



# „Mein Körper gehört nicht mir“: Zur Rolle des Körpers in der traumafokussierten Psychotherapie

Sylvia Donat · Christine Eckenberger · Sarah Preyer · Leonhard Kratzer

Angenommen: 19. März 2026  
 © The Author(s) 2026

**Zusammenfassung** Das subjektive Erleben psychischer Prozesse ist immer verkörpert – dennoch wurde der Körper in der Psychotherapie lange vernachlässigt. In der Behandlung komplexer Traumafolgestörungen rückt zunehmend die Bedeutung von Körpererleben, Körpergrenzen und verkörperter Affektregulation in den Fokus. Körpertherapeutische Verfahren können die traumafokussierte Psychotherapie sinnvoll ergänzen, in dem sie Patient:innen dabei unterstützen, ihr leiblich fundiertes Selbst unmittelbar zu erfahren d.h. im lebendigen Tun die eigene Existenz sowie die Ganzheit von Körper und Geist spürbar zu erleben.

Zugleich erfordert ihre Anwendung eine kritisch-reflektierte Haltung, da viele Methoden empirisch unzureichend belegt oder theoretisch verkürzt sind. Der Beitrag plädiert für eine wissenschaftlich fundierte Integration körperpsychotherapeutischer Elemente in eine leitliniengerechte, multimodale stationäre traumafokussierte Psychotherapie. In einer achtsamkeits- und mitgeföhlsorientierten therapeutischen Haltung können körperbezogene Interventionen helfen, Blockaden wie Ekel, Scham oder Depersonalisation zu lösen. Anhand von Fallvignetten wird gezeigt, wie über achtsame Sinnes- und Bewegungsarbeit ein Zugang zu vermiedenen Emotionen und verkörperter Selbstwirksamkeit entsteht. Körperpsychotherapie wird dabei als praxisnahe Erweiterung innerhalb eines psychotraumatologischen Gesamtkonzepts verstanden – eine Erweiterung, deren Potenzial klinisch genutzt, theoretisch fundiert und wissenschaftlich evaluiert werden sollte.

**Schlüsselwörter** Embodiment · Posttraumatische Belastungsstörung · Dissoziation · Körperpsychotherapie

**“My body doesn’t belong to me” – On the role of the body in trauma-focused psychotherapy**

**Summary** The subjective experience of psychological processes is inherently embodied. Yet, the body has long been neglected in psychotherapy. In the treatment of complex trauma-related disorders, the significance of bodily experience, body boundaries, and embodied affect regulation has gained increasing attention. Body-oriented approaches can meaningfully complement trauma-focused psychotherapy by helping patients regain their embodied sense of self. At the same time, their application requires a critically reflective stance, as many methods lack sufficient empirical evidence or rely on oversimplified theoretical models. This article advocates for a scientifically grounded integration of body-oriented elements within guideline-based, multimodal inpatient trauma-focused psychotherapy. Within a mindfulness- and compassion-oriented therapeutic stance, body-focused interventions can support the resolution of therapeutic blockages such as disgust, shame, or depersonalization. Through clinical vignettes, it is illustrated how mindful sensory and movement-based work can facilitate access to avoided emotions and embodied self-efficacy. Body psychotherapy is thus conceptualized as a practical extension within a comprehensive psychotraumatological framework; an extension whose potential should be clinically applied, theoretically substantiated, and scientifically evaluated.

**Keywords** Embodiment · Post-traumatic Stress Disorder · Dissociation · Body Psychotherapy

S. Donat · C. Eckenberger · S. Preyer · L. Kratzer (✉)  
 Klinik für Psychotraumatologie, Klinik St. Irmingard,  
 Osternacher Straße 103, 83209 Prien am Chiemsee,  
 Deutschland  
[l.kratzer@st-irmingard.de](mailto:l.kratzer@st-irmingard.de)

## Einleitung

Denken und Fühlen werden stark von unserem Körper beeinflusst – das subjektive Erleben ist notwendigerweise und universell ein *verkörpertes* (Fuchs 2024). Dieser Zusammenhang wurde in der Psychotherapie jedoch lange vernachlässigt, da psychische Prozesse primär als kognitive oder emotionale Vorgänge verstanden wurden, die unabhängig vom Körper ablaufen. Erst in jüngerer Vergangenheit rückte in den Fokus, dass Körperwahrnehmungen, Bewegungen und körperliche Resonanzen einen integralen Bestandteil psychischer Prozesse und ihrer Veränderung darstellen (Fuchs 2024). Embodiment-Ansätze in der Psychotherapie nutzen diese Erkenntnisse gezielt, um über körperorientierte Interventionen Zugang zu emotionalen und kognitiven Prozessen zu schaffen und Veränderungsprozesse zu fördern (Hauke und Spreemann 2012). Seit jeher fest verwurzelt ist die Perspektive des Embodiments naturgemäß in der Körperpsychotherapie. Diese umfasst Verfahren, die psychologische und körperliche Mittel gleichwertig einsetzen – von ressourcen- und achtsamkeitsorientierten Ansätzen bis hin zu bewegungs- und ausdrucksbasierten Methoden, die sich in Theoriebezug, Methodik und Indikation teils erheblich unterscheiden (Geuter 2019). Dabei steht das verkörperte Selbsterleben und die damit verbundenen Kognitionen, Emotionen und Körperwahrnehmungen im Mittelpunkt. In der körperorientierten Begegnung von Patient:in und Therapeut:in kann ein prozessorientierter Erfahrungsraum entstehen, in dem Patient:innen erkundend in Resonanz mit ihrem subjektiven Körpererleben gehen, sich dadurch vertieft emotionalen Themen öffnen und diese bewusst integrieren können. Durch Körpertherapie können mittlere Effekte hinsichtlich eines weiten Spektrums primärer Outcome-Maße erzielt werden (Rosendahl et al. 2021).

Gerade im Kontext von Traumafolgestörungen rückt die Rolle des Körpers in besonderer Weise in den Fokus. Traumafolgestörungen weisen in besonderem Maße Verbindungen zu Störungen des körperlichen Erlebens und somatischen Symptomen auf (Kratzer et al. 2021). Dabei spielen insbesondere dissoziative Symptome eine Rolle, die mit tiefgreifenden Veränderungen des Körpererlebens, der Sensorik sowie der Motorik einher gehen können (Lanius et al. 2020). Immer deutlicher wird darüber hinaus, wie zentral bei Traumafolgestörungen die Wiederherstellung eines verkörperten Selbst, das fühlt, handelt und sich als lebendig erlebt in Abgrenzung von einem Selbst, das sich selbst bewertet und grübelt, ist. Dissoziative Prozesse lassen sich auch als Entfremdung vom verkörperten Selbst begreifen, während körperorientierte Zugänge eine Brücke zurück zu diesem elementaren, leiblich fundierten Selbst-Erleben schlagen können (Harricharan et al. 2021; Kearney und Lanius 2022).

Diesem Umstand tragen die wissenschaftlich am besten belegten traumafokussierten Psychotherapien

(Hu et al. 2025) mit ihrem Fokus auf Kognitionen oder Furcht oft nur eingeschränkt Rechnung. Deziert körperorientierte Verfahren zur Behandlung von Traumafolgestörungen wiederum sind wissenschaftlich nicht ausreichend untersucht oder sie fußen wie die Polyvagal-Theorie auf Fehlannahmen (Walz und Grossman 2024). Kritisch zu reflektieren ist auch die Gefahr einer biologisch-reduktionistischen Sichtweise, in der komplexe biopsychosoziale Zusammenhänge zugunsten monokausaler Erklärungsmodelle aus dem Blick geraten, etwa wenn von einem „Körpergedächtnis“ die Rede ist oder menschliches Verhalten auf den Vagusnerv zurückgeführt wird.

## Grundlagen körperorientierter Interventionen bei PTBS

Der im letzten Abschnitt umrissene Widerspruch einer Notwendigkeit des Einbezugs des Körpers in die traumafokussierte Psychotherapie einerseits, und einer mitunter fehlenden empirischen Fundierung körperpsychotherapeutischen Handelns bedarf einer pragmatischen und zugleich reflektierten Antwort. In der Abteilung für Psychotraumatologie der Klinik St. Irmingard streben wir eine Einbettung körperpsychotherapeutischer Interventionen in einen personalisierten Behandlungsplan im Rahmen einer leitliniengerechten, multimodalen und multiprofessionellen stationären traumafokussierten Behandlung an (Kratzer et al. 2023; Schäfer et al. 2019). Körperpsychotherapie stellt dabei ein zusätzliches Behandlungsangebot zur Einzel-Psychotherapie dar.

Wir gehen davon aus, dass traumatische Erfahrungen die Wahrnehmung des eigenen Körpers und die Beziehung zu ihm grundlegend verändern. So bewirken insbesondere traumatische Erfahrungen in der Kindheit häufig eine Erosion des verkörperten Selbst in Form veränderter Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit und Identitätserleben (Ong et al. 2025). Häufig folgen ein reduziertes interozeptives Bewusstsein, Körpersignale werden als bedrohlich und unkontrollierbar erlebt, der Körper selbst als eklig, fremd und feindlich (Schäfflein et al. 2018; Tsur 2022; van de Kamp et al. 2025). Somatische Symptome wie Schmerzen oder Taubheit stehen häufig in engem Zusammenhang mit körperlichem Wiedererleben, Dissoziation und Übererregung (Hettegger et al. 2025; Kratzer et al. 2021). Aus diesem Verständnis heraus verfolgen wir einen modularen Therapieansatz, der neben der Arbeit an traumatischen Erinnerungen auch zentrale Begleitsymptome wie die gestörte Körperbeziehung, interpersonelle Schwierigkeiten und Defizite hinsichtlich Achtsamkeit und Interozeption gezielt berücksichtigt (D'Antoni et al. 2021; Putica et al. 2024). Dies bedarf häufig der gezielten Nutzung körper- und wahrnehmungsorientierter Bottom-up Strategien (Burbach et al. 2024). Im Rahmen dieses Vorgehens beziehen wir uns auf bewährte, aber nicht notwendigerweise im Rahmen randomisiert-kontrol-

lierter Studien überprüfte körperpsychotherapeutische Interventionen (z. B. Brokuslaus et al. 2021). Das Behandlungskonzept fußt nicht zuletzt auf einer von Achtsamkeit, Akzeptanz und Mitgefühl getragenen Haltung.

### Integration körperpsychotherapeutischer Interventionen

In der traumafokussierten Psychotherapie zeigt sich immer wieder das Spannungsfeld zwischen dem Körper als Objekt und dem Leib als Subjekt des Erlebens. Ziel körperorientierter Interventionen ist es aus unserer Sicht nicht, Körperreaktionen zu kontrollieren oder zu verändern, sondern sie in ihren subjektiven Bedeutungsgehalt und in den Zusammenhang von Selbst- und Beziehungserleben zu stellen. So kann aus einem Körper, der sich fremd oder bedrohlich anfühlt, wieder ein Leib werden, der getragen, bewohnt und als Ausdruck des eigenen Daseins erlebt wird. Diese Arbeit versteht den Körper nicht als Werkzeug der Regulation, sondern als Ort von Beziehung, Selbstbezug und Würde. Wenn Patient:innen beginnen, ihren Körper als lebendigen Ausdruck ihres Seins zu erfahren, entsteht eine neue Form von Sicherheit – nicht durch Kontrolle, sondern durch Bewusstheit und Verbundenheit.

Körperpsychotherapeutisches Arbeiten zielt somit nicht auf Steuerung, sondern auf Integration: Körperliche Reaktionen werden gehalten, verstanden und in das bewusste Erleben eingebunden. Auf diese Weise kann das, was vormals als bedrohlich oder unkontrollierbar erlebt wurde, wieder als Ausdruck von Leben, Beziehung und Selbst erfahrbar werden. Körperorientierte Interventionen sind dabei für uns keine eigenständigen Verfahren, sondern vertiefende Zugänge, die den therapeutischen Prozess um eine leibliche Dimension erweitern. Sie fördern die Verbindung zwischen emotionalem Erleben, Körperempfinden und Bewusstsein und eröffnen Patient:innen die Möglichkeit, Selbstwirksamkeit und Würde auch körperlich zu erfahren.

Wie sich diese Integration in der Praxis gestaltet, zeigen die folgenden fünf Vignetten. Sie basieren auf den Erfahrungen mit stationärer traumafokussierter Psychotherapie in unserer Abteilung und werden im Rahmen einer leitliniengerechten, multiprofessionellen Behandlung eingesetzt. Jede Vignette illustriert eine spezifische therapeutische Herausforderung, wie sie im klinischen Alltag häufig auftritt, und beschreibt konkrete körperpsychotherapeutische Vorgehensweisen, die sich in der Praxis bewährt haben – dieses praktische und spezifische Handlungswissen bezeichnen wir als „Modul“. Die Fallvignetten sind zu Illustrationszwecken konstruiert; etwaige Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Patient:innen sind zufällig und nicht beabsichtigt. Alle Interventionen wurden reflektiert, im Team insbesondere mit den fallführenden Psychotherapeut:innen abgestimmt, kontinuierlich super-

vidiert und gemeinsam evaluiert. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Schilderung von Interventionen im Einzelsetting, wobei körperpsychotherapeutisches Einzel- und Gruppensetting sich im Rahmen unseres Behandlungskonzeptes typischerweise ergänzen.

### Modul 1: Dissoziativ-neurologische Symptome verstehen und verändern

Frau G., 28 Jahre, leidet nach einer Vergewaltigung unter dissoziativen Anfällen mit Zittern und Kontrollverlust. Sie beschreibt ein Gefühl von Ausgeliefertsein. Dissoziative Anfälle sind häufig Ausdruck hoher autonomer Erregung bei eingeschränkter Wahrnehmung innerer Körpersignale (Flasbeck et al. 2024).

Die Basis der Körperpsychotherapie mit Frau G. ist, dass die Patientin den Therapieraum als sicheren Ort im „Hier und Jetzt“ erlebt und lernt, aus der traumaassoziierten Hilflosigkeit in die selbstbestimmte Handlungsfähigkeit zu gelangen. Dazu werden Frau G. Angebote zur besseren Körperwahrnehmung gemacht, wobei vor allem das Spüren von Körpergrenzen und Bodenkontakt im Fokus stehen. Frau G. ist so zunehmend in der Lage, mit ihren Füßen Spürreize auf der Noppenmatte wahrzunehmen, Gewichtssäckchen als haltgebende Begrenzung ihres Körpers zu erleben und Gleichgewichtsübungen auf dem Wackelbrett zur stabilisierenden Gegenwartsverankerung zu erforschen. Sie wird dabei unterstützt, weniger zu vermeiden und selbst zu entscheiden, welche Übungen sie wie lange praktiziert. Auf dieser Grundlage kann Frau G. ihren Körpersignalen mehr vertrauen und dadurch zunehmend aus dem Ohnmachtsgefühl in die Selbstwirksamkeit, aus der erlittenen Erstarrung in der Vergangenheit in die selbstgewählte Bewegung in der Gegenwart finden.

Frau G. kämpft dadurch weniger gegen körperliche Erregung und kann das Zittern in den Beinen als Entladung von Anspannung verstehen und besser halten. Das Taubheitsgefühl in ihren Beinen wird als dissoziatives Symptom und Schutz vor überwältigenden Gefühlen und Schmerzen erkannt. Frau G. beschreibt in diesem Zusammenhang, dass sie während der Vergewaltigung das Empfinden hatte, wegzuschweben. Im Sinne ihres „neuen Weges“ möchte die Patientin sich heute nicht mehr aus der Realität entfernen müssen, sondern fest auf beiden Beinen in der Gegenwart verankert sein. Im Verlauf ist es der Patientin zunehmend möglich, ihren Körper als selbstverständlichen Ausdruck und Ort der eigenen Lebendigkeit zu bewohnen. Frau G. beschreibt das Nachlassen der dissoziativen Symptome mit den Worten: „Meine Beine tragen mich durch mein Leben, und der Nebel lichtet sich.“

### Modul 2: Wut wahrnehmen und steuern lernen

Herr Z., 40 Jahre, vermeidet nach Gewalterfahrungen jede Form von Ärger. Wut löst bei ihm Scham und Angst vor Kontrollverlust aus: „Ich bin wie mein

Vater.“ Herr Z. hat Wut nur in einer destruktiven, bedrohlichen Form kennengelernt. Wenn er als Kind selbst mit Wut reagierte, führte dies zu noch mehr Strafen: „Ich wusste nicht mehr wohin mit meiner Wut.“ Als unwillkürlichen Bewältigungsmechanismus versucht er das Aufkommen von Wutgefühlen auch heute noch zu unterdrücken, diese „herunterzuschlucken“ und sie aus Kopf und Bewusstsein „in den Körper nach unten zu drücken“. Dabei baut sich vor allem in der Kaumuskulatur, im Schulter-Nackengebiet und im Zwerchfell eine hohe Körperspannung auf. Er schildert, wie ihm das „Wegdrücken“ buchstäblich „auf den Magen schlägt“ und er darauf mit Bauchschmerzen und Verdauungsbeschwerden reagiert.

In der Körperpsychotherapie wird Herr Z. durch Bewegungsangebote dabei unterstützt, einen Zugang zu gesunder Aggression zu finden, diese starke Gefühlskraft zur Selbstbehauptung zu nutzen und adäquat regulieren zu können. Entscheidend dabei ist, dass sich Herr K. die innere Erlaubnis erteilen kann, wütend sein zu dürfen, sich dafür nicht mehr schämen oder Angst vor Bestrafungen haben zu müssen.

Durch die schrittweise Veränderung alter Glaubenssätze ist Herrn Z. möglich zu erkunden, wie sich Wut im Körper anfühlt. Er spürt, wie sich das Blickfeld und die Körperhaltung verändern, den Energieschub in den Extremitäten und das Ballen der Fäuste. Er wird durch Achtsamkeitsübungen dabei angeleitet, seine Körperreaktionen vermehrt angstfrei wahrzunehmen. Im nächsten Schritt kann er seiner Wut durch selbstbewusste, kräftige Körperbewegungen – z.B. durch Stampfen, Boxen, einen Karton zerreißen oder Ballwerfen an die Wand – einen regulierten Ausdruck verleihen. Dabei geht es darum, in der Wut sich selbst und die eigene energetische Kraft zu spüren und nicht darum, Aggression blind auszuagieren oder zu entladen. Wichtig dabei ist, für die Wut nicht nur einen körperlichen, sondern auch einen sprachlichen Ausdruck zu finden. Bei Herrn Z. zeigt sich dies anfangs in einem wütenden Knurren, bis er sich schließlich traut, auszusprechen: „Ich bin so wütend, so brutal behandelt worden zu sein.“ Herr Z. macht dadurch in selbstbestimmten Schritten die Erfahrung, dass primäre Wut nicht zerstörerisch, sondern die ihr innewohnende Kraft wirkmächtig ist und zu gewaltfreier Selbstbehauptung und innerer Stärke führen kann.

### Modul 3: Umgang mit Ekel und Gefühlen des Beschmutzenseins

Frau S., 32 Jahre, erlebt nach sexualisierter Gewalt anhaltenden Ekel und das Gefühl, beschmutzt zu sein. Sie duscht mehrfach täglich, ohne sich „rein“ zu fühlen. Kognitive Interventionen erreichen emotional wenig. Frau S. hat während des sexuellen Übergriffs erfahren müssen, wie sie entmenschlicht als Objekt benutzt wurde. Sie versucht, sich von diesem Erleben

zu distanzieren, indem sie sich von ihrem Körper abtrennt und ihn als nicht zu sich gehörig betrachtet. So hat in ihrem Erleben nicht sie selbst Gewalt erlebt, sondern „nur“ ihr Körper, den sie fortan dafür hasst. Die Patientin beschreibt dies mit den Worten: „Mein Körper gehört nicht mir, ich finde ihn ekelhaft und er ist mein Feind.“

Ziel der körperpsychotherapeutischen Arbeit ist, Frau S. dabei zu unterstützen, ihr Körpererleben, welches noch der traumatischen Vergangenheit verhaftet ist, daraus zu befreien und in die sichere, selbstbestimmte Gegenwart zu begleiten. Dabei werden der Patientin zunächst Körperangebote unterbreitet, die das Spürbewusstsein von Frau S. im „Hier und Jetzt“ stärken. Dazu gehört das Setzen von Gegenwartsankern wie z.B. durch Atemachtsamkeit oder den Orientierungsblick, das Wahrnehmen von Körperumrissen durch Selbsthaltegesten oder mit Hilfe der Gewichtsdecke. Auch spielerische und tänzerische Angebote erweisen sich als hilfreich, um die ohnmächtige Erstarrung schrittweise zu lösen.

Bedeutsam erscheint, dass Frau S. mehr Verständnis für sich entwickelt und dafür, warum sie mit ihrem Körper so feindselig umgeht. Als hilfreich erweisen sich dabei psychoedukative, imaginative und kognitive Interventionen zum Umgang mit dem Gefühl des Beschmutzenseins (Steil et al. 2015). Frau S. recherchiert dazu, wie oft sich ihre Körperzellen seit der Gewalterfahrung schon erneuert haben. Auf Grundlage der radikalen Akzeptanz des Geschehenen und der Verortung in der Vergangenheit kann Frau S. schrittweise mehr Selbstmitgefühl für ihren Körper entwickeln und sich bewusst entscheiden, das Verhältnis zu ihm zu verändern. Getragen von dieser Entscheidung ist nun die körperpsychotherapeutische Arbeit an ihrem Ekelgefühl durch ein imaginäres Reinigungsritual möglich. Dabei stellt sich Frau S. vor, einen heilen inneren Kern zu besitzen, der sich durch magisches Licht von dort im gesamten Körper ausbreitet. Sie verankert diese Vorstellung durch eine Körpergeste, z.B. eine Hand auf der Brust. Des Weiteren wird das Bild von einem Reinigungsritual in einem magischen Wasserfall und einer Schutzhaut entwickelt, was Frau S. nun täglich während des Duschens visualisiert. Durch beständiges Üben dieser Imaginationen kann Frau S. mehr Frieden mit ihrem Körper schließen und gelangt zu der Erkenntnis: „Nicht ich bin eklig, sondern das, was mir angetan wurde.“

### Modul 4: Rückeroberung des Körpers nach Gewalt und Missbrauch

Herr T., 24 Jahre, berichtet in der Psychotherapie, dass er oft das Gefühl hat, sein Körper gehöre nicht ihm, sei fremd. Nach schwerer und wiederholter Gewalt in der Kindheit empfindet er sich entleibt und ohnmächtig. Ziel der Körperpsychotherapie ist es, bei Herrn T. ein Gefühl von „verkörpertem Zuhause“ zu fördern, seine innere Heimatlosigkeit im eigenen Leib zu über-

winden und aus der Opferhaltung herauszutreten. Auf Grund der in der Kindheit erfahrenen körperlichen Gewalt verharrt Herr T. bis heute in einer Schutzhaltung: Er macht sich klein, geht vornübergebeugt, zieht den Kopf ein, spannt die Muskulatur vor allem im Schulterbereich stark an und spricht mit leiser Stimme. Herr T. beschreibt seinen Zustand: „Ich habe immer noch Angst vor dem nächsten Schlag und möchte am liebsten ganz verschwinden.“

Im Sinne einer Selbstermächtigung wird Herr T. unterstützt, einen selbstfürsorglichen Umgang mit seiner verängstigten Leiblichkeit zu entwickeln und in eine aufrechte, erwachsene Körperhaltung zu finden. Da Herr T. in seiner Kindheit keine liebevolle körperliche Fürsorge erfahren hat und Berührungen mit Angst verknüpft, liegt der Fokus zunächst auf achtsamer Selbstberührung. Der Patient wird dabei angeleitet, Verantwortung für seine ungestillten Bedürfnisse nach vertrauensvoller Sicherheit, stärkendem Halt und wohltuendem Körperkontakt zu übernehmen. Durch angeleitete Atemübungen verbunden mit sanften Selbstberührungen wie das Auflegen der Hand auf Herz oder Bauch und das Umhüllen mit einer weichen Decke erlebt Herr T., wie beruhigend und stärkend selbstfürsorgliche Berührungen wirken können. Das Auflegen von Gewichtssäckchen auf den Schultern dient der schmerzfreien Wahrnehmung seiner Körpergrenzen. Herr T. beschreibt diese Erfahrung als „eine beruhigende, lang vermisste Hand“.

Ausgehend von diesen stärkenden Erfahrungen wird das Thema „Eigener Raum und Grenzen“ vertieft. Herr T. übt, aufzustehen und bewusst eine aufrechte, erwachsene Haltung einzunehmen. Dies ermöglicht ihm, selbstbestimmt aus der kindlichen Opferhaltung herauszutreten. In gestalttherapeutischen Sequenzen erkundet er, wie viel Raum er für sich benötigt, symbolisiert diesen mit einem Seil und achtet dabei auf seine Körpersymptome zur Selbstregulation. Zur Förderung seiner Abgrenzungsfähigkeit werden Übungen angeboten, bei denen Herr T. durch lautes Sprechen und bewusste Bewegung Selbstbezug und Handlungskompetenz erlebt. Dadurch verringert sich seine Depersonalisierung, und er findet eine fühlbare Orientierung in seiner Leiblichkeit als „Ort des Selbsterlebens“. Aus den als hilfreich erlebten Körperübungen wird schließlich ein individuelles Übungsset entwickelt, das Herr T. im Sinne von Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit während des Klinikaufenthalts regelmäßig praktiziert.

### Modul 5: Verbundenheit mit dem eigenen Körper und Sexualität

Frau N., 36 Jahre, wurde in der Jugend sexuell missbraucht. Sie erlebt sexuelle Situationen oft als übergriffig und schaltet ab. Ziel ist es, Frau N. auf ihrem Weg zu einer selbstbestimmten, lustorientierten, sicheren Sexualität zu begleiten und über eine bessere Körperwahrnehmung ein Bewusstsein für die

eigenen Grenzen zu entwickeln (Gewirtz-Meydan 2025). Zunächst steht die Schaffung eines geschützten therapeutischen Raumes im Vordergrund, in dem Frau N. ohne Erwartungsdruck erkunden kann, was eine selbstbestimmte Sexualität für sie persönlich bedeutet. Dies kann – je nach innerer Bereitschaft – unterschiedliche Ausdrucksformen annehmen: Einen selbstgewählten Zeitraum des Verzichts auf partnerschaftliche Sexualität, das Erforschen von Solo-Sexualität, oder das bewusste, selbstfürsorgliche Gestalten sexueller Begegnungen mit ihrem Partner.

Durch das Aufzeigen dieser Möglichkeiten erweitert sich der Gestaltungs- und Entscheidungsraum für Frau N., so dass sie lernen kann, sich auf sich selbst zu fokussieren, ihr eigenes Lustempfinden wahrzunehmen und über ihre Körperreaktionen in ihrem individuellen Tempo zu entdecken.

Zu Beginn werden klare Kommunikationsregeln und unterstützende Bilder eingeführt, die Frau N. darin fördern, Kontrolle und Handlungsspielräume aktiv zu erleben. Hierzu dienen Metaphern wie die „Ampel“ (Rot – Stopp/Gelb – Unsicherheit/Grün – Zustimmung), sowie das Bild von „Gas und Bremse“, das über die Füße gesteuert wird. Diese Bilder unterstützen Frau N. darin, ihre Reaktionen auf Körperangebote differenziert wahrzunehmen und zu regulieren – etwa dann, wenn Körpererinnerungen oder intrusives Erleben auftauchen. So lernt sie, dass jedes „Nein“ ein „Ja“ ist, die eigenen Grenzen zu schützen, was ein zentraler Bestandteil selbstbestimmter Sexualität ist. Die körperpsychotherapeutische Arbeit beginnt mit achtsamen Berührungs- und Bewegungsübungen, die auf die Förderung der Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge zielen. Da Frau N. zu Beginn Schwierigkeiten hat, sich selbst direkt zu berühren, nutzt sie unterstützend Gegenstände wie eine Feder oder ein Tuch, um sanft über ihre Haut zu streichen. Diese Form der indirekten Selbstberührung hilft ihr, Vertrauen zu ihrem Körper aufzubauen und ein erstes Gefühl von Sicherheit zu entwickeln.

Mit wachsender Stabilität werden Atemübungen in Kombination mit Bewegungen des Beckens eingeführt, etwa die Beckenschaukel im Sitzen, das Kreisen auf dem Peziball oder sanfte Beckenbodenübungen. Diese Interventionen unterstützen die Lösung chronischer muskulärer Anspannung, die infolge der sexuellen Gewalterfahrungen entstanden ist, und fördern gleichzeitig das Erleben von innerer Bewegung und Lebendigkeit. In Anlehnung an das Konzept der integrativen körpertherapeutischen Arbeit bei sexuellen Traumafolgen (Büttner und Paschinger 2018) werden Übungen zur Grenzwahrnehmung eingesetzt: Frau N. erforscht, wo ihr Körper beginnt und endet, um ein klareres Körperschema und ein Gefühl von Selbstverortung zu entwickeln. Ergänzend kommen spielerische und sinnliche Elemente zum Einsatz, die Leichtigkeit und Freude am Körpererleben fördern: wohltuende Düfte, freie Bewegung zu selbstgewählter Musik oder kleine kreative Körperimprovisatio-

nen. Während einer dieser Bewegungssequenzen beschreibt Frau N. berührt: „Jetzt geht es das erste Mal um mich – und darum, was ich wirklich möchte.“ Dieser Moment markiert einen wichtigen Wendepunkt in ihrer therapeutischen Entwicklung hin zu einer selbstbestimmten, lustvollen und verkörperten Sexualität.

## Fazit

Körperpsychotherapeutische Elemente können die stationäre traumafokussierte Psychotherapie in vielerlei Hinsicht sinnvoll ergänzen. Die Fallvignetten zeigen praxisnah, wie spezifische traumabedingte Schwierigkeiten wie Ekel, Angst vor Wut oder Depersonalisation körperorientiert bearbeitet werden können. Körperpsychotherapie ist dabei kein konkurrierender Ansatz, sondern erweitert den methodischen Werkzeugkasten einer modularen traumafokussierten Psychotherapie um eine wichtige Dimension, die lange vernachlässigt wurde: die aktive Arbeit mit dem Körper als Ressource und Ort von Selbstwirksamkeit. Um Patient:innen ganzheitlich und nachhaltig zu unterstützen, sollte körperpsychotherapeutisches Arbeiten als integraler Bestandteil moderner traumafokussierter Psychotherapie verstanden und in die Praxis implementiert werden. Damit dies gelingen kann, bedarf es neben fundierter klinischer Ausbildung auch einer systematischen wissenschaftlichen Evaluation der eingesetzten Verfahren.

**Danksagung** Unser herzlicher Dank gilt Monika Schramm, Gabriela Wild, Peter Heinz, Birgit Mosch, Ulrike Kühnel und Frank Kasper.

**Interessenkonflikt** S. Donat, C. Eckenberger, S. Preyer und L. Kratzer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Das Manuskript wurde weder anderweitig publiziert noch zur Publikation eingereicht.

**Open Access** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

## Literatur

- Brokuslaus, I., Welke, T., & Edel, A. (2021). *Bewegen statt Erstarren! Das Praxisbuch für DBT-Körperskills*. Schattauer.
- Burback, L., Forner, C., Winkler, O. K., Al-Shamali, H. F., Ayoub, Y., Paquet, J., & Verghese, M. (2024). Survival, attachment, and healing: an evolutionary lens on interventions for trauma-related dissociation. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 2403–2431. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S402456>.
- Büttner, M., & Paschinger, K. (2018). Integrative psycho- und körpertherapeutische Behandlung von sexuellen Störungen nach sexuellen Gewalterfahrungen. In M. Büttner (Hrsg.), *Sexualität und Trauma: Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen* (S. 210–321). Schattauer.
- D’Antoni, F., Feruglio, S., Matiz, A., Cantone, D., & Crescentini, C. (2021). Mindfulness meditation leads to increased dispositional mindfulness and interoceptive awareness linked to a reduced dissociative tendency. *Journal of Trauma & Dissociation*. <https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1934935>.
- Flasbeck, V., Jungilligens, J., Lemke, I., Beckers, J., & Wellmer, J. (2024). *Heartbeat evoked potentials and autonomic arousal during dissociative seizures*. <https://doi.org/10.1136/bmjno-2024-000665>.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>.
- Fuchs, T. (2024). *Verkörperte Gefühle. Zur Phänomenologie von Affektivität und Interaktivität*. Berlin: Suhrkamp.
- Geuter, U. (2019). *Praxis Körperpsychotherapie*. Berlin Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56596-4>.
- Gewirtz-Meydan, A. (2025). Adapting sensate focus for sexual abuse survivors: a trauma-informed approach to reclaiming body and intimacy. *Sexual Health and Compulsivity*. <https://doi.org/10.1080/26929953.2025.2479548>.
- Harricharan, S., McKinnon, M. C., & Lanius, R. A. (2021). How processing of sensory information from the internal and external worlds shape the perception and engagement with the world in the aftermath of trauma: implications for PTSD. *Frontiers in Neuroscience*. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.625490>.
- Hauke, G., & Spreemann, J. (2012). Wie der Körper bei der Arbeit mit Emotionen hilft. Embodiment in der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). *Psychotherapie*, 17(2), 268–278.
- Hettegger, S., Danböck, S. K., Liedlgruber, M., Miedl, S. F., Unterseher, F., Rief, W., Ehring, T., & Wilhelm, F. H. (2025). *Chronic pain in posttraumatic stress disorder: re-experiencing of peritraumatic pain?* [https://doi.org/10.31234/osf.io/zfrja\\_v1](https://doi.org/10.31234/osf.io/zfrja_v1).
- Hu, J.-H., Ma, Y.-Q., Zhou, Y., Wang, S.-B., Jia, F.-J., & Hou, C.-L. (2025). Efficacy of psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder in adults exposed to complex traumas: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 380, 515–526. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.153>.
- van de Kamp, M. M., Scheffers, M., Emck, C., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2025). Negative body experience in a clinical sample of mental disorders: associations with posttraumatic stress disorder, mood disorders, and personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 81(5), 334–344. <https://doi.org/10.1002/jclp.23776>.

- Kearney, B. E., & Lanius, R. A. (2022). The brain-body disconnect: a somatic sensory basis for trauma-related disorders. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 1–34. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1015749>.
- König, J., Resick, P. A., Karl, R., & Rosner, R. (2012). *Posttraumatische Belastungsstörung: ein Manual zur Cognitive Processing Therapy*. Hogrefe.
- Kratzer, L., Knefel, M., Haselgruber, A., Heinz, P., Schennach, R., & Karatzias, T. (2021). Co-occurrence of severe PTSD, somatic symptoms and dissociation in a large sample of childhood trauma inpatients: a network analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01342-z>.
- Kratzer, L., Heinz, P., Knefel, M., Weindl, D., Tschöke, S., Biedermann, S. V., Schröder, J., & Karatzias, T. (2023). How important is reprocessing in personalized multi-component therapy? Analyzing longitudinal data of inpatients with severe PTSD. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 211(8), 592–600. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001671>.
- Lanius, R. A., Terpou, B. A., & McKinnon, M. C. (2020). The sense of self in the aftermath of trauma: lessons from the default mode network in posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1807703>.
- Ong, L. E., Davis, B. M., Horodyski, A. M., Cole, T. A., & Orcutt, H. K. (2025). The role of embodied sense of self in the relationship of childhood abuse types to distress and fear. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119698>.
- Putica, A., Argus, A., Khanna, R., Nursey, J., & Varker, T. (2024). Interoceptive interventions for posttraumatic stress: a systematic review of treatment and interoception outcomes. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1037/trm0000507>.
- Rosendahl, S., Sattel, H., & Lahmann, C. (2021). Effectiveness of body psychotherapy. A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.709798>.
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rita, R., & Wölfler, W. (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Berlin Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59783-5>.
- Schäfflein, E., Sattel, H., Schmidt, U., & Sack, M. (2018). The enemy in the mirror: self-perception-induced stress results in dissociation of psychological and physiological responses in patients with dissociative disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(sup3), 1472991. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1472991>.
- Steil, R., Benner, A., Müller-Engelmann, M., & Hadouch, K. (2015). „Cognitive restructuring and imagery modification“: Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung nach sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit. *Psychotherapeut*, 60(4), 310–314. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0041-8>.
- Tsur, N. (2022). Chronic pain personification following child abuse: the imprinted experience of child abuse in later chronic pain. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5–6), NP2516–NP2537. <https://doi.org/10.1177/0886260520944529>.
- Walz, D., & Grossman, P. (2024). „Polyvagal“: Die schöne Theorie und die hässlichen Fakten. *Psychotherapie*, 29(2), 163–174. <https://doi.org/10.30820/2364-1517-2024-2-163>.

**Hinweis des Verlags** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.