



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

12. Jahrgang | Ausgabe 3.2020



Wenn Kinder und Jugendliche
in digitale Welten abtauchen ...

DPTV-Symposium „Herausforderung
Gruppenpsychotherapie“

Psychische Belastungen
in Zeiten der Corona-Pandemie

Hans-Peter Hartmann, Michael Rupp

Entwicklungsstrauma körpertherapeutisch erkennen und behandeln

In den letzten Jahren hat sich das Verständnis von Trauma und Traumfolgestörungen erweitert und macht einen Prozess der Ausdifferenzierung durch, um adäquate Behandlungsangebote für Patient*innen zu schaffen. Ein Typ von Trauma ist das Entwicklungsstrauma, dessen Erkennen und Behandlung einen der Schwerpunkte der Arbeit in einer körperorientierten Therapiepraxis darstellt. Was ist also ein Entwicklungsstrauma und wie wird es im Rahmen der körpertherapeutischen Arbeit behandelt? Diesen Fragen wird hier nachgegangen und dabei versucht, die komplexen Herausforderungen in der Behandlung wie auch die besonderen Chancen, die ein präziser und ressourcenorientierter körpertherapeutischer Ansatz bieten, deutlich zu machen.

Die somatische Entwicklungspsychologie als eine Richtung der Körperpsychotherapie konzipierte ihre Behandlungslehre auf Grundlage der kindlichen Entwicklung einschließlich der Pubertät. Aufbauend auf einer mehrjährigen empirischen Untersuchung der aufeinanderfolgenden Entwicklungsphasen wurden verschiedene Behandlungsmodelle entwickelt, unter anderem die Entstehung von verschiedenen Charakterstrukturen und spezifische Ich-Fähigkeiten und Ich-Aspekte einer Person. Das Fundament der Methode bildet die psychomotorische Entwicklung des Menschen und die präzise Zuordnung von Bewegung und Muskeln/Bindegewebe zu den jeweiligen entwicklungsspezifischen Themen. So wird zum Beispiel der Psoas major, der tiefe Lendenmuskel, das erste Mal in der Zeit von etwa acht Monaten beim Kriechen und Krabbeln des Kindes aktiv. Dieser Zeitraum fällt in die Autonomieentwicklung des Kindes und die spezifische Herausforderung des Kindes besteht darin, die beginnende emotionale Selbstständigkeit auf der einen mit den Bindungsbedürfnissen auf der anderen Seite in Einklang zu bringen. Die entsprechenden diesen Prozess unterstützenden Ich-Fähigkeiten wären „Zentrierung“ und die Fähigkeit, sich zu binden (Marcher & Fich, 2010).

Entwicklungs Traumata aus der Perspektive somatischer Entwicklungspsychologie

Ein Entwicklungsstrauma entsteht dann, wenn ein Kind fortgesetzten traumatischen Erlebnissen ausgesetzt wird, so zum Beispiel schwerer emotionaler oder körperlicher Gewalt, sexuellem Missbrauch oder erheblicher Deprivation und Vernachlässigung in der Versorgung und der Bindung zu den Eltern. Die Weiterentwicklung des Kindes wird empfindlich gestört und es kommt zu einer Reihe von sekundären Folgestörungen. Die vielfältigen Symptome können Angststörungen, Zwang, Depressionen bis zu Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen umfassen, die in der Regel von mannigfaltigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten begleitet werden.

Jahrzehntelange Beobachtungen aus der praktischen Arbeit haben gezeigt, dass neben den oben genannten Störungsbildern auch der Körper und seine Motorik massiv von den traumatischen Erfahrungen geprägt werden (van der Kolk, 2015).

Die erfahrenen „Eindrücke“ manifestieren sich auf verschiedenen körperlichen Ebenen, angefangen bei der Haltung, der Beweglichkeit, der Expressivität, also Mimik und Gestik, der Körperwahrnehmung insgesamt, bis hin zur Atemrhythmik und der Kapazität, Emotion und Stress zu regulieren. Das heißt, die traumatischen Erfahrungsinhalte sind

Jahrzehntelange Beobachtungen aus der praktischen Arbeit haben gezeigt, dass auch der Körper und seine Motorik massiv von den traumatischen Erfahrungen geprägt werden.

implizit über die körperlichen Strukturen und seiner Motorik beziehungsweise Sensorik abgespeichert und zwar in Form einer veränderten Muskelreaktionsfähigkeit und einem veränderten Tonus. Dieser „Niederschlag“ eines Traumas im konkreten körperlichen Gewebe ist nicht nur ertastbar, sondern lässt sich anhand der Körperhaltung und feinen Bewegungsmustern von außen sehen und „lesen“.

Entwicklungstraumata sind also ganz spezifisch körperlich „fixiert“ oder „hinterlegt“, was sich wiederum psychisch in einer Veränderung und Spezifität hinsichtlich emotionaler und kognitiver Reaktionsweisen, zum Beispiel in Form bestimmter Glaubenssätze niederschlägt. Auch anhand sprachlicher Muster lässt sich verorten, in welcher Phase oder Phasen wiederholte traumatische Erfahrungen stattfanden.

Die Gesamtentwicklung ist aus Sicht der somatischen Entwicklungspsychologie in sieben zeitliche Phasen gegliedert, die sich jeweils überlappen und nach dem zentralen Entwicklungsthema der jeweiligen Phase benannt sind:

Existenz (2 Trimester in utero bis zum 3. Monat), Bindung und Bedürfnis (1. Monat bis 1,5 Jahre), Autonomie (8 Monat bis 2,5 Jahre), Wille (2 bis 4 Jahre), Liebe/Sexualität (3 bis 6 Jahre), Meinungsbildung (5 bis 9 Jahre) und Zugehörigkeit/Leistung (7 bis 12 Jahre). Jede dieser Phasen prägt das Körper-Ich, sprich den Kern unseres Selbsterlebens auf besondere Weise. Dabei sind die Übergänge von bestimmten defensiven Charaktermerkmalen bis hin zu einem oder gar mehreren Entwicklungstraumata fließend.

Somit bietet dieser Ansatz Therapeut*innen eine ganze Palette an präzisen Informationen, um relativ schnell eingrenzen zu können, während welcher Entwicklungsphase ein wiederholtes traumatisches Ereignis stattgefunden hat.

Gegenseitige Verbundenheit und Individualität

Ein Kind ist für sein Überleben und seine optimale Entwicklung auf ein sicheres Umfeld und feste Bezugspersonen angewiesen. Auf dieser Grundlage entwickelt es in sukzessiven Lernschritten seine natürliche Individualität und Würde. Entwicklungstraumata verletzen das Kind sowohl in seiner Individualität als auch in seiner Fähigkeit zur Bindung und Beziehungsgestaltung.

Um mit anhaltenden traumatisierenden Lebensumständen umzugehen, entwickelt das Kind auf der Basis seiner charakterlichen Entwicklung bestimmte defensive und kompensatorische Haltungen, um sich einerseits ein Mindestmaß an Kontakt zu seinen Bezugspersonen zu sichern und sich auf der anderen Seite so viel Individualität wie möglich zu bewahren. Entwicklungstraumata prägen diese charakterlichen Haltungen und deren körperliche und seelische Folgeerscheinungen (Abwehr) auf besondere Weise und schützen das Kind so gut wie möglich vor weiteren massiven psychischen Verletzungen.

Diese spezifischen Haltungen werden durch die traumatischen Erlebnisse quasi „schockverstärkt“. Im Besonderen geschieht dies jedoch in Bezug auf die drei Charakterhaltungen, die den Kampf- oder-Flucht-Überlebensreaktionen beziehungsweise als letzter Überlebensstrategie der Erstarrung, entsprechen, nämlich der Existenz-, Autonomie- und Willenshaltung. In dem Prozess von Schutz und Abwehr werden Charakterhaltungen sozusagen physiologisch „aufgerüstet“, die Sinne schärfen sich (Hypervigilanz), Bewegungen werden noch schneller und kraftvoller et cetera. Auf der psychologischen Ebene verschärft sich das jeweilige Entwicklungsthema und wird gefühlt überlebensnotwendig. So kann es sich aus einer schockverstärkten Willenshaltung so anfühlen, als müsste der Betreffende um jeden Preis seinen Willen durchsetzen und Recht behalten, da ansonsten eine existenzielle Krise mit Kontrollverlust droht, die mit extremen Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht verbunden ist (traumatisches Erleben).



Der Erwachsene ist dann später auf diese teils schmerzhaften Überlebensmuster festgelegt, die ihn gleichzeitig einer Vielzahl seiner sozialen Fähigkeiten und Kompetenzen berauben, das heißt eine Entwicklungsarretierung herbeiführen und ihn einseitig auf massive Defensivmechanismen wie Dissoziation oder Rückzug beziehungsweise Selbstisolation beschränken.

Therapie und Behandlung

Auch wenn wir vergangenes traumatisches Erleben verstandesmäßig verstehen und einordnen können, haben wir damit das Erlebte noch nicht integriert und überwunden.

Es ist jedoch möglich, uns sogar frühe Traumatisierungen mithilfe des willkürlichen Nervensystems, sprich mit bewusstem, gezieltem Spüren (Propriozeption) und präzise ausgeführten Bewegungen wieder zugänglich zu machen und so zu verarbeiten. Die spezifischen Bewegungen sind auf die entsprechende Entwicklungsphase abgestimmt und werden gemeinsam mit den Therapeut*innen in Form von Übungen durchgeführt. Nachfolgend wird dies verkürzt am Beispiel eines Bindungstraumas (2. Entwicklungsphase) dargestellt:

Zentrale körperliche Strukturen, die mit Bindungsfähigkeit in Zusammenhang stehen sind einerseits das Brustbein und Muskeln um das Brustbein beziehungsweise Muskeln, die an der Atmung beteiligt sind (zum Beispiel M. serratus anterior, mittlerer Teil). Andererseits Muskeln in der Schulter und in Armen und Händen wie auch in den Beinen, die mit dem Herstellen von Nähe oder Distanz verbunden sind, so zum Beispiel, wenn der Säugling die Mutter zu sich heranziehen oder aber von sich wegschieben will. Erfährt das kleine Kind wiederholt massive Ablehnung oder gar Gewalt in diesem Kontext, oder wird es mit seinen natürlichen Bedürfnissen über lange Strecken alleine gelassen, wird das Kind irgendwann resignieren und die entsprechenden Bewegungsimpulse aufgeben. Dies spiegelt sich wiederum in seiner Haltung und seiner Motorik wider. Die Rückenmuskeln und die Muskeln um das Brustbein geben nach und der Brustkorb fällt zusammen (das sogenannte „Hungerloch“), der Kopf kommt damit ein Stück weit nach vorne und die Augen bekommen einen suchenden, leicht verzweifelten Ausdruck. Sogar die Lippen sind suchend leicht nach vorne gestülpt, wohingegen die Arme ohne Energie schlaff am Oberkörper herunterhängen. Die gesamte Körperhaltung gibt also die erfahrene Resignation und die damit einhergehende Hilflosigkeit und Verzweiflung sehr genau wieder.

In der therapeutischen Arbeit mit Entwicklungs-traumata ist es entscheidend, Klient*innen auf der gleichen Entwicklungsebene „abzuholen“. Also an der Stelle, an der wesentliche Bedürfnisse verletzt wurden, in unserem Beispiel Bindungsbedürfnisse. Auf diese Weise kann ein besonders wirksames Therapeut*innen-Klient*innen-Verhältnis aufgebaut werden, in dessen Rahmen Klient*innen neue, heilsame und korrigierende Beziehungserfahrungen genau an der Stelle machen kann, an der er oder sie verletzt beziehungsweise traumatisiert wurden. Kumuliert ermöglichen diese neuen Beziehungserfahrungen dann eine nachhaltige Verhaltensveränderung und eine Überwindung des Traumas beziehungsweise neurobiologisch gesehen neue neuronale Verknüpfungen.

Das Bedürfnis nach Bindung drückt sich typischerweise in einer Bewegung aus, bei der durch Ausgreifen Kontakt mit dem Gegenüber (annähern und Kontakterhaltung) hergestellt wird. Durch die gezielte Kontaktherstellung können sich Klient*innen dabei im therapeutischen Kontext als selbstwirksam und proaktiv in Bezug auf ihre Bindungsbedürfnisse erfahren. Dies ist allerdings erst ab dem Zeitpunkt möglich, wenn ein entsprechendes Vertrauensverhältnis und damit Sicherheit auf Seiten der Klient*innen entstanden sind.

An dieser Stelle kann im therapeutischen Prozess im Verlaufe der Sitzung der Klient instruiert werden, wiederholt langsam mit dem Arm auszugreifen und mit seiner Hand nach der Hand des Therapeuten zu fassen, und zwar ausgehend vom kleinen Finger. Der Therapeut leistet dabei dosiert genau so viel Widerstand, dass die Bewegung eines gewissen Krafteinsatzes bedarf, aber letztendlich erfolgreich ist. Hierbei ist sehr wichtig, dass die Bewegung in einem Tempo ausgeführt wird, die es dem Ausführenden erlaubt, der muskulären Aktivierung möglichst genau nachzuspüren. In nächsten Schritten könnte der Klient bei Bedarf den Kontakt lediglich „halten“ oder ihn vertiefen, indem er den Therapeuten langsam ganz zu sich heranzieht oder auch mit dem Brustbein nach vorne kommt und seine Atmung vertieft beziehungsweise sein „Herz öffnet“. Schließlich kann er auch sein „Nein“ zum Ausdruck bringen, indem er den Therapeuten von sich schiebt oder auch kurz mit dem Fuß aufstampft. So kann der Klient schrittweise alle wichtigen Bereiche der Bindung und Kontaktgestaltung in seinem Rhythmus explorieren.

Wichtig ist dabei ein kongruentes, markiertes und regulierendes Affektspiegeln auf Seiten der Therapeut*innen, damit die Verbindung als stimmig, haltgebend und sicher erfahren werden kann. Die entsprechende emotionale Resonanz wird verbal mit Worten begleitet oder auch mit unterstützen-

den Botschaften, wie zum Beispiel „du hast ein Recht darauf, Kontakt herzustellen, wenn du etwas brauchst“ oder „du hast ein Recht darauf, dass deine Bedürfnisse in einem angemessenen Zeitraum befriedigt werden“ und so weiter.

In dem Maße wie die therapeutische Verbindung mittels neuer Beziehungserfahrungen sicher und stabil wird, kann dann in einem nächsten Schritt damit begonnen werden, die Erfahrungen aus dem geschützten therapeutischen Raum in die Alltagswelt der Klient*innen zu transferieren.

Schließlich wird es den Klient*innen so mithilfe der therapeutischen Unterstützung immer besser gelingen, ihr Verhalten auch in ihren Beziehungen außerhalb positiv in ihren Sinne zu verändern und so ihr Trauma nachhaltig zu lösen.

Körpertherapeutisches Arbeiten auf der Grundlage somatischer Entwicklungspsychologie stellt einen hochwirksamen Ansatz in der Behandlung und Überwindung von Trauma und Traumfolgestörungen, PTBS und so weiter dar. Gezielt werden über präzise körperliche Übungen körperliche Ressourcen aktiviert und helfen dabei, traumatisches Erleben zu verarbeiten. Die neuen, heilsamen Beziehungserfahrungen führen dazu, dass spontane Lebendigkeit und Freude im zwischenmenschlichen Bereich zurückgewonnen und alte, oft schmerzhaftes Verhaltensmuster und Verletzungen endlich zurückgelassen werden können.



Marcher, Lisbeth & Fich, Sonja (2010): Body Encyclopedia – A Guide to the Psychological Function of the Muscular System. North Atlantic Books; **Van der Kolk, Bessel (2015):** Verkörperter Schrecken. Lichtenau (G.P. Probst)



Prof. Dr. med. Hans-Peter Hartmann
Dipl.-Psychologe, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychoanalytiker. Bis 2012 Ärztlicher Direktor der Vitos-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Heppenheim, seither privatärztliche Praxis bei Gießen. Autor verschiedener Buchveröffentlichungen, unter anderem dem Standardwerk zu Narzissmus mit Otto F. Kernberg.



Michael Rupp
Heilkundlicher Psychotherapeut (HPG) in eigener Praxis in München. Zuvor war er als Sozialpädagoge unter anderem fünf Jahre als Leitung und Therapeutischer Fachdienst in zwei Heilpädagogischen Tagesstätten tätig. Er ist Bodydynamic Therapeut und Supervisor sowie Teil des internationalen Trainer-Teams.



EGO-STATE-THERAPIE Zertifizierte Fortbildung in Bonn Susanne Leutner und Elfie Cronauer

Curriculum 2020 – 2021

Seminar 7: Spezial-EMDR/EST 16. + 17.04.21
Spezielle Techniken der Traumaintegration, Kombination von Ego-State-Therapie mit Elementen des EMDR

Seminar 8: Spezial-Körpersprache 26. + 27.02.21
Die Körpersprache der Ego-States

Curriculum 2021 – 2022

Seminar 1 am 15. + 16.01.21
Basistechniken der Kontaktaufnahme und Arbeit mit inneren ressourcenvollen Anteilen

Seminar 2 am 05. + 06.03.21
Arbeit mit symptomtragenden Ego-States und besondere Vorsichtsmaßnahmen in der Kontaktaufnahme mit traumatisierten PatientInnen

Seminar 3 am 23. + 24.04.21
Arbeit mit verletzten und traumatisierten inneren Anteilen, Auflösung einfacher traumatischer Erfahrungen, erste Schritte im Umgang mit blockierenden und beschützenden Anteilen

Seminar 4 am 25. + 26.06.21
Kontaktaufnahme und Arbeit mit destruktiv wirkenden Anteilen bei komplex Traumatisierten und bei dissoziativen Symptomatiken

Seminar 5 am 20. + 21.08.21
Vertiefte Arbeit bei Dissoziation, Verhandeln, Verbinden und Kooperieren

Seminar 6 am 19. + 20.11.21
Innere Kooperation und mögliche Integration der Ego-States, posttraumatisches Wachstum, Integration des neuen Wissens in die Behandlungsplanung

16 UE, Teil des anerkannten Ausbildungscurriculums zum/zur Ego-State Therapeut/in, PTK-Pkt. NRW: 20
Teilnahmevoraussetzung: Approbation

Die Kosten belaufen auf 420 € pro Seminar.

Buchung per E-Mail bei:
susanne.leutner@t-online.de

www.EST-Rheinland.de