

bernhard schlage

körperpsychotherapie, schriftstellerei



## Berührung und Affektregulation

### Traumatherapeutische Aspekte körperorientierter Psychotherapie am Beispiel der Arbeit mit der Methode „Posturale Integration“

Verfasst von Bernhard Schlage,  
Rück-Übersetzung aus dem englischen von Gregor Reinold Schmitt

#### **Abstrakt:**

Auf der Basis neuer Forschungsergebnisse aus dem Gebiet der Neurowissenschaften beschreibt dieser Artikel, wie Berührung verschiedene Bereiche des Gehirns über Nervenrezeptoren beeinflusst und wie verschiedene Qualitäten von Berührung KlientInnen in einer besseren Affektregulation unterstützen.

Er zeigt auf, wie regulierter emotionaler Ausdruck zur Entwicklung eines resilienten Kernselbst beitragen kann. Dabei verweist der Artikel auf das Modell des Affektzyklus, um auf grundlegende Weise die Schwierigkeiten im Ablauf von Emotionen zu verstehen, die in der Arbeit mit traumatisierten KlientInnen auftreten. Weiterhin erklärt er, wie das Verständnis des sogenannten „Toleranzfensters“, die Arbeit mit zwei verschiedenen Gruppen traumatisierter KlientInnen unterstützt: Sowohl solche, die unter zu starken Gefühlsschwankungen leiden, als auch jene, die zu wenig Kontakt zu ihren Gefühlen finden können.

**Schlüsselworte:** Berührung und Affektregulation, Haut-Rezeptoren, Affektzyklus, Toleranzfenster

#### **Die Anfangssituation:**

##### **Die erste Begegnung des ICH in der Beziehung zum DU**

Lassen Sie uns auf den Erstkontakt zwischen KlientIn und TherapeutIn schauen: Wir hatten schon Mail- oder Telefonkontakt; wir haben geschriebene Zeilen des Anderen gelesen oder wir hörten ihre/seine Stimme und wir beginnen, uns auf die empfangenen Signale zu beziehen:

- \* Wie drückt der/die KlientIn sein/ihr Interesse an Therapie aus: Sind es eher technische Termini; oder Formulierungen von Bedürfnissen und Sehnsüchten; oder hat er/sie Schwierigkeiten sich aufgrund starker emotionaler Reaktionen verständlich zu machen?
- \* Oder am Telefon: Was am stimmlichen Ausdruck des/r KlientInnen klingt in uns als TherapeutInnen nach? An dieser Stelle sei an das von Porges formulierte „Social Engagement System“ erinnert (Porges 2011): Oft assoziieren wir Gesicht und Körper zu einer Person, nur wenn wir deren Stimme hören, auch wenn wir sie noch nie zuvor gesehen haben! Welche Gefühle entstehen in Ihnen für das Gegenüber – auch wenn Sie nicht mit den diagnostischen Elementen des Systems der TCM vertraut sind (z. B.: Antlitz-, Geruchs- oder Hautfarbendiagnose; Ohashi, 1992, Kapitel 3).
- \* Oder wo in ihrem eigenen Körper als TherapeutIn resoniert die Stimme der KlientInnen?
- \* Welchen Wahrnehmungskanal benutzt der/die KlientIn primär: Ist sie eher bildhaft/visuell, oder lauschen sie inneren Dialogen, oder spricht sie mehr über ihre/seine Sinne und Körperempfindungen?

Bereits vor dem ersten Treffen können wir auf diese Weise viele nonverbale Informationen vom KlientInnen erhalten.

Und dann die **initiale Szene**, die erste verleiblichte Interaktion: Wie ist die Kongruenz zwischen dem innerem Bild, was sie sich als TherapeutIn möglicherweise gemacht haben und der konkreten Begegnung? Welchen Gesichtsausdruck zeigt der/die KlientIn im Erstkontakt: Lächelt er/sie oder ist er/sie den Tränen nahe? Oder entsteht vielleicht ein Gefühl von großer Distanz in der Begegnung, evtl. ausgedrückt durch einen skeptischen Blick? Wie ist die Qualität des ersten Händedrucks: Kräftig wie ein Steinmetz, der die Hand schmerzhaft quetscht? Oder schlaff wie ein Waschlappe? Und wie passt dieser Eindruck zur allgemeinen Körperspannung der/s KlientIn?

Die Anfangssituation ist voll von detaillierten, sensorischen Informationen über die Art und Weise, wie KlientInnen Kontakt gestalten. Und in der Körperpsychotherapie benutzen wir auch unseren eigenen Leib als einen interaktiven, psychobiologischen Regulator für alle Informationen die in dieser Situation

auftauchen. (Diamond et. al. 1963, Schore 2011b). Courtois (1999) beschreibt, dass gerade traumatisierte KlientInnen große Schwierigkeiten haben, angstreduzierte Kommunikation in therapeutischen Settings zu erlauben. Daher ist es unsere Aufgabe als TherapeutInnen, kreativ im Umgang damit zu sein, bewusste und unbewusste Muster der Interaktion zu erkennen und zu gestalten.

Auf einer grundsätzlichen Ebene fühlen wir in der Interaktion beispielsweise, dass da kein Gefühl ist, nur eine mehr oder weniger freundliche Maske: Die Gefühle sind also in einem Status der Untererregung - hypoarousal. (Zum Modell von hypo- und hyperrarousal siehe auch: Post et. al. 1997). Wir können uns als TherapeutInnen nicht wirklich auf ein Gefühl beziehen. Oder sogar noch weniger: Möglicherweise verstehen wir die zwischen uns entstandene Stille nicht, oder es entsteht ein „tiefes Nichts“ zwischen uns und den KlientInnen, das nicht berührbar erscheint. Oder das Gegenteil ist der Fall und die Interaktion ist hoch erregt: Es kommt beispielsweise viel Schmerz hoch, oder Tränen über ein Ereignis, das auf dem Weg in die Praxis oder in der Zeit vor der Sitzung geschehen ist; oder die KlientIn hat spezifische Phantasien über unsere Fähigkeiten als TherapeutInnen, z. B. weil sie etwas im Internet über uns gelesen hat; oder der/die KlientIn sieht in unseren Augen etwas, das ein tiefes Misstrauen in ihr aktiviert.

Wie reagieren Sie als TherapeutIn auf diese Situation unter Bindungsaspekten? Nehmen sie das emotionale Feedback persönlich, z. B. als Ergebnis ihrer guten oder schlechten Marketingstrategien? Oder lehnen sie sich mit einem unbeteiligten Gesicht zurück, (Hornak et. al. 1996) lediglich ihre eigenen Sinneseindrücke innerlich kontrollierend? Benutzen Sie verschiedene Interaktionsmuster, um mit dieser Situation umzugehen? Sind Sie sich ggf. einer Veränderung ihrer Stimme in dieser Anfangssituation bewusst?

Oder wie steht es mit der Selbstregulation ihres eigenen Körpers während des Kontaktes mit KlientInnen: Fühlen sie sich entspannt und gut? Verschränken Sie ihre Arme oder Beine? Oder sind diese entspannt? Stimuliert sie der Kontakt zu KlientInnen, möglicherweise hin zu unbeschwerten und offenen Gesten oder Mimik? Übernehmen sie (automatisch) den Gesichtsausdruck Ihrer

KlientInnen? Sind Sie in der Lage, deren Gesten zu folgen, um ihnen näher zu sein und damit die Bedeutung des Ausdrucks ihrer KlientInnen leichter zu erfassen? Geben Sie ihren KlientInnen Rückmeldungen über das, was sie erleben? Beginnen Sie vielleicht automatisch, innerlich auftauchende Emotionen zu regulieren, oder werden sie von den Emotionen ihrer KlientInnen sogar überwältigt? (Dunn, 1995 S. 724)

Während dieser Startphase kann ihr „Social Engagement System“ (Porges 2001) ihre Kontaktfähigkeiten und die Ihrer KlientInnen unbewusst im Sinne einer fruchtbaren Regulation steuern, die ihnen den Austausch von tiefen Gefühlen ermöglicht und gleichzeitig die Notwendigkeit für klare Grenzen zwischen ihnen als Erwachsene deutlich macht. Dafür sind lediglich flache Hierarchie und eine verlässliche, reziproke Beziehung nötig. Dies steht im deutlichen Gegensatz zum alten psychoanalytischen Grundsatz der therapeutischen Enthaltensamkeit (dem Modell der TherapeutIn als „weiße Wand“), bei der das Übertragungsgeschehen aus der scheinbar objektiven Perspektive des Beobachters analysiert wird. Heute geht man davon aus, dass der/die BeobachterIn gestaltender Teil der Situation ist. (Greene 2004, Kapitel 4: Heisenberg und die Relativitätstheorie). Und unser „Social Engagement System“ ist ein guter innerlicher Regulator für alle eventuell auftauchenden Empfindungen des Kontakts und der Interaktion!

In dieser ersten Phase geben wir den KlientInnen erste Rückmeldung über körperliche Interaktionen, deren wir uns bewusst werden: Wie z. B. dem Klang der Stimme, der Kraft oder Geschwindigkeit von Bewegungen, oder unsere Gefühle in diesem Bindungsgeschehen, während wir Raum und Zeit in diesem therapeutischen Setting teilen. Wir versuchen die Fähigkeit der KlientInnen Feedback zu geben und zu empfangen auf eine körperliche Weise zu fördern, genau wie gute Eltern es mit ihren Kindern tun: Durch vollständige Annahme auf allen Ebenen mittels körperlicher Präsenz. Später fügen wir unbewusste Aspekte der Interaktion hinzu. Besonders die Methode des „Körperlesens“ (Prester/Kurtz 1976) wird erst in einer späteren Phase folgen, in der eine verlässliche Vertrauensbasis gewachsen ist.

Und noch später können Sie zwischen der Ebene der Fremdregulation der KlientInnen durch Feedback, zu den weiter unten in diesem

Artikel erwähnten selbstregulativen Methoden wechseln, um immer wieder eine Situation des Vertrauens und positiver Veränderung zu gestalten. Fremdregulation durch Feedback und selbstregulative Methoden sind alternierend verwendete Elemente des körperpsychotherapeutischen Kontaktes.

In dieser frühen Phase der Therapie haben TherapeutInnen die Gelegenheit sich zu entscheiden, ob sie eher mit Methoden der klassischen Körperpsychotherapie oder mit spezifischen traumatherapeutischen Verfahren arbeiten wollen. Wir sollten dabei bedenken, dass seit den 90-er Jahren des letzten Jahrhunderts unser kultureller Hintergrund suggeriert, dass „alle KlientInnen traumatisiert sind“. Es gibt aber einige KlientInnen, die zwar belastende Lebenserfahrungen gemacht haben und körperpsychotherapeutische Hilfe brauchen um damit umzugehen, aber nicht im engeren Sinne nach folgender Definition traumatisiert sind:

- sie haben eine subjektive lebensbedrohliche Situation erlebt;
- in der keine Möglichkeit zur Aktivierung von Flucht- oder Kampfaktivitäten bestand;
- und nach der Situation gab es kein nährendes Bindungsangebot, um das autonome Nervensystem wieder zu beruhigen  
(Zusammenfassung nach: Levine, 2010;Kapitel 1)

Entgegen dem derzeit modernen therapeutischen Mainstream brauchen m. E. nur KlientInnen, auf die diese engere Definition zutrifft, spezifisch traumatherapeutische Behandlungsformen.

### **Zweite Phase: Schritte zur Verkörperung des Selbst**

In dieser Phase liegt der Schwerpunkt auf dem „pirschen“ von körperlichen Wahrnehmungen. (Engl. „tracking“ nach: Odgen et. al: 2010: Kapitel 9) Wir wollen die Kompetenz von KlientInnen im Finden guter und sicherer Erlebnisorte im Körper stärken, außerdem ihren Sinn für eine Zentrierung im eigenen Körper verbessern und besonders ihre Fähigkeit stärken, zwischen der emotionalen Interpretation eines körperlichen Signals und der tatsächlichen körperlichen Empfindung zu unterscheiden. Dies wird KlientInnen später in die Lage versetzen, emotionale Hypererregungen zu beruhigen, oder andersherum: In einem untererregtem Zustand sich selbst und ihre Emotionen besser wahrnehmen zu können.

Unabhängig von der verwendeten Körperpsychotherapiemethode, müssen TherapeutInnen von jetzt an alle gewonnenen Informationen der Anfangssituation in der gegenwärtigen Bindungssituation des therapeutischen Settings berücksichtigen, z. B.

- die räumliche Distanz, die sie für die Arbeit mit den spezifischen KlientInnen für körperliche Interaktion wählen;
- das Herausarbeiten der Bedeutung körperlicher Gesten und Ausdrucksweisen unterstützen, in dem sie diese verstärken;
- durch Feedback die **unbewussten** Körpersignale der Anfangssituation erkunden;
- den Stimmklang und die verwendeten Kontaktkanäle aufgreifen;
- die typische Choreographie der Gefühlskaskaden der KlientInnen in der Gestaltung der Session widerspiegeln;
- oder das Bewusstsein für Körperbereiche schärfen, die das Gefühl von Wohlbefinden und Sicherheit stärken;
- ihre Aufmerksamkeit für kleine Unterschiede, kleine Veränderungen entwickeln: Z. B. bzgl. der Temperaturunterschiede oder Farbwahrnehmungen unter der Haut, oder feiner Bewegungen im Gewebe, ...
- u. a. m. ...

All das kann beschrieben werden mit Begriffen des „Grounding“/der „Erdung“, eines Terminus, der ursprünglich aus der Bioenergetik kommt. (Lowen 1975, Odgen et. al. 2010, Kapitel 10) und später im Konzept des „Embodiment - der Verankerung von Erfahrungen im Körper“ (Hüther 2011) weiterentwickelt wurde. Das ist nicht nur ein Begriff, vielmehr ist es ein ganzer Korb voller Techniken für das Aktivieren guter, somatischer Ressourcen, die unter oder neben den traumatischen Erinnerungen der KlientInnen existieren.

Während dieser Phase werden beide durch die bestehende Bindung geschult: TherapeutInnen in der Auswahl geeigneter Interventionen und KlientInnen in der Fähigkeit ihren emotionalen Zustand während der Erinnerungsarbeit in einem angemessenen Rahmen zu halten, dem sog. „Toleranzfenster“. (Odgen, et. al. 210, S. 67). Es muss genügend emotionale Ladung für die Arbeit vorhanden sein, damit die Erinnerungen nicht bloß verbaler Natur bleiben, und zugleich darf nicht zu viel emotionale Ladung entstehen, die die Fähigkeit der KlientInnen zur Integration des Erlebten einschränken würde. (Siehe Zitat Breuer/Freud über den Fakt, dass Erinnerungen ohne die entsprechende emotionale Ladung keinen Einfluss auf den

Heilprozess hatten; 1895; GW1; Seite 85.) Das „Social Engagement System“ lehrt beides: TherapeutInnen werden in der Wirkung ihrer Methoden geschult und KlientInnen lernen mit emotionalen Erregungszuständen ihres Systems umzugehen, ohne posttraumatische, emotionale Reaktionskaskaden zu aktivieren, die sie in der Vergangenheit erlebt haben.

Das Körperbewusstsein von KlientInnen zu schulen meint zuerst Körperbereiche zu etablieren, wo sie sich sicher und angenehm fühlen können und die später ihre Selbstregulation bei der Angst vor traumatischen Erinnerungen balancieren können, besonders wenn sie eine Tendenz dazu haben, ihren Körper zu verlassen (wenn sie eine Tendenz haben in hyperarousal zu fallen), oder um ein sensitives Bewusstsein in Körperbereichen aufzubauen, das später zu emotionalen Reaktionen entwickelt werden kann (wenn sie eine Tendenz zu c haben).

Und bedenken Sie Folgendes: Für KlientInnen mit Essstörungen ist Fasten nicht ein Teil der Lösung! Oder wenn Ihr/e KlientIn zu den 20 % der Europäer gehört, die unter Schlafstörungen leiden, ist Nicht-Schlafen definitiv kein Teil der Lösung des Problems. Das Gleiche gilt für Berührung: Bei durch körperliche Gewalt oder sexuellen Missbrauch traumatisierten KlientInnen ist das Vermeiden von Berührung Teil des Problems und führt selten zur Befreiung vom Trauma. Wie dem auch sei, als KörperpsychotherapeutIn, nachdem Sie ihrem KlientInnen den psychischen Teil der Interaktion bewusst gemacht haben- entwickeln Sie Wege, um in näheren Kontakt mit ihnen zu kommen und schließen dabei auch Berührung mit ein. Berührung ist Teil des Selbstregulierungsprozesses von Menschen. (Siehe auch die Konzepte des „Containment“ von Bion 2004 und des „Holding Environments“ von Winnicott: 1990.)

Einige Jahre bevor Bandler/Grinder (1976; Seite 37f; Odgen 2010: Kapitel 8) beim Studium von Videoaufzeichnungen der therapeutischen Arbeit von Virginia Satir, Fritz Pearls und Milton Erikson herausfanden, dass der unbewusste körperliche Dialog zwischen TherapeutInnen und KlientInnen der Haupterfolgsweg in der Psychotherapie ist, zeigte Bowlby (1995) die Rolle, die der Körper bei der psychotherapeutischen Heilung spielt. Gelder (2004) erklärte später ebenfalls, dass das Spiegeln von (Körper-) Haltungen im Gegenüber dieselben Bereiche der Gehirne aller an

dieser Situation Beteiligten aktiviert. Er nannte dies „Posturale Resonanz“. Und letztlich erkannte Rizzolati (et. al. 1996) die Aktivität der sogenannten Spiegelneuronen als wesentliches Element unserer Hirntätigkeit für das Einfühlen in die emotionalen Vorgänge im Kommunikationspartner.

In dieser Phase beginnen wir jetzt implizit etwas anderes, was wir später, in der dritten Arbeitsphase, explizit tun werden: Wir entwickeln für KlientInnen eine sogenannte „Geschichte guter Berührungen“ - Berührung, die unsere KlientInnen empfangen haben und für die sie kompetent sind (im Sinne von verantwortlich oder auch fähig, damit umzugehen). Einige KlientInnen haben Erinnerungsfragmente der „Ursprungssituation“ ihres Traumas (Rosenberg, 1985). Andere haben aus anderen Quellen erfahren, dass etwas geschehen sein muss, oder sie fanden in der Anfangsanamnese Anzeichen von ungelösten, traumatischen Erfahrungen. Wie auch immer, meist kann die Ursprungssituation nicht bewusst erinnert werden. Tatsächlich leiden KlientInnen oft unter Erinnerungslücken über eine lange Zeitspanne ihres Lebens, oder im Besonderen in Bezug auf die frühe Kindheit.

Daher beginnen wir die KlientInnen für persönliche Erfahrungen von Berührungen zu sensibilisieren: Zum Beispiel erinnern wir sie an die Berührung der Mutter beim Stillen; oder an den Kontakt der (groß-) mütterlichen Hand während des Windelwechsels; oder an das Gefühl beim Streicheln des Kuscheltiers; an den Hand- oder Körperkontakt zu Geschwistern. Oder an Erinnerungen an Pfoten von Haustieren, wie Meerschweinchen, Hasen, Hunde oder Katzen; an Körperkontakt mit Verwandten z. B. beim Märchen-Vorlesen oder Fernsehen; Erfahrungen von Körperkontakt beim Sport oder Tanzen und nicht zuletzt guten verbindenden Kontakt, den KlientInnen aus früheren oder aktuellen Partnerschaften erinnern.

Dabei entwerfen TherapeutInnen allmählich eine Landkarte der früher von KlientInnen erfahrenen guten Körperkontakte. Wie ein Puzzle werden Erinnerungen zusammengefügt. Zu Beginn sind es vielleicht nur wenige Fragmente, aber schrittweise werden sich immer mehr Erinnerunginseln um einen bestimmten Ort in der Kindheit entwickeln, die sich vielleicht um ein Foto ranken; oder die ein bestimmtes Alter betreffen. Manchmal sind es nur kleine Details, z. B. das Muster einer Tapete; oder der Geruch in einem

Raum, ohne genau zu erinnern, woher er kommt. Dabei beginnen wir zweierlei: Wir reaktivieren die Erinnerungen im Frontalhirn (von der Kolk: 1996) und gleichzeitig durchbrechen wir Muster der Amygdala dominierten Traumareaktionen (Brewin 2001; Seite 381).

Dies wird nicht nur durch Gespräche erreicht. In einem Parallelprozess, in dem wir das Interesse der KlientInnen an unterschiedlichen Berührungen und Körperbereichen, die sich sicher anfühlen, wecken, folgen wir auch gespannt einer neuen Spur: Der Spur der Berührung selbst und der Wahrnehmung unterschiedlicher Berührungsqualitäten durch die KlientInnen. Dies kann aktiv geschehen: Sie erinnern die Haut der mütterlichen Hand und TherapeutInnen laden ihre KlientInnen ein, die eigene oder die Hand des/r TherapeutIn zu erforschen. Oder mehr passiv: KlientInnen empfangen unterschiedliche Berührungsqualitäten vom TherapeutInnen. Am Anfang ist es Berührung ohne jegliche Absicht: Es handelt sich nur um das Auflegen der Hand auf eine bestimmte Stelle, die sich für die KlientInnen angenehm anfühlt und bei dem es darum geht, Achtsamkeit in diesen Kontakt zu bringen.

### **Dritte Phase: Die Traumalandschaft erkunden**

Wenn erste Veränderungen eintreten, unterstützen wir KlientInnen in Ihren Fähigkeiten, Berührungen empfangen zu können: TherapeutInnen halten KlientInnen im „Hier und Jetzt“ (Stern 2004) z. B. damit sie mehr Bewusstheit über den Unterschied zwischen körperlicher Empfindung und der zugeordneten emotionalen Interpretation erlangen; oder damit sie die Qualität der eigentlichen Berührung spüren lernen: Ist diese warm/kalt, scheint die Hautoberfläche unter der Berührung zu schmelzen oder kehrt die Fähigkeit der KlientInnen, sich von der Berührung abzuspalten bzw. das Unvermögen, sich mit der Berührung zu verbinden, zurück? Fühlen sie ein Bedürfnis, sich auf die Wärme der TherapeutInnenhand zu beziehen, oder befürchten sie im Gegenteil, dass durch diese Hand etwas in Ihren Körper eindringen könnte? (Weitere Vorschläge für Arten des Kontakts über Hände in: Busch 2006)

Bei SchmerzpatientInnen finden wir regelmäßig das unbewusste Muster, die Berührung als Blitzableiter für ihre Schmerzen zu benutzen. Und was mag passieren, wenn TherapeutInnen ihnen genau dieses Muster spiegeln? Diese Rückmeldung schult die Wahrnehmung

von Unterschieden zwischen der vom KlientInnen vermuteten Absicht der Berührung und ihrer erlebten Reaktion auf die Qualität der Berührung. KörperpsychotherapeutInnen können auch die Qualität ihrer Berührung ändern: Kleinste Bewegungen einführen, Wärme oder Druck der Hand verändern (Schlage 2016) und unterstützen immer wieder die Selbstregulation der KlientInnen oder die bereits in früheren Phasen etablierte Bindungsregulation zwischen TherapeutInnen und KlientInnen.

Das Anlegen von Übersichtskarten über körperliche Ressourcen, die sog. „Traumalandschaft“, (Hermann 2003, Bundy, Lane & Murray 2002) das Erkennen peritraumatischer Erinnerungen (Janet 1925) und die Zuordnung von Berührungsqualitäten (Sollier 1897; Lowen 1967, Kapitel 3) sind die Hauptziele zu Beginn dieser Phase.

Und vergegenwärtigen sie sich, dass Erinnerungen visuell sein können oder auch auditiv (z. B. die mütterliche Stimme, das Motorgeräusch des Autos des Vaters, oder der Klang der Stimmen aus dem inneren Dialog des KlientInnen). Manche KlientInnen mögen sich auch an Gerüche erinnern, und speziell in der Körperpsychotherapie haben viele KlientInnen kinästhetische Erinnerungen: An früher erhaltene Osteopathie- oder Shiatsu-Behandlungen, oder an Gefühle von Ablehnung oder Manipulation durch Berührungen in der Vergangenheit. TherapeutInnen unterstützen diese Spurensuche von Berührungserfahrungen oder fördern das Explorieren von sogenannten „autonomen Mikrobewegungen“, um das Körperbewusstsein der KlientInnen für Körperbereiche, die sich starr oder dumpf anfühlen, wiederherzustellen. Wir erforschen dies in verschiedenen Körperbereichen: Zentrum/Peripherie, Vorder- und Rückseite, Beine, Arme, Gesicht oder Kopf.

Dafür können TherapeutInnen „Landkarten des Wissens“ darüber benutzen, was der emotionale Hintergrund in den behandelten Bereichen sein kann. (z. B.: Marcher 2010, Painter 1987). Dies beeinflusst die sensorischen Eingaben für die Regulation der dyadischen Erregung und Affektregulation, um so eine noch sicherere Beziehung zwischen beiden – den TherapeutInnen und KlientInnen – herzustellen. Diese Stabilisierung von neurophysiologischen Mustern des sog. „orbitofrontalen Kortex“ ist die Basis für eine bessere Selbstregulation der KlientInnen, die wiederum auf einem feiner abgestimmten Bindungssystem und einer

sicheren Bindung fußt. Laut Schore (2003, S. 219) ist es der sensorische Input, der diese Entwicklung ermöglicht.

Am Anfang der dritten Phase sollten TherapeutInnen nicht das Trauma direkt anvisieren. Sie eröffnen lediglich eine Sammlung von Erinnerungen. Werden diese zu früh interpretiert, beeinflusst die Interpretation selbst später die Art der Erinnerung. Besonders wenn der Verdacht des sexuellen Missbrauchs von KlientInnen besteht, braucht es sowohl für die KlientInnen als auch die TherapeutInnen Zeit, um folgende Unterschiede in der Erinnerung identifizieren zu können:

- die Phantasien der KlientInnen von Sex mit einem Erwachsenen oder nahen Verwandten, können einen unbewussten, ungelösten Konflikt aus der ödipalen Phase der normalen psychosexuelle Reifung anzeigen;
- oder die Erinnerungen entsprechen einem induzierten „False Memory Syndrom“ aus anderen, vorherigen psychotherapeutischen Behandlungen (Stevens et. al. 2007);
- oder KlientInnen haben eine Erinnerung an einen tatsächlich stattgefundenen sexuellen Missbrauch.

Auch wenn normalerweise KlientInnen in dieser Arbeitsphase ambivalent mit solchen Erinnerungen sind, müssen sich TherapeutInnen mit jeder Form von Interpretation zurückhalten, bis beide genügend Puzzlesteile der „Ursprungssituation“ gesammelt haben, um zu entscheiden: Was ist passiert, wann, wo und welche Personen waren involviert.

KlientInnen fragen in dieser emotional belastenden Arbeitsphase immer wieder: „Wie viele Details der Erinnerungen sind zwingend nötig, um das emotionale Traumamuster zu unterbrechen?“ Darauf können wir als TherapeutInnen unterschiedlich antworten: Natürlich gibt es KlientInnen, für die es unabdingbar ist, genau zu wissen, was wirklich passiert ist: Z. B. wenn der Täter noch lebt, oder wenn sie in kontinuierlichem Kontakt mit den tatverdächtigsten Verwandten stehen. Andere KlientInnen verharren in ihrer emotionalen Ambivalenz und müssen erst neugieriger oder mutiger werden, um den bedrohlichen Hinweisen der Erinnerungsfragmente zu folgen. Aber meist löst sich das Traumamuster von selber auf, wenn TherapeutInnen und KlientInnen, erkennen, dass die erstarrten Emotionen neue Wege finden und leichter fließen können. Dabei

wächst die Fähigkeit der KlientInnen, ihre emotionalen Reaktionen selbst zu regulieren und auch ihre Erinnerungsreaktionen richten sich mehr am natürlichen Affektzyklus aus.

Während die in der KlientInnen-TherapeutInnen-Beziehung oder durch die Selbstregulation der/s KlientInnen entwickelten somatischen Ressourcen aktiv bleiben, setzen wir die Arbeit an den mehr traumaspezifischen Abläufen durch verschiedene Arten von Berührung fort. Wir berühren:

- verschiedene Körperbereiche (z. B. Vorderseite der Beine, Arme, Schultern,...);
- verschiedene Ebenen dieser Bereiche (z. B. oberflächlich auf der Ebene der Meridiane, oder tiefer in fasziale oder muskuläre Erinnerungen, oder ganz tief im Gewebe der Knochenhaut (Periost);
- mit unterschiedlichen Berührungsqualitäten (z. B. indem wir dem Kontakt folgen; Mikro-Bewegungen einladen; tiefere Emotionen hervorrufen; etwas schützen... u. a. m..

Während wir das tun, vervollständigen wir die Karte der „Traumalandschaft“ der KlientInnen und wir beginnen Traumaspuren im Gedächtnis zu verfolgen. Besondere Aufmerksamkeit legen wir dabei auf Veränderungen in bestimmten Körperbereichen bei emotionaler Erregung, bzw. Veränderungen in der Orientierung oder Bewusstheit und wir schulen KlientInnen darin, diese Veränderungen auch wahrzunehmen. Wir unterbrechen den Ablauf von automatischen Traumareaktionen durch Methoden des „Groundings“ und des „Embodiments“, die wir in den vorherigen Arbeitsphasen etabliert haben. Und wir beginnen, nach unvollständigen Abwehrreaktionen zu suchen: Besonders traumatisierte KlientInnen erleben festgefahrene affektmotorische Aktivitäten, deren Auftauchen erfahrene TherapeutInnen durch kleine Bewegungen an der Körperperipherie erkennen können: Z. B. Finger- oder Fußbewegungen, die in Phasen der Körperarbeit unwillkürlich erscheinen. Diese können „gepirscht“ werden, um herauszufinden, welche beginnenden Kampf- oder Fluchtaktivitäten darin reaktiviert werden können.

Im Bewusstsein der Existenz von ca.700 Nervenrezeptoren in einem Quadratzentimeter der Haut (Juhan 1987, Kapitel 2), verwenden KörperpsychotherapeutInnen auch verschiedene Arten der Berührung, um über diese Rezeptoren Basisregulationsmechanismen des autonomen

Nervensystems zu stimulieren: Z. B.

- \* die sog. Golgi-Organen, um den Muskeltonus zu regulieren;
- \* \* die Pacini-Rezeptoren, um das propriozeptive Feedback der KlientInnen zu erhöhen
- \* \* und speziell die Aktivierung der Ruffini-Rezeptoren, für ein Herunter Regulieren des sympathischen Teils des Nervensystems (Rywerant 1983, Schleip 2012, Seite 151).

Möglicherweise reagiert während der Körperarbeit das für den Ablauf von Emotionen zuständige limbische System und entgegen des überholten Paradigmas des „Ausagierens“ (van der Hart et. al. 1993 S. 165) erkennen KörperpsychotherapeutInnen darin unterschiedliche Phasen von emotionaler Aufladung. Mit Hilfe des Modells des „Affektzyklus“ (Schlage et. al. 2012, Seiten 209 - 223), verstehen sie die spezifischen Phasen, die Emotionen im Laufe der Aktivität des limbischen Systems durchlaufen und variieren ihre Berührungsqualitäten hin zu einer verbesserten emotionalen Regulation. Dabei gibt es Phasen, die bei traumatisierten Menschen besonderer Aufmerksamkeit bedürfen:

- \* Z. B. sind einige von ihnen bereits in einem nervösen Grundzustand von Übererregung (hyperarousal) und werden möglicherweise von Gefühlen überschwemmt, bevor sie ausreichendes „Grounding“ erlebt haben. Diese können darin unterstützt werden, einen sicheren Ort in ihrem Körper zu finden, um zwischen der emotionalen Interpretation eines körperlichen Empfindens und der Empfindung selbst unterscheiden zu lernen. In diesem Fall reaktivieren KörperpsychotherapeutInnen die gefundenen Strategien der früheren Arbeitsphasen, um die Übererregung der KlientInnen herunter zu regulieren; im Falle, dass sie zu schnell von einem Erregungszustand in einen anderen wechseln, ohne sich ausreichend vom auslösenden Reiz (Trigger) distanzieren zu können, verwenden wir Techniken, die die Fähigkeit zur Zentrierung oder Distanzierung verbessern, um die emotionale Erregung zu regulieren.
- \* Andersherum können manche KlientInnen sich emotional nicht ausreichend aufladen, um mit den aus ihrer Erinnerung entstehenden Affekten zu arbeiten. Diese werden darin unterstützt, eine entsprechende Energetisierung im Körper über Atemarbeit, oder über gezielte motorischen Aktivitäten zu

erreichen, um das fühlende Bewusstsein in den blockierten-, sich erstarrt-, oder dumpf anfühlenden Körperbereichen wiederherzustellen.

Zusammenfassend unterstützt Berührung in der „Posturalen Integration“ die Regulierung von Emotionen in den sog. „Stromschnellen“ (Levine 1997), und sie schmilzt „eingefrorene emotionale Energie“, was eine Metapher für die Reaktivierung von Mikrobewegungen ist. Wir fördern das Vertrauen der KlientInnen, emotionale Wellen in den verschiedenen Phasen des Affektzyklus selbst regulieren zu können und setzen bewusst das im vorherigen Therapieverlauf trainierte Bindungssystem, als „Fremdregulation durch Feedback“ ein.

Hierbei gibt es traumaspezifische Phänomene, die eine andere Choreographie als in der klassischen Körperpsychotherapie erforderlich machen. Erinnern wir uns: KlientInnen befanden sich in ihrem subjektiven Erleben in einer lebensbedrohlichen Situation, was heißt, dass viele Aktivitäten des Gehirns in Überlebensmustern laufen. Das wiederum heißt, dass ein großer Anteil der normalen Gehirnkapazität den KlientInnen nicht zu Verfügung steht. Dies gilt zuallererst für die frühen amygdala-gesteuerten emotionalen Reaktionen, wie sie KlientInnen sowohl bei hyperarousal (frühe Abwehr- und Kampf-Reaktionen), als auch bei hypoarousal (Lähmungs-, oder Dissoziations-Reaktionen) in alltäglichen Situationen belasten. Aber auch Ressourcen aus früheren gelungenen Adaptionen an Konflikte, oder Erinnerungen an Erfahrungen von ausreichender Resilienz, scheinen traumatisierten KlientInnen nicht zur Verfügung zu stehen.

TherapeutInnen können in diesem Falle Reaktionen der Orientierung und der besseren Erdung unterstützen, indem sie die Körperempfindungen in Bereichen explorieren, die sich für KlientInnen sicher anfühlen. Wenn es KlientInnen nicht gelingt, ausreichend ihr Kampf- oder Fluchtsystem zu aktivieren, können wir die früher etablierten körperlichen Fähigkeiten aktivieren: Wir unterstützen z. B. das Erspüren der Mikrobewegungen und aktivieren ihre Selbstregulation, um sie aus dem blockierten oder dissoziierten Zustand herauszuführen; wir fördern die Fähigkeit stärkere und tiefere Gefühle zu erlauben, während gleichzeitig das Bewusstsein für die nötige Reflektion entwickelt wird. Entsprechend des charakterspezifischen Konfliktpotentials wählen wir

verschiedene Arten, den Affektzyklus zu choreographieren, mit dem Ziel auf eine Neuausrichtung hin zu gesünderen, ausgeglicheneren Menschen. (<http://icpit.org/philosophical-backgrounds/> Kapitel „bodymind integration defined from several angels“ Marivoet 2016) Schließlich kreieren wir Erlebnisse naher Verbundenheit und unterstützen dadurch die emotionale Neuausrichtung der KlientInnen. (siehe vierte Arbeitsphase)

Ogden (2010) beschreibt die Notwendigkeit des Zusammenspiels zwischen tiefer, innerer und oberflächlicher Muskulatur für die Heilung emotionaler Traumata. (so zitiert in Kurtz/ Presterer 1979). Die Vervollständigung von unvollendeten Abwehrmechanismen ist ebenfalls angezeigt, wenn KlientInnen Kampf- oder Fluchtimpulse zeigen, z. B. durch den Einsatz der Arme, um mehr Distanz zu schaffen, oder wenn die Beine nach Etwas treten möchten, oder Signale des Weglaufens zeigen, schauen wir nach Möglichkeiten, diese unvollendeten Bewegungen abzuschließen.

#### **Vierte Phase: Von der Tragödie zum Triumph**

Diese beinhaltet die sogenannte erfolgreiche Verkörperung von Erfahrungen und die Integration in den Alltag. Auch wenn dieser Artikel die Arbeit von KörperpsychotherapeutInnen mit traumatisierten KlientInnen in einem Phasenmodell beschreibt, so ist doch klar, dass reale therapeutische Verbindungen nicht nach Schemata ablaufen. Oftmals kommen gerade in dieser Phase einige bisher unbekannte Erinnerungen hoch, gerade wenn das Ende der Therapie bevorsteht. (Steele 2005b)

Das Hauptziel dieser Phase ist die Umsetzung der erlernten Werkzeuge der Selbstregulation und des Bindungssystems in das alltägliche Leben. (Brown et. al. 1998)

Auch während intimer Bindungserfahrungen nehmen wir uns Zeit, um die hilfreichen Selbstverteidigungs- und Eigenermächtigungsmuster aus früheren Phasen zu stabilisieren. Wir versuchen KlientInnen darin zu unterstützen, mehr Intimität auch im Kontakt mit anderen Bezugspersonen, oder Verwandten erleben zu können. (Brown 1998) Oftmals leiden KlientInnen nach traumatischen Erfahrungen unter der Unfähigkeit, befriedigende Beziehungen erleben zu können. So geraten sie z. B. zu leicht in Umstände, in denen sie Sorge für andere Menschen übernehmen (Sable 2000), oder in symbiotische

Beziehungen, unter Verlust des Gefühls für angemessene Distanz und Eigenwahrnehmung; oder sie fallen in paradoxe oder parentifizierte Bindungsmuster (Minuchin 1974), wo sie Verantwortung für Menschen aus ihrem Bezugssystem übernehmen, deren eigentliche Aufgabe (in intakten Familien) es wäre, für das Wohlbefinden der betroffenen KlientInnen zu sorgen.

KlientInnen, müssen lernen, dass Erdung, Zentrierung, Verbindung, stimmlicher Ausdruck, Augenkontakt und unser Bindungssystem es möglich machen, Kontakt und Intimität Situations- und Personen-angemessen zu gestalten. Es ist ein Unterschied, ob ich die Beziehung zu einer/m KollegIn gestalte, oder zu einer/m guten FreundIn, oder zu einem Familienmitglied, zudem etwas mehr Abstand angeraten wäre.

Juhan (1987 S. XXIX) schreibt, dass TherapeutInnen Wellen sensorischer und motorischer Informationen in den Gehirnen der KlientInnen erzeugen, die über ihre bisher gemachten Lebenserfahrungen hinausgehen. Dieses Neue füllt sensorische Lücken ihres Körperwissens bezüglich Sensitivität und Beweglichkeit und unterstützt sie auf neue Weise in Beziehung zur Natur, Umwelt und in zwischenmenschlichen Kontakten zu treten. Janet schrieb (1925; Seite 988), dass das Hauptmerkmal einer erfolgreichen Therapie ist, dass KlientInnen wieder Freude und Glück erfahren können. Für traumatisierte KlientInnen ist dies schwer zu erreichen, auch wenn sie ein Verlangen nach dieser Lebenserfahrung haben. Wir wissen - vielleicht aufgrund der Probleme mit den Neurotransmittern des dopaminergen Systems (Cabib & Puglisi-Allegra 1996), dass es schwer ist, KlientInnen in diesen Gefühlen nach der Arbeit mit dem „Affektzyklus“ bzw. den „Stromschnellen“ zu lassen. Da diese Gefühle die Tendenz haben, Menschen für Situationen und Beziehungen zu öffnen, lösen sie bei traumatisierten KlientInnen natürlicherweise tiefe Ängste vor diesem Öffnungsprozess aus. Frijda (1986, Seite 368) beschreibt, dass freudvolle Empfindungen den Körper selbst auf eine unbewusste Weise formen und ihn damit für die Möglichkeit neuer Verhaltensweisen öffnen. Also laden wir in dieser Phase der Arbeit KlientInnen ein, mehr positive Empfindungen zu erzeugen, in Beziehungen wie auch in der Selbstregulation.

Dies kann zu neuen Hobbys führen wie Tanzen, Sport treiben, gute

Musik hören, zu neuer Farbwahl in der Kleidung, oder zu sonstigen Veränderungen ihres unmittelbaren Lebensumfeldes. Wir werden KlientInnen unterstützen, in allem, was wir als für sie förderlich herausgefunden haben, um diesen neuen Energiewellen, der Neuorientierung der Hirnfunktionen und den Intentionen des persönlichen Selbst zu folgen.

In dieser Schlussphase sollten TherapeutInnen ebenfalls eine neue Sichtweise auf ihre KlientInnen entwickeln: Weg von einem defizit-orientierten diagnostischen Blick hin zu einer Sicht auf ihr Potential als Menschen. (Dychtwald 1977, Kapitel 9) Eventuell auch im Sinne der Verwirklichung des archetypischen Musters ihrer Seele. (Jung 1978)

Zum Abschluss der Arbeit erscheint die alte Frage, mit der auch Religionen ringen: „Warum leiden Menschen unter Lebenserfahrungen?“ Auch wenn wir wissen, dass einige unserer weltweiten Probleme das Ergebnis menschlichen Strebens nach materiellem Gewinn sind, wissen wir, dass Menschen unterschiedlich auf eine gleiche Situation reagieren. Einige können auf harte Lebenserfahrungen später mit einem weichen Herzen zurückblicken und dabei bemerken, dass sie an diesen Problemen persönlich auf gute Weise gewachsen sind. Aber speziell bei traumatisierten Menschen fällt auf, dass sie ihre Leidensmuster ständig zu wiederholen scheinen, ohne je einen Ausweg zu finden.

Körperpsychotherapie bietet hier Lösungen an, die natürlich erscheinen: Auch wenn wir Techniken erlernen, so nutzen wir doch auf natürliche Weise unsere Stimme, um zu beruhigen; wir nutzen das Bindungssystem, um mittels unserer Körperpräsenz Beziehungen zu regulieren; und wir verwenden Berührungen, um einen sicheren Umgang (Containment) mit dem, was geschehen ist, zu ermöglichen. Schlage (2017) schrieb über spezielle Effekte bezüglich körperlicher Übertragungen in der Abschlusssituation, gerade in Bezug auf die TherapeutInnen. Wir können sagen, dass wir Entfremdung vom natürlichen Leben aufheben und versuchen, grundlegende Lebensfunktionen, wie ein Wohlgefühl im eigenen Körper, die Pflege guter Beziehungen und das Leben in einem gesunden Umfeld, wieder herzustellen.

Für diesen Prozess kann vorliegender Artikel vielleicht Hinweise

sowohl für KlientInnen als auch für körperpsychotherapeutisch arbeitende KollegInnen geben.

## **Biographie**

Bernhard Schlage hat seit 1980 in den meisten europäischen Ländern Workshops gegeben und arbeitet in einer privaten körperpsychotherapeutischen Praxis seit 1984. Er hat Vorträge auf vielen internationalen Kongressen gegeben, z. B. in San Francisco, Paris und Sydney. 1986 gründete er ein Zentrum für Erwachsenen- und Gesundheitsbildung dessen Leitung er bis heute inne hat. Er ist seit 1999 Ausbilder für Postural Integration und Träger des „European Certificate for Psychotherapy“ (ECP) seit 2001. Spezialisiert auf die die Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder liegt seit einigen Jahren der Schwerpunkt seiner Arbeit auf der Ausbildung der nächsten Generation von körperpsychotherapeutisch Tätigen im Gesundheitswesen. Er ist Autor von mehr als 100 Fachartikeln und hat bislang 6 Bücher veröffentlicht.

## **Referenzen**

- Bandler, R., & Grinder, J. (1976). *The structure of magic*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.  
deutsch: (1987) Kommunikation und Veränderung; Junfermann Verlag, Paderborn
- Bion, W. R. (1984). *Learning from Experience*. London: Karnac.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Breuer, J., & Freud, S. (1955). *Studies in hysteria (1893 - 1895)*. London: Hogarth Press.
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behavioral Research and Therapy*, 39, 373 - 393.
- Brown, D., Schefflin, A., & Hammond, D. (1998). *Memory, trauma, treatment and the law: An essential reference on memory for clinicians, researchers, attorneys and judges*. New York: Norton.
- Bundy, A. C., Lane, S. J., Murray, E. A., & Fisher, A. G. 15 (2002). *Sensory integration: theory and practice*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Busch, T. (2006) *Therapeutisches Berühren als reifungsfördernde Intervention in: Hrsg Marlock, G., Weiss, H., (2006). Handbuch der Körperpsychotherapie, München, Schattauer, pp 517 - 529.*

Cabib, S, & Puglisi-Allegra, S. (1996). Stress, depression and the mesolimbic dopamine system. *Psychopharmacology*. (Berlin), 128, 331 - 342.

Courtois, C. A. (1991). *Theory, sequencing and strategy in treating adult survivors*. *New Directions for Mental Health Services*, 51, 47 - 60.

Diamond, S., Balvin, R., Diamond, F., Gardner, M. (1963). *Inhibition and choice*. New York: Harper & Row.

About the endogen directed intent of human brain to stay in relation, see Dunn, J. (1995); „Intersubjectivity in Psychoanalysis: a critical review“. *International Journal of psycho-analysis* 76. pp 723 - 38. doi:10.1017/cbo9780511621994.

Dychtwald, K. (1977) *Bodymind*. New York: Pantheon Books, Random House.

deutsch: (1981) *Körperbewusstsein*; Synthesis Verlag, Essen

Erken, R., Painter, J., & Schlage, B. (2012). Transformation of the self with bodymind integration. Postural integration - energetic integration - psychotherapeutic postural integration. Berlin: Holzinger.

Frijda, N. H. (1986). *The Emotions*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Greene, B. (2004). *Fabric of the Cosmos: Space, Time, and the Texture of Reality*. New York: Alfred A. Knopf.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books. 16

About the affect regulation through following mimics and voice: see Hornak, J. (1996). *Freud reappraised: a fresh look at psychoanalytic theory*. New York: Guilford Press.

Janet, P. (1925). *Principles of psychotherapy*. London: Allen & Unwin.

deutsch: Fiedler, Peter (Hrsg.), (2006); *Trauma, Dissoziation, Persönlichkeit*; \*abst Publishers, Berlin

Juhan, D. (1987). *Job's body: A handbook for bodywork*. Barrytown, NY: Station Hill Press.

deutsch: (1992) *Körperarbeit*; Knaur Verlag, München

About working with archetypes Jung, C. G. (1978). „Approaching the Unconscious“ in *Man and his symbols*. London: Picador.

deutsch: (2001) *Traum und Traumdeutung*; Deutscher Taschenbuch Verlag, München

Kurtz, R., & Prester, H. (1976). *The body reveals: An illustrated guide to the psychology of the body*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

About working with „rapids“: Levine, P., & Frederick, A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books. P. 195f  
deutsch: (1998) *Trauma-Heilung*; Synthesis Verlag, Essen

Trauma definition Levine, P. A., & Maté, G. (2010). *In an unspoken voice: how the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic.  
deutsch: (2011) *Sprache ohne Worte*; Kösel Verlag, München

Llinas, R., Ribary, U., Contreras, D., & Pedroarena, C. (1998). The neuronal basis for consciousness. *philosophical transactions of the royal society of London, series B, biological sciences*, 353, p. 1841-1849

About grounding Lowen, A. (1976). *Bioenergetik: der Körper als Retter der Seele*. München: Scherz. p. 169-173; (1975). *Bioenergetics*. New York: Coward, McCann & Geoghegan. Chapter 6

Lowen, A. (2012). *The betrayal of the body*. Hinesburg, VT.: The Alexander Lowen Foundation.  
deutsch: (1982) *Der Verrat am Körper*; Reinbek, Rowohlt Verlag

Marcher, L., & Fich, S. (2010). *Body encyclopedia: a guide to the psychological functions of the muscular system*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Marivoet, D. (2017). *Chart of Blockages of the Natural Flow of Energy* (unpublished paper). Gent

Minuchin, S. (1975). *Families family therapy*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Pr.  
deutsch: (1997) *Familie und Familientherapie*; Lambertus Verlag, Freiburg/Breisgau

Nelson, C. A. (1987). The Recognition of Facial Expressions in the First Two Years of Life: Mechanisms of Development. *Child Development*, 58(4), p. 889-909. doi: 10.1111/j.1467-8624.1987.tb01427.x

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2010). *Trauma und Körper - ein sensomotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton.  
window of tolerance: (chapter 2). pp 66-82 tracking (chapter 9). pp 262-264

Ohashi, W., & Monte, T. (1992). *Reading the body: Ohashi's book of Oriental diagnosis*. Aquarian/Thorsons.  
deutsch: (1993) *Körperdeutung*; Bauer Verlag, Freiburg/Breisgau

Painter, J. W. (1987). *Technical manual of deep wholistic bodywork: postural integration*. Mill Valley, CA: J. Painter.  
deutsch: (1992) *Postural Integration - eine Methode ganzheitlicher Körperarbeit*; Holzinger Verlag, Berlin

Porges, S. W., Doussard-Roosevelt, J. A., & Maiti, A. K. (1994). Vagal Tone and the Physiological Regulation of Emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), p. 167 - 186. doi: 10.2307/1166144

Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146. doi: 10.1016/s0167-8760(01)00162-3

about the regulation of hyper- and hypo-arousal Post, R. M., Weiss, S. R., Smith, M., Li, H., & Mccann, U. (1997).

Kindling versus Quenching. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1 Psychobiology), p. 285-295. doi: 10.1111/j.1749-6632.1997.tb48287.x

About false memory syndrom Ramirez, S., Liu, X., Lin, P., Suh, J., Pignatelli, M., Redondo, R. L., . . . Tonegawa, S. (2013). Creating a False Memory in the Hippocampus. *Science*, 341(6144), 387 - 391. doi: 10.1126/science.1239073

„originally scenario“ Rosenberg, J. L., Rand, M. L., & Asay, D. (1996). *Körper, Selbst Seele: Ein Weg zur Integration*. Paderborn: Junfermann. p. 84-107. Rosenberg, J., Rand, M., & Asay, D. (1989). *Body, self, and soul: Sustaining integration*. Atlanta, GA: Humanics Limited. Chapter 3.

Rywerant, Y. (1983). *The Feldenkrais method*. New York: K. S. Gieniger Comp.  
deutsch: (1987), *die Feldenkrais Methode*; Goldmann Verlag, München

Sable, P. (2004). *Attachment and adult psychotherapy*. Lanham: Rowman & Littlefield Pub.

Schlage, B. (2013). Die Kunst des achtsamen Herangehens. *Energie & Charakter*, 36, 51-61.  
<http://www.bernhardschlage.de/literatur/items/%C3%BCbergang-gespraechstherapie-zu-koerperpsychotherapie.html>

Schlage, B. (2016). The pleasure of touch - a suggested correlation between the change of the surface of cell membranes and the effectiveness of bodywork methods. *IASI Yearbook of structural integration*, pp. 99-106.  
<http://www.bernhardschlage.de/literatur/items/the-pleasure-of-touch.html>

Schlage, B. (2017). About a good end - how to end psychotherapy and why this is hardly ever talked about; in: *International Body Psychotherapy Journal*; Vol 16, Nr.1, p.16-27

Schleip, R. (2012). Chapter on „Fascia as a sensory organ. A target of myofascial manipulation“ in: Dalton, E., & Aston, J. (2012). *Dynamic body: exploring form, expanding function*. Oklahoma City: Freedom from Pain Institute.

Schore, A. N. (2001). The right brain as the neurobiological substratum of Freud's dynamic unconscious. In: Scharff, D. E. (ed.) *Freud at the Millenium: the evolution and application of psychoanalysis* (pp. 61-88). New York: Other Press.

Schore, A. N. (2003). *Affect regulation & the repair of the self*. New York: W.W. Norton.

deutsch: (2007) *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*; Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger, Stuttgart

Steele, K., van der Hart, O., Nijenhuis, E. (2005). *Phase oriented treatment of structural dissociation in complex traumatised: Overcoming trauma-related phobias*. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), p. 11 - 53.

Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.

About false memory syndrom Ramirez, S., Liu, X., Lin, P., Suh, J., Pignatelli, M., Redondo, R. L., Tonegawa, S. (2013). Creating a False Memory in the Hippocampus. *Science*, 341(6144), 387-391. doi:10.1126/ science.1239073

Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). *The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration*. *Dissociation*, 2(6), p. 162 - 180.

Van der Kolk, B. A., van der Hart, O., & Marmar, C. (1996). *Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder*. In B.A. van der Kolk, A. C. McFarlang, & L. Weisaeth (ed.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (p. 303 - 327). New York: Guilford Press.

Winnicott, D. W. (1990). The theory of the parent-child relationship. In: *The maturational Processes and the facilitating environment*. p. 37-55. London: Karnac Books.

## **kontakt:**

bernhard schlage  
körperpsychotherapie, schriftstellerei

gemeinschaftspraxis kugel e.v.  
in der steinriede 7, hofgebäude  
30161 hannover  
telefon & fax 05 11 / 161 42 11  
e-mail: post@bernhardschlage.de  
internet: www.bernhardschlage.de