

Ute Backmann, Martin J. Waibel

Trauma und Schmerz

Trauma and pain

Zusammenfassung

Der Artikel vermittelt konzeptionelle Überlegungen zur bewegungs- und körperpsychotherapeutischen Behandlung von zwei Krankheitsbildern. Am Beispiel der Raumwahrnehmung wird die therapeutische Vorgangsweise anhand der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) bei Menschen mit einer Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vorgestellt. Danach folgt die Beschreibung der gleichen Angebote in Modifikation mittels der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT) bei chronischen Schmerzerkrankungen. Unterschiede und Gemeinsamkeiten beider Methoden werden dadurch sichtbar.

Abstract

The article describes conceptual considerations on the movement and body psychotherapeutic treatment of two clinical disorders. Using the example of spatial perception, the therapeutic approach is presented by example of the Concentrative Movement Therapy (CMT) of people with a complex post-traumatic stress disorder. This is followed by the description of the same exercise in modification using the Integrative Body and Movement Therapy (IMT) for chronic pain disorders. Differences and similarities of both methods thus become visible.

1. Einführung

Die Folgen komplexer Traumatisierungen gehören zu den schwersten seelischen und körperlichen Entfremdungserfahrungen, die Menschen kennen, und sind häufig von chronischem Schmerzerleben begleitet. Das in den traumatisierenden Situationen überlebenswichtige Abschalten von Gefühlen führt neurobiologisch zur Fehlverarbeitung des Schmerzerlebens mit weitreichenden Folgen für die Körperwahrnehmung und zu Störungen des Körperbildes. Die Vitalität geht vielen Betroffenen gänzlich verloren, insbesondere in aktuell belastenden privaten und beruflichen Lebensumständen (Huber 2012). Aus körperpsychotherapeutischer Sicht sind Selbstwahrnehmung, Selbstregulierung und aktive Handlungsregulierung notwendig, um traumatische Erfahrungen verarbeiten zu können und um Schmerz in Gefühl, Resonanz und Lebensintensität zu überführen.

Dabei gehen wir davon aus, dass sich die körperpsychotherapeutische Herangehensweise von dem jeweiligen diagnostischen Hauptkriterium/Fokus ableiten lässt, obwohl uns deutlich bewusst ist, wie eng die beiden Bereiche miteinander verknüpft sind. Die meisten Patient*innen mit Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung klagen auch über chronische Schmerzen und Patient*innen mit primär chronischem Schmerzerleben haben oft erhebliche Traumatisierungen erlebt, die ihnen manchmal erst in der Behandlung bewusst werden. Dabei überlagert die Wahrnehmung des körperlichen Schmerzes zunächst das psychische Schmerzerleben. Häufig nehmen die Patient*innen eine Vielzahl von Schmerzmedikamenten

ein, zum Teil ohne oder mit nur geringer Linderung des Schmerzerlebens.

Als Ausgangspunkt zur Darstellung unserer unterschiedlichen körperpsychotherapeutischen Vorgehensweisen auf dem Hintergrund differierender diagnostischer, theoretischer und methodischer Überlegungen wählten wir das Thema der ‚Raumwahrnehmung als Angebot im gruppentherapeutischen Kontext‘. Dabei entfaltet die Gruppe als Erfahrungsraum in ihren Wirkfaktoren entscheidende therapeutische Möglichkeiten (Schreiber-Willnow 2012). Die Behandlung der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (als diagnostischer Fokus) wird anhand KBT-spezifischer (Konzentrierte Bewegungstherapie) und traumatherapeutischer Aspekte auf einem psychodynamischen Hintergrund dargestellt.

Die Behandlung des chronischen Schmerzes wird anhand IBT-spezifischer (Integrative Bewegungstherapie) Fokussierung unter Beachtung regressiver und progressiver Prozesse im bio-psycho-sozial-ökologischen Kontext erläutert.

Die jeweils unterschiedliche Strukturierung der Angebote ermöglicht ein vertiefendes Verständnis in der verfahrensübergreifenden Zusammenarbeit, ohne die jeweilige theoretische Fundierung zu verlassen.

Grundlegend für die gemeinsamen Überlegungen sind unsere langjährigen Erfahrungen als Körperpsychotherapeut*in in Kliniken der psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung.

Erste Ergebnisse dieses komplexen Projektes unserer diskursiven Zusammenarbeit konnten wir in einem Workshop auf dem „Europäischen Kongress

für Körperpsychotherapie“ (EABP) vom 6. bis 9. September 2018 in Berlin einem größeren Fachpublikum präsentieren.

2. KBT in der Behandlung der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung

2.1 Das Angebot:

„Mein Platz im Raum“

Ausgehend von der Kontakterfahrung zum Boden, der Zentrierung und Aufrichtung der körperlichen Haltung und der Gelenkwahrnehmung, wird ein bewusstes Gehen durch den Raum angeleitet. Dabei werden die Körpergrenzen angesprochen. Im Stehen wird zunächst der Standpunkt und die eigene Haltung ins Bewusstsein gerückt und gegebenenfalls korrigiert, anschließend wird der Raum aus dieser Perspektive bewusst in den Blick genommen – „Was sehe ich? Woran orientiere ich mich?“ Der Standpunkt wird mehrfach gewechselt – verschiedene, veränderte Perspektiven eingenommen – es kann auch vorab überlegt werden, welcher Standpunkt experimentell interessant sein könnte. Abschließend soll ein ‚Lieblingsplatz‘ im Raum eingenommen werden, bevor die Phase der Versprachlichung beginnt.

Dieses klassische körperpsychotherapeutische KBT-methodenspezifische Angebot, entfaltet auf dem Hintergrund der KBT-Theoriefundierung (Schreiber-Willnow 2016; Schmidt 2016) seine Wirkung. Die bewusste Raumerfahrung und Selbstregulierung im Raum werden vorbereitet durch ein Angebot auf der körperlichen Ebene. Damit wird die basale Verbindung von Körperstruktur und Raumstruktur

geschaffen. Die sprachlichen Symbolisierungen von ‚Perspektiven, Haltung und Standpunkt‘ können genutzt werden. Es können sowohl interpersonelle, als auch entwicklungspsychologische Themen angesprochen werden, wenn zum Beispiel spontan die Raumebenen gewechselt werden und am Boden sitzende Menschen aufschauen müssen. In dem Ebenenwechsel kann sich aus psychoanalytischer Sicht auch Freuds Instanzenmodell (Es – Ich – Überich) (Freud 1923) reinszenieren, sowie sämtliche auf der OPD-II-Konfliktachse benannten Grundkonflikte (Arbeitskreis OPD II 2014) deutlich werden. Aus psychodynamischer Sicht ist das Thema des eigenen Platzes essentiell in vielen biographischen Abschnitten.

2.2 Trauma und die Folgen

Meine Erfahrungen beziehen sich auf meine Tätigkeit als KBT-Therapeutin in den Psychosomatischen Kliniken der Universitäten Frankfurt und Heidelberg auf den jeweiligen Stationen für Patient*innen mit komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Dort werden Menschen behandelt, die sehr früh, langanhaltend und oft durch nahe Bezugspersonen traumatisiert wurden; zahlreiche weitere Traumatisierungen sind in der biographischen Anamnese zu finden. Diagnostisch können multiple Krankheits- und Störungsbilder zugeordnet werden. Hauptdiagnostische Kriterien sind in der ICD 10 Klassifikation unter F43.1 (posttraumatische Belastungsstörung) F44 (dissoziative Störungen) und F60.3 (emotional instabile Persönlichkeitsstörung) zu finden. Verschiedene Formen der Somatisierungs- und Schmerzstörungen (F45),

sowie affektive Störungen (vorrangig rezidivierende depressive Störungen F33) ergänzen den diagnostischen Komplex. Auf der Grundlage der OPD-II-Diagnostik sind die strukturellen Fähigkeiten der Patient*innen in der Selbst- und Objektwahrnehmung, der Selbst- und Beziehungsregulierung, der emotionalen Kommunikation und den Bindungsmöglichkeiten mäßig bis gering integriert einzustufen.

Ein Trauma bezeichnet eine Wunde oder Verletzung. Der Begriff bezieht sich nicht auf ein bestimmtes Ereignis, sondern auf dessen körperliche, seelische, geistige und soziale Folgen. Das Trauma ist eine Reaktion auf das Erleben. Es steht im Zusammenhang mit existentieller Not und Todesangst. Ein Trauma entsteht, wenn die integrative Kapazität des Gehirns überfordert ist. (Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2008)

Seelische Not wird im Gehirn genauso verarbeitet wie körperliche Gewalt. Dieses zeigt sich u.a. in dissoziativen Reaktionen, affektiven Störungen und überdauernden Versuchen, sich dem Aussetzen der traumatischen Erinnerungen oder Erfahrungen zu entziehen.

Dissoziation bedeutet nach Nijenhuis (2006) eine Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktionen von Bewusstsein (Trancezustände, intensive Flashbacks, pseudo-epileptische Anfälle, Ohnmachten), Gedächtnis (Amnesien), Körper- und Selbstwahrnehmung (Konversionsstörungen, Lähmungen, Taubheitsgefühle, kleiner werden, Körperseiten unterschiedlich groß erleben), Umgebungswahrnehmung, (Derealisation, vertraute Orte wirken fremd, Tunnelblick, wie durch Watte hören) und

Identität (Depersonalisation, Verwirrung wer man ist, jüngere Anteile, sich im Spiegel nicht erkennen, andere Innenanteile wahrnehmen – innere Stimmen).

Bei der dissoziativen Identitätsstörung stehen Identitäten (unterschiedliche States) unverbunden neben einander und agieren autonom. Besonders frühe und langanhaltende Traumatisierungen sind wesentlich für die Entstehung von dissoziativen Identitätsstörungen. Schwerwiegend sind Traumatisierungen durch nahe Bindungspersonen (Peichl 2007). Um Bindungsverhalten aufrecht zu erhalten, generiert das Gehirn Spaltungsprozesse, das heißt im Inneren vollziehen sich Spaltungen, der traumatisierende Anteil der Bezugsperson wird abgespalten.

Das autonome Nervensystem gerät bei extremen Stress in Zustände, die dem Überleben dienen. Das autonome Nervensystem reguliert den Blutdruck, den Herzschlag, die Muskelinnervation und die Pupillenadaptation. Weitere Parameter regulieren die Hautleitfähigkeit, die Cortisol-Werte etc. Bei toxischem Stress werden über das autonome Nervensystem Blutdruck, Herzschlag und Muskelinnervation erhöht, während sich die Pupillen verengen; es kommt zu Reaktionen von Kampf oder Flucht. Bei langanhaltendem Stress werden die Ausschüttung von Adrenalin und Cortisol durcheinandergebracht, es kommt zur Unterbrechung der Leitfähigkeit zwischen Hippocampus und Amygdala, der Region, welche die Ereignisse affektiv bewertet (Van der Kolk 2016).

Wenn das physiologische System ‚kippt‘, weil das Trauma zu schmerzhaft ist oder zu lange anhält, kommt es zu einer Schreckstarre oder zur Unterwerfung.

Blutdruck und Herzschlag sinken, die Muskulatur erschlafft, die Pupillen erweitern sich. Es kommt zu Schmerzunempfindlichkeit und Depersonalisierung und zu dem Erleben von chronischer Taubheit, zum Abschalten von Emotionen und physischen Empfindungen, sowie ein Ausschalten des Gewahrseins, insbesondere im Hinblick auf traumatische Ereignisse und Beziehungen. Emotionale Empfindungslosigkeit und ein Leben an der Oberfläche sind charakteristisch für PTBS. Dabei spricht man von negativen dissoziativen Symptomen (Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2008).

In der Forschung und Therapieentwicklung zu Traumatisierungen sind in den vergangenen Jahren umfangreiche Erkenntnisse gewonnen worden. Es gibt zahlreiche hochqualifizierte Publikationen auch zu dem Themenkomplex ‚Trauma und Körper‘, der uns in der Körperpsychotherapie besonders interessiert (Van der Kolk 2016, Nijenhuis 2006).

Der Behandlungsverlauf wird idealtypisch phasenspezifisch beschrieben. Auf die Stabilisierungsphase folgt die Bearbeitung der oder Konfrontation mit den Traumainhalten und abschließend die Integration in den biographischen Zusammenhang und die Gesamtpersönlichkeit. Für die Phase der Stabilisierung wird im klinischen Kontext häufig mit den imaginativen Übungen gearbeitet, um durch gute innere Bilder und Phantasieleistung eine intrapsychische Stressregulierung zu schaffen und zur Vorbereitung auf die Traumabearbeitung, in der – neben der Versorgung „jüngerer Anteile“ – auch emotionale Distanzierungstechniken erforderlich sind (Reddemann & Wöller 2017).

In der Behandlung der Patient*innen mit komplexer Traumatisierung und Persönlichkeitsstörung machen wir allerdings oft die Beobachtung, dass diese die imaginativen Techniken – wenn überhaupt – nur bedingt nutzen können. Häufig entstehen keine oder negative Bilder, in Form von Intrusionen, die sich in das Bewusstsein drängen. Das könnte entwicklungspsychologisch darauf zurück zu führen sein, dass frühe Bindungsstörungen und Traumatisierungen die Reifung der Entwicklungsphase des vorbegrifflich-symbolischen Denkens im ca. 2.–4. Lebensjahr (Piaget 1947) verhindern. Insgesamt ist nachgewiesen, dass die Intelligenzentwicklung und soziale Reifung nur in einem mittleren Erregungsfenster gelingt (Ogden, Minton & Pain 2010). Die Selbstregulation ist jedoch in frühen Lebensphasen erheblich von der interaktiven Regulierung der primären Bindungsbeziehungen abhängig. Wenn es schädigende oder extrem versagende Bindungsmuster gibt, wird die Stufe des vorbegrifflich-symbolischen Denkens nur rudimentär erreicht; Vorstellungskraft, Phantasie, Einfühlungsvermögen und Kreativität bleiben unterentwickelt. Das bedeutet, dass in der Behandlung zunächst eine frühe Förderung angestoßen werden muss, die in der Entwicklungsphase der sensomotorischen Intelligenz ansetzt, also vor dem zweiten Lebensjahr (Piaget 1947). Damit befinden wir uns in dem klassischen therapeutischen Aufgabengebiet der Konzentrativen Bewegungstherapie, die Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage von Denken und Sprechen versteht (Gestaltkreis nach V. v. Weizsäcker, 1940). Auf dem Hintergrund eines psychodynamischen Verständnisses

werden ‚nachreifende‘ Beziehungserfahrungen ermöglicht.

Um also bei unseren Patient*innen mit Komplexer Posttraumatischer Belastungs- und Persönlichkeitsstörung Stabilisierung zu erreichen und das Toleranzfenster des Lernens zu öffnen oder zu weiten (also eine Persönlichkeitsentwicklung anzustoßen), benötigen wir die Förderung der körperlichen Wahrnehmung und Orientierung, die Förderung von Sicherheit und Selbstberuhigung, die Bindung an ein verlässliches (therapeutisches) Objekt. Dabei stehen Angebote im Mittelpunkt, in denen angenehme Affekte miteinander erlebt und gespiegelt werden können, sowie die Fähigkeit entfaltet wird, Neugier und Aufmerksamkeit zu erzeugen. Erst auf dieser Basis können Symbolisierungs- und Imaginationsfähigkeit reifen. Im Folgenden soll das Angebot ‚Mein Platz im Raum‘ aus KBT-spezifischer – und traumtherapeutischer Sicht im gruppentherapeutischen Setting in der Stabilisierungsphase der multimodalen Behandlung bei komplexen posttraumatischen Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen genauer analysiert werden:

1. Der Bodenkontakt: der Boden wird als haltgebender fester ‚Dialogpartner‘ angesprochen; der Boden der mich trägt; sich erden können; mit beiden Beinen fest auf dem Boden stehen können.
2. Die Wahl der Worte ist positiv und wertschätzend, sie soll Sicherheit, Stabilität und Schutz vermitteln. Die Sprache ist zudem klar und deutlich, die Patient*innen werden durch die Stimme des/der Therapeut*in begleitet (kein ‚Dauergerede‘, aber auch keine größeren Sprechpausen einlegen, diese könnten irritieren und Verlassensgefühle bewirken).
3. Die Gelenkstruktur: die Gelenke sind im Körper eine verlässliche Struktur und können durch aktive Bewegung erfasst werden. Die Bewegung kann zum Einen selbst initiiert werden, aber in der Regel schauen die Patient*innen in den ersten Stunden zunächst von Anderen ab. Dieses Verhalten wird bewusst positiv gefördert, weil es die für die Entwicklung notwendigen Spiegelphänomene anregt – Lernen durch Imitation (Winnicott 1989), die auch die Mentalisierungsfähigkeit positiv beeinflusst (Allen, Fonagy & Bateman 2008).
4. Methodenspezifisch wird dieses Angebot zu Beginn jeder KBT-Stunde wiederholt, da Rituale Sicherheit und Orientierung vermitteln – Beginn und Ende jeder Stunde sind gleich und geben eine verlässliche Struktur und Rahmen.
5. Aufrichtung, Haltung und Präsenz im Raum sind wohl das schwierigste Thema in diesem Angebot – sie dienen dazu eine Bewusstheit dafür zu schaffen, gesehen werden zu dürfen und andere Menschen zu sehen. Viele unserer Patient*innen wollen eher ‚unsichtbar‘ sein oder sich in einer besonderen Weise darstellend zeigen. Das steht natürlich im Kontext von Gewalterfahrungen im ‚Dort und Damals‘, die häufig eine dysfunktionale Selbst- und Beziehungsregulierung zur Folge

- haben (,Wenn ich nicht hinschaue, ist die Gefahr auch nicht da! ,Wenn ich nicht hinschaue, sieht mich die andere Person auch nicht!‘ – Dieses frühe Kinderspiel ist jedem bekannt.). Achtsam dürfen die Patient*innen erfahren, dass ihre körperliche Präsenz real ist und deshalb im ,Hier und Jetzt‘ zur Selbstwahrnehmung bewusst werden kann. Damit wird die für die Traumatherapie so wichtige biographische Differenzierung ins Körperbewusstsein aufgenommen. Dieses dient auch dem Versuch, die Einordnung im Hippocampus – im biographischen Gedächtnis – zu beeinflussen, also positive Erfahrungen zu einem bisher affektiv belasteten Thema zu etablieren.
6. Mit den Begriffen ,Standpunkt, Haltung, Aufrichtung‘ wird eine sprachlich-symbolische Transformation innerer Zustände angesprochen.
 7. ,Den Raum vom eigenen Standpunkt betrachten‘- damit wird eine Verknüpfung zwischen Körperstruktur und Raumstruktur hergestellt und die Subjektivität der Wahrnehmung angesprochen. Dabei fördert das bewusste Sehen und Hinschauen die Orientierung. Hierin besteht bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen ein deutliches Prinzip: Die Augen werden nicht geschlossen, die Außenorientierung hilft Flash-backs und Dissoziationen zu verhindern. Außenorientierung wird therapeutisch nicht nur zur (Re-)Orientierung genutzt, sondern in jedem KBT Angebot. Wenn Patient*innen von sich aus die Augen schließen, wird dieses aktiv von der/
 - vom Therapeut*in angesprochen und eine Bewusstheit und Verantwortung zur Selbstregulierung geschaffen.
 8. ,Die Perspektive wechseln‘ fördert die Aktivität und Handlungsfähigkeit. Der Raum wird zum Experimentierraum, dies spricht die Neugier der Patient*innen an, die Aufmerksamkeit ist im Toleranzbereich auf mittlerem Erregungsniveau. Die Phase, in der alle Gruppenmitglieder gleichzeitig durch den Raum gehen, wird durch die strukturierte Vorbereitung in der Ansprache zur Orientierung im Außen aushaltbar. Das interaktionelle Erleben der Patient*innen im Raum wird erst dann therapeutisch genutzt, wenn diese in ihren Ich-strukturellen Fähigkeiten gestärkt sind und grundlegende Sicherheit und Vertrauen in die Beziehungen besteht.
 9. ,Die Wahl des Lieblingsplatzes‘ dient dazu sich orientieren zu können, eine Wahl treffen zu können, die zudem von Anderen akzeptiert wird. Die spannende Dualität der ,Abgrenzung und Teilhabe innerhalb der Gruppe‘ wird gefördert. Oft sind die Patient*innen in dieser Phase des Angebotes bereits in der Lage, innere Interessenskonflikte zu bemerken, auszusprechen und selbstregulativ zu nutzen. (Wenn der beste Platz schon besetzt ist, gibt es häufig eine tolerierbare zweite Wahl – der Konflikt muss nicht zwangsläufig auf die andere Person projiziert werden.) An dieser (positiv besetzten) Stelle im Raum wird dann das Körpererleben in der Haltung, den Körperempfindungen und den Affekten wieder

angesprochen. Damit wird die Verknüpfung von Raum und Körper in umgekehrter Reihenfolge hergestellt – die strukturierte Raumwahrnehmung hat Auswirkungen auf das Körpererleben. Es wird die subjektive körperliche Präsenz im Raum gestärkt.

10. Die erste Phase der Verbalisierung: noch am Platz stehend sprechen die Patient*innen aus, woran sie körperlich bemerken, dass das ein guter Platz ist (hierzu bedarf es häufig einiger therapeutischer Unterstützung). Einfacher ist es, die Beweggründe für diese Platzwahl zu benennen. In aller Regel geht es dabei um Themen wie Sicherheit, Schutz, Fluchtmöglichkeit und Kontrolle.
11. Danach wird der Raum 'neutralisiert, (ein nicht zu unterschätzendes abschließendes Ritual): das bedeutet, dass die Patient*innen ihren Platz verlassen, noch ein bis zwei Minuten durch den Raum gehen, der jetzt wieder für alle zur Gesamtbenutzung zur Verfügung steht. Die Symbolisierung wird aufgehoben und/oder in eine Versprachlichung überführt. Das körperpsychotherapeutische Angebot endet im Körpertherapieraum und wird nicht auf die Station hinaus getragen.
12. Die zweite Phase der Verbalisierung: in der abschließenden Gesprächsrunde werden zwei unterschiedliche Perspektiven angesprochen. Die erste betrifft die aktuelle Wohnsituation. Die Themen, die die Patient*innen als wichtig für ihren Platz erachten, haben im Realraum oft eine andere

Bewertung. Nicht selten werden Hauschlüssel bereitwillig an ‚flüchtige Bekannte‘ ausgeliehen oder fremde Menschen mit in die Wohnung genommen. Im anderen Extrem wird die Wohnung nur noch selten verlassen. Sicherheit, Orientierung und die Bindung an gute Objekte im realen Lebensraum können thematisiert werden. Die zweite Verknüpfung folgt aus psychodynamischer Sicht in die Biographie hinein. Gab es einen guten Platz in der Kindheit? In der Verbalisierung im gruppentherapeutischen KBT - Setting wird dabei auf die Unterscheidung zwischen ‚Hier und Jetzt‘ zu ‚Dort und Damals‘ fokussiert. Da Traumatisierungen häufig in der elterlichen Wohnung stattfinden, sind in der Regel erste Themen zur weiteren Bearbeitung in der Einzeltherapie angesprochen. Traumatherapeutische Inhalte werden in der Gruppe nicht vertieft oder gar bearbeitet, da sie sich auf die anderen Gruppenmitglieder destabilisierend auswirken können.

Dieses exemplarische körperpsychotherapeutische Angebot im Bereich der Behandlung komplexer Posttraumatischer Belastungsstörungen soll verdeutlichen, wie es gelingen kann, traumatisches Erleben der Bearbeitung zugänglich zu machen, wobei zwischen den Phasen der Stabilisierung und Bearbeitung flexibler gewechselt werden kann. Dabei eignet sich die KBT besonders aufgrund ihrer Verknüpfung von (affektiver) Erlebniszentrierung und psychodynamischem Verständnis.

Gelingt die Verknüpfung zwischen traumatisiertem (schmerzlichem) Körpererleben, Stabilisierung, Symbolisierung und Integration nicht, so ist die Folge häufig ein Resomatisierungsprozess (Küchenhoff & Agarwalla 2012). Die pathogenetischen Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und chronischem Schmerzerleben sind umfangreich erforscht. (Egle, Hoffmann, Lehmann & Nix 2003).

13. Integrative Leib- und Bewegungstherapie (IBT) in der Behandlung von Patient*innen mit chronischer Schmerzerkrankung.

Ich gehe davon aus, dass das eingangs vorgestellte Bewegungsangebot in unterschiedlichen Variationen je nach Gruppe und Krankheitsbild die meisten BewegungstherapeutInnen kennen. Ich darf hier eine modifizierte Form vorstellen, die ich spezifisch für chronische Schmerzpatient*innen entwickelt habe. Das Besondere in der therapeutischen Vorgehensweise ist dabei die systematische Handhabung des Therapieprozesses im Rahmen eines bio-psycho-sozial-ökologischen Verständnisses auf dem Hintergrund der Lebensspanne der Patient*innen.

3.1 Prozessuale Diagnostik: vom Befund zur Therapie

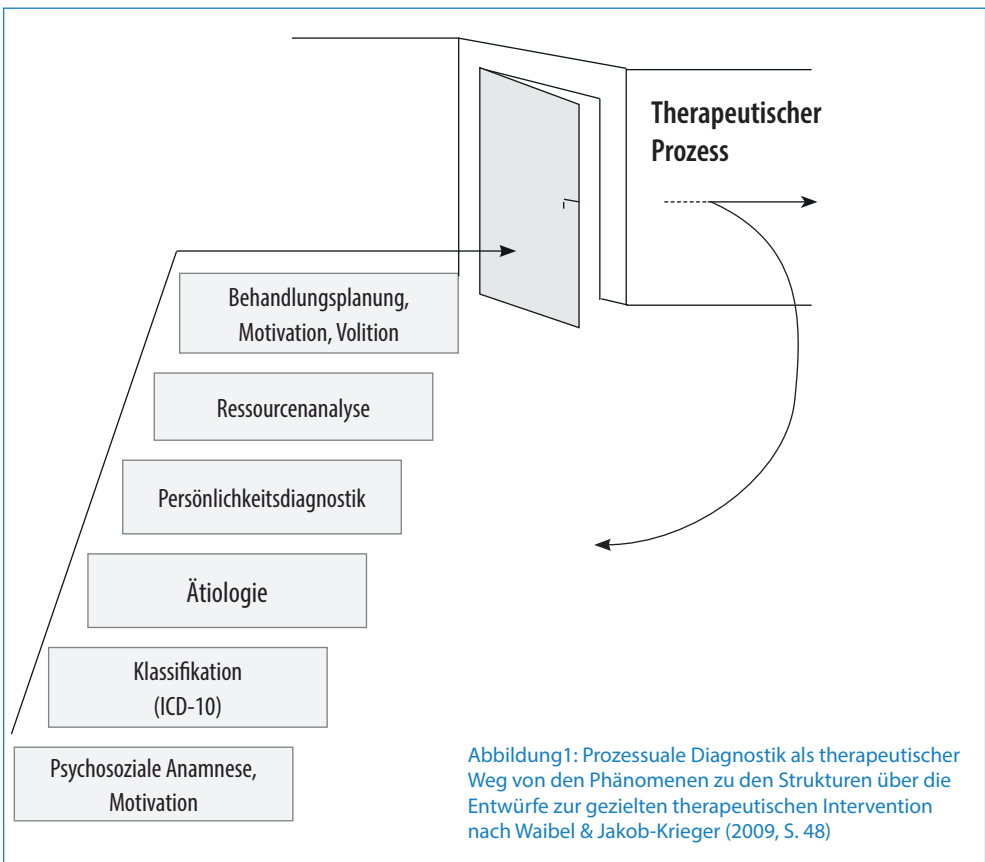
Zunächst einige grundlegende Informationen zur therapeutischen Vorgehensweise bei chronischen Schmerzerkrankungen, wie sie in der IBT in verschiedenen Publikationen (Bauder &

Waibel 2009; Breil-Weiss 2008; Ludwig 2013) im Rahmen der multidisziplinären Teamarbeit beschrieben wird. Dabei werden zunächst der phänomenologische Erstbefundung (von den Phänomene zu den Strukturen hin zu den Entwürfen), Anamnese, ICD-Klassifikation, differentialdiagnostischen Klassifikation nach Ulrich T. Egle (2003, 2017) und die ätiopathogenetische Diagnostik im einem bio-psycho-sozial-ökologischen Verständnis in der gesamten Lebensspanne unserer Patient*innen erhoben. Die Persönlichkeitsdiagnostik mit den Dimensionen Selbst, Ich und Identität, sowie die Ressourcendiagnostik, die longitudinal, querschnittlich und prognostisch angelegt ist und protektive Faktoren sowie Resilienzen berücksichtigt, ergänzen diese Sichtweise. Schließlich wird über die Behandlungsplanung, die Motivation und Volition des Patienten eine spezifische Vorgehensweise (Interventionen) mit definierten realistischen Zielsetzungen erstellt. Die eingehende Beleuchtung der Lebensbiografie der Patient*innen spielt hierbei eine besondere Rolle, da vor allem daraus ein Schmerzverständnis für das Behandler*innen Team und die Patient*innen gewonnen wird. Die Geschichte der Patient*innen lehrt uns, warum es keinen anderen Lösungsweg in der Vergangenheit und aktuellen Lebenswelt als denjenigen des Schmerzes gegeben hat und gibt. In der prozessualen Diagnostik fließen die ständig neuen Informationen aus dem Behandlungsprozess ein und führen so zu einer ständigen Feindifferenzierung in den oben genannten Schritten. Entsprechend werden die therapeutischen Interventionen eingesetzt.

Abbildung 1 veranschaulicht unsere Vorgehensweise.

Wir haben diese Eingangsübung eingehend diskutiert und als Ausgangspunkt unserer gemeinsamen Arbeit in den Fokus gestellt. In der klinischen Arbeit mit Schmerzpatient*innen wurde in der IBT ein breites bewegungstherapeutisches Angebot entwickelt, das sich in dem oben beschriebenen theragnostischen Prozess in der unmittelbaren differenzierten Intervention zeigt. Hierbei wird ein unreflektiertes multimodales allgemeines therapeutisches Angebot analog den Ausführungen von Egle ((Egle & Zentgraf 2017) abgelehnt.

Eine körpertherapeutische/bewegungstherapeutische Arbeit orientiert sich an den Phänomenen des Leibes und der Bewegung, die sich im fortlaufenden Prozess offenbaren. Auf die spezifische Arbeit in der Gruppentherapie kann hier nicht eingegangen werden, vielmehr soll die eingangs beschriebene Übung im Kontext dieser Arbeit näher beschrieben werden. Dieser Beitrag versucht den Leser*innen somit im Kurzform eine Art Übersicht über die Vorgehensweise der Integrativen Bewegungstherapie bei chronischen Schmerzerkrankungen zu vermitteln. Zur weiteren Vertiefung insbesondere zur spezifischen Vorgehensweise verweise ich auf die Publikationen Breil-Weiss (2008),



Waibel & Jakob-Krieger (2009) und Ludwig (2013).

In der IBT arbeiten wir mit übenden Modalitäten (Selbstregulation und Entspannungsverfahren, körperlicher Aktivierung mit Walking und Nordic Walking), in erlebniszentrierter Modalität (z.B. spürendes eigenleibliches Erleben mit den Sinnen, über Gegenstände und in der Natur, komplexer Achtsamkeit) und in konfliktzentrierter Modalität (z.B. Arbeit mit den eigenen Grenzen als Selbstschutz, emotionale Differenzierungsarbeit) in der IBT Gruppe in einem prozesshaften gruppendynamischen Setting.

Zentraler Gedanke hierbei ist, dass unsere Patient*innen lernen, Selbstkontrolle, Selbstfürsorge und Selbstverantwortung für sich zu erfahren und auszuüben. Der Verlust von Selbstkontrolle im damaligen, jetzigen und zukünftigen Lebenskontext führt häufig dazu, dass der Schmerz zu meist unbewusst als Kommunikationsmittel dient (Engel 1959), zum Beispiel in Formen der Zuwendung oder Abgrenzung in der Nähe-Distanz Regulierung. Die beschriebene Eingangsübung ist ein Teil des ‚Übens‘ (übungszentrierte Modalität) im Rahmen der Selbstregulation. Ähnlich wie in der traumatherapeutischen Vorgehensweise arbeite ich in der Anleitung sehr strukturiert. Steht in der traumatherapeutischen Arbeit in dieser Übung der aktuelle Kontrollverlust im Vordergrund, so würde ich in meiner Arbeit von einem ‚chronifizierten Kontrollverlust‘ sprechen. Denn der chronische Schmerz ‚hilft‘ nun den Alltag besser zu regulieren. Die vorgestellte Übung findet bei mir in der Gruppe der Selbstregulation – zuvor war dies die Entspannungsgruppe – statt.

Früher hatte ich hier systematisch Übungen aus der Progressiven Muskelrelaxation PMR, der Atemtherapie u.a. auch Eutonik und ähnliche Verfahren eingesetzt. Ich selbst war jedoch mit den Auswirkungen auf die Patient*innen unzufrieden: Sie schliefen ein, verhielten sich passiv bedürftig, lehnten PMR-Übungen aufgrund schlechter Vorerfahrungen ab, waren manchmal generell unzufrieden und klagten über die Schmerzen, die teilweise nach der Gruppe stärker seien. So überlegte ich mir nach einiger Zeit ein anderes Setting zu schaffen, das an die bekannte traumatherapeutische Arbeit des sicheren Raumes bzw. des sicheren Ortes erinnert. Warum? Chronische Schmerzpatienten haben zum einen mono-, häufiger noch multiple traumatische Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte (Egle & Zentgraf 2017) erfahren, leiden unter Defiziten aus der Kindheit wie Vernachlässigung und unsicheren Bindungsmustern. Das sind nur einige der ätiopathogenetischen Ursachen die Egle (ebd.) aufgrund des aktuellen Forschungsstandes benennt. In unserem bio-psycho-sozial-ökologischen Verständnis gehen wir bei chronischem Schmerz von den unterschiedlichsten Ursachen aus und haben diese in Abbildung 2 skizziert.

Wir müssen demnach bei den unterschiedlichsten Schmerz-Störungsbildern bei Patient*innen zunächst von einer erhöhten Vulnerabilität, einer ungünstigen Stressverarbeitung, frühkindlichen Belastungen und traumatischen Erfahrungen ausgehen. Hierbei gilt es beim therapeutischen Angebot darauf zu achten, gute Formen von Sicherheit, Halt, Struktur, aber auch Möglichkeiten der

Selbstregulierung und funktionalen Steuerung anzubieten.

Die nun eingangs beschriebene Übung wird in diesem Sinne als eine Übung der Verantwortung für den eigenen Raum und für die eigene Selbstfürsorge modifiziert und stellt für die Patient*innen ein wichtiges Erfahrungs- und Übungsfeld dar. Im Folgenden gebe ich hier eine kurze Beschreibung der 25-minütigen Einheit,

die in der Regel zweimal wöchentlich stattfindet.

Der therapeutische Raum (Bewegungsraum) ist der ‚künstliche Ort der Selbstfürsorge‘. Ich erkläre meinen Patient*innen das Modell: In diesem Raum erhalten sie einfache Übungen gegen den Schmerz. Zunächst mache ich den Patient*Innen deutlich, dass sie mit dem Betreten des Raumes beginnen sollen für sich zu selber

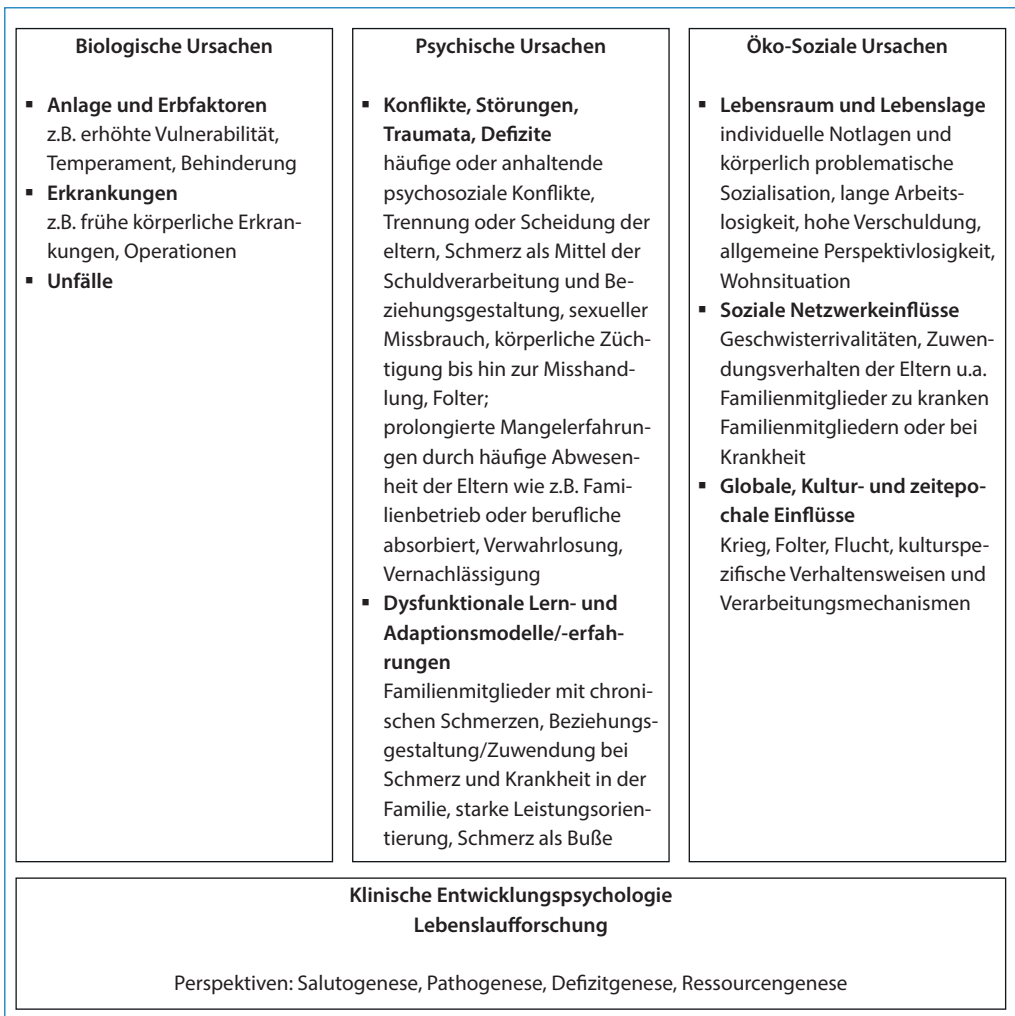


Abbildung 2: Ätiopathogenetische Verursachung von chronischem Schmerz nach Bauder & Waibel (2009, S. 190)

sorgen. Jede*r versucht einen guten Platz für sich zu finden, jede*r richtet sich den Platz so angenehm wie möglich ein. Jede*r entscheidet für sich selber, welche Körperposition eingenommen wird (Liegen, Sitzen, Stehen). Beschwerden über Schmerzen, Raum usw. werden in der gruppenspezifischen Stunde der Integrativen Bewegungstherapie später auf dem Hintergrund ihrer Bedeutung aufgearbeitet. Tatsächlich finden aber die meisten Gruppenmitglieder nach einer kurzen Zeit ihren guten Platz, beginnen mehr auf sich zu achten und spüren auch nach einigen Wochen, wie wichtig es ist, nicht nur im therapeutischen Raum sondern auch im realen Lebensraum auf gute Plätze und auf gute Demarkationen (Grenzziehungen) selbständig zu achten. Obgleich das Setting in dieser Gruppe immer gleich ist, benötigen einige Patient*innen oft Wochen um dieses Angebot für sich nutzen zu können. Beschwerden im Team über die mangelnde Fürsorge des Therapeuten (regressive Bedürftigkeit), selten auch Entwertungen (da passiert doch nichts), müssen von mir aber auch vom Team ausgehalten werden.

Hat in der Gruppe jede*r seinen Platz im Sitzen, Liegen oder im Stehen gefunden, dann arbeiten wir mit einfachen Selbstregulierungstechniken wie Atemregulierung, eigenleibliches Spüren guter Leibinseln oder kognitiven Techniken aus der Meditation. Es werden auch Wünsche der Patient*innen im Kontext ihrer Schmerzstörung berücksichtigt. Die Patient*innen beginnen allmählich für sich selber zu sorgen. Selten kommt jemand zu spät! Wenn ich den Raum betrete, haben die meisten Patient*innen schon ihren eigenen Raum abgegrenzt

beziehungsweise ihren Lieblingsplatz gebaut. Je nach Fortschritt der Gruppe werden dann auch schwierigere Techniken der Stress- und Schmerzregulation erarbeitet. Hier sind jedoch aufgrund der halboffenen Gruppe und der ständigen Veränderungen (das Kommen und Gehen neuer Patient*innen) Grenzen gesetzt.

3.2 Was ist der tiefere Sinn dieser Vorgehensweise?

Wir wissen heute, dass besonders die frühen Störungen im Kindesalter durch den frühen Mangel oder gar Verlust von Sicherheit, Halt und Bindung gekennzeichnet sind. Hinzu kommen in der Lebensspanne unserer Patient*innen mit Schmerzerkrankungen häufig weitere psychosoziale Belastungen, traumatische Erfahrungen oder gar schwere Kränkungen. Der ‚Verlust von Kindheit‘ wird hierbei im Erwachsenenalter nachgefordert und wir haben hierfür den klinischen Begriff der Regression. Jeder von uns Therapeut*innen kennt die vielfältigen Bedürfnisse unserer Schmerzpatient*innen nach passiver Versorgung: Massage statt aktiver Bewegungstherapie, Medikamente statt einer Entspannungsübung, Rente statt Arbeit. Diese Liste lässt sich unendlich fortsetzen und wir erleben daher diese therapeutische Arbeit häufig als sehr anstrengend. Die Kunst ist es, die Regressionsbedürfnisse der Patient*innen im Kontext der Therapie in eine gute Progression zu verändern. Dazu benötigen wir ein gutes Team, verständnisvolle Therapeut*innen, die dennoch in ihren Interventionen stringent sind. In der Gruppenarbeit sollen sehr behutsam und mit viel Bedacht die regressiven

Bedürfnisse der Patient*innen in ein gutes Selbsterleben (Progression) verändert werden.

Eine benigne Progression (eigene Wünsche benennen, Affekte ausdrücken, Kränkungen ansprechen) ist unseren Patient*innen zu Beginn der Therapie kaum möglich. Ein Ziel in der Therapie mit chronischen Schmerzerkrankungen ist daher die Regression im Rahmen der Therapie gut zu handhaben und in benigne Progression zu überführen. Das heißt statt einer Massage eine selbstgenerierte wohltuende körperliche Erfahrung zu machen, zum Beispiel über sanfte Bewegung, im Wasser, in der Natur oder gar in der Partnerschaft, das heißt statt Rückzug, Frustration, Hilflosigkeit und Suchtten- denz die eigenen Wünsche, Gefühle und Bedürfnisse in der zwischenmenschlichen Beziehung zu äußern, das heißt statt materieller dauerhafter Versorgungswünsche wie Rente sich selbst in einer guten Betätigung zu erleben und den Stolz zu entwickeln selbst für sich sorgen zu können. Damit ist das Erleben von Selbstwirksamkeit ein besonders wichtiges Ziel, das die Patient*innen in dieser Gruppe allmählich erreichen können.

3.3 Der Prozess der Veränderung im Rahmen des Tetradisches Modells der IBT (therapeutische Spirale)

Im Rahmen des Tetradisches Modells (hier: therapeutische Spirale) darf ich noch kurz den Prozesses des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens, Veränderens beschreiben (Abb. 3).

Wahrnehmen ist hier das sinnliche Erleben von Sicherheit, Ruhe, Halt und dessen Auswirkungen auf das eigene

Schmerzerleben. Das Wahrnehmen von Stressoren (z.B. Lärm von außen) wird hier regelrecht als schmerzverstärkend wahrgenommen.

Erfassen ist das Erfahren positiver Gefühle von Zufriedenheit wie ‚ich habe einen Platz für mich‘, ‚ich gehöre dazu‘, im Sinne korrigierender emotionaler Neuerfahrungen.

Verstehen heißt: ‚ich verstehe, ich muss besser für mich sorgen, weil ich hier in meinem Leben Defizite hatte‘, ‚weil ich zu wenig auf mich achte‘, ‚der Schmerz kommt dann, wenn ich meine Gefühle nicht ausdrücke‘.

Verändern bedeutet willentlich den Transfer in den Alltag vorzubereiten: ‚ich werde mich jetzt nicht mehr so unterdrücken lassen‘, ‚ich werde nicht mehr alles aushalten, sondern was sagen‘.

Haben die Patient*innen einmal diese Form selbstregulatorischer Arbeit nicht nur kognitiv verstanden, sondern leiblich erspürt und emotional erlebt, gibt es erste positive Neuerfahrungen im Alltagsleben, dann verankert sich dies im Gehirn der Patient*innen als wichtige Neuerfahrung und die Fähigkeit zur Selbstkontrolle. Die bislang vorherrschenden ohnmächtigen Erfahrungen im und mit dem Körper, wie zum Beispiel Schmerz, können besser reguliert und damit verändert werden.

4. Gemeinsame Erkenntnisse

Die Patient*innen, die zu uns in die Kliniken kommen, zeigen in aller Regel komplexe Störungsbilder. Sie bringen multiple Diagnosen mit – häufig aus vorherigen klinischen Aufenthalten. Daher ist es für unsere körperpsychotherapeutischen

Konzepte und Interventionen dringend notwendig, die Anamnese, den Befund, die Diagnostik und Differentialdiagnostik auf der Basis moderner Erkenntnisse der Trauma- und Schmerzforschung sowie der Neurobiologie zu integrieren.

Methodisch ist die Erarbeitung des eigenen Platzes im Raum sowohl für die Traumatherapie, als auch in der Behandlung des chronischen Schmerzes relevant. Für Patient*innen mit der Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung dient dieses Angebot der Stabilisierung und Orientierung im ‚Hier und Jetzt‘. Damit werden Intrusionen

und Flashbacks vermieden und die Stressregulierung des physiologischen Nervensystems aktiv angesprochen. Schmerzpatient*innen, die den psychosozialen Stress nicht regulieren können und folglich Schmerz in allen Bereichen des Körpers erleben, können an dem eigenen geschützten Platz Erfahrungen guter Selbstregulierung und Selbstwirksamkeit machen.

Die ‚hohe Kunst‘ der körperpsychotherapeutischen Gruppentherapie ist es, sowohl den Behandlungsfokus für jede einzelne Person, als auch die gruppendynamischen Wirkfaktoren förderlich

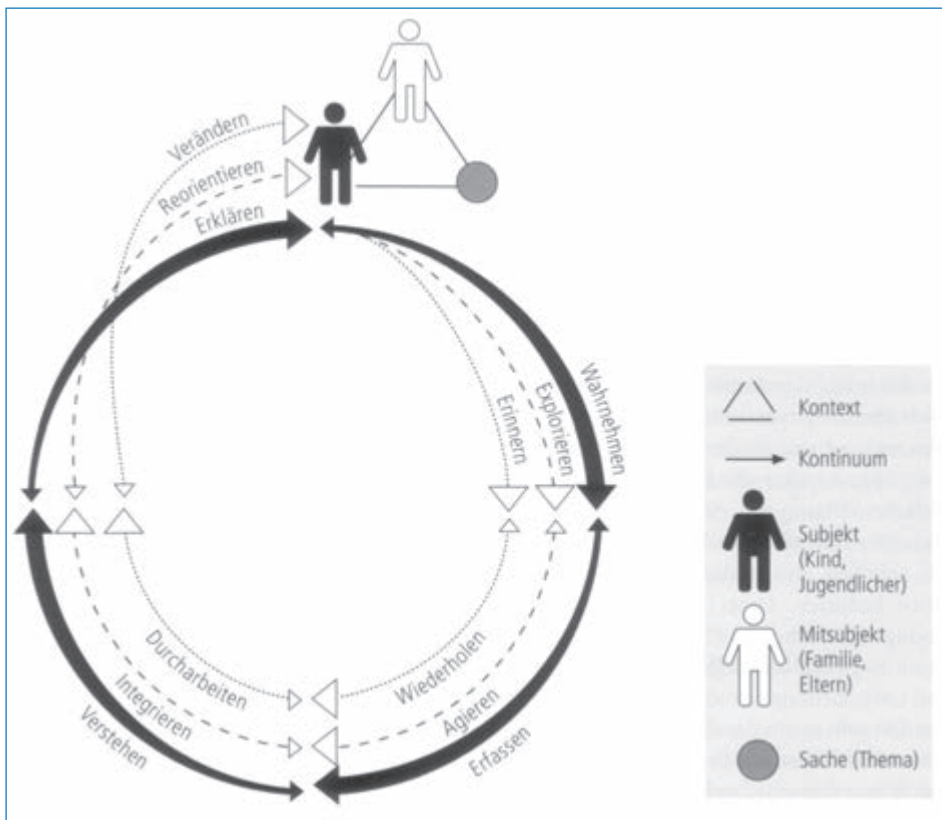


Abbildung 3: Die heraklitisches Spirale des Erkenntnisgewinns, des Lernens und Handelns und des Veränderns im Ko-respondenzprozess (Petzold, 1993) zitiert nach Waibel & Jakob-Krieger (2009, S. 11)

zu gestalten, so dass eine heilende Atmosphäre entsteht, in der diese regulierenden Erfahrungen eine Integration in die eigene Leiblichkeit und in das Lebensskript ermöglichen. Wenn wir als Körperpsychotherapeut*innen all diese diagnostischen, theoretischen und methodischen Aspekte verinnerlicht haben, dürfen wir in unseren Gruppentherapien getrost darauf vertrauen, dass wir unseren Patient*innen als Menschen begegnen und sie uns mit ihren schmerzlichen traumatischen und biografischen Erfahrungen berühren dürfen. Die Bedeutung der Anleitung einer körperpsychotherapeutischen Übung in einem strukturierten Setting und der vorsichtigen Interventionen macht Heilung in einem geschützten Raum und Rahmen – aber vor allem in den Beziehungen – möglich.

Unser kollegial-diskursiv verfahrensübergreifender Austausch zur körperpsychotherapeutischen Behandlung komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung und chronischen Schmerzerkrankungen hat uns sehr bereichert, aber auch viele Fragen offen gelassen, die an anderer Stelle weiter vertieft werden sollen. Integrative und Konzentrierte Bewegungstherapie bieten als Therapieverfahren in ihrem komplexen Verständnis von Leib vielfältige Möglichkeiten und Wege der Heilung für Patient*innen mit Trauma und Schmerz, die sowohl medizinische, psychische, soziale als auch ökologische Gesichtspunkte in ihrer Feinarbeit berücksichtigen. Gerade mit diesem umfassenden Verständnis sind gezielte leib- und bewegungstherapeutische heilsame Interventionen möglich.



Ute Backmann

• **Autorin:** Ute Backmann
• Dipl. Sozialarbeiterin
• Kultur- und Sozialwissenschaftlerin (Genderforschung)
• M.A.
• KBT Therapeutin
• Supervisorin/Coach (DGsv)
• Heilpraktikerin für Psychotherapie
• Vorstandsmitglied im DAKBT und DVP
• Derzeit tätig als KBT Therapeutin in der Klinik für
• Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der
• Universität Heidelberg (Station Mitscherlich), sowie in
• freier Praxis als KBT Therapeutin und Supervisorin



Martin J. Waibel

• **Autor:** Martin J. Waibel
• arbeitet seit über 40 Jahren an Fachklinik für
• Psychosomatik und Psychotherapie, seit 35 Jahren mit
• in leitender Tätigkeit, derzeit auf einer Schmerzstation.
• Selbstständig als Körperpsychotherapeut, Supervisor,
• Lehrtherapeut.
• Aktuelle Arbeit auf einer Schmerzstation mit
• chronifizierten Schmerzpatienten.
• Tätig als selbständiger Körperpsychotherapeut,
• Supervisor und Lehrtherapeut. Dozent für
• sozialwissenschaftliche Fächer an Fachschule und
• Hochschule.
• Integrativer Leib- und Bewegungstherapeut (DGIB)
• Dipl. Supervisor (FU Amsterdam), Master of Science
• (Psychotherapie)
• Dipl. Sozialarbeiter, Soziotherapeut (DGIK)
• Lehrtherapeut Integrative Therapie (FPI/EAG)
• European Certificate Psychotherapy (EAP)
• Bewegungs- und Körperpsychotherapie (HPG)
• info@mjwaibel.de

Literatur

- Allen, Jon G.; Fonagy, Peter & Bateman, Anthony W. (2011): *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Arbeitskreis OPD II (Hrsg.) (2014): *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik*. 3. Auflage. Bern: Huber.
- Bauder, Monika & Waibel, Martin J. (2009): Somatoforme Schmerzstörungen. In: Waibel, Martin J. & Jakob-Krieger, Cornelia (Hrsg.): *Integrative Bewegungstherapie*. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Breil-Weis, Andrea (2008): Aspekte einer Integrativen Therapie von Schmerzstörungen. Die Bedeutung von Selbstregulation und Selbstbeziehung in der Therapie mit Schmerzpatienten. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Breil-Weiss-Polyloge-09-2008.pdf> (abgerufen 02.11.2018).
- Egle, Ulrich T.; Hoffmann, Sven O.; Lehmann, Klaus A. & Nix, Wilfred A. (2003): *Handbuch chronischer Schmerz*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Egle, Ulrich T. & Zentgraf, Burkhard (2017): *Psychosomatische Schmerztherapie*. Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Engel, George L. (1959): Psychogenic pain and the pain-prone patient. In: *American Journal of Medicine*. 26(6). S. 899–918.
- Freud, Sigmund (1992): *Das Ich und das Es - metapsychologische Schriften (1923)*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.
- Huber, Michaela (2012): *Trauma und die Folgen*. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann.
- Küchenhoff, Joachim & Agarwalla, Puspa (2012): *Körperbild und Persönlichkeit*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Ludwig, Herrmann (2013): Bewegungstherapie bei chronischen Schmerzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland - Möglichkeiten und Grenzen aus Sicht der Integrativen Supervision. <https://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/ludwig-bewegungstherapie-chronische-schmerzen-moeglichkeiten-integrative-supervision-04-2013.pdf> (abgerufen am 02.11.2018).
- Nijenhuis, Ellert (2006): *Somatoforme Dissoziation - Phänomene, Messung und theoretische Aspekte*. Paderborn: Junfermann.
- Ogden, Pat; Minton, Kekuni & Pain, Clare (2010): *Trauma und Körper*. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz. Paderborn: Junfermann.
- Peichl, Jochen (2011): *Innere Kinder, Täter, Helfer & Co*. Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst. 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold, Hilarion (1993): *Integrative Therapie*. 3 Bände. Paderborn: Junfermann.
- Piaget, Jean (1947): *Psychologie der Intelligenz*. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, Luise & Wöller, Wolfgang (2017): *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, Evelyn (Hrsg.) (2016): *Konzentrierte Bewegungstherapie*. Grundlagen und störungsspezifische Anwendung. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Schreiber-Willnow, Karin (2012): Körperpsychotherapeutische Gruppen. In: Strauß, Bernhard & Mattke, Dankwart (Hrsg.): *Gruppenpsychotherapie*. Lehrbuch für die Praxis. Berlin Heidelberg: Springer.
- Schreiber-Willnow, Karin (2016): *Konzentrierte Bewegungstherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Van der Hart, Onno; Nijenhuis, Ellert & Steele, Kathy (2008): *Das verfolgte Selbst*. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B. (2016): *Verkörperte Schrecken*. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. 3. Auflage. Lichtenau: Probst Verlag.
- Von Weizsäcker, Viktor (1986): *Der Gestaltkreis*. Theorie der Einheit von Wahrnehmung und Bewegung. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Waibel Martin J. & Jakob-Krieger, Cornelia (2009): *Integrative Bewegungstherapie*. Störungsspezifische und ressourcenorientierte Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Winnicott, Donald W. (1989): *Vom Spiel zur Kreativität*. 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.