

Beatrix Wimmer

Hat das Trauma ein Geschlecht?

Genderspezifische Bewältigungsstrategien nach traumatisierenden Gewalterfahrungen aus der Sicht gestalttherapeutischer Theorie

Grundlage dieses Artikels ist eine qualitative Forschungsarbeit zu diesem Thema, die auf einem Gruppeninterview mit erfahrenen TherapeutInnen basiert. Alle InterviewteilnehmerInnen waren PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Therapieausrichtung sowie aus verschiedenen Grundberufen.

Mein Anliegen ist es, dort diskutierte Bewältigungsstrategien als Figuren in theoretische Konzepte der Gestalttherapie als Hintergrund einzubetten. Ich werde mich mit der Definition von Trauma in der Gestalttherapie, mich mit dem gestalttherapeutischen Konzept der Dissoziation beschäftigen und kurz das Konzept der Feldtheorie heranziehen, um auf dieser Grundlage einige Ergebnisse des Gruppeninterviews in gestalttherapeutische Begriffe zu fassen und Geschlechterdifferenzen zu benennen.

Das Interview in ausgewählten Zitaten

Das Trauma wird wahrgenommen als

„dissoziiert sein, also während des Gesprächs immer wieder zu bemerken, ich bin nicht in Kontakt, und wenn ich als TherapeutIn es dann anspreche, dann sagen die KlientInnen oft: ‚Tatsächlich, ich steige aus.‘“

„Ich merke einfach, dass das Fließen des Lebens, der Gedanken, der Tränen, des Körpers, der Beweglichkeit, die Mobilität, dass dieses Fließen zum Stoppen kommt und das kann sich in verschiedenen Symptomen äußern.“

„Ein Kind erlebt etwas Schlimmes, vielleicht stirbt die Mutter und es braucht aber die Mutter zum Trösten, es ist also nicht fertig und das ist das, was uns dann begegnet später in der Praxis. Diese vielen Versuche, es irgendwie noch einmal rund zu machen, es irgendwie zu überleben, mit diesem Unabgeschlossenen.“

„Dieses Ohnmächtigsein, das Hilflosfühlen, eben das Ausgeliefertsein ist ein wichtiger Aspekt.“ Das Trauma wird als „Entgrenzung“ definiert, „der man ohnmächtig ausgeliefert ist.“

„Und da hat jeder von denen [den vor Gericht stehenden Jugendlichen, Anm. d. A.] gesagt, dass er zumindest schon einmal selber überfallen wurde und dass ihm

Gewalt angetan worden ist. ‚Ja, wenn Sie selber wissen, was das mit einem macht, wie können Sie das dann einem anderen antun?‘ Und das war überhaupt nicht nachvollziehbar.“

Worum es in der therapeutischen Integration des Traumas geht, benennt ein Kollege so:

„In Beziehung treten, in Fluss kommen, ich sehe das oft auch als Bild vor mir. Das zweite, das ist das, wo ich auch immer ein bisschen ein Ziel vorgebe, die Leute müssen versuchen, das, was ihnen passiert ist, in einen größeren Zusammenhang einzubauen. Das muss in ihr Lebenskonzept eingebaut werden, es muss einen Platz haben. Das kann ganz abstrus sein und ich denke, es gibt hilfreiche und weniger hilfreiche Plätze, wo ich das hintun kann. Die Aufgabe ist es da mitzuhelfen, es auf einen Platz zu tun, wo es die Zukunft nicht behindert.“

Gestalttherapeutische Grundlagen zum Verständnis von Trauma

Allgemeines

Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass die im Interview beschriebenen Phänomene, wie Identifikation mit dem Angreifer, Altruismus, Sucht oder etwa Essstörungen, nach einem Trauma im Sinne einer schöpferischen Anpassung mehr oder weniger sinnvolle und hilfreiche, dysfunktionale, jedenfalls aber kreative Prozesse des Organismus sind, um mit unerträglichen Umweltbedingungen zu Recht 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 und der Existenz der Person. Nur ein gutes Figur-Hintergrund-Verhältnis also adäquate Stütze, ermöglicht eine Kontaktaufnahme, ein Grenzerlebnis an der Kontaktgrenze zwischen Ich und dem Anderen. Ist diese Stützung nicht vorhanden, ist es zur Erhaltung des Organismus notwendig ein Grenzerleben zu vermindern, sich zu isolieren. „Dissoziieren und sich entsensibilisieren, sich taub machen kann in Extremsituationen sehr adaptiv sein und die Existenz sichern.“ (Votsmeier-Röhr, A., Vortrag, LP-Tagung, 2005).

Definition von Trauma nach Perls

Perls unterscheidet zwischen üblicher und traumatischer Neurose, die entsteht, weil sich eine Person vor einem schweren Eingriff der Gesellschaft oder einem

Zusammenprall mit der Umwelt zu schützen sucht, während Grenzstörungen des/der „Normal- NeurotikerIn“ Eingriffe und Blockierungen in den Prozess des Wachsens und der Selbsterkenntnis darstellen. (Perls zitiert nach Amendt-Lyon, N.; 2006, Skriptum zum Gestalt-Ausbildungstheorieseminar: Theorie der Therapie).

Wir sprechen hier also von Schutzfunktionen, die der Organismus entwickelt, um sich vor nicht zumutbaren Grenzüberschreitungen an der Kontaktgrenze zu schützen.

Gleichermaßen finden wir auch das Muster der Wiederholung. Perls (et al. 1979) schreibt dazu: „Das Trauma zieht nicht, wie Freud dachte, die Wiederholung nach sich. Es ist das wiederholte Bestreben des Organismus, sein Bedürfnis zu befriedigen, was die Wiederholung mit sich bringt, aber dieses Bestreben wird auch wiederholt durch einen vorsätzlich gegenwärtigen Akt vereitelt. In dem Maße, wie das Bedürfnis Ausdruck gewinnt, bedient es sich seiner veralteten Techniken („die Wiederkehr des Verdrängten“). (Perls zitiert nach Amendt-Lyon, N.; 2006, Skriptum zum Gestalt-Ausbildungstheorieseminar: Theorie der Therapie).

Feldtheorie

Die Feldtheorie als weiteres wichtiges Konzept der Gestalttherapie kann zum Verständnis einer geschlechtsdifferenzierten Betrachtung des Themas beitragen. Im Lewin'schen Konzept der Feldtheorie und dessen weiterer Ausarbeitung (Staemmler, F.M., Vortrag, Nov. 2006) wird unter Einbeziehung ganzheitlicher, zirkulärer und selbstreflexiver Prozesse eine Wechselwirkung zwischen der Person, ihrer persönlichen Umwelt und dem Umfeld beschrieben. Nach diesem Konzept ist die Bedingung des Geschlechts einer Person die Bedingung der Person im Umwelt-Feld. Insofern bedingt die Geschlechtsidentität der Person die Wahrnehmung der Umwelt und umgekehrt und beeinflusst so auch den Prozess der Bewältigung von katastrophalen Ereignissen. „Es hängt sehr vom Betrachtungsausschnitt ab, was Thema wird und vom persönlichen Standpunkt, welche Bedeutung das Thema erlangt“ (Ulbing, M. 1999, S599ff).

Das heißt, dass die Wahrnehmung des Betrachtungsausschnitts untrennbar mit der eigenen Geschlechtsidentität verbunden ist und wir auch wechselseitig mit dieser Bedingung vom Umfeld wahrgenommen werden. Insofern ist die Geschlechtsidentität eine der bestimmenden Eigenschaften einer Person und ist der Hintergrund auf dem Bewältigungsstrategien stattfinden.

Konzept der Dissoziation

Wenn wir uns nun den Bewältigungsstrategien zuwenden, möchte ich besonders auf das Konzept der Dissoziation, wie es von Achim Votsmeier (1999) in seinem Artikel über die Behandlung struktureller Störungen beschrieben wird, eingehen. Zu einer Traumatisierung kommt es, wenn ein Mensch mit bedrohlichen Situationen und Anforderungen konfrontiert wird, die er mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht bewältigen kann. „Die Ich-Grenze der Person wird überschritten, der Bereich der zulässigen Kontaktmöglichkeiten, es stehen keine ausreichenden Stützfunktionen zur Verfügung und damit kommt es zu Angst, weil die Fähigkeit zwischen Subjekt und Objekt zu unterscheiden verloren geht und das Grenzempfinden zwischen ich und Umwelt wird diffus, es kommt zu Introjektionen. Ein Ausgleich des Organismus ist aufgrund mangelnder Stützfunktionen nicht möglich und so verbleibt der Organismus in einem Zustand höchster Erregung.“ (Votsmeier, 1999, S715ff).

Es geht dabei um die Angst vor der Gefährdung der persönlichen Identität und der Vermeidung einer existentiellen Krise.

In diesem Zustand der Angst wird der Kontakt abgebrochen, um die unerträgliche und gefährliche Situation zu beenden. Der Kontaktabbruch äußert sich oft durch Dissoziation, Abspaltung des Körperempfindens, Depersonalisation und Derealisation. Insofern wird zwar die Bedrohung abgewehrt, aber die Situation kann nicht abgeschlossen, der Kontaktzyklus nicht beendet werden. „Der Organismus kommt nicht in ein selbst herbeigeführtes Gleichgewicht und es kommt zu wiederholten Schutz- und Kompensationsmechanismen um das Gleichgewicht aufrecht zu erhalten bzw. die Ich-Grenze zu schützen, zu dysfunktionalen Anpassungen. Die organismische Stützfunktion ist beeinträchtigt, das Figur –Grund Verhältnis ist desintegriert.“ (Votsmeier)1999, S 715ff

Dieses Ungleichgewicht kann zu unerträglichen Spannungszuständen führen, deren Abfuhr im Sinne einer fehlgeleiteten organismischen Selbstregulierung beispielsweise durch selbstverletzendes Verhalten zum Ausdruck kommt. Diese Art der Spannung führt zu einer Desensibilisierung, der durch selbstverletzendes Verhalten entkommen werden kann. Betroffene beschreiben den Zustand während und nach der Selbstverletzung nicht nur als erlösend und erleichternd, sondern

berichten auch, dass sie sich dann wieder selbst spüren können. So macht es das selbstverletzende Verhalten möglich wieder Kontakt mit sich selbst -im Sinne einer inneren Kontaktaufnahme- herstellen zu können.

Im Gegensatz zu anderen Konzepten zur Dissoziation geht das gestalttherapeutische Modell davon aus, dass im Falle der Borderline –Störung „Symptombildungen nicht Ausdruck von frühkindlichen fixierten Spaltungsmechanismen sind, sondern Auswirkung einer dissoziativen Verarbeitung der erlebten Traumatisierung.“ Und daher auch das „Phänomen der Dissoziation als intrapersonale Isolation gesehen werden kann, als einen Prozess, bei dem Teile von sich selbst abgespalten werden“ (Yalom, zit. nach Votsmeier, 1999).

Mit der Theorie der Organismischen Selbstregulierung von Kurt Goldstein steht der Gestalttherapie ein Konzept zur Verfügung, das auch ein valides Erklärungsmodell darstellt, wie der Organismus mit Traumatisierungen und existentieller Bedrohung umgeht und welche Folgen das nach sich ziehen kann. Die Ich- Grenze eines Menschen ist die Grenze der für ihn zulässigen Kontaktmöglichkeiten, deren Regulierung in einem dynamischen Ungleichgewicht erfolgt, nämlich zwischen dem Streben der Verwirklichung der eigenen Wesenheit als das grundlegende Motiv jedes Organismus, und dem Verharren auf sicherem Grund, bis genügend Stützung vorhanden ist um sich dem Kontakt und damit dem Unbekannten zu stellen.

Und besonders im Zustand der Angst nach Erschütterungen oder Traumatisierung ist die organisierende Stützfunktion beeinträchtigt und dies kann zur Desintegration des Selbst führen. Votsmeier-Röhr führt den Begriff des selbst-reflexiven Modus ein, der dem Modell der abstrakten Einstellungen entspricht, die es erlauben sich von Sinneseindrücken zu lösen, von inneren Erfahrungen zu distanzieren und für das Verständnis der Welt verschiedene Bezugsrahmen zu wählen. Der responsive Modus entspricht dem Modell des konkreten Verhaltens, unser Verhalten wird durch direkte Reize bestimmt, unsere Aufmerksamkeit wird durch das Außen gelenkt. Die beiden Modi stehen in einem Figur-Grund Verhältnis zueinander, indem der responsive Modus als Alltagsmodus, mit dem wir agieren, als Vordergrund-Prozess immer im Hintergrund des selbst-reflexiven Modus eingebettet ist (nach Votsmeier, 1999, S715ff)

Auf dem Hintergrund dieser konzeptuellen Überlegungen der Gestalttherapie werde ich nun versuchen weitere im Interview angeführte Bewältigungsstrategien in gestalttherapeutische Begriffe zu fassen.

Bewältigungsstrategien als gestalttherapeutische Muster der Kontakt-unterbrechung
Zunächst beschäftige ich mich mit dem oft verwendeten Begriff der *Identifikation mit dem Angreifer*. Männliche Opfer von Gewalt viktimisieren bis zu 50% selbst wieder. Die Ich-Grenze des Opfers wird massiv überschritten, es hat nicht genügend Schutz und keinerlei Möglichkeiten zur Kontaktregulierung. Im Verständnis der gestalttherapeutischen Kontaktunterbrechungen handelt es sich hier um eine Introjektion im Sinne der Verinnerlichung des Täterbildes. In der Abwehr dieses Introjektes kommt es zur Projektion aggressiver Impulse auf die Umwelt. In der Traumatherapie taucht dieses Konzept in der Arbeit mit dem so genannten Täterintrojekt auf. Da die Täter zum allergrößten Teil männlich sind, bleiben so die betroffenen Buben / Burschen auch in der Identifizierung mit dem männlichen Rollenmodell. Werden Buben von Männern missbraucht, dann introjezieren sie, dass auch gewalttätiges Verhalten zu Männlichkeit gehört und so auch immer wieder perpetuiert wird. Insofern ist auch das oben erwähnte Zitat der männlichen Jugendlichen bei der Gerichtsverhandlung zu verstehen: es ist ihnen nicht nachvollziehbar, dass man nicht gewalttätig gegen andere ist, im Gegenteil, Gewalt ist verinnerlichter – introjizierter - Teil der Identität und gerade im Wissen, was Gewalt anrichtet, erst recht gelebt wird im Sinne der Wiederholung des Traumas mit umgekehrten Opfer-Täter-Rollen und damit auch Fest- und Fortschreibung klischeehafter Rollenbilder. Es geht darum Hilflosigkeit und Ohnmacht, mittels Gewalt unter Kontrolle zu bekommen. Durch projektives Verhalten geraten Jugendliche immer wieder in gefährliche Situationen oder provozieren diese auch. Männliche Jugendliche berichten oft in Raufereien zu geraten, wobei die Auslöser meist ein beim anderen wahrgenommenes aggressives Verhalten ist.

Als weibliche Variante dazu beschreiben die InterviewteilnehmerInnen Verhalten, das wir in der Gestalttherapie als retroflexiv bezeichnen. Dabei handelt es sich um das Wenden von vitalen Impulsen gegen sich selbst, wodurch es beispielsweise zur Entwicklung depressiver Zustände kommt. Das Empfinden von Energien oder Impulsen, die bei Ausleben weit über die Ich-Grenze hinausgehen, Wut, wird gegen sich selbst gewendet, der Kontakt mit dem Gefühl ist zu bedrohlich, um nach außen ausgelebt zu werden. Im Interview wird beschrieben, dass Frauen viel mehr in

Richtung *Depression* tendieren. „Retroflektion ist ein Modus auf den Frauen häufig zurückgreifen; sie tun sich selbst an, was sie eigentlich gegen jemand anderen richten wollen: die nicht ausgedrückten Gefühle von Wut, Enttäuschung, Kritik, Aggressivität...“ (Ulbing, M., 1999, S 599ff). So wird *selbstverletzendes Verhalten* verständlich, einerseits als Mittel zur Spannungsabfuhr und gleichzeitig auch als Möglichkeit die Begegnung mit den aggressiven Impulsen und die Auseinandersetzung damit zu vermeiden.

Altruismus wird ebenfalls als weibliche Bewältigungsstrategie diskutiert. Das Kümmern um andere, sich um die Belange anderer zu bemühen und ihnen zu helfen kann ein probates Mittel sein, um von den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Nöten abzulenken bzw. selbst abgelenkt zu sein. In der Gestalttherapie bezeichnen wir dies als Deflektion. Hier geht es um eine Mischform aus Projektion und Retroflektion, eine Vermeidung des direkten Kontakts durch Vermeidungs- und Ablenkungsmanöver auf das Erleben anderer, Weitschweifigkeit zu unwesentlichen Inhalten. In der negativen Phantasiebildung über die Umwelt und der Zurückhaltung der eigenen aggressiven Impulse wendet sich die Betroffene jemandem oder etwas anderem zu. Im Gruppeninterview wird etwa ein Mädchen geschildert, das den Kontakt zur Schulpsychologin herstellt, um die Freundin zu unterstützen. Immer wieder begegnet uns dieses Verhalten auch bei so genannten co-abhängigen Personen, die durch dieses Verhalten eine Suchtproblematik in der Familie aufrechterhalten und Veränderungen verunmöglichen.

Typisch für Co-Abhängige ist, dass sie andere Menschen zum Mittelpunkt ihres Lebens machen. Ihr eigenes Leben scheint ihnen unbedeutend und langweilig. Das Gefühl von Bedeutung erfahren sie in den Reaktionen ihrer Umwelt. Sie sind süchtig nach Anerkennung und opfern alles dafür, was bis zur völligen Selbstverleugnung gehen kann, sie haben meist eine helfende Rolle in aussichtsloser Position. So kommt es häufig vor, dass Co-Abhängige in Beziehungen zu süchtigen Menschen geraten, die sie "retten" wollen. Diese fatale Hilfsbereitschaft genießt allgemein eine hohe Anerkennung, weshalb Co-Abhängige häufig ihre Rolle bei der Aufrechterhaltung der Abhängigkeit und auch ihres eigenen Lebensdilemma nicht erkennen.

Damit komme ich zum Feld der *Suchterkrankungen* und um hier die entsprechenden Kontaktunterbrechungsmuster zu finden, ist es notwendig, einen Blick auf den Beginn einer Suchterkrankung werfen. Ursprünglich macht der/die Betroffene die

Erfahrung, dass durch die Einnahme/Konsumation eines Rauschmittels unangenehme Spannungszustände erfolgreich gelöst werden können, dies führt zunächst zum Missbrauch von Rauschmitteln. In der Folge verlieren die Betroffenen immer mehr an Konfliktlösungskompetenz oder kommen erst gar nicht in die Situation überhaupt eine solche zu entwickeln, woraus zunehmend Abhängigkeit und Suchtverhalten entstehen.

Als Muster der Kontaktunterbrechung finden wir hier Deflektion, indem sich die Betroffenen vom ursprünglichen Konflikt abwenden und sich mit etwas anderem beschäftigen, nämlich der Entsensibilisierung und Betäubung, wodurch eine vermeintliche Vermeidung des Konflikts erzielt werden kann. Außerdem retroflektieren die Betroffenen und wenden die aggressiven Impulse durch ihr Verhalten gegen die eigene Person, wie etwa aus der Abhängigkeit risikoreiches Verhalten resultiert, und sich in fortwährend in gewalttätigem Milieu zu bewegen. Auch im Falle der *Essstörungen* gilt ein ähnliches Modell, statt sich mit dem Konflikt zu beschäftigen, wird der eigene Körper als Objekt in den Mittelpunkt des Interesses gerückt (Deflektion) und in retroflektierender Weise „zugerichtet“. Essstörungen wie auch Suchtverhalten sind gewissermaßen einer chronischen Selbstverletzung gleichzusetzen. Jahrelange Selbstvernachlässigung bzw. Selbstverwahrlosung, ungenügende Nahrungsmittelaufnahme so wie Verleugnung vitaler Bedürfnisse sind Faktoren von selbstzerstörendem Verhalten.

Geschlechtsspezifisch lässt sich hier festhalten, dass weitaus mehr Männer abhängig von Alkohol und illegalen Suchtmitteln sind, hingegen Frauen nach wie vor den höchsten Anteil an Essstörungen aufweisen.

Abgesehen von den Kontaktunterbrechungsmustern und ihrer geschlechtsdifferenten Ausprägung möchte ich noch auf einige allgemein beobachtbare Phänomene in der Geschlechterdifferenz eingehen.

Geschlechtsidentität und Traumabewältigung

Männer berichten in größerer Anzahl von traumatischen Ereignissen wie Folter, Kampftrauma, Kriegserfahrungen, Gefangenschaft, während Frauen mehr über Vergewaltigung berichten, sexuelle Belästigung, körperliche und sexuelle Gewalt in der Kindheit.

Bei Kindern ist zu bemerken, dass Buben häufiger Opfer körperlicher Gewalt sind. Wenn sie sexuell misshandelt werden, dann eher von Tätern außerhalb der Familie. Mädchen werden häufiger sexuell missbraucht, Täter sind ausschließlich Männer, meist innerhalb der Familie. Sexuell traumatisierte Buben ähneln psychisch Mädchen mehr als anderen Buben: sie schämen sich, leiden unter Depression, Angst und Suizidalität und Selbstverletzungen, trotzdem sind sie eher auch gewalttätig nach außen. (zit. nach Huber, M., Vortrag Wien, Okt. 2006).

Geschlechterdifferenzen von Erwachsenen nach sexualisierter Gewalt stellen sich als männliche und weibliche „states“ im Sinne klischeeartige Selbst-Zustände oder „fixierter Gestalten“ dar. Viele Frauen erscheinen als über-feminin, passiv, abhängig und verführerisch, während Männer oft den harten Kerl mimen und kämpferisch sind. Beide Geschlechter perfektionieren dadurch die klischeehaften Rollenschilderungen.

Männer leiden mehr unter Kampftraumata, wenn sie sexuelle Gewalt erlebt haben, dann eher nicht von engen Bindungspersonen. Die Hauptaffekte, die Männer dazu entwickeln sind Demütigung, unterdrückte Angst, offene Wut und Rachegefühle. Männer neigen dazu wieder gewalttätig zu werden, fügen sich indirekt Selbstverletzungen zu, wie etwa durch provozierendes Verhalten, das zu einer körperlichen Auseinandersetzung führt, wie bereits oben ausgeführt.

Frauen leiden mehr unter Verrats- und Bindungstraumata, sie haben zumeist eine enge Beziehung zum Täter und dies kann zu einer Spaltung des Täters und zur Dissoziation des bösen Teils im z.B. Elternteil oder Partner führen. Hauptaffekte, die von Frauen beschrieben werden sind Todesangst, Scham, Entsetzen und Schuldgefühle schlecht und schmutzig zu sein. Frauen richten die Gewalt, Aggression am ehesten gegen sich selbst und ihre Kinder, vorzugsweise gegen ihre Töchter, Buben werden von ihren traumatisierten Müttern als Täter-Stellvertreter bestraft oder als Partnerersatz bzw. Schutz vor dem Täter missbraucht. Sie zeigen häufig selbstverletzendes Verhalten in direkter Weise und indirekt durch das wiederholte Eingehen von Partnerschaften mit Misshandlern. Auch dies zeigt deutlich das Muster der Wiederholung auf und führt zum wechselseitigen Erhalt fixierter Rollenbilder.

Zusammenfassung

Spätestens bei der Geburt, oft schon während der Schwangerschaft, wenn die werdenden Eltern das Geschlecht ihres Kindes erkennen, erfahren weibliche und männliche Kinder geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen. Diese Rollenzuschreibungen bedingen die Entwicklung der Geschlechtsidentität mit. Vor dem Hintergrund dieser Geschlechtsidentität machen Buben und Mädchen, Männer und Frauen unterschiedliche Lebenserfahrungen und sind unterschiedlichen Traumatisierungen ausgesetzt. Die Bewältigung dieser Erfahrungen erfolgt in diesem Kreislauf mit seltenen Ausnahmen wieder geschlechtsrollentypisch, oft auch in klischeehafter Ausprägung. Das bedeutet, dass die Geschlechtsidentität der Person das Ereignis beeinflusst, nämlich die Art des Traumas, das erlebt wird, wie auch die in Folge zum Tragen kommenden geschlechtsrollenkonformen Bewältigungsmuster, die zur Fixierung der Rollenklischees beitragen.

Dass die Gestalttherapie kaum modern ausformulierte Konzepte zur Geschlechtsidentität vorzuweisen hat, kann auch von Vorteil sein, denn es ist unleugbar so, dass jede/r Therapeut/In eigene Vorstellungen von Geschlechtsrollen hat. Ich halte es für unabdingbar, diese zu reflektieren und immer im therapeutischen Prozess mit zu bedenken, da es ansonsten zur Fortsetzung klischeehafter Muster kommt, wie etwa mangelnde Integration abgespaltener Persönlichkeitsanteile, die letztlich kreativer Persönlichkeitsentwicklung im Wege steht.

Insofern sehe ich es als Aufgabe von GestalttherapeutInnen das breite Spektrum der Interventionsmöglichkeiten zu nützen, um die KlientInnen dabei zu unterstützen, geschlechtsspezifische Traumafolgen abseits traditioneller Rollenbilder zu bearbeiten und damit Entwicklung, Wachstum und Heilung zu fördern.

Mag.^a Beatrix Wimmer, Psychologin, Psychotherapeutin

(ehemalige Mitarbeiterin von Frauen beraten Frauen)

Literatur

- Amendt-Lyon, N., (2006) Skriptum für das Seminar Theorie II: Theorie der Therapie. Ausbildungsseminar Integrative Gestalttherapie im ÖAGG. Donau Universität Krems.
- Devereux, G. (1984). Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1998). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhard Verlag
- Gewaltbericht 2002. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen Wien, Juni 2003. Teil VI, Birgit Appelt, Angelika Höllriegl, Rosa Logar. Gewalt gegen Frauen und ihre Kinder. Wien, 2003
- Hahn, A. (1998). Gestalttherapie. 12.Jahrgang. 1/1998, 38-39
- Herman, J. (2003). Die Narben der Gewalt. Paderborn: Jungfermann Verlag.
- Huber, M. (2002). Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch. München: Fischer Verlag
- Levine, P. (1998). Trauma - Heilung. Das Erwachen des Tigers. Essen, Synthesis Verlag
- Ottomeyer, K.(2002,139-170) Psychotherapie mit Traumaopfern. in: Ottomeyer, K., Peltzer, K. (Hg.) (2002) Überleben am Abgrund. Psychotrauma und Menschenrechte. Drava Verlag Klagenfurt / Celovec
- Perls, F.S., Hefferline, R.H., Goodman, P. (1979). Gestalttherapie. Praxis. Stuttgart Verlag Klett-Cotta
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Leben lernen 141 Pfeiffer bei Verlag Klett Cotta
- Staemmler, F. M. (2006) A Babylonian Confusion? – On the Uses and Meanings of the Term “Field”. Vortrag am Seminartag des British Gestalt Journal, High Wycombe, UK
- Thürmer-Rohr, Ch. (1987). Vagabundinnen. Feministische Essays. Berlin: Orlanda Frauenverlag
- Ulbing, M. (1999, 599-612), Geschlechtsspezifische Aspekte in der Gestalttherapie. in: Fuhr, R., Sreckovic, M., Gemmler-Fuhr, M., (Hrsg.) Handbuch der Gestalttherapie. Hogrefe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1999

Votsmeier, A.(1999, 715-732), Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. in: Fuhr, R., Sreckovic, M., Gemmler-Fuhr, M., (Hrsg.) Handbuch der Gestalttherapie. Hogrefe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1999

Votsmeier-Röhr, A. (2005): Das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls und seine Bedeutung für die heutige Gestalttherapie. (www.gestaltpsychotherapie.de.)

Wimmer, B., (2004): Geschlechtsdifferente Bewältigungsstrategien nach traumatisierenden Gewalterfahrungen. Diplomarbeit. Universität Wien. Fakultät für Psychologie.

Wolf, U. (1999, 827-839). Psychotherapeutische Unterstützung bei Trauma und Gewalt. in: Fuhr, R., Sreckovic, M., Fuhr - Gemmler, M.(1999). (Hg.) Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag