

Entwicklungspsychologische Perspektiven in der körperorientierten Traumatherapie

Ernst Kern

Traumatische Erfahrungen unterbrechen und verhindern die psychische Entwicklung, Psychotherapie mit Traumata ist daher immer auch Entwicklungsarbeit. Das Modell der Entwicklung des Selbst von Daniel Stern wird als Grundlage für die körperorientierte Psychotherapie von Traumafolgestörungen vorgeschlagen. Auf dieser Basis werden fünf entwicklungsbezogene Perspektiven für die Körperpsychotherapie mit Traumata diskutiert und daraus Interventionen abgeleitet.

Developmental Perspectives in Body Oriented Therapy of Traumatic Experiences

Traumatic experiences interrupt and hamper psychological development. Trauma Psychotherapy always involves developmental work. The concept of the development of the self by Daniel Stern is taken as a starting point for body psychotherapy for patients with adverse consequences of traumatic experiences. On this basis five developmental perspectives for body psychotherapy of traumatisation and specific interventions are discussed.

In der Psychotherapeutischen Arbeit mit Traumata und Traumafolgestörungen sind Therapeuten häufig mit sehr viel seelischem Schmerz, Hilflosigkeit und extremen Überlebensstrategien (wie z.B. Dissoziationen) der PatientInnen konfrontiert. Hier bedarf es in besonderem Maße orientierender Konzepte und Modelle, die helfen, passende Interventionen im richtigen Maß und zum richtigen Zeitpunkt anzubieten.

Psychotraumata beeinflussen so gut wie immer die gesamte Entwicklung der Person

negativ. In diesem Artikel wird das Konzept der Selbstentwicklung von Daniel Stern (Stern 1992) als Modell dafür vorgeschlagen, körperorientierte Vorgehensweisen in der Traumatherapie aus entwicklungsbezogener Perspektive zu betrachten.

Sterns Entwicklungskonzept gibt dem Körperbezug einen entscheidenden Stellenwert als Fundament und als bleibendem Bezugspunkt auf dem Weg zu einer Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit. Die Basis des Selbst besteht in der Körperlichkeit des Menschen.

Schlüsselbegriffe

Entwicklungspsychologie, Körperpsychotherapie, Trauma, Vitalitätsaffekte, Entwicklungsphasen

Key words

developmental psychology, body psychotherapy, trauma, vitality affects, developmental phases

Dafür gibt es eine Reihe von Anhaltspunkten (Röhrich 2000):

- Die frühe Körper selbstbildung verläuft hauptsächlich bewegungs- und wahrnehmungsorientiert.
- Affektive Kommunikation und Intersubjektivität sind als körperliche Prozesse von Beginn des Lebens an zu beobachten.
- Das phänomenologische Vehikel zur Kontaktaufnahme ist letzten Endes der Körper, er ist die Primärbedingung allen Erlebens.
- Das frühe körperliche Kommunikationssystem bleibt ein Leben lang erhalten und wirksam.
- Implizites Beziehungswissen wird relativ früh in Repräsentationen interpersonaler Ereignisse (von Stern „RiGs“ genannt) und in affektmotorischen Mustern (Downing 1996) gespeichert.
- Manche Aspekte und insbesondere frühe Erfahrungen des Menschen sind über Worte allein kaum zugänglich.

Stern (1992) unterscheidet verschiedene *Entwicklungsphasen des Selbst*. Diese Phasen versteht er als *Bereiche* der Entwicklung, d. h. zu bestimmten Zeiten der Entwicklung stehen bestimmte Themen im Mittelpunkt. Nach Abschluss dieser Zeit treten sie in den Hintergrund, sind aber nicht für immer bewältigt. Die Themen dieser Entwicklungsphasen können auch später im Leben der Person immer wieder in den Vordergrund treten, was für die spätere psychotherapeutische Bearbeitung Zugänge eröffnet.

- Phase 1: Das auftauchende Selbst
- Phase 2: Das Kern-Selbst
- Phase 3: Das subjektiv-bezogene Selbst
- Phase 4: Das verbale Selbst
- Phase 5: Das narrative Selbst

In Anlehnung an Röhrich (2000) können wiederum vier Phasen für den Therapieverlauf unterschieden werden, die aus körperpsychotherapeutischer Sicht jeweils bestimmte

Aspekte der Phasen von Stern besonders akzentuieren (Kern 2009a).

Vier Phasen des Therapieverlaufs

Phase 1: Ankommen, Basis-Sicherheit, Basis-Regulation von Anspannung

Jede persönliche Entwicklung fängt damit an, überhaupt eine Basis, einen Raum für sich zu finden, in dem das Individuum ankommen und „da sein“ kann. Hier geht es um die Entstehung von „epistemischem“ Vertrauen (Batesman / Fonagy 2008), dem grundlegenden Vertrauen einer Person in die Welt. Dafür ist die Basisregulation von Erregung und Anspannung eine notwendige Bedingung.

Die ersten konstanten Muster entstehen durch die Vitalitätsaffekte, die sich aus dem Kontakt mit der Welt im Erleben der Person bilden. Aus der Perspektive der Emotionsentwicklung betrachtet geht es hier um den Bereich der Kernaffektivität (Geuter 2015).

Phase 2: (Körper-)Selbsterfahrung, Selbstwertschätzung, Invarianten des Kern-Selbst

Diese zweite Phase betrifft die Entdeckung des eigenen Körpers und das Richten der Aufmerksamkeit auf die einzelnen Körperfunktionen und Körperbereiche. Aus der Körperwahrnehmung und auf der Basis einer positiven Körper- und Selbsterfahrung baut sich die eigene Wertschätzung des Selbst auf.

In dieser Phase erfolgt die erste Bildung der Konstanten des Selbsterlebens (Selbstwirksamkeit, Selbstkohärenz, Selbstaffektivität, Selbstgeschichtlichkeit) als zentrale Basis für die Identität.

Phase 3: (Körper-)Bewegung, Selbstbestimmung, wechselseitige Empathie

Jetzt geht es zunächst um die Möglichkeit der Person, ihren Körper selbst bewegen zu können, damit sie die Welt erkunden und mehr Einfluss gewinnen kann. Durch die größeren

Möglichkeiten zur aktiven Kontaktaufnahme oder zur Abgrenzung kann die Selbst-Wirk-samkeit weiter gefestigt werden.

In dieser Phase verschiebt sich der Schwerpunkt von der Regulierung der Spannung und der Affekte zur Gemeinsamkeit des Erlebens. Über wechselseitige Empathie und intersubjektive Bezogenheit wird die Entdeckung der eigenen Innenwelt in Unterscheidung und in Bezug zur Innenwelt der Anderen ein zentrales Thema.

Phase 4: (Körper-)Selbst in Kontakt, Kommunikation, narrative Integration

Durch die Möglichkeit der Kommunikation über die symbolische Wortsprache tritt der Aspekt der stärker selbst bestimmten Kommunikation und des aktiv regulierbaren Kontaktes mit anderen in den Mittelpunkt. Es geht darum, in einer Beziehung den anderen wahrzunehmen und auf ihn eingehen zu können, ohne sich selbst dabei zu verlieren. Die Erfahrung, das eigene innere Erleben mit anderen zu teilen und es mit Worten mitteilen zu können, bestimmt diese Phase. Die Person muss schließlich ihre vergangenen und gegenwärtigen Erlebnisse mit ihrem Selbstbild und ihrer Biographie verbinden können.

Welche Hinweise lassen sich aus diesen Überlegungen für körperpsychotherapeutische Arbeit mit Traumafolgestörungen gewinnen? Im Folgenden sollen *fünf Perspektiven* vorgestellt und diskutiert werden, die als *entwicklungspsychologische Heuristiken* für die körperpsychotherapeutische Praxis dienen können.

Entwicklungspsychologische Perspektive 1: Ein körperpsychotherapeutisches Angebot braucht den vorherigen Aufbau bestimmter Fähigkeiten als Voraussetzung

Aufbau von Sicherheitserleben

Jedes therapeutische Angebot ist darauf angewiesen, dass die PatientInnen sich innerlich sicher und ruhig genug fühlen, um sich mit sich selbst auseinandersetzen zu können. Für Personen mit Traumaerfahrungen ist das besonders schwierig, bei ihnen ist das Bedrohungssystem selten ganz ausgeschaltet bzw. aktiviert sich schon bei kleinsten Anlässen. In einem solchen Zustand sind die PatientInnen kaum aufnahmefähig und sind oft fast ausschließlich damit beschäftigt, sich zu schützen.

Freiraum schaffen

Für den Aufbau eines Therapieprozesses hieße das, sich zu Beginn darum zu kümmern, wie der Patient / die Patientin „ankommen“ kann (s. o. Entwicklungsphase 1). Gendlin (1999) benennt dies als Schritt, um Freiraum zu schaffen. *Äußerer Freiraum* betrifft z. B. den Platz im Raum, wo die Person sitzt oder steht, oder in welchem Abstand Personen in der direkten Umgebung sein sollten.

Innerer Freiraum braucht ein klein wenig innere Ruhe und guten Abstand zu bedrängenden Gedanken und Gefühlen. Erste Voraussetzung dafür ist ein therapeutisches Beziehungsangebot, das *gute Entwicklungsbedingungen* realisiert (Rogers 1972). Dazu gehört für den Therapeuten / die Therapeutin, sich einzufühlen, den Patienten / die Patientin anzunehmen, so wie sie ist, zu versuchen, ihre Welt aus ihren Augen zu verstehen und ihr Erleben aus dieser Sicht heraus zu validieren. Und es gehört dazu, ein spürbares Gegenüber zu sein, sich auf die Begegnung einzulassen (Buber 1958), authentische Resonanz zu geben. Dafür muss der Therapeut / die Therapeutin

auch gut in Verbindung mit dem eigenen inneren Spüren und der eigenen somatischen Resonanz sein. Das Erleben von Halt und Sicherheit in der therapeutischen Beziehung ist der beste sichere Ort für traumatisierte Personen.

Voraussetzungen für Kontaktübungen

Jede / r TherapeutIn, der / die mit früh verletzten PatientInnen in Gruppen arbeitet, kennt die Schwierigkeiten, wenn man Angebote mit Interaktion oder Körperkontakt anbietet (Phase 4). Einige können solche Übungen immer wieder kaum annehmen, da sie sich zu unruhig und ängstlich fühlen.

Was wären also Voraussetzungen für „explizite“ interaktive Übungen (also solche, bei denen die bewusstere Wahrnehmung des Kontaktes dazu gehört)? Zunächst natürlich die basalen Selbstberuhigungsfähigkeiten, wie wir gesehen haben (Phase 1). Weiterhin braucht es die Möglichkeit, sich selbst wahrnehmen zu können, um in einer Interaktion stabil handeln zu können (Phase 2). D. h. als weitere Grundfähigkeit sollte die Selbst-, Körper- und Emotionswahrnehmung geübt und aufgebaut werden. Das ist für mich nach der Anspannungsregulation eine zweite Hauptaufgabe in der Körperpsychotherapie: das ständige interessierte Anfragen des Körpererlebens (Geuter 2015).

Für Traumabetroffene, die oft teilweise oder fast vollständig ihr eigenes Erleben vermeiden („emotional avoidance“, Hayes et al. 2014), ist das besonders schwierig und besonders wichtig. Wichtig, da die Erlebens- und Gefühlsvermeidung der Ausgangspunkt für viele schwere Pathologien (wie z. B. Sucht, Essstörungen, Selbstverletzungen) ist. Schwierig, da durch das Öffnen der Selbstwahrnehmung die schrecklichen und existenziell bedrohlichen Erinnerungen und Gefühlszustände wieder aktiviert werden können und ausgehalten werden müssen.

Von der therapeutischen Begleithaltung her braucht es ein bedingungsloses, nicht be-

drängendes Interesse an allen inneren Regungen, an den kleinen Unterschieden, so weit wie möglich ohne Bewertungen oder gar Deutungen (Phase 2). Die PatientInnen lernen wieder, ihr Erleben mehr wahrzunehmen und zu beschreiben. Sie lernen dabei auch, sich wieder sowohl angenehmen als auch belastenden bis schmerzhaften Empfindungen zuzuwenden.

Abgrenzungsfähigkeit

Neben dem Selbstbezug ist für Kontaktübungen auch die *Abgrenzungsfähigkeit* eine wichtige Voraussetzung (Phase 2 und Phase 3). Personen mit Traumaerfahrungen haben erlebt, dass ihre Grenzen missachtet und überrannt worden sind. Sie geraten bei Kontaktübungen rasch in eine Dissoziation und Erstarrung. Neben dem Erkennen und Gegensteuern gegen die Erstarrung ist es daher hilfreich, auch an Möglichkeiten der Abgrenzung zu arbeiten. Das kann natürlich körperlich unterstützt und geübt werden.

Voraussetzungen für die Arbeit mit starken Emotionen

Aus ähnlichen Überlegungen sollten Angebote, die einen deutlichen *Ausdruck* von Emotionen fordern, sehr gut vorbereitet werden. Das gilt insbesondere für die für eine Person problematischen Emotionen, z. B. der Ausdruck von Wut oder von Trauer und Bedürftigkeit. Wenn man traumatisierte PatientInnen zu früh in den Ausdruck solcher Gefühle drängt, können sie das oft nicht aushalten und nicht von innen her halten. Wenn solche Übungen vorzeitig angeboten werden, werden oft Täterintjekte, Selbsthass und existenzielle Scham aktiviert. Aus Sicht einer humanistisch verstandenen Körperpsychotherapie (Kern 2015; Geuter 2015) würde man daher zunächst stärker auf den Aufbau eines besseren Selbstbezuges der Person bauen, aus dem heraus sich dann Ausdrucksmöglichkeiten im eigenen Tempo der Person entwickeln.

Aufeinander aufbauende Entwicklungsschritte

Folgende Basisfertigkeiten könnte man in der Trauma-Körperarbeit also als aufeinander aufbauend verstehen:

- Basale Anspannungsregulation
- Fähigkeiten zur Selbstberuhigung
- Selbst-, Körper- und Emotionswahrnehmung
- Abgrenzungsfähigkeit
- Fähigkeit zu Übungen mit Interaktion und Kontakt
- Emotionsausdruck

Dieser Aufbau kann sowohl für längerfristige Therapien (in Gruppen- und in Einzeltherapien) als auch für die Planung einzelner Stunden berücksichtigt werden.

Entwicklungspsychologische Perspektive 2: Die kernaffektive Gestimmtheit einer Person kann körperpsychotherapeutisch verändert werden

Das kernaffektive Erleben bei Traumata

Traumaerfahrungen hinterlassen als Folge nicht nur belastende Gefühle wie Angst, Hilflosigkeit, Scham. Oft resultieren eine ständige innere Wachsamkeit oder eine quälende Taubheit und innere Dumpfheit als zentrale Symptome der PTBS. Beides gehört zum Bereich des *kernaffektiven Erlebens* einer Person (Barrett / Russell 1999; Geuter 2015).

Die Kernaffektivität lässt sich ein Stück weit als die Hintergrundstimmung einer Person verstehen, auf deren Basis sich dann die konkreten Gefühle entwickeln. Kernaffektivität wird bestimmt durch die beiden Grunddimensionen *Erregung* (schwach–stark) und *Valenz* (positiv–negativ).

Im Bereich der Traumatherapie finden wir PatientInnen, die übererregt (gereizt) und gleichzeitig sehr depressiv/negativistisch sind, wir finden aber auch solche, die fast apathisch/

dissoziiert und verzweifelt / hoffnungslos sind. Im Bereich der positiven Valenz gibt es Personen mit hoher innerer Anspannung und einer bemüht freundlichen Außenseite.

Körperpsychotherapeutische Zugänge zur Kernaffektivität

Körperpsychotherapie bietet besonders gute Möglichkeiten, auf den Bereich der Kernaffektivität einzuwirken. Im Phasenmodell beträfe das vor allem die Phase 1, die Arbeit an der Basisregulation und Unterstützung, um überhaupt in der Situation psychisch ankommen zu können.

Für PatientInnen mit einer starken inneren Anspannung und Unruhe sind am Anfang häufig Angebote zur *Erregungsregulation* notwendig. Das können zu Beginn einer Therapie-stunde kleine Spiele zum Auspowern sein, laufen, Bälle werfen. Ein besonders wichtiger Aspekt ist auch der *Kontakt mit dem Boden*, auf den immer wieder die Aufmerksamkeit gerichtet werden kann. Auch mit Atemübungen kann die kernaffektive Selbstregulation verbessert werden, insbesondere durch eine Vertiefung und Verlangsamung der Atmung.

Achtsamkeit als Zugang zur Kernaffektivität

Achtsamkeit wurde in den letzten Jahren zunehmend als ein sehr wichtiges Element für den Aufbau konstruktiver psychotherapeutischer Prozesse entdeckt (Michalak et al. 2012; Kern 2007). Mit dem Üben und Erlernen von Achtsamkeit kann das „Ins-Hier-und-Jetzt-Kommen“ unterstützt werden und damit das panische Fixiertsein auf aus der Vergangenheit aktivierte Erfahrungen unterbrochen werden (Stern 2005).

Viele Übungen zur äußeren Achtsamkeit sind dabei hilfreich, mit dem Fokus auf Sehen, Hören, Tasten, Riechen, Schmecken. Die *achtsame Körperwahrnehmung* kann z. B. auf Gehen, Laufen, Atmen gerichtet werden, mit nachträglichem Beschreiben des Erlebten, ohne es zu vertiefen oder zu interpretieren. Die Entwick-

lungsrichtung geht dabei vom Einfacheren zum Schwierigeren: von äußerer zur inneren Achtsamkeit, von der Fokussierung auf einzelne Wahrnehmungsaufgaben zur weiten Achtsamkeit und von einer stärker beobachtenden zu einer mehr teilnehmenden Achtsamkeit (Hupertz 2009).

Entwicklungspsychologische Perspektive 3: Die Vitalitätsaffekte sind als eigenes Erlebensfeld eine besondere Chance der Körperpsychotherapie

Erste Begegnung mit der Welt über die Vitalitätsaffekte

Der erste Kontakt des Säuglings mit der Welt erfolgt nach Stern über die Vitalitätsaffekte. In einer anfangs noch ganzheitlichen Wahrnehmung der Welt unterscheiden sich Begegnungen und Ereignisse hauptsächlich durch ihre Intensität, Form, Gestalt, Rhythmus oder Spannungsbögen voneinander. Das alles sind Merkmale von Vitalitätsaffekten, die sich durch verschiedene *Konturen der Aktivierung* und Intensität voneinander unterscheiden (Stern 1998, 2011). Die Fähigkeit zum Erleben von Vitalitätsaffekten ist angeboren. Jede Wahrnehmung und jede Handlung hat eine Vitalitätstönung. Erleben ist immer mit Spannung und Erregung verbunden, daher können wir die Vitalitätsaffekte auch in der Atmung, Bewegung oder Körperhaltung eines Menschen finden (Geißler 2007). Als erste Begegnung mit dieser Welt bleiben sie meist im Hintergrund, oft als eine bleibende Färbung des späteren Erlebens.

Traumata und Vitalitätsaffekte

Traumata prägen extrem das affektiv-ganzheitliche Erleben. Von Stern (2011) beschriebene typische Erregungskonturen, wie z. B. flach, hoch, ansteigend, abfallend, flüchtig,

explosiv, abrupt, lassen sich problemlos mit dem inneren Erleben von Menschen mit Traumataerfahrungen verbinden, z. B. in der affektiven Verflachung, im schnellen Explodieren von Gefühlen oder in plötzlichen Stimmungswechseln.

Körperpsychotherapie mit frühen Bewegungs- und Erlebensqualitäten

Körperpsychotherapeutische Angebote können direkt die Vitalitätsaffekte ansprechen (Eberhard-Kaechele 2006; Baer / Frick-Baer 2001). Baer und Frick-Baer differenzieren praxisnah die *frühen Bewegungsqualitäten* in:

- Eng – Weit
- Gespannt – Gelöst
- Unlebendig – Lebendig
- Unruhig – Ruhig
- Diffus – Konkret

Hieraus lassen sich unmittelbar körperpsychotherapeutische Entwicklungsrichtungen und Interventionen für traumatisierte Patientinnen entwickeln, z. B. über Bewegungsexperimente (Eberhard-Kaechele 2009).

Der wesentliche affektive Austausch zwischen Baby und der Mutter erfolgt über *primäre Leibbewegungen* (Baer / Frick-Baer 2001): das Schauen, das Lehnen, das Drücken, das Greifen und das Tönen. Sie stellen den primären erlebensbezogenen Zugang zur Welt und zur Interaktion dar. Körperpsychotherapeutische Prozesse können all diese Bewegungen aufgreifen und nutzen, z. B. indem sich der Patient an einer anderen Person anlehnen kann, nach etwas ausgreift, jemanden von sich wegdrückt oder sich traut, trotz Scham in die Augen der anderen zu schauen.

Die wichtigste Entwicklungsrichtung ist, traumabetroffenen Personen zu helfen, statt entfremdet und mit einem dissoziierten Empfinden jetzt wieder mehr im eigenen Körper zu wohnen, sich dort gut aufgehoben und zu Hause fühlen zu können.

Entwicklungspsychologische Perspektive 4: Traumata hinterlassen Brüche in der Selbstentwicklung, die in der körperpsychotherapeutischen Arbeit bearbeitet werden können

Aus der Perspektive des Entwicklungsmodells von Stern können durch Traumata entstandene psychische Verletzungen als *Brüche in der Selbstentwicklung* angesehen werden (Kern 2009b). Anschließende Entwicklungen versuchen, solche Brüche zu kompensieren. In späteren Krisen kann es dann dazu kommen, dass solche früheren Brüche in der Organisation des Selbsterlebens und der Identitätsbildung wieder in den Vordergrund geraten. Damit haben wir es dann oft in der Therapie zu tun.

Brüche in der Selbstentwicklung durch Traumata

Bei traumatischen Erfahrungen liegen gravierende Verletzungen schon in der Sphäre des *auftauchenden Selbst* in der Regulation von Spannung und Erregung vor, die bei PTBS oft dauerhaft verändert ist. Das Erleben wird beherrscht von Ohnmacht, Verlassenheitsgefühlen, Bedrohung, Überflutungsangst, als Folge kommt es zu chronifizierten Vermeidungsmustern im Fühlen und Verhalten. Die Integration der einzelnen Sinneserfahrungen ist erschwert durch die oft bestehende generelle Vermeidung der Innenwahrnehmung, weiterhin durch die fragmentierte Abspeicherung der Traumaerfahrungen und durch die nicht selten entstehende tendenzielle Zersplitterung in einzelne Anteile des Selbsterlebens.

Ein weiteres Zentrum der PTBS entsteht auf der nächsten Ebene, der Entwicklung des *Kern-Selbst*: Alle *Selbst-Invarianten* werden durch schwere und wiederholte traumatische Erlebnisse in ihrer Bildung und Konsolidierung massiv beeinträchtigt: fehlendes Selbstwirksamkeitserleben, gebrochenes zeitliches Kontinuitätsgefühl, kein Kohärenzgefühl für

das Selbst als affektives und integrierendes Zentrum (siehe Perspektive 5).

PatientInnen mit frühen traumatischen Erfahrungen trauen sich oft im Leben nichts zu oder funktionieren nach äußeren Regeln mit einer gnadenlosen Unnachsichtigkeit sich selbst gegenüber. In Beziehungen sind sie meist viel zu offen und unabgegrenzt, was dann Wiederholungen traumatisierender Beziehungen begünstigen kann. Das andere Extrem besteht in einem zunehmendem Rückzug und einer sozialen Isolation. Im *narrativen Selbst*, das die Erfahrungen der Person zu einer Geschichte und Identität integrieren soll, wirken traumatische Erinnerungen, die schon bei der Einspeicherung separat und unzusammenhängend aufgenommen werden, oft wie Fremdkörper.

Körperpsychotherapie mit Entwicklungs- brüchen

Körperorientierte Psychotherapie mit traumatisierten Personen kann Angebote machen, bei denen die KlientInnen die frühen Brüche im eigenen Selbsterleben über Körper- und Gefühlswahrnehmung auf ertragbare Weise erleben und in einer haltenden therapeutischen Beziehung eventuell erste Schritte zu einer Nach-Entwicklung machen können. Erst dadurch werden in der Phase des *subjektiven Selbst* empathische Einfühlung und affektive Abstimmung als korrigierende Beziehungserfahrungen möglich.

Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit mit komplex traumatisierten Personen wird lange Zeit auf den frühen Entwicklungsaufgaben und Identitätsthemen liegen, um zu lernen, die sprachlichen Fähigkeiten auch auf die traumatisch abgespaltenen oder defizitär gebliebenen Bereiche des Körperempfindens und bestimmter Gefühle anwenden zu können und so den Bereich des verbalen Selbst kohärenter werden zu lassen.

Entwicklungspsychologische Perspektive 5: Ein zentrales Ziel der Körperpsychotherapie bei Traumata ist der Aufbau und die Konsolidierung der Identitätskonstanten

Die Selbst-Invarianten als Identitätskonstanten

In der 2. Phase des Kern-Selbst-Erlebens beginnt sich nach Stern (1992) die Vorstellung eines Zentrums der eigenen Person zu formen. Zentrale Aspekte der Selbsterfahrung dafür, dass sich das Kern-Selbst herausbilden kann, sind vier von Stern „Selbst-Invarianten“ genannte Erfahrungseinseln:

- **Selbst-Urheberschaft:** das Gefühl, selbst Autor der eigenen Handlungen zu sein und auf andere Personen, auf Dinge und Ereignisse Einfluss nehmen zu können
- **Selbst-Kohärenz:** die Vorstellung, in verschiedenen Situationen und an verschiedenen Orten die gleiche, zusammenhängende Person zu sein, d.h. auch körperlich und psychisch abgegrenzt zu sein
- **Selbst-Geschichtlichkeit:** das Empfinden einer zeitlichen Kontinuität des Selbst
- **Selbst-Affektivität:** das Erleben, dass es verschiedene, unterscheidbare Affektqualitäten gibt, die eindeutig der eigenen Person zugehören

Ein stabil ausgebildetes Kern-Selbst stellt die Basis eines tragenden Gefühls existenzieller Sicherheit und eines Grundvertrauens dar. Es steht im Zentrum der Identitätsbildung.

Selbst-Invarianten und Traumata

Viele traumatisierte Personen haben kein stabiles Gefühl dafür, selbst Urheber eigener Handlungen zu sein und effektiv und vorhersehbar auf die Welt Einfluss nehmen zu können. Die oft schon frühen und wiederholten Erfahrungen des ohnmächtigen Ausgeliefertseins sabotieren die Festigung des Empfindens einer Selbst-Ursächlichkeit. Die Selbst-

Kohärenz zerfällt in der Traumasituation, in der Folge ist das Sich-von-sich-selbst-Fernhalten ein zentraler Überlebensmechanismus, wodurch ebenfalls das Gefühl der zeitlichen Kontinuität verloren geht. Dissoziation verhindert den Aufbau bzw. die Wiederherstellung der Selbstaffektivität.

Körperpsychotherapie zur Konsolidierung der Selbst-Invarianten

Stern (1992) weist auf die Bedeutung realer und sinnlich wahrnehmbarer Erfahrungen (Handlungen, Sinneseindrücke, zeitliches und affektives Erleben) für die körperpsychotherapeutische Arbeit mit den Selbst-Invarianten hin. Daraus lässt sich als ein körperpsychotherapeutisches Arbeitsprinzip ableiten, eher einfach gehaltene Angebote zu machen, die die *sinnliche und körperliche Wahrnehmung* ansprechen. Stern identifiziert empirisch aus der Säuglingsbeobachtung Elemente der Selbstursächlichkeit: die Empfindung eines Wollens, das propriozeptive Feedback während einer Handlung und die Voraussagbarkeit der Folgen der eigenen Handlung. Die reale *Erfahrung physischer Kontrolle* z.B. beim Krafttraining oder beim Ballspielen und Werfen kann das Empfinden von Selbstwirksamkeit deutlich verbessern.

Die Selbst-Kohärenz kann durch die Arbeit mit *Body Scans* und *Körperbildern* verbessert werden. Körperbilder von schwer traumatisierten PatientInnen spiegeln oft die dramatischen Folgen des Traumas wider, z.B. durch fehlende Körpergrenzen oder Lücken in der Körperwahrnehmung.

Ein weiterer der Selbst-Inkohärenz zugrunde liegender Aspekt ist die Dissoziativität, die sich in mehr oder weniger großem Ausmaß bei allen PTBS-Betroffenen findet. *Antidissoziative Vorgehensweisen* versuchen, zum Kohärenz-Erleben zurückzuführen. Die basalsten Strategien nutzen Grundlagen aus der ersten Phase: Basis-Regulation von Anspannung, Atmung, Grounding, Aufmerksamkeitslenkungs- und

Ablenkungsstrategien, Lenken der Blickrichtung nach oben oder körperliche Koordinationsaufgaben.

Grundsätzlich lassen sich wahrscheinlich alle von Stern (1992) genannten Elemente der Selbst-Kohärenz zur Unterstützung eines antidissoziativen Erlebens nutzen: Einheit des Ortes, Kohärenz der Bewegung, der zeitlichen Struktur, ähnliche Muster in der Intensität sowie Kohärenz der (Körper-)Form können in körperpsychotherapeutischen Angeboten erlebbar werden.

Selbst-Affektivität kann durch ein spielerisches und explorierendes Ausdrücken von Affekten verbessert werden (Trautmann-Voigt/Voigt 2002). Statt um emotionale Katharsis geht es um Wahrnehmung und Differenzierung, um die Akzeptanz der eigenen Emotionen und Affektqualitäten und deren angemessener Kontrolle. Eine wahrnehmungsorientierte und sanfte Therapiehaltung unterstützt diesen Prozess der langsamen Annäherung und Wiederaaneignung der eigenen Affekte.

Schlussbetrachtung

Psychotherapie ist Entwicklungsarbeit. Als Theorie der Entwicklung des *Selbst-Erlebens* wurde das Modell von Daniel Stern vorgeschlagen, welches in hervorragender Weise in der Lage ist, eine Systematik für die körperorientierte Psychotherapie von Traumafolgestörungen und für traumaspezifische Interventionen anzubieten.

Durch die Wurzeln des Modells in der normalen Entwicklung behält man die Ressourcen der Person im Blick, durch die phänomenologische und empirische Basis in der Säuglingsbeobachtung bezieht man sich auf ein Modell der Entwicklung von Innenwelten und des Aufbaus von psychischer Struktur. Dabei wird dem Körper- und Bewegungsbezug ein zentraler Stellenwert beigemessen als Fundament und bleibender Bezugspunkt.

Vor diesem Hintergrund wurden fünf spezifische Perspektiven für die körperorientierte Traumatherapie herausgearbeitet:

- Ein körperpsychotherapeutisches Angebot braucht den vorherigen Aufbau bestimmter Fähigkeiten als Voraussetzung.
- Die kernaffektive Gestimmtheit einer Person kann körperpsychotherapeutisch verändert werden.
- Die Vitalitätsaffekte sind als eigenes Erlebensfeld eine besondere Chance der Körperpsychotherapie.
- Traumata hinterlassen Brüche in der Selbstentwicklung, die in der körperpsychotherapeutischen Arbeit bearbeitet werden können.
- Ein zentrales Ziel der Körperpsychotherapie bei Traumata ist der Aufbau und die Konsolidierung der Identitätskonstanten.

Durch Traumata wird in ganz besonderem Ausmaß das frühe Fundament der Selbstbildung erschüttert. Die körperorientierte Arbeit an den basalen Möglichkeiten der Erregungs- und Anspannungsregulation, dem Aufbau von Selbstwahrnehmung und den zentralen Identitätsbausteinen des Kern-Selbst steht meiner Erfahrung nach zunächst im Mittelpunkt bei frühen und komplexen Traumafolgestörungen.

Gerade weil TherapeutInnen bei diesen PatientInnen mit großer Hilflosigkeit und archaischer Angst konfrontiert werden, brauchen sie Orientierungslinien und Arbeitsmodelle. Mir hilft der entwicklungspsychologische Bezug immer wieder sehr bei der körperbezogenen Arbeit mit traumatisierten PatientInnen.

Literatur

- Baer, U., Frick-Baer, G. (2001): *Leibbewegungen. Methoden und Modelle der Tanz- und Bewegungstherapie*. Affenkönig-Verlag, Neukirchen-Vluyn
- Bateman, A., Fonagy, P. (2008): *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ein*

- mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Buber, M. (1958): Ich und Du. Reclam, Stuttgart
- Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel, München
- Eberhard-Kaechele, M. (2009): Heimkehr zu sich selbst. Affektregulation und Selbstvertrauen nach Traumatisierung. In: Moore, C., Stammermann, U. (Hrsg.): Bewegung aus dem Trauma. Schattauer, Stuttgart, 165–192
- Eberhard-Kaechele, M. (2006): Wie das Kaninchen vor der Schlange. Körper- und Bewegungsinterventionen bei traumatisierten Menschen. In: Wöller, W. (Hrsg.): Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Schattauer, Stuttgart, 483–502
- Eberhardt-Kächele, M., Gnirss-Bormet, R. (2017): Sexualität beginnt im Tanz zwischen Eltern und Kind. In: Harms, T., Thielen, M. (Hrsg.): Körperpsychotherapie und Sexualität. Psychosozial-Verlag, Gießen, 97–120
- Feldman Barrett, L., Russell, J. (1999): The structure of current affect: Controversies and emerging consensus. *Current Directions in Psychological Science* 8, 10–14, <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00003>
- Geißler, P. (2007): Entwicklungspsychologisch relevante Konzepte im Überblick. In: Geißler, P., Heisterkamp, G. (Hrsg.): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Springer, Wien, 99–164, https://doi.org/10.1007/978-3-211-48609-2_6
- Gendlin, E. (1981): Focusing. Otto Müller, Salzburg
- Geuter, U. (2015): Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis. Springer, Berlin
- Hayes, S., Strohsal, K., Wilson, K. (2004): Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung. CIP-Medien, München
- Huppertz, M. (2009): Achtsamkeit. Befreiung zur Gegenwart. Junfermann, Paderborn
- Kern, E. (2015): Personenzentrierte Körperpsychotherapie. 2. Aufl. Ernst Reinhardt Verlag, München
- Kern, E. (2009a): Die körperpsychotherapeutische Perspektive in der Personenzentrierten Traumatherapie auf dem Hintergrund des Stern'schen Modells der Selbstentwicklung. *Psychoanalyse und Körper* 8, 103–116
- Kern, E. (2009b): Verletzungen des zentralen Selbsterlebens als Schlüsselstellen der körper- und bewegungsorientierten Traumatherapie. In: Moore, C., Stammermann, U. (Hrsg.): Bewegung aus dem Trauma. Schattauer, Stuttgart, 193–214
- Kern, E. (2007): Achtsamkeit und Körperpsychotherapie. Man sieht nur mit dem Herzen gut. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 38, 92–102
- Michalak, J., Heidenreich, T., Williams, J. (2012): Achtsamkeit. Hogrefe, Göttingen
- Rogers, C. R. (1972): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Kindler, München
- Röhrich, F. (2000): Körperorientierte Psychotherapie bei psychischen Störungen. Hogrefe, Göttingen
- Stern, D. (2011): Ausdrucksformen der Vitalität. Brandes & Apsel, Frankfurt / M.
- Stern, D. (2005): Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Brandes & Apsel, Frankfurt / M.
- Stern, D. (1998): „Now-Moments“: Implizites Wissen und Vitalitätskonturen als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In: Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (Hrsg.): Bewegung ins Unbewusste. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie. Brandes & Apsel, Frankfurt / M., 82–96
- Stern, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart
- Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (2002): Verspielt-heit als Entwicklungschance. Zur Bedeutung von Bewegung und Raum in der Psychotherapie. Psychosozial-Verlag, Gießen



**Dr. phil. Dipl. Psych.
Ernst Kern**

Psychologischer Psychotherapeut, Gesprächspsychotherapeut, Klientenzentrierter Körperpsychotherapeut. Ausbildungen u. a. in Focusing, Tanztherapie, Traumatherapie, DBT. Seit 2005 leitender Psychotherapeut in der Psychiatrischen Klinik Sonnenberg.



Dipl.-Psych. Dr. Phil. Ernst Kern
Psychiatrische Klinik Sonnenberg
Sonnenbergstraße 10 | D-66119 Saarbrücken
e.kern@sb.shg-kliniken.de