

# Personzentrierte Körperpsychotherapie bei Trauma

Ernst Kern

**Zusammenfassung:** Traumatische Erfahrungen können zu existenziellen Erschütterungen führen. Als Folge verliert die Person oft den positiven Bezug zu sich selbst und zu ihrer Umgebung. Sie flüchtet sich in eine Gefühlsvermeidung, die Gefahr, dass die Überlebens- und Schutzmechanismen chronifizieren und zu eigenen Problemfeldern führen, ist groß.

Personzentrierte Zugänge haben ein besonderes Potenzial, der Person in diesen tiefgehenden Verunsicherungen zu begegnen und blockierte Entwicklungsprozesse wieder anzustoßen. Die Orientierung auf den Körper und sein ganzheitlicher Einbezug sind dabei ganz besonders hilfreich, um das Erleben wieder zu öffnen und die Wiederaneignung von Lebendigkeit zu unterstützen.

*Schlüsselworte:*

*Personzentriert, Trauma, Traumatherapie, Körperpsychotherapie*

## 1. Einleitung

Kaum eine psychische Problematik hat in den letzten Jahrzehnten so viel Beachtung in Forschung und Praxis der Psychotherapie gefunden wie Traumastörungen, die bei den Betroffenen oft großes Leid zur Folge haben. Gleichzeitig gibt es hier aus Sicht der verschiedenen Therapieverfahren besonders intensive Diskussionen über das „richtige“ Vorgehen. Insbesondere eher technikzentrierte Konzepte haben hier das Feld erobert, scheinen sie doch eine gute Abhilfe zu sein gegen die in der Bearbeitung von Traumata oft entstehende Hilflosigkeit der Therapeuten.

Die Personzentrierte Psychotherapie mit der ganzheitlichen Sichtweise und der Betonung einer therapeutischen Haltung und eines entwicklungsfördernden Beziehungsangebotes tut sich in der Fachöffentlichkeit im Vergleich zu den manualisierten Konzepten nicht so leicht, hat aber genau wegen dieser Besonderheiten sehr viel für die Traumatherapie anzubieten.

In diesem Aufsatz wird Beratung und Therapie mit traumatisierten Personen aus einer personzentrierten körperpsychotherapeutischen Perspektive dargestellt. Personzentrierte Therapie ist erlebniszentriert, daher ist der Ausgangspunkt die innere Welt von Personen mit Traumaerfahrungen.

## 2. Was passiert in der Person bei und nach einem Trauma?

Einer traumatischen Erfahrung ausgesetzt gewesen zu sein ist meist mit Gefühlen von Ohnmacht und Ausgeliefert-Sein verbunden, insbesondere wenn das Trauma mit Menschen zu tun hat wie bei Gewalterfahrungen oder Missbrauch. Meist kommen

hilflose Wut und starke Scham dazu, nicht selten auch Schulterleiden. Diese Traumata erschüttern häufig das zentrale Bindungsvertrauen der Person. Ganz besonders schlimm ist es, wenn das traumatische Geschehen innerfamiliär passiert ist oder andere Vertrauenspersonen zum Täter wurden.

Als zweiter Faktor neben dem eigentlichen Traumageschehen spielt eine entscheidende Rolle, ob die betroffene Person sich jemandem anvertrauen konnte, ob ihr geglaubt wurde und ob es auf eine gute Art Hilfe gab.

Unmittelbare Folgen von solchen traumatischen Erfahrungen sind ein Verlust des basalen Sicherheitsgefühls in der Welt, daraus folgend eine innere Anspannung und Wachsamkeit, die manchmal als dauerhafte Übererregung in der Person bestehen bleibt. Das Traumagedächtnis löscht sich nicht mehr vollständig, es signalisiert der Person schon bei kleinsten Auslösern starke Gefahrensignale, was zu einer dauerhaften Wachsamkeit und zu den traumaspezifischen Intrusionen und Flashbacks führen kann. Gleichzeitig gibt es die Gegenregulation in Richtung Dämpfung, um nichts mehr zu fühlen. Das System tritt gleichzeitig auf das Gas und auf die Bremse, was die starke innere Zerrissenheit von vielen Traumabetroffenen erklärt. Die Grundannahmen des Vertrauens darin, in der Welt gut aufgehoben zu sein, sind erschüttert (Janoff-Bulmann, 1992). Man kann schon nach einem kleineren Autounfall bei sich selbst beobachten, dass man danach oft eine Weile braucht, bis man wieder mit mehr Grundsicherheit zu sich oder zu anderen Autofahrern unterwegs ist.

Durch Gewalt oder Missbrauch wird das grundlegende Sicherheitsgefühl der Person angegriffen. Das Gefühl, im Alltag und in der Welt selbstverständlich in Sicherheit zu sein, geht verloren. Als Folge kommt es oft zu einem Rückzug und zu einem Gefühl der Isolation („Ethical Loneliness, Stauffer, 2015), verbunden mit einer „toxischen Einsamkeit“ (Gahleitner, Hintenberger & Pammer, 2022). Die Person fühlt sich komplett verraten und verlassen, sie kann anderen nicht mehr vertrauen. Dadurch fühlt und stellt sie sich auch außerhalb der Gemeinschaft. Nähe zuzulassen wird gefährlich und oft vermieden, die Absichten und Handlungen anderer werden häufig einseitig fehlinterpretiert, langfristig droht die Gefahr einer Verbitterung und überwiegend negativen Weltsicht.

Traumatische Erfahrungen können auch dramatische Folgen in der Bezugnahme auf sich selbst haben. Um nicht dauernd von Erinnerungen gequält zu werden, treten die Betroffenen die Flucht vor sich selbst an, sie versuchen Gedanken, Gefühle und Erinnerungen zu vermeiden. Das verursacht auf die Dauer immer größere psychische Kosten und führt letztlich zu einer zunehmenden Entfremdung von sich selbst, die oft mit Sinnverlust und tiefen Depressionen verbunden ist. Mehrere meiner Patien-

tinnen berichteten, in sehr belasteten Phasen sei es ihnen passiert, dass sie in den Spiegel gesehen haben und sich selbst nicht erkannten. Die Person hat sich selbst verloren. Die Selbstvermeidung kann langfristig dann nur durch dauerhafte Ablenkung, den Konsum von Suchtmitteln oder durch die Entwicklung anderer Symptomatiken aufrechterhalten werden. Das ständige Denken an Ängste und das Zwangsverhalten sollen die Innenwelt füllen. Patientinnen mit Anorexie oder Bulimie sind fast nur noch mit Sorgen über das (Nicht-)Essen beschäftigt.

Früh in der eigenen Geschichte erlebte Traumata führen zu Brüchen in der Selbst-Entwicklung (Stern, 1992). Die Person entwickelt kein stabiles Erleben von Selbstwirksamkeit, fühlt sich nicht als integrierendes Zentrum ihres Erlebens und ihrer Gefühle, erlebt sich nicht als sicher verankert in der Gegenwart. Es kann keine positive Zukunftsperspektive mehr aufgebaut werden, nichts macht mehr Sinn. Das Lebensgefühl ist von einer permanenten Schwere und Bedrücktheit geprägt, weswegen der Suizid manchmal als verführerischer Ausweg erscheint. Vielen Patienten macht es Angst, wieder positive Gefühle zu erleben, sie kehren rasch wieder zum negativen Grunderleben zurück.

Schlimme Erfahrungen mit anderen Menschen können oft nur dadurch psychisch überlebt werden, indem sich ein Teil der Person mit dem Täter identifiziert, seine Sichtweise übernimmt. So gibt es in der Person manchmal extreme Selbstablehnung und Selbsthass, was zu selbstverletzendem Handeln und Suizidalität führen kann.

### 3. Personzentrierte Traumatherapie

Welchen Zugang nimmt der Personzentrierte Ansatz für die Therapie mit Menschen mit traumatischen Erfahrungen?

Zunächst gilt, dass eine gute Bindung das Primat vor jeder therapeutischen Technik hat. Vor jeder Technik bemüht sich die Personzentrierte Therapeutin um die Umsetzung der therapeutischen Haltung und der Prinzipien des förderlichen Beziehungsangebotes (Rogers, 1972; Claas 2007). Der Therapieprozess wird dialogisch verstanden, als Begegnung zweier Personen (Schmid, 2002; Buber, 1958).

Menschen mit Traumaerfahrungen brauchen Sicherheit, die sie als allererstes in der therapeutischen Beziehung finden können. Gahleitner (2005) nennt das „schützende Inselerfahrungen“. Die Therapeutin muss bei der Annäherung an das Trauma genügend Halt geben können, damit die Person sich ihren inneren Abgründen zuwenden kann. Und sie muss reflektiert-parteiliche Zeugin sein für den Schrecken und das Unrecht, das jemandem angetan wurde.

Als Folgen von traumatischen Erfahrungen können intensive Symptome entstehen, die sich sehr in den Vordergrund schieben können und die Therapeuten und Therapeutinnen vor große Herausforderungen stellen. Dissoziative Zustände können das Gegenüber erschrecken, zum Beispiel wenn der Blick der Person glasig wird, sie plötzlich erstarrt und kaum bis gar nicht mehr antwortet. Selbstverletzendes Verhalten ist oft schwer auszuhalten.

ten. Ausagieren der inneren Traumawelt kann dazu führen, dass die Therapeutin plötzlich als „Feindin“ bekämpft wird. Hypervigilanz und dauerhafte Wachsamkeit wechseln sich mit innerer Leere und Betäubungsgefühlen ab. Am folgenreichsten sind vielleicht die emotionale Vermeidung und innere Flucht vor dem Denken, Fühlen und Erinnern an das schlimme Erlebte.

Eine Patientin drückte das mal in einem Bild aus, indem sie sich selbst wie in einer Blase zeichnete, zusammengekauert und durch vielfache kalte Farbschichten geschützt vor der heißen Umgebung ihrer Eltern, die sich ständig gestritten hätten, ohne Rücksicht auf sie als Kind. Sie wirkte auch im Kontakt lange Zeit sehr weit weg von sich, äußerte kaum Probleme, was in starkem Gegensatz zu ihrem selbstverletzenden Verhalten und ihrer chronischen Suizidalität stand. Das Bild war der erste deutliche Ausdruck ihres inneren Erlebens.

Diese Traumafolgesymptome als Überlebensversuche und kreative Lösungen anzusehen (Koch-Kersten, 2021) ist oft nicht leicht, gleichzeitig ist es ein Schlüssel zum tieferen Verstehen. Wenn diese Muster als Wächter und frühere Helfer beim psychischen Überleben gewürdigt werden können, muss nicht mehr gegen sie gekämpft werden, sie können zurücktreten und den Blick auf die primären verletzten Gefühle freigeben.

### 4. Personzentrierte Körperpsychotherapie

„Die Beziehung, die wir zu unserem Körper haben, entscheidet darüber, wie wir uns in der Welt zurechtfinden (...). Die Eindrücke und Bewegungen unseres Körpers bilden die Grundlage für unser Empfinden von uns selbst“ (van der Kolk, 2006).

Traumata sind immer auch körperliche Erfahrungen. Die Ausnahmesituation ruft biologische Überlebensmechanismen auf, die traumatische Stressreaktion ist vor allem körperlich-vegetativ geprägt (Kampf, Flucht oder Erstarrung). Erfahrungen von großem Ausgeliefert-Sein oder Ohnmacht werden immer seelisch und körperlich erlebt. Die Verbindung zum eigenen Erlebensstrom wird unterbrochen, die sensorische Integration zerfällt, die Person bleibt über die sich aufrufenden Flash-backs auch körperlich in der Vergangenheit stecken.

Personzentrierte Körperpsychotherapie (Kern, 2023) hat nicht den Anspruch eine eigene Therapieform zu sein, vielmehr versteht sie sich als die Formulierung einer besonderen Perspektive in der Therapie, die den Bezug auf das eigene Körpererleben und auf den eigenen Körper als selbstverständlichen Bestandteil einer ganzheitlichen humanistischen Therapie versteht.

Einige *zentrale Grundannahmen* dieser Perspektive sind:

- Erleben und Erfahrung der Person stehen im Mittelpunkt.
- Wahrnehmung ist immer körperlich fundiert.
- Die Einbettung der Erfahrung der Person in ihr Körpererleben ist die Basis des Selbst und der Identitätsentwicklung.
- Der von innen gespürte Körper ist der grundsätzliche Orientierungspunkt der Person.

- Zu jeder Situation gibt es eine innere Körperresonanz (Gendlins „felt sense“).
- Das Körpererleben ist prozesshaft und hat seine eigene Fortsetzungsordnung.
- Interaktion ist eingebettet in eine Beziehung von Körper zu Körper („Zwischenleiblichkeit“).
- Die Affekte und Emotionen sind die Schnittstelle zwischen vegetativen Prozessen, die Verbindung von vorbewusstem ganzheitlichen inneren Spüren und Symbolisieren, Benennen und Bewerten.

Aufgabe in Beratung und Therapie ist es, aus dieser Sichtweise die Verbindung zwischen Erleben und Symbolisieren, zwischen Fühlen und Denken zu unterstützen. Mit Downing (1996) kann das als ein Prozess der inneren affektiven Befragung beschrieben werden (Kern, 2023).

Es können drei *Hauptwirkfaktoren* der Personenzentrierten Körperpsychotherapie unterschieden werden:

- die ganzheitliche, körpereinbeziehende Umsetzung der drei Grundbedingungen von Rogers,
- die Öffnung der Bezugnahme auf sich selbst durch die Wahrnehmung der inneren Resonanz im Körper (Gendlin, 1998),
- die Unterstützung des Prozesses des emotionalen Erlebens als zentrale Schnittstelle zwischen Körper und Bewusstsein, zwischen Implizitem und Explizitem.

Da der Normalfall in Beratung und Therapie das Sitzen und das Sprechen sind, fängt die körpereinbeziehende Perspektive dort an. Die *Grundbedingungen des Personenzentrierten Beziehungsangebotes* lassen sich auch auf die Körperebene beziehen. Das beginnt schon mit Wahrnehmung der Therapeutin, auch auf atmosphärische, implizite Aspekte zu achten. Sie kann sich körperlich in die innere Welt der Klientin einfühlen, ein paar Atemzüge mitatmen, ihre Körperhaltung einnehmen, eine Bewegung mitmachen. Basal ist das Bemerkten auch kleiner Körperempfindungen und -aspekte. Eine konsequente nicht-bewertende Beachtung lädt die Klienten ein, ihre eigenen Körperregungen interessierter zu erforschen, verstehen und annehmen zu wollen. Im Taktile ist das beispielsweise der Hinweis darauf, ob sich ein Gegenstand eher weich oder hart, eher rau oder glatt, eher warm oder kalt anfühlt.

Besonders wichtig ist es, in der Therapiesituation ein spürbares Gegenüber zu sein. Präsenz kann symbolisiert und unterstützt werden, zum Beispiel durch Gegenstände wie eine Decke, einen Schal, ein Kuscheltier. Die Therapeutin kann ihr Gegenübersein auch spürbar machen durch ein körperliches Mitgehen und Antworten, in Körperhaltung, Atmung, mit dem Blickkontakt, paraverbale Äußerungen etc. Insgesamt können viele Kontaktkanäle genutzt werden, bis hin zur Berührung. Berührungsangebote müssen insbesondere bei Menschen mit traumatischen Erfahrungen natürlich besonders sensibel gehandhabt werden.

Aus pragmatischer Sicht können verschiedene „Eingänge“ in den Körper unterschieden werden, als Erinnerung, den Körper in Therapie und Beratung nicht zu vergessen.

Der grundsätzlichste Eingang ist der Bezug auf die *Körperwahrnehmung* zu einem aktuellen Thema im Gespräch. Focusing (Gendlin, 1998) stellt hier das Basismodell zur Verfügung, diese Pendelbewegung zum Spüren im Körper und zum Symbolisieren anzuregen. Weiterhin kann der Therapeut die *Körperhaltung* der Klientin ansprechen. Es gibt habituelle Haltungen und muskuläre Spannungsmuster, die wahrgenommen und erforscht werden können. Oder es werden aktuelle Körperhaltungen erfragt und zum besseren Verstehen einbezogen. Die *Atmung* ist immer ein Indikator für das implizite Erleben zu einem Thema. Hält die Klientin die Atmung an, kommt ein tiefer Seufzer etc.? Die Therapeutin kann im Gespräch auf kleine *Bewegungen* achten und zum Erforschen einladen. Schließlich kann sie *Berührungsimpulse* wahrnehmen (wo würde diesem Klienten eine Berührung gut-tun?) oder vorsichtig anbieten.

Ein *Modalitätenwechsel* kann ein therapeutisches Gespräch vertiefen, zum Beispiel indem nach inneren Bildern gefragt, eine dazu passende Körperhaltung gefunden oder ein Bewegungsimpuls bzw. eine Bewegung gesucht wird. Das kann weiter in den Ausdruckraum geführt werden, etwa durch Zeichnen oder Malen, das Aussuchen eines Liedes oder das Schreiben einer Geschichte.

## 5. Personenzentrierte Körperpsychotherapie bei Traumata und Traumafolgen

Die körperpsychotherapeutische Perspektive bietet auch besondere Möglichkeiten und Zugänge für die Therapie mit Traumata.

Das fängt bei der ständigen *Angespanntheit, Wachsamkeit und Übererregung* an, unter den Personen mit Traumaerfahrungen oft sehr leiden. Die Atmung ist dabei in fast allen Körperpsychotherapien ein Königsweg, zum Beispiel über Atemübungen oder die Unterstützung eines vertieften Atmens (z. B. Downing, 1996). Eine weitere Basisarbeit besteht in der Wahrnehmung und Verbesserung des Bodenkontaktes, was in der Körperpsychotherapie oft als „Grounding“ bezeichnet wird. Der Bodenkontakt (Fußsohle zum Boden, im Liegen auch alle Auflageflächen mit der Matte) kann gespürt werden, durch Gleichgewichtsverlagerung, Springen oder Stampfen kann dies weiterhin unterstützt werden. Große Bedeutung für die Spannungsregulation haben die basalen Körperrhythmen. Solche Rhythmen (z. B. Herzschlag, Atmung, Wiegen, Gehen oder Laufen) können genutzt werden, um wieder einen eigenen Takt aufzunehmen, der die Person trägt und ihr Halt gibt.

Zur Wiederherstellung der verlorengegangenen *Basissicherheit* braucht es das Erleben von Vorhersagbarkeit und Kontrolle, zum Beispiel wenn Interventionen oder Übungen vorgeschlagen werden. Das Spüren der eigenen Grenzen und die Erfahrung, diese halten zu können, ist ebenfalls ein wichtiges Thema. Patien-

ten können lernen früher zu bemerken, wenn sie in Erstarrung oder Dissoziation fallen und wie sie wieder herauskommen können. Ein weiteres Ziel ist es, im Raum wieder ein Gefühl dafür zu bekommen, wo man sich gut aufgehoben fühlt. Am zentralsten ist allerdings, im eigenen Körper wieder Sicherheit und positive Gefühle erleben zu können. Als besonders hilfreich hat sich die Arbeit in der Natur herausgestellt, Achtsamkeit und Körperwahrnehmung, etwa im Wald, haben für viele unserer Patientinnen eine sehr beruhigende Wirkung und geben Sicherheit.

Durch Traumaerfahrungen wendet sich die Person von ihrer eigenen, organismischen Wahrnehmung ab. Daher ist es wichtig, die Wahrnehmung nach innen wieder zu öffnen. Dafür ist das Konzept der *Achtsamkeit* sehr hilfreich, da darüber wieder mehr Kontrolle über die Aufmerksamkeitslenkung gewonnen werden kann. Die Therapeutin kann mit Angeboten zum Richten der Achtsamkeit nach außen beginnen, das ist bezogen auf das Trauma ungefährlich und kann von den allermeisten Patientinnen gut mitgemacht werden. Fokussierte Wahrnehmung auf Gegenstände übt den inneren Beobachter, verlangsamt die inneren Prozesse und vermittelt erste Erfahrungen im Nicht-Bewerten und Annehmen. Gleichzeitig kann äußere Achtsamkeit negative Gedankenspiralen bis zu Flash-Backs stoppen. Darauf aufbauend ist die Person dann besser in der Lage, sich ihrer Innenwelt zuzuwenden, ihre Gedanken, Erinnerungen und Gefühle wahrzunehmen.

Wesentliches Ziel ist es, eigene *Gefühle wieder wahrnehmen, verstehen und zulassen* zu können. Sehr hilfreich dabei sind Momente in der Therapie, in denen die Patientin unmittelbar wahrnimmt, dass ihr Körpererleben eindeutige Hinweise für eine Situation geliefert hat, zum Beispiel wenn sie sich einen guten und sicheren Platz in einem größeren Raum sucht, sie sich in einem stimmigen Abstand zu einer anderen Person hinstellt, ein jetzt passendes Tempo für das eigene Gehen findet usw.

Diese langsame Aufhebung der Gefühlsvermeidung ist essenziell für den Verarbeitungsprozess traumatischer Erfahrungen. Bei diesem Prozess geht es um das behutsame Ansprechen traumabezogener Aspekte, die humanistischen Therapien bevorzugen eine langsame Annäherung und ein Pendeln zwischen Sicherheit und Leid. Eine wesentliche Rolle der Therapeutin ist dabei, eine präsente, spürbare Zeugin zu sein, die wenigstens heute den Schrecken der Person wahrnimmt, die sie in ihrem Leid sieht, das Unrecht bezeugt, was manchmal noch niemand getan hat. Die Person sollte dabei unterstützt werden, aus der Wortlosigkeit herauszukommen und Ausdruck zu finden. Dabei können viele Modalitäten einbezogen werden. Ich habe schon einige Traumatherapien überwiegend über gemalte oder gezeichnete Bilder von Patientinnen begleitet, weitere Möglichkeiten sind das Aufschreiben, das Finden von Musik, Bewegungen, Symbolen etc.

Die Therapeutin kann bei diesem *Mitfühlen und Teilen der schlimmen Erfahrungen* deutlich belastet werden, weswegen es sehr wichtig ist, gut auf sich selbst zu achten. Rießbeck (2022)

weist auf die mögliche Begegnung mit dem „real Bösen“ hin, die einem in der Traumatherapie zu schaffen machen kann. Meist begegnet man im Prozess der Traumabegleitung selbstangreifenden, selbsthassenden oder selbstzerstörerischen Anteilen. Manchmal war dieser Kontakt in einer Therapiestunde so extrem, dass ich als Therapeut für Momente fast das Gefühl hatte, den früheren Tätern zu begegnen.

In der therapeutischen Begleitung geht es um die erlebensnahe Symbolisierung dieser selbstablehnenden Anteile, die Validierung ihrer ursprünglichen, dem Überleben dienenden guten Absicht und die Unterstützung der Abgrenzung und Distanzierung von ihren heute zerstörerischen Selbstangriffen. Dafür braucht es, aus der haltenden therapeutischen Beziehung heraus, die Suche nach wohlwollenden Beziehungsgefühlen. Am schwierigsten ist das für Personen, die tatsächlich kaum positive Beziehungen in ihrer Kindheit und Jugend erlebt haben, aber auch die „vergifteten“ Erfahrungen mit Nähe und Missbrauch können es hier sehr schwer machen.

Aus existenzieller Sicht braucht es tatsächlich eine Entscheidung für das verletzte innere Kind. Vielen meiner Patientinnen gelingt das zunächst nicht, sie können sich erstmal gar nicht vorstellen, dass es irgendetwas Wertvolles und Liebenswertes an diesem innersten Kern von ihnen geben könnte. Damit dieser Prozess gelingt, braucht es unbedingt das Betrauern der fehlenden Liebe, Zuwendung, Geborgenheit und ein Entwickeln von Mitgefühl dafür, was einem selbst angetan wurde. Es braucht die radikale Akzeptanz, dass das tatsächlich geschehen ist und nicht rückgängig gemacht werden kann. Oft belasten der Vorwurf und die Forderung nach Wiedergutmachung die späteren nahen Beziehungen sehr, hier muss der Patientin klar werden, dass keine spätere Partnerschaft und auch die therapeutische Beziehung das ersetzen kann, was früher gefehlt hat.

Vielen Patienten hilft der Hinweis auf die Grundbedürfnisse jedes Menschen, und wie diese insbesondere durch Traumaerfahrungen missachtet wurden. Die Bedürfnisse nach Halt und Sicherheit, Orientierung, Beachtung und Fürsorge, Akzeptanz und Anerkennung, Autonomie und Handlungsfähigkeit, Kreativität und spielerischem Selbstaussdruck sowie nach Freude und lustvollen Erfahrungen können alle durch Traumata sehr verletzt sein. Körperpsychotherapie bietet hier viele Möglichkeiten der Erfahrbarmachung durch erlebensnahe Angebote.

## 6. Traumakonfrontation in der Personzentrierten Körperpsychotherapie

In der Verhaltenstherapie wird als Hauptwirkfaktor der Traumatherapie die strukturierte Durcharbeitung des Traumaerlebens betont. Teilweise wird das sogar als einzig wirkungsvolle Intervention genannt, wohingegen anderen Aspekten, zum Beispiel Stabilisierung (z. B. Reddemann), mangels Evidenzbasierung die Berechtigung abgesprochen wird, in Traumatherapien eingesetzt zu werden (Herzog, Kaiser & de Jongh, 2023).

Die Polarisierung Stabilisierung vs. Konfrontation ist aus meiner Sicht eine Schein-Debatte, da in der Praxis oft beides ineinander übergeht. Und in der Absicht, aus einer solchen Forschung heraus mehr und mehr vorschreiben zu wollen, wie genau man in der Therapie vorzugehen hat, halte ich es für eine wirkungsvolle Praxis sogar für eher schädlich.

Die Personzentrierte Therapie versteht das therapeutische Geschehen als einen Prozess, bei dem sich die Person zunehmend ihrem inneren Erleben zuwendet und dieses besser zulassen und verstehen kann. Bei traumatischen Erfahrungen ist es ein selbstverständlicher Teil des Weges, dass auch diese Erfahrungen ins Erleben kommen. Insbesondere das „Prozessieren“ der primären Gefühle (Greenberg, Rice & Elliott, 2003) spielt hierbei eine entscheidende Rolle. In diesem Verstehensprozess kommt es also immer wieder zu narrativen Konfrontationen, wenn die Person über ihre traumatischen Erfahrungen spricht, was jeweils von der Therapeutin empathisch, annehmend und präsent und kongruent begleitet wird. Das könnte man als „weiche“ Traumaexposition beschreiben (Gahleitner, Hinterberger & Pammer, 2022; Levine, 2010, 2015). Auf jeden Fall kann es in der Therapie mit Menschen mit Traumaerfahrungen zu „Mikrokonfrontation“ kommen, die von der Therapeutin angenommen und begleitet werden sollten.

Das allgemeine therapeutische Wirkprinzip von Traumakonfrontation beschrieb die Körperpsychotherapeutin Babette Rothschild (2000) mit dem Begriff der „Dual Awareness“. Ein Fuß im Trauma, ein Fuß in der Gegenwart. Das Trauma muss ein Stück weit in der Gegenwart wiedererlebt werden, damit es verarbeitet und integriert werden kann. Wenn die Therapeutin darauf achtet und es ihr gelingt, dass die Patientin zwischen dem Traumaerleben und der Ressource hin- und herpendelt, dann unterstützt das die Verarbeitung. Diese Konfrontation kann formalisiert werden (vgl. die Bildschirmtechnik; Reddemann, 2004) oder das Vorgehen im EMDR; Hofmann, 2005), sie kann aber auch spontan aus dem Prozess heraus erfolgen.

Aus körperpsychotherapeutischer Sicht kann man dieses Vorgehen während einer Traumaerzählung durch das wiederholte Pendeln zu einem körperlichen Ressourcenpol umsetzen. Der Therapeut kann dann durch die Orientierung an so einem Körperpol die Erzählung unterbrechen, um jeweils zu etwas Abstand zu verhelfen. Oder die Körperressource kann gleichzeitig mit der Traumaerzählung durchgeführt werden (z. B. einen Ball hin- und herwerfen, auf einem Balancebrett stehen, barfuß gehen).

Ein sehr starker Körperpol kann auch die tiefe Atmung sein, die vorher geübt werden kann. Dann kann während des Traumaerichts immer wieder unterbrochen werden und es werden tiefe Atemzüge genommen (Downing, 1996). Weitere Möglichkeiten sind, den Stand und Bodenkontakt zu spüren, Gleichgewichtsübungen zu machen oder zu gehen. Unter Einbezug des Raums kann man einen Bereich als Traumazone bezeichnen und einen anderen als Ressourcenbereich, beide können symbolisch abgegrenzt werden (Schmitz, 2004). Die Patientin kann die verschied-

enen „Räume“ mit Symbolen füllen und real hin- und hergehen. Grundsätzlich können alle Möglichkeiten des verkörperten Erlebens von Bindung Ressourcenpole sein.

Betrachtet man den Prozess der Traumaverarbeitung also vor dem Hintergrund dieses übergeordneten Prinzips des dualen Gewahrseins, so lässt sich aus Sicht einer humanistischen Therapie eine sich aus dem Prozess ergebende, „weiche“ Konfrontation begründen. Dennoch würde die Personzentrierte Therapie insgesamt im Zulassen, Annehmen, Teilen, Verstehen und Integrieren traumabezogener Gefühle das Zentrum der Traumatherapie sehen – und nicht in der Dekonditionierung von Furcht oder im „Überschreiben“ der Traumaerfahrungen.

## 7. Humanistische Körperpsychotherapie bei Trauma

Der Personzentrierte Ansatz mit seinem im Modell verankerten Wertbezug auf ein optimistisches Menschenbild und eine zur Selbstentwicklung fähigen Person hat ausgesprochen viel für die Therapie von Menschen mit Traumaerfahrungen zu bieten. Die körperorientierte Perspektive unterstreicht das im Grunde noch und zeigt vielfältige Möglichkeiten auf.

Die Personzentrierte Körperpsychotherapie stellt eine Formulierung einer humanistischen Körperpsychotherapie dar, weswegen sie abschließend nochmal in diesen Zusammenhang gestellt werden soll.

Geuter (2018) hat in seinem Grundlagenbuch zehn Leitprinzipien der humanistischen Körperpsychotherapiepraxis formuliert, die sich gut eignen, die vorgestellten Vorgehensweisen einer körperorientierten Traumatherapie noch einmal Revue passieren zu lassen:

- *Wahrnehmen und Spüren*, um die extreme Selbst- und Gefühlsvermeidung aufzuheben. Jede Erfahrung geht von der Wahrnehmung aus, wahrnehmen findet immer im Körper statt.
- *Gewahrsein und Gegenwart*, da das Trauma die Person in der Vergangenheit festhält und sie die Zukunft fürchten lässt. Wahrnehmen findet immer in der Gegenwart statt, Achtsamkeit kann in das Hier und Jetzt bringen, keine „Mindfulness“ ohne „Bodyfulness“.
- *Erkunden und Entdecken* des eigenen Fühlens und Erlebens stellen den zentralen therapeutischen Prozess dar. Der Therapeut unterstützt das interessierte Erforschen und Explorieren sowie das Symbolisieren des Gespürten, wie im Focusing-Prozess.
- *Aktivieren und Ausdrücken*. Traumata machen starr und wortlos. Erhöhung der Aktiviertheit ist die Voraussetzung für Emotionen, dann kann ihr Ausdruck unterstützt werden.
- *Regulieren und Modellieren*. Traumatische Erfahrungen führen zu dauerhaftem Hyperarousal und ständiger Wachsamkeit. Übererregung kann körperorientiert begleitet werden, damit die Person sich selbst wieder beruhigen und regulieren kann.

- *Zentrieren und Erden.* Traumata lassen die Person ihre Mitte und ihren sicheren Stand im Leben verlieren. Das körperliche Erleben von Stand, Verwurzelung, Bodenkontakt, Gleichgewicht hilft dabei, wieder besser auf dem Boden der eigenen Existenz stehen zu können.
- *Berühren und Halten.* Traumatische Erfahrungen beinhalten sehr oft auch schwere Bindungsverletzungen. Körperbeziehendes Einfühlen, Annehmen und Präsent-Sein sind zentrale Aspekte eines Halt und Sicherheit gebenden Beziehungsangebots.
- *Inszenieren und Interagieren* sind wichtig für das erlebensnahe Symbolisieren und Ausdrücken inneren Erlebens. Die Therapeutin hilft bei der Darstellung und Verräumlichung innerer Szenen.
- *Verkörpern und Handeln* setzt diesen Prozess fort. Die Person kommt wieder ins Ausdrücken und Handeln, sie kann wieder Selbstwirksamkeit erleben.
- *Reorganisieren und Transformieren* unterstützt die letzte Phase der Reintegration in der Traumabearbeitung. Therapeutische Veränderungen werden multimodal unterstützt und körper- und ausdrucksorientiert verankert.

Diese zehn Prinzipien zeigen auch nochmal das besondere Profil einer körperpsychotherapeutischen Perspektive.

Wir haben als humanistische Therapeuten ähnlich viel zu bieten, wie wir von anderen zu lernen haben. Bleiben wir gleichzeitig offen für Neues und selbstbewusst für die starke Essenz des Personenzentrierten Ansatzes! Dass dieser sich ebenfalls immer weiterentwickelt, halte ich für notwendig und selbstverständlich.

#### Literatur:

- Buber, M. (1958). *Ich und Du*. Stuttgart: Reclam.
- Claas, P. (2007). Brauchen wir eine „Traumatherapie“ oder brauchen wir eine Personenzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten? In: GwG (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Gahleitner, S. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gahleitner, S., Hintenberger, G. & Pammer, B. (Hrsg.) (2022). *Humanistische Traumatherapie in der Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Gendlin, E. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie – Ein Handbuch der erfahrungsgeleiteten Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Geuter, U. (2019). *Praxis Körperpsychotherapie. 10 Prinzipien der körperpsychotherapeutischen Arbeit*. Berlin: Springer.
- Greenberg, L., Rice, L. & Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderungen fördern: Grundlagen einer prozess- und erlebnisorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Herzog, P., Kaiser, T. & de Jongh (2023). Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren. Ein Plädoyer zur Implementierung evidenzbasierter Verfahren in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal*, 23(1), S.30-36.
- Hofmann, A. (2005). *EMDR in der Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome*. 3. Aufl., Stuttgart: Thieme.
- Huppertz, M. (2011). *Achtsamkeitsübungen*. Paderborn: Junfermann.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a new Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Kern, E. (2023). Personenzentrierte Körperpsychotherapie. 3. Aufl. München: Reinhardt.
- Koch-Kersten, B. (2020). *Personenzentrierte Traumatherapie: Heilung durch Selbstbejahung*. Kröning: Asanger-Verlag.
- Levine, P. mit Frederick, A. (1998). *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers*. Essen: Synthesis-Verlag.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie. Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (1972). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler. (Original erschienen 1951: Client-centered therapy)
- Rießbeck, H. (2022). *Existenzielle Perspektiven in der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich*. Essen: Synthesis.
- Schmid, P.F. (2002). Anspruch und Antwort. Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S.65–95). Wien: Springer.
- Schmitz, U. (2004). *Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) zur Traumabewältigung. Ein handlungsorientierter Ansatz*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht
- Stauffer, J. (2015). *Ethical Loneliness. The injustice of not being heard*. New York. Columbia University Press.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Van der Kolk, B. (2006): Geleitwort II. In: Marlock, G., Weiss, H. (Hg.). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer. S. VII–XII.



Dr. phil. Ernst Kern, Dipl.-Psych., Psycholog. Psychotherapeut (Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, Focusing, Körperpsychotherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie), leitender Psychologe in einer psychiatrischen Klinik, Dozent und Supervisor in versch. Instituten, Ausbilder für Körperpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Supervisorenausbildung

*Kontakt:*

[e.kern@sb.shg-kliniken.de](mailto:e.kern@sb.shg-kliniken.de)