

Focusing mit traumatisierten PatientInnen in der Personzentrierten Psychotherapie

Paula Ritz
Zürich, Schweiz

Gendlin hat uns mit dem Focusing nicht nur das Prinzip von Veränderung näher gebracht, sondern auch eine hilfreiche Landkarte zur Verfügung gestellt, um Klientinnen und Klienten sicher und hilfreich durch den Prozess der Trauma-Verarbeitung oder Trauma-Neuverhandlung sowie zur Integration und Transformation von psychischen Traumata zu führen. Ein wichtiges Prinzip in der Traumatherapie besteht darin, dass wir weder regressiv noch kathartisch, sondern gegenwartsbezogen, ressourcenorientiert und mit der Empfindungsebene arbeiten. Psychoedukation und Leading sind wichtig und nötig in der Therapie mit traumatisierten Menschen, um nicht re-traumatisierend zu wirken.

Schlüsselwörter: Traumatherapie, Focusing, Selbstregulationsfähigkeit, Felt Sense.

Focusing with traumatized patients in person-centered psychotherapy. With Focusing, Gendlin not only brought us closer to the principle of change, but also provided a helpful map to guide clients safely and helpfully through the process of trauma processing, trauma re-negotiation, integration and transformation of psychological trauma. An important element is that in the therapy we are not regressive, not cathartic, but forward-looking, resource-oriented with the client, working with sensation and the felt sense. Psychoeducation and „leading“ are important and necessary elements in the therapeutical work with traumatized people in order to prevent re-traumatization.

Keywords: Traumatherapy, focusing, self-regulation ability, felt sense.

Dankbarkeit und das Bedürfnis nach Würdigung von Rogers und Gendlin leiten mich, diesen Artikel zu schreiben. Vor dreißig Jahren gingen wir teilweise noch davon aus, dass psychische Traumata kathartisch durchlebt werden müssen, um zu „heilen“. Schmerzlich mussten wir dann jedoch miterleben, wie es einigen unserer Klientinnen und Klienten¹ im Verlauf der Therapie schlechter ging. Statt ihnen zu helfen, retraumatisierten wir sie sozusagen mit unserer Behandlung. Schließlich begaben sich Therapeuten unterschiedlichster Richtungen auf die Suche nach einer wirkungsvollen Behandlung für schwer traumatisierte Menschen. Diese Suche hält bis heute an. In den letzten Jahren wurde an verschiedenen Orten wertvolle Forschungsarbeit geleistet, welche die Erklärungen über psychische Traumata und deren Folgeerscheinungen vertieft hat. Ergänzend dazu soll im Folgenden dargestellt werden, dass Gendlin uns mit dem Focusing eine Landkarte an die Hand gab, die uns dabei hilft, unsere Klientinnen sicher durch den schwierigen Prozess der Traumaheilung bzw. Traumatransformation zu führen.

Ritz Paula, 1949, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, Ausbilderin p.c.a. In freier Praxis tätig in Zürich/CH.

Mail: paula.ritz@bluewin.ch, www.therapiezentrum-hirschenplatz.ch

Adresse: Niederdorfstrasse 18, 8001 Zürich

Lektorat: Flurina Hefti, Zürich/Schweiz; fhefti@gmx.net.

Verschiedene Arten psychischer Traumata

In Bezug auf Folgeerkrankungen nach einem traumatischen Ereignis gehen wir heute von einem Traumaspektrum aus, einem Prozess, der verschiedene Krankheitsbilder hervorbringen kann. In der Literatur finden sich unterschiedliche Begriffe. Die internationalen klinischen diagnostischen Leitlinien finden sich in ICD-10 (2015) oder DSM-V (2015). Für die Therapiearbeit macht es einen Unterschied, ob es sich um eine akute Belastungsreaktion, ein Schocktrauma (Monotrauma oder Typ-I-Trauma) oder um komplexe Traumata, wie Posttraumatische Belastungsreaktion, Komplexe Posttraumatische Belastungsreaktion (Typ-II-Trauma) handelt.

Schocktraumata sind singuläre Ereignisse wie ein Verkehrsunfall, sexuelle Gewalt, Lebensbedrohung durch eine Naturkatastrophe etc. Meist klingen die Symptome innerhalb von Tagen oder Wochen ab. Die zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien bestimmen die Verarbeitung und Regulationsmöglichkeiten.

¹ Im Folgenden wird alternierend die weibliche oder die männliche Schreibweise gebraucht; gemeint sind jedoch immer beide Geschlechter.

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), dem bekanntesten Krankheitsbild, haben sich die Belastungen chronifiziert und wurden manifest. Ob sich eine PTBS entwickelt, hängt von der Resilienz und den Ressourcen sowie der Lebenssituation des Einzelnen ab. Merkmale einer PTBS sind Flashbacks (wiederholtes Erleben des Traumas), Alpträume, Über- und Untererregung des Nervensystems, Schreckhaftigkeit, Depressionen, Ängste etc. Bei der Komplexen Posttraumatischen Belastungsreaktion (K-PTBS) hat sich eine andauernde Persönlichkeitsveränderung entwickelt.

Bei Entwicklungs Traumata (auch als Typ-III-Traumata benannt) stellt sich die Frage, wie weit sich die Amplitude ausweiten konnte (das *window of tolerance*, Siegel, 2007), die darüber entscheidet, wie resilient, widerstands- oder regulationsfähig jemand im späteren Leben ist.

Neuere Forschungen beschäftigen sich auch mit transgenerationalen Traumata. Es zeigte sich dabei, dass unverarbeitete Traumata zum Teil von der Eltern- und Großeltern generation unbewusst an die Kinder und Kindes kinder weitergegeben werden (psycho-soziale Vererbung, Rauwald, 2013). Es muss ebenso davon ausgegangen werden, dass Traumata außer den Narben in der Seele auch Narben im Erbgut zurücklassen (epigenetische, molekulare und biochemische Mechanismen, cf. Levine, 2016, S. 211ff., siehe auch Spork, 2017).

Wichtig ist mir auch, die Sekundärtraumatisierung zu erwähnen, bei der es darum geht, miterleben zu müssen, wie jemand traumatisiert wird, schlimme Erlebnisse erzählt zu bekommen etc. (Psychohygiene ist für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in diesem Zusammenhang bedeutsam.)

Definitionen psychischer Traumata

Kurz- oder langfristig belastende Lebensereignisse mitsamt ihren gelungenen und misslungenen Bewältigungsversuchen sind Teil unserer Biografie; sie sind in unserem biografischen Gedächtnis repräsentiert und wir können sie durch Worte, Bilder oder das Erleben eines Gefühls symbolisieren. Ein Trauma (im psychologischen Sinne) ist ein kurz oder lang andauerndes, extrem bedrohliches Ereignis, auf das eine Person zunächst mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert. Die Person kann weder vor der traumatischen Situation fliehen noch gegen sie ankämpfen, was eine Überflutung ihres Informationssystems zur Folge hat und eine Symbolisierung (Rogers, 1959/2009, S. 25ff.)² der Erfahrung verhindert (GwG

Akademie, 2007). Was als bedrohlich erlebt wird, ist sehr individuell und hängt von der eigenen Resilienz ab. Besonders folgenreich ist die Unfähigkeit, Verbalisierungen zu verstehen, sei es, weil Teile des Selbstkonzepts nicht ausgebildet wurden oder weil das Sprachzentrum nachträglich abgekoppelt wurde. Ob eine Symbolisierung von vornherein gesperrt ist oder nachträglich zerstört wird, ist für die Folgen beinahe unerheblich. Ausschlaggebend ist, dass unverarbeitete kurz- oder langfristige Traumata (noch) kein kohärenter und integrierter Bestandteil unserer persönlichen Biografie geworden sind; wir erinnern sie nicht bzw. nur in fragmentierter Form. Fragmentierung ist immer ein Bewältigungsmechanismus für ein überwältigend hohes Maß an Erregung und schmerzhafter Emotionen.

Bei Entwicklungs Traumata (Bindungstraumata) ist das zentrale Thema *Empathieversagung* durch emotionale Vernachlässigung, Verwahrlosung, Misshandlung, Überbehütung, Verwöhnung oder sexuellen oder emotionalen Missbrauch. Es ist dem Selbstkonzept unmöglich, angemessen an seinen Erfahrungen zu wachsen; Symbolisierungen sind nicht möglich. Nicht nur Posttraumatische Belastungsstörung sowie Persönlichkeitsstörungen, sondern auch akute Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen lassen sich unter einem gemeinsamen Blickwinkel betrachten. Alle Formen einer verhinderten Symbolisierung ähneln sich in ihrer Phänomenologie, sie unterscheiden sich wesentlich nur in der zeitlichen Perspektive (Heinerth, 2007, ICD-10, 2015)

Für van der Kolk (2016), Gründer und Leiter des medizinischen Traumazentrums in Brookline, Massachusetts, ist ein Trauma die verloren gegangene Fähigkeit, im *Hier und Jetzt* zu sein, und immer auch verbunden mit einem Grenzverlust. Für Levine (2011), Begründer des *Somatic Experiencing*, ist die Dysregulation des Nervensystems nach einem Trauma zentral und die Antwort des Körpers auf eine als lebensbedrohlich erlebte Situation, wodurch das Nervensystem seine Flexibilität verliert. Traumatische Reaktionen sind Teil eines hochintelligenten psychosomatischen Selbstschutzesystems. Ein Trauma ist nach Levine nicht im äußeren Ereignis angesiedelt, welches physische oder emotionale Schmerzen verursacht, sondern entsteht dadurch, dass im Körper blockierte Energie nicht gelöst wird. Ähnliche Symptome können sich aus einer Vielzahl von Quellen entwickeln. (Die Hospitalisierung von Kindern kann beispielsweise vergleichbare Reaktionen hervorrufen wie bei Kriegsveteranen.)

2 Gewährerdung, Symbolisierung und Bewusstsein werden bei Rogers synonym gebraucht. Bewusstsein ist die Symbolisierung eines Ausschnitts unserer Erfahrung und wird somit als die symbolische Repräsentation eines Bereichs unserer Erfahrung gesehen. „Diese Repräsentation kann verschiedene Grade von Schärfe oder Klarheit aufweisen. Von einer dumpfen Gewährerdung von etwas, was tief

innen existiert, bis hin zu einer scharfen Gewährerdung, was im Brennpunkt steht“ (Rogers, 1959/1989 S. 24). Eine Symbolisierung muss nicht notwendigerweise verbal sein, sondern kann auch andere Formen von Bewusstseinserscheinungen wie Sinneswahrnehmungen oder Körpererlebnisse annehmen (Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006, S. 61ff.).

Trauma und Schutzmechanismen

Eine der schlimmsten psychischen Folgen von Traumatisierung ist das Gefühl, nicht mehr dazuzugehören, aus der Gemeinschaft herauszufallen, plötzlich anders zu sein, der Verlust der Fähigkeit, vertrauen zu können. Hinzu kommen der Verlust der Selbstregulationsfähigkeit sowie der Verlust der Flexibilität des Nervensystems. Man kann diesen Zustand auch als einen toxischen Zustand verstehen; eine Mischung aus Todesangst, absoluter Hilflosigkeit und Kontrollverlust.

Der Überlebensmodus löst ein Notfallprogramm aus, eine Kaskade der Stressbewältigung setzt ein: Es erfolgt eine Dissoziation zwischen Neocortex und Reptilienhirn, das bewusste Denken wird abgeschaltet oder zumindest eingeschränkt. Dies ermöglicht dem Körper, schneller auf die Bedrohung zu reagieren, denn unsere Reaktion wäre unter Einbeziehung von logischem Denken und abwägendem Verstand nicht schnell genug. Die oberen Hirnregionen werden folglich weniger stark durchblutet und in ihrer Funktion behindert. Die unteren Hirnbereiche schalten den Organismus auf die Hauptfunktionen um, die man zum Hilfe holen, Weglaufen (*Flight*) oder Kämpfen (*Fight*) braucht. Das Funktionieren der Arme, Beine und Lunge wird optimiert, und nicht arterhaltende Systeme werden heruntergefahren oder ausgeschaltet, ebenso alle Funktionen, die zusätzliche Energie erfordern würden wie Verdauung und Temperaturregulierung. Schmerzsignale werden nicht mehr weitergeleitet. Es findet eine Ausschüttung von körpereigenen Schmerzmitteln – Endorphinen – statt (dies muss bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen berücksichtigt werden, weil Suchtgefahr, eine dauernde Suche nach Intensität, das Nichtertragen normaler „Langeweile“ drohen).

Bei bevorstehender Gefahr schauen wir als Erstes, wer Schutz geben könnte. Das Bindungssystem springt an, und wir versuchen Schutz und Hilfe zu mobilisieren. Diese Orientierungsfunktion wird instinktiv aufgerufen. Falls keine Hilfe in Sicht ist, schlägt die Amygdala Alarm, und Stresshormone (Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol, Endo(mo)rphine) werden ausgeschüttet, um die für Flucht und Kampf benötigte Muskelkraft zu mobilisieren. Gleichzeitig „frieren“ wir (*Freeze*) zur Bewegungslosigkeit „ein“. Äußerlich erscheint der bedrohte Mensch erstarrt, innerlich ist er hochaktiviert (Hypervigilanz). Hält die Bedrohung an, versuchen wir zu flüchten (*Flight* mit dem Gefühl von Hilflosigkeit); als Nächstes kämpfen wir, wenn es möglich ist (*Fight* mit dem Gefühl der Ohnmacht). Die ausgeschütteten Endorphine helfen uns dabei, den körperlichen Schmerz nicht zu fühlen, geistig wegzutreten und die akute Todesangst zu neutralisieren. Falls Flucht und Kampf nicht möglich oder erfolgreich sind, friert der Körper die Spannung ein, weil weder zusätzlicher Spannungsaufbau noch zusätzliche Spannungsabfuhr möglich ist. Diese *tonische Immobilisierung*

ist ein der Panik ähnliches Symptom. Der Mensch ist „starr vor Schreck“ (*fright*), was mit massiver Tachykardie, Vasokonstriktion, Stimmbandlähmung, Überwachsamkeit und der erneuten Vorbereitung des gesamten Organismus zur Flucht einhergeht, falls sich doch noch eine Gelegenheit bieten sollte (dies ist ein sympathikogener Zustand). Gleichzeitig erfolgt eine Dissoziation in Hochspannung. Dauert dieser Zustand länger an, folgen die Phasen des Aufgebens, der Unterwerfung, des Totstellreflexes sowie eine Dissoziation in Unterspannung. Diese Ohnmachtsphase ist parasympathisch gesteuert (dorsaler Vagus). Puls und Blutdruck fallen ab, es kommt zur Vasodilatation (Gefäßerweiterung), zur Lähmung und dem völligen Verlust der Körperspannung. Dies verunmöglicht die Flucht bei einer allfällig nachlassenden Gefahr: Wir sprechen dann von einer *atonischen Immobilisierung*. Der Überlebensmodus des Schockzustands, der Totstellreflex, geht einher mit dem Gefühl des vollständigen Ausgeliefertseins. Dass wir diese Überlebensmöglichkeiten haben, ist eine weise Einrichtung. Im Gegensatz jedoch zu den Tieren, welche die angesammelten Stresshormone aus dem Körper instinktiv wieder herausarbeiten bzw. entladen, indem sie sich schütteln oder bewegen (falls sie nicht in Gefangenschaft sind), geschieht dieser Stressabbau bei uns Menschen nicht automatisch. Die Aktivierung des Nervensystems besteht (oft) fort, und die Stresshormone verbleiben „eingefroren“ im Körper. Der Körper ist sozusagen im „Daueralarm“ und bildet Symptome aus. Durch die unterbrochene oder heruntergefahrte Verbindung zum Neocortex kann das Erleben zwar gespeichert, aber weder eingeordnet noch symbolisiert werden. Der Hippocampus kann seine Funktion, Raum und Zeit zu integrieren, nicht hinreichend wahrnehmen, und das Gefühl von „vorbei sein“ und „das war einmal“ kann nicht entstehen (Verlust des *Hier-und-Jetzt-Gefühls*). Diese verunmöglichte zeitliche und räumliche Einordnung des Geschehens lassen die Gefahr noch immer als präsent erscheinen, und das Notfallprogramm scheint wiederum notwendig. Da in der Schockerstarrung eine Fragmentierung der Wahrnehmung erfolgt, dem Zerschneiden eines Spiegels ähnlich, speichern sich diese Fragmentierungen an verschiedenen Orten des Gehirns ab, sodass das traumatische Ereignis im Nachhinein nicht mehr zusammenhängend erinnert werden kann. Bruchstücke des Erlebens werden in unterschiedlichen Wahrnehmungsqualitäten unzusammenhängend im Gehirn, in den Muskeln, im Gefühl und im Körpererleben gespeichert. Sie sind später nicht bewusst abrufbar, können aber durch Ähnlichkeiten im aktuellen Erleben wieder ausgelöst, sprich getriggert werden. Die Reaktion auf einen Trigger erfolgt automatisch. Traumatisierung heißt, dass eine Erfahrung nicht in die eigene Vergangenheit eingebaut und symbolisiert werden konnte, sondern sich potenziell immer wieder über das Leben im *Hier und Jetzt* stülpt (Handke & Görges, 2012; Levine, 2011;

Peichl, 2008). Flucht- und Kampfreaktionen sind Reflexe aus dem so genannten „primitiven“ Teil des Gehirns, dem Stammhirn. Wie wir gesehen haben, schaltet sich bei einer Traumatisierung alles aus, was nicht überlebensnotwendig ist und wir sind zu unserem Vorteil nur noch instinktiv unterwegs. Der Körper reagiert vollautomatisch. Die passiven Abwehrmechanismen sind ebenfalls hirnstammgesteuert, über das Reptilienhirn, die Empfindungsebene. Dies macht es plausibel, dass wir nicht umhinkommen, bei der Verarbeitung von Traumata auf den Körper, auf die Empfindungsebene (*Felt Sense*) zu referieren, um auf diese Weise dem Nervensystem die Möglichkeit, sich zu regulieren, zurückzugeben. „Eingefrorene“ Stresshormone können so aus dem Körper herausgeschafft werden (sog. Entladungen). Bei Entwicklungstraumata geht es unter anderem darum, dass das *window of tolerance* im Sinne von Regulationsfähigkeit und Resilienz, aufgebaut oder erweitert werden kann. Bis zum zweiten Lebensjahr speichern Menschen übrigens ihre traumatischen Erfahrungen ausschließlich im impliziten unbewussten Körpergedächtnis.

Focusing als Landkarte in der Traumatherapie

Der heilsamste Aspekt in der Traumatherapie ist, den Klienten dabei behilflich zu sein, wieder in Kontakt zu sich, in Kontakt zu anderen zu treten, Bindungen einzugehen und wieder dazuzugehören.

Eine äußere Sicherheit zu schaffen und aufrechtzuerhalten, ist dabei die Voraussetzung für eine erfolgreiche Traumatherapie. Solange beispielsweise Täterkontakt besteht, kann höchstens stabilisiert werden. Da eine Traumatisierung mit einem vollständigen Kontrollverlust einhergeht, ist Psychoedukation in der Therapie unabdingbar. Es ist erforderlich, unseren Klientinnen die Notfallreaktion zu erläutern, stellt dies doch eine wesentliche Information dar, die wir ihnen im Sinne einer Normalisierungsintervention zur Verfügung stellen. Klienten sollten verstehen, dass ihre Symptome normale Reaktionen auf schreckliche Erlebnisse sind. Da viele Klientinnen in der Hoffnung zu uns kommen, endlich zu begreifen, was genau mit ihnen passiert ist, ist es wichtig, ihnen die teils verunmöglichte Erinnerungsfähigkeit (durch die oben ausgeführten Mechanismen) zu erklären und darzulegen, dass wir auch trotz eingeschränktem Erinnerungsvermögen mit ihnen an den Problemen arbeiten können. Gendlin hat immer wieder darauf hingewiesen, dass wir *nicht wissen* müssen, um erfolgreich Focusing zu machen. Dennoch verspüren wir Menschen jedoch immer das Bedürfnis, unser „Buch“ zu schreiben. Und wenn wir nun auch nicht *die* absolute Wahrheit finden werden, so lässt sich doch durch die Art und Weise, wie sich der *Felt Sense* im Focusing zeigt, wie wir in der Welt stehen und

wie wir Beziehungen gestalten, eine lineare Erzählung schreiben, die für den Einzelnen plausibel ist.

Focusing ist in der Personzentrierten Psychotherapie nach Rogers beheimatet und für Gendlin ist das Focusing auch als Haltung sich selber und dem Leben gegenüber zu verstehen. Zentral dabei ist, dass sich diese Haltung durch eine absichtslose, nicht bewertende, akzeptierende Zuwendung dem inneren Erleben gegenüber auszeichnet. Gendlin meint dazu: „Diese kleine Zeit, die man darauf gibt, mit etwas zu verweilen, *das nicht klar ist, aber konkret im Körper zu spüren ist und sicher mit etwas zu tun hat*, das nenne ich Focusing. Und das Focusing *öffnet* dann eine ganze Menge verschiedener Dinge. Es kommen kleine *Schritte der Änderung*, und man findet eine Menge heraus, aber das nenne ich nicht mehr Focusing. Das ist schon das, *was durch Focusing kommt*.“ (Gendlin & Wiltschko, 2014, S. 13f.). Die wortlose, körperliche Stimmung nennt Gendlin *Felt Sense*. Ein *Felt Sense* kann sich zu jedem inneren oder äußeren Thema (Frage, Konflikt, Problem, Situation, Person, Symptom, Traum etc.) bilden oder auch einfach nur da sein, ohne dass wir gleich wissen, womit er zu tun hat. Es ist die Art und Weise, wie ich eine Situation, eine Frage etc. in meinem Körper „trage“. Indem wir bei einem *Felt Sense* verweilen, ergeben sich „von selbst“ Schritte der Veränderung. Ein echter Veränderungsschritt wird immer körperlich gespürt (*Felt Shift*), geht aber meist mit kognitiven Veränderungen (Einsicht, Erkennen) einher.

Neben diesem spezifischen inneren Prozess der Kontaktaufnahme mit sich selbst hat Gendlin eine Methode entwickelt, mit welcher der beschriebene Prozess eingeleitet und gefördert werden kann. Er erforschte, was bei Menschen zu einer Veränderung führt, und fand heraus, dass es die spezifische Art und Weise ist, wie sie mit sich in Kontakt treten. Erfolgreiche Klienten haben eine vage, schwer zu beschreibende innere Aufmerksamkeit, eine körperlich gefühlte Ahnung für die Bedeutung ihrer Probleme, denen sie sich zuwenden und für die sie Worte, Bilder, Gesten oder Töne finden können. Es gelingt ihnen in fruchtbaren Momenten, genau auszudrücken, was sie innerlich erleben. Aufgrund seiner Erkenntnisse hat Gendlin Focusing in einem „Sechs-Schritte-Modell“³ vereinfacht und systematisiert, sodass es lern- und lehrbar wurde. Dies machte es möglich, Focusing in Psychotherapien, gleich welcher Richtung, einzubeziehen und gemeinsam mit den Klientinnen an diesem spezifischen „Bei-sich-Sein“, das sozusagen das Prinzip von Veränderung darstellt, zu arbeiten. Gendlins Focusing wurde später zur Focusing-Therapie (Gendlin &

3 1. Raum schaffen, 2. *Felt Sense* entstehen lassen, 3. Griff für den *Felt Sense* finden, 4. der Resonanz des Griffs nachspüren und mit dem *Felt Sense* vergleichen, 5. Fragen stellen, 6. das im Prozess möglich Gewordene anerkennen und schützen (Gendlin, 2001, S. 64ff.).

Wiltschko, 2014; Gendlin, 1998; Stumm, Wiltschko & Keil 2003, S. 120 ff.) weiterentwickelt, einer eigenständigen Psychotherapie auf Basis der Personzentrierten Psychotherapie nach Rogers.

In der Focusing-Therapie steht der Körper als Ort des Erlebens, als Träger des Prozesses und dessen Ausdruck im Mittelpunkt unserer Achtsamkeit. Dies gilt in besonderem Maße für die Traumatherapie. Der *Felt Sense* kann sich in unterschiedlichen Erlebensmodalitäten entfalten, nämlich im Erlebensraum der Körperempfindungen, der Emotionen, der Imaginationen und der Kognitionen. Gendlin hat uns aufgezeigt, wie wir den Focusing-Prozess begleiten können (*pacings, listening* und *leading*), ihn voranbringen, indem wir zwischen den Modalitäten pendeln und somit den Klientinnen bei der Selbstregulierung behilflich sein können. Er betont, dass in der Therapie *die Beziehung* (zwischen Therapeutinnen und Klienten) als *sicherer Ort* vorrangige Bedeutung hat. Nach der Beziehung kommen das *Listening* und das in der Traumatherapie nötige *Leading* hinzu. „Focusing-Therapie ist die Kunst, die Aufmerksamkeit der Klienten immer wieder vom konkreten Gedanken, von der Imagination zum Erleben des Ganzen, der Thema-Körper-Situation im *Hier und Jetzt* zu führen und von dort neue Schritte zu erwarten.“ (Renn, 2016, S. 20)

Die Phasen des Prozesses sind einander sich bedingende, fortlaufende Schritte. Das Hin- und Herpendeln zwischen den beiden Polen *Erleben/Erfahren* und *Symbolisieren* folgt einer besonderen Ordnung, die Gendlin *Fortsetzungsordnung* genannt hat (cf. Stumm, Wiltschko & Keil 2003, S. 120ff.).

In der Traumatherapie ist es neben einer sicheren therapeutischen Beziehung im Rogers'schen Sinne, neben Psychoedukation und der *Orientierung im Hier und Jetzt* (die traumatischen Anteile in die Gegenwart zu holen, sie wissen zu lassen, dass „der Krieg“ vorbei ist und sie in Sicherheit sind) wichtig, Ressourcen zu suchen und aufzubauen. Dabei ist es sinnvoll, für jede der getriggerten Erlebensmodalitäten Ressourcen zu finden. Wir arbeiten weder regressiv noch kathartisch, sondern wir pendeln zwischen Orientierung, Ressourcen und dem Trauma hin und her. Das Trauma berühren wir nur am Rande. Damit geben wir den Klienten die Möglichkeit, ihre Selbstregulationsfähigkeit zurückzuerobieren oder auszuweiten, ohne re-traumatisiert zu werden.

Durch innere Achtsamkeit und den inneren Freiraum, der einen Abstand zu den Problemen ermöglicht, durch das Pendeln zwischen dem *Felt Sense* und den auftauchenden Symbolen und Erlebensmodalitäten gelingt es den Klientinnen, sich nicht vom (schrecklichen) Inhalt erfassen und überfluten zu lassen, sondern mit ihm in Wechselwirkung zu treten. Dadurch kann sich eine weitere Entwicklung einstellen. Der Körper beginnt zu „sprechen“. Mit dem Auffinden der Bedeutung geht eine unmittelbare körperliche fühlbare Veränderung einher. Sie wird als Entspannung oder Erleichterung beschrieben; als

eine sich neu einstellende Perspektive, ein direktes Verstehen im Sinne von: „Ja, so fühlt es sich an“. Diesen Vorgang nennt Gendlin *Felt Shift* (*Entladung* in der Traumasprache). Für diese Regulation hat Gendlin eine hilfreiche Landkarte gezeichnet. Levine (2011), ein Kollege von Gendlin, der sich vor allem mit Schocktraumata befasst, hat in seiner Therapierichtung *Somatic Experiencing* (SE) vieles aufgearbeitet, neu formuliert und weiterentwickelt, was bei Traumata passiert (Notfall- und Überlebensstrategien), und sein Traumawissen mit Gendlings Focusing-Methode verbunden.

In der Therapie mit Entwicklungs Traumata und den daraus resultierenden Persönlichkeitsstörungen ist einerseits Psychotherapie, wie wir sie kennen, angesagt, zusätzlich aber ist immer auch der Blick auf Trauma-Folgen wichtig. Auch in der Bearbeitung von Entwicklungs Traumata arbeiten wir nicht regressiv. Heller (Heller & Lapierre, 2013), der *Somatic Experiencing* weiterentwickelt und das *Neuroaffektive Beziehungsmodell zur Traumaheilung* (NARM) entwickelt hat, lehnt sich in der Anwendung neben anderen Psychotherapierichtungen sowohl an die Personzentrierte Psychotherapie von Rogers wie auch an die Focusing-Therapie von Gendlin an.

Konkrete Trauma-Arbeit mit Focusing

Das Trauma schlägt sich im überaktivierten Nervensystem nieder und der Sympathikus – der sich auflädt und automatisch entlädt, wenn der Parasympathikus aktiviert wird – funktioniert nicht mehr. Die beiden Systeme, die normalerweise im Wechsel arbeiten, beginnen bei einem Trauma gleichzeitig zu arbeiten. Dies führt zu einer Erschöpfung des Organismus (einem Auto ähnlich, bei dem Gas- und Bremspedal gleichzeitig gedrückt werden [Levine, 2011]). Wir haben es mit einem Nervensystem zu tun, das entweder immer *angeschaltet* ist (Hyperaktivität, Panik, Wut, Hypervigilanz, Manie, Wiederholungszwang, Suche nach Intensität) oder immer *ausgeschaltet* ist (Depression, Trennung, Lähmung, Alexithymie, Erschöpfung).

Um an ein Trauma heranzukommen und daran arbeiten zu können, müssen wir Impulse aus der Empfindungsebene (*Felt Sense*) holen. Gendlings Erlebensmodalitäten bilden zusammen die Gesamtheit der fortlaufenden, kohärenten Erfahrung; sie sind die *Kernorganisationsebene* (Ogden, 2010) des Erlebens. Das kohärente Erleben „fällt“ bei einem Trauma „auseinander“, bleibt fragmentiert zurück. Traumatisierung und -integration bedeutet zu versuchen, Erlebensfragmentierungen wieder zusammenzufügen.

Rogers' Grundvariable, unsere Haltung, befähigt uns in hohem Maße, uns in die von den Klientinnen und Klienten gefühlte Erfahrung einzufühlen, ohne dabei invasiv zu sein.

Über das Körperbewusstsein versuchen wir, einen Zugang zum *Felt Sense* zu schaffen, was vorwiegend über physische Empfindungen geschieht sowie Bilder, kognitive und emotionale Prozesse einschließt. Auf der Ebene der impliziten Befindlichkeit, *Felt Sense*, findet bei den Klienten meistens eine Symbolisierung im Erlebensraum der **Körperempfindungen** statt, die sich im Handlungsraum durch Bewegungen äußert, oft nur als Impulse wahrnehmbar. Durch die Arbeit mit Empfindungen können wir einen Zugang zu den unwillkürlichen Funktionen des Stammhirns finden. Wie Gendlin erwähnt, ist die Sprache, die auf einen *Felt Sense* weist, hauptsächlich vage: „Es ist warm, kribbelnd, elektrisierend ...“ Wir lassen Zeit zum Nachspüren: „Gibt es noch etwas anderes, das Sie wahrnehmen?“ Wir erweitern die Bandbreite, damit die Klientinnen mehr Zeit haben, beim Wahrgenommenen zu verweilen: „Können Sie sich erlauben, diese Empfindung etwas genauer zu erforschen?“ Wir fragen präzisierend nach: „Gibt es darüber hinaus noch etwas, das Sie bemerken?“ Wir geben einen Impuls für den nächsten Schritt und begleiten unsere Klienten durch das zeitliche Erleben: „Wenn Sie sich erlauben, dieser Empfindung weiter nachzuspüren, was passiert als Nächstes?“ Und: „Was passiert darüber hinaus?“ Diese, den Aspekt der Zeit aufgreifenden Fragen verhelfen dazu, bei den Klienten ein Gefühl der kontinuierlichen Erfahrung entstehen zu lassen.

Bei der Arbeit an der Trauma-Auflösung ist die **Empfindungsebene** (*Felt Sense*) der Ort, der die Integration organisiert. Da traumatisierte Menschen ihren Körper oft als Feind empfinden, muss dieser zuerst erschlossen werden. Hilfreich sind dabei das sanfte Aufmerksammachen auf Körperimpulse und das Beruhigen, wenn Entladungen wie *Hitze, Kälte, Zittern* etc. entstehen. Sinnvoll ist auch, wenn wir darauf hinweisen, dass sich Stresshormone aus dem Körper lösen, was eine parasympathische Beruhigung des Nervensystems ermöglicht. Auch hier gilt es zu unterscheiden, ob die Entladungen in eine Überflutung des Organismus ausarten oder eben heilend respektive transformierend wirken. Eine traumatische Entladung verschwindet jedoch nie gänzlich, sondern wird von einer blockierten Ladung in Vitalität, in eine zur Verfügung stehende Lebensenergie überführt. So gesehen, sprechen wir nicht davon, das Trauma zu „heilen“, sondern das Trauma in Lebenskraft zu „transformieren“. Wir halten auf *jeder* Erlebensmodalität nach Ressourcen Ausschau. Entfaltet sich der *Felt Sense* auf der Körperebene, suchen wir mit unseren Klienten einen angenehmeren Ort im Körper, um dann zwischen dem angenehmeren und dem unangenehmen, schmerzenden Ort hin und her zu pendeln, indem wir jeweils nur kurz am unangenehmen Ort verweilen. Durch Ressourcen wird Bewegung in den sich gesetzmäßig fortlaufenden Prozess gebracht. Vergangenheit und Zukunft können ins Erleben im *Hier und Jetzt* transformiert werden.

Gerade bei körperlichen Schmerzen ist das Wissen darum, dass die achtsame Fokussierung auf einen körperlichen Ort der Ressourcen die myelinisierten, schneller leitenden Bahnen anspricht und so die Klientinnen die Erfahrung machen, die Schmerzen auf diese Weise wenigstens für kurze Momente loszuwerden, äußerst hilfreich und stellt eine Erfahrung von Selbstwirksamkeit dar.⁴

Da die Körperempfindungsebene derart zentral ist, beobachten wir einerseits sehr aufmerksam alle Arten offensichtlichen Verhaltens, andererseits versuchen wir, auch subtile Hinweise angedeuteter Impulse wahrzunehmen. Hilfreich kann sein, Beobachtungen zu spiegeln: „Ich bemerke, dass sich Ihre Hand zu einer Faust (*Fight*) ballt“, oder: „Mögen Sie einmal in sich hinein schauen, was Ihre Füße (*Flight*) tun wollen?“ Wenn wir den Prozess mit solchen Fragen immer wieder verlangsamen, verlangsamen wir auch die Bewegungen der Klienten. Es zeigen sich, wie gesagt, auch subtile Anzeichen von Bewegungen, die beispielsweise auf ein Herausführen aus der Erstarrung hinweisen. „Spüren Sie, wie sich der Körper darauf vorbereitet, sich zu bewegen?“ Bewegungen, die auf Orientierung und Verteidigung (*Fight/Flight*) hindeuten: „Wenn Sie nun den Impuls zum Wegrennen spüren, und dies jetzt möglich wäre, welches Bein würde sich zuerst darauf vorbereiten, einen Schritt zu tun?“ Bedeutsam ist, dass nicht das Ausagieren Veränderung bewirkt, vielmehr liegt die „Heilung“ in der Verlangsamung, der Zeitlupe. Die meisten Menschen fürchten sich vor ihren unterdrückten Emotionen: vor der Wut (Killerwut), da sie glauben, sie würden Amok laufen, wenn sie sie zuließen; vor der Trauer, da sie befürchten, mit Weinen nicht mehr aufhören zu können. Diesbezüglich hilft uns das Wissen um das Paradox: „Was sein darf, kann sich verändern“ (Renn, 2016). Dieses achtsame Vorgehen, nur in der Vorstellung die Wut auszudrücken, indem wir beispielsweise dem Impuls nachspüren, der sich im Körper zeigt, hat meiner Erfahrung nach die potenteste Wirkung: „Was würde Ihr Körper gerne tun, wenn er diese Wut zuließe?“ Das „Sich-Niederlassen“ in diesem Gefühl und die genaue Wahrnehmung davon, wie es sich anfühlt, was für eine Farbe, Form, Beschaffenheit es hat, ist hilfreich, um wieder zu einer gesunden, nicht bedrohenden Aggressivität zurückzufinden, oder vielleicht sogar zum ersten Mal diese Lebenskraft spüren zu dürfen.

Neben offensichtlichen und subtilen Körperbewegungen tragen auch autonome Veränderungen wie der Wechsel der Hautfarbe, eine Gänsehaut, Schwitzen, das Atemmuster oder Haltungsveränderungen dazu bei, das Hin und Her zwischen innerer Empfindung und äußerem Verhalten zunehmend genauer zu erfassen.

⁴ Maggie Phillips, eine Pionierin der Traumatherapie, beschreibt in ihrem Buch (2009) ausgezeichnete Atemtechniken.

Ein *Felt Sense*, der sich im Erlebensraum der **Imaginationen** *visuell* abbildet, zeigt sich im Handlungsraum in der Beschreibung der Bilder und schließlich in der grafischen Umsetzung. Zuerst geht es darum herauszufinden, ob das Bild eine Ressource ist. Falls das Bild in Bezug auf traumatische Ereignisse zu bedrohend ist, versuchen wir, die Aufmerksamkeit in die Peripherie zu verlagern, und fragen nach Details: „Was sehen Sie sonst noch?“ (Dabei können fehlende Bilder auf eine Dissoziation hindeuten.) Auch auf dieser Ebene laden wir die Klienten ein, ein positives Ressourcenbild entstehen zu lassen und überblenden sozusagen das unangenehme Bild, indem wir zwischen beiden hin und her pendeln. Dies geschieht, wann immer möglich, unter Einbezug des Körpers, wir wandern zwischen Bild und Körperempfindung hin und her: „Wenn Sie bei diesem Bild verweilen, was geschieht dann in Ihrem Körper?“⁵

Menschen werden auch oft auf der **auditiven Ebene** getriggert und geraten in Angst und Panik, in eine traumabezogene Erregung. Wir helfen unseren Klientinnen auch hier, ein konkurrierendes oder neutralisierendes Geräusch als Ressource zu suchen. Eine Ärztin, die im Kongo in einen Hinterhalt geriet und später bei jedem Geräusch in eine Starre verfiel, bewegte sich, während sie in Therapie war, eine geraume Weile nur mit Kopfhörern und ihre Lieblingsmusik hörend durch den Alltag. Dies dauerte so lange an, bis sie sich im *Hier und Jetzt* wieder verankern konnte und auch die untersten Schichten „wussten“, dass sie in Sicherheit sind. Hilfreich können auch Phantasieressourcen wie schalldichtes Glas oder Ohrstöpsel sein: „Verschaffen Sie sich selbst jede mögliche Form des Schutzes vor diesem Geräusch.“ Auch Bildschirmtechnik etc. kann angewendet werden. Kreative Möglichkeiten gibt es viele. Meiner Erfahrung nach sind Ressourcen jedoch in sehr schwierigen Phasen nur dann wirksam, wenn sie „verkörpert“ sind. Dazu trägt die Schwerkraft, die immer wirkt und zur Verfügung steht, wesentlich bei. Sich im Körper verankern, die Füße auf dem Boden spüren, die Hände wahrnehmen und das Sehen nutzen, um sich im Raum zu orientieren, bedeutet, sich zu verorten und somit die eigene Territorialität abzustecken. Dies kann ein neuer Ausgangspunkt, eine neue Basis sein und in dem Sinne eine stete Ressource für ein weiteres Explorieren mit dem *Felt Sense* darstellen (Gomes, 2014).

Bei Triggern, welche die **taktile Ebene** betreffen, helfen wir den Klienten, zwischen Innen und Außen zu unterscheiden. Wir suchen mit ihnen erlebte angenehme und besänftigende Berührungen: „Erinnern Sie sich an eine Zeit, als eine Ihnen

sympathische Person Sie auf eine tröstliche Weise berührt hat? Wie war das für Sie?“ Fehlt die Erinnerung an eine angenehme Berührung, helfen wir den Klienten, sich eine solche Berührung vorzustellen. Und auch hier folgt wieder das Pendeln bzw. unsere Hilfe dabei, sich zwischen den unangenehmen und angenehmen Berührungen hin und her zu bewegen und die Wahrnehmungen im inneren *Felt Sense* zu spüren.

Wenn auf einer **olfaktorischen** (Geruchssinn) Ebene getriggert wird, lassen wir unsere Klientinnen zuerst einen angenehmen, ihnen wohltuenden Duft suchen, um danach zwischen Orientierung („Sie sind hier und in Sicherheit“), dem angenehmen Duft und dem unangenehmen Duft hin und her zu wandern. Dabei verweilen wir wieder nur kurz beim unangenehmen Duft. Ich habe viele Klientinnen in Behandlung, die mit einem Fläschchen ihres Lieblingsdufts, den sie in ihrem Notfallkoffer bei sich tragen, durch den Alltag gehen, um sich in der Realität orientieren zu können und nicht von einem unangenehmen Geruch in den Traumastrudel gerissen zu werden. Dasselbe Prinzip wenden wir an, wenn jemand auf der **gustatorischen** (Geschmacksinn) Ebene getriggert wird.

Der Erlebensraum der **Emotionen** ist meistens stark aufgeladen und äußert sich im Handlungsraum mit einem direkten Gefühlsausdruck. Da Traumata mit schrecklicher Angst, Wut (Killerwut), Trauer oder Verwirrung etc. einhergehen, ist auf dieser Ebene besonders darauf zu achten, dass sich die Klienten nicht mit der Emotion identifizieren. Wir helfen ihnen mit *Partialisieren*, eine hilfreiche Distanz gegenüber den Emotionen einzunehmen: „Ein Teil in Ihnen fühlt sich wütend, verspürt Angst, ist traurig.“ Wenn heftiges Weinen Entlastung bringt, so ist das hilfreich; wenn es jedoch hauptsächlich in den Traumastrudel und in die Lähmung führt, was nur zu oft der Fall ist, helfen wir unseren Klientinnen im Sinne von *leading*, sich zu regulieren, ohne ihr System zu retraumatisieren. *Regulation* bieten wir an, indem wir auf eine andere Erlebensebene wechseln: „Was würde die Trauer sagen, wenn sie sprechen könnte?“ Da die Erregung des Nervensystems für gewöhnlich bei emotionalen Affekten sehr stark ist, ist ein langsames, schrittweises Vorgehen wichtig: „Wenn Sie die Angst spüren, wo spüren Sie diese? Wie drückt sie sich körperlich aus?“ „Ich höre, dass sich die Wut explosiv anfühlt. Könnten Sie noch etwas genauer sein? Wie fühlt sie sich an: wie ein Tornado, ein Vulkan, eine Bombe oder wie sonst noch?“ „Mögen Sie versuchen, nur den Rand davon zu spüren? Und wenn Sie diesen spüren, was geschieht als Nächstes?“ Um eine Überflutung zu verhindern, können wir das Spektrum erweitern: „Gibt es eine Farbe, eine Größe oder Form in Verbindung mit diesem Gefühl?“ Das Reptilienhirn äußert sich oft in Form von: „Es fühlt sich an wie ...“ Bei der Arbeit mit dem *Felt Sense* und seinen spürbaren Schattierungen ermuntern wir unsere Klienten, die Erfahrung zu vertiefen und sich in ihr niederzulassen. Das *Partialisieren*, das einen Abstand

5 Auf dieser Ebene hat Reddemann ihre Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) ausgearbeitet (2004, 2016). Einerseits, weil diese Ebene relativ sicher ist, andererseits, weil jede Imagination eine körperliche Resonanz hat bzw. aus einer solchen entsteht. Auch Reddemann hat im Laufe der Jahre eine Begeisterung für das Focusing entwickelt.

zum Affekt schafft und den Klienten hilft, in einen Dialog mit dem Problem zu treten, weist darauf hin, dass wir „mehrere“ sind, verweist auf die Fragmentierung durch Traumatisierung (Täterintrojekte, beziehungsweise Traumasequenzen, die sich in einzelnen Persönlichkeitsanteilen zeigen).⁶

Ein *Felt Sense*, der sich im Erlebensraum der **Kognitionen** zeigt, symbolisiert sich schließlich in der sprachlichen Ausformulierung und ist zuständig für die wichtige Einordnung in die Bedeutungsebene.

Auch hier ist es grundsätzlich wichtig, die Bedeutungsinhalte mit Empfindungen zu verbinden: „Was geht in Ihrem Körper vor sich, wenn Sie diesen Gedanken haben, dieses Urteil hören.“ Entwirren wir das traumatische Ereignis und bewegen die Erfahrung durch die Empfindungen hindurch, verändert sich die Bedeutung oft ohne weiteres Bemühen als Teil eines Prozesses des *Neuaushandelns*.

Radikal akzeptierende therapeutische Grundhaltung in der Traumatherapie

Die Landkarte des Focusing (nicht zu verwechseln mit der Landschaft) hilft, die Wirkungsweise unterschiedlicher Ansätze heutiger moderner Traumatherapien sowohl einzuordnen als auch zu verstehen, und sie ermöglicht, sich kreativ auf verschiedenen Ebenen zu bewegen, um Klientinnen sanft und hilfreich durch erlebte traumatische Ereignisse zu „steuern“, ohne dabei den Kompass aus den Augen und dem Herzen zu verlieren.

Kreative *Selbstregulation* kombiniert die biologischen, psychologischen und letztlich auch die spirituellen Fähigkeiten für eine sinnvolle und optimale Selbst-Reorganisation (Selbstaktualisierung, Aktualisierungstendenz, Selbstorganisation). Neue Bedeutungen werden auf natürliche Weise durch das Reorganisieren über die verschiedenen Erlebensmodalitäten auftauchen. Fragmentierungen werden sich wieder verbinden und überkoppelte Elemente sich neu organisieren, sobald die Klientin in der Lage ist, sich fortlaufend in der Zeit zu bewegen (*Fortsetzungsordnung*). Dadurch wird auch die Integration des Erlebten möglich und erleichtert.

Was die Behandlung psychischer Traumata angeht, sind wir in einer sehr interessanten Zeit angekommen. Die Beziehungstherapie von Rogers und Gendlins genialer Wurf des Focusing werden in Bezug auf *Veränderung* überall sichtbar. Ärgerlich ist es, wenn therapeutische Beziehungsgestaltung nach

Rogers als Methode und nicht als *Haltung* verstanden wird⁷. Oder wenn das therapeutische Gespräch unter dem Blickwinkel „Reden reicht nicht“ betrachtet wird, ohne dass erkannt wird, dass *diese spezifische Art* von „reden“ immer ins Erleben führt und ohne körperliche Resonanz gar nicht möglich wäre. Entscheidend jedoch ist, dass möglichst viele traumatisierte Klienten von einer Focusing-gestützten Traumatherapie profitieren können, in der eine radikal akzeptierende, empathische und kongruente Grundhaltung Sicherheit bietet, was eine Basis zur Selbstentfaltung ist und zur (Neu-)Strukturierung der traumatisch bedingten Inkongruenzen führt. Auch Ressourcen zu erschließen, zu erkennen und zu würdigen, welche Fähigkeiten und Kompetenzen in den (bisherigen) Überlebensstrategien liegen, hilft, das traumatisch Erlebte in die eigene Biografie zu integrieren und dadurch wieder Regie im eigenen Leben zu führen.

Die Psychotraumatologie hat sich zu einer eigenen wissenschaftlichen Disziplin entwickelt. Eine Methodenintegration, wie sie auch in der Personzentrierten Psychotherapie diskutiert wird, wird in der Traumatherapie heute mehrheitlich gelebt. Vor allem ist für uns die Emotionsfokussierte Therapie interessant. Sie ist ein wissenschaftlich fundiertes Psychotherapieverfahren, das auf der Basis aktueller neurowissenschaftlicher Erkenntnisse, auf Psychotherapieprozess- und ergebnisforschung, auf der Grundlage der Bindungstheorie sowie der Personzentrierten Psychotherapie und dem Focusing beruht, aber auch Elemente der Gestalttherapie und der Systemischen Therapie integriert.

Literatur

- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was Du fühlst*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- DSM V: APA (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-5*. Hg. von Falkai, P. & Wittchen, H.-U. Göttingen: Hogrefe.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. & Höger, D. (Hrsg.) (2006). *Gesprächspsychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Emerson, D. (2012). *Trauma-Yoga. Heilung durch sorgsame Körperarbeit*. Lichtenau: G. P. Probst Verlag. (Orig. ersch. 2011: *Overcoming Trauma through Yoga*. Berkeley/CA: North Atlantic).
- Fritsche, K. (2013). *Praxis der Ego-State-Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Fritsche, K. & Hartman, W. (2010). *Einführung in die Ego-State-Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie*. München: Pfeiffer.

6 Hierzu haben die Hypnotherapie und daraus die Ego-State-Therapie für die Behandlung von Traumata hilfreiche und kreative Modelle entwickelt (Phillips & Frederick, 2015; Fritsche & Hartman, 2010; Fritsche, 2013); siehe auch Huber (2011), Van der Haart, Nijenhuis & Steele (2008), die bezüglich *Dissoziative Identitätsstörung* wichtige Arbeit leisten.

7 Eine Haltung, die zudem, wenn sie als Technik eingesetzt wird und nicht echt ist, d. h. nicht verkörpert und gelebt wird, mehr schaden als nützen kann und Verwirrung in der Beziehung zwischen Therapeutinnen und Klienten stiftet.

- Gendlin, E. T. (2001). *Focusing. Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Reinbek: rororo Sachbuch 60521 (Orig. ersch. 1978: *Focusing*. New York: Bantam Books).
- Gendlin, E. T. & Wiltschko, J. (2014). *Focusing in der Praxis*. (5. aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- GwG Akademie (Hrsg.) (2007). *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Gomes, S. A. (2014). *Engaging touch and movement in somatic experiencing trauma resolution approach*. New York: IUGS.
- Handke, L. & Görge, H. J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz*. Paderborn: Junfermann.
- Heinrich, K. (2007). Das Trauma der Frühen Störung. In GwG-Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 116–133). Köln: GwG.
- Heller, L. & Lapiere, A. (2013). *Entwicklungsstrauma heilen. Alte Überlebensstrategien lösen, Selbstregulierung und Beziehungsfähigkeit stärken*. München: Kösel. (Orig. ersch. 2012: *Healing Developmental Trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Press).
- Huber, M. (Hrsg.) (2011). *Viele sein. Ein Handbuch. Komplextrauma und dissoziative Identität – verstehen, verändern, behandeln*. Paderborn: Junfermann.
- ICD 10: WHO (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kap. V (F)*. Hg. von Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (10. Aufl.). Göttingen: Huber.
- Levine, P. A. (2011). *Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. München: Kösel. (Orig. ersch. 2010: *In an Unspoken Voice*. Berkeley, CA: North Atlantic Books).
- Levine, P. A. (2016). *Trauma und Gedächtnis. Die Spuren unserer Erinnerung in Körper und Gehirn*. München: Kösel. (Orig. ersch. 2015: *Trauma and Memory*. Berkeley, CA: North Atlantic Books).
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2010). *Trauma und Körper*. (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Phillips, M. (2009). *Chronische Schmerzen behutsam überwinden*. Heidelberg: Carl Auer.
- Phillips, M. & Frederick, C. (2015). *Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen*. Heidelberg: Carl Auer. (Orig. ersch. 1995: *Healing the Divided Self*).
- Peichl, J. (2008). *Innere Kinder, Täter, Helfer & Co: Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rauwald, M. (Hrsg.) (2013). *Vererbte Wunden. Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen*. Weinheim: Beltz.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamische Imaginative Traumatherapie PITT-Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.
- Reddemann, L. (2016). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Renn, K. (2016). *Magische Momente der Veränderung. Was Focusing bewirken kann*. München: Kösel.
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen* (2. Aufl.). Köln: GwG-Verlag.
- Rogers C. R. (1959/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Siegel, J. D. (2007). *Das achtsame Gehirn*. Freiburg: Arbos.
- Spork, P. (2017). *Gesundheit ist kein Zufall. Wie das Leben unsere Gene prägt. Die neusten Erkenntnisse der Epigenetik*. München: DVA.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Van der Haart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann. (Orig. ersch. 2006: *The Haunted self. Structural Dissociations and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York, London: W. W. Norton & Company).
- Van der Kolk, B. (2016). *Verkörperter Schrecken*. (2. Aufl.). Lichtenau/Westfalen: G. P. Probst. (Orig. ersch. 2014: *The Body Keeps the Score. Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Viking Penguin).