

**HILFREICHE ASPEKTE FÜR PSYCHOTHERAPEUT*INNEN IM
UMGANG MIT BELASTUNGEN IN DER ARBEIT MIT MENSCHEN
MIT TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN**

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Mag.^a (FH) Michaela Langeder

Department für Psychosomatische Medizin

und Psychotherapie

an der Universität für Weiterbildung Krems

Betreuerin: Dr.ⁱⁿ Gertraud Diestler

Hitzendorf, 17.10.2022

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag.^a (FH) Michaela Langeder, 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 externe Kooperationspartner*innen betrifft, meine Arbeitgeberin über Titel, Form und Inhalt der Master-Thesis unterrichtet und ihr Einverständnis eingeholt habe.

DANKSAGUNG

Mein großer Dank gilt meiner Betreuerin Dr.ⁱⁿ Gertraud Diestler, die mich mit viel Zuversicht, viel Herz, viel Wissen und noch viel mehr Geduld nicht nur im Masterthesenprozess, sondern auch in dieser letzten Ausbildungsphase verlässlich begleitet hat.

Ein ebenso großer Dank geht an meinen Mann, der mich im Reflexions- und Schreibverlauf begleitet und unterstützt hat und der seine Motivation in meinem Masterthesenprozess ebenso lange aufrechterhalten konnte, wie ich meine!

Ich danke auch meinen Kindern, die mich über lange Zeit im Arbeitszimmer in Ruhe arbeiten ließen und für ihr Alter (meist) viel Verständnis für meine Arbeit aufbrachten.

Dankeschön auch an Mag.^a Dr.ⁱⁿ Katharina Gerlich, die mich von wissenschaftlicher Seite unterstützt hat.

Und ein besonderes Danke an die bereitwilligen Interviewpartner*innen für die Offenheit, ihre persönlichen und beruflichen Erfahrungen zu teilen und sich für mich und die Verbreitung ihres Wissens wirklich Zeit zu nehmen!

ABSTRACT

Die vorliegende Arbeit behandelt hilfreiche Aspekte für Psychotherapeut*innen im Umgang mit traumatischem Material ihrer Klient*innen. Der Theorieteil befasst sich dazu mit den Themen Trauma und Sekundäre Traumatisierung von Psychotherapeut*innen, sowie Schutz- und Vulnerabilitätsfaktoren in Bezug auf die Entstehung von Sekundärer Traumatisierung. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine qualitative Studie durchgeführt. Neun Expert*inneninterviews geben Auskunft darüber, welche Aspekte die Proband*innen als für sich hilfreich empfinden im Hinblick auf die Regulation bzw. Reduktion von arbeitsspezifischen Belastungen. Außerdem wurde überprüft, was die IGT als Methode diesbezüglich an hilfreichen Konzepten, Sichtweisen und Techniken für die Psychotherapeut*innen bereit stellt. Das Ergebnis ist ein breites Spektrum an hilfreichen Möglichkeiten für Psychotherapeut*innen, die am Ende dieser Arbeit diskutiert und in weitere Rahmen eingeordnet werden.

Stichworte:

Sekundäre Traumatisierung, Psychohygiene, Schutzfaktoren, Integrative Gestalttherapie, Kohärenzsinn.

ABSTRACT

This paper gives attention to helpful aspects for psychotherapists in handling traumatic material of their clients. The theoretical part deals with the topics of trauma and secondary traumatization of psychotherapists, as well as protective and vulnerability factors related to the development of secondary traumatization. To answer the research question, an empirical survey was conducted. Nine interviews with experts provide information on which aspects the test persons consider helpful with regard to the regulation or reduction of work-specific stresses and strains. In terms of helpful concepts, perspectives and techniques, it was reviewed what the IGT as a method provides for its psychotherapists. The result is a wide range of helpful options for psychotherapists, which are discussed at the end of this paper and placed in further frameworks.

Keywords:

secondary traumatization, mental health, protective factors, Integrative Gestalt Therapy, sense of coherence.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	1
1.1	Aufbau der Arbeit	2
2	Theorie	2
2.1	Trauma	2
2.1.1	Definition Trauma	2
2.1.2	Entstehung	4
2.1.3	Symptome und Folgen einer Traumatisierung	7
2.1.4	Diagnosekriterien der Medizin	11
2.2	Traumatisierung aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie	12
2.2.1	Ein Umriss der Traumafolgentherapie und der Polyvagaltheorie in der IGT	16
2.3	Sekundäre Traumatisierung	18
2.3.1	Was ist Sekundäre Traumatisierung?	18
2.3.2	Konzepte sekundärer Traumatisierung	19
2.4	Sekundäre Traumatisierung aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie	31
3	Empirische Untersuchung	34
3.1	Forschungsgegenstand	34
3.2	Methodik	35
3.2.1	Erhebungsmethode	35
3.2.2	Auswahl und Beschreibung der Stichprobe	37
3.2.3	Ablauf der Interviews	39
3.2.4	Transkription	39
3.2.5	Interviewauswertung	40
4	Ergebnisdarstellung	40
4.1	Hilfreiche Faktoren im Vorfeld der Traumafolgentherapie	41
4.1.1	Persönliche Faktoren der Therapeut*innen	41

4.1.2	Hilfreiche Rahmenbedingungen	49
4.1.3	Hilfreiches Vorwissen bzgl. möglicher Belastungen	54
4.2	Hilfreiche Faktoren im Rahmen einer Therapieeinheit	57
4.2.1	Hilfreiche Techniken, Maßnahmen, Rituale vor der Therapieeinheit	58
4.2.2	Hilfreiche Techniken, Maßnahmen, Rituale während der Therapieeinheit	59
4.2.3	Hilfreiche Techniken, Maßnahmen, Rituale nach der Therapieeinheit	80
4.3	Kohärenzfördernde Aspekte von Traumafolgentherapie f. d. Therapeut*innen	89
5	Diskussion	94
5.1	Eine versuchte Abbildung der gesammelten Möglichkeiten	94
5.2	Hilfreiche Aspekte der IGT	97
5.2.1	Awareness und Hier & Jetzt	97
5.2.2	Techniken zur Selbst-Fremd-Differenzierung	99
5.2.3	Hilfreiche Konzepte und Haltungen	99
5.2.4	Austausch und Auseinandersetzung in der Ausbildung	102
5.3	Schutzfaktor Kohärenzerleben und die IGT	104
6	Schluss	106

1 Einleitung

Vor Jahren, am Beginn meiner Arbeit als Beraterin in einer Beratungsstelle für Mädchen und junge Frauen habe ich zum ersten Mal beobachtet, dass mich meine Arbeit in feinen Ansätzen persönlich zu prägen schien. Viele meiner Klientinnen berichteten mir über sexuelle Übergriffe und damit verbundene Demonstration von Macht und Gewalt durch Männer in ihrem nahen Umkreis. Die Täter waren in all diesen Fällen männlich. Diese Erzählungen hinterließen Spuren in mir, die mir auffielen, ich konnte sie identifizieren und reflektieren. Ich empfand sie als natürliche Reaktion auf die Berichte meiner Klientinnen und fragte mich gleichzeitig, wie ich wohl in dieser und in zukünftiger Arbeit mit Menschen mit belastenden Lebensgeschichten „gesund“ bleiben könnte, wie ich mir „meine Weltsicht“ behalten könnte. In der Arbeit als Psychotherapeutin ist man arbeitsspezifischen Belastungen ausgesetzt und man ist nicht frei von persönlichen Belastungen. In dieser vorliegenden Arbeit möchte ich herausfinden, wie Psychotherapeut*innen mit den arbeitsspezifischen Belastungen umgehen, wie sie diese reduzieren, gering halten oder vermeiden. Im Theorieteil wird auf das Phänomen der Sekundären Traumatisierung eingegangen, da mir dies als schwerwiegendstes Risiko vorkommt. Mir stellt sich die Frage: Wie kann ich einer Sekundärtraumatisierung vorbeugen und inwiefern kann hier meine erlernte Methode der Integrativen Gestalttherapie eine Unterstützung für mich darstellen? Die zugrundeliegende Forschungsfrage dieser Arbeit lautet: **Welche gestalttherapeutischen Sichtweisen und Haltungen erleben die Integrativen Gestalttherapeut*innen in der Arbeit mit Patient*innen mit Traumafolgestörungen als hilfreich?**

1.1 Aufbau der Arbeit

Der Theorieteil der vorliegenden Arbeit befasst sich zu Beginn mit dem Phänomen Trauma. Er umfasst Theorie zur Entstehung eines Traumas, die Symptomatik und Diagnosekriterien davon und die Aussagen der Integrativen Gestalttherapie zum Thema Trauma. Ein zweiter Themenschwerpunkt des Theorieteils befasst sich mit Sekundärer Traumatisierung. Dazu werden verschiedene Konzepte vorgestellt und Forschungsergebnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren genannt.

Im zweiten Abschnitt dieser Arbeit werden anhand von qualitativen Interviews Erfahrungsberichte von Integrativen Gestalttherapeut*innen eingeholt: Welche Faktoren spielen für sie eine Rolle in Bezug auf Schutz vor arbeitsspezifischen Belastungen? Welche Aspekte empfinden sie hilfreich für den Erhalt ihres Wohlbefindens? Welche Sichtweisen oder Konzepte der IGT erleben sie in ihrer Arbeit mit Klient*innen mit Traumafolgestörungen als hilfreich?

Der geschlechtergerechte Sprachgebrauch wird durch das sogenannte „Performing the Gap“, d.h. die Verwendung des Sterns, umgesetzt. Der Stern steht für die Vielfalt der Geschlechter und macht jene Geschlechter sichtbar, die bisher noch nicht sichtbar geworden sind. (Czepa et al., 2020, S.8)

2 Theorie

2.1 Trauma

2.1.1 Definition Trauma

Im aktuellen Diskurs der Psychotraumatologie wird Trauma als ein Diskrepanzerlebnis verstanden, ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und

Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer & Riedesser, 2009, S. 84).

Daraus resultieren Gefühle der Hilflosigkeit, Ohnmacht und des Ausgeliefert-Seins. Die traumatische Erfahrung erschüttert „die im Lauf der Entwicklung gewachsenen bzw. aufgebauten Überzeugungen von Sicherheit nachhaltig.“ (Butollo, Krüsmann & Hagl, 1998, S. 89) So kommt es zur oben genannten, dauerhaften „Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis“. Huber (2012) beschreibt ein Trauma im Vergleich zu belastenden Lebensereignissen als

überwältigend

lebensgefährlich

über alle Maßen erschreckend

etwas, das man eigentlich nicht verkraften kann

ein Ereignis außerhalb dessen, was der Mensch sonst kennt

verbunden mit der Überzeugung, dass man es nie verwindet

so schlimm, dass man nachher denkt, das könne nicht passiert sein

mit enormen seelischen und/oder körperlichen Schmerzen verbunden

etwas, das von unserem Gehirn aufgesplittert oder ganz verdrängt wird

(S. 38)

Klassifikation traumatischer Ereignisse

Nach Wöller (2013) hat sich die Klassifikation von psychischen Traumen nach zwei Dimensionen bewährt:

1. Dimension „personale und apersonale Traumatisierungen“:

Apersonale Traumen sind beispielsweise Naturkatastrophen, unpersönliche

Aspekte von Kriegseinwirkungen und die meisten Verkehrsunfälle. Apersonale Traumen zeichnen sich dadurch aus, dass sie nicht durch Menschen herbeigeführt werden. Im Gegensatz dazu sind personale Traumen von Menschen verursacht (sogenannte „man-made“ Traumen). Dazu zählen räuberische Überfälle, Vergewaltigungen, Gewalt in der Familie in Form von ehelicher Gewalt, Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch, ferner Folter, Geiselhaft und Kriegseinwirkungen.

2. Dimension „Schocktraumen und chronische Traumen“:

Wöller (2013) nennt hier die von der Kinderpsychiaterin Terr 1991 eingeführte Differenzierung von Typ I Traumen und Typ II Traumen. Unter Typ I Traumen oder „Schock-Traumen“ versteht Terr plötzliche, unvorhersehbare, einmalige Ereignisse wie z.B. Unfälle, Naturkatastrophen, Vergewaltigungen, räuberische Überfälle oder der unerwartete Verlust einer Bezugsperson. Typ II Traumen oder „chronisch kumulative Traumen“ treten wiederholt auf und stellen für die Betroffenen eine Dauerbelastung dar. Zu den Typ II Traumata gehören Traumatisierungen durch Kriegseinwirkungen, Folter, Geiselhaft, sowie durch häusliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Traumatisierungen in Kindheit und Jugend durch Misshandlungen, Missbrauch und Vernachlässigung, die sich aus einer Vielfalt traumatischer Ereignisse zusammensetzen.

2.1.2 Entstehung

Die traumatische Zange

Damit ein belastendes Ereignis zur Traumatisierung führt, ist lt. Huber (2012) das Entstehen einer speziellen Dynamik Voraussetzung. Das Gehirn wird dazu genötigt, mit dem Ereignis in besonderer Weise umzugehen. Huber nennt dies die „Traumatische Zange“ (S.38):

Bei einem äußeren sehr stressreichen Ereignis ist unser Gehirn bemüht, auf

möglichst rasche und effektive Weise mit dem Geschehnis fertig zu werden. Dabei muss es sich um ein Ereignis handeln, das vom Gehirn als eine äußerste Bedrohung erkannt wird.

Das Informationsverarbeitungssystem Gehirn – in der Wahrnehmung der Person das eigene Selbst – wird so überflutet, dass die Person den Eindruck bekommt, als „ginge jetzt nichts mehr“, als sei „jetzt alles aus“, als täte sich ein Abgrund auf, in den man hineinstürzt; oder als müsse man jetzt sterben.

(Huber, 2012, S.39)

Die betroffenen Personen (oder auch Zeug*innen dieser Situation) erleben eine Extremsituation, auf die sie nicht angemessen vorbereitet sind und die all ihre Bewältigungsmechanismen überfordert. Sie erleben eine Überflutung mit aversiven Reizen. Die Betroffenen wissen instinktiv, dass dies eine Situation ist, die das eigene Leben für immer verändern könnte und greifen auf zwei Reflexe zurück, die der stammesgeschichtlich älteste Teil des Gehirns ihnen vorschreibt: *Fight or Flight*, Kampf oder Flucht. In manchen Extremsituationen könnte eine dieser beiden Reaktionen noch dazu führen, dass die betreffende Person erfolgreich das Trauma verhindert. Das Ereignis würde dann möglicherweise als stark belastend, wahrscheinlich aber nicht als Trauma gespeichert. (Huber, 2012)

Freeze und Fragment

Wenn jedoch weder Kampf noch Flucht möglich sind, muss das Gehirn der äußersten Bedrohung, nämlich der Auflösung des Selbst, entkommen und es sind nur mehr zwei Dinge möglich: *Freeze* und *Fragment*.

Freeze, wörtlich „Einfrieren“, „Erstarren“, bedeutet eine Lähmungsreaktion, eine innerliche Erstarrung. Da der Mensch die Situation nicht erfolgreich lösen und den aggressiven Reiz nicht zerstören kann, veranlasst das Gehirn genau das „intern“ bzw. in sich zu tun: der aggressive Reiz wird unschädlich gemacht und dem

Organismus wird erlaubt, sich innerlich davon zu distanzieren. Dies verhilft zu einer Art „Neutralisierung“ der akuten Todesangst bzw. zu einem „geistigen Wegtreten“ und kann die üblicherweise integrative Wahrnehmung blockieren. (Huber, 2012)

Zum *Freeze* kommt das Mittel des *Fragmentierens* hinzu: „Die Erfahrung wird zersplittert, und diese Splitter werden so „weggedrückt“, dass das äußere Ereignis nicht mehr (jedenfalls nicht ohne spätere gezielte Anstrengungen) zusammenhängend wahrgenommen und erinnert werden kann.“ (Huber, 2012, S.43)

Die Schwierigkeit, nach einer Erstarrungsreaktion wieder in einen ausgewogenen Zustand zu gelangen, ist lt. Levine (2011) von sehr großer Bedeutung. „Die Fähigkeit, nach einer Erstarrungsreaktion wieder zu Gleichgewicht und Balance zurückzukehren, ist meiner Meinung nach der entscheidende Faktor, der eine Traumatisierung verhindern kann.“ (S.37) So entstehen Traumasymptome nicht durch das traumatische Erlebnis, sondern durch erstarrte Energie, die nach dem Abklingen der bedrohlichen Situation nicht aufgelöst worden ist. Es handelt sich um Energierückstände, die im Nervensystem gebunden bleiben und verheerend auf Körper und Geist wirken können. Demnach entwickeln sich die beängstigenden, behindernden Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung, wenn der betroffene Mensch das Eintreten in den Zustand des Erstarrens, das Verweilen darin und das spätere Wiederaustreten nicht zu einem natürlichen Abschluss bringen kann.

Posttraumatische Symptome seien lt. Levine (1998) im Grunde durch Angst unterbrochene physiologische Reaktionen. „Symptome, die als Reaktionen auf lebensbedrohliche Situationen entstanden sind, bleiben so lange bestehen, bis die Prozesse, durch die sie sich entwickelt haben, zum Abschluß gebracht werden.“ (S. 43f)

2.1.3 Symptome und Folgen einer Traumatisierung

Lt. Fuchs (2021) lassen sich Traumasymptome als Schutz- und Überlebensreaktionen des Organismus auf ein existentiell bedrohliches Ereignis verstehen (S. 49). Mittelfristig ist hier mit folgenden typischen Reaktionen zu rechnen (Herman, 2018):

Übererregung

Das Selbstschutzsystem des traumatisierten Menschen scheint sich in einem ständigen Alarmzustand zu befinden, „als könne die Gefahr jeden Augenblick wiederkehren“ (S. 47). Symptome sind erhöhte Dauernervosität und Schreckhaftigkeit, verbunden mit Schlafstörungen sowie Reizbarkeit bzw. überschießendes Reagieren auf geringfügigen Ärger. „Das normale Grundniveau wacher, aber entspannter Aufmerksamkeit fehlt. Bei ihnen [den Betroffenen] ist das Grundniveau ein Zustand erhöhter Erregung: Ihr Körper ist immer in Alarmbereitschaft und auf eine Gefahr vorbereitet.“ (S. 48)

Intrusion

Auch lange nachdem das traumatisierende Ereignis stattgefunden hat, erleben Betroffene das Ereignis immer wieder und zwar so, als ob es gerade geschähe. „Es ist, als wäre für sie die Zeit im Moment des Traumas stehen geblieben. Der traumatische Augenblick wird abnormal im Gedächtnis gespeichert und gelangt dann spontan ins Bewusstsein, im Wachzustand als plötzliche Rückblende und im Schlaf als angsterfüllter Albtraum.“ (S.49) Selbst kleine Gegenstände und scheinbar bedeutungslose Situationen können Erinnerungen wecken, die als extrem lebensecht wahrgenommen werden mit all der erlebten emotionalen Gewalt.

Das Zurückfinden in einen normalen Lebensrhythmus erweist sich als schwierig, da das Trauma immer wieder auf sich aufmerksam macht. Symptome sind wiederkehrende Albträume, Flashbacks, intrusive Gedanken und Vorstellungen. Auch Neuinszenierungen zählen zu dieser Symptomgruppe. Neuinszenierungen

stellen die Wiederholung der traumatischen Szene dar, die die Betroffenen wie zwanghaft aufsuchen, um die bedrohliche Begegnung zu verändern. Das Ziel dabei sei es, den traumatischen Augenblick auszulöschen bzw. mit Triumphgefühl daraus hervorzugehen. Lt. Herman (2018) vermuten manche Wissenschaftler*innen, „dass das häufige Wiedererleben der traumatischen Erfahrung einen spontanen, erfolglosen Heilungsversuch darstellt.“ (S. 53)

Konstriktion

Wie im Kapitel „Entstehung“ beschrieben, hat die betroffene Person in der traumatischen Situation keine Möglichkeit real vor der Gefahr zu fliehen. Stattdessen kommt es zum *freeze and fragment* – der oder die Betroffene distanziert sich innerlich von der Szene durch eine Veränderung des Bewusstseinszustandes (Erstarrungszustand). So erlangt sie distanzierte Ruhe und Angst, Wut und Schmerz verschwinden.

Die Ereignisse dringen zwar weiter ins Bewusstsein, aber scheinbar losgelöst von ihrer üblichen Bedeutung. Die Wahrnehmung ist möglicherweise eingeschränkt oder verzerrt (...). Vielleicht kommt es dem Opfer so vor, als wäre es von dem Ereignis gar nicht selbst betroffen, als stünde es außerhalb seines Körpers und schaute nur zu, als wäre die Erfahrung sein schlechter Traum, aus dem es bald erwacht. Die Wahrnehmungsveränderungen gehen mit Gleichgültigkeit, emotionaler Distanz und völliger Passivität einher, das Opfer gibt jede Initiative und Kampfbereitschaft auf.“ (Herman, 2018, S. 55)

Konstriktive Symptome sind ein Versuch, übermächtige Emotionen abzuwehren. Gedanken, Vorstellungen und reale Situationen, die an das verletzende Erlebnis erinnern, werden aktiv vermieden. Unbewusste Phasen der Dissoziation sowie

innere Teilnahmslosigkeit zählen zu den Symptomen dieses Überbegriffs. Diese Einschränkungen beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen und verengen das Spektrum der Lebensmöglichkeiten. (Herman, 2018)

Ergänzend nennen Butollo, Krüsmann & Hagl (1998) Gefühlsverarmung und reduzierte Körperwahrnehmung als weitere typische Reaktionen nach einem Trauma.

Symptome des chronischen Traumas

Bei Menschen, die über einen langen Zeitraum hinweg immer wieder traumatische Erfahrungen erleiden (Trauma Typ II), kommt es zu einer weitreichenderen Symptomatik, „zu einer heimtückischen, fortgeschrittenen Form der Posttraumatischen Belastungsstörung, die die Persönlichkeit verändert und zerstört.“ (Herman, 2018, S.99) Alle Menschen mit Traumatisierung haben mit der Angst vor einer Wiederholung der traumatischen Erfahrung zu kämpfen. Bei chronisch traumatisierten Menschen wird diese Furcht Wirklichkeit. Die Symptome der Übererregung treten folglich verstärkt auf, einen Grundzustand physischer Ruhe oder Entspannung erreichen Betroffene nie mehr. (Herman, 2018) Die ausgeprägten Vermeidungs- und Rückzugsstrategien führen zu einer psychischen Verengung, die alle Lebensbereiche betrifft. Die Beziehungsfähigkeit ist stark eingeschränkt. So gibt es etwa für jahrelang misshandelte Frauen oder Menschen in Gefangenschaft auch nach der Befreiung in jeder Beziehung implizit die Frage: Auf welcher Seite stehst du? Für die Betroffenen gibt es „nur eine begrenzte Anzahl von Rollen: Man ist entweder Täter, passives Opfer, Verbündeter oder Retter“ (Herman, 2018, S.105). Jede weitere Beziehung der oder des Betroffenen ist gefärbt von der traumatischen Erfahrung.

Chronische Traumatisierung kann die Persönlichkeit der Betroffenen stark verändern. „Alle psychischen Strukturen des Selbst – das Körperbild, die inneren Bilder anderer Menschen, die Wertvorstellungen und Ideale, die Kohärenz und

Sinn verleihen“ (S. 106) können betroffen sein, untergraben und zerstört werden und hinterlassen Gefühle der Wertlosigkeit, Scham oder Selbstverachtung. Diese einschneidenden Veränderungen im Selbst (-bild) und in der Interaktion und Beziehung zu anderen führen zu einer Reihe von sozialen und emotionalen Problemen sowie in weiterer Folge zu einer Verunsicherung von grundlegenden Überzeugungen. (Herman, 2018) Durch das Erleben traumatischer Erfahrungen bzw. das Aufwachsen in einem traumatisierenden Umfeld können so auch die Entwicklung von Selbstregulation und Selbstfürsorge gehemmt werden. (Klampfl, 2016) Dies kann weiterführend zu Störungen der Selbstregulation, Einschränkungen im Körpererleben und Problemen in der Kontakt- und Beziehungsregulation führen. Auch selbstschädigende Verhaltensweisen und Selbstverletzungen können die Folge sein. (Klampfl, 2016)

Einflüsse auf die Verarbeitung des Traumas

Nach Butollo et al. (2003) wirken nicht nur Personenfaktoren (etwa Alter und Entwicklungsstand der Betroffenen, bestehende Vortraumatisierungen oder -belastungen, Temperament etc.) und Umweltfaktoren (Reaktion des sozialen Umfeldes, Ressourcen bzw. Mangel an Unterstützung, Menschenbild etc.) in die weitere Verarbeitung des Traumas ein. Ausschlaggebend sind im Besonderen die Art und Qualität des erlebten Traumas. Neben der Dauer führen Butollo et al. (2003) die Intensität des Traumas und die Intentionalität als relevante Dimensionen an. „Ob eine traumatische Erfahrung willentlich, von Menschen direkt verursacht oder durch technische oder natürliche Katastrophen ausgelöst wurde, hat einen direkten Einfluss auf die psychologische Verarbeitung der traumatischen Erfahrung.“ (S. 180)

Besonders schwerwiegend wirken sich Traumata aus, die von Bezugspersonen und engen Vertrauten gesetzt werden, wenn Abhängigkeitsverhältnisse missbraucht werden und Personen zu Tätern werden, die unterstützend sein sollten. (Schön, 2008)

2.1.4 Diagnosekriterien der Medizin

Das medizinische Klassifikationssystem „International Classification of Diseases“ (ICD) der WHO definiert in ihrer (noch) aktuellen Version der 10. Revision die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ (Dilling et al., 2019, S.173) Auch Symptome im Rahmen von Intrusion, Konstriktion und Hyperarousal werden hier beschrieben.

Weitere Merkmale sind lt. Ausführungen von Dilling et al. (2019):

- ein andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit
- häufig auch Angst, Depression und Suizidgedanken

Traumata des Typs II können ein kompliziertes, über die Kernsymptomatik einer PTBS hinausgehendes Symptommuster nach sich ziehen, besonders, wenn die traumatischen Erfahrungen in der Kindheit liegen und damit nachhaltig die Entwicklung der Persönlichkeit beeinflusst haben. (Butollo et al., 2003)

In der ICD 10 (Dilling et al., 2019) gibt es dazu die Kategorie „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“. Hier werden folgende Merkmale beschrieben:

- Eine andauernde feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber
- Sozialer Rückzug
- Ein andauerndes Gefühl von Leere und/ oder Hoffnungslosigkeit, begleitet von einer gesteigerten Abhängigkeit von anderen, einer Unfähigkeit, negative oder aggressive Gefühle zu äußern und einer anhaltenden depressiven Stimmung
- Ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein, das

sich in einer gesteigerten Wachsamkeit und Reizbarkeit bei einer Person zeigt. Dieser Zustand kann mit der Neigung zu exzessivem Trinken oder zum Gebrauch psychotroper Substanzen verbunden sein.

- Ein andauerndes Gefühl der Entfremdung, verbunden mit emotionaler Betäubung (S. 250ff)

Vereinfacht lässt sich sagen, dass ein Typ I Trauma zu Reaktionen auf der Ebene des Erlebens und Verhaltens führt, die der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung entsprechen. Anhaltende Misshandlung und unvermeidbare sich wiederholende Traumatisierungen, also Typ II Traumen, wirken sich grundlegend und zerstörerisch auf die gesamte Entwicklung von Psyche und Gehirn aus. (Wöller, 2013)

2.2 Traumatisierung aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie

Die IGT geht davon aus, dass im menschlichen Organismus ein Empfinden und Bewusstsein der eigenen Existenz entsteht und dies in Abgrenzung von und in Beziehung zu unserer Umwelt geschieht – im sogenannten *Organismus-Umweltfeld*. Der Mensch nimmt die Grenze zwischen sich und seiner Umwelt wahr und erlebt sich als „Ich“ im Unterschied zum „Nicht-Ich“. Der Organismus erfährt und organisiert sich also im Sich-Abgrenzen von der Umwelt. (Gremmler-Fuhr, 2001). Das Organismus-Umwelt-Feld ist dynamisch, ein Wechselspiel von Organismus und Umwelt und auch die Kontaktgrenze zwischen Organismus und Umwelt ist eine dynamische. Die Kontaktgrenze ist sowohl Ort der Abgrenzung als auch Ort der Berührung. (Gremmler-Fuhr, 2001) Hier findet Kontakt statt.

Diese Kontaktgrenze wird sowohl von innen, d.h. von Seite der Person aus, als auch von außen, d.h. von Seite der Umwelt aus definiert. Kontakte innerhalb der Grenze werden als sicher erlebt. Bekanntes und Bewährtes wird wiederholt, die

Routine stärkt das Sicherheitsgefühl. „An der Grenze wird Kontakt als neue Erfahrung, als aufregend und spannend erlebt, die Unterschiedlichkeit wird deutlich, Erfahrungszugewinn möglich. Kontakte über die Grenze hinaus werden als risikoreich, als überfordernd erlebt oder sogar als katastrophal, wie beim *man-made-trauma*.“ (Schön, 2008, S. 203) Eine fortlaufende adaptive Kontaktregulierung trägt dafür Sorge, dass die Erregung erträglich bleibt und nicht die Integrität des Organismus gefährdet. Mechanismen der Kontaktregulierung sind u.a. Introjektion, Projektion, Retroflexion, Konfluenz, vorübergehende Dissoziation. (Votsmeier, 2001)

Trauma entsteht demnach aus Kontaktgeschehen „über die Grenze hinaus“. Da der Mensch danach strebt, seine Potentiale und Fähigkeiten in einer steten Auseinandersetzung mit der Welt so gut wie möglich zu entfalten, sucht der sich verwirklichende Mensch nicht nur nach Sicherheit und Kontinuität, sondern auch immer nach neuen Herausforderungen und Erweiterung seines Spielraums (Votsmeier, 2001) – und findet sie an der Kontaktgrenze. Die dafür notwendigen Kontakterfahrungen führen nach Votsmeier (2001) auch und immer wieder zu Erschütterungen, zu Schwierigkeiten, die der Mensch aktiv und kreativ überwinden möchte, um daran und daraus zu wachsen. Kontakt gelingt allerdings nur, wenn genug Stützung von außen (Support, Ressourcen) oder von der Person selbst (self-support) aufgebracht werden kann.

Bei fehlender Unterstützung können Erschütterungen katastrophale Folgen haben, Goldstein spricht von Katastrophenreaktionen. Die Person ist nur noch mit Selbsterhaltung beschäftigt. Die persönliche Identität ist gefährdet, die Erlebnisse an der Kontaktgrenze sind beängstigend, bedrohen die Integrität und das Selbstbild der Person. Die ganze Person ist in Alarmbereitschaft. Nehmen die Erschütterungen ein Ausmaß an, dass sie nicht mehr bewältigt werden und zu wenig oder keine Unterstützungs- und

Selbsterstützungsangebote zur Verfügung stehen, sodass die Person in ihrer Identität Schaden nimmt, sprechen wir aus gestalttherapeutischer Sicht von Traumatisierung. Es findet keine Weiterentwicklung im Sinne einer Selbsttransformation statt, vielmehr kommt es zu dysfunktionalen Anpassungen an ein schwieriges Feld. (Schön, 2008, S. 204)

D.h. Störungen entstehen dann, wenn das Individuum „seine in ihm angelegten Möglichkeiten im Austausch mit der Umwelt als Folge des traumatischen Erlebens nicht verwirklichen kann.“ (Fuchs, 2019, S. 82) Der Mensch kann sich – im Sinne Goldsteins – nicht mehr aktualisieren. (Fuchs, 2019) In den Worten Votsmeiers (2001) kommt es zu einer Traumatisierung, „wenn ein Mensch mit bedrohlichen Situationen und Anforderungen konfrontiert wird, die er oder sie mit ihren inneren (z.B. Stützfunktionen/ self support) und äußeren Ressourcen nicht bewältigen, verarbeiten und einordnen kann. Je nach Bedeutung für seine oder ihre Existenz kommt es im Extremfall zu einer katastrophalen Situation, einer existentiellen Krise und Traumatisierung.“ (S. 722f)

Gestalttherapeutisch gesprochen, findet im Moment des Traumas eine Unterbrechung des Kontaktzyklus statt. Um die psychische Integrität zu bewahren wird – als letztes Mittel – der Kontakt mit Hilfe von Dissoziation unterbrochen. „Die unmittelbare Bedrohung der Ich-Grenze ist dadurch abgewehrt, jedoch um den Preis einer un abgeschlossenen Situation oder Gestalt: der Erfahrungsbereich und mit ihm entsprechende Persönlichkeitsanteile werden abgespalten, isoliert und sind nicht mehr eingebettet in die Gesamtheit der Person.“ (Votsmeier, 2001, S. 724) Eine vollständige Integration des Erlebten ist nicht möglich. Wie bzw. als eine un abgeschlossene Gestalt reinszeniert sich das Trauma in Form von Phantasien und Bildern oder tatsächlichen Wiederholungshandlungen im Dienste der Verarbeitung. (Schön, 2008)

Jede Form von Umgang mit dem Trauma, psychologische Reaktionen darauf und Traumafolgestörungen werden im Sinne einer schöpferischen Anpassung als

sinnvolle und hilfreiche, kreative Prozesse des Organismus gesehen, um mit unerträglichen Umweltbedingungen zurecht zu kommen. „Bei Erschütterung und Angst geht es darum, dass der Organismus durch Ausgleichsprozesse seine relative Konstanz behält, ausgerichtet auf Sicherung und Erhaltung der Identität, der Existenz der Person.“ (Wimmer, 2008, S. 240)

Posttraumatische Störungen sind lt. Butollo et al. (1998) letztlich Störungen der Kontaktfunktionen – sie betreffen die Sinne, Sprache, Berührung, Mimik, Gestik. Denn da, „wo die Grenze so massiv verletzt wurde wie nach einer Traumatisierung, sind verzweifelte Versuche, diese Grenzen zu stärken, die Regel“. (S. 200)

Vidakovic (2016) formuliert hierzu:

Alle Funktionen des Selbst sind überschattet: Es-Funktionen („ich brauche“, „ich bin mir bewusst“) werden unterdrückt, der Mensch hat eingeschränkte Bedürfnisse und Interessen. Die Ich-Funktion („ich entscheide“, „ich handle“) geht in der Unfähigkeit verloren, mit dem Trauma umzugehen. Die Kontinuität der Persönlichkeitsfunktion („ich bin“) ist verschwunden, der Mensch, wie er einmal war, existiert nicht mehr, die neuen Erfahrungen werden nicht integriert und nach dem lebensverändernden Ereignis ist noch keine neue Persönlichkeit entstanden. (S. 311)

Ziel der Therapie ist lt. Schön (2008) das Wiedererlangen eines Gefühls von Verstehbarkeit und Handhabbarkeit des Lebens. Die Integration der traumatischen Erlebnissplinter wird gefördert und ein Kohärenzgefühl wiederhergestellt. Durch Unterstützung der Fremd- und Selbstwertschätzung wird die Vertrauensfähigkeit in die Umwelt gefördert bzw. wiedererlangt. „Wenn ein Klient an dem Punkt angelangt ist, an dem er wieder wählen kann zwischen Rückzug und Hinwendung, zwischen Zugehörigkeit und Abgrenzung, zwischen Zuneigung und Ablehnung, und wenn er dafür, wie immer es im Einzelnen ausgehen mag, die persönliche

Verantwortung für dieses Handeln übernehmen kann, dann hat er die Opferrolle verlassen und neu entschieden, welchen Weg er zu gehen bereit ist.“ (Butollo et al., 1998, S. 204)

2.2.1 Ein Umriss der Traumafolgentherapie und der Polyvagaltheorie in der IGT

In der Traumafolgentherapie der IGT wird lt. Hoffmann-Widhalm (2018) ein besonderes Augenmerk auf den Aufbau einer therapeutischen Beziehung gelegt, die Halte- und Containerfunktion übernimmt. Vor allem zu Beginn der Traumafolgentherapie muss das Hauptgewicht auf sicherheitsgebende und stabilitätsfördernde Maßnahmen gelegt werden. Auch die Aktivierung von Ressourcen stellt einen Schwerpunkt dar. Da traumatisierte Menschen in besonderem Maße auf eine stabile therapeutische Beziehung angewiesen sind, sollen mit der dialogischen und phänomenologischen Methode Übertragungsphänomene frühzeitig bearbeitet werden. Um traumatische Ereignisse bearbeiten zu können soll ein optimales Erregungsniveau erreicht werden. Hier findet die Polyvagaltheorie von Stephen Porges Eingang in die IGT. (Hoffmann-Widhalm, 2018) Nach Fuchs (2021) gibt es „kaum eine Therapieform, die geeigneter wäre, die Erkenntnisse der Polyvagaltheorie in die Praxis umzusetzen, als die Gestalttherapie.“ (S.11) Eine ganzheitlich empfundene Sicherheit wird hier als notwendige Bedingung gesehen, um traumatisch ausgelöste Reaktionen des Organismus angemessen zu regulieren. (Fuchs, 2021) Die phänomenologisch- dialogische Grundausrichtung der IGT nach Lore Perls mit der existenzphilosophischen Verwurzelung und der Betonung des subjektiven Erlebens im Hier und Jetzt, „steht für eine therapeutische Ausrichtung, bei der die Interventionen zur Regulation des autonomen Nervensystems ihre Wirkung voll entfalten können. Im leiblich-dialogischen ‚Zwischen‘ können die sicheren Räume entstehen, die eine Regulation der organismischen Defensivreaktionen erlauben.“ (Fuchs, 2021, S. 14). Und: „Erst ein regulierter Organismus ist zu einer integrierenden kognitiven Verarbeitung fähig.“ (S. 44) Angestrebt wird von der

traumatischen Defensivreaktion zur Regulation und zu sozialem Kontakt zu gelangen. „Die gestalttherapeutische Ausrichtung, die vom Therapeuten fordert, sich auf das aktuelle Beziehungsgeschehen auch als Mensch in einem sehr ganzheitlichen Sinn einzulassen, fördert die Co-Regulation und die Wahrnehmung von Sicherheit auf der Ebene der Neurozeption.“ (S. 46 nach Fuchs, 2019, S. 48ff) Co-Regulation ist allerdings ein wechselseitiges Geschehen, dass in beide Richtungen ablaufen kann.

So ist es auch möglich, dass sich Angst vom Klienten auf den Therapeuten überträgt. Die Arbeit mit den autonomen Körperreaktionen erfordert viel Offenheit auf Seiten der Therapeutin. Es kann daher gar nicht vermieden werden, dass sich auch schwierige Empfindungen und Gefühle wie Angst auf die Therapeutin übertragen. Therapeuten brauchen daher ausreichend Selbstklärung und eigene Erfahrungen mit dieser Art von Arbeit an den autonomen Reaktionspfaden. Nur so werden sie in der Lage sein, sich gegen maladaptive Übertragungen zu schützen und ihre eigene Regulation aufrecht erhalten zu können. (Fuchs, 2021, S. 44)

Die Selbstregulation der Therapeut*innen ist ein wesentlicher Bestandteil der Traumarbeit. Es ist für die Traumarbeit förderlich, wenn es den Therapeut*innen gelingt, in herausfordernden Situationen reguliert zu bleiben und den Betroffenen so eine Möglichkeit der Co-Regulation zu bieten. (Fuchs, 2021) Dieser Bereich, wo Selbstregulation möglich ist, deckt sich mit dem sogenannten *Toleranzfenster* - ein optimaler Bereich der Erregbarkeit, der weder eine Über- noch Untererregung darstellt. Innerhalb dieses Toleranzfensters gelingt es im Hier und Jetzt Umweltsignale und Erfahrungen effektiv zu verarbeiten. (Kain & Terrell, 2020) Lt. Fuchs (2021) setzt dies Selbstverstehen und Selbstempfinden der Therapeut*innen für die existentiellen Dimensionen des Traumas voraus, ebenso wie die Integration der eigenen traumatischen Erlebnisse. (S. 63)

2.3 Sekundäre Traumatisierung

2.3.1 Was ist Sekundäre Traumatisierung?

Daniels (2008, zitiert nach Daniels, 2003) definiert Sekundäre Traumatisierung als eine Traumatisierung, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entsteht. In der vorliegenden Arbeit betrifft dies die berufsbedingte Traumatisierung von Psychotherapeut*innen von Traumaüberlebenden. Remmel (2013) formuliert dazu: „Extrembelastungen, Bedrohungen, lang dauernde Demütigungen, Qualen oder Missachtungen wirken nicht nur auf unmittelbar Betroffene, sondern können als *Sekundärtraumatisierungen* auch diejenigen erschüttern, die in der Begleitung oder Therapie Betroffener längerfristig damit konfrontiert werden, und so auch ihre Kraft und Fähigkeiten schleichend aufzehren.“ (S. VI) Sendera und Sendera (2013) verstehen unter ST eine „pathologische Symptomatik bei Helfer-Personen als typische Reaktion auf die Konfrontation mit traumatisierten Menschen.“ (S. 80)

Im Folgenden werden drei Konzepte zum Thema Sekundäre Traumatisierung vorgestellt. Bei den Konzepten der „Indirekten Traumatisierung“ von McCann & Pearlman (1990) sowie der „Compassion Fatigue“ nach Figley (1995a, 1995b) handelt es sich um zwei Basiskonzepte, die nach wie vor wichtige Bezugsquellen der aktuellen wissenschaftlichen Literatur darstellen. Die beiden Konzepte werden um eine neuropsychologische Sichtweise von ST erweitert. Diese stammt von Judith Daniels, die mit ihrer Studie (2006) die Annahme bestätigen konnte, dass in der therapeutischen Situation eine vermittelte, sekundäre Traumatisierung möglich ist. Außerdem liefert sie einen Theorieansatz, der erklärt, wie eine an sich sichere (therapeutische) Situation – gekennzeichnet durch die Dimensionen Vorhersehbarkeit, Kontrolle und Wissen – eine Traumatisierung zur Folge haben kann. Ergänzt werden diese Konzepte durch aktuelle Forschungsergebnisse zum Thema.

Zuletzt wird das Thema „Integrative Gestalttherapie und Sekundäre Traumatisierung“ behandelt.

2.3.2 Konzepte sekundärer Traumatisierung

2.3.2.1. Vicarious Traumatization: Die Stellvertretende Traumatisierung bzw. Indirekte Traumatisierung

Laurie A. Pearlman und I. Lisa McCann (1990) führten den Begriff der Stellvertretenden oder Indirekten Traumatisierung ein. Rosenbloom, Pratt und Pearlman (2002) sehen sie als eine Art Berufsrisiko für alle Menschen, die sich aus einer mitfühlenden Haltung heraus für Traumaüberlebende engagieren, d.h. nicht nur für Psychotherapeut*innen, sondern auch für Notfallhelfer*innen, Sozialarbeiter*innen, Anwälte*innen, Journalist*innen usw. Die Indirekte Traumatisierung (IT) wird als eine normale Reaktion auf die stets belastende und manchmal auch traumatisierende Arbeit mit traumatisierten Menschen gesehen, d.h. sie stellt keine „Schwäche“ der Therapeut*innen oder Klient*innen dar. (Rosenbloom et al., 2002)

IT wirkt kumulativ, d.h. wiederholte Kontakte mit traumatischem Material verändern allmählich Überzeugungen der Therapeut*innen, die sie*ihn selbst und die Welt betreffen. Demnach handelt es sich um einen Prozess und nicht um ein einzelnes Ereignis oder Erlebnis. Dies bedeutet, dass Therapeut*innen immer wieder ihre Aufmerksamkeit auf innere und äußere Erfahrungen fokussieren müssen, um herauszufinden, inwiefern sie aktuell von IT betroffen sind bzw. wo im IT-Prozess sie sich befinden. IT ist ein fließendes Phänomen, das sich ständig verändert. (Pearlman, 2002a)

Voraussetzungen für die Entstehung einer IT

Voraussetzung für die Entstehung einer IT ist die empathische Verbindung (Übersetzung nach Daniels, 2006) mit den Klient*innen. Pearlman und Saakvitne (1995) beschreiben dazu ein Model von vier Typen von „*empathic engagement*“. Empathie bewegt sich demnach entlang zwei Dimensionen: einerseits entlang der Art der empathischen Verbindung („*empathic connection*“) – nämlich kognitiv vs. affektiv – und andererseits entlang dem Zeitrahmen („*time frame*“) – vergangenes vs. gegenwärtiges Erleben.

Pearlman und Saakvitne (1995) nehmen an, dass Empathie im Bereich des vergangenen affektiven Erlebens den höchsten Vulnerabilitätsfaktor von empathischer Verbundenheit bezüglich IT aufweist. „Our connection to and experience of the overwhelming feelings of a child being abused affects us most deeply as therapists and human beings, and may change our fundamental experience of ourselves and the world.“ (S. 297)

Vulnerabilitätsfaktoren

Das Konzept der Indirekten Traumatisierung nimmt an, dass so wie ähnliche traumatische Ereignisse verschiedene Betroffene unterschiedlich beeinflussen, sich auch der Kontakt mit traumatischem Material auf verschiedene Helfer*innen unterschiedlich auswirkt. Es werden dabei Variablen berücksichtigt die sowohl das traumatische Material als auch die Persönlichkeit der helfenden Person und ihr Arbeitsumfeld betreffen. (Rosenbloom et al., 2002) Wesentliche Faktoren sind:

Das traumatische Material

Es werden von Pearlman und Saakvitne (1995) drei Faktoren genannt, die zur Entstehung einer IT beitragen:

- besonders anschauliche, detailreiche, visuelle Beschreibungen von Grausamkeiten und Gräueltaten,
- die Exposition mit interpersonellen bzw. man-made Traumata

- das hilflose Miterleben (durch Beteiligung oder Beobachtungen) von wiederholtem selbstzerstörerischem Verhalten bzw. traumatischen Reinszenierungen der betroffenen Klient*innen.

Die Therapeutin* der Therapeut

Grundsätzlich gilt, je unklarer oder unsicherer Therapeut*innen sind in Bezug auf ihre Identität, Weltsicht oder Spiritualität umso anfälliger sind sie für eine IT. (Pearlman & Saakvitne, 1995) Auch spielen die *Ich-Ressourcen* eine Rolle, etwa die Fähigkeit zur Affektregulation, zur Selbstberuhigung oder Grenzen zu setzen bzw. die Sicht über die eigenen Anforderungen an die Arbeit, ebenso wie der Grad der Ausbildung oder Erfahrung in der Traumarbeit und die momentanen Lebensumstände der Therapeut*innen. (Pearlman & Saakvitne, 1995)

Als ein wesentlicher Wirkfaktor wird die Vortraumatisierung der Therapeut*innen gesehen. So kann eine eigene traumatische Erfahrung der*des Therapeut*in das Verständnis für ihre*seine Klient*innen vertiefen, was dazu führen kann, dass sich Klient*innen verstanden und nicht beurteilt fühlen. Unerkannte oder unverarbeitete Traumavorgeschichten der*des Therapeut*in erhöhen allerdings die Gefahr, dass bei den Therapeut*innen intrusive Bilder auftauchen oder dass ihre eigenen Traumata durch das Material der*des Klient*in reaktiviert werden. Die Betroffenen sind meist so stark auf die Erfüllung ihrer eigenen unerfüllten Bedürfnisse fixiert, dass sie die dringlichen Probleme ihrer Klient*innen nicht erkennen. (Rosenbloom et al., 2002)

Das Arbeitsumfeld

Ein weiterer wichtiger Faktor, der sich auf Erleben und Bewältigung der IT auswirkt, ist der organisatorische Kontext, in dem Helfer*innen arbeiten. Förderlich sind konkrete Maßnahmen wie Supervisionsangebote und die Ermöglichung einer angemessenen zeitweiligen Befreiung von belastenden Pflichten. Eine Atmosphäre des Respekts, der Sicherheit und der Eigenkontrolle ist

notwendig, um die Auswirkungen Indirekter Traumatisierung abzuschwächen. (Rosenbloom et al., 2002)

Symptome bzw. Auswirkungen der IT

Die IT führt zu einer Veränderung der inneren Erfahrung des helfenden Menschen. Diese Veränderungen ähneln den Veränderungen, die bei den Traumaüberlebenden selbst auftreten und können durch den direkten Kontakt zu Betroffenen in der Psychotherapie entstehen, oder durch indirekten Kontakt im Rahmen von Supervision oder der Teilnahme an Fachkongressen zu dieser Thematik. (Rosenbloom et al., 2002)

Im Besonderen nennen Rosenbloom et al. (2002) den Bezugsrahmen und die psychischen Bedürfnisse, die als Aspekte der Persönlichkeit der Therapeut*innen beeinflusst werden können:

Der Bezugsrahmen

Ein Bruch im Bezugsrahmen ist das besondere Kennzeichen der IT. Er umfasst die Aspekte Weltsicht, Spiritualität und Identität. (Pearlman, 2002b) „These components of an individual's frame of reference provide the lens through which he views, experiences, and interprets his world. Any change in frame of reference reverberates throughout the self.“ (Pearlman & Saakvitne, 1995, S.282) Die Weltsicht beinhaltet Einstellungen oder Überzeugungen über andere Menschen und die Welt, moralische Prinzipien, sowie Vorstellungen über Kausalitätsbezüge. In der Arbeit mit Traumaüberlebenden kommen Therapeut*innen wiederholt mit traumatischem Material in Kontakt. Die Grundüberzeugungen der Therapeut*innen, beispielsweise, dass die Welt an sich ein sicherer Ort ist, können dadurch in Frage gestellt werden. Therapeut*innen können dazu gebracht werden, die Welt als gefährlich und feindselig anzusehen, als unzuverlässig, herrschsüchtig und gewalttätig. Spirituelle Überzeugungen zeigen sich beispielsweise im Gefühl, dass das Leben einen Sinn hat. Auch solche spirituellen Vorstellungen können

durch eine IT verändert werden und es fällt schwerer, eine zuvor bestehende spirituelle Verbindung (z.B. zu einer höheren Macht, zur Natur) aufrecht zu erhalten. (Rosenbloom et al., 2002)

Psychische Bedürfnisse

Die IT kann auf psychische Bedürfnisse einwirken. Rosenbloom et al. (2002) nennen hier die Bedürfnisse nach Sicherheit, Vertrauen, Wertschätzung, Nähe und Kontrolle. So kann beispielsweise in Bezug auf das Sicherheitsbedürfnis z.B. die Illusion der eigenen Unverletzlichkeit einer*ines Therapeut*in durch Klient*innenberichte über plötzliche körperliche Angriffe oder unvorhergesehene Naturkatastrophen erschüttert werden. Dies kann zu Verhaltensänderungen führen, indem Betreffende z.B. einen Selbstverteidigungskurs besuchen. Auch Veränderungen von Schemata sind möglich. Schemata stellen Grundüberzeugungen dar. Z.B. die Überzeugung „In meinem Haus bin ich sicher“ kann erschüttert werden und zur Überzeugung „Ich bin nirgends sicher“ führen. Es können gesteigerte Ängste um die eigenen Kinder, Ehepartner*innen und/oder andere geliebte Menschen entstehen.

Die durch die IT hervorgerufenen Veränderungen beinhalten in allen Bereichen psychischer Bedürfnisse Verluste. Im Bereich der Wertschätzung fällt es Therapeut*innen manchmal schwer, ihre Selbstachtung aufrecht zu erhalten, weil sie ihre Arbeit als nicht ausreichend wahrnehmen. Im Bereich Nähe kann es Betroffenen schwerfallen, Alleinsein zu genießen. Das Bedürfnis, anderen nahe zu sein und sich mit ihnen verbunden zu fühlen, kann ebenso gestört sein. Durch die Arbeit an Traumata, insbesondere bei Naturkatastrophen aber auch bei Erfahrungen von Gewaltverbrechen, werden die Therapeut*innen mit Situationen konfrontiert, auf die die betroffenen Menschen keinen Einfluss haben/hatten. Ähnlich den Gefühlen der primär Betroffenen können auch Therapeut*innen mit Gefühlen der Hilflosigkeit und des Erschreckens auf die Erlebnisse ihrer Klient*innen reagieren. (Rosenbloom et al., 2002)

Der Kontakt mit traumatischem Material erschüttert also die Grundüberzeugungen der Therapeut*innen in Bezug auf persönliche Sicherheit, Kontrolle und

Vorhersagbarkeit, die eigentlich das Selbst schützen:

Finally, any trauma inevitably involves traumatic loss of loved others, of dreams, of innocence, of childhood, of undiminished body and mind; after a trauma nothing is ever again the same. This profound loss of the familiar is a hallmark of trauma. As therapists, we confront this reality daily and thus must face daily the potential for such loss in our own lives and in the lives of those we love. Trauma therapy assaults our self-protective beliefs about safety, control, predictability, and attachment. (Pearlman & Saakvitne, 1995, S. 32)

Weitere Auswirkungen

Auch Ich-Ressourcen können durch Traumaarbeit beeinflusst werden. Pearlman (2002b) beschreibt diese als Fähigkeiten, die es uns möglich machen, unsere psychischen Bedürfnisse zu erfüllen und zwischenmenschliche Beziehungen zu führen. Dazu zählen u.a. Willenskraft, Humor, Empathie und die Fähigkeit, Grenzen zu setzen. D.h. im Falle einer IT kann es zum Verlust des Interesses an anderen Menschen kommen, zu verminderter Empathiefähigkeit und zur Tendenz, sich zu viel Arbeit aufzuladen, ohne die Auswirkungen auf sich selbst und das eigene Leben zu berücksichtigen. (Pearlman & Saakvitne, 1995, eigene Übersetzung)

Weitere Symptome der IT sind intrusive bildliche Vorstellungen der Therapeut*innen, wobei es sich um Bilder von Szenen handelt, die primär betroffene Klient*innen in der Therapie besonders genau, lebendig und anschaulich beschrieben haben. (Pearlman, 2002b) Häufig kommt es auch zu körperlichen Symptomen, die denen der Traumaüberlebenden ähneln. (Pearlman & Saakvitne, 1995)

Pearlman (2002b) betont die Notwendigkeit einer präventiven und konsequenten

Praxis der Selbstfürsorge für Traumatherapeut*innen.

2.3.2.2. Sekundärer traumatischer Stress - Mitgeföhlerschöpfung (compassion fatigue) - Sekundäre traumatische Belastungsstörung

Charles R. Figley (2002) beschreibt das Phänomen der Mitgeföhlerschöpfung als eine „natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen“ (S. 41). Es handelt sich dabei um natürliche, konsequente Verhaltensweisen und Emotionen, „die durch das *Wissen* entstehen, daß ein signifikanter anderer (Mensch) ein traumatisierendes Ereignis erlebt hat. Diese Art von Streß entwickelt sich, wenn man einem Traumatisierten oder Leidenden *hilft oder helfen will.*“ (S. 47)

Voraussetzung für die Entstehung einer Mitgeföhlerschöpfung

Ausschlaggebend für die Entstehung einer Mitgeföhlerschöpfung sind Empathie und die Exposition mit traumatischem Material (Figley, 2002). Figley (1995b) beschreibt ein Modell der Mitgeföhlerschöpfung:

Zu Beginn des Modells steht die Empathiefähigkeit der Therapeut*innen. Aus dieser Fähigkeit entsteht empathische Besorgnis oder/und empathische Ansteckung mit den traumatisierten Klient*innen und resultiert in die empathische Reaktion. Ob aus der empathischen Reaktion ein Mitgeföhlsstress entsteht ist abhängig von zwei Faktoren: das Ausmaß, in dem die Helfer*innen ihre Arbeit als erfolgreich erleben und damit zufrieden sind und das Ausmaß, in dem die Helfer*innen fähig sind, sich von der Geschichte der Klient*innen abzugrenzen und zu distanzieren. Wenn der Mitgeföhlsstress durch prolongierte Exposition zu traumatisierten Klient*innen andauert und dabei eigene traumatische Erinnerungen reaktiviert werden, kann daraus Mitgeföhlerschöpfung entstehen, wenn darüber hinaus ein hoher Grad an Lebensbelastungen hinzukommt. (eigene

Übersetzung)

Vulnerabilitätsfaktoren

Figleys (1995a) Definition zufolge betrifft dieses Phänomen nicht nur Psychotherapeut*innen, sondern ebenso Familienmitglieder und Freund*innen der primär traumatisierten Personen, allerdings seien Traumatherapeut*innen besonders anfällig für Mitgeföhlerschöpfung. Neben der Tatsache, dass Traumatherapeut*innen permanent sehr stark mit der hohen Intensität traumatischer Erfahrungen konfrontiert werden, gibt es für Figley (1995a, 2002) noch weitere Gründe:

1. Für die Therapeut*innen ist Empathie eine wichtige Ressource und dient zum Verständnis der traumatischen Erlebnisse und des Erlebens der Klient*innen und stellt gleichzeitig die Voraussetzung für die Entwicklung von Compassion Fatigue dar.
2. Viele Therapeut*innen haben selbst ein Trauma erlebt. Durch die Arbeit mit einer Vielzahl traumatischer Erlebnisse kommen sie zwangsläufig mit Traumatisierungen in Kontakt, die ihren eigenen ähneln. Daraus ergibt sich die Gefahr, dass sie ihre eigenen Bewältigungsversuche den Klient*innen aufdrängen.
3. Ein eigenes, unaufgelöstes Trauma der Therapeut*innen wird durch Klient*innenberichte über ähnliche Traumata reaktiviert.
4. Traumata von Kindern wirken besonders stark und Traumatherapeut*innen kommen häufiger als andere Therapeut*innen mit Kindheitstraumata in Kontakt.

Symptome und Auswirkungen

Symptome der Sekundären traumatischen Belastungsstörung (secondary traumatic stress disorder) sind fast identisch mit den Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Symptome können unter den Symptomgruppen „Wiedererleben des traumatischen Ereignisses“, „Vermeiden

von Erinnerungen“ und „anhaltende, gesteigerte Erregung“ zusammengefasst werden. Allerdings liegt die Ursache der Traumatisierung in der Konfrontation mit den traumatisierenden Erlebnissen eines anderen Menschen. Die Symptome der Therapeut*innen beziehen sich somit inhaltlich auf die Erlebnisse der Klient*innen. (Figley, 2002)

Figley (1995b) versteht Compassion Fatigue außerdem als einen Zustand von Erschöpfung und Dysfunktion – auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene und als Resultat von prolongierter Exposition mit Mitgefühlsstress und allem, was dadurch hervorgerufen wird.

2.3.2.3. Eine neuropsychologische Sicht auf Sekundäre Traumatisierung

Daniels (2006) beschäftigte sich mit den oben beschriebenen Theorieansätzen der Sekundären Traumatisierung. Sie kritisierte die bis dahin unzureichende empirische Überprüfung der Hypothesen und schuf eine Studie, die prüfen sollte, ob die beschriebenen Symptome der ST in Inhalt und Intensität den posttraumatischen Symptomen gleichzusetzen sind. Mithilfe dieser Studie (2006) konnte sie die Annahme bestätigen, dass in der therapeutischen Situation eine vermittelte, sekundäre Traumatisierung möglich ist. Weiter fanden sich in der untersuchten Stichprobe traumaspezifische Symptome wie Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Hyperarousal. Es traten außerdem bisher nicht beschriebene, zusätzliche Symptome auf, die im Abschnitt „Symptome und Auswirkungen“ beschrieben werden.

Daniels (2006) hält mit ihrer Studie fest, dass es sich bei der ST um eine relevante arbeitsbedingte Belastung handelt.

Voraussetzungen der Entstehung der ST

Nach Daniels sind die Exposition mit den Details traumatischer Ereignisse (Daniels, 2003, zitiert nach Steinlin-Danielsson, 2016) sowie die empathische Ansteckung mit den Emotionen der Klient*innen zentral für die Entstehung einer ST. (Daniels, 2006) Empathische Ansteckung resultiert aus emotionaler Empathie (anstatt kognitiver Empathie) gegenüber der Klient*innen. (Daniels, 2019) ST ist somit das Resultat ausgeprägter Empathiefähigkeit und nicht ein Zeichen mangelnder Professionalität. (Daniels, 2008)

Vulnerabilitätsfaktoren

Als mögliche Vulnerabilitätsfaktoren nennt Daniels (2008) dissoziative Zustände bei Therapeut*in und Klient*in sowie die Menge der Arbeitszeit. Daniels (2006) geht davon aus, dass Sekundärtraumatisierung durch die dissoziative Verarbeitung des Traumamaterials ausgelöst wird. Sie postuliert, dass diese Form der Verarbeitung häufig auftritt und mit der Schwere der Symptombelastung korreliert. Die ST ähnelt der PTBS demnach nicht nur hinsichtlich ihrer Symptomatik, sondern auch hinsichtlich ihrer Ätiologie. Dissoziative Verarbeitung zeigt sich lt. Daniels (2019) etwa in einer veränderten Zeitwahrnehmung während die Therapeut*innen mit Traumamaterial konfrontiert sind oder in emotionaler Taubheit. Das eigene Handeln wird als automatisiert wahrgenommen, die äußere Welt erscheint als unreal oder traumähnlich. In diesem Zustand laufen die Gedächtnisprozesse verändert ab. Das Traumamaterial wird dabei ohne Information über Ort und Zeitpunkt des Geschehens und mit einer geringen Differenzierung zwischen der eigenen und der anderen Person abgespeichert. Dies kann die Entwicklung von Sekundärer Traumatisierung zur Folge haben, da die Bedrohung in der Folge als aktuelle, gegen die*den Helfer*in gerichtete Bedrohung erinnert wird. „Geht die Dissoziation so weit, dass es zu einer Depersonalisierung kommt, bei der die Therapeutin selbst den Bezug zum Hier-und-Jetzt sowie zum eigenen körperlichen Erleben verliert, so wird sie später unter nicht zuordbaren Angst- und Bedrohungsgefühlen leiden.“ (Daniels, 2006, S. 276)

D.h. wesentlich für die Entstehung der ST lt. dieser Theorie sind der Verlust der Hier-und-Jetzt Perspektive und der Selbst-Fremd-Differenzierung. (Daniels, 2006)

Symptome und Auswirkungen

Symptome der ST gleichen lt. Daniels (2006) den Symptomen der PTBS. Zusätzlich beschreibt sie Entgrenzungssymptome und parapsychotisches Bedrohungserleben. Letzteres umfasst bildhafte Vorstellungen und Illusionen von Übergriffen sowie einem diesem Erleben angepassten, übertriebenen Sicherheitsverhalten. (Daniels, 2006) Entgrenzungssymptome scheinen besonders am Beginn einer ST aufzutreten (Daniels, 2008) und beinhalten „eine übermäßige Faszination von dem Thema Trauma, die sich in verlängerten Arbeitszeiten, Beschäftigung mit dem Thema im Privatleben, dem Drang, anderen Menschen von den Traumata zu berichten oder einer Aufweichung der Grenzen des professionellen Kontaktes mit der Klientin“ zeigt. (Daniels, 2006, S. 128) Außerdem nennt Daniels (2006) Hoffnungslosigkeit und Energiemangel als integrale Bestandteile der ST.

Sie betont in ihren Ausführungen die beeinträchtigenden Folgen von Sekundärtraumatisierung und das hohe Chronifizierungsrisiko. Aus diesem Grund empfiehlt sie, Entspannungsfähigkeiten zu fördern und Maßnahmen der Prävention zu setzen. (Daniels, 2019)

2.3.2.4. Ergänzung: Aktuelle Forschungsergebnisse

In den letzten Jahren gab es einige Untersuchungen zum Thema Schutz- und Vulnerabilitätsfaktoren bzgl. Sekundärer Traumatisierung.

Hensel, Ruiz, Finney und Dewa führten 2015 eine Metaanalyse von 38 Studien durch, wobei sie 17 Risikofaktoren für ST analysierten. Das Risiko indirekter Traumafolgen erhöhen demnach: das Ausmaß und die Häufigkeit des Kontakts

mit traumatischem Material sowie der Anteil davon an der Gesamtarbeit und eine eigene Traumatisierung der Therapeut*innen. Wogegen soziale Unterstützung am Arbeitsplatz bzw. in anderen Lebensbereichen das Risiko senken. Demographische Variablen wie Geschlecht und Alter spielen keine Rolle.

Rohrer und Andreatta (2014) stellten fest, dass Berater*innen in der Täter*innenarbeit, die ein hohes Kohärenzgefühl aufweisen, deutlich weniger unter traumaspezifischen Reaktionen im Sinne einer ST leiden. Es zeigte sich, dass eine hohe Handhabbarkeit (Wahrnehmung von Ressourcen) mit deutlich weniger intrusivem Wiedererleben einhergeht und insbesondere die Verstehbarkeit (die logische Strukturierung der Erfahrungswelt) einen sehr günstigen Einfluss auf sekundäre Traumafolgen hat. Ein hohes Kohärenzerleben hat außerdem einen günstigen Einfluss auf das Selbst- und Weltbild der Berater*innen. Sekundäre Traumabelastungen durch die Täter*innenarbeit gehen zulasten des Selbstwertes und führen zu Annahmen über die Welt als Ort der Willkür. Demnach gehen die Autorinnen der Studie davon aus, dass das Kohärenzgefühl einen protektiven Faktor für die Entwicklung einer ST darstellen kann. Weitere von ihnen bestätigte protektive Faktoren sind

- Eine höhere Ausbildung: Berater*innen mit höherer Ausbildung zeigen eine positivere Grundannahme über das Wohlwollen der Menschen und der Welt insgesamt. Es wird angenommen, dass in Aus- und Weiterbildungen Strategien erlernt werden, um in der Arbeit besser geschützt zu sein.
- Austausch unter Therapeut*innen und Supervision: Soziale Unterstützung ist eine der wichtigsten Stützfaktoren für die physische und psychische Gesundheit.
- Alter und Berufserfahrung haben keinen protektiven Einfluss.

Eine Studie von Denkinger et al. (2018) beschäftigt sich mit Vulnerabilitätsfaktoren bzgl. Sekundärer Traumatisierung von Betreuer*innen, die mit von Gewalt durch

den IS betroffenen und traumatisierten Mädchen und Frauen arbeiten. Sie stellen fest, dass eine persönliche Traumageschichte der Betreuer*innen und eine höhere Wochenarbeitszeit mit direktem Kontakt zu traumatisierten Frauen und Mädchen Risikofaktoren für die Ausbildung einer ST darstellen. Als Schutzfaktor nennen die Autor*innen einen sicheren Bindungsstil der Betreuer*innen.

Kindermann et al. (2019) kommen in ihrer Studie über die psychische Belastung von Medizinstudierenden, die in der Betreuung von geflüchteten Menschen tätig sind, zu dem Schluss, dass der Kohärenzsinn einen Schutzfaktor für ST darstellt.

Über den Zusammenhang zwischen Kohärenzsinn und posttraumatischer Reifung gibt es auch einen österreichischen Artikel von Ragger, Hiebler-Ragger, Herzog, Kapfhammer & Unterrainer (2019). Die Autor*innen postulieren einen Zusammenhang zwischen Kohärenzsinn und der Entwicklung von *posttraumatic growth*. Demnach fördert die Ausbildung eines Kohärenzsinn die seelische Gesundheit von Nothelfer*innen nach einem kritischen Vorfall.

Bereits 2005 fand die Studie von Linley, Joseph & Loumidis einen Zusammenhang zwischen einem stärkeren Kohärenzsinn und weniger negativen Auswirkungen der Traumaarbeit auf die Therapeut*innen.

In einer Studie über Sekundäre Traumatisierung in der psychosozialen Notfallversorgung (2020) stellte sich das Gefühl auf Notfälle vorbereitet und kompetent zu sein als Schutzfaktor hinsichtlich der Entwicklung von sekundärer Traumatisierung heraus.

2.4 Sekundäre Traumatisierung aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie

Laura Perls (2005) schreibt zum Thema Support: „Wie wir die Entwicklung von elastischeren Stützfunktionen bei unseren Patienten fördern, hängt davon ab, worauf wir uns als Stütze in uns selbst verlassen können und was wir als Stütze in

unseren Klienten vorfinden.“ (S. 112) So schreibt auch Schön (2008), dass es eine „gute Mischung“ an Support und Self-Support braucht, um ein Trauma zu bewältigen und dies auch für Helfer*innen gelte: „(...) wir brauchen kollegiale Unterstützung in Netzwerken und wir brauchen eine Pflege der Selbst-Unterstützung je nach individueller Spielart.“ (S. 218) Fuchs (2021) formuliert: „In der Traumaaarbeit sind Therapeutinnen und Betroffene mit vielen tiefgreifenden Facetten des menschlichen Lebens konfrontiert. (...) Die Traumaaarbeit ist damit eine Arbeit an der Brüchigkeit und Verletzlichkeit unseres Daseins.“ (S.11)

Butollo et al. (1998) betonen, dass in der Auseinandersetzung mit den Folgen traumatischer Erfahrungen auch für die Therapeut*innen Lebenszusammenhänge und Sinnfragen berührt werden, die den üblichen Rahmen einer psychotherapeutischen Versorgung sprengen. „So können auf Seiten der Therapeuten Verwirrung und Unsicherheit entstehen, die Fähigkeit zu Empathie und Aufmerksamkeit verloren gehen oder eine unbemerkte Abwehr gegenüber Gefühlen der Klienten einsetzen. Dies alles ist völlig normal, stört jedoch, wenn nicht rechtzeitig erkannt, die weitere therapeutische Arbeit (...).“ (S. 56) Butollo et al. sprechen hier von spezifischen Anforderungen an die therapeutische wie auch menschliche Kompetenz, die einen Behandlungsansatz für Menschen mit Traumafolgestörungen notwendig machen, der, „über die therapeutische Technik hinaus, auch unsere eigenen emotionalen Prozesse [der Therapeut*innen] nährt.“ (S. 56) Als Grundlage dafür sehen sie die persönliche Auseinandersetzung mit den Themen Tod und Vernichtung. Therapeut*innen müssen ebenso einen Weg kennen, um die Erfahrungen von Bedrohung oder Vernichtung in ihr Selbst- und Weltbild integrieren zu können.

Auch wir müssen uns fragen, welche Einstellungen, welche Gefühle wir haben in Bezug auf menschliche Grausamkeit, auf die Hilflosigkeit gegenüber unkontrollierbaren und unbeeinflussbaren Ereignissen, die Verletzung, Verlust und Tod nach sich ziehen. Und auch – wie gehe ich mit der Möglichkeit des Scheiterns um, wie weit kann ich selbst Schicksalhafter

und Unveränderliches akzeptieren, aber auch die Tatsache, dass es für manche Wunden keine Heilung gibt, annehmen? (Butollo et al., 1998, S. 57)

Diese Auseinandersetzung sehen sie als Grundlage für Kontakt, Begegnung und Beziehung zu traumatisierten Menschen und betonen sehr ausführlich die Grundprinzipien der Gestalttherapie, die It. Butollo et al. (1998) gleichzeitig ihre traumaspezifischen Kompetenzen darstellen. Butollo et al. verwenden die Begriffe „burnout“ und „compassion fatigue“ synonym und kennzeichnen sie durch „den Umstand, dass einfühlsame Menschen plötzlich nicht mehr einfühlsam sein können“ (S.156). Das Leid der traumatisierten Menschen wird in gewisser Weise als Angriff auf das eigene Selbst erlebt, als Forderung nach emotionalen Ressourcen. Gegen diese vermeintliche Forderung wird eine Abwehr aufgebaut. „D.h., Burnout findet statt, wenn die Grenzen der eigenen Ressourcen nicht mehr wahrgenommen werden und angesichts überbordender Bedürftigkeit der Klienten die eigenen Bedürfnisse nach Pause, Erholung und währendem Kontakt ignoriert werden.“ (S. 157) Empathieverlust ist eines der Symptome, dies beschreibt auch Staemmler (2009). Auch er nennt Burnout und Compassion Fatigue als Resultate von zu wenig Selbstfürsorge der Therapeut*innen. Staemmler schlägt vor, zwischen den Polen von Konfluenz und Empathie einerseits und Abgrenzung und Distanz andererseits beweglich zu bleiben. Das lange andauernde Mitfühlen mit dem Leiden der Klient*innen stellt eine psychische Belastung dar, über die Therapeut*innen die Kontrolle behalten müssen, um einer Überforderung vorzubeugen.

Auch Fuchs (2019) betont, dass Traumaarbeit nicht nur die Arbeit an der Grenze der Betroffenen darstellt, sondern auch die Grenzen der Therapeut*innen dabei betroffen sind. „Die Arbeit am Trauma ist auch Arbeit in Kontakt und Begegnung. (...) Gelingender Kontakt und Begegnung setzen eine Öffnung der Grenzen auf beiden Seiten voraus. Eine stabile Grenze der Therapeutin bzw. des Therapeuten kann den Betroffenen helfen, die Dynamik der eigenen Grenze zu stabilisieren. Dadurch kommen die Therapeutinnen und Therapeuten jedoch unweigerlich mit

der traumatischen Dynamik und ihrer belastenden Wirkung in Kontakt, ohne sich selbst vollständig schützen zu können.“ (S. 140) An anderer Stelle beschreibt Fuchs (2019), dass der „Zwischen“-Raum in der Traumaarbeit oft gefüllt ist mit großer existentieller Angst, die gemeinsam gehalten werden muss. „Diese Angst kann bei Therapeutinnen bzw. Therapeuten Spuren hinterlassen und gleichzeitig für Betroffene einen Schritt in Richtung positiver Veränderung bedeuten.“ (S. 209) Fuchs betont, dass der Selbstsorge der Therapeut*innen in der Arbeit mit dem Trauma deswegen ein hoher Stellenwert zukommt.

3 Empirische Untersuchung

3.1 Forschungsgegenstand

Diese Arbeit begann mit dem Interesse an hilfreichen Faktoren für Psychotherapeut*innen im Hinblick auf deren wiederholter Konfrontation mit schrecklichen, traumatisierenden Erfahrungen ihrer Klient*innen. Es stellte sich auch die Frage, in wie weit die Integrative Gestalttherapie mit ihren Konzepten und Sichtweisen den Therapeut*innen hilfreich sein kann. Die Forschungsfrage lautet: **Welche gestalttherapeutischen Sichtweisen und Haltungen erleben die Integrativen Gestalttherapeut*innen in der Arbeit mit Patient*innen mit Traumafolgestörungen als hilfreich?**

Ziel der Untersuchung ist es, herauszufinden was Gestalttherapeut*innen hilfreich ist in ihrem Bemühen, arbeitsbedingte Anstrengungen und Belastungen für sich gut zu regulieren. Welche Möglichkeiten nützen sie? Welche Sichtweisen, Konzepte oder Techniken sind ihnen dabei hilfreich und was davon liefert ihnen im Besonderen die Integrative Gestalttherapie?

3.2 Methodik

3.2.1 Erhebungsmethode

Um Erkenntnisse über die Forschungsfrage zu erhalten, wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt, da die Studie nicht der Überprüfung von Hypothesen dient, wie es in der quantitativen Sozialforschung der Fall wäre (Breunig & Aksu-Yagci, 2004, S. 3), sondern hypothesengenerierend wirken sollte. Dies bedeutet, dass auch nicht vorab bedachte und noch unbekannte hilfreiche Möglichkeiten der Therapeut*innen erhoben werden sollten. So beschreiben Schmitt et al. (2014) die qualitative Forschung als eine entdeckende und verstehende Forschung. „Da wir nicht genau wissen, was wir nicht wissen, müssen die Instrumente unseres vorantastenden Erforschens aufnehmend sein (...)“. (S. 13) Benötigt werden „möglichst offene Fragen, die frei von unseren Vermutungen und unserem Halbwissen sind.“ (Schmitt et al., 2014, S. 13) Der Fokus auf das Erleben der Therapeut*innen legt ebenso eine qualitative Erhebung sowie auch die Durchführung von Expert*inneninterviews nahe. Der Begriff „Experte“ beschreibt „die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 12). Als Expert*innen in der vorliegenden Untersuchung gelten Integrative Gestalttherapeut*innen, die mit Menschen mit Traumafolgestörungen arbeiten.

Als Erhebungsmethode wurde das problemzentrierte Interview nach Witzel (1985) gewählt. Hier wird „der Forschungsprozeß auf die Problemsicht der Subjekte zentriert“ (Witzel, 1985, S. 228). Das Interview startet mit einer sehr offen gehaltenen, erzählgenerierenden Einstiegsfrage und zielt auf die Narration der Interviewpartner*innen ab. Die weiteren Fragen aus dem Leitfaden, die durch die Erzählung der Teilnehmer*innen nicht automatisch beantwortet werden, können im Verlauf des Interviews flexibel, an den Erzählfluss der Interviewpartner*innen angepasst, gestellt werden. Das problemzentrierte Interview zeichnet sich also

durch seinen erzählgenerierenden Charakter aus und verfügt gleichzeitig über einen Leitfaden als Basis bzw. im Hintergrund des Interviews.

„Der Leitfaden hat nicht die Aufgabe, ein Skelett für einen strukturierten Fragebogen abzugeben, sondern soll das Hintergrundwissen des Forschers thematisch organisieren, um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu kommen.“ (Witzel, 1985, S. 236)

So war es möglich, Vorwissen und Vorannahmen in den Leitfaden einzubringen und darüber hinaus weitere hilfreiche Aspekte der Therapeut*innen zu erfahren.

Folgende Vorannahmen fanden Eingang in den Leitfaden:

- Awareness bzw. Achtsamkeit und das Hier und Jetzt Prinzip werden als hilfreich für die Therapeut*innen im Umgang mit traumatischem Material erlebt.
- Eine spezielle Vorbereitung bzw. ein spezieller Umgang während und nach der Psychotherapieeinheit mit dem traumatischen Material werden als hilfreich gesehen; Es gibt (eine) günstige Variante(n) in eine belastende Stunde hineinzugehen bzw. um die Belastung gering zu halten.
- Eigene Auseinandersetzung in Supervision, Intervision bzw. in der Ausbildung durch die Lehrtherapie werden dabei als hilfreich erlebt.
- IGT als Grundhaltung ist hilfreich für die Therapeut*innen in der Arbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen.
- Die Therapeut*innen erleben die IGT als kohärenzfördernd.

Im Leitfaden wurden diese Vorannahmen als Cluster strukturiert. Es wurde hier die thematische Aufteilung in “vor – während – nach der belastenden Einheit“ gewählt. Der Leitfaden findet sich im Anhang der vorliegenden Arbeit.

3.2.2 Auswahl und Beschreibung der Stichprobe

Aufgrund der Fragestellung ergab sich grundsätzlich eine große Auswahl an möglichen Interviewpartner*innen. Die Wahl der konkreten Interviewpartner*innen erfolgte aufgrund von vorher festgelegten Kriterien:

- Bei allen Interviewpartner*innen handelt es sich um Psychotherapeut*innen mit abgeschlossenem Fachspezifikum in Integrativer Gestalttherapie und einer bereits erfolgten Eintragung in die Psychotherapeut*innenliste des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. So wurde sichergestellt, dass bereits Erfahrungen im Umgang mit Belastungen bestehen und sowohl ausreichend therapeutische Prozesse mit Klient*innen als auch im Hinblick auf diese Belastungen stattgefunden haben.
- Das Sampling sollte eine Mischung umfassen – im Hinblick auf das Geschlecht der Therapeut*innen und auf ihre bisherige Arbeitserfahrung (Dauer der Tätigkeit). Die Auswahl von einzelnen Lehrtherapeut*innen geschah aus dem Grund, da vermutet wurde, dass diese die Theorie der IGT bewusster wahrnehmen und präsenter verfügbar haben bzw. bereit stellen als andere Integrative Gestalttherapeut*innen. Es wurde angenommen, dass manche Konzepte der therapeutischen Methode in einem Maße selbstverständlich werden, dass diese im Interview nicht benannt werden, weil sie nicht mehr bewusst erlebt werden.
- Traumafolgentherapie sollte einen Arbeitsschwerpunkt der interviewten Personen darstellen.

Da durch die Covid19-Pandemie die Interviews online stattfinden würden, wurde auf die räumliche Distanz bzw. die örtliche Erreichbarkeit der Therapeut*innen kein Wert gelegt. Für die konkrete Suche nach Interviewpartner*innen wurde die Homepage www.psyonline.at gewählt und die Traumatherapeut*innenliste von ZAP Wien heran gezogen. Außerdem wurden in der ÖAGG-Fachsektion

Integrative Gestalttherapie Personen befragt, die mögliche interessierte Interviewpartner*innen kannten und nannten. So wurden im ersten Durchgang acht Personen per E-Mail angeschrieben, ob sie Interesse an einem Interview zur genannten Thematik hätten. Lediglich eine Person sagte ab. Da aufgrund der hohen Zustimmung ein großes Interesse an der Thematik vermutet wurde, wurden in einem 2. Durchgang noch einmal drei Personen angeschrieben, wovon zwei dem Interview zusagten.

Eine Psychotherapeutin wurde außerdem vorab für ein Probeinterview ausgewählt. Dieses Interview diente als Testdurchlauf hinsichtlich der Methodik des problemzentrierten Interviews und der Anwendbarkeit des Interviewleitfadens. Auf Wunsch der Therapeutin scheint dieses Interview allerdings nicht in der Auswertung auf.

Insgesamt wurden also zwölf Psychotherapeut*innen (acht Frauen, vier Männer) kontaktiert, sechs davon waren Lehrtherapeut*innen der Integrativen Gestalttherapie aus zwei Ausbildungsorganisationen. Es wurden zehn Interviews geführt, wobei hier neun in die Auswertung einfließen (das Probeinterview wurde auf Wunsch nicht ausgewertet).

Die Interviewpartner*innen der neun ausgewerteten Interviews waren zwischen 43 und 73 Jahre alt. Das Spektrum ihrer Arbeitserfahrungen nach Abschluss der Ausbildung liegt zwischen vier bis 44 Arbeitsjahren. Allerdings wird angemerkt, dass es schwierig ist, die Arbeitserfahrung anhand von Arbeitsjahren festzumachen. Das Arbeitsausmaß, das Arbeitssetting (ob in freier Praxis oder in einer Institution) und die konkreten Thematiken in den Therapien gleichen sich nicht, beeinflussen aber die Arbeitsbedingungen der Therapeut*innen grundsätzlich. Bei den interviewten Personen handelt es sich um drei Männer und sechs Frauen. Fünf Personen sind oder waren Lehrtherapeut*innen für Integrative Gestalttherapie. Bei allen scheint der Arbeitsschwerpunkt Trauma oder Traumafolgentherapie auf ihrer Homepage auf bzw. wird er genannt.

3.2.3 Ablauf der Interviews

Nach Zusage der angefragten Personen per E-Mail wurde telefonisch mit den Interessent*innen Kontakt aufgenommen um den genauen Rahmen zu klären: d.h. die Dauer des Interviews, das grundlegende Forschungsinteresse und die Aufzeichnungsart. Danach wurden die konkreten Interviewtermine vereinbart. Aufgrund der Covid-19 Pandemie und den damit einhergehenden Lockdowns fanden die Interviews über das Videotelefonieprogramm Zoom statt. Hier gibt es die Möglichkeit das Gespräch direkt im Programm aufzuzeichnen, was für diesen Zweck genutzt wurde. Das Programm zeichnet allerdings zusätzlich ein Video des Gespräches auf, das nach dem Sichern der Audio-Datei aber in allen Fällen gelöscht wurde. Zu Beginn der Interviews wurden die Interviewpartner*innen nochmals über das Forschungsinteresse informiert und ihre Zustimmung zur Aufzeichnung des Interviews eingeholt. Auf eine anonyme Auswertung wurde hingewiesen.

Die neun Interviews fanden von Dezember 2020 bis März 2021 statt. Die Dauer der Interviews lag bei 60 – 80 Minuten.

3.2.4 Transkription

Zur Transkription und Auswertung der Interviews wurde das Programm MAXQDA verwendet. Alle Interviews wurden eigenhändig transkribiert. Verschriftlicht wurde grundsätzlich in Standardorthographie. Erzählten Interviewpartner*innen Beispiele in direkten Reden wurde literarische Umschrift verwendet. Weiter wurden folgende Transkriptionsregeln (nach Gläser& Laudel, 2010, S. 194) befolgt:

- Unterbrechungen im Gespräch werden vermerkt
- Unverständliche Passagen werden gekennzeichnet
- Nichtverbale Äußerungen (z.B. Lachen, Räuspern, Stottern) werden nur dann transkribiert, wenn sie einer Aussage eine andere Bedeutung geben

Die Transkripte wurden anschließend anonymisiert.

3.2.5 Interviewauswertung

Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) und mithilfe des Programms MAXQDA. Durch die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse sollten induktive Kategorien entdeckt werden. Dazu wurde das gesamte Interviewmaterial paraphrasiert und in ein vorläufiges Kategoriensystem geordnet. Dieses wurde in einem weiteren Materialdurchlauf auf die Interviewaussagen angewendet und bei Bedarf adaptiert. Das Analyseprogramm ermöglicht hier u.a. den Textteilen Kategorien zuzuordnen, Paraphrasen einzufügen und die Transkriptteile aus derselben Kategorie aufzulisten.

So entstand ein Kategoriensystem, das die genannten hilfreichen Möglichkeiten der interviewten Personen umfasst. In weiterer Folge werden diese Ergebnisse dargestellt und erläutert.

4 Ergebnisdarstellung

Durch die strukturierende Inhaltsanalyse der Interviews entstand ein Kategoriensystem, das die angesprochenen Themen und hilfreichen Möglichkeiten der Psychotherapeut*innen abbildet. Das Kategoriensystem umfasst drei große Kategorien:

- Hilfreiche Faktoren im Vorfeld der Traumafolgentherapie
- Hilfreiche Faktoren im Rahmen einer Therapieeinheit
- Kohärenzfördernde Aspekte von Traumafolgentherapie für die Therapeut*innen

Diese Kategorien beinhalten jeweils Untergliederungen, die im Folgenden erläutert werden.

4.1 Hilfreiche Faktoren im Vorfeld der Traumafolgentherapie

Als hilfreiche Faktoren wurden hier drei Kategorien festgestellt:

- Persönliche Faktoren der Therapeut*innen
- Hilfreiche Rahmenbedingungen
- Hilfreiches Vorwissen

In den nächsten Abschnitten folgt eine genaue Darstellung dieser Subkategorien und ihren Aspekten.

4.1.1 Persönliche Faktoren der Therapeut*innen

Diese Kategorie umfasst folgende Subkategorien:

- Günstige Ausgangslagen der Therapeut*innen
- Psychohygiene und Ressourcen
- Die hilfreiche Sicht auf die eigene Arbeit
- Hilfreiche Grenzen und leistbare Ansprüche
- Psychohygiene als Lernprozess

Günstige Ausgangslagen der Therapeut*innen

Aus dem erhobenen Material geht hervor, dass die persönliche Ausgangslage der Therapeut*innen in der Traumafolgentherapie eine große Rolle spielt. Es wird für die Therapeut*innen als notwendig erachtet, das eigene Leben gut sortiert zu haben, um eine gute, sichere Ausgangslage für sich aufrecht zu erhalten. Es ist notwendig und gleichzeitig ein Ziel, sich selbst gut und sicher im eigenen Lebenskontext zu fühlen und dafür zu sorgen, persönliche Belastungen, die vielleicht sogar destabilisieren, gut zu regulieren.

Ich muss da sein können. Mit allem, was ich hab. Und (...) für diese mentale und psychische und energetische Ressourcierung bin ich verantwortlich. Und wenn ich das nicht aufrecht erhalten kann, weil das Leben halt das

Leben ist, dann muss ich entsprechende Konsequenzen ziehen.(...) Indem ich in Krankenstand gehe. Oder indem ich einmal in Urlaub gehe oder was auch immer. (IP9, 2021, Absatz 261-263)

Es ist konsequente Selbstreflexion notwendig um zu überprüfen, wo man als Therapeut*in gerade steht oder wie man die eigene Situation verändern könnte, um eine Selbstbalance leichter zu erreichen und zu erhalten. So sei es dann möglich, Containment für die Patient*innen zur Verfügung zu stellen. Es wird als notwendig erachtet, mögliche eigene Traumatisierungen gut bearbeitet zu haben und im Bedarfsfall weiter zu bearbeiten und sie z.B. in der Supervision einzubringen. Gute Selbstfürsorge bedeute auch darauf zu achten, welche Themen man sich als Therapeut*in in der Traumafolgentherapie zumutet, besonders wenn Parallelen zwischen der Geschichte der*des Klient*in zur eigenen Biographie erkennbar sind.

Ein Interviewpartner beschreibt, dass er aufgrund von eigenen traumatisierenden Erfahrungen eine Vertrautheit im Umgang mit solchen Themen spürt. Er erlangte dadurch eine hohe Sensibilität für traumatisierte Menschen und es führte zu einem hohen Engagement: „Also von daher hab ich für mich ein gutes Grundgefühl, dass ich sozusagen auf irgendwie einem relativ sicheren Boden unterwegs bin im Umgang mit mit Menschen in solchen Situationen.“ (IP1, 2020, Absatz 24) Er sieht seine Geschichte insgesamt als Schutzfaktor für sich.

Die Interviewpartner*innen sehen außerdem bestimmte Eigenschaften der Therapeut*innen als förderlich an, z.B. Humor, neugierig und authentisch zu sein, sich selbst zu vertrauen, und sich bestimmte Techniken auch zuzutrauen. Auch die Anerkennung von Grenzen wird genannt: „Man kann nicht (...) für jeden gut sein und für jeden da sein.“ (IP4, 2020, Absatz 168) Ein Interviewpartner vermutet, dass ihm sein Charakter hilfreich sein kann im Hinblick auf Belastungen durch die Psychotherapie: „(...) ich bin jetzt nicht so ein emotionaler Typ und möglicherweise würden mir zu viel Emotionen, die da mitgeteilt werden [bei mir]

dazu führen, (...) [sie] ein bisschen runter zu bringen auf mehr Nüchternheit.“ (IP8, 2021, Absatz 44) Es sei seine Art eher zu beobachten und sich rauszuhalten.

Psychohygiene und Ressourcen

Als Grundlage zur Vermeidung und Reduktion von Belastungen werden Psychohygiene und Ressourcen genannt. Als Ausgleich für schwere Themen in der Arbeit oder als Umgang mit der eigenen Berührtheit oder den eigenen Themen, die durch die Arbeit aufkommen können, wird als hilfreich erlebt, in der Freizeit ganz anderen und wenn möglich körperlichen Tätigkeiten nachzugehen. Als Beispiele werden das Imkern genannt oder saisonbedingt anfallende Arbeiten im Garten, wie Sträucher Schneiden und Laub Rechen. Auch Staubsaugen wird genannt: „(...) Man muss nicht viel denken, weil es geht einfach und man hat nicht viel Verantwortung, weil bleibt ein Staubwutzel liegen, bleibt er liegen (lacht) und es passiert nichts.“ (IP4, 2020, Absatz 236-246)

Die persönlichen Vorlieben und Ressourcen der Interviewpartner*innen stellen sich als sehr vielfältig dar. Von Waldarbeit und körperlicher Arbeit im Garten und der Landwirtschaft bis zu Entspannungsübungen, Meditation, Achtsamkeits- und Atemübungen, Waldspaziergängen, der Beschäftigung mit Tieren, Reisen, Singen in einem Chor oder Tanzen in einer Tanzgruppe. „Das sind erstens wunderschöne Begegnungsmöglichkeiten, zweitens viele Momente (...) [von] Unbeschwertheit ja, und von Lebensfreude und Lebenslust.“ (IP1, 2020, Absatz 346)

Auch die eigene Familie, der Kontakt zu Mitmenschen und das eigene soziale Eingebundensein in verschiedenen Bereichen werden aufgezählt. Ein Interviewpartner beschreibt dies als die Neugierde auf das Leben. Mit der Vielfalt des Lebens in Berührung sein zu können war für ihn immer wichtig. Er meint, dass diese Vielfalt an Lebenserfahrungsmöglichkeiten und eine gewisse Lebenszufriedenheit ein wichtiges Kapital sind und vermutlich auch einen Einfluss

auf die Qualität der therapeutischen Arbeit hat – neben dem Bemühen um wirklich gutes professionelles Wissen und Kompetenz. (IP1, 2020)

Auch das Lebensalter wird betont: „(...) die Erfahrung in der Arbeit mit Traumaklientinnen kommt zugute. Und die Weitsicht und die größere Sicht von Entwicklungen und politischen Situationen. Das kommt schon sehr zugute.“ (IP5, 2021, Absatz 303)

Gut für sich zu sorgen bedeutet auch, sich ausreichend Zeit zu verschaffen, um sich auf das eigene Leben und die eigenen Lebensvollzüge konzentrieren zu können und sich daran zu erfreuen. Es wird auch als wichtig gesehen, ausgehend von der aktuellen Ressourcenlage an den eigenen Ressourcen zu arbeiten. Fehle der angemessene Ausgleich könne der Blick auf das Leben lt. einer Interviewpartnerin schwer werden. Sie könne Energie in eine sehr schwere Thematik legen, aber es ginge im privaten Bereich dann nicht so, wie es vielleicht ohne diesen Beruf der Fall wäre. Und weil sie ihre Energie für die Arbeit brauche, müsse sie sich in der Freizeit mit leichten Themen beschäftigen:

(...) in diesen Phasen, wo ich das nicht so gemacht habe, würde ich schon sagen, das ist dann diese Sekundärtraumatisierung, wo dann (...) Das Leben schwer wird, oder der Blick auf das Leben, oder auf... Man muss so kämpfen oder keine Ahnung. (IP3, 2020, Absatz 250)

Die hilfreiche Sicht auf die eigene Arbeit

Die Interviewpartner*innen berichten von ihrer Sicht auf ihre Arbeit und wie diese unterstützend für sie sein kann. Eine Therapeutin beschreibt, wie hilfreich ihr das Verständnis für die biologischen Vorgänge aufgrund von Trauma ist. Die Trauma-Reaktionen des Organismus sind demnach nachvollziehbar und normal,

Aber es ist eben nicht das, wie es bleiben soll, weil es (...) das Leid hervorruft. Ich finde aus dieser Position dahin zu schauen, das erleichtert unheimlich. (IP2, 2020, Absatz 185-187)

Aus dieser Sicht heraus kann man lt. dieser Therapeutin ein Stück entfernt bleiben von den traumatisierenden Erlebnissen der Klient*innen. Dies unterstütze sie auch dabei, die*den Klient*in in ihren Kompetenzen zu sehen, die möglicherweise im Moment nicht abrufbar, wohl aber vorhanden sind und durch die Therapie wieder zugänglich gemacht werden können.

Ein Interviewpartner beschreibt sich als Bergführer und Facilitator, der dabei begleitet und unterstützt, Gefühlen achtsam zu begegnen, Wahrnehmung und Handlungsmöglichkeiten zu erweitern und dazu zu ermuntern. Es ginge dabei um die Erfahrungen der Klient*innen und deren achtsames Wahrnehmen und somit werde er nicht in dem Sinne involviert, dass er emotional betroffen würde. (IP8, 2021)

Auch das Konzept der organismischen Selbstregulation wird eingebracht. Ein Interviewpartner spricht von der hohen Fähigkeit bzw. Möglichkeit von Menschen, schweres Leid oder schwere Verletzungen in ihren Lebenskontext zu integrieren. Allerdings brauche es dazu Bedingungen:

Es sind Menschen nicht immer aus eigener Kraft heraus dazu imstande, sondern sie brauchen dann so das, was wir dann korrigierende Erfahrungen nennen oder einfach einmal andere Erfahrungen. Dass es einen anderen Umgang auch geben kann als den verletzenden. (IP1, 2020, Absatz 222)

Und letztendlich sei es die eigene Kraft, die Menschen heilt. Diese Sichtweise verstärkt die Einsicht, dass die*der Therapeut*in etwas zur Verfügung stellen kann, etwa Unterstützung etc., aber sie*er kann diese Angebote oder die Ziele nicht für die*den Klient*in umsetzen. Von der*dem Therapeut*in kommt die

Zuversicht und Begleitung, die Verantwortung bleibt jedoch bei dem*der Klient*in.

Die Sichtweisen der Therapeut*innen in Bezug auf ihre Arbeit und im Hinblick auf Trauma fließen in die therapeutische Arbeit mit ein – siehe auch Kapitel „Hilfreiche Haltungen und Sichtweisen während der therapeutischen Einheit“.

Hilfreiche Grenzen und leistbare Ansprüche

Es wird als wichtig erachtet, gemeinsam mit den Klient*innen Ziele und Möglichkeiten der Psychotherapie zu besprechen und darüber aufzuklären, was die Psychotherapie im jeweiligen Fall leisten kann und was nicht. Dieses genaue und realistische und eventuell auch wiederholte Abklären wird konkret als Schutz für die Therapeut*innen genannt.

Das Anerkennen der eigenen Grenzen wird ebenso als unterstützend beschrieben:

(...) gerade bei Trauma kommt man oft auch an die Hilflosigkeit ja, dass das auch etwas ist, das dazu gehört und dass man das auch benennen darf.

Dass man dann sagen kann, ok, ich weiß jetzt auch nicht weiter, ich weiß jetzt auch nicht. Und das man das dann gemeinsam mit dem Klienten finden kann. Ich muss nicht alles wissen. (IP3, 2020, Absatz 274-275)

Das Bewusstsein über die eigenen Grenzen wird besonders im Hinblick auf Suizidalität spürbar: „Ich hab keine Macht über Leben und Tod, ja. Diese Begrenzung, dieses Bewusstsein der Grenzen meiner eigenen Möglichkeiten und meiner eigenen Macht und das Zugestehen von Ohnmacht. Auch das ist was unglaublich Wichtiges.“ (IP1, 2020, Absatz 94) Der Therapeut spricht von Menschen, die an ihrem Leid und ihren Traumatisierungen zerbrechen. Diese Realität sollte nicht ausgeblendet werden. Das menschliche Leben sei und bleibe ein Fragment und er sehe keine Notwendigkeit dagegen anzukämpfen:

Sondern das sind Realitäten, die sind so. Das sind Dimensionen des Lebens, die wird es immer geben und was leidende Menschen brauchen ist schlichtweg einen anderen Menschen, der bereit ist sich auf sie einzulassen. (...) in einem gewissen Maß. Wie das halt möglich ist mit all den Grenzen, die das hat. (IP1, 2020, Absatz 162-164)

Nicht nur die Anerkennung der eigenen Grenzen ist wichtig, sondern auch das klare Festsetzen von Grenzen für die Klient*innen in der Therapiestunde:

Man darf alles mögliche, aber sich selbst verletzen in der Praxis geht nicht. Das ist z.B. so, also da wo manchmal Klienten wirklich extreme Grenzsetzungen fordern. Aber da klar zu sein und das auch klar vorzugeben und nicht sich manipulieren zu lassen mit Drohungen oder was auch immer. (IP9, 2021, Absatz 151)

Psychohygiene als Lernprozess

Zum Thema Belastungen und emotionale Involviertheit geben beinahe alle interviewten Personen an, dass sie im Laufe ihres Psychotherapeut*innenlebens eine Entwicklung an sich wahrnehmen bzw. sich einen Umgang erarbeiten mussten.

Eine Therapeutin bezieht sich auf Peter Levine und darauf, dass man in der Phase der Traumaverarbeitung ein freundliches Gesicht brauche:

Früher hatte ich nur das freundliche Gesicht, war aber nicht professionell distant innerlich, ja? (...) Dieses Lift-Fahren innerlich: Was spüre ich? Wie spüre ich mich? Das war weg. Als junge Therapeutin, wenn die [Klientin]

mir das erzählt hat, ich war ganz bei ihr. Und ich glaube, das gelingt mir besser. Es gelingt mir besser, bei ihr zu sein, empathisch zu sein aber dann innerlich drei, vier Schritte zurück zu gehen. (IP6, 2021, Absatz 64)

Eine zweite Interviewpartnerin dazu:

Ich würde jetzt einmal sagen, in den ersten 15 Jahren (...) ist mir das schon immer wieder passiert, dass ich selber voll aktiviert war (...) Also ich erinnere mich da an zwei, drei Klientinnen, die sehr massiv Verhaltensweisen gezeigt haben in der Stunde, die mir Angst gemacht haben oder die mich unsicher gemacht haben und wo ich lange gebraucht hab, bis ich das wieder ausbalancieren hab können für mich.“ (IP9, 2021, Absatz 73-75)

In Supervision und Intervision reflektierte sie solche Situationen, was sie zu weiteren Fortbildungen brachte. Im Laufe der Zeit führte der Zuwachs an Wissen und Erkenntnisse aus der Selbstreflexion dazu, dass sie sich selbst immer besser ausbalancieren konnte. Später war so eine Aktivierung kein Thema mehr. Es fände ein Entwicklungsprozess als Psychotherapeut*innen statt,

(...) und parallel dazu läuft ja unsere Entwicklung als Mensch, als Frau, als mit allen (...) Lebenswellen. Und dass das immer ein Stückchen - da muss es einen Kontakt geben. Das kann nicht abgelöst voneinander passieren, sondern das ist immer verwoben ineinander. Aber es ist ein Entwicklungsprozess. Das ist nichts Statisches. Psychotherapeutin-sein ist nichts Statisches. Das ändert sich von einem Tag auf den anderen. Und das also Reifung und Tiefung ist was, was nie aufhört solange wir arbeiten. (IP9, 2021, Absatz 159)

Es sei förderlich nicht zu erwarten, dass man diese natürlichen Entwicklungsprozesse abkürzen könne:

Das ist wie ein Apfel, der am Baum hängt und grün ist- da kannst noch so dran ziehen, er wird nicht schneller reif. Das ist - manche erwarten sich das, nicht? Wenn ich die Ausbildung noch mache und die Fortbildung noch mache und wenn ich das noch mache und das noch mach, dann bin ich irgendwie die perfekte Psychotherapeutin oder der perfekte Psychotherapeut. Nein. Das ist es nicht. Es hängt ganz viel mit Entwicklung zusammen. (...) Je länger man arbeitet desto intensiver werden vielleicht Prozesse, desto mehr Leute kann man helfen- also kann man unterstützen dabei ihre Ziele zu erreichen. Desto sicherer ist man sich in den meisten therapeutischen Situationen. Ich hab so viel erlebt (...) an schwierigen, wirklich sehr sehr schwierigen Situationen (...) die kann man nicht vorweg nehmen, da kann man sich noch so gut damit theoretisch auseinandersetzen. (IP9, 2021, Absatz 161-167)

Schwierige Situationen würden die Therapeutin beeinflussen, sie dabei unterstützen sich anders und neu zu ressourcieren, Resilienz zu entwickeln, auch immer wieder mit allem zu rechnen, aber gleichzeitig loszulassen, es kontrollieren zu wollen. „Das Leben findet auch in der Praxis statt. (...) Aber diese Gelassenheit hab ich vielleicht vor 20 Jahren nicht gehabt“. (IP9, 2021, Absatz 169-171)

4.1.2 Hilfreiche Rahmenbedingungen

Im Vorfeld der therapeutischen Einheiten gibt es für die Therapeut*innen die Möglichkeit durch die bewusste Gestaltung der Rahmenbedingungen ein für sie

passendes und als angenehm und hilfreich erlebtes Umfeld für ihre alltägliche therapeutische Arbeit zu schaffen.

Diese Kategorie umfasst folgende Subkategorien:

- Selbstgestaltung in der Praxis vs. institutionelle Rahmenbedingungen
- Das Setzen der Therapiestunde
- Auswahl der Klient*innen
- Ein zweites Standbein

Selbstgestaltung in der Praxis vs. institutionelle Rahmenbedingungen

Das Arbeiten in freier Praxis bringt die Freiheit, die Arbeitsbedingungen betreffend Arbeitszeiten und Auswahl der Klient*innen so festzulegen, wie die*der Therapeut*in das gerne möchte. Besonders die selbst gewählte zeitliche Einteilung der Stunden wird als wichtig beschrieben z.B. aufgrund von familiären Situationen und Betreuungsbedarfen. Vorgaben durch Arbeitgeber*innen (z.B. in der ambulante Reha etwa durch zeitlich begrenzte Therapie und betreffend Klient*innenwahl) gibt es in diesem Fall nicht, was als befreiend erlebt wird. Für eine Interviewpartnerin ist auch der Zuständigkeitsbereich in freier Praxis klarer als in bestimmten Institutionen, wo Therapeut*innen aufgrund ihres Arbeitsbereiches auch andere, nicht therapeutische (z.B. pädagogische) Aufgaben übernehmen müssen. So erlebt sie das klare Bild über ihr Angebot als sehr hilfreich für ihre Abgrenzung. Sie biete z.B. keine Rufbereitschaft an, sondern sehe dieses Angebot bei Journdiensten und Ambulanzen, die zu jeder Zeit verfügbar sind. Sie sei „für gewisse Dinge zuständig aber nicht für alles.“ (IP2, 2020, Absatz 205) Weitere Interviewpartner*innen geben an, dass sie mit Klient*innen die Rahmenbedingungen erarbeiten, in welchem Fall diese das Krankenhaus oder die*den Therapeut*in anrufen könnten. Hier ginge es um den Schutz des privaten Raumes und der privaten Zeit.

Als Vorteile einer Institution werden das vernetztere Denken und Arbeiten gesehen. Das Wahrnehmen anderer Blickwinkel und das gemeinsame Tragen der

Themen im Team werden dabei als hilfreich erlebt. Einzelne Institutionen stellen für den persönlichen Ausgleich besondere Rahmenbedingungen zur Verfügung. So berichtet eine Interviewpartnerin von einer 20 Stunden Anstellung, die 16 Stunden Psychotherapie vor Ort umfasst und vier Stunden im Sinne der Psychohygiene und Verarbeitung zur freien Verfügung vorsieht. (IP3, 2020) Es wird angeraten bei Anstellungen in einer Klinik oder Reha-Einrichtung über die Arbeitszeiten bzw. das Anstellungsausmaß einen Steuerungs- oder Regulierungsmechanismus einzubauen. Eine Interviewpartnerin sieht es als Risiko z.B. in einem Krankenhaus Vollzeit mit schwer kranken Menschen zu arbeiten „Das verändert sicher die Sicht auf die Welt. Da bin ich überzeugt.“ (IP9, 2021, Absatz 251)

Gewisse Arbeitssettings führen zu Situationen, wo der*die Psychotherapeut*in zumindest anfangs im Helfer*innensystem der Klient*innen alleine ist. Das kann ein Risiko der Überforderung mit sich bringen, da das Gefühl entstehen kann, es hänge nun alles allein an der*dem Therapeut*in. Laut einem Interviewpartner müsse hier also das Ziel sein, das soziale Netz der betroffenen Person zu aktivieren bzw. die Klient*innen zu ermutigen, es in Anspruch zu nehmen. (IP1, 2020)

Das Setzen der Therapiestunde

Eine Interviewpartnerin beschreibt, dass sie bei Klient*innen, die mehr Unterstützung brauchen, bewusst entscheidet, wie sie die nächste Stunde setzt und wann sie gut angebracht ist. „Weil wenn ich sie heimschicken müsste, oder ihn und ich weiß, die Person geht jetzt nicht gut nach Hause, weil einfach zu viel aufgeploppt ist, dann geht es mir auch nicht gut. Weil dann mache ich mir zu viele Gedanken und eigentlich belastet es mich dann im nachhinein und das soll es ja nicht.“ (IP4, 2020, Absatz 76-78) So ist für diese Therapeutin angenehmer eine potentiell belastende Stunde am Ende des Tages anzusetzen, um nach hinten Zeit zu haben, falls es notwendig werden sollte zu überziehen.

Eine weitere Interviewpartnerin erzählt, dass sie sich am Anfang ihrer Psychotherapeutinnen-tätigkeit als Hilfestellung eine klare Struktur angewöhnt hat. Sie wählte gezielt die Abstände zwischen den Therapieeinheiten und gestaltete sich bewusst eine bestimmte Anzahl an Pausen, die sie mit regelmäßigen Tätigkeiten strukturierte: Wasser trinken, Lüften, Düfte sprühen, Musik und Bewegung. Die Therapeutin sieht das als Selbstfürsorge: „Wenn das ritualisiert ist, dann tut man sich leichter das dann selbstverständlicher anzuwenden“ (IP3, 2020, Absatz 272).

Auswahl der Klient*innen

Aus den Interviews geht hervor, dass die Auswahl der Klient*innen eine große Rolle für die Therapeut*innen spielt und dem Arbeitssetting angepasst werden soll. Eine Interviewpartnerin achte z.B. stark darauf, ob sie bei einem Menschen ein ungutes Gefühl hat, da sie als Frau alleine in der Praxis arbeite. (IP2, 2020)

Es wird betont, sich nur so viel zuzumuten, wie man individuell tragen kann: Wie viele Personen und mit welchen Themen werden in die Praxis aufgenommen? So wird es beispielsweise als sehr belastend beschrieben, Unfälle von Kindern zu begleiten, wenn diese im gleichen Alter sind wie die Kinder der*des Therapeut*in. So stellt sich die Frage, wo hier die eigenen Grenzen liegen und dies könne im Laufe der Zeit unterschiedlich sein. Geschätzt wird außerdem eine bunte Gruppe an Klient*innen mit unterschiedlichen Problemfeldern. Es wird als kritisch angesehen, ausschließlich mit Menschen mit Traumafolgestörungen zu arbeiten. Eine Therapeutin formuliert diesen Punkt so:

(...) Die Dosis macht das Gift. Also ich schau, dass ich nicht zu viel Traumafolgestörungs-Patienten hab in der Praxis und auch nicht zu viele [Menschen] mit schweren Störungen, sondern dass es eine gute Durchmischung ist, auch mit Supervisionsgruppen oder mit anderen Tätigkeiten. (IP9, 2021, Absatz 233)

Die Interviewpartnerin erzählt auch, dass sie beim Erstkontakt über die Stimme der*des Interessent*in bzw. die Inszenierung des ersten Kontaktes das Thema abzuschätzen versucht, beziehe dann ihre momentanen privaten Belastungen mit ein und entscheide so über ihre Kapazitäten bzw. die Aufnahme einer*eines Klient*in. (IP9, 2021)

Es wird angemerkt, dass das Weiterschicken von Klient*innen auch eine ethische Implikation sei, wenn man nicht ausreichende Kapazitäten für die Person habe. Eine Interviewpartnerin empfehle Therapeut*innen am Beginn der Tätigkeit maximal 1-2 Personen mit komplexen Traumafolgestörungen aufzunehmen, da damit zu rechnen sei, dass die Belastung für die*den Therapeut*in hoch sein würde. (IP5, 2021)

Es sei auch möglich, bestimmte Klient*innen-Gruppen für sich auszuschließen. Eine Interviewpartnerin nennt hier z.B. die Arbeit mit Kindern, da sie hier mit den Eltern nicht zurecht käme, die möglicherweise das Problem auf das Kind abwälzen ohne ihren eigenen Anteil daran zu sehen. (IP4, 2020)

Ein zweites Standbein

Als weiterer hilfreicher Aspekt stellt sich ein zweites berufliches Standbein neben der Psychotherapie heraus. Eine Interviewpartnerin erzählt, dass sie immer ein zweites Standbein neben der Psychotherapie hatte und diese Tätigkeit nicht oder wenig mit Psychotherapie in Verbindung stand. Sie sieht die Gefahr, dass andernfalls die therapeutische Arbeit und die damit einhergehenden Themen nicht mehr nur als Ausschnitt einer Wirklichkeit gesehen werden: „(...) das ändert die Perspektive, aber es ist, es ist ja nicht die einzige Realität, die es gibt. Das ist ja eine verschobene Sicht der Wirklichkeit. (...) Es gibt auch viele [Menschen](...), die stehen gut in der Welt und sind gut ressourciert und schaffen ihr Leben gut. Das darf man nicht ganz aus den Augen verlieren.“ (IP9, 2021, Absatz 233-235) Es war ihr von Anfang an wichtig jederzeit die Möglichkeit von Krankenstand und Urlaub aufgrund von – auch unvorhersehbaren – privaten Belastungen in Anspruch

nehmen zu können. Aus diesem Grund verfüge sie auch über eine Betriebsunterbrechungsversicherung.

Auch weitere Interviewpartner*innen sehen ihre Situation als privilegiert an, da sie nie ausschließlich Psychotherapie anbieten mussten. Ein Therapeut war z.B. auch in der Lehre, Supervision und Weiterbildung für verschiedene Berufsgruppen tätig, was ihm viele Austauschmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen geboten habe. Diese Erfahrungsbereiche würden lt. diesem Interviewpartner den beruflichen Horizont öffnen und dadurch wiederum die eigene psychotherapeutische Tätigkeit bereichern. (IP1, 2020)

4.1.3 Hilfreiches Vorwissen bzgl. möglicher Belastungen

Diese Kategorie umfasst folgende Untergliederungen:

- Wissen um spezielle Anforderungen der Traumafolgentherapie
- Wissen um persönliche Themen und Raum für Rückhalt

Hilfreiches Wissen um spezielle Anforderungen der Traumafolgentherapie

Lt. einer Interviewpartnerin liegt ein möglicher Faktor für Belastung für Psychotherapeut*innen in der Traumafolgentherapie selbst. Es ist damit zu rechnen, dass die Belastung für die*den Therapeut*in sehr groß werden kann. Der Grund dafür liegt in der Basis bzw. dem Bedarf der Traumafolgentherapie, der vor allem in der therapeutischen Beziehungsgestaltung gesehen wird: „(...) die sicherheitsgebende therapeutische Beziehungsgestaltung muss sich ja durch die ganze Traumafolgentherapie durchziehen und das ist ein zum Teil hoher Aufwand an Energie, an Achtsamkeit, an Fokussiertheit sich selbst und den Klient*innen gegenüber“. (IP5, 2021, Absatz 26)

Lt. Interviewpartner*innen können im Besonderen Gefühle wie Empörung, Verunsicherung und Angst auftreten, die Gegenübertragungsreaktionen darstellen. Hier müsse man durch Ausbildung, Fortbildung und Supervision

darauf vorbereitet sein. Wenn ein solches Wissen noch nicht besteht, können solche Therapieverläufe eher als belastend erlebt werden. Die Kunst und Herausforderung bestehe darin, sich auf die Klient*innen einzulassen, sich berühren zu lassen von ihrer Geschichte, aber sich nicht davon wegreißen zu lassen.

Es scheint hilfreich, sich diesen Anforderungen von Anfang an bewusst zu sein, da sie ein höheres Level an Aufmerksamkeit und Energie umfassen. So kann dies bei der Auswahl der Klient*innen bereits miteinbezogen werden. Dies wird allerdings durch den Umstand erschwert, dass lt. Interviewpartner*innen wohl eine größere Zahl an traumatisierten Menschen in Therapie kommen als den Therapeut*innen möglicherweise (anfangs) bewusst ist bzw. ohne dass dies ein ausdrückliches Therapiethema werden müsse.

Auch die Art der Schilderung des traumatischen Materials sollte bedacht werden, denn sie hat Einfluss auf den Grad der möglichen Belastung der Therapeut*innen. Eine detailreiche Schilderung der konkreten traumatischen Situation kann Bilder in den Therapeut*innen erzeugen und stärkt die Bilder bei den Klient*innen. Es ist ausschlaggebend, in welchem Zustand diesen Erzählungen und Erfahrungen begegnet wird. Dieses Fachwissen sollte bereits vor Beginn der Traumaarbeit bestehen.

Wissen um persönliche Themen und einen sicheren Raum für Rückhalt

Diese Subkategorie umfasst zwei Untergliederungen:

- Lehrtherapie als Basis
- Lehrsupervision als Rückhalt

Lehrtherapie als Basis

Zwei Therapeutinnen betonen die Notwendigkeit der Selbsterfahrung bzw. Lehrtherapie und die damit einhergehende Arbeit an der eigenen

Lebensgeschichte der Therapeut*innen. Sie soll wesentlich dazu beitragen, dass man in der Therapiestunde „gut gefestigt ist“ (IP4, 2020, Absatz 12). Eine Therapeutin formuliert ihren Standpunkt so:

Ohne Selbsterfahrung keine Psychotherapie. Da brauchen wir gar nicht diskutieren. Also wenn ich nicht meine eigenen blinden Flecken halbwegs kenne, werde ich da - da werde ich mir schweren Schaden antun, wenn ich das nicht mache. Ich muss hinschauen, ich muss den sicheren Rahmen gehabt haben um zu meinen Verwundungen hinschauen zu können. Damit mir andere, wenn sie Verwundungen haben, da nicht hineinkommen. Entweder, weil sie schon geheilt sind und gut vernarbt oder weil ich sie gut schützen kann. (IP6, 2021, Absatz 158)

Die Psychotherapieausbildung liefere hier sowohl die Möglichkeit, dass eigene Themen aktiviert werden (z.B. in der Gruppenselbsterfahrung) als auch den angesprochenen sicheren Rahmen, um die zugrunde liegenden Konflikte oder Verwundungen identifizieren und die Zusammenhänge zum aktuellen Erleben genauer betrachten und bearbeiten zu können. (IP4, 2020; IP6, 2021)

Außerdem dienten die Lehrtherapeut*innen insbesondere am Beginn der therapeutischen Tätigkeit als Vorbild und Orientierung für die eigene Arbeit. Die Interviewpartner*innen beschreiben die Lehrtherapie weitgehend als stärkend und haltgebend.

Lehrsupervision als Rückhalt

Die Lehrsupervision im Rahmen der Ausbildung wird als prägend beschrieben. Viele Methoden konnten selbst erlebt und für die eigene Arbeit übernommen werden. Weiters konnte von den praktischen Anregungen und Einschätzungen aus dem großen Erfahrungsschatz der oft langjährigen Supervisor*innen profitiert werden. Diesen Rückhalt und diese Sicherheit in der Supervision zu haben,

beschreibt eine Interviewpartnerin als sehr wichtig. Diese Therapeutin rät, alle Übertragungsphänomene und Gefühle in der Supervision auszusprechen, um damit etwas weiter tun zu können. So erlange man viel mehr Wissen. (IP6, 2021) Sie erzählt auch, dass ihr das Feedback der Supervisorin wichtig war und sie die Methoden und Haltung der IGT als sehr hilfreich erlebte:

Und alles - dass wir das haben und empfinden, das darf sein. Das ist gut.

Weil sonst ist er [der Klient] uns wurscht. Diese Haltung in der Supervision zu erleben, egal, was ich empfinde, es ist gut, (...) ist gerade am Anfang aber auch weiterhin supervisorisch ganz wichtig. (IP6, 2021, Absatz 168)

Für eine Therapeutin war das Wichtigste an der Lehrsupervision ihre Grenzen herauszufinden und sie sich durch die Reflexion einzelner Stunden und Prozesse bewusst zu machen:

Also wo muss ich besonders auf meine Grenzen achten und wo ist - für mich jetzt, ja? - also wo ist die Grenze zwischen Du und ich, ja? Wo kann ich auch hilfreich sein indem ich meine Grenze wahre? Also gerade beim Umgang mit Borderline-Patienten und [Menschen mit] schweren Störungen. (IP9, 2021, Absatz 135-137)

Dabei geht es ihr um den Schutz ihrer privaten Zeit und ihres privaten Raumes aber auch um Grenzen in der Praxis und der Therapiestunde. Da klar zu sein und vorzugeben ist für die Therapeutin hilfreich und stellt eine innere Abgrenzung dar.

4.2 Hilfreiche Faktoren im Rahmen einer Therapieeinheit

Diese Kategorie umfasst drei Subkategorien:

- Hilfreiche Techniken, Maßnahmen, Rituale vor der therapeutischen Sitzung

- Hilfreiche Techniken, Maßnahmen, Rituale während der therapeutischen Sitzung
- Hilfreiche Techniken, Maßnahmen, Rituale nach der therapeutischen Sitzung

4.2.1 Hilfreiche Techniken, Maßnahmen, Rituale vor der Therapieeinheit

Die interviewten Therapeut*innen geben an, sich innerlich auf eine potentiell schwierige Einheit vorzubereiten und sich auf die Person, die kommen wird, einzustellen. Dazu werden z.B. die Aufzeichnungen der letzten Stunde durchgelesen. Eine Therapeutin prüft für sich, was sie in der Therapiestunde tatsächlich leisten könne und was nicht. (IP2, 2020) Außerdem wird von den Therapeut*innen der Versuch beschrieben, sich der eigenen Stimmungslage bewusst zu werden und zu erkennen, wie man nun auf die Person bzw. das Thema und die Einheit zugeht. Eine Interviewpartnerin beschreibt, dass sie wahrnehme, wie sie da sei und anschließend während der Therapieeinheit beobachte, was der Prozess oder der Kontakt mit ihr mache. (IP3, 2020) Sie Sorge außerdem im Vorfeld dafür, gut bei sich sein zu können:

Ich glaube wirklich so dieses gut bei mir zu sein, auf allen Ebenen, v.a. auf der Körperebene, weil Traumen sich ja sehr auf der Körperebene niederschlagen und auch oft sehr körperlich erlebt werden, ist meine eigene Körperlichkeit da sehr wichtig. Ja, dass ich ausreichend in der frischen Luft war, dass ich ausreichend in Bewegung war, also das wäre die Vorbereitung vielleicht, dass ich sage, ich weiß, ich habe am Nachmittag eine Stunde, dass ich Mittagspause ausreichend habe und dazwischen vielleicht noch einmal draußen war. Also dass ich sehr auf der Körperebene - dass ich nicht hungrig bin in der Stunde, dass ich selber gut genährt bin, ja? Und dann gut bei mir sein kann. (IP3, 2020, Absatz 34)

Eine Interviewpartnerin betont das Bemühen, möglichst ein mittleres Spannungsniveau zu erreichen. Dies gelte sowohl für die Therapeut*in als auch für die Klient*in. Das sei eine gute Ausgangslage zur Integration von auch traumatischen Erfahrungen. (IP5, 2021) Sie sieht als Vorbereitung die eigenen Angelegenheiten oder die eigenen Ego-States gut zu verwalten und durch Körperübungen und Atemübungen in eine ruhigere Verfassung (als die Klient*in) zu kommen. Auch ein anderer Interviewpartner bevorzugt Atem- und Körperübungen, die er vor einzelnen Einheiten anwendet. Für ihn spielt Bewegung eine große Rolle und er nützt v.a. Qi Gong-Übungen. Sie zeichnen sich durch Konzentration und Gewahrsein aus – auch im Sinne der gestalttherapeutischen Awareness. (IP7, 2021)

Eine Interviewpartnerin beschreibt auch Atem- und Achtsamkeitsübungen als Vorbereitung auf Therapiesitzungen. Sie hat außerdem Rituale etabliert: das Fenster öffnen, einen wohlriechenden Luftspray sprühen, da ihr der Geruchssinn wichtig ist. Sie versucht auf diese Arten auf ihr autonomes Nervensystem beruhigend einzuwirken. (IP9, 2021)

Um sich der eigenen Stimmungslage bewusst zu werden und/oder die eigenen Ego-States gut verwalten zu können ist Achtsamkeit, ein Gewahrsein sich selbst gegenüber im Hier und Jetzt notwendig. Eine Interviewpartnerin empfindet Gestalttherapeut*innen als prädestiniert für Achtsamkeitsübungen und die Hier und Jetzt-Fokussierung, da sie wesentliche Konzepte der IGT darstellen und sie diese als sehr hilfreich für die eigene Selbstregulation ansieht (IP9, 2021).

4.2.2 Hilfreiche Techniken, Maßnahmen, Rituale während der Therapieeinheit

Diese Kategorie umfasst folgende Untergliederungen:

- Hilfreiche Techniken
- Hilfreiche Konzepte
- Hilfreiche Haltungen und Sichtweisen

Hilfreiche Techniken

Diese Subkategorie der hilfreichen Techniken umfasst:

- Hilfreiche Techniken aus der IGT
- Andere hilfreiche Techniken

Hilfreiche Techniken aus der IGT

Diese Subkategorie beinhaltet folgende Techniken:

- Selektive Authentizität
- Achtsamkeit als Technik
- Anker
- Arbeit mit dem leeren Stuhl und Identifikationstechniken
- Außensicht

Selektive Authentizität

Aus den erhobenen Daten geht hervor, dass selektive Authentizität in der Therapiestunde als hilfreich angesehen wird.

Wenn der Therapeut etwas von dem mitteilt, was in ihm vorgeht, ‚das berührt mich jetzt‘ oder (...) ‚ich merk da einen Ärger, wie kommt das bei Ihnen an, wenn Sie das hören?‘, (...) ‚werd ich [als Therapeut*in] eine Energie - wenn man so will - los. (...) Und das befreit auch. Das find ich sehr gut an der Gestalttherapie. (IP8, 2021, Absatz 8)

Durch die Möglichkeit, die eigene Wahrnehmung oder Stimmungslage in angepasster Weise der*dem Klient*in anzubieten, kann das Gefühl und die Information darüber in das Gespräch einfließen und kann mit dem Gegenüber geteilt werden. „Ich hab so den Eindruck dass es, je mehr an Austausch mit der Klientin, mit dem Klienten darüber möglich ist umso weniger belastend ist es für

mich“ (IP7, 2021, Absatz 6). Die Interviewpartner*innen betonen auch den förderlichen, therapeutischen Aspekt für den*die Klient*in dabei:

(...) [weil] die Einsamkeit des Traumas dann nicht mehr so groß ist. Weil das ein wesentlicher Aspekt ist, dass die Leute in der Traumatisierung oder in der posttraumatischen Belastungsstörung auch ja, so alleine sind. Auch weil da eventuell etwas ist, was nicht so nachvollziehbar ist. Oder ein Erleben dahinter ist, das vielleicht nicht aussprechbar ist oder noch nicht aussprechbar ist und das so überwältigend ist, dass es eventuell auch schambesetzt ist. So überwältigend und unfassbar ist oder dass die Person das Gegenüber irgendwie auch, vielleicht auch manchmal schonen will, ja?

(IP7, 2021, Absatz 16)

Manchmal ist es allerdings nicht möglich oder passend die eigene Wahrnehmung in das therapeutische Gespräch einzubringen. In diesem Fall werden Intervention und Supervision als hilfreiche Gesprächsräume herangezogen. (IP7, 2021)

Achtsamkeit als Technik

Was für die Interviewpartner*innen als grundlegend wichtig gilt in der Traumafolgentherapie ist die Achtsamkeit der Therapeut*innen sich selbst gegenüber. Sie wird unterschiedlich formuliert: „Also als erstes fallen mir ein irgendwie sehr gut auf mich zu schauen. Zu schauen dass ich in meinem Körper bleibe und damit in Kontakt zu treten.“ (IP7, 2021, Absatz 6) Eine andere Interviewpartnerin sagt: „(...) Um das dann gut machen zu können, muss man (...) gut bei sich selbst sein können.(...) Sich selbst sehr bewusst und sehr klar sein während dem Therapieverlauf (...)“ (IP5, 2021, Absatz 70) und:

Also immer wieder zu mir selbst zu gehen und immer wieder zu reflektieren, mich zu fragen, wie geht es mir gerade? Was für eine Resonanz löst das bei

mir aus? Sehr auch achtsam mit eigenen körperlichen Resonanzen zu sein, "bin ich jetzt plötzlich in einem Druckgefühl im z.B. Magen oder in einer Anspannung im Kopf?" Also was ja zugleich wieder Intervention ist, wenn man das dann zur Verfügung stellt der Klientin, dem Klienten. Aber dieses achtsame Wahrnehmen und auch wieder Sehen, "Das gehört nicht zu mir jetzt, das scheint eine, ein Hinweis zu sein für das Thema, das jetzt bei der Klientin ist, beim Klienten ist." Also das heißt gut wieder den Unterschied zwischen sich und der Klientin, dem Klienten ausmachen. Und wahrnehmen. (IP5, 2021, Absatz 88)

Zu dieser Aufmerksamkeit auf die eigene Körperwahrnehmung gehöre auch sorgsam auf Gegenübertragungsreaktionen zu achten und den eigenen Wahrnehmungen dabei zu trauen. Das stete auf sich selbst Beziehen sei wichtig (IP5, 2021).

Eine Therapeutin erzählt, dass sie versucht sich auf drei Ebenen zu spüren: „Welche Gedanken sind da? Welche Gefühle sind da? Und welche Körperlichkeit?“ (IP3, 2020, Absatz 44). Diese Wahrnehmung sich selbst gegenüber empfindet sie als hilfreich, da sie das erde: „also ich erlebe das halt bei Traumen so, dass das oft so ein Sog ist, wo es einen da mitreißt und da glaube ich, ist so dieses, dass ich gut geerdet bin, bei mir bin unglaublich wichtig“ (IP3, 2020, Absatz 42).

Diese Awareness sei lt. einem Interviewpartner überhaupt ein entscheidender Aspekt für die Qualität der therapeutischen Begegnung. (IP1, 2020) Es ginge allerdings auch nicht darum, dies ständig in der gleichen Intensität zu leben.

Aus den Interviews geht außerdem hervor, dass die interviewten Personen als Selbstfürsorge Achtsamkeitsübungen z.B. in Form von Atem-, Wahrnehmungs- und Körperübungen, die sie in der therapeutischen Einheit für ihre Klient*innen

anleiten, auch selbst in der Stunde mitmachen. Als Beispiele werden Abklopf-Übungen im Gesicht oder das Abreiben der Hände genannt.

Zum Thema Achtsamkeit wird auch die bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit genannt z.B. auf positiv geladene Dinge im Raum.

Anker

Eine Interviewpartnerin erzählt, wie wichtig für sie persönliche Anker während der Therapieeinheit in der Praxis waren: „(...) ich hab schon am Anfang so Anker in der Praxis gehabt. Die brauche ich jetzt nicht mehr, aber früher war das wichtig. Eine Vase, die aus meinem Privatbereich ist, wenn ich da drauf schaue: Aufgeladen - bin ich raus aus dem Trauma, bin ich ganz Therapeutin und weiß, was ich zu tun habe.“ (IP6, 2021, Absatz 86) Eine weitere Therapeutin nützt Naturmaterialien aus dem Wald, die sie in der Praxis aufgestellt und aufgehängt hat. Sie stellen für die Therapeutin positive Trigger für den Wald dar und bilden so eine Brücke zu ihren Ressourcen und stellen einen Bezug zu ihren Lebensvollzügen her. (IP9, 2021)

Arbeit mit dem leeren Stuhl und Identifikationstechniken

Die Arbeit mit dem leeren Stuhl als Polaritäts- oder Anteile-Arbeit wird sehr geschätzt und als Form der Distanzierung gesehen. Wobei ein Interviewpartner betont, dass es hier um die Klarheit der Darstellung der Klient*innen ginge und der Prozess entlang der Bedürfnisse der Klient*innen gestaltet und nicht als Strategie für den*die Therapeut*in herangezogen wird, um sich emotional distanzieren zu können oder eine zu starke Affiziertheit zu vermeiden. (IP8, 2021) Das Versorgen des damaligen Kindes oder das Herausholen lassen des Kindes aus der Situation durch Anteile-Arbeit, sind aktive Interventionen, die sowohl der*den Klient*in als auch der*den Therapeut*in helfen, nicht in den furchtbaren Erlebnissen stecken zu bleiben.

Es werden zusätzlich verschiedene Modelle von Anteile-Arbeit als hilfreich genannt: Anteile-Arbeit nach Watson und Watson, „Das innere Team“ von Friedemann Schulz von Thun, das Arbeiten mit Ego-States und die Arbeit mit dem leeren Stuhl nach Stämmeler. Sie werden als Techniken beschrieben, die das Innere heraus bringen und klarer oder sichtbarer machen sollen. Zu diesem Thema des Externalisierens spricht eine Therapeutin auch Identifikationstechniken an z.B. Rollentausch in Form eines Rollendialoges, wo ebenso mit Sesseln gearbeitet wird:

Indem wir in eine andere Rolle gehen, verkörpern wir auch etwas anderes. Und wenn wir in unserer sind, können wir dann den Unterschied merken. Also die Arbeit am Unterschied ist auch wichtig für die Selbstfürsorge. Dass ich mich als Therapeutin bewusst meiner Selbstkonzeption bin. Ich unterscheide vom Gegenüber, von der Klientin, vom Klienten. (IP5, 2021, Absatz 68)

Außensicht

Es wird als wichtig erachtet in der Supervision zu üben, als Therapeut*in einen exterritorialen Haltepunkt d.h. eine Außensicht einzunehmen, die später während eines Prozessverlaufes in der Therapie ebenso eingenommen werden kann: „Was passiert denn da grade zwischen mir und der Klientin, dem Klienten?“ (IP5, 2021, Absatz 66) und sich in der Vorstellung das von außen anzuschauen. Ein Interviewpartner erzählt von einem Konzept, das eine dritte Kraft im Raum berücksichtigt (IP7, 2021). Neben dem*der Patient*in und dem*der Therapeut*in ist demnach auch die Kompetenz des*der Supervisor*in im Raum bzw. kann es sich dabei auch um den*die innere Supervisor*in handeln. Der Therapeut empfindet es als hilfreich, sich während der Therapiestunde zu fragen „Was würde mein Supervisor dazu sagen?“ (IP7, 2021, Absatz 72) oder auch „ok, was passiert

da gerade zwischen uns beiden, ja? Dass ich mich so fühle, wie ich mich fühle?“ (IP7, 2021, Absatz 74)

Eine Therapeutin erzählt, dass sie sich in einer Art „Metaposition“ sieht. Von dieser Position aus ist es ihr sowohl möglich empathisch mit der*dem Klient*in mitzugehen als auch sich zu distanzieren und abzugrenzen. „Also wo ich sozusagen schon mitfühlen kann und trotzdem eine gewisse sichere Beobachterposition habe“ (IP2, 2020, Absatz 47). Für sie schließe sich das empathische Begleiten und das Abgrenzen nicht aus.

Andere hilfreiche Techniken

In den Interviews werden Techniken aus dem Brainspotting und EMDR als hilfreich genannt. Als wesentlich zur Förderung der Psychohygiene der*des Therapeut*in beschreibt eine Interviewpartnerin, selbst Tap-Übungen aus dem EMDR durchzuführen, um sich zu regulieren. Auch das Aufsuchen eines Gaze-Spots, also einem Beruhigungspunkt in Kombination mit einem Körpergefühl wird angeraten (IP5, 2021). Wenn die*der Therapeut*in damit vertraut ist, kann das schnell gehen und sie*er kommt in einen mittleren Modus der Anspannung und kann aus dem heraus wieder kreativ werden. „Also Methoden, die helfen (...) als Therapeutin auf ein gutes mittleres Aktivierungsniveau zu kommen. Also nicht zu aufgeregt aber auch nicht zu down“ (IP5, 2021, Absatz 150) Die Therapeutin nennt hier Stephen Porges und Peter Levine, die die sicherheitgebende Haltung in Traumafolgetherapien betonen und als Notwendigkeit ansehen. Eine sicherheitgebende Haltung beginne z.B. mit einer beruhigenden Sprache und einer angemessenen Stimmvielfalt, was wiederum für die*den Therapeut*in bedeutet, sich selbst gut regulieren können zu müssen. Die Interviewpartnerin schlägt Atemübungen nach Porges vor: z.B. 3x Ein- und 4x Ausatmen. Hier sollten ihrer Meinung nach therapieschulenübergreifende Vorschläge (z. B. wie genannt durch Porges) und Erkenntnisse aus der Hirnforschung unbedingt mit einbezogen werden. (IP5, 2021)

Hilfreiche Konzepte

Diese Subkategorie der hilfreichen Konzepte umfasst:

- Hilfreiche Konzepte aus der IGT
- Andere hilfreiche Konzepte

Hilfreiche Konzepte aus der IGT

Diese Unterkategorie beschreibt folgende Aspekte:

- Das dialogische Prinzip
- Achtsamkeit – Körper – Hier und Jetzt
- Vertrauen in den Prozess - Organismische Selbstregulierung - Phänomenologie
- Support
- Einbezug des Feldes – Figur und Hintergrund
- Einzeln erwähnte Konzepte

Das dialogische Prinzip

Also ich könnt mit keinem therapeutischen Konzept arbeiten, das in seinem Menschenbild nicht ganz klar im Zentrum (...) dieses In-Beziehung-Sein, diese Intersubjektivität hat, (...) Also das ist das für mich das zentrale Konzept. Diese Wechselseitigkeit in der Beziehung, ein Konzept, das nicht dazu verleitet, andere Menschen zu verobjektivieren. (IP1, 2020, Absatz 100-102)

Als hilfreiches Konzept wird die Begegnung auf Augenhöhe genannt.

Also diese gleiche Augenhöhe, nicht: Ich weiß es etwas über Sie und mach da was Geheimnisvolles sondern wir tun da miteinander und es ist

wunderbar, dass es Ihnen besser geht. Das ist etwas, was ich an der Gestalttherapie sehr schätze, auch in der Traumaarbeit, weil das ist in der Traumaarbeit noch einmal wirksam, weil der Klient sich so vernichtet fühlt. „Kaputt“ sagt die Klientin immer wieder. "Ich bin so kaputt", ja? Dass sie nicht kaputt ist, sondern ein gleichwertiger Mensch mir gegenüber und nicht die Kranke, die da nicht mehr heraus kommen wird. (IP6, 2021, Absatz 216)

Diese Interviewpartnerin erwähnt im Zusammenhang mit dieser dialogischen, wertschätzenden Sicht auch das Modell von Michaela Huber, dass ein Teil in diesem Menschen - trotz der Traumatisierung - unverletzt geblieben ist.

Es wird allerdings auch angemerkt, dass das dialogische Prinzip nicht durch die gesamte Therapie anhaltend umgesetzt werden kann. Ein Interviewpartner wirft ein, dass beispielsweise bei der Diagnosenerstellung die Therapeut*innen klar die Expert*innen sind und die Klient*innen lediglich eine Meinung dazu geben können. Für ihn läge in den Konzepten die Gefahr, dass sie zu Ideologien werden könnten. (IP8, 2021)

Aus den Interviews geht ebenso hervor, dass sich der Stil der IGT seit den 1970er Jahren sehr verändert hat. Der IGT wurde zugeschrieben, dass sie Widerstände auf Seiten der Klient*innen überwinden könne. Da, wo andere Therapieschulen nicht mehr weiter kamen, würde die IGT einen Weg gegen Abwehr und Widerstand finden. Dabei wurden die Gestaltangebote u.a. als zu massiv erlebt. (IP3, 2020) Die Idee der Wechselseitigkeit der Beziehung und der dialogischen Haltung kamen lt. Interviewpartner*innen erst später dazu. Eine Therapeutin spricht an, dass es in der IGT viele Weiterentwicklungen gibt und dass sie die „alte Methode“ für Menschen mit komplexen Traumatisierungen als nicht geeignet erlebt hat. (IP3, 2020)

Achtsamkeit – Körper – Hier und Jetzt

Achtsamkeit wird als Voraussetzung und Basis für die Traumaaarbeit gesehen. Dies betonen alle Interviewpartner*innen. Achtsam wird hier nicht im Sinne von vorsichtig verstanden, sondern „im Sinne von wie gut kann ich mich wahrnehmen, wie gut kann sich die Klientin wahrnehmen? Und wann verliert sie sich? Und wie kommen wir dann wieder zurück? Dass sie wieder Kontrolle über sich hat.“ (IP6, 2021, Absatz 96) Ein anderer Interviewpartner versteht unter Awareness auch das Bewusst-machen und Einbeziehen seiner Wirkung als Person mit seiner Art, seiner Lebensgeschichte und seiner Atmosphäre auf die Beziehung und die Begegnung. Diese Wirkung wird vielleicht nicht bewusst oder nur in einem gewissen Maß bewusst, aber sie beeinflusst den Prozess und die Situation und die Begegnung. Der Therapeut unterscheidet diese Atmosphäre oder Wirkung bewusst von der Übertragung. „Also, was strahl ich aus für den anderen Menschen, was strahlt der andere Mensch für mich aus.“ (IP1, 2020, Absatz 132)

Einem anderen Interviewpartner gehe es bei Awareness um Konzentration und Gewähr-Sein, um bewusste Wahrnehmung. Er empfindet das Wort „Awareness“ als schwierig, weil es viele Übersetzungen dazu gibt und viel darüber diskutiert wird. Achtsamkeit und Gewähr-Sein spielen für ihn eine ganz wesentliche Rolle sowohl vor und nach der therapeutischen Einheit als auch währenddessen. (IP7, 2021)

Auch der Fokus auf das Hier und Jetzt spielt für die interviewten Personen eine wesentliche Rolle. Sowohl für die Arbeit mit den Klient*innen als auch für sich in der Selbstregulation. Eine Therapeutin erzählt:

Ich habe mich mit der Gestalttherapie immer gut ausgerüstet gefühlt, weil das Hier und Jetzt sehr befreiend ist. Ich bin im Hier und Jetzt. Mein Satz, den ich oft sage: "Hier und Jetzt sind Sie sicher. Schauen Sie sich um, das ist meine Praxis." Das ist dann oft ein wildes Um-Sich-Schauen, wenn sie gerade dissoziieren, wenn sie überhaupt sich umschauchen können, aber das

stimmt, das ist ein Fakt. (...) Das Hier und Jetzt-Prinzip hilft auch mir. Ja, jetzt sind wir hier und das Geschehen, das die Klientin so belastet ist nicht da. Das re-inszeniert sich gerade, aber es ist vorbei. (IP6, 2021, Absatz 96)

Ein Interviewpartner beschreibt diesen Fokus als förderlich um aus der Involviertheit und einer möglichen Identifikation heraus zu gehen. Das Hier und Jetzt schafft eine zeitliche und räumliche Distanzierung, die sowohl für die*den Klient*in als auch für die*den Psychotherapeut*in hilfreich ist. (IP7, 2021)

Der Einbezug des Körpers und die Möglichkeiten des körperlichen Ausdrucks werden ebenso als hilfreich beschrieben. Ein Interviewpartner sagt dazu, „ich könnte etwas mitspüren (...), aber noch einfacher wäre es, wenn es der Patient selber spürt.“ (IP8, 2021, Absatz 44) Er spricht dabei vom körperlichen Spüren und Verorten von Emotionen durch den*die Klient*in. Gleichzeitig ist das eigene körperliche Wahrnehmen – manche Interviewpartner*innen nennen dies die „leibliche Resonanz“ – für den*die Therapeut*in unterstützend. Der Therapeut formuliert dies als „Rückkehr zu mir“ (IP8, 2021, Absatz 164) und als „Korrektur zu einem zu sehr Affiziert-Werden“ (IP8, 2021, Absatz 164). Auch ein zweiter Therapeut erzählt, wie ihm das körperliche Spüren in der Therapiesituation zurück bringt zur Frage „Wo bin denn ich gerade?“ (IP7, 2021, Absatz 36-38). Ihm gehe es darum, dies wahrzunehmen ohne einem Impuls folgen zu müssen. Er nehme ein paar bewusste Atemzüge und versuche wahrzunehmen, was da ist:

Wo bin ich da gerade und was ist da in unserer Situation. (...) Ich frage, "was ist da in der Situation, die Klientin/ der Klient und ich, dass mich da gerade etwas anspricht?" Also nicht oder nicht nur die Frage "Was ist beim Klienten, wenn bei mir was ist?" Es ist natürlich auch die Frage: "Was ist bei mir?" (IP7, 2021, Absatz 44)

Vertrauen in den Prozess - Organismische Selbstregulierung - Phänomenologie

Einige Interviewpartner*innen beschreiben ein starkes Vertrauen in den Prozess, das sie als sehr hilfreich empfinden und der Gestalttherapie zuschreiben. „Es ist auch dieses Mitfließen, um den Prozess zu vertrauen. Dass ich kein starres Programm habe, wenn jemand in solche Zustände [Dissoziation] kommt (...) sondern dass das, was ist, phänomenologisch sein darf.“ (IP6, 2021, Absatz 128)

Als Gegenpol zum prozesshaften Arbeiten sieht diese Therapeutin Gedanken wie „Was habe ich gelernt? Was mach ich da jetzt?“ als Ausdruck für einen Zugang oder eine Methode, die einem gewissen Schema folgen soll. Es ist für sie sehr entlastend, dass sein darf, was ist. „Das ist auch für die Klientinnen oft so tröstlich und entspannend, dass alles, was sie zeigen, gut und normal ist.“ (IP6, 2021, Absatz 128) In Verbindung dazu erlebt sie das phänomenologische Vorgehen für sich als rettend z.B. in Krisensituationen, wo sie nicht weiter weiß. Die Situation zu beschreiben sortiere sie in diesem Moment und auch den*die Klient*in. (IP6, 2021)

Diese Interviewpartnerin benennt ebenso das Modell der Homöostase, der Glaube an die Selbstheilung des anderen als hilfreich:

Es sind ja meistens jahrelange Integrationsprozesse, bis ich [als Klient*in - Anm. der Verfasserin] einmal zulasse, dass es der Vater war, mein geliebter Vater, der mich da vergewaltigt hat als Dreijährige, Vierjährige, ja? (...) all das ist ja ein wahnsinniger Prozess. Ein großer Prozess, das in mein Leben zu integrieren. Viel davon ist Halten, Halten, Halten von unserer Seite [als Therapeut*in – Anm. der Verfasserin]. Und wenn die Therapie zu einem guten Ende gekommen ist (...) dann ist häufig die Rückmeldung, was am meisten geholfen hat, [war] meine Zuversicht. (IP6, 2021, Absatz 98)

Diese Zuversicht sieht die Interviewpartnerin in der Gestalttherapie begründet, die sie als „glaubend an die Selbstregulation“ (IP6, 2021, Absatz 100) beschreibt. Die

Therapeutin erzählt, wie schön es ist nach der Begleitung von einigen Langzeitprozessen zu sehen, dass die Methode wirkt.

Ich kann diese Zuversicht ehrlich haben. Ehrlich und authentisch, auch wenn es gar nicht so aussieht und alles dunkel ist und nur mehr Scheiße.

Kann ich total verstehen. Aber es wird besser. Ich weiß das. Ja? Ist eine meiner Aufgaben. Da fühle ich mich mit der Gestalttherapie gut beraten.

(IP6, 2021, Absatz 100)

Für einen Interviewpartner „wäre das Konzept der organismischen Selbstregulation dort überzogen, wo das völlig individualisiert wird. Weil die organismische Selbstregulation hängt auch von Kontextvariablen ab, von Beziehungssituationen, von dem was Menschen erfahren durch andere Menschen zum Beispiel.“ (IP1, 2020, Absatz 224) Letztendlich sei es die eigene Kraft, die Menschen heilt, aber es brauche gewisse Bedingungen dazu. Dabei sieht der Therapeut u.a. seine Haltung als hilfreich, „dass das menschliche Leben ein Fragment ist und bleibt, (...) mit diesen Realitäten bin ich einigermaßen versöhnt, ja.“ (IP1, 2020, Absatz 162)

Support

Das Konzept des Supports wird klar auch auf Seite der Therapeut*innen als wichtig erachtet. Support in Form von Intervision, Supervision aber auch durch Fortbildungen wird als unbedingt notwendig gesehen (siehe auch Kapitel „Das Aneignen von Fachwissen“ und „Austausch und Unterstützung von außen“). Eine Interviewpartnerin sagt: „das, was halt jetzt geht und jetzt möglich ist, steht zur Verfügung, auch für mich“ (IP5, 2021, Absatz 68). Dies beinhaltet den zur Verfügung stehenden Support in der jeweiligen Situation und thematisiert auch die Grenzen des Möglichen.

Einbezug des Feldes – Figur und Hintergrund

Eine Therapeutin erwähnt das Einbeziehen des Feldes als hilfreich:

Wenn jemand zum Beispiel geschickt wird von jemanden, Familienangehörigen (...) Dann ist es auch immer spannend, weil (...) manchmal kann es ja dann irgendwie nicht gut werden sozusagen, weil ja das Auswirkungen hat auf die Familie und die würden ja dann vielleicht sagen "Naja, siehst du, wir haben es immer schon gewusst, jetzt- spinnst du nicht mehr so herum (lacht) sozusagen, jetzt passt es wieder" Also das heißt, das ist schon auch wichtig (lacht) mitzubeachten. (IP2, 2020, Absatz 253)

Ein Therapeut nennt das Wahrnehmen, was die Situation mit ihm mache (in Abgrenzung zur Frage, was der*die Klient*in in ihm auslöse) einen feldorientierten Zugang. Er versuche, das Ganze zu betrachten und zu sehen, wo es hingehe:

Man redet ja so von der Intentionalität des Kontaktes. Und wo sind die Bremsen? Wo geht es nicht weiter? Wo hängt die Energie ja? Also Energie ist auch so ein komisches Wort aber das Wort Bewegung ist genauso ein komisches Wort. (lacht) (...) Und das da sein zu lassen, anzuerkennen, aufzugreifen und auf irgend eine Art auch in den Dialog hinein zu bringen. (IP7, 2021, Absatz 106)

Auch das Konzept von Figur und Hintergrund empfinde er in diesem Zusammenhang als hilfreich: „Vor welchem Hintergrund entsteht die Figur, dass das jetzt angesprochen wird?“ (IP7, 2021, Absatz 108) Ziel wäre es herauszufinden, wo der Hunger und wo der Schmerz des Gegenübers liegen und wie der implizite Appell des*der Klient*in an den*die Therapeut*in lauten könnte.

Einzelner erwähnte Konzepte

Es werden zwei Konzepte der IGT von einzelnen Therapeut*innen als für sie hilfreich erwähnt:

Polaritätenmodell

Die Vorstellung, dass es nicht „die eine“ und „die andere“ Polarität gibt, wird von Therapeut*innen als hilfreich erlebt. Eine Interviewpartnerin formuliert: Es ist „nicht das eine, nicht das andere, sondern wo bin ich wann, ja? (IP2, 2020, Absatz 255)

Kontakt

Eine Therapeutin sieht neben dem hohen Stellenwert der Achtsamkeit v.a. den Schwerpunkt auf den Kontakt sehr hilfreich. Da viele Traumatisierungen in Beziehungen stattgefunden haben, ist es lt. ihr sehr wichtig, den Menschen in einem guten therapeutischen Kontakt dort abzuholen, wo etwas – eine Bewegung, Veränderung, Begegnung – möglich ist. (IP5, 2021, Absatz 58) Dieser Interviewpartnerin wird von Klient*innen rückgemeldet, dass sie als Therapeutin spürbar ist für den*die Klient*in.

Andere hilfreiche Konzepte

In den Interviews werden weitere hilfreiche Konzepte genannt. Im Besonderen werden die analytischen Konzepte von „Übertragung – Gegenübertragung“ und „Projektive Identifikation“ als wesentlich und hilfreich gesehen. Die Kombination davon mit Einbezug des Strukturniveaus als psychodynamisches Konzept und von gestalttherapeutischen Sichtweisen (wie: am Phänomen bleiben und die Beobachtung von allen interaktiven Prozessen) wird besonders von einer interviewten Therapeutin als hilfreich und erstrebenswert hervorgehoben. (IP5, 2021)

Hilfreiche Haltungen und Sichtweisen

Diese Subkategorie der hilfreichen Haltungen und Sichtweisen umfasst:

- Hilfreiche Haltungen und Sichtweisen aus der IGT
- Andere hilfreiche Haltungen und Sichtweisen

Hilfreiche Haltungen und Sichtweisen aus der IGT

Die interviewten Therapeut*innen beschreiben Haltungen und Sichtweisen, die z.T. aus Konzepten der IGT stammen. So betrifft dies z. B. die Untrennbarkeit von Körper, Geist und Seele. In der Traumatherapie „bekommen wir das total herserviert. Und da ist dieser Zugang für mich - ich bin sehr froh, dass ich die Gestalttherapie gewählt habe - ein umfassender, wo ich das alles hineintun kann und trotzdem ruhig bleib.“ (IP6, 2021, Absatz 128) Auch dem Prozess zu vertrauen und folgen zu dürfen beschreibt diese Therapeutin als unterstützend:

Dass das, was ist, phänomenologisch sein darf. Wir beschreiben mal. (...) Wenn es ausgesprochen ist, ist es immer besser. (...) Es darf alles sein, was der Klient zeigt. Es darf ihm so gehen, wies ihm geht. (...) Und nicht: Ah, was hab ich gelernt? Was mach ich da jetzt? Ja? (...) Das find ich in der Gestalttherapie sehr sehr sehr hilfreich. Gerade in der Arbeit mit so schwierigen Erkrankungen. Ja? Wie es ist, ist es. Und das entlastet auch sehr. (IP6, 2021, Absatz 128)

Auch selbst diese Haltung in der gestalttherapeutischen Supervision zu erleben sei ganz wichtig: „(...) egal, was ich empfinde, es ist gut.“ (IP6, 2021, Absatz 168) Auch ein zweiter Interviewpartner beschreibt, dass für ihn der Umgang mit traumatisierten Menschen viel mit Vertrauen zu tun hat. Er nennt dazu den Begriff der stellvertretenden Hoffnung: „(...) auch angesichts von Verzweiflung und völliger Aussichtslosigkeit irgendwo noch sozusagen in einem kleinen Winkel

seines Herzens noch sozusagen einen Platz zu haben für das, dass es anders werden kann. Und das es gut werden kann.“ (IP1, 2020, Absatz 244) Er habe auch ein gewisses Grundvertrauen,

dass solche Situationen zwar unglaublich schwer sind, ja und Menschen an Grenzen bringen, aber dass ich einen weiteren Horizont habe, wo ich sage, ok, das ist jetzt der Moment ja, das ordnet sich auch irgendwann wieder ein in größere Lebenszusammenhänge. Und (...) dort wo Leid ist, werden dann auch Fähigkeiten und Möglichkeiten auftauchen, dieses Leid dann mit der Zeit in kleinen Schritten zu bewältigen.“ (IP1, 2020, Absatz 84)

Auch das Vertrauen auf die soziale Einbettung der Klient*in sei für ihn hilfreich. Das bedeutet, dass es auch andere Menschen im sozialen Netz der Klient*innen gibt, denn das ermöglicht seinen Rückzug in einer schwierigen Lebenssituation der*des Klient*in.

Auch ein zweiter Therapeut erlebt es als hilfreich, sich ins Bewusstsein zu rufen, dass er nicht alleine ist:

Dass da so beispielsweise in meinem Leben noch viele andere Dinge gibt außer der jetzigen Situation. Dass es eine Ausbildung gibt, oder auch ein Theoriegebäude gibt auf das ich mich zurück besinnen kann, ja? (...) Donna Orange (...) schreibt etwas von einem inneren Chor. (...) sie hat da immer ihren Chor im Hintergrund und (...) dass sie täglich eine gewisse Zeit ihrem inneren Chor widmet. Ja, indem sie beispielsweise Gedichte liest von irgendwem oder auch einen Text von einem Philosophen liest ja. Also auch diese Dinge. Mir ist diese Idee, gefällt mir sehr gut. Dass es da etwas

anderes auch gibt, auf das ich mich zurück lehnen kann.(...) Also auch in einer ich sag einmal traumadurchfluteten Situation (IP7, 2021, Absatz 62-64)

Dieser Therapeut beschreibt, wie er sich in der Stunde auf seine Erfahrung und seine Ausbildung zurück lehnen kann und wie er auf seinen Rückhalt durch die Unterstützung von anderen Menschen in Form von Supervision und Intervision vertrauen kann. (IP7, 2021)

Eine Interviewpartnerin beschreibt ihre Haltung als Therapeutin so: „Nie zu glauben, dass man's kann. (lacht) Oder dass man weiß, was dahinter steckt.“ (IP4, 2020, Absatz 164-166) Diese Aussage drückt auch eine gestalttherapeutische Grundhaltung aus, nämlich sich von Vorannahmen zu distanzieren und betont gleichzeitig die Augenhöhe mit den Klient*innen, die als Expert*innen ihrer Situation angesehen werden.

Andere hilfreiche Haltungen und Sichtweisen

Eine klare Abgrenzung zwischen Haltungen und Sichtweisen aus der IGT und Sichtweisen entwickelt aus anderen Quellen oder Einflüssen ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht vollends möglich. So finden sich in dieser Kategorie alle Sichtweisen, die nicht eindeutig der IGT zuordenbar sind, auch wenn sie zum Teil Sichtweisen der IGT teilen.

Ein entscheidender Moment meiner Haltung ist (...) das Leid, das Menschen in diesem Moment ausdrücken, (...) so zu lassen, wie es ist. Den Menschen ihr Leid zu lassen. Ich formulier das manchmal so: das Schlimmste, was man tun kann ist, den Leuten irgendwie diesen Schmerz und dieses Leid nehmen zu wollen in dem Moment, weil das ist das, was,.. das wäre in meinen Augen eine Verletzung ihrer Integrität, ja. Denn das ist das, was die

Menschen in dem Moment ausmacht, ist ihr Schmerz und ihr Leid. Und dem muss ich standhalten. Und das darf ich nicht herum kommentieren oder irgendwie herum therapeutisieren daran. Und.. Oder es irgendwie verändern zu wollen in der ersten Phase, was die Menschen brauchen ist, dass sie ein Gegenüber haben, dass diese Realität mit ihnen einfach einmal versucht zu ertragen und auszuhalten und dieser Realität standzuhalten. Das ist meine Aufgabe als therapeutisches Gegenüber, ja. Standzuhalten und Dran- Dabeizubleiben und Da zu sein und nicht innerlich oder irgendwie abhauen zu müssen dabei. (IP1, 2020, Absatz 70)

Dieser Therapeut sieht seine Haltung in Bezug auf Leid und Trauma als Basis seiner Arbeit. Er hält es für notwendig, sich mit der Realität von Leid, nämlich, dass es Leid gibt, auseinanderzusetzen, um mit traumatisierten Menschen arbeiten zu können:

Dass Leid einfach eine Realität menschlichen Lebens ist.(...) Der man nicht ausweichen kann. Der man dort ausweichen soll, wo man kann, aber der man nicht immer ausweichen kann, klarerweise. Diese Anerkennung dieser Realität, die finde ich einmal wichtig, ja. Weil die ist für mich der Boden dafür, dass ich dann auch bereit bin, mich leidenden Menschen zu stellen. (IP1, 2020, Absatz 266)

Eine andere Therapeutin erzählt, dass sie es als hilfreich erlebt, die Kompetenzen ihrer Klient*innen sehr wohl zu sehen, auch wenn Schlimmes passiert ist: „ok, da gibt es aber auch Kompetenzen, die auch da sind, die man nicht neu lernen muss und die man sozusagen aktivieren kann.“ (IP2, 2020, Absatz 53). Sie findet es sehr wichtig, den Klient*innen nichts abzunehmen, was sie selber tun könnten, auch

im Sinne der Selbstwirksamkeit. Eine andere Interviewpartnerin beschreibt ihre hilfreiche Sichtweise so:

Ich hab das Gefühl, die Welt ist besser als die Zeitungen sie darstellen. Ich hab nicht das Gefühl, dass die Familien besser sind als meine Klientinnen sie darstellen. Ich glaube, sie sind so. Jede- im Gegenteil, es ist eher das Bewusstsein, wir wachsen- jede Familie hat ihr Schicksal. Nahezu jede. Ich kenne jetzt keine Ausnahme. Von den Klientinnen soundso nicht, die finden ja zu uns aber auch nicht von den Kolleginnen. (IP6, 2021, Absatz 140)

Auch Haltung im Sinne der körperlichen Haltung wird als hilfreich genannt:

(...) Haltung kann ich nur einnehmen, wenn ich einen Boden habe, ja? Und es kann sein, dass der gemeinsame Boden sehr fragil ist, ja? Also eben, dadurch dass da irgendwie ein Trauma im Raum ist... und wo es darum geht eben für mich jetzt einmal einen Boden zu suchen und dann eventuell, wenn es gelingt, von dort aus, dort zu bleiben und bei mir zu bleiben sozusagen. Und von dort aus von einer relativ stabilen Position aus da sein zu können mit dem Gegenüber und letztlich auch für das Gegenüber. (IP7, 2021, Absatz 52)

Eine Therapeutin versteht Haltung als

selbst in einer guten mittleren Spannungsverfasstheit zu sein. Mittleres Spannungsniveau könnte man sagen. (...) Und das wär eine Grundhaltung selbst gut, möglichst gut reguliert zu sein. Also möglichst jetzt nicht grade noch den Ärger über ein Gespräch mit einem Verwandten oder einem Partner oder so zu haben sondern das gut zu regulieren oder gut zu

verwalten oder inneren Anteil, der gerade sich- ein verletztes inneres Kind, das selbst gerade getriggert wurde im privaten Bereich oder wo auch immer - das wahrzunehmen und das gut zu verwalten. Das ist die Haltung. Also die eigenen Themen nicht herein spielen zu lassen im belastenden Sinn sondern das vorher regulieren. (IP5, 2021, Absatz 162-166)

Dieselbe Interviewpartnerin steht dem Konzept der Sekundären Traumatisierung kritisch gegenüber. Sie findet es anmaßend als Therapeut*in unter furchtbaren Erzählungen der Klient*innen zu leiden, wenn doch die Klient*innen diejenigen sind, die dies tatsächlich erlebt haben.

(...) es ist diesen Menschen passiert und nicht mir. Und es ist vermessen zu glauben, dass ich nur im geringsten ahnen kann, was bei diesen Menschen wirklich war. (...) Es gibt jetzt einen Hypnosystemiker, (...) [namens] Bohne, der überhaupt das sehr schön formuliert und sagt: „Man muss eigentlich sagen ‚Hut ab!‘, dieser Mensch hat das überlebt. Ich weiß nicht, ob ich das überlebt hätte“. (IP5, 2021, Absatz 188-190)

Für die Therapeutin geht es um diese Haltung, nämlich zu sehen, dass dieser Mensch überlebt hat und dass trotz der schrecklichen Erfahrungen viel möglich ist, dass etwa ein ehemaliges Flüchtlingskind Justizministerin werden kann. Die Traumafolgenarbeit ist auch eine Erweiterung und ein Lernen dürfen und in diesem Sinn kann sie das Leben der*des Therapeut*in bereichern. Natürlich erfährt man durch die Klient*innen, wie abgründig Menschen sein können, hört Dinge, die über die Grenzen des Verstehbaren und Vorstellbaren hinaus gehen, wozu Menschen imstande sind. Trotz allem sieht sie Sekundäre Traumatisierung als mangelndes Abgrenzungsphänomen, das zu verhindern ist. (IP5, 2021)

Es wird außerdem die Frage aufgeworfen, wie viele negative Nachrichten uns grundsätzlich gut tun. Besonders in Zeiten von Covid-19 und der sich entwickelnden pandemischen Situation war bzw. ist es notwendig, die Grenze des Ertragbaren ausfindig zu machen und das Nachrichten-lesen zu reduzieren.

Ich weiß, wenn ich täglich Negativschlagzeilen lese, krieg ich ein negatives Bild von der Welt, ob ich will oder nicht. (...) Wenn ich als Therapeutin hier her [in die Praxis] gehe und mir jeden Tag grauslige Familiengeschichten anhöre, hat das mein Bild über Familie nie verändert. Vielleicht war's auch nie so positiv. (IP6, 2021, Absatz 138)

Die Haltungen der Therapeut*innen werden von ihren Grundberufen und Studien beeinflusst, in Fort- und Ausbildungen erweitert und differenziert und durch eigene Reflexionen ergänzt bzw. korrigiert und weiter entwickelt.

4.2.3 Hilfreiche Techniken, Maßnahmen, Rituale nach der Therapieeinheit

Diese Kategorie umfasst folgende Untergliederungen:

- Hilfreiche Maßnahmen und Rituale nach der Einheit
- Das Aneignen von Fachwissen
- Austausch und Unterstützung von außen

Hilfreiche Maßnahmen und Rituale nach der Einheit

Die interviewten Personen sprechen von Aspekten, die ihnen nach der Therapiesitzung hilfreich sind, um die Stunde hinter sich lassen zu können. Das Arbeitssetting kann es z.B. möglich machen mit der*dem Kolleg*in eine Nachbesprechung abzuhalten. Manche Interviewpartner*innen erleben das persönliche Dokumentieren der Stunde als hilfreich. Dadurch zeige sich, ob in weiterer Folge noch Supervision oder Intervision notwendig ist. Eine

Interviewpartnerin schlägt vor, ein Konzept darin zu haben, was notiert wird: etwa was wichtig war, wie es weiter geht und wo man vielleicht noch einmal anknüpfen möchte und dann die Stunde bewusst abzuschließen (IP5, 2021). Grübeleien darüber sollten kurz gehalten werden. Die Therapeutin empfindet hier das Aufsuchen eines Beruhigungspunktes (Gaze spot) als hilfreich (IP5, 2021). Sie empfiehlt auch, Augenbewegungen des EMDR bei sich selbst anzuwenden und nachzuspüren, ob das Bild oder die Situation mit der*dem Klient*in noch stark da ist. Die Therapeutin sehe auch in Supervisionen wie rasch Techniken aus dem EMDR und Brainspotting oder eine Kombination daraus aus Ohnmachtsgefühlen und möglichen Sekundären Traumatisierungen heraus führen. Das Anwenden oder Einführen von z.B. Augenbewegungen des EMDR ginge einfach und elegant. „Und das kann man natürlich als gutes Selbsthilfekonzent verwenden um Sekundärtraumatisierungen hintan zu halten. Unbedingt. Also für mich persönlich ist das (...) das beste Selbstfürsorgekonzept nach Traumafolgebehandlungen.“ (IP5, 2021, Absatz 223)

Um gut dafür zu sorgen, Abstand zu gewinnen schlägt sie außerdem vor, sich zu dehnen, strecken, den Raum zu lüften und eventuell ein Telefonat mit dem Partner oder einer Freundin zu führen und so den eigenen Lebensbereich wieder bewusst aufzusuchen. Sie beschreibt, dass das, was in der therapeutischen Arbeit wichtig ist, sich selbst (als Therapeut*in) gegenüber auch wichtig ist, auch außerhalb der Therapieeinheiten zur Abgrenzung und um wieder abschalten zu können:

(...) sich hinzusetzen, selbst eine Sichere-Ort-Übung zu machen, den Rücken spüren, gut sicher auf der Lehne in einen guten sicheren inneren Ort zu gehen oder nur zu sitzen 3x ein-, 4x ausatmen um wieder in eine gute Entspannung zu kommen. (IP5, 2021, Absatz 150)

Auch das bewusste Lenken der Aufmerksamkeit auf Dinge im Raum, die für die Therapeut*innen eine persönliche Bedeutung haben, wird von Interviewpartner*innen genannt.

Es kann in der Traumafolgentherapie vorkommen, dass ein*e Klient*in, wo sich das Trauma z.B. in einer Borderline-Struktur zeigt, bei der*dem Therapeut*in das Gefühl auslöst, die Psychotherapie nütze einfach nichts, oder die Klient*in direkt ausdrückt: „Mir geht es jetzt aber sehr schlecht“. In diesem Fall wäre eine angemessene Tätigkeit zur Selbstfürsorge, diese Aussage zu untersuchen. Was war hier womöglich tatsächlich mein Beitrag als Psychotherapeut*in? Womit stimme ich aber mit dem*der Klient*in nicht überein? Und genau zu sein, was sehr wohl möglich war in der Therapie. So eine Analyse stellt ebenso eine Maßnahme zur Selbstfürsorge dar. (IP5, 2021)

Wie beschrieben spielen nach der Therapiestunde auch Körper- und Achtsamkeitsübungen eine große Rolle für die interviewten Personen. Das bewusste Wahrnehmen der eigenen Person, der eigenen Stimmungslage, das bewusste Loslassen der Gedanken aus der Therapiestunde und das Aufsuchen des eigenen Lebensbereiches sind unmittelbar verbunden mit Achtsamkeit sich selbst gegenüber und dem klaren Fokus auf das Hier und Jetzt. Hier sei noch einmal eine Interviewpartnerin erwähnt, die Gestalttherapeut*innen als prädestiniert für Achtsamkeitsübungen und die Fokussierung auf das Hier und Jetzt ansieht, da dies grundlegende Konzepte der IGT darstellen und sie diese als sehr hilfreich für die eigene Selbstregulation ansieht (IP9, 2021).

Das Aneignen von Fachwissen

Alle Interviewpartner*innen betonen die Notwendigkeit, sich Fachwissen anzueignen. Es sei wichtig zur Selbstfürsorge gute Fachliteratur zu lesen und das in einem angemessenen Ausmaß. In der Fachliteratur können Ideen für die weitere Arbeit geholt bzw. Erklärungsmodelle und Theorien nachgelesen werden, was für die Therapeut*innen und den weiteren Therapieverlauf hilfreich sein kann. Eine Interviewpartnerin rät, sorgsam zu sein mit der Auswahl der Literatur und sich

darauf zu fokussieren, was für die Begleitung des jeweiligen Therapieprozesses tatsächlich hilfreich ist. (IP5, 2021)

In großem Ausmaß werden außerdem Fortbildungen als unterstützend und hilfreich genannt. Es gehöre grundsätzlich zur Selbstfürsorge sich Neues anzueignen und weitere Kompetenzen zu erwerben. Alle interviewten Personen erzählen wie hilfreich bestimmte Fortbildungen und Zusatzausbildungen gewesen seien. Eine Therapeutin beschreibt, dass es ihr um die Unterstützung zur Bewältigung ihrer Praxisprobleme geht und sie danach die Fortbildungen auswählt: „Und da hab ich sehr einen breiten Zugang also, was auch immer hilfreich ist, ist gut“ (IP9, 2021, Absatz 97) Einige Interviewpartner*innen erzählen, dass sie viel davon profitiert hätten, den eigenen Stall der IGT zu verlassen und Methoden und Techniken aus verschiedenen therapeutischen Schulen zu kombinieren. Als Beispiel nennt eine Interviewpartnerin die Art ihrer Dokumentation der Therapiestunden. Die habe sie sich von einem Kollegen aus der Verhaltenstherapie abgeschaut. (IP4, 2020)

Eine Interviewpartnerin betont das Wissen und die Erkenntnisse der aktuellen Hirnforschung und die neuro-biologische Ebene von Trauma als für sie wichtig und hilfreich. Sie lieferten der Therapeutin logische Erklärungen für traumatische Verarbeitungsprozesse, die ihr einen zusätzlichen, hilfreichen Blickwinkel auf Trauma eröffneten. (IP2, 2020)

Eine Interviewpartnerin schildert konkret, warum sie Fachwissen in der Arbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen als grundlegend notwendig ansieht:

Trauma hat einen Sog. Ich sag immer, das ist ein Traumasog. Und manche Traumata und manche Menschen, da ist der Sog besonders groß. (...) Da wird es richtig dunkel manchmal. Und da dazwischen heraus treten zu können, ist ganz wichtig damit ich selber handlungsfähig bleibe. Und das kann ich nur, wenn ich mich gut kenne, wenn ich solche Dinge schon einmal gesehen und erfahren habe - ohne Praktika geht da gar nichts, weil ich

werde mit einer solchen Extremsituation aufgeregt werden und das ist kontraproduktiv. In dem Moment wo ich unsicher werde, ist meine Klientin verloren. Und ich kann es nicht vertuschen, ich kann es nicht vertuschen. Es ist etwas, was sie in ihrer Traumatisierung hundertprozentig richtig spürt. Wenn ich nervös werde (...) Das ist furchtbar. (IP6, 2021, Absatz 72)

Sie empfiehlt klar, sich Fachwissen anzueignen auch weil es dabei unterstützt, Verständnis für die Klient*innen zu haben und rät dringend klinische Praktika zu absolvieren. Innere Zuversicht und Ruhe sind die Heilungsfaktoren in der Situation, wo sich der Mensch zurück geschleudert fühlt in das furchtbare Geschehen. Und es ist „ja meine Präsenz, meine freundliche, die das erste Mal das Gefühl vermittelt, ‚ich werde nicht sterben‘.“ (IP6, 2021, Absatz 80)

Spezifische Fortbildungen geben lt. Interviewpartner*innen Sicherheit im Umgang mit dem Thema Trauma, die in der Arbeit stützend und hilfreich ist. Neben dem fachlichen Input werden Fallbeispiele und die Zeit zum Üben als hilfreich angesehen. Besonders das Üben fördere das Zutrauen, spezifische Methoden tatsächlich in den Praxisalltag einzubauen.

Einzelne Interviewpartner*innen beschreiben, dass es einen Integrationsprozess erfordert, um das neue Wissen und eventuell damit verbundene Techniken in die alltägliche, gestalttherapeutische Arbeit einzubauen. EMDR, Brainspotting und Gaze-Spotting werden hier als gut integrierbar in die IGT beschrieben.

Eine Therapeutin schätzt diesbezüglich die ganzheitliche Ausrichtung der IGT. Sie beschreibt, dass sie in der Traumafolgentherapie viel mit Gehen und Klopfen arbeite:

(...) Die Gestalttherapie ist so frei in der Methodikwahl und ich hab das Gefühl, was wir uns erlauben als Gestalttherapeutinnen ist, das wir sie formen. Wir nehmen so Sachen, die wir für sinnvoll erachten und dann

formen wir sie im Hier und Jetzt phänomenologisch raus aus diesen Anleitungen- ich mach auch kein EMDR wie ich's gelernt habe. Das mach ich nicht. Hab ich nie gemacht. Aber gewisse Teile hab ich mir behalten. (IP6, 2021, Absatz 214)

Eine Interviewpartnerin spricht die Grenzen von Fortbildungen und damit verbundenen Techniken an:

Und vor allem habe ich da dann in diesem Part erlebt, dass dann schon die Sehnsucht kommt bei manchen Menschen, oder bei denen, die die Ausbildung [Fortbildung] machen, man kann mit dem alles wegzaubern. Und da hat es sich für mich dann gespießt, ja, weil ich mir denke: Beziehung, Ressourcen, Beziehung, Ressourcen und an der richtigen Stelle das zu machen (macht Handbewegungen von Brainspotting), ja. (IP3, 2020, Absatz 268)

Austausch und Unterstützung von außen

Diese Subkategorie umfasst drei Untergliederungen:

- Auseinandersetzung mit sich
- Intervision
- Supervision

Auseinandersetzung mit sich

Die Interviewpartner*innen sind sich einig darüber, dass die Auseinandersetzung mit sich und der Arbeit in Form von Supervision und Intervision notwendig ist. Genannt wird auch Psychotherapie bzw. Selbsterfahrung als eine Möglichkeit, die

man auch in Anspruch nimmt, falls man durch die therapeutische Arbeit an ein eigenes Thema gerät. Unterstützung durch außen ist *support* für die Gestalttherapeut*innen – auch im gestalttherapeutischen Sinn. Durch die regelmäßige Unterstützung durch Supervision, Intervision und Fortbildungen im Laufe der Zeit ist es den Therapeut*innen möglich, in sich eine Stütze zu etablieren und sie für sich zu nutzen.

Im Falle von Überlastungen und möglichen Burnout-Symptomen wird von einer Interviewpartnerin angemerkt, dass es kaum möglich ist, sich selbst in dieser Phase zu diagnostizieren. Eine klare Unterscheidung zwischen Burnout, Depression, Angsterkrankung oder Posttraumatischer Belastungsstörung müsse durch eine*einen Kolleg*in erfolgen. Der Blick von außen ist hier notwendig. Die betroffene Psychotherapeut*in kann allerdings lernen, persönliche Faktoren, sozusagen persönliche „Indizien“ für eine Überlastung zu sammeln. Das können z.B. Ein- oder Durchschlafprobleme sein, soziale Ermüdung, eine zu hohe Klient*innenanzahl über einen zu langen Zeitraum oder z.B. die Beobachtung, dass man Dinge, die man sonst gerne tut, nicht machen will. Dazu kommen private Lebensumstände, die auf die Therapeut*in einwirken z.B. die Betreuung der eigenen kleinen Kinder oder das Pflegen der kranken Mutter, Schwierigkeiten in der Beziehung oder Scheidung. (IP6, 2021)

Ein Interviewpartner merkt an, dass am Anfang der Arbeit mit Klient*innen die genauen Themen manchmal noch nicht so klar sind oder ausgesprochen werden. Atmosphärisch ist etwas spürbar, aber es ist nicht greifbar und benennbar oder gar besprechbar mit den Klient*innen. Auch in diesem Fall wird Supervision und Intervision hilfreich erlebt, um über diese Gefühle und Erfahrungen reden zu können. (IP7, 2021)

Intervision

Als wesentliche Schutzfaktoren werden Intervision und kollegialer Austausch – wenn möglich auf regelmäßiger Basis – genannt. Es wird als wichtig erachtet,

Freund*innen oder Kolleg*innen zu haben, die man bei Bedarf abends nach der Arbeit anrufen kann um zu erzählen, wie eine Stunde verlaufen ist oder wie es der*den Therapeut*in ergangen ist:

Dass ich nach jeder schwierigen Stunde meine Freundinnen und Kolleginnen anrufen kann aus der Ausbildungsgruppe und sag „(Furcht-Laut) Das war jetzt so!“, ja? „Bitte, was sagst du dazu? Hab ich da jetzt alles falsch gemacht oder wie soll ich da tun oder um Gottes Willen, ich muss dir das nur einmal erzählen“. Also das ist so wichtig dazwischen. (IP6, 2021, Absatz 24)

Ein anderer Interviewpartner beschreibt es so:

Sich wenigstens ein, zwei Kolleginnen, Kollegen zu suchen oder sich zu zugestehen, mit denen man sehr ehrlich über seine Arbeit austauschen kann. (...) Wo man sich und anderen nichts vormachen muss. Ja. Das kann eine Supervisionsgruppe sein aber eine Supervisionsgruppe hat da Grenzen, weil es da immer ein gewisses Maß an Konkurrenz gibt und (...) man nie völlig frei ist von strategischer Kommunikation. (...) wie gesagt, ein, zwei Menschen, die müssen (...) gar nicht Kollegen sein, sondern Menschen mit denen man ehrlich über seine eigenen Erfahrungen reden kann. (IP1, 2020, Absatz 292)

Ein Interviewpartner beschreibt, dass er sich im Supervisionssetting oft nicht verstanden fühlt und räumt ein, dass er in Konkurrenz käme. (IP8, 2021) Er empfindet einen kollegialen Austausch als sehr hilfreich, wobei hier die persönliche Beziehung zu der*dem Kolleg*in den Austausch beeinflussen könne.

Es wird allerdings angemerkt, dass Supervision im Ausbildungsstatus Vorrang haben soll, da das notwendige Wissen in der Intervention möglicherweise noch fehlt.

Supervision

Besonders wenn in der therapeutischen Arbeit eigene Themen oder Erfahrungen getriggert werden ist der erste Schritt in die Supervision. „Weil dann ist es ja nicht möglich den Fall abubrechen und zu sagen ‚Tut leid, ich bin jetzt auch da bei einem eigenen Thema (lacht) und kann jetzt nicht weiter arbeiten‘, sondern dann geht es darum sich supervisorische Hilfe zu nehmen.“ (IP5, 2021, Absatz 48) Das Bemühen sei, immer wieder Eigenes zu regulieren. Insbesondere bei privaten Lebensereignissen, die die Psychotherapeut*innen destabilisieren (können), ist es angezeigt, dafür zu sorgen, selbst wieder in eine gute Ausgangsposition zu kommen. (IP5, 2021) Supervision oder Psychotherapie bieten dafür einen Rahmen um Erfahrungen und Befindlichkeiten zu besprechen, sie ein Stück zu bearbeiten und folglich auch die eigenen Trigger genauer kennen zu lernen. Dies sei eine lebenslange Aufgabe und bedeute (phasenweise) immer wieder selbst Einheiten der Selbsterfahrung in Anspruch zu nehmen und so, sowie auch durch neue Fortbildungen und Ausbildungen weitere Kompetenzen zu erwerben. (IP5, 2021)

Eine Interviewpartnerin beschreibt, dass für sie die Supervisionsgruppe eine Art Debriefing bedeute: die Therapiesituation bzw. die eigene Erfahrung mit den anderen zu teilen und sie mithilfe der Gruppe einzuordnen und sich Tipps zu holen. Hier werden ausdrücklich Kolleg*innen als hilfreich erlebt, die ebenso mit traumatisierten Menschen arbeiten. (IP6, 2021) Wichtig sind den interviewten Personen auch Gruppen oder Kontakte zu Kolleg*innen, wo viel Vertrauen herrscht oder sogar ein freundschaftliches Verhältnis besteht. Eine Therapeutin beschreibt, dass ihre hilfreichste Gruppe eine Konstellation mit drei Kolleg*innen bzw. Freund*innen darstellt, wo sie kaum mehr über ihre Klient*innen spricht, sondern über ihren Anteil und ihre Betroffenheit im therapeutischen Prozess. (IP9, 2021)

Von einer Interviewpartnerin wird angesprochen, dass auch aus der Supervision bekannt ist, dass bei Supervisand*innen Bilder aus den traumatischen Erlebnissen der Klient*innen auftauchen können und ebenso das Bedürfnis, sich davon zu distanzieren. Die Therapeutin beschreibt dieses Bedürfnis viel mehr als eine Notwendigkeit, damit die betreffenden Psychotherapeut*innen weiter arbeiten können. Sie bevorzugt den Begriff „traumatisierende Übertragung“, geprägt von Holderegger, da dies beinhaltet, dass sich etwas überträgt, was man auch wieder los werden kann. (IP5, 2021)

4.3 Kohärenzfördernde Aspekte von Traumafolgentherapie für die Therapeut*innen

In einem Abschnitt des Interviews wurden die Interviewpartner*innen auf eine Studie von Hiebler-Ragger, Gollner, Klampfl et al. (2017) hingewiesen, die besagt, dass die dort untersuchten Integrativen Gestalttherapeut*innen einen überdurchschnittlich hohen Kohärenzsinn aufweisen, wobei ein höherer Kohärenzsinn mit einer niedrigeren Burn-out-Symptomatik einherging. Diesbezügliche Erklärungsversuche, Erfahrungen und Gedanken der Interviewpartner*innen der vorliegenden Arbeit werden in dieser Kategorie beschrieben.

Ein Interviewpartner formuliert seine therapeutische Begleitung und seine Erfahrungen mit leidenden Menschen folgendermaßen: „Es sind Dimensionen des menschlichen Lebens und wenn ich die erleben kann, dann (...) bedeutet das auch mir etwas.“ (IP1, 2020, Absatz 262) Er nennt dies „Kohärenzerfahrung“:

Also zum Beispiel, wenn ich sehe (...) meine Präsenz tut einem im Moment sehr ausgesetzten Menschen so mit der Zeit, wenn ich merk, hoppla, da verändert sich jetzt die Atmung, ja. Zuerst bebzt und zittert der Mensch am ganzen Leib und mit der Zeit beginnt er dann ruhiger zu atmen und zuerst

ist er völlig in sich eingekapselt und nur mehr Schmerz und Leid und dann wird langsam wird wieder sozusagen eine Tür nach außen offen und es wird, es wird, es entsteht so etwas wie... man nimmt sich gegenseitig wahr, es entsteht eine Begegnung aus der Situation, ja. Dann ist das ja etwas, dass auch mich sozusagen (...) ist ja auch für mich eine Kohärenzerfahrung, nicht nur für den Menschen, dem ich da beistehe. Ja, ich setze mich ja auch aus, dieser Situation. (IP1, 2020, Absatz 258)

Es sei außerdem schön zu beobachten, dass in vielen Fällen die Menschen die Möglichkeit haben, auch schweres Leid und Verletzungen in ihr Leben zu integrieren (IP1, 2020). Er empfinde Dankbarkeit für diese Erfahrungen:

(...) so schwer und belastend das [die therapeutische Arbeit, Anm. Verfasserin] manchmal durchaus auch ist, aber ich bin dankbar für das Privileg Menschen in solchen Situationen (...) nahe sein zu können, Anteil nehmen zu können(...). Das ist ein unglaublich wertvolles Lebenswissen auch, das dabei zu gewinnen ist. (IP1, 2020, Absatz 206)

Auch eine weitere Therapeutin bezeichnet die therapeutische Arbeit als Erweiterung und ein Lernen dürfen. (IP5, 2021) Sie empfindet Dankbarkeit dafür, speziell in der Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrungen aktiv gewesen zu sein und von den Menschen viel gelernt zu haben. Neben der Traumatisierung sei auch Wachstum, Posttraumatic Growth möglich (IP5, 2021). Auch der Wille, dass sich Menschen ändern wollen und können wird als hilfreich und unterstützend beschrieben. Väter und Mütter, die von ihren Eltern geschlagen wurden, arbeiten beispielsweise daran, ihre Kinder gewaltfrei zu begleiten. „(...) Zu sehen, wie Menschen Geld und Zeit und Schmerz und Arbeit investieren, in das sie sich verändern, macht die Geschichten weniger schrecklich.“ (IP6, 2021, Absatz 148), erzählt eine Interviewpartnerin. In der Arbeit mit Kindern, die von Gewalt betroffen

sind, formuliert eine Therapeutin: „Und trotzdem ist es gut, wenn schon einmal etwas sichtbar geworden ist, weil ich möchte gar nicht wissen, wie viele Fälle es gibt, wo nichts sichtbar wird.“ (IP3, 2020, Absatz 315) So ist die Bedeutsamkeit der eigenen Arbeit sinnstiftend und hilfreich und eine Stütze für die Therapeutin.

Eine Therapeutin vermutet im integrativen, ganzheitlichen Charakter der IGT und der daraus resultierenden Berücksichtigung von verschiedenen und vielfältigen Faktoren wie den Körper, das Feld, den Kontakt, die Achtsamkeit, kreative Medien etc. eine gute Voraussetzung für ein gutes Kohärenzgefühl. „Das war auch der Grund, warum ich die Gestalttherapie gewählt habe - die Vielfalt, die sie bietet, die sie in sich vereinheitlicht.“ (IP6, 2021, Absatz 182)

Ein anderer Interviewpartner sieht in den Aspekten des Kohärenzgefühls, z.B. im Gefühl der Bedeutsamkeit auch eine gestalttherapeutische Qualität. In der IGT ginge es wesentlich darum, gemeinsam Bedeutung zu finden.

Und eine Idee ist auch (...) aus dem Erlebten, zuerst Fragmentierten dass daraus sowas wie eine Narration (...) oder eine Erzählung entsteht, ja? (...)

Dass (...)aus dieser Brüchigkeit, also Bruchstückhaftigkeit irgendsoetwas wie eine Form entsteht, eine Gestalt, in Form einer Erzählung zum Beispiel.

(IP7, 2021, Absatz 158)

Unter dem Gefühl der Handhabbarkeit versteht er eine Haltung des Vertrauens in das Prozesshafte, in die organismische Selbstregulation oder kreativen Anpassung:

Dass sich etwas entwickeln kann, wo man nicht sagen kann, "ich entwickel das", oder "du entwickelst das" oder irgendwer oder der Therapeut, sondern es entwickelt sich irgendwie aus dem Beziehungsgeschehen heraus und da ist halt ein Teil auch die therapeutische Beziehung. (IP7, 2021, Absatz 162)

Er führt aus, dass das Kohärenzgefühl für ihn mit befriedigenden Kontaktprozessen zusammenhänge. Er erklärt sich den hohen Kohärenzsinn unter Integrativen Gestalttherapeut*innen damit, dass das Grundkonzept der IGT mit Kontakt zusammen hängt und damit mit Berührung und Wachstum:

Ich und Du und (...) zwischen Ich und Du entsteht Wachstum, nicht? Also Wachstum entsteht an der Kontaktgrenze (...) Und ich denke mir, dass das ganz etwas Wichtiges ist, dass wir als - also mit unserem professionellen Hintergrund und mit unserer Rolle und Funktion als Therapeut*innen aber mit dem trotzdem persönlich in Kontakt treten. (IP7, 2021, Absatz 172)

In der IGT gehe es darum, sich als Gegenüber einem Gegenüber zur Verfügung zu stellen:

(...) ich erlebe es bereichernd. Also in manchen Situationen, wo eine Begegnung möglich ist und das sind für mich auch so die Highlights einer Therapie. Wo ich nicht sagen kann, das kann ich machen, das ist ja in dem Tun entstanden nicht? Also das ist keine Technik aber es ist eine Qualität und es ist im Zentrum der Gestalttherapie. (IP7, 2021, Absatz 174)

Auch ein zweiter Therapeut beschreibt, dass er in einem Feld arbeite, in einem Beziehungsgeflecht und

dass da die Arbeit an der Realität, an dem, was wir leben- der Klient erlebt - gegeben ist. Dadurch ist es nicht ein abgehobenes Ich-tu-da-mit-irgendjemand-interpretieren oder sowas, sondern es ist eine Arbeit an dem Leben. (...) also es ist eine Beschäftigung mit der Realität, die beide umgibt ein bisschen. Nicht nur den Klienten. Insofern ist es nicht ein Agieren in den luftleeren Raum. (...) Ich könnte mir vorstellen dass dieses Arbeiten mit dem Feld, über Körperwahrnehmung und Berücksichtigung der Interdependenz

dieses Kohärenzgefühl schon stärkt und auch dieses Gefühl, wir machen etwas Sinnvolles. (IP8, 2021, Absatz 220-222)

Eine Therapeutin stellt die Hypothese auf, dass Menschen, die für sich als Ausbildung die IGT als Therapieschule wählen von ihrer Persönlichkeit her ebenso offen und integrativ sind, wie die Therapieschule selbst: „Was mich interessiert, das nehme ich, was mich nicht interessiert, das lasse ich und [sie] schauen auf die bunte Welt. Und da gibts sehr viel: sexuelle Orientierungen, Religionen, wie Menschen leben, Antropologien etc.“ (IP9, 2021, Absatz 199) Auch das Erfahren von intensiven Selbsterfahrungsprozessen in der Ausbildung erfordert eine Bereitschaft der Studierenden. Die eigenen Grenzen zu spüren – bis hin zu autonomen Körperreaktionen – ist für die Therapeutin notwendig um ein gutes Kohärenzgefühl zu entwickeln: „Dass ich meine Sachen kenne und (...) mit denen umgehe, die ausbalancieren, die kompensieren, zu wissen darum und damit aktiv selbstwirksam umzugehen.“ (IP9, 2021, Absatz 203) Ebenso sieht sie in der IGT-Ausbildung die Entwicklung der therapeutischen Persönlichkeit als eine wichtige Perspektive, die in vielen Seminaren und Selbsterfahrungsteilen der Ausbildung thematisiert wird:

Das auch zu sehen, ich bin nicht fertig, wenn ich mit der Ausbildung fertig bin, sondern dass sich meine Therapeutenpersönlichkeit entwickelt über die Jahre und Jahrzehnte des Lebens, ja, und dass das auch dazu gehört, dass das ein Wert ist auch, Kohärenz bei sich kennen zu lernen und Kohärenz bei sich herstellen zu können. (...) Wir wollen uns weiter entwickeln. Wir wollen nicht stehen bleiben. Das, glaube ich, zeichnet schon Gestalttherapeuten aus. Die meisten. Hoffentlich. Das ist, find ich, lebensbejahend, schön. Ich würd immer wieder Gestalttherapie-Ausbildung machen. Das war eine total richtige Entscheidung, ich bin das mit Haut und

Haaren. Obwohl ich viele Sachen integriert habe, also es gibt ganz klasse Sachen auch von anderen Methoden, aber das ist - wirklich, das ist, denk ich mir, was, was besonders ist bei uns. (IP9, 2021, Absatz 209-211)

5 Diskussion

5.1 Eine versuchte Abbildung der gesammelten Möglichkeiten

Die gesammelten hilfreichen Möglichkeiten der Psychotherapeut*innen zeichnen ein umfangreiches Bild von Psychohygiene bzw. des Umgangs mit und Vorbeugens von arbeitsspezifischen Belastungen. Es ist ein weites Feld an hilfreichen Aspekten für Therapeut*innen, das sich nicht auf das berufliche Umfeld oder die berufliche Rolle der Psychotherapeut*innen beschränkt, sondern die gesamte Person und ihre Entwicklung umfasst.

Die Basis der Psychohygiene sowie auch der Psychotherapie stellt die*der Psychotherapeut*in an sich dar. Einerseits durch Ausbildung, Fortbildungen, Supervision und ständiger Reflexion ihrer Arbeit erreichen die Therapeut*innen ein ständiges Fortschreiten ihrer Kompetenz. Gleichzeitig bringen sie ihre eigenen Persönlichkeiten unweigerlich mit ein: persönliche Eigenschaften, die eigenen Erfahrungen und der erlebte Umgang damit (gesellschaftlich, familiär und persönlich), ihre professionellen wie persönlichen Sichtweisen über die Arbeit, Ziele der Psychotherapie, Haltungen gegenüber Glück und Leid, das Eigene und das Fremde und das In-Beziehung-sein.

Aus dieser Basis heraus gibt es die Möglichkeit im Vorfeld von Traumafolgentherapie Entscheidungen über das Setting und das eigene Angebot zu treffen, um für eine möglichst hohe Arbeitszufriedenheit zu sorgen. Hier ist besonders spezifisches Fachwissen hilfreich und notwendig, um einschätzen zu können, wo die eigenen Grenzen in der Arbeit liegen. Wissen um eigene Fallstricke

durch die Ausbildung, Lehrtherapie und begleitende Lehrsupervision wird als notwendige Voraussetzung gesehen.

Die konkreten Arbeitserfahrungen verlaufen parallel oder anschließend in der eigenen Psychotherapiepraxis. Hier verfügen die Therapeut*innen über Möglichkeiten sich bewusst auf eine Therapieeinheit vorzubereiten. Während der Therapieeinheit greifen sie auf hilfreiche Techniken zurück bzw. sind ihnen ihre persönlichen wie professionellen Haltungen und Sichtweisen etwa zum Thema Trauma und Kompetenzen der Menschen hilfreich. Auch nach der Einheit gibt es Maßnahmen und Rituale, die die Therapeut*innen dabei unterstützen, die Therapiestunde gut hinter sich zu lassen.

Da das Arbeitsmittel der Therapeut*innen sie selbst sind, stellen sie mit ihrer Persönlichkeit die Basis ihrer Arbeit dar. Durch die ständige Auseinandersetzung mit sich und ihrer psychotherapeutischen Arbeit in der Ausbildung und auch weiter in Supervision gelingt es, die Fähigkeiten der Therapeut*innen weiter zu schärfen und die Kompetenz und das Wissen zu erweitern und zu vertiefen. Dies stellt einen lebenslangen Prozess dar, wie ein sich entwickelnder Kreislauf von Erleben in der Therapie – Reflexion danach in Supervision – und ein weiteres Herangehen mit neuem Wissen in den zukünftigen Therapiestunden. Es umfasst allerdings auch das Wissen um eigene sensible Themen, das Entdecken von Themen, die die*den Therapeut*in besonders emotional machen und die Rückkehr zur eigenen Geschichte um eigene Gefühle und Resonanzen für sich klar einordnen zu können. Es ist dies ein Prozess, der sich in den Lebenskontext der Therapeut*innen einwebt und untrennbar damit verbunden ist. Der Lauf der Zeit bringt persönliche Entwicklung und verschiedene, neue Lebenslagen mit sich, die zu sich wandelnden Ressourcenlagen führen. Die Ressourcenlage und der sich entwickelnde Wissensstand der Therapeut*innen, auch neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung verändern die Basis ihrer Arbeit. Und das Erleben ihrer Arbeit und sich in ihrer Arbeit wirkt auf ihr persönliches Wohlbefinden und ihren Alltag mit ein. Der Beruf der Psychotherapeut*in ist nach diesen

Ausführungen eine lebenslang prägende Entscheidung. Sie umfasst weite Teile des persönlichen Lebens und fördert die Therapeut*innen selbst in ihrer Wahrnehmung und ihren Fähigkeiten. So liegt auch hier die Vermutung nahe, dass dadurch die Tätigkeit der Psychotherapie in hohem Maße das Kohärenzerleben fördert, da sie untrennbar verwoben ist bzw. wird mit dem privaten Dasein.

Gedanken zur Existenz von ST

Aus den Interviews geht hervor, dass es viel Erfahrung mit arbeitsbedingten Belastungen unter den Psychotherapeut*innen gibt. Die Erfahrungen der Interviewpartner*innen spiegeln hier Ausführungen der Theorie:

So wird in den Interviews deutlich, dass besonders anschaulich geschilderte traumatische Erfahrungen als belastend erlebt werden, im Besonderen wenn Kinder betroffen sind. Das ausschließliche Arbeiten mit Menschen mit Traumafolgestörungen wird als riskant für das eigene Wohlbefinden gesehen. Der wiederholte Kontakt mit traumatischem Material verändert lt. Pearlman (2002a) allmählich die Überzeugungen der Therapeut*in, die sie selbst und die Welt betreffen. So vermutet eine Interviewpartnerin, dass sie ihrer 16-jährigen Tochter wahrscheinlich mehr erlauben würde, wenn sie manches nicht wüsste: „Da hab ich vielleicht mehr Befürchtungen als andere Menschen, wenn ich ganz ehrlich bin.“ (IP9, 2021, Absatz 229) Aus den Interviews geht auch hervor, dass es aus Supervisionen die Erfahrung mit intrusiven Bildern bei Psychotherapeut*innen gibt (IP5, 2021). Für Pearlman (2002b) stellen solche intrusiven bildlichen Vorstellungen Symptome der ST dar. Eine Interviewpartnerin bringt hier allerdings den Begriff der „traumatisierenden Übertragung“ ein. Sie ist der Meinung dass sich etwas überträgt, das durch Techniken des Brainspotting und EMDR relativ rasch aufgelöst werden könne (IP5, 2021). Dies legt die Frage nahe, ob ST so in der Psychotherapie kein Thema mehr sein müsste. Eine Frage, die an dieser Stelle nicht beantwortet werden kann. Allerdings scheint es in jedem Fall notwendig, zwischen ähnlichen Phänomenen ausreichend zu differenzieren: traumatisierende Übertragung, Gegenübertragungsgefühle, Symptome von Sekundärer Traumatisierung und persönliche Betroffenheit durch eigene

Traumatisierungen sind Phänomene, die in die Traumafolgentherapie hineinspielen bzw. sie begleiten können.

Festzuhalten bleibt, dass die beschriebenen hilfreichen Möglichkeiten von den Interviewpartner*innen sehr bewusst wahrgenommen und dargestellt werden. Schutzfaktoren und Psychohygiene scheinen in jedem Fall große Themen für die Psychotherapeut*innen in diesem Arbeitsbereich zu sein.

5.2 Hilfreiche Aspekte der IGT

5.2.1 Awareness und Hier und Jetzt

Aus den Interviews geht eindeutig hervor, dass Achtsamkeit bzw. awareness als Voraussetzung und Basis der Traumafolgetherapien gesehen wird. Die verschiedenen Ausgestaltungsmöglichkeiten des Gewähr-Seins sich selbst gegenüber beschreiben die Therapeut*innen einheitlich als sehr hilfreich in der Arbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen – sowohl in der persönlichen Vorbereitung der therapeutischen Einheit als auch während der Therapiestunde und bei Bedarf auch danach. Der Einbezug der körperlichen Wahrnehmung wird dabei herausgestrichen. Awareness gilt also nicht nur als wesentlich für die Klient*innen und ihre Entwicklung, sondern auch und in besonderem Maße wesentlich für die Therapeut*innen. Das achtsame Wahrnehmen des Gegenübers aber auch das achtsame Wahrnehmen von den eigenen Körperempfindungen und auftauchenden Gefühlen und Phänomenen der*des Therapeut*in unterstützt die Differenzierung zwischen Therapeut*in und ihrem*seinem Gegenüber: Gestalttherapeut*innen lenken durch Gewährsein und Achtsamkeit ihre Aufmerksamkeit und vergessen dabei nicht die Einbettung des konkreten Phänomens in ein übergeordnetes, großes Ganzes. Sie nehmen ihre eigenen Körperphänomene, Gefühle wahr und unterstützen dadurch eine schärfere Trennung der Wahrnehmung zwischen sich und den Klient*innen.

Achtsamkeit gegenüber eigenen Gefühlen und Körperempfindungen ist auch für die Selbstregulation der Therapeut*innen wesentlich. Unter Regulation verstehen

Kain & Terrell (2020) „die Fähigkeit, den eigenen emotionalen Zustand zu steuern und sich in Zeiten stärkerer Emotionalität – d.h. bei Angst, Traurigkeit, Wut oder Frustration – wieder zu beruhigen“ (S. 32). Nur im optimalen Erregungszustand gelingt die Gleichzeitigkeit von Denken und Fühlen und herrscht Bewusstheit für Grenzen. (Kain & Terrell, 2020) „Innerhalb dieser Zone kann der Mensch im Hier und Jetzt mithilfe des Gehirns Informationen und Erfahrungen effektiv verarbeiten. (...) Idealerweise deckt sich das Toleranzfenster mit der gesunden Selbstregulation“. (Kain & Terrell, 2020, S. 129) Innerhalb dieses optimalen Spielraums bzw. Toleranzfensters ist es sowohl für Klient*innen als auch für Therapeut*innen möglich, schwierige Erfahrungen zu integrieren. Lt. Kain & Terrell kann ein Therapieziel für Traumaüberlebende darin bestehen, dieses Toleranzfenster zu erweitern: „Daher arbeiten wir mit unseren Klient*innen als Erstes an der Selbstregulation und der Selbstberuhigung.“ (S. 130)

Durch den vorhin beschriebenen Ablauf von Erleben in der Therapie – Reflexion danach in Supervision – und ein weiteres Herangehen mit neuem Wissen in den zukünftigen Therapiestunden wird auch das Toleranzfenster der Therapeut*innen gestärkt und erweitert und kann so als Schutz vor Belastungen gesehen werden. Die Selbstregulationsfähigkeit wird letztlich auch als wesentlicher Faktor gesehen, der mit der Entwicklung von Resilienz verbunden ist. (Kain & Terrell, 2020)

Auch die Hier und Jetzt - Perspektive als wichtiges Grundprinzip der IGT wird von den Interviewpartner*innen als grundlegend für die Arbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen beschrieben. Der Fokus auf das Hier und Jetzt stärkt die Grenze zwischen Dort-und-Damals (wo Traumata ihren Ursprung fanden) und Hier und Jetzt (wo sich Klient*in und Therapeut*in in Sicherheit befinden).

Der Verlust der Hier und Jetzt-Perspektive und der Selbst-Fremd-Differenzierung stellen lt. Daniels (2006) wesentliche Risikofaktoren für die Entstehung einer ST dar, da sie eine dissoziative Verarbeitung des Traumamaterials auf Seite der Therapeut*innen fördern. Awareness und die Hier und Jetzt- Perspektive stellen grundlegende Konzepte der IGT dar. Integrative Gestalttherapeut*innen sind in besonderer Weise geschult, diese Perspektiven einzunehmen und wahrzunehmen.

5.2.2 Techniken zur Selbst-Fremd-Differenzierung

Die Therapeut*innen beschreiben konkrete Techniken der IGT als unterstützend zur Selbst-Fremd-Differenzierung. Hier sollen noch einmal die Techniken des leeren Stuhls bzw. Rollendialog und die selektive Authentizität – ermöglicht durch die dialogische Beziehung – erwähnt sein. Es wurde auch deutlich, dass die Therapeut*innen selbst als Anker für das Hier und Jetzt für die Klient*innen fungieren (können). Die Therapeut*innen stellen eine Brücke zur Gegenwart dar. Sie bieten Halt und Sicherheit. Auch für die Therapeut*innen ist ein Anker für das Hier und Jetzt hilfreich und unterstützend, etwa in Form von einem „inneren Chor“ (IP7, 2021), auf den man sich innerlich zurücklehnen kann, einem Gaze Spot (IP5, 2021), oder von Gegenständen mit persönlichem Wert aus dem Privatbereich, die in der Praxis aufgestellt oder aufgehängt worden sind (IP6, 2021; IP9, 2021).

5.2.3 Hilfreiche Konzepte und Haltungen

Als hilfreiche Konzepte nennen die Interviewpartner*innen sehr grundlegende Modelle der IGT: Neben der bereits beschriebenen Awareness und dem Hier und Jetzt Prinzip, die von den meisten Interviewpartner*innen betont werden, werden auch das dialogische Prinzip und der damit verbundene Kontakt mit den Klient*innen auf Augenhöhe, das Vertrauen in den Prozess und die organismische Fähigkeit zur Selbstregulation sowie die Arbeit an den Phänomenen im Hier und Jetzt genannt. Der Einbezug des Körpers sowie auch des Umfeldes, die Arbeit mit Polaritäten und das Vertrauen auf und Stärken von Support sind wesentlich. Manche der letztgenannten Konzepte werden nur von einzelnen Interviewpartner*innen genannt, was darauf hindeuten könnte, dass die IGT ein vielseitiges Angebot an hilfreichen Konzepten für die Therapeut*innen zu bieten hat. Als hilfreiche Haltung wird besonders das phänomenologische „Was ist, darf sein“ gesehen und das Besinnen auf Rückhalt und Ressourcen im Hintergrund.

Es hat sich ebenso gezeigt, dass auch persönliche Sichtweisen der Psychotherapeut*innen gegenüber der Welt bzw. der Menschen eine Rolle in ihrer

Arbeit spielen. Diese persönliche Weltsicht scheint den Umgang mit dargestellten Erzählungen zu prägen bzw. vorzubestimmen. Die Interviews sprechen insbesondere folgende Sichtweisen an: die Sicht auf Leid in der Welt, die Sicht auf Trauma an sich und die Sicht auf die Kompetenzen der Menschen.

Wie im Theorieteil dieser Arbeit beschrieben, betonen Butollo et al. (1998), dass in der Arbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen auch Sinnfragen auf Seiten der Therapeut*innen berührt werden können. Es wären hier spezifische Anforderungen an die therapeutische sowie menschliche Kompetenz notwendig. Wesentlich sei hier die persönliche Auseinandersetzung mit den Themen Tod und Vernichtung. Therapeut*innen müssen einen Weg kennen, um die Erfahrungen von Bedrohung oder Vernichtung in ihr Selbst- und Weltbild integrieren zu können. Auch Fuchs (2019) betont: „Trauma verstehen bedeutet in der Folge, sich mit Fragen nach Freiheit, Angst, Mut, Authentizität, Individualität, Leiblichkeit, Vulnerabilität, aber auch mit gesellschaftlichen Regeln und Normen auseinanderzusetzen.“ (S.22)

Dies wird auch aus den erhobenen Interviews deutlich. Ein Interviewpartner beschreibt seine Sichtweise so, „dass das menschliche Leben ein Fragment ist und bleibt, ja. (...) Mit diesen Realitäten bin ich einigermaßen versöhnt, ja. Auch durch mein theologisches Denken. (...) [Ich] sehe keine Notwendigkeit dagegen anzukämpfen. Sondern das sind Realitäten, die sind so. Das sind Dimensionen des Lebens, die wird es immer geben“ (IP1, 2020, Absatz 162)

Und an anderer Stelle: „Menschen sind zu wunderbaren Dingen fähig und (...) auch zu unglaublicher Bösartigkeit. Der Mensch kann gut und böse sein“ (IP1, 2020, Absatz 192) Er sehe,

Dass Leid einfach eine Realität menschlichen Lebens ist.(...) Der man nicht ausweichen kann. Der man dort ausweichen soll, wo man kann, aber der man nicht immer ausweichen kann, klarerweise. Diese Anerkennung dieser Realität, die finde ich einmal wichtig, ja. Weil die ist für mich der Boden

dafür, dass ich dann auch bereit bin, mich leidenden Menschen zu stellen.

(IP1, 2020, Absatz 266)

Eine andere Interviewpartnerin führt aus, dass ihr Bild von Familie möglicherweise nie „so positiv“ war. „Ich hab das Gefühl, die Welt ist besser als die Zeitungen sie darstellen. Ich hab nicht das Gefühl, dass die Familien besser sind als meine Klientinnen sie darstellen. Ich glaube, die sind so. (...) Jede Familie hat ihr Schicksal. Nahezu jede.“ (IP6, 2021, Absatz 140)

Die Sicht auf die Kompetenzen der Menschen hängt eng mit dem Menschenbild der Therapeut*innen zusammen. Jochen Fahrenberg (2010) schreibt zum Thema Menschenbilder in der Psychotherapie, dass diese nicht allein als implizite Überzeugungsmuster sondern als explizite Leitbilder der Berufspraxis zu begreifen sind. Das Menschenbild sei „die Gesamtheit der Annahmen und Überzeugungen, was der Mensch von Natur aus ist, wie er in seinem sozialen und materiellen Umfeld lebt und welche Werte und Ziele sein Leben hat oder haben sollte“ (S.25). So betont Fahrenberg (2010), dass etwa religiöser Glaube bzw. philosophische Grundüberzeugungen wesentliche Teile des Menschenbildes darstellen. „Im Unterschied zu den psychologischen Persönlichkeitstheorien sind die Menschenbilder als *subjektive Theorien* anzusehen. (...) Diese verschiedenen Menschenbilder können als Leitbilder des professionellen Handelns verstanden werden.“ (S.25) Lt. Fahrenberg gibt es Hinweise, dass beispielsweise die religiöse Einstellung die Prognose der Patient*innen beeinflussen kann. Das humanistische Menschenbild der IGT mit holistischem Blick auf den Menschen scheint eine adäquate Basis für die Arbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen zu bieten. Doch nicht nur das in der Ausbildung vermittelte sondern auch bzw. im Besonderen das subjektiv entwickelte Menschenbild prägen den Umgang der Therapeut*innen mit Menschen mit Traumafolgestörungen und kann sich für die Therapeut*innen hilfreich oder weniger hilfreich darstellen.

Manche Interviewpartner*innen verstehen ihre hilfreiche Haltung in der Traumafolgentherapie vielmehr als körperliche Haltung und als optimale, mittlere Spannungsverfasstheit.

Die beschriebenen Sichtweisen und Haltungen haben Einfluss auf den Anspruch der Therapeut*innen, was beispielsweise das Ziel der Therapie betrifft, welche Aspekte davon in ihrer Arbeit, im Therapieprozess jeweils möglich sind und wie sie ihre konkreten Aufgaben in der Therapie sehen.

Diese Ansprüche und Vorstellungen über Ziel der Psychotherapie oder Aufgabe der*des Psychotherapeut*in beeinflussen wiederum das Ausmaß, in dem die*der Psychotherapeut*in ihre*seine Arbeit als erfolgreich erlebt und damit zufrieden ist. Dies stellt für Figley (1995b) einen von zwei entscheidenden Faktoren zur Entwicklung von Mitgefühlsstress dar. Auch Pearlman und Saakvitne (1995) formulieren, dass je unklarer oder unsicherer ein*e Therapeut*in ist in Bezug auf ihre*seine Weltsicht umso anfälliger ist sie*er für eine IT. Auch hier spielt die Sicht über die eigenen Anforderungen an die Arbeit eine wesentliche Rolle in der Ausbildung oder Vermeidung einer IT. (Pearlman & Saakvitne, 1995)

5.2.4 Austausch und Auseinandersetzung in der Ausbildung

Die Interviewpartner*innen messen dem Austausch mit anderen eine hohe Bedeutung bei: in Form von Intervision, Supervision, in Fortbildungen oder in Kontakten mit Ausbildungskolleg*innen.

Auffallend ist, dass in den Interviews die Auseinandersetzung mit den eigenen Lebenserfahrungen durch Lehrtherapie und Lehrsupervision wenig thematisiert wurde, obgleich sie für jede Psychotherapie grundlegend ist. Das Bearbeiten von eigenen traumatischen Erfahrungen stellt im Besonderen in der Traumafolgentherapie eine Notwendigkeit und gleichzeitig einen Schutzfaktor in Bezug auf Sekundäre Traumatisierung dar. Dies wurde allerdings nur von zwei Interviewpartner*innen angesprochen. Es kann angenommen werden, dass dieser Umstand für die anderen Personen als selbstverständlich angesehen wird. Die

Studie von Hiebler-Ragger, Gollner, Klampfl et al. (2017) stellte etwa fest, dass Selbsterfahrung, Lehrtherapie und Lehrsupervision in der Ausbildung von den IGT-Therapeut*innen als besonders wichtig für die spätere Berufstätigkeit und die persönliche Entwicklung eingeschätzt wurden.

Sendera und Sendera (2013) räumen der Selbsterfahrung ausdrücklich eine präventive Funktion ein. „Diese ermöglicht das Erkennen der eigenen Reaktionen, fördert die erforderliche Selbstaufmerksamkeit und hilft bei der Bewältigung.“ (S. 140) Das Erkennen der eigenen Betroffenheit, eigener traumatischer Erfahrungen und der eigenen Schemata kann die Therapeut*innen (und die Patient*innen) vor Fehlreaktionen schützen. „Wenn Ausbildungskandidaten selbst traumatische Erfahrungen haben und traumatisiert sind, ist eine Trauma-Behandlung erforderlich. Danach müssen die Belastbarkeit thematisiert, eigene Ressourcen erfahren und ausgeweitet, *Coping*-Strategien erarbeitet und gelernt werden, um in weiterer Folge mit den traumabezogenen Inhalten der Patienten umgehen zu können, ohne selbst Trauma-Erfahrungen zu reaktivieren.“ (S. 142)

Lehrtherapie und Gruppenselbsterfahrung fördert self-support. Lt. Pearlman (2002b) werden ebenso die Ich-Ressourcen wie z.B. Affektregulation und das Wahrnehmen der eigenen Grenze(n) – etwa die eigene Grenze der Arbeitsfähigkeit – gestärkt. Die gelingende Selbstregulation der Therapeut*innen soll angestrebt werden. Gleichzeitig wird das Toleranzfenster der Therapeut*innen erkundet und erweitert. Auch für die Therapeut*innen ist es wichtig, sich in einem mittleren Modus der Erregung zu befinden. Auch bzw. insbesondere sie benötigen Handhabe und Integrationsfähigkeit über die traumatischen Erlebnisse und Berichte der Klient*innen. Es braucht Erfahrung zu erkennen, wann die Therapiestunde „zu viel“ wird, und einschätzen zu können, wie viel an Emotionen und traumatischen Material in der jeweiligen Stunde tragbar sind. Möglicherweise kann die Therapeut*in so einer prolongierten oder wiederholten Exposition und somit der Ausbildung einer Mitgeföhlerschöpfung oder ST vorbeugen.

Kain & Terrell (2020) beschreiben Faktoren, die das Entstehen von Resilienz bei Kindern fördern. Dies sind

- Die Erfahrung von Solidarität vonseiten eines Erwachsenen
- Das Gefühl der Selbstwirksamkeit und das Bewusstsein von Kontrolle über die Umwelt
- Die Fähigkeit zu Anpassung und Selbstkontrolle
- Die Möglichkeit, aus Glaube, Hoffnung und kulturellen Traditionen Kraft zu schöpfen (S. 17)

Lt. Autor*innen wird jede dieser resilienzfördernden Faktoren im Beziehungskontext gestärkt. Da die Beziehungsgestaltung und der Kontakt in der IGT eine besondere Rolle spielen, kann davon ausgegangen werden, dass die IGT einen wichtigen Beitrag in der Entwicklung von Resilienz leisten kann – auch für ihre Therapeut*innen in der gestalttherapeutischen Selbsterfahrung und Supervision. Solidaritätserfahrung (etwa durch selektive Authentizität), das Fördern von Selbstwirksamkeit, Kontrolle und Selbstregulation gepaart mit Zuversicht durch ein ganzheitliches Menschenbild, geprägt von der Fähigkeit der organismischen Selbstregulation, sowie ein ganzheitliches Herangehen bilden eine breite Basis für die Förderung eines jeden der genannten Schutzfaktoren.

5.3 Schutzfaktor Kohärenzerleben und die IGT

Wie im Theorieteil beschrieben, stellten Rohrer und Andreatta (2014) in ihrer Studie fest, dass eine hohe Handhabbarkeit (Wahrnehmung von Ressourcen) mit deutlich weniger intrusivem Wiedererleben einhergeht und insbesondere die Verstehbarkeit einen sehr günstigen Einfluss auf sekundäre Traumafolgen hat. Die Autorinnen der Studie gehen – ebenso wie Kindermann et al. (2019) - davon aus, dass das Kohärenzgefühl einen protektiven Faktor für die Entwicklung einer ST darstellen kann.

Die für die vorliegende Studie interviewten Psychotherapeut*innen drücken mehrheitlich die hohe Eignung der IGT als Methode in der Arbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen aus. Aufgrund der Eignung der Methode für die genannte Zielgruppe kann das Gefühl der Handhabbarkeit der (Therapie-)Situation

gefördert werden, was möglicherweise das Kohärenzerleben der Therapeut*innen stärkt. Die Therapeut*innen beschreiben ebenso, dass sie ihre Tätigkeit als sinnvoll erleben. Das Ziel der Traumarbeit deckt sich mit dem Ziel jeder Therapie nach der Methode IGT: die Integration des Erlebten in den Lebenszusammenhang. Schön (2008) formuliert das Ziel der Therapie sogar als das Wiedererlangen eines Gefühls von Verstehbarkeit und Handhabbarkeit des Lebens. Die Integration der traumatischen Erlebnissplinter würde gefördert und ein Kohärenzgefühl wiederhergestellt. Dies bedeutet, dass das gestalttherapeutische Arbeiten per se kohärenzfördernd ist und als hilfreich für die Therapeut*innen im Hinblick auf potentielle Belastungen angesehen werden kann: „Die Traumarbeit ist oft mit einer Transformation des Selbst verbunden, sowohl der Betroffenen als auch des Therapeuten. (...) Viele Begegnungen [als Therapeut in Traumafolgetherapien] haben mich nachhaltig geprägt und mir auch zu einem tieferen Verständnis meiner selbst verholfen.“ (Fuchs, 2021, S. 7) Fuchs (2019) schreibt von Buber, der Sinn in Beziehungen sieht: „Es ist dies ein erfahrbarer und erfassbarer Sinn, der uns in den Tiefen unserer Existenz berührt.“ (S. 140) So formulieren zwei Interviewpartner*innen, wie sie Kontaktprozesse als sinnvoll erleben, als Arbeit am Leben selbst, als Berührung und Wachstum. (IP7, 2021, IP8, 2021)

Auch die (in die Interviews eingebrachte) Studie von Hiebler-Ragger, Gollner, Klampfl et al. (2017) hält fest, dass die dort untersuchten Integrativen Gestalttherapeut*innen einen überdurchschnittlich hohen Kohärenzsinn aufweisen, wobei ein höherer Kohärenzsinn mit einer niedrigeren Burn-out-Symptomatik einherging.

Fuchs (2021) betont ebenso, dass Trauma ein Phänomen ist, das den Menschen als Ganzes betrifft. „Dieses ganzheitliche Verständnis führt zu der Einsicht, dass Trauma nur auf mehreren Ebenen gleichzeitig erfasst werden kann. (...) Für eine vollständige Integration traumatischer Inhalte ist diese Ebene [der Affektregulation] um weitere Ebenen wie Existenz, Gestalt, Freiheit, Normen und Gesellschaft zu ergänzen“ (Fuchs, 2021, S. 89) Dies ist ein Anspruch den die IGT als ganzheitlicher und auch gesellschaftspolitischer Ansatz erfüllen kann und

möchte. „Gestalttherapie, die das Umfeld gerade in Bezug auf soziale und gesellschaftliche Verhältnisse mit einbezieht und eine defizitorientierte medizinische Diagnostik kritisch beleuchtet, kann hier ein Gegengewicht darstellen.“ (Fuchs, 2021, S. 17) Möglicherweise ist dies eine Chance für Integrative Gestalttherapeut*innen von der negativen gesellschaftlichen Bewertung und defizitorientierten Sichtweise von Trauma nicht oder wenigstens kaum betroffen zu sein. Fuchs (2021) erwähnt hier den in der IGT vielfach zitierten Kurt Goldstein, „der Natur und den Organismus immer als positiv und nie defizitär ansieht. (S. 17)

6 Schluss

Die vorliegende Studie ermöglicht einen Überblick über ein vielfältiges Feld von hilfreichen Faktoren für Psychotherapeut*innen in der Arbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen. Sie zeigt, dass das Thema Schutzfaktoren für Psychotherapeut*innen einen heterogenen und breiten Bereich darstellt. Sie umfasst zum Einen konkrete Maßnahmen, Techniken und Rituale rund um die therapeutische Situation und hält fest, dass eine bewusste Vorbereitung auf die therapeutische Einheit sowie ein hohes Maß an Awareness und Achtsamkeit während der Therapie als hilfreich gesehen werden. Zusätzlich wird deutlich, dass das Thema Schutzfaktoren auf Seite der Therapeut*innen ebenso die Person der*des Therapeut*in umfasst und damit ihre*seine Lebenserfahrungen, Lebensrealität, ihren*seinen Charakter und Einstellungen bzw. Sichtweisen z.B. betreffend dem individuellen Menschenbild, das geprägt, erweitert oder adaptiert wird durch Aus- und Fortbildung(en). Die Entwicklung als Psychotherapeut*in ist ein laufender, ganzheitlicher Prozess, der weder beschleunigt noch durch Fortbildungen verkürzt werden kann, der die Gesamtheit der Lebens- und Arbeitserfahrungen umfasst und mit dem sich auch die Schutzfaktoren und individuellen Herausforderungen und Potentiale der Therapeut*innen entwickeln.

Die vorliegende Arbeit streicht außerdem heraus, dass die IGT mit sehr wesentlichen Konzepten hilfreich für die Therapeut*innen sein kann: besonders der Fokus auf das Hier&Jetzt und die Awareness/ das Gewahrsein werden als hilfreich betont und fördern nebenbei die Selbstregulation und tragen zur Erweiterung des Toleranzfensters der Therapeut*innen bei. Die wechselseitige Ich-Du-Beziehung und der Fokus auf den Kontakt bieten eine hilfreiche Basis für persönliche Resonanz auf Seite der Therapeut*innen und den Fokus auf Ressourcen. Das Schließen offener Gestalten als Inhalt und Ziel der Therapie sowie die zuversichtliche, ressourcenorientierte, ganzheitliche und phänomenologische sowie gesellschaftspolitische Haltung sind den Entwicklungs- und Integrationsprozessen bei Therapeut*innen und Klient*innen dienlich. Diese gestalttherapeutische Haltung und Herangehensweise ermöglicht Kohärenzerleben und unterstützt die Entwicklung von Resilienz. Man könnte sagen, die IGT unterscheidet nicht zwischen Klient*innen und Psychotherapeut*innen, allerdings muss eine der beiden Personen die Methode erlernt haben, damit beide davon profitieren können.

Die Ergebnisse dieser Arbeit liefern Anreize und Anknüpfungspunkte für weitere Forschung, etwa hinsichtlich dem Einfluss von individuellen Menschen- oder Weltbildern in die Psychotherapie: Wie sind die traumatischen Erfahrungen der Klient*innen in das persönliche Welt- und Menschenbild der Psychotherapeut*in integrierbar? Oder inwiefern prägen die Erfahrungen aus der Psychotherapiepraxis das Menschen- und Weltbild der Therapeut*innen? Auch die Frage, ob Brainspotting und EMDR die Belastungen durch ST in überwiegendem Maße lösen bzw. heilen können, bleibt noch unbeantwortet.

Es wird festgehalten, dass das Wissen um die vielseitigen Möglichkeiten der Vermeidung und Regulation von arbeitsspezifischen Belastungen für zukünftige Therapeut*innen von Menschen mit Traumafolgestörungen als besonders wichtig

erachtet wird. Offener und solidarischer Austausch diesbezüglich sollte unbedingt auf jeder Ebene – insbesondere in der Ausbildung – unterstützt, ja gar forciert werden.

LITERATURVERZEICHNIS

- Breunig, A. & Aksu-Yagci, S. (2004). *Durchführung und Analyse problemzentrierter Interviews* (1. Auflage). Norderstedt: Grin Verlag.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). *Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. München: Pfeiffer Verlag.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (2003). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma* (2. Auflage). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Czepa, D., Gindl, M., Stadler, B., Radosavljevic, M. (2020). *Leitfaden für geschlechtergerechtes Formulieren* (4. überarbeitete Auflage). <https://www.donau-uni.ac.at/dam/jcr:797b91ac-b45f-4b66-82eb-d486d2c973be/Leitfaden%20für%20geschlechtergerechtes%20Formulieren.pdf>
- Daniels, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung – kritische Prüfung eines Konstruktes*. Dissertation, Universität Bielefeld.
- Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung. Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. *Psychotherapeut*, Band 53 (2), 100-107.
- Daniels, J. (2019). *Handout Workshop 2019*. <https://sekundaertraumatisierung.de>
- Denkinger, J. K., Windthorst, P., Rometsch-Ogioun El Sount, C., Blume, M., Sedik, H., Kizilhan, J. I., Gibbons, N., Pham, P., Hillebrecht, J., Ateia, N., Nikendei, C., Zipfel, S. & Junne, F. (2018). Prevalence and Determinants of Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the „Islamic State“. *Front. Psychiatry* 9:234. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00234>
- Dreitzel, H. (2004). *Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter*. Bergisch Gladbach: EHP.
- Fahrenberg, J. (2010). *Die Funktion von Menschenbildern. Forschungsaufgaben*

der empirischen Psychologie. https://jochen-fahrenberg.de/uploads/media/Menschenbilder_und_Psychotherapie-Forschung_2010.pdf

Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Figley, C. R. (1995a). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In C. R. Figley (Hrsg.), *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (S. 1-20). New York & London: Routledge.

Figley, C. R. (1995b). Epilogue: The Transmission of Trauma. In C. R. Figley (Hrsg.), *Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (S. 248-254). New York & London: Routledge.

Figley, C. R. (2002). Mitgeföhlrserschöpfung. Der Preis des Helfens. In B. Hudnall Stamm (Hrsg.), *Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können* (2. Auflage) (S. 41-59). Paderborn: Junfermann Verlag.

Fuchs, C. (2019). *Die Gestalt des Traumatischen. Phänomenologisches Handeln bei seelischer Verletzung*. Gevelsberg: EHP - Verlag Andreas Kohlhage.

Fuchs, C. (2021). *Der Körper, das Trauma und der Affekt. Theorie und Praxis der Polyvagaltheorie in der Psychotherapie*. Gevelsberg: EHP – Verlag Andreas Kohlhage.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Auflage). Wiesbaden: VS-Verlag.

Greinacher, A., Nikendei, A., Kottke, R., Wiesbeck, J., Herzog, W., Friederich, H., Nikendei, C. (2020). Secondary traumatisation in psychosocial emergency care personnel – A longitudinal study accompanying German trainees. *Health Soc Care Community*.2022;30:957–967

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/hsc.13258>

- Gremmler-Fuhr, M. (2001). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (2. Auflage) (S. 345-392). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C. & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress, 28*, S. 83-91. <https://doi.org/10.1002/jts.21998>
- Herman, J. (2018). *Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* (5. Auflage). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hiebler-Ragger, M., Gollner, C., Klampfl, P., Nausner, L., Unterrainer, H.-F. (2017). Integrative Gestalttherapie in Österreich. Ausbildungs- und Berufsbedingungen, Kohärenzgefühl und Burn-out. *Psychotherapeut, Band 63*, 145-152. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0245-1>
- Hoffmann-Widhalm, H. (2018). Traumafolgentherapie in der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hrsg.), *Gestalttherapie* (2. Auflage) (S. 367-392). Wien: facultas Universitätsverlag.
- Huber, M. (2012). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1* (5. Auflage). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Kain, K. & Terrell, S. (2020). *Bindung, Regulation und Resilienz. Körperorientierte Therapie des Entwicklungstraumas*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Kindermann, D., Jenne, M. P., Schmid, C., Bozorgmehr, K., Wahedi, K., Junne, F., Szecsenyi, J., Herzog, W. & Nikendei, C. (2019). Motives, experiences and psychological strain in medical students engaged in refugee care in a reception center – a mixed-methods approach. *BMC Medical Education 19*, 302. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1730-8>
- Klampfl, P. (2016). Selbstzerstörung und Selbstfürsorge bei Menschen mit strukturellen Störungen. In H. Neumayr & P. Klampfl (Hrsg.), *Integrative Gestalttherapie im klinischen Feld* (S. 75-123). Wien: facultas Universitätsverlag.

- Levine, P. (1998). *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers*. Essen: Synthesis.
- Levine, P. (2011). *Vom Trauma befreien. Wie Sie seelische und körperliche Blockaden lösen* (5. Auflage). München: Kösel-Verlag.
- Linley, P.A., Joseph, S. & Loumidis, K. (2005). Trauma Work, Sense of Coherence, and Positive and Negative Changes in Therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics* 74, 185-188. <https://doi.org/10.1159/000084004>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Verlag.
- McCann, I. L. & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological Trauma and the Adult Survivor: Theory, Therapy, and Transformation*. New York & London: Brunner-Routledge.
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the Therapist. Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York & London: W. W. Norton & Company.
- Pearlman, L. A. (2002a). Aktuelle Notizen. Was ist indirekte Traumatisierung? In B. Hudnall Stamm (Hrsg.), *Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können* (2. Auflage) (S. 34-37). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Pearlman, L. A. (2002b). Selbstfürsorge für Traumatherapeuten. Linderung der Auswirkungen einer indirekten Traumatisierung. In B. Hudnall Stamm (Hrsg.), *Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können* (2. Auflage) (S. 77-86). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Perls, L. (2005). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalt-Therapie* (3. Auflage). Bergisch Gladbach: EHP – Verlag Andreas Kohlhaage.
- Ragger, K., Hiebler-Ragger, M., Herzog, G., Kapfhammer, H.P. & Unterrainer, H.F. (2019). Sense of coherence is linked to post-traumatic growth after critical incidents in Austrian ambulance personnel. *BMC Psychiatry* 19, 89.

<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2065-z>

Remmel, A. (2013). Geleitwort. In A. Sendera & M. Sendera, *Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills* (S.VI-X). Wien: Springer-Verlag.

Rohrer, B. & Andreatta, P. (2014). Die Aporien der Arbeit mit Tätern: Zwischen sekundärer Traumatisierung und Burnout. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 2, S.54-61.

Rosenbloom, D. J., Pratt, A. C. & Pearlman, L. A. (2002). Die Reaktion von Helfern auf die Traumaaarbeit. Verstehen und Intervenieren in einer Organisation. In B. Hudnall Stamm (Hrsg.), *Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können* (2. Auflage) (S. 87-98). Paderborn: Junfermann Verlag.

Schmitt, R., Gahleitner, S., Gerlich, K. (2014). Wissen schaffen und abschaffen: eine Einführung. In S. Gahleitner, R. Schmitt & K. Gerlich (Hrsg.), *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision* (S.11-19). Coburg: ZKS-Verlag.

Schön, T. (2008). Über den Umgang mit dem Entsetzen. In H. Anger & P. Schulthess (Hrsg.), *Gestalttraumatherapie* (S. 199-221). Bergisch Gladbach: EHP – Verlag Andreas Kohlhage.

Sendera, A., Sendera, M. (2013). *Trauma und Burnout in helfenden Berufen. Erkennen, Vorbeugen, Behandeln – Methoden, Strategien und Skills*. Wien: Springer-Verlag.

Shay, J. (2002). Bei der Traumabehandlung und in der Traumaforschung führt kein Weg an der Philosophie vorbei. In B. Hudnall Stamm (Hrsg.), *Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können* (2. Auflage) (S. 227-234). Paderborn: Junfermann Verlag.

Staemmler, F.-M. (2009). *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der*

Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Steinlin-Danielsson, C. (2016). *Belastungen und Schutzfaktoren bei pädagogischen Mitarbeitenden in der stationären Kinder- und Jugendhilfe.* Inauguraldissertation, Universität Basel.

Vidakovic, I. (2016). Die Macht des „Vorwärtsgehens“: Trauma-Behandlung – ein gestalttherapeutischer Ansatz. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (Hrsg.), *Gestalttherapie in der klinischen Praxis. Von der Psychopathologie zur Ästhetik des Kontakts* (S. 309-322). Gevelsberg: EHP – Verlag Andreas Kohlhage.

Votsmeier, A. (2001). Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (2. Auflage) (S. 715-732). Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Wimmer, B. (2008). Hat das Trauma ein Geschlecht? In H. Anger & P. Schulthess (Hrsg.), *Gestalttraumatherapie* (S. 239-248). Bergisch Gladbach: EHP – Verlag Andreas Kohlhage.

Wirth, W. (2008). Traumatherapie aus gestalttherapeutischer Perspektive. In H. Anger & P. Schulthess (Hrsg.), *Gestalttraumatherapie* (S.13-63). Bergisch Gladbach: EHP – Verlag Andreas Kohlhage.

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie : Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-5630>

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

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

IGT	Integrative Gestalttherapie
IT	Indirekte Traumatisierung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
ST	Sekundäre Traumatisierung

ANHANG

Interview Leitfaden

Einleitung:

- Danke für die Teilnahme, Zeit und das zur Verfügung stellen von Ihrer Erfahrung
- Info Aufzeichnung auf Band: Zustimmung; Freiwilligkeit; Hinweis anonymisierte Auswertung
- Info Thema: Schutzfaktoren und hilfreiche Aspekte für Therapeut*innen in der Arbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen; Was hilft mir als Therapeut*in, um mit dem erzählten, traumatischen Material „gut“ umgehen zu können? Wie kann ich die Arbeit machen, ohne selbst belastet zu sein/ werden?

Offene Einstiegsfrage: Was fällt Ihnen dazu ein?

Können Sie mir ein BEISPIEL DAZU erzählen?

1) Sortieren:

- VOR einer potentiell belastenden Einheit
Was davon ist gestalttherapeutisch?
Erleben Sie hier eine bestimmte Haltung, Sichtweise oder ein Prinzip der IGT als hilfreich? Welche/s?
- WÄHREND der belastenden Einheit
Was davon ist gestalttherapeutisch?
Welche Rolle spielen ACHTSAMKEIT und HIER& JETZT Prinzip hier für Sie?
Was hilft Ihnen Ihre Grenzen zu wahren?

- NACH der belastenden Einheit

Was davon ist gestalttherapeutisch?

Wie erkennen Sie eine Belastung?

Wie regeln Sie die Belastung wieder herunter?

Supervision, Intervision, Psychotherapie: regelmäßig? Was davon ist hilfreich?

2) Reflexion

Wo haben Sie diese Strategien her?

Was haben Sie sich aus der Ausbildung mitgenommen?

Welche Rolle spielen Lehrtherapie, Lehrsupervision für Sie in Ihrer Arbeit?

Welche Tipps haben Sie für angehende Psychotherapeut*innen?

3) Grundhaltung

Erleben Sie bestimmte Haltungen, Sichtweisen, Prinzipien der IGT als hilfreich? Welche?

Was an der IGT nehmen Sie in dieser Arbeit als FÜR SIE förderlich , hilfreich wahr? Können Sie mir ein BEISPIEL ERZÄHLEN?

4) Sekundäre Traumatisierung

Hatten Sie schon einmal damit zu tun?

Was haben Sie dann gemacht?

Kann die IGT mit ihren Sichtweisen, Haltungen, Konzepten einen Beitrag zum Schutz vor ST leisten? Wie?

5) Kohärenz

Studie von Hiebler-Ragger, Gollner, Klampfl, Nausner, Unterrainer (2017)
„Integrative Gestalttherapie in Österreich. Ausbildungs- und
Berufsbedingungen, Kohärenzgefühl und Burn-out.“:

Wie erklären Sie sich das hohe Kohärenzgefühl der interviewten
Gestalttherapeut*innen?

Was an der IGT erleben Sie in der Arbeit als Sinn-voll?

Was an der IGT fördert das Gefühl der Handhabbarkeit?

Was fördert das Gefühl der Verstehbarkeit?

6) Was finden Sie noch wichtig?

7) Demographische Daten: Geschlecht, Alter, Zusatzausbildungen,
Arbeitssetting und -ausmaß

