

# Personzentrierte Psychotherapie mit früh und extrem traumatisierten Klient\*innen

## 1 Die Betroffenen - extrem traumatisierte Klient\*innen: Über wen sprechen wir?

### *Was haben sie gemeinsam?*

Mirjam (8), ist wieder einmal allein in ihrem Zimmer. Sie hat ihre Lieblingspuppe bereits ausgezogen und auf den Tisch gelegt. Sie schlägt die Puppe mit unterschiedlichen Gegenständen, die sie vorher zurechtgelegt hatte. Anschließend steckt sie spitze Gegenstände in alle Körperöffnungen ihrer Puppe. „Das ist gut für dich“, versichert sie ihr. „Das magst du doch gern, oder?“ Lachend legt sie ihre Puppe beiseite. Mirjam wiederholt dieses Spiel in genau der gleichen Reihenfolge mit allen Puppen, die sie besitzt. Mirjam sammelt Puppen. Bis jetzt sind es dreißig.

Tanja (12), weiß plötzlich nicht mehr, wo sie ist. Allmählich erkennt sie, dass sie gemeinsam mit anderen Kindern in einer Schulklasse sitzt. Wer sind diese Kinder? Wer bin ich? Sie erinnert sich, dass sie gestern im Fernsehen eine Sendung über die Verfolgung und Ermordung der Juden während des Faschismus gesehen hat. Ja, ich bin wahrscheinlich ein jüdisches Kind! Sagt sie sich. Die Lehrerin, die ihr ebenfalls fremd vorkommt, legt ihr eine Arbeit auf den Tisch. „Tanja, wie hast du das denn geschafft? Mathematik ist ja nun wirklich nicht deine Stärke. Hast du die Arbeit allein geschrieben? Du hast im letzten Jahr nur Fünfen geschrieben. Das hier ist eine Eins. Es ist alles richtig! Ich verstehe das wirklich nicht!“

Annika (2), ist im Wohnzimmer. Sie nimmt einen Apfel, eine Orange und drei Nüsse vom Teller und steckt sie in ihre Plastiktüte. Sie sammelt rundes Obst und Nüsse. Sie geht nirgendwo hin ohne ihre Tüte und schreit, wenn jemand versucht, sie ihr wegzunehmen. „Lena kommt gleich nach Hause“, teilt die Mutter ihr mit. „Dann könnt ihr raus gehen und miteinander spielen.“ „In Vietnam haben die Friedensverhandlungen begonnen.“ Die Mutter lacht. „Was sagst du?“ „In Vietnam haben die Friedensverhandlungen begonnen. Und nun zum Wetter...“

Jonas (10), taucht die Katze, die er in das mit Wasser gefüllte Fass geworfen hat, immer tiefer unter die Wasseroberfläche. Das Strampeln der Katze wird allmählich schwächer. Jetzt bewegt sich die Katze nicht mehr. Er zieht den schweren, leblosen Körper heraus und legt ihn auf den Boden. Anschließend erledigt er seine Hausaufgaben. Beim Einschlafen kommt ihm plötzlich die Katze in den Sinn. Sie wird nie wieder bei mir im Bett schlafen! Er weint.

Anne (22), spürt eines Morgens beim Aufwachen, dass sie am ganzen Körper Schmerzen hat. Sie entdeckt an verschiedenen Stellen ihres Körpers Prellungen und frische Wunden. In panischem Entsetzen springt sie aus dem Bett. „Was ist passiert?! Wo bin ich gewesen?!“ Auf dem Stuhl liegen Kleidungsstücke, die sie nicht kennt. Sie zittert am ganzen Körper, weil sie sich dies alles nicht erklären kann.

Lara (4), läuft allein durch den Garten. „Komm zu uns!“ hört sie die kluge Fee mit ihrer hellen, sanften Stimme rufen. Die kluge Fee, in ein langes weißes Kleid gehüllt, winkt ihr zu. Lara beeilt sich, ihr nachzulaufen. „Komm schnell!“ ruft sie der Prinz, „damit die Bösen dich nicht fangen!“ Der Prinz trägt ein goldenes Gewand, und seine Stimme ist nicht weniger sanft als die Stimme ihrer Fee. Sie folgt den beiden, und ein Lächeln huscht über ihr Gesicht. Es ist warm, die Sonne scheint, und die Fee und der Prinz sind da! Doch plötzlich stellen sich ihr zwei schwarze Gestalten in den Weg, so dass sie die Fee und den Prinzen nicht mehr erreichen kann. Sie gehören zu den Bösen. „Du musst bestraft werden!“ Lara zittert. „Du warst nicht lieb!“ „Du wolltest uns verraten?!“ „Die Strafe dafür ist der Tod!“ Lara erstarrt vor Schreck, als eine Feuerwand auf sie zukommt. Im letzten Moment schafft sie es gerade noch, in die andere Richtung davonzulaufen. Schreiend rennt sie auf den Hof. „Was ist denn?!“ fragt die Mutter. „Was ist

passiert?“ „Da ist ein Feuer! Ich muss verbrennen!“ „Du sollst nicht immer so ein dummes Zeug erzählen, sonst kommst du ins Heim!“

Kristina (15), wirft schwere Steine auf die Fensterscheiben einer Lagerhalle. Sie lacht jedes Mal voller Freude, wenn das Glas klirrend zerspringt. Das macht sie an jedem Montagmorgen in der großen Pause. Und die beiden Jungen, die sie gern zur Freundin hätten, dürfen ihr in dieser Stunde nah sein, weil sie Wache halten. Eines Tages wirft sie wieder einen großen Stein, aber es klirrt kein Glas mehr. Die Jungen erklären ihr, dass Gitter vor den Fenstern angebracht worden seien. Kristina ist einen Augenblick lang traurig, bevor sie wieder ins Nichtsein abgleitet.

Monika (56), ist froh über den Besuch ihrer kleinen Enkeltochter. Sie ist gerade in ein neues Haus gezogen und zeigt der Kleinen nun alle Zimmer. Hinterher bittet die Kleine sie: „Erzähl mir von dem Haus, in dem du gewohnt hast, als du klein gewesen bist!“ „Unser Haus...“ beginnt Monika wie selbstverständlich, doch dann hält sie inne. Ihr wird plötzlich bewusst, dass sie sich nicht daran erinnern kann, wie das Haus ihrer Kindheit ausgesehen hat. Sie weiß auch nicht zu sagen, wann sie wo und wie lange gewohnt hat. Sie sucht nach Anknüpfungspunkten. Die Einschulung, ja! Doch auch zu diesem so wichtigen Tag taucht nichts aus ihrer Erinnerung auf. Monika wird schwindlig. „Erzähl mir doch von dem Haus!“ „Ja...das Haus hatte...“ Sie erfindet eines, um der Kleinen eine Geschichte erzählen zu können.

Nicole (22), steigt in den Bus ein, mit dem sie zur Uni fahren wird. Der halbe Wagen ist leer, aber sie setzt sich nicht, obwohl die Fahrt eine halbe Stunde dauern wird. Sie hat panische Angst, dass sich jemand neben sie setzen könnte. An der nächsten Haltestelle steigt ein Mann ein. Er stellt sich neben sie. Rasch geht sie in den hinteren Teil des Busses, wo sie sich auf eine Plattform stellt. Das Geräusch des anfahrenden Busses tut ihr in den Ohren weh. Sie weiß nicht, wo sie hinschauen soll. Alles, was sie anschaut, tut weh. Besonders schlimm ist es, wenn ihr Blick menschliche Gesichter streift. Sie schlägt ihr Buch auf, vergräbt sich in ihren Formeln und wird bald wieder ruhiger.

Ann-Katrin (40), eine Kollegin, sitzt im Zug nach Hause. Sie hat an einem 5tägigen EMDR-Seminar teilgenommen, das ihr noch gefehlt hatte für das Zertifikat. Sie hat mit Freude teilgenommen. Sie findet die Methode sehr interessant, und die sanfte und akzeptierende Art der Ausbildungsleiterin hat ihr gut getan. Warum sollte sie sich also nicht voll und ganz darauf einlassen? Sie ist stolz auf sich, dass ihr das gelungen ist. Doch als sie die Haustür hinter sich ins Schloss fallen hört, beginnt sie mit einem Mal am ganzen Körper zu zittern. Sie hat das Gefühl, als sei ihr plötzlich alles zu viel. „Ich muss etwas essen!“ sagt sie zu sich selbst. Doch während sie nun ihr Abendessen zubereitet, tauchen plötzlich Bilder in ihr auf, wie sie sonst nur ihre Klientinnen beschreiben. „Aber ich doch nicht?! Nein, ich doch nicht!“ Sie bricht weinend zusammen. Das Glas, das sie in der Hand gehalten hatte, fällt zu Boden und zerbricht.

Was haben diese Menschen gemeinsam? Sie alle sind schon als Kleinkinder durch körperliche, sexuelle und emotionale Gewalt traumatisiert worden. Sie sind wiederholt vergewaltigt, gefoltert, entmenschlicht und in ausweglose Vernichtungsangst getrieben worden. Diese Gewalttaten sind entweder innerhalb oder außerhalb ihrer Familie geschehen, bei einigen von ihnen innerhalb und außerhalb ihrer eigenen Familie. Sie sind dem Tod nahe gewesen, haben die Grenze zwischen Leben und Tod kennengelernt. Die unterschiedlichen Symptome der Spaltung und des Rückzugs, die sie als Antwort auf diese Gewalt entwickelt haben, haben ihr Überleben ermöglicht. Und sie stellen zum jetzigen Zeitpunkt die bestmögliche innere und äußere Anpassung an die Umgebung dar, in der sie leben.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Das Vorliegen einzelner Symptome dieser Art bedeutet nicht zwangsläufig, dass diese Person früh und extrem traumatisiert worden ist; aber Symptome extremer Spaltung beziehungsweise extremen Rückzugs aus der Welt sind ein Hinweis dafür, dass dies der Fall sein könnte.

## **Über wen sprechen wir hier?**

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. Es gibt im Wesentlichen drei Gruppen von früh, extrem und langjährig traumatisierten Menschen.

In der ersten Gruppe befinden sich Betroffene, die ausschließlich innerhalb ihrer Familie traumatisiert worden sind. Die Kinder wurden von Mitgliedern ihrer eigenen Ursprungsfamilie sexuell misshandelt, vergewaltigt, geschlagen und auf andere Weise körperlich gequält. Sie erlebten Todesangst, Erniedrigung, emotionale Verwirrung und Verleugnung der Realität, unerträgliche körperliche und psychische Schmerzen und viele andere unerträgliche Gefühle durch ihre eigenen Bezugspersonen: Väter, Stiefväter beziehungsweise Brüder oder Stiefbrüder. Die Mütter sind zwar selten direkt Täterinnen, aber sie sind so gut wie immer Mittäterinnen, ohne deren Schweigen diese Verbrechen innerhalb der Familie nicht möglich wären. Sie verraten ihre Kinder, indem sie nicht hinsehen oder wissentlich schweigen und ihre Kinder nicht schützen. Meistens handelt es sich um einen Täter, in einigen Familien werden aber auch ältere Brüder zu Tätern an ihren Schwestern. Die Gewalttaten laufen entweder unvorhersehbar oder in ritueller Form ab. Die Bindung an die Eltern bleibt meistens erhalten, ist aber hoch ambivalent. In der zweiten Gruppe können Betroffene zusammengefasst werden, die sowohl innerhalb als auch außerhalb ihrer Ursprungsfamilie traumatisiert worden sind. Die Kinder erlebten die gleichen Gewalttaten wie oben beschrieben, zusätzlich aber erlebten sie fast immer extreme Gewalt in Kreisen des organisierten Verbrechens. Gemeint sind Opfer von Kinderpornographie, deren Eltern sie an gut zahlende Kunden verkaufen, um mit ihnen - auch via Internet - lukrative Geschäfte zu machen. Nicht selten sind die Väter auch selbst an diesen Taten beteiligt. Es handelt sich um mehrere Täter, und Formen ritueller Gewalt herrschen vor.

Gemeint sind aber auch die Kinder, die in faschistischen, satanistischen oder anders religiös getarnten Gruppen und Kulte traumatisiert werden. Sie erlebten die schlimmsten Formen ritueller Gewalt: Vergewaltigungen und Folter durch mehrere Täter im Rahmen von Gruppen-Ritualen, Misshandlung durch Tiere oder durch andere Opfer, die gezwungen wurden, sie zu quälen, lebendig begraben werden, das Mitansetzen von Folter und Mord, Verwirrung durch Drogen, emotionale Zerstörung durch Indoktrination und die grausame Tatsache, dass sie selbst zu Tätern an Tieren und Menschen gemacht wurden. Es handelt sich immer um mehrere Täter (oft gleichzeitig), und die ausgeübte Gewalt ist hoch ritualisiert. Die sogenannten „Snuff-Videos“ kommen auf diese Weise zustande - Filme, auf denen zu sehen ist, wie Kinder und Frauen real vor laufender Kamera vergewaltigt, gefoltert und ermordet werden. Die Kinder werden bewusst und gezielt emotional zerstört und regelrecht dressiert, um uneingeschränkt über sie verfügen zu können. Auch wenn diese Gruppen vorgeben, aus religiösen oder politischen Gründen zu handeln, so gehören doch zumindest deren Leitungen dem organisierten Verbrechen an; es geht um Menschenhandel, Waffenhandel, Prostitution und Geschäfte der Porno-Industrie. Es geht um Geld, und es geht um Macht. Die Eltern dieser Kinder wurden entweder bereits in diese Gruppen und Kulte hinein geboren, oder sie sind von ihnen als Mitglieder angeworben worden. Sie traumatisieren ihre Kinder zu Hause, und sie liefern sie der zerstörerischen Gewalt dieser Gruppen aus. Die Bindung an die Eltern bleibt meistens erhalten, ist aber hoch ambivalent.

Die dritte Gruppe umfasst Betroffene, die ausschließlich oder überwiegend außerhalb ihrer Ursprungsfamilie traumatisiert worden sind. Die Täter sind weitläufigere Verwandte und eventu-

ell ihre Mittäter, aber auch Täter aus den oben beschriebenen Kreisen, die nichts mit dem familiären Umfeld der Opfer zu tun haben. Die Kinder erlebten Vergewaltigungen, Folter und emotionale Zerstörung entweder in unvorhersehbarer, oder in ritueller Art und Weise. Damit frühe und extreme Traumatisierung außerhalb der Familie möglich wird, muss das Kind innerhalb seiner Familie regelrecht übersehen oder unsichtbar gemacht werden. Aufgrund von extremer emotionaler Kälte verbunden mit Desinteresse oder aufgrund von extremer Überforderung übersehen die Eltern die offensichtlichen Signale dieser Kinder. Eine Besonderheit dieser Gruppe von Betroffenen ist, dass die Bindung an ihre Eltern und Geschwister in den meisten Fällen weitgehend oder vollständig verloren geht. Einige binden sich emotional an die Täter. Andere binden sich an niemanden mehr.

Der Kontext der Traumatisierung hat erhebliche Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf der Betroffenen.

### **Gegenstandsbestimmung: Was ist ein Trauma, und was unterscheidet ein Trauma von einem belastenden Lebensereignis?**

Ein Trauma im klinischen Sinn lässt sich durch 3 Kriterien von einem belastenden Lebensereignis unterscheiden:

1. Häufigkeit: Belastende Lebensereignisse betreffen alle Menschen, von traumatischen Ereignissen sind ca. 10 Prozent der Menschen betroffen.
2. Reaktion des Organismus: Der Organismus nutzt alle Ressourcen, um das belastende Lebensereignis zu **bewältigen**. Ein Trauma kann im Augenblick des Geschehens nicht bewältigt werden, es kann nur **überlebt** werden; der Organismus aktiviert Notfall-Ressourcen – alle Formen der Dissoziation.
3. Gedächtnisrepräsentation: Belastende Lebensereignisse sind in unserem biografischen Gedächtnis repräsentiert; wir können sie, zum Beispiel durch Worte, symbolisieren. Traumatische Ereignisse werden anders enkodiert; sie werden vor allem auf der sensorischen und Empfindungsebene in fragmentierter Form gespeichert, nicht chronologisch-sprachlich.

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).

Von früher, schwerer und chronischer (extremer) Traumatisierung sind Klient\*innen betroffen, die von frühester Kindheit an innerhalb bzw. außerhalb ihrer Familie über einen Zeitraum von mehreren Jahren vergewaltigt, gefoltert und emotional zerstört worden sind.

#### **Definition:**

Ein Trauma (im psychologischen Sinn) ist ein kurz oder lang andauerndes, extrem bedrohliches Ereignis, auf das eine Person zunächst mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert; sie kann weder vor diesem Ereignis fliehen noch dagegen ankämpfen, was eine Überflutung ihres Informationsverarbeitungssystems zur Folge hat.

Früh und extrem 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.).

## **2 Ein erfahrungsbasiertes Prozess-Modell:**

### **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; Weiser-Cornell). 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. James Kepner, ein US-amerikanischer Gestalttherapeut, der seit Jahrzehnten mit traumatisierten Klient\*innen arbeitet, hat den immer wieder beobachtbaren selbstregulativen und organismisch auftretenden Heilungsprozess nach früher Traumatisierung beschrieben. In diesem sich selbst organisierenden Prozess entfaltet sich mir auch eine spirituelle Dimension, die die therapeutische Dimension umfasst.

### **Ein erfahrungsbasiertes Prozess-Modell des Therapieverlaufs nach früher, komplexer Traumatisierung (in Anlehnung an James Kepner, 1995):**

#### **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 wider bzw. inszenieren 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, besteht die wichtigste daraus resultierende Entwicklungsaufgabe darin, um alle im Zusammenhang mit dem Trauma erlittener Verluste zu trauern.

### **Vierte Phase: Konsolidierung**

Konsolidierung ist ein Prozess, der zu Wachstum führt. Das Selbst der Person – verstanden als Organismus-Umwelt-Prozess, wird vollständig neu strukturiert. 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 jeweils definierende Entwicklungsaufgabe steht im Vordergrund. Die Phasenabfolge ist als organischer, sich selbst gestaltender Prozess zu verstehen, der vertrauensvolle Beziehungen und eine radikale Akzeptanz aller Erlebensaspekte voraussetzt.

## **3 Konsistentes Personzentriertes Arbeiten:**

**Aus meiner Sicht definieren 7 Merkmale konsistentes Personzentriertes Arbeiten, das sich deutlich von anderen psychotherapeutischen Grundorientierungen unterscheidet. Wir arbeiten:**

- 1. innerhalb eines Wissenschafts-Modells, das die Evidenz der subjektiven Erfahrung zur Leitlinie des therapeutischen Handelns macht; die Therapieforchung 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 Übertragungsbeziehung konzeptualisiert wird, sondern als wirkliche authentische Begegnung, wodurch dieser Prozess überhaupt erst möglich werden kann.**

Erstens ist es natürlich so, dass keine Therapeutin und kein Therapeut **immer** alle Kernmerkmale im Kopf haben oder praktisch umsetzen – diese Arbeit ist sehr anspruchsvoll, weil sie Präsenz und die ständige Fokussierung der Aufmerksamkeit erfordert. Wir wissen alle, dass wir nicht gut arbeiten können, wenn es uns aus welchen Gründen auch immer im Moment schwerfällt, präsent zu sein. Wichtig ist, **dass es um Werte, Einstellungen und Haltungen geht, die in ihrer Bezogenheit aufeinander die Personzentrierte Psychotherapie (und ebenfalls andere Verfahren der Humanistischen Grundorientierung) definieren.**

Das bedeutet für das therapeutische Handeln, dass wir auf allen „Therapie-Wegen“ (Gendlin, 1998) arbeiten können: mit dem Körper, mit Gefühlen, mit Focusing, mit Selbst-Anteilen, mit Träumen, Geschichten und Märchen, mit Symbolen, inneren Bildern, Handlungen und Kognitionen. Aber Interventionen werden nicht im Vorhinein geplant oder von außen gesteuert, sondern ergeben sich als Angebot aus dem gegenwärtigen Prozess der Person, mit der wir arbeiten. Diese kennzeichnenden Merkmale sind als Sinn und Orientierung gebende **Haltungen** zu verstehen, die sich aus dem Menschenbild der Humanistischen Grundorientierung ergeben. Definitionen sind immer nur eine Annäherung an die Realität; ich denke trotzdem, dass diese Definition das Gemeinte angemessen widerspiegelt.

Es ist wichtig zu verstehen, dass die 7 genannten kennzeichnenden Merkmale **in ihrer Bezogenheit aufeinander** die Personzentrierte Psychotherapie unverwechselbar und unersetzbar machen. Wenn Vertreter\*innen anderer Grundorientierungen, vor allem der Verhaltenstherapie, einzelne dieser Merkmale herausnehmen und in ihre Ansätze integrieren, werden sie durch den andersartigen Kontext verändert. Zudem geht die Bezugnahme auf die übrigen Merkmale der Humanistischen Grundorientierung verloren. Die Arbeit mit dem Erleben und die Beziehungsgestaltung sind sicherlich die bekanntesten Beispiele. In fast jeder Psychotherapie wird heute mit dem Erleben gearbeitet – aber, trotz zeitweiliger Absichtslosigkeit – zielorientiert und nicht prozessorientiert im tiefen Vertrauen auf den sich selbst formenden Prozess (Merkmal 5). Dies zeigt sich immer wieder, wenn humanistische Konzepte und Methoden in die Verhaltenstherapie „integriert“ werden. Dort werden Interventionen, die auf das Erleben bezogen sind, geplant, skaliert und von außen gesteuert. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung wird zur „Gesprächsführungskompetenz“ oder zum „sozialen Biofeedback“, (siehe u.a. Wendisch, 2015), wird Mittel zum Zweck. Es fehlen dann meist die Merkmale 3, 4, 5 und 7, und die radikale Akzeptanz des inneren Erlebens ist nicht durchgängig gegeben. In einer modularisierten bzw. Allgemeinen Psychotherapie, zu der sich die VT auf den Weg zu machen scheint, würde die Humanistische Grundorientierung verlorengehen, weil die **inhärente Bezogenheit ihrer kennzeichnenden Merkmale aufeinander** verloren ginge! Dadurch verändert sich die gelebte Psychotherapie in allen beschriebenen Dimensionen grundlegend. **Es wird niemals das Gleiche sein – das ist meine Kernaussage. Zusammengefasst: Es ist die Kern-Kompetenz humanistisch orientierter Psychotherapie, in einer Wachstum und Transformation ermöglichenden therapeutischen Beziehung mit dem sich selbst organisierenden inneren Erleben zu arbeiten, wie es sich Augenblick für Augenblick verkörpert.**

Auf die wichtigsten oben beschriebenen Grundhaltungen möchte ich noch etwas genauer eingehen.

**Personzentriertes Beziehungsangebot:**

Das Klienten- oder (synonym) Personzentrierte Beziehungsangebot, basierend auf den sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen, bildet den Rahmen und die Grundlage der Psychotherapie. Die therapeutische Beziehung ist niemals „Mittel zum Zweck“, sondern eine wirk-

liche, in vielen Fällen tiefe, Begegnung zwischen zwei Menschen. Wie in jeder anderen Psychotherapie auch sind die unterschiedlichen Passungen zu beachten (persönliche Passung, Passung Therapeut/in „Störungsbild“, Passung Klient/in therapeutischer Ansatz; Veränderungsmodell). Die Klientenzentrierte Therapie heilt durch Beziehungen – durch die Beziehung zwischen Klient/in und Therapeut/in und durch die inneren Beziehungen zwischen dem mitfühlenden, essentiellen Selbst und den einzelnen Erlebensaspekten.

#### **Konsistenz der Klientenzentrierten Praxis:**

Für den Aufbau von Vertrauen in die therapeutische Beziehung und in den sich selbst organisierenden Prozess ist es gerade für schwer und extrem traumatisierte Klient\*innen besonders wichtig zu erleben, dass der Therapeut bzw. die Therapeutin **konsistent** handelt. Ein Wechsel zu Haltungen und Methoden aus anderen therapeutischen Grundorientierungen sollte daher vermieden werden.

#### **Prozess- und erfahrungsorientiertes Arbeiten:**

In der Klientenzentrierten Therapie (einschl. ihrer neueren Entwicklungen wie z. B. Focusing-orientierte Therapie, Prozess- und erfahrungsorientierte Therapie, Prä-Therapie), der Gestalttherapie sowie in einigen Richtungen der Körperpsychotherapie sind viele prozess- und erfahrungsorientierte therapeutische Möglichkeiten entwickelt worden, die - achtsam und zum richtigen Zeitpunkt angeboten -, bei der Behandlung früh und extrem traumatisierter Klient\*innen sehr hilfreich sein können. **Prozess- und erfahrungsorientierte Interventionen** fördern den aktuell ablaufenden Prozess; sie verzichten auf jegliche Manipulation des Inhalts. Mir ist dieser Aspekt besonders wichtig, weil oft vergessen wird, dass die von uns angebotenen Interventionen und Vorschläge immer auch ein Stück praktizierte Grundhaltung **sind** oder ihr **widersprechen**.

#### **Radikale Akzeptanz aller Erlebensaspekte:**

Die **radikale Akzeptanz aller Erlebensaspekte** (einschließlich derer, die selbstverletzendes Verhalten und Suizidimpulse betreffen) ist die wichtigste Voraussetzung dafür, dass das Vertrauen in den sich selbst organisierenden Prozess entstehen und wachsen kann. Dieses Vertrauen, entstanden in einer tragenden, Halt gebenden therapeutischen Beziehung, bildet meines Erachtens die Basis für einen tiefen Heilungs- und Reorganisationsprozess nach früher und extremer Traumatisierung. Radikale Akzeptanz lässt Mitgefühl mit jedem Erlebensaspekt entstehen; dadurch kann sich sein immer vorhandenes Wachstumspotential entfalten.

Bei der Behandlung früh und extrem traumatisierter, also in der Regel hoch dissoziativer Menschen, stoßen wir auf besondere Herausforderungen, die ich hier kurz skizzieren möchte.

#### **Bedingungen schaffen, die den sich selbst organisierenden inneren Prozess ermöglichen und schützen:**

Wir werden mit dem Potential geboren, der Richtung des eigenen inneren Erlebens vertrauen und alte sowie neue Erfahrungen integrieren zu können. Wenn wir dieses Potential in ausreichendem Maße entfalten können, werden wir fähig, Verbundenheit und Autonomie zu leben und unser Leben entsprechend unseren Bedürfnissen und Kompetenzen zu gestalten. Durch frühe, extreme Gewalt wird der **Zugang** zu diesem Potential zerstört, blockiert oder fragmentiert. Deshalb ist es das Hauptziel Personzentrierter Psychotherapie mit früh und extrem traumatisierten Klient\*innen, ihnen den Zugang zu ihrem sich selbst organisierenden Prozess (wieder) zu eröffnen.

#### **Sicherheit und Stabilität unterstützen:**

Äußere Sicherheit und innere Stabilität sind für extrem traumatisierte Menschen zunächst keineswegs selbstverständlich. Ein heilsamer Entwicklungsprozess ist aber ohne diese beiden Grundvoraussetzungen auf längere Sicht nicht möglich. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, auf Selbst-Anteile der Person zu achten, die innere Stabilität und äußere Sicherheit anstreben.

### **Das innere Erleben verfügbar machen:**

Extrem traumatisierte Menschen haben sich als Folge der an ihnen verübten frühen und langjährigen Gewalt entweder von ihrem inneren Erleben insgesamt oder von substantiellen Selbst-Anteilen dissoziiert, um überleben zu können. Beziehungslosigkeit und Desorganisation sind die Folgen - äußerlich sichtbar vor allem an Posttraumatischen/Dissoziativen Störungen in all ihren bekannten Formen. Um den Klient\*innen dabei zu helfen, wieder (ganzheitlich) fühlen und ihre Erfahrungen integrieren zu können, ist es unumgänglich, ihnen ihr inneres Erleben zugänglich zu machen.

### **Das (Wieder)herstellen von Verbindungen und Verbundenheit unterstützen:**

Extreme Traumatisierung zerstört in erster Linie innere Verbindungen (zwischen den einzelnen Erlebensaspekten und Erfahrungen) und äußere Verbundenheit (zu anderen Menschen). Um ein vom Schmerz geheiltes Leben führen zu können, ist es notwendig, innere Verbindungen und äußere Verbundenheit im Verlauf der Therapie möglich zu machen. Dies geschieht am ehesten im Zustand der **Präsenz**.

### **Verringerung von Inkongruenz - Die Integration der Trauma-Geschichte:**

Als Resultat dieses langjährigen Prozesses integriert sich die Trauma-Geschichte zunächst in die Selbst-Struktur, später meistens auch in einen größeren, spirituellen oder philosophischen Rahmen.

### **Therapieziele der Klient\*innen:**

Viele früh und extrem traumatisierte Klient\*innen können anfangs keine konkreten Therapieziele benennen. Ihnen fehlen buchstäblich die Worte. Sie wollen „überleben“, „leben“ oder auch „sterben“, es soll ihnen „besser gehen“. Hinzukommt, dass extrem traumatisierte Klient\*innen in aller Regel sehr fragmentiert sind. Es gibt in ihnen dissoziierte Anteile, die zunächst nicht mit der Therapie einverstanden sind. Dies ist meistens kein Problem, denn wenn es uns gelingt, die notwendigen, Wachstum ermöglichenden Bedingungen zu schaffen, entfaltet und gestaltet der Prozess sich von selbst in die richtige Richtung – mit allen Umwegen und Rückschlägen auf dem Weg dorthin. Auch hier gilt: Nicht das Problem steht im Mittelpunkt, sondern die Person, die eine Beziehung zu uns eingeht.

### **Eine extrem fragmentierte oder starre Selbst-Struktur:**

Früh und extrem traumatisierte Menschen haben kaum eine Selbst-Struktur entwickeln können bzw. ihre Selbst-Struktur ist stark fragmentiert. Die resultierenden dissoziativen Zustände können alle inneren Funktionen umfassen: Wahrnehmungen, Gefühle, Erinnerungen und Bewertungen können in einem Kontinuum von kaum vorhanden bis chaotisch-überflutend erlebt werden, lang andauernd oder alternierend. Betroffene mit überwiegend chaotisch-überflutendem Erleben haben viele unverbundene Teile, die zu innerem Chaos und extremer Inkongruenz führen. Betroffene, die in extremer Weise von ihrem inneren Erleben abgeschnitten sind, leben ganz in einem Selbst-Anteil, der so starr ist, dass ein „Erleben“ von Nicht-Existenz vorherrscht bzw. sich jede kleine Veränderung wie Vernichtung anfühlt.

### **Begriffsklärung - Das Selbst:**

Das Selbst ist sowohl Form (Selbst-Struktur) als auch Prozess, der sich immer wieder neu verkörpert. Es umfasst alles, was zum Selbstprozess gehört: das Explizite und das Implizite, das mitfühlende, in Beziehung seiende Selbst und alle Selbst-Anteile („Teile“ genannt).

Das Selbst hat keine von der Welt unabhängige Existenz; es erschafft aber als Aspekt der Welt seine ureigene Matrix von Bewusstseinszuständen und Bewusstseinsinhalten in jedem Augenblick selbst; wenn wir die Aufmerksamkeit darauf richten, taucht das Ich-Gefühl auf. Diesen Prozess bezeichne ich als Selbstorganisation - genauer gesagt: Selbst-Prozess. So verstanden ist das Selbst zugleich einzigartig und mit allem verbunden, was ist.

Das mitfühlende Selbst empfindet ganzheitlich und befindet sich im Zustand der Präsenz. Im Zustand der Präsenz können wir eine innere Beziehung zu jedem Selbst-Aspekt aufnehmen.

Menschen, die frühe und langjährige Traumatisierung erlebt haben, haben keinen Zugang zu ihrem mitfühlendem, präsenten Selbst und damit auch keinen Zugang zur Selbstorganisation.

Sie tragen aber wie alle Menschen das Potential zur Selbstorganisation in sich; damit es sich entfalten kann, brauchen sie Hilfe von außen – vor allem das Klientenzentrierte Beziehungsangebot.

### **Begriffsklärung - Die Teile:**

Die Arbeit mit früh traumatisierten Klient\*innen ist in großem Umfang Teile-Arbeit. Teile sind Selbst-Aspekte mit einer eigenen Geschichte beziehungsweise mit einer wichtigen Aufgabe oder Position in einer aktuellen Situation. Überdauernde Teile einer Person können als eingefrorene Prozesse verstanden werden. Jeder Teil trägt unsere Essenz, die Fähigkeit zur Selbstorganisation, als Potential in sich. Es gibt weder „dumme“ noch „zerstörerische“ Teile; denn sie alle tragen die ganze Weisheit in sich. Aber ein Teil ist darauf angewiesen, dass unser mitfühlendes Selbst oder ein anderer Mensch eine Beziehung zu ihm eingeht, damit er sein eigenes Potential zur Selbstorganisation entfalten kann! Dann können sie sich verändern und entwickeln. Ein Teil spürt selbst, ob er bereit ist, sich auf das mitfühlende Selbst oder auf einen anderen Menschen zu beziehen -, das heißt, ob er bereit ist, sich weiter zu entwickeln und zu transformieren. Hier handelt es sich um ein Kontinuum. Es gibt Teile, die sehr durchlässig und gut verbunden sind mit dem mitfühlenden Selbst. Andere Teile sind absolut unverbunden und starr, und sie haben lediglich das Potential, sich zu öffnen, sich mit dem mitfühlenden Selbst zu verbinden und Prozess zu werden. Jeder Teil (resp. Anteil) hat ein Nichtwollen und ein Wollen und möchte zum Besten der Person wirken – auch wenn es sich nicht so anfühlt und auch wenn dieser Teil noch so aggressiv oder schwierig sein mag! Jeder Teil möchte in seinem So-Sein bestätigt werden. Nur dann können wir Kontakt aufnehmen zu einem Teil mit der expliziten oder impliziten Frage: „Was ist gut oder wichtig daran, dass...?“ Diese Frage nach dem Nichtwollen/Wollen und der guten Absicht eines Teils ist umso wichtiger, je feindseliger und starrer sich ein Teil uns zeigt.

Extreme, also frühe und langjährige, Traumatisierung führt zu Dissoziation (Unterbrechung; Abtrennung) von Wahrnehmungen, Empfindungen und Gefühlen (Ergebnis: Posttraumatische Belastungsstörung, Depersonalisation; Autistische Zustandsbilder), Gedächtnisinhalten (Ergebnis: Amnesie) bzw. Anteilen der Identität (Ergebnis: Persönlichkeitsspaltungen bis hin zur Dissoziativen Identitätsstörung).

**Dissoziation ist das Gegenteil von Assoziation.** Wir nutzen daher therapeutische Wege, die assoziativ und erfahrungsaktivierend wirken und den Vorgang der Dissoziation umkehren, ohne in irgendeiner Weise manipulativ oder überfordernd zu sein. Wenn dies gelingt, kommt der Selbst-Prozess wieder in Gang. Und es bildet sich mit der Zeit eine Selbst-Struktur, die die alten, abgewehrten Erfahrungen integriert und offen ist für neue Erfahrungen.

## **4 Alle Therapie-Wege nutzen:**

Anstatt den Begriff „Interventionen“ zu verwenden, spreche ich lieber von „Therapie-Wege“. Gendlin (1998) beschreibt, wie wir in einem Personzentrierten Rahmen 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 entnommen):** Sehr konkretes wörtliches, situations- oder körperbezogenes Spiegeln hilft betroffenen Klient\*innen vor

allem zu Beginn der Therapie, wenn sie beispielsweise nicht sprechen können, in Erstarungszustände geraten oder von Halluzinationen überwältigt werden.

- **Prozessorientiertes Arbeiten mit Imagination:** Das Arbeiten mit inneren Bildern oder Szenen kann traumatisierten Klient\*innen 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 Möglichkeiten der Intervention.
- **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 Außensinne einladen:** Sie sind vor allem zu Beginn der Therapie sinnvoll, um den Klient\*innen 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 sog. „Groundings“, des Erdens. Es ist hilfreich, dies zunächst von der Körperperipherie aus zu tun, da im Körperinnern 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 Klient\*innen, 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 (Perls, Greenberg u. a.):** 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. unabgeschlossene 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 Klient\*innen, 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 **erstmalig** 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 diese Intervention inhaltlich an traumatische Ereignisse geknüpft ist, sollte sie eher am Ende der Therapie angeboten werden, da sie 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 The-

rapieverlaufes hilfreich sein, wenn die Klient\*innen sie annehmen und wenn das Intensitätsniveau stimmig ist. Unterstützende und haltende Interventionen können in allen Therapiephasen angeboten werden. Expressive körpertherapeutische Interventionen sind meist nur in der Mitte und vor allem am Ende der Therapie sinnvoll, da die Klient\*innen 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 „Interventionen“ bzw. der Nutzung unterschiedlicher Therapie-Wege:**

- Unsere therapeutischen Angebote werden nicht geplant, vorstrukturiert oder von außen gesteuert. Sie ergeben sich **aus dem aktuellen Erlebens-Prozess, aus der emotionalen Feinabstimmung zwischen Klientin und Therapeutin**. 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**.

Mit Kepner bin ich der Meinung, dass es für keine Person und für keine Störung eine lineare Skala der Wirksamkeit in Bezug auf psychotherapeutische Interventionen gibt. Am heilsamsten ist das, was die Person zum gegebenen Zeitpunkt am besten integrieren kann. Dies hängt von der jeweiligen Person, ihrer Lebensgeschichte, ihrem aktuellen Entwicklungsstand sowie vom gegenwärtig stattfindenden Prozess ab.

## 5 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 1-1 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 Ahnung, 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. „Meine 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.

## **6 Fazit:**

Früh und extrem traumatisierte Menschen, die sich für unser Therapieverfahren entscheiden, brauchen keine Form der etablierten „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.

**Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ein konsistentes 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 Ohnmachtssituation 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“.**

**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).

Eckert, J., Biermann-Ratjen, E., Höger, D. (Hrsg.) (2012; 2. Auflage). *Gesprächspsychotherapie. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis*. Heidelberg: Springer.

Elliott, R., Davis, K. L. & Slatick, E. (1998). Process-experiential therapy for posttraumatic stress difficulties. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (249-271). New York: Guilford Press.

Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie: Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.

Greenberg, L. S.; Watson, J. & Lietaer, G. (Eds.) (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: Guilford Press.

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.

Rief, W. (2019). Von der verfahrensorientierten zur kompetenzorientierten Psychotherapie-Qualifikation. *Psychotherapeuten-Journal* 3-2019 (261-268).

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*. Nordstedt: Books on Demand.

Wendisch, M. (2015): *Verhaltenstherapie emotionaler Schlüsselerfahrungen. Vom kognitiven Training zur emotionalen Transformation. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Anleitung*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.

\*Das Skript und der Artikel können bei mir per E-Mail bezogen werden

\*Das Buch ist vergriffen. Eine 80-seitige Übersetzung kann bei Bedarf per E-Mail bei mir bezogen werden