

Das personzentrierte Verständnis von Psychotrauma

Zur Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in das Personzentrierte Konzept

Sylvia Keil

Wien

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Frage, wie psychotraumatologische Erkenntnisse in das Personzentrierte Therapiekonzept integriert werden können. Es wird vorgeschlagen, traumatische und posttraumatische Erfahrungen nicht als Inkongruenz, sondern als extrem strukturgebundene somato-psychische Symptome zu begreifen, die erst in der Folge organismisch erlebt werden können. In diesem Zusammenhang wird die These vertreten, dass Traumabewältigung nicht etwa bedeutet, traumatische Erfahrungen ins Selbstkonzept aufzunehmen. Die Reorganisation der Selbststruktur bzw. die Verringerung der Inkongruenz geschieht vielmehr durch die bessere Bewältigung der posttraumatischen Folgestörungen mithilfe der vorhandenen Selbststruktur. Menschen mit Entwicklungs-trauma haben in der therapeutischen Beziehung die Chance, überhaupt erst adäquate Selbststrukturen aufzubauen. Es werden die therapietheoretischen Implikationen als Konsequenz dieser Persönlichkeitstheoretischen Positionen diskutiert.

Schlüsselwörter: Psychotrauma, traumatischer Stress, Reorganisation der Selbststruktur, strukturgebundenes Erleben, Personzentrierte Trauma-Psychotherapie

A Person-centered Understanding of Psychotrauma — a concept for integrating psychotraumatological knowledge into person-centered approach. This article deals with the question of how psychotraumatological findings can be integrated into the person-centered therapy concept. It is suggested that traumatic experiences should not be understood as incongruence, but as extreme structure-bound somato-psychic symptoms, which can only be organismically experienced afterwards. This also supports the hypothesis that successful overcoming of traumatic stress does not about mean to integrate traumatic experiences into concept of self. The re-organization of self-structure resp. reducing incongruence is related to better coping with symptoms of post-traumatic stress diseases with the help of existing self-structure. Patients suffering from complex post-traumatic stress disorder have the chance to develop new self-structures in the therapeutic relationship in the first place. Therapy-theoretical implications as consequences of these personality theoretical assumptions will be presented and discussed.

Keywords: psycho-trauma, traumatic stress, re-organization of self-structure, structure-bound experience, Person-centered Trauma Psychotherapy

Die ICD-10, F43.1, definiert ein Psychotrauma als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Im Lehrbuch der Psychotraumatologie beschreiben es Fischer und Riedesser (1998) differenzierter. Ein Psychotrauma sei demnach „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und

schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (ebd., S. 79).

Diese allgemein anerkannte Definition fokussiert auf das Erleben in der akuten traumatischen Situation und auf die dauerhaften Traumafolgen, die nicht nur in Form der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auftreten, sondern auch mit anderen psychischen und somatischen Störungen einhergehen können. Angst- und Panikstörungen, Affektive Störungen, Essstörungen, Substanzabhängigkeit, des Weiteren auch sämtliche Persönlichkeitsstörungen und eine Reihe von körperlichen Krankheiten werden inzwischen als trauma-assoziierte Störungen anerkannt (zur Differenzialdiagnostik vgl. Flatten et al., 2004; Maercker, 2013; Sachsse, 2004, Hecker & Maercker, 2015).

Sylvia Keil, MSc. Psychotherapeutin in freier Praxis, Ausbilderin und Lehrtherapeutin der ÖGWG
Kontakt: 1080 Wien, Albertgasse 39/6. sylvia@keil.or.at

Dieses zunehmende Verständnis der Trauma-Genese vieler somato-psychischer Störungen verlangt ein Umdenken, nicht nur in der (Personzentrierten) Psychotherapie, sondern auch in sämtlichen Bereichen des Gesundheits- und Sozialsystems. Kolk und McFarlane (2000) beziehen sich auf dieses revolutionäre Potenzial, wenn sie schreiben: „Die Diagnose PTBS hat die Auffassung wieder eingeführt, daß viele ‚neurotische‘ Symptome nicht das Ergebnis einiger mysteriösen, beinahe unerklärlicher, genetisch fundierter Irrationalitäten sind, sondern der Unfähigkeit des Menschen, reale Erfahrungen bewältigen zu können, die ihre Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen“ (ebd., S. 28).

Traumakompetenz ist daher in jeder Psychotherapie gefragt. Psychosoziale Belastungen oder Traumata kommen im Vorfeld vieler, wenn auch nicht aller psychischer Störungen vor und sollten dann auch Bestandteil der Therapie sein. Es ist also damit zu rechnen, dass Patienten und Patientinnen, gleichgültig mit welchen Anlassdiagnosen die Therapie begonnen wurde, mehr oder weniger bewusst – auch – an einer Traumafolgestörung leiden könnten. Dies stellt eine psychotherapeutisch-diaagnostische Herausforderung dar, denn abhängig von

- Intensität, Qualität, Dauer und Häufigkeit der traumatischen Erfahrungen,
- der individuellen Reaktion darauf und dem Alter der Betroffenen in der Akutsituation,
- den mehr oder weniger sequenziell traumatisierenden sozialen Rahmenbedingungen und
- den (entwickelten oder noch nicht entwickelten) Selbststrukturen sowie den individuellen Ressourcen

kann der Schweregrad und die qualitative Ausprägung der Traumafolgesymptome erheblich differieren bzw. deren Erkennen erschwert werden.

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Frage, wie psychotraumatologische Erkenntnisse, die im Wesentlichen als bekannt vorausgesetzt werden (zur Einführung vgl. Herman, 2003; Rothschild, 2002; Sachsse, 2004; Reddemann, 2001; Hart, Nijenhuis & Steele, 2008; Sack, 2013), in das Personzentrierte Therapiekonzept integriert werden können.

Probleme bei der Integration psychotraumatologischen Wissens und meine Thesen

Personzentrierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen arbeiten seit jeher mit Menschen, die an schweren psychischen Störungen leiden. Sie lassen sich intensiv, d. h. sehr einfühlsam und geduldig auf die oft sehr schwierigen Beziehungsangebote ein. Störungsspezifisches Wissen wird dabei als hilfreich betrachtet, um in solchen Therapieprozessen die personzentrierte Haltung zu realisieren (Binder & Binder,

1991, 1994). Die Berücksichtigung von kompatiblen „fremden Theorien“ gehört ebenfalls zum State of the Art, wie z. B. die Integration der Bindungstheorie, der Ergebnisse der Säuglingsforschung, der neurowissenschaftlichen Theorien (z. B. Spiegelneurone) oder der Systemtheorie. Diese Theorien bestätigen das Personzentrierte Konzept in hohem Maße und erhöhen durch diese Untermauerung die therapeutische Sicherheit. Dies gilt auch für die Psychotraumatologie. Biermann-Ratjen (2003, S. 133) meint, dass in den traumatherapeutischen „Überlegungen über eine angemessene Behandlung traumatisierter Menschen die wesentlichen Aussagen des Klientenzentrierten Konzepts [...] eine Renaissance erleben“.

Dennoch erfahren Personzentrierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bei der Integration von psychotraumatologischen Wissensbeständen eine fachliche Verunsicherung. Diese geht nicht nur vom aktuellen Trauma-Hype aus, wird aber von diesem verstärkt. Die Frage „Machen Sie auch Traumatherapie?“ wird inzwischen immer häufiger von Patienten und Patientinnen gestellt und lässt sich oft gar nicht leicht mit personzentrierter Haltung beantworten, d. h., ohne dabei unter Rechtfertigungsdruck zu kommen (vgl. Rechenmacher, 2018).

Diese Verunsicherung der personzentrierten Identität in der Praxis hängt zum Teil damit zusammen, dass psychotraumatologische Wissensbestände noch zu wenig mit dem Personzentrierten Konzept in Verbindung gebracht wurden. Auch wenn viele der Kollegen und Kolleginnen inzwischen eine schulübergreifende Fort- und Weiterbildung in Traumatherapie absolviert haben, bleiben sie mit dieser Integrationsaufgabe alleine. Fachliche Fragen treten vor allem auf bzgl.

- der Kompatibilität einer personzentrierten Beziehungsgestaltung mit traumatherapeutischen Techniken, die oftmals zu direktiv erscheinen, und
- dem Risiko einer möglichen Retraumatisierung durch personzentriertes Arbeiten, in dem es generell wichtig ist, ‚zum Erleben und zum Spüren zu kommen‘.

Bisherige Publikationen (z. B. Biermann-Ratjen, 2003; GWG-Akademie, 2007; Barth, 2009; Biermann-Ratjen & Eckert, 2015a, 2015b; Gahleitner, 2018) beziehen sich noch wenig auf diese Schwierigkeiten der Integration traumaspezifischen Wissens in die personzentrierte therapeutische Praxis. Die Beiträge scheinen eher von der Motivation bestimmt zu sein zu demonstrieren, dass Personzentrierte Therapie für traumatisierte Personen geeignet ist. Sie beschreiben, wie Personzentrierte Therapie mit schwer traumatisierten Personen durchgeführt wird. Daher findet sich dort eine beeindruckende Fülle von wertvollen, praktischen Hinweisen für die Arbeit mit traumatisierten Personen.

Mit Ausnahme von Barth (2009) habe ich beim Lesen der meisten Publikationen den Eindruck, dass neben dem personzentrierten Beziehungsangebot die schonende Aufarbeitung der traumatischen Erfahrung ein zentrales Element

Personenzentrierter Traumapsychotherapie ist und die Integration der traumatischen Erfahrung ins Selbstkonzept also das Ziel einer Personenzentrierten Therapie. Hinsichtlich der konzeptuellen Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in das Personenzentrierte Konzept gehen alle Autorinnen und Autoren im Wesentlichen von derselben Argumentationslinie aus, die Biermann-Ratjen schon 2003 pointiert formuliert.

Wir gehen bei allen Klienten von einer traumatogenen Pathologie insofern aus, als wir annehmen, dass sie auf dem Grunde ihrer Symptomatik [sic] an Inkongruenz leiden, mit Erfahrungen zu tun haben, die sie als bedrohlich erleben, die sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren können bzw. die ihr Selbstkonzept bedrohen. (ebd., S. 134)

„Bedrohliche Erfahrungen“ im Kontext von Psychotrauma sei vor allem die „schreckliche und unerträgliche Erfahrung der Ohnmacht und Hilflosigkeit“ (ebd.). Diese Ohnmachtsgefühle könnten ihrer Meinung nach im Rahmen einer Personenzentrierten Psychotherapie ins Selbstkonzept integriert werden. In der folgenden Beschreibung finde ich meine therapeutischen Schwierigkeiten mit solchen Therapieprozessen nur wenig abgebildet.

Es geht in der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma letztlich darum, diese Erfahrungen der Ohnmacht und Hilflosigkeit im Erleben des Patienten aufzuspüren, um mit dem Patienten zusammen zu verstehen, dass sie der Erfahrung einer Situation entsprechen und nicht ihrer Person, dass sie sich für diese Erfahrung weder rechtfertigen noch gar entschuldigen müssen. Das einzig Positive am Wiederauftauchen dieser schrecklichen und unerträglichen Erfahrung von Ohnmacht und Hilflosigkeit ist, dass auch mit ihr die Möglichkeit verbunden ist, von einem anderen Menschen positiv beachtet zu werden. (ebd.)

In der Traumatheorie und dem Behandlungskonzept der Gesprächspsychotherapie beschreiben Biermann-Ratjen und Eckert (2015a, 2015b) die therapeutischen Probleme bereits viel dramatischer. Sie differenzieren die Möglichkeit der Integration traumatischer Erfahrungen bei unterschiedlichen Traumaformen. Nach einer akuten Traumatisierung und bei der posttraumatischen Belastungsstörung scheinen sie die Ansicht jedoch aufrecht zu halten, dass durch Selbstexploration traumatische Erfahrungen ins Selbstkonzept integriert werden können.

Eine weitere ganz wichtige und eine gemeinsame Aufgabe für Therapeut und Klient besteht darin, den Gefühlen nachzugehen, sie zu verstehen und anzunehmen, die mit selbstschädigendem Verhalten einhergehen. Das führt in der Regel auf die Spur von früheren Traumatisierungen, von Erlebnissen, die an frühere traumatische Erfahrungen und die Selbsterfahrungen in ihnen erinnert haben, die nicht in das Selbstbild und daher oft auch nicht in das bewusste Erleben integriert werden können. Die Selbstexploration in diesen Erlebnissen ruft oft auch die Selbstwahrnehmung als beschädigt, verrückt oder böse ins Bewusstsein und damit die Spaltungen auch im Selbsterleben, die unüberbrückbar sein können, als müsste der eine Teil der Person den anderen auslöschen. Eine Selbsterfahrung, in der sich eine Person verstehen und annehmen kann, führt nicht zu einer Reparatur

in einem beschädigten Selbstkonzept, sondern bedeutet eine neue Entwicklung, aus deren Erleben Kraft geschöpft wird. (Biermann-Ratjen & Eckert, 2015a, S. 692)

Bei komplex traumatisierten Personen sei das Selbstkonzept jedoch so instabil und zerbrechlich, dass die Integration von traumatischer Erfahrung ins Selbstkonzept therapeutisch nicht mehr angestrebt werden sollte. Sie betonen,

dass es dann, wenn sich die Posttraumatische Belastungsstörung zu einer Persönlichkeitsstörung entwickelt hat, nicht mehr vorrangig um die Integration des einzelnen Traumas in das Selbstbild gehen kann. Vielmehr geht es dann darum, den Erfahrungskontext, das Welt- und Selbstbild der Person, mit dem sie dem Leben begegnet, so zu erweitern, dass überhaupt emotionsgetragene Erinnerungen möglich werden. (ebd., S. 694)

Diese Auffassung entspricht eher meiner therapeutischen Erfahrung, nicht nur mit den komplex traumatisierten Patienten und Patientinnen, sondern mit allen traumatisch belasteten.

Meine Kritik an den vorliegenden Traumakonzepten setzt an der Behauptung an, dass das zentrale Problem bei einer akuten Traumatisierung die Inkongruenz sei. Eine solche Einstellung verharmlost das traumatische Geschehen. Auch Biermann-Ratjen und Eckert (2015a) weisen darauf hin, dass „ein Trauma eine Erschütterung des gesunden Prozesses der Verarbeitung von Erfahrung“ (ebd., S. 143) ist. Eine Inkongruenz kann auch schon durch nichttraumatische Ereignisse ausgelöst werden und gehört daher zum gesunden Prozess der Verarbeitung. Die Inkongruenz aufgrund einer traumatischen Erfahrung ist nicht das Problem, sondern die Lösung! Sie ist ein salutogenetischer Faktor, weil Menschen in der traumatischen Erfahrung dadurch ihr Selbstkonzept schützen. Ich werde also in diesem Beitrag folgende Thesen vertreten:

1. Eine traumatische „Erfahrung“ ist keine „normale“ organismische Erfahrung, die ins Selbstkonzept integriert werden sollte. Sie entspricht einem extrem strukturgebundenen somato-psychischen Syndrom im Sinn von Gendlin (1964). Die normale körperliche Notfallsreaktion auf unfassbare Ereignisse katastrophalen Ausmaßes, wenn weder Flucht noch Abwehr möglich ist, hat außerdem bleibende körperliche (neurophysiologische) Symptome zur Folge, die zu einer Verschlimmerung der Symptomatik führen, wenn die Betroffenen diese Traumafolge-Symptomatik innerlich nicht kontinuierlich und adäquat betreuen können.
2. Personenzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Personen hat sich primär auf die aktive Unterstützung bei der Bewältigung der Traumafolge-Störung zu konzentrieren. Ziel einer Personenzentrierten Psychotherapie mit traumatisierten Personen ist nicht die Integration traumatischer Erfahrungen ins Selbstkonzept, sondern die Weiterentwicklung oder der Aufbau einer Selbststruktur, die dabei hilft, die Selbstachtung trotz der traumatischen Ereignisse aufrecht zu

erhalten und vor allem im Umgang mit sich selbst die komplexe Dauerbelastung durch die Trauma-Folgen traumaspezifisch und stressregulierend betreuen zu können.

Persönlichkeitstheoretische Implikation: Psychotrauma und Inkongruenz

Die Annahme, eine traumatische Situation bedeute das Erleben akuter Inkongruenz (Biermann-Ratjen & Eckert, 2015b), verlangt die Klärung des Begriffs Inkongruenz. Wie ich an anderer Stelle (Keil, S., 2009a, 2009b, 2011) ausgeführt habe, gibt es aber erhebliche Unklarheiten in der Fachliteratur bezüglich des Verständnisses der Inkongruenz. Es gibt einen fundamentalen Unterschied in der Vorstellung von Rogers (1959a/2009) und Biermann-Ratjen (2006), wie sich das Selbstkonzept in der Kindheit und damit auch die potenzielle Inkongruenz entwickelt. Andere wichtige Autoren vermeiden den Inkongruenzbegriff, z. B. Gendlin (1964, 1998), dessen Konzept des strukturgebundenen Erlebens nicht unbedingt der Inkongruenz bei Rogers gleicht, oder Greenberg (2002/2011), der stattdessen das Konzept maladaptiver Muster einführt. Das empathische Verstehen des inneren Bezugsrahmens, dessen Wichtigkeit für die Therapie niemand anzweifelt, wird aber maßgeblich vom jeweiligen Inkongruenzmodell bzw. von äquivalenten Modellen bestimmt.

Auf Basis einer qualitativen Einzelfallstudie habe ich ein Modell vorgestellt, mit dessen Hilfe die Inkongruenzdynamik im Rahmen der therapeutischen Beziehung erkannt und zur Orientierung im therapeutischen Prozess genutzt werden kann (Keil, S., 2014). Die Inkongruenz eines Patienten oder einer Patientin lässt sich aus vier Perspektiven beschreiben, wobei für das personenzentrierte Traumaverständnis vor allem die Dynamik wichtig ist, die von somato-psychischen Symptomen¹ ausgeht.

1. Der Organismus, der in seiner Gesamtheit innerlich und äußerlich wahrnimmt bzw. reagiert.
2. Das organismische Erleben, dessen sich ein menschlicher Organismus potenziell bewusst werden kann. Der organismische Erlebensfluss reagiert kontinuierlich auf innere und äußere Reize, wobei grundsätzlich drei Stränge auseinanderzuhalten sind:
 - die körperliche Wahrnehmung, etwa von einem Druck oder Schmerz,
 - mit welchem bedeutungsvollen Erleben/Experiencing diese Wahrnehmung einhergeht und die dann auch ein Carrying Forward enthält, sowie

- Stress-Erleben, das mit (zu) hoher Anspannung (hypo- oder hyperarousal) einhergeht, strukturgebunden ist und kein Carrying Forward enthält.
3. Das Selbstkonzept („bestehend“ aus Selbstdefinitionen und typischen Handlungsmustern), an dem sich Menschen beim Handeln orientieren, d. h. sich psychisch stabilisieren, ihre Selbstwertschätzung aufrechterhalten und aktuelles organismisches Erleben regulieren und symbolisieren können.
 4. Körperliche und psychische Symptome/Krankheiten des Organismus, die durch Inkongruenz und/oder andere Ursachen bedingt sein können. Je nach Ausprägung der Symptome werden diese (mit unterschiedlich hoher Intensität) auch organismisch erlebt oder gar nicht gespürt, z. B. akuter Zahnschmerz versus noch nicht erkannte Diabetes. Die Grenze zwischen organismischem Erleben, strukturgebundenem Erleben und psychischen Symptomen ist oft nicht eindeutig, aber dennoch festzustellen, z. B. die Unterschiede zwischen Panikattacke (Symptom), Ängstlichkeit (strukturgebundenem Erleben) und Furcht (aktuelles organismisches Erleben).

Von diesem Inkongruenzverständnis ausgehend wird in diesem Kapitel erörtert, wie posttraumatische Symptome im Rahmen der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie begriffen werden können.

Erfahrung ist noch keine Selbsterfahrung

Das personenzentrierte Modell ist ein Erfahrungskonzept, a way of being with. Es sagt aus, wie mit eigenen und fremden Erfahrungen umgegangen werden soll, damit eine optimale menschliche Entwicklung stattfinden kann. Es gibt in dieser Theorie einige *Konstrukte*, die das Phänomen menschlicher Entwicklung, Veränderung und Anpassung erklären.

Hier handelt es sich einerseits um den lebendigen *Organismus*, der als Prozess zu begreifen ist. Die Erhaltung des Organismus geht mit Wachstumsprozessen einher, die im Personenzentrierten Konzept mit dem Axiom der *Aktualisierungstendenz* erklärt werden. *Erfahrungen* werden von einem Organismus subjektiv danach bewertet, ob sie für die Erhaltung und Weiterentwicklung förderlich sind oder nicht. Andererseits bilden Menschen als „unheilbar soziale Wesen“ in der Kindheit unter *kongruenten, empathisch-wertschätzenden* Beziehungen und Bindungen ein *Selbstkonzept* aus.

Hier ist zu beachten, dass Kinder ständig Erfahrungen machen, aber nur solche Erfahrungen, die von ihren Bezugspersonen kongruent und empathisch wertschätzend verstanden werden, können sie als *Selbsterfahrung* erleben. Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1995, S. 93f.) betonen eindrücklich: „Wenn solche Erfahrungen nicht gemacht werden, entstehen zunächst nicht etwa negative Selbsterfahrungen, aus denen dann

1 In Rogers' Persönlichkeitstheorie kommt der Begriff „Symptom“ nicht vor. Die Definition der psychischen Fehlanpassung (Rogers, 1959a/2009, S. 36) deckt m. E. die Phänomene nicht ab, die als körperliche oder psychische Symptome bezeichnet werden. Ich habe daher vorgeschlagen, diesen Begriff in die Theorie zu integrieren.

etwa ein negatives Selbstbild entstehen könnte. Es findet überhaupt keine Weiterentwicklung statt.“

Denn nur solche Erfahrungen, die im Rahmen einer kongruenten, empathisch wertschätzenden Beziehung erfahren wurden, kann ein Kind mit sich selbst in Verbindung bringen, und nur aus solchen Kern-Selbsterfahrungen kreiert es in weiterer Folge das Selbstkonzept.

Im Hinblick auf die Fragestellung dieses Artikels ist diese Unterscheidung zwischen *Erfahrung* und *Selbsterfahrung* sehr wichtig. Menschen machen sowohl unbewusst als auch bewusst vielerlei unterschiedliche Erfahrungen, aber nicht alle wurden empathisch verstanden. Es ist anzunehmen, dass bei einer normalen Entwicklung nur ein Bruchteil der Erfahrungen eines Säuglings und Kleinkindes empathisch-wertschätzend verstanden wird. In extrem traumatisierenden Milieus werden aber kaum Situationen auftreten, in denen sich das Kind in seinen Erfahrungen angenommen fühlt. Auch deshalb, weil Babys, die in ihren affektiven Kommunikationsäußerungen nicht feinfühlig beantwortet werden, ihre Affekte einstellen. Es wird dann auch für Außenstehende schwer, diesen Kindern empathisch zu begegnen. Aus personenzentrierter Perspektive handelt es sich also auch dann um eine schwere Traumatisierung, wenn ein Kind im Alter der Selbstentstehung nicht empathisch verstanden wurde. Es muss nicht misshandelt oder körperlich vernachlässigt worden sein, um von einer Traumatisierung auszugehen. Die Kontaktlosigkeit allein genügt und wird auch als Ursache der psychischen Störung bei körperlicher Gewalt oft übersehen, weil diese eben auch nur unter solchen kontaktlosen Beziehungsbedingungen möglich ist.

Diese Angewiesenheit auf eine empathisch wertschätzende Aufnahme in den ersten Lebensjahren hat fatale Konsequenzen für die Entstehung eines Selbstkonzepts. Je mehr Selbsterfahrungen zur Verfügung stehen, umso komplexer kann das Selbst konzipiert werden, und umso mehr organismische Erfahrungen können auch damit bewältigt werden. Der umgekehrte Fall: Je weniger Selbsterfahrungen zum Aufbau der Selbststruktur gemacht wurden, umso ängstlicher wird das Selbstkonzept verteidigt und umso weniger aktuelle Erfahrungen sind mit dieser Struktur zu regulieren.

Denn mithilfe der *Selbststruktur* werden die laufenden Erfahrungen danach bewertet, ob man sich selbst wertschätzen kann und wie die Beziehungen zu anderen gestaltet werden sollen, damit die lebenslang notwendige und überlebenswichtige *positive Beachtung* durch andere gewährleistet wird. Orientiert an ihrem Selbstkonzept versuchen Menschen, aktuelle organismische Empfindungen zu manipulieren, zu regulieren, zu steuern oder zu beruhigen. Es muss berücksichtigt werden, dass sämtliche Erfahrungen des Organismus (chronischen) pathogenen Stress auslösen, wenn er sie nicht mit seinem Selbstkonzept bewältigen kann.

Die Entstehung des *Selbstkonzepts* kann, neben vielen anderen organismischen Prozessen,² als eine unmittelbare Folge und Ausformung der menschlichen *Aktualisierungstendenz* verstanden werden. Da das Selbstkonzept vom Moment der Konstitution an eine wichtige stabilisierende Funktion erfüllt, wird das Bestreben, das Selbstkonzept zu verteidigen und weiterzuentwickeln, mit der *Selbstaktualisierungstendenz* erklärt.

Der menschliche Organismus bewertet Erfahrungen nun zweidimensional. Einerseits werden Erfahrungen danach bewertet, was für den Organismus als Ganzes gut ist, andererseits soll die Selbststruktur, die das Kind aufgrund einer Fülle von Selbsterfahrungen konstruiert hat, aufrechterhalten werden. Erfahrungen, die diese Selbststruktur gefährden, werden daher auch *organismisch* negativ bewertet, obwohl sie womöglich – von außen betrachtet – förderlich wären. Um sich selbst steuern zu können, bewerten Menschen aktuelle organismische Erfahrungen aufgrund von Bewertungsbedingungen, die sie von ihrem Selbstkonzept ableiten.

Unter unbedingt positiv-wertschätzenden Beziehungsbedingungen entwickeln Menschen im Zuge dieser dialektischen Auseinandersetzung ihr Selbstkonzept kontinuierlich weiter. Menschen finden oftmals trotz widriger Umweltbedingungen Möglichkeiten, wie sie das Selbst aktualisieren und gleichzeitig das Bedürfnis nach positiver Beachtung und Selbstwertschätzung erfüllen. Sie fühlen sich mit sich übereinstimmend, kongruent und stabil.

Unter negativen (nur bedingt wertschätzenden) Beziehungsbedingungen kommen sich – allerdings wiederum nur von einer äußeren Warte aus beurteilt – Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz in die Quere. Menschen können sich ihre aktuellen organismischen Erfahrungen nicht mehr bewusst machen, ohne gleichzeitig ihre Selbstachtung zu gefährden bzw. den sozialen Ausschluss zu riskieren. In der Sprache des Personenzentrierten Konzepts formuliert kommt es zu einer *Inkongruenz* zwischen aktuellen organismischen Erfahrungen und selbstkonzeptgeleiteten Impulsen (Gefühle, Gedanken, Handlungen). Diese salutogenetische Inkongruenz sichert in bedrohlichen Situationen die Selbstachtung und stellt eine Möglichkeit dar, das Selbst, das man sein möchte, auch unter schwierigen Bedingungen zu aktualisieren.

Krankheitswertige *Inkongruenz* wird zunächst als ängstlicher Spannungszustand erlebt. Das *Selbstkonzept*, das sonst zur Stabilisierung herangezogen werden kann, funktioniert nicht mehr zufriedenstellend. Abhängig von der Intensität

2 Es handelt sich um zweifellos wichtige Prozesse, die aber vom personenzentrierten Erfahrungskonzept nicht erfasst werden: Körperwachstum, Entwicklung des Gehirns, des Gedächtnisses oder auch alle Fähigkeiten, die gelernt werden, wie z. B. Laufen, Schreiben, Schwimmen. Auch die Ausbildung von Symptomen kann als organismischer Prozess begriffen werden.

der organismischen Erfahrung und der Dauer des Spannungszustandes reagiert der Organismus mit Symptomen, und/oder es kommt zu einem psychischen Ausnahmezustand, wie er in der akuten Belastungsreaktion (ICD-10, F43.0) beschrieben wird, die ja ebenfalls mit heftigen vegetativen Symptomen einhergeht.

Aus personenzentrierter Perspektive ist psychische Gesundheit also dadurch gekennzeichnet, dass Menschen in der Lage sind, ihre aktuellen Erfahrungen so zu bewältigen, dass die Stabilität und Selbstachtung aufrechterhalten werden kann. Diese Bewältigung von aktuellen Erfahrungen geschieht in unterschiedlicher Form. Erfahrungen können entweder gar nicht bewusst gemacht werden oder sie werden verzerrt symbolisiert. Erfahrungen, die mit dem Selbstkonzept übereinstimmen, werden meist korrekt symbolisiert. Es gibt aber auch diese Fälle, wo organismische Erfahrungen symbolisiert, d. h. bewusst gemacht werden können und dennoch nicht als Selbsterfahrung akzeptiert werden. ‚Ich sehe mich im Spiegel als fette Frau und sage mir, das bin nicht ich!‘ Oder ich weiß zwar, dass ich alt bin, aber meine Selbstdefinition lautet ‚Ich fühle mich jung, und das bin ich!‘

Dieses Phänomen muss nun auch in der Traumabewältigung beachtet werden. Selbst wenn es möglich ist, die fragmentierte Erinnerung an eine traumatische Erfahrung vollständig zu rekonstruieren,³ bedeutet dieses Bewusstwerden allein noch nicht, dass es auch gut wäre, diese bewusst gemachte Erfahrung als Selbsterfahrung oder gar als Selbstbild ins Selbstkonzept zu integrieren. Es macht einen Unterschied, ob ich mich z. B. wieder daran erinnern kann, wie ich vergewaltigt worden bin, oder ob ich diese Tatsache in mein Selbstkonzept integriere und mir sage, „Ich bin eine vergewaltigte Frau“. Entscheidend für eine solche Integration ins Selbstkonzept ist, ob eine solche Selbstdefinition helfen kann, aktuellen Stress zu bewältigen, die Emotionen und das Handeln so zu steuern, dass die Selbstachtung gewährleistet wird.

Personenzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen haben es gelernt und geübt, in der Arbeit kontinuierlich auf ihr eigenes organismisches Erleben zu achten. Sie haben die überwältigenden Veränderungen in sich gespürt, was es bedeutet, eigene organismische Empfindungen zu verstehen, ihnen zu vertrauen. Sie haben auch in der therapeutischen Beziehung diese glücklichen Momente begleitet, wenn Menschen von ihren organismischen Empfindungen her zu sprechen beginnen.

Wohl aufgrund dieser beeindruckenden Erfahrungen wird in der personenzentrierten Praxis – und ich nehme mich selbst

nicht aus – die kongruente Symbolisierung von aktuellem Erleben favorisiert. Kongruenz ist die ‚heilige Kuh‘ des Ansatzes. Der blinde Fleck ergibt sich aus demselben Grund. Es wird übersehen, wie viele gute und gelingende Bewältigungsmöglichkeiten im Alltag darin bestehen,

- dass aktuelles Erleben nicht oder nur verzerrt symbolisiert wird,
- dass Erfahrungen bewusst abgelehnt, vermieden und bekämpft werden,
- dass unangenehme Situationen mit (dissoziativen) Fantasievorstellungen überbrückt werden und
- dass auch psychische und/oder körperliche Symptombildung, ja sogar die Destabilisierung

gültige und taugliche Bewältigungsformen eines Organismus darstellen, der seine psychische Stabilität und Selbstachtung zum Überleben braucht. Das gilt für Personenzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen genauso wie für andere Menschen. Menschen, welche die Voraussetzungen hatten, ein stabiles und flexibles Selbstkonzept zu kreieren, bewältigen Lebensereignisse mit ihren selbstkonzeptorientierten Strategien. Nur wenn dies nicht klappt, sind sie in der Lage zu reflektieren und bereit – eventuell unterstützt durch eine therapeutische Beziehung –, aktuelles Erleben zu symbolisieren.

Die Symbolisierung von Erfahrungen ist also nur *eine* Form der Bewältigung, auch die Abwehr von Erfahrungen kann helfen, die Selbstachtung aufrechtzuerhalten. Dieses evidente Faktum ist gerade für das Verstehen von traumatisierten Personen wichtig, die nicht nur ‚normale Lebensereignisse‘ zu bewältigen haben.

Traumatische Belastung als extrem strukturgebundenes Erleben

Die Neusymbolisierung von bzw. der Umgang mit aktuellem organismischem Erleben ist auch für Menschen mit stabiler Selbststruktur nicht leicht. Wer in sich hinein spürt, muss differenzieren, ob es sich bei der Empfindung um einen Felt Sense handelt, der symbolisiert werden kann, oder um ein strukturgebundenes Erleben, das kein Carrying Forward enthält. Strukturgebundene organismische Erlebensformen, etwa eine Leere oder Lustlosigkeit, lassen sich auch mit therapeutischer Begleitung oft lange nicht verstehen. Die Bedeutung, den Sinn dieser Empfindungen zu begreifen, ist aber eine Voraussetzung für einen guten Umgang damit.

Im Kontext posttraumatischer Belastung ist deren Intensität das Problem und nicht die mangelnde Symbolisierung. Die Panik, z. B. bei einem Flashback, muss gar nicht symbolisiert werden, denn sie ist verständlich. Die Schwierigkeit liegt nicht in der mangelnden Symbolisierung, sondern in der Frage, ob die Panik zu beruhigen bzw. zu ertragen ist. Nur wenn intensiv

3 Natürlich ist eine wichtige Verarbeitung gelungen, wenn eine traumatische Erfahrung vollständig wieder erinnert werden kann und die Erinnerung an Empfindungen, Gedanken, Bilder und Verhalten nicht mehr als zu belastend erlebt werden (vgl. das SIBAM-Modell von Levine, 1998).

belastende Empfindungen (auch Flashbacks) unverständlich sind, wäre Selbstexploration sinnvoll, dazu braucht es aber Freiraum und eine nur mittlere Intensität des Erlebens.

Wie aus den eingangs erwähnten Traumadefinitionen hervorgeht, kann nicht eindeutig gesagt werden, welche konkreten Ereignisse zu einer Traumatisierung führen oder nicht. Hängt es doch immer davon ab, wie jemand subjektiv in der Situation reagiert. Das Personzentrierte Konzept zeigt auf, wie vulnerabel Menschen generell sind, auch solche, die ein stabiles und flexibles Selbst entwickeln konnten. Schon normale Lebensereignisse, wie der Tod eines geliebten Menschen, ein Unfall oder ein beschamendes Scheitern und die damit verbundenen organismischen Erfahrungen, können zu einer psychischen Destabilisierung führen, wenn diese Erfahrung nicht mit dem eigenen Selbstkonzept zu vereinbaren ist.

Solche psychischen Krisen können grundsätzlich dadurch bewältigt werden, dass das Selbstkonzept erweitert wird und neue Copingstrategien entwickelt werden. Aus solchen Erfahrungen gehen Menschen oftmals sogar gestärkt hervor und beurteilen sie dann im Nachhinein als biografische Chance.

Wenn das Wort „Trauma“ eigentlich „Wunde“ bedeutet, ist dennoch das Ausmaß der Verletzung entscheidend. Es gibt unterschiedliche körperliche Wunden. Manche, selbst wenn sie zunächst gravierend und lebensbedrohlich sind, können zur Gänze verheilen. Andere Wunden heilen nicht. Sie führen zu einer lebenslangen Behinderung, die kontinuierliche spezifische Betreuung braucht.

Wird diese Metapher auf den Begriff Psychotrauma angewendet, sind als traumatische Erfahrungen nur solche zu bezeichnen, die einer unheilbaren körperlichen Wunde entsprechen. Dies ist wichtig, um den Traumabegriff nicht inflationär zu verwenden. Damit würden die schweren (post)traumatischen Belastungen verharmlost. Die Grenzen zwischen grundsätzlich bewältigbaren psychischen Krisen und Psychotrauma sind natürlich fließend und nicht so eindeutig zu erkennen wie körperliche Verletzungen. Die Bewältigung von Ereignissen, die von *fast allen* als traumatisierend eingeschätzt werden, weil sie als katastrophal, unfassbar und gewissermaßen außerhalb der menschlichen Erfahrung liegen, sind jedenfalls aus mehreren Gründen nicht völlig zu bewältigen.

Einen ersten Grund für die dauerhafte Belastung durch traumatische Ereignisse liefert das Personzentrierte Konzept selbst. Gehen wir davon aus, dass Erfahrungen dann optimal bewältigt werden können, wenn die Person in der Selbstexploration dieser Erfahrung von einer anderen Person empathisch und wertschätzend begleitet wird, ist bei extremtraumatischen Ereignissen eine Grenze erreicht. Wer kann sich in die Erfahrung z. B. einer gefolterten Person wirklich empathisch einfühlen? Allein der Gedanke daran löst schon bei Unbeteiligten Stress und Abwehr aus.

Frühkindliche Traumata wiederum können gar nicht erzählt und daher auch nicht exakt eingefuhlt werden, wenn das biografische Gedächtnis noch nicht ausgebildet worden ist. Solche traumatischen Erfahrungen werden meist in der therapeutischen Beziehung reinszeniert, was dann nur mehr über den Weg der hermeneutischen Empathie verstanden werden kann (vgl. Keil, W., 2008).

Das Ausmaß dessen, wie schwer es fällt, sich auf eine Erfahrung empathisch einzulassen, kann ein Hinweis sein für die Schwere der traumatischen Belastung und deren Verarbeitungsmoglichkeit. Was empathisch dabei verstanden werden kann, ist genau das. Es handelt sich um ein Erleben, das so entsetzlich und unerträglich ist, ein Erleben, für das die Worte fehlen, vor dem wir uns schützen dürfen und müssen, bei aller Dankbarkeit unserem Körper gegenüber, der die Erfahrung machen musste und überlebt hat.

Es mag ein schwacher Trost sein, dass im Zuge dieser organismischen Uberlebensleistung in den meisten Fällen ein Traumawachstum stattgefunden hat, das in Form von Stärken und Ressourcen für das Weiterleben wirklich hilfreich sein kann. Diese Talente können als ständige Quelle der Selbstachtung helfen, sich trotz Traumafolgebelastung psychisch stabil zu halten.

Ein zweiter Grund kann ebenfalls mit dem personzentrierten Verständnis der Person erklärt werden. Menschen als selbstreflexive sinnorientierte Geschöpfe können traumatische Erfahrungen nicht einfach abschütteln, wie Tiere dies tun, die einer Raubtierattacke mittels Totstellreflex entkommen sind.⁴ Aber auch Tiere bewältigen nicht alles ohne Schäden, z. B. verändern sie in Gefangenschaft ihr Wesen nachhaltig.

Menschen können/müssen ihre peri- und posttraumatischen Symptome mithilfe ihres bis dahin entwickelten Selbstkonzepts verarbeiten. Es hängt also vom individuellen Selbstkonzept ab, wie die heftige körperliche Intensität der traumatischen Reaktion ertragen werden kann. So habe ich z. B. bei der Schilderung eines erfahrenen Krisenhelfers nach dem tödlichen Unfall seines kleinen Kindes den Eindruck gewonnen, dass ihm sein Traumawissen geholfen hat, den wochenlang andauernden Ansturm des teilweise präpsychotischen Erlebens innerlich beobachtend zu überstehen.

Traumatische Erfahrungen belasten nicht nur körperlich, sondern zerstören das Vertrauen in die Welt, und es entsteht die Frage, wie es sich damit überhaupt weiterleben lässt. Die Bewältigung des Traumas hängt dann in hohem Ausmaß von der sozialen Unterstützung ab. Da jedoch die gesellschaftliche Abwehr dem Trauma gegenüber, ohne böse Absicht, aber de facto oft auf dem Rücken der Opfer ausgetragen wird, sind der notwendige Schutz und die Unterstützung oft nur mangelhaft

⁴ Levine (1998) hat ausgehend von dieser Parallele zum Tierreich ein traumatherapeutisches Verfahren entwickelt.

vorhanden. Täter und Gesellschaft wollen vergessen, Opfer können nicht vergessen (Herman, 2003, S. 17f.). Sie werden durch die soziale Ignoranz, der sie im Alltag begegnen, sequenziell traumatisiert. Ich brauche gar nicht den Umgang mit Flüchtlingen als Beispiel zu strapazieren, es reicht für eine Retraumatisierung, wenn Betroffene im Arbeitsmarktkontext Lebensläufe für Bewerbungen verfassen sollen, obwohl sie traumabedingt weite Bereiche ihrer Biografie nicht erinnern können.

Die Voraussetzung für eine gute Bewältigung von traumatischen Ereignissen ist die Erfahrung, *jetzt* in Sicherheit zu sein. Diese Sicherheit kann aber im Alltag kaum hergestellt werden. Stigmatisierende Praktiken, Diskriminierungserfahrungen, nicht adäquate Hilfen – all dies wird als Bedrohung, als Fortsetzung des Traumas erfahren. Die Alltagsbewältigung wird zu einer kontinuierlichen Gefahrenquelle. Die damit ständig einhergehenden strukturgebundenen Stressreaktionen sollen nicht ins Selbstkonzept integriert werden, sie können mithilfe eines gut ausgestatteten Selbstkonzepts nur möglichst gut reguliert werden.

Ein dritter Grund für die Schwierigkeit bei der Bewältigung von posttraumatischen Folgestörungen lässt sich aus den neurobiologischen Prozessen ableiten, die traumatische Erfahrungen auf neuronaler Ebene nachhaltig verursachen. Sie verändern die gesamte Wahrnehmungswelt einer Person, was wiederum sekundär existenzielle, retraumatisierende Verunsicherung und Furcht auslöst (vgl. Sachsse, 2004; Rothschild, 2002).

Die normale Reaktion des autonomen Nervensystems während lebensbedrohlicher Ereignisse – Freeze, Dissoziation, Derealisation, Depersonalisation – verhindert die übliche Reizverarbeitung auf neuronaler Ebene. So können extrem traumatische Erfahrungen entsprechende Gehirnstrukturen von Erwachsenen zerstören oder zumindest massiv verändern. Dies hat Folgen für das alltägliche Erleben. Menschen sind mit den belastenden Traumafolgesymptomen beschäftigt und leiden akut an diesen Symptomen, wie sie in der Beschreibung der posttraumatischen Belastungsstörung zusammengefasst sind. Solche Zustände müssen im Alltag erst einmal bewältigt werden, bevor die Ruhe eintritt, die für eine Aufarbeitung des Traumas erforderlich wäre.

Bei Bindungs- oder Entwicklungstraumata wird nicht nur die Konstitution des Selbst verhindert, sondern auch die normale Entwicklung des Gehirns. Dies führt zu Erfahrungswelten und Verhaltensweisen, die sich wesentlich von anderen, nicht oder weniger stark traumatisierten Menschen unterscheiden. Dieser innere Bezugsrahmen ist daher auch schwer empathisch nachzuvollziehen, weshalb gerade auch in der therapeutischen Beziehung kontinuierlich die Gefahr der Retraumatisierung besteht. Komplex traumatisierte Personen sind ständig mit Traumafolgesymptomen beschäftigt, ohne jedoch den deutlichen Zusammenhang mit den traumatischen Belastungen

in der Vorgeschichte zu erfassen. Minimale äußere und innere Reize können als Trigger wirken, die dissoziative Abwehr oder Flashbacks auf Empfindungs- und Gefühlsebene auslösen. Bei komplex traumatisierten Personen ist der Zusammenhang zwischen Flashbacks und den konkreten traumatischen Erfahrungen oft lange nicht herzustellen. Sie sind ihren scheinbar irrationalen Reaktionen hilflos ausgesetzt. Dies führt zu verwirrenden Interpretationen und insgesamt zu einem Misstrauen dem eigenen Körper und den eigenen Gefühlen gegenüber. Die gesamte Alltagsbewältigung ist von der Bewältigung der Traumafolgen bestimmt. Zu hohe Anspannung und/oder Alpträume können das Schlafen behindern, dissoziativer Rückzug die Arbeitsfähigkeit und eine adäquate Alltagsbewältigung. Sämtliche Beziehungen sind belastend und belastet, weil die dafür notwendige gegenseitige Empathie angesichts der Traumafolgen auf der Empfindungs- und Gefühlsebene nicht hergestellt werden kann.

Ein vierter Grund, der traumatisches Erleben von normalem organismischem Erleben unterscheidet, ist die Schutzreaktion der Dissoziation. Solange Menschen dissoziieren, haben sie gar keinen Zugang zu ihrem körperlichen Erleben. Das wiederum erhöht den aktuellen traumatischen Stress.

Traumatische Belastungen können mit sogenannter struktureller Dissoziation bewältigt worden sein (Hart et al., 2008). Damit wird eine Spaltung der Persönlichkeit bezeichnet, die es Menschen ermöglicht, über Jahre hinweg symptomfrei zu wirken. Wenn diese „anscheinend normalen Personen“ aus irgendeinem – meist verhältnismäßig geringfügigem Anlass – Therapie aufsuchen, kann es lange dauern, bis Therapeuten und Therapeutinnen den anderen emotionalen Persönlichkeitsanteil bemerken. Die Integration dieser Teile wird extrem erschwert, weil die Spaltung ja gerade verhindert, dass die traumatische Erfahrung erlebt werden muss. Die unerträglichen Gefühle tauchen aber auf, wenn die Spaltung überwunden werden sollte. Diese anstrengenden Therapieprozesse können beide Seiten an die Belastungsgrenze bringen, Patienten und Patientinnen sowie deren Therapeuten und Therapeutinnen.

Wer sich intensiv mit den alltäglichen Erfahrungen beschäftigt, die bei einer Traumafolgestörung gemacht werden, wird verstehen, dass sich Personen mit diesen extrem strukturgebundenen Erlebensweisen und Symptomen wesentlich schwerer selbstempathisch annehmen können als Menschen, die lediglich „normale“ Erfahrungen nicht integrieren können, weil sie ihrem Selbstkonzept widersprechen, und etwa Schuld, Ohnmacht, Scham oder Wut nicht zulassen können.⁵

⁵ Allerdings korrespondieren auch solche Probleme mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, wenn auch nicht mit komplex traumatischen.

Therapietheoretische Implikationen

Es ist zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Inkongruenz zu unterscheiden. Personzentrierte Psychotherapie ist indiziert, wenn Personen an einer krankheitswertigen Inkongruenz leiden. In diesem Fall hilft die Selbststruktur wenig, mit aktuellen organismischen Erfahrungen umzugehen, im Gegenteil, die Strategien, die ein Mensch verfolgt, um aktuelles Erleben in den Griff zu bekommen, verstärken die Symptomatik und stellen eine Belastung für den gesamten Organismus dar. Dieser reagiert mit „Mehr desselben“, er orientiert sich verzweifelt an seinem Selbstkonzept, weil es als einziges wirklich Sicherheit gibt bzw. das psychische Überleben immer schon ermöglicht hat.

Ziel einer Personzentrierten Psychotherapie ist Reorganisation der Selbststruktur bzw. Verringerung der Inkongruenz. Diese prinzipielle Zielrichtung ist gerade auch in der Arbeit mit traumatisierten Personen sehr hilfreich. Denn – was brauchen solche Personen mehr als ein Selbstkonzept, das ihnen hilft, mit ihren Traumafolgen möglichst gut umzugehen, gerade dann, wenn mit einer lebenslangen Beeinträchtigung zu leben ist?

Stabilisierung der vorhandenen Selbststruktur

Inkongruenz lässt sich in der Praxis eher nicht daran erkennen, welche organismischen Erfahrungen symbolisiert werden können, sondern daran, wie schwer die personzentrierte Beziehungsqualität herzustellen ist. Die Schwierigkeiten, die in der therapeutischen Beziehung gespürt werden, korrespondieren mit den Beziehungsschwierigkeiten, die Patienten oder Patientinnen mit sich selbst und ihrer Umwelt erleben.

Angesichts der außergewöhnlichen psychischen Belastung, die traumatisierte Personen zu bewältigen haben, verwundert es nicht, dass sie auch eine krankheitswertige Inkongruenz entwickeln. Hilfe zur Stabilisierung der Selbststruktur ist daher vor allem zu Beginn der Therapie zum Beziehungsaufbau notwendig, sollte aber im gesamten Therapieverlauf bedacht werden.

Das Wissen und möglichst genaue Erkennen der Selbststruktur, an der sich die Betroffenen orientieren, ist daher von hoher therapeutischer Bedeutung. Die Selbststruktur ist an den typischen Verhaltensmustern und den Selbstdefinitionen zu erkennen, an denen (bei Destabilisierungsgefahr) beharrlich festgehalten wird, z. B. „Ich bin ein Arsch, und die Welt ist auch Arsch!“⁶.

Wenn Therapeuten und Therapeutinnen die psychische Belastung in der Beziehung mit spüren und die Struktur des

Selbstkonzepts zumindest teilweise erkennen, können sie als Hilfs-Ich im inneren Bezugsrahmen mithelfen, die Selbststruktur zu stabilisieren. Sie können jedenfalls den Wert der vorhandenen Selbststruktur lobend anerkennen und der Person dadurch helfen, sich selbst auch wieder mehr zu achten.

Auch psychoedukatorische Interventionen, die in der Traumatherapie unerlässlich sind, können eher im Dialog angenommen werden, wenn dabei die Stärken der Selbststruktur mit bedacht und genützt werden. Auch dann, wenn therapeutische Vorschläge zur Änderung des Verhaltens eingebracht werden sollen, lassen sich diese viel besser kommunizieren, wenn dabei an den Werten der Selbststruktur angeknüpft wird, z. B. „*Sie wollen nicht so sein wie ihre Mutter, die immer Medikamente missbräuchlich genommen hat. Wenn Sie aber Ihre notwendigen Medikamente nicht einnehmen, sind Sie eigentlich doch auch so wie ihre Mutter – Sie betreiben ebenfalls Missbrauch mit ihrem Körper.*“

Für das empathische Verstehen ist ein Inkongruenzmodell von Vorteil, in dem nicht nur die Symbolisierung von aktuellem organismischem Erleben als Möglichkeit der Reorganisation des Selbstkonzepts begriffen wird, sondern eine Fülle von alternativen Möglichkeiten, wie Menschen ihr Selbstkonzept stärken können, um mit den traumatischen Belastungen fertig zu werden. Dafür sind die Methoden, die in der allgemeinen Traumatherapie entwickelt wurden, unverzichtbares Hintergrundwissen. Es handelt sich dabei um Strategien dafür, wie Menschen mit Traumafolgesymptomen umgehen können, wie auch das Freiraumschaffen beim Focusing (Gendlin, 1998) eine Strategie ist, die gelernt werden kann, um den Körper zu entlasten. In der Traumatherapie wurden folgende Methoden entwickelt: z. B. *sicherer Ort*, *Tresorübung*, *Umgang mit dem inneren traumatisierten Kind*, *Visualisierungen*, *Entwicklung von Gegenbildern zu den Schreckensbildern*, *Bildschirmtechnik*, *Körperbremse*, *radikale Erlaubnis*, *Notfallkoffer*, *Wohlfühlkoffer* (ein guter Überblick findet sich bei Claas, 2007, und Reddemann, 2001). Angesichts der Intensität der traumatischen Belastung sind solche Vorschläge für den Umgang damit für viele Patientinnen leichter und schneller in den Alltag mitzunehmen als die Möglichkeiten von Focusing-Strategien, die oftmals Erleben zu sehr intensivieren oder traumatisierte Menschen bedrohen, die noch nicht in ihren Körper hinein spüren können.

Personzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen sollten diese traumatherapeutischen Methoden an sich selbst ausprobieren, um die Ressourcen nachvollziehen zu können, die mit diesen Strategien zur Selbstregulation erschlossen werden können. Das Wissen um solche Strategien hilft auch dabei zu erkennen, inwiefern Patienten und Patientinnen ähnliche Ressourcen bereits für sich selbst entwickelt haben. So berichtete mir ein Patient, dass er sich bereits als Volksschulkind beim

⁶ Hierbei handelt es sich um die Selbstdefinition eines Menschen mit Zügen einer Borderline-Persönlichkeit. Sie schützt in diesem Fall vor unerträglich schmerzhaften Enttäuschungen in Beziehungen.

Gitarrespielen wie in einer schützenden Blase gefühlt habe. Er hatte offenbar dort seinen „sicheren Ort“ gefunden; eine andere Patientin hatte eine ganze Stadt unter ihrem Kinderbett. Auf die Möglichkeit von inneren Helfern aufmerksam gemacht, erinnert sich eine Patientin daran, dass in ihrem Kinderzimmer immer eine imaginäre Freundin auf sie wartete. Diese eigenen Ressourcen gilt es in erster Linie zu unterstützen und zu verstärken. Erhöhen im umgekehrten Fall Patientinnen mit inadäquaten Strategien ihren Stress, ist es leichter, sie damit zu konfrontieren, wenn konkrete traumatherapeutische Vorschläge mitgeliefert werden.

Werden Methoden aus anderen Richtungen in die Personzentrierte Therapie integriert, geschieht dies meist völlig anders als im ursprünglichen Verfahren. Sie werden spontan und dialogisch angeboten, weil sie unmittelbar in der Beziehung als Idee auftauchen.

Hilfe beim Aufbau von Selbststrukturen

Eine besondere Stärke des Personzentrierten Ansatzes, die aber im Theoriekonzept von Rogers so noch nicht vorkommt, liegt in der Möglichkeit, innerhalb einer nachbeelternden therapeutischen Beziehung, Selbststrukturen aufzubauen. Dies ist vor allem bei komplex traumatisierten Personen notwendig, die extreme Schwierigkeiten in allen Kontakten haben, weil sie aktuellem Erleben keine sichere Bedeutung geben können.

Wohl unter dem Eindruck ihrer therapeutischen Erfahrungen, gerade mit fragilen und dissoziativen Patienten und Patientinnen, sieht Warner (2002) Schwierigkeiten beim Verarbeiten (processing) von organismischen Erfahrungen als wesentliche Ursache für psychische Störungen. Jeder Kontakt löst unterschiedliche organismische Reaktionen aus. Menschen, die ihren Erfahrungen nicht kontinuierlich Bedeutungen zuschreiben können, erleben keinen Kontakt. Alles menschliche Leben sei aber auf Kontakt ausgerichtet, was am (traumatischen) Stress deutlich wird, den Patienten bzw. Patientinnen und auch deren Therapeuten bzw. Therapeutinnen erleben, wenn sie nicht verstehen können.

Zusätzlich sei der *Circulus vitiosus* zu bedenken, wenn es Menschen nicht gelingt zu spüren, dass sie in Kontakt mit anderen sind. Im Kontakt mit der Umwelt sind die Betroffenen vier Risiken ausgesetzt: Sie können nicht voraussehen, was als Nächstes passieren wird; sie erleben Ablehnung, weil sie ihre Erfahrungen nicht sozial adäquat mitteilen können; sie entwickeln Symptome (Leere, Angst, somatisierte Schmerzen), weil sie ihre Erfahrungen nicht kongruent symbolisieren können; und sie verlieren den Lebensmut, wenn sie Erfahrungen nicht hoffnungsvolle Bedeutungen geben können. Das ständige Aushandeln von Bedeutung stehe im Dienst der Aufrechterhaltung eines kohärenten Selbst, der Affektregulierung und der

Kommunikation mit der sozialen Umwelt. Es gäbe daher nicht *die* objektiv richtigen Symbolisierungen von Erfahrungen. Es seien vielmehr Aushandlungsprozesse notwendig, welche die aktuellen Erfahrungen mit bereits biografisch gelernten Bedeutungen in Beziehung bringen.

Kontaktfähigkeit setzt ein Bündel von komplexen Fähigkeiten voraus. Warner (ebd.) vermutet, dass Kontakt unzählige noch unerkannte Fähigkeiten verlangt, die im Alltag für „selbstverständlich“ gehalten werden. Mit Blick auf die Arbeit mit traumatisierten Personen sind wohl diese Fähigkeiten zentral: Wie kann es gelingen, dass die Betroffenen Erleben so verarbeiten,

- dass die Hoffnung aufrechterhalten werden kann,
- dass die Intensität von Reaktionen so moduliert werden kann, dass die Person die affektive Bedeutung von Erfahrungen erleben kann, ohne dabei traumatisiert zu werden oder die Kontrolle über die eigenen Handlungen zu verlieren, und
- dass die Person fähig ist, von Erfahrungen zu dissoziieren, die traumatisch schmerzhaft und überwältigend sind.

Die therapeutische Beziehung mit Menschen aufrechtzuerhalten, die an solchen Kontaktproblemen leiden, ist nicht nur eine therapeutische Herausforderung, es ist gleichzeitig auch ein therapeutischer Prozess, in dem Selbststrukturen aufgebaut werden.

Bewältigung der Symptomatik als Traumakonfrontation

Lange wurde in der allgemeinen Traumatherapie die Auffassung vertreten, dass der entscheidende Heilfaktor nach dem Beziehungsaufbau und der Stabilisierung der Traumakonfrontation zukommt. Inzwischen wird über den Wert der Traumakonfrontation kontrovers debattiert. In einer Personzentrierten Traumapsychotherapie stellt sich die Frage anders. Patienten und Patientinnen thematisieren in den meisten Fällen ihre traumatischen Erfahrungen in dieser Intensität und zu diesem Zeitpunkt, der von ihrem inneren Prozess her „stimmt“. Da Personzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen immer in der therapeutischen Beziehung mit spüren, spüren sie auch, wenn die Belastung zu hoch wird. Es kann als Modellfunktion therapeutisch sehr wertvoll sein, dass Therapeuten und Therapeutinnen ihre Möglichkeiten einsetzen, um die miterlebte Belastung zu regulieren. Die Gefahr der Retraumatisierung ist in einer solchen Beziehung durch das Berichten von traumatischen Erlebnissen also gering. Wichtig ist jedoch zu wissen, dass für eine gute Traumabewältigung nicht die Konfrontation mit dem Trauma, sondern die Bewältigung der Traumafolgen notwendig ist. Man muss nicht wissen, was „wirklich“ passiert ist. Das ist oft eine beruhigende Information für Patienten und Patientinnen, die fürchten, in einer Psychotherapie über ihre traumatischen Erfahrungen reden zu müssen, genauso wie für

diejenigen, die davon beunruhigt sind, womöglich ein Trauma erlitten zu haben, von dem sie aber nichts wissen.

Personenzentrierte Traumafolgepsychotherapie sollte sich vor dem Hintergrund psychotraumatologischer Erkenntnisse zuallererst als Hilfe bei der Bewältigung der Traumafolgen verstehen. Die Konfrontation oder gar das Aufspüren von traumatischen Ereignissen muss dafür nicht angestrebt werden. Die Symptome der Traumafolgestörung immer wieder bewältigen zu müssen, ist „Traumakonfrontation“ genug.

Schluss

Der Personenzentrierte Ansatz hat generell für eine schulenübergreifende Traumatherapie einiges anzubieten. So wurden nach Rogers einige störungsspezifischen Konzepte entwickelt (u. a. Binder & Binder, 1991; Warner, 2002; Prouty, 2001; Swildens, 1991), die gerade für die Arbeit mit komplex traumatisierten Personen besonders hilfreich sind. Auch die Orientierung an Gendlins (1964, 1998) experienziellem Ansatz bietet eine vorzügliche Grundlage für die Arbeit mit traumatisierten Menschen, da sich traumatische Belastungen vor allem im Körper manifestieren. Mithilfe der Konzepte der Hermeneutischen Empathie und Prozessualen Diagnostik der Inkongruenzdynamik (Keil, W., 2008; Keil, S., 2014) lässt sich das personenzentrierte Beziehungsangebot im oft sehr schwierigen Kontakt mit schwer traumatisierten Personen aufrechterhalten. Während in der allgemeinen Traumatherapie Therapeuten und Therapeutinnen vor den Beziehungsschwierigkeiten gewarnt werden (vgl. Reddemann, 2004, S. 198; Sack, 2013, S. 209), wenn sie zu wenig strukturiert vorgehen und keine klaren Therapieziele vereinbaren, finden traumatisierte Menschen in einer Personenzentrierten Therapie eine Beziehung vor, die sie in hohem Maß selbst bestimmen und gestalten können, ohne dass der Therapeut oder die Therapeutin die Halt gebende professionelle Haltung verliert.

Traumatisierung muss als Ursache jeder krankheitswertigen Inkongruenz betrachtet werden, allerdings sind das Ausmaß und die Intensität der Traumatisierung genau festzustellen, um adäquat – traumasensibel – in der therapeutischen Beziehung darauf reagieren zu können. Wenn Claas (2007, S. 10) noch die Frage stellt: „Brauchen wir eine ‚Traumatherapie‘ oder brauchen wir eine Personenzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten?“, würde ich ihr heute antworten: Wir brauchen traumaversierte Personenzentrierte Psychotherapeuten und -therapeutinnen für *alle* Patienten und Patientinnen.

Literatur

- Barth, M. (2009). Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Person, 13*(2), 148–154.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person, 7*(2), 128–134.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73–92). Heidelberg: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2015a). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarb. u. erw. Aufl.; S. 684–696). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2015b). Die Traumatheorie in der Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarb. u. erw. Aufl.; S. 143–149). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person, 7*(2), 128–134.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1995). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. (7., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungs-spezifischen klientenzentrierten Psychotherapie: Schizophrene Ordnung, psychosomatisches Erleben, depressives Leiden*. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. & Binder, J. (1994). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Neue Handlungs- und Therapiekonzepte zur Veränderung* (3., korr. Aufl.). Eschborn: Klotz.
- Binder, U., & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungs-spezifischen klientenzentrierten Psychotherapie: Schizophrene Ordnung, psychosomatisches Erleben, depressives Leiden*. Eschborn: Klotz.
- Claas, P. (2007). Brauchen wir eine „Traumatherapie“ oder brauchen wir eine Personenzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten. In GwG-Akademie (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 10–46). Köln: GwG-Verlag.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Wöller, W., Reddemann, L., Siol, T., Liebermann, P. & Petzold, E. R. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext. Leitlinien-Entwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (2., akt. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Gahleitner, S. (2018). Trauma. In G. Stumm & W. Keil. *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (2., überarb. Aufl.; S. 259–268). Berlin: Springer.
- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 100–148). New York: Wiley.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer (englisches Original erschienen 1996: Focusing oriented psychotherapy. New York: Guilford).
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotionsfokussierte Therapie*. München: Reinhardt (englisches Original erschienen 2002: Emotion focused therapy. Washington, DC: APA).
- GwG-Akademie (Hrsg.). (2007). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Hart, O.v.d., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 2006: The haunted self. New York: Norton).
- Hecker, T. & Maercker, A. (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlages und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung.

- Psychotherapeut*, 60(6), 547–562. Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/publication/283579115> [12. 2. 2019].
- Herman, J. L. (2003). *Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 1992: Trauma and recovery. London: Harper Collins).
- Keil, S. (2009a). Teil I: Das Selbst als Gestalt – eine kritische Analyse und Ansätze zur Weiterentwicklung der Theorie des Selbst im klientenzentrierten Konzept. *Person*, 13(2), 101–111.
- Keil, S. (2009b). Teil II: „Das war ein wichtiger Schritt, mich besser in mein Selbstbild pressen zu können“ – Zur Rekonstruktion der Selbstgestalt eines Klienten und deren Entwicklung in der Psychotherapie auf Basis einer Einzelfallstudie. *Person*, 13(2), 112–123.
- Keil, S. (2011). Wie zeigen sich „Selbst“ und „Inkongruenz“ in der Psychotherapie? – Essenzen aus einer qualitativen Studie zum Thema Selbst/Inkongruenz. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 42(3), 129–137. Verfügbar unter: https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/shopdownloads/GPB_03_2011_keil.pdf [12. 2. 2019].
- Keil, S. (2014). Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID). *Person*, 18(1), 31–43.
- Keil, W. W. (2008). Die prozessuale Diagnostik in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt. Personenzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 167–184). Wien: Krammer.
- Kolk, B. A. v. d. & McFarlane, A. C. (2000). Trauma – ein schwarzes Loch. In B. A. v. d. Kolk, B. A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie*. (S. 27–46). Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 1996: The black hole of trauma. In B. A. v. d. Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (eds.), *Traumatic Stress* (pp. 3–23). New York: Guilford).
- Levine, P. (1998) *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren*. Essen: Synthesis (englisches Original erschienen 1997: *Waking the tiger*. Berkeley, CA: North Atlantic Books).
- Herman, J. L. (2003). *Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann.
- Maercker, A. (Hrsg.) (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4., vollst. überarb. u. akt. Aufl.). Berlin: Springer.
- Prouty, G. F. (2001), Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz? *Person*, 5(1), 52–57. (englisches Original erschienen 1999: Carl Rogers and experiential therapies: a dissonance? *Person-Centred Practice*, 7(1), 4–11).
- Rechenmacher, M. (2018). *Personenzentrierte PsychotherapeutInnen begegnen dem Trauma im aktuellen Zeitgeist – wie personenzentrierte PsychotherapeutInnen mit von Trauma betroffenen KlientInnen arbeiten*. Master-Thesis. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems, Psychotherapie Fachspezifikum Personenzentrierte Psychotherapie.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT® – Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psycho-traumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt (englisches Original erschienen 1959a: *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (ed.). *Psychology: A study of science. Study 1: Conceptual and systematic*. Vol. 3: *Formulations of the person and the social context* (pp. 184–251). New York: McGraw-Hill).
- Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich: die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung*. Essen: Synthesis (englisches Original erschienen 2000: *The body remembers*. New York: Norton).
- Sachsse, U. (Hrsg.) (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M. (2013). *Schonende Traumatherapie. Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen* (unveränd. 2. Nachdr. der 1. Aufl.). Stuttgart: Schattauer (Erstauf. erschienen 2010).
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG-Verlag (niederländisches Original erschienen 1988: *Procesgerichte gesprekstherapie*. Utrecht, Niederlande: De Tijdstroom).
- Warner, M. S. (2002). Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personenzentrierter Theorie. *Person*, 6(1), 59–64. Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/publication/242676382> [12. 2. 2019].