

# Trauma-Folge-Störungen nach früher und extremer Gewalt personenzentriert behandeln

Petra Claas

**Zusammenfassung:** In diesem Beitrag wird ein Personenzentrierter Ansatz für die Behandlung von Menschen mit komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen und Dissoziativen Störungen beschrieben. Prägend für diesen Ansatz ist der konsequente Verzicht auf Haltungen, Konzepte und Interventionen aus anderen psychotherapeutischen Grundorientierungen. Angestrebt wird ein – in Bezug auf das zugrundeliegende Menschenbild und daraus abgeleiteten Grundhaltungen, Konzepten und Interventionen (Therapie-Wege) – kongruentes Vorgehen, das die Unverwechselbarkeit personenzentrierter Psychotherapie spürbar und erkennbar werden lässt.

## Über wen sprechen wir?

Wer ist gemeint, wenn von früher und extremer Traumatisierung die Rede ist? Wir sprechen über Opfer *früher, extremer und lang andauernder, beabsichtigter Gewalt durch andere Menschen*. Die Gewalttaten, um die es hier geht, umfassen Vergewaltigungen, körperliche Misshandlungen bis hin zur Folter in jeder nur denkbaren Art und Weise und emotionale Zerstörung. Sie finden vor dem sechsten Lebensjahr statt beziehungsweise beginnen in dieser Zeit und dauern mehrere Monate bis viele Jahre an. Die Betroffenen stammen aus allen sozialen Schichten unserer Gesellschaft. Die Kontexte, in denen diese Verbrechen geschehen, sind jedoch unterschiedlich und bedingen die spätere Entwicklung, vor allem den Bindungsstil der Betroffenen. Kinder, die ausschließlich oder überwiegend in ihrer Herkunftsfamilie traumatisiert werden, behalten die Bindung an ihre Eltern bei; sie ist jedoch hoch ambivalent. Kinder, die innerhalb und außerhalb ihrer Herkunftsfamilie traumatisiert werden – zum Beispiel in faschistischen oder religiös getarnten Kulturen oder in Kreisen des organisierten Verbrechens – behalten ebenfalls eine ambivalente Bindung an ihre Bezugspersonen bei. Kinder, die ausschließlich oder überwiegend außerhalb ihrer Herkunftsfamilie traumatisiert und innerhalb ihrer Familie nahezu übersehen werden, können die Bindung an ihre Eltern verlieren; manche binden sich an den Täter, manche binden sich an niemanden mehr.

Ein Trauma lässt sich also im Augenblick des Geschehens nicht bewältigen, sondern nur überleben. Es ist nicht auszuhalten, weil die Person weder davor fliehen noch dagegen ankämpfen kann. Aus diesem Grund bricht ihr Informationsverarbeitungssystem zusammen. Es kommt in der Folge zur Dissoziation mit den Hauptreaktionsformen „Freeze“ (Erstarren, Einfrieren) und „Fragment“ (Spalten, Fragmentieren). Früh und ext-

rem traumatisierte Menschen haben solche Situationen häufig und in extremster Form – bis hin zum Zerfall ihrer noch fragilen Selbst-Struktur und „Entseelung“ ihres Körpers – erlebt. Als Erwachsene leiden sie unter einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung mit hoch dissoziativer Symptomatik. Im Extremfall bilden sie eine Dissoziative Identitätsstörung (fragmentiertes, chaotisches Erleben) oder autistische Zustandsbilder („Erleben“ von Nicht-Existenz) aus. Doch vor allem zu Beginn der Therapie zeigen sie zunächst Symptome anderer psychischer Störungen (Angststörungen, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen u. a. m.).

Das Motto des diesjährigen GwG-Jahres-Kongresse lautete: „Personenzentrierte Antworten auf Trauma und Krisen“. Was bedeutet das? Meines Erachtens zweierlei:

- Unsere therapeutischen Ansätze für die Behandlung traumatisierter Menschen sollten als personenzentriert erkennbar sein, d. h. unverwechselbar –
- und zwar konsistent, d. h. widerspruchsfrei in Bezug auf unser Menschenbild, unsere Haltungen, Konzepte und therapeutischen Angebote (Therapie-Wege).

Ich betrachte den von mir konzeptualisierten Ansatz als eine Annäherung an diese Bedingungen. Ein von mir sehr geschätzter Personenzentrierter Ansatz zur Behandlung früh traumatisierter Klient\*innen stammt von Warner (1998).

Aus meiner Sicht definieren sieben aufeinander bezogene Merkmale konsistent personenzentriertes Handeln. Wir arbeiten:

1. innerhalb eines Wissenschafts-Modells, das die Evidenz der subjektiven Erfahrung zur Leitlinie des therapeutischen Handelns macht; die Therapieforschung kann sich daneben durchaus auch der linear-objektbezogenen Wissenschafts-Methodik bedienen (*in einem transaktionalen, subjektbezogenen Wissenschafts-Paradigma; Primat einer 1.-Person-Wissenschaft*),
2. innerhalb eines ganzheitlichen Menschenbildes, das sich an selbstregulativen Wachstumsprozessen, Persönlichkeitsentwicklung und Transformation orientiert; jeder Mensch erlebt und verhält sich immer innerhalb eines Organismus-Umwelt-Feldes und strebt darin nach Verbundenheit und Selbst-Aktualisierung (*wachstumsorientiert*),
3. Moment für Moment mit dem inneren Erleben, wie es sich gegenwärtig verkörpert (*erfahrungsorientiert*),

4. entdeckend und inhaltlich mit offenem Ende (*gerichtet ins Ungerichtete*),
5. jeden Erlebensaspekt akzeptierend im Vertrauen auf den sich selbst formenden Prozess (*prozessorientiert*),
6. um der Person dabei zu helfen, sich unzugängliche bzw. abgespaltene Selbst-Aspekte wieder anzueignen und zu integrieren sowie neue Selbst-Gestalten entstehen zu lassen (*in Richtung Selbst-Aktualisierung*),
7. in einer therapeutischen Beziehung, die nicht als Übertragungs-Beziehung oder reine Arbeitsbeziehung konzeptualisiert wird, sondern als wirkliche, authentische Begegnung, wodurch dieser Prozess *überhaupt erst ermöglicht wird*.

Es erleichtert das empathische Verstehen und die therapeutische Feinabstimmung, wenn wir uns an einem wachstumsorientierten Entwicklungs-Modell nach früher und extremer Traumatisierung orientieren können. In welcher Entwicklungsphase befindet sich jemand zu Beginn und im Verlauf der Psychotherapie? Der US-amerikanische Gestalt-Therapeut James Kepner (1995) hat ein erfahrungsbasiertes Prozess-Modell dieser Art konzeptualisiert. Die von ihm beschriebenen vier Phasen werden nicht therapeutisch etabliert, sondern stellen sich organismisch und selbstregulativ ein, wenn die Entwicklungsbedingungen dies erlauben. Daher ist dieses von mir adaptierte und um den Aspekt der Selbstorganisation erweiterte Prozess-Modell widerspruchsfrei in Bezug auf unser Verfahren.

## Ein erfahrungsbasiertes Prozess-Modell nach früher und extremer Traumatisierung

### Der sich selbst organisierende Prozess

Eine Grundannahme des Focusing lautet: Der Körper impliziert („kennt“) seinen nächsten Entwicklungsschritt. Gemeint ist damit der von innen heraus gelebte, Interaktion seiende Körper (siehe Gendlin, 1998; Weiser-Cornell, 2001,2013). Der Ursprung der Veränderung ist der Körper, wie man ihn im gegenwärtigen Augenblick erlebt. Im Zustand der Präsenz können wir die Erfahrung machen, dass jeder unserer Erlebensaspekte seine eigene Entwicklungsrichtung „kennt“ und auf seine ureigene Weise zur Integration unserer Erfahrungen beitragen kann. Darauf beziehe ich mich, wenn ich vom *sich selbst organisierenden Prozess* oder der *Selbstorganisation des inneren Erlebens* spreche.

In meiner Arbeit mit früh und extrem traumatisierten Menschen habe ich die Erfahrung gemacht, dass es nichts Heilsameres gibt, als sie erfahren zu lassen: Es gibt im Innern etwas, das niemals zerstört werden kann – die natürliche Fähigkeit zur Selbstorganisation des inneren Erlebens. Sie bringt die Gefühle, Erinnerungen und alle unverbundenen Selbst-Anteile zurück, wenn es Zeit dafür ist. Die wichtigsten Bedingungen dafür, dass dies geschehen kann, sind äußere Sicherheit und Menschen, die diesen Prozess liebevoll begleiten. Letzteres meint Kepner, wenn er von „Unterstützung durch Verbundenheit“ spricht. Es ist diese

Art von Ganzheit, die für mich „Heilung“ bedeutet.

In diesem sich selbst organisierenden Prozess entfaltet sich mir auch eine spirituelle Dimension, die die therapeutische Dimension umfasst.

### Erste Phase: Entwicklung von Unterstützung durch Verbundenheit und Vertrauen in den sich selbst organisierenden Prozess

Unterstützung ist der Beziehungshintergrund, der die Grundlage für jedes Wachstum und jede Entwicklung bildet. Es sind die existentiellen Bindungen an andere Menschen, die uns lehren, unsere eigene Existenz zu bestätigen, Urvertrauen zu entwickeln und fürsorglich mit uns selbst umzugehen. Wir sollten die therapeutische Beziehung vor allem nutzen, um das Vertrauen in den sich selbst gestaltenden Prozess, das früh und schwer traumatisierte Menschen nicht (ausreichend) entwickeln konnten, wachzurufen oder zu stärken. Das Vertrauen in den eigenen, seine Wachstumsrichtung kennenden inneren Prozess ist das Fundament für die Heilung nach früher, extremer Traumatisierung.

### Zweite Phase: Entwicklung der Selbst-Funktionen

Selbst-Funktionen befähigen zur Bewältigung und zur Integration von Erfahrung, zur Interaktion mit der Umwelt und zur Interaktion mit unserer eigenen inneren Welt. Wenn unsere Entwicklungsbedingungen gut sind, bilden wir eine klare Empfindung für uns selbst und für andere aus und wir lernen, Verbundenheit und Autonomie zu leben. Personen, die Missbrauch in ihrer Kindheit überlebt haben, hatten aufgrund der durch das Trauma und fehlender Unterstützung eingegengten Entwicklungsbedingungen nicht die Möglichkeit, notwendige Fähigkeiten im Umgang mit ihren Erfahrungen, ihren Gefühlen und ihrer Fähigkeit, Bindungen einzugehen, zu entwickeln. In dieser zweiten Phase geht es darum, diese fehlenden Entwicklungsschritte nachzuholen.

### Dritte Phase: Transformieren, Erneuern und Trauern

Wenn ein Kind nicht mehr handeln kann (z. B. wegrennen, wegstoßen, stoppen), muss es diese Impulse woanders hinlenken; dies geschieht meistens, indem das Kind diese Impulse gegen das Selbst richtet. Das Kind erstarrt, bestraft sich selbst, fühlt sich wertlos, wird vorsichtig und verschlossen. Allmählich verinnerlicht es diese Impulse. Eine Interaktion mit der Umwelt, die ursprünglich einem Kontakt entstammt, wird empfunden, als sei sie persönlichen Ursprungs. Das Kind schränkt alle Lebensäußerungen ein, die es wieder gefährden könnten. Alles gegenwärtige Verhalten und Erleben, auch die Symptome der erwachsenen Klient\*innen, spiegeln häufig den traumatisierenden Kontext wieder bzw. reinszenieren ihn. In dieser Phase können – genügend Unterstützung und ausreichend entwickelte Selbst-Funktionen vorausgesetzt – die gegen das Selbst gerichteten Impulse auf die Umwelt gerichtet werden. Wenn das ganze Ausmaß der Trauma-Geschichte Wirklichkeit wird, be-

steht die wichtigste daraus resultierende Entwicklungsaufgabe darin, um alle im Zusammenhang mit dem Trauma erlittenen Verluste zu trauern.

#### **Vierte Phase: Rekonsolidierung**

Rekonsolidierung ist ein Prozess, der zu Wachstum führt. Das Selbst der Person – verstanden als Organismus-Umwelt-Prozess – wird vollständig restrukturiert und reorganisiert. Wachsende Differenziertheit und Integration führen dazu, dass sich die Person als Ganzes verändert. Sie wird ein „anderer Mensch“, dessen Leben sich auch im Alltag verändert hat. In dieser Phase geht es vor allem darum, die Trauma-Geschichte in einen größeren spirituellen oder philosophischen Rahmen zu integrieren, der das Trauma transzendiert.

Beachte: In allen vier Phasen werden sämtliche Entwicklungsaufgaben bearbeitet, jedoch auf unterschiedlichem Niveau und mit unterschiedlicher Intensität. Die Phasenabfolge ist als organismischer, sich selbst gestaltender Prozess zu verstehen, der vertrauensvolle Beziehungen und eine radikale Akzeptanz aller Erlebensaspekte voraussetzt.

### **Traumatische Erinnerungen und Trauer in den einzelnen Phasen des Prozesses – eine kurze Fallgeschichte**

#### **Erste Phase: Entwicklung von Unterstützung durch Verbundenheit und Vertrauen in den sich selbst organisierenden Prozess**

Helena (26) kommt zur Therapie, weil sie nach einem Streit mit ihrer einzigen Freundin und einem Konflikt am Arbeitsplatz von diffusen, panischen Ängsten überflutet wird, im Wechsel mit der Angst, bedroht und verfolgt zu werden. Ihr Selbst-Konzept ist starr; sie erlebte sich bisher fast ausschließlich als Kämpferin, die sich alles selbst erarbeitet hat, die nichts und niemand erschüttern konnte. Die Verzweiflung zu Beginn der Therapie ist grenzenlos. Sie weiß nicht mehr, wer sie ist. Sie hat das Gefühl, auseinanderzufallen. Sie fühlt sich ihrem inneren Chaos und den sie überflutenden Gefühlen von Angst, Schmerz und Trauer ohne Hoffnung auf Rettung hilflos ausgeliefert. (Sie erlebt ihre Trauer jetzt 1 zu 1 so, wie sie sie in ihrer Kindheit gefühlt hat bzw. gefühlt hätte, wenn es möglich gewesen wäre). Helena versteht diese verzweifelte, schmerzhaft Trauer nicht. Ich erkläre ihr, dass ich mich bemühen werde, für alles (Erleben) in ihr gleichermaßen akzeptierend da zu sein. Ich spiegele jeden ihrer Erlebensaspekte vorsichtig, das Vertrauen in ihren eigenen Prozess (wach) rufend: „Ein Teil von Ihnen kann diesen Schmerz gar nicht aushalten, er soll weg! *Und* der Schmerz selbst will so verzweifelt da sein ... Ich bin sicher, dass es einen wichtigen Grund dafür gibt.“

Im Verlauf dieser Phase tauchen erste Flashbacks – sensorische und bildhafte fragmentierte Erinnerungen an Misshandlungen und sexuelle Gewalt in ihrer Kindheit auf. Helena fühlt sich zerrissen zwischen Abwehr / Zweifel und der aufscheinenden Ah-

nung, dass sie als kleines Kind in dieser Weise traumatisiert worden ist. Sie weiß nicht, wer der oder die Täter gewesen sein könnten. Ich bestätige vorsichtig beide Seiten gleichermaßen. Ebenso begegne ich den nun aufkommenden Suizidimpulsen mit radikaler Akzeptanz, wodurch sie sich allmählich beruhigen. „Dieser Teil von Ihnen möchte sterben. Was möchte dieser Teil *für Sie?* Was wäre gut daran, jetzt zu sterben?“ Am Ende dieser Phase hat die Trauer einen Fokus bekommen – die Ahnung oder Erkenntnis, unvorstellbare Gewalt erfahren zu haben und keine (gute) Kindheit gehabt zu haben. Das bisherige, starre Selbst-Konzept hat sich aufgelöst, wodurch Helena zutiefst erschüttert worden ist. Zugleich beginnt sie allmählich zu fühlen, wer sie wirklich ist und dass sie ihrem eigenen inneren Erleben vertrauen kann. Dies ist das Fundament ihres Heilungsprozesses.

#### **Zweite Phase: Entwicklung der Selbst-Funktionen**

Da der Selbst-Prozess in Gang gekommen ist, tauchen mehr und mehr bisher dissoziierte Selbst-Anteile auf, die auch traumatische Erinnerungen tragen. Diese Erinnerungen setzen sich wie ein Puzzle zusammen und ergeben allmählich ein klareres Bild. Helena weiß nun, dass sie vom Kleinkindalter an von ihrem Vater sexuell missbraucht und misshandelt worden ist, während die Mutter wegsah. Später hat der Vater sie außerdem an gut zahlende Kunden verkauft, die wiederum mit ihr Geschäfte gemacht haben. Ich bestätige ihre Erinnerungen und ihr Entsetzen darüber; Zweifel hat sie kaum noch – bis auf die Frage, ob Menschen so etwas wirklich tun können. Ihre Trauer bezieht sich in dieser Phase vor allem auf die Erkenntnis, dass sie als Folge ihrer Trauma-Geschichte viele Entwicklungsschritte noch nicht machen konnte. Sie fühlt sich entweder kaum oder sie wird von ihren Gefühlen überwältigt. Da sie sich selbst und anderen Menschen nicht vertrauen kann, ist sie kaum in der Lage, Nähe und Verbundenheit zu leben. Aufgrund ihrer Dissoziation kann sie sich auch nicht gut schützen und gerät oft in Situationen, die sie überfordern. Ich helfe ihr dabei, ihren Körper zu spüren und sich zu erden. Focusing und Focusing-Fragen schätzt Helena inzwischen sehr, weil sie dadurch eine *Beziehung* zu jedem Selbst-Anteil und jedem Erlebensaspekt herstellen kann. In diesem Zustand kann sie spüren und fühlen, ohne überwältigt zu werden. Ich lade jeden neu auftauchenden Selbst-Anteil ein, in unseren Raum zu kommen. Es tauchen kindliche Selbst-Anteile auf, die sich erstmals zeigen und entwickeln können. Helena kann diesen inneren Kindern nun erlauben, sich zu zeigen, mit den Spielsachen in meinem Therapieraum zu spielen, zu erzählen, was ihnen passiert ist, erstarrt zu sein, zu weinen, sich Trost zu holen, wütend zu sein. Sie nimmt all ihre inneren Kinder in Beziehung, so wie ich versucht habe, ihnen eine Beziehung zu mir anzubieten. Sie malt ihre innere „Landschaft“, legt sie mit Symbolen in den Raum, vervollständigt sie. Helena integriert auf diese Weise immer mehr Erfahrungen, die ihr zuvor nicht zugänglich waren. Das macht sie innerlich stärker und handlungsfähiger, weil sie sich jetzt an ihrem eigenen Erleben orientieren kann. „Mei-

ne Gefühle zeigen mir, wer ich bin und was ich tun sollte, damit es mir gut geht. Trotzdem habe ich noch oft Angst vor ihnen.“

### Dritte Phase: Transformieren, Erneuern und Trauern

Erst nach vielen Jahren tauchen Helenas traumatische Kern-Erinnerungen auf. Wir begegnen dieser unvorstellbaren Gewalt aus einem guten inneren Abstand heraus – indem wir jede Körperempfindung, jedes Erinnerungsbild usw. in Beziehung nehmen. „Ah ja, er schlägt das Kind und droht ihm, es umzubringen, sollte es jemandem etwas sagen. Und das Kind fühlt jetzt gar nichts mehr ... Der Körper fühlt sich plötzlich ganz leer an ...“ Wir arbeiten mit dem, was Helenas Prozess in jedem Augenblick hervorbringt: innere Bilder, Körperempfindungen, Gefühle, Bewegungsimpulse. Was uns dabei trägt, ist unsere Beziehung, unsere gefühlte Verbundenheit, die jedem ihrer Erlebensaspekte Mitgefühl entgegenbringt. Als das Bedürfnis *in ihr* auftaucht, holen wir zwei vergewaltigte und gefolterte innere Kinder aus dem Keller heraus, in dem dies geschah. Helena hat inzwischen eine Verbindung zu diesen am schwersten traumatisierten Kindern und kann sie fragen, *ob sie dazu bereit sind*. Diese Kinder haben darauf gewartet, geholt und befreit zu werden. Wir planen diese Szene nicht, sie ergibt sich aus Helenas Erleben. Wir holen nun auch diese am tiefsten verletzten Selbst-Anteile in die Gegenwart unserer Beziehung, wo wir sie empfangen, wärmen und beleben können. Nun trägt ihr Körper kaum noch traumatische Erinnerungen. Jetzt ist Helena in der Lage, auch intensive Gefühle wie Wut, Hass und Ekel auszudrücken. Sie fühlt alles, was damals nicht gefühlt werden konnte. Sie sagt alles, was damals nicht gesagt werden konnte. Sie konfrontiert die Täter mit ihren Verbrechen. In der darauffolgenden Zeit beginnt Helena, tief und vollständig um alle Verluste zu trauern, die sie als Folge der Trauma-Geschichte erlitten hat. Die Trauer gilt vor allem ihrer verlorenen Kindheit. Diese Trauer berührt alles in ihr. Sie ist tief und vollständig, aber nicht verzweifelt, sondern wärmend und bestätigend. „Ich fühle mich ganz. Ich habe alles wieder nach Hause in meinen Körper geholt, was ich verloren hatte. Ich bin wieder Ich geworden.“

### Vierte Phase: Rekonsolidierung

Helenas traumatische Erinnerungen sind nun zu einer Geschichte geworden, die sie erzählen kann. Ihre Trauer ist warm und bezieht sich auf alles, was in Not ist und Mitgefühl braucht. Sie hat inzwischen Freunde gefunden, mit denen sie eine tiefe, vertrauensvolle Verbundenheit leben kann. Helena spürt nun auch, was sie seit langem wusste: „Was mir passiert ist, ist ein Teil von mir. Ich bin viel mehr als das.“ Der innere Prozess, der sie selbst wieder hervorgebracht hat, erfüllt sie mit Staunen, Ehrfurcht und Mitgefühl. „Es gibt ETWAS, das uns bewahrt. Ich weiß jetzt, dass wir niemals zerstört werden können. Auch damals hat mich ETWAS bewahrt und gerettet.“

Wir hatten uns lange nicht gesehen. Als Helena nach Monaten wieder eine Stunde möchte, teilt sie mir mit, dass ihr Vater

inzwischen verstorben ist. Darauf hatte sie lange gewartet. Für diesen Fall hatte sie sich vorgenommen, seine Urne in die Hände zu nehmen und zu zerbrechen. Sie sagt mir: „Als ich seine Urne in den Händen hielt, konnte ich es nicht. Der Mensch, der er war, war abgrundtief böse. Aber ich konnte es nicht. Denn in dem Moment dachte ich: Seine Essenz, seine Essenz ist gut.“

Ich schaue sie an. Und ich kann meine Tränen kaum verbergen.

### Alle Therapie-Wege nutzen

Anstatt den Begriff „Interventionen“ zu verwenden, spreche ich lieber von „Therapie-Wegen“. Gendlin (1998) beschreibt, wie wir in einem personzentrierten Rahmen widerspruchsfrei alle Therapie-Wege nutzen können, um den inneren Prozess zu fördern. Entscheidend ist, dass jedes dieser therapeutischen Angebote nicht als Technik genutzt wird, um ein von außen vorgegebenes Ziel zu erreichen, sondern den gegenwärtigen Prozess so absichtslos wie möglich unterstützt!

Empathisches Bestätigen und Explorieren (Einführendes Verstehen; Spiegeln) bildet den Kontext, in den ggf. weitere prozess- und erfahrungsorientierte Therapiewege angeboten werden können, um den sich selbst gestaltenden Prozess zu unterstützen.

Beispiele für weitere Therapie-Wege sind:

- *Kontakt-Reflexionen (aus der Prä-Therapie nach Prouty, 1998)*: Sehr konkretes wörtliches, situations- oder körperbezogenes Spiegeln hilft betroffenen Klientinnen und Klienten vor allem zu Beginn der Therapie, wenn sie beispielsweise nicht sprechen können, in Erstarrungszustände geraten oder von Halluzinationen überwältigt werden.
- *Prozessorientiertes Arbeiten mit Imagination*: Das Arbeiten mit inneren Bildern oder Szenen kann traumatisierten Klientinnen und Klienten in allen Phasen der Therapie helfen, zum Beispiel um traumatische Erinnerungen oder dissoziierte Selbst-Anteile verfügbar zu machen und zu integrieren. Die Arbeit mit Imagination wird meistens nicht so intensiv erlebt wie andere therapeutische Möglichkeiten.
- *Focusing (Gendlin; Weiser-Cornell u. a.)*: Focusing kann in allen Phasen der Therapie (wie in der Focusing-orientierten Therapie) angeboten werden. Focusing ist ein sanfter Weg, um dissoziierte Erlebensaspekte wieder zugänglich zu machen und übermäßige Identifikation mit überwältigenden Erlebensaspekten aufzulösen. Besonders hilfreich ist Focusing bei der Teile-Arbeit, vor allem in Krisensituationen oder bei der Arbeit mit schwierigen, kritischen oder aggressiven Persönlichkeitsanteilen.
- *Experimente, die zur Sensibilisierung des Körpers und der Außeninne einladen*: Sie sind vor allem zu Beginn der Therapie sinnvoll, um den Klientinnen und Klienten dabei zu helfen, durch elementare körperliche Erfahrungen (Spüren des

Körpers in unterschiedlichen Positionen, Spüren einzelner Körperstellen, Wahrnehmen der Umgebung) ihren Körper zu spüren, zu beleben und sich in ihm „zu Hause“ zu fühlen. Das ist das Grundprinzip des sogenannten „Groundings“, des Erdens. Es ist hilfreich, dies zunächst von der Körperperipherie aus zu tun, da im Körperinneren leichter traumatische Erinnerungen wachgerufen werden können.

- *Medien und Symbole zur Externalisierung und Klärung „innerer Landkarten“ und Beziehungen:* Es erweitert in jeder Phase der Therapie die Erlebens- und Ausdrucksmöglichkeiten unserer Klientinnen und Klienten, wenn wir ihnen Medien und Symbole zur Verfügung stellen, mit denen sie Erlebensaspekte oder Selbst-Anteile darstellen können. Oftmals ist es durch den so entstandenen Abstand erstmals möglich, einen Erlebensaspekt oder Selbst-Anteil zu identifizieren und eine Beziehung zu ihm herzustellen. Auch die vielfältigen Beziehungen zwischen ihnen sowie das Gefühl für „die ganze Situation“ können auf diese Weise erfahrbar und erkennbar werden. Alles kann sich als Symbol eignen. Häufig genutzt werden Tiere oder andere Spielsachen, aber auch „neutrale“ Symbole wie Steine, Muscheln oder Murmeln. Auch Malen, Tagebuch schreiben oder Gestalten können sinnvoll genutzt werden.
- *Leerer Stuhl oder Zwei-Stuhl-Dialog (Greenberg u.a., 2002.):* Diese aus der Gestalttherapie kommenden expressiven Methoden können vor allem in der Mitte und am Ende der Therapie helfen, dissoziierte Selbst-Anteile verfügbar zu machen und zu integrieren bzw. ungeschlossene Beziehungen und Situationen abzuschließen. Da sie oft als sehr intensiv erlebt werden, ist ein besonders achtsamer Umgang mit ihnen notwendig.
- *Therapeutisches Inszenieren, zum Beispiel das Schaffen neuer Entwicklungsräume:* Vor allem bei Kindern und Jugendlichen bzw. bei erwachsenen Klientinnen und Klienten, die sich in extremer Weise von ihrem inneren Erleben dissoziiert haben, kann es vor allem am Anfang und in der Mitte der Therapie helfen, wenn sich Klient/in und Therapeut/in eine gemeinsame innere Welt oder Szene schaffen, in der sich die Person oder ein bestimmter Selbst-Anteil erstmals entfalten oder entwickeln kann.
- *Therapeutisches Re-Inszenieren:* Re-Inszenieren kann beispielsweise gestaltet werden, um traumatisierte innere Kinder aus einem Folterkeller heraus zu holen und an einen sicheren Ort zu bringen oder auch, um die Täter zu konfrontieren. Wenn dieses Vorgehen inhaltlich an traumatische Ereignisse geknüpft ist, sollte es eher am Ende der Therapie angeboten werden, da es meist als sehr intensiv erlebt wird. Selbstverständlich werden auch solche „Interventionen“ nicht geplant oder vorstrukturiert, sondern ergeben sich aus dem Prozess der Klientin bzw. des Klienten.
- *Möglichkeiten aus der Körperpsychotherapie:* Sie können während des gesamten Therapieverlaufes hilfreich sein, wenn die Klientinnen oder Klienten sie annehmen und wenn das In-

tensitätsniveau stimmig ist. Unterstützende und haltende Angebote können in allen Therapiephasen genutzt werden. Expressive körpertherapeutische Möglichkeiten sind meist nur in der Mitte und vor allem am Ende der Therapie sinnvoll, da die Klientinnen und Klienten sie ohne ausreichende Selbst-Funktionen nicht integrieren können. In späteren Therapiephasen können sie jedoch sehr hilfreich sein, um den Körper zu beleben und starke Gefühle verfügbar zu machen und auszudrücken.

### Hinweise zum Umgang mit therapeutischen Angeboten auf unterschiedlichen Therapie-Wegen

- Unsere therapeutischen Angebote werden nicht geplant, vorstrukturiert oder von außen gesteuert. Sie ergeben sich aus dem aktuellen Erlebens-Prozess, aus der emotionalen Feinabstimmung zwischen Klient/in und Therapeut/in. Dies gelingt umso besser, je präsenter wir den Prozess begleiten können. Unser Prozess-Wissen dient dabei dem empathischen Verstehen.
- Es sollte selbstverständlich sein, Interventionen immer als Angebot zu formulieren und ein Nein jederzeit zu respektieren und zu nutzen. In diesem Fall können wir fragen, welche Richtung oder welches Vorgehen für sie oder ihn im Augenblick hilfreicher wäre. Oder: Was ist gerade nicht verstanden worden?
- Wir achten auf das „Prinzip der kleinsten Intervention“, das heißt, wir mischen uns so wenig wie nötig in den Prozess der Klientin bzw. des Klienten ein. So gewährleisten wir, dass auch der verletzlichste Teil der Klientin bzw. des Klienten nicht überfordert wird und dass die aktuelle Erfahrung auch integriert werden kann.
- Wir sollten nur solche Interventionen anbieten, die im Vertrauen auf den sich selbst organisierenden Prozess wurzeln und auf jegliche Manipulation des Inhalts sowie beabsichtigte Zielvorgaben verzichten.

Das bedeutet für mich insbesondere, keine Methoden und Techniken zu verwenden, die äußeren Zielvorgaben und Protokollen folgen, wie sie in der Trauma-Therapie üblich geworden sind (z. B. EMDR, DBT oder PEP). Solche Methoden und Techniken widersprechen den oben angeführten Merkmalen 3, 4 und 5 und somit Grundhaltungen des Personzentrierten Ansatzes. Auch „Narrative Exposition“ ist für mich im personzentrierten Kontext keine Alternative, da es sich um eine verhaltenstherapeutische Technik handelt, die auf verfahrensfremden Konzepten beruht. Dieser Punkt ist mir besonders wichtig, weil therapeutische „Interventionen“ immer auch Grundhaltungen widerspiegeln oder ihnen widersprechen!

### Fazit

Früh und extrem traumatisierte Menschen, die sich für unser Therapieverfahren entscheiden, brauchen keine Form der etab-

lierten „Trauma-Therapie“ oder gar unterstützende Interventionen aus der Verhaltenstherapie. Sie brauchen keine grundsätzlich andere Psychotherapie im Sinne der etablierten Trauma-Therapie. Der Unterschied zu nicht traumatisierten Menschen besteht darin, dass der Des- und Reorganisationsprozess der Selbst-Struktur bei früh und extrem traumatisierten Menschen ungleich intensiver, umfassender und langwieriger ist und in allen Phasen mehr Unterstützung benötigt, um heilsam zu sein.

Das klientenzentrierte Beziehungsangebot schafft die Bedingungen, die der Selbst-Prozess braucht, um wieder in Gang zu kommen und seiner eigenen Richtung folgen zu können. Diesen Aspekt finde ich gerade auch aus berufspolitischer Sicht außerordentlich wichtig! Wollen wir die Personzentrierte Psychotherapie in unserem Land erhalten, müssen wir nicht nur alles dafür tun, die wissenschaftliche und sozialrechtliche Anerkennung zu bekommen, sondern zugleich müssen wir die Integrität unseres Verfahrens schützen!

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ein konsistent personzentriertes therapeutisches Arbeiten gerade für Opfer früher und extremer Gewalt besonders hilfreich und heilsam ist. Leider gibt es kaum noch Betroffene, die eine solche Psychotherapie in Anspruch nehmen können – der Grund ist naheliegend: Die Personzentrierte Psychotherapie ist in Deutschland nahezu verschwunden. Mit den Gründen dafür und einem radikalen Lösungsvorschlag, wie wir einen Weg aus dieser Ohnmachtsituation finden können, befasste ich mich in meinem Artikel „Wir haben uns spalten lassen: Unser Anteil an der Ausgrenzung der Personzentrierten Psychotherapie – ein Richtungswechsel ist überfällig“ (GwG-Zeitschrift 3/2022).

Über Rückmeldungen und Austausch würde ich mich freuen!

#### Literatur:

- Claas, P. (2007). *Brauchen wir eine Trauma-Therapie, oder brauchen wir eine Personzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten?* (in: „Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten“, GwG-Verlag, Köln)
- Claas, P. (2022). Wir haben uns spalten lassen: Unser Anteil an der Ausgrenzung der Personzentrierten Psychotherapie - Ein Richtungswechsel ist überfällig. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 3, 2022 (S. 32-37).
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie: Handbuch der erlebnisbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-Focused Therapy - Coaching. Clients to Work Through Their Feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kepner, J. I. (1995). *Healing Tasks: Psychotherapy with Adult Survivors of Childhood Abuse*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kepner, J. I. (2005; 5. Auflage). *Körperprozesse*. Bergisch-Gladbach: EHP
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Warner, M. S. (1998). A Client-Centered Approach to Therapeutic Work with Dissociated and Fragile Processes. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (368-387). New York: Guilford Press.
- Weiser-Cornell, A. (2001). *Focusing: Der Stimme des Körpers folgen*. Reinbek: Rowohlt.
- Weiser-Cornell, A. (2013). *Die Kunst des Annehmens – Leben und Arbeiten mit Focusing*. Norderstedt: Books on Demand.



Petra Claas, Diplom-Psychologin; jahrelange therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in einer Institution sowie therapeutische Arbeit mit Erwachsenen in einer Privatpraxis; seit 2008 Kasenzulassung als Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Psychotraumatologie

Kontakt: [praxis.claas@gmx.de](mailto:praxis.claas@gmx.de)