kotzübel‘“ (S. 60). Dadurch, dass sie die Zunge herausstreckt und dabei gleichzeitig gedrückt wird, gelingt es ihr, diese Zuschreibungen im wörtlichen Sinn auszuspeien. Durch diesen körperlichen Vorgang der Externalisierung kommt es zu Gefühlen der Erleichterung und Befreiung.

Verschieden distanzierende Übungen wie zum Beispiel „Schurkenschumpfen“ (Goulding, 2000, nach Peichl, 2015, S. 110) wirken regulierend. Die Vorstellung, dass die traumatischen Ereignisse inklusive der Täter\*in-Repräsentanzen als Film, der beliebig manipuliert werden kann, an die Wand projiziert werden, bewirkt ein Gefühl der Kontrolle (Reddemann, 2011). Huber (2013) zeigt anschaulich, wie Selbstanteile – vor allem jene, die im

vorsprachlichen Alter entstanden sind – durch Malen dargestellt und dadurch im Außen bearbeitbar werden.

Die externalisierenden und distanzierenden Methoden führen zu den im folgenden Kapitel beschriebenen konfrontativen Methoden.

### 2.9.9 *Konfrontative Methoden*

Nach Wolf (2017) muss in der Integrativen Gestalttherapie genügend Selbststützung erarbeitet worden sein, um den auftauchenden Empfindungen im Zuge der Konfrontation begegnen zu können. „*Kathartisches* In-die-Gefühle-Hineingehen kann die massive Traumatisierung sehr leicht wiederholen“ (S. 832). Weiters besteht eine chronische Retroflexion, „ ... d. h. daß die Energie der Wut auf die Angreifer sich gegen den Betroffenen selbst gewandt hat“ (S. 836). Eine Aufgabe in der konfrontativen Phase besteht daher darin, wieder an die eigenen, lebendigen und auch aggressiven Antriebe anbinden zu können. Konfrontation bedeutet, in vollen Kontakt mit dem Trauma zu kommen. Dies bedingt, dass der\*die Klient\*in in der Lage ist, stets die Kontrolle über seine inneren Abläufe zu behalten, um dadurch emotionale Überflutungen vermeiden zu können. Im Zuge der Konfrontation mit den traumatischen inneren Bildern und Empfindungen kommt es auch zur Auflösung dissoziativer Grenzen. Die Begegnung mit abgespaltenen Selbstanteilen wird ermöglicht.

Innerhalb der Integrativen Gestalttherapie ist nach Staemmler (1995) die Technik mit dem leeren Stuhl basal. Auf dem leeren Stuhl können die Klient\*innen mit Repräsentanzen von sich selbst oder von anderen Personen in Kontakt kommen. Abgespaltene Selbst-Repräsentanzen, die sich als widersprüchliches Selbsterleben oder Verhalten im Prozess darstellen, können auf dem Stuhl verkörpert und konfrontiert werden. Die Stuhl-Arbeit gliedert sich in zwei zu unterscheidende Techniken: Einerseits dem Austausch innerhalb der eigenen Person, dem sogenannten „Selbstgespräch“ (S. 39). Auf der anderen Seite steht die monologische oder dialogische „*Phantasiegespräch-Technik*“ (S. 41) zwischen Selbst- und Objektrepräsentanz. Beim Selbstgespräch soll die Teilung der

Persönlichkeit nicht zu sehr akzentuiert werden. Es ist vorteilhaft, „ ... den Namen des Klienten [zu] verwenden und z. B. von dem Hans [zu] reden, der sich streng und autoritär gibt und hohe Ansprüche stellt“ (S. 58). Wenn der\*die Klient\*in mit der inneren Spaltung, also der Dissoziation einer Persönlichkeit, durch die Stuhl-Arbeit konfrontiert wird, kann dies zu einer abstoßenden Übertragungsreaktion führen. Die therapeutische Beziehung sollte an diesem Punkt schon sicher tragend sein, um diese Übertragung auch bearbeiten zu können. Es sollte immer langsam und behutsam „ ... *von der positiv erlebten Seite her ...* “ (S. 79) gearbeitet werden. Diese Seite sollte zunächst unterstützt und besonders wahrgenommen werden. Einer zu starken Identifikation mit einem negativ erlebten Anteil wird dadurch entgegengewirkt. „Man wird gerade hier die Belastbarkeit des Patienten sehr sorgfältig einschätzen müssen, insbesondere seine Fähigkeit, sich mit ichdystonen aggressiven Inhalten zu konfrontieren“, wie Rohde-Dachser (1983, zitiert nach Staemmler, 1995, S. 80) ergänzt. Staemmler (1995) führt weiter aus, dass die sichere Identifikation mit der guten Seite durch die Position des\*der Klient\*in gestärkt wird. Die böse empfundene Seite kann auf dem anderen Stuhl nun imaginiert werden. Die Modulation der Intensität erfolgt unter anderem durch die Veränderung der räumlichen Distanz der Stühle.

Im Zuge der konfrontativen Annäherung an die traumatischen Erlebnisse können täteridentifizierte Selbstanteile beginnen, die ursprüngliche traumatisierende Handlung im Inneren mit anderen Anteilen zu wiederholen. Die Konfrontation und Aufhebung der Abspaltung von Selbstanteilen soll damit abgewehrt werden (Kluft, 2011). Hierzu merkt Peichl (2015) an, dass hinter dem\*der inneren Täter\*in ein verletzter „Kind-Anteil“ (S. 165) steht. Hoffmann-Widhalm (2018) schlägt vor, in der Vorstellung dialogisch dem\*der Täter\*in unter Wahrung der eigenen Integrität konfrontativ gegenüberzutreten. Damit entsteht die Basis für die Integration des Traumas und der abgespaltenen Selbstanteile. Butollo und Karl (2016) setzen in dieser Phase ein dialogisches Phantasiegespräch mit der inneren Täter\*in-Repräsentanz ähnlich einem Tribunal ein.

### 2.9.10 *Integrative Methoden*

Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) stellen fest: „Isolierte und fragmentierte Selbstanteile sind Elemente des organismischen Hintergrunds der betroffenen Person. Sie beeinträchtigen aufgrund der mangelnden Kohärenz das Identitätsgefühl und damit die Selbststützung, wodurch wiederum die Kontaktmöglichkeiten eingeschränkt sind“ (S. 110). Seit Beginn der Gestalttherapie ist die Integration von Selbstanteilen richtungsgebendes Bestreben zur Wiedererlangung einer ganzheitlichen, in sich zentrierten Persönlichkeit.

Polster und Polster (2002) sehen die Reaktivierung des Dialogs zwischen den Selbstanteilen für die Integration zentral. Sie sprechen dabei von einer „ ... Art von ‚Gruppen‘-Therapie ... “ (S. 245) mit den Anteilen. Butollo und Karl (2016) bringen die traumatisierten und nicht traumatisierten Anteile mit der Stuhl-Arbeit in einen Dialog, wobei auch die Täter\*innen-Repräsentanzen integriert werden können. Hoffmann-Widhalm (2018) sieht als eine wesentliche Veränderung „ ... die prätraumatischen Selbstanteile, die durch das Trauma zerstört oder abgespalten wurden, wieder wahrzunehmen ... “ (S. 380). Die Arbeit mit symbolischen Gegenständen, die Selbstanteile repräsentieren, ist bei der Integration sehr hilfreich. Sie erfolgt analog dazu bei der Gruppentherapie auch durch die Anteile darstellende Teilnehmer\*innen. „Eine gelungene Integrationsarbeit zeigt sich, wenn möglichst alle Anteile wertschätzend und empathisch miteinander in Dialog treten können ... “ (S. 384). Ein „imaginerter ‚Wohlfühlraum‘“ (S. 390) kann als Kommunikationsbereich herangezogen werden.

Wöller (2013) betont die Notwendigkeit, die täteridentifizierte Selbstanteile in die Kommunikation der Anteile einzubeziehen, da diese auch den therapeutischen Prozess stören können. Integratives Auflösen der Ablehnung durch die anderen Selbstanteile kann, in Anlehnung an die Erkenntnisse der Ego-State-Theorie, durch die Neubewertung der täteridentifizierten Selbstanteile im traumatischen Selbstsystem erfolgen. Peichl (2019) ergänzt als bedeutend bei der

Arbeit mit Ich-Zuständen die Veränderung hin zu einer Entspannung innerhalb dieser States, im Sinne einer Lockerung der Grenzen. Schwartz (2008) spricht in diesem Zusammenhang vom „System der inneren Familie“ (S. 7), das im Zuge der Wertschätzung aller Anteile untereinander zu einem Zustand der inneren Zentrierung führt. Auch Reddemann (2011) verwendet diese Metapher, um bei der Integration möglichst alle Selbstanteile einzubeziehen.

### **3 Empirischer Teil**

#### **3.1 Forschungsgegenstand und Fragestellung**

Das Interesse an dieser Forschungsarbeit entstand aus der Betreuung von Patient\*innen mit Traumafolgestörungen im Zuge eines klinischen Praktikums im Otto-Wagner-Spital in Wien, der Tätigkeit in einer psychotherapeutischen Ambulanz und in freier Praxis. Auch Erfahrungen und Erkenntnisse aus Lehrtherapie sowie der geistige Austausch mit Lehrtherapeut\*innen und Kolleg\*innen waren impulsgebend. Theoretische Vorüberlegungen bilden den Ursprung für die Formulierung der folgenden Forschungsfrage:

**Welche neurobiologischen Determinationen, Anpassungsversuche und Beziehungserfahrungen werden in der Literatur als relevant für die Entstehung von täteridentifizierten Selbstanteilen dargestellt? Welche Bedeutung hat das für die Traumafolgen-Therapie innerhalb der Integrativen Gestalttherapie aus Sicht von Expert\*innen?**

- Wie wird das Selbst des Opfers durch den Täter\*innen-Kontakt verändert?
- Bedeutung der therapeutischen Beziehung als Gegenstück zur Opfer-Täter\*innen-Beziehung?
- Wie zeigen sich die täteridentifizierten Selbstanteile phänomenologisch im therapeutischen Prozess und im Selbsterleben der Klient\*innen?

- Können täteridentifizierte Selbstanteile in die Gesamtpersönlichkeit integriert werden? Welche Veränderungen sind für den\*die Klient\*in erreichbar?
- Was zeichnet die Integrative Gestalttherapie bei diesem Prozess aus? Welche Interventionen können speziell eingesetzt werden?

Die Forschungsfrage und die Unterfragen sollen möglichst aus der Theorie und dem Umfeld der Integrativen Gestalttherapie beantwortet werden. Psychodynamische Theoriemodelle werden als basal zur Integrativen Gestalttherapie angesehen und ebenfalls herangezogen. Moderne Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie und ergänzende Therapieformen, die mit den Grundsätzen der Integrativen Gestalttherapie vereinbar sind, sollen in der Arbeit vergleichend Eingang finden.

Mit der Forschungsarbeit soll die spezielle Qualität der Integrativen Gestalttherapie bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen im Zuge der Traumafolgen-Therapie untersucht werden. Diese Anteile stammen direkt aus dem Kontakt zwischen Täter\*in und Opfer. Dies führt zur leitenden Annahme, dass die relationale und phänomenologische Ausrichtung der Integrativen Gestalttherapie für die Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen besondere, fördernde Bedingungen bereitstellt.

### **3.2 Methodischer Zugang**

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage wurde aus dem Spektrum der empirischen Sozialforschung methodisch die qualitative Forschung gewählt. „Wesentliche Kennzeichen sind dabei die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien, die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven sowie der Reflexion des Forschers über die Forschung als Teil der Erkenntnis“ (Flick, 2019, S. 26).

Die Offenheit der qualitativen Methode unterstützt dabei das Finden von neuen, zu Beginn der Forschung noch nicht bekannten Erkenntnissen. Der Forschungsfrage entsprechend wird eine reflexive Haltung eingenommen. Die Interaktion zwischen dem\*der Forschungstreibenden und dem Forschungsgebiet wird als gegeben angenommen. „Die Subjektivität von Untersuchten *und* Untersuchern wird zum Bestandteil des Forschungsprozesses. Die Reflexionen des Forschers über seine Handlungen und Beobachtungen im Feld ... werden zu Daten, die in die Interpretationen einfließen ... “ (Flick, 2019, S. 29). Witzel (1985) betont in diesem Zusammenhang den „ ... kommunikativen Charakter der Datengewinnung“ (S. 228).

### **3.3 Erhebungsmethode**

Als Erhebungsmethode wurde das problemzentrierte, nicht-standardisierte Leitfaden-Interview mit Expert\*innen gewählt. Durch diese Methode kann nach Gläser und Laudel (2010) spezielles Wissen zum Forschungsgegenstand generiert werden, wobei die Expert\*innen eine herausragende Stellung im Forschungsfeld innehaben sollen.

#### **3.3.1 *Interviewleitfaden***

Im Sinne eines theoriegeleiteten Vorgehens wurde anschließend an das theoretische Vorwissen und Vorüberlegungen über den Forschungsgegenstand ein Leitfaden (siehe Anhang) für die Interviews entwickelt. Das Feedback der Master-Thesis-Betreuerin wurde dabei integriert. Durch diesen Leitfaden soll im Gegensatz zum freien Interview gewährleistet werden, dass alle Aspekte der Forschungsfrage in den Interviews abgedeckt werden. Die Interviews werden somit untereinander vergleichbar. Die Fragen werden nach dem Prinzip der Offenheit formuliert, damit die Befragten ihre besonderen Kenntnisse möglichst uneingeschränkt äußern können. Durch den Aufbau des Leitfadens soll das Interview eine dialogische Ausrichtung bekommen. Standardisierte Fragen werden vermieden, um den Gesprächsfluss der Interviewpartner\*innen nicht zu unterbrechen (Gläser & Laudel, 2010).

Zu Beginn des Leitfadens sind allgemeine Fragen vorgesehen, die den Einstieg in das Gespräch unterstützen. Es folgen spezifischere Fragen zum Forschungsgegenstand und ein offen formulierter Abschlussteil. Dieser bietet die Möglichkeit, Ergänzungen und Anmerkungen zum Gesagten anzuführen und das Interview zu reflektieren. Dem Interview angefügt ist ein kurzer demographischer Frageblock zur interviewten Person.

### 3.3.2 *Auswahl der Interviewpartner\*innen*

Kriterien für die Auswahl der Expert\*innen sind eine Integrativen Gestalttherapie-Ausbildung und ein mehrjähriger Schwerpunkt im folgenden Tätigkeitsbereich: Arbeit mit Klient\*innen mit Traumafolgestörungen. Die Geschlechterverteilung soll möglichst die aktuelle Situation im Arbeitsfeld der Psychotherapeut\*innen abbilden. Im Sample sollen sowohl Lehrtherapeut\*innen als auch Psychotherapeut\*innen in freier Praxis ohne Lehrtätigkeit enthalten sein.

Mittels Internetrecherche und Befragung von Lehrtherapeut\*innen wurden potentielle Interviewpartner\*innen gefunden und per E-Mail eingeladen. Im Anschreiben wurden der Gegenstand der Master-Thesis, der ungefähre Zeitbedarf für das Interview und der Zeitraum, in dem das Interview stattfinden soll, bekannt gegeben.

Im Anschluss an die Gespräche wurden die Interviewpartner\*innen auch nach weiteren geeigneten Expert\*innen befragt.

### 3.3.3 *Beschreibung der Stichprobe*

- Für die Interviews wurden 5 Frauen und 2 Männer als Expert\*innen ausgewählt.
- Alle Expert\*innen sind in der Psychotherapeut\*innen-Liste des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz mit der Zusatzbezeichnung „Integrative Gestalttherapie“ eingetragen.

- Die Standorte der psychotherapeutischen Praxen sind in Wien, der Steiermark und Oberösterreich.
- Sechs der Interviewpartner\*innen sind als Lehrtherapeut\*innen entweder beim „Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik“ (5) oder dem Institut für Integrative Gestalttherapie Wien (1) tätig.
- 6 Expert\*innen haben eine Weiterbildung hinsichtlich Traumafolgen-Therapie und ergänzenden Techniken absolviert.
- Die Berufserfahrung als Psychotherapeut\*innen der Integrativen Gestalttherapie beträgt von 15 Jahren bis 37 Jahren, die Berufserfahrung mit Klient\*innen mit Traumafolgestörungen beträgt von 15 Jahren bis 30 Jahren.
- 3 Expert\*innen sind oder waren auch im klinischen Bereich tätig.
- Settings für die Traumafolgen-Therapie wurden von den Expert\*innen durchgehend beschrieben: Einzeltherapie, 50-Minuten-Einheiten ein bis zweimal pro Woche, im späteren Verlauf alle 2 Wochen.

#### 3.3.4 ***Abwicklung und Transkription der Expert\*innen-Interviews***

Vor Beginn der Interviews wurde den Gesprächspartner\*innen das Ziel der Untersuchung mitgeteilt. Eine Einverständniserklärung hinsichtlich der Aufnahme des Gespräches mittels Audiogeräten, der digitalen Aufzeichnung und der Verwendung für wissenschaftliche Zwecke wurde erteilt. Die Anonymität im gesamten Forschungsprozess wurde ebenfalls zugesagt.

Die sieben Interviews entstanden im Zeitraum 30.9.2020 bis 24.11.2020, wobei fünf der Interviews in den Praxisräumen der Expert\*innen und zwei Interviews online mittels Videotelefonie unter Verwendung der Ende-zu-Ende-verschlüsselten Software „TheraPsy“ durchgeführt wurden. Vorab wurde ein

störungsfreier Zeitraum von zirka 90 Minuten von den Gesprächspartner\*innen reserviert. Die einzelnen Gespräche dauerten zwischen 54 und 79 Minuten und wurden mit dem Aufnahmegerät „TASCAM DR 05“ festgehalten.

Nach Gläser und Laudel (2010) soll das Interview von dem\*der Interviewer\*in mit größter Konzentration auf die Aussagen des\*der Befragten in Form des aktiven Zuhörens erfolgen. Unterbrechungen der Ausführungen sind möglichst zu vermeiden. Ad-hoc Fragen können in geringem Umfang zur Präzisierung des Gesagten eingebracht werden. Um ein natürliches Gespräch nachzuempfinden, wurde auf eine entspannte, ungestörte Atmosphäre geachtet. Zu Beginn konnte durch eine sehr allgemeine Frage das „methodische Prinzip des Erzählens“ (Witzel, 1985, S. 245) im Interview etabliert werden. Der Gesprächsfluss wurde durch Paraphrasierungen und bestätigende Gesten durch den Interviewer, wie zum Beispiel Nicken und Augenkontakt, unterstützt. Nach Abschluss des Interviews wurden Eindrücke reflektiert und erste Erkenntnisse festgehalten.

Die aufgenommenen Interviews wurden vollständig transkribiert. Lange Pausen im Gespräch und unverständliche Abschnitte wurden gekennzeichnet. Mundartliche Ausdrucksweise wurde gleichlaufend in der Schriftsprache dargestellt. Eventuell auftretende Dialektfärbungen werden für die Forschungsfrage als nicht relevant eingeschätzt. Paralinguale Ausdrücke, wie Lachen oder „mhm“, wurden nur im Bedeutungsfall wiedergegeben. Die Transkripte wurden inhaltlich und auch bezüglich des Dateinamens anonymisiert. Für die Erstellung der Transkripte wurde ein Schreibbüro herangezogen. Die fertigen Abschriften (151 Seiten) wurden vom Autor dieser Arbeit auf Übereinstimmung mit den Tonbandaufzeichnungen Wort für Wort kontrolliert.

### **3.4 Analyse der erfassten Daten**

Zu Beginn der Textanalyse wurden die sieben Transkripte der Expert\*innen-Interviews durchgearbeitet und erste inhaltliche Besonderheiten und Merkmale festgehalten.

### 3.4.1 *Entwicklung des Kategoriensystems*

„Das Kategoriensystem stellt das zentrale Instrument der Analyse dar“ (Mayring, 2015, S. 51). Durch das Kategoriensystem wird die inhaltlich strukturierende „qualitative Inhaltsanalyse“ (Mayring, 2015, S. 17) für andere nachvollziehbar und vergleichbar. Die Oberkategorien wurden deduktiv aus der Theorie entwickelt und bilden weitgehend die Themenblöcke des Interviewleitfadens ab. Die Themenblöcke 1 und 2 wurden zur Oberkategorie 1 zusammengefasst, da thematisch ähnliche Inhalte erhoben wurden. Direkt aus dem Textmaterial wurden die Unterkategorien induktiv entwickelt. „Das grundlegende Modell der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse lässt sich auch für eine induktive Kategorienbildung, die auf den Techniken der Zusammenfassung aufbaut, einsetzen“ (Mayring, 2015, S. 85). Dem folgend wurden die einzelnen Sätze beziehungsweise Sinneinheiten des gesamten Textmaterials (151 Seiten) durch Paraphrasierung auf die wesentlichen Inhalte reduziert, sprachlich vereinheitlicht, auf eine Kurzform gebracht und generalisiert. Nach dem Prinzip der Reduktion nach Mayring (2015) wurden zunächst gleiche Paraphrasen und solche, die keine wesentlichen Inhalte brachten, gestrichen. „ ... Die übrig gebliebenen Äußerungen [wurden] durch Bündelung, Integration und Konstruktion zu neuen Aussagen fallspezifisch zusammengestellt ... “ (S. 73). Die so entstandenen Kategorien wurden zu den passenden Oberkategorien zugeordnet.

Bei der Überprüfung am Textkörper wurden zu fein geteilte Unterkategorien noch weiter zusammengefasst und präzisiert. So wurden zum Beispiel die zunächst ermittelten Unterkategorien „Therapeutische Vorgeschichte, Vordiagnosen“ und „Sonstige Charakteristika der Patient\*innen“ zur Unterkategorie 1.3 „Therapeutische Vorgeschichte der Klient\*innen“ zusammengefasst. Die ursprünglich sich ergebende Unterkategorie „Abwehr und Störung des therapeutischen Prozesses“ wurde in der Unterkategorie 6.6 „Herausforderungen im therapeutischen Prozess“ subsummiert.

### 3.4.2 *Kodierung der Interviews*

Den einzelnen Sinneinheiten (Wortgruppen, Sätze und Absätze) des gesamten Textmaterials wurden unter der Verwendung der Software Atlas.ti 9 entsprechend den Unterkategorien einzelne Codes zugeordnet. Textabschnitte konnten in manchen Fällen auch mehrere Codes bekommen. Die jeweiligen Textstellen zu einer Unterkategorie wurden als Basis für die weitere zusammenfassende Ergebnisdarstellung als Excel-Tabellen abgespeichert.

Tabelle 1

*Kategoriensystem***OK 1 Diagnostische Hinweise**

- UK 1.1 Arten der Traumatisierung
- UK 1.2 Symptome der Klient\*innen zu Beginn der Psychotherapie
- UK 1.3 Therapeutische Vorgeschichte der Klient\*innen

**OK 2 Theoretischer Hintergrund der Expert\*innen**

- UK 2.1 Konzepte und Modelle der Integrativen Gestalttherapie
- UK 2.2 Psychotraumatologische Ansätze anderer Therapierichtungen
- UK 2.3 Vorstellungen der Expert\*innen zum Selbst
- UK 2.4 Vorstellungen der Expert\*innen zu den TISA und deren Entstehung

**OK 3 Einflüsse der TISA auf die Klient\*innen**

- UK 3.1 Einflüsse der TISA durch Übernahme der Gefühle der Täter\*innen
- UK 3.2 Einflüsse der TISA auf die sozialen Beziehungen
- UK 3.3 Einflüsse der TISA auf der somatischen Ebene

**OK 4 Veränderungsprozesse**

- UK 4.1 Veränderungsprozess Erkennen der TISA
- UK 4.2 Veränderungsprozess Umgang mit TISA
- UK 4.3 Veränderungsprozess Integration TISA

**OK 5 Interventionen**

- UK 5.1 Interventionen für die Regulierung des Aktivierungsniveaus
- UK 5.2 Interventionen zum Externalisieren der TISA
- UK 5.3 Interventionen, die das Erkennen der TISA unterstützen
- UK 5.4 Interventionen, die das Differenzieren der TISA unterstützen
- UK 5.5 Interventionen bei der Konfrontation mit den TISA
- UK 5.6 Interventionen auf der körperlichen Ebene
- UK 5.7 Interventionen, die die Integration der TISA unterstützen

**OK6 Therapeutische Beziehung bei der Arbeit mit TISA**

- UK 6.1 Stützende Gestaltung der therapeutischen Beziehung
- UK 6.2 Aufbau von Sicherheit, Stabilität und Vertrauen
- UK 6.3 TISA in der Beziehungsdynamik Klient\*in-Therapeut\*in
- UK 6.4 Übertragungspänomene
- UK 6.5 Umgang mit Resonanzempfindungen
- UK 6.6 Herausforderungen im therapeutischen Prozess

*Abkürzungen: OK Oberkategorie, UK Unterkategorie  
TISA Täteridentifizierte(r) Selbstanteil(e)*

## 4 Ergebnisdarstellung

*Anmerkung: Da alle Expert\*innen-Interviews im Jahr 2020 erfolgten, wird auf die Angabe der Jahreszahl bei der Zitation der Expert\*innen in diesem Kapitel verzichtet.*

### 4.1 Diagnostische Hinweise auf Traumatisierungen

#### 4.1.1 *Arten der Traumatisierungen*

Die Traumatisierungen sind anfänglich oft nicht erkennbar und treten erst im Zuge der Psychotherapie nach einem längeren Prozess in den Vordergrund. Von den Expert\*innen werden sowohl Typ-1-Monotraumata, wie Naturkatastrophen, Unfälle, Überfälle oder Schicksalsschläge, als auch komplexe Typ-2-Traumatisierungen, wie chronische Vernachlässigung, sexueller und emotionaler Missbrauch, Verlust der Eltern und frühe Beziehungstraumata, beobachtet (E1; E2; E3; E4; E6). Die traumatisierenden Kontakte erfolgen meist innerhalb der eigenen Familie oder durch andere wichtige Bezugspersonen, wie zum Beispiel Pädagog\*innen oder Seelsorger\*innen. Kriegserfahrungen, wie Folter, Flucht und Vertreibung sowie Beobachtung von Gewalttaten, finden sich ebenfalls bei den Klient\*innen (E5; E2).

#### 4.1.2 *Symptome der Klient\*innen zu Beginn der Psychotherapie*

E1 und E6 bemerken die nicht vorhandene Fähigkeit bei den Klient\*innen, sich ganzheitlich wahrzunehmen. Die zunächst vorherrschenden Symptomatiken sind, abgesehen von der PTBS, wenig spezifisch und breit gefächert. Die Expert\*innen finden uni- und bipolare Erkrankungen, Angststörungen und Panikattacken, Essstörungen, Substanzmissbrauch, aber auch Persönlichkeitsstörungen und psychotisches Erleben bei den Klient\*innen vor. Auch dissoziatives Stimmenhören, meist in Form von Abwertungen oder Beschimpfungen, wird beobachtet und kann auf das Vorhandensein von täteridentifizierten Selbstanteilen hindeuten (E1). Körperphänomene, somatoforme Störungen, Konversionsstörungen oder chronische Schmerzen sind manchmal die Ursache für den Beginn der Psychotherapie (E2; E3; E6). Extreme

Erregungszustände bei den Klient\*innen können als Hyper- oder Hypo-Arousal beobachtet werden (E1; E3).

Nach E4 ist oft gar keine ICD-10-GM-Diagnose im Vordergrund. Die Traumatisierung und die täteridentifizierten Selbstanteilen zeigen sich zum Beispiel in Beziehungsproblemen, durch wiederholende Problematiken im Job oder als Überlastungs- und Erschöpfungssyndrom. Bei manchen Klient\*innen fällt auch besonderer beruflicher Erfolg und Ehrgeiz auf (E4; E6).

#### 4.1.3 *Therapeutische Vorgeschichte der Klient\*innen*

Klient\*innen mit Typ-1-Trauma-Erfahrungen haben nach E1 meist keine Therapieerfahrung im Vorfeld. Komplex-Traumatisierte durchlaufen oft jahrelange, teilweise auch stationäre Behandlungen, die sich stabilisierend auswirken, ohne aber die traumatischen Erlebnisse durcharbeiten. Nicht selten werden gravierende Diagnosen wie zum Beispiel Borderline-Störungen im Laufe der Krankengeschichte erteilt, die jedoch eigentlich Komorbiditäten vor dem Hintergrund der Traumafolgestörung darstellen (E1; E2; E3; E4; E5; E7). E5 berichtet, dass in den letzten Jahrzehnten viele dissoziative Störungen vor allem bei jungen Patient\*innen als Schizophrenie verkannt wurden. Seither hat sich der Wissenstand bezüglich Traumafolgestörungen sehr entwickelt.

E3 berichtet von einzelnen Klient\*innen, die bereits um die Auswirkungen ihrer Traumata wissen und gezielt einen therapeutischen Folgeprozess anstreben. Nach E3, E6 und E7 bilden Frauen zwischen 20 und 40 Jahren den Schwerpunkt. E5 beobachtet, dass Traumatisierte oft sehr spät Psychotherapie in Anspruch nehmen. E2 sieht bei ihren Klient\*innen oft im Vorfeld die Erwartung, dass die Traumatisierungen und die daraus folgenden Störungen durch die Psychotherapie weggemacht werden könnten.

## **4.2 Theoretischer Hintergrund der Expert\*innen**

### **4.2.1 *Konzepte und Modelle der Integrativen Gestalttherapie***

Von allen interviewten Experten wird die Integrative Gestalttherapie als besonders gut geeignet für die Traumafolgen-Therapie und hilfreich bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen erlebt. Die Möglichkeit der Integration anderer Therapieformen, die mit den Grundsätzen der Integrativen Gestalttherapie vereinbar sind, wird besonders positiv hervorgehoben (E2). E6 und E3 sehen eine besondere Qualität in der großen Zahl der Methoden und Möglichkeiten, die die Integrative Gestalttherapie bei der Begleitung von Klient\*innen bietet.

E3 und E4 betonen die besondere Bedeutung des dialogischen Prinzipes und der Qualität der therapeutischen Beziehung, welche die Integrative Gestalttherapie auszeichnet. E4 sieht auch die Prozess-Orientiertheit der Integrativen Gestalttherapie als wesentlichen Vorteil bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen. Die Möglichkeit, in Resonanz mit den Klient\*innen zu gehen, ermöglicht es nach E3, Defizite bei den Stützfunktionen zu erspüren. Auch die differenzierte Arbeit an der Selbststützung wird positiv hervorgehoben. Mit dem Modell des Kontaktzyklus und der Kontaktunterbrechungen können traumatische Erfahrungen in die Integrative Gestalttherapie theoretisch eingebunden werden (E2, E3). Die Theorie der organismischen Selbstanpassung, im Sinne einer dysfunktionalen Anpassung, wird von E3 und E4 als hilfreich beim Verständnis der Entstehung der täteridentifizierten Selbstanteile angeführt.

Die besondere Beachtung des Kontaktgeschehens in der therapeutischen Beziehung ist nach E6 ein Vorteil der Integrativen Gestalttherapie bei der Therapie mit traumatisierten Personen. E4 betont auch die Möglichkeit des holistischen und feldorientierten Zugangs bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen. Durch die phänomenologische und existentielle Haltung gelingt es, diesen Anteilen in der Therapie zunächst einfach nur einen Raum zu geben. Eine besondere Qualität bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen sieht E5 bei dem

im Zuge der Ausbildung entwickelten Gewährsein von sich selbst. Diese sensitivierte Selbstwahrnehmung, die Therapeut\*innen mehr Sicherheit gibt, ermöglicht es unter anderem, die Klient\*innen auch bei der Bearbeitung von inneren Abgründen zu begleiten. E2 betont hierbei die basale Fähigkeit der Therapeut\*innen der Integrativen Gestalttherapie, sich von den Klient\*innen abgrenzen zu können.

E2 und E3 sehen in der erlebnisorientierten Auseinandersetzung mit Aggression und Wut, welche in der Integrativen Gestalttherapie vor allem in der Anfangszeit zentral war, eine wertvolle Methode bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen. Die Auseinandersetzung mit Selbstanteilen und Selbstaspekten ist für E1 und E3 in Form der Stuhl-Arbeit ein wesentlicher methodischer Zugang. In der typischen Arbeit mit Objekten kann mit Selbstanteilen nach E1 ideal gearbeitet werden.

E2, E6 und E7 sehen eine potentielle Schwäche der Integrativen Gestalttherapie bei zu provokativer und konfrontativer Arbeitsweise mit traumatisierten Patient\*innen, wodurch es zu Retraumatisierungen kommen kann. Auch ein zu frühes, zu intensives Einsetzen der zahlreichen Methoden kann grenzverletzend auf die Klient\*innen wirken. Für E3 besteht eine Schwäche „im undifferenzierten Betrachten des Selbst, Ich und Identitätsbegriff“ (Absatz 244). Eine präzise diagnostische Differenzierung zwischen neurotischen und strukturellen Störungen ist für die Ausrichtung der therapeutischen Intervention und Position dringend erforderlich und war in der Tradition der Integrativen Gestalttherapie nicht immer gegeben. Die Perspektive zukünftig vermehrt auf strukturelle Störungen zu richten, ist von zentraler Bedeutung.

#### 4.2.2 *Angewandte Ansätze anderer Therapierichtungen*

Psychodynamische Modelle sind nach E1 und E3 bei der Arbeit mit Traumafolgestörungen heranzuziehen und bilden historisch eine wesentliche Wurzel der Integrativen Gestalttherapie, da Fritz Perls selbst ursprünglich psychoanalytisch ausgebildet war. Fünf der sieben interviewten Expert\*innen

setzen auch andere spezifische Methoden der Traumafolgen-Therapie für die Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen ein. Das Ego-State-Modell von Watkins und Watkins (2012) und die darauf aufbauenden hypnotherapeutischen Ansätze werden als übergreifend mit dem Modell der Selbstanteile in der Integrativen Gestalttherapie gesehen. Analog dazu wird auch die strukturelle Dissoziations-Theorie (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008) mit den Persönlichkeitsanteilen ANP und EP zugeordnet. Die Theorien bezüglich der Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen auf der somatischen Ebene von Levine (1998) und Porges (2010) werden von den Expert\*innen als wertvolle Bereicherung angeführt. Imaginative Therapiemodelle wie zum Beispiel von Luise Reddemann (2017) sind eine wichtige Ergänzung (E1; E2; E3; E6; E7). E2 hebt die Bedeutung der Bindungstheorien als Grundlage für die Verinnerlichung früher Beziehungserfahrungen hervor. Als ergänzende Methoden werden auch bilaterale Stimulierung durch Augenbewegungen (E1; E3; E4; E6) oder körpertherapeutische Methoden eingesetzt (E3).

#### 4.2.3 *Vorstellungen der Expert\*innen zum Selbst*

Einigen Expert\*innen widerstrebt es, den Selbstbegriff zu definieren, da theoretische Modelle die Vorstellung vom Selbst per se einengen oder da sie sich mit solchen Modellen in der praktischen Arbeit nicht auseinandersetzen.

E3, E4 und E7 heben besonders den in ihrer Vorstellung veränderlichen, sich im Kontaktprozess permanent aktualisierenden Charakter des Selbst hervor. E3 sieht im Selbst die Möglichkeit der persönlichen Veränderung und Weiterentwicklung im Kontakt am stärksten verdeutlicht. Für E3 weist das Selbst keine Abschnitte, sondern eingebettete Anteile auf, wobei das Selbst wieder im Ich und in der Identität enthalten ist. „Und es [das Selbst] ist nicht. Man kann nicht sagen, dass es ist“ (Absatz 92). E7 sieht das Selbst am ehesten in Form von Schichten aus biographischen Erlebnissen aufgebaut. Für E7 sind konkrete Modelle des Selbst zu einengend.

Für E4 ist das Selbst auch das, „das sich aus der Situation und meiner bisherigen Erfahrung kreiert“ (Absatz 21). Innerhalb der therapeutischen Arbeit „ist der Selbstbegriff die Antwort auf die Frage, was mich jetzt ausmacht oder was dich jetzt ausmacht“ (Absatz 28). Das Selbst ist für E4 einerseits passiv nehmend und andererseits aktiv tuend. E6 hebt hervor, dass das Selbst besonders bei Patient\*innen mit komplexen Traumatisierungen „nicht als Ganzes spürbar und wahrnehmbar ist“ (Absatz 40).

#### 4.2.4 *Vorstellungen zu täteridentifizierten Selbstanteilen*

Von den Expert\*innen wird mehrfach betont, dass es sich bei der Annahme von Selbstanteilen um ein theoretisches Konstrukt handelt. Ein\*eine Expert\*in stellt fest, keine theoretischen Modelle als Hintergrund für die praktische Arbeit zu verwenden. E1, E2, E3 und E4 nennen die Introjektion bis hin zur Implantation der Persönlichkeit der Täter\*innen durch die Opfer als primäre, psychodynamische Entstehungsmodelle der täteridentifizierten Selbstanteile. „Es kommt eine Objekt-Repräsentanz in das eigene Selbst, in die eigene Selbst-Repräsentanz und wirkt so von innen auf das Selbst. Und kann es sozusagen sadistisch oder masochistisch identifiziert sich dann auch zeigen und äußern bis durchbrechen“ (E1, Absatz 35). Früheste, destruktive Beziehungs- und Bindungserfahrungen werden nach E2 als entsprechende Selbstanteile verinnerlicht. E3 betont, dass es gleichzeitig einen\*eine Täter\*in im Außen, aber auch im Inneren der Klient\*innen gibt. Für E4 sind täteridentifizierte Selbstanteile besonders verletzend und entwürdigende Zuschreibungen des\*der Täter\*in, die vom Opfer einverleibt werden und auch in Form von Vorurteilen in Erscheinung treten können.

Die Begriffe des Unverdaulichen, Unassimilierbaren und Geschluckten werden von E1 als eine gestalttherapeutische Beschreibung angeführt. Für E3 ist das Modell der Selbstanteile eine wesentliche Grundlage der Gestalttherapie, die zum Beispiel auch bei der Stuhl-Arbeit ihre methodische Anwendung findet. Die Entstehung der täteridentifizierten Selbstanteilen und anderer Selbstanteile kann nach E3 als eine Anpassung an die Umwelt im Sinne der Organismus-Theorie

gesehen werden. E3 kann sich Selbstanteile immer nur „eingebettet in ein Selbst, in ein Ich und in die Identität“ (Absatz 92), aber nicht losgelöst, vorstellen. E2 hebt hervor, dass das Modell der Selbstanteile für sie hilfreich ist, um widersprüchliche und auch destruktive Seiten der Persönlichkeit zu benennen. Täteridentifizierte Selbstanteile wirken auf die Klient\*innen oft irritierend und als etwas Fremdes, das vom Gegenüber aufgenommen wurde.

Für E7 ist das Modell von abgespaltenen Selbstanteilen zu aggressiv, sie bevorzugt die Vorstellung von Schichten und biographischen Erfahrungen. Für E7 ist es eher eine Frage der Verfügbarkeit im Vordergrund oder Wirken im Hintergrund. Diese Vorstellungen sind jedoch im Wandel und daher wird von E7 generell kein Modell bevorzugt.

Manche der Expert\*innen haben neben den kognitiven Vorstellungen auch plastische Bilder, wie zum Beispiel E4: „Aber auch irgendwas Krakiges. Mit so Saugnäpfen und, oder so schlitzig und etwas Medusenartiges“ (Absatz 138) und auch „Eine Feuerkugel mit einem schwarzen Kern“ (Absatz 136). E2 erzählt von einem Bild, das sie von Fritz Morgenthaler, einem Psychoanalytiker, übernommen hat: „Ein Mensch der irgendwann an einem gedeckten Tisch gesessen ist und an diesem Tisch wurde irgendwo so gewütet. Und dass das so spürbar ist“ (Absatz 28).

### **4.3 Einflüsse der täteridentifizierten Selbstanteile**

#### **4.3.1 *Übernahme der Gefühle der Täter\*innen***

E1 betont die besondere Belastung, die durch die Übernahme der Empfindungen des\*der Täter\*in dem Opfer aufgebürdet wird. Diese im Zuge der traumatischen Begegnung einverleibten Emotionen sind tief in der Persönlichkeit verankert. „Ein Kind zum Beispiel introjiziert ja nicht nur, was geschehen ist, sondern auch die Gefühle des Täters. Und das ist die besonders harte Sache. Auch noch zu fühlen, wie der Erwachsene fühlt, während er so handelt“ (Absatz 110). Schamgefühle gegenüber den kindlichen Selbstanteilen und drückende Schuldgefühle können intrusiv von den Klient\*innen als Reaktion auf den Kontakt

mit dem\*der Täter\*in auftreten. Klient\*innen leiden auch unter einem unvermittelten Wechseln in einen anderen Egostate, wodurch es zu spontanen, unkontrollierten Verhaltensänderungen kommen kann.

E2, E3 und E6 erleben bei ihren Klient\*innen, dass innere Stimmen oder Gedanken, die meistens in der Du-Form laut werden, die ehemaligen negativen Zuschreibungen des\*der Täter\*in wiederholen und auch noch heute streng und abwertend auf die Opfer einwirken. Auch die Entwicklung des eigenen Selbstwertes wird von diesen Stimmen unterdrückt. E3 beschreibt ihre Beobachtung bei einer Klientin, die von ihrem Vater immer wieder abgewertet wurde: „Und das ist auch schon etwas, was verinnerlicht ist. Und was auffällt. Dieses Objekt, dieses Selbst. Und dieses da drüben ist jemand, der das zu mir gesagt hat und ich finde es in mir wieder“ (Absatz 142).

E3 und E4 berichten auch von auftauchenden Gefühlen des Alleinseins, der Aussichtslosigkeit, der Kälte und Lieblosigkeit, die besonders bei frühkindlichen Traumatisierungen von den Klient\*innen erlebt werden. E7 bemerkt bei ihren Klient\*innen eher im Hintergrund wirkende täteridentifizierte Selbstanteile: „Für die meisten ist es so subtil, dass sie es nicht merken. Es zieht sie einfach rüber. Sie fühlen sich schwach, sie fühlen sich depressiv, sie sagen: ‚Ich kann jetzt nicht mehr.‘ Und: ‚Ich hatte so schlechte Tage‘“ (Absatz 116). Gängige Bezeichnungen wie „der innere Richter, der innere Verfolger“ (Absatz 124) findet E7 irreführend, da dadurch eine fälschliche Personifizierung der inneren Anteile hergestellt wird. Die täteridentifizierten Selbstanteile können auch der Ausgangspunkt von extremem Ehrgeiz sein, da man dem\*der Täter\*in zeigen möchte, dass man trotz der Misshandlungen Erfolg haben kann. Die Motivation dabei ist gekennzeichnet von einem Satz wie: „‚Ich muss da durch.‘ Das ist nicht getragen von einem ‚Ich kann das‘“ (Absatz 36). Und die Gefühlslage ist geprägt durch einen Gedanken wie: „‚Es darf niemand merken, wie schlecht es mir geht‘“ (Absatz 36).

E5 findet einen Ausdruck der täteridentifizierten Selbstanteile auch im tiefverwurzelten, hartnäckigen Verleugnen und Verharmlosen der Tat selbst.

Eigene Interessen, welche vielleicht auch mitbefriedigt wurden, werden überbewertet und bilden die Basis für mit dem\*der Täter\*in konforme Erklärungsversuche des Übergriffs. Die Übernahme der Zerstörungswünsche des\*der Täter\*in kann im Opfer später zu einer „Vernichtungsgefühlslage“ (Absatz 62) führen, stellt E2 dar. Diese innere Empfindung, dass eine Bezugsperson einen selbst töten will, kann bis hin zu suizidalen Tendenzen im Jetzt führen. Auch von den Eltern in Erwägung gezogene oder misslungene Abtreibungen können die Emotion, nicht leben zu sollen, hervorrufen. E3 beobachtet analog dazu bei einem\*einer Klient\*in den Ausdruck eines Gefühls, dass im Inneren etwas zu Bruch gehe. Auch die Einverleibung von Kriegshandlungen und politischen Verfolgungen können nach E2 eine spezielle Form der täteridentifizierten Selbstanteile darstellen.

#### 4.3.2 ***Einflüsse auf die sozialen Beziehungen***

E4 beobachtet bei ihren Patient\*innen ein tendenziell feindseliges Erleben der sozialen Umwelt, beeinflusst durch die täteridentifizierten Selbstanteile. Eine durchgehende, defensive Grundhaltung oder auch Anspannung und Zorn den Mitmenschen gegenüber können in Folge daraus entstehen. Negative, innere Vorannahmen bezüglich der zwischenmenschlichen Begegnungen können zu Fehlinterpretationen, Konflikten und endlich Kontaktvermeidung führen. Die Beeinträchtigung der Fähigkeit zu Mentalisierung und Empathie in zwischenmenschlichen Begegnungen durch die täteridentifizierten Selbstanteile wird ebenfalls beobachtet. E2 sieht bei ihren Klient\*innen störende Einflüsse besonders in Liebesbeziehungen: „Da starten, sobald die sich näher einlassen, richtige Attacken aus dem Inneren, die in die Beziehung ausgelagert werden müssen. Sie muss dann irgendetwas an ihrem Freund suchen, finden, was schrecklich ist. Damit das auch eine Realität erfährt“ (Absatz 36). Täteridentifizierte Selbstanteile in Form von destruktiven Impulsen beginnen, anfänglich positiv erlebte Paarbeziehungen sukzessive zu zerstören. Durch die intensive Nähe wird ein starkes Gefühl einer bedrohlichen Einengung, die keine objektive, einführende Einschätzung des Gegenübers zulässt, erzeugt. Ein Ausweichen dieser Dynamik

kann oft nur durch Beendigung der Beziehung, bevor noch eine tiefere Bindung an den\*die Partner\*in entsteht, erfolgen. In der Paartherapie werden die die Beziehung attackierenden Selbstanteile besonders gut erlebbar.

E1 berichtet von dem emotionalen Missbrauch einer Mutter, deren erwachsener Sohn immer noch so sehr mit ihr identifiziert ist, dass er den sich an seinem Kind wiederholenden emotionalen Missbrauch durch dieselbe Täterin nicht erkennt. Lieber werden in diesem Fall das Wohl der Familie und der eigenen Ehe riskiert, bevor die Identifikation und der Kontakt zur Mutter aufgegeben werden. E7 sieht besondere Schwierigkeiten, wenn der\*die Täter\*in aus dem Familienkreis kommt und eine Auflösung der Identifikation dem Entfernen von der Familie gleichkommt. Der an sich konstruktive und basale Wunsch, die Familie zu erhalten, verbündet sich dann zusätzlich mit den täteridentifizierten Selbstanteilen und verhindert die notwendige Distanzierung von dem\*der Täter\*in.

E5 berichtet von einem Fall aus der Täter\*innen-Arbeit, bei dem das frühere Opfer später selbst zum\*zur Täter\*in wurde und so das Missbrauchserlebnis innerhalb einer Beziehung zwischen einem Erwachsenen und einem Kind weitergegeben wurde. Das Erkennen der täteridentifizierten Selbstanteile wurde erschwert durch das damit einhergehende Zugeständnis der eigenen Täterschaft. E5 erkennt bei der Arbeit mit den Täter\*innen in dieser generationalen Abfolge auch eine gewisse Hilflosigkeit.

Täteridentifizierte Selbstanteile wirken sich nach E6 auch in der sensiblen Phase der Partner\*innensuche durch innere Abwertung aus. Sie berichtet von einem jungen, homosexuellen Klienten, der sich im Internetkontakt aus einem emotionalen Druck heraus immer als Frau ausgeben musste. Ein Aufbau einer Beziehung in der Realität war für diesen Mann ursprünglich überfordernd und zu schambesetzt.

### **4.3.3 Einflüsse auf der somatischen Ebene**

E7 beobachtet bei ihren Klient\*innen als körperliche Reaktion auf erlittene Traumatisierung das spätere Auftreten von somatoformen Störungen.. Körperliche Empfindungen als Reaktion auf Traumata können nach E1 Hyper- oder Hypoarousal beziehungsweise Mobilisation und Immobilisation umfassen. E2 sieht Klient\*innen, die ihre traumatischen Erlebnisse kognitiv erfassen können, aber trotzdem von scheinbar unabhängigen Körpererlebnissen gepeinigt werden. Der Bezug zum traumatischen Erlebnis und auch zu den täteridentifizierten Selbstanteilen stellt dabei spezielle Auslöser-Reize dar. Therapeutisch sind diese körperlichen Missempfindungen nach E2 sehr herausfordernd. Sehr früh im Leben erlittene Traumatisierungen führen, wie E3 berichtet, dazu, dass es überhaupt kein Bild und keine Worte zur Szene gibt. Die Konkretisierung des Erlebten im Heute erfolgt dann fast ausschließlich über Körpersensationen. E1 beobachtet bei den Klient\*innen ein sich selbst nicht physisch spüren und erfassen können, wobei dies hin zu einem Gefühl von nicht wirklich bei sich zu sein führen kann. Diese Zustände können auf die Klient\*innen verunsichernd und ungeordnet wirken. E6 beschreibt in diesem Zusammenhang bei ihren Klient\*innen die Wahrnehmung einer „körperlichen Abspaltung. Wenn man sich selber nicht mehr spürt“ (Absatz 42). Das Nachfragen bezüglich des Körpererlebens ist für sie während des gesamten Therapieprozesses bedeutsam. Bei einer angeführten Klientin können Aggressionen nicht emotional empfunden werden, aber werden durch übertriebene Gestik, in der sich die täteridentifizierten Selbstanteile ausdrücken, dargestellt. „Wenn ich wütend bin und gleichzeitig mache ich solche Bewegungen und tue mir vielleicht auch weh“ (Absatz 50).

## **4.4 Veränderungsprozesse im Zuge der Psychotherapie**

### **4.4.1 Erkennen der täteridentifizierten Selbstanteile**

Das innerpsychische Erkennen der täteridentifizierten Selbstanteile durch die Klient\*innen wird von allen interviewten Expert\*innen als wesentlicher Fortschritt in der Psychotherapie angesehen (E1-7).

Da habe ich so den Eindruck, das ist ja ein Stück weit schon ein großer Schritt für sich, für sich sagen zu können, das ist ein Teil von mir, der eigentlich auch nicht von mir kommt. So. Also so dieses ein bisschen distanzieren können und ein bisschen nach außen hinzulegen. (E5, Absatz 88)

Anfänglich wird beobachtet, dass eine innerpsychische Differenzierung der im traumatischen Kontext übernommen Anteile durch die Klient\*innen nicht möglich ist (E7). Eine Unterscheidung zwischen Opfer- und Täter\*in-Anteilen erfolgt nicht oder nicht ausreichend (E5).

E7 geht von einem impliziten Wissen der Klient\*innen aus, welches sozusagen den Keim für die weitere Bearbeitung bildet. Im Zuge des Erkennens wird die oft seit Kindheit bestehende Identifikation mit den Täter\*innen-Anteilen langsam gelockert. Zum Beispiel kann von der Bagatellisierung der Tragweite der Tat (E6) als Übernahme einer Täter\*in-Sichtweise im Zuge des Erkenntnisprozesses Abstand genommen werden. Ebenso werden jetzt zerstörerische Selbstzuschreibungen als ursprünglich zum\*zur Täter\*in gehörig erkannt oder zumindest in Frage gestellt (E4). Die Therapeut\*innen berichten im Verlauf des Erkennens der täteridentifizierten Selbstanteile von einer Änderung der Selbstwahrnehmung der Klient\*innen. Oftmals kann das eigene Leid an diesem Punkt erstmals in den Vordergrund treten. Klient\*innen kommen in dieser sensiblen Phase mit bisher unbekanntem Empfindungen bezüglich der eigenen Person in Kontakt.

Der Ablauf dieses Prozesses wird als zäh und langwierig von den Expert\*innen charakterisiert. Die im Inneren gleichsam eingewachsenen Täter\*in-Imitate können nur in kleinen Schritten entdeckt und vorsichtig von den Klient\*innen als solche freigelegt und benannt werden (E5, E7). Das Erkennen eines Täter\*innen-Anteiles kann auch spontan, wie eine Expertin darstellt, in der

Arbeit im Hier und Jetzt erfolgen. Diese Momente haben dann den Charakter einer besonderen Klarheit und Einsicht (E4).

Im Zuge des allmählichen Einsetzens der Fähigkeit, die täteridentifizierten Selbstanteile benennen zu können, wird auch der Blick auf die opferidentifizierten Selbstanteile frei. Durch das Wissen der Klient\*innen über diese Anteile wird es möglich, diese immer wieder innerlich aufzusuchen und zu versorgen. Die Selbstfürsorge kann wieder in den Fluss kommen (E1; E4). Das Erkennen der täteridentifizierten Selbstanteile kann für manche Klient\*innen hinsichtlich der therapeutischen Bearbeitung schon den Abschluss bilden, wenn zum Beispiel eine weiterführende Bearbeitung zu konfrontativ empfunden wird. In diesen Fällen ist durch die Möglichkeit des Zuordnens der schon so lange bestehenden Selbstanteile eine wertvolle und entscheidende neue Orientierung gegeben (E5).

#### **4.4.2 *Umgang mit täteridentifizierten Selbstanteilen***

Nachdem von den Klient\*innen die täteridentifizierten Selbstanteile erkannt werden können, wird von den Expert\*innen als darauf folgende Veränderung die Kontrolle über diese angegeben.

Nach E5 wirken die täteridentifizierten Selbstanteile nun nicht mehr nur im Hintergrund, sondern können bewusst an einem sicheren Ort belassen werden. Es besteht hernach auch die Möglichkeit, diesen aktiv aufzusuchen, um sich immer wieder auseinanderzusetzen. „So diese Handlungsfähigkeit [ein] Stück weit für mich zu entdecken. Ja. Das macht nicht nur was mit mir, sondern ich kann das auch, ich kann auch was mit dem machen“ (Absatz 150). Die wiedergewonnene Autonomie erweitert den Handlungsradius der Klient\*innen. Durch die Kontrolle über die täteridentifizierten Selbstanteile wird das Selbst stabilisiert und dadurch weniger zerbrechlich und belastet. Der Zugang zu den eigenen Ressourcen, wie zum Beispiel die Freude am Dasein oder die berufliche Arbeitsfähigkeit, wird jetzt wieder ermöglicht (E6). E1 merkt auch die nunmehr erworbene Fähigkeit der Klient\*innen an, nach Rückschlägen wieder schneller an positive Selbstanteile anknüpfen zu können. Durch die Beherrschung der täteridentifizierten

Selbsteile gelangen die Klient\*innen in die Lage, sich selbst verstärkt wahrnehmen zu können.

Die Beziehung zu sich selber ist durch mehr Anteilnahme geprägt. Die Täter\*innen-Zuschreibungen können abgelegt werden, wodurch das Spüren der eigenen Befindlichkeit in den Vordergrund tritt. In der Partnerschaft können die Klient\*innen verstärkt in konstante Beziehung treten, da diese nicht mehr behindert wird (E4). Mehrere Expert\*innen (E1; E2; E4; E5) betonen den Einfluss der täteridentifizierten Selbsteile auf die zwischenmenschliche Beziehungsfähigkeit. Durch die Distanzierung und Abgrenzung von diesen Selbsteilen ist es möglich, Konflikte kontrolliert zu erleben und dabei auch die positiven Anteile beim Partner zu sehen. Es gelingt den Klient\*innen jetzt besser, sich auf die Gefühlswelt des anderen einzustellen. Durch die verbesserte Selbstregulation entspannen sich auch die Beziehungen im familiären Kontext. „Ja. Eine gute Beziehung zu führen und eine glückliche Familie zu sein und es fein zu haben“ (E1, Absatz 114).

E1 und E5 beobachten, dass speziell toxische Beziehungsformen jetzt besser erkannt werden und eine Loslösung erfolgen kann. „Also ein Behandlungsziel wäre, also wirklich durch das Erfassen dieser Situation eine klare Haltung einnehmen zu können. Ein klares Nein einnehmen zu können und sich gut dabei zu fühlen“ (E1, Abs. 113). Auch wenn der Kontakt zu Täter\*innen, wie in einem Fallbeispiel von E1 erläutert, oft lebenslang nicht vermieden werden kann, besteht jetzt die Möglichkeit, den\*die Täter\*in besser zu erkennen. Die Verführungen werden als solche wahrgenommen und zurückgewiesen. Eigene Familienmitglieder werden nicht mehr aus der übernommenen Täter\*in-Perspektive gesehen und können so besser geschützt werden. Die täteridentifizierten Selbsteile können nicht mehr dominant das Selbst beherrschen, sondern von den Klient\*innen kontrolliert werden.

Laut E1 sind Klient\*innen nun in der Lage, spezielle Situationen, in denen die täteridentifizierten Selbsteile aktiviert werden, zu erkennen. Im Alltag

bedeutet das, dass eine neue Regulationsfähigkeit erworben wurde. Die täteridentifizierten Selbstanteile können nicht mehr ungehindert aus dem emotionalen Hintergrund durchbrechen und die Persönlichkeit in dieser heiklen Lage dominieren.

#### 4.4.3 *Integration der täteridentifizierten Selbstanteile*

Durch die weitere Beschäftigung mit den täteridentifizierten Selbstanteilen in der Therapie können diese in die Persönlichkeit der Klient\*innen integriert werden. Ziel ist es hierbei, möglichst alle Selbstanteile, also Erwachsenen- und Kind-Anteile sowie Trauma-bezogene Anteile, bei dieser Veränderung miteinzubeziehen. Nach E3 kommen die täteridentifizierten Selbstanteile allmählich in die Lage, mit den anderen Selbstanteilen zu interagieren, ohne dabei übermächtig oder hart und streng zu sein. Auch E1, E3 und E5 betonen die jetzt erlangte Kommunikationsfähigkeit aller Selbstanteile als wesentlichste innerpsychische Veränderung der Klient\*innen im Sinne einer Integrationsleistung. „Also für mich ist das Hauptsächliche die Integration, dass möglichst jeder mit jedem in eine Form von Dialog kommen kann. Es müssen sich nicht alle lieben, aber zumindestens zuhören“ (E1, Absatz 126). Nach E5 wird es, aus organischer Sicht betrachtet, den Klient\*innen ermöglicht, die täteridentifizierten Selbstanteile zumindest teilweise zu verdauen. Im Zuge dieser Vereinigung der Selbstanteile kann nach E2 auch das Spüren von Trauer und Schmerz bezüglich der traumatischen Erfahrung ermöglicht werden und als integratives Ziel gesehen werden.

Die täteridentifizierten Selbstanteile können zukünftig eine neue Aufgabe im Selbstsystem erhalten. Nach E1 könnte dies zum Beispiel das Erkennen von potentiellen, realen Gefahren sein oder ein Hinweis auf die Notwendigkeit, sich im Kontakt abzugrenzen. Laut den Expert\*innen ist es für die Klient\*innen nun möglich, diesen Anteilen eine neue Funktion in ihrem Dasein zuzuordnen:

Und damit leben, ohne sich selbst abzuwerten. Und es auch als was zu sehen, ich meine, so schlimm das vielleicht war, aber es ist auch etwas, ein Wissen, das ich auch habe dadurch. Ich habe dadurch eine Erfahrung, die sehr speziell ist und die da und dort vielleicht für andere Menschen hilfreich sein kann.

(E1, Absatz 104)

## **4.5 Interventionen der Expert\*innen**

### **4.5.1 *Regulierung des Aktivierungsniveaus***

E1 erkennt durch die Art des Augenkontaktes, dem Minenspiel und die Gesten des\*der Klient\*in den Grad des Entspannungsniveaus. Die Bearbeitung traumatischer Erlebnisse ist erst möglich, wenn ein sichererer Rahmen gegeben ist. E1 bezieht sich dabei auf Stephen Porges, der betont, dass für integrierendes Arbeiten in der Traumafolgen-Therapie eine maximale oder zumindest durchschnittliche Entspannung des\*der Klient\*in erforderlich ist. Auch bei sehr belastend erlebten Ereignissen kann man mittels Brainspotting den ventralen Vagus aktivieren und so eine Entspannung herbeiführen. „Dass die belastenden Affekte und Gefühle mehr im Hintergrund sind. Beziehungsweise abnehmen. Das Belastungsgefühl abnimmt und dafür mehr Entspannung und auch Ressourcen wieder erlebbar werden“ (Absatz 8). Klient\*innen können in der Therapie lernen, ihre Entspannungs- und Belastungspunkte mit den Augen selbst aufzusuchen und gegebenenfalls diese Methode auch zu Hause einsetzen. Auch Atemtechniken, wie eine bewusste Verlängerung der Ausatemungsphase, wirken beruhigend. In der Entspannung kann der\*die Klient\*in den täteridentifizierten Selbstanteilen stabiler begegnen und der Boden für neue neuronale Bahnungen ist dadurch gegeben. Rhythmisches Klopfen mit Händen oder Füßen ist eine einfach auszuführende Technik zur Spannungsregulation.

Die mehr oder weniger intensive Anwendung von bilateralen Techniken wie EMDR oder Brainspotting wird von E1, E3, E4 und E6 angegeben und erfolgt sowohl vorbereitend als auch begleitend im Prozess. „Für Momente anfangen,

ruhiger zu werden. Wie ein bisschen eine innere, äußere Balance [im] Kontakt, in der Begegnung. Und durch dieses Raum kriegen für die Geschichte“ (E3, Absatz 2). E3 betont auch die Gemeinsamkeit, in der der\*die Klient\*in und der\*die Therapeut\*in den Entspannungsprozess durch selbstregulierende Techniken erleben können. Dadurch gelingt es beiden bei der Durcharbeitung belastender Situationen ihr jeweiliges Aktivierungsniveau in einem guten Maß zu halten. Imaginative Techniken wie der „Sichere Ort“ oder die „Tresorübung“ nach Reddemann (2017) werden von den Expert\*innen (E1; E2; E3; E5) an verschiedenen Punkten des therapeutischen Prozesses eingesetzt, um zumindest temporär ein Hyperarousal bei dem\*der Klient\*in zu reduzieren.

#### 4.5.2 ***Externalisieren der täteridentifizierten Selbstanteile***

Die Möglichkeit, innere Anteile mit verschiedenen Methoden in den realen Außenraum zu bringen, wird von den meisten interviewten Expert\*innen als basale Methode beschrieben. „Also was ich dann durchaus mache, ist, mit Symbolen zu arbeiten wie Stein[en] und Holzklötzchen und einmal durch die Externalisierung eine Erleichterung zu verschaffen und Ent-Ängstigung, dass man das einmal im Außen sieht, den Anteil“ (E1, Absatz 60). Mit den Symbolen können verschiedene Tätigkeiten erprobt werden, wie zum Beispiel die räumliche Disposition oder das gänzliche Entfernen des Gegenstandes. Auch der Kontakt mit dem Symbol kann durch An- und Wegschauen oder Berühren intensiviert oder reduziert werden, wobei der Fokus auf die dabei entstehende Gefühlswahrnehmung des\*der Klient\*in gerichtet wird. E1, E2 und E3 bieten den Klient\*innen an, Szenen und Emotionen durch Malen oder Zeichnen darzustellen. Die neuronalen Netzwerke der Selbstanteile können sich so in den Farben oder in Details der Bilder abbilden. Besonders mit vorsprachlichen oder unbewussten Inhalten kann über diese Form der Externalisierung besser in Kontakt gekommen werden als bei der Symbolarbeit. Eine Beschreibung der Bilder der dabei entstehenden Gefühle kann weiterführend durch den\*die Klient\*in erfolgen, wobei hier auf die spezielle Belastung durch die Inhalte zu achten ist. Distanzierung kann nach E2 auch durch das Aufschreiben von Sätzen, die auch introjizierte

Wörter des\*der Täter\*in enthalten können, zusätzlich zur zeichnerischen Darstellung erfolgen.

Szenisches Arbeiten, als Kombination der Symbole und dem Aufstellungsbrett oder auch im Großen durch Stühle im Raum, schafft neben der Distanzierung von den täteridentifizierten Selbstanteilen auch eine neue Perspektive und Handlungsmöglichkeit für den\*die Klient\*in. Auch positive Selbstanteile können hierbei als wertvolle Ressource erkennbar und genützt werden (E1; E5; E6).

Imaginative Techniken wie das „Schurkenschrumpfen“, also der\*die in der Vorstellung abgerufene Täter\*in, der\*die in dieser Übung immer weiter bis zum Verschwinden verkleinert wird, oder die „Tresorübung“ ermöglichen dem\*der Klient\*in eine erste Form der Desidentifikation. Zu beachten ist hierbei, dass diese Form des imaginativen Arbeitens speziell bei schwer traumatisierten Klient\*innen überfordernd wirken oder nicht angenommen werden kann (E2). Das von Innen nach Außen Treten der täteridentifizierten Selbstanteile kann im Vergleich mit der Nahrungsaufnahme auch als Ausspucken gesehen werden. Es bildet die Basis für zukünftiges Arbeiten mit diesen Anteilen (E1; E4).

#### 4.5.3 *Differenzieren der täteridentifizierten Selbstanteile*

Der Verlauf des Erkennens der täteridentifizierten Selbstanteile innerhalb des therapeutischen Prozesses ist meist langwierig und erfordert von beiden Seiten viel Geduld. Da die Identifikation des\*der Klient\*in mit den Eigenschaften und Handlungen des\*der Täter\*in oft schon seit langer Zeit besteht, muss die Bewusstwerdung immer wieder von dem\*der Therapeut\*in von außen unterstützt werden (E5, E7).

E1 regt den\*die Klient\*in an, sich erstmals gegen die Identifikation zu widersetzen und „als Ich-Selbst-Fremdes“ zu erkennen und zu den übernommenen Zuschreibungen „Nein zu sagen“ (Absatz 112). E3 unterstützt diesen Vorgang der Desidentifikation, indem sie dem\*der Klient\*in hilft, den

täteridentifizierten Selbstanteilen eine Gestalt zu geben, zum Beispiel durch das sprachliche Ausformulieren von treffenden Sätzen und dem Begreifen, „ ... dass es von irgendwo kommt. Also von außen kommt. Und dass das ein riesengroßer Schutz war, ist, dass ich mich mit dem Täter identifiziert habe“ (Absatz 176). Für den\*die Klient\*in ist es ein großes, aber sehr zentrales Wagnis, zu erkennen, dass es da Täter\*innen im Außen, aber auch Anteile der Täter\*innen im eigenen Inneren des Selbst gibt. E4 erforscht phänomenologisch im Hier und Jetzt gemeinsam mit dem\*der Klient\*in die momentane Situation und fördert das Gewahrksam auch bezüglich der Vorgänge in der therapeutischen Beziehung, wodurch ein Konnex zur traumatischen Erfahrung und den täteridentifizierten Selbstanteilen oft spontan hergestellt werden kann.

E2, E5 und E6 sehen als vorrangiges Ziel das Ermöglichen der Unterscheidung der fremden und unbewusst aufgenommenen Anteile des\*der Täter\*in. Täteridentifizierte Selbstanteile können schon sehr eng und auch schon sehr lange mit den eigenen Anteilen verwoben sein können. In diesem Sinn sieht E4 auch einen Identität-erzeugenden Charakter, der im Hintergrund wirkt: „Es macht mich aus, dass ich zu nichts tauge“ (Absatz 98). Durch einmaliges Externalisieren könne man diesen Hintergrund nicht löschen, sondern es bedarf einer längeren, differenzierten Beschäftigung und Auseinandersetzung damit mittels alternativer, experimentaler Erfahrungen innerhalb der Therapie. Ein neuer Blickwinkel mit den heutigen und durch die Therapie erweiterten Möglichkeiten des\*der Klient\*in zur differenzierten Betrachtung macht eventuell das im übertragenen Sinn Ausspucken und den damit verbundenen gänzlichen Verlust der täteridentifizierten Selbstanteile nicht mehr notwendig.

E1 sieht in einer mehrseitigen Betrachtung der täteridentifizierten Selbstanteile die Chance, vielleicht noch andere als nur destruktive Aspekte darin zu sehen. Dadurch kann der therapeutische Prozess, der möglicherweise unterbrochen wurde, weitergeführt werden. E3 sieht eine Unterstützung dieses

Differenzierungsprozesses innerhalb der kreativen Medien in der Weiterbearbeitung und Vertiefung der Artefakte durch den\*die Klient\*in.

E5 beschreibt die Komplexität dieses Vorganges anhand eines Fallbeispiels: „Zu unterscheiden von eine[m] kindlichen Interesse oder vorpubertären Interesse an Sexualität und Interessen von Erwachsenen in Bezug auf Sexualität, ... dran zu rütteln an diesem täteridentifizierten Selbstanteil. Da war wenig Unterscheidung für ihn möglich, zwischen ihm und dem Täter“ (Absatz 80). Wenn der\*die Klient\*in die Fähigkeit erlangt, die als gut erlebten Anteile zu erkennen, zum Beispiel als Kind von dem\*der Täter\*in auch angenommen worden zu sein, wird es oft erst möglich, dass die negativen Täter\*in-Anteile zum Vorschein kommen können. Die Unterscheidung zwischen verschiedenen erlebten Teilen der traumatisierenden Beziehung schafft die Basis für die weitere Differenzierung. „Wenn das so eng verwoben ist, dann ist das ja auch Stück weit sich selbst so gänzlich ausschließen müssen“ (Absatz 102). Innerhalb der täteridentifizierten Selbstanteile gibt es auch positive oder zwischen Gut und Böse liegende Anteile, die erkannt und nicht ausgegrenzt werden sollten.

#### 4.5.4 ***Konfrontation mit täteridentifizierten Selbstanteilen***

Die meisten interviewten Expert\*innen geben an, bei der Konfrontation zunächst vorrangig auf die Vermeidung einer möglichen Gefühlsüberflutung bis hin zu Retraumatisierungen bei den Klient\*innen zu achten. Konfrontationen mit inneren Täter\*innen-Repräsentanzen im Speziellen sollten erst nach Stabilisierung und Aufbau einer sicheren und tragfähigen, therapeutischen Beziehung erfolgen (E1; E2; E3; E4; E6; E7). „Dass ich mir da so lange Zeit lasse gerade bei Traumatisierten. Die sind vielleicht sehr schnell bereit, wo mitzumachen. Gehen da über eine Grenze drüber. Dann wäre es eigentlich kontraproduktiv“ (E6, Absatz 128).

E3 betont die Rolle anderer Selbstanteile, die durch die Konfrontation mit den täteridentifizierten Selbstanteilen verunsichert werden können, wodurch der Kontakt zu diesen Selbstanteilen verloren gehen kann. In Anlehnung an Peter

Levine wendet E3, um die Belastung in Grenzen zu halten, ein besonderes, kleinschrittiges Konfrontieren an, ähnlich dem Titrieren bei chemischen Analysen. E1 achtet besonders auf sich abzeichnende, dysfunktionale Erschütterungen und hält die Verweildauer der Klient\*innen in der Konfrontation möglichst kurz. Die Exposition wird nicht aktiv evoziert, sondern erst, wenn die täteridentifizierten Selbstanteile im Verlauf des Prozesses in den Vordergrund treten, erforderlich. Hierbei wird von E1 bewusst wenig tiefend, aber umso mehr einordnend vorgegangen. Nach E6 bedingt die im Zuge der Traumafolgen-Therapie bei entsprechender Stabilität des\*der Klient\*in wichtige Konfrontation auch eine intensive Auseinandersetzung mit den traumatisierenden biographischen Erlebnissen.

Der ursprüngliche, konfrontative Stil der Gestalttherapie hat nach E2 zu wenig die individuellen Belastungsgrenzen der Klient\*innen berücksichtigt und damit durch grenzüberschreitendes Intervenieren bis hin zu Retraumatisierung geführt. E2 und E3 sprechen im Zusammenhang mit der Konfrontation dem Spüren und Empfinden von Wut und Aggression gegenüber dem\*der Täter\*in große Bedeutung zu, jedoch ist bei gefühlsevozierenden Interaktionen immer der jeweilige Toleranzbereich der Klient\*innen maßgeblich. Eine ehemalige Aufgabe der täteridentifizierten Selbstanteile kann die Unterdrückung aggressiver Emotionen gewesen sein und erst in der therapeutischen Konfrontation mit den traumatisierenden Erlebnissen können diese Gefühle möglicherweise zum ersten Mal wieder erlebt werden. „Und ich habe mehr Raum für die Aggression. Die Augen drücken den Hass aus und ich als Therapeutin bin gegenüber und sage: ‚Ich halte das aus.‘ Ich bin da. Ich halte das aus“ (E3, Absatz 216).

E1, E3, E4, E6 und E7 geben an, dass sie in der Konfrontationsphase, wenn ausreichend Stabilität und Sicherheit gegeben sind, dialogische und szenische Arbeiten einsetzen. Hierbei spielt die Arbeit mit dem leeren Stuhl in verschiedenen Varianten eine wesentliche Rolle, oft vorbereitend oder ausschließlich narrativ in

Form von Phantasie-Dialogen. Nach E1 soll es in der Regel nicht zum Rollentausch kommen.

Techniken wie Brainspotting oder Braingazing werden dabei begleitend oder auch erlebnisvertiefend von E1 und E3 angeboten. „Über Brainspotting oder, dass man wirklich dort hingeht. Immer in dem Wissen: Ich bin im Hier und Jetzt. Da braucht es den Täter-Sessel. Da braucht es die Mittäterin. Also so ein Stück in dieser Szene klar zu kriegen“ (E3, Absatz 268).

E3 sieht in der Stuhl-Arbeit für den\*die Klient\*in die Möglichkeit der Orientierung und auch des Erkennens, dass es im Gegenüber einen\*eine Täter\*in gibt. Ablehnung und Zurückweisung gegenüber dem\*der Täter\*in auszudrücken, kann erprobt werden. E4 übernimmt stellenweise die Rolle der täteridentifizierten Selbstanteile, indem er hinter den Klient\*innen steht und abwertende Zuschreibungen in der Du-Form ausspricht. Dabei wird nachgespürt, welche Gefühle oder Handlungsimpulse entstehen. Aus der Empfindung heraus, was ihm in so einer ausgelieferten Situation helfen würde, stellt E4 sich auch zwischen die beiden Positionen, bietet Schutz an und weist den\*die Täter\*in zurecht.

E7 sieht die besondere Qualität im vorsichtigen und differenzierten Umgang mit konfrontativen Interventionen. „Narrative Exposition“ (Absatz 142) kann sich zunächst an die Therapeut\*innen richten und wenn der Impuls bei dem\*der Klient\*in auftaucht, auch direkt an den\*die Täter\*in. „Dann können wir ihn auch einmal herholen mit fünf Unterbrechungen in jedem Satz, weil es so aufregend ist. Manchmal muss ich daneben sitzen“ (Absatz 148). Die Stuhl-Arbeit nicht zu früh und exponierend einzusetzen ist der Appell an beginnende Kolleg\*innen. „Die Idee der Sesselarbeit ist ja nicht unbedingt, dass ein Sessel dasteht, sondern dass man ein Gegenüber hat. Dieses Gegenüber kann ein Gedachtes, ein Gefühltes, eine Zeichnung auf dem Tisch sein. Kann meine Hand sein, der das erzählt wird“ (Absatz 152).

#### 4.5.5 *Interventionen auf der körperlichen Ebene*

E1 stellt dar, dass eine Veränderung der Körperhaltung des\*der Klient\*in hin zu einer angenehm empfundenen Position während der Therapiesitzung bereits den Anschluss an gute Emotionen und Ressourcen erwirken kann. E6 wirkt negativen, körperlichen Wahrnehmungen, wie Einengungen und Druckgefühl, die im Brustraum als Spur der Traumatisierung gespürt werden, mit der Suche nach gegenteiligen, positiven Empfindungen entgegen. Den die täteridentifizierten Selbstanteile repräsentierenden, körperlichen Reaktionen werden ressourcenhafte Leibanteile gegenübergestellt: „Das heißt so mit dem, dass ich da hin und hergehe, gibt es eine Möglichkeit, dass sich das verändert? Dass nicht nur das Bedrohliche, diese bedrohliche Wahrnehmung da ist, sondern ich kann auch woanders hingehen“ (Absatz 104).

E3 wendet auch Elemente des Somatic Experiencing nach Peter Levine beim körperorientierten Arbeiten an, wo negative Empfindungen als Körperresonanz auf das Trauma gesehen werden. „Ich würde sagen, mein Körper hält die Aggression. Mein Körper hält die Angst. Ja. Und nicht aushalten im Sinn von ich muss es aushalten, sondern ich halte es“ (Absatz 214). E3 sieht die körpertherapeutischen Interventionen in einer begleitenden Rolle innerhalb der Traumafolgen-Therapie und sieht die Veränderung hin zu einer körperlichen und somit auch psychischen „Aufrichtung“ (Absatz 198). Auch das Ballen der Faust als körperlicher Ausdruck der zurückgehaltenen, aggressiven Impulse kann als Aktion zur Durchbrechung der introjizierten Verbote und Einengungen verwendet werden. In der therapeutischen Situation erhält man den sicheren Rahmen dafür, wobei sehr dosiert vorzugehen ist. In extremer Ausführung kann die Konfrontationsarbeit auf körperlicher Ebene hin zu autonomen Körperreaktionen führen, wie E3 aus Erfahrungen mit Körperarbeiten bei Sylvester Walch kennt. Die kathartischen Gefühle, die bei begleiteten körperlichen Reinszenierungen der traumatischen Szene entstehen, sind für E3 nicht ganzheitlich und nachhaltig.

E7 berichtet über eine Klientin, die im Zuge der therapeutischen Einheit begann, sich über Schaukelbewegungen einem dissoziativen Zustand anzunähern. Das Besondere an der Situation war, dass die Therapie über Videotechnik erfolgte. Mittels Körperübungen, die von der Klientin und der Therapeutin gemeinsam vor geöffneten Fenstern erfolgten, gelang es, die Klientin wieder zurückzuholen.

#### 4.5.6 *Integration der täteridentifizierten Selbstanteile*

E1 sieht als Voraussetzung für die therapeutische Arbeit an der Integration der traumatischen Erlebnisse, dass diese durch sicherheitsgebende Interventionen begleitet werden und die Klient\*innen sich bereits ausreichend stabilisiert haben. Die Unterstützung des Dialoges zwischen traumatisierten Selbstanteilen und Erwachsenenanteilen wird angeregt, wobei hierbei auch „Part-Spotting“ (Absatz 282) bahnend eingesetzt werden kann. Den verletzten Anteilen wird Wärme und Selbstliebe entgegengebracht, wobei anfängliche ablehnende und abwehrende Haltungen den kindlichen Selbstanteilen gegenüber überwunden werden können. E1 regt die Klient\*innen unter anderem für diesen Schritt an, in liebevoller, zugeneigter Form mit biographischen Fotos, die die verletzten Selbstanteile repräsentieren, in Kontakt zu kommen.

E3 regt auch im Zuge der Kommunikation unter den Selbstanteilen ein Verhandeln mit den täteridentifizierten Selbstanteilen an: „Und das Ziel ist, dass es auch an Macht und an Besetzung ein wenig anfängt, flexibel zu werden. Und verhandelbar wird. Welche Möglichkeiten gibt es, dass du nicht mehr so streng sein musst. Du. Und was sagen die anderen dazu?“ (Absatz 176). Die Integration wird auch durch eine Neubewertung und Anerkennung der Schutzfunktion der Identifikation im Zuge der Täter\*in-Beziehung erleichtert. Die täteridentifizierten Selbstanteile sind nicht etwas, dass ausschließlich schnell externalisiert werden muss, sondern der\*die Klient\*in sieht auch die besondere Hilfe zum Überleben dahinter.

Das Anregen und Ermöglichen der Kommunikation der Selbstanteile einschließlich der täteridentifizierten Selbstanteile untereinander sind für E1, E3, E5 wesentliche Schritte zur Integration. Unterstützt von verschiedenen Formen des Brainspottings bietet E1 ihren Klient\*innen einen inneren Wohlfühlraum an, wo sich alle Selbstanteile treffen können. Das Hinzukommen der Täter\*in-Anteile in diesen Raum geschieht kleinschrittig, kontrolliert und unter stetem Nachfragen der Befindlichkeit der anderen, besonders der kindlichen, Anteile. „Wenn die [täteridentifizierten Selbstanteile] sichtbar werden dürfen und wenn man mit allen Teilen so wie mit einer Freundesrunde zusammensitzen darf und es gut gehen darf. Dann ist dieses Feld als Ganzes sichtbar und erlebbar“ (E5, Absatz 60).

E3 unterstützt den Prozess der persönlichen Ganzwerdung mit kreativen Medien. Zum Beispiel berichtet sie von einer Klientin, die nach fordernden Einheiten zu Hause in der Pause bis zur nächsten Einheit eine „Ich-bin-ganz-Figur“ (Absatz 228) anfertigt. E2 fördert die integrativen Vorgänge, indem sie ihre Klient\*innen zu einer „Haltung von Freundlichkeit sich selbst gegenüber“ (Absatz 66) anregt. Auch das eigene Schicksal kann aus dieser wohlwollenden Einstellung heraus neu angenommen werden. Infolge der Integration können die täteridentifizierten Selbstanteile im Selbstsystem im Sinne einer Transformation neue Aufgaben bekommen, die mit dem\*der Klient\*in herausgearbeitet werden. Diese Anteile könnten zukünftig auf reale Gefahren hinweisen „im Sinne eines Kontrollors“ (E1, Absatz 108) oder zur Abgrenzung in negativ erlebten Situationen eingesetzt werden.

## **4.6 Therapeutische Beziehung bei täteridentifizierten Selbstanteilen**

### **4.6.1 *Stützende Gestaltung der therapeutischen Beziehung***

Die Notwendigkeit einer stabilen, tragfähigen und sicherheitsgebenden Beziehung speziell bei der Arbeit mit traumatisierten Klient\*innen wird von den Expert\*innen besonders hervorgehoben.

Speziell auf die Mimik der Klient\*innen und da besonders auf die Augenpartie wird sorgfältig und permanent die Aufmerksamkeit gerichtet, um zu

erkennen, inwieweit der\*die Klient\*in zur Kontaktaufnahme bereit ist. Bezugnehmend auf Porges wird auch die Bedeutung der wohl temperierten Stimme des\*der Therapeut\*in hervorgehoben. Extreme Lagen in der Stimme sollten genauso vermieden werden wie anhaltende Monotonie. Vertrauens- und sicherheitsfördernde Impulse des\*der Therapeut\*in wirken stützend und ermöglichen die Bearbeitung traumatischer Inhalte. Besonders förderlich für die Beziehung ist auch eine durchgehend freundliche Haltung (E1). Halt und Sicherheit für den\*die Klient\*in kann primär auch schon durch die bloße Anwesenheit einer anderen Person in Form des\*der Therapeut\*in erreicht werden. Durch die erlebte Gemeinsamkeit kann bereits das Spannungsniveau des\*der Klient\*in sinken (E3).

Den eigenen Resonanzgefühlen des\*der Therapeut\*in sollte immer nachgespürt werden, wobei eigene Anspannungen durch eine Veränderung der Sitzhaltung oder der Blickrichtung reduziert werden können. Im Idealfall arbeitet der\*die Therapeut\*in aus einer Position heraus, in der er\*sie sich wohl fühlt (E6).

Der eigene Standort ist von dem\*der Therapeut\*in auch hinsichtlich einer „kritischen Distanz in der therapeutischen Beziehung“ (E3, Absatz 252) zu überprüfen, eventuell auch mit Hilfe von Supervision. Einseitige Opfer-, aber auch Täteridentifizierungen der Therapeut\*innen können gerade bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen im Prozess entstehen. E4 betont die durchgehende Wertschätzung der traumatisierten Patient\*innen im Sinne eines dialogischen Prinzipes.

#### 4.6.2 ***Aufbau von Sicherheit, Stabilität und Vertrauen***

Bevor die therapeutische Auseinandersetzung mit den täteridentifizierten Selbstanteilen erfolgen kann, ist die Vermittlung einer sicheren, konstanten Beziehung notwendig. Die gute therapeutische Beziehung bildet für den gesamten Therapieprozess nach E1 den „sicheren Rahmen“ (Absatz 2), der zu Beginn erst geschaffen werden muss. Psychoedukation in einer für die Klient\*innen verständlichen Ausdrucksform, mündlich oder auch durch Bilder, kann den

Zugang erleichtern. Über das kognitive Verstehen der inneren Vorgänge kann eine erste Orientierung der Klient\*innen erfolgen. Auch E3 betont den besonderen, schützenden Effekt der Therapiesituation: „Wo Menschen einen Platz und einen Ort finden, wo sie Sicherheit haben. Wo sie einfach einen Schutz anfangen zu erleben. Geschützt sind. Sicher. Sich sicher fühlen durch dieses Ankommen in der therapeutischen Beziehung“ (E3, Absatz 2). Auch die bewusste Einnahme einer entspannten Körperhaltung während der Sitzung hilft dem\*der Klient\*in, wieder an gute, wohltuende Emotionen anschließen zu können (E1).

Die imaginative Übung zum sicheren Ort nach Reddemann (2017) kann mit anderen ressourcenorientierten Arbeiten kombiniert werden, um eine innere Stabilisierung zu unterstützen. Aber auch im Raum selbst, in dem die Therapie stattfindet, kann ein sicherer Platz gespürt und kreiert werden. Auch der Sitzplatz, wenn dieser von dem\*der Klient\*in frei ausgewählt werden kann und infolge auch immer wieder aufgesucht wird, kann Geborgenheit erzeugen (E1; E3).

E1 verweist auf die Notwendigkeit der Vermeidung des Täter\*innen-Kontaktes zumindest während der Traumafolgen-Therapie. Dies kann sich schwierig gestalten, wenn der\*die Aggressor\*in Teil der Familie oder eine nahe Bezugsperson ist. Für eine Veränderung des\*der Klient\*in hin zu Autonomie und Selbstgestaltung ist die Reduktion bis hin zum Abbruch des Kontaktes jedoch erforderlich.

Bei schwer traumatisierten Menschen kann sich die Therapie lange Zeit mit der Bewältigung des alltäglichen Lebens beschäftigen, um die notwendige Stabilität für eine anschließende konfrontative Phase zu entwickeln. In diesem Abschnitt kann auch eine therapeutische Bearbeitung der Beziehungen zu Personen im sozialen Umfeld zu einer stabilisierenden Ressource werden (E4; E6). Vorbereitende Ressourcenarbeit, in der man den Schwerpunkt auf die gut erlebten Dinge legt, bewirkt Sicherheit und Stabilisation für den\*die Klient\*in (E7). E1 wendet hierfür eine spezielle Form der Aufstellungsarbeit, den „Ressourcenkreis“ (Absatz 8), an. Erst wenn in der therapeutischen Beziehung und im Umfeld

ausreichend Sicherheit für den\*die Klient\*in vorhanden ist, können traumatische Ereignisse an die Oberfläche kommen und in der Therapie sichtbar werden (E5).

#### 4.6.3 *Beziehungsdynamik Klient\*in - Therapeut\*in*

Die interviewten Personen berichten von der Schwierigkeit, innerhalb der therapeutischen Beziehung mit den Klient\*innen überhaupt in Kontakt zu kommen. E1 und E6 betonen hier im Besonderen die Vermeidung des Blickkontaktes durch den\*die Klient\*in. Bei den Klient\*innen werden besonders zu Beginn der Arbeitsbeziehung eine ablehnende, angespannte Haltung und Misstrauen gegenüber dem\*der Therapeut\*in wahrgenommen. Nach E6 kann es lange dauern bis bei dem\*der Klient\*in genügend Sicherheit vorhanden ist, um auch in den Augenkontakt gehen zu können. E1 sieht dabei anfänglich in der Begegnung eine Situation der Austestung der Verlässlichkeit des\*der Therapeut\*in durch den\*die Klient\*in.

E2, E2 und E4 betonen den Einfluss früherer negativer Beziehungserfahrungen mit dem\*der Täter\*in und deren wiederholte Reaktivierung in der aktuellen Arbeitsbeziehung. Bei Klient\*innen, die durch nahe Vertrauenspersonen traumatisiert wurden, wird die destruktive und unberechenbare Einwirkung auf die therapeutische Beziehung besonders heftig von den Therapeut\*innen erlebt. Der Umgang mit dieser daraus resultierenden Destabilisierung des Vertrauensverhältnisses wird als besonders schwierig, aber auch wesentlich im Zuge der Überwindung dieser heiklen Situation für den weiteren Beziehungsaufbau beschrieben. Das Durcharbeiten dieser Störungen kann zu größerer Nähe im Arbeitsverhältnis und folgend auch zum Spüren und Erkennen des Einflusses der täteridentifizierten Selbstanteile auf den\*die Klient\*in führen. Bei Klient\*innen mit komplexen Traumatisierungen ist nach E1 und E6 der wiederholte und geduldige Vertrauensaufbau in der Therapie zentral.

Von zwei Expert\*innen wird dargestellt, dass die täteridentifizierten Selbstanteile auch plötzlich und heftig in den Vordergrund treten und zu einem Beziehungsabbruch auch noch nach sehr langen Therapieverläufen führen können

(E4; E6). E7 berichtet, dass Klient\*innen oftmals die Therapie unterbrechen und nach längeren Pausen wiederkommen. Dieses Muster des Beziehungsabbruches und neuerlicher Anknüpfung in der Therapie kann sich über mehrere Jahre erstrecken. Beim Auftauchen der täteridentifizierten Selbstanteile in der therapeutischen Beziehung bedarf es nach E3 einer besonderen Aufmerksamkeit, damit sich diese Anteile nicht abgelehnt und weggeschickt fühlen. Der\*die Therapeut\*in sollte auch diese negativ anmutenden Aspekte in sein\*ihr Gewahrsam nehmen können.

Die positive Auswirkung auf die therapeutische Beziehung, wenn die täteridentifizierten Selbstanteile im Kontakt zwischen Klient\*in und Therapeut\*in anwesend sein dürfen, hebt E4 besonders hervor. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, den\*die Klient\*in als Ganzheit anzunehmen. Mehrere Expert\*innen sehen, dass die Begegnung mit den täteridentifizierten Selbstanteilen erst in einer späteren Phase der therapeutischen Beziehung möglich ist, beziehungsweise dass das Hervortreten dieser intimen, schambesetzten Anteile ein Hinweis auf eine tragfähige therapeutische Beziehung ist.

#### 4.6.4 *Übertragungsphänomene*

Innerhalb des Therapeut\*in-Klient\*in-Verhältnisses beobachten die interviewten Personen häufig Übertragungsphänomene, die unter anderen auch zu den im vorigen Abschnitt dargestellten Störungen der Beziehungen führen können. E4 berichtet, dass es sehr herausfordernd ist, wenn er direkt von den täteridentifizierten Selbstanteilen attackiert wird. Dies kann auch durch Anklagen der Klient\*innen, die oft nicht abzuwehren sind, erfolgen. Auch Aggressionen gegen den\*die Therapeut\*in können bei dem\*der Klient\*in heftig in den Vordergrund kommen (E6).

Bei der Übertragung der täteridentifizierten Selbstanteile auf die Therapeut\*innen wird von massiven Herabsetzungen und Infragestellungen des Gegenübers durch die Klient\*innen berichtet (E1, E7). Besonders diffizil ist das Übertragungsphänomen, wenn die Traumatisierungen im vorsprachlichen Alter

erfolgten. Die Übertragung kann hier nur als atmosphärische Störung oder Hemmung in der Beziehung wahrgenommen werden (E 4).

E2 beschreibt die von ihr beobachtete Übertragungsdynamik in Form einer Projektion: „Also wo, sozusagen, wo erlebt mich jetzt die Patientin als auch schwierig oder auch als Täterin sozusagen“ (Absatz 74). Auch eine „Einladung zur Konfluenz“ (E4, Absatz 114) kann als Kontaktstörung, die die Weiterentwicklung der Beziehung zumindest erschwert, auftreten. Der\*die Therapeut\*in fühlt sich dann mit dem\*der Klient\*in ummantelt und wie eingestrickt. Auch E3 bemerkt in der Übertragung eine Distanzierung und wegstoßen wollen des\*der Therapeut\*in, besonders wenn die therapeutische Beziehung beginnt, intensiver zu werden. Sie betont in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit des permanenten Nachspürens des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens durch den\*die Therapeut\*in.

#### 4.6.5 *Resonanzphänomene*

Von deutlichen Resonanzempfindungen wird von allen Interviewpartner\*innen berichtet, wenn die Klient\*innen im Zuge der Therapie in Kontakt mit ihren täteridentifizierten Selbstanteilen kommen. Diese Phänomene können in Form von Gefühlen, aber auch Körperempfindungen bei den Therapeut\*innen auftreten.

E1 berichtet als Resonanz Gefühle der Machtlosigkeit und Zweifel an der eigenen Qualität als Therapeut\*in, die sie in dieser Phase bei der Arbeit mit ihrem\*ihrer Klient\*in verspürt. Mehrere Expert\*innen fühlen sich dabei im Kontakt mit dem\*der Klient\*in manchmal unvermutet selbst in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt. Dies kann als momentane Verwirrung bis hin zu einer scheinbaren Beeinträchtigung der Denkfähigkeit wahrgenommen werden. Die Atmosphäre in der therapeutischen Beziehung wird zunehmend weniger greifbar und auch als diffus empfunden (E1; E4; E5).

Innerlich kann es bei den Therapeut\*innen zu einer Art Alarmierung oder Beunruhigung als Reaktion auf den Kontakt der Klient\*innen mit den täteridentifizierten Selbstanteilen im Zuge der Therapie kommen. Etwas Bedrohliches, das schwer zu benennen ist, bis hin zu Angst spiegelt sich in den Therapeut\*innen wider. Diese Resonanzgefühle können bei den Therapeut\*innen auch Momente des Erschreckens oder eine Empfindung von Kälte auslösen. Der Therapieprozess wird hierbei als zäh, schwer und besonders anstrengend erlebt beschrieben. Trauer über das Schicksal der Klient\*innen, Hass, Wut und Abstoßung gegenüber den Täter\*innen werden von den Experten als direkte emotionale Reaktion bei der Konfrontation angegeben (E3; E4; E6; E7).

Auf der körperlichen Ebene löst die Beschäftigung mit den täteridentifizierten Selbstanteilen teilweise ebenfalls heftige Reaktionen aus. „Dass es so wie ein Schlag in die Brust war“, beschreibt E4 sein Echo innerhalb einer Gruppentherapiesitzung, bei der ein Teilnehmer einen unkontrollierten, zerstörerischen Impuls-Durchbruch hatte (Absatz, 38). Mehrere Therapeut\*innen erfahren Empfindungen der körperlichen Immobilisation, wie ein Gefühl der Zusammenziehung, Einengung, Erstarrung, Lähmung, Schwere, muskulären Anspannung sowie Unwohlsein (E1; E4; E6). Die Resonanzgefühle können so bedrohlich wirken, dass der\*die Therapeut\*in versucht ist, sich aus dem Kontakt mit dem\*der Klient\*in herauszunehmen und sich von dem\*der Klient\*in abzuwenden (E5). Die Resonanz kann sich sogar auf die Atmung des\*der Therapeut\*in auswirken.

In der Zurverfügungstellung der eigenen Resonanzerfahrung innerhalb der Arbeitsbeziehung sehen mehrere interviewte Expert\*innen eine relevante therapeutische Möglichkeit, die den Therapieprozess voranbringen kann und auch die therapeutische Beziehung qualitativ verändert (E2; E3; E4; E5; E6). E2 teilt ihre Empfindungen in der Ich-Form mit, um dem\*der Klient\*in die Entscheidung bezüglich der persönlichen Übernahme dieser Information zu ermöglichen. Bei dieser Mitteilung ist besondere Umsicht erforderlich. Diese spezielle Intervention

innerhalb der Arbeitsbeziehung kann missverstanden werden oder den\*die Klient\*in überfordern, da diese im negativen Fall auch als Abwertung oder Beschämung empfunden werden kann (E4).

#### 4.6.6 *Herausforderungen im therapeutischen Prozess*

Von Unterbrechungen im therapeutischen Prozess bis hin zum Abbruch der Therapie wird von allen interviewten Expert\*innen berichtet und der Umgang damit als besonders mühsam, aber existenziell für die Therapie, dargestellt (E1-E7). E2 sieht gerade bei Klient\*innen, die traumatische Beziehungserfahrungen erlebt haben, ein großes Risiko, dass marginale Unachtsamkeiten des\*der Therapeut\*in überproportional negativ aufgenommen werden. Die Problematik, aber auch die Chance für einen gelungenen Prozess bestehen in der Durcharbeitung dieser schwierigen Situationen und Störungen innerhalb der Arbeitsbeziehung. Auch wenn die Therapie streckenweise ruhig und stabil verläuft, so kann es unerwartet zu Rückfällen, die scheinbar das bisher Erarbeitete annullieren, kommen. Der therapeutische Prozess kann dadurch in die Länge gezogen werden und seine Durchgängigkeit verlieren. Andererseits wird diesen Kippunkten eine zentrale Bedeutung innerhalb der Arbeitsbeziehung zugeschrieben (E2; E3).

Abwehr, Vermeidung und Widerstände der Klient\*innen besonders zu Beginn der Psychotherapie stellen eine Hürde und Geduldsprobe im Prozess dar. Beleidigende Abwertungen und Beschimpfungen des\*der Therapeut\*in sowie negative Selbstzuschreibungen beeinflussen auch den Einsatz von Entspannungstechniken. Es kann sich für den\*die Therapeut\*in schwierig gestalten, diese zerstörenden Tendenzen auf ein für den Fortgang der Therapie erforderliches Maß zu reduzieren und dies bedingt möglicherweise eine phasenweise Änderung bei den therapeutischen Interventionen (E1).

Täteridentifizierte Selbstanteile können sich auf verschiedene Weise direkt im Prozess aktivieren. Dies kann unter anderem durch innere Stimmen, die den\*die Klient\*in zum Schweigen bringen und das aufkeimende Vertrauen in

den\*die Therapeut\*in zerstören wollen, oder durch übermächtige Scham erfolgen (E2). Einen ähnlich unerwarteten Einfluss auf den Prozess sieht auch E1: „Vom Therapeutischen her ist es sicher eine der größten Herausforderungen in einer Traumafolgen-Therapie. Und sozusagen, weil man ja auch nie weiß, wie es wieder hereinkommen kann, durch welche Fallstricke“ (Absatz 274).

E3 betont, dass die täteridentifizierten Selbstanteile von dem\*der Therapeut\*in möglichst bald erkannt werden und nicht ignoriert werden sollen, da sie sonst umso heftiger in den Prozess eingreifen. Sie können miteinbezogen werden, wenn man gemeinsam mit dem\*der Klient\*in ihre frühere Bedeutung erforscht und würdigt. Auch können sie aktiv hinsichtlich ihrer Zustimmung angesprochen werden, um sie in den Therapieprozess zu integrieren. E7 beobachtet bei ihren Klient\*innen, dass, wenn die täteridentifizierten Selbstanteile in den Vordergrund kommen, der Kontakt durch Deflektion, Retroflexion oder Dissoziation des\*der Klient\*in unterbrochen werden kann.

Der therapeutische Prozess bei der Arbeit mit den täteridentifizierten Selbstanteilen dauert oft viele Jahre und erfordert seitens der Klient\*innen und Therapeut\*innen viel Geduld und Ausdauer, wobei die traumatischen Erlebnisse selbst oft spät im Prozess auftauchen. Der konstruktive therapeutische Umgang benötigt eine vorangegangene Stabilisierungsphase und über längere Zeit gewachsene und tragfähige therapeutische Beziehung. Interventionen, die zu früh die täteridentifizierten Selbstanteile aktivieren, können den Therapieprozess aus dem Gleichgewicht bringen und infolge bis zum Abbruch der Therapie führen (E1; E2; E3; E5; E6; E7).

## **5 Diskussion und Conclusio**

Wie im Kapitel 3.1 ausführlich dargestellt, betrifft die Fragestellung der Forschungsarbeit die verschiedenen Auslöser für die Ausbildung von täteridentifizierten Selbstanteilen und die Bedeutung dieser Anteile bei der Traumafolgen-Therapie innerhalb der Integrativen Gestalttherapie. Von besonderem Interesse ist dabei der Einfluss der traumatischen Erfahrung auf das

Selbst der Klient\*innen. Die phänomenologischen Erscheinungsformen und die Veränderungen, die im Zuge der therapeutischen Interventionen erreicht werden können, stehen ebenfalls im Fokus.

Täteridentifizierte Selbstanteile entstehen stets aus einem traumatischen Kontakt zwischen Opfer und Täter\*in. Leitend wurde daher postuliert, dass der therapeutischen Beziehung zwischen Klient\*in und Therapeut\*in eine besondere Bedeutung zukommt. In diesem Sinne wird in der Studie auch der besondere Stellenwert dieser Interaktion untersucht. Die daraus resultierenden Phänomene, wie Übertragung und Resonanzempfindungen, bekommen entsprechenden Raum. Die besonderen Qualitäten der Integrativen Gestalttherapie innerhalb der Traumafolgen-Therapie mit den täteridentifizierten Selbstanteilen und die Herausforderungen im therapeutischen Prozess sollen aufgezeigt werden.

Im folgenden Abschnitt werden die zentralen Ergebnisse laut Abschnitt 4 der sieben Expert\*innen-Interviews zusammengefasst. Es erfolgt die Verknüpfung und Diskussion mit der bestehenden Forschung. Zur Gliederung dieses Abschnittes in einzelne Kapitel wird das Kategoriensystem (Tabelle 1) verwendet. Die Oberkategorie betreffend der Veränderungsprozesse und der Interventionen werden zusammengefasst. Die Unterkategorien Konfrontation, Integration sowie Übertragung und Resonanz finden sich in eigenen Kapiteln.

## **5.1 Zentrale Ergebnisse / Rückbindung an die bestehende Forschung**

### **5.1.1 *Initiale Symptome und Vorgeschichte der Klient\*innen***

Die von den Expert\*innen bei ihren Klient\*innen beobachteten traumatischen Erfahrungen umfassen ein breites Spektrum. Dieses folgt im Wesentlichen der Typologie von Terr (1995a, 1995b) und den Einteilungen von Fischer und Riedesser (2020) und Wöller (2013). Schwerpunktmäßig werden in der Studie Opfer von durch Menschen verursachte Traumata angegeben. Diese sind beispielsweise Gewalterlebnisse, sexueller und emotionaler Missbrauch, Beziehungstraumata, Vernachlässigung und Folter sowie Beobachtungen von

Taten. Die Mehrzahl der Klient\*innen ist im Alter zwischen 20 und 40 Jahren und überwiegend weiblich.

Die Symptome der Klient\*innen, die auf Trauma und täteridentifizierte Selbstanteile verweisen, sind zunächst mit Ausnahme der PTBS wenig spezifisch. Diese Wahrnehmung der Expert\*innen deckt sich weitgehend mit den Beschreibungen in der psychotraumatologischen Literatur (Wöller, 2013; van der Kolk, 2015) und ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2019). Probleme im Berufsleben werden von den interviewten Personen jedoch stärker hervorgehoben. Eine reduzierte Selbstwahrnehmung wird ebenfalls intensiver betont: „Es zeichnet sie aus, nicht wirklich bei sich zu sein oder sich nicht wirklich körperlich zu spüren oder sich nicht fassen zu können“ (E1, Absatz 18).

Staemmler (1993) fordert, „ ... daß eine *gestalttherapeutische Diagnostik sich nicht in Etikettierungen der Klienten niederschlagen darf ...* “ (S. 220). Dies würde die dialogische Beziehung ungünstig beeinflussen und die Wachstumsmöglichkeiten einschränken. Die prozessuale Ausrichtung der Diagnose unter Einbeziehung des Kontaktgeschehens innerhalb der therapeutischen Beziehung ist charakteristisch für die Integrative Gestalttherapie (Dreitzel, 2004; Fuhr, Sreckovic & Gremmler-Fuhr 2017; Staemmler, 1993). Nach den Beobachtungen der Expert\*innen haben komplex traumatisierte Klient\*innen oft eine ausgeprägte therapeutische Vorgeschichte. Die teils schwerwiegenden Vordiagnosen erfassen die im Hintergrund liegende Traumafolgestörung nur selten. Die eigentliche Trauma-Erfahrung und besonders die täteridentifizierten Selbstanteile kommen erst spät im therapeutischen Prozess in den Vordergrund. Dadurch ist die prozessuale Diagnostik ein entscheidender Vorteil. Sie kann das verzögerte Hervortreten erfassen und ohne einengende Kategorisierung begleiten.

Manche traumatisierten Klient\*innen kommen anfänglich wegen chronischer Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen zu den Expert\*innen. Hierbei stehen Konflikte, Fehleinschätzungen des Gegenübers und

Vermeidungsverhalten im Vordergrund. Diese beobachteten Phänomene verweisen auf die strukturellen Auswirkungen der Traumatisierungen (Fischer & Riedesser, 2020; Hochauf, 2020; Hochgerner, Klampfl & Nausner, 2018; Rudolf, 2013; Salem, 2018). Die diagnostische Einschätzung des Strukturniveaus anhand von Diagnosesystemen wie der OPD-2 wird von Hochgerner, Klampfl und Nausner (2018) und Hoffmann-Widhalm (2018) für die Integrativen Gestalttherapie vorgeschlagen. Durch die Form der offenen Fragestellung wurden in den Interviews die verwendeten Diagnosemethoden nicht taxativ abgefragt. Eine diagnostische Differenzierung struktureller Störungen ist jedoch innerhalb der Daten als wichtig erkennbar. Trotzdem wird OPD-2 von den Interviewten nur am Rande erwähnt. Die ICD-10-Klassifizierung wird von den Expert\*innen hauptsächlich als Kommunikationsmittel eingesetzt.

Manche Klient\*innen werden von den Expert\*innen als auffallend ehrgeizig und erfolgreich beschrieben. Diese besondere Leistungsbereitschaft hat den Charakter einer inneren Getriebenheit und kann bis zu Erschöpfungssyndromen führen. Mit diesen Beobachtungen wird von einem Teil der interviewten Personen ein täteridentifizierter Selbstanteil in Form einer traumatischen Über-Ich-Prägung assoziiert. Die Umformung dieser psychischen Instanz im Zuge des traumatischen Prozesses erfolgt durch Identifikation und Introjektion der Vorstellungen des\*der Täter\*in (Hochauf, 2020). Im Spektrum der Expert\*innen wird jedoch auch eine dem entgegengesetzte, aktive Rolle der Klient\*innen gesehen: Die extremen Anstrengungen haben das Ziel, dem\*der Täter\*in zu zeigen, dass man trotz der Traumatisierung Erfolg Anerkennung finden kann.

Zustände von Über- oder Untererregung wie vegetative Paniksymptome oder Erstarrungszustände werden von den Expert\*innen signifikant beobachtet. Zu diesen Erscheinungen gibt es einen theoretischen Zusammenhang mit den evolutionsbiologisch angelegten Abfolgen von Gefahrenreaktionen des Organismus (Levine, 1998; van der Kolk, 2015). Die Theorie des polyvagalen

Nervensystems (Porges, 2010) erklärt die veränderten nervösen Zustände durch die Aktivierung des entwicklungs geschichtlich älteren Zweiges des Vagussystems. Als Reaktion auf diese Phänomene erarbeiten die Therapeut\*innen mit den Klient\*innen verschiedene Regulierungsmöglichkeiten. Sie integrieren dabei imaginative und bifokale Techniken innerhalb der Integrativen Gestalttherapie. Nach Fischer und Riedesser (2020) werden auf diese Weise „traumakompensatorische Fähigkeiten“ (S. 254) gestärkt.

Körperreaktionen, wie Schmerzen und somatoforme Störungen, werden bei den Klient\*innen zahlreich wahrgenommen und als Folgen der Traumatisierungen interpretiert. „Sich auch selber überhaupt nicht ausdrücken können und [dass] ihnen dann sehr, sehr massive körperliche Störungen daraus erwachsen“ (E7, Absatz 50). Diese Phänomene stellen einen Hinweis auf das Abspeichern der traumatischen Erfahrungen im Körpergedächtnis (Hochauf, 2020; Kepner, 2009; van der Kolk, 2015) nach dem schrittweisen Abschalten der kortikalen Schichten dar. Wöller (2013) sieht demgemäß somatoforme Störungen auch mit Traumafolgen assoziiert. Wie von den Expert\*innen bemerkt, wiederholen die Klient\*innen in der Gegenwart unbewusst die defensiven Handlungen aus dem Kontakt mit dem\*der Täter\*in. Auch Angriffe imitierende Bewegungen werden registriert. Diese Beobachtungen stärken die Annahme, dass im organischen Hintergrund täteridentifizierte Selbstanteile rudimentär wirken können.

Nach Kepner (2005) werden abgespaltene Selbstanteile körperlichen Reaktionen angebunden und so chronifiziert. „Wir erhalten die verleugneten Aspekte des Selbst weitgehend durch ihre Verbindung mit Körperfunktionen und -prozessen am Leben“ (S. 41). Auf die theoretisch beschriebene körperliche Anbindung wird reagiert: Die Expert\*innen regen ihre Klient\*innen an, die Körperempfindungen und deren Veränderungen prozessbegleitend zu spüren. Interventionen auf der körperlichen Ebene begleiten in kreativer, individueller Form den therapeutischen Prozess. Körperlichen Trauma-Abspeicherungen, wie

zum Beispiel Enge und Druckgefühle, wird nachgespürt. Die Klient\*innen werden angeregt, positiv erlebte Körperbereiche stützend hinzuzuordnen. Aggressive Impulse werden laut Studie in dosierter Weise verwendet, um die Einengung durch die täteridentifizierten Selbstanteile zu durchbrechen. Die selbstverständliche Beachtung der Körperempfindungen durch die Expert\*innen zeigt die holistische Ausrichtung der Integrativen Gestalttherapie, die nach Kepner (2005) den Körper nicht vergegenständlicht.

### 5.1.2 *Theorie-Modelle der Expert\*innen*

Die Einbeziehung von Theorie-Modellen der Integrativen Gestalttherapie und anderer Richtungen wird schwerpunktmäßig vertreten. Diese Ausrichtung wird unter Berücksichtigung der Kompatibilität für die Traumafolgen-Therapie im Hinblick auf die Komplexität der Thematik zum großen Teil von den Expert\*innen gefordert. Hoffmann- Widhalm (2018) zeigt die Integrationsmöglichkeiten anderer therapeutischer Denkansätze innerhalb der Integrativen Gestalttherapie auf. Im Spektrum der Expert\*innen wird auch die Auffassung vertreten, dass theoretische Modelle bei der therapeutischen Arbeit einengend wirken. Generell jedoch ist die Umsetzung der Grundlagen der Integrativen Gestalttherapie bei der praktischen Arbeit sehr spürbar. Darin kann eine starke Identifikation der Expert\*innen mit ihrer Therapierichtung erkannt werden.

Der sich stets an der Kontaktgrenze aktualisierende Charakter des Selbst (Gremmler-Fuhr, 2017; Perls, Hefferline & Goodman, 2013; Polster & Polster, 2002) ist eine theoretische Grundlage der Gestalttherapie, die auch von den Expert\*innen geteilt wird. Anschaulich wird aus der Praxis formuliert: „Und deshalb kann ich auch von unterschiedlichen Selbsten sprechen, wenn sich bei dem\*der Patient\*in was anderes aktualisiert als vor einer Viertelstunde“ (E7, Absatz 70). Durch den sich erneuernden Zustand des Selbst werden individuelle Veränderung und Wachstum ermöglicht. Auch eine aktive und passive Ausrichtung des Selbst wird gesehen. Dass es sich bei Selbstanteilen um ein theoretisches Modell handelt, wird von den Expert\*innen betont.

Beziehungstraumata besonders in der Kindheit werden bei der Bildung von abgespaltenen Selbstanteilen von den Expert\*innen besonders hervorgehoben. Die täteridentifizierten Selbstanteile werden folgendermaßen beschrieben: „Sie sind sozusagen Kinderanteile, die total böse sind und zornig sind und sie verkleiden sich als Erwachsene. Und sie sind total wichtig. Weil sie sozusagen darauf hinweisen, so locker geht es nicht, wie ihr da so tut jetzt“ (E3, Absatz 102). Dies stellt eine Verbindung zu der Erkenntnis von Salem (2018) her: Besonders die frühen, repetierten und zerstörerischen Beziehungserfahrungen sind als Ursache für Spaltungsvorgänge anzusehen.

Psychodynamische Erklärungsmodelle für die Ausbildung von täteridentifizierten Selbstanteilen, wie die Vorgänge der Introjektion und Implantation, werden in der Literatur beschrieben (Ferenczi, 1933; Hirsch, 2011; 2014; Hochauf, 2020; Peichl, 2015; Wöller, 2013). Diese bilden für die Expert\*innen weitgehend einen theoretischen Ausgangspunkt, wodurch der Bezug der Integrativen Gestalttherapie zur Psychoanalyse verdeutlicht wird.

Die Betonung des unverdauten und verschluckten Charakters der Introjekte, wie von Perls (2012) postuliert, ist auch bei den Expert\*innen gegenwärtig. Der Introjektbegriff wurde aus der Theorie der Psychoanalyse übernommen und transformiert. Yontef (1999) führt im Gegensatz zu Perls eine aktive, handelnde Komponente bei der Introjektion und den Introjekten an. Im Spektrum der Expert\*innen wird analog auch der Aspekt der Stärkung der Selbstverantwortung bei den traumatisierten Klient\*innen hervorgehoben: „Wohingegen der innere Verfolger, das ist dann wer anderer, dafür kann ich nichts. Und das geht mir ein bisschen, das macht die Patientinnen zu hilflos. Das geht mir zu wenig in Richtung Autonomie und eigene Entscheidung und sich wehren“ (E6, Absatz 126). Diese Sichtweise bildet eine Verbindung zur Annahme der Ego-State-Therapie (Watkins & Watkins, 2012) bezüglich der ursprünglich beschützenden und somit aktiven Funktion der täteridentifizierten Selbstanteile. Auch die „Tendenzen“ (Janet, 2013, S. 273) des Handelns zeigen Möglichkeiten

der Bewegung auf. Das darauf aufbauende Modell der „strukturellen Dissoziation“ (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008, S. 17) wird innerhalb der Expert\*innen weitgehend akzeptiert.

Parallel werden auch Methoden anderer Therapie-Richtungen bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen integriert. Der Fokus liegt bei imaginativen Techniken nach Reddeman (2011, 2017) und bifokalen Stimulierungen, wie „EMDR“ (Shapiro, 2013, zitiert nach Münker-Kramer, 2015, S. 9) oder „Brainspotting“ (Grand, 2017, S. 9). Somatisch orientierte Techniken (Levine, 1998) werden von den Expert\*innen als wertvoll angesehen. Im Einbeziehen anderer kompatibler Modelle und Methoden innerhalb der Studie wird die besondere, eingliedernde Qualität der Integrativen Gestalttherapie verdeutlicht.

Die interviewten Personen haben neben den theoretischen Überlegungen auch kreative, bildhafte Vorstellungen von den täteridentifizierten Selbstanteilen: Diese ähneln schleimigen Monstern, inneren Bildern der Verwüstung oder schwarzen Bereichen im Selbst. In ihrer Expressivität sind diese Phantasien vergleichbar mit den Ausführungen in der Literatur. Ferenczi (2013) zeichnet beispielsweise ein drastisches Bild der Aussaugung und Implantation im Zuge der Traumatisierung durch den\*die Täter\*in.

### 5.1.3 ***Auswirkungen der täteridentifizierten Selbstanteile***

Bei der Arbeit mit traumatisierten Klient\*innen wird von den interviewten Personen beobachtet, dass das Selbst im therapeutischen Kontakt meist nicht deutlich spürbar wird. Die Einflüsse der täteridentifizierten Selbstanteilen werden als ursächlich für die destruktiven, selbstzerstörerischen und suizidalen Anteile der Persönlichkeit gesehen. Schuld- und Schamgefühle, abwertende Zuschreibung und intensive Gefühle der Verlassenheit sowie das Verleugnen der Tat werden von Expert\*innen als Folge dieser Anteile beschrieben. Eine innere Gebrochenheit und das Gefühl, nicht leben zu sollen, werden ebenfalls charakteristisch beobachtet. Diese Phänomene werden durch die projektive

Übernahme der Täter\*in-Gefühle (Hirsch, 2011) und die Spiegelung des\*der Täter\*in (Ferenczi, 1933) in die Theorie eingebettet. Auch ein aggressives Einwirken der täteridentifizierten Selbstanteile innerhalb des Selbstsystems, wie von Kluft (2011) ausgeführt, wird bei den Klient\*innen bemerkt: Der Umstand, dass eine nahe Personen damals Gewalt ausgeübt hat, kann zu suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen führen. Auch die Entwicklung des Selbstwertes wird durch abwertende Gedanken unterdrückt.

Besonders gravierend bemerken die Expert\*innen die Auswirkungen der täteridentifizierten Selbstanteile in den Paarbeziehungen ihrer Klient\*innen. Die Symptome reichen von Schwierigkeiten bei der Regulierung von Distanz und Nähe bis hin zu Vermeidungsverhalten. Es scheint, als würden diese Selbstanteile bei zunehmender Nähe zum\*zur Partner\*in aktiviert werden und in das Zwischen des Paares treten. Die strukturelle Thematik wurde als ursächlich bereits angeführt. Eine weitere theoretische Zuordnung lautet wie folgt: Täteridentifizierte Selbstanteile sind noch in der Vergangenheit beheimatet und sehen im engen Kontakt mit anderen Menschen im Gegenüber eine Bedrohung (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008; van der Kolk, 2015).

#### 5.1.4 ***Veränderungsprozesse und Interventionen***

Die Expert\*innen aktivieren und fördern besonders anfänglich die Beschäftigung der Klient\*innen mit ihren Ressourcen. Dadurch wird die Selbststützung als Basis für die Auseinandersetzung mit den traumatischen Inhalten gestärkt. Wolf (2017) entgegnet hierzu, dass schwer traumatisierte Menschen oft keine unterstützenden inneren Anteile besitzen.

Ein Teil der Expert\*innen unterstützt den Vorgang der Selbstregulierung mit bifokalen Techniken, wie Augenbewegungen und Klopfen. Auch imaginative Übungen, wie in der Literatur von Reddemann (2017) beschrieben, werden zum Aufbau von Sicherheit und zur Stärkung der Ressourcen eingesetzt. Ein Kontakt mit dem\*der Täter\*in wird von den Expert\*innen während der Traumafolgen-Therapie als destabilisierend für die Klient\*innen angesehen. Dies bestätigt sich

in der Literatur: Huber (2013) unterbindet den Täter\*in-Kontakt so weit als möglich während der Traumafolgen-Therapie.

Die dialogische und phänomenologische Ausrichtung und die Zuwendung auf das momentane Erleben sind basal innerhalb der Gestalttherapie (Votsmaier-Röhr & Wulf, 2017). Gemeinsam mit der Förderung der Awareness nach Yontef (1999) sind sie beim Erkennungsprozess der täteridentifizierten Selbstanteile eine besonders förderliche Basis, wie die Beobachtungen der Expert\*innen bestätigen: Ein wesentlicher Veränderungsschritt ist das Wahrnehmen dieser Selbstanteile als einen Teil, der ursprünglich von dem\*der Täter\*in übernommen wurde. Die Differenzierung von Opfer- und Täter\*in-Anteilen erfolgt anfänglich nur rudimentär. Sie entwickelt sich in einem langwierigen Prozess, aber in seltenen Fällen auch spontan. Die Klient\*innen beginnen sich selbst neu wahrzunehmen.

Wolf (2017) weist auf die Notwendigkeit einer ausreichenden Selbststützung in Relation zur Belastung der Klient\*innen hin. Die Expert\*innen reagieren auf diese Bedingung mit einer kleinschrittigen Auflösung der Identifizierung, da diese auch destabilisierend wirken kann. Den introjizierten Zuschreibungen des\*der Täter\*in können affirmierende Sätze entgegengestellt werden. Die Klient\*innen werden angeregt, die schützende und seinerzeitig lebensnotwendige Aufgabe der Identifikation zu spüren. Dadurch tritt ein allmählicher Lockerungsprozess ein.

Hoffmann-Widhalm (2018) beschreibt im Einzelsetting das Verwenden von Symbolen wie Holzklötzchen für verschiedene Selbstanteile. Dadurch können diese aus dem psychischen Inneren in den Außenraum externalisiert werden. Von den Expert\*innen wird dies im erweiterten Maßstab umgesetzt: Repräsentierende Gegenstände werden im Raum positioniert. Die Arbeit mit den Symbolen wird dadurch von den Expert\*innen um die therapeutische Komponente des Raumes erweitert. Veränderung der Abstände und

Konstellationen sowie Entfernen oder Verhüllen der Objekte sind angewandte Übungen.

Durch Anschauen, Berühren und Betasten der Gegenstände kann Kontakt hergestellt werden. Die erlebnisorientierte Arbeitsweise der Integrativen Gestalttherapie wird hierbei als besondere Qualität spürbar. Hoffmann-Widhalm (2018) zeigt auf, dass die Skulpturen nachbesprochen und um Helferanteile ergänzt werden können. Laut der Studie kann ein mehrseitiges Betrachten der täteridentifizierten Selbstanteile auch durch die oft viele Einheiten später durchgeführte Weiterbearbeitung der kreativen Darstellungen erfolgen.

Meist beobachten die Expert\*innen im Zug der Externalisierung einen Zustand der Erleichterung und Entspannung bei den Klient\*innen. Durch kreative Medien können Selbstanteile und zugehörige Gefühle und Szenen bildlich oder plastisch dargestellt werden. Diese Form steht, wenn auch gemäßiger, in einer Linie mit Perls (1988) agierender Form des Ausdrucks psychischer Probleme. Im Unterschied dazu wird die Einhaltung der Grenzen der Klient\*innen heute im Vordergrund gesehen.

In Anlehnung an Perls (2012) wird innerhalb des Spektrums der Expert\*innen bei der externalisierenden Arbeit auch ein symbolisches Ausspucken der unverdauten Anteile angenommen. In einer extremen Form wird dies auch von Walch (2018) wortwörtlich angeregt. Dies wird von den interviewten Personen als nicht nachhaltig angesehen und in dieser Form nicht praktiziert. Generell achten die interviewten Therapeut\*innen darauf, die Belastung der Klient\*innen im erträglichen Rahmen zu halten, um Retraumatisierungen zu verhindern.

Das Externalisieren der Selbstanteile durch Gegenstände und Darstellungen wird auch in anderen Therapierichtungen im Zuge der Traumafolgen-Therapie eingesetzt (Hochauf, 2020; Huber, 2013; Peichl, 2013; Watkins & Watkins, 2012). Um die Identifikation mit den täteridentifizierten

Selbsteilen zu lösen, werden von den Expert\*innen imaginative Techniken nach Reddemann (2017) verwendet, wie das mentale Wegsperrn der Täter\*in-Repräsentanz. Auch hier zeigt sich, dass ergänzende psychotraumatologische Methoden breit eingesetzt werden.

Dem Erkennen und Externalisieren der täteridentifizierten Selbstteile folgt nach den Erkenntnissen der Expert\*innen der Versuch, diese differenziert zu betrachten. Diese Selbstteile sind bis in die Identität der Klient\*innen verwachsen. Dadurch wird eine langfristige, erlebensorientierte Auseinandersetzung mit diesen Anteilen notwendig. In dieser Form der Arbeit zeigt sich eine besondere Stärke der Integrativen Gestalttherapie. Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) verweisen analog dazu darauf, dass die spezifische Ausbildung unserer Selbstteile die Identität mitbestimmt. Dieser Einfluss der täteridentifizierten Selbstteilen wird auch im therapeutischen Prozess beobachtet. Eine tiefe Verunsicherung bezüglich des Selbstverständnisses tritt in dieser Phase ein: „Ist das jetzt was ganz anderes, was ich da jetzt, wie ich mich da jetzt wahrnehme. Werde ich da irgendwie jetzt ganz, komme ich ganz außer mich? Oder bin ich irgendwie mir selber ein bisschen fremd?“ (E1, Absatz 90).

Butollo und Karl (2016) bearbeiten in der „Dialogischen Traumatherapie“ (S. 3) vornehmlich die negativen und abgelehnten inneren Repräsentanzen des\*der Aggressor\*in. Von den Expert\*innen wird ergänzt, dass oft erst über die Bearbeitung der positiven Aspekte des\*der Täter\*in auch die negativen Anteile in den Vordergrund kommen. Dies dürfte in der sehr starken Bindung an die täteridentifizierten Selbstteilen begründet sein. Eine Aufgabe dieser Anteile stellt bei den Klient\*innen einen gefühlten Verlust dar.

Hilfreich bei der Differenzierung dieser Selbstteile ist die phänomenologische, unvoreingenommene Grundhaltung der Integrativen Gestalttherapie (Butollo, Krüsmann & Hagl, 2002; Nausner, 2017; Staemmler, 1993; Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017; Yontef, 1999). Nach den Expert\*innen bewirkt die Einbeziehung verschiedener, alternativer Sichtweisen auf die

täteridentifizierten Selbstanteile, dass diese die Therapie nicht mehr zerstörerisch unterbrechen. Ein komplettes Loswerden dieser Selbstanteile, an die auch viele positive Ressourcen gebunden sind, ist durch die Differenzierungsprozesse oft nicht mehr notwendig.

Wichtig ist den Expert\*innen zu benennen, dass die bisher angeführten Veränderungen bereits auch den Endpunkt der Arbeit darstellen dürfen. Dies gilt besonders, wenn weitere Schritte hin zur Konfrontation mit ihren Erlebnissen und daraus entstandenen Anteilen als zu belastend empfunden werden. Ein durchgängiges, mehrphasiges Vorgehen, wie von Butollo und Karl (2016) vorgegeben, ist nicht immer erforderlich.

#### 5.1.5 *Konfrontation und Integration*

Siegel (2006) stellt fest, dass die tolerierbaren Bereiche von Über- und Untererregung bei der Traumafolgen-Therapie nicht verlassen werden dürfen. Die Expert\*innen achten darauf, die Konfrontation mit den traumatischen Abspeicherungen und den täteridentifizierten Selbstanteilen nicht zu früh zu beginnen. Dies auch, wenn manche Klient\*innen schon vorzeitig darauf drängen. Das beim konfrontativen Arbeiten verursachte Arousal muss bereits von dem\*der Klient\*in kontrolliert werden können. Um dies zu ermöglichen, gehen die Expert\*innen besonders schonend durch ein kleinschrittiges Konfrontieren vor. Wolf (2017) führt an, dass in dieser Phase die dissoziativen Abspaltungen der Selbstanteile aufgelöst werden. Dadurch werden auch aggressive Emotionen aktiviert. Auf die Notwendigkeit, die in den täteridentifizierten Selbstanteilen fixierten Aggressionen wieder erleben zu können, wird von den Expert\*innen hingewiesen.

Bei der Konfrontation können sich die täteridentifizierten Selbstanteile auch gegen andere, schwächere Selbstanteile richten, daher sollten diese von dem\*der Therapeut\*in und dem\*der Klient\*in beobachtet und in Schutz gebracht werden (Kluft, 2011). Dies sehen auch die Expert\*innen ähnlich, die eine Verunsicherung anderer kindlicher Selbstanteile zu vermeiden trachten. Die

Annahme, dass ein abgespaltener kindlicher Anteil hinter den täteridentifizierten Selbstanteilen steht (Peichl, 2015; Watkins & Watkins, 2012), wird hiermit auch von den Expert\*innen geteilt.

Die konfrontative Bearbeitung wird nicht vorzeitig angestoßen, sondern erst wenn die täteridentifizierten Selbstanteile im Laufe des Prozesses in den Vordergrund kommen. Der besonders konfrontierende und erlebnisevozierende Stil der frühen Gestalttherapie (Perls, 1988) wird von den Expert\*innen heute kritisch gesehen. Wieder in den Kontakt mit der unterdrückten Wut auf den\*die Aggressor\*in zu kommen, ist jedoch aus ihrer Sicht notwendig. Dadurch kann wieder an diese Gefühle angebunden werden, wie auch Butollo und Karl (2016) beschreiben.

Die Stuhl-Arbeit mit inneren Repräsentanzen in verschiedenen Abstufungen wird von Staemmler (1995) detailliert beschrieben. Im Einklang damit wird diese von den Expert\*innen facettenreich eingesetzt. Ein vorgegebener Ablauf der Stuhl-Arbeit nach Butollo und Karl (2016) erfolgt nicht durch die interviewten Personen, wie folgend beispielhaft erläutert wird: Die differenzierte Anwendung kann zunächst ausschließlich narratives Arbeiten beinhalten. Auch beide Hände können das Zwiegespräch darstellen, der\*die Therapeut\*in kann negative Zuschreibungen wiederholen oder sich auch zwischen die Stühle begeben. Die Stuhl-Arbeit wird hiermit situativ und kreativ angepasst. Die konfrontative Arbeit wird von den Expert\*innen entsprechend moduliert und zeitweise auch unterbrochen, damit die Möglichkeit der Verarbeitung dieser intensiven Erfahrungen nach Siegel (2006) und Porges (2010) besteht.

Innerhalb der Fachliteratur der Integrativen Gestalttherapie ist die Integration von Selbstanteilen die zentrale Aufgabe. Sie wird vor allem durch den Dialog unter den Anteilen ermöglicht (Butollo & Karl, 2016; Perls, 1988; Hoffmann-Widhalm, 2018; Polster & Polster, 2002; Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017). Hoffmann-Widhalm (2018) lässt diesen Vorgang in einem imaginären Raum

vollziehen. Die Expert\*innen fördern die Ingangsetzung des Dialoges zwischen den Selbstanteilen, insbesondere zwischen kindlichen und erwachsenen Anteilen, als wesentliche Aufgabe bei der posttraumatischen Integration. Mit den täteridentifizierten Selbstanteilen werden Gespräche geführt, um sie milder und offener zu stimmen. Sie müssen jetzt nicht mehr abgespalten oder externalisiert werden, sondern können vorsichtig mit den anderen Selbstanteilen zusammengeführt werden.

Watkins und Watkins (2012) verwenden ähnlich wie in der Integrativen Gestalttherapie Stühle, die für einzelne Ich-Zustände stehen. Der\*die Klient\*in kann auf dem jeweiligen Stuhl Platz nehmen und die Rolle des jeweiligen Anteiles übernehmen. Diesem wird eine Beschreibung zugeordnet. Bei den Expert\*innen erscheinen die Interventionen zur Integration vergleichbar, erfolgen jedoch in individueller, kreativer Form. Zum Beispiel entwickelt ein\*eine Expert\*in mit dem\*der Klient\*in das Bild einer Tafelrunde. An dieser kommen alle Selbstanteile, auch die täteridentifizierten Selbstanteile, zusammen. Die Kommunikation untereinander wird angeregt und die Persönlichkeit kann zur Gänze erlebt werden.

#### 5.1.6 *Therapeutische Beziehung*

Die Voraussetzung für den Beginn des Veränderungsprozesses der Klient\*innen ist laut den Expert\*innen ein sicherer Rahmen innerhalb der therapeutischen Beziehung. Durch die entstehende Ausgewogenheit im therapeutischen Kontakt entstehen freie Bereiche für die Klient\*innen. In der Theorie wird auch zu Beginn eine Sicherheits- und Stabilisierungsphase empfohlen (Butollo & Karl, 2016). Diese Haltung unterscheidet sich deutlich vom rein prozessorientierten Vorgehen, wie ursprünglich in der Gestalttherapie üblich (Perls, 1988). Der stützenden therapeutischen Beziehung kommt bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen laut den Expert\*innen im Einklang mit der Theorie eine zentrale Funktion zu. „Dass immer wieder die therapeutische Beziehung herangezogen werden muss oder dass das immer, eigentlich immer

das Herzstück bleibt. Und über längere Strecken es wichtig ist, bei diesem Schauen, ist genug Sicherheit gegeben?“ (E1, Absatz 14).

Beim Aufbau der therapeutischen Beziehung werden die von Porges (2010) theoretisch begründeten Grundlagen in der Praxis angewandt. Das vagale System soll zur Aufnahme sozialer Aktivitäten eingestimmt werden. Von einer traumatischen Veränderung der neuralen Situation wird von den Expert\*innen ausgegangen. Die Fähigkeiten zum sozialen Kontakt und auch die Möglichkeit der Verarbeitung von in den Vordergrund tretenden traumatischen Inhalten soll erreicht werden. Den Expert\*innen gelingt dies durch die passende, ausgeglichene Stimmlage, den Augenkontakt, die Mimik und die gemeinsam erlebte Situation. Die Therapeut\*innen treten vornehmlich aus einer entspannten und angenehmen Position und Stimmung sowie freundlichen, zugewandten Haltung heraus in Kontakt. Ergänzend zu Porges (2010) wird laut Studie die freie Sitz-Wahl für den\*die Klient\*in im Therapiezimmer angeboten. Dadurch wird es möglich, einen als Geborgenheit spendend empfundenen Platz zu finden.

Die dialogische Grundhaltung ist für die Gestalttherapie basal (Gremmler-Fuhr, 2017; Schigutt, 2018; Stämmler, 1993; Votsmeier-Röhr & Wulf; 2017, Yontef, 1999). Die empathische Akzeptanz der Einzigartigkeit des Anderen (L. Perls, 2005) in der Integrativen Gestalttherapie bildet die relationale Basis für die nicht hierarchisch aufgebaute Begegnung. In der Studie wird gezeigt, wie dementsprechend in einer humanistischen Form der Traumafolgen-Therapie dem\*der Klient\*in in unvoreingenommener Weise begegnet werden kann. Diesen Ansatz erweiternd werden alle in den Vordergrund tretenden Selbstanteile gleichermaßen wertgeschätzt:

Und wo ich mir einerseits denke, ja, das ist wichtig, das anzuerkennen, dass die was mit sich tragen. Und gleichzeitig auch natürlich sie in dem, wie sie tun, auch ganz ernst zu nehmen. Es ist jetzt nicht zu bemitleiden oder so

irgendwie so, nicht? Irgendwie einfach, dass wir sie auch da als Ganzes anerkennen. (E4, Absatz 132)

„Der Therapeut hat keinen Anspruch auf ‚objektive‘ Wirklichkeit“ (S. 10), wird von Yontef (1999) gefordert. Eventuelle Bevorzugungen der Opfer- bzw. Täter\*in-identifizierten Selbstanteile durch den\*die Therapeut\*in können jedoch nach den Expert\*innen bei der Arbeit auftreten. Ein Erkennen dieser Einseitigkeit mittels Supervision wird als wesentlich für die Praxis angeführt. Die täteridentifizierten Selbstanteile rufen gemäß ihrer Natur negative Emotionen hervor. Trotzdem dürfen sie laut den Expert\*innen von dem\*der Therapeut\*in nicht übersehen oder abgelehnt werden. Ein Ignorieren dieser Selbstanteile bewirkt, dass diese noch heftiger und destruktiv auf den therapeutischen Prozess einwirken.

Die spezielle Form der Beziehungsgestaltung in der Gestalttherapie orientiert sich an Authentizität, phänomenologischer Wahrnehmung und der dialogischen Haltung (Gremmler-Fuhr, 2017; Schigutt, 2018; Staemmler, 1993; Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017; Yontef, 1999). Diese Grundlagen sind in herausfordernden Phasen des therapeutischen Prozesses sehr unterstützend. Schwierigkeiten, mit den traumatisierten Klient\*innen innerhalb des therapeutischen Prozesses in Kontakt zu kommen, sind laut den Expert\*innen charakteristisch: Dies zeigt sich beispielsweise im fehlenden Augenkontakt oder auch durch Verstummen und Sprachlosigkeit. Längere Zeit kann das notwendige Vertrauen fehlen, sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen. Auch nach fortgeschrittener Therapiedauer führen oft kleine Störungen zu Unterbrechungen oder Abbruch der Therapie.

Nach Yontef (1999) ist das Gefühl des Gesehen-Werdens für den\*die Klient\*in nährend und haltend. Sind die Traumatisierungen im Bereich naher Bezugspersonen geschehen, fallen die Reaktionen innerhalb der Therapie nach den interviewten Personen meist heftig und aggressiv aus. Es bedarf dabei öfters

besonderer Geduld und empathischer Zuwendung. Die Dynamik der täteridentifizierten Selbstanteile kann so von den Expert\*innen in den Prozess integriert werden. Dementsprechend erfolgt das In-den-Vordergrund-Kommen innerhalb der therapeutischen Beziehung erst dann, wenn ausreichende relationale Tragfähigkeit gegeben ist.

### 5.1.7 *Übertragungs- und Resonanzphänomene*

Die Übertragung von Aspekten des Verhältnisses zum\*zur Täter\*in in die heutige therapeutische Beziehung wird von den Expert\*innen zunächst destabilisierend wahrgenommen: „Weil man muss ja davon ausgehen, dass das Vertrauen in die Welt erschüttert ist. Also auch in mich. Selbst wenn sie mich aufsuchen und mir einen gewissen Vertrauensvorschuss geben, das Vertrauen ist dann im Prozess ganz, ganz fragil“ (E7, Absatz 102). Dem entgegen beschreibt Staemmler (1993) bei der Übertragung in idealisierender Form auch eine positive Auswirkung auf den Beziehungsaufbau. Nach Hochauf (2020) wäre dies der Fall, wenn im Anschluss an das Trauma positive Kontakte und Unterstützung durch Helfer\*innen erfahren wurden.

Das Beziehungsdreieck Täter\*in-Opfer-Helfer\*in (Dreitzler, 2004; Hochauf, 2020) entwickelt im Zuge des Übertragungsgeschehens eine wechselseitige Dynamik. Dadurch wird der\*die Therapeut\*in einmal als Täter\*in und dann wieder als Retter\*in erlebt. Dieser Wechsel der unbewussten Rollenzuschreibungen durch den\*die Klient\*in wird von den Expert\*innen beobachtet: Durch den Sog der nun auftauchenden, ursprünglichen traumatischen Beziehungserfahrung wird die Übertragung noch verstärkt. Der Fortgang der Therapie kann dadurch gefährdet werden. Gerade die entstehende Nähe innerhalb der therapeutischen Beziehung kann die Übertragung besonders triggern, wissen die Expert\*innen. Nach einem entsprechenden Durcharbeitungsprozess wird beobachtet, dass die therapeutische Beziehung gefestigt und vertieft hervorgeht.

Van der Hart, Nijenhuis und Steele (2008) sehen eine innere, konflikthafte Dynamik zwischen Beziehung-vermeidenden und bedürftigen Selbstanteilen. Direktes Attackieren, Aggressionen und Abwertungen durch die Klient\*innen beim Kontakt mit den täteridentifizierten Selbstanteilen stellen eine besondere Herausforderung für die Expert\*innen dar. Eine Diagnostik und Berücksichtigung der strukturellen Fähigkeiten werden von Hochgerner, Klampfl und Nausner (2018), Hoffmann-Widhalm (2018), sowie von Votsmeier-Röhr und Wulf (2017) schon im Vorfeld gefordert. Eine diesbezügliche Einschätzung der Klient\*innen wird von den Expert\*innen nur peripher angeführt.

Die ursprüngliche Haltung der Gestalttherapie (Perls, 2012) räumt der Übertragung keine Bedeutung ein. Erst Staemmler (1993) adaptiert diesen Begriff für die Gestalttherapie. Er betont, dass die Übertragung eine therapeutisch wertvolle Verbindung vom Jetzt in die Vergangenheit darstellt. Demgemäß wird von den Expert\*innen auf das Erfordernis einer durchgängigen Beobachtung des Übertragungsgeschehens nachdrücklich hingewiesen: „Immer wieder Spüren, was ist sozusagen in der Übertragung spürbar? Was ist in meiner eigenen Gegenübertragung? Was ist die Übertragungsbeziehung und ... was gelingt in der therapeutischen Beziehung?“ (E3, Absatz 6). Vorsprachlich entstandene täteridentifizierte Selbstanteile werden in der Therapie von den Expert\*innen nur atmosphärisch als Übertragung erlebbar. Eine Hemmung, in die Beziehung einzutreten, wird ebenfalls erfahren. Kepner (2009) beschreibt den oft sexualisierten Aspekt der Übertragung bei Trauma-Überlebenden. Von den Expert\*innen wird diesbezüglich keine Beobachtung berichtet.

Die spezielle Form der Übertragung von dem\*der Therapeut\*in auf den\*die Klient\*in wurde von Staemmler (1993) aus der psychoanalytischen Theorie adaptiert. Der Begriff „Resonanz“ (Votsmeier-Röhr & Wulf, 2017, S. 106) stellt die Wahrnehmung der eigenen inneren Vorgänge, die im Kontakt mit dem Gegenüber entstehen, dar. „Und ein Unwohlgefühl oder eigene Abwehr könnten kommen, nicht? Zu sagen, also, ich habe doch eh genug Klienten, warum muss ich mit so

jemand schwierigerem jetzt arbeiten“ (E1, Absatz 240). Charakteristisch für die Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen ist, dass sich diese innerhalb der therapeutischen Beziehung aktivieren. Von den Expert\*innen werden dabei mitunter intensive emotionale oder auch leibliche Resonanzphänomene empfunden. „Genau. Irgendwo spannt es sich an. Ja. Es geht. Ja. Man tut nicht mehr atmen. Also auf der Ebene kenne ich es. Wie flacher atmen, genau. Nicht so tief atmen.“ (E6, Absatz 190-194). Der Kontakt zu dem\*der Klient\*in kann erschwert und als nicht mehr greifbar erlebt werden. Resonanzphänomene sind demgemäß prägnant für die therapeutische Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen.

Die projektive Identifikation ist nach der psychodynamischen Theorie ein Abwehrvorgang (Hirsch, 2011). Von den Expert\*innen wird berichtet, dass sich auch besonders unangenehme, kaum abzuwehrende Gefühlslagen in den Vordergrund des\*der Therapeut\*in drängen können. Sie können sich auch in ihrer Handlungsfähigkeit beschränkt fühlen. Staemmler (1993) sieht hierin jedoch im dialogischen Sinne eine Möglichkeit der Kommunikation durch den\*die Klient\*in. Diese konstruktive Möglichkeit der Interpretation der projektiven Identifikation wurde von den Expert\*innen nicht erwähnt.

Nach Staemmler (1993) kann das Mitteilen der Resonanzempfindungen die therapeutische Beziehung stärken und die bereits angeführten Veränderungsprozesse in Gang setzen. Dem analog stellen Expert\*innen ihre durch den Prozess des\*der Klient\*in hervorgerufenen Wahrnehmungen zur Verfügung. Sie sehen darin eine Möglichkeit der Intensivierung des Kontaktgeschehens. Im Vorhinein wird dabei eine empathische Reflexion der eigenen Empfindungen angewandt. Eine eventuelle Überforderung oder Beschämung des\*der Klient\*in durch das Mitgeteilte wird von den Expert\*innen damit vermieden.

## **5.2 Beitrag für Forschung und Praxis, Limitationen, Ausblick**

Mit dieser Master-Thesis wurde die therapeutische Bedeutung spezieller innerpsychischer Veränderungen resultierend aus interpersonellen Traumata erforscht. Im Fokus standen Auswirkungen auf das Selbst, welche besondere Aspekte der Täter\*in-Opfer-Beziehung abbilden. Der Umgang mit diesen täteridentifizierten Selbstanteilen in der Praxis wurde bisher für die Integrative Gestalttherapie noch nicht systematisch untersucht. Die vorliegende qualitative Forschungsarbeit soll diese Lücke mittels Daten aus sieben Interviews mit Expert\*innen schließen.

Die breit aufgefächerte Untersuchung verweist auf die zentrale Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit den täteridentifizierten Selbstanteilen innerhalb der Traumafolgen-Therapie der Integrativen Gestalttherapie. Von den Expert\*innen wurde zudem auch der spezifische Einfluss innerhalb der Gesellschaft in den zwischenmenschlichen Begegnungen betont. Als Ergebnis könnte die Vergegenwärtigung des Phänomens der täteridentifizierten Selbstanteile in Ausbildung und Praxis noch verstärkt werden.

Aus dem Pool der Expert\*innen kommt ein Ratschlag an beginnende Psychotherapeut\*innen: Die erlebnisorientierten Techniken, wie etwa die Stuhl-Arbeit, sollten nicht zu exponiert im therapeutischen Prozess eingesetzt werden. Eine feinfühlig, maßstäbliche Dosierung ist besonders bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen erforderlich.

Limitierend für die vorliegende Forschungsarbeit ist die Reduktion der befragten Expert\*innen auf das österreichische Umfeld der Integrativen Gestalttherapie. Es ist vorstellbar, dass sich die Täter\*in-Opfer-Relationen in anderen Regionen und Kulturkreisen abweichend darstellen. Im Umfang dieser Master-Thesis wurden die täteridentifizierten Selbstanteile nicht spezifisch nach den einzelnen psychischen Störungsbildern beforscht. Eine Exploration in dieser Richtung würde zusätzliche Erkenntnisse hervorbringen.

Die spezielle Perspektive der Opfer konnte in der Master-Thesis nur indirekt durch die Beobachtungen der Expert\*innen dargestellt werden. Weiterführende, ergänzende Forschungen könnten die Erfahrungen mit täteridentifizierten Selbstanteilen aus der Sicht der Klient\*innen elaborieren. Der Umstand, dass dabei Trauma-Überlebende befragt werden, erscheint aus forschungsethischen Überlegungen prekär. Der Rahmen und die Form der Interviewführung müssten diesen Umstand berücksichtigend speziell entwickelt werden.

### **5.3 Conclusio**

Ziel der Arbeit war die Erforschung der Relevanz spezieller Anteile des Selbst in der Traumafolgen-Therapie der Integrativen Gestalttherapie. Das Forschungsgebiet einschränkend wurden traumatisierte Selbstanteile mit Täter\*in-Identifikation untersucht. Als Grundlage für die Untersuchung wurden im Theorie-Teil die Ursachen und Bedingungen bei der Entstehung der täteridentifizierten Selbstanteile dargestellt. Evolutionsbiologisch angelegte Veränderungen des Bewusstseins im Zuge der Schocksituation wurden beschrieben. Die Entstehung dissoziierter Wahrnehmungsfragmente wurde dargestellt und mit der instabilen Reaktion des Organismus bei Reizüberflutung nach Goldstein (2014) verglichen. Die Ausprägung der täteridentifizierten Selbstanteile im Zuge der Täter\*in-Opfer-Beziehung und die dabei wesentlichen Mechanismen wurden erörtert.

Die Arbeit zeigte, dass die initialen Symptome der Klient\*innen heterogen beobachtet werden. Die dahinterliegenden Traumatisierungen kommen erst später in den Vordergrund. Parallel dazu treten die täteridentifizierten Selbstanteile im Zuge des therapeutischen Prozesses ins Zwischen der gegenwärtigen Beziehung. Die für die Integrative Gestalttherapie charakteristische prozessuale Diagnostik zeigt sich als ideale Reaktion auf dieses Phänomen. Eine vorzeitige Kategorisierung wird dadurch vermieden. Die besondere Wichtigkeit einer unvoreingenommene Perspektive der Expert\*innen während des Verlaufes der Therapie wurde dargestellt.

Zahlreiche somatische Reaktionen bei den Klient\*innen wurden in der Studie beobachtet. Die Expert\*innen regen während des gesamten Prozesses zum Nachspüren der Körperempfindungen an, um das Gewahrsein der Klient\*innen zu stärken. Rudimentäre täteridentifizierte Selbstanteile können auch rein körperlich repräsentiert werden. Auftretende, den\*die Täter\*in imitierende Bewegungen werden wahrgenommen und in die therapeutische Arbeit integriert.

Als Ergebnis wurden strukturelle Probleme in zwischenmenschlichen Verhältnissen durch den Einfluss der täteridentifizierten Selbstanteile sichtbar. Nach den Expert\*innen aktivieren sich diese Selbstanteile besonders in den Paarbeziehungen. Hier treten sie meist zerstörend in den Vordergrund, wobei eine Entspannung dieser Dynamik im Zuge der Therapie erreicht werden kann.

Es wurde dargestellt, dass die theoretischen Modelle und die dialogische Haltung der Integrativen Gestalttherapie sehr positiv bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen einsetzbar sind. Besonders die Möglichkeit, andere Therapierichtungen zu integrieren, wurde von den Expert\*innen hervorgehoben. Kritisiert wurde die oft zu erlebnisorientierte Arbeitsweise der frühen Gestalttherapie. Das Risiko einer zu intensiven Exposition der Klient\*innen ist den Expert\*innen gegenwärtig. Der Selbst-Begriff der Integrativen Gestalttherapie wird innerhalb des Meinungsspektrums differenziert angenommen. Die Therapeut\*innen haben auch bildhafte, expressive Vorstellungen von den täteridentifizierten Selbstanteilen.

Die Master-These zeigte auf, dass die täteridentifizierten Selbstanteile destruktiv auf die Persönlichkeit einwirken. Symptomatisch werden Schuld und Scham beobachtet. Imitierende Wiederholungen der negativen Zuschreibung des\*der Täter\*in finden sich bei den Klient\*innen. Selbstzerstörerische Impulse und intensive Verlassenheitsgefühle treten bei der Triggerung auf. Die Auswirkungen können emotional auch zur Gänze fehlen und sich auf die Körperebene beschränken.

Als Ergebnis der Master-Thesis wurde deutlich, dass die Veränderungsschritte Erkennen und Differenzieren der täteridentifizierten Selbstanteile zu spürbaren Entlastungen bei den Klient\*innen führen. Die das Gewahrsam stärkenden, phänomenologischen Interventionen der Integrativen Gestalttherapie sind hierbei zentral. Ein Nachspüren eventuell positiv erlebter Aspekte der Täter\*in-Beziehung kann das In-den-Vordergrund-Treten dieser Selbstanteile begünstigen. Unterstützt wird der Prozess durch das Externalisieren mit den kreativen Medien. Der Umgang mit den täteridentifizierten Selbstanteilen im Alltag fällt dadurch leichter.

Konfrontationen mit den ursprünglichen traumatischen Kontakterfahrungen erfolgen nur bei ausreichender Selbststützung der Klient\*innen. Neben dialogischen Methoden wird die Stuhl-Arbeit facettenreich in verschiedenen Abstufungen eingesetzt. Im Gegensatz zur Urform der Gestalttherapie achten die Expert\*innen heute penibel auf die Belastungsgrenzen ihrer Klient\*innen. Symbolhafte Gegenstände und verschiedenste szenische Arbeiten werden dabei wirksam eingesetzt.

Es wurde aufgezeigt, dass das theoretische Modell der täteridentifizierten Selbstanteile im therapeutischen Prozess eine aktive, selbstbestimmte Rolle der Klient\*innen innerhalb der Arbeit mit Traumafolgestörungen ermöglicht. Die posttraumatische Integration der Persönlichkeit wird durch die kommunikative Einbeziehung der täteridentifizierten Selbstanteile gefördert.

Wesentliche Erkenntnis war die Bestätigung der Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Wachstumsprozess. Die Therapeut\*innen erleben sich den Klient\*innen zugewandt und auf einer Ebene. Sie nehmen dadurch eine entgegengesetzte Position zum Machtgefälle innerhalb der traumatischen Begegnung ein. Es konnte gezeigt werden, dass intuitiv oder auch bewusst neurobiologische Erkenntnisse zur Regulation und Verarbeitungsfähigkeit eingesetzt werden. Übertragungsphänomene werden bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen besonders heftig erlebt und

reflektiert therapeutisch eingesetzt. Das kontinuierliche Einnehmen einer Metaperspektive erweist sich dabei als besonders hilfreich.

Na, wenn diese täteridentifizierten Selbstanteile so quasi ins *Zwischen* und in die Sprache kommen, ist das, so wie ich es meistens und ich glaube sogar bis jetzt immer erlebt habe, ein total wichtiger therapeutischer Schritt. Eventuell auch der entscheidende Schritt in der Therapie. Wo sich etwas löst und die Beziehung dann auch irgendwie anders ist. Ja? Und zwar vertrauter und irgendwie leichter worden. Also irgendwie ein anderer Fluss möglich ist. (E4, Absatz 112)

## Literaturverzeichnis

- Baulig, V. (2017). Psychoanalytische Wurzeln der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 245-261). Hogrefe Verlag. <http://doi.org/10.1026/02866-000>
- Blankertz, S., & Doubrawa, E. (2005). *Lexikon der Gestalttherapie*. Köln: Peter Hammer Verlag.
- Buber, M. (2017). *Das dialogische Prinzip. Ich und Du. Zwiesprache. Die Frage an den Einzelnen. Elemente des Zwischenmenschlichen* (5. Aufl.). München: Verlagsgruppe Random House.
- Butollo, W., & Karl, R. (2016). *Dialogische Traumatherapie. Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Butollo, W., Krüsmann, M., & Hagl, M. (2002). *Leben nach dem Trauma. Über den psychotherapeutischen Umgang mit Entsetzten* (2. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Damasio, A. R. (2009). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins* (8. Aufl.). Berlin: List Verlag.
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2019). *Weltgesundheitsorganisation. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR* (9. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.

- Dreitzel, H. P. (2004). *Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter*. Bergisch Gladbach: EHP-  
Edition Humanistische Psychologie.
- Ferenczi, S. (1933). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind  
(Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft). *Internationale  
Zeitschrift für Psychoanalyse*, 19. Band, 5-15.
- Ferenczi, S. (2013). *Das klinische Tagebuch*. Frankfurt am Main: Psychosozial-  
Verlag.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2020). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (5. Aufl.).  
München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fisher, J. (2019). *Die Arbeit mit Selbstanteilen in der Traumatherapie*. Paderborn:  
Junfermann Verlag.
- Flick, U. (2019). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck bei  
Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fuhr, R., Sreckovic, M., & Gremmler-Fuhr, M. (2017). Gestalttherapeutische  
Diagnostik und klinische Gestalttherapie - Eine Einführung. In R. Fuhr, M.  
Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S.  
635-646). Hogrefe Verlag. <http://doi.org/10.1026/02866-000>
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse  
als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden:  
VS Verlag.

- Goldstein, K. (2014). *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrung am kranken Menschen* (14. Aufl.). Paderborn: Fink Verlags-KG.
- Grand, D. (2017). *Brainspotting. Wie Sie Probleme, Traumata und emotionale Belastungen gezielt auflösen* (3. Aufl.). Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verlag.
- Gremmler-Fuhr, M. (2017). Dialogische Beziehung in der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 393-416). Hogrefe. <http://doi.org/10.1026/02866-000>
- Hirsch, M. (2011). *Trauma*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hirsch, M. (2014). *Schuld und Schuldgefühle. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt* (6. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hochauf, R. (2020). *Frühes Trauma und Strukturdefizit. Ein psychoanalytisch-imaginativ orientierter Ansatz zur Bearbeitung früher und komplexer Traumatisierungen* (6. Aufl.). Kröning: Ansanger Verlag.
- Hochgerner, M., Klampfl, P., & Nausner L. (2018). Diagnostische Perspektiven der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 179-205). Wien: Facultas Verlag.
- Hoffmann-Widhalm, H. (2018). Traumfolgentherapie in der integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 367-392). Wien: Facultas Verlag.

- Huber, M. (2013). *Der Feind im Innern. Psychotherapie mit Täterintrojekten. Wie finden wir den Weg aus Ohnmacht und Gewalt?*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Janet, P. (2013). *Die Psychologie des Glaubens und die Mystik. Nebst anderen Schriften*. Berlin: Matthes & Seitz Verlag.
- Kaufmann, O. (2018). *Arbeit an Täterintrojekten in der Traumafolgentherapie aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie*. Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems.
- Kepner, J. I. (2005). *Körperprozesse. Ein gestalttherapeutischer Ansatz* (5. Aufl.). Bergisch Gladbach: EHP Verlag.
- Kepner, J. I. (2009). *Healing tasks. Psychotherapy with adult Survivors of Childhood Abuse*. New York: Routledge.
- Kluft, R. P. (2011). Behandlung aus psychodynamischer Sicht. In L. Reddemann, A. Hofman & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulübergreifend* (S.79-92). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Levine, P. A. (1998). *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit traumatische Erfahrungen zu transformieren*. Essen: Synthesis Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Miller, A. (2013). *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Eine Um- und Fortschreibung* (10. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.

- Müller, B. (2017). Ein kategoriales Modell gestalttherapeutischer Diagnostik. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 647-671). Hogrefe. <http://doi.org/10.1026/02866-000>
- Münker-Kramer, E. (2015). *Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Nausner, L. (2017). Phänomenologische und hermeneutische Grundlagen der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 463-484). Hogrefe. <http://doi.org/10.1026/02866-000>
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2010). *Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Peichl, J. (2013). *Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline, Ego-State, Täter-Introjekt* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Peichl, J. (2015). *Innere Kritiker, Verfolger und Zerstörer. Ein Praxishandbuch für die Arbeit mit Täterintrojekten* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Peichl, J. (2019). *Hypno-analytische Teilarbeit. Ego-State-Therapie mit inneren Selbstanteilen* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, F. S. (1988). *Gestalt-Therapie in Aktion*. (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta
- Perls, F. S. (2012). *Das Ich, der Hunger und die Aggression. Die Anfänge der Gestalttherapie. Sinneswachheit, spontane persönliche Begegnung, Phantasie, Kontemplation* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman P. (2013). *Gestalttherapie. Grundlagen der Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perls, L. (2005). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalt-Therapie* (3. Aufl.). Bergisch Gladbach: EHP – Edition humanistische Psychologie.
- Polster, E., & Polster, M. (2002). *Das Herz der Gestalttherapie. Beiträge aus vier Jahrzehnten*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Porges, S. W. (2010). *Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Reddemann, L. (2011). Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. In L. Reddemann, A. Hofman & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxisstörungsspezifisch und schulübergreifend* (S.112-130). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Reddemann, L. (2017). *Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen* (20.Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

- Salem, E. (2018). Frühe Störungen als Anwendungsgebiet von Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 324-341). Wien: Facultas Verlag.
- Schigutt, R. (2018). Grundsätzliche Überlegungen zur gestalttherapeutischen Praxis. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (S. 229-239). Wien: Facultas Verlag.
- Schwartz, R. C. (2008). *IFS SM. Das System der inneren Familie. Ein Weg zu mehr Selbstführung*. Norderstedt: Books on Demand.
- Siegel, D. J. (2006). *Wie wir werden die wir sind. Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens und die Entwicklung des Menschen in Beziehungen*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Staemmler, F. M. (1993). *Gestalttherapeutische Beziehung und Diagnose. Gestalttherapeutische Antworten*. München: Pfeiffer.
- Staemmler, F. M. (1995). *Der ‚leere Stuhl‘ Ein Beitrag zur Technik der Gestalttherapie*. München: Pfeiffer.
- Staemmler, F. M. (2009). *Das Geheimnis des Anderen- Empathie in der Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Staemmler, F. M. (2015). *Das dialogische Selbst. Postmodernes Menschenbild und psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A. (2014). *Trauma und Entwicklung. Adulenzenz - frühe Traumatisierungen und ihre Folgen* (2. Aufl.). Göttingen: Schattauer

- Terr, L. (1995a). Childhood traumas. An outline and overview. In G. S. Everly, Jr. Lating & J. M. Lating (Hrsg.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (S. 301-320). Plenum Press.  
<http://doi.org/10.1007/978-1-4899-1-4899-1034-9> 18
- Terr, L. (1995b). *Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht*. München: Kindler.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B. (2015). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau: G. P. Probst Verlag.
- Votsmeier, A. (2017). Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 715-732). Hogrefe. <http://doi.org/10.1026/02866-000>
- Votsmeier-Röhr, A., & Wulf, R. (2017). *Gestalttherapie*. München: Ernst Reinhardt.
- Walch, S. (2018). Leibprozesse in der Psychotherapie. *ÖAGG Feedback. Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung. Psychotherapieforschung, 1 & 2/2018*, 52-64.
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (2012). *Ego-States - Theorie und Therapie* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz

- Wolf, U. (2017). Psychotherapeutische Unterstützung bei Trauma und Gewalt. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 827-837). Hogrefe. <http://doi.org/10.1026/02866-000>
- Wöller, W. (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Yontef, G. M. (1999). *Awareness, Dialog, Prozess: Wege zu einer relationalen Gestalttherapie*. Bergisch Gladbach: EHP-Edition Humanistische Psychologie.

## Tabellenverzeichnis

<i>Nummer</i>		<i>Seite</i>
Tabelle 1.	Kategoriensystem	45

## Abkürzungsverzeichnis

ANP	Anscheinend normale(r) Persönlichkeitsanteil(e)
ANS	Autonomes Nervensystem
EP	Emotionale(r) Persönlichkeitsanteil(e)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10. Revision, Internationalen Klassifikation der Krankheiten-10. Revision.
OK	Oberkategorie
OPD-2	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
UK	Unterkategorie
SSE	System sozialen Engagements
TISA	Täteridentifizierte(r) Selbstanteil(e)

ANHANG:

***Interviewleitfaden:***

Stand:29.9.2020

***Themenblock 1, Erfahrungen mit PatientInnen mit Traumafolgestörungen:***

- Bitte erzählen Sie mir über Ihre Erfahrungen bei der Arbeit mit PatientInnen mit Traumafolgestörungen.

***Themenblock 2, Fragen zu den PatientInnen:***

- Bitte beschreiben Sie PatientInnen, die aufgrund von Traumafolgestörungen zu Ihnen kommen.

***Themenblock 3, Theoretischer Hintergrund:***

- Welche theoretischen Modelle bezüglich der Entstehung von Selbstanteilen sind für Ihre Arbeit mit Traumafolgestörungen wesentlich?

***Themenblock 4, Täteridentifizierte Selbstanteile im therapeutischen Prozess:***

- Wie erleben Sie den Einfluss von täteridentifizierten Selbstanteilen im therapeutischen Prozess? Bitte nennen Sie mir Fallbeispiele.
- Haben PatientInnen von ihrem Selbsterleben der täteridentifizierten Selbstanteile berichtet? Bitte nennen Sie mir Fallbeispiele (Ausschnitte).

***Themenblock 5, Behandlungsziele und Interventionen:***

- Welche Behandlungsziele stehen bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen im Vordergrund?
- Welche speziellen Interventionen wenden Sie dafür an?
- Stärken und Schwächen der Integrativen Gestalttherapie bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen?

***Themenblock 6, Einfluss der täteridentifizierten Selbstanteile auf die therapeutische Beziehung:***

- Welche Erfahrungen haben Sie hinsichtlich der therapeutischen Beziehung bei der Arbeit mit täteridentifizierten Selbstanteilen?
- Welche Resonanz Erfahrungen treten dabei auf?
- Bitte um Fallbeispiele (Ausschnitte).

***Abschluss:***

- Wollen Sie noch etwas ergänzen, anmerken?

***Informationen zur interviewten Person:***

- Wie viele Berufsjahre arbeiten Sie schon als Integrative Gestalttherapeut\*in?
- Wie lange arbeiten Sie schon mit PatientInnen mit Traumafolgestörungen?
- Arbeiten Sie in der privaten Praxis und/oder im institutionellen Bereich (ambulant/stationär)?
- Haben Sie zusätzliche Ausbildungen im psychosozialen Bereich?
- Haben Sie spezielle Ausbildungen für die Traumafolgen-Therapie?
- Welches Setting verwenden Sie bevorzugt oder ausschließlich in der Arbeit mit PatientInnen mit Traumafolgestörungen?

***Vielen Dank für das Gespräch!!***