

Intentionalität bei komplexem (Bindungs-)Trauma

Ein individualpsychologischer Zugang

Intentionality of complex (Attachment)Trauma

An individualpsychological Approach

Susanne Rabenstein¹

¹ Sigmund Freud PrivatUniversität

Kurzzusammenfassung

Der Beitrag greift das Thema der unbewussten Zielsetzungen bei komplexer (Bindungs-)Traumatisierung auf und zeigt, wie Adlers Ansatz der Intentionalität einen Beitrag zur Traumatheorie leisten kann. Umgekehrt wird die Erweiterung des individualpsychologischen Zugangs durch traumaspezifische Herangehensweisen ausgearbeitet. Dabei werden Phänomene wie Desintegration und Dissoziation, genauso wie der Schamaffekt, in den Fokus genommen. Davon ausgehend – und anhand von Fallbeispielen – werden Bezüge zu neueren Forschungen und zu Konzepten wie jenes der „inneren Anteile“ und der Mentalisierung hergestellt.

Abstract

The article takes up the topic of unconscious goal setting in complex (attachment) trauma and shows how Adler's approach of intentionality can contribute to Trauma theory. Conversely, the extension of the individual psychological approach is elaborated through trauma-specific approaches. Phenomena such as disintegration and dissociation, as well as the affect of shame, are taken into focus. Based on this – and exemplified with case studies – references are made to more recent research and to concepts such as "Ego States" and mentalization.

Schlüsselwörter

Anteile, Affekte, Bindungstrauma, causa finalis, Dissoziation, Ego States, Intentionalität, Mentalisierung, Scham, Trauma, unbewusste Ziele

keywords

affects, attachment trauma, causa finalis, dissociation, Ego States, intentionality, mentalization, shame, trauma, unconscious goals

1 *Einleitung*

Körperliche bzw. neurophysiologische Effekte und psychische Auswirkungen auf die Entwicklung sind zentrales Thema der Literatur, die sich mit Trauma auseinandersetzt. Diese Aspekte zu betrachten, ist unerlässlich und ermöglicht einen wichtigen Zugang zu dem Thema. Mitunter erweist es sich als hilfreich, Patient*innen psychoedukativ etwas davon zu vermitteln, sodass sie – wie die Erfahrung vieler auf Trauma spezialisierter Therapeut*innen zeigt – ihre Symptomatik einordnen und sich dadurch besser verstehen können. Gleichzeitig mangelt es der Literatur zum Thema Trauma – bis auf wenige Ausnahmen – neben kausalen und phänomenologisch geprägten Erklärungsansätzen einer psychodynamischen Sicht, von einer finalen Betrachtungsweise ganz zu schweigen, die eine zusätzliche und tiefere Dimension des Verstehens eröffnet. Diese Sicht hat Adler bereits vor über 100 Jahren in seinem Menschenbild geboten. Eife konstatiert dazu: „Die Frage ist aber, wie das Subjekt erlebt und sich versteht, nicht allein, welche Funktionen das Erleben ermöglichen oder wie nach der Theorie der Selbstentwicklung ihr Erleben beeinträchtigt ist“ (Eife, 2016, S. 45). Einzuräumen ist, dass Adler nie eine eigene Theorie über Trauma entworfen hat. Allerdings kann sein Ansatz – angewendet auf den Bereich der (Entwicklungs-)Traumata – einen guten Beitrag zu Theorie und Praxis leisten. Umgekehrt gewinnt die Individualpsychologie, durch den Filter von Traumakzepten gesehen, eine erweiterte Perspektive. Beides soll in den Ausführungen gezeigt werden.

Ausgehend von dieser Haltung werden im Folgenden Adlers Konzepte der (Über-)Kompensation, der Finalität und damit der unbewussten Ziele, die er dem Menschen attestiert, bei komplexer Traumatisierung durchgedacht und mithilfe von Fallbeispielen analysiert. Dabei soll die (affektive) Intentionalität ergründet und Bezüge zum Traumakzept der „inneren Anteile“ bzw. „Ego States“ und zur Mentalisierung bei Trauma hergestellt werden. Der Fokus wird auf Mentalisierungsbrüche in der (frühen wie in der therapeutischen) Bindung, auf das Scheitern des Affektdialogs und auf die unbewussten Ziele bei schweren Symptomen wie Fragmentierung und Dissoziation gelegt. Ein Blick auf den bei Trauma maßgeblichen Affekt der Scham rundet das Thema ab, bevor Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen werden.

2 *Überkompensation und Finalität: Von der Ohnmacht in die Macht*

Nach Adler ist der Mensch durch sein Angewiesensein von Beginn des Lebens an mit Minderwertigkeitsgefühlen konfrontiert. Das Kind sucht in seiner Kleinheit nach Kompensationsmechanismen, um seine aus der Abhängigkeit heraus entstandenen Minderwertigkeitsgefühle zu regulieren bzw. um das Ziel eines Gleichwertigkeitsgefühls zu erreichen – Adler nennt dies auch Geltungsstreben (Adler, 1927a, S. 73). Wenn aber die Kompensation zur „Überkompensation“ wird, kann das Geltungsstreben zum Machtstreben ausarten (ebd., S. 76, vgl. Rieken, 2011, S. 57). Die Strategien, um das Gleichwertigkeitsgefühl und damit ein gutes Selbstwertgefühl zu erlangen, werden bereits im Zuge der frühen

Beziehungs- und damit emotionalen Erfahrungen mit den ersten Bezugspersonen entwickelt. Deren (Affekt-)Reaktionen im Bindungs- und Erziehungsprozess formen die Strategien des Kindes mit, welche zum Lebensstil bzw. zur Lebensbewegung werden, indem das Kind – je nach Resonanz des Gegenübers und je nach Erfolg beim (unbewussten) Testen seiner individuellen Strategien – diese verwirft oder verstärkt. Ob ein Gleichwertigkeitsempfinden oder ein Machtstreben bzw. eine „Überkompensation“ entsteht, wird demnach auch davon angeregt, wie die Bezugspersonen wiederum mit ihren eigenen Minderwertigkeitsgefühlen umgehen (vgl. Stephenson, 2011, S. 65–66).

Überträgt man das Konzept der Kompensation bzw. Überkompensation auf den Traumabereich, so liegt zunächst nahe, dass es sich bei dem zentralen Minderwertigkeitsgefühl bei Trauma um das Ohnmachtserleben handelt, das eine Traumatisierung überhaupt erst konstituiert. Es impliziert zumeist ein Streben von der Ohnmacht in die Macht (Überkompensation/Machtstreben) und nicht in die Selbstbehauptung (Kompensation/Gleichwertigkeitsstreben). Gleichzeitig sind die Minderwertigkeitsgefühle nach Eife als Sammelbegriff für all jene in der Not ertragenen Gefühle und Demütigungen zu verstehen, die nach (Über-)Kompensation verlangen. Letztere steuert das Individuum nach Adler mittels vorwiegend unbewusster Zielsetzungen an. Denn: „Der Mensch entwirft Vorstellungen von sich selbst, wie er sein möchte, um in dieser Welt leben zu können“ (Eife, 2016, S. 12) bzw., um zu überleben. Der Gründer der Individualpsychologie verfolgt ein teleologisches Menschenbild, indem er in seiner Theorie das Individuum über seine Zielgerichtetheit und somit Intentionalität definiert.

1912 beginnt Adler die *causa finalis* als hilfreiche therapeutische Arbeitshypothese zu nutzen, ab zirka 1927 erhebt er sie zum Seinsprinzip (vgl. Seidenfuß, 1995, S. 160). Er betrachtet den Menschen dabei aus seinen Motiven und Intentionen heraus (Adler, 1927a, S. 72), was der grundlegenden Ursachenlehre aristotelisch-scholastischer Tradition entspricht, in welcher sowohl die Wirkursache (*causa efficiens*) mit der Frage nach dem *Warum* und *Woher* als auch die Zweckursache (*causa finalis*) mit der Frage nach dem *Wohin* und *Wozu* im Zentrum stehen (vgl. Seidenfuß, 1995, S. 156–165, Rieken, 2010, S. 88–96). Zusammen bilden sie den Kern der kausalen Auffassung. Nach Adler setzt sich das Individuum fiktive Ziele, welche der Sicherung bzw. der Kompensation der Minderwertigkeitsgefühle dienen. In seiner „Gebrauchspsychologie“ (Adler, 1932i, S. 535) betont der Individualpsychologe die „schöpferische Kraft“ im individuellen „Gebrauch“ der Erbanlagen und der Beziehungserfahrungen (vgl. Kausen, 1995, S. 176), auf ein Ziel hin gerichtet, also final. Die subjektive (emotional geprägte) Bewertung der (Umwelt-)Erfahrungen des Individuums ist dafür ausschlaggebend, welche Stellung der Mensch sodann im Leben und zur Außenwelt bezieht (vgl. Rogner, 1995, S. 325). Dieses Denken auch auf traumatisierte Menschen umzulegen, ist erhellend, um ihre Symptomatik abseits eines einseitigen Kausalverständnisses tiefergehend zu verorten:

Die individuelle Stilisierung der Lebensbewegung in der Gestalt des *Lebensstils* braucht zwei Referenzpunkte, um ihre Bewegungsrichtung zu bestimmen: Minderwertigkeitsgefühl und

leitende Fiktion (Ziel). Dabei umfasst das Minderwertigkeitsgefühl sowohl konstitutionelle Minderwertigkeit wie die frühe Not im Erleben von Mangel oder Traumata (Eife, 2016, S. 28).

Gisela Eife bietet mit ihrem Buch „Analytische Individualpsychologie in der therapeutischen Praxis: Das Konzept Alfred Adlers aus existenzieller Perspektive“ (2016) einen individualpsychologischen Zugang zum Thema Trauma bzw. zu komplexer (Bindungs-)Traumatisierung. Ausgehend von der Philosophie der Lebensphänomenologie¹ gelingt es ihr vielschichtig, traumatisierte Patient*innen über die Theorie der Individualpsychologie in der existenziellen Dimension ihres Seelenlebens zu erfassen.

2.1 Die übergeordneten Ziele in der Zielhierarchie

Denn hinsichtlich der unbewussten Zielsetzung und Sicherung geht es für den traumatisierten Menschen um viel mehr als für neurotische Patient*innen, nämlich nicht nur um die Regulierung des Selbstwertgefühls, sondern um die grundlegende Sicherung der Existenz, das „Recht“ (über-)leben bzw. überhaupt sein zu dürfen. Dies markiert das erste übergeordnete, existenzielle Ziel (Eife, 2016, S. 60). Hinzu kommt als ebenso lebensnotwendiges Bedürfnis des Menschen jenes nach Zugehörigkeit und Anerkennung in der Gemeinschaft. Dies charakterisiert das zweite primäre, substantielle Ziel: „Die *existenzielle* Perspektive sieht in der menschlichen Lebensbewegung nicht nur das zielorientierte Streben, sondern auch die *originäre Verbundenheit im Gemeinschaftsgefühl*, das unauflösbare Affiziertsein vom Leben“ (ebd., S. 28). Lebensstil und Gemeinschaftsgefühl werden von Adler im Begriff der „doppelten Dynamik“ integriert. Er sieht das Gemeinschaftsgefühl als eine angeborene Anlage, dessen weitere Entwicklung unter dem Einfluss des Körperlichen von den (frühen) Beziehungserfahrungen abhängig ist (Adler, 1937b, S. 204). Das ist inzwischen neurobiologisch nachvollziehbar: „Fehlende Zuwendung in der Frühphase des Lebens beeinflusst nicht nur die spätere Fähigkeit, soziale Verbundenheit zu erleben, sondern hinterlässt bei den Motivationssystemen² auch biologische Spuren“ (Bauer, 2006, S. 53). Gravierende Beeinträchtigungen in den Beziehungen aktivieren die biologischen Stresssysteme (ebd., S. 69). Zentrale Aspekte des Gemeinschaftsgefühls sind die Fähigkeiten zur Kooperation, Einfühlung und Verstehen (vgl. Ansbacher & Ansbacher, 2004, S. 105 ff.). Damit trifft das Konzept Erkenntnisse moderner Forschungen wie der Neurowissenschaften, der Bindungs- und auch der Mentalisierungsforschung, wobei die neueren Befunde den individualpsychologischen Fokus erweitern und einen differenzierten Wissenszuwachs bereitstellen (Rabenstein, 2017a, 2017b, 2023).

¹ Diese Philosophie geht auf den Franzosen Henry Michel zurück und unterstreicht das ursprüngliche Sein und Erscheinen des Lebens.

² Die Motivationssysteme sind ein basisemotionales neurobiologisches System, das ein physiologisches Korrelat für den Antrieb und dadurch die Intentionalität des Menschen darstellt (Bauer, 2006). Sie sind abhängig von Gelingen und Nichtgelingen von Beziehungen und weisen einen Bezug zu Adlers Konzepten auf (Rabenstein, 2017a, S. 29 ff.).

Das Recht auf Leben wie auch der natürliche Wert und die originäre Verbundenheit mit der menschlichen Gemeinschaft sind dem Menschen a priori gegeben, was bedeutet, dass das Individuum diese Grundtatsachen weder erschaffen kann noch muss. Gleichmaßen kann sich diese Wahrheit dem Bewusstsein und der Selbstverständlichkeit des Menschen durch psychische und physische Gewalt entziehen. Denn das Individuum erlebt sich im Empfinden dieser Grundtatsache als abhängig von anderen, welche die Grundgegebenheit des Sein-Dürfens und der originären Zugehörigkeit zunächst über eine bejahende Affektresonanz in den Beziehungen sehen, anerkennen und erfüllen müssen. In diesem Sinn erfährt das Individuum in der Erreichung der übergeordneten, jedem Menschen innewohnenden (wie auch der individuellen) Ziele ein existenzielles Angewiesensein auf die Gemeinschaft, allem voran auf die ersten Bezugspersonen. Das hat zur Folge, dass dauerhafte emotionale Vernachlässigung und Missbrauch subjektiv als Entzug der Daseinsberechtigung gewertet werden. Da es um „Sein oder Nicht sein“ auf der existenziellen Ebene geht, erfordert es in der Not starke, lebensrettende (Über-)Kompensationsmaßnahmen, in deren Rahmen die Betroffenen zu fiktiven Zielen greifen, die weit mehr als im neurotischen Bereich über eine reale Machbarkeit hinauschießen. Das schließt die Fiktion, so mächtig zu sein, etwas erschaffen zu können, was man gar nicht erschaffen kann – wie das Recht zu leben oder Teil der menschlichen Gemeinschaft zu sein – ein. Adlers Konzept des Machtstrebens zeigt sich hier in seiner besonderen Bedeutung des Wunsches nach einer „Selbstermächtigung“ und des „Lebenswillen[s]“ schlechthin, gerade wenn man real machtlos ist (Witte, 2010, S. 114, zit. n. Eife, 2016, S. 25): „Es heißt ‚unbedingt etwas können zu wollen‘, gerade dort, wo sich dieses Etwas jedem Können-Wollen grundsätzlich entzieht“ (Eife, 2016, S. 25), „in der Ohnmacht des Traumas“, ließe sich ergänzen.

2.2 Die individuellen Ziele und ihre Einheit in der Fiktion

Über die übergeordneten und in jedem Menschen verankerten Ziele hinaus sind hierarchisch weitere individuelle – aus der persönlichen Lebensgeschichte des einzelnen heraus generierte – Ziele auszumachen. Um diese im Lauf eines Therapieprozesses gemeinsam mit den Patient*innen zu ergründen, formuliert Eife vor allem zwei Fragen (Eife, 2016, S. 34):

- Aus welcher individuellen (frühen) Notlage will sich der*die Patient*in retten?
- Wohin will er*sie sich retten, welches innere fiktive Bild treibt ihn*sie dabei an? U. a. auch die Frage: „Wie will ich sein oder wie hätte ich sein wollen, um die Notsituation zu bewältigen?“

Der Bewältigungs- ist ein Rettungsversuch, den Adler als Lebensstil definiert und von der „schöpferischen Kraft“ getragen sieht (a.a.O.). Die Rettungsversuche „zentrieren sich um die individuelle Ausgestaltung der Fluchtreaktionen. Sie sollen eine innere und also illusorische Vermeidung des bereits erfolgten Fortgangs des Traumaschemas, dessen Ungeschehenmachen oder Verhinderung der Wiederholung, gewährleisten“ (Hochauf, 2017, S. 17).

Fallbeispiel 1, Frau E³:

Ich merke schon bei Therapiebeginn, dass die Patientin, Frau E, sich hinter einer starken Fassade verbirgt und daher sehr kontrolliert erscheint. Gut gemeint, und um die Patientin zu entlasten, teile ich ihr den Eindruck mit und frage sie, wie es wohl wäre, in der Therapie so sein zu können, wie sie möchte, um ihr ein Gefühl des Angenommenseins zu ermöglichen. Unmittelbar darauf dissoziiert die Patientin, und zwar auf eine Weise, dass ich es nicht bemerke. Am Ende der Einheit offenbart sie es mir. Was war passiert? Frau E hat sich einen „Chamäleon-Modus“ (diese Bezeichnung haben wir später dafür gefunden) angeeignet, die Fähigkeit, sich in jeder Situation ganz an den anderen anpassen zu können und das Eigene zu verbergen, um sich so das Recht (auch) sein zu dürfen, zu sichern. Renate Hochauf bekräftigt, dass dissoziatives Geschehen auch das heimliche Überleben birgt (Hochauf, 2017, S. 18). Ich habe die existenzielle Sicherung der Patientin mit meinem wohlmeinenden Angebot erschüttert, und Frau E musste nach dem erlebten Verlust des schützenden „Chamäleon-Mantels“ sich als Ersatz der Maske der Dissoziation bedienen, mit einer Scham im Nichtvorhandensein gesehen zu werden, verbunden, aber gleichermaßen mit der Scham „verbotenerweise“ doch vorhanden zu sein. Insofern habe ich Frau E entblößt und beschämt. Kausal hat die Patientin aufgrund einer unbewusst gefühlten Gefahr dissoziiert, final um ihr existenzielles Sein dürfen zu retten, da sie in ihrer Fiktion das vordergründig widersprüchlich erscheinende Ziel verfolgt, dann sein zu dürfen, wenn sie nicht ist bzw. das Selbst zugunsten des anderen auflöst. Die Dissoziation hat der Patientin aber auch dazu gedient, sich zu beweisen, mächtiger als ich zu sein, indem sie es konnte, ohne dass ich es durchschaute und sie durch mein (sie) Erkennen in ihrer Existenz gefährdet hätte. Damit drehte sie die subjektiv erlebten Machtverhältnisse, die sie in der Beziehung zur Mutter erlebt hatte, in der Therapiesituation um. Frau E hatte eine narzisstische Mutter, die unter dem Vorwand emotional viel zu geben, die Tochter mit ihren eigenen Gefühlen und ihrer Bedürftigkeit erstickte. Die Dissoziation fungierte für die Patientin als Möglichkeit, sich von der Mutter bzw. von mir abwenden zu können, damit ihr Eigenes nicht völlig sterben würde. Aber die Mutter, die sie auf diese Art zu töten drohte, ist die gleiche Mutter, ohne die sie als Bindungsfigur nicht überleben konnte, also diente die Dissoziation auch dazu, die Mutter nicht zu enttäuschen und zu verlieren, indem sie dieser dadurch vortäuschte, weiter in Kontakt und ganz auf sie bezogen zu sein: „Schamangst wird als radikales Verlassenwerden und Isolation erlebt, als Verschwinden von Objekt und Selbst“ (Wurmser, 2007, S. 57). Die Scham evoziert den Bewegungsimpuls den Kopf abzuwenden, die Mutter der Patientin ertrug aber kein Abwenden des Kindes, und so beabsichtigte Frau E ein inneres, geheimes Abwenden über die Dissoziation mit einem dumpfen, Distanz schaffenden Gefühl im Kopf. Das Ziel der Überwindung, dass sich die Patientin sich selbst zuwenden darf, schlägt fehl, indem Frau E in der Dissoziation sich zwar abwenden kann, aber dabei auch den Kontakt zu sich selbst verliert, was dem Scheitern des (Selbst-)Seins in der Überkompensation entspricht. Somit konnte die

³ In allen Fallbeispielen sind die Einverständnisse der beteiligten und hier anonymisierten Personen für die Veröffentlichung eingeholt worden.

Dissoziation die ambivalenten Ziele von (Selbst-)Sein und Sich auflösen nur behelfsmäßig über die Symptomatik einigen.

„Die individualpsychologische Methode versucht, im Verlauf der Therapie die Überwindung des traumatischen Erlebens durch die individuelle leitende Fiktion der Patientin, durch ihre Einheit und Sinn stiftende Zielvorstellung zu erfassen“, konstatiert Eife (2016, S. 54). Das kann bei schweren bzw. komplexen Traumatisierungen, wie bei Frau E, zunächst schwierig erscheinen, da in einer massiv destruktiv wirkenden Symptomatik ein Überwindungsstreben nicht gleich offensichtlich ist. Ein wesentliches Kennzeichen von Trauma ist jenes der Desintegration bzw. Fragmentierung, der Unverbundenheit der unterschiedlichen inneren Aspekte bzw. Persönlichkeitsanteile. Die Frage liegt nahe, inwieweit bei einer fehlenden Einheit der Persönlichkeit eine einheitliche Zielsetzung gegeben sein kann. Eife zeigt eindrücklich und anhand von differenziert analysierten Fallbeispielen, dass aber gerade das Ziel bzw. die leitende Fiktion als „einheitliche[s] Band diese Zustände zusammenhält“ (ebd., S. 46), die mit einer Fragmentierung einhergehen, entgegen einem vordergründigen Zerfall in die Teile. Denn: „Auch das scheinbare Zerfallen in ‚Teile‘ oder Zustände dient nach Adler der Verwirklichung des unbewussten Ziels“ (a.a.O.). Das heißt, die einzelnen (Persönlichkeits-)Teile bei Desintegration werden über ein gemeinsames Ziel verbunden, wobei die Desintegration bzw. das Zerfallen selbst ein eigenes fiktives Ziel darstellen.

Frau E aus dem Fallbeispiel will das „Ja“ der Mutter, sein zu dürfen, indem sie mit der Dissoziation den (dazu in Widerspruch stehenden) fiktiven Wunsch der Mutter, als Tochter kein Selbst zu haben, erfüllt und sich auflöst. Gleichzeitig wirkt sie mit der Dissoziation dieser Selbstauflösung entgegen, indem sie hinter dem dissoziativen Vorhang heimlich ihr Sein aufrechterhält, es dort vor der Mutter versteckt, weil sie weder ohne die Mutter noch ohne (Selbst-)Sein-Dürfen überleben kann. Die Dissoziation eint die einander entgegengesetzten Ziele in dem von Adler definierten „Konvergenzpunkt“. Er formt aus den gegensätzlichen Zielen, Affekten und Symptomen eine übereinstimmende, fiktive individuelle (Ich-)Gestalt, der dadurch ein einheitliches Handeln möglich wird (Adler, 1930j, S. 361, Eife, 2016, S. 51).

Jedes Symptom – und in der Summe alle Symptome der individuellen Symptomatik – haben ein integratives Potenzial, das heißt eine organisierende und strukturierende Funktion in Bezug auf das Selbst. In diesem Sinn sind auch Phänomene wie Fragmentierung, Depersonalisation und Dissoziation nicht allein phänomenologisch oder kausal als Zerfall, sondern final als Integrationsversuch zu interpretieren und unterliegen höchst individuellen Kreationen.

2.2.1 Die Ziele hinter komplexen Traumasymptomen: ein Bezug zu den „Ego States“

Das „individualpsychologische Credo“ der Einheit der Persönlichkeit lässt sich gut mit dem Ansatz der so genannten „Ego-State-Therapie“ bzw. „Teilearbeit“ in Bezug setzen. Die Ego-State-Therapie ist ursprünglich von John und Helen Watkins entwickelt worden und bietet einen Anschluss an psychoanalytische Konzepte wie jenes der Selbst- und Objekt-Repräsentanzen, der Identifikation und der

Introjektion, wobei schon Paul Federn in Abgrenzung zu seinem Lehrer Freud verschiedene Ich-Zustände definiert hat und in der Psychoanalyse zwischen dem Selbst (der Summe der Selbstrepräsentanzen) und der Ich-Instanz bzw. den Ich-Funktionen (die wahrnehmen, erleben, handeln etc.) unterschieden wird. Die Methode der „Teilearbeit“⁴ geht davon aus, dass das Individuum verschiedene Persönlichkeitsanteile in sich herausbildet, die auch als „Ego-States“ oder „(An-)Teile“ bezeichnet werden, und die der Mensch auf reifem Strukturniveau in der Verbindung der Teile untereinander in einer dynamischen Balance halten kann, was einer gelungenen Integration auf der Basis eines multidimensionalen Selbst entspricht. Schwer bzw. komplex Traumatisierten fehlt in der Desintegration diese Verbindung (Fritzsche & Hartmann, 2010, S. 30 ff.). Die Integration wird durch bestimmte psychische Fähigkeiten bzw. Ich-Funktionen gewährleistet, wie sie die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) psychodynamisch kategorisiert und auf dieser Grundlage zwischen unterschiedlichen Integrationsniveaus von „gut integriert“ bis „desintegriert“ differenziert. Allerdings erfasst ein Diagnoseinstrument wie die OPD keine „Traumadynamik“ in dem Sinn, als dass ein*e komplex traumatisierte*r Patient*in, der*die keine Persönlichkeitsstörung aufweist, sich auf einem reifen Strukturniveau befinden kann, aber in einer Krise oder wenn er*sie „getriggert“ wird, auf ein viel niedrigeres Strukturniveau fallen kann und bei entsprechender Stabilisierung wieder auf ein reiferes Strukturniveau „hinaufspringt“. Dieser dynamische Wechsel wird nicht abgebildet, ist aber bei einer traumaspezifischen Diagnostik zu berücksichtigen, weil es sonst zu einer Fehleinschätzung des Strukturniveaus kommt. Durch die Brille des Ego-State-Konzepts gesehen, ergibt sich die Dynamik aus dem Agieren der einzelnen Teile, denn es sind die jüngeren – sich in existenzieller Not und sich in einer frühen Entwicklungsphase befindenden – Teile, welche das Abdriften in das unreife Strukturniveau bedingen.

Das passt zu Adlers Menschenbild, der das Individuum aus seiner Geschichte heraus zu verstehen sucht. Sein Ich ist dynamisch, eine aus den Beziehungserfahrungen zur Form der individuellen (Denk-, Fühl-, Symbolisierungs-, Verhaltens- und Körper-)Muster „geronnene Bewegung“ (Adler, 1932h, S. 529), die als Lebensbewegung ein Ich-Erleben generiert, das dem Erfahrungsmuster entspricht (Rabenstein, 2017a, S. 229). Adlers Ich kann „als Konstrukt des gesamten (Er-)Lebensvollzugs gesehen werden, das auf dem Nährboden der Interaktion von Gehirn und Körper im Austausch mit der Umwelt erwächst und sich in seiner Dynamik ständig weiter bewegt“ (a.a.O.). Bezogen auf das Teilekonzept zeichnet sich hier die Integration im Sinn der dynamischen Balance ab, sind die Teile aber desintegriert, so liegt individualpsychologisch gesehen eine erstarrte „gefrorene Bewegung“ (Adler, 1933i, S. 552) vor. Die einzelnen (teilweise gegensätzlichen) Ziele der jeweiligen Teile (die unterschiedlichen Alters sind und daher in ihrem Erleben in verschiedenen Zeiten festsitzen) und das einheitliche, sie verbindende Ziel, gestalten die individuelle Dynamik, somit den Lebensstil bzw. die Lebensbewegung.

⁴ Es gibt nicht „die eine“ Methode der Teilearbeit, sondern verschiedene, auf die Teile abzielende Methoden, wie zum Beispiel die hypnosystemisch basierte Ego-State-Therapie (Fritzsche & Hartmann, 2010) oder die Arbeit mit dem inneren Kind (Reddemann, 2001).

Die Aufspaltung in Persönlichkeitsteile dient dem Schutz der Persönlichkeit (Fritzsche & Hartmann, 2010, Peichl, 2010, Reddemann, 2001) und deckt sich daher mit Adlers unbewusstem Ziel der Sicherung. Die Anteile wirken oft gegeneinander, was auf Konfliktniveau den das Individuum in entgegengesetzte Richtungen ziehenden Kräften entspricht. Beispielsweise lässt sich beim Individuation-Abhängigkeits-Konflikt ein Teil denken, der Freiheit und Selbstentfaltung anstrebt und ein Teil, welcher die Bindung sucht. Solange die Teile von der Angst getragen sind, das eine zugunsten des anderen aufgeben zu müssen, gelingt kein „sowohl – als auch“ und der Konflikt, das Spannungsniveau und die Symptomatik bleiben erhalten. Bei komplexem Trauma (wie bei Persönlichkeitsstörungen) treffen meist mehrere psychodynamische Konflikte zusammen, da viele desintegrierte und abgespaltene Teile im traumatisierten Individuum unbewusst gegeneinander wirken. Oft werden die Teile auch als „innere Kinder“ (Reddemann, 2001) bezeichnet, jedenfalls entsprechen sie allen Ichs, die das Individuum zu verschiedenen Zeitpunkten einmal war und die als „Anteile“ in ihm aufbewahrt sind. Sie können in Situationen, in welchen sich zum Beispiel ein „inneres Kind“ (emotional) an eine alte Situation erinnert fühlt, im Erwachsenen als Kind-Repräsentanz auf der inneren Bühne wieder hervortreten, was bei Traumatisierten gehäuft vorkommt.

Zu den abgespaltenen Anteilen bzw. inneren Kindern, die schützen wollen, gehören auch die so genannten „Täterintrojekte“, die sich mit dem Aggressor identifizieren, um ihm nicht ohnmächtig ausgeliefert zu sein. Das Konzept der „Identifikation mit dem Aggressor“ geht auf Sándor Ferenczi zurück, wird aber oft Melanie Klein zugeschrieben, die zu dieser Theorie einen wesentlichen Beitrag geleistet hat. Dahinter steht die Idee, dass sich ein Teil mit dem*der Täter*in identifiziert, ihn*sie in sich aufnimmt, denn der*die Täter*in ist der*die einzige, von dem*der die Rettung kommen kann (Ferenczi, 1933, vgl. Hirsch 2022, S. 58 ff.) Dies betrifft insbesondere Opfer von Gewalt, aber auch Patient*innen wie Frau E. Ein Teil in ihr identifiziert sich mit der Mutter (dem „Aggressor“), denn sie soll für diese nicht vorhanden sein. Der Teil, der dies zu erfüllen versucht, will Frau E schützen, denn dann würde die Mutter sie in der Fiktion anerkennen und sie dürfte endlich sein: „Das Ich muss verändert werden, es muss das Böse in sich aufnehmen, damit der Täter, bzw. das Bild von ihm, gut bleiben kann“ (Hirsch, 2022, S. 59), in diesem Fall die Mutter. Das Konzept der Teilarbeit kann die Individualpsychologie befruchten, wie Thomas Stephenson die Theorieebene betreffend bereits angesprochen hat (Stephenson, 2022). In der therapeutischen Arbeit – nicht nur, aber speziell mit Traumatisierten – kann es hilfreich sein, die oft verwirrenden Phänomene, Zustände und widersprüchlichen Persönlichkeitsaspekte, die der*die Patient*in zeigt, über die Anteile zu verstehen. Die Grundlage des Teilekonzepts beschränkt sich dabei im Allgemeinen auf zwei Prozesse der Persönlichkeit, „der Integration und Differenzierung, oder anders ausgedrückt: der Verbindung von Teilen zu einem Ganzen oder der Zergliederung eines Ganzen in Einzelteile“ (Peichl, 2010, S. 38). Hier kann die Individualpsychologie einen Beitrag zur Teilarbeit leisten, indem das Konzept des einheitlichen Ziels, das die einzelnen widersprüchlichen Ziele (der verschiedenen Anteile) über die leitende Fiktion eint und dem Zerfall in der Desintegration entgegenwirkt, ein zusätzliches Verständnis eröffnet. Eife betont diesen Ansatz, wenn auch ohne

Bezug zum Teilekonzept. Sie verweist auf Adlers Virchowzitat, das hier ebenfalls genannt sei, da es genauso auf die Anteile zutrifft, wenn Adler meint, dass im Organischen „das Individuum eine einheitliche Gemeinschaft [wird], in der alle Teile zu einem gleichartigen Zweck zusammenwirken“ (Adler, 1912a, S. 29, zit. n. Eife, 2016, S. 36).

Auch die individuelle Gestaltung der (Über-)Kompensation kann durch das Denken in (und Arbeiten mit) Teilen der Persönlichkeit greifbarer werden, denn die affektiv und aus einer existenziellen Not heraus agierenden Teile implizieren die Unmöglichkeit der Machbarkeit bzw. das Scheitern an den „zu fiktiv“ bzw. realitätsfern und „zu übermächtig“ gesteckten Zielen und können so gesehen ein finales Verständnis für das Phänomen der Traumareinszenierungen illustrieren. Denn: „An aussichtslosen Zielen festzuhalten und daran zu leiden, scheint dann immer noch besser zu sein, als das, was beim Scheitern gefürchtet wird“ (Eife, 2016, S. 70). Das demonstriert die Patientin, Frau E: Sie will zunächst nicht aus der Dissoziation heraus enthüllt werden, denn damit würde sie die Liebe der Mutter und ihr Recht auf Sein verwirken. Dies stimmt mit Ferenczis Konzept der Identifikation mit dem Aggressor überein, bei dem er den Aspekt der Unterwerfung im Zuge einer „Ich-zerstörenden *primären Identifikation* mit dem traumatischen Introjekt“ betont (Hirsch, 2022, S. 64): „Unterwerfe ich mich seinem Willen so vollkommen, dass ich zu existieren aufhöre [...], so schenkt er mir vielleicht das Leben“ (Ferenczi, 1988, S. 155, zit. n. Hirsch, 2022, S. 64). Das Kind bleibt in dieser Psychodynamik das Opfer, während bei Anna Freud das Kind bei der Identifikation mit dem Aggressor als Schutz selbst zum Aggressor wird (Sandler u. A. Freud, 1989, S. 283, vgl. Hirsch, 2022, S. 64). Beide Zugänge aus der frühen Psychoanalyse gehen mit Eifes und Wittes Sicht einher, dass das traumatisierte Individuum etwas unbedingt können oder erschaffen will, was es gar nicht erschaffen kann, nämlich leben bzw. sein zu dürfen (vgl. Witte, 2010, S. 114, Eife, 2016, S. 25).

3 *Mentalisierung und Bindung: die (frühe) affektive Intentionalität*

Die Introjekte finden sich in Adlers Lebensstil, einem individuellen Zielen und Fiktionen gehorchendes inneres Prinzip, das in der frühen Interaktion aufgebaut wird. Dies entspricht Sterns Organisation der Selbststruktur im Rahmen des Abstimmungsprozesses, der in unzählig wiederholten Variationen zwischen Mutter/Vater und Säugling vollzogen und im psychophysischen Leib des Babys als Episoden abgespeichert wird. Daniel Stern bezeichnet diese als RIG's – „Repräsentationen generalisierter Interaktionen“ (Stern, 2007, S. 160 ff.). Diese sensomotorisch angelegten Schemata bieten eine frühe Form der Selbstorganisation und -struktur und werden zur Erlebens- und Handlungsvorlage für spätere (Lebens-)Situationen, die an die frühen Szenen erinnern (ebd., S. 71, S. 160). So gesehen werden sie genauso zur Folie für die Selbst- und Objektrepräsentanzen, für die Ich-Funktionen und Ich-Zustände, demnach für die Persönlichkeitsanteile.

Die Säuglingsforschung wie auch die Bindungstheorie sind von der Mentalisierungsforschung aufgegriffen und weitergeführt worden. Unter Berücksichtigung des Embodiments – des sensomotorisch bedingten Erlernens von Erlebensmustern – sieht auch das Mentalisierungskonzept die frühe Affektregulierung mit der Bindungsperson als Basis für das Ausformen der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Gemeint ist ein Einüben und Einprägen der Muster über die Resonanz Erfahrung in der Interaktion, sozusagen eines „sozialen Biofeedbacks“ (Fonagy & Target, 2002, S. 839) als „Training“ in der Beziehung, was dem Konzept des Lebensstils von Adler aus einem modernen Blickwinkel nahekommt. Bedeutsam ist dabei, dass das Baby in seiner (emotionalen) Intention erkannt wird, diese von der Pflegeperson auf- und ernst genommen, aber abgemildert bzw. beruhigt und somit reguliert wird. Auf diese Weise entwickelt sich im Kind das Fundament für die Selbstregulation und in weiterer Folge für Fähigkeiten wie Symbolisierung, Perspektivenübernahme und Selbstreflexion (Brockmann et al., 2022, S. 35).

Erfährt der Säugling allerdings eine Bestätigung seines ursprünglichen, bedrohlichen Affekts, wie zum Beispiel Angst, weil die Bezugsperson den Affekt 1:1 zurückspiegelt und in der Resonanz nicht abmildert (wenn das Baby zum Beispiel in die ängstlichen oder leeren Augen einer depressiven Mutter blickt), so kann keine Beruhigung erfolgen, vielmehr werden die Stresssysteme aktiviert. Ähnlich verhält es sich, wenn die Mutter/der Vater mit einem völlig anderen Affekt den Gefühlsausdruck des Babys beantworten, beispielsweise wenn die Betreuungsperson mit Wut auf die Angst des Kindes reagiert. Der Blick einer Mutter oder eines Vaters, der voller Angst, leer oder aggressiv aufgeladen ist, bedeutet für das Kind eine essenzielle Notsituation. Brockmann et al. erkennen in der für das Selbsterleben inadäquaten Resonanz einen Bezug zu dem Konzept des „falschen Selbst“ von Winnicott (ebd., S. 44). In beiden Fällen (Reaktion im gleichen oder in einem anderen, unpassenden Affekt) erleidet der Abstimmungsrythmus zwischen Säugling und Pflegeperson Brüche. Abgesehen davon kann ein böses oder ein Leere hinterlassendes fehlendes Objekt im Innen zum verfolgenden Introjekt werden (Fonagy, 1998, S. 161), zum Täterintrojekt in der Sicht des Teilekonzepts. Liegt eine Brüchigkeit in der Interaktion kontinuierlich vor, so ist der Weg für eine Bindungstraumatisierung und eine spätere, dem entsprechende, Symptomatik geebnet, die sich unweigerlich auch in der therapeutischen Beziehung zeigt, wie die Autorin anhand eines Fallbeispiels aus einem individualpsychologischen Blickwinkel analysiert hat (Rabenstein, 2023).

Fallbeispiel 2, Frau F:

Eine Patientin erzählt in der Stunde, dass bei ihrem Vater eine fortgeschrittene neurodegenerative Erkrankung festgestellt worden sei, die sie – genetisch bedingt – auch treffen könnte. Dies habe in ihr eine Todesangst ausgelöst, zum einen aufgrund der realen Möglichkeit, gleichzeitig habe das Aktuelle wieder alte (kindliche) Todesängste angestoßen und darüber hinaus die Sorge um den Vater. Sie ist in einem verzweifelten und weinerlichen Modus. Die Therapeutin will empathisch in Resonanz gehen

und sagt, dass es sicherlich nicht leicht sei, den früher starken Vater in diesem Zustand zu sehen. Daraufhin wechselt die Patientin plötzlich in einen aggressiven Modus und widerspricht der Therapeutin wütend: „Mein Vater war nie stark, er war immer schwach!“. Es liegt nahe, die Wut der Patientin auf ihren Vater zu ergründen. Hier soll aber der Fokus auf die Beziehungsszene zwischen der Patientin und der Therapeutin gelegt und unter dem Blickwinkel der Mentalisierung betrachtet werden. Welcher Bruch war auf dieser Ebene geschehen? Die Therapeutin hatte während ihrer Aussage den einen Arm geöffnet und über der Armlehne ihres Fauteuils ausgebreitet abgelegt. Dabei beugte sie den Rücken leicht zurück in Richtung Lehne. Die Änderung der Körperhaltung der Therapeutin empfand die Patientin als überheblich, wie sie dann sagen konnte. Tatsächlich hatte sie abseits einer Übertragung etwas richtig wahrgenommen: Die Therapeutin regulierte sich in emotionalen Therapiesituationen auf diese Art, und die Bewegung zeigte an, dass sie sich aus dem Thema innerlich etwas herausnahm. Insofern erlebte die Patientin auf der Mikroebene in ihrem aktivierten Bindungsbedürfnis eine „inadäquate emotionale Resonanz“ auf ihre Affekte (Traurigkeit, Verzweiflung) in der Mentalisierung durch die Therapeutin, und die Wut galt neben dem Vater auch der Therapeutin persönlich. Es ist sinnvoll, speziell die Ebene der Mentalisierung in der therapeutischen Beziehung zu berücksichtigen und auf Mentalisierungsbrüche auf beiden Seiten zu achten.

3.1 Das Scheitern im Affektdialog

Der Psychoanalytiker Sebastian Leikert beschreibt die Brüche in der emotional determinierten Interaktion als Scheitern des Affektdialogs, das im betroffenen Individuum „Affektrümmer“ und „verkapselte Körperengramme“ zurücklässt und die Entwicklung eines fundierten Kernselbsts verhindert (Leikert, 2022, S. 109). Er differenziert im frühen – vom sinnlichen (Selbst-)Erleben geprägten – Kommunikationsdialog zwischen *Affektsignal* und *Aktivierungsmuster* (a.a.O.). Als Beispiel nennt er die Wiedersehensfreude, bei der eine Person als Affektsignal sein emotionales Befinden, seine Intention nach Erwidern der Freude und gegebenenfalls nach einer Umarmung ausdrückt. Dies wird begleitet vom Aktivierungsmuster, welches das Bereitmachen des Organismus auf die mit dem Affektsignal abgezielte Handlung bzw. Resonanz beim Gegenüber darstellt, es ist der körperliche Aspekt des Affekts: „Scheitert der Affektdialog, so wird der Affektausdruck gehemmt und von dem entsprechenden Aktivierungsmuster disziiert“ (ebd., S. 110). Erfährt die Person in ihrer Wiedersehensfreude eine Ablehnung, wird sie ihr Affektsignal einstellen, sie wird die Arme fallenlassen und das strahlende Lächeln wird aus dem Gesicht weichen. Vielleicht kommt ein anderer Affekt, wie zum Beispiel Scham, mit dem nun diesem anderen Gefühl angeglichenen, Aktivierungsmuster, auf. Wenn Kinder von früh an ein beständiges Scheitern im Affektdialog erleben, wird die erwähnte Bindungstraumatisierung sehr wahrscheinlich, wobei die Hemmung sodann bereits vor einer bewussten Steuerung einsetzt, das heißt unbewusst und permanent verankert wird, es erfolgt kein Ausdruck mehr. „Die Trümmer des gescheiterten Affektdialogs finden sich stattdessen in Form desorganisierter Aktivierungsmuster im Körperselbst wieder“, konstatiert Leikert und bezeichnet sie als „Körperengramme“ (Leikert, 2022, S. 110). Er

schlussfolgert: „Ein körperlich encodiertes Unbewusstes ist entstanden“ (a.a.O.). Letzteres wird auch über die inneren (Kind-)Teile symbolisiert, denn es ist ihr Affektdialog, der zum Erliegen gekommen ist, und es sind ihre ungeliebten Selbstaspekte, deren Abkapselung im Leib ihre Desintegration markieren.

Die Ausführungen legen einen Bezug zur Entwicklung eines unsicheren Bindungsstils nahe, denn es ist davon auszugehen, dass ein Scheitern des Affektdialogs zu unsicher-vermeidendem, unsicher-ambivalentem oder unsicher-desorganisiertem Bindungsverhalten führt, wie es von Bowlby in Form der Bindungsstile beschrieben worden ist (Bowlby, 2006). Bindungstraumata haben eine Hyperaktivierung des Bindungssystems zur Folge, da traumatisches Erleben das Bindungsbedürfnis hochsteigert und sich dieses normalerweise in der Abhängigkeit an jene Bezugsperson richtet, von welcher die Bedrohung – auf welche Art auch immer – ausgeht (Fonagy, 2009, S. 51). Der Psychoanalytiker und Begründer der mentalisierungs-basierten Therapie, Peter Fonagy, verweist auf die Zusammenhänge von Bindung und Mentalisierung und bekräftigt, dass Bindungszustände, die emotional hoch aufgeladen sind, die Mentalisierung behindern, somit auch die Fähigkeit, das Gegenüber als Individuum wahrzunehmen (ebd., S. 50), was wir auch in Therapiesituationen mit Traumatisierten immer wieder erleben: „Der verheerende psychische Einfluss von Bindungstraumata ist dann das kombinierte Resultat von Hemmung der Mentalisierung durch Bindung und Hyperaktivierung des Bindungssystems durch das Trauma“ (ebd., S. 51).

Individualpsychologisch betrachtet, kann das Bindungsbedürfnis mit dem Zärtlichkeitsbedürfnis in einen Bezug gesetzt werden (Pap, 2010, Rabenstein, 2017a, S. 45 ff.), die Mentalisierung mit der Apperzeption, die – je schwerer die Bindungstraumatisierung ist – eine umso gravierendere tendenziöse Verzerrung erfährt, und zwar bezüglich der Selbst-, wie auch der Fremdwahrnehmung. Genauso bieten Leikerts Affekttrümmer, die aufgrund nicht ausgelebter Aktivierungsmuster als Körperengramme im psychophysischen Leib eingekapselt verbleiben, ein zusätzliches Verständnis für Adlers Lebensstil bzw. Lebensbewegung, konkret für die „gefrorene Bewegung“ (Adler, 1933i, S. 552). Gisela Eife arbeitet heraus, dass Adler das Ich mit der (Lebens-)Bewegung gleichsetzt, „deren überdauernde Formen als gefrorene Bewegung definiert werden“ (Eife, 2010, S. 41, vgl. Witte 1991, S. 73). Das sind die lebensstiltypischen Strategien, die in den (früh-)kindlichen Beziehungserfahrungen herausgebildet werden und als „geronnene Bewegung“ (Adler, 1932h, S. 529) die Form des Lebensstils annehmen und eine Variabilität – je nach sozialem Kontext – gewähren. Bei Bindungstraumata geht der dynamische Aspekt des Lebensstils verloren: „Die aus den Interaktionserfahrungen dynamisch zur (Lebensstil-)Form geronnene Bewegung wird zur starren Gestalt, friert ein“ (Rabenstein, 2023, S. 75), wozu – gemäß Leikerts Gedanken – die Unterdrückung (andernfalls das Ausagieren) bestimmter organischer Aktivierungsmuster gehört. Das Denkkonzept passt auch zur Stressforschung, die bei psychosomatischen Erkrankungen aufgrund von (extremer) Belastung „eingefrorene Handlungsbereitschaften“ identifiziert (Rudolf, 2000, S. 286), genauso wie die Psychotraumatologie jene Handlungsimpulse, die im Rahmen des Traumageschehens nicht ausagiert werden können, als „eingefrorenes Handlungsfragment“ ausmacht (Fischer & Riedesser, 2003, S. 119, vgl. Rabenstein, 2023).

Fallbeispiel 3 (zur Wiedersehensfreude), Fortsetzung Frau E:

Die Patientin, Frau E, erinnert sich, wie ihre Mutter sie nach der Schule gewöhnlich freudestrahlend zu Hause erwartete, als Frau E durch die Tür hereinkam. Ich frage sie, wie sich das für sie anfühlte. Sie sagt, gruselig, denn die Mutter erschien ihr wie die „Grinsekatz“ aus *Alice im Wunderland*. „Oh“, frage ich neugierig, was hat sie denn mit der Grinsekatz gemeinsam?“

Dass sich hinter dem strahlenden Lächeln meiner Mutter etwas anderes verbarg, dass sie das irgendwie für sich gebraucht hat, dass ich wieder da war, hm, als wäre sie zum Absprung bereit, um mich freudig zu verschlingen. Und eigentlich habe ich mich in dem Moment furchtbar geschämt,

meint Frau E. Ich frage erstaunt, wofür sie sich denn da geschämt habe. In der Folge können wir erarbeiten, dass die Mutter wohl eine eigene unbewusste Scham auf sie Patientin übertragen hatte, weil sie diese manipulativ als narzisstisches Objekt missbrauchte. Als Frau E das erkennt, sagt sie, dass das ja auch gut zur Grinsekatz passt, die im Film immer wieder unsichtbar wird und dann wieder an einer anderen Stelle der Mauer auftaucht, so wie die eigenen emotionalen Bedürfnisse der Mutter, die sie „heimlich“ an die Tochter herantrug, immer wieder hinter den scheinbar der Tochter geltenden Affekten deutlich bzw. spürbar wurden. Und die Tochter übernahm die Strategie der Mutter.

Die Mentalisierung verlief defizitär, da die Mutter die Affekte und die darin enthaltenen Intentionen und Bedürfnisse der Tochter nicht aufnahm, sondern mit einer dissonanten Resonanz reagierte, und Frau E sah in der „Spiegelung“ in den Augen der Mutter hauptsächlich die Gefühle und Bedürfnisse der Mutter. Diese Affekte, Bedürfnisse und Intentionen „bestätigte“ die Mutter in der inadäquaten Mentalisierung Frau E – vermutlich schon als Baby – als ihre eigenen affektiven Regungen. Ein Erleben von einem Gemeinsamen und gleichzeitigem Erleben der Differenz zwischen Eigenem und dem anderen blieb verwehrt. So entstand eine Selbstentfremdung. Das Fremde des Mutterintrojekts entspricht dem „Gruseligen“ und „Unheimlichen“ der Grinsekatz, die Diskrepanz steht einer Resonanz und Differenzierung zwischen Selbst und Objekt entgegen. Das Lebensgefühl der Patientin vollzog sich im Spannungsfeld zwischen unbewusster Wut, Scham und dem Abhängigkeitsgefühl, ohne den anderen nicht sein zu können und zu dürfen, der aber ihr Eigenleben im Keim erstickt. Das Beispiel veranschaulicht, dass Bindungstraumatisierungen bei weitem nicht nur in vernachlässigenden und gewaltbesetzten Beziehungen offenbar werden. Patient*innen wie Frau E werden in ihrer komplexen Traumatisierung oft nicht gleich erkannt, auch deshalb, weil sie in den Affekten viel mehr über- als untersteuert, im Gegensatz zum impulsiven Typus, sind. Die Untersteuerung tritt dann ein, wenn die Abwehr kippt und die Person in einen Hyperarousal kommt. Bis dahin kann ein hohes Funktions-Ich vorhanden sein, in dessen Rahmen Betroffene gewohnt sind, starke Arousal in sich auszuhalten, ohne dass das Umfeld viel bemerkt. Es ist ihnen in diesem Sinn vertraut, ein massives Auseinanderklaffen zwischen dem inneren Zustand und der äußeren Umgebung aufrechtzuerhalten und zu ertragen. Oft sind es zunächst „nur“ die Traumafolgestörungen, die evident werden, zum Beispiel in Form von Depressionen oder

Panikattacken, somatoformen Störungen und psychosomatischen Beschwerden. – Hier erscheint das Trauma wie die Grinsekatz, die verschwindet und sich da und dort in diversen Symptomen wieder zeigt, aber dahinter der eigentliche Schrecken, das Trauma, oft lange unsichtbar bleibt.

Je komplexer das Trauma ist, desto mehr manifestiert es sich organismisch in permanenten Zuständen von muskulärer und psychischer Anspannung, Hypervigilanz und auf der Gefühlsebene Ohnmachtserleben in der Abspaltung des Emotionalen und Nicht fühlen oder umgekehrt in einem immer wieder Überflutet und Überwältigt werden von negativen Gefühlen, womit ein Verlust des Körper- und Selbstbezugs einhergeht (van der Kolk, 2017, S. 107 ff., Levine, 2015, S. 22 ff.). Denn:

Das Aktivierungsmuster, d. h. die zum Affekt passende Aktivierung des Körpers, vollzieht sich im unüberschaubar komplexen Zusammenspiel zerebraler, hormoneller und muskulärer Inervations- und Hemmungsvorgänge. Diese Muster der Aktivierung vernetzen sich zu einem Ganzen, das den Menschen in seiner sichtbaren Körperlichkeit und Ausstrahlung prägt. Vor allem aber entsteht hier das Lebensgefühl des Subjekts (Leikert, 2022, S. 114).

Die Neurowissenschaften bestätigen dies, indem sie auf der Basis der Interaktion zwischen Gehirn und Körper das im Hintergrund stets vorhandene affektiv gefärbte Körper- bzw. Selbsterleben betonen und es als „primäres“ Selbst- bzw. „Kernbewusstsein“ identifizieren (z. B. Damasio, 1997). Genauso kommen die Gedanken Adler entgegen, der die Bildung des Lebensstils von den Affekten geleitet sieht: „Die Individualpsychologie [...] steht und fällt mit der Behauptung, dass auch die Gefühle, wie jede andere seelische Bewegung und einheitlich mit jeder anderen seelischen Bewegung nach einem einheitlichen Ziele gerichtet sind“ (Adler, 1933c, S. 203): „Affekte sind für Adler ein für die Intentionalität des Individuums bestimmender Faktor“ (Rabenstein, 2017a, S. 230).

3.2 *Dissoziation als Folge des fehlgeschlagenen Affektdialogs*

Die im System des Körperselbst geprägten Aktivierungsmuster werden im Zuge der wiederholten Beziehungserfahrungen automatisiert und im Individuum koordiniert oder diskordiniert, wobei dies vorwiegend ein unbewusstes Geschehen bleibt (Leikert, 2022, S. 114). Eine Diskoordination verläuft entlang des Schwunds des Körper- und Selbstbezugs. Hochauf betont dahingehend den Verlust der Ganzheitlichkeit der Wahrnehmung und markiert damit die Desintegration und Dissoziation des Körpers wie der Psyche. Die Psychoanalytikerin unterstreicht, dass im Zuge des dissoziierten Wahrnehmens das Ende des Traumageschehens und das Überleben nach dem Schock nicht ins Bewusstsein dringen. Statt dem bewusst erlebten Abschluss des Traumatischen bildet sich eine andauernde psychophysische Blockade (aus den nicht ausagierten Gefühlen und körperlichen Handlungsbereitschaften während des Traumas), welche das weitere Erleben für die Zukunft – gerade in Beziehungen – bestimmt (Hochauf, 2017, S. 14 f.). Hochauf lokalisiert hier den „Kern des damit verbundenen Defizits an Strukturbildung“ (ebd., S. 15).

Zu diesem gehört die Beeinträchtigung der Mentalisierung. Fonagy erläutert dazu, dass Traumatisierte meist zwischen einem Äquivalenz- und einem Als Ob-Modus pendeln. Unter Äquivalenz versteht er, wenn die mentale Verfassung als äquivalent zur physischen Realität, inneres Erleben und äußere Welt, als (1:1) übereinstimmend erlebt werden. Der Als Ob-Modus entspricht wiederum dem dissoziativen Wahrnehmen, in welchem die Realität von der Fantasie getrennt, somit unverbunden ist (Fonagy, 2009, S. 44–45). Darüber hinaus lässt Trauma viele Betroffene auf einen weiteren prämentalistischen Modus, den teleologischen Modus, zurückfallen. Er ist präverbal und geht aus einer frühen Entwicklungsphase hervor, in welcher Kinder (im Alter von neun Monaten) bereits zielgerichtetes Verhalten identifizieren können, allerdings nicht mental (die Ursachen dahinter interpretieren können), und sie daher auf die Beobachtung bzw. Handlung angewiesen sind: „Die Regression auf diesen teleologischen Gedankenmodus ist vielleicht der schmerzhafteste Aspekt einer Subjektivität, die der Mentalisierung beraubt ist“ (ebd., S. 45), was sich in vielen Therapiesituationen durch die Trauma-Reinszenierung bzw. sich im Enactment schmerzhaft wiederholt, weil einerseits auf Seiten solcher Patient*innen das erwähnte Mentalisierungsdefizit besteht und gleichzeitig, damit einhergehend, die oben genannten Modi der Patient*innen in den Therapeut*innen Mentalisierungseinbrüche evozieren, wenn der*die Therapeut*in beispielsweise seinen*ihren Ärger ausagiert oder zum*zur Beschämenden wird. Insofern kommt der Mentalisierung (bzw. ihrem Einbruch) bei Phänomenen wie projektiver Identifikation und Projektion eine bedeutsame Rolle zu.

3.2.1 Die Finalität der Dissoziation: ein Mantel der Scham

Dissoziative Phänomene implizieren oft den Aspekt der malignen bzw. existenziellen Scham, überhaupt zu sein. Es handelt sich um einen finalen Aspekt, da die Dissoziation dem Verbergen gilt. „Das Ziel der Scham ist das Verschwinden: Dies kann am einfachsten durch das Verstecken geschehen, am radikalsten durch die Auflösung (Suizid)“, proklamiert Wurmser (2007, S. 147). Dazu gehört in der Dissoziation die erwähnte Scham, „heimlich“ überlebt zu haben (Hochauf, 2017, S. 18), Hirsch spricht von der „Überlebendenscham“ (Hirsch, 2022, S. 143). In einer mäßigeren Form dient die Scham dazu, „Selbst-Objekt-Grenzen zu stärken, dem Begehren des Anderen Grenzen entgegenzusetzen“ (a.a.O.). Darüber hinaus weist sie, gerade bei Traumatisierten, noch weitere Facetten auf, wie zum Beispiel den „Gesichtsverlust“, dass man sich überhaupt zum Opfer hat machen lassen und jene Scham, die man vom*von der Täter*in, der*die diese vermissen lässt, übernommen hat. Täter*innen verleugnen oftmals nicht nur die Scham, sondern auch die Schuld, welche meistens genauso von den Opfern einverleibt wird (ebd., S. 145 ff.), bis hin zum „Überlebendenschuldgefühl“ (ebd., S. 143), wobei Schamgefühle auch durch Schuldgefühle verdeckt werden können, da man in der Schuld weiter Handelnder bleibt (ebd., S. 148). Individualpsychologisch gedacht hat man in der Schuld fiktiv zumindest etwas bewirkt, entgegen des kompletten Verlustes der Selbstwirksamkeit in der Ohnmacht des Traumas.

Auch hinter Aggression – man denke an Patient*innen mit Borderline-Struktur – kann die maligne Scham abgewehrt werden. Dazu kommt mir eine Patientin mit einer Borderline-Diagnose aus einer Gruppe mit komplex Traumatisierten in den Sinn, die uns Therapeut*innen immer wieder aggressiv begegnete und zwischen den Ausbrüchen mit hängendem Oberkörper in sich versunken dasaß. Dabei wirkte sie dissoziierend. Es ist zu vermuten, dass ihre beiden Modi (Aggression – Dissoziation) nicht nur destruktive Affekt- und Nähe-Distanz-Regulationsversuche waren, sondern auch die Abwehr einer unerträglichen existenziellen Scham (überhaupt zu sein) bezweckt haben. Darüber hinaus liegt oft eine große Diskrepanz zwischen innerem (Selbst-)Erleben und der äußeren Wirkung beim Gegenüber vor. Beispielsweise können sich traumatisierte Patient*innen im gleichen Moment ohnmächtig fühlen, in welchem sie dem Gegenüber sehr aggressiv erscheinen. Sie bekommen die „Täter-Opfer-Umkehr“ nicht mit und erfahren die Situation entsprechend der alten traumatischen Szene entgegen ihrem aktuellen Handeln, wiewohl sie unbewusst gerade den anderen über die Aggression zu beschämen versuchen.

Scham und Schuld können mit den Ego States in einem Zusammenhang gesehen werden, manches Mal entschärft der Zugang über die Teile die unerträglichen Gefühle, sie werden tragbarer, weil sie mit einem Teil und nicht mehr zwangsläufig mit dem ganzen Menschen assoziiert werden. Die von den Affekten beladenen – und teilweise abgespaltenen – Teile können gleichermaßen mit Leikerts *Affekttrümmern* in Verbindung gebracht werden. Er registriert in der Dysregulation des Individuums ein Auseinanderfallen in die beiden von ihm im sinnlichen Selbst lokalisierten Hälften, dem Aktivierungsmuster und dem Affektzeichen. Zurück bleiben die im Körper nun eingekapselten „Affekttrümmer“ (Leikert, 2022, S. 117): „Die Ganzheit einer gerichteten Intentionalität, die sich im gestischen und mimischen Ausdrucksverhalten an den Anderen wendet, fällt in Trümmer“ (a.a.O.). Leikerts Zugang führt genauso an die von Hirsch herausgestellte Körperdissoziation heran. Letzterer unterstreicht, dass das Körper-Selbst abgespalten und der Körper wie ein äußeres Objekt behandelt werden kann. In diesem Fall fungiert der Körper zur Abgrenzung gegen Objekte im Außen, die als gefährlich erlebt werden. Der Körper repräsentiert des Weiteren gleichzeitig das misshandelte Kind wie die misshandelnde Bezugsperson (Hirsch, 2022, S. 157), einen ertragenden (Opfer-)Teil und einen handelnden (Täter-)Teil. Körperliches und psychisches Selbst sind dabei getrennt und doch verbunden, ähnlich wie Hirsch am Beispiel von Selbstschädigungen erläutert (Hirsch, 2018, S. 20). Aufgrund der mangelnden feinfühligem Resonanz der Bindungsfiguren soll der eigene Körper symbolisch das fehlende Objekt vertreten, um die nicht mentalisierten Affekte, die hervorzubrechen drohen, abzuwehren und eine Selbstaflösung zu verhindern (ebd., S. 17). Hirsch bezieht sich auf selbstverletzendes Verhalten, Dysmorphophobie, Essstörungen etc. Die Autorin vermutet, dass dieser Ansatz gleichermaßen ein Verstehen für psychosomatische Phänomene ermöglicht und dass die „Mutterfunktion“ fiktiv auf einen Körperteil, wie zum Beispiel den Kopf, mit dem der Rest des Körpers – symbolisch das Kind – gehalten wird, übertragen werden kann (Rabenstein, 2023).

Individualpsychologisch betrachtet birgt die Körper-Dissoziation in jeder Form ein Ziel der Überwindung in sich. Es ist eine verquere Form der Selbstzuwendung und endet im Scheitern, da das fürsorgliche Mutter-Objekt nicht auf diese Art (nachträglich durch sich selbst) ersetzt werden kann, sondern – im Gegenteil – die Misshandlung des Objekts wiederholt wird. Hirsch formuliert: „Alle Formen des pathologischen Körperagierens sollen Schlimmeres vermeiden, nämlich eine Desintegration des ganzen Selbst, indem Teile des Selbst geopfert werden“ (Hirsch, 2022, S. 157–158).

4 *Schlussfolgerungen für die Praxis*

Es wurde gezeigt, wie Adlers Fokus auf die Intentionalität in der Betrachtung des komplex traumatisierten Individuums – unter Bezug auf Eife – eine tiefere Dimension des Verstehens eröffnet. Insbesondere Phänomene wie Desintegration oder Dissoziation erhalten so eine zusätzliche Bedeutungsebene. Denn die Sicht des einheitlichen Ziels und der leitenden Fiktion, welche die individuellen (gegensätzlichen) Ziele einen, um nicht einem befürchteten Zerfall zu erliegen, erweist sich als erhellend. Diesen Aspekten in der Therapie über die adlerianische Lebensstilanalyse individuell auf den Grund zu gehen, ist der spezifisch individualpsychologische Zugang. Dabei stehen die Frage nach der frühen Not, aus welcher sich das Individuum in der Fiktion retten will, und die Frage nach der Fiktion des Persönlichkeitsideals, wohin sich das Individuum retten will, im Zentrum (Eife, 2016).

Dabei kommen wir als Therapeut*innen immer wieder in die Verlegenheit, dass wir die existenzielle Sicherung des*der Patient*in, für den*die es sodann auch in der Therapiesituation ums Überleben geht, „destabilisieren“. Das kann im Zuge wohlmeinender Interventionen geschehen, und es kann uns daher entgehen, dass wir die Patient*innen gerade selbst wieder in die frühe Not bringen, zum*r Täter*in werden oder beschämen. Insofern ist es hilfreich, eine Sensibilität für solche Therapieszenen und insbesondere für Mentalisierungsbrüche in der Therapie zu entwickeln. Hinsichtlich letzterer hilft es wahrzunehmen, welchen Mentalisierungsmodus der*die Patient*in aufweist, aber auch, welche inneren Anteile gerade beteiligt sind bzw. in welchem Ego State sich der*die Betroffene aktuell befindet.

Die Arbeit mit Anteilen zu nützen, bedeutet, mit den Patient*innen die einzelnen „Persönlichkeiten“ der Teile, ihre (Er-)Lebensgeschichte, ihre Affekte und ihre (widersprüchlichen) Ziele zu ergründen und einen Dialog zwischen den Teilen zu fördern, wie es beispielsweise die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) von Luise Reddemann (2001) intendiert. Hinsichtlich der Affekte sind auch jene Teile zu beachten, die hinter dissoziativem Geschehen in der Abwehr verborgen werden, wie zum Beispiel eine existenzielle Scham, überhaupt zu sein. In der Dissoziation ist das Überlebt haben nicht bewusst, und dies wiederholt sich in der Therapie. Deshalb ist speziell bei Traumatisierten (aber auch bei neurotischen Patient*innen) im Therapieprozess die Möglichkeit des Zu-Ende-Erlebens zu fördern (Hochauf, 2017, S. 36). Der Ansatz stimmt mit der Analytischen Körperpsychotherapie überein, welche ebenso frühere Blockaden in der Interaktion, die sich im Körper des*der Patient*in verfestigt haben,

aufspürt. Dies geschieht in der Resonanz mit dem*r Analytiker* in, der*die in der Mitbewegung ein Ausleben und Abschließen der Impulse unterstützt und auf diese Weise den Raum für korrektive Leiberfahrungen (Leib als untrennbare psychophysische Einheit) aufschließt (Geißler & Heisterkamp, 2013; Heisterkamp, 1993). Leikert markiert dabei das Affektsignalisieren, das als Kind eingefroren und auf Dauer zurückgenommen worden ist und wieder angeregt werden kann (Leikert, 2022, S. 117) – hier über die Arbeit mit Anteilen, dort über mentalisierungsbasierte Therapie oder über körpertherapeutische Verfahren. Für uns Individualpsycholog*innen bieten diese Zugänge eine Erweiterung unseres professionellen Handlungsrepertoires, sie können in den Dienst der uns therapeutisch leitenden Fiktion – der Maxime des Arbeitens mit den (unbewussten) Zielen – gestellt werden.

Literatur

- Adler, Alfred (1912a/2008). Über den nervösen Charakter. In Karl Heinz Witte, Almuth Bruder-Bezzel, & Rolf Kühn (Hrsg.), *Über den nervösen Charakter. Alfred Adler Studienausgabe, Band 2*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Adler, Alfred (1927a/2007). Menschenkenntnis. In Jürg Rüedi (Hrsg.), *Menschenkenntnis. Alfred Adler Studienausgabe, Band 5*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Adler, Alfred (1930j/2010). Nochmals – Die Einheit der Neurosen. In Gisela Eife (Hrsg.), *Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Band 3* (S. 355–372). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Adler, Alfred (1932h/2010). Die Systematik der Individualpsychologie. In Gisela Eife (Hrsg.), *Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Band 3* (S. 527–531). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Adler, Alfred (1932i/2010). Der Aufbau der Neurose. In Gisela Eife (Hrsg.), *Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Band 3* (S. 532–540). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Adler, Alfred (1933b/2008). Der Sinn des Lebens. In Reinhard Brunner, & Ronald Wiegand (Hrsg.), *Der Sinn des Lebens. Religion und Individualpsychologie. Alfred Adler Studienausgabe, Band 6* (S. 5–176). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Adler, Alfred (1933c/2008). Religion und Individualpsychologie. . In Reinhard Brunner, & Ronald Wiegand (Hrsg.), *Der Sinn des Lebens. Religion und Individualpsychologie. Alfred Adler Studienausgabe, Band 6* (S. 177–224). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Adler, Alfred (1933i/2010). Über den Ursprung des Strebens nach Überlegenheit und des Gemeinschaftsgefühles. In Gisela Eife (Hrsg.), *Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Band 3* (S. 550–558). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Adler, Alfred (1937b/2009). Psychiatric aspects regarding individual and social disorganization (Psychiatrische Gesichtspunkte individueller und sozialer Störungen). In Almuth Bruder-Bezzel (Hrsg.), *Gesellschaft und Kultur (1897–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Band 7* (S. 199–207). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ansbacher, Heinz L., & Ansbacher, Rowena (Hrsg.). (2004/1982). *Alfred Adlers Individualpsychologie* (5. Ausg.). München: Ernst Reinhardt.
- Bauer, Joachim (2006). *Prinzip Menschlichkeit: Warum wir von Natur aus kooperieren*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Bowlby, John (1975/2006). *Bindung*. München: Ernst Reinhardt.
- Brockmann, Josef, Kirsch, Holger, & Taubner, Svenja (2022). *Mentalisieren in der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie. Grundlagen, Anwendungen, Fallbeispiele*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Damasio, Antonio R. (1997). *Descartes' Irrtum: Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: dtv.
- Eife, Gisela (2010). Einleitung zur Textausgabe gesammelter Aufsätze von Alfred Adler. In Eife, Gisela (Hrsg.), *Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937). Alfred Adler Studienausgabe Band 3* (S. 9–54). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Eife, Gisela (2016). *Analytische Individualpsychologie in der therapeutischen Praxis. Das Konzept Alfred Adlers aus existenzieller Perspektive*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ferenczi, Sándor (1933). Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind (Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft). *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 19(1-2), S. 5–15.
- Ferenczi, Sándor (1988). *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Fischer, Gottfried, & Riedesser, Peter (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München u. Basel: Ernst Reinhardt.
- Fonagy, Peter (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bull Menninger Clin* 62(2), S. 147–169.
- Fonagy, Peter, & Target, Mary (2002). Neubewertung der Entwicklung der Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicotts Konzept des „falschen Selbst“. *Psyche*, 56(9–10), S. 839–862.
- Fonagy, Peter (2009). Bindung, Trauma und Psychoanalyse – Wo Psychoanalyse auf Neurowissenschaft trifft. In Leuzinger-Bohleber, Marianne, Canestri, Jorge, & Target, Mary (Hrsg.), *Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung* (S. 40–61). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Fritzsche, Kai, & Hartman, Woltemade (2010). *Einführung in die Ego-State-Therapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Geißler, Peter, & Heisterkamp, Günter (2013). *Einführung in die analytische Körperpsychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Heisterkamp, Günter (1993). *Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie*. München: Pfeiffer.
- Hirsch, Mathias (2018). *Körperdissoziation*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hirsch, Mathias (2022). *Traumatische Realität und psychische Struktur. Zur Psychodynamik schwerer Persönlichkeitsstörungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hochauf, Renate (2017). *Frühes Trauma und Strukturdefizit. Ein psychoanalytisch-imaginativ orientierter Ansatz zur Bearbeitung früher und komplexer Traumatisierungen*. Kröning: Asanger.
- Kausen, Rudolf (1995/1985). Gebrauchpsychologie/Besitzpsychologie. In Reinhard Brunner, & Michael Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (S. 176–177). Basel: Ernst Reinhardt.
- Leikert, Sebastian (2022). Affektdialog, Affektrümmer, verkapselte Körperengramme. Behandlungstechnische Überlegungen zum körperlich encodierten Unbewussten. In Sebastian Leikert (Hrsg.), *Das körperliche Unbewusste in der psychoanalytischen Behandlungstechnik* (S. 109–138). Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

- Levine, Peter A. (2015). *Vom Trauma befreien. Wie Sie seelische und körperliche Blockaden lösen*. München: Kösel.
- Panksepp, Jaak, & Biven, Lucy (2012). *The Archaeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York: W. W. Norton.
- Pap, Gabriela (2010). *Bindungstheorie und Individualpsychologie*. Unveröffentlichte Dipl.-Arb., Sigmund Freud Privat Universität, Wien.
- Peichl, Jochen (2010). *Jedes Ich ist viele Teile. Die inneren Selbst-Anteile als Ressource nutzen*. München: Kösel.
- Rabenstein, Susanne (2017a). *Individualpsychologie und Neurowissenschaften. Zur neurobiologischen Fundierung der Theorien Alfred Adlers. Psychotherapiewissenschaft in Forschung, Profession und Kultur, Bd. 20*. Münster, New York: Waxmann (zugleich Dissertation Sigmund Freud-Privatuniversität 2016).
- Rabenstein, Susanne (2017b). Verkörperte Subjektivität, leibliche Intersubjektivität und Psychosomatik. In Peter Geißler, & Bernd Rieken (Hrsg.), *Der Körper in der Individualpsychologie* (S. 17–32). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rabenstein, Susanne (2023). Die Augen- und Kopfbewegung: Ein Blick auf frühe (blockierte) Bewegungsformen und deren Bedeutung für die Entwicklung. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 48(1), S. 67–85.
- Reddemann, Luise (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rieken, Bernd (2010). *Schatten über Galtür? Gespräche mit Einheimischen über die Lawine von 1999: Ein Beitrag zur Katastrophenforschung*. Münster: Waxmann.
- Rieken, Bernd (2011). Das Minderwertigkeitsgefühl und seine Kompensation; Wirk- und Zielursache, Fiktionalismus. In Bernd Rieken, Brigitte Sindelar, & Thomas Stephenson, (Hrsg.), *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis* (S. 55–64). Wien: Springer.
- Rogner, Josef (1995/1985). Milieu. In Reinhard Brunner, & Michael Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Ausg., S. 324–325). München: Ernst Reinhardt.
- Rudolf, Gerd (2000). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Sandler, Joseph, & Freud, Anna (1989). *Die Analyse der Abwehr*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seidenfuß, Joseph (1995/1985). Finalität/Kausalität. In Reinhard Brunner, & Michael Titze (Hrsg.), *Wörterbuch der Individualpsychologie* (2. Ausg., S. 156–165). München: Ernst Reinhardt.
- Stephenson, Thomas (2011). Lebensstil, Lebensstilanalyse und tendenziöse Apperzeption. In Bernd Rieken, Brigitte Sindelar, & Thomas Stephenson (Hrsg.), *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis* (S. 64–70). Wien: Springer.
- Stephenson, Thomas (2022). Die (traumatisierte) Innere Gemeinschaft. Grundzüge einer spezifisch individualpsychologischen Traumatheorie/Traumatherapie auf der Basis der S-I-C-Paradigmenkonstellation. *Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie*,

9(2), S. 1–21. DOI: <https://doi.org/10.15136/2022.9.2.1-21> . Abgerufen am 10.03.2023. Verfügbar unter: <https://journals.sfu.ac.at/index.php/zfpfi/article/view/410/449>

Stern, Daniel (2007/1985). *Die Lebenserfahrung des Säuglings* [Orig.: The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books]. Stuttgart: Klett-Cotta.

van der Kolk, Bessel (2017). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau/Westfalen: G. P. Probst.

Witte, Karl Heinz (1991). Wie wurde ich, der ich bin? – Alfred Adlers Lehre von der Ichbildung. In Thea Ahrens & Ulrike Lehmkuhl (Hrsg.), *Entwicklung und Individuation (S. 68–79) (Beiträge zur Individualpsychologie, Bd. 14)*. München: Ernst Reinhardt.

Witte, Karl Heinz (2010). *Zwischen Psychoanalyse und Mystik: Psychologisch-phänomenologische Analysen (Bd. 15 Seele, Existenz und Leben)*. Freiburg: Karl Alber.

Wurmser, Leon (2007). *Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*. Eschborn bei Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz.

Autorin

Mag.^a phil. Dr.ⁱⁿ pth. Susanne Rabenstein

Schlösselgasse 20/202

1080 Wien

Tel: +43 (0) 699 19 44 37 50

E-Mail: susanne.rabenstein@gmx.at

Susanne Rabenstein, geb. 1971 in Wien, Studium der Germanistik, Publizistik und Kommunikationswissenschaft, Studium der Psychotherapiewissenschaft, Ausbildung zur Psychotherapeutin – Fachrichtung Individualpsychologie, Psychotherapeutin in freier Praxis, zertifiziert in spezieller Psychotraumatheorie, (Gruppen-)Therapeutin im Bereich (komplexer) Traumata, Lehranalytikerin, Supervisorin, Universitätslektorin.