



Veröffentlichungsreihe des
Integrierten Begleitstudiums
Anthroposophische Medizin
(IBAM)
und des
Integrierten Begleitstudiums
Spirituelle und Anthroposo-
phische
Psychologie (IBAP)

Fakultät für Gesundheit
Department Humanmedizin
und
Department Psychologie der
Privaten
Universität Witten/Herdecke

ISSN 2702-1645 (Online)

Fenja Kulemann

**Die Entstehung von verkörperten Traumata und die Be-
handlung mit der Körperpsychotherapie: Eine vergleichen-
de Analyse von Literatur und Praxis – Eine Bachelorarbeit**
aus dem Bereich Psychologie an der Universität
Witten/Herdecke

IBAM & IBAP
Prof. Dr. med. Friedrich Edelhäuser
Dr. med. Christian Scheffer, MME
Diethard Tauschel
Prof. Ulrich Weger, Ph. D.

Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Fon + 49 (0) 2302 926733
Anthroposophische-medizin@uni-wh.de
<https://ibam.uni-wh.de/>
<https://ibap.uni-wh.de/>

Witten, im September 2021

Forschungsbericht 2 -2021

Koordination: PD Dr. Melanie Neumann

Redaktionelle Bearbeitung: Fenja Kulemann B.Sc. und PD Dr. Melanie Neumann

Korrektur: Fenja Kulemann B.Sc. und PD Dr. Melanie Neumann

© 2021 IBAM & IBAP,
Private Universität Witten
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Erscheinungsort: Deutschland

Fon + 49 (0) 2302 926733

<https://ibam.uni-wh.de/>
<https://ibap.uni-wh.de/>

Dieser Forschungsbericht sollte wie folgt zitiert werden:

Fenja Kulemann (2021). **Die Entstehung von verkörperten Traumata und die Behandlung mit der Körperpsychotherapie: Eine vergleichende Analyse von Literatur und Praxis.** Veröffentlichungsreihe des Integrierten Begleitstudiums Anthroposophische Medizin (IBAM) und des Integrierten Begleitstudiums Anthroposophische Psychologie (IBAP), Fakultät für Gesundheit, Department Humanmedizin und Department Psychologie der Privaten Universität Witten/Herdecke. Forschungsbericht 2/2021, ISSN 2702-1645

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	6
2. Einleitung	7
3. Methode	10
3.1 Literaturrecherche	10
3.2 Leitfadeninterviews	11
3.2.1 Studiendesign	11
3.2.2 Stichprobe	12
3.2.3 Datenerhebung und Messinstrumente	12
3.2.4 Datenanalyse	13
4. Ergebnisse	14
4.1 Literaturrecherche	14
4.1.1 Trauma und Traumafolgestörung	14
4.1.2 Trauma und Stressreaktion	16
4.1.3 Entstehung von Verkörperung	18
4.1.4 Behandlung von Traumafolgestörungen	23
4.1.5 Wirksamkeit der Therapiemethoden der Befragten	29
4.2 Interviewanalyse	31
4.2.1 Entstehung der Verkörperung	32
4.2.2 Interventionen	35
4.2.3 Wirksamkeit und Heilung	40
4.3 Vergleich von Theorie und Praxis	42
4.3.1 Entstehung von verkörperten Traumata	42
4.3.2 Behandlung durch Körperpsychotherapie	45
4.3.3 Wirksamkeit von Körperpsychotherapie	48
5. Diskussion	49
5.1 Diskussion der Ergebnisse	49
5.2 Chancen und Limitationen der Forschungsarbeit	52
5.3 Implikationen	52
6. Literaturverzeichnis	54

<u>7. Anhang</u>	59
<u>7.1 Anhang A: Interviewleitfaden</u>	59
<u>7.2 Anhang B: Proband*innenaufklärung</u>	62
<u>7.3 Anhang C: Einwilligungserklärung für Proband*innen</u>	64
<u>7.4 Anhang D: Eidesstattliche Erklärung</u>	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1. Zusammenfassung

In dieser Arbeit soll durch eine Kombination aus Literaturrecherche und qualitativen Interviews mit Therapeut*innen die Körperpsychotherapie bei Traumafolgestörungen analysiert werden. Bei der Literatur wird der Fokus auf die Entstehung von Traumafolgen auf Körperebene gelegt und die Elemente der Körperpsychotherapie sowie deren Wirksamkeit untersucht. Durch vier Interviews mit Therapeut*innen aus den Fachrichtungen Somatic Experiencing, Hakomi, Emotionalkörper-Therapie und Integrative Körperpsychotherapie soll die praktische Perspektive der Behandlung dargestellt werden. Beide Aspekte werden im Anschluss vergleichend analysiert.

Die Ergebnisse zeigen sowohl in der Literatur als auch in der Praxiserfahrung Nachweise über körperliche Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen. Die Körperpsychotherapie ist bisher als unterstützendes Verfahren anerkannt und hat sich sowohl in Interventionsstudien für psychische Störungen im Allgemeinen als auch in der vorliegenden Analyse für Traumafolgestörungen als wirksam erwiesen. Die körperpsychotherapeutische Arbeit bei Traumafolgestörungen bietet Ansatzpunkte, den Körper und die gegenwärtigen Körperimpulse wahrzunehmen, um so deren Funktion zu verstehen. Insgesamt zeigt der Vergleich von Literatur und Praxis, dass der Einbezug des Körpers in die Therapie auch bei Traumafolgestörungen als hilfreich und gewinnbringend bewertet werden kann.

2. Einleitung

Psychische Traumata werden oftmals mit erschreckenden Bildern von Soldat*innen assoziiert. Ein Trauma als psychische Ausnahmesituation umfasst jedoch auch viel bekanntere und verbreitetere Erlebnisse wie schwere Unfälle, sexuelle Gewalt oder anhaltende Vernachlässigung im Kindesalter. In Deutschland haben 28 % der Frauen* und 20,9 % der Männer* mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben erlebt; in 2,3 % der Fälle leiden Betroffene in der Folge an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Maercker et al., 2008). Diese Zahlen verweisen deutlich auf drei relevante Aspekte der Thematik: Der erste liegt in der Gefahr des traumatischen Ereignisses als akute Bedrohung selbst. Der zweite verdeutlicht die Tatsache, dass aus einem Trauma nicht unmittelbar eine Traumafolgestörung mit Symptomen wie dem Wiedererleben des Traumas entstehen muss. Der dritte Aspekt beschreibt die langfristigen Folgen für Betroffene, die sich auf die Psyche, die Gedanken über sich und die Welt, das Verhalten, aber auch auf den Körper auswirken können. Der körperorientierte Traumatherapeut Peter Levine appelliert in diesem Zusammenhang: *„Trauma ist möglicherweise die am meisten angefochtene, ignorierte, verharmloste, verleugnete, missverstandene und nicht behandelte Ursache für menschliches Leiden“* (Levine & Kline, 2007, S. 22). Dies liegt insbesondere daran, dass der Körper lange Zeit in der Psychotherapie nicht einbezogen wurde (Geuter, 2006). Die Entwicklung des letzten Jahrhunderts, den Körper mehr und mehr als Objekt zum Ausnutzen, Experimentieren, Kontrollieren und Politisieren zu behandeln und zu betrachten, hat laut Young (2006) unweigerlich zu einer Trennung von Körper und Geist geführt. Seit einigen Jahren entsteht mit der *Embodiment*-Bewegung das Interesse, durch die Aufmerksamkeit auf den Körper eine Verbindung zwischen Körper und Geist wiederherzustellen. Auch die sogenannte Körperpsychotherapie hat sich als Gegenbewegung dieser gesellschaftlichen Prozesse etabliert. Sie bildet einen Rahmen, in welchem Körperimpulsen in der Therapie Raum gegeben werden soll.

Van der Kolk (2015) hat erstmalig den Begriff des *verkörperten Schrecken* geprägt, welcher das Phänomen der körperlichen Traumaspuren beschreibt. Traumaüberlebende entwickeln demnach nachweislich auch körperliche Folgen von dem Erlebten wie verinnerlichte Bewegungsmuster oder dauerhaft veränderte Erregungszustände.

Die Körperpsychotherapie ist bisher nicht als eigenständiges Verfahren der Psychotherapie anerkannt. Ein Problem der Anerkennung sieht Geuter (2004) in der großen Heterogenität der einzelnen Methoden, deren Wissen in den Ausbildungsinstituten von Generation zu Generation über Erfahrungsaustausch weitergegeben wird. Dabei werde die wissenschaftliche Anerkennung aus den Augen verloren. Trotzdem bestehe laut S3-Leitlinie der Posttraumatischen Belastungsstörung mehr Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung mit multimodalen Angeboten. Die Körperpsychotherapie als anerkanntes unterstützendes Verfahren der Behandlung von Traumafolgestörungen bietet Ansatzpunkte, den Menschen dabei ganzheitlich zu betrachten (Schäfer et al., 2019). In psychosomatischen Kliniken sind Ansätze der Körperpsychotherapie bereits seit einiger Zeit vertreten (Schulten & Summhammer, 2017). Auch immer mehr Vertreter*innen von bereits anerkannten und weit verbreiteten Verfahren wie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Systemischen Therapie wenden sich dem Körper zu und integrieren die Körperwahrnehmung in ihre Sitzungen (Baxa et al., 2009; Geißler & Heisterkamp, 2007; Young, 2006).

Bisher sind viele der theoretischen Erkenntnisse der körperpsychotherapeutischen Ansätze in außeruniversitären Kontexten entstanden und ein Vergleich zwischen Theorie und Praxis im Kontext von Traumata ist nicht zu finden (Geuter, 2004; Koemeda-Lutz et al., 2006). Zudem gibt es derzeit keine Studien mit Fokus auf die Therapeut*innenperspektive. Daher soll in dieser Arbeit durch einen Vergleich ermittelt werden, wie die Theorie und Erfahrung hinter der Verkörperung eines Traumas sowie der Behandlung dessen durch die Körperpsychotherapie in Einklang stehen. Eine intensive Literaturrecherche soll zunächst vertiefende Einblicke in die Konzepte der Entstehung von verkörperten Traumata sowie der Be-

handlung und Wirksamkeit von Körperpsychotherapie bei Traumafolgestörungen bieten. Ziel dieser Arbeit ist es zu überprüfen, inwieweit die in der Literatur gefundenen Konzepte auch in der praktischen Realität greifen. Die Vorteile qualitativer Interviews, dass das Erleben und die subjektive Welt des Interviewten in den Fokus gerückt werden (Opdenakker, 2006), sollen dabei genutzt werden. Das praktische Vorgehen der Behandlung und die Grundhaltung der den Methoden zugrundeliegenden spezifischen Erklärungen zu der Entstehung von verkörperten Traumata und die Wirkweisen der Körperpsychotherapie werden durch Interviews mit Therapeut*innen untersucht.

3. Methode

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, das Thema *Entstehung von verkörperten Traumata und die Behandlung sowie Wirksamkeit von Körperpsychotherapie bei Traumafolgestörungen* empirisch zu untersuchen. Die Thematik wird methodisch durch eine intensive Literaturrecherche in Verbindung mit qualitativen Interviews vergleichend analysiert. Für den Einbezug einer praxisorientierten Perspektive werden dafür Körperpsychotherapeut*innen mit Leitfadeninterviews befragt. Im Folgenden wird zunächst die Literaturrecherche dargestellt und anschließend die explorative Methode der Problemzentrierten Interviews nach Witzel (1985) erläutert. Dabei wird ein Überblick über das praktische Vorgehen der Interviews und die Datenanalyse gegeben.

3.1 Literaturrecherche

Für den ausführlichen theoretischen Hintergrund wurde von Dezember 2020 bis März 2021 eine intensive Literaturrecherche durchgeführt. Durch eine Kombination der Informationen aus Fachbüchern und Fachzeitschriftenartikeln wurde sich den Themenbereichen psychisches Trauma, Traumafolgestörung und Körperpsychotherapie systematisch angenähert. Um zunächst einen Überblick über gängige Körperpsychotherapieverfahren zu bekommen, wurden über die Homepage der European Association of Body Psychotherapy und der Ausbildungsinstitute der Körperpsychotherapie Informationen über die Verfahren gesammelt. Grundlegende Strömungen wurden klassifiziert, um mögliche Interview-Partner*innen mit körperpsychotherapeutischem Schwerpunkt zu kontaktieren.

Für den inhaltlichen Literaturteil wurde im Dezember 2020 und Januar 2021 bei *Google Scholar* nach Grundlagenwerken und empirischen Studien zu den Schlagworten Trauma und Körper (53.000 Einträge), Entstehung von Trauma (58.000 Einträge), Embodiment and Trauma (396.000 Einträge) und Körperpsychotherapie (2.700 Einträge) gesucht. Zusätzlich wurde in den Volltextdatenbanken der Universität Witten/Herdecke *APA PsychAr-*

ticles und *Psychology and Behavioral Sciences Collection (PBSC)* sowie der Bibliothek der Technischen Universität Dortmund weitere Literatur recherchiert.

Die Erkenntnisse dieser Recherche sind in den Ergebnissen im Unterpunkt 4.1 zusammengetragen. Im Fokus stehen dabei vor allem Handbücher der Körperpsychotherapie sowie empirische Studien und Fallstudien zur Wirksamkeit und Anwendung von Körperpsychotherapie.

3.2 Leitfadeninterviews

Die für die Durchführung der Interviews relevanten Informationen werden im Folgenden dargestellt. Dabei wird auf das in dieser Studie verwendete Problemzentrierte Interview nach Witzel (1985), die Stichprobenszusammensetzung der Interviewten und die Datenauswertung nach Mayring (1991) eingegangen.

3.2.1 Studiendesign

Um die Themenbereiche der Entstehung von psychischen Traumata auf Körperebene sowie die Behandlung mit und Wirksamkeit von Körperpsychotherapie aus Perspektive der Behandelnden möglichst praxisnah erfassen zu können, wurde für die Befragung auf das Problemzentrierte Interview nach Witzel (1985) zurückgegriffen. Hierfür wurde zunächst ein Leitfaden entlang der Kernthemen Trauma, Traumafolgestörung, Behandlungsformen, Wirkweisen, Körperbezug und Entstehung von verkörperten Traumata entwickelt. Ein Manuskript des Seminars *Qualitative Forschungsmethoden* der Universität Witten/Herdecke sowie vertiefende Literatur zur qualitativen Forschung wie *Das problemzentrierte Interview* (Witzel, 1985) und *Qualitative Forschung - ein Überblick* (Brüsemeister, 2008) haben die Grundlage der Vorbereitung für die Interviews gebildet.

Die Transkription der Interviews ist nach Fuß und Karbach (2019) mit dem Transkriptions-Programm *ExpressScribe* erfolgt. Die Datenanalyse wurde nach Mayring (1991) durchgeführt.

3.2.2 Stichprobe

Die Auswahl der Therapeut*innen für ein Interview ist über eine umfangreiche Internetrecherche erfolgt. Insgesamt wurden zehn Therapeut*innen aus Deutschland und der Schweiz kontaktiert, die die Methoden Hakomi, Integrative Körperpsychotherapie, Somatic Experiencing oder Emotionalkörper-Therapie praktizieren. Dabei wurden sie über die Rahmenbedingungen des Interviews informiert und mögliche Fragen wurden geklärt. Mit vier Therapeut*innen, zwei weiblich und zwei männlich gelesen, wurden die Interviews durchgeführt. Die Interviewten praktizieren neben psychotherapeutischen Methoden wie tiefenpsychologisch fundierter oder Systemischer Therapie eine Kombination aus den genannten körperorientierten Therapiemethoden.

3.2.3 Datenerhebung und Messinstrumente

Vor Beginn der Erhebung haben die Versuchspersonen ein Dokument zur Proband*innenaufklärung (Anhang B) und eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie (Anhang C) unterschrieben. Dabei wurden sie über ihre Rechte hinsichtlich des Datenschutzes sowie der Verwendung und Auswertung ihrer Daten aufgeklärt.

Im Zeitraum von Februar bis März 2021 wurden insgesamt vier Interviews mit einer Länge von 45 bis 60 Minuten durchgeführt. Aufgrund der zu dem Erhebungszeitraum bestehenden Kontaktbeschränkungen der Covid19-Pandemie wurden die Interviews ausschließlich im digitalen Raum über die Video-Konferenzplattform *zoom* durchgeführt. Das Gespräch wurde währenddessen unter Einwilligung der Therapeut*innen aufgezeichnet. Zur Aufnahme wurde die Aufnahmefunktion von *QuickTime Player* verwendet und die Dateien im Anschluss auf einer externen Festplatte gespeichert.

Für die explorativen Interviews wurde sich an der Methode des Problemzentrierten Interviews nach Witzel (1985) orientiert, wozu ein Leitfaden mit zentralen Kernfragen des Themas dieser Arbeit erstellt wurde (siehe Anhang A). Mit insgesamt acht Leitfragen sowie zusätzlichen Nachfragen wurden die Therapeut*innen durch die zentralen Themenbereiche

geführt. Zunächst wurde die persönliche Motivation und Haltung zur jeweiligen Körperpsychotherapiemethode erfragt. Im weiteren Verlauf wurde das individuelle Konzept und Verständnis von Traumafolgestörungen sowie die Erfahrung mit der Entstehung von verkörperten Traumata thematisiert. Anschließend wurde die Interaktion mit den Patient*innen und die individuelle Einschätzung der Wirksamkeit der einzelnen Elemente der Therapie angesprochen. Dabei war die Möglichkeit zur offenen Erzählung der Erfahrungen gegeben. Ein für dieses Design relevantes Grundmerkmal ist das Prinzip der Offenheit, besonders bei der Erstellung des Leitfadens, aber auch bei der Befragung selbst. Zudem ist die Prozessorientierung relevant, die ein langsames und kontinuierliches Aufbauen der Fragstellung des zentralen Kerns der Arbeit beinhaltet (Witzel, 1985).

3.2.4 Datenanalyse

Für die Datenanalyse wurde sich an der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1991) orientiert. In dieser Arbeit wurden durch die induktive, zusammenfassende Analyse mit inhaltlicher Strukturierung allgemeine Aussagen aus den einzelnen Interviews anhand von Haupt- und Unterkategorien gebildet. Dafür wurden die aufgezeichneten Interviews zunächst mit Hilfe des Programms *ExpressScribe* transkribiert. Entlang der gefundenen Kodierungen wurden dann relevante Informationen durch die Reduktion des Materials zusammengefasst. Dadurch konnten aus den verschiedenen Einzelaussagen der Therapeut*innen Parallelen geschlossen werden. Für die einzelnen Themenkategorien wurden zusätzlich Ankerbeispiele markiert, um diese in den Ergebnissen unter dem Unterpunkt 4.2 darstellen zu können.

4. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Literaturrecherche und Interviewanalyse werden im Folgenden separat dargestellt und in einem abschließenden Kapitel zusammengeführt und verglichen.

4.1 Literaturrecherche

Im Folgenden wird zunächst auf allgemeine Erkenntnisse über traumatische Ereignisse sowie Symptome von Traumafolgestörungen eingegangen. Anschließend wird der Ablauf der Stressreaktion des Organismus auf ein Trauma als eine stark belastende Situation skizziert und im weiteren Verlauf die Auswirkungen dieser Erfahrung auf körperlicher Ebene geschildert. Die Behandlung von Traumafolgestörungen insbesondere durch die Körperpsychotherapie wird im Anschluss erläutert und abschließend die Therapiemethoden der befragten Therapeut*innen sowie deren Wirksamkeit dargestellt.

4.1.1 Trauma und Traumafolgestörung

Traumatische Ereignisse schließen die Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, schwerwiegender Verletzung oder Gefahr der eigenen oder einer fremden Person ein. Nicht alle Menschen entwickeln nach dem Erleben einer traumatischen Situation eine Traumafolgestörung, deren Symptome zunächst eine normale Reaktion auf ein nicht normales Ereignis sind (Maercker, 2009).

Nach ICD-10 Diagnosemanual äußert sich eine PTBS insbesondere in folgenden Symptomen: im Wiedererleben, in der Vermeidung und dem sogenannten Hyperarousal (Cooper, 2019). Das Wiedererleben äußert sich in Form von sich aufdrängenden Erinnerungen, Alpträumen oder Flashbacks. Dabei können durch die beteiligten Gehirnstrukturen der Amygdala, dem sogenannten Angstzentrum, und des Hirnstamms dieselben körperlichen und emotionalen Empfindungen wiederholt werden, wie in der traumatischen Situation selbst (Van der Kolk, 2015). Zu den Vermeidungssymptomen zählen die Vermeidung von mit dem

Trauma assoziierten Reizen und Gedanken sowie sozialer Rückzug (Cooper, 2019). Auch Dissoziationen zählen zu diesen Symptomen, die sich vor allem durch eine mangelnde Integration des Erlebten im Hier und Jetzt auszeichnen. Traumaüberlebende werden dabei durch Trigger Reize der Umwelt in ihre zunächst adaptive Reaktion während des Traumas zurückversetzt, dies geht mit Lähmungen, Amnesien oder Taubheit einher (Schauer & Elbert, 2015). Das Hyperarousal als ein Gefühl anhaltender Bedrohung durch andauernde Angstzustände, die durch ein verändertes Erregungsniveau wie erhöhte Schreckhaftigkeit und Alarmbereitschaft entstehen, bewirkt eine dauerhafte Stimulation des zentralen Nervensystems (Van der Kolk, 2015). Dies kann langfristig zu Schlaflosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder Anspannung führen (Rothschild, 2000). Aus psychotherapeutischer Sicht wird eine Traumafolgestörung daher oftmals als eine Dysregulation des autonomen Nervensystems definiert (Payne et al., 2015). Die Amygdala weist bei PTBS-Patient*innen eine erhöhte Aktivität auf, sodass Gefahr übergeneralisiert wird (Bremner, 2002; Lanius et al., 2006). Auch Derealisation und Depersonalisation gehören zu möglichen Symptomen; Depersonalisation wird erlebt als Gefühl, nicht mehr mit dem Körper verbunden zu sein und Derealisation als Gefühl, nicht mehr mit der Umwelt in Verbindung zu stehen (Carlson et al., 2012).

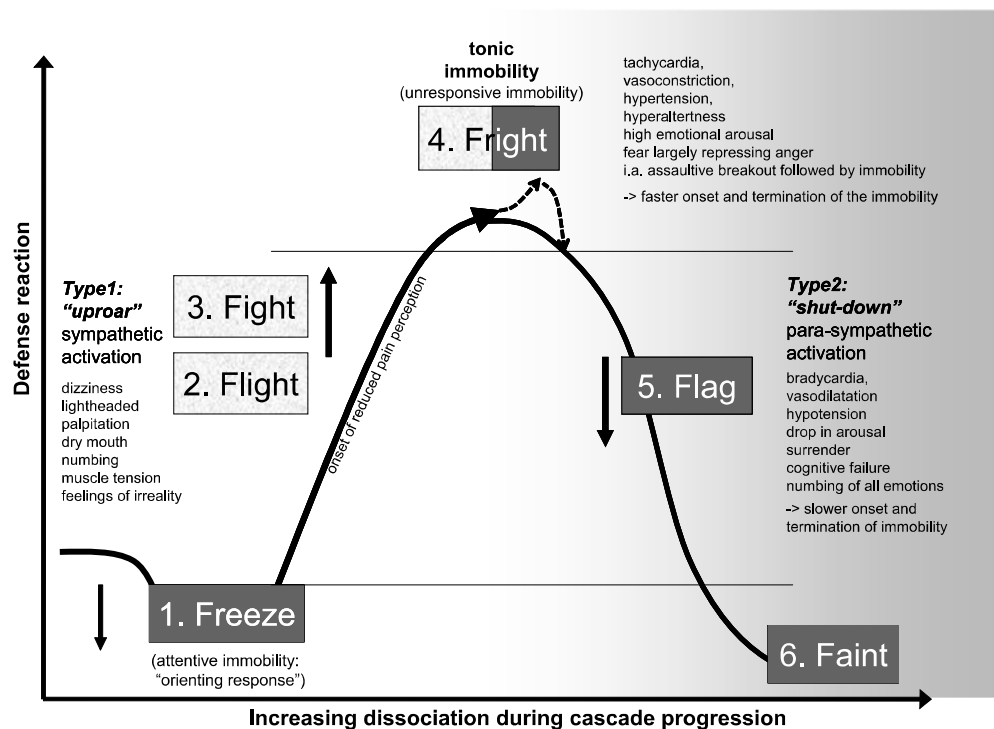
Die Problematik der Betroffenen, sich von dem traumatischen Ereignis schwer erholen zu können, liegt in der Besonderheit der traumatischen Erinnerung. Bei einer alltäglichen Erinnerung interagieren bewusste und unbewusste Anteile des Gedächtnis zusammen; bei traumatischen Erinnerungen hingegen ist diese Verknüpfung gestört, sodass durch ein ‚Hier und Jetzt‘-Gefühl des Vergangenen die traumatische Situation wiedererlebt wird. Die Kontextinformationen über die zeitliche Einordnung des autobiographischen Gedächtnisses fehlen. Ogden et al. (2006) führen an, dass Störungen der thalamischen Funktion bewirken, dass kognitive, emotionale und sensomotorische Informationen nicht mehr als einem Ereignis zugehörig abgespeichert und wahrgenommen, sondern voneinander abgespalten werden. Dies kann zu Flashbacks und Wiedererleben auf kognitiver, affektiver und körperlicher Ebene führen.

4.1.2 Trauma und Stressreaktion

Eine traumatische Situation zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass sie für Betroffene eine enorme Belastung des ganzen Organismus darstellt. Die in der Folge vom Körper bereitgestellte physiologische Reaktion kann in der in *Abbildung 1* gezeigten Parabelform beschrieben werden.

Abbildung 1

Verteidigungskaskade (Schauer & Elbert, 2015, S. 111)



Zunächst wird der Organismus in der freeze-Phase, der sogenannten Orientierungsphase, durch eine Kombination aus Hyperarousal und Bewegungslosigkeit für eine kurze Zeit heruntergefahren, um die Situation bewerten zu können. Wird eine Situation als bedrohlich empfunden oder ist man akuter Gefahr ausgesetzt, wird die evolutionär bedeutsame physiologische Stressreaktion der Hypothalamus-Hypophyse-Nebennieren-Achse ausgelöst und durch die Amygdala eine Alarmreaktion verstärkt. Dies bereitet den Körper auf eine Verteidigungs-

reaktion (*fight or flight*) vor und aktiviert das gesamte System durch physiologische Reaktionen wie der Erhöhung des Pulses, Erweiterung der Pupillen und Ausschüttung von Adrenalin; Herz- und Skelettmuskeln sowie das Gehirn werden mit Blut versorgt (Schauer & Elbert, 2015).

In der *fright*-Phase ist der Körper in einem Zustand der maximalen Reaktionsbereitschaft. Registriert das Gehirn jedoch, dass die *fight*- oder *flight*-Strategie ausweglos erscheint, leitet es die physiologische *down*-Regulation ein, was einem Sich-Tot-Stellen gleicht (Grassmann, 2018). In dieser sogenannten tonischen Immobilität kommt es zu einer Ko-Aktivierung des Parasympathikus und Sympathikus, der Körper fährt die Aktivität durch die efferenten Nervenbahnen so herunter, dass er äußerlich gelähmt oder erstarrt wirkt (Grassmann, 2018; Nijenhuis et al., 1998). Die Afferenzen hingegen sind weiterhin aktiv, sodass Betroffene innerlich wachsam und bei vollem Bewusstsein bleiben.

Bei der schlaffen Immobilität der *flag*-Phase, die der Ohnmacht gleicht, sind Informationen über die Wahrnehmung der Sinnesorgane, der Muskeln und Bewegungen nicht mehr verfügbar und ein Feedback des eigenen Körpers bleibt aus. Der Parasympathikus bewirkt das Herunterfahren der körperlichen Reaktionen durch den Abfall der Herzrate und des Blutdrucks sowie durch die Erweiterung der Blutgefäße (Schauer & Elbert, 2015). Im Thalamus, dem sogenannten Tor zum Bewusstsein, spielt sich dabei die sogenannte funktionale sensorische Deafferenzierung ab. Das bedeutet, dass die Sinnesbereiche des Sehens und Hörens, Emotionen sowie Informationen aus der Propriozeption nicht mehr dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden können. Aus diesem Grund erleben sich Traumaverletzte bei einem Wiedererleben nicht mehr aus der Erste-Person-Perspektive, sondern in einer *out-of-body*-Erfahrung (Schauer & Elbert, 2015). Die Bewältigungsstrategie durch die Aktivität des Parasympathikus in der Phase der Immobilisierung kann bei Traumaüberlebenden langfristig zu Dissoziationen führen (Geuter, 2015). Hat in der traumatischen Situation in der Verteidigungskaskade die *fight*- oder *flight*-Reaktion dominiert, leiden Patient*innen in der Folge vor

allem unter Flashbacks und Hyperarousal (Geuter, 2015). Wurde auch die tonische und schlaffe Immobilität durchlebt, sind vor allem körperliche Lähmungen, Depersonalisation, Amnesien, Taubheit und Schmerzen im Vordergrund (Ogden et al., 2006). Welche Verteidigungsreaktion in der traumatischen Situation angewandt wird, hängt von der Situation selbst, aber auch von vorigen Erfahrungen mit Bezugspersonen durch Bindungserfahrungen und den (subjektiv wahrgenommenen) Ressourcen für die *fight*- oder *flight*-Reaktion ab (Ogden et al., 2006).

4.1.3 Entstehung von Verkörperung

Die Stressreaktion des Körpers in einer traumatischen Situation kann sich langfristig chronifizieren, insbesondere wenn Betroffene dem Trauma wiederholt ausgesetzt sind. Der Körper hält seine Geschichte dadurch in den Muskelstrukturen, Bewegungen, Hormonen, Verhaltensmustern sowie im Körperbau und Gedächtnis fest (Young, 2006). Dies ist auch in der Gegenwart sichtbar und spürbar, wenn „die psychophysiologische Reaktion auf eine extreme Bedrohung persistiert, obwohl die Bedrohung vorüber ist“ (Geuter, 2015, S. 114). Im Folgenden wird auf die Auswirkungen und das Wechselspiel von Traumata auf die Funktion des Gedächtnisses, auf das Lernen von Bewegungsabläufen als Speicher von Erinnerungen, unvollendete Bewegungen, Spannungszustände, neurologische Korrelate, Körperwahrnehmung und den Zusammenhang von Emotionen und dem Selbst eingegangen.

4.1.3.1 Gedächtnis und Lernen

Das Gedächtnis ist nicht nur auf kognitiver Ebene wesentlich an der Speicherung von traumatischen Inhalten beteiligt, sondern auch auf somatischer. Das explizite Gedächtnis beinhaltet Wissen aus dem autobiographischen Gedächtnis im Hippocampus, das bewusst abrufbar und chronologisch zuzuordnen ist. Es hält Kontextinformationen über wichtige Lebensereignisse bereit. Die Ausschüttung des Stresshormons Cortisol wird durch den medialen präfrontalen Cortex reguliert und zeigt bei PTBS-Patient*innen eine verminderte Aktivität; dieser hat wesentlichen Anteil an dem Erinnern durch das episodische Gedächtnis (Lanius et

al., 2006). Implizite Gedächtnisinhalte hingegen bilden ein assoziatives Netzwerk aus emotionalen, kognitiven, physiologischen und sensorischen Inhalten; sie sind unbewusst und können durch sensorische Reize wie Gerüche, Geräusche oder Körperhaltungen automatisch getriggert werden (Schauer & Elbert, 2015). Auch somatische Empfindungen werden somit implizit durch Berührungen oder Bewegungen encodiert und erinnert, ohne sie explizit im Hier und Jetzt kontextualisieren zu können (Rothschild, 2000). Traumatisierte erinnern daher oftmals nur implizit über Körperempfindungen der somatischen prozeduralen Anteile, durch sensorisches Wiedererleben oder emotionale Überflutung (Ogden et al., 2006).

Das limbische System sowie die sensomotorischen Nervenbahnen sind dabei für die Speicherung der traumatischen Situation verantwortlich und nicht die verbalen Regionen des Cortex, wie es bei einer normalen Erinnerung üblich ist (Van der Kolk, 2015). Lanius et al. (2006) konnten feststellen, dass PTBS-Patient*innen beim Erleben eines Flashbacks eine gesteigerte Aktivität in der rechten Gehirnhälfte, die eher für nonverbale Gedächtnisabruf zuständig ist und eine verminderte Aktivität in der linken Hemisphäre aufwies, die unter anderem für das verbale Abrufen von Erinnerungen verantwortlich ist. Insofern fällt es Traumaverletzten oft schwer, die Ereignisse chronologisch wiederzugeben, da zum einen die Kontextinformationen fehlen und andererseits einige Inhalte des Traumas nicht dem verbalisierbaren Bewusstsein zugänglich sind.

Der Körper lernt im Laufe des Lebens durch sich wiederholende Tätigkeiten viele verschiedene motorische Abläufe und verinnerlicht sie implizit (Fuchs, 2016). Fahrradfahren beispielsweise wird gelernt durch Üben und wiederholtes Ausführen der gleichen Bewegungen, bis es automatisiert und ohne bewusstes Nachdenken ausgeführt werden kann. Dabei ist das emotional-prozedurale Gedächtnis wesentlich an der Entstehung des sogenannten Körpergedächtnis beteiligt, denn implizit gespeicherte Erfahrungen können sich langfristig in Reaktionsmustern verfestigen (Geuter, 2015). Diese Gedächtnisinhalte setzen sich aus dem prozeduralen Teil des impliziten und dem explizit abrufbaren autobiographischen Gedächtnis

zusammen. Erlernete Reaktionen auf soziale und emotional bedeutsame Interaktionen sind Teil des emotional-prozeduralen Gedächtnis und werden dort unbewusst abgespeichert (Geuter, 2015). Werden neue Bewegungen erlernt, werden Muskeln, Faszien usw. über die afferenten Nervenbahnen gesteuert; bereits erlernte Bewegungen werden über die efferenten Nervenbahnen abgerufen (Rothschild, 2000). „Die emotional-prozedural verfassten Bereitschaften des Erlebens, die aufgrund früherer Erfahrungen affektiv, kognitiv, sensorisch, motorisch und vegetativ eingespeichert sind und aktuell die Wahrnehmung und das Handeln bestimmen, sind *embodied memories*“ (Geuter, 2015, S. 177). Durch diese werden in der Gegenwart Erinnerungen nicht nur auf kognitiver Ebene, sondern vor allem auf körperlicher Ebene erkannt (Leuzinger-Bohleber et al., 2013).

Der Körper reagiert aus evolutionärer Perspektive immer zuerst, erst dann folgen Emotionen und Kognitionen zu dem Erlebten. In einer Schocksituation ist es der Körper, der adäquat, instinktiv und unmittelbar nach einem festen Handlungsmuster reagieren muss. Wird während der traumatischen Situation wiederholt eine Schutzhaltung des Körpers über die fixierten Handlungsmuster eingenommen, so werden diese Reaktionen automatisiert und als adäquate Coping-Strategie verinnerlicht. Werden Verhaltensweisen wie das *Freezing* internal als erfolgreich bewertet, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese Coping-Strategie als sicherer Mechanismus für spätere Gefahren im somatischen Nervensystem encodiert wird. Im Muskel verankern sich verinnerlichte somatische Bewegungsmuster, daher sind im Körper implizit Erinnerungen gespeichert (Heinrich-Clauer, 2017). Bewegungen haben einen starken habituellen Wert, auch Kognitionen und Emotionen können durch die Bewegungen implizit gekoppelt und fixiert werden (Ogden et al., 2006).

4.1.3.2 Unvollendete Bewegungen und Spannungszustände

Der Körper von Traumaverletzten zeigt Momentaufnahmen der gescheiterten Versuche der Verteidigungsreaktion. Ist die traumatische Situation zu überwältigend, kann die *fight-* oder *flight-*Reaktion nicht durchgeführt oder vollendet werden und der Körper leitet die

Immobilisation als Schutzmechanismus ein. Auch diese unvollständigen Bewegungen können sich chronifizieren und zu Symptomen einer PTBS führen (Ogden et al., 2006). Die Energie, die nicht für die Verteidigungsreaktion benutzt werden konnte, äußert sich nach dem Ereignis oftmals in unkontrollierbaren Bewegungsimpulsen, Zittern und emotionaler Entladung durch beispielsweise Weinen (Levine & Frederick, 1997).

Bei sich wiederholender Stressreaktion kann es zu einem sogenannten *allostatic load* kommen, einem dauerhaften Erregungszustands des Sympathikus, der zu chronischem Stress führen kann (Geuter, 2015). Die Dysregulation als Folge der fragmentierten Erinnerung kann dazu führen, dass Menschen mit Traumafolgestörungen fortwährend das Erregungsniveau innerhalb eines Toleranzfensters halten müssen (Lanius et al., 2006). Auch die unvollendeten Bewegungen zeigen sich körperlich in erhöhter Anspannung der Gliedmaßen oder reflexartigen Bewegungsimpulsen (Ogden et al., 2006). Aufgrund von sensomotorischen Spannungen durch zu hohe oder zu geringe Aktivierung des Nervensystems leiden Betroffene oftmals zusätzlich unter Symptomen wie verringerter Körperwahrnehmung oder haben Probleme mit der Abgrenzung (Grassmann, 2018).

4.1.3.3 Eingeschränkte Körperwahrnehmung

Eine gehemmte oder gestörte Körperwahrnehmung bildet laut Rothschild (2000) einen zentralen Anteil an der Verkörperung von Traumata, denn Traumaüberlebende leiden häufig darunter, ihren Körper nicht mehr richtig spüren zu können. Daran ist wesentlich die interozeptive Wahrnehmung beteiligt, die den Sinn beschreibt, sich den inneren Vorgängen des Körpers sowie der Positionen der einzelnen Körperteile zueinander bewusst zu sein und diese spüren zu können. Das somatische Nervensystem dirigiert dabei die Bewegungen und die kinästhetische Wahrnehmung verspricht die Genauigkeit der Bewegung. Über das interozeptive Nervensystem wird das innere Gefühl zu einer Bewegung vermittelt. Dies hilft dem Körper, Bewegungen - zum Beispiel mit geschlossenen Augen mit dem Finger die Nase zu berühren - korrekt auszuführen und zu koordinieren (Van der Kolk, 2015).

Bei Menschen mit Traumafolgestörungen ist diese innere Wahrnehmung oftmals beeinträchtigt und wird infolgedessen als überwältigend und unkontrollierbar empfunden (Ogden et al., 2006). Traumaüberlebende zeigen in Scans der Gehirnstrukturen verringerte Aktivität in Regionen des medialen präfrontalen Cortex, die für die innere Körperwahrnehmung und Einordnung des Wahrgenommenen verantwortlich sind (Van der Kolk, 2015). Während einer traumatischen Situation schirmen sich Betroffene oftmals vor ihren Emotionen und Körperwahrnehmungen ab, um durch diesen Schutzmechanismus möglichst wenig fühlen zu müssen. Auch die in der Gegenwart durch das Hyperarousal provozierten andauernden Warnsignale des Körpers lassen Traumaüberlebende das Gefühl und Vertrauen für ihren Körper verlieren (Van der Kolk, 2015).

4.1.3.4 Einfluss auf das Selbst und die Emotionen

Das Selbst hat einen fundamentalen Anteil an der Bewältigung und Äußerung von traumatischen Erlebnissen. Die sogenannte Selbstaktualisierungstendenz besagt diesbezüglich, dass das Selbst fortwährend mit dem Außen in Kontakt ist und sich dadurch kontinuierlich neu erschafft und aktualisiert (Maragkos, 2010). Somit findet mit jeder alltäglichen Begegnung Lernen und Veränderung statt und neue Informationen werden in die schon bestehenden systematisch eingegliedert. Eine traumatische Situation hingegen als tiefschürfende Erfahrung lässt sich nicht so einfach in dieses System eingliedern, denn sie ist nicht mit der expliziten Erinnerung, dem Kontext, verknüpft; die Erinnerung an die Situation lässt sich nicht kontrollieren und kann zu jeder Zeit plötzlich und überwältigend präsent werden. Dabei ist die Selbstaktualisierungstendenz gefährdet, da die Erinnerung nicht in das System des Selbst integriert werden kann (Maragkos, 2010). Das Bewusstsein über sich selbst entspringt laut Damasio (2012) aus dem inneren Urgefühl der eigenen Existenz, die auch körperlich erfahren wird. Somit ist durch das Wechselspiel von Körper und Selbst auch das Selbst in Gefahr, wenn der Körper verletzt wird. Denn Kognitionen und Körper sind unmittelbar und

wechselseitig über Motoneuronen miteinander verbunden; das körperliche Erleben beeinflusst das Denken und das zukünftige Glaubenssystem (Ogden et al., 2006).

Auch die Emotionen während eines Traumas, meist durchdrungen von Scham, Schuld und Angst, werden nicht explizit in der Chronologie des Ereignisses abgespeichert, um das Selbst zu schützen; trotzdem können sie sich implizit im Körper speichern (Culbertson, 1995). Anstatt beispielsweise Wut als Emotion zu spüren, äußert sie sich körperlich in Kopfschmerzen oder Verspannung im Nacken (Rothschild, 2000). In der Neurowissenschaft finden sich immer mehr Belege dafür, dass sich Emotionen durch Neurotransmitter und Peptide im Soma und auch im Nervensystem verankern. Stresshormone unterdrücken die Aktivität des Hippocampus und speichern somit die Situation in einer Art Landkarte im Hippocampus (Young, 2006). All jene Abwehrmechanismen des Körpers haben also die ursprüngliche Funktion, das Selbst vor den nicht einzuordnenden Erlebnissen zu schützen und bleiben als maladaptiver Ausdruck im Körper erhalten. Dadurch können sie als Teil des Selbst angenommen werden.

Aus der Literatur bieten diverse Ansätze mögliche Erklärungen für eine sich im Körper festgeschriebene Auswirkung von traumatischen Ereignissen. Einige Ursachen konnten neurobiologisch oder klinisch nachgewiesen werden und bilden so eine wichtige Grundlage für weitere Forschung.

4.1.4 Behandlung von Traumafolgestörungen

Grundsätzlich gibt es heutzutage eine Bandbreite an therapeutischen Interventionen zur Behandlung einer Traumafolgestörung, die unterschiedlich gut erforscht und mit Evidenzen belegt sind. Die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) veröffentlicht regelmäßig Leitlinien für Posttraumatische Belastungsstörungen und klassifiziert in der aktuellen S3-Leitlinie von 2019 drei Behandlungstypen: die psychotherapeutischen, pharmakotherapeutischen und adjuvanten, unterstützenden Verfahren (Schäfer et al., 2019).

Zu den psychotherapeutischen Interventionen erster Wahl zählen traumafokussierte Verfahren aus der mit breiter Evidenz belegten Verhaltenstherapie wie der Prolongierten und

Narrativen Expositionstherapie (Maragos, 2010). Zudem zählen Eye Movement Desensitization and Reprocessing und imaginative Verfahren wie die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie nach Reddemann zu gängigen Methoden. Auch die Wirksamkeit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei einer PTBS ist belegt (Martins Baltzer et al., 2017).

Pharmakotherapeutische Mittel sollten nicht als alleinige oder primäre Therapie verwendet werden; die Antidepressiva aus der Gruppe der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Sertralin, Paroxetin oder Venlafaxin können trotz geringer Wirksamkeit im partizipativen Prozess zur Symptommilderung angeboten werden (Schäfer et al., 2019).

In die Gruppe der adjuvanten Verfahren fallen Interventionen wie Hypnose, Biofeedback, Kunsttherapie oder körperorientierte Methoden, die sich laut Leitlinie in stationären Settings vor allem auch für komorbide Störungen als wirksam erweisen. Die körperorientierten Verfahren sollen im Folgenden im Fokus stehen.

4.1.4.1 Körperpsychotherapie als Behandlungsmethode

In der Körperpsychotherapie (KPT) wird der Körper ein Synonym für das von innen durch das Subjekt Erlebbare (Geuter, 2015). In seinem *Handbuch der Körperpsychotherapie* definiert Geuter (2015) die KPT als eine Kombination aus mit dem Körper praktizierenden und die Seele ansprechenden Elementen. Dabei fußt sie auf Einflüssen unterschiedlichster Therapien: kognitiv-behaviorale, psychodynamische, humanistische und systemische Ansätze fließen in ihr zusammen. Ziel soll die Förderung der Selbstregulation auf psychologischer, physischer, behavioraler und emotionaler Ebene sein durch die Bewusstwerdung der verinnerlichten Erfahrungen, die kognitiv, affektiv, sensorisch, motorisch oder vegetativ auftreten können (Geuter, 2015; Thielen, 2009).

Therapeut*innen nehmen in der KPT oftmals die Rolle der Beobachtenden und Wahrnehmenden ein und bieten einen Resonanzraum des Erlebens (Grassmann, 2018). Intuitiv achten sie auf die sich in- und außerhalb der Sitzungen stattfindenden Veränderungen von

Körperhaltung, Gestik, Mimik und Stimme bis hin zu subtileren Facetten der Interaktion wie einem Leuchten in den Augen oder der Sprachmelodie. Diese Äußerungen können sowohl ganz pragmatisch für eine Interaktion sein als auch einen adaptiven Wert haben. Drücken wir durch offensichtliche Verhaltensweisen wie dem Weinen etwa unsere Gefühle aus oder Gestikulieren beim Telefonieren, hilft uns der Körper durch adaptive Reaktionen wie dem verlegenen Ziehen am Pullover Anspannung zu lösen (Geuter, 2015). Was der Körper in der Interaktion mitteilen und symbolisieren möchte, ist Gegenstand der KPT. Durch das Schaffen eines Resonanzraumes mit Hilfe des Reflektierens der körperlichen Botschaften und Empfindungen können die damit in Zusammenhang stehenden Bedeutungen und inneren Bilder sichtbar gemacht werden (Geißler & Heisterkamp, 2007).

Ein Grundprinzip der Körperpsychotherapie ist zudem das Zusammenspiel der vegetativen, somatischen und psychischen Prozesse und der damit verbundenen Nervensysteme (Müller-Braunschweig et al., 2010). „Theoretisch versteht die Körperpsychotherapie den Menschen als eine Körper-Seele-Geist-Einheit, die nicht nur eine objektive Einheit ist, sondern auch eine subjektive Einheit in der Erfahrung“ (Geuter, 2015, S. 2). Somit kann in der KPT an allen drei Ebenen ganzheitlich verbal, mit Bewegung, Atmung oder der Lenkung der Aufmerksamkeit auf den Körper gearbeitet werden. Die Verbindung der Ebenen wird als „Königsweg zur Affektregulation“ (Porges, 2009, S. 18) bezeichnet.

Dr. Pierre Janet (1889) wird als einer der ersten Körperpsychotherapeuten angeführt, dessen Ideen später von Sigmund Freud und Josef Breuer aufgenommen wurden. Er führte Ideen zur Verknüpfung des Körpers mit emotionalen Spannungen, Bewegungen und Intentionalität an (Young, 2006). Erste Grundgedanken der heutigen KPT sind 1910 aus der Richtung der Atem- und Gymnastiklehrerin Gindler entstanden, die anführte, dass „Menschen sich individuell in Haltung und Bewegung von innen her ihres Körpers gewahr werden mit dem Ziel, dass der Körper seine natürlichen Funktionen erfüllen kann“ (Geuter, 2004, S. 100). Ihre Erkenntnisse inspirieren maßgeblich die KPT der Gegenwart mit dem Fokus der Entspan-

nung, Selbsterfahrung und Wahrnehmen des Körpers. Auch Wilhelm Reich, ein Psychiater und Psychoanalytiker, war wesentlich an der Entstehung der KPT beteiligt. Er führte die Arbeit mit dem Körper erstmals in die Psychoanalyse ein und lenkte so den Fokus auf nonverbale Interaktion, auf die sogenannte Charakteranalyse. Seelisch Verdrängtes zeige sich auch in unterdrückten körperlichen Handlungsimpulsen als Muskelspannung in der Körperhaltung und könne durch die Arbeit an der Spannung und Atmung freigesetzt werden, um so an das Unbewusste zu stoßen (Geuter, 2006). Aus seinen Theorien entwickelten sich Ansätze wie das Biofeedback, die mit der angestauten Energie der Muskeln, Organe und des Gewebes arbeiten. Gindler und Reich unterschieden sich vor allem in der Bewegungsrichtung der körperlichen Arbeit. Während Gindler die Wahrnehmung nach innen lenkte, führte Reich die Bewegung des inneren Verdrängten nach außen (Geuter, 2004). Freuds Schüler Sándor Ferenczi entdeckte in den 20ern in Mimik und Gestik seiner Patient*innen eine „Sprache des Unbewussten“ (Geuter, 2006, S. 17) und machte erste Angebote der Berührung. Dies stieß auf Seiten der Psychoanalytiker*innen immer wieder auf Ablehnung und ist auch in der Gegenwart Gegenstand von Diskussionen.

In den 60er Jahren erweiterte der Einfluss des Humanismus die KPT in einer Zeit der Befreiung von alten Konventionen, von Sexualität und gesellschaftlich geprägtem Körperbild in Richtung einer neuen Idee der inneren Selbstheilungskräfte. Zusätzlich beeinflussten östliche Meditationstechniken der inneren Achtsamkeit und Atmung die KPT. Seit spätestens 2004 ist auch in der Mainstream-Psychologie die Relevanz des Körpers für die Psychologie angekommen; auf einer britischen Konferenz wird erstmals über den *embodied mind* referiert, unterstützt durch ein aufkommendes Interesse der Neurowissenschaften an Körper-Geist Korrelaten (Young, 2006).

Somit haben unterschiedliche Strömungen die heutige KPT geprägt, die sich in der Vielfalt der Ansätze niederschlägt. Der psychodynamische oder analytische Aspekt der KPT unterstützt die Ansicht, dass psychische Störungen aus einer Verinnerlichung von leidvollen

Erfahrungen der Biografie folgen und sich diese unbewusst in innerpsychischen Konflikten zeigen. Die Körperarbeit der Bewegungstherapien hat vor allem dazu beigetragen, in der Therapie die Aufmerksamkeit auf das körperliche Erleben, Wahrnehmen und Akzeptieren zu lenken. Aus dem Humanismus hat die KPT die Grundhaltung des Erlebens im Hier und Jetzt erhalten und lenkt den Fokus auf die Patient*innen und ihre Selbstheilungskräfte.

4.1.4.2 Körperpsychotherapeutische Interventionen für Traumafolgestörungen

Der Körper ist in einer traumatischen Situation den Ereignissen direkt ausgesetzt, weshalb mit ihm und seinen Verletzungen vorrangig gearbeitet wird (Maragos, 2010). Über fünf wesentliche Interventionsarten der KPT mit traumatisierten Patient*innen wird dabei in der Literatur berichtet: Die therapeutische Interaktion, Achtsamkeit, Selbsterleben, das Zulassen von Bewegungen sowie der Einsatz von Berührungen.

Die therapeutische Interaktion und die Beziehung sind die wohl zentralsten Bausteine jeder Therapie. Diese sind im Wesentlichen auch vermittelt über die einfache Präsenz zweier Menschen, denn ca. 65% der menschlichen Kommunikation geschieht non-verbal (Young, 2006). Dabei helfen Spiegelneurone in somatische Resonanz mit anderen zu treten, durch sie reagieren wir sensibel auf Bewegungen und Emotionen und können sie in der Interaktion zur Verfügung stellen (Heinrich-Clauer, 2017). Die Beziehungsarbeit hilft zudem beim Erleben von sicherer Bindung über die Aktivität des ventralen vagalen Systems (Geuter, 2015). Ein freundliches Gesicht, Erdung und die Stimme helfen durch die Ausschüttung von Oxytocin zusätzlich der Entspannung und Beruhigung (Heinrich-Clauer, 2017).

In Achtsamkeitsübungen werden Patient*innen zu Beobachtenden ihrer Selbst. Dabei geben sie dem, was sich körperlich zeigt, einen wertfreien Raum, treten aus der unmittelbaren Erfahrung der traumatischen Situation heraus und können aus der Distanz beobachten, was der Körper ausdrücken möchte (Ogden et al., 2006). Traumapatient*innen fällt es jedoch besonders schwer, die wertfreie Aufmerksamkeit auf sich und das innere Erleben zu lenken, denn dies ist Teil des Schutz- und Abwehrmechanismus vor dem Wiedererleben. Erst durch

das Bewusstwerden der Gefühle und der Veränderung der inneren Welt kann der Ursprung dieser Emotionen erforscht werden (Van der Kolk, 2015). Durch das aktive Wahrnehmen von Schmerzen beispielweise, anstatt diese zu unterdrücken, wird nachweislich die Heilung der Beschwerden unterstützt (Mehling et al., 2009). Durch Achtsamkeitsübungen können zudem die Funktionen des medialen präfrontalen Cortex und der Insula wieder gestärkt werden, die unter anderem für das interozeptive Bewusstsein verantwortlich sind (Lanius et al., 2006; Payne et al., 2015; Van der Kolk, 2015). Zusätzlich kann über die Achtsamkeit und körperliche Erfahrung in der Therapie der Informationsfluss zwischen den beiden Gehirnhemisphären der Gedanken, Gefühle und sensomotorischen Reize gesteigert werden (Lanius et al., 2006).

Symptome sollen in der KPT anstatt bewertet, erfahren werden, dadurch soll die Kontrolle über das Selbst und die Emotionen zurückgewonnen werden (Maragkos, 2010). Das Erleben im Körper kann jedoch Gefühle der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Panik, Scham oder Schwäche provozieren. Einerseits ist dabei relevant, die körperlichen Sensationen der Gegenwart von traumabezogenen Kognitionen und Emotionen getrennt beobachten zu können. Andererseits wird die Wichtigkeit der Kopplung von sensorischen Informationen des limbischen Systems mit den im Hippocampus gespeicherten expliziten Erinnerungen betont, um somit Erinnerungen adäquat zu integrieren (Ogden et al., 2006). Durch die Aufrechterhaltung der Aktivität des präfrontalen Cortex während einer Achtsamkeitsübung ist die Gefahr einer Retraumatisierung begrenzt, da dieser das Bewusstsein über den gegenwärtigen Moment vermittelt (Ogden et al., 2006).

Zusätzlich können die sich im Körper zeigenden Momentaufnahmen der gescheiterten defensiven Strategien zum Schutz vor der traumatischen Situation sichtbar gemacht werden (Ogden et al., 2006). Besonders die prozedural gelernten somatischen Muster und implizit verinnerlichte Handlungs- und Bewegungsabläufe durch Achtsamkeit zu unterbrechen und in das Bewusstsein zu bringen ist immanent und effizienter als die verbale Verarbeitung von

den Auslösern dieser Abläufe (Ogden et al., 2006). Auf die unbewussten Verhaltensweisen in der Therapie aufmerksam zu machen, kann die dahinterliegenden Schutzmechanismen und verkörperten Erinnerungen sichtbar machen (Rothschild, 2000). Es wird angenommen, dass implizite Erinnerungen auch über die Motorik selbst an das Bewusstsein gebracht werden können (Koemeda-Lutz et al., 2006). Selbst durch imaginative Bewegungen, die dieselben Nervenstränge wie eine reale, aktive Bewegung stimulieren, können Traumata sichtbar werden (Young, 2006).

Ein wesentlicher Anteil der Berührung ist das Spüren der eigenen Körpergrenzen und die Lenkung der Aufmerksamkeit auf das Selbst und die aktuelle Situation (Young, 2006). Vor allem die therapeutische Beziehung soll über den haltgebenden und Sicherheit vermittelnden Wert der Berührung gestärkt werden (Geuter, 2006; Worm, 2007). Auch Selbstberührung ist dabei eingeschlossen, die innere Muster und Widerstände nach außen trägt und zusätzlich der Selbstfürsorge dient (Worm, 2007). Zudem können eigene Ressourcen gestärkt werden durch das Erleben von Stärke, Selbstsicherheit und Kompetenz beispielsweise beim Wegdrücken der Hände der Behandelnden (Ogden et al., 2006). Die aktive Entscheidung für ein Angebot der Berührung wirkt der passiven ausgelieferten Traumareaktion entgegen (Worm, 2007). Der Einsatz von Berührungen ist vielfach diskutiert, Gründe gegen sie sind vor allem das Eingreifen in die körperlichen Unversehrtheit und die Gefahr der Regression (Ogden et al., 2006; Rothschild, 2000). Grundsätzlich wird empfohlen, den Einsatz von Berührungen gut zu reflektieren und immer in Kombination mit der inneren Achtsamkeit einzusetzen (Ogden et al., 2006).

4.1.5 Wirksamkeit der Therapiemethoden der Befragten

Die verschiedenen KPT-Methoden bedienen sich der unterschiedlichen beschriebenen Elemente. Die für diese Arbeit befragten Therapeut*innen verwenden eine oder mehrere der im Folgenden geschilderten Methoden.

4.1.5.1 Hakomi

Ron Kurtz war wesentlich an der Entstehung von Hakomi beteiligt. Er war an der Integration der Haltung der inneren Achtsamkeit aus der östlichen Meditation interessiert, bei der die Beobachtung der körperlichen, inneren Erlebenswelt im Vordergrund steht (Geuter, 2006). Gesundheit wird nicht nur definiert durch einen klaren Bewusstseinszustand, sondern auch durch körperliche und physiologische Eigenschaften wie die Balance. In einer Hakomi-Therapie wird - unter Einbezug von Berührungen und einer visuellen Diagnostik - mit non-verbalen und auch dialogischen Interventionen gearbeitet (Koemeda-Lutz et al., 2006). In einer Multizenterstudie der European Association für Body Psychotherapy, haben acht schweizerische Hakomi-Institute teilgenommen. Nach sechs Monaten Behandlungsdauer konnten signifikante, kleine bis mittlere Interventionseffekte nachgewiesen werden; mit der Katamnese nach Behandlungsende starke Interventionseffekte (Koemeda-Lutz et al., 2006).

4.1.5.2 Somatic Experiencing (SE)

SE verfolgt den Ansatz, das Wahrnehmen und Bewusstwerden von Körperempfindungen in den psychotherapeutischen Prozess zu integrieren. Ziel ist dabei die Loslösung von angestauter Energie und Entladung von chronischem Stress. Nach der Theorie von Peter Levine, dem Begründer von SE, werden Symptome einer PTBS als Folge einer Stressaktivierung sowie einer nicht vollendeten Verteidigungsreaktion auf ein traumatisches Ereignis betrachtet (Brom et al., 2017). Drei wesentliche Ziele verfolgt das SE: Das Aufdecken der sensorischen Informationen, die durch das Trauma verdrängt wurden, die durch die Erfahrung angesammelten Energien zu ergründen und diejenigen selbstförderlichen Verhaltensweisen zu vollenden, die durch das Trauma unterbunden wurden (Van der Kolk, 2015). Dabei soll der Fokus auf der Interozeption, Propriozeption und der kinästhetischen Erfahrung liegen (Payne et al., 2015). Hoch erregende Erinnerungen sollen wie Fragmente in die Lebensgeschichte integriert werden, jedoch nicht als vollständige narrative Aufarbeitung des Erlebten, sondern durch ein Pendeln zwischen dem Hier und Jetzt und dem Erlebten. In Wirksamkeitsstudien

haben sich signifikante Interventionseffekte bei posttraumatischen Symptomen mit Cohens $d = .94 - 1.26$ gezeigt (Brom et al., 2017).

4.1.5.3 Integrative Körperpsychotherapie (IBP)

Die IBP ist in den 1960er Jahren in den USA gegründet worden und bezieht Elemente aus verschiedensten Therapierichtungen wie der Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie und Bewegungstherapie mit ein. Der integrative Ansatz verfolgt das Ziel, zum einen Emotionen, Kognitionen, Verhalten und Körper als auch spirituelle Ebenen durch Beziehungsarbeit erfahrungsorientiert miteinander zu vereinen. Außerdem wird in der IBP ein Fokus auf die Arbeit mit Ressourcen gelegt. Die katamnetischen Ergebnisse einer Praxisstudie für IBP haben signifikante und auch langfristige Interventionseffekte gezeigt (Tschuschke et al., 2013).

4.1.5.4 Emotionalkörper-Therapie (EKT)

Die EKT dient nach den Begründerinnen Lübcke und Söller (2019) insbesondere der Aktivierung der Selbstheilungskräfte, dabei ist die Integration von Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen zentral. Mit belastenden Emotionen kann durch die EKT in Kontakt getreten werden, um einen Verwandlungsprozess anzuregen. Wesentlicher Bestandteil der EKT sind vier Schritte, die in einem tief entspannten Zustand durchgeführt werden. Zunächst werden die Gefühle wahrgenommen und begrüßt, ihnen wird gedankt, sie werden angenommen und gefragt, welche Bedürfnisse sie veräußern. Emotionen und Körper sind in der EKT ein eng verbundenes Konstrukt. Die Wirksamkeit der EKT, auch in Bezug auf Traumafolgestörungen, wurde bisher noch nicht klinisch untersucht.

4.2 Interviewanalyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der induktiven zusammenfassenden Analyse strukturiert entlang der gebildeten Kategorien der Entstehung von verkörperten Traumata sowie der Behandlung mit und Wirksamkeit von Körperpsychotherapie dargestellt.

4.2.1 Entstehung der Verkörperung

Über die Entstehung der verkörperten Anteile von Traumata haben die Patient*innen verschiedene Entstehungskonzepte, die im Folgenden erläutert werden.

4.2.1.1 Trauma als Überforderung

Praktiker*innen gehen der Annahme nach, dass ihre Patient*innen in der traumatischen Situation einer Überforderung ausgesetzt waren, für die sie keine Bewältigungsmöglichkeiten bereitstellen konnten. Dies hat zur Folge, dass „diese Überforderungssituationen dann einen prägenden Einfluss hinterlassen“ (Interview 2, S. 7, Z. 7). „Das Trauma liegt nicht im Ereignis, sondern es liegt daran, wie stark das eigene Nervensystem in dem Moment in der Lage ist, das zu verarbeiten, [wenn es] überfordert ist, überflutet ist; etwas ist zu viel, zu schnell, zu überwältigend“ (Interview 3, S. 4, Z. 1). Aus diesem Grund können bedrohliche Situationen für manche Menschen traumatisierend wirken und für andere nicht (Interview 2, S. 6). Das Ereignis kann „praktisch in dem Moment nicht prozessiert werden“ (Interview 3, S. 4, Z. 7), da das „Nervensystem nur eine ganz bestimmte Kapazität [hat], Stress auszuhalten“ (Interview 2, S. 10, Z. 10) und wird verstärkt durch mangelnde Ressourcen. Das Erlebte will entzerrt werden, denn „Trauma ist wie eine Überforderung, die praktisch zusammengepresst ist auf ein paar Sekunden und alles was es braucht ist, die wieder zu entzerren“ (Interview 3, S. 5, Z. 20). Viele der Therapeut*innen arbeiten mit Menschen mit Entwicklungstraumata, bei denen insbesondere Traumata im „zwischenmenschlichen Entstehungsbereich“ (Interview 4, S. 4, Z. 31) der Bindungserfahrung entstanden sind, durch „häufig wiederholt chronische Erfahrungen, [...] die das Kind in seiner Fähigkeit, eine Situation zu handhaben, maßlos überfordert“ (Interview 4, S. 5, Z. 1). Die prägenden Bindungserfahrungen können durch den Entzug von Beziehung entstehen, den das Kind nicht in seine Welt einordnen kann und die es in der Folge unterdrückt, um am Leben teilhaben zu können (Interview 4, S. 5). Die Überforderungssituationen mit der Folge eines Entwicklungstraumas sind oftmals schon in der Kindheit oder vorgeburtlich entstanden. Dies hat einen prägenden Einfluss darauf „wie man die Welt

sieht oder wie sie wahrgenommen wird, durch welche Brille man Situationen interpretiert“ (Interview 1, S. 3, Z. 4).

4.2.1.2 Traumasymptome als Folge der Dysregulation

Die Überforderung des Nervensystems prägt den Organismus nachhaltig und äußert sich in einer chronischen Unfähigkeit, das autonome Nervensystem und somit auch Emotionen und Kognitionen zu regulieren. Während einer traumatischen Situation „wird der Überlebensinstinkt angeregt, und der Überlebensinstinkt hat einen ganz klaren Ablauf“ (Interview 3, S. 4, Z. 10). Der Körper hat in der traumatischen Situation Energie für die *fight*- oder *flight*-Reaktion zur Verfügung gestellt, die jedoch nicht abgerufen und entladen werden kann. Wenn die Energie nicht abfließen kann, erstarrt sie und dann „richtet sie sich praktisch nach innen“ (Interview 3, S. 8, Z. 15). Dies hat zur Folge, dass „der Organismus durcheinanderkommt“ (Interview 3, S. 5, Z. 7) und einen Nährboden für PTBS-Symptome bildet. Diese Energie wird fortwährend unter großem Krafteinsatz unterdrückt bzw. dem Bewusstsein ferngehalten. In der Folge haben die Patient*innen „keine Energie und fühlen sich auch depressiv, fühlen sich nicht in ihrer Kraft“ (Interview 3, S. 9, Z. 27).

Ein Interviewter kritisiert den mangelnden Nachweis der nachhaltigen Speicherung der Energie im Nervensystem: „Selbst Peter Levine [...] konnte mir nicht sagen, wie sich denn die Energie im Nervensystem speichert. [...] Für mich ist es im Moment mehr eine Metapher, wir wissen ja nicht einmal richtig, was Gedächtnis ist, geschweige denn Körpergedächtnis“ (Interview 2, S. 7, Z. 26).

4.2.1.3 Vollendung der Verteidigungsreaktion

In der traumatischen Situation konnten die evolutionär angelegten Verteidigungsreaktionen des *fight* oder *flight* nicht ausgeführt werden, sodass auf die „zentralsten Schutzmechanismen zurückgegriffen wird und das sind oft eben erstmal ganz basal körperliche“ (Interview 1, S. 5, Z. 34). In der Folge der Überforderung entstehen daraus „eingefrorene, sich wiederholende körperliche Reaktionen, die dadurch, dass sie nicht vollendet werden konnten, immer

noch im System hängen“ (Interview 1, S. 6, Z. 16). Diese natürlichen Impulse wollen abgerundet und abgeschlossen werden (Interview 3, S. 13).

Dadurch, „dass diese traumatischen Ereignisse [...] nicht verknüpft worden sind mit dem geistigen Bewussten und Bedeutung Gebenden [...] hat es zur Folge, dass es immer wieder [...] wiederholt wird in Handlungen und Körperhaltungen, aber auch in Gedanken und Gefühlen“ (Interview 1, S. 5, Z. 11) als ein „Versuch des Körpers, etwas zu vollenden, etwas wiederzukriegen“ (Interview 1, S. 5, Z. 25).

4.2.1.4 Trennung von Gefühlen, Kognitionen und Körperwahrnehmung

Durch die freie Energie, die sich aufgrund der Überforderung des Systems nach innen richtet und unterdrückt wird, werden Gefühle, Kognitionen und Körperwahrnehmung dissoziiert (Interview 2, 3 und 4). PTBS-Patient*innen leiden darunter, sich nicht mehr richtig spüren zu können, denn „um den Tumult nicht zu spüren, spaltet man sich ab von der Wahrnehmung vom Körper“ (Interview 3, S. 11, Z. 1). Die Körperwahrnehmung wird in der traumatischen Situation als Schutz vor dem Spüren eingeschränkt. Eine Probandin berichtet aus ihrer Erfahrung: „Was ich jetzt im Praxisalltag erlebe sind ja die Folgen, dass diese Trennung weiter fortbesteht“ (Interview 1, S. 4, Z. 11). Diese Trennung von Körper, Kognitionen und Emotionen zeigen sich in der Sitzung, wie eine Befragte beschreibt: „Es gibt Menschen, die kommen zu mir, die reden und ich merke die sind abgespalten von ihren Gefühlen [...], die reden so über die Dinge hinweg“ (Interview 3, S. 15, Z. 20). Dies sei eine adaptive Reaktion, im Alltag nicht von sich wiederholenden Traumafragmenten eingeholt zu werden.

Ein Proband berichtet, wie sich abgespaltene Gefühle in der zwischenmenschlichen Begegnung und Wahrnehmung zeigen: „es gibt [...] Affektansammlungen und die bilden einen Körper im Körper [und da] hängt eine unglaublich Wut, die sich ausdrückt“ (Interview 2, S. 8, Z. 8). Die Emotionen sind laut dem Probanden nicht mit dem physischen Körper verbunden, sondern mit dem Bewusstseinskörper, der im zwischenmenschlichen Raum spürbar ist.

4.2.1.5 Verkörperung als Schutzmechanismus

Dissoziationen, Taubheit und die Abspaltung von der eigenen Körperwahrnehmung und den Gefühlen haben einen Schutzmechanismus als Funktion. Die Verkörperung ist wie „ein Foto von der Situation“ (Interview 1, S. 6, Z. 27). In der Praxis erlebt eine Probandin diese Schutzmechanismen in körperlichen Regungen: „dass die Schultern höher sind, [...] dass jemand sich vielleicht in dem Moment erstmal einkringelt oder sich [...] körperlich schützt“ (Interview 1, S. 6, Z. 13). Von einer ihrer Patient*innen berichtet sie: „Es fühlt sich so an [...] als ob es nicht mein Arm ist, ich kann ihn zwar bewegen, aber es fühlt sich alles irgendwie fremd an“ (Interview 3, S. 10, Z.17). Die Körperwahrnehmung wird eingeschränkt mit der Funktion, die traumatische Situation beim Wiedererleben nicht körperlich erneut zu erleben (Interview 4, S. 6). Nicht nur die körperlichen Reaktionen, die sich wiederholen, haben eine Schutzfunktion, sondern auch die Taubheit: „Also dieses Nicht-Fühlen hat ja eine Funktion, sich davor zu schützen, diesen Tumult, der da unten drunter steckt, den zu fühlen“ (Interview 3, S. 10, Z. 23).

4.2.2 Interventionen

Um wieder ein Bewusstsein für das abgespaltene Körpergefühl und die eigenen Bedürfnisse zu gewinnen, verwenden die befragten Therapeut*innen verschiedene Formen der Interaktion mit unterschiedlichen Zielen. Was allen gemein ist: „Der Körper spricht immer mit. Immer“ (Interview 1, S. 11, Z. 33).

4.2.2.1 Der Kontakt zweier Körper

In der Therapie ist die Präsenz der zwei anwesenden Menschen und ihrer Körper eine sehr zentrale Interaktionsform, denn „wir wirken durch unser Sein und wir wirken durch unsere Qualität des Seins“ (Interview 2, S. 5, Z. 9) und „schon alleine, wenn [...] ein Mensch in einem Raum ist, ist da eine Präsenz, wo wir schon mit einer intimen Form interagieren“ (Interview 2, S. 4, Z. 14). Die bloße Anwesenheit zweier Körper kann für die Interaktion genutzt werden, wie eine Therapeutin berichtet: „auch als Therapeutin sitze ich ja nicht körperlos da,

sondern ich kann dann ja auch meine eigenen Körperwahrnehmungen wieder zur Verfügung stellen“ (Interview 1, S. 12, Z. 12).

Eine andere befragte Person schildert die Interaktion und die Wahrnehmung wie folgt: „Ich lege nur meine zwei Ohren, meine Hände sind zwei Ohren, die lege ich lauschend an den Körper des Anderen“ (Interview 2, S. 17, Z. 29). Um am inneren Erleben des Gegenüber teilzunehmen, stellt er sich die Frage: „Was erlebe ich in mir, wenn ich einem anderen Menschen begegne? [...] Und dann lese ich den Prozess der Klienten durch meinen eigenen Prozess, was der Mensch in mir auslöst“ (Interview 2, S. 5, Z. 15). Auch die KPT-Therapeut*innen beziehen somit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänome in ihre Arbeit mit ein. Ein Therapeut kritisiert in dem Zuge den gängigen Körperbegriff: Solange wir den Körper nur beschränken auf „Anatomie und Physiologie, kann ich dem Menschen nicht gerecht werden [...]; der Körper als Ganzes ist nicht sichtbar und der Körper besteht vereinfacht gesprochen aus einem Bewusstseinskörper und einem materiellen Körper“ (Interview 2, S. 2, Z. 33). Der Bewusstseinskörper liege im Raum zwischen Menschen, denn „alles, was Menschen schätzen: Liebe, Respekt, Achtung, Wertschätzung ist etwas, was im Raum zwischen Menschen entsteht“ (Interview 2, S. 2, Z. 26). Das zwischenmenschliche Wahrnehmen kann auch eine diagnostische Funktion haben, wie ein Therapeut schildert: „die Menschen erzählen mir, was sie erlebt haben mit dem Körper, sie zeigen mir, was sie erlebt haben“ (Interview 4, S. 6, Z. 19).

4.2.2.2 Angebote des Erforschens

„Viele Dinge werden erst verarbeitbar, wenn es gelingt, sie erfahrbar zu machen“ (Interview 4, S. 2, Z. 1.). Die Angebote des Erforschens können zum einen das Spüren der körperlichen Reaktionen sein und oftmals auch das Aushalten des Nicht-Spürens. Dabei kann man „dem Menschen die Freiheit lassen, auch erstmal hilflos zu bleiben und sich nicht spüren, weil das [...] ist ja auch eine Art der Regulation, [und] das zu benennen, dass es gerade auch wichtig ist, sich nicht zu spüren [...] und auch das Nicht-Spüren mal zu erforschen“ (In-

terview 1, S. 9, Z. 8). Auch über das Nicht-Spüren kann ein Kontakt zum Körper hergestellt werden. Wenn die Taubheit angenommen wird, können Patient*innen lernen, dass auch sie da sein darf und eine Schutzfunktion hat (Interview 3, S. 10). Dabei ist das Erleben von Kontrolle über den eigenen Körper ein wichtiger Weg, um die Dysregulation regulieren zu lernen, durch die Erkenntnis: „Das kann ich steuern, wenn ich meinen Körper wahrnehme“ (Interview 1, S. 11, Z. 8).

Für manche Patient*innen ist es jedoch sehr belastend, den eigenen Körper zu spüren und dies kann auch zu Retraumatisierungen führen, wovon die Therapeut*innen warnen: „Es gibt die positive Hilflosigkeit, die man dann fühlt und zulassen kann und es gibt die Traumahilflosigkeit, wo man nur in einem Loch versinken würde“ (Interview 3, S. 14, Z. 33). Den Menschen durch die Achtsamkeit in „einen Körper zu zwingen, [...] in den somatischen Körper, würde nur die Dissoziation verstärken“ (Interview 2, S. 15, Z. 9). Aus diesem Grund plädiert ein Therapeut für ein anderes Körperverständnis, „das weit über den physischen Körper hinausgeht, weil nur da haben wir sozusagen auch den Raum, sehr stresshafte Erfahrungen überhaupt [...] abzulegen und uns dann darüber in Beziehung zu setzen“ (Interview 2, S. 10, Z. 10). Erst aus der Distanz heraus durch Distanzierungstechniken wie der Bildschirmmethode sei es möglich, aus der direkten Erfahrung des Körpers herauszugehen und den physischen Körper von außen zu betrachten (Interview 2, S. 11). Erst wenn im „Bewusstseinskörper, wenn da der Stress angesprochen wird, dann folgt der somatische Körper, [...] dann rutscht wie ein Bewusstsein in den somatischen Körper rein, [...] dass unser immaterieller Körper sich wieder mit dem Körper verbindet [...] dann sind sie plötzlich in ihrem Gespür drin, in ihrem Gefühl drin und fühlen ihren somatischen Körper auf eine angemessene Weise“ (Interview 2, S. 16, Z. 21). Ein Erforschen ist auch, die tiefen körperlichen Ressourcen zu aktivieren, sodass sich Patient*innen „im ganzen Körper erinnern: Wie geht es mir, wenn es mir gut geht?“ (Interview 4, S. 9, Z. 25). Diese Erfahrungen können bei sehr belastenden Situationen oder der Gefahr der Retraumatisierung in der Therapie genutzt werden.

Die Impulse des Körpers aufzudecken und zur Sprache zu bringen ist ein ständiger Prozess in der Therapie aller Befragten: „ich beobachte [...] das Nervensystem von der Person und dann fällt mir zum Beispiel auf, dass die Füße wippen, oder jemand sich, je mehr wir über das Thema reden, so wegzieht, so zurückzieht und dann spreche ich das an: Folge mal deinem Körperimpuls, also lass deinen Körper mal machen" (Interview 3, S. 11, Z. 30).

Zwei von den vier befragten Personen arbeiten mit Berührungen in ihrer Therapie und betonen die Wichtigkeit des bewussten und transparenten Vorgehens. Nur so können Berührungen hilfreich und förderlich sein, dass die Patient*innen „nicht eine Berührung als eins zu eins in dem Moment erfahren ohne eine Zwischenschaltung des inneren Beobachters“ (Interview 1, S. 16, Z. 31). Der Gewinn einer Berührung ist vor allem, die Verbindung mit dem Inneren wiederherzustellen, mit sich durch die Begrenzung des anderen in Kontakt zu kommen: „Wir müssen Menschen physisch anfassen, berühren; [...] eine bestimmte Qualität von Berührung bringt uns in Verbindung mit dem großen Ganzen“ (Interview 2, S. 23, Z. 6). Insbesondere für den Kontakt zu frühen, auch nonverbalen Erinnerungen sei der Körperkontakt immanent (Interview 2, S.14).

4.2.2.3 Zulassen von Bewegungen

Ein weiterer Bestandteil der Arbeit sind die unvollendeten Bewegungen; diese werden durch die Aufmerksamkeit „nachträglich abgerundet und damit lösen sich auch die Symptome“ (Interview 3, S. 13, Z. 5). Es ist sehr förderlich, wenn sich diese Bewegungsimpulse zeigen, „weil sie die [...] damals unvollendeten Bewegungen vollenden helfen und das erleichtert sehr viel für die Menschen“ (Interview 4, S. 8, Z. 11). Dabei geht es darum, „diese Bewegungen, die wirklich von innen kommen, zu begrüßen, da sein zu lassen, zu verstärken, die der Körper selber eigentlich machen will, aber die wir nicht zulassen“ (Interview 3, S. 12, Z. 14). Diese Impulse können unvollendete *fight*- oder *flight*-Reaktionen sein, wie ein Zurückziehen des Körpers oder unruhige Bewegungen der Beine (Interview 1, S 6). Ist der Körper übererregt, äußert sich dies „über Gesichtsrötung, über die Art, wie man spricht, über die

Stimme, über die Unruhe, die sich dann vielleicht in dem Moment breit macht“ (Interview 1, S. 8, Z. 4) und sich über Atmung oder Laufen im Raum lösen lässt. Bei einer Untererregung des Körpers wird „oft die Haut ganz blass oder der Blick geht weg, [...] eine Erstarrung tritt ein oder die Worte sind nicht mehr so richtig zu finden [...] und dann muss ich eben versuchen eher so ein bisschen was Aktivierendes zu machen, in die Kraft zu gehen (Interview 1, S. 8, Z. 13). Diese Bewegungen könne man in der Praxis jedoch „nicht wirklich initiieren, die kommen halt, also man kann denen einen Rahmen geben, denen Raum geben und [...] das benennen und die Aufmerksamkeit dahin richten“ (Interview 3, S. 19, Z. 33).

4.2.2.4 Zulassen von Emotionen

Durch das Zulassen des Nicht-Spürens hat der Körper die Chance, die dahinterliegenden Emotionen freizulassen: Erst dann kommen „automatisch die wahren Gefühle, die vorher abgespalten waren. [...] Und dann erst kommt das Körpergefühl“ (Interview 3, S. 11, Z. 10). Dabei geht es auch darum, den Gefühlen „einen Ausdruck zu geben, Worte zu finden: Ich will, oder: Ich will nicht“ (Interview 3, S. 17, Z. 15). Durch das Begrüßen der Emotionen kann der Körper nachträglich das Geschehen verarbeiten und sich regulieren (Interview 3, S. 5). Langfristig können Patient*innen erleben: Der „Gefühlscontainer wird weiter, also sie können emotional viel mehr erleben dann im Leben“ (Interview 4, S. 10, Z. 9).

4.2.2.5 Integration von Gefühlen, Kognitionen und Körper

Allen befragten Therapeut*innen ist die Ganzheitlichkeit der Behandlung wichtig durch ein „Weben zwischen dem psychischen Inhalt und dem körperlichen“ (Interview 1, S. 12, Z. 16), um die „körperliche Erfahrung und Gefühlswelt und Gedanken und Bedeutung wieder in eine Verbindung zu bringen“ (Interview 1, S. 4, Z. 13). „Es hat eine körperliche Ebene, also weil es auch in der Therapie körperlich erfahrbar ist, wenn sich das zu lösen beginnt. Es hat eine emotionale Ebene, weil die Gefühle, die Emotionen wieder erfahrbar werden und auftauen und natürlich die kognitive Ebene, dass es verstehbarer wird, was eigentlich geschehen ist“ (Interview 4, S. 3, Z. 25). Eine Technik, alle Ebenen anzusprechen, ist die

„Verlangsamung, dass die Menschen Zeit haben das wirklich, emotional und körperlich und mental zu erleben und damit [...] zu integrieren: Ich bin fähig mich zu schützen“ (Interview 4, S. 8, Z. 21). Konkret schildert eine Therapeutin ihr Vorgehen wie folgt: „ich gehe von der kognitiven Ebene weg und gehe schon mal eine Ebene tiefer ins Gefühl und frage dann auch ganz konkret nach der Körperwahrnehmung [...] die kognitive Ebene ist immer sehr schnell und [...] durch Fragen und durch Ausbremsen nehmen wir dann den anderen Teil mit. Und Therapie funktioniert nur, [...] wenn die ganze Einheit praktisch mitgehen kann“ (Interview 3, S. 15, Z. 30).

4.2.3 Wirksamkeit und Heilung

Zwei wesentliche Punkte nennen die Therapeut*innen als wirksamen Weg zur Heilung: die Beziehung und das Begleiten von im Menschen angelegten Heilungsprozessen. Dies spiegelt sich auch in der Haltung der Befragten wider: Die Haltung des Lernenden liegt allen Interviewten zu Grunde: „dass die Heilung nicht an mir liegt. Sondern dass ich auf das [...] in dem anderen Menschen hören muss, was bisher nie gehört wurde“ (Interview 2, S. 26, Z. 3). Dabei brauche es „hundert Prozent Vertrauen in den Prozess der Person [...] und ein völliges Loslassen von jeder Form von Einflussnahme“ (Interview 3, S. 3, Z. 4). Gleichzeitig führt ein Proband die Wichtigkeit der klaren Rollenverteilung an: „meine Rolle ist Psychotherapeut und Arzt und wegen dieser Rolle kommen die Menschen zu mir, das ist der Vertrag“ (Interview 4, S. 13, Z. 28). Denn nur so können Patient*innen, insbesondere bei der Arbeit an Inhalten des Traumas, immer wieder eine „Realitätsorientierung“ (Interview 4, S. 13, Z. 22) durchführen, um das Gegenüber von den in die traumatische Situation involvierten Menschen zu trennen.

Um in der Therapie hilfreich zu sein, ist ein zentraler Punkt eine wertschätzende und ehrliche Beziehung, denn „wir wirken durch unser Sein und wir wirken durch unsere Qualität des Seins und die Methode ist in kritischen Schilderungen nur ein Prozent der Wirkung von Psychotherapeuten“ (Interview 2, S. 5, Z. 9). Eine Therapeutin berichtet von den Rückmel-

dungen ihrer Patient*innen nach Abschluss der Therapie, „dass es die Beziehung ist, die hilfreich war. Dieses sich gesehen fühlen und gewertschätzt fühlen, so wie die Person war oder ist“ (Interview 1, S. 15, Z. 14). Ein weiterer Aspekt ist das Herstellen einer heilsamen Beziehung zu sich selbst und zu lernen, sich selbst achtsam beobachten zu können (Interview 1, S. 15).

Ein Therapeut beschreibt seine Haltung als Begleiter anhand der Metapher eines Katalysators: „Ein Katalysator ist ein chemischer Stoff, der seine Oberfläche zur Verfügung stellt, aber nicht selber aktiv im chemischen Prozess teilnimmt. [...] Ich könnte sagen, als Therapeut gehe ich mit meinem Bewusstsein, mit meiner Erfahrung, mit meiner Präsenz, mit meiner Aufmerksamkeit, mit meinem Wohlwollen, [...] mit meiner Liebe, mit meiner Haltung an den Rand des Klientensystems und bleib wie ein Katalysator dort sitzen. Und das System reagiert, weil so einen Kontakt kennen viele Traumatisierte nicht. Sie kennen Entwertung, Anforderungen, Beschimpfung, Druck, Schläge, Gewalt, sexuellen Übergriff [...], aber sie kennen nicht, dass jemand da ist, der nichts will, der nichts muss, der nichts braucht, dem es gut geht und der einfach freundlich, wohlwollend, entspannt da ist wie eine wohlwollende Präsenz. Und [...] dann fängt das System plötzlich an zu arbeiten [...] und dann ist das passiert, was manche [...] den Klienteneigenen-Heilungsplan nennen. [...] Die Traumatherapie [ist] eine besonders subtile Art der Co-Regulation in Dingen, wo wir mit uns überfordert werden“ (Interview 2, S. 18, Z. 16).

Der wohl zentralste Aspekt der inneren Haltung der Befragten ist das Vertrauen in die „meist unbewusste Heilungsintelligenz“ (Interview 3, S. 18, Z. 27). Denn Heilen per se können die Therapeut*innen nicht, aber dafür „Bedingungen schaffen, Zugänge legen“ (Interview 2, S. 25, Z. 11). Gleichzeitig betonen die Befragten, wie wenig direkten Einfluss sie auf das Wirken der Therapie haben: „gute Therapie beruht nicht auf Intuition, sondern auf Inspiration [...] da entstehen Dinge, die ich nicht verstehe, die aber plötzlich für den Klienten als heil-

sam, innovativ, erlösend erlebt werden, aber [...] die wirklich tiefen therapeutischen Prozesse, behaupte ich, verstehen wir sowieso nicht“ (Interview 2, S. 21, Z. 10).

Ein Therapeut berichtet zudem von der Immanenz der Verbindung zum großen Ganzen für die Heilung. Das große Ganze könne von Menschen unterschiedlich gefüllt werden, durch Religion, Natur, Gemeinschaft oder Ähnlichem und damit eine Teilhabe am Leben zu haben: „wenn ich [...] in Anbetracht meiner Vergewaltigung oder meines Missbrauchs es heute schaffe hier im Raum ganz anwesend zu sein, auch mit meiner ganzen Geschlechtsidentität, auch mit meiner Sexualität, mit meiner Erotik, mit meinem Geist, mit meinem Humor, mit meiner Freude, mit meiner Trauer, mit meiner Berührbarkeit, mit meiner Empfindungsfähigkeit, mit meinem Ärger, mit meiner Wut, mit meiner Niedertracht, mit meiner Hinterhältigkeit, mit meiner Bösartigkeit, wenn ich mit dieser ganzen Fülle da sein kann, dann würde ich sagen, das ist Heilung“ (Interview 2, S. 23, Z. 11).

4.3 Vergleich von Theorie und Praxis

Im Folgenden sollen die aus der Literaturrecherche und den Interviews gewonnenen Erkenntnisse zur Entstehung und Behandlung von Traumafolgestörungen auf Körperebene sowie die Wirksamkeit von KPT Methoden zusammengeführt und vergleichend analysiert werden.

4.3.1 Entstehung von verkörperten Traumata

Die befragten Therapeut*innen berichten von ihren individuellen Erklärungsansätzen über die Entstehung von sich im Körper zeigenden Symptomen einer Traumafolgestörung. Insbesondere die Theorie von Levine und Frederick (1997) der nach wie vor sich im Körper befindenden freien Energie, die in der traumatischen Situation nicht abgerufen werden konnte und der damit in Verbindung stehenden chronischen Dysregulation, finden die Interviewten in der Arbeit mit ihren Patient*innen wieder. Die Therapeut*innen berichten zusätzlich von den

Schwierigkeiten ihrer Patient*innen, diese Energie adäquat zu verarbeiten, da sie sich nach innen richte und dem Bewusstsein ferngehalten werden wolle.

Auch beschreiben die Therapeut*innen die sich in der Therapie zeigenden Bewegungen und Körperimpulse, denen sie in der Interaktion ihre Aufmerksamkeit widmen. Diese Impulse sind vielfach in der Literatur erwähnt, vor allem die unvollendeten Handlungen aufgrund von unvollständiger Verteidigungsreaktion sowie die als erfolgreich bewerteten und im Nervensystem encodierten Coping-Strategien während des Traumas (Levine & Frederick, 1997; Ogden et al., 2006). Zusätzlich betonen die Befragten das Bedürfnis des Körpers, diesen Bewegungen eine Bedeutung zu geben, um sie kontextualisieren zu können und sie nicht mehr zu unterdrücken. Nach Ogden et al. (2006) ist dieses ebenfalls relevant, um die implizit abgespeicherten Bewegungen mit expliziten Kognitionen zu verbinden. Auch liefern die Befragten (Interview 1, 3 und 4) Beispiele für die von Geuter (2015) betitelten *embodied memories* wie dem Kopfeinziehen als Schutzmechanismus. Die Annahme von Leuzinger-Bohleber et al. (2013), dass über den Körper unbewusste Erinnerungen bewusst werden können, bestätigen die Therapeut*innen (Interview 1, 2 und 3).

In der Literaturrecherche lassen sich diverse Belege und Erklärungsansätze für körperliche Korrelate von Traumafolgestörungen finden. Für die Therapeut*innen hingegen scheint in der Therapie weniger die Entstehung dieser Verkörperung relevant zu sein, sondern eher die sich gegenwärtig zeigende Funktion der Verkörperung. Der Körper soll befähigt werden, sich in der Gegenwart schützen zu können und somit die prozedural gelernten Handlungen zu unterbrechen, was sich nach Ogden et al. (2006) wiederum auch auf Emotionen und Kognitionen auswirken kann. Die unter anderem von Van der Kolk (2015) beschriebene Problematik der interozeptiven Körperwahrnehmung oder auch das Symptom der Depersonalisation (Carlson et al., 2012) und *out-of-body*-Erfahrung des Wiedererlebens (Schauer & Elbert, 2015) als Folge eines Traumas wird von den Therapeut*innen (Interview 1 und 3) vielfach durch Beispiele belegt. Die verminderte Körperwahrnehmung bei Traumatisierten konnte

durch eine verringerte Aktivität des medialen präfrontalen Cortex als zentrale Schaltstelle der interozeptiven Wahrnehmung festgestellt werden (Van der Kolk, 2015). Einigen Patient*innen sei das Spüren und auch das Nicht-Spüren des Körpers ein großes Hindernis im Alltag und zugleich eine Chance, sich wieder mit dem Körper verbinden zu lernen, davon berichten auch Ogden et al. (2006). Sowohl in Diagnosemanualen ohne KPT- Bezug als auch in KPT orientierten Artikeln wurde das Problem der Trennung von der eigenen Körperwahrnehmung demnach benannt und kann daher als Folge einer körperlichen Auswirkung beschrieben werden.

Inwiefern maladaptive Kognitionen und Emotionen mit dem Körperselbst in Verbindung stehen, geht aus den Interviews wenig hervor. Vielmehr berichten einige Befragte von einer durch die freie Energie entstandenen Trennung von Emotionen, Kognitionen und Körperwahrnehmung als einem Schutzmechanismus, um sich selbst nicht spüren zu müssen. Ein Therapeut (Interview 2) berichtet, dass diese abgespaltenen Emotionen im zwischenmenschlichen Raum spürbar werden. Auf dieses Konzept des Bewusstseinskörpers wurde in der recherchierten Literatur nicht eingegangen. Vergleichbar scheint jedoch das von Damasio (2012) beschriebene und über den Körper vermittelte Ur-Gefühl der Existenz zu sein sowie das Wechselspiel von Körper und Selbst. Dies formuliert derselbe Therapeut in ähnlicher Weise über die Verbindung zum großen Ganzen. Nur wenn Menschen es schaffen, als Ganzes in der Existenz sein zu dürfen, sei Heilung möglich. Für den Schutz des Selbst werden auch die Emotionen nicht explizit in der Chronologie des Ereignisses abgespeichert. Sie können sich jedoch implizit im Körper speichern und darüber freigesetzt werden (Culbertson, 1995). Insofern hat das Selbst durch diese Integration Anteil an der Herstellung von Heilung.

Die Therapeut*innen legen im Vergleich zur untersuchten Literatur einen stärkeren Fokus auf das Trauma als Moment einer emotionalen oder körperlichen Überforderung ohne Bewältigungsmöglichkeiten für die Betroffenen (Interview 1 bis 4), anstatt sich auf neurobiologische Ansätze zu fokussieren. Zudem berichten sie davon, wie unterschiedlich sich trauma-

tische Situationen in Abhängigkeit der Ressourcen und Coping-Strategien für die Betroffenen entwickeln, denn „Trauma hat zu tun mit der Sensibilität dessen, auf den es trifft. Und deswegen können Dinge für den einen traumatisierend sein, die für den anderen überhaupt nicht traumatisierend sind“ (Interview 2, S. 6, Z. 6). Von den unterschiedlichen Coping-Strategien in Abhängigkeit von der Art der Verteidigungsreaktion berichten auch Geuter (2015) und Ogden et al. (2006).

Die in der Neurowissenschaft gefundenen Erklärungsansätze, wie sich die Energie im Körper nachhaltig speichern kann und wie sich auch Gehirnareale in Folge eines Traumas verändern, scheinen für die Interviewten weniger relevant zu sein und ein Therapeut sagt diesbezüglich aus: „Für mich ist es im Moment mehr eine Metapher“ (Interview 2, S. 7, Z. 32). Vielmehr führt er die Wichtigkeit der neurowissenschaftlichen Forschung für die Entwicklung von Behandlungsmethoden an. Für die Therapeut*innen ist zentral, was der Mensch vor ihnen mitbringt und daran arbeiten sie in der Beziehung.

4.3.2 Behandlung durch Körperpsychotherapie

Für die Behandlung ist für alle Befragten das Wahrnehmen und Bewusstwerden der sich in der Interaktion zeigenden körperlichen Reaktionen immanent. In der Literatur wird dieses häufig als eher aktiver Prozess dargestellt, wohingegen einige Therapeut*innen ihn als passiv und ergebnisoffen mit einem Vertrauen in den Heilungsprozess der Patient*innen beschreiben. Zudem legen sie besonderen Wert und Vertrauen auf die im Menschen angelegten Selbstheilungskräfte und sehen sich selbst in ihrer Rolle als Wegbegleiter und -bereiter*innen für diese Prozesse. Darauf wurde in der Literatur wenig Fokus gelegt. Gemein haben die Ansichten der Therapeut*innen und Autor*innen wie Van der Kolk (2015), dass die Symptome erfahren werden sollen und die Therapie einen Raum für Angebote des Erlebens zur Verfügung stellen soll: „Viele Dinge werden erst verarbeitbar, wenn es gelingt, sie erfahrbar zu machen“ (Interview 4, S. 2, Z. 1). Insbesondere das Nicht-Spüren zu erforschen und den dahinterliegenden Schutzmechanismus zu verstehen, führen die Therapeut*innen als zentral an.

Die Förderung der Selbstregulation, wie es als Ziel der KPT im Allgemeinen von Thielen (2009) erklärt wird, sehen auch die Befragten (Interview 1 und 2) als einen Weg der Heilung. Ein wesentlicher Bestandteil ist die Interaktion und die Zurverfügungstellung der eigenen Körperwahrnehmungen für die Patient*innen. In der Literatur wird dieses durch die Aktivität der Spiegelneurone in zwischenmenschlichem Kontakt belegt (Heinrich-Clauer, 2017). Die Therapeut*innen betonen den hohen Wert der Interaktion: „wir wirken durch unser Sein und wir wirken durch unsere Qualität des Seins“ (Interview 2, S. 5, Z. 9). In der recherchierten Literatur wird von diesem Erfahrungswert wenig berichtet. In einem sind sich alle Befragten und auch Autor*innen wie Maragos (2010) einig: Der Körper ist in der Interaktion unmittelbar involviert und er „spricht immer mit“ (Interview 1, S. 11, Z. 33). In dem Zuge kritisiert ein Proband den gängigen, anatomischen Körperbegriff und plädiert dafür, ihn um den Bewusstseinskörper, der zwischen den Menschen spürbar ist, zu erweitern. Geuter (2015) und andere unterscheiden vor allem den Körper, *den ich habe* und den Leib, *der ich bin*.

Eine Grundhaltung der KPT nach Geuter (2015), die Verbindung, Bewusstwerdung und Integration von Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen, die als Folge des Traumas getrennt wurden, scheint auch allen Therapeut*innen ein wichtiges Anliegen. Eine Technik, alle Ebenen anzusprechen, ist die „Verlangsamung, dass die Menschen Zeit haben das wirklich, also emotional und körperlich und mental zu erleben und damit [...] zu integrieren: Ich bin fähig mich zu schützen“ (Interview 4, S. 8, Z. 21). Den Körper als Mittel zu nehmen, um dahinterliegende Emotionen, Kognitionen und Erinnerungen aufzudecken, ist sowohl in der Literatur nach Rothschild (2000) und Ogden et al. (2006) als auch in der Praxis gängig. Storch et al. (2006) fügen hinzu, dass affektive oder motorische Erlebnisse aus der frühen Kindheit zunächst keine Verbindung zu den kognitiven Gehirnstrukturen und jenen, die für die Sprache verantwortlich sind, haben. Demnach hilft die Kognition allein nicht, um Erinnerungen bewusst werden zu lassen. Eine Therapeutin (Interview 3) beschreibt ihr Vor-

gehen dazu als eine Kombination aus Fragen und Ausbremsen, da die Kognitionen meist schneller seien als der Körper und die Emotionen. Dies äußere sich beispielsweise dadurch, dass Patient*innen in der Interaktion nicht mit ihren Gefühlen in Einklang zu sein scheinen, sondern wie abgespalten von ihren Gefühlen „über die Dinge hinweg“ (Interview 3, S. 15, Z. 24) reden. Über das Zulassen von Emotionen den Körper wieder zu erreichen, ist eine von den Befragten angewendete Methode: Der „Gefühlscontainer wird weiter, also sie können emotional viel mehr erleben“ (Interview 4, S. 10, Z. 9).

In der Theorie wird einerseits über den Einsatz von Berührungen diskutiert, andererseits vielfach die Chancen von Körperkontakt wie das Spüren der Körpergrenzen oder Kompetenzerleben hervorgehoben (Ogden et al., 2006; Worm, 2007). Ein Proband führt eine weitere Chance der Berührung an: „eine bestimmte Qualität von Berührung bringt uns in Verbindung mit dem großen Ganzen“ (Interview 2, S. 23, Z. 7). Zwei der vier Befragten haben dieselben Erfahrungen mit Berührungen als Anwendungsmethode angesprochen und betonen wie auch Ogden et al. (2006) gleichzeitig die Wichtigkeit des bewussten Einsatzes und der Kombination mit innerer Achtsamkeit. Der Einfluss von Berührungen und einer beruhigenden Stimme konnte in diversen Studien über die Ausschüttung des Hormons Oxytocin nachgewiesen werden (Heinrich-Clauer, 2017; Ogden et al., 2006), dies bestätigen die Therapeut*innen in den berichteten Erfahrungen.

In der Praxis erleben die Therapeut*innen immer wieder die Körperimpulse der Patient*innen, die auf unterschiedliche Erregungszustände hinweisen und die durch nicht vollendete Verteidigungsmuster entstanden sind. Ist ein Mensch übererregt, zeigt sich die Unruhe in der Stimme oder dem Zucken der Beine, ist er untererregt durch beispielsweise blasse Haut (Interview 1). In der Literatur wird dabei empfohlen, den Fokus der Behandlung je nach Erregungszustand und damit zusammenhängender Coping-Strategie zu wählen. Sind beispielsweise dissoziative Zustände im Vordergrund der Symptomatik, kann mit Abgrenzungstechniken gearbeitet werden (Grassmann, 2019).

4.3.3 Wirksamkeit von Körperpsychotherapie

Während in der Literatur in Praxisstudien die Wirksamkeit von KPT insbesondere mit Interventionseffekten begründet wird, führen die Therapeut*innen aus ihren Erfahrungen vor allem die Beziehungsgestaltung und die Selbstheilungskraft der Patient*innen als zentrale Aspekte für erfolgreiche Heilung an. Die Beziehungsgestaltung wird als stärkerer Wirkfaktor als die Art der angewandten Methode gesehen, da schon das Wirken durch die Präsenz zweier Menschen immanent für die Regulation wirkt (Interview 2). Körperorientierte Methoden als adjuvante Verfahren haben sich in stationären Settings vor allem für komorbide Störungen als wirksam erwiesen (Schäfer et al., 2019). Die Studien zur Wirksamkeit der einzelnen von den Therapeut*innen angewandten Methoden führen nicht explizit die Wirksamkeit von KPT und Traumafolgestörungen an, zeigen jedoch insbesondere in langfristigen, katamnetischen Befunden mittelstarke bis starke Interventionseffekte, auch im ambulanten Setting (Brom et al., 2017; Koemeda-Lutz et al., 2006; Tschuschke et al., 2013).

Heilung definieren alle befragten Therapeut*innen als etwas Ganzheitliches und im Menschen Angelegtes. Sie wird sichtbar, wenn der Mensch als Ganzes mit all seinen Facetten am Leben teilhaben kann (Interview 2). Als Praktizierende können die Therapeut*innen selbst einen Boden für Heilung schaffen; der aktive Prozess werde allerdings von den Patient*innen vollendet. Was für den Menschen im Einzelnen heilsam ist, sei für die Therapeut*innen nicht direkt identifizierbar, denn: „da entstehen Dinge, die ich nicht verstehe, die aber plötzlich für den Klienten als heilsam, innovativ, erlösend erlebt werden“ (Interview 2, S. 21, Z. 16).

5. Diskussion

Die Ergebnisse werden im Folgenden bezüglich der Fragestellung nach der Entstehung von Traumata auf Körperebene und der Behandlung mit und Wirksamkeit von Körperpsychotherapie bei Traumafolgestörungen diskutiert. Anschließend werden das methodische Vorgehen und die Gültigkeit der Ergebnisse untersucht, um zum Schluss einen Ausblick auf die Praxis und weitere Forschung geben zu können.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

In dieser Forschungsarbeit wurde der Frage nachgegangen, inwieweit sich aus der Forschungswelt und unmittelbar praktischen Erfahrung von Körperpsychotherapeut*innen psychische Traumata im Körper zeigen. Außerdem wurde untersucht, wie der Einsatz von Körperpsychotherapie für Traumafolgestörungen und deren Wirksamkeit einzuschätzen ist. Die Ergebnisse beider Untersuchungen zeigen, dass sich Traumata auch auf die Körperebene auswirken können und die Behandlung mit Körperpsychotherapie Interventionen bietet, um den Körper in die Traumatherapie mit einbeziehen zu können. Zudem konnte die in der Literatur gefundene Wirksamkeit von unterstützenden körperpsychotherapeutischen Verfahren für Traumafolgestörungen durch die Therapeut*innen bestätigt werden.

Zur Entstehung von Verkörperungen eines Traumas gibt es eine Bandbreite an Erklärungsansätzen, die aus der Literaturrecherche hervorgehen. Die Konzepte zu den gelernten körperlichen Reaktionsmustern, die Dysregulation des Nervensystem als Einflussfaktor auf körperliche Symptome einer Traumafolgestörung, die unvollendeten Bewegungsimpulse und die Trennung von Kognitionen, Emotionen und Körperwahrnehmung mit der Funktion des Schutzmechanismus wurden insbesondere durch Geuter (2015), Ogden et al. (2006), Rothschild (2000), Van der Kolk (2015) und Young (2006) ausführlich geschildert. Zwar konnte in Untersuchungen bewiesen werden, wie sich auch Hirnstrukturen unter der Einwirkung eines traumatischen Erlebnisses langfristig verändern; wie diese jedoch mit den sich in

der Gegenwart zeigenden Körperimpulsen zusammenhängen, konnte bisher nicht ausreichend geklärt werden. Dieser fehlende Nachweis wird von Therapeut*innen kritisiert. In der Praxis scheinen die recherchierten Theorien insbesondere für das Verständnis der sich in der Therapie zeigenden Körperimpulse relevant. Vor allem die Theorie von Levine und Frederick (1997), dass sich eine Dysregulation im Nervensystem auf körperlicher, emotionaler und kognitiver Ebene bei den Patient*innen als Folge auf ein Trauma zeigt, bestätigen die Therapeut*innen aus der Praxiserfahrung.

Für die Behandlung von psychischen Störungen konnte vor allem Geuter (2015) einen Überblick über die Wirkweisen der Körperpsychotherapie als integrative Methode für Körper, Kognitionen und Emotionen im Allgemeinen schaffen. Den Bezug zu Traumafolgestörungen in der Körperpsychotherapie konnten insbesondere Ogden et al. (2006), Rothschild (2000) und Young (2006) herstellen. Daraus ließen sich die Interventionsarten der Achtsamkeit, den Angeboten des Erlebens, der Vollendung von Bewegungsimpulsen und der Berührungen extrahieren. Besonders die Angebote der Selbsterfahrung und des Spürens des Körpers sowie die Identifikation dessen, welche Erfahrungen der Körper gespeichert hat - und sich durch beispielweise implizit gelernte Bewegungsmuster äußern - scheinen in der Praxis relevant. Der Einsatz von Berührungen ist sowohl in der Theorie nach Ogden et al. (2006) als auch in der Praxis umstritten. Es wird auf einen umsichtigen Einsatz verwiesen, um Retraumatisierungen zu vermeiden. Die Methode an sich ist laut den Praktiker*innen jedoch zweitrangig und eher ein Mittel zum Zweck, um den Körper mit einbeziehen zu können.

In den meist von den Ausbildungsinstituten veranlassten Wirksamkeitsstudien konnten für die von den Therapeut*innen verwendeten Körperpsychotherapiemethoden Integrative Körperpsychotherapie, Hakomi und Somatic Experiencing signifikante und langfristige Interventionseffekte nachgewiesen werden (Brom et al., 2017; Koemeda-Lutz et al., 2006; Tschuschke et al., 2013). Für die Emotionalkörper-Therapie bei Traumafolgestörungen wurde bisher keine Wirksamkeitsstudie durchgeführt. Nach S3-Leitlinie für Posttraumatische Belas-

tungsstörungen gelten körperorientierte Verfahren als unterstützendes Mittel für die Behandlung einer PTBS vor allem im stationären Setting als wirksam (Schäfer et al., 2019). Diese Nachweise der Wirksamkeit der Therapien ist für die Praktiker*innen unmittelbar in der Therapie verifizierbar. Sie wird vor allem über die Beziehungsgestaltung und die Aktivierung der Selbstheilungskräfte sowie die Identifikation maladaptiver körperlicher Muster vermittelt. Die tatsächlichen Wirkweisen der Therapie scheinen die Therapeut*innen nicht nachvollziehen zu können und vielmehr auch nicht zu müssen, da das Vertrauen in die Selbstheilungskräfte zu überwiegen scheint und die tiefen therapeutischen Prozesse nicht in der Interaktion direkt verstehbar werden. Das Vertrauen in diese Selbstheilungskraft ist insbesondere seit den 60er Jahren stark in den Fokus der KPT gerückt. Zudem ist die Förderung der Selbstregulation und das Wiederherstellen einer Teilhabe mit allen Facetten der Emotionen, Kognitionen und des Körpers ein wichtiger Weg zur Heilung aus Perspektive der Therapeut*innen. Von diesen unmittelbaren Erfahrungen über die Wirksamkeit konnten in der Literaturrecherche keine vergleichbaren Ergebnisse gefunden werden.

Praxis und Theorie scheinen sich in dieser Arbeit insofern zu ergänzen, als dass sie dem gegenseitigen Verständnis von in Untersuchungen gefundenen Korrelaten sowie der in der Praxis verifizierbaren Realität dienen. Die Praxiserfahrungen bieten zudem eine aktuelle Momentaufnahme der derzeitigen Therapiewelt. Durch den Abgleich der in der Vergangenheit erstellten Theorien können die Praxisbeispiele diese bestätigen. Gleichzeitig weisen die Praxiserfahrungen auf die hohe Relevanz einer ganzheitlichen Psychotherapie hin, die auf allen Erlebensebenen des Menschen fußt. Die Elemente der KPT sind vielseitig und lassen sich leicht in andere Therapieformen integrieren. Zudem ist der Einbezug des Körpers ein praktisches Mittel, da er unmittelbar in der Interaktion präsent wirkt und somit auch eine diagnostische Funktion für die Psychotherapie hat. Diesbezüglich plädiert ein Therapeut auf ein neues Körperverständnis, das über die Grenzen des dichotomen Körper-Geist-Konzepts hinausgeht und weitere Aspekte wie die zwischenmenschliche Interaktion einbezieht.

Insofern lässt sich in Bezug auf das Thema dieser Arbeit zusammenfassen, dass sich traumatische Erlebnisse langfristig auf die Körperebene übertragen und mit diesen Anteilen in der Körperpsychotherapie wirkungsvoll unter Einbezug der Selbstheilungskräfte und Beziehungsgestaltung gearbeitet werden kann.

5.2 Chancen und Limitationen der Forschungsarbeit

Alle in dieser Arbeit befragten Therapeut*innen kombinieren die Elemente der gelernten KPT Methode mit anderen von ihnen angewendeten Psychotherapiemethoden. Somit ist ein Einblick in die Körperpsychotherapie allein nicht gewährleistet, da die Erfahrungen immer auch vom Einfluss anderer Methoden geprägt sind.

Auch wenn die Methode der qualitativen Interviews Chancen für die Übermittlung von Informationen aus der unmittelbaren Erfahrungswelt der Therapeut*innen bereithält, sind auch methodische Schwächen zu verzeichnen. Zum einen werden durch die Erstellung eines Leitfadens Themen vorgegeben und lassen möglicherweise keinen Raum für dazugehörige, nicht im Voraus bedachte Inhalte. Bei der Durchführung der Interviews wurden teilweise unterschiedliche Aspekte durch die Nachfragen beleuchtet, was die Vergleichbarkeit beeinträchtigen kann.

Auch bezüglich der Literaturrecherche gibt es Limitationen der Aussagekraft, da insbesondere auf deutschsprachige Literatur eingegangen wurde. Zudem konnten aufgrund des Umfangs nicht alle Theorien und Ergebnisse dezidiert erläutert werden, sodass durch die Priorisierung der Erkenntnisse Literatur ausgeschlossen wurde. Darüber hinaus schreiben einige Autor*innen der Literatur auch aus Perspektive von Praktizierenden, wodurch eine klare Trennung von Forschung und Praxis verschwimmen könnte.

5.3 Implikationen

Zwar sind die geschilderten Einblicke subjektive Einzeleinsichten, trotzdem liefern sie Informationen aus der unmittelbaren, realistischen therapeutischen Praxis und somit eine Er-

gänzung zu den vorherrschenden Theorien und Konzepten über Traumafolgestörungen auf Körperebene. Die Ergebnissen dieser Arbeit zeigen, dass traumatische Erlebnisse nachhaltig den Körper beeinflussen und sich in der Therapie unter der Berücksichtigung der körperlichen Impulse ansprechen lassen. Die Kombination aus Literaturrecherche und qualitativen Interviews hat zu einem tieferen Verständnis der körperlichen Auswirkungen eines Traumas und insbesondere für die Arbeit mit dem Körper in der Psychotherapie beigetragen.

Die Körperpsychotherapie als eigenständige Therapiemethode ist derzeit nicht oder nicht umfassend in der Psychotherapiewelt anerkannt. Immer mehr Therapeut*innen greifen jedoch auf Elemente der KPT wie der Aufmerksamkeit auf Körperimpulse zurück und integrieren sie in ihre vordergründig verbalen und kognitiven Therapien. Für die Praxis deutet dies auf die hohe Relevanz eines ganzheitlichen Psychotherapieverständnisses hin, welches alle Ebenen des Erlebens einschließt.

Um die Methoden der Körperpsychotherapie bei Traumafolgestörungen noch weitläufiger zu etablieren und damit die Anerkennung zu ermöglichen, sind weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben nötig. In bisherigen Untersuchungen zur Wirksamkeit und Anwendung von Körperpsychotherapie wurde wenig Fokus auf Traumafolgestörungen gelegt. Insofern bleibt die Frage offen, inwieweit die Körperpsychotherapie als alleinige Therapiemethode für Traumafolgestörungen in der Praxis Anwendung finden kann.

Zusammenfassend konnte diese Arbeit verdeutlichen, dass die Körperpsychotherapie als eine sinnvolle Unterstützung und Begleitung für Menschen mit Traumafolgestörungen angesehen werden kann.

6. Literaturverzeichnis

- Baxa, G. L., Essen, C. & Kreszmeier, A. H. (2009). *Verkörperungen: Systemische Aufstellung, Körperarbeit und Ritual*. Carl-Auer Verlag.
- Bremner, J. D. (2002). Neuroimaging studies in post-traumatic stress disorder. *Current psychiatry reports*, 4(4), 254-263. <https://doi.org/10.1007/s11920-996-0044-9>
- Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel-Porat, V., Ziv, Y., Lerner, K. & Ross, G. (2017). Somatic experiencing for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled outcome study. *Journal of traumatic stress*, 30(3), 304-312. <https://doi.org/10.1002/jts.22189>
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung: Ein Überblick* (2. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91182-3_2
- Carlson, E. B., Dalenberg, C. & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 4(5), 479. <https://doi.org/10.1037/a0027748>
- Cooper, J. E. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (9. Aufl.). Hogrefe.
- Culbertson, R. (1995). Embodied memory, transcendence, and telling: Recounting trauma, re-establishing the self. *New Literary History*, 26(1), 169-195.
- Damasio, A. R. (2012). *Self comes to mind: Constructing the conscious brain*. Vintage.
- Fuchs, T. (2016). Embodied knowledge—embodied memory. In S. Rinofner-Kreidl & H. A. Wiltsche (Hrsg.), *Analytic and Continental Philosophy: Methods and Perspectives. Proceedings of the 37th International Wittgenstein Symposium* (S. 215-229). Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Fuß, S. & Karbach, U. (2019). *Grundlagen der Transkription: eine praktische Einführung* (2. Aufl.). utb GmbH.

- Geißler, P. & Heisterkamp, G. (2007). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie-Ein Lehrbuch*. Springer-Verlag.
- Geuter, U. (2004). Körperpsychotherapie und Erfahrung: zur Geschichte, wissenschaftlichen Fundierung und Anerkennung einer psychotherapeutischen Methode. *reportwissenschaft*, 29(2), 98-111.
- Geuter, U. (2006). Geschichte der Körperpsychotherapie. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 17-32). Schattauer Verlag.
- Geuter, U. (2015). *Körperpsychotherapie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-04014-6>
- Grassmann, H. (2018). Fallstudie und Leitfaden einer körperorientierten Traumatherapie. *körper-tanz-bewegung*, 6(3), 109-117. <https://doi.org/10.2378/ktb2018.art15d>
- Grassmann, H. (2019). Die Strukturelle Körpertherapie und das Wechselspiel zwischen Faszien, Nervensystem und Psyche. *Trauma-Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 17(4), 51.
- Heinrich-Clauer, V. (2017). Körperspannung als Schutzmechanismus. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 7(2), 29–35. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.3887>
- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H. & Soeder, U. (2006). Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien–EWAK. Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 1-14. <https://doi.org/10.1055/s-2006-951848>
- Lanius, R., Lanius, U., Fisher, J. & Ogden, P. (2006). Psychological Trauma and the Brain: Toward a Neurobiological Treatment Model. In P. Ogden, K. Minton, & C. Pain (Hrsg.), *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (norton series on interpersonal neurobiology)* (S. 139-164). WW Norton & Company.

- Leuzinger-Bohleber, M., Emde, R. N. & Pfeifer, R. (2013). *Embodiment—ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Levine, P. A. & Frederick, A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences*. North Atlantic Books.
- Levine, P. A. & Kline, M. (2007). *Verwundete Kinderseelen heilen: wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können* (3 Aufl.). Kösel-Verlag.
- Lübcke, S. & Söller, A. (2019). *Emotionalkörper Therapie*. Kösel.
- Maercker, A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. Aufl.). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-540-88489-7>
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577.
<https://doi.org/10.1007/s00115-008-2467-5>
- Maragos, M. (2010). Worauf es ankommt: Integrative Traumatherapie. *Psychotherapie*, 15(2), 298-307.
- Martins Baltzer, L. C., Trautmann-Voigt, S., Voigt, B., Zander, D. & Hromada, L. (2017). Die Wirksamkeit von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei der Behandlung einer posttraumatischen Symptomatik. *Trauma & Gewalt* 11(1), 6-21.
<https://doi.org/10.21706/tg-11-1-6>
- Mayring, P. (1991). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. Kardoff, H. Keupp, L. Rosenstiel, & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung : Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 209-213). Beltz.
- Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M. & Stewart, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PloS one*, 4(5), e5614.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005614>

- Müller-Braunschweig, H., Stiller, N., Beutel, M., Doering, S., Leichsenring, F. & Reich, G. (2010). Körperorientierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 55, 441-443. <https://doi.org/10.1007/s00278-010-0759-2>
- Nijenhuis, E. R., Vanderlinden, J. & Spinhoven, P. (1998). Animal defensive reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 11(2), 243-260. <https://doi.org/10.1023/A:1024447003022>
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Opdenakker, R. (2006). Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research. *Forum: Qualitative Social Research*, 7(4). <https://doi.org/10.17169/fqs-7.4.175>
- Payne, P., Levine, P. A. & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in psychology*, 6, 93. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093>
- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 76(2), 86-90. <https://doi.org/10.3949/ccjm.76.s2.17>
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. WW Norton & Company.
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R. & Wöller, W. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59783-5>

- Schauer, M. & Elbert, T. (2015). Dissociation following traumatic stress. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*, 218(2), 109-127. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>
- Schulten, A. & Summhammer, M. T. (2017). Traumatisierung findet im Körper statt – Traumaheilung auch! In F. Riffer, E. Kaiser, M. Sprung, & L. Streibl (Hrsg.), *Die Vielgestaltigkeit der Psychosomatik*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54146-3_19
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (2006). *Embodiment - Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Hans Huber.
- Thielen, M. (2009). *Körper-Gefühl-Denken*. Psychosozial Verlag.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda-Lutz, M., Schulthess, P. & von Wyl, A. (2013). Abschlussbericht Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) der Institute der Schweizer Charta für Psychotherapie für Integrative Körperpsychotherapie (IBP) Teil 1. *Schweizer Charta für Psychotherapie*.
- Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Witzel, A. (1985). Das Problemzentrierte Interview. In G. Jüttmann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227-255). Beltz.
- Worm, G. (2007). Zum Umgang mit Handlungsdialogen in der therapeutischen Beziehung. In P. Geißler & G. Heisterkamp (Hrsg.), *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie-Ein Lehrbuch* (S. 211-238). Springer.
- Young, C. (2006). One hundred and fifty years on: The history, significance and scope of body psychotherapy today. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 1(1), 17-28. <https://doi.org/10.1080/17432970500468299>

7. Anhang

7.1 Anhang A: Interviewleitfaden

Leitfrage	Nachfragen
<p>Wie sind Sie dazu gekommen, die XXX Methode zu erlernen und diese heute zu praktizieren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Warum haben Sie sich gerade für diese Methode entschieden? • Was unterscheidet die Methode von anderen Körperpsychotherapiemethoden? • Bei mehreren: Welche Methode finden Sie persönlich am interessantesten und auf welche greifen Sie am liebsten zurück?
<p>Der Begriff Trauma scheint heutzutage ein inflationär verwendeter Begriff zu sein, wie definieren Sie ihn für sich ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mit welchen Traumaverletzungen kommen Ihre Patient*innen zu Ihnen? • Mit welchen Fragestellungen oder Anliegen/ Problemen/ Diagnosen kommen Ihre Patient*innen zu Ihnen?
<p>Bei meiner Recherche bin ich immer wieder auf den Begriff <i>verkörperter Schrecken</i> gestoßen. Wie ist Ihre persönliche Idee zur Entstehung von sich im Körper verankerten Traumata?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Funktion hat dieser körperliche Ausdruck für Ihre Patient*innen nach Ihrer Erfahrung? • An welche Theorie ist ihr Umgang mit verkörpertem Traumata angelehnt? • Inwiefern spielt die Entstehung des Traumas auf körperlicher Ebene bei Ihnen in der Therapie eine Rolle?

<p>Traumaverletzte scheinen oftmals keinen Kontakt zu ihrer Körperwahrnehmung herstellen zu können. Wie stellen Sie in der Praxis eine Verbindung zum Körper her ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gehen Sie damit um, wenn der/die Patient*in keinen Kontakt zu dem eigenen Körper hat? • Wie können Patient*innen bei Ihnen lernen, den Körper wieder zu bewohnen? • Mit welchen Methoden/Techniken stellen Sie einen Kontakt zum Körper her?
<p>Was unterscheidet die Körperarbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen von der Arbeit mit anderen psychischen Verletzungen ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Interventionen sind (nicht) geeignet? • Worauf muss geachtet werden?
<p>Wie beziehen Sie die verschiedenen Ebenen Körper, Geist und Seele in Ihre Arbeit mit den Menschen ein?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Bedeutung hat Ihrer Meinung nach eine ganzheitliche Heilung von Körper, Geist und Seele in der Psychotherapie? • Wie sieht aus Ihrer Sicht eine ganzheitliche Heilung in der Psychotherapie konkret aus? • Was ist für eine ganzheitliche Heilung Ihrer Meinung nach notwendig? • Was ist ihr Verständnis von Heilung?

<p>Wie erleben Sie die Interaktion mit Ihren Patient*innen ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie verändert sich die Beziehung über den Verlauf der Sitzungen? • Mit welcher inneren Haltung begegnen Sie Ihren Patient*innen?
<p>Was ist nach Ihren Erfahrungen die optimale Therapie für Ihre Patient*innen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind nach Ihren Erfahrungen die wirksamsten Elemente Ihrer Therapie?
<p>Gibt es noch etwas, was Sie mir sagen mögen, aber was Sie noch nicht gesagt haben?</p>	
<p><i>Wertschätzender Abschluss des Interviews</i></p>	

7.2 Anhang B: Proband*innenaufklärung

Liebe Teilnehmenden des Interviews,

In meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit der *Entstehung von verkörperten Traumata und ihrer Behandlung und der Wirksamkeit aus der Perspektive der Körperpsychotherapie*. Für einen Einblick, welche Rolle die Entstehung der Verkörperung eines Traumas in der Praxis einnimmt und inwiefern die Theorie sich darin abbilden lässt, führe ich ergänzend zu einer Literaturrecherche Expert*innen-Interviews mit Körperpsychotherapeut*innen durch.

Mit dieser Proband*inneninformation möchte ich Sie bitten, mich bei dieser Studie zu unterstützen und mir Ihr Expert*innen- und Praxiswissen zum Thema Traumatisierung und Körperpsychotherapie zur Verfügung zu stellen. Das Interview wird ein Leitfaden-Interview sein, was bedeutet, dass ich Sie anhand von Leitfragen durch die verschiedenen Themenbereiche führe und Sie dazu frei berichten können. Anhand eines Aufnahmegerätes werde ich das Interview (mit Ihrer Einverständnis) aufzeichnen, um es später anonymisiert transkribieren und auswerten zu können. Die Dauer des Interviews beträgt ca. 60 Minuten.

Um Ihre Daten für diese Arbeit anonym weiterverwenden zu können, fertigen Sie bitte einen individuellen Code an, der sich in der vorgegebenen Reihenfolge, aus dem ersten Buchstaben Ihres Geburtsorts, dem ersten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter, dem letzten Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters und der Zahl des Geburtsmonats Ihrer Mutter, zusammensetzt. Dieser Code ist nur durch Sie reidentifizierbar.

Wir arbeiten auf der Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes und unterliegen damit der Schweigepflicht und sind dem Datengeheimnis verpflichtet. Persönliche Daten werden in der Auswertung unkenntlich gemacht, die Aufnahmen werden gelöscht und alle Angaben werden nur im Rahmen dieses Forschungsprojektes und zukünftiger wissenschaftlicher Publikationen verwendet. Es kann dazu kommen, dass einzelne Ihrer Sätze, welche aus dem Zusammenhang genommen werden und nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden können,

in der Arbeit zitiert werden. Die Audiodateien werden von mir auf einer externen Festplatte gespeichert und nach Abschluss des Projektes, in etwa sechs Monaten, gelöscht.

Laut der neuen Datenschutzverordnung haben Sie ein Informationsrecht. Sie haben also das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder übermittelt werden. Das Berichtigungsrecht besagt, dass die Teilnehmer*innen das Recht haben, die unrichtigen personenbezogenen Daten korrigieren zu lassen. Zudem haben Sie das Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten. Schließlich haben Sie das Recht auf Beschwerde. Für diese Beschwerde können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten Ihres jeweiligen Heimatortes wenden.

Die Teilnahme an der Studie sowie Audio-Aufzeichnungen sind freiwillig und können jederzeit und ohne eine Angabe von Gründen abgebrochen werden. Der Abbruch der Studie hat keinerlei Nachteile für Sie.

Über eine Mitarbeit würde ich mich sehr freuen und bin gespannt darauf, was Sie mir zu diesem Thema berichten können.

Herzliche Grüße,

Fenja Kulemann

Ich habe die obigen Informationen gelesen und bin damit einverstanden,

Datum, Ort

Unterschrift

7.3 Anhang C: Einwilligungserklärung für Proband*innen

Kennnummer des Probanden/der Probandin

(erster Buchstabe des Geburtsorts + erster Buchstabe des Vornamens der Mutter + letzter Buchstabe des Vornamens des Vaters + Zahl des Geburtsmonats der Mutter):

Ich bin über den Zweck dieses Forschungsprojektes, den Ablauf, den Auswertungsvorgang und den Umgang mit meinen Daten aufgeklärt worden (u.a. Löschung der persönlichen Daten, Löschung der Aufnahme). Mir wurde erklärt, dass meine Daten und Angaben ausschließlich anonym zu wissenschaftlichen Zwecken und im Rahmen dieses Forschungsprojektes genutzt und verarbeitet werden. Außerdem wurde ich in Kenntnis gesetzt, dass die Audioaufzeichnungen auf einer externen Festplatte der Bachelorstudentin gespeichert werden und am Ende des Projekts, voraussichtlich in sechs Monaten, gelöscht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, welche aus dem Zusammenhang genommen werden und nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, in der Arbeit zitiert werden. Ich erkläre mich mit der Weitergabe und Veröffentlichung der fertigen Arbeit einverstanden. Außerdem habe ich das Recht, meine Daten jederzeit einsehen und korrigieren zu können. Ich kann die Löschung meiner Daten und Audiodateien jederzeit und ohne Angaben von Gründen veranlassen.

Bitte kreuzen das für Sie Zutreffende an:

- Ich bin mit einer Audioaufnahme während des Interviews einverstanden
- Ich bin mit einer Audioaufnahme während des Interviews nicht einverstanden

Meine Fragen bezüglich des Forschungsprojektes wurden mir vollständig beantwortet. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, unter den oben genannten Bedingungen an diesem Projekt teilzunehmen.

Datum, Ort

Unterschrift