

Gesellschaft für Biodynamische  
Psychologie/Körperpsychotherapie e.V. (Hrsg.)



# Überwältigendes bewältigen

KörperPsychotherapeutische Methoden  
in der Traumatherapie



Beiträge der 20. GBP-Fachtagung in Schloss Schney 2017

# Inhalt

Vorwort

Dr. Ralf Vogt:  
Reinszenierungsarbeit mit einem Geburtstrauma - ein  
Fallbericht

Eva Sattler, Heinz-Günter Andersch-Sattler:  
Über den Körper das Trauma heilen

Dr. Tilman Rentel:  
Worte haben Wurzeln und tragen Früchte

Petra Vetter:  
TRE<sup>®</sup> - Tension and Trauma Releasing Exercises

Mechthild Münch:  
Vom Überlebensmodus zum Lebensmodus

Cornelia Fürstenberger:  
Kontakt - Beziehung - Coregulation

Die Autor\*innen

# Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten ein Buch in der Hand, welches die Beiträge der Referent\*innen der 20.GBP Tagung auf Schloss Schney in sich vereint. Die meisten dieser Texte sind Erstveröffentlichungen. Allen Autoren gemeinsam ist ein großer Respekt vor den schwerwiegenden Problematiken traumatisierter Klient\*innen, aber zugleich ein kreativer, sich jedweder Resignation entgegenstellender Forscherdrang damit therapeutisch konstruktiv umzugehen.

Der Beitrag des Psychotraumatologen und Psychoanalytikers Dr. Ralf Vogt aus Leipzig über einen vordergründig neurotischen Klienten aus einer Familie, die zunächst den Anschein von Normalität hat, zeigt eindrucksvoll, wie durch körperpsychotherapeutische Settings lange verdrängte traumatische Szenarien ins Bewusstsein geholt und anschließend integriert werden können. Vogt arbeitet dabei mit dem von ihm eigens dafür entwickelten Therapieprogramm SPIM 30 und verwendet von ihm kreierte Objekte, die er in jahrelanger Testung und Korrektur bis zu einem praxistauglichen Endzustand vorangetrieben hat. Eine solche therapeutisch-manuelle Pionierarbeit ist in der Bundesrepublik einzigartig.

Eva Sattler und Heinz-Günther Andersch-Sattler vom Institut SynTraum aus Augsburg präsentieren einen wissenschaftlich ambitionierten Beitrag mit vielen anschaulichen Grafiken zu körperlich-seelischen Prozessen bei der Traumaentstehung und Traumaheilung. Sie begründen darin überzeugend die Notwendigkeit des Einsatzes von körperpsychotherapeutischen Techniken zur

Entkopplung und Neuorganisation leibseelischer Verarbeitungsmuster. Die einzelnen therapeutischen Interventionen werden im 2. Teil des Textes sehr konkret und nachvollziehbar beschrieben.

Der Arzt Dr. Tilman Rentel aus Erlangen führt uns in seinem Text ein in die Methode des Idiolektischen Gespräches, die er seit mehreren Jahren unter anderem auch an Traumaklient\*innen in seiner Praxis erfolgreich anwendet. Es geht darum, den Klienten dabei zu unterstützen seine Eigensprache (Idiolekt) zu entdecken, die ihm zu mehr Resilienz verhilft und eine Ressource ist, traumatische Erlebnisse besser zu verarbeiten. Prägnante Bilder und Grafiken erleichtern das Verständnis dieses Textes.

Die drei folgenden Autorinnen sind alles ausgebildete Biodynamische Therapeutinnen, die sich weiterqualifiziert haben, um zusätzlich zur Biodynamik für traumatisierte Klienten besonders geeignete therapeutische Methoden anbieten zu können.

Petra Vetter, Gründungs- und Vorstandsmitglied des Traumahilfezentrums Nürnberg hat bei Dr. David Berceci die Anwendung der von ihm entwickelten Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE®) erlernt. Sie schreibt über ihre jahrelangen, fundierten Erfahrungen bei der Anwendung dieser Übungen im Workshop und in ihrer Praxis. Dabei legt sie besonderen Wert darauf, dass sich die Teilnehmer\*innen während der Übungen in ihrer Befindlichkeit und Wahrnehmung bewusst reflektieren.

Mechthild Münch hat sich für ihren Workshop von Peter Levine und Luise Reddemann inspirieren lassen und beschreibt sehr genau ihre therapeutische Haltung sowie den Verlauf des Workshops. Ihr geht es dabei vor allem um Verlangsamung des therapeutischen Prozesses und die Verdünnung maligner intrapsychischer Inhalte. Beides dient dazu Retraumatisierungen zu vermeiden und die

aufkommenden Erinnerungen für den Klienten erträglich zu machen.

Das Prinzip der Coregulation ist der Hauptinhalt des Textes von Cornelia Fürstenberger. Sie arbeitet dabei sehr achtsam auf der Beziehungsebene der somatisch-vegetativen Resonanz mit den Klient\*innen und bietet für die aufkommenden Spannungen ein Containment an. Die beschriebenen Mediationsübungen sind scheinbar einfach, erfordern aber ein sehr hohes Maß an Konzentration, um die für die therapeutische Arbeit notwendige innere Ausgeglichenheit zu erreichen.

Die meisten, der beschriebenen Methoden und Techniken entstammen dem Methodenspektrum der Humanistischen Psychotherapie und insbesondere der Körperpsychotherapie. Die besondere Wirksamkeit gerade dieser Methoden bei der Behandlung von Traumapatient\*innen wurde auch von Dr. Johannes Röhrig dem Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Missbrauches schon des Öfteren erwähnt, da er diesbezüglich auf viele positive Rückmeldungen betroffener Klient\*innen in seiner Behörde zurückgreifen kann.

Ich wünsche allen Leser\*innen eine anregende Lektüre dieser Texte und den Mut einige Anregungen und Übungen auch in die eigene praktische Arbeit mit den Klient\*innen einfließen zu lassen. Für vertiefende Ausbildungen in den dargestellten Methoden stehen alle Autor\*innen zur Verfügung.

Im Namen des Vorstandes

Thomas Haudel  
2. Vorsitzender der GBP

**Dr. Ralf Vogt**

## **Reinszenierungsarbeit mit einem Geburtstrauma- ein Fallbericht**

### **Zum Hintergrund**

Uwe K. trat zu Beginn der Therapiesitzungen bei mir zunächst als zwanghaftes Arbeitstier in Erscheinung. Er übte seinen Beruf sehr gewissenhaft aus, bis auf den Umstand, dass er wohl selbst sein größter Kritiker war und oft mit viel zu hohem Aufwand seine Aufträge erledigte. Er war durch seine Frau zur Psychotherapie gekommen, die offenbar unter seiner schizoiden intellektuellen Art litt und wohl auch dem beruflichen Raubbau des Mannes nicht untätig zusehen konnte.

Die Eltern von Uwe K. kommen aus der bürgerlichen Mittelschicht und waren offensichtlich über die aktuelle Psychotherapie des Sohnes überrascht, weil sie sich insgesamt für eine sehr gute Familie hielten. Sohn und Tochter gingen nach abgeschlossenem Studium geordneten Berufen nach und jeder verfügt über ein relativ geordnetes Auskommen. Uwe beschrieb in der SPIM 30 Introjekt-Übertragungstafel, dass er aufgrund seiner Mutteranpassung heute zu sehr anderen gefallen müsse und, ohne es zu wollen, die Harmoniesucht der Eltern introjiziert hätte. Infolge der Vaterübertragung litt er seiner Aussage nach unter intellektuell herumschwafelnden Menschen bzw. auch deren Gegenteil, wenn Männer genau wussten, was sie wollten. Das erzeuge bei ihm Ärger oder Konkurrenz- und Neidgefühle, die er abwehren müsste. Vom

Vater habe er als negativste Eigenschaft besonders das Workaholic-Syndrom übernommen sowie dessen stetige Selbstunsicherheit. Gepaart mit den mütterlichen Versagensängsten ergäbe sich daraus schnell ein Teufelskreis, der sich auch spiralförmig zu einer Apokalypse aufbauen könne. Problematisch war für Herrn K., dass er die Eltern nicht ungerecht, wie er es nannte, verurteilen konnte. Er habe von diesen doch so viel Gutes erfahren und beide hätten doch stets das Beste für ihn gewollt. Mutter und Großmutter (mütterlicherseits) wären in seinen Kindertagen die emotional dominanten Figuren der Familien gewesen. Der Vater hätte zwar als intellektuelles Aushängeschild nach außen fungiert, wäre aber insgesamt nur schizoider Satellit im Frauenweltall gewesen. Alle Prägungen zusammenfassend skizzierte Herr K. eine Anteileübersicht, in der die druckmachenden und ängstlich-ambivalenten Anteile der Eltern als Introjektionen und seine elternloyalen und angepassten Verhaltensweisen als gebremste Kindanteile der Übertragung charakterisiert wurden. Außerdem gab es einen verträumten Jungenanteil, der sich dem äußeren wie inneren Druck durch Fantasiewelten entzog. Als Opfer- bzw. möglichen Traumakindanteil umriss Uwe K. eine kleinere Selbstregulationsstruktur, in welcher er zunächst ein bekanntes Zangengeburtstrauma umriss, zu welchem er aber keinen aktuellen Zugang hatte. Außerdem benannte er gruselige Erlebnisse einer Mandel-Operation im Kindesalter sowie erlebtes schulisches Leistungsversagen. Ansonsten beschrieb er eine Gewaltsituation gegenüber stärkeren Jugendlichen und partnerschaftliche Krisensituationen aus dem Erwachsenenalter als sehr belastend bis traumatisch. Durch die gute Selbstreflexion erschien die Psychotherapie gut überschaubar und befristet.

## **Der Therapieverlauf**

In bindungspsychologischer Hinsicht zeigte der Klient Opferbindungsverhalten und idealisierte höchstwahrscheinlich seine Beeinflusserfiguren. Allerdings ist das Unterschätzen von traumatischen Vorfällen auch als normaler Verdrängungs- und Dissoziationsprozess zu sehen, da die Mehrzahl der Menschen genau diesen abwehrenden Schutzmechanismus zeigt. In der Übertragung zu mir würde ich von ganz normalen neurotischen Elternübertragungen sprechen. Auffällig war nur, dass der Klient offenbar seine pubertären Aggressionen aus anezogenem Tabu nicht ausgelebt hatte und sich mir gegenüber selbstunsicher verhielt.

Bei der Planung therapeutischer Settings ging ich mit den Elementen des SPIM 30-Konzeptes klassisch vor. Wir starteten mit einer ausführlichen Psychoedukations- sowie Stabilisierungsphase und organisierten eine Introjekt-Übertragungstafel mit anschließenden gestalttherapeutischen Rollendialogen. Wir beendeten diese erste Etappe mit den oben grob beschriebenen Trauma- und Ressourcenlandkarten sowie dem Anteileschema, welches sowohl bei neurotischen Störungen im Sinne der funktionalen Anteile als auch bei komplextraumatisierten Störungen im Sinne der dissoziativen Anteile anwendbar ist. Da Herr K. perfektionistisch organisiert war, bearbeitete er alle Handout-Blätter gewissenhaft. Solange er über etwas reflektieren konnte, fühlte er sich sicher. Auffällig waren wohl nur seine langen Erzählphasen als eigene Stundeneröffnung im Sinne von Plapperstunden über den Alltag usw. Es wurde deutlich, dass hier latente Angst dem Verhalten zugrunde lag. Ich werde von den traumapsychotherapeutischen Stunden nur einige Aspekte hervorheben, die exemplarisch für andere chronifizierte PTBS-Fälle stehen, bei denen die belastenden Vorfälle schon viele Jahre zurückliegen.

Narrativ bewusst gespeicherte Vorfälle wie das Mandel-OP-Trauma mit einem sehr ruppigen Chirurgen und nicht

einfühlsamen Schwestern sowie die Gewaltsituation unter den Jugendlichen waren mit Screentechnik und der imaginativen Fußbodenmatte am besten zugänglich. Der Klient hatte genügend Fragmente gespeichert, sodass eine löchrige Geschichte zusammenhängend berichtet werden konnte. Entscheidend war jetzt, diese Episode erlebnisaktiv werden zu lassen und die fehlenden Bruchstücke, die meistens höher negativ traumatisch besetzt sind, aufzuspüren und ganzheitlich durchzuarbeiten. Bei der OP-Episode waren nämlich der rüde Ton des Krankenhauspersonals sowie die tabuisierte Information über das zu erwartende OP-Geschehen die traumakatalysierenden Faktoren für den Jungen. Ich habe in meiner Praxis schon oft von solchen Interaktionstraumata durch eine miserable Erwachsenen-Kind-Bindungsgestaltung erfahren, die ich als Ausdruck der Nachkriegsmentalität der älteren Generation interpretiere. Mir ist durch ältere Klienten als auch durch Elternerzählungen bekannt, dass die ruppige und verschwiegene Haltung der Erwachsenen in Gefahrensituationen der Kriegswirren sehr typisch war. Aufgrund ihrer harten vormilitärischen, nationalsozialistischen wie traditionell rohen Erziehungserfahrung und der abgewehrten eigenen Hilflosigkeit gegenüber Schmerz und Angst, werden Kinder in der Regel nicht von absehbaren Gefahrensituationen in Kenntnis gesetzt. Nach Auffassung dieser Eltern soll es besser für ein Kind sein, nichts im Voraus zu wissen oder zu ahnen, weil es sonst übergroße Ängste bekommt. So denken natürlich Erwachsene, die schnell an eigene Kindheitstraumata erinnert werden, sobald sie einen potenten Trigger spüren. Stattdessen ist es traumapsychologisch genau umgekehrt, dass eine einfühlsame und langfristige Vorbereitung auf schmerzliche Situationen eine deutlich bessere Chance bietet, leidvolle Ereignisse zu verdauen, es sei denn, man ist bereits schwer komplextraumatisiert. In diesem Fall benötigt man zuvor das

sachgerechte Durcharbeiten der größten Triggersituationen. Das Nichtansprechen der Gefühle entspricht vielmehr der peri- und posttraumatischen Dissoziation, in der Menschen aus dem überfordernden Traumageschehen plötzlich aussteigen und anscheinend nicht mehr merken oder wissen, was soeben geschieht oder geschehen ist. Dieses Verhalten hat dann wirklich nichts mit der sogenannten erworbenen bewussten Härte eines Menschen zu tun. Es ist vielmehr ein posttraumatischer Härteschutz, bei der sich chronifizierenden Täterintrojektion infolge des traumatischen Vorfalls. Der kleine Uwe war nun offensichtlich an solche Menschen geraten, die seine weinerliche Erwartungsangst verächtlich und für den Arbeitsablauf als ungezogen und lästig empfanden. Wir bearbeiteten die OP-Situation deshalb sowohl mit szenischen Rekonstruktionen und psychophysischen Parallelisierungen (vergleiche Psychotraumaexpositionskonzept SPIM 30 in Vogt, 2013) als auch mit vielen nachträglichen edukativen Stopps. Hinzu kamen Nachbereitungen bzgl. der generationsbedingten Defizite des Krankenhauspersonals und der eigenen Eltern, die dem Kind dazu keine enttraumatisierende Stütze waren.

Bei dem anderen Gewaltvorfall mit den Jugendlichen war aus burschikosem Spiel plötzlich traumatisierender Ernst geworden, weil die eine Jugendbande die Jungs der anderen Gang kriegsähnlich besiegen wollte. Uwe war plötzlich Gefangener und nach dem Vorbild von Kriegs- oder Horrorfilm an Heizungsrohre gefesselt und allein gelassen worden. Die Ohnmacht und Todesfurcht des „Verrecke doch du Arschloch!“ war tief ins Mark gegangen. Auch hier waren weder die Eltern der Opfer-Täter-Kinder noch die Eltern von Uwe geeignete Ansprechpartner, um die Empörung über die brutale Entgleisung oder Annahme für die erlebte Existenzangst des Opfers zu sein. Vorfälle dieser Art wurden als „Lebenslehre“ totgeschwiegen oder mit Opferentwertungen wie: „Warum spielst du auch mit solchen

Jungs!“ abgetan. Die Ursachen für solche brutalen Einfälle bzw. traumatisierenden Reinszenierungen interessierten niemanden. Wenn Kinder ängstliche und schwere Bindungen zu den Eltern haben, erzählen sie aufgrund ihrer Parentifizierungspraktiken ohnehin nicht, was sie bedrückt. Manche Eltern explodieren, andere brechen zusammen und wieder andere reagieren dümmlich infantil oder verschlimmern alles mit chaotischen Vorwürfen.

Die Bearbeitung des Geburtstraumas war später ein Meilenstein für Herrn K., weil er zwar dessen Bedeutung geahnt hatte, aber eben keinen konkreten Gefühlszugang bis dato besaß. Ich nutzte für die oben genannten, dosiert reinszenierenden Psychotraumaexpositionen verschiedener Art die imaginative Fußbodenmattenarbeit sowie die große Tonne als Geburtskanalsymbolisierung.



Abb. 1: Fußbodenmatte und Tonne (nachgestellt) Legende: Fußbodenmatte mit imaginierendem Klienten

Die Geburtstonne kam zur Bearbeitung des Zangengeburtstraumas passager zum Einsatz, weil wir den fragmentarischen Erinnerungen ausreichend Rekonstruktionsplattform bieten mussten. So konnte dem impliziten Körpergedächtnis Raum für Assoziationen gegeben werden. Herr K. fehlte nämlich das authentisch-evidente Gefühl, im Geburtskanal wirklich stecken geblieben zu sein. Durch ein Hineinstopfen eines gelben Kampsackes und diverser Kissen (vergleiche [Abb. 2](#)) gelang es schließlich, eine geordnete Traumasituation zu rekonstruieren. Das war einerseits psychophysisch klar genug, um dem Körper-Psyche-Gefühl des damaligen Vorfalls zu entsprechen und andererseits so verfremdet, dass ein retraumatisierender Flashback nicht eintrat und die

Szene bei durchgehendem Ko-Bewusstsein für Herrn K. durchgearbeitet werden konnte.



Abb. 2: Arbeit mit dem engen Geburtskanal (nachgestellt)

Legende: Verstopfte Tonne als überwindbares aber zeitweise spürbares Barrieregleichnis für den vormals blockierten Geburtskanal. Der Patient arbeitet sich mit Assoziationen in Kombination mit kleinen körperlichen Vorwärtsbewegungen durch den Kanal.

Die Dramatik der Zangengeburt war für den Säugling lebensbedrohlich, weil die Wehen aufgrund falsch gesetzter Medikation bei der Mutter plötzlich ausgeblieben waren. Das Geburtskind erlebte einen künstlich erzeugten Todeskampf zwischen dissoziativer Todespanik und Todeslähmung. Die Eltern haben später in der oben beschriebenen Art die Lebensbedrohung heruntergespielt und stattdessen die kompensatorische Lebensrettung durch den Arzt als heroisch eingestuft. Dadurch war wiederum dem

Panikerleben des Jungen eine irrationale spätere Narrativgrenze gesetzt worden. Die Brustenge in dem späteren Panikerleben des Erwachsenen hatte aber eine körperpsychotherapeutisch weitreichende Bedeutung bekommen. Immer wieder hatte Herr K. über Jahre asthmatische Beklemmungen mit Hals- und Brustenge als lebensbedrohlich erlebt, wenn er in Panik war. Diese Zeichen wurden als histrionisch eingestuft, weil sie sich im Rahmen der posttraumatischen Neuroseentwicklung mit irrationalen Sekundärgegenständen des Alltags verbunden hatten. Zum Beispiel: „Wieso bekommst du denn gleich Luftnot, wenn mal eine Rechnung nicht gleich bezahlt wurde?“ Die tiefere Ursache hatte sich im heutigen Alltag mit wenig logischen Triggern verschlüsselt. Dem Histrioniker glaubt man später sowieso nicht mehr, wenn man in drei Sekunden den Boden seiner Angst nicht versteht. Dadurch entsteht ein Teufelskreis von Traumadissoziation und sekundär neurotischem Prozess. Plötzlich hat der „Simulant“ doch ein Problem, obwohl er eine histrionische Mutter und schwachen Vater hatte. Das therapierelevante alltagspsychologische Traumawissen ist in unserer Gesellschaft zum Teil noch sehr gering ausgeformt. Die Leute wissen oft mehr von Religion und Ethik als von der Psychologie des Menschen.

Nachdem diese auflösende Traumaszene gefunden bzw. in der dramatischen Körper-Seele-Kopplung bearbeitet war, konnte Herr K. sein früh geprägtes Stresslevel verstehen und die ungünstige Verzahnung mit den traumachronifizierenden Eigenschaften der Eltern zuordnen. Das schaffte ein neues Selbstverständnis und Evidenzerleben.

In den abschließenden Therapiesitzungen fand Herr K. durch quasi assoziativen Zufall dann noch eine schwerwiegende Traumaepisode, mit der er gar nicht gerechnet hatte. Auch das ist für die Mehrzahl der Therapieklienten typisch, dass sie einen Teil ihrer

schwerwiegenden Erlebnisse gar nicht auf dem Schirm haben. Diese Ereignisse scheinen wie in einem Spinnennetz mit den anderen Psychotraumata verknüpft zu sein und treten erst zufällig in Erscheinung, wenn andere vorgelagerte Erlebnisse ausreichend bearbeitet worden sind. Herr K. klagte noch immer über Halsenge und Luftnot, die im Grunde bereits durch das Geburtstrauma (siehe oben) aufgeklärt schienen. An einen Tag mit starkem körperlichen Symptomerleben entschlossen wir uns für eine nochmalige Traumaexpositionssitzung mit der Fußbodenmatte. Nachdem die Körperszene angereichert war und auch die parallelisierende Verankerung mit dem Körper in der Realität des heutigen Raumes ausreichend organisiert war, kamen plötzlich neue, unerwartete Erinnerungsbilder. Herr K. fühlte und sah sich zugleich von außen im Kinderbett mit der die Familie bestimmenden Oma (mütterlicherseits) allein. Die kriegstraumatisierte Frau war oft sehr grob und überaus stark im nationalsozialistischen Gedankengut verankert (die man auch als chronifizierte, transgenerationale Täterintrojekte der Nazi-Zeit bezeichnen könnte). An jenem Tag also war sie mit Uwe allein und reagierte mürrisch und grob auf dessen Schreie des Unwohlfühlens. Das steigerte die Furcht des Kindes, worauf die Oma noch barscher reagierte. Die Situation geriet außer Kontrolle, sodass die wutschnaubende Großmutter das Kind bis zur Ohnmacht massiv am Hals würgte. Dieser Vorfall wurde verheimlicht und auch das Kind hatte ihn dissoziiert, aber seither einen angstvollen Respekt vor der Großmutter empfunden. Die Mutter wiederum idealisierte ihre kriegstraumatisierte Mutter, weil diese so viel durchgemacht habe. Diese Haltung hatte ein Klima des Im-Voraus-alles-verzeihen-Müssens geschaffen. Eine Diskussion von behandlungsbedürftigen Kriegsauswirkungen, zum Beispiel Täterintrojekte infolge der Kriegsgewalt und Nazigesinnung, waren in der Familie völlig tabuisiert. Nachdem Herr K. diese schlimme Traumaszene in Ergänzung der bereits bekannten