

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmaker**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 23/2018

**Integrative Bewegungs-Therapie und
Körperbilder/Body Charts bei der Behandlung von
TraumapatientInnen in der Psychosomatik –
Der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive (2001/2017)**

In Memoriam *Hildegund Heintl* (1919 – 2005)

Lilo Hübner, Hilarion G. Petzold *

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Der Text dieser Arbeit wurde 2001 als Graduierungsarbeit an EAG - FPI angenommen.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung

Teil I:

Hilarion G. Petzold (2017) – Körperbilder, Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive zu Eindrücken und „komplexen Resonanzen“ aus der Lebensspanne

1. Leib und Leibbegriff – eine Schatzkammer
 2. Leibbasierte, kreative Prozesstechniken der Integrativen Therapie und Supervision auf dem Hintergrund des „Informed Body“
 3. Zum integrativen Leibbegriff: Leib als zwischenleibliche Geschichte, Leibarchiv, informierter Leib
 - 3.1 Empathie: wechselseitige, „zwischenleibliche Resonanz“
 - 3.2 Der komplexe Leibbegriff der Integrativen Therapie
 4. Der „tätowierte Leib – Zwischen Selbstgestaltung und Stigma
 5. Mit sich selbst in „guter Resonanz“ – das integrative Konzept der Resonanz
- Zusammenfassung/Summary

Teil II:

Lilo Hübner (2001): Integrative Bewegungs-Therapie und Körperbilder bei der Behandlung von Traumapatienten in der Psychosomatik-Klinik

Der Kontext 2001: Das Gestaltklinikum des Fritz Perls Instituts

I Zur Theorie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

1. Die traumatischen Ereignisse
2. Die Entwicklung der PTBS
3. Symptomatik bei PTBS
4. Die Therapie der PTBS
 - 4.1 Integrative Traumatherapie
 - 4.2 Das Traumasetting unserer Abteilung

II Zur Bedeutung des Körpers in der Therapie

1. Körper und Leib in der integrativen Therapie
 - 1.1. Körper- und Leib- Begriff
 - 1.2 Leibgedächtnis
2. Therapeutische Beziehung und Zwischenleiblichkeit
 - 2.1 Kontakt, Begegnung und Beziehung
 - 2.2 Berührung
 - 2.3 Emotionen
 - 2.4 Atmosphäre

III Zur Arbeit mit Körperbildern und integrativer Leib- und Bewegungstherapie

(IBT) bei der Behandlung von Patienten mit PTBS

1. Körperbilder als Werkzeug der Integrativen Traumatherapie
 - 1.1 Körperbilder in der Integrativen Therapie
 - 1.2 Modifizierung der Körperbilder für den Einsatz bei traumatisierten Patientinnen
 - 1.3 Typische Körperbilder von Beschwerden traumatisierter Patientinnen
 - 1.4 Hinweise der Körperbilder für die IBT
 - 1.5 Erste Erfahrungen mit Bildern der Kräfte und Kraftquellen
2. Körperorientierte Einzeltherapie unter Einbeziehung der Körperbilder
 - 2.1 Vorstellung der Arbeit mit Frau E.
 - 2.2 Vorstellung der Arbeit mit Frau R.
 - 2.3 Vorstellung der Arbeit mit Frau P.

Schlussbemerkungen

Verzeichnis der Abbildungen

Anhang Vorlagen und Aufgaben für die Patientinnen

Zusammenfassung/Summary

Literatur I (Hübner)

Literatur II (Petzold)

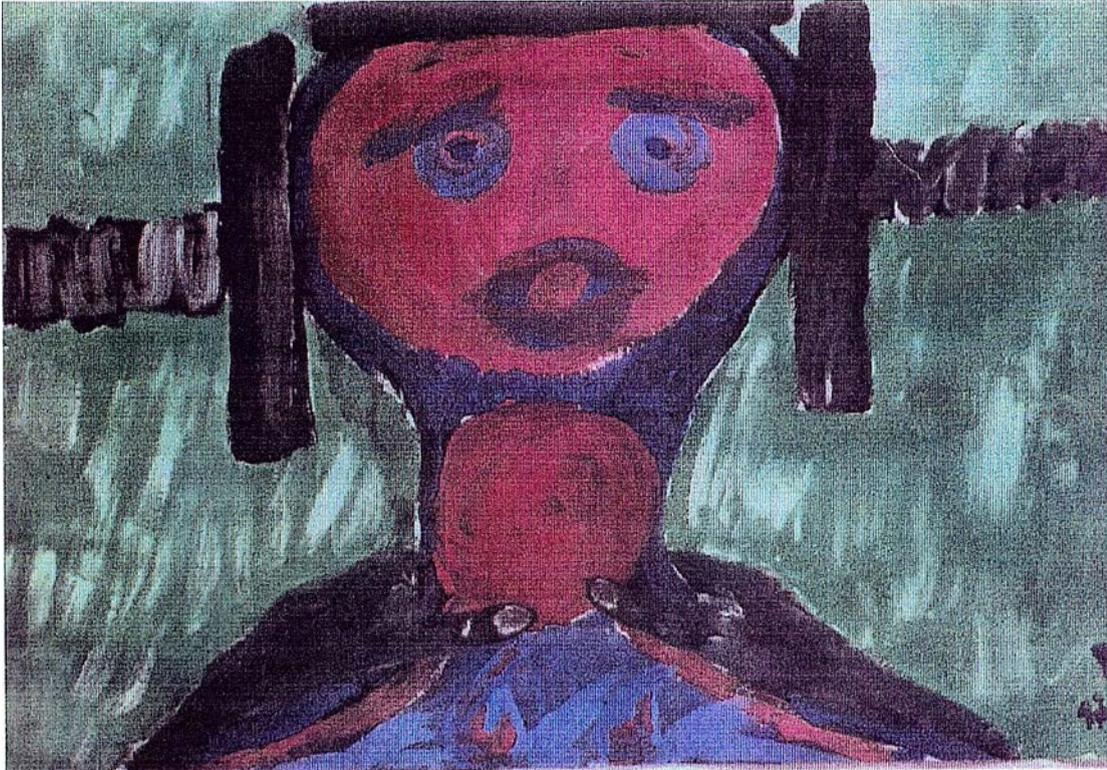


Abb. 1
*„Kopfschmerz und Halsdruck“
gemalt von einer 36jährigen Patientin*

Vorbemerkung:

Hilarion Petzold

Manchmal sind es „runde Jahre“, die an ein Andenken gemahnen, manchmal sind es auch andere Anlässe, die Erinnerungen an wichtige Ereignisse oder Leistungen oder Beziehungen aufkommen lassen. Dieser Text zum Thema „Körperbilder“ – eine Graduierungsarbeit von *Lilo Hübner*, die als Bewegungstherapeutin am Klinikum Zwesten tätig war, und über ihre Praxis dort 2001 in ihrer Arbeit berichtet hat (siehe unten) fiel mir beim Ordnen von Materialien im EAG/FPI-Archiv wieder in die Hände und wurde ein solcher Erinnerungsanlass. Er ließ mich an Zeiten intensiver Konzept- und Methodenarbeit mit *Hildegund Heintl*, *Johanna Sieper* und *Ilse Orth* in den 1970er Jahren denken. *Hübners* Arbeit wird hier wieder zugänglich gemacht, weil sie ohne die gemeinsamen Grundlagen, die wir hatten legen können, wohl nicht geschrieben worden wäre. Ihre Arbeit ist eine Resonanz ihrer IBT-Ausbildung und die ist wiederum Resonanz unserer Entwicklungsarbeit. Ich war am Klinikum in Zwesten seit seiner Gründung langjährig als Supervisor tätig, gemeinsam mit *Hildegund Heintl*. *Lilo Hübner* hat uns beide als SupervisorInnen erlebt und wir konnten ihre Umsetzung unserer Konzepte in der Praxis der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“ mit Freude sehen und supervisorisch begleiten, besonders die Arbeit mit den Körperbildern. Dahinter steht Geschichte.

Hildegund Heintl kam als psychosomatisch interessierte Orthopädin 1972 in eines meiner Seminare, in denen ich die Technik der „Körperbilder“ – die ich seit 1965 entwickelt hatte – mit anderen Ansätzen der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“ vorstellte. Sie meldete sich als Protagonistin, konnte diese Technik „am eigenen Leibe“ erleben und war sogleich fasziniert. Das war eine Arbeitsweise, die sie in ihrer Praxis gebrauchen konnte. Sie kam zu mir in eine Weiterbildungsgruppe und unsere Zusammenarbeit begann. In diesem Zeitraum hatte auch *Ilse Orth* – in Leib- und Atemtherapie in Rütte bei *Graf Dürckheim* ausgebildet – diese Technik bei mir kennen gelernt und wir begannen, mit den Körperbildern in der paartherapeutischen Arbeit zu experimentieren und sie auch in der regressionsorientierten Behandlung von frühkindlichen Traumatisierungen durch die Eltern und andere *perpetrators* zu verwenden. In der Paararbeit zeichnete jeder der Partner das „erlebte Körperbild“ des anderen: „Was von seinem/ihrer Körper/Leib ausgeht, male ich, zeichne seine Wirkungen auf mich mit Farben und Formen, Symbolen und Textstücken“. Ich nahm damals skriptanalytische Ideen aus der TA auf: „Welche *Botschaften* sind vom Körper der Mutter zu mir gekommen, welche vom Körper des Vaters?“ (*Petzold* 1976b). *Ilse Orth* fokussierte dann auf „**Ausstrahlungen**“ als sensorischen Mikrosignalen. „Welche Ausstrahlungen und Signale – verbaler, nonverbaler, atmosphärischer Art – kamen vom Vater, der Mutter, dem Geschwisterkind, dem Großvater etc.?“ Und ich habe hinzugefügt „Und mit welcher **Resonanz** auf der leiblichen Ebene habe ich reagiert?“ *Hildegund Heintl* befasste sich mit den „Resonanzorten“ im Leibe: Resonanzen der Verspannung und des Schmerzes. „**Resonanzarbeit**“, d.h. das Phänomen der **wechselseitigen, zwischenleiblichen, empathischen Resonanzen** zu nutzen, ist seit Anfang der 1970er Jahre eine Kernkomponente der Integrativen Therapie in all ihren methodischen Ausfaltungen: der Leib-, der Kreativ-, der Naturtherapie (*Petzold* 1987b). Wir haben auch mit *multiplen Einwirkungen*, *Multipersoneneinflüssen* gearbeitet, beschädigenden, disziplinierenden (*Orth* 1994) und auch wohlthuenden, protektiven, beglückenden (*Petzold*, *Goffin*, *Hoek* 1993). Kinder wachsen ja nicht nur in „Dyaden“ auf, die damalige Bindungstheorie der *Bowlby*-Tradition suggerierte, sondern in **Polyladen**. Menschen sind Gruppenwesen! Im Unterschied zu psychodynamischen bzw. tiefenpsychologischen aber auch verhaltenstherapeutischen Ansätzen, haben wir, angeregt durch *Moreno*, immer auch den Kontext sozialer Netzwerke beachtet und die

„positiven Perspektiven“ (1) neben den belastenden (2) und defizitären (3) Einwirkungen fokussiert (vgl. die von mir entwickelten Techniken des „Dreizügigen Lebenspanoramas“, des „Ressourcenfeldes“, „Konfliktfeldes“, des „Identitäts-Säulen-Diagramms“, des „Ego-Diagramms“ etc. *Petzold, Orth* 1993a, 1994). Früh erfragten wir aber auch: „Was waren die Umgebungseinflüsse? Wohnung, Keller, Luftschutzbunker, Stall, Garten, Baumhaus, Waldrand, Ansitz etc. (*Ch. Petzold* 1972; *Sieper, Petzold* 1975), aber auch Arbeitsplatz, Werkstatt, Lagerhalle, Magazin etc. (*Petzold, Heintl* 1983). Die „Orte des Geschehens und der Einwirkungen“ erwiesen sich als sehr wichtig. Die „**ökologische Dimension**“ in der Therapie und Agogik war für uns ja seit den Anfängen der IT wesentlich: Lebenswelt und Lebensraum gehören zu einem „**biopsychosozialökologischen**“ Ansatz (*Petzold* 1965; *Petzold, Orth-Petzold, Orth* 2013) und so prägten wir (*Petzold, Heintl, Orth, Sieper*) um 1974/1975 den Begriff „**Ökopsychosomatik**“ (*Petzold* 2006p, 2018; *Sieper, Petzold* 1975) zur Charakterisierung der durch belastende und förderliche Umwelteinwirkungen/Ökologisationseffekte ausgelösten leiblichen Befindlichkeiten und Prozesse. *Hildegund Heintl* hat sich besonders den Ökologien von Arbeitssituationenzugewandt, deren negativen Wirkungen sie als psychosomatisch orientierte Orthopädin und Psychotherapeutin tagtäglich sah (*Petzold, Heintl* 1983). Insgesamt habe ich unterstrichen, bei jedem biographischen Thema, das therapeutisch angegangen werden soll, dem Patienten die Frage zu stellen: „Wie haben die Umwelt-Einwirkungen **meinen Leib informiert?**“ Die **Ökologisation** wird neben **Sozialisation** und **Enkulturation** als der dritte, den Menschen formende Informationsstrom beachtet (*Petzold* 2018c, e). Der „**informed body**“ wird am intensivsten über die Lebensspanne hin in der „**Zwischenleiblichkeit**“ informiert (*Petzold* 2002j; *Petzold, Sieper* 2012a) – zum Guten wie zum Schlimmen. Da sich jedes Geschehen indes immer im jeweils konkret gegebenen Kontext/Kontinuum, also **ökologisch** verortet, darf diese Kontextdimension nicht ausgeblendet werden – so wie es leider in den meisten Psychotherapierichtungen geschieht!

Ilse Orth nahm diese ökologischen Anregungen auf und setzte sie in der thymopraktischen Arbeit mit ihren PatientInnen ko-kreativ um und ich arbeitete im *Kon-Flux* mit meinen Patienten. *Hildegund Heintl* trug diese Perspektive in ihren Kontext. Jeder von uns hatte mit der Körperbildtechnik seine Varianten geschaffen: *Ilse Orth*s hatte die Variante der „relationalen Körperbilder“ in ihrer Praxis gepflegt. Ich hatte das Konzept des „Leibes als Geschichte“, die „leibzeitbezogene“ Biographiearbeit mit der Thymopraktik geschaffen (*Petzold* 1981h, 1992b, *Petzold, Orth* 2017a). Von *H. Heintl* nahmen wir ihre „Kartierungen von Schmerzfeldern“ auf – und so entwickelten sich aus unserem kongenialen Austausch über unsere Erfahrungen unsere diagnostische und therapeutische Techniken der „*Body Charts*“ und der „relationalen Körperbilder“ (*Orth, Petzold* 1991; *Petzold, Orth* 1991a). Sie gehören zu den wichtigsten Techniken der Integrativen Therapie (vgl. *Petzold* 2003a, 851-903). Leider werden sie oft kenntnisarm kopiert, zuweilen plagiiert (keine Urhebernennungen), häufig auch als oberflächliche „Kreaübung“ übernommen, ohne den integrationstheoretischen Rahmen zu berücksichtigen (*Petzold* 2003a; *Sieper* 2006) oder die neurobiologischen, klinischen, leibphänomenologischen bzw. leibhermeneutischen Grundlagen des „**Informierten Leibes**“ (*Petzold, Sieper* 2012) und die Rückbindungen an die **longitudinale Entwicklungsforschung** (*Sieper* 2007b; *Petzold* 1992e) aufzunehmen oder Wirkung der „**kollektiven mentalen Repräsentationen**“ sensu *Vygotskij* (*Moscovici* 2001; *Leitner, E., Petzold, H.* 2005) zu berücksichtigen, aus denen das gesellschaftliche Wissen kommt. So wird Potential verschenkt und Halbwissen transportiert (leider beispielhaft auch bei *Reichel, Hintenberger* 2013).

Unsere Konzepte und Techniken werden heute durch die Interozeptionsforschung in sehr

erfreulicher Weise gestützt. Die IT ist ein „**Lernendes Verfahren**“ und muss versuchen, neue Entwicklungen einzubeziehen (Petzold, Orth 2017a, b; Orth, Petzold 2018). Das stellt natürlich auch Integrative TherapeutInnen immer wieder vor die Aufgabe, die Entwicklungen der IT nachzuvollziehen und an ihnen mitzuarbeiten.

H. Heintl und I. Orth – damals Kotherapeutinnen bei mir, dann mit mir und Johanna Sieper in lebenslanger gemeinsamer Entwicklungsarbeit MitentwicklerInnen der IT –, wir alle waren seinerzeit intensiv mit der Entwicklung des Konzeptes der „Thymopraktik“ bzw. der „integrativen Leib- und Bewegungstherapie“ als „Therapie vom Leibe her“ (Petzold 1974k, 1975e,f, Petzold, Heintl 1980a) beschäftigt. Hildegund Heintl hat diese Technik in den folgenden Jahren ab 1974 in ihrer Praxis für PsychosomatikpatientInnen übernommen (Heintl 1993), dadurch hatten wir alle Gewinn. In der Praxis setzte sie das von uns dreien entwickelte **Körperumrissdiagramm** verfeinert in der Diagnostik ein – wir haben es dann auch in einer Studie zur empirischen Wirksamkeit der IT als Untersuchungsinstrument verwenden können (Petzold, Hass, Märten, Steffan 2000). Das Umrissdiagramm wird in ähnlicher Weise auch in Hübners Arbeit dargestellt. Zeitgleich hat Ilse Orth mit den relationalen Körperbildern experimentiert und sie hat den Beziehungsaspekt der „**Zwischenleiblichkeit**“ (Gabriel Marcel 1985) und der „wechselseitigen Empathie“ (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994) fokussiert. Damit ist die methodische Variante der „**relationalen Körperbilder**“ noch verfeinert worden. Sie macht die Betrachtung **zwischenleiblicher** Einflüsse, wie sie zwischen Mensch wirksam werden, möglich (Petzold, Orth 1991a, 1993g). In dem von uns dreien gemeinsam entwickelten und durchgeführten Curriculum „Integrative Leibtherapie und Körperarbeit – Thymopraktik“ (Petzold, Orth 1993e) – Thymopraktik ist das eigenleiblich gespürte Empfinden und Fühlen (Petzold 1975e; Bartelt 2011) – waren die „Body Charts“ und das dahinter stehende Konzept des „**Informierten Leibes**“ (Petzold 1988n, 2009c; Petzold, Sieper 2012) eine durchgehende Grundlage. Hildegund Heintl († 27.12. 2005, vgl. Sieper 2005), hat mit ihrem „psychosomatischen Blick“ unsere gemeinsame leibtherapeutische und psychosomatische Arbeit (Leitner, Sieper 2008) über viele Jahre bereichert. *Dafür sei ihr an dieser Stelle noch einmal gedankt.*

Der nachstehende Teil I dieses Textes ist eine kompilierte Kurzversion meiner Beiträge zum Text „Petzold, Orth 2017a“. Es wird empfohlen diesen Text ganz und die Texte 2002j, 2009c und Petzold, Sieper (2012) gleichfalls zu lesen. Weiterhin empfehle ich für die sozialneurowissenschaftliche Umsetzung zu lesen den Text Petzold (2016q, Beispiel: Migrantenkontext) und für naturtherapeutische Einwirkungen bei Internetsucht die Arbeit von Petzold, Orth-Petzold (2018). Mit diesen Texten erhält das Thema des „**Informierten Leibes embodied and embedded**“ (idem 2002j), das zugleich eine Brückenfunktion zwischen den Natur- und Kulturwissenschaften, zwischen Weltbild und Menschenbild hat (Petzold 2015k; Petzold, Orth, Sieper 2017) eine solide Fundierung.

Teil I

Körperbilder, Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive zu Eindrücken und „komplexen Resonanzen“ aus der Lebensspanne (2017)

Hilarion Petzold, Hückeswagen

1. Leib und Leibbegriff – eine Schatzkammer

Manchmal macht man als Psychotherapeut und Leibtherapeut in seiner praktischen und theoretischen Arbeit „einen guten Griff“ und entdeckt und entwickelt etwas, was eine grundsätzlichere Bedeutung gewinnen kann. In der Integrativen Therapie hat es das immer wieder gegeben. **T h e o r e t i s c h** war das der „Leibbegriff“ bei *Gabriel Marcel* und *Maurice Merleau-Ponty*, der – als ich ihn 1964 in meinen Pariser Studienjahren kennen lernte –, unmittelbar eine so „**vitale Evidenz**“ gewonnen hatte, dass er alle praktischen Erfahrungen und theoretischen Erkundungen massiv bestimmte. Das war so und ist so geblieben, wie der Sammelband „Leiblichkeit“ (*Petzold 1985g*) oder Grundsatztext „Leiblichkeit als Informierter Leib“ (*Petzold, Orth 2012a*) zeigt. Ich sah mit diesem **mental repräsentierten Konzept „Leiblichkeit“** die Welt anders, betrachtete die PatientInnen in anderer Weise, las Texte mit anderen Augen. Ich erlebte Erfahrungen verleiblicht, bevor ich begann, sie zu durchdenken. Leibphänomene sprangen ins Auge. Las ich *Morenos* Ausführungen zu „Rollen“, so sprang mich die Idee der „Verkörperung von Rollen“ an, stieß dann auch auf seine „physiodramatischen Rollen“ (*Petzold, Mathias 1983*) und erkannte die Wechselseitigkeit von Rollen als Rollenkonfigurationen – *role >< counter role* –, **Resonanzphänomene verkörperter Rollen in Interaktion** (*Heuring, Petzold 204*). Hörte ich *Bourdieu's* Rede vom „Habitus“, so war klar, dass der mit Verleiblichung zusammenhing. Und ging es um „therapeutische Beziehung“, dann musste sie auf der Dimension der „**Zwischenleiblichkeit**“ angeschaut werden. Warum war das so, warum war ich so vital „angesprochen“ vom Leibkonzept? „**Vitale Evidenz**“ – eine Kernidee der IT, die körperlich-sinnenhaftes Erleben, seelisch-emotionale Erfahrung und kognitive Einsicht, gewonnen in Beziehungen, zusammenbindet (*Petzold 2003a, 633, 694f*) – leuchtet auf dem Boden von leiblichen Orientierungen auf, die *biographisch* ausgebildet werden. Eine leibnahe Sozialisation in großer Naturverbundenheit, Praxis von Kampfkunst von Kindheit an hatten für mich hier den Boden bereitet (*Petzold, Bloom, Moget 2004*), auf dem sich dann die „Integrative Leib- und Bewegungstherapie“ (*Petzold 1974k*) mit ihren Methoden der „Thymopraktik“ (idem 1975c; *Bartelt 2011*) und vielfältigen Techniken, darunter auch die „Körperbilder“, entwickeln konnten.

Körperbilder wurden von uns schon sehr früh, in den Anfängen unserer therapeutischen und agogischen und sozialinterventiven Arbeit in der Praxis entwickelt – Mitte der 1960er Jahre: einerseits auf der Grundlage der Anstöße der Leibphilosophen *Gabriel Marcel* und *Maurice Merleau-Ponty* und durch die Auseinandersetzung mit der Entwicklungspsychologie des Säuglings- und Kleinkindalters. Das beförderte die sich herausbildende „Leibselbsttheorie“ (*Petzold 1988n, 2002j*). Andererseits kamen die konkreten Erfahrungen der leib- und bewegungstherapeutischen Praxis durch das erlebte Berührungs- und Bewegungsgeschehen zum Tragen. Die hier erfahrbar gewordenen Leibphänomene mit PatientInnen und KlientInnen verdichteten sich immer deutlicher zur Idee der „**Leiblichkeit**“ (*Petzold 1985g*), die wir mit unseren Konzepten des „**Informierten Leibes**“, des „**Leib-Subjektes**“ und des „**Leibselbst**“ theoretisch bestimmen (*Petzold 1988n, 2002j*) und ausarbeiten konnten (idem

2003a, 2009c). Da im Integrativen Ansatz das **Leibselbst** die Grundlage der Persönlichkeit ist (Petzold 1983h, 1988n, 1992a, 2003a), aus dem sich im individuellen Entwicklungsprozess **Ich** und **Identität** herausbilden (idem 2012q), müssen Diagnostik und Therapie beim **Leibe** ansetzen, um den „ganzen Menschen“ zu erfassen und zu beeinflussen. Beim **Körperbild** bzw. **Leibbild** (*body chart*) – die begriffliche Schärfe stellte sich über Jahre immer klarer ein – werden mit Farben und Formen *semiprojektive* Darstellungen des eigenen Leibes in Körpergröße angefertigt. Dabei kann etwa mit einer emotions- oder willensdiagnostischen Zielsetzung (Petzold, Sieper 2008a) eine mögliche Instruktion lauten, die „Orte erlebten Willens“ farblich-symbolisch einzuzeichnen oder auch die Orte „heftiger Emotionen“ oder „sanfter Emotionen“ (Petzold, Sieper 2012). Im Körperbild zeigen sich dann „Mühe-Qualitäten“ bei Anstrengungen und als „Resonanzen“ auf Überforderungen, aber auch „Leichtigkeits-Qualitäten“ Resonanzen der Heiterkeit, Lust, Freude und Vitalität, des Engagements, der Begeisterung, der „Frische“ (Petzold 2010g) – dieser so wichtigen Empfindung eines gesunden, positiven Lebensgefühls. Man kann die Exploration noch akzentuieren durch intentional „aufgesetzte“ und „eingestellte“ Mimik, Gestik, Bewegung, die mit auffordernden Gedankenimpulsen verbunden werden. Ihr Ausdruck wird ermutigt: Intensiviere die Angst (das Glück) auf deinem Gesicht und schaue, was in dir aufkommt! Durch solche „*movement produced information*“ (Petzold 2004l; Bartelt 2011) entstehen „emotionale“, „kognitive“ und „volitionale Aktivierungen“. Diese Aktivierungen kann man auch therapeutisch einsetzen, um Veränderungen durch ein „*reframing*“ zu ermöglichen (Petzold 1992a/2003a, 448ff, 2004h), bei dem durch neue Angebote des Erlebens und der Interiorisierung neue Informationen in den Leib dringen, ihn durchdringen. **Ein „neu-infomierter Leib“ hat Chancen zu neuem Handeln in der Welt.**

Ende der 1970er Jahre „entstanden“ die „**relationalen Körperbildern**“ [1979 Orth, Petzold] als in einer Therapiegruppe eine Patientin den eigenen Leib in der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen darstellte – den Eltern, den Partnern, Kindern o. ä. Solche Darstellungen machen die Einflussströme (Gefühle, Gefühlsdenken, Willenskräfte, wie sie z. B. als Gebote und Verbote oder Handlungen erlebt wurden) deutlich, die von der jeweiligen Person zum Gestalter hingingen und in (wechselseitigen Resonanzen von Menschen aufeinander) auch zurück-gegeben wurden. Wir haben dann in Instruktionen solche Dimensionen auch gezielt vorgegeben aufgrund therapeutischer Hypothesen, die wir explorieren wollten. Damit werden pathogene Einflüsse (*adverse events*) und salutogene „*protective factors*“ (vgl. Petzold, Goffin, Oudhof 1991) von Menschen aus dem emotionalen Nahraum auf die Patientin erfassbar und können „Resilienzbildungen“, als die Entwicklung von Widerstandskraft (Petzold, Müller 2004), erkannt werden.

In ähnlicher Weise sind „aus der Praxis“ und aus Theorie-Praxis-Verschränkungen andere Methoden, Techniken, aber auch Konzepte hervorgegangen, die das Leibgedächtnis nutzen. Einige seien genannt:

2. Leibbasierte, kreative Prozesstechniken der Integrativen Therapie und Supervision auf dem Hintergrund des „Informed Body“

Einige kreativ-mediale Prozesstechniken seien hier mit AutorInnen und Jahr ihrer Entwicklung aufgeführt. Dabei kann nur eine kleine Auswahl getroffen werden. Eine zentrale Veröffentlichung ist hier die Arbeit von Petzold und Orth (1994a/2012): „Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch ‘mediengestützte Techniken‘ in der Integrativen Therapie und Beratung.“

Bei all diesen kreativ-medialen Prozesstechniken steht das Konzept des „**Informierten Leibes**“ im Hintergrund, der in lebenslangen Erfahrungsströmen und Lernprozessen in Enkulturation, Sozialisation und Ökologisation (idem 2016i) Umwelt aufnimmt und

verarbeitet als Basis aller Entwicklungsprozesse, gelingenden und misslingenden. In der Diagnostik gilt es, den leiblich aufgenommenen und abgespeicherten Lebenshintergrund zu erfassen, indem man die „Archive des Leibes“ zu öffnen sucht und er sein „Wissen und seine Geheimnisse“ zugänglich werden lässt – oder auch nicht, nicht alles kann sich zeigen. In Therapien wird es dann darum gehen, diese Erfahrungen auszuwerten, dysfunktionale Entwicklungen aufzufinden und „korrigierende kognitive, emotionale und volitionale Erfahrungen“ möglich zu machen, durch therapeutische Prozesse der Neusozialisation. Eine Auswahl unserer Prozess-Techniken folgt nachstehend.

- **Ego-Chart, Ich-Funktions-Diagramm** [1982, *Petzold, Orth*]. Sie werden seit Anfang der achtziger Jahre systematisch in der integrativen, karrierebezogenen Diagnostik und Therapie mit „kreativen Medien“ eingesetzt. Das **Ich** wird in der Integrativen Persönlichkeitstheorie (*Petzold* 1984i, 1992a/2003a, 543ff, 2012q) als „Gesamt aller primären, sekundären und terziären Ich-Funktionen“ gesehen und geht im Entwicklungsgeschehen aus dem **Leibselbst** hervor. Die verschiedenen primären Ich-Funktionen (Denken, Fühlen, Wollen, Handeln etc.) werden wiederum zu Papier gebracht, wobei Materialien aus der Entwicklungsgeschichte dieser Funktionen erschlossen werden (*Petzold, Orth* 1994). Über das **Ich** als zentrale Prozessgröße (Ich ist nicht „Instanz“ wie bei *Freud*, sondern „Prozess“), seine Entwicklung und sein Fungieren wird so Aufschluss gewonnen. Derartige „kreative Prozesstechniken“ entstehen z. T. unabhängig von theoretischen Vorüberlegungen aus therapeutischen Prozessen – aber da auch solche Prozesse nicht voraussetzungslos sind, entstanden sie vielleicht auch aufgrund impliziter Theorieannahmen. Zum Teil haben wir sie auch gezielt entwickelt, um unsere Theorien erlebniskonkret umsetzbar zu machen, wie etwa beim Konzept der „persönlichen Souveränität“ (*Petzold; Orth* 2014).

- **Panoramatechnik, Lebenspanorama** [1965 *Petzold, Orth* 1993a]. Hintergrund waren die Phänomene der Lebensrückschau bei AlterspatientInnen und die weit ausgreifenden Antizipationen und Hoffnungen bei Jugendlichen, weiterhin die Konzepte des *Lifelong Learning* und der *éducation permanente* und die aufkommende „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ (*Baltes, Brim* 1984; *Brandtstädter, Lindenberger* 2007; *Petzold* 1992e, *Sieper* 2007b). Man lässt das Leben von der Empfängnis/Geburt bildlich mit Farben gestalten bis in die Gegenwart und antizipierend so lange man möchte, eventuell bis zum Lebensende, wir lassen dass offen. Dabei zeichnet man auf zwei großen Flip-Chart-Bögen alle wichtigen Positiverfahrungen, alle Defziterfahrungen (fehlende Erfahrungsmöglichkeiten, Entbehrungen) und alle Negativerfahrungen (Traumata, Konflikte, Störungen) ein, Einwirkungen, die man durchlebt und erlitten hat, denen der Mensch *leibhaftig* ausgesetzt war und die *komplexe Resonanzen* und ggf. expressive Reaktionen auslösen. Sie werden zusammen mit diesen Außeneinflüssen im **Leibgedächtnis** abgespeichert als „Innen-Außen-Erfahrungen“ (nicht nur die von „außen“ kommenden Schläge des Vaters werden vom Kind abgespeichert, sondern auch seine „innere Resonanz“ des Schmerzes, der mit „zusammengebissenen Zähnen“ unterdrückt wird oder im Schreien Ausdruck findet). Das alles kann in den Darstellungen auf dem Panoramabild sichtbar werden. In einer entwicklungspsychologisch orientierten Psychotherapie erhält man in diesen Bildern Informationen – auch themenspezifische etwa in themenspezifischen Panoramen zur persönlich-biographischen Geschichte der Arbeit (Arbeitspanorama; *Petzold, Heintz, Fallenstein* 1982), der Freundschaften, der Gesundheit und Krankheit im Lebensverlauf (*Petzold, Orth* 1993a) usw. Alle Panoramabilder und kreativ-mediale Prozesstechniken sind mit einem hohen projektiven Potential angereichert (*Müller, Petzold* 1998) und vermögen dadurch noch tiefere Schichten und breitere

Zusammenhänge der Biographie und teildissoziierten Aktualebens für diagnostische und therapeutische Zwecke oder für persönlichkeitsfördernde Biographiearbeit (Petzold 2016f) zu erschließen. Ziel der Panoramaaarbeit in der IT ist, Menschen auf den Weg der Entwicklung persönlicher Souveränität und einer gelingenden „Lebenskunst“ und damit zu einem anderen „leibhaftig in der Welt stehen“ zu bringen (Petzold 1999q).

- **Souveränitätsbilder** [1980, Petzold, Orth 1998a], hier wird der „innere Ort und der äußere Raum der Souveränität“ exploriert mit Rückgriff auf das IT-Kernkonzept der „persönlichen Souveränität“ (das an die Stelle des problematischen Autonomiekonzeptes tritt) und bei der der „locus of control“ *internal*, die „Selbstwirksamkeit“ (A. Bandura) hoch ist (Petzold 1998a/2007a). Zugrunde liegt die Souveränitäts-Theorie der Integrativen Therapie: Petzold, Orth (2014), nach der die Entwicklung einer gut gegründeten persönlichen Souveränität Ergebnis von Erfahrungen der Selbstbestimmtheit und Selbstwirksamkeit ist, die sich in einem gelingenden Leben in den Gedächtnisarchiven des Leibsubjekt verankert haben. Sie werden in leiblicher Haltung und Präsenz in der Welt (in Stimme, Blick, Ausdruck) sichtbar. Wo das nicht gelingen konnte, wird es ein Leitziel jeder Therapie, solche Entwicklungen möglich zu machen.
- **Ressourcenfeld** [1975, Petzold], im Ressourcenfeld werden die Eigen- und Fremdressourcen der Person gemäß der Integrativen Ressourcentheorie (Petzold 1997p) dargestellt. Alles was Menschen voranbringt und eine positive Lebensgestaltung ermöglicht, kann als Ressource betrachtet werden. Das Erleben, genügend Ressourcen zur Verfügung gehabt zu haben zu einem positiven Ressourcengebrauch ist genauso nachhaltig wirksam wie das Erleben von Ressourcenmangel. Beides ist mit starken Leibsensationen und Erfahrungen verbunden.
- **Konfliktfeld** [1975, Petzold], im Konfliktfeld werden die aktuellen, lebensgeschichtlich-retrospektiv erfahrenen und die prospektiv-erwarteten Konflikte dargestellt. Grundlage ist die Integrative Konflikttheorie (1973c, 1980l, 2003b). Konfliktfeld-Darstellungen ermöglichen Übersicht, eventuell auch unter Blick auf biographische bzw. Entwicklungs- und Sozialisationsdynamiken. Wo sich Konflikte finden, treffen oft gegenläufige Impulse aufeinander, Spannungen entstehen, emotionale Eruptionen mit hohem, ggf. traumatisierendem Verletzungspotential, ein Geschehen, das besonders in sozialen Nahraumbeziehungen Auswirkungen haben kann, deren *Internalisierung* und *Interiorisierung* die Leibdynamik höchst negativ beeinflussen kann. Der Netzwerkgeschichte und -gegenwart kommt deshalb diagnostisch und therapeutisch besondere Bedeutung zu.
- **Netzwerkerhebungen**: Sie wurden von Moreno (1936; Petzold 1982b; Hass, Petzold 1999) begründet und geben eine Übersicht über die Menschen in einem sozialen Netzwerk, über ihre Beziehungen und Beziehungsgeschichten mit all ihren positiven und negativen Ereignissen, in denen es zu wechselseitigen positiven oder negativen *Resonanzen der Empathie* oder auch zu Resonanzlosigkeiten als Nicht-Resonanz kam, vielleicht eine der schlimmsten Erfahrungen für Menschen, denn sie brauchen „Resonanzen der Affiliation“ um zu gedeihen (Petzold, Müller 2005/2007). Um solche Konstellationen zu erfassen gibt es Spezialtechniken:
 - **Konvoi-Diagramme**, d.h. soziale Netzwerke in der Zeit (Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin; Petzold 2004) in Verbindung von Panoramatechnik und Netzwerkdiagramm (idem 1993p; Müller, Petzold 1998]. Hier werden Netzwerke als Beziehungsgeschichten in der Zeit betrachtet
 - **Familien- und Netzwerkskulpturen**, plastiziert in Ton oder als *oder als* Körperskulpturen, d. h als *Personenaufstellungen* [1969b Petzold], sind Varianten der Netzwerkerhebungen. In Ausarbeitung von Morenos Ansatz des „sozialen Atoms“ werden

Familienmitglieder vom *Protagonisten* in „Aufstellungen“ platziert oder in Ton geformt und arrangiert (Petzold 1969c/1988n, 464, 466, 480, 568; Petzold, Orth 1988a, Petzold, Kirchmann 1990). „Aufstellungen“ wurden ja keineswegs von Hellinger, sondern von Moreno als psychodramatische Warm-Up-Technik erfunden. In den Netzwerkerhebungen werden „zwischenleibliche“ Konfliktkonstellationen, fehlende oder übergriffige empathische Resonanzen erfassbar und in ihren Aus- und Nachwirkungen deutlich.

- **Innere Beistände/ Innere Feinde** [1975, Petzold, Orth 1994] (früher auch „Über-Ich-Bänke“ genannt). Aus den Sozialisationsprozessen als verinnerlichtem Netzwerkgeschehen ergibt sich das Konzept, unsere Persönlichkeit als „bevölkert“ zu begreifen, erfüllt von interiorisierten/internalisierten positiven Menschen (sie sind mit ihrem Lachen, zärtlichen Gesten, ihrer erlebbaren emotionalen Wärme für uns Ressourcen) und von negativen Personen (sie sind für uns mit ihrer verletzenden Härte, Kränkungen, Gewalt usw. Hypotheken/Belastungen, Petzold 1985). Die verinnerlichten Atmosphären und Botschaften der Menschen aus unserer Netzwerkgeschichte und Netzwerkgegenwart, ja antizipierte Reaktionen bestimmen unser Denken, unsere Gefühle und ggf. unser Handeln. Wir haben ja die uns wichtigen Menschen wieder und wieder intuiert und sie in *leiblicher Wahrnehmung* empathisch erfasst und sind von ihnen wieder und wieder empathisch erfasst worden, haben uns in Prozessen „**zwischenleiblicher, wechselseitiger Empathie**“ auf einer interpersonalen Tiefenebene kennen gelernt und aufgenommen, interiorisiert.

3. Zum integrativen Leibbegriff – Leib als zwischenleibliche Geschichte, Leibarchiv, informierter Leib

Für den „Integrativen Ansatz“ der Psychotherapie (Petzold 2003a), Soziotherapie (Petzold, Sieper 2008), Kreativtherapie (Petzold, Orth 2007) und Supervision (ders. 2007a) ist charakteristisch, dass er vom **Leibe im sozioökologischen Kontext/Kontinuum** (Netzwerk/Konvoi/Lebenslage) ausgeht. Das ist nicht zuletzt bedingt durch die leib- und bewegungstherapeutische Methodik, die wir seit seinen Anfängen mit der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“ Ende der 1960er/Anfang der 1970er-Jahre entwickelt hatten, und für die ein „**komplexer Leibbegriff**“ ausgearbeitet wurde (Petzold 1974j, 1977n, 1985g, 1988n, 2002j). Er wurde auch für alle anderen Bereiche des Integrativen Ansatzes relevant und ist bis in die Gegenwart zentral geblieben (Sieper, Orth, Schuch 2007; Petzold, Sieper 2007d). Das sei im Folgenden kurz umrissen, wobei ich auf einen früheren Text zurückgreife (Bolhaar, Petzold 2008).

Die Betrachtung des Themas „Leiblichkeit“ verlangt neben einer konsequenten **Kontextualisierung** und damit auch **Intersubjektivierung** – der Leib im sozialen **Kontext** des Mitmenschlichen und im ökologischen Raum des Mitgeschöpflichen in ökopsychosomatischer Betrachtung (Petzold 2006p, 2016i, Petzold, Hömberg 2017) – auch eine konsequente **Temporalisierung**. Der Leib steht „im **Kontinuum**“ bzw. in „**Kontext/Kontinuum**“. Das bedeutet einerseits ein Geschichtsbezug im Sinne Ricœurs (2000) und zum anderen ein Bezug auf die Lebensspanne eines Menschen im Sinne des „lifespan developmental approach“ (Baltes, Brim 1984; Petzold 1981f; 1992e, vgl. Sieper 2007b). In der Ausbildung von SupervisorInnen und TherapeutInnen nimmt deshalb die Auseinandersetzung mit dem Thema „**Leiblichkeit**“ (Petzold 1981h, 2009c) „**Zeitlichkeit**“ (idem 1981e, h, 1991o), „**Intersubjektivität**“ (idem 1990g, 2012c) und „**Mundانيتät**“, d.h. Welt-, Ökologie- und Naturbezug) eine zentrale Stelle ein. Das Integrative

Verständnis von Leiblichkeit in meinem integrativen, „**komplexen Leibbegriff**“ mit meiner Idee des „**Informierten Leibes**“ ist unlösbar an den Raumbegriff und den Zeitbegriff gebunden, an „**Kontext und Kontinuum**“: **Leib, Welt, Zeit**.

[*Maurice Merleau-Ponty* und *Gernot Böhme* sind hier aktuelle Referenzen. Dahinter stehen natürlich wesentliche Quellen: *Maine de Biran* (*Bergerac 29.11. 1766, Paris 16.7. 1824) und *Gabriel Marcel* (Paris 7.12. 1889, ebenda 8.10. 1973), frühe, bedeutende Leibphilosophen – natürlich *Hermann Schmitz*, der wohl größte Leibphilosoph der Philosophiegeschichte. Diese philosophischen Quellen werden in diesem Text nicht näher aufgegriffen genauso auch nicht *Michel Foucault*, ein wenig beachteter Leibphilosoph, der sich mit dem Begehrenskörper, dem Thema „Körper und Macht/Gewalt“, mit der Biopolitik auseinandergesetzt hat und der ein wichtiger Referenzphilosoph der Integrativen Therapie ist. Vgl. *Petzold, Sieper* 2012a].

Die genannten Autoren und ihr Denken sind im Hintergrund präsent. Man könnte das Thema also noch vertiefen und weiten. Dabei soll hier nur das Konzept der „**Zwischenleiblichkeit**“ nochmals erwähnt werden mit der oben beschriebenen Technik der „relationalen Körperbilder“ (*Petzold, Orth* 1981a), die wir, wie in der IT immer wieder betont, mit *Gabriel Marcel* (1985) philosophisch, d. h. ontologisch verorten: **Sein ist Mit-Sein** (*Petzold* 1978c). Zum anderen leiten wir „**Zwischenleiblichkeit**“ nicht nur aus dem Fundament unserer philosophischen Theorie der „**Intersubjektivität**“ her, sondern auch aus unserer grundsätzlichen entwicklungspsychobiologischen Orientierung ab (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994j; *Sieper, Orth* 2007; *Bartelt* 2008) und aus der biologischen Zwischenleiblichkeit: **Leiblichkeit** geht hervor aus der **Zwischenleiblichkeit** der Zeugung und der Schwangerschaft sowie aus dem postnatalen Nahraum des Säuglings und seiner Pflegepersonen. In diesem affilialen Nahraum spielt „**Empathie**“ eine zentrale Rolle als ein „zwischenleibliches Resonanzphänomen“. Wenn der Körper, wie in der IT als „**Resonanzkörper**“ (*Petzold* 1988n, 575) gesehen wird, so müssen zwischenleibliche empathische Prozesse auch als ein Geschehen wechselseitiger empathischer Resonanzen aufgefasst, verstanden und therapeutisch genutzt werden. Damit wird ein Bezug auf das Integrative Konzept der Empathie notwendig.

3.1 Empathie: wechselseitige, „zwischenleibliche Resonanz“

- »**Empathie** gründet nach Auffassung des Integrativen Ansatzes in genetisch disponierten, teilweise durch die Funktion von Spiegelneuronen gestützten, cerebralen Fähigkeiten des Menschen zu intuitiven Leistungen und mitfühlenden Regungen, die in ihrer Performanz ein breites und komplexes, supraliminales und subliminales leibliches *Wahrnehmen* „mit allen Sinnen“ erfordern, verbunden mit den ebenso komplexen bewussten und unbewussten *mnestischen Resonanzen* aus den Gedächtnisarchiven. Diese ermöglichen auch „wechselseitige Empathie“ **als reziproke Einfühlungen** in pluridirektionalen Beziehungen im Sinne des Erfassens von anderen „minds“ vor dem Hintergrund und im Bezug auf ein Bewussthaben des eigenen „mind“. Das ermöglicht in einer „Synergie“ ein höchst differenziertes und umfassendes *kognitives* empathisches Erkennen und *emotionales* empathisches Erfassen eines anderen Menschen (*personengerichtete Empathie*) oder von Menschengruppen in und mit ihrer sozialen Situation (*soziale Empathie*) nebst ihren subjektiven und kollektiven sozialen mentalen Repräsentationen« (ergänzt von *Petzold* 2002b; *Petzold, Müller* 2005/2007, 41).

In dieser Definition war der Sache nach schon 2002 eine Differenzierung von *kognitiven* und

emotionalen Aspekten der Empathie enthalten. Das wird hier durch kursiven Fettdruck noch herausgehoben. Die Wirkung der Spiegelneuronen erklärt nur einen Teil der empathischen Funktion, im wesentlichen das, was das „Lesen“ von Mimik und Gestik anbelangt. Ihre Bedeutung wird heute eingeschränkter gesehen als noch vor wenigen Jahren (*Hickok 2015*), denn für das Erschließen emotionaler Bedeutungen in der Feinstruktur ist erlebtes und verinnerlichtes szenisches und atmosphärisches Wissen in seiner jeweiligen kulturellen Einfärbung für ein genaues, empathisches Verstehen erforderlich. Das Zusammenwirken von Emotionalem (Wertgebung/limbisches *valuation*) und Kognitivem (Einschätzung/präfrontales *appraisal*, *Petzold 2001c, 22, 2010q*) bildet ja auch ein Kernmoment in der intersubjektivistischen und sozial-interaktionalen „**integrativen Theorie der Identität**“: „Das reife **Ich** als bewusst erlebende, differenzierende, analysierende, integrierende und kreierende Funktion des **reifen Selbst** konstituiert als seine elaborierteste Leistung **Identität** ... aufgrund von erlebten *Identifizierungen (Fremdattributionen)* aus dem Kontext und erfahrenen **Identifikationen (Selbstattributionen)**, ihrer emotionalen **Bewertung (valuation)** und kognitiven **Einschätzung (appraisal)** im Zeitkontinuum“ (*Petzold 2001c, 22*).

Ohne „wechselseitige empathische Resonanzen“ sind gelingende Identitätsprozesse nicht möglich und ohne solche mutuellen Resonanzen sind auch gute Therapieprozesse nicht möglich. Das erfährt heute durch die moderne neurowissenschaftlich unterfangene Empathieforschung aus den „*social neurosciences*“ (*Decety, Ickes 2009; Decety, Cacioppo 2011*) breite Bestätigung. Sie hat mit bildgebenden Verfahren herausgefunden, dass es eine *kognitive* und eine *emotionale Empathie* gibt. Das hat natürlich wichtige therapeutisch-praktische Konsequenzen. Beide Dimensionen müssen berücksichtigt werden (*Decety 2012*) und wo das nicht geschieht, hat es negative Auswirkungen für die PatientInnen und auch für die „detachierten“ TherapeutInnen, wie wiederum gewichtige Untersuchungen zeigen (*Decety, Smith et al. 2013*). Zurückgenommene *Freudsche „Abstinenz“* erfährt durch die Forschung keine Unterstützung, empathisch zugewandte Arbeit in „Integrität“ (*Sieper, Orth, Petzold 2010; Petzold, Orth 2011*) hingegen sehr. Und das ist die Grundqualität therapeutischer Beziehungsarbeit in der Integrativen Therapie (*Petzold 2012c*). Das „Abstinenzkonzept“ hatte nie Anschluss an philosophische Ethiktheorie und beeinträchtigt empathische Interaktion, die ohne zwischenleibliche Signale, *nonverbal exchange*, nicht auskommt, denn Menschen sind in solchen Bezogenheiten phylogenetisch durch die Evolution gegangen und ontogenetisch durch die frühe Entwicklung (*Decety, Svetlowa 2012*), ja stehen ihr ganzes zwischenmenschliches Leben lang in Nahraumbeziehungen.

Wir leben über ein Leben hin in *mutueller, empathischer Zwischenleiblichkeit*, in Intimräumen der Partnerschaft, in Intensivfreundschaften wechselseitiger Berührung mit Zärtlichkeit, Sexualität, Trost, Pflege, bis hin zur Sterbebegleitung (*Petzold 1980a*). Überall ist Mutualität/Wechselseitigkeit eine vitale Basis. Auch in professionellen Nahräumen der Krankenpflege, der Leib- bzw. Körpertherapie, der Psychotherapie etc. ereignet sich mutuelle, empathische **Zwischenleiblichkeit**. Das Leugnen dieser Dimension – etwa in der traditionellen Psychoanalyse im Unterschied zur aktiven Analyse *Ferenczis (1932/1988)* – kann erhebliche Probleme aufwerfen. Jede Form psychosozialer Arbeit darf die Phänomene der Zwischenleiblichkeit nicht übergehen, eben weil die Leiblichkeit des Menschen fundamental auf die des anderen Menschen in *permanenten wechselseitigen Resonanzen* ausgerichtet ist. Das Fungieren der Spiegelneuronen, das besonders in der **nonverbalen Kommunikation** beeindruckend zum Tragen kommt (*Petzold 2004h; Rizzolatti, Sinigaglia 2008; Bartelt 2011; Lamacz-Koetz 2009*), belegt das

3.2 Der komplexe Leibbegriff der Integrativen Therapie

Das Thema „**Leiblichkeit**“ ist also höchst komplex und muss von unterschiedlichsten Seiten angegangen werden. Das macht auch die Arbeit von *Lilo Hübner* (2001) deutlich, und genau damit repräsentiert sie den „**komplexen Leibbegriff**“ des Integrativen Ansatzes.

Dieser sieht als Dimensionen und Qualitäten des Leibes folgende:

- seine *physikalische Qualität* als „**Dingkörper**“ (85 Kilopond Wasser und Mineralien, biomechanischer Apparat),
- seine *biologische Qualität* als „**lebendiger Organismus**“ (85 Kilogramm Biomasse, biophysiologisches System),
- seine *temporale Qualität* als „**Zeitleib, Leibgeschichte**“ (5, 50, 70 Jahre Lebenszeit, eingelebte Welterfahrung),
- seine *soziale Qualität* als „**social body**“ mit seiner grundsätzlich „**zwischenleiblichen**“ Struktur (Leib, der Rollen verkörpert, dem Rollen „auf den Leib geschrieben“ werden, genetisch disponierte Muster des „parenting“ oder interaktiver Sexualität etc.),
- seine *ökonomische Qualität* als „**Arbeitsleib**“ (dessen Arbeitskraft oder dessen Organe verkauft werden),
- seine *phantasmatische Qualität* als „**Traumleib**“ (imaginale Schönheit, Hässlichkeit, Idealkörper),
- seine *semiotische Qualität* als „**Sprachleib**“ (benannter Leib, sprechender Leib in nonverbal-kommunikativer Performanz, *Petzold* 2004h, 2010f).

Das alles ist unser Leib (*Petzold* 1985g, 356ff, 1996a, 31ff). Eine andere Quellströmung – die russische Psychophysiologie und Neuropsychologie – wird hier nicht vertieft dargestellt – Männer wie *P. Anokhin*, *N. Bernštein*, *A. Lurija* (*Petzold, Sieper* 2007a; *Petzold, Michailowa* 2008), die viele Erkenntnisse der modernen Neurowissenschaften (*Damasio, Edelman, LeDoux, Rizzolatti* u.a.) vorweggenommen hatten. Auf die bezieht sich die Integrative Therapie heute mit dem Konzept des „**Informierten Leibes**“ (*Petzold* 1988n, 192; 2002j). Wir hatten uns in den Pariser Studienjahren mit der „Russischen Schule der Neuropsychologie“, deren bekanntester Vertreter im Westen *Alexander Lurija* ist (ein Schüler *Vygotskijs*, vgl. *Petzold, Michailowa* 2008) ist, auseinandergesetzt. Der Bezug auf die Neurobiologie kommt in unserer Arbeit immer wieder zum Tragen. Diese beiden Quellströme, die philosophische Auseinandersetzung mit dem Leibe und die psychophysiologische bzw. neurobiologische Tradition, werfen eine zentrale Problematik auf: die Verbindung von Natur- und Geistes-/Kulturwissenschaft, eines biologischen und philosophischen Verständnisses von Leiblichkeit/Leib. Verbunden damit ist das Thema des „Körper-Seele-Problems“ bzw. der „Körper-Seele-Geist-Verhältnisse“, eines der schwierigsten Fragen der abendländischen Geistesgeschichte.

Das Konzept des „**Informierten Leibes**“ hat hier die Funktion eines „Brückenkonzeptes“ (vgl. *Petzold, Sieper* 2012a).

4. Der „tätowierte Leib – Zwischen Selbstgestaltung und Stigma

Es wurde verdeutlicht: Der Leib des Menschen, seine leibhaftige Realität als Person ist mehr als nur biologischer Organismus. Natürlich ist er auch das. Doch dieses „mehr“ besteht in der Prägbarkeit und Gestaltbarkeit des Leibes als psychophysischer Ganzheit. Eindrücke und Einprägungen kennzeichnen den Menschen in seiner Leiblichkeit von Anbeginn seines Lebens. Lebensumstände hinterlassen Spuren in seinen zerebralen Gedächtnisarealen, in den Archiven seines Leibgedächtnisses – etwa im immunologischen Gedächtnis – und natürlich „auf der Haut“. Verletzungsnarben von Unfällen, von Hieben und Stichen sind bleibende

Zeichen, Wundmale, **Stigmata**. Sie verweisen auf schlimme Ereignisse in einer Lebensgeschichte. Aber es gibt noch andere Eingrabungen in die Haut, als die Einschnitte einer Klinge wie *soziale Stigmatisierungen* (idem 2009b) zeigen. Sie sich, wenn das Leben „Spuren hinterlässt“ im Gesicht eines Menschen als Falten und Runzeln. Emotionsmimik „schreibt sie ins Gesicht“. Immer wieder aufschießender Zorn schreibt „Zornesfalten“ auf die Stirn. Kummer und Harm, Trauer, Gram hinterlassen oft tiefe Furchen. Und dann gibt es tausend Lachfältchen – Signaturen des Glücks und der Freude, Spuren gelebter Heiterkeit des Gemüts, Resonanzen auf positive Lebensereignisse, die lebhaftig Ausdruck gefunden und zu bleibender Sichtbarkeit geführt haben.

Das wurde mir deutlich, als ich in meiner frühen Arbeit mit Drogenabhängigen in Paris 1967 mit Menschen in Kontakt kam, die von Tätowierungen „übersät“ waren, wandelnde Tattoos. Da kam mir unmittelbar die Frage auf: Was erzählt mir dieser Körper? In damaliger Theaterarbeit in studentischem Theater auf experimentellen Bühnen kamen dann noch Erfahrungen mit Schminke und Maske hinzu. Die Frage war: Welche Maske trage ich mir auf, lasse ich mir auftragen, trage ich einem anderen auf wenn ich ihn/mich schminke? Das Thema hat sich später in unserer therapeutischen Maskenarbeit fortgesetzt. Sich selbst phantasievoll zu schminken, hat „einen hohen projektiven Wert ... Es geschieht eine direkte Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesicht. Durch die Farben werden bestimmte Züge stärker herausgearbeitet, andere aber verdeckt“ (Petzold 1975c, 44f.). Dabei *gibt der Leib Geheimnisse seiner Geschichte frei*. Was aber findet sich hinter der Maske? Ein „wahres Gesicht“ oder wieder eine Maske? (vgl. den Texte „Maske“ in meinen Theateraphorismen, idem 1982g und Petzold, Petzold-Heinz, Kurschildgen 1994). In der experimentellen Theaterarbeit, die damals keine therapeutische Ausrichtung hatte, wurde deutlich: beides ist möglich. In Prozessen des Schminkens, in Aktionen der Körperbemalung (*body paint*) werden biographische Ereignisse, Geschichten sichtbar. Wir haben das entdeckt, als wir in der Theaterarbeit unsere eigenen Körper bemalt haben. In einem Projekt haben wir Körperabgüsse von Großpuppen bemalt (idem 1975d), sind aber in der Arbeit mit PatientInnen im Wesentlichen bei den Körperbildern/Body Charts geblieben. Bei Ich-schwachen Menschen, BPS-PatientInnen gehen wir von einer Umrisszeichnung aus um Konfluenzrisiken vorzubeugen, sonst aber – und das ist ergiebiger – ermutigen wir zu freier Gestaltung. Sie wird meist liegend in der Vorderansicht gewählt oder in einer anderen gewählten Haltung, denn auch die Position, die eingenommene Haltung sagt etwas aus. Bei einigen wenigen Patienten aus dem Drogenmilieu aber nicht nur bei diesen (nicht nur „Abhängige“ oder „Straftäter“ oder „Randexistenzen“ haben großflächige Tattoos, mit dem Vorurteil muss man aufräumen, Petzold 2017k) kamen auch die Tattoos als Thema in die therapeutische Arbeit und das, was sie erzählen und auch, was der Anlass für die Tätowierung im lebensgeschichtlichen Kontext war. Parallelen zur Arbeit mit den Body Charts sprangen da ins Auge. Ich blieb an diesem Thema interessiert und es erwachte neu, als eine Studierende ihre Master-Arbeit zu diesem thematischen Feld bei mir schreiben wollte. Sie schrieb sie dann, und es wurde ein Master und dann ein Buch daraus (Häusle-Paulmichel 2017). Im Vorwort schrieb ich:

»Tätowierungen sind sehr häufig der *Ausdruck* „leibhaftiger Resonanzphänomene“ auf *Eindrücke* aus dem Außenfeld. Lebenserfahrungen – seien es Geschenke des Lebens oder Widerfahrnisse – haben im lebenslangen Entwicklungsgeschehen, in der „*lifelong socialisation and education*“ als Einwirkungen *innere Resonanzen* (Empfindungen, Gefühle, Gedanken). Und sie bringen *äußere Resonanzen* hervor (motorische Reaktionen, Mimik, Gestik, Gefühlsausdruck, Gestaltungen in Sprache und Bildern, Wortsprache und Bildsprache). Tattoos gehören zu den Resonanzen aus dem Leibesinneren, den „Gedächtnisarchiven“ des Leibes, die nach außen sichtbar werden und „sich zeigen“, um dann auch absichtsvoll gezeigt zu werden. Tätowierungen, sind sie also gestaltet worden *im Dialog* mit dem Tattoo-Künstler und keine Zufallsgeschehnisse – „Ich hab mir ein Tattoo machen lassen aus dem Katalog von dem Typ, geile Sachen hat der gemacht“ –, dann handelt es sich um

„Resonanzphänomene“ auf Sozialisationseinflüsse. Und selbst die Auswahl von Motiven aus Katalogen, von denen man sich „angesprochen“ fühlte, sind ja Resonanzen, die einen biographischen oder aktuellen Hintergrund haben, aktuell, weil Leute aus dem Freundeskreis, Kumpels und Kollegen ähnliche Tattoo-Motive haben.«

5. Mit sich selbst in „guter Resonanz“ – das integrative Konzept der Resonanz

Leiblichkeit kann nicht nur *reaktiv-deformativ* geprägt werden, wie durch ein Leben unter ständiger Bedrohung, das „Gesichter der Angst“ formt, sondern sie kann auch *aktiv-gestaltend* geformt werden. Wenn Menschen sich die „gute Laune nicht nehmen lassen“, wenn sie „den Kopf oben behalten wollen“, wenn sie „gute Miene zum bösen Spiel“ machen, so formen sie sich in ihrer Leiblichkeit als „alternative Resonanzen“ gegenüber bedrängender Umwelt. Und auch das hinterlässt Spuren. Wenn auch in der Integrativen Therapie das Konzept der „Resonanz“ seit langen verwendet, so ist es also solches kaum über den Bereich der „integrativen Community“ hinausgedrungen. Derzeit ist „Resonanz“ aber durch *Hartmut Rosa* (2016) ins Gespräch gekommen – sein wichtiges und diskussionswürdiges Buch, bei dem sich Schnittflächen, Konvergenzen und Divergenzen zur IT finden lassen. Deshalb sei das integrative Verständnis des Resonanzbegriffes expliziert:

»**Resonanzphänomene** entstehen, wenn **Eindrücke** (Reize, Impulse) aus der Außenwelt und/oder der Innenwelt (Kolik, Insult etc.) eines Menschen über seine vielfältigen extero-, proprio- und interozeptiven Sinne oberhalb und/oder unterhalb der Bewusstseinschwelle auf die verschiedenen Gedächtnisspeicher des Menschen treffen: das *genetische/epigenetische Gedächtnis*, wo Genexpressionen ausgelöst werden, das *immunologische Gedächtnis*, wo eine Immunantwort erfolgt, das *neurozerebrale Gedächtnis*, das zugleich ein **personales Gedächtnis** ist (nur teilweise bewusstseinsfähig). In ihm erfolgen psychophysiologische, somatopsychische und psychische (emotionale, volitionale, kognitive, sensomotorische) Reaktionen. Beim psychophysiologisch basierten, **personalen Gedächtnis** kommt es bei Eindrücken nicht nur zu einfachen Reiz-Reaktions-Antworten, sondern zu **Resonanzen** im eigentlichen Sinne, einem Widerklingen, das mehr ist als ein bloßes Echo. Es ist vielmehr eine durch die Fülle *mnestisch archivierter Vorerfahrungen* angereicherte personale „Ausdrucks-Antwort“ auf Eindrücke, welche *neurophysiologisch/amygdaloid eingestuft* worden sind (*marking*, etwa gefährlich, ungefährlich, ggf. verbunden mit physiologischen Reaktionen des Stresssystems, Genexpressionen), die weiterhin *emotional/limbisch bewertet* wurden (*valuation*) und die *kognitiv/präfrontal eingeschätzt* wurden (*appraisal*). **Resonanzen** sind also immer **personale Resonanzen**, Antworten eines **personalen Leibsubjekts** auf Umwelteinwirkungen (zuweilen Innenwelteinwirkungen) vor dem Hintergrund seiner persönlichen biographischen, zeitgeschichtlich imprägnierten Lebenserfahrungen, als Erfahrungen *mit sich selbst* und – durch Sozialisation, Enkulturation und Ökologisation – mit der *sozialen* und *ökologischen* Um- und Mitwelt. Und da diese höchst vielfältig ist, erweisen sich Resonanzen auf **komplexe Eindrücke** in der Regel als „**komplexe Resonanzen**“, die immer auch *kulturell geprägt*, d.h. *kulturspezifisch* sind. Resonanzen sind überdies stets auch Rückwirkungen in das soziokulturelle Feld, zu Menschen und Gruppen in den Interaktionssystemen des soziokulturellen Feldes hin, sodass es im interpersonalen Bereich zu *empathischen Resonanzphänomenen* permanenten **wechselseitigen Resonanzen** kommt bis in den kulturellen Bereich hinein.«

Vielfältige Eindrücke treffen also auf „differentielle Resonanzräume“ des Leibsubjekts (physische, psychische) und erzeugen „differentielle Resonanzqualitäten“: körperliche, seelische, geistige, soziale und ökologische. Insgesamt entspricht diese Vielfalt von

Resonanzmöglichkeiten als „komplexe eigenleibliche Resonanzen“ auf das „komplexe sozioökologische Umfeld“ der komplexen „körperlich-seelisch-geistig-sozialen-ökologischen Struktur“ des Menschen, wie sie von der „anthropologischen Grundformel“ der Integrativen Therapie beschrieben ist (Petzold 2003e). Im interpersonalen Bereich (Petzold, Müller 2005/2007) sind es dann die „**empathischen Resonanzen**“ mit ihren kognitiven und emotionalen Aspekten (siehe oben), die zum Tragen kommen als zwischenmenschliche und damit „zwischenleibliche“, von Wechselseitigkeit bestimmte Resonanzen. Monolithische Resonanzen emotionaler und kognitiver Defizienz oder Kärglichkeit haben keine Chancen, positive Wirkungen zu entfalten. Zum Teil fallen sie in den Bereich der Pathologie wie etwa bei schweren Depressionen.

Bei komplexen, und das heißt auch differenzierten Lebenszusammenhängen ist eine *differenzielle Resonanzfähigkeit* notwendig. Sie stellt sich Menschen in einer ultrakomplexen, *transversalen Moderne* als Aufgabe. Resonanz als ein zentrales Konzept der Integrativen Therapie ist wichtig für einen breiten, *transversalen* Zugang zu komplexen Wirklichkeiten. In der Betonung solcher, in Kontext und Zeitkontinuum eingebetteter Leiblichkeit (*embodied and embedded*, idem 2002j, 2009c), liegt ein anderer Akzent als beim Resonanzbegriff von H. Rosa. Einige Spezifika seien benannt:

- In der IT ist der „**Leib**“ das Resonanzorgan *par excellence*. Wir sprechen deshalb auch vom „Resonanzkörper“ (Petzold 1988n, 575).
- Weiterhin ist „**Empathie**“ in unserer Sicht ein Phänomen „leiblicher Resonanz“ und zwar „wechselseitiger Empathie“ (idem 47; Petzold, Müller 2005/2007). *Mutuelle Empathie* kennzeichnet gelingende therapeutische Beziehungen, die von wechselseitigen Resonanzphänomenen, einer Feinspürigkeit füreinander und von vielfältigen Beziehungsqualitäten bestimmt sind.
- „**Evaluierende Beurteilungen**“ sind oftmals Resonanzphänomene, wie im integrativen „Repressionsmodell der Pathogenese“ (Petzold 1992a/2003a, 652). Dort erklären wir: „Ein komplexes Geflecht benigner/maligner Stimulierungen, belastender/entlastender Faktoren wirkt als positive (+) und negative (-) ‘**Impressionen**‘ auf das Leibsubjekt und löst physiologische Erregung, Affekte und *mnestische* und *evaluierende* Resonanzen aus, Erinnerungen an ähnliche bzw. kontrastierende **Impressionen**“ (ibid.) und wir differenzieren „Innen- und Außenresonanzen“, positive, negative und fehlende, die unterschiedliche Konsequenzen haben können (ibid. 653).

Rosa argumentiert mit seinem Resonanzkonzept als Soziologe, ist auf den sozialen Raum gerichtet, der auch im Integrativen Ansatz als „Zeitgesteinwirkung“ (Petzold 1989f/2016l) eine bedeutende Rolle spielt. Wir sehen die Gesellschaft-Individuum- bzw. die Individuum-Gesellschaft-Verschränkung und ihre Prozessdynamik als Zentrum integrativer Betrachtung und Kulturarbeit. Das Thema kann hier nicht vertieft werden. Es wird in einer Arbeit von Mogorovic (2017) aus jüngster Zeit indes ausführlich behandelt, aus der zitiert sei:

»Im Integrativen Ansatz ist Resonanz¹ konsequent vor dem Hintergrund des Leibbegriffes zu fassen. Der Leib ist hier „Resonanzorgan“.² Resonanz ist dementsprechend eine stets vorhandene, wenn auch nicht immer bewusste Qualität. Resonanz liefert, dem Integrativen Ansatz folgend, in einer Situation, in einem aktuellen Erleben eine Erinnerung an einen im Leib gespeicherten Eindruck, der zum aktuellen Geschehen gehört oder dazu kontrastiert. Resonanz in der Integrativen Therapie verweist auf den Leib als den mit der Welt verwobenen Speicher aller Informationen, der bewussten wie der

¹ Gefasst als: Erinnerung an eine ähnliche oder kontrastierende Impression, vergl. H.G. Petzold (1993/200), S. 652

² H.G. Petzold (2016e) ein Resonanzorgan, „das auf die Eindrücke aus der Umwelt, aber auch auf hochkommende Archivalien aus den Tiefen der eigenen Innenwelt reagiert und uns dadurch über uns selbst und die Umwelt informiert“.

unbewussten, die ersteren vorausgehen. Die Integrative Theorie geht davon aus, dass sich im Nachspüren der im Leib gespeicherten Eindrücke drei Ausrichtungen ergeben: Der aspektive Gegenwartsbezug (Phänomene) in Empfindung, Emotion, Kognition, Volition und Expression, der retrospektivische Bezug in die Vergangenheit (Strukturen) im Nachempfinden, Nachspüren, Nachfühlen, Nachdenken und Nachsinnen und der prospektive-antizipatorische Bezug (Entwürfe) im Vorausschauen, Planen, Entwerfen und Imaginieren.³ Der Leib ist schwingungsfähig. Menschen haben das intrinsische Bedürfnis nach Verbundenheit.⁴ Mit der Schwingungsfähigkeit des Leibes können Menschen sowohl die Verbundenheit als auch das Ausgeschlossen sein fühlen.

Resonanz ist im Integrativen Ansatz anders gefasst als bei Rosa, nämlich als die Qualität, mit der der Mensch als Mitsubjekt, als das er verstanden wird, zum überlebensnotwendigen Mit-sein befähigt wird. Das „Suchen nach Resonanz“ wie Rosa es beschreibt, wäre im Integrativen Ansatz die Affiliation⁵, die Sehnsucht nach Verbundenheit. Aufgrund dieses intrinsischen Bedürfnisses nach Verbundenheit, das auch der Angstreduktion dient und auf der Fähigkeit des Ansteckens der Gehirne basiert, suchen Menschen die Gemeinschaft mit Menschen.« (Mogorivic 2017)

Gestaltung aus **Resonanz** auf „einwirkende“ Außeneinflüsse oder spontan aufkommende Binnenimpulse sind also möglich aber auch „intentionale Selbstgestaltungen“ von Mimik, Gestik, Bewegung, Haltung. Bei Menschen, die diese Kunst entwickelt haben, kultivieren konnten – bewusst reflektiert, als Strategie der Selbstpräsentation oder ohne gesteuerte Absicht im spontanen Verhaltensvollzug, in ihrer Alltagsperformanz – ist immer wieder beeindruckend zu sehen, wie sie positive Rückwirkungen auf sich selbst für sich selbst einsetzen und nutzen. In der Neuromotorik sprechen wir von der „*movement produced information*“ (Petzold 2002j), der Information, die etwa durch die Mimik produziert und an das Gehirn weitergeleitet wird, den zerebralen Stoffwechsel beeinflusst und aktiv zur Selbststeuerung, zur „bewussten präfrontalen Selbstführung“ (Kornhuber; Deecke 2008) eingesetzt werden kann. „Trübe Miene, trübe Stimmung! Geh, jetzt setz‘ mal ein heiteres Gesicht auf!“ – so die Alltagspsychologie und sie liegt damit nicht falsch, wie die neuromotorische Forschung zeigt (Freitas-Magalhães 2010). In den Körperbildern, den Body Charts, haben wir natürlich auch den Ausdruck von momentanen Gestimmtheiten, von Tagesform oder Aktualereignissen ggf. auch von Zeitgeisteinflüssen (idem 2016l) zu berücksichtigen. All das kann sich niederschlagen. Dennoch sind diese Charts insgesamt keine „Aufzeichnungen von Flüchtigem“, denn die großen biographischen Einwirkungen auf den Leib sind durchtragend.

In der Aufarbeitung solcher Bilder beginnen wir meistens mit einer „*Betrachtung aus der Resonanz*“ auf die Gesamtansicht des Bildes: „Wenn Sie jetzt auf das Bild *als Ganzes* schauen, welche Resonanz kommt in Ihnen auf, welche Empfindungen oder Gefühle spüren Sie da?“ Es kommt dann immer wieder zu einem spezifischen Phänomen: „Von sich selbst berührt sein“. Das findet man auch beim Vortragen eines eigenen Gedichts oder eines Liedes usw. Ich bin – weil ich immer auch andere Seiten(in mir) habe – zuweilen „selbst ein anderer“

³ Dazu: „Das Gespürte, Empfundene wiederum kann uns affizieren, berühren, bewegen, so dass *Affekt*, innere Berührtheit und Bewegtheit, ja ein Aufgewühlt- und Erschüttert-Sein entsteht, als Resonanz auf die wahrgenommene Welt, und diese Resonanz will an die Welt zurückgegeben werden. Sie drängt als *emotio* nach außen, in die *Expression* als Herausbewegung, die sich über Mimik, Gestik, Haltung, Bewegung, Handlung, Gestaltung an die Welt vermittelt“ (I.Orth, H.G. Petzold 1993c).

⁴ H.G. Petzold (1995f), S. 6: „Die grundsätzliche Intentionalität des Leibes, seine grundsätzliche Gerichtetheit oder Ausgerichtetheit auf Anderes und Andere legt uns auf Verbundenheit an. Die Ohren hören immer.“ M.E. ist oft interessant, was wir gerade nicht bewusst hören.

⁵ H.G. Petzold, M. Müller (2005), S. 10 „Affiliation ist das intrinsische Bedürfnis des Menschen nach Nähe zu anderen Menschen im geteilten Nahraum, zu Menschengruppen in der Vertrautheitsqualität, denn die wechselseitige Zugehörigkeit ist für das Überleben der Affilierten, aber auch der Affiliationsgemeinschaft insgesamt grundlegend: für die Sicherung des Lebensunterhaltes, für den Schutz gegenüber Feinden und bei Gefahren, für die Entwicklung von Wissensständen und Praxen, die Selektionsvorteile bieten konnten.“

(Ricoeur 1990), denn ich bin Viele, vielfältig (Petzold 2012q). Es ist eine wichtige Qualität und Erfahrung *in sich selbst und mit sich selbst* „in Resonanz“ gehen zu können, von sich selbst berührt sein zu können, sich an sich selbst freuen oder auch sich bedauern zu können (das ist kein larmoyantes Selbstmitleid). Wenn ein Mensch sich leibhaftig spürt, feinspürig erfasst, kann er zu sich selbst nicht nur *kognitiv-exzentrische* Distanz (Entfernung) gewinnen, was immer wieder wichtig ist, er kann auch zu sich *emotional-zentrische* Nähe herstellen, um sich annehmen und lieben zu können. Und auch das ist sehr wesentlich. Beide Fähigkeiten kennzeichnen integrierte und souveräne Menschen, die in der Lage sind, ihre „Gemütslage“ immer wieder zu stabilisieren – auch in belastenden Zeiten. Zu solchen Fähigkeiten soll die „Arbeit an sich selbst“ beitragen, unterstützt von empathisch resonanzfähigen Menschen, seien es professionelle HelferInnen, TherapeutInnen oder – wichtiger noch – die Begleiter und BegleiterInnen im eigenen sozialen Weggeleit.

Zusammenfassung: Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive zu Eindrücken und „komplexen Resonanzen“ aus der Lebensspanne

Es wird ein kompakter Text zur Theorie des „informierten Leibes“ in der Integrativen Therapie vorgelegt, die ihre „kreativen Prozesstechniken“ wie die Körperbilder/Body Charts und andere in Theorie und Praxis begründen. Dabei kommt dem Konzept „komplexer Resonanzen“ und „wechselseitiger Empathie“ besondere Bedeutung für therapeutische und agogische Entwicklungsprozesse zu.

Schlüsselwörter: Informierter Leib, Körperbilder/Body Charts, Leibgedächtnis, Komplexe Resonanzen, Integrative Therapie

Summary: Body Repräsentations/Body Charts – the “informed body” is opening up its archives making impressions and “complex resonances” from the lifespan accessible

A concise text on the theory of the “informed body” in Integrative Therapy is presented, which is laying the ground in theory and practice for its “creative process techniques” as the Painted Body Representation/Body Charts and others. Here the concept of “complex resonances” and “mutual empathy” is of particular importance for therapeutic and educational developmental processes.

Keywords: Informed Body, Body Repräsentations/Body Charts, Body Memory, Complex Resonances, Integrative Therapy

Teil II:

Lilo Hübner (2001): Integrative Bewegungs-Therapie und Körperbilder bei der Behandlung von Traumapatienten in der Psychosomatik-Klinik

Der Kontext 2001: Das Gestaltklinikum des Fritz Perls Instituts

Der Kontext meiner therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Patientinnen ist das Gestaltklinikum des Fritz Perls Instituts. Es ist in die Hardtwaldklinik I in Bad Zwesten integriert. Die Abteilung verfügt über 59 Betten und wird hauptsächlich von den Krankenkassen belegt. Die Abteilung bietet stationäre Behandlungsmöglichkeiten für Patientinnen mit dekompensierten neurotischen, psychosomatischen, psychovegetativen Störungen und posttraumatischen Belastungsstörungen, die aus dem häuslichen Milieu für einige Zeit herausgenommen werden müssen. Die Aufenthaltsdauer beträgt zwischen 6 und 12 Wochen.

Der Abteilungsleiter ist Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Im therapeutischen Team arbeiten unter seiner Leitung zwei Oberärztinnen, sechs Ärztinnen und zwei Psychologinnen als Bezugstherapeutinnen, vier Kreativtherapeutinnen und ein Schwestern/Pflegerteam zusammen. Weiter gibt es eine Zusammenarbeit mit der Krankengymnastik-, der Massage-, Sport- und der Bäderabteilung. Die Kreativtherapeutinnen vertreten die Bereiche Kunsttherapie, Musiktherapie und Körper- und Bewegungstherapie.

Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit auf unserer Abteilung liegt auf der Gruppentherapie, wobei bei Bedarf die Gruppentherapie durch Einzeltherapie ergänzt wird. Unsere Gruppen haben eine Größe von maximal zehn Patientinnen und werden als halboffene Gruppen geführt.

Das Therapieprogramm für die Traumapatientinnen ist eingebettet in unser allgemeines Programm für Psychosomatikpatientinnen. Es unterscheidet sich in etlichen Punkten vom Standardprogramm.

Unser Traumasetting wird ständig weiter ausgebaut und der steigenden Anzahl traumatisierter Patientinnen angepaßt. Schon während ich an dieser Arbeit schreibe, wurde zuerst eine und dann eine zweite Bezugsgruppe mit überwiegend traumatisierten Patientinnen eingerichtet und das Setting, einschließlich der Integrativen Bewegungstherapie, entsprechend modifiziert.

Zu den Traumapatientinnen in der Psychosomatik

Im Laufe der letzten Jahre schwankte die Anzahl der traumatisierten Patientinnen auf unserer Abteilung mit einer steigenden Tendenz. Sie hat sich inzwischen bei einem Anteil von ca. 1/3 bis 1/2 eingependelt.

Von den Patientinnen in unserem Traumasetting sind ca. 2/3 bis 3/4 Frauen, überwiegend mit Mißbrauchserfahrungen und Opfer von Überfällen oder Vergewaltigungen. Es überwiegt bei Männern und Frauen der Anteil der früh traumatisierten (sexuell mißbraucht, mißhandelt), oft mit Wiederholungen im Erwachsenenalter.

Dann gibt es noch die Gruppe derjenigen, die ein klar umrissenes und begrenztes Trauma im Erwachsenenalter erlitten haben: Opfer von Überfällen oder Verwicklung in schwere Unfälle, eventuell mit Todesfolge, eigene Unfälle mit bleibenden Folgen oder professionelle Helfer wie z.B. Feuerwehrleute in der Rettung.

In dem Maße, in dem wir unser Konzept der „Integrativen Traumatherapie“ ausbauen, verlagerte sich mein Arbeitsschwerpunkt als Integrative Leib- und Bewegungstherapeutin immer mehr auf die Behandlung von Patientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung.

I Zur Theorie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

1. Die traumatischen Ereignisse

Traumatische Ereignisse zeichnen sich dadurch aus, daß in ihnen Einzelne oder ganze Gruppen von Menschen äußerst belastenden Erlebnissen von außergewöhnlicher Bedrohung oder von katastrophenhaftem Ausmaß ausgesetzt sind. Sie erschüttern das persönliche Gefühl von Sicherheit nachhaltig und führen unter Umständen zu bleibenden Schädigungen.

In der vielfältigen Literatur zum Thema unterscheidet man verschiedene Kategorien, Klassen und Typen der Ursachen von traumatischen Belastungen. Im Folgenden stelle ich die Ursachen (nach Petzold, Wolf et al., 2000, S. 445 bis 579) kurz dar.

In drei Traumakategorien unterscheidet man „man made disaster“ (z.B. Kriegshandlungen, Folter, Vergewaltigungen), „natural disaster“ (z.B. Feuersbrunst, Flutkatastrophen) und „technical disaster and other major adverse“ (z.B. Unfälle durch technisches Versagen, Verkehrsunfälle, schwere Erkrankung).

Die traumatischen Belastungen werden nach Art der Traumaerfahrung in vier große Klassen eingeteilt.

Die „primären Traumaerfahrungen“, die den Betroffenen durch unmittelbare Bedrohung von Leib und Leben widerfahren sind (z.B. Mißhandlung, Vergewaltigung). Das Ganze ist mit einer katastrophenhaften Ereignisbewertung verbunden und als Folge bildet sich eine Streßphysiologie.

Die „sekundäre Traumaerfahrungen“, bei der man Betroffener wird, indem man ein traumatisches Geschehen als Zeuge miterlebt oder als Helfer dazukommt, das eigene Leben aber nicht bedroht ist.

Die „tertiäre Traumainformationen“, wobei keine unmittelbare Erfahrung vorliegt, sondern es sich um Berichte von unmittelbar Betroffenen handelt.

Kollektive Traumatisierungen (z.B. politische Verfolgungen, Genozid), sie wirken intensivierend auf das subjektive Traumaerleben.

Nach Art der traumatischen Ereignisse kann man vier Typen unterscheiden.

Das traumatische Einzelereignis,

die serielle Traumaerfahrung (z.B. jahrelanger Mißbrauch),

Polytraumatisierung in traumatischen Kontexten (z.B. in Kriegssituationen mit Flucht, Hunger, Vergewaltigung, Anblick von Sterbenden oder in großen Katastrophen),

- traumatoforme Evokation durch Expositionstherapie oder Erinnerung der traumatischen Ereignisse (Bilder/Szenen und/oder Körperempfindungen) in ungefährlichen Alltagssituationen.

Bei der Bewertung der Traumaerfahrungen, die ein Mensch gemacht hat, gilt es den Zeitpunkt im Lebenslauf zu berücksichtigen. Da sind zuerst die Faktoren vor der traumatischen Erfahrung zu betrachten, z.B. Lebensalter, Entwicklungsverlauf, Persönlichkeit und Copingstile. Als nächstes ist nach der Art des Traumas (Typ/Klasse), das dem Betroffenen widerfahren ist, seiner Ressourcenlage und seiner kognitiven und emotionalen Ereignisbewertung zu schauen. Schließlich ist auch das zu betrachten, was dem Betreffenden nach dem traumatischen Ereignis zur Verfügung steht, wie z.B. Hilfe und Unterstützung, seine Reorientierungserfolge bzw. —mißerfolge und sein soziales Netzwerk.

2. Die Entwicklung der PTBS

Nicht jede traumatische Erfahrung führt zu einer posttraumatischen Belastungsstörung, nur 5 bis 20 Prozent der Menschen entwickeln eine PTBS nach traumatischen Erlebnissen. In einem annehmenden und unterstützenden Umfeld und mit einer ausreichend stabilen Persönlichkeit gelingt es den meisten Menschen die traumatischen Erfahrungen in ihr Leben zu integrieren und damit (gut) zu leben, man könnte sagen: „die Zeit und das Leben heilt die Wunden“. Manche Menschen fühlen sich gar gestärkt und unverwundbar, nach dem Motto: „wenn ich das überlebt habe, kann mir nichts mehr passieren“.

Ein traumatisches Ereignis löst bei den Betroffenen eine bis zur Panik gesteigerte Alarmreaktion (Hyperarousal) oder eine körperliche und gefühlsmäßige Starre, ein „Einfrieren“ aus. Komplexe psychische Funktionen, wie Denken, Wahrnehmen und Kontaktgestaltung sind gestört. Begleitet ist das Ganze von erhöhter Erregung, Schlaflosigkeit und dem Gefühl der Verwundbarkeit. Bei den meisten Menschen klingen diese Symptome nach einer Weile wieder ab, treten seltener auf und verschwinden auch ganz.

Bei Gefahr für Leib und Leben begibt sich der Organismus in Alarmbereitschaft, ist die Bedrohung vorüber, beruhigt sich normalerweise der Organismus wieder. Sind die natürlichen Reaktionen des Körpers auf Alarm, wie Kampf oder Flucht nicht möglich, so erlebt sich der Betreffende, den Ereignissen hilflos ausgeliefert und das Geschehen wirkt traumatisierend. „Im Kern jeder Traumatisierung findet sich die Erfahrung völliger Ohnmacht und Hilflosigkeit.“ (Reddemann, Sachsse, 3/1997, S. 115)

Die Fähigkeit des Organismus, Außenreize zu filtern und auszuwählen, damit der Körper nicht ständig „Gefahr sieht“ und in Alarmbereitschaft versetzt wird, schützt den Körper vor ständiger Erregung. Nicht so bei PTBS, hier bleibt der Körper auch in ungefährlichen Situationen, in denen keine Gefährdung zu erwarten ist, in beständiger Alarmbereitschaft und hat somit eine erhöhte Neigung Reize aus der Umwelt (z.B. Gerüche, Geräusche, abrupte Bewegungen) sofort mit traumatischen Ereignissen in Zusammenhang zu bringen. Die Unterscheidungsfähigkeit zwischen gefährlichen und ungefährlichen Situationen ist nicht mehr ausreichend und die ständige Alarmbereitschaft führt zur Erschöpfung. Die posttraumatische Belastungsstörung geht einher mit einer verlängerten Streßphysiologie.

Der individuelle Bewältigungsprozeß ist vielfältigen Störungen unterworfen und kann auch mißlingen. Die Entwicklung einer behandlungsbedürftigen Symptomatik ist erfahrungsgemäß von unterschiedlichen Faktoren abhängig.

Die persönliche Bedeutung, die das Opfer dem Ereignis beimißt, ist einer dieser Faktoren. „Das entscheidende Element, das ein Geschehnis traumatisch macht, bleibt aber die persönliche Einschätzung der Opfer bezüglich dessen, wie hilflos und bedroht sie sich fühlen. Daher ist, obwohl ein real stattgehabtes außergewöhnliches Geschehnis der PTBS im wesentlichen zugrunde liegt, die Bedeutung, die das Opfer dem Geschehnis zuschreibt, ebenso wichtig wie das Trauma selbst.“ (v. d. Kolk & McFarlane, 2000, S. 30) So kann es geschehen, daß eine Frau, die vergewaltigt worden ist, zuerst keine Symptome von PTBS entwickelt, erst später, als sie erfährt, daß derselbe Vergewaltiger ein Opfer umgebracht hat, interpretiert sie das Ereignis nachträglich, als lebensbedrohlich um, und entwickelt PTBS.

Weiter spielt das Alter, in dem die Traumatisierung stattgefunden hat, eine Rolle, so hat z.B. eine Traumatisierung im Kindesalter tiefergehende Auswirkungen als eine Traumatisierung im Erwachsenenalter. Außerdem werden einmalige Traumaerlebnisse leichter verarbeitet als sich wiederholende Ereignisse. Auch hat böswillige menschliche Gewalt, mit Bedrohung für Leib und Leben, gravierendere Folgen als eher beziehungsneutrale Naturkatastrophen. So schreibt U. Wirtz in ihrem Buch über Inzest (Wirtz, 1989, S. 138): „Setzt die Traumatisierung in einem frühen Alter ein und geht über mehrere Jahre, trifft sie auf einen noch ungefestigten Menschen und hinterläßt besonders tiefe Verletzungen. Wichtige Bereiche, für alles was ein Mensch mit sich selbst und seiner Umwelt erlebt, sind gestört. Sicherheit, Vertrauen, Macht, Kontrolle, Wertschätzung, Intimität.“

3. Die Symptomatik bei PTBS

„Die Symptomatik der PTBS scheint jener zu ähneln, die bei Überlebenden eines Traumas unmittelbar nach dem Ereignis zu beobachten sind. Im Laufe der Zeit stellen diese Symptome keine selbstheilenden Vorgänge mehr dar. Statt dessen können sie Anzeichen einer andauernden Schädigung und Veränderung sein.“ (Shalev, 2000, S. 115)

Alle Symptombildung und schwere Störungen kann man verstehen als anfänglich sinnvolle Strategien oder als selbstheilende Vorgänge, im Sinne einer Form der Bewältigung traumatischer Erfahrungen.

Die vielfältigen Symptome bei PTBS lassen sich in Gruppen zusammenfassen.

Intrusives Wiedererleben:

Der aus dem Englischen stammende Begriff „intrusion“ bedeutet „Eindringen“, „Aufdrängen“, „Zudringlichkeit“. In der Traumatherapie ist mit Intrusion ein erneutes Durchleben der traumatischen Situation gemeint, die Szenen wiederholen sich dabei mit

allen begleitenden intensiven Gefühlen, Affekten und Körpersensationen. Das kann am Tag geschehen, in Form von Flash-backs und sich aufdrängenden Gedanken oder nächtlich in Form von sich wiederholenden, detailgenauen Alpträumen. Es ist so, als würde das traumatische Ereignis jetzt geschehen. Es bleibt so immer gegenwärtig und kann nicht der Vergangenheit angehören. Es kann so sein, daß die Betroffenen die sensorischen Elemente des Traumas wieder erleben, ohne zu verstehen, was sie fühlen. „Wenn PTBS-Opfer ihre traumatischen Erinnerungen haben, können sie an sprachlosem Entsetzen leiden, wobei sie buchstäblich „keinen Kontakt zu ihren Gefühlen“ haben.“ (v.d. Kolk, 2000, S. 216)

Die sprachliche Beschreibung des Erlebten ist für die Betroffenen (fast) nicht möglich, sie können sich nicht genügend distanzieren. Sie können die traumatischen Erfahrungen nicht in die persönliche Lebensgeschichte integrieren, sie bilden keine „Geschichten“.

Intrusionen können durch unterschiedliche Wahrnehmungen angetriggert werden. Bei der Vermeidung von möglichen Triggern kann phobisches und zwanghaftes Verhalten entstehen.

Vegetative Übererregtheit (hyperarousal) und intensive emotionale Reaktionen:

Der Körper verhält sich so, als wäre er ständig von Vernichtung bedroht. Die chronische Übererregung zeigt sich in erhöhter Reaktionsbereitschaft, übertriebener Schreckreaktion, Unruhe und Schlafproblemen. Die Reizschwelle für Triggerreize ist herabgesetzt, und Überreaktionen, die auf andere einschüchternd wirken, sind keine Seltenheit.

Die Fähigkeit, sich zu konzentrieren und aus Erfahrungen zu lernen, unwichtiges zu ignorieren und nur das relevante auszuwählen, wird durch die ständige Übererregtheit gestört. Das kann dazu führen, daß die Fähigkeit, wohlüberdachte und autonome Entscheidungen zu treffen, verloren geht.

Traumatisierte Patientinnen können der natürlichen Alarmfunktion ihres Körpers als Hinweis und Warnung vor Bedrohung nicht mehr trauen. Die emotionale Erregung wird nicht als Hinweis betrachtet, sondern es wird sofort reagiert. „Wegen ihrer Schwierigkeiten, Gefühle als Hilfe zu benutzen, um Situationen zu durchdenken und sich sinnvolle Lösungen einfallen zu lassen, werden Emotionen eher zu Erinnerungsankern ihrer Unfähigkeit, ihr Leben im Griff zu haben.“ (v.d. Kolk, 2000, S. 200)

Die Betroffenen tendieren dazu, „unbedeutende“ Ereignisse (Trigger) als potentiell gefährlich zu interpretieren und dann mit Furcht, Angst, Wut und Panik zu reagieren. Außerdem sind sie nicht mehr in der Lage sich selbst zu beruhigen.

Selbstbetäubung und Betäubung der Reaktionsfähigkeit (numbing):

Traumatisierte Patienten verwenden ihre gesamte Energie darauf Erinnerungen und innere Wahrnehmungen zu vermeiden. Die Selbstbetäubung führt zur allgemeinen Erstarrung der Reaktionsfähigkeit bezüglich emotionaler Aspekte des Lebens. Sie zeigt sich in Stumpfheit, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, einer Art innerer Lähmung, ja einem „Zombie-Gefühl“. Manchmal werden auch Drogen und Alkohol eingesetzt, um bedrückende Gefühlszustände zu betäuben. Die Motivation, Dinge zu tun, die ihnen Freude bringen, schwindet.

Auf der körperlichen Ebene äußern sich Taubheitsgefühle z.B. als fehlendes Gefühl für die eigene Körperkontur, als Fremdheitsgefühl bezüglich einzelner Körperteile oder als „Nichtspüren“ bestimmter Körperregionen.

Die Betroffenen ziehen sich schrittweise aus den alltäglichen Aktivitäten zurück und entwickeln vermehrt psychosomatische Probleme und depressive Erscheinungen.

Gedächtnisstörungen und Dissoziation:

Das Trauma hinterläßt im normalen Gedächtnis nicht Spuren, sondern eine Leere, ein Loch. Traumatisierte Patientinnen entwickeln Amnesien für einige Erfahrungen. Sie dissoziieren, um unerfreuliche Erlebnisse von der bewußten Wahrnehmung fern zu halten. Logisch oder emotional unvereinbare Erfahrungen, Gedanken, Gefühle und Einstellungen können so nebeneinander bestehen, ohne in Konflikt zu geraten.

Körperlich mißhandelte Menschen lernen, aus ihrem Körpererleben auszusteigen, neben sich zu stehen, sich von außen zu betrachten, um auf diese Weise so wenig wie möglich zu durchleben.

Aggression gegen sich selbst und andere:

Traumatisierte Patientinnen können in der Regel ihre Aggressionen ganz schlecht regulieren. Das gilt sowohl für negativ besetzte Aggressionen, wie Ärger und Wut, wie auch für positiv besetzte Aggressionen, wie „etwas anpacken“ und „tätig sein“ und somit „Täter“ sein.

Sie wenden ihre Aggressionen mit hoher Wahrscheinlichkeit gegen andere oder gegen sich selbst. Selbstzerstörerisches Verhalten äußert sich in Form von Suizidversuchen, Selbstverletzungen, Hungern, Selbstverstümmelung und eventuell auch Drogenmißbrauch.

Psychosomatische Reaktionen:

Traumatisierte Patientinnen klagen über viele körperliche Beschwerden, für die oft keine somatischen Ursachen zu finden sind. Unklare Schmerzen in Rücken, Nacken, Bauch, Brust, Herz und Gliedern, die stechend, drückend, stumpf, brennend, schwelend oder krampfartig sind, werden oft genannt. Sie berichten über vielfältige irritierende Körpergefühle wie Atemnot, Brustenge und Halsdruck als Zusammenschnüren des Halses, Verkrampfung, z.B. im Magen, Nacken, Rücken und den Beinen, Lähmungsgefühle in den Beinen, die dann schwer, schlapp, wackelig oder merkwürdig pulsierend sind. Weiter erzählen sie von Haut- und Augenjucken, Ohrendruck, trockenem Mund, vom Gefühl der Leere im Kopf oder Bauch, Hitzestau im Kopf und Blähungen. Viele leben mit, in der Stärke ständig wechselnden, Schwindelgefühlen, Übelkeit, Zittern, kalten Händen und Füßen. Es findet sich ein „Auflösungsgefühl“, das heißt, die Betroffenen leben mit unklaren Körpergrenzen, was ihnen die Regulierung von Nähe und Distanz zu ihren Mitmenschen erschwert.

„Viele traumatisierte Patienten leiden an Alexithymie - dem Unvermögen, somatische Wahrnehmungen in Primärgefühle wie Wut, Freude oder Angst zu übersetzen. Diese Unfähigkeit, somatische Zustände in Worte und Symbole zu fassen, führt dazu, daß sie

„Emotionen einfach als körperliche Probleme empfinden.“ (v.d. Kolk, McFarlane, v.d. Hart, 2000, S. 315)

Interpersonelle Probleme:

Bei starker Vermeidung von Traumaauslösern kann es geschehen, daß die Betroffenen andere Personen als potentielle Auslöser ihrer traumatischen intrusionen erleben. Dann beherrschen Hilflosigkeit, Mißtrauen, Aggressivität und interpersonelle Probleme das Symptombild.

Veränderung des Identitätsgefühls:

Bei vielen traumatisierten Patientinnen ist die Überzeugung und das Gefühl, unverletzlich zu sein, in Frage gestellt und das Zutrauen zu sich selbst ist erschüttert. Oft sind sie durch ihre vielfältigen Symptome verwirrt und fürchten „verrückt“ zu werden.

Das Körperempfinden wechselt in der Regel zwischen sich garnicht spüren und hoher Anspannung, verbunden mit einem Gemisch aus Angst, Wut und Ohnmachtsgefühlen. Sie haben immer wieder das Gefühl dieses Geschehen nicht steuern zu können, wenig, bis keinen Einfluß darauf zu haben, sondern ihm schutzlos ausgeliefert zu sein.

Symptome im Lebenskontext

Die Vermeidung, sich an die traumatischen Ereignisse zu erinnern und die damit verbundenen Gefühle wahrzunehmen, kann als ein schützender Prozeß angesehen werden. Er bietet dem Betroffenen Schutz vor Überflutung und Retraumatisierung, verhindert allerdings langfristig die Normalisierung. Wenn andere Wege der Bewältigung des Traumas mißlingen oder nicht zur Verfügung stehen, versuchen die Betroffenen Wege zu beschreiten, die wenigstens momentan eine Erleichterung verschaffen, wie z.B. selbstverletzendes Verhalten. Der unkontrollierbare Belastungszustand wird so wenigstens zeitweise kontrollierbar. „Das beste Mittel um „Zustände“, „Druck“ also Übererregung (hyperarousal), Intrusionen, Flash-backs, Depersonalisations- und Derealisationszustände zu beenden, ist für viele Patientinnen selbstverletzendes Verhalten. SVV ist das beste bekannte Antidissoziativum, allen Medikamenten deutlich überlegen. 15 bis 30 Sekunden nach einem Hautschnitt ist der Kopf wieder klar, der Körper ist lebendig, die Körpergrenzen sind spürbar, die Gefühle sind konturiert, und „der Druck ist raus“. Das macht diese Symptomatik für viele Patientinnen so schwer entbehrlich und damit so schwer behandelbar. (Reddemann, Sachsse, 3/1997, S. 118)

Der Mensch ist als Ganzes, auf allen Ebenen, aus dem Gleichgewicht geraten, seelisch, leiblich und sozial. Viele Menschen haben nach einer traumatischen Erfahrung das Gefühl, aus der menschlichen Gemeinschaft herausgefallen zu sein, nicht mehr dazuzugehören und „anders“ zu sein als die Anderen. Dieses Gefühl verstärkt sich noch, wenn die Bewältigungsversuche ein Verhalten, wie z.B. selbstverletzendes Verhalten, hervorbringen, das von den Anderen nicht verstanden wird. Die unterschiedlichen Bewältigungsstrategien, wie z.B. ständige Alarmbereitschaft oder Einfrieren, kosten irgendwann mehr an Lebendigkeit als sie an Sicherheitsgefühl bringen.

Bei manchen Menschen treten die Symptome erst nach einem längeren zeitlichen Abstand nach dem traumatischen Ereignis auf, Ursache und Wirkung sind somit nicht offensichtlich.

Auch an der Art ihre vielfältigen Symptome (z.B. Schlafstörungen, Alpträume, leichte Irritierbarkeit, Übererregung, irritierende Körpergefühle, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Angst mit entsprechendem Vermeidungsverhalten, Panikattacken, depressive Erscheinungen usw.) ist der Zusammenhang mit der ursprünglichen traumatischen Erfahrung für den Betroffenen und evtl. auch für die Therapeuten, nicht ohne weiteres herzustellen.

Für andere ist aufgrund ihrer Symptome (z.B. Flashbacks, Streßreaktionen bei Erinnerung, Vermeiden von Aktivitäten die an das traumatische Erlebnis erinnern usw.) der Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung sofort erkennbar.

4. Die Therapie der PTBS

„Das Therapieziel bei traumatisierten Patienten besteht darin, ihnen zu helfen, von der Heimsuchung durch die Vergangenheit und ihrer Interpretation nachfolgender emotional erregender Stimuli als einer Wiederkehr des Traumas wegzukommen. Statt dessen sollen sie zu einer vollen Anteilnahme an der Gegenwart hingeführt und in die Lage versetzt werden, auf aktuelle Anforderungen reagieren zu können. Das Schlüsselement bei der Psychotherapie von PTBS-Patienten ist die Integration des Fremden, des Unannehmbaren, des Furchterregenden und des Unverständlichen in ihr Selbstkonzept.“ (v.d. Kolk, McFarlane, v.d. Hart, 2000, S. 311)

Es gilt den traumatisierten Patientinnen zu helfen, das, was ihnen geschieht, Intrusionen, Körperirritationen usw. und ihr Vermeidungsverhalten zu verstehen und Abstand davon zu gewinnen. Die verloren gegangene Verbindung zwischen ihren Körperempfindungen, Gefühlen, Gedanken und dem Erlebten muß wieder hergestellt werden. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit, die Fähigkeit, persönliche Bedürfnisse mit anderen auszuhandeln, sich in andere Menschen einfühlen zu können, und Vertrauen und Intimität mit anderen empfinden zu können, soll entwickelt werden.

Grundsätzlich gilt in der Traumatherapie, daß das Vorgehen, in all seinen Phasen und Schritten, mit den Patientinnen ausführlich besprochen wird und die Entscheidungen für bestimmte therapeutische Maßnahmen einvernehmlich getroffen werden.

Zu den Folgen von Traumatisierungen und ihrer Behandlung schreibt H. Petzold (Petzold, 1988, S. 361): „Sie sind niemals *'nur psychisch'*“, sondern immer auch intensives körperliches Erleben mit Folgen innerhalb des Leibes (z.B. psychosomatische Reaktionen, Störungen der Atem- und Tonusregulation), die nur auf der Ebene des Leibes angegangen werden können,“

Im Folgenden stelle ich die Vierstufenbehandlung der Integrativen Traumatherapie, wie wir sie in unserer Abteilung durchführen, kurz vor (vgl. Wolf, 1998, S. 69-79). Besondere Beachtung schenke ich dabei der Behandlung der Körper- und Leibebene.

4.1 Integrative Traumatherapie

Erste Stufe

Zuerst geht es um Stabilisierung durch vertrauensfördernde Maßnahmen. Wichtigstes Ziel dabei ist, das Gefühl, sein eigenes Leben steuern zu können, wieder zu erlangen. Es wird nicht konfliktzentriert gearbeitet sondern es werden die eigenen Stärken und Ressourcen entdeckt, Copingstrategien entwickelt und der mitmenschliche Kontakt wird gefördert.

Auf der körperlichen Ebene geht es um Entspannung, mit Hilfe verschiedener Entspannungsverfahren oder Spannungsabbau durch aktive Bewegung. Ziele sind Stabilisierung, Zentrierung, Orientierung. Sie werden erreicht durch eine fein dosierte Erweiterung der Wahrnehmungsfähigkeit des eigenen Körpers. Weiter geht es darum, den Körper mit seinen eigenen Bedürfnissen zu respektieren, die eigenen Wahrnehmungen auf der körperlichen Ebene auch für „wahr“ zu nehmen und das Vertrauen in körperliche Selbstkontrolle wieder herzustellen. Der Aufbau eines positiven Verhältnisses zum eigenen Leib (z.B. Fürsorge für den eigenen Körper und Vermeidung von Selbstverletzung) und zur Gemeinschaft der „Leidensgenossen“ sind weitere Ziele. Es werden übungszentrierte und erlebniszentrierte Methoden der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT) eingesetzt und es wird mit Atemtherapie gearbeitet.

Zweite Stufe

Hier geht es um die direkte Arbeit mit intrusiven Phänomenen. Es wird mit den Flashbacks, den ständigen mit dem Trauma zusammenhängenden inneren Bildern, Gedanken, Angstzuständen und den immer wiederkehrenden irritierenden Körpergefühlen gearbeitet. In der Traumaexposition werden Strukturierungs- und Steuerungsmöglichkeiten erlernt, die die Angst vor dem Überschwemmtwerden mit traumatischem Material in Grenzen halten.

Auf der körperlichen Ebene geht es darum, Wege zu erarbeiten, die von den traumabezogenen, quälenden Körperempfindungen und den Gefühlen weg und zu positiven Körperempfindungen hin führen. Der sanfte und annehmende Umgang mit sich selbst wird durch sanfte Körpertherapie gefördert. Die annehmende Haltung dem eigenen Körper gegenüber macht es möglich, die eigenen Reaktionen im Zusammenhang mit den traumatischen Erfahrungen als „so geworden“ zu sehen und zu verstehen. Das Gefühl, den körperlichen Empfindungen und Reaktionen ausgeliefert zu sein, nimmt ab, statt dessen wächst das Gefühl, das eigene Befinden hin zum Besseren, beeinflussen zu können. In der IBT kommt ab jetzt auch die konfliktorientierte Herangehensweise dazu.

Dritte Stufe

Jetzt geht es darum, die Fixierung der Wahrnehmung auf die inneren Geschehnisse aufzulösen, mehr in Kontakt mit dem Außen zu treten und die Verbindung zwischen Innen und Außen aufzubauen. Kurz, nach dem „Überleben“ geht es jetzt um das „Leben nach dem Trauma“ mit all seiner Lebendigkeit und seinen Zukunftsperspektiven.

Auf der körperlichen Ebene können nicht nur die fixierten Haltungen und Bewegungen bewußt werden, sondern auch ihr Ausdruckscharakter und ihre Wirkung auf andere Menschen. Die eigenen Kräfte werden entdeckt und es wird gelernt, sie zu handhaben und zu regulieren. Verloren gegangene oder nicht entwickelte Fähigkeiten werden

entwickelt. Mit der Aneignung von „Täterqualitäten“ kann die Wandlung vom „Opfer“ zum „Täter“ geschehen und das Leben kann wieder tatkräftig angepackt werden.

Vierte Stufe

Zuletzt geht es um den Transfer der Therapieerfahrung in die zu erwartende Alltagssituation. Auch stehen Neuorientierung und Arbeit am sozialen Netzwerk an.

Auf der körperlichen Ebene sieht das in der Regel so aus, daß Strategien entwickelt werden mit deren Hilfe die Betroffenen in schwierigen Alltagssituationen „Rückfällen“, in Gestalt von körperlichen Mißempfindungen begegnen können und sich ihrer körperlichen Integrität immer wieder vergewissern können.

Der zirkuläre Weg

In der Praxis der Traumabehandlung werden die Phasen nicht einfach nacheinander durchlaufen, es entstehen vielmehr Schleifen. Ein Patient, der z.B. für eine Traumaexposition stabil genug ist, wird durch die Exposition wieder destabilisiert. Dann ist natürlich eine erneute Stabilisierung notwendig. Diese Schleifen können und müssen sich mehrmals wiederholen.

Bei einem Aufenthalt in unserer Abteilung durchlaufen die Patientinnen in der Regel nicht alle vier Stufen. Je nachdem, wo sich die betreffende Patientin in ihrem therapeutischen Prozeß befindet, kann es sein, daß sie in der ersten Stufe verbleibt, oder daß sie z.B. die erste bis dritte Stufe durchläuft. In der Regel sind mehrere stationäre Aufenthalte und ambulante Therapie über einen längeren Zeitraum notwendig, um alle Stufen erfolgreich zu durchlaufen.

4.2 Das Traumasetting unserer Abteilung

Ich stelle hier nur diejenigen Teile des Gesamtsettings dar, die zu unserem speziellen Traumasetting gehören.

Feste Termine für Traumapatientinnen:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Einzel. Bez.	Bezugs-Gr. 45	Bezugs-Gr. 15	Bezugs-Gr. 45	Bezugs-Gr. 45
Stabi. Gr. A		Stabi. Gr. B		
	Kreativ.- Bezug.		Kreativ.- Bezug.	

Erläuterung der Abkürzungen:

- Einzel. Bez. Einzeltherapie beim Bezugstherapeuten, wird variabel gehandhabt, mindestens 1x wöchentlich, bei Bedarf bis zu 1 x täglich.
- Bezugs-Gr. 45 Die Bezugsgruppe, eine gemischte Gruppe, Traumapatienten sind mit anderen psychosomatischen Patienten gemeinsam in einer Gruppe, 3x 45 Min. und 1x 15 Min. wöchentlich.
- Stabi. Gr. A „Stabilisierungsgruppe Teil A“, Erlernen der Imaginationen für Traumapatienten, 60 Min. wöchentlich.

Stabi. Gr. B	„Stabilisierungsgruppe Teil B“, Integrative Bewegungs-Therapie für Traumapatienten, 60 Min. wöchentlich.
Kreativ.- Bezug.	Kreativtherapie, Traumapatienten sind mit anderen psychosomatischen Patienten (Bezugsgruppe) gemeinsam in der Musiktherapie, der Kunsttherapie oder der Integrativen Bewegungstherapie, 2x 90 Min. wöchentlich.

.Dazu kommen weitere Einzeltermine:

- evtl. weitere Einzeltermine beim Bezugstherapeuten, Körperbezogene Einzeltherapie, und
- Traumaexposition mit EMDR, beim Bezugstherapeuten oder dem zuständigen Oberarzt.

.Die Leib- und Bewegungstherapeutische Arbeit mit Traumapatienten findet in drei verschiedenen Settings statt.

Stabi. Gr. B	„Stabilisierungsgruppe Teil B“, Integrative Bewegungs-Therapie für Traumapatienten, 60 Min. wöchentlich.
Kreativ.- Bezug.	Integrative Bewegungs-Therapie, eine gemischte Gruppe, Traumapatienten sind mit anderen psychosomatischen Patienten (Bezugsgruppe) gemeinsam in einer Gruppe, 2x 90 Min. wöchentlich.
.Körper.-Einzel.	Körper- und bewegungsorientierte Einzeltherapie - hier werden auch die Körperbilder eingesetzt - wird variabel gehandhabt, entweder 2x 15-25 Min. oder 1x 30 - 50 Min. wöchentlich.

Welches Setting für die einzelne Patientin gewählt wird, wird jeweils individuell nach dem Therapieverlauf zuerst im „Kleinteam“, das ist die Gruppe der behandelnden Therapeuten - Bezugstherapeut, Kreativtherapeutin, Bezugsschwester - mit dem supervidierenden Oberarzt und dann mit der Patientin besprochen. Im Verlauf des Aufenthaltes wird das Setting immer wieder dem Stand der Therapie angepaßt. Manche Patientinnen nehmen an allen drei körper- und bewegungstherapeutischen Settings teil.

Ergänzt wird das Programm durch Krankengymnastik, Massagen und Entspannungsbäder. Dazu kommen noch das Erlernen und Üben von Entspannungsverfahren, wie z.B. PMR, Atemgymnastik, Laufgruppe und andere sportliche Angebote. Auch hier wird das Therapieprogramm individuell zusammengestellt und jeweils mit den Patientinnen besprochen.

Eine ausführlichere Beschreibung des gesamten Settings, insbesondere des Settings für die traumatisierten Patientinnen, finden Sie in der Graduiierungsarbeit von B. Landgrebe „Integrative Traumatherapie mit Psychosomatikpatienten - ein stationäres Modell“.

II Zur Bedeutung des Körpers in der Therapie

In den verschiedenen Therapieschulen wird dem Körper und seinen Regungen unterschiedliche Bedeutung beigemessen. Das Spektrum geht von der Bedeutungslosigkeit des Körpers, das heißt, daß ihm keine weitere Beachtung geschenkt wird, bis zu der Ansicht, man müsse „nur“ die körperlichen Blockaden lösen, dann gebe sich der Rest von selbst. Aus diesen unterschiedlichen Einstellungen zum Körper ergeben sich natürlich unterschiedliche Stile im Umgang mit den körperlichen Regungen der Patientinnen.

Die Integrative Therapie zeichnet sich durch eine sehr differenzierte und umfangreiche Betrachtungsweise des Körpers aus. Für meine Betrachtungen in dieser Arbeit habe ich diejenigen Aspekte ausgewählt, die mir in der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen in der Psychosomatik immer wieder wichtig erscheinen.

1. Körper und Leib in der Integrativen Therapie

1.1 Körper- und Leib- Begriff

Der Körper, die somatische Basis des Menschen, kann als Organismus von außen unter biologischen und physiologischen Gesichtspunkten betrachtet und erforscht werden, ist also objektivierbar. Nun ist aber der Körper auch Subjekt: vermittels unseres Körpers nehmen wir mit allen unseren Sinnen wahr, haben Gefühle, kommunizieren, denken und handeln in der Welt und nehmen dabei auch uns selbst wahr. Den Körper in seiner Subjekthaftigkeit, beziehungsweise den Menschen in seiner subjektiv wahrgenommenen Körperlichkeit anzusprechen, dem wird in der Integrativen Therapie größte Bedeutung beigemessen. Um den Unterschied zwischen dem Körper als Objekt und dem Körper als Subjekt zu markieren spricht die Integrative Therapie vom Leib als dem Körper in seiner Subjekthaftigkeit.

Hilarion Petzold drückt sich darüber folgendermaßen aus: „Die Grundlage des Leibsubjektes ist die *materielle* Realität des Organismus mit seinen physikalischen (Gewicht, vermeßbare Raumausdehnung) und seinen biologischen Dimensionen (physiologische Lebensprozesse). Für diese materielle Grundlage des Menschen verwenden wir in unserem Ansatz den Begriff „*Körper*“. Als „*Leib*“ wird die Verschränkung *materieller* und *transmaterieller* Realität gesehen. Die deutsche Sprache macht die Unterscheidung von *Körper* als Objekt bzw. als Organismus und *Leib* als die Person, wie sie „leibt und lebt“, uns leibhaftig begegnet, möglich.“ (Petzold, 1993, 5.1154)

In der Psychosomatik geht es gerade darum, die Trennung zwischen „mir und meinem Körper“ zu überwinden und die Einheit von Körper und Leib wieder herzustellen, wahrzunehmen, daß jede Emotion eine physische Entsprechung hat, und somatische Erscheinungen körperliche Antworten auf das sind, was dem Leib in all seinen Dimensionen widerfährt.

Es ist sinnvoll, in der Theorie den umfänglicheren Leibbegriff zu verwenden. In der Umgangssprache wird er nur in festen Redewendungen, wie z.B. „mit Leib und Seele“ oder „Leib und Leben“ verwendet und wirkt sonst eher antiquiert und befremdlich. In der alltäglichen Praxis in der Klinik und auch hier in meinen Beschreibungen, verwende ich „Körper“ und „Leib“ weitgehend synonym. Jedoch meine ich immer all das, was der Leibbegriff umfaßt, mit.

1.2 Leibgedächtnis

In den Leib ist alles eingegraben, was ihm im Leben widerfahren ist, Positives wie Negatives. Die Erfahrungen werden durch die sinnliche Wahrnehmung des Körpers im Laufe der Jahre gesammelt. Alle sieben Sinne sind daran beteiligt, der Sehsinn, der Geruchssinn, das Gehör, der Geschmack, der Tastsinn, der Gleichgewichtssinn, und der kinesthetische Sinn. Die vielfältigen Wahrnehmungen und Empfindungen verbinden sich zu Situationen und Szenen, die leiblich verankert sind. Die Szenen sind in den Verlauf von Stücken eingebunden, auch wenn der Sinn der Stücke manchmal verloren gegangen ist.

Diese im Leib gespeicherten „Erinnerungen“ können jederzeit wieder wachgerufen werden. So können in bewegungstherapeutischen Gruppenstunden, durch aktuell entstandene Szenen, weit zurückliegende Erfahrungen im Hier und Jetzt wieder erfahrbar, erlebbar und somit auch bearbeitbar werden. Eine Patientin hat z.B. immer wieder das Gefühl, ihre Beine und Arme nicht bewegen zu können. Sie setzt sich auf den Boden, lehnt sich an der Wand an, streckt die Beine von sich, hat die Arme seitlich am Körper und friert. Ich decke sie mit einer Decke zu, das Frieren hält allerdings an. In ihrem Gesicht ist sichtbar, daß sie diesen Zustand als sehr belastend empfindet. Auf Befragen versucht sie, den Zustand des „sich nicht bewegen Könnens“ näher zu beschreiben. Sie spricht davon, daß es sich anfühlt, als wären Arme und Beine gefesselt, nicht mit Seilen, sondern mit Tüchern fest an den Körper gebunden. Da bricht ein Schrei aus ihr heraus und sie fängt an bitterlich zu weinen. Als sie sich wieder etwas beruhigt hat erzählt sie folgende Geschichte, die ihr plötzlich ganz präsent ist. Als sie ein Baby war, in den letzten Kriegsjahren, sie ist 1944 geboren, wurde sie bei Bombenalarm in einem Stollen in Sicherheit gebracht. Das geschah so, daß sie von ihrer Mutter gut verpackt, wie eine Mumie, fest in Decken eingewickelt wurde und vom Großvater mit anderen Kindern zusammen auf der Schubkarre in den Stollen gebracht wurde. Dort mußten die Kinder oft stundenlang bewegungslos bleiben, bis die Gefahr vorüber war. Die Geschichte kennt sie nur aus Erzählungen, selbst hat sie daran keine „Erinnerungen“ wie sie sagt. Ihr Leib hat sich in dieser Situation genau erinnert, und sie konnte es mit dem, was sie „weiß“, verbinden.

In einem anderen Beispiel übt eine Gruppe, Ärger und Wut nicht zu schlucken und in sich hineinzufressen, sondern auszudrücken. Die Patientinnen knallen Bälle fest auf den Boden und erheben laut ihre Stimme. Anfangs rufen sie „nein“, dann „geh' weg“ oder „hau' ab“ und dann stellen sie sich konkrete Situationen vor und wählen ihre eigenen Wörter. Sie nehmen dabei kein Blatt vor den Mund und so geschieht es, daß im nu der Raum voll ist mit Ausdrücken wie „Scheiße“, „Mistkerl“, „Schlampe“ und „Arschloch“. In dieser Situation verkriecht sich eine Patientin in der Ecke hinter Stühlen am Boden und hält schützend ihre

Arme über den Kopf. Sie ist ganz verängstigt und hat auch vor mir Angst, als ich mich ihr nähere. Als sie sich wieder beruhigt hat, sagt sie, es sei eben so gewesen wie früher und sie habe genau so viel Angst gehabt wie früher. Auf Befragen erzählt sie die Geschichte von früher. Zuhause gab es immer wieder Krach mit lautem Geschrei, Geschimpfe und Schlägen. Wenn der jähzornige Vater tobte, hat sie sich immer unter dem Küchentisch versteckt, das war der sicherste Ort für sie als Kleinste, als das Jüngste von fünf Kindern. Diese Geschichte, die ihr offensichtlich tief in den Knochen steckt, hat sie bis jetzt nie in Verbindung gebracht mit ihrer Neigung, Konflikten aus dem Weg zu gehen und lieber still zu halten, als sich zu wehren. Jetzt sind die Zusammenhänge präsent und im Weiteren kann sie in tiefergehender Weise an ihren Schwierigkeiten arbeiten.

Auch angenehme Empfindungen sind in den Archiven des Leibes gespeichert und können wieder „erinnert“ werden. Eine Gruppe, die über längere Zeit intensiv miteinander gearbeitet hat, macht ein Abschiedsritual als einige Gruppenmitglieder abreisen. Dabei liegt eine Patientin auf der Decke, die Gruppe hebt die Decke an, schaukelt sachte und alle summen. Bei fast allen kommen Szenen in Erinnerung, bei denen sie von einem lieben Menschen gehalten werden, wo sie als Baby getragen und gewiegt werden, ja sogar Erinnerungen an das Gewiegtwerden im Mutterschoß tauchen auf. Das Gefühl von Verbundenheit mit dem menschlichen Urgrund und leibhaftig erfahrene Glücksgefühle können so erlebt werden.

Im therapeutischen Geschehen, in der Interaktion spricht der Leib seine eigene Sprache, deren Sinn der Betreffende ohne Worte erfassen kann. Zugleich kann oft erst jetzt das Erfahrene in Worte gefaßt und mitgeteilt werden. Es kann ein stimmiges Miteinander von Empfinden, Gefühlen, Worten und Handlungen entstehen.

Patientinnen, in deren Leib traumatisierende Erfahrungen gespeichert sind, versuchen die unangenehmen, ja peinigenden Empfindungen nicht zu „erinnern“. Sie machen ihren Körper unempfindlich, unempfindsam, sie frieren ihn quasi ein. Dies gelingt allerdings nicht durchgängig. Die traumatischen Erfahrungen tauchen plötzlich aus dem Leibgedächtnis auf und das körperliche Empfinden ist so, als wäre das Trauma gegenwärtig, alle peinigenden Erfahrungen sind wieder da, überfluten den Betreffenden, verursachen intensive Streßgefühle und werden retraumatisierend erlebt. Das kann nicht nur bei gezielten Übungen geschehen, sondern auch bei ganz normalen Bewegungen oder Wahrnehmungen des Alltags und ist mit ein Grund warum der eigene Körper depersonalisiert, anästhesiert und abgelehnt wird und es für die Betreffenden hilfreich erscheint, die Depersonalisierung aufrecht zu erhalten. Deshalb gibt es auch immer wieder Patientinnen mit vielfältiger Symptomatik, die nicht als TraumapatientInnen angemeldet sind. Sie haben das traumatisierende Erlebnis „vergessen“ oder ihre Beschwerden wurden bisher nicht in Zusammenhang mit den weit zurückliegenden traumatischen Erfahrungen gebracht.

2. Therapeutische Beziehung und Zwischenleiblichkeit

Neben den, in der therapeutischen Beziehung unverzichtbaren Elementen, wie Verständnis, Akzeptanz, Sympathie, Kooperation, mitmenschliche Wärme, Förderung der emotionalen Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit der Patientinnen, gibt es in der therapeutischen Beziehung zu traumatisierten Patientinnen einige Besonderheiten zu beachten.

Es ist besonders wichtig, daß Regeln, Grenzen, Absprachen und beiderseitige Verantwortlichkeiten klar geregelt sind. Da traumatische Ereignisse oft in Kontexten geschehen, in denen die Regeln und Verantwortlichkeiten unklar sind, besteht die Wahrscheinlichkeit, traumatische Situationen zu reinszenieren. Die Patientinnen werden dann wieder zu Opfern. „Die Beziehung zwischen PTBS-Patienten und Therapeuten kann außergewöhnlich komplex sein, besonders da die interpersonellen Aspekte des Traumas wie Mißtrauen, Verrat, Abhängigkeit, Liebe und Haß innerhalb der therapeutischen Dyade „häufig“ nachgespielt werden.“ (v.d. Kolk, McFarlane, v.d. Hart, 2000, S. 312)

Die Form der Beziehung sollte daher eher der Beziehung von Trainer und Sportler oder Lehrer und Schüler ähneln als der Eltern — Kind-Beziehung. Die in allen Patientinnen vorhandenen Selbstheilungskräfte werden angeregt und unterstützt, damit sie zur Entfaltung kommen können. „Gerade weil so viele Elemente der Behandlung eines traumatisierten Menschen ein Ausdruck der individuellen Besonderheiten sowohl des Patienten als auch des Therapeuten darstellen und weil ein traumatisierter Mensch besonders stark gefährdet ist, in der therapeutischen Beziehung erneut zum Opfer zu werden, ist es besonders wichtig, daß der Therapeut sich kontinuierlich Klarheit darüber verschafft, ob die Beziehung Sicherheit gewährt und ob der Patient Fortschritte beim Erreichen der Ziele, die er sich gesetzt hat, macht.“ (Turner, McFarlane, v.d. Kolk, 2000, S. 373)

Die Basis der therapeutischen Beziehung in der integrativen Bewegungs- und Leib- Therapie ist die Ebene des leiblichen Miteinanders. „Es ist dies die Ebene, die der Patient mit dem Therapeuten unabhängig von allen Unterschieden in Sprache, Bildung, Rolle und Status gemeinsam hat, die *Ebene der Koexistenz*.“ (Petzold, 1988, S. 32)

Die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Leibes — von Patientin und Therapeutin — werden angesprochen. Die Fähigkeit des Leibes, sich selbst und den anderen wahrzunehmen, seine Ausdrucksfähigkeit und sein Leibgedächtnis sind auch bei traumatisierten Patientinnen vorhanden, auch, wenn sie evtl. „eingefroren“ sind. Die Entwicklung der Fähigkeiten und Fertigkeiten des eigenen Leibes wird in der therapeutischen Beziehung gefördert.

Die Arbeit in der Therapeutischen Beziehung ist darauf ausgerichtet, der Patientin das Zusammenwirken von leiblichem Erleben, emotionaler Erfahrung und rationaler Einsicht erfahrbar zu machen, und über diese Erfahrungen im *Hier und Jetzt* der therapeutischen Situation zu sprechen, Worte zu finden für das, was bisher unfaßbar war und nicht auf den Begriff gebracht werden konnte und durfte.

2.1 Kontakt, Begegnung und Beziehung

„Kontakt ist „Berührung und Abgrenzung in einem“, Kontaktfläche und Scheidelinie zugleich, die ermöglichen, daß das Eigene vom anderen unterschieden werden kann. Wahrnehmung und Erkennung wirken im Kontakt zusammen durch vielfältige Akte des Erkennens und Wiedererkennens. Im Faktum, daß in jedem neuen Wahrnehmen und Erkennen das einstmals Erkannte mitgegeben ist, wird die Grundlage für Begegnungen gelegt.“ (Petzold, 1993, S. 1067)

In der Erfahrung der Leiblichkeit des Anderen durch die eigene Leiblichkeit bildet sich der Bezug zum anderen, der Mensch wird zum Mitmensch. In der therapeutischen Beziehung haben wir es immer mit Zwischenleiblichkeit zu tun. Die Regulierung von Nähe und Distanz ist ein Beispiel dafür, oder wenn es darum geht die Körpersprache der Patientinnen leiblich zu erfassen und die damit ausgedrückten Gefühle, in Worte zu fassen. Durch Mimik, Gestik, Körperhaltung und Bewegung spricht der Leib immer in seiner eigenen Sprache mit.

Die Zwischenleiblichkeit spielt gerade in der therapeutischen Beziehung mit traumatisierten Patientinnen eine entscheidende Rolle. Bei vielen ist die leibliche Integrität beschädigt, sei es, daß sie an „Leib und Leben“ bedroht waren, oder daß ihnen etwas „in die Glieder gefahren“ ist, was sie nicht abwenden konnten. Diejenigen, die den traumatischen Erfahrungen in jungen Jahren ausgesetzt waren, konnten oft keine klaren leiblichen Grenzen entwickeln oder haben nicht gelernt sie zu handhaben.

Die Grenze zwischen Patientin und Therapeutin ist zugleich Abgrenzung und Berührungsfläche. Sie unterscheidet und verbindet zugleich. Durch den Blick der Therapeutin kann sich der Patient in seiner Leiblichkeit neu sehen und erleben.

2.2 Berührung

Geht es um leiblichen Kontakt, um leibhaftige Begegnung, um Zwischenleiblichkeit, taucht immer die Frage der Berührung auf. „Berührungen bewegen Gefühle, Gedanken, Phantasien und Handlungen. Je nach subjektivem Empfinden werden berührende Kontakte mit Abgrenzung oder offener Annahme beantwortet. Berührung eröffnet uns den direkten Kontakt mit sich stets verändernden Wirklichkeiten. Sie vermittelt Gegenwart und die Möglichkeit zur Anteilnahme, zum Wahrnehmen von Beziehungen, die verdeutlichen, daß man mit der Welt und mit anderen gemeinsam *ist*. Aus der Berührung erwächst ein Gespür für Nähe, Miteinander, Zärtlichkeit, Trost, Schutz, Geborgenheit, Zuneigung oder Liebe. Sie reizt zur Erwidern, regt an, versichert einem eigene Möglichkeiten, belebt, erweckt, befördert Lebendigkeit, verändert Spannung und Stimmung, setzt Schwingungen frei und lädt zur Bewegung ein.“ (Milz, 1992, S. 35f)

In der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen ist mit Berühren ein besonders sensibler und genauer Umgang notwendig. An einzelnen Beispielen stelle ich im Folgenden verschiedene Qualitäten von Berührung dar.

Es gibt Patientinnen, denen ich nur zur Begrüßung und zur Verabschiedung die Hand reiche. Aus allen Poren ihres Leibes spricht es „berühre mich unter keinen Umständen!“. Dies respektiere ich. „Die Unmittelbarkeit der therapeutischen Berührung erschwert den Patienten, ihr gewohntes Vermeidungsverhalten anzuwenden. Dies kann bei manchen die Ängste noch verstärken.“ (Milz, 1992, S. 53) Die Berührung ihres Körpers durch meinen

Blick und das gemeinsame Sprechen über die Regungen ihres Leibes ist für sie am Anfang genug. Im weiteren Verlauf wird es dann möglich, daß ich mich bewußt berührte, z.B. die Hand auf meinen Bauch legte, und sie bitte, es bei sich genauso zu machen und mit mir, auf der sprachlichen Ebene, ihr Erleben zu teilen. Für diese Patientinnen wird, die Begegnung mit sich selbst, über die Begegnung mit der Therapeutin, leiblich und ganz konkret in der Selbstbetrachtung und Selbstberührung so erst möglich.

Eine besondere Art des körperlichen Kontaktes wähle ich bei Patientinnen, die mißhandelt und gequält wurden, bei denen das Gefühl vorherrscht, daß ihnen ständig etwas widerfährt, dem sie ausgeliefert sind, so daß sie sich hauptsächlich als Opfer empfinden. Ich lasse mich von ihnen berühren. Sie haben die aktive Rolle, sie berühren mich und ich habe die passive Rolle, ich werde berührt. Das sieht so aus, daß die Patientin z.B. meinen Arm fest drückt und ich sage, wenn es für mich genug ist, ich also die Grenze setze. Oder ich bitte die Patientinnen mich wegzuschieben, entweder seitlich, mit Berührung am Oberarm oder von hinten, so, daß sie mich mit den Händen am Rücken berühren. Auch hier setzte ich (anfangs) die Grenze, sage: „stopp“. in der passiven Rolle setze ich eine Grenze, verhalte mich also nicht wie ein Opfer. In der Begegnung mit meiner Grenze werden die Grenzen der Patientinnen deutlicher. Zuerst verhalten sich viele Patientinnen passiv, obwohl sie in unserer Interaktion eigentlich die aktive Rolle haben. Sie verhalten sich passiv in dem Sinn, daß sie brav das tun was ich ihnen vorschlage, ohne genau zu prüfen ob und wie lange sie das überhaupt wollen. Ich spüre in der Regel eher als sie selbst, wann ihre Grenze erreicht ist, wann sie nicht mehr wollen, und spreche das an. Oft ist es so, daß sie sehr wohl etwas gespürt haben, es aber nicht zu deuten wußten, oder ihm keine Bedeutung beigemessen haben. Zum Ende der Stunde sagte einmal eine Patientin: „Ich bin richtig stolz auf mich, daß es mir heute gelungen ist zu sagen, ich will nicht mehr.“ „Berührung und Kontakt sind erst dann wirklich hilfreich, wenn sie darauf abzielen, das Vertrauen in die Autorität der eigenen Sinne zu stärken, die den Menschen erlaubt, selbständig über den für sie individuell notwendigen Grad von Nähe und Distanz sowie Zeitpunkt der Lösung mitzubestimmen.“ (Milz, 1992, S. 55)

Wenn traumatisierte Patientinnen im Verlauf ihrer Behandlung sehr nahe an ihre traumatisierenden Erlebnisse herankommen, geschieht es immer wieder, daß eine Patientin vor mir sitzt und den Eindruck eines kleinen Kindes, das ganz verlassen ist und das Trost braucht, auf mich macht. Ich verspüre dann bei mir den Impuls, der ganz natürlichen Geste des Trostes, die Patientin in den Arm zu nehmen und zu trösten, Raum zu geben. Bei traumatisierten Patientinnen folge ich diesem Impuls nie ohne weiteres. Statt dessen spreche ich an, welchen Eindruck sie auf mich machen, und biete Trost an. in der Regel bestätigen die Patientinnen, daß sie sich so fühlen wie ich es empfunden habe und daß sie Trost bräuchten. Zumeist ist allerdings die Angst vor Berührung so groß, daß es zu diesem Zeitpunkt nicht zu einem körperlichen Kontakt kommt. Trotzdem ist es zu einer Berührung gekommen. Indem ich meine Berührtheit geäußert habe, habe ich das trostbedürftige Kind nicht nur gesehen, sondern auch berührt. Es ist nun mit seinem Leid nicht mehr so allein. Oft habe ich erlebt, daß solche Momente das Vertrauen der Patientinnen in die Sicherheit der therapeutischen Beziehung entscheidend vertieft haben.

Zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie, wenn die therapeutische Beziehung gefestigt ist und es für die traumatisierten Patientinnen darum geht, aus der „Opferhaltung“ herauszukommen, arbeite ich mit einer ganz anderen Art von Berührung. Durch eine Berührung mit Druck, z.B. am Arm oder an der Schulter, hindere ich die Patientinnen an einer freien Bewegung, bzw. sie können sich nur so bewegen, wie ich es zulasse. Jetzt tritt ein Muster in Kraft, was bei vielen buchstäblich „tief in den Knochen“ sitzt. Jeder Impuls, „sich gegen etwas zur Wehr zu setzten“, „für etwas zu kämpfen“ wird durch den Gegenimpuls „es hat sowieso keinen Zweck“, „es wird nur schlimmer“ gestoppt. Der

gesunde Selbstbehauptungsimpuls taucht auf, wird aber immer wieder durch den starken Gegenimpuls gestoppt. Die Berührung, mit einer feinen Dosierung des Druckes, unterbreche ich immer wieder, um über das soeben Erlebte miteinander zu sprechen. So ist es möglich, daß langsam, Stück für Stück, das was in den Knochen sitzt, zu Tage tritt. Zuerst wird es im leiblichen Kontakt spürbar und dann auch kommunizierbar. Oft taucht jetzt auch große Trauer bei den Patientinnen auf. In dieser Situation, nach der Leibarbeit, nachdem ihr Leib sich etwas von seiner Wehrhaftigkeit wieder angeeignet hat, sind viele Patienten in der Lage, Gesten des Trostes, wie „in den Arm nehmen“ oder „sanft die Hand in den Rücken legen“, von mir anzunehmen.

Ist eine gute, stabile und tragfähige therapeutische Beziehung mit den Patientinnen hergestellt, mache ich auch eine sanfte Körperarbeit. Eine Körperarbeit, bei der die Patientinnen in der Berührung durch die Therapeutin sich selbst, ihre Lebendigkeit und ihren Atem immer mehr erfahren. „Atem ist eine verbindende Kraft. Sie schafft im Leiblichen Ausgleich und Gleichgewicht und hilft uns, die Eindrücke von innen und außen wandelbar zu machen. Sie verbindet den Menschen mit der Außenwelt und das Außen mit seiner Innenwelt.“ (Middendorf, 1991, S. 12) Für traumatisierte Patientinnen ist das ein schwieriges Unterfangen. Die Gefahr, daß sie sich aus Körperregionen zurückziehen oder dissoziieren ist groß. Wenn sich die Patientin trotz aller Vorsicht doch aus einzelnen Körperregionen zurückzieht, ist es wichtig, daß ich ein sicheres Gefühl habe, daß ich mich drauf verlassen kann, wenn es trotzdem geschieht, achte ich bei der Weiterarbeit darauf, daß sich die Patientin dann nicht gänzlich zurückzieht. Es ist wichtig, eine gemeinsame Basis zu haben um darüber zu sprechen und gemeinsam Wege für die Patientin zu finden, daß sie anwesend sein kann. Durch eine Verbindung des körperlichen Kontaktes mit dem Kontakt auf der sprachlichen Ebene verringert sich die Möglichkeit, daß traumatisierende Reaktionsweisen wiederholt werden. Es können sich neue „Muster“ etablieren und positive Selbstregulationsmechanismen werden wieder in Kraft gesetzt.

2.3 Emotionen

„ Unser leiblicher Organismus ist die Grundlage aller Lebensprozesse, auch der emotionalen und geistigen. Durch ihn nehmen wir wahr, „produzieren“ wir Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen. Durch ihn und mit ihm lernen wir. Der Leib wird damit zum Ausgangs- und Zielpunkt aller Therapie.“ (H. Petzold)

Emotionen bestimmen den Bezug des Menschen zur Welt und seinen Mitmenschen, bestimmen sein Verhalten und seine Interaktionen. Emotionen und die Regungen des Leibes sind eng miteinander verbunden, bzw. bedingen sich gegenseitig. Ein paar Beispiele dazu entnehme ich dem Buch „Der Leib als sichtbare Seele“, in dem Otto Betz vieles zusammengetragen hat. (Betz, 1991)

„Heftige Gemütsbewegungen machen sich im Vegetativum bemerkbar, das wirkt sofort auf die Atmung, aber auch auf die Herzstätigkeit. Das Gefühl der Angst hängt wesentlich mit einem „Engegefühl“ zusammen, die Brust wirkt wie zusammengeschnürt, Angst vor dem Ersticken kommt herauf. Angst verursacht aber nun selbst wieder eine Atemhemmung. Wem es bang ums Herz ist, der „erstickt vor Angst“, es fährt ihm „eiskalt übers Herz“, der Atem steht ihm still vor Schrecken.“ (S. 83) „Die alten Kulturen (z.B. die Ägypter) haben das Herz als Sitz der Gefühle, der Freude und der Trauer verstanden, Vor allem das Gewissen und die Liebesfähigkeit galten als „Herzessache“. Das Herz kann springen und tanzen, aber es kann auch verzagt sein, der Gram kann es zernagen — und dann lacht es wieder in unserem Leibe. Immer berufen wir uns auf unser Herz, wenn

wir sagen wollen, wie es um uns steht." (S. 75f) „Aber auch Zorn und wilde Wut können das Blut in Bewegung bringen, es schießt in den Kopf, die „Zornesröte" zeigt an, daß das Blut in Wallung geriet oder eine ungehemmte Aggressionslust sich durchsetzt. ... Das Herz kann sich zusammenkrampfen oder höher schlagen. Das Beschleunigte Strömen des Blutes oder der Blutstau, das Erröten oder Erblassen, das In-die-Hitze-Kommen oder Abkühlen sind zwar immer mit Emotionen verbunden und Ausdruck seelischen Erlebens, aber in jedem Einzelfall kann es aus unterschiedlichen Gründen dazu kommen." (S. 79)

„Kommen wir mit Menschen gut aus, dann entspannen sich auch die Halsmuskeln, die Blutgefäße und Atemwege weiten sich, aus der Enge wird Weite, dann können wir „lauthals" singen. Fühlen wir uns dagegen gedrückt, dann schnürt es uns die Kehle zu, als hätten wir „eine Kröte im Hals". (S. 102) „Wichtiger aber ist noch, daß unsere Augen „das Sprachorgan des Gefühls" sind, wie *Novalis* sagt. Gehen Menschen aufeinander zu, um sich zu begegnen, dann schauen sie sich an, sie schauen sich in die Augen. ... Bei manchen Menschen konstatieren wir ein „sonniges Auge" oder ein „glänzendes Auge", weil ein besonderes Strahlen von ihnen ausgeht, ein auffallender Ausdruck der Innerlichkeit. Freude oder Trauer, Frische oder Mattigkeit, Offenheit oder Verslossenheit, Unternehmungslust oder Trägheit, sie lassen sich am ehesten an und in den Augen entdecken." (S. 114 ff) „Wer den Kopf „hängen" läßt, ist offensichtlich mutlos und resigniert, es reizt ihn nicht mehr, zuversichtlich in die Welt und zu anderen Menschen hinzuschauen, seine Kopfhaltung ist schlaff und von Schwermut gezeichnet." (S. 105)

„Ein heftiger körperlicher Schmerz löst Weinen aus, ... Oder wir werden von einem Unglücksfall ergriffen, und Trauer oder Leid treiben uns das Wasser in die Augen. Es kann aber auch ein überwältigendes Glücksgefühl sein, das Überschwemmtwerden von Freude und Jubel, was die Tränen auslöst." (S. 119) „Der Atemhauch der Ausatmung kann zum Seufzer werden und zum Schrei, zum Jubelruf und zum Befehlsword, zum Hilferuf und zum Liebeslied. Unsere Stimme ist ganz und gar ein Gebilde unseres Leibes und ist ganz und gar eine Ausdrucksform unserer Seele." (S. 149)

Gerade traumatisierte Patientinnen haben oft Schwierigkeiten die Regungen und Empfindungen ihres Leibes als Emotionen wahrzunehmen und zu erkennen, sie empfinden sie eher als irritierend. In der therapeutischen Beziehung entstehen Gefühlsresonanzen und die Patientinnen können lernen Emotionen zuzulassen. Der differenzierte Umgang mit den Leibregungen, die Feinabstimmung, vor allem auch von negativen Gefühlen, wird gefördert. Durch das miteinander sprechen über die Regungen des Leibes, die Empfindungen und die Gefühle, werden sie für die Patientinnen nicht nur deutlicher erkennbar und voneinander unterscheidbar, sondern vor allen Dingen auch unmittelbar auf der leiblichen Ebene verstehbar.

2.4 Atmosphäre

Atmosphären breiten sich auf der nonverbalen Ebene aus und der Leib kann sich diesen Einflüssen nicht entziehen, sie sind ansteckend und sehr mächtig. Er ist, als totales Sinnesorgan, guten und schädigenden Atmosphären ausgesetzt. In einer lockeren und heiteren Atmosphäre kann der Körper entspannt, bzw. in einer guten Spannung sein, in einer bedrückenden oder angespannten Atmosphäre ist der Körper automatisch auch verspannt. Durch die Resonanz aus dem Leibgedächtnis werden die Atmosphären weiter angereichert und verstärkt. Das Wesen von Atmosphären ist schwer zu beschreiben, es ist das, was zwischen das Offensichtliche kriecht.

Es „... gewinnt die nonverbale Dimension, das *Präverbale*, noch nicht Gesagte, sich schon Zeigende, das *Subverbale*, Ungesagte, aber dennoch präsente, sich in den Strukturen einer Situation Artikulierende, das *Transverbale*, das nicht mehr ausgesagt werden kann, eine besondere Bedeutung. Sie geht dem *leiblichen Sinn* nach, dringt in das Schweigen der reinen Geste ein, in die Zwischenräume der Rede, in ihre Hintergründe, versucht ihren „Überschuß“ zu begreifen.“ (H. Petzold, 1993, S. 97f)

So ist z.B. bei vielen Mißbrauchspatientinnen in ihrer Kindheit die häusliche Atmosphäre geprägt von einer Geringschätzung und/oder einer Mißachtung der kindlichen Integrität, die sich in vielerlei Art äußert. Die Patientinnen berichten über abfällige Bemerkungen über Mädchen und Frauen im allgemeinen oder über besondere Körpermerkmale. Auch berichten sie über abschätzige, taxierende und sie ausziehende Blicke, die sie als in sie eindringend empfinden. Diese Atmosphären sind sehr dauerhaft und bestehen in der Regel weiter. Die Patientinnen berichten immer wieder, daß ihnen, auch heute noch, ein Besuch bei den Eltern schwer fällt, weil sie sich dann dieser Atmosphäre wieder ausgesetzt fühlen, sich ihrer nicht erwehren können, bzw. nur indem sie fern bleiben.

Für die Therapie heißt das, bewußt heilende Atmosphären zu schaffen, die getragen sind von Respekt für die Integrität der Patientin und somit eine Vertrauensbasis für die gemeinsame Arbeit schaffen. Atmosphären, in denen es für die Patientin möglich ist, in der Bezogenheit zur Therapeutin, sich selbst, seinen eigenen Leib mit all seinen positiv und negativ empfundenen Regungen, wohlwollend und liebevoll zu betrachten, sich betrachten zu lassen und darüber in Austausch zu treten.

Für die Therapeutin heißt es zweierlei: zum einen eine klare innere Haltung zu ihrer eigenen Leiblichkeit, klare eigene Grenzen und ein gutes Gespür für die Grenzen der Patientinnen mitzubringen und zu entwickeln, zum anderen ist die Fähigkeit, Situationen atmosphärisch und szenisch zu erfassen, zu verstehen und zu gestalten, gefordert.

III Zur Arbeit mit Körperbildern und Integrativer Leib- und Bewegungstherapie (IBT) bei der Behandlung von Patientinnen mit PTBS

1. Körperbilder als Werkzeug der Integrativen Traumatherapie

1.1 Körperbilder in der Integrativen Therapie

Hilarion Petzold und **Ilse Orth** haben in der Integrativen Therapie bereits in den 60er Jahren Körperbilder eingesetzt und danach weiterentwickelt (Petzold, Orth, 1991, S. 117 bis 146).

Der Patient malt dabei ein Bild von seinem eigenen Körper/Leib. Das, was „in die Glieder gefahren ist“, was „in den Knochen sitzt“ und das, was in „Fleisch und Blut übergegangen ist“, hat jetzt die Möglichkeit, wieder ans Licht zu kommen. Er stellt seinen Leib dar, wie er ihn subjektiv empfindet, nicht den objektivierten Körper, dessen Funktionen meßbar sind. Lebensgeschichtliches Material, das im Leib gespeichert oder verdrängt ist, das oft nicht oder nur zum Teil sprachlich gefaßt und als Geschichten erzählt werden kann, wird in der Symbolsprache der Farben, Formen und Zeichen ausgedrückt, und so für eine weitere Bearbeitung zugänglich gemacht.

Hildegund Heini (Heini, 1993, S. 341-350 und 3/1997, S. 316-330) benutzte in der Psychosomatik Umrißzeichnungen des Körpers, in die sie die Patienten ihre Beschwerden einzeichnen ließ. Sie ergänzte die Zeichnung durch eine Liste von Begriffen zur Beschreibung der Beschwerden, die Patienten konnten das Zutreffende ankreuzen. Zusammenhänge zwischen Schlägen in der Kindheit und medizinisch nicht erklärbaren orthopädischen Beschwerden konnte sie so herstellen. Manche leiblichen Zusammenhänge werden erst mit Hilfe der Körperbilder sichtbar und der Therapie zugänglich.

1.2 Modifizierung der Körperbilder für den Einsatz bei traumatisierten Patientinnen

Traumatisierte Patientinnen befinden sich in einer ganz besonderen körperlichen Verfassung. Viele Patientinnen können über ihren Körper nicht bzw. nur andeutungsweise sprechen, sie schämen sich. Die Informationen kommen nur häppchenweise, nach und nach, und sind meist verdeckt durch andere Mitteilungen. Symptome, die in der therapeutischen Situation nicht sichtbar werden, bleiben dann in der Therapie

unberücksichtigt. Es ist deshalb oft schwierig sich ein einigermaßen hinreichendes Bild von der körperlichen Befindlichkeit der einzelnen Patientin zu machen. Für eine leib- und bewegungstherapeutisch orientierte Therapie, vor allem in der Einzelarbeit, ist es aber notwendig, ein Bild von der körperlichen Befindlichkeit der Patientin zu entwickeln, das so nah wie möglich an die tatsächliche Befindlichkeit heranreicht.

Die völlig frei gestalteten Körperbilder eignen sich in ihrer ursprünglichen, von Petzold/Orth entwickelten Form und Intention nicht für den Einsatz bei traumatisierten Patienten. Es würde zu viel des traumatisierenden Materials, das im Körper gespeichert ist, nach oben bringen, die Patientin würde davon überschwemmt und retraumatisiert.

Auf der Suche nach einer Möglichkeit, die körperliche Befindlichkeit der Patientinnen besser zu erfassen und das im Körper gespeicherte traumatisierende Material in einer Form zu Tage zu fördern, die dosierbar ist, experimentierte ich, in Anlehnung an Hildegund Heini mit Umrißzeichnungen des Körpers. Die klare Körpergrenze der Umrißzeichnung als Vorgabe, macht es vor allen Dingen den früh traumatisierten, die Schwierigkeiten mit der Grenze zwischen sich, den Anderen und der Umwelt haben, leichter, den Blick auf sich zu richten. Im Gegensatz zu H. Heini benutze ich keine Antworten zum Ankreuzen, sondern bitte die Patientinnen, die eingezeichneten Beschwerden zu beschreiben. So haben die Patientinnen mehr Freiheit des Ausdrucks, und über die Art und Weise, wie sie ihre Beschwerden sprachlich fassen, bekomme ich einen besseren Eindruck von ihrer eigenen Sichtweise ihres Leibes. Die Körperbilder leisten so, als vielgestaltiges diagnostisches Instrument hervorragende Dienste

Die Patientinnen bekommen Blätter, auf denen der menschliche Körper in Form einer Umrißzeichnung jeweils einmal von vorn und einmal von hinten abgebildet ist, und Informationen, bzw. Anweisungen zur Bearbeitung der Körperbilder.

Der Blickwinkel, die Perspektive unter dem die Patientinnen ihren Körper/Leib jeweils betrachten, wird während der Bearbeitung mehrmals verändert. Über die Art und Weise der Beschreibungen bekomme ich Informationen darüber, wie differenziert und in welcher Art die Patientinnen auf sich selbst schauen. Kommen in den Beschreibungen Gefühle vor, oder sind sie eher wie nüchterne Berichte gehalten, werden Beschwerden medizinisch oder psychisch „erklärt“. Bei der anschließenden Besprechung bekomme ich Informationen über die Art und Weise wie die Patientinnen mit der Konfrontation umgehen. Ob sie in der Lage sind, z.B. rechtzeitig die Bearbeitung der Bilder zu unterbrechen, sich mit Stabialisierungsübungen tatsächlich zu stabilisieren und sich Unterstützung, evtl. bei den Schwestern, zu holen.

Auf diese Weise bekomme ich ein genaueres Bild und die Patientinnen gewinnen eine heilsame Mehrperspektivität ihrer selbst.

Ich stelle den Patientinnen verschiedene Aufgaben. Die Vorlagen für die Patientinnen sind im Anhang.

Bild der Schmerzen

Auf dem ersten Bild zeichnen die Patientinnen ihre Schmerzen wie in eine Landkarte ein. In der Regel werden hier Schmerzen eingezeichnet, derentwegen die Betroffenen schon bei einem oder gar mehreren Ärzten waren, und wo trotz Behandlung keine oder nur geringe Besserung eingetreten ist. Auch werden manchmal Schmerzen eingezeichnet, die die

Betreffenden so zu sich gehörig empfinden, daß sie sie nie beim Arzt erwähnt haben und deshalb auch noch nie eine Behandlung stattgefunden hat.

Das Bild hat insgesamt einen eher sachlichen, informativen Charakter und die Aufgabe wird von den Patientinnen eher als „leicht“ empfunden.

Bild der Mißempfindungen

Auf dem zweiten Bild zeichnen die Patientinnen ihre körperlichen Mißempfindungen ein, das „Unbeschreibliche“, das „nicht in Worte faßbare“ wird in der eigenen Symbolsprache mit Hilfe der Bilder mitgeteilt.

Wir verlassen mit diesem Bild die sachliche Ebene und gehen über auf die ganz persönliche, subjektive Ebene des Empfindens. Hier gibt es, gerade für traumatisierte Patientinnen gleich drei schwierige Hürden zu überwinden.

Erstens schämen sich die meisten für ihre „unnormalen“ Empfindungen und haben eine, oft jahrelange Übung darin, ihre wahren Empfindungen vor ihren Mitmenschen zu verbergen, um nicht als unnormale angesehen zu werden.

Zweitens fühlen sich die meisten von ihren Mißempfindungen derart gequält und gepeinigt, daß sie im Alltag ihre Wahrnehmung massiv unterdrücken und dieses Muster nun auf Aufforderung nicht so ohne weiteres außer Kraft setzen können.

Drittens haben die meisten keinen oder einen ungenügenden Regulationsmechanismus und deshalb große Angst davor, daß sie dann, wenn es ihnen doch gelingen sollte das „Unterdrückungsmuster“ aufzuweichen, schlagartig von allen Mißempfindungen gleichzeitig überfallen werden.

Rangfolge und Spezifizierungen der Schmerzen und Mißempfindungen

Nach dem Malen der Bilder gibt es weitere Aufgaben. Die eingezeichneten Stellen werden nummeriert und zwar so, daß das, was die Patientin am meisten beeinträchtigt, die Nummer 1 bekommt, das Nächste die Nummer 2 usw..

In der Anweisung werden die Patienten gebeten zu den einzelnen Nummern kurze Erläuterungen zu geben über:

Art des Schmerzes bzw. der Mißempfindung, z.B. stechender oder stumpfer Schmerz, fühlt sich taub an oder

Häufigkeit des Auftretens, z.B. täglich oder 2 mal in der Woche.

Zeitdauer des Auftretens, z.B. mehrere Stunden oder den ganzen Tag.

Zusammenhang des Auftretens, z.B. wenn ich unter Menschen bin oder wenn ichdenke oder mache.

Die Patientinnen haben nun die Möglichkeit für Ihre Empfindungen Worte zu finden. Viele Patientinnen gelingt das auch an dieser Stelle noch nicht oder nur rudimentär.

Anfänglich ließ ich traumatisierte Patientinnen, genau wie andere Patientinnen Schmerzen und Mißempfindungen auf einem Bild darstellen. Bilder, auf denen viel eingezeichnet war, wurden unübersichtlich und verwirrend. Für die Patientinnen und für mich vermischten sich

die beiden Perspektiven. Bewährt hat sich, die Trennung von Schmerzen und Mißempfindungen auf zwei verschiedenen Bildern.

Die „Vorher Nachher' Perspektive

Bei traumatisierten Patientinnen geschieht es immer wieder, daß zum Ende ihres Klinikaufenthaltes, wenn sich die Rückkehr in das heimische Umfeld nähert, wieder eine (leichte) Verschlechterung ihres Zustandes eintritt. Zu diesem Zeitpunkt stellen dann manche den Erfolg ihrer Behandlung gänzlich in Frage und sind dann, obwohl Therapeuten, Schwestern und auch Gruppenmitglieder Gegenteiliges wahrnehmen, zeitweise nicht mehr in der Lage und willens, Verbesserungen ihres Befindens selbst zu erkennen.

Ich bitte sie dann, noch einmal die gleichen Bilder wie am Anfang, das Schmerzbild und das Bild der Mißempfindungen, zu bearbeiten. Es entsteht dann ein „Nachher“ Bild das mit dem Anfangs- oder „Vorher“ Bild gemeinsam betrachtet werden kann. Spätestens beim Nebeneinander der beiden Bilder wird das Erreichte deutlich sichtbar. In der Regel reicht die Intervention „noch einmal genau hinschauen“, und noch mal die Bilder malen, um die Erfolge und Verbesserungen, die trotz der ungünstigen Situation, nämlich der bevorstehenden Abreise, immer noch vorhanden sind, wieder in den Blick zu rücken.

1.3 Typische Körperbilder von Beschwerden traumatisierter Patientinnen

Die Körperbilder von traumatisierten Patientinnen sind sehr verschieden. Anfänglich wunderte ich mich etwas darüber, nach einer Weile konnte ich allerdings zwei typische Grundmuster erkennen.

Grundmuster A

Auf diesen Körperbildern sind nur minimale oder generalisierte Beschwerden eingetragen. Würde man die zu den Bildern gehörenden Erläuterungen und die Patientinnen nicht kennen, könnte man annehmen, daß sie keine nennenswerten Beschwerden haben.

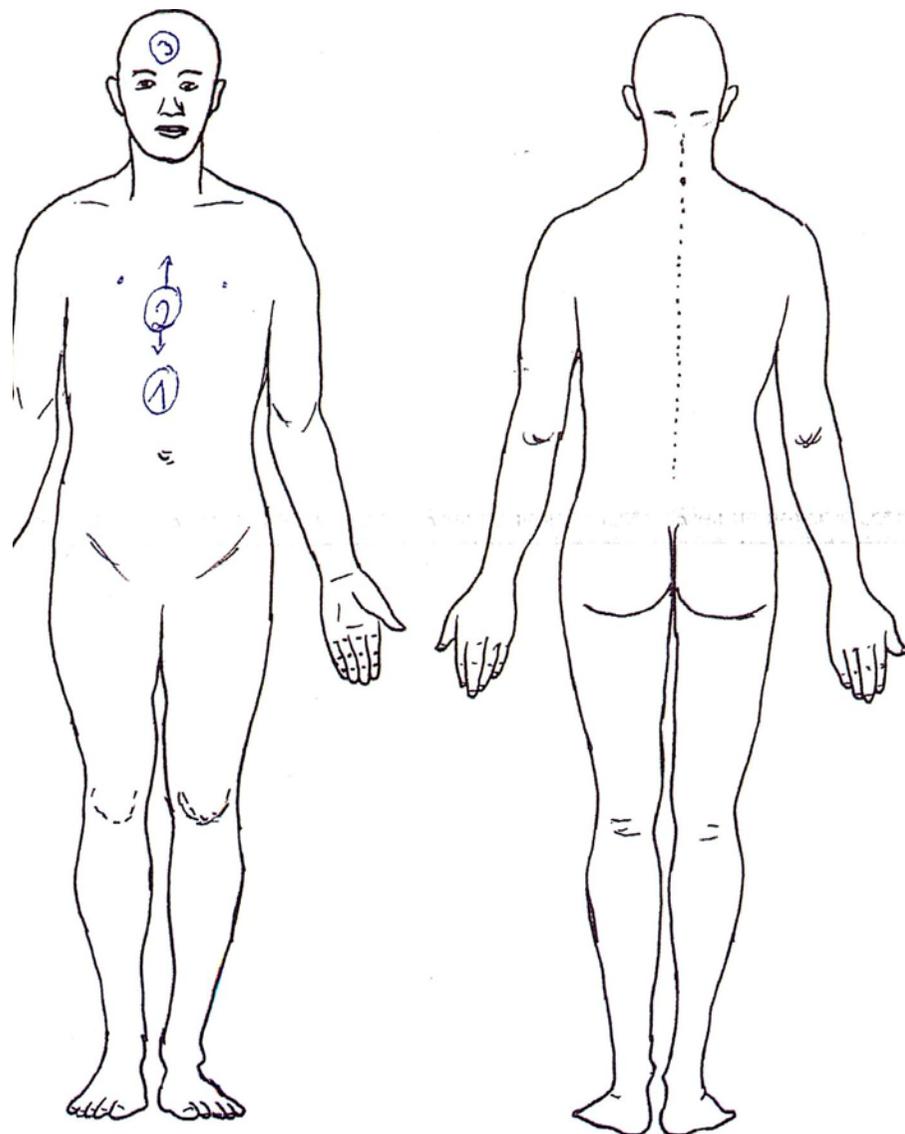
An zwei Beispielen möchte ich dieses Grundmuster verdeutlichen.

1. Beispiel:

Körperbild von Frau S., einer 29jährigen Patientin. (Abb. 2, mit den Erläuterungen der Patientin, S. 29) Schmerzen und Mißempfindungen sind auf einem Bild dargestellt.

2. Beispiel:

Erstes Körperbild von Frau E., einer 30jährigen Patientin. (Abb. 3, mit den Erläuterungen der Patientin, S. 30) Die weiteren Körperbilder von Frau E. sind bei der Beschreibung der Einzeltherapie.



Erläuterungen von Frau S. zu ihrem Körperbild:

Zu 1 + 2

Magenschmerzen seit ca. 12 Jahren, oft über den ganzen Tag verteilt, oft nach dem Essen.

Ich spüre einen ständigen Druck in der Magengegend, bin nie entspannt in diesem Bereich.

Stark mit Übelkeit verbunden.

Seit ca. 4 Jahren habe ich Panikattacken, die sich wie folgt äußern: Dadurch, daß ich ständig Magenschmerzen habe, denke ich immer ich muß mich übergeben. Der Brechreiz ist da und die Situation wird unerträglich, mir ist total übel.

Ich habe mich in solchen Situationen noch nie übergeben müssen.

In meiner Angst renne ich dann raus oder meide Situationen & Räume die ich nicht schnell genug verlassen kann.

Auch trage ich ständig eine Plastiktüte bei mir - für alle Fälle.

Wenn ich Stress oder Kummer habe ist der Schmerz verstärkt.

Zu 3

Seit ca. 2 - 3 Monaten leide ich unter Schwindel, ich fühle mich als wäre ich auf einem Boot.

Es ist hier in der Klinik aber wesentlich besser geworden.

Abb. 2, Körperbild von Frau S.

Bei der Betrachtung der Bilder stellt man fest, die Wahrnehmung des eigenen Körpers ist nicht differenziert, es gibt eher ein generalisiertes Körpererleben. Der Körper bleibt abstrakt. Das „grundlegende Körperempfinden“ ist nicht der Hintergrund, vor dem sich spezielles Körperempfinden abspielt, sondern es überdeckt ein dahinter liegendes Körperempfinden. Evtl. ragt etwas von dem „Dahinterliegenden“ hervor, wie auf dem Bild von Frau S. oder es taucht zu einer anderen Zeit, auf anderen Bildern auf, wie auf den weiteren Bildern von Frau E. (Abb. 9 und 10, Seite 46 und 47).

In den Bildern allein ist das Ausmaß des Leidens dieser Patienten nicht zu erkennen. Der Körper wirkt eher leblos, wie eingefroren. Die Erläuterungen zu den Bildern dieses Grundmusters sind oft ziemlich emotionslos gehalten, eher wie ein Bericht oder das „Distanzierte“ überwiegt, sie rühren einen wenig an. Erst wenn man Bild und Erläuterung etwas auf sich wirken läßt, wird etwas von dem „unsichtbaren Grauen“, das dahinter steckt, spürbar. So hat Frau E. ihren Körper als leeren Umriß, in dem nur die Augen eingezeichnet sind und als vollständig geschwärzt dargestellt und schreibt von ihrem Körper als „lästiges Anhängsel“, „wertlose Hülle“, „Fremdkörper“, „Ballast“ und daß „Etwas durch meine Augenhöhlen schaut“. Bei Frau S. erscheint es eher so, daß sie ihren Körper als Ganzes garnicht wahrnimmt, sondern nur die drei Punkte ihrer Beschwerden. Geschlechtsmerkmale fehlen gänzlich, sind nur angedeutet oder sind nur zum Teil eingezeichnet.

Grundmuster 8

Diese Körperbilder sind in der Regel voll mit Schmerzen und Mißempfindungen. Sie sind häufig in Farben gehalten, die für Pein und Alarm stehen, oder voll mit den verschiedensten symbolhaften Zeichen.

An zwei Beispielen möchte ich dieses Grundmuster verdeutlichen.

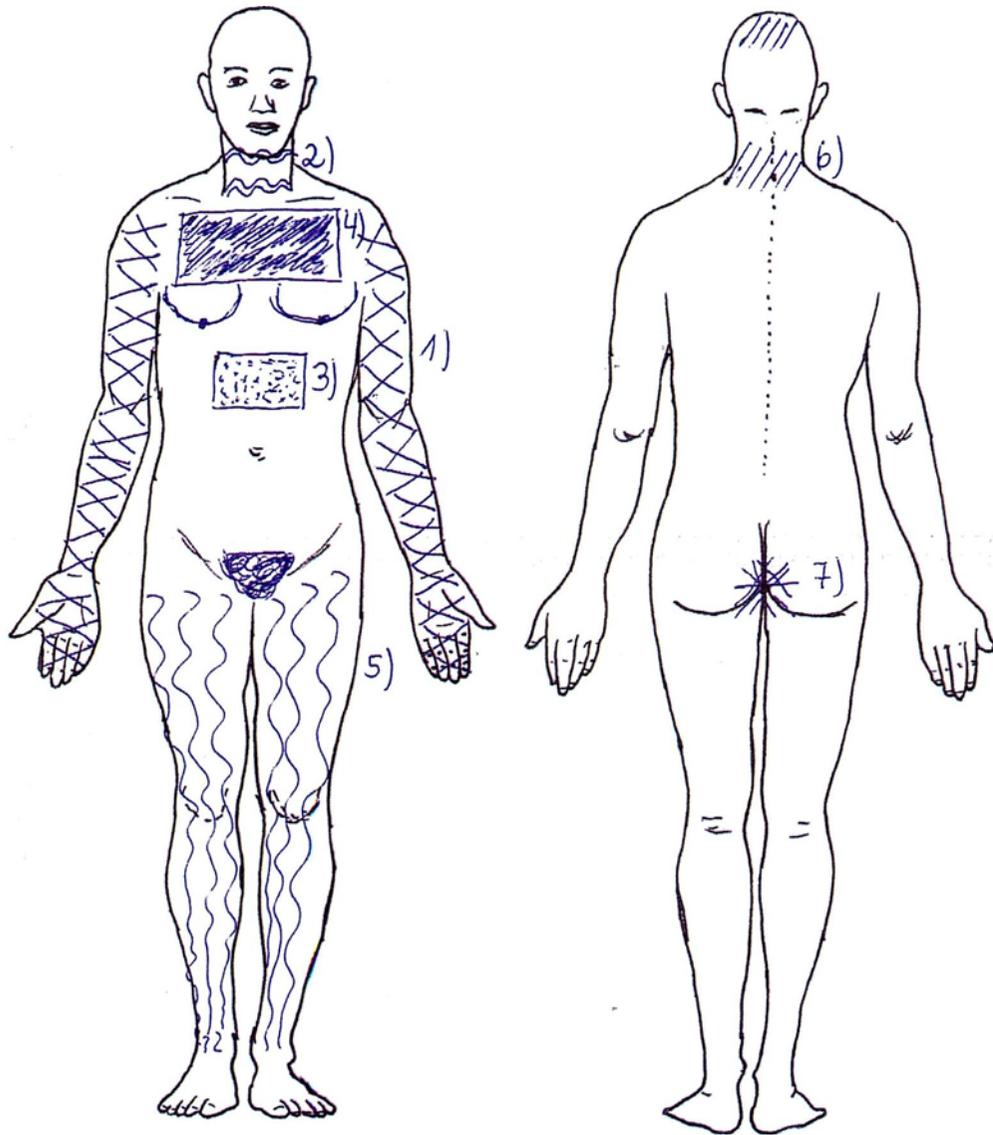
1. Beispiel:

Körperbild von Frau V., einer 43jährigen Patientin. (Abb. 4, mit den Erläuterungen der Patientin, S. 32) Schmerzen und Mißempfindungen sind auf einem Bild dargestellt.

2. Beispiel:

Körperbild von Frau R., einer 37jährigen Patientin. (Abb. 5, mit den Erläuterungen der Patientin, S. 33) Schmerzen und Mißempfindungen sind auf einem Bild dargestellt. Ein weiteres Körperbild von Frau R., das „Nachher“ Bild, ist in der Beschreibung der Einzeltherapie, Seite ???.

Bei der Betrachtung dieser Bilder kann einem leicht gruselig werden. Sie erinnern an mittelalterliche Darstellungen der Höllenqualen. Es ist auf einen Blick zu erkennen wie der betreffende Mensch sich gequält fühlt. Die Beschwerden erscheinen sehr konkret und differenziert, so massiv und groß, als wären sie mit einer Lupe vergrößert. Die Bilder sind wie Hilferufe, so als würden sie „Alarm, Alarm! Hilf mir!“ schreien.

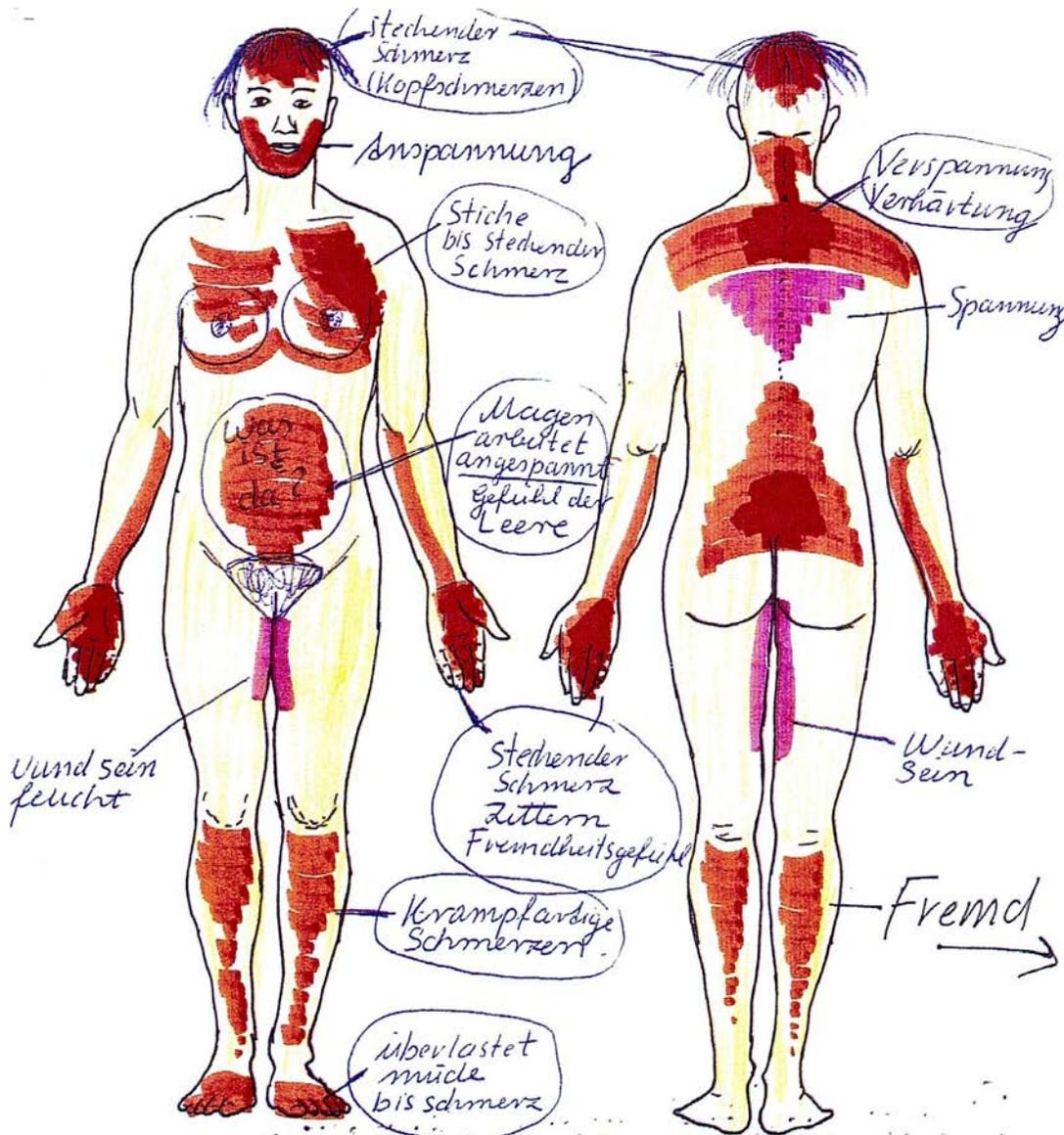


Erläuterungen von Frau V. zu ihrem Körperbild:

„1 — 4 tritt hier immer zusammenhängend auf.“

- 1) Anspannung, innere Unruhe tritt hier auf, wenn ich mich entspannen soll zu hause tritt es täglich auf, wenn ich alleine bin oder zur Ruhe komme, z.B. beim Fernsehen.
- 2) Atemnot Folgeerscheinung bei Entspannung zu Hause tritt die Atemnot immer am Ende des Winters auf, Febr./ März.
- 3) verkrampter Magen tritt hier ebenfalls auf, wenn ich mich entspannen soll.
- 4) Druck auf oberen Brustbereich, schwerer Stein Folgeerscheinung bei Entspannung.
- 5) stark pulsierende Beine, schwere Beine vor 10 Monaten Nerven und Muskellähmung es tritt nur noch gelegentlich auf, meistens am Morgen.
- 6) verspannter Nacken alle 1 — 2 Monate starke Kopfschmerzen und Druck im oberen, hinteren Bereich.
- 7) verkrampter Schließmuskel vor 2 1/2 Monaten 6 Wochen lang keine eigenständige Stuhlentleerung.“

Abb. 4, Körperbild von Frau V.



Beeinträchtigung... 1. 2. 3. 4.
 Schmerz Körper Mißempfindung
 stechend/stumpf taub Druckgefühl

Text in Gedichtform von Frau R. zu ihrem ersten Körperbild:

„Schwierige Stunden am Samstag
 Ich bin aus meinem Körper ausgestiegen und
 habe mich wieder hineingezwungen
 in meine Hülle voller Schmerz,
 in mein inneres Gefängnis.

Mein Körper, der mir nicht gehört
 ist ohne Ausweg
 zugebunden
 in Ohnmacht gebunden
 gesunken
 Ich lasse mich nicht
 ich segne mich denn

Warum wirft man mich
 nicht in einem Plastiksack weg ?

Wem gehört mein Körper?
 Ich halte das nicht mehr aus"

Abb. 5, Erstes Körperbild von Frau R.

Bei den Erläuterungen zu den Bildern dieses Grundmusters lassen sich zwei Arten unterscheiden. Da gibt es Ausführungen wie die von Frau V, in denen keine oder kaum Gefühle vorkommen. In der Regel bringen diese Patientinnen, zu diesem Zeitpunkt, ihre körperlichen Beschwerden nicht mit ihren traumatischen Erfahrungen in Zusammenhang, sondern sehen sie eher als körperliche Erkrankung oder als Folgeerscheinung von „zu sich kommen“ und „entspannen“ an. Sie haben meist irgendwann „beschlossen“, daß ihre traumatischen Erlebnisse in ihrem jetzigen Leben keine Rolle mehr spielen sollen.

Dann gibt es Erläuterungen wie die von Frau R. durch die die körperliche Pein, die im Bild schon sichtbar ist, noch weiter dargestellt und ausgemalt wird. So schreibt Frau R. von ihrem „inneren Gefängnis“ oder sie fragt „Warum wirft man mich nicht in einem Plastiksack weg?“. Andere Patienten, wie z.B. Frau P. (Abb. 13 und 14, Seite 61 und 62) schreiben von „hilflos, ausgeliefert, gelähmt“, von der „Faust im Unterleib“ und von einem „Eisenband“. Oft können einzelne Facetten der traumatischen Erlebnisse, wegen ihrer plastischen Darstellung, von den Therapeuten leiblich nachempfunden werden. Ein „Verstehen“ auf der leiblichen Ebene wird dadurch gefördert, allerdings ist es unbedingt notwendig, sich von diesen Empfindungen wieder zu distanzieren, da sie sonst zu einem traumatischen Erleben werden können.

Die Geschlechtlichkeit ist in der Regel eingezeichnet, allerdings oft mit einer etwas übertriebenen Genauigkeit. Das allgemeine Körperempfinden, das in den Bildern von Grundmuster A dargestellt wird, ist in diesen Bildern meist enthalten. Die Schraffierungen an den Extremitäten bei Frau R. wie auch bei Frau P. und die gelbe Grundfarbe bei Frau R. ordne ich so ein.

Mischform aus den Grundmustern A und B

Natürlich kommen die beiden Grundmuster nicht nur in ihrer Reinform vor, sondern es gibt die verschiedensten Arten von Mischformen.

An einem Beispiel möchte ich verdeutlichen wie die Mischung aus den beiden Grundmustern aussehen kann.

Beispiel:

Körperbild von Frau G., einer 25jährigen Patientin. (Abb. 6, mit den Erläuterungen der Patientin, S. 35) Schmerzen und Mißempfindungen sind auf einem Bild dargestellt.

Auf diesem Bild sind die beiden oben dargestellten Varianten von Grundmuster A, siehe die Bilder von Frau S. und Frau E., auf einem Bild vereint. Frau G. hat ihr generalisiertes Körperempfinden „zu dick“, „oft nicht spüren“ und „kein gutes Gefühl“ unter den Punkten 1 bis 4 dargestellt. Die Punkte a und b ragen als Schmerzpunkte heraus und es gibt weite Teile, die wie „nicht vorhanden“ wirken. Geschlechtsmerkmale fehlen.

Allerdings gibt es auch Zeichen, die bei Grundmuster B einzuordnen sind. Da ist die dünne Wellenlinie in Höhe der Scham, die Pfeile im Bauch, die dünnen Linien mit den Pfeilenden, die auf die kurzen, dicken roten Striche auf der Rückseite zeigen und der Ring am Hals. In ihren Erläuterungen erwähnt sie diese Zeichen nicht, wir erfahren so nichts über deren Bedeutung. Die Farben Rot und Gelb stehen eher für „Feuer“ und „Alarm“ und sind somit auch bei Grundmuster B einzuordnen. Im Bild von Frau G. ist vieles enthalten und dargestellt, was in den Erläuterungen nicht erscheint, sie hat noch keine Worte dafür.

1.4 Hinweise der Körperbilder für die integrative Leib- und Bewegungstherapie

Die Patientinnen, deren Körperbild in Grundmuster A einzuordnen ist, haben zur Zeit kein differenziertes Körperempfinden, sie können ihren Körper nicht als lebendig wahrnehmen und distanzieren sich von ihm. Bei ihnen steht die Selbstbetäubung, die Betäubung der eigenen Reaktionsfähigkeit, das „Numbing“ im Vordergrund. Darunter, oder dahinter liegt Grundmuster B mit all seinen Schrecken. Die Angst vor dem, was mit Grundmuster B verbunden ist, ist so groß, daß an Grundmuster A oft und lang festgehalten wird. Ein Wechsel in Grundmuster B erfolgt deshalb meist ungewollt und unvermittelt und wird von den Betroffenen wie ein Absturz und als Scheitern erlebt.

Die Patientinnen, deren Körperbild in Grundmuster B einzuordnen ist, sehen ihren Körper als Grund allen Übels, als „Übeltäter“ an, wollen sich von den peinigenden körperlichen Empfindungen distanzieren und sie loswerden. Das gelingt ihnen aber nicht, oder nur zeitweise, indem sie in Grundmuster A zurückgehen. Bei ihnen steht die vegetative Übererregtheit, das „Hyperarousal“ im Vordergrund.

Es scheint so zu sein, daß es, in Bezug auf ihre körperliche Befindlichkeit, für traumatisierte Patientinnen nur Grundmuster A oder Grundmuster B gibt und nichts dazwischen. Auch bei dem oben dargestellten Bild von Frau G., der sog. „Mischform“, funktioniert die Selbstbetäubung und Distanzierung noch so gut, daß sie das, was sich in den Bildern schon andeutet, noch unterhalb der Schwelle der bewußten Wahrnehmung und des sprachlichen Ausdrucks halten kann. In Momenten, in denen die Wahrnehmung bis in ihr Bewußtsein vordringt, befindet sie sich sofort im Erleben von Grundmuster B.

Für die integrative Leib- und Bewegungstherapie heißt das, sich auf den Weg nach dem „Dazwischen“, nach der Mitte zu machen. Auf diesem Weg gibt es für alle traumatisierten Patientinnen, gleich ob sie sich bezüglich ihrer körperlichen Befindlichkeit im Moment in Grundmuster A oder B befinden, ein paar gemeinsame „Lernziele“. Die Wege zu diesen Zielen sind vielfältig und müssen von Patientin und Therapeutin gemeinsam gesucht und gegangen werden.

Ziele für die IBT mit PTBS Patientinnen und die Schritte dahin

Die stark gestörte Beziehung zum eigenen Körper gilt es zu „normalisieren“. Hier hat das Gespräch über unseren Körper im Allgemeinen und über den Körper der Patientinnen im Besonderen eine große Bedeutung. Die Patientinnen können dabei eine Vorstellung davon entwickeln, wie unser Leibgedächtnis arbeitet, sie können lernen, die Reaktionen des eigenen Leibes als angemessene Reaktionen auf außergewöhnliche Ereignisse zu sehen, sie können den eigenen Leib als die Basis der eigenen Lebensvollzüge erkennen, die Regungen des Leibes als „lebendig“ empfinden und entsprechend respektieren, und sie können lernen den eigenen Körper wohlwollend und liebevoll anzuschauen und als „mein“ anzunehmen.

Hilfreich ist die Wahrnehmung der Reaktionen des eigenen Körpers auf das Über-ihnsprechen oder auf unterschiedliche Bewegungen. Weiter ist es für die Patientinnen wichtig, unterscheiden zu lernen zwischen der Wahrnehmung der leiblichen Regungen und der Bedeutung oder persönlichen Bewertung, die sie diesen Regungen zuschreiben. Wichtig ist auch, unterscheiden zu lernen zwischen den leiblichen Regungen als Reaktionen auf das Hier und Jetzt und den Regungen des Leibes als Reaktionen auf

vergangene Ereignisse (Körperirritationen), die im Moment aus dem Leibgedächtnis auftauchen, deren Ursachen allerdings der Vergangenheit angehören.

Durch geeignete Übungen aus der IBT, durch Ausprobieren und durch den Austausch darüber, lernen die Patientinnen z.B. in der IBT — Stabilisierungsgruppe, die eigene körperliche Befindlichkeit langsam zu beeinflussen. Ein angemessener Umgang mit den Körperirritationen wird dadurch erst möglich, sie werden für die betroffenen Patientinnen „handhabbar“.

Für die Patientinnen, deren Körperbilder dem Grundmuster A zuzuordnen sind, gilt es darüber hinaus, die Selbstbetäubung und die damit einhergehende „Sprachlosigkeit“ überwinden zu lernen, ihre leiblichen Regungen differenziert in Worte zu fassen und darüber zu sprechen. Dieser Weg ist eher ein schmaler, steiler Pfad, auf dem man nur langsam vorankommt und immer ist die Möglichkeit nah, daß die Patientinnen ganz plötzlich in das Grundmuster B überwechseln. Das ist nicht grundsätzlich zu vermeiden. Es ergibt sich dadurch für die Patientinnen die Möglichkeit zu überprüfen wie weit ihnen der angemessene Umgang mit den Irritationen gelingt. Je mehr die Patientinnen die Irritationen als handhabbar empfinden, desto mehr weicht die Angst vor dem Sich- spüren.

Für die Patientinnen, deren Körperbilder dem Grundmuster B zuzuordnen sind, gibt es neben den gemeinsamen Lernzielen, vor allem einen anderen Umgang mit den als quälend erlebten Körperempfindungen zu lernen. Bis jetzt gab es für sie nur das „sich ausgesetzt fühlen“ oder zurück zu Grundmuster A.

Eine Möglichkeit ist das Sich-ablenken, womit nicht Sich-betäuben gemeint ist. Eine Patientin hat z.B. für sich das Schwimmen als Ablenkung entdeckt. Andere Patientinnen massieren sich mit dem Igelball den Arm, die Füße oder drücken ihn in den Händen. Haben die Patientinnen erst einmal bewußt entdeckt wie dieser Mechanismus funktioniert, sind sie in der Regel sehr erfinderisch und entwickeln für verschiedene Lebenssituationen unterschiedliche Ablenkungsmechanismen.

Die Patientinnen können lernen, unangenehme leibliche Regungen in neutrale oder angenehme, oder wenigstens in weniger unangenehme zu verwandeln. Anfangs gelingt das nur mit therapeutischer Unterstützung, die Patientinnen lernen dann allerdings, diesen Weg der Umwandlung auch alleine zu gehen. Wenn es ihnen erst einmal gelungen ist diesen Weg zu gehen, keimt die Hoffnung und wächst bei jedem weiteren Mal. Z. B. schreibt Frau E. in ihrem Abschlußstatement unter anderem: „kann bewußt in die schmerzenden, beengten, mißempfundenen Stellen atmen, und mich davon befreien, zwischenzeitlich sogar dort ANFASSEN, und sei es unter Tränen, z.B. die Hand zum Nachspüren oder Beruhigen auf den Bauch legen...! Für 2 Minuten BEWUSST atmen; durch Handauflegen den Atem dort hinleiten, wo er nicht zu spüren ist, ihm Raum geben, neue Verhaltensmuster einschleifen!“

Zu lernen, Trost anzunehmen, erscheint oft erst einmal als unmöglich. Auch wenn die Möglichkeit, sich von einem anderen Menschen in Form eines körperlichen Kontaktes trösten zu lassen, für viele erst einmal verschlossen bleibt, ist es doch möglich Trost von sich selbst anzunehmen. Sich selbst zu trösten in dem Sinn, daß die Erwachsene das Kind in der Erwachsenen tröstet, eventuell mit Hilfe eines Stoffbären, ist ein Weg mit den weicheren Gefühlen wieder in Kontakt zu kommen.

1.5 Erste Erfahrungen mit Bildern der Kräfte und Kraftquellen

Nachdem ich über einen längeren Zeitraum mit den oben beschriebenen Bildern gute Erfahrungen gemacht hatte, habe ich die Reihe durch das Bild der Kraftquellen ergänzt. Hier werden in die Umrißzeichnungen die eigenen Kräfte und Recourcen eingezeichnet.

Mit dem Bild der Kräfte experimentiere ich im Moment in Gruppen, in denen traumatisierte Patientinnen mit anderen Patientinnen gemeinsam sind und in der Einzelarbeit.

Die Patientinnen werden gebeten sich diejenigen Kräfte und ihre Wirkungsweise vorzustellen, die ihnen geholfen haben z.B.

schwierige Situationen durchzustehen,
nicht zusammenzubrechen,

- von etwas abzulassen,
- sich zu entfernen,

- Hilfe oder Unterstützung zu holen,
- wieder auf die Beine zu kommen und dgl. mehr,
die Kräfte in ihrem eigenen Körper zu lokalisieren und sie dann in die Umrißzeichnung einzuzeichnen.

Es zeigt sich, daß es für alle Patientinnen, nicht nur für die traumatisierten schwierig ist, ihre Kräfte und Kraftquellen im Körper zu lokalisieren, und daß deshalb meine Anleitung und Unterstützung in der Gruppe notwendig ist.

Zu diesem Zeitpunkt kann ich über den Einsatz und die Effektivität dieser Bilder für traumatisierte Patientinnen noch keine definitiven Aussagen machen. Ich möchte hier nur eine Begebenheit, die sich im Zusammenhang mit den Bildern der Kräfte und Kraftquellen, in einer Gruppe zugetragen hat, schildern.

In der IBT einer Bezugsgruppe lasse ich das Bild der Kräfte und Kraftquellen malen. Die Vorbereitung dauert relativ lange, da es allen Patientinnen schwer fällt, ihre Kräfte wahrzunehmen und sie dann auch noch im Körper zu lokalisieren. Nachdem die Patientinnen die Bilder gemalt haben, ist nur noch wenig Zeit, so daß die Patientinnen nur noch kurz darüber berichten, wie es ihnen im Verlauf der Stunde ergangen ist.

Alle berichten, daß es ihnen am Anfang ganz schwer gefallen ist überhaupt Kräfte bei sich selbst auszumachen, und daß sie gerne aufgegeben hätten, aber ich hätte ja „nicht locker gelassen“. In der Tat hatte ich mich mehrmals ziemlich drastisch geweigert die Suche nach den Kräften und Kraftquellen abzubrechen. Meine provokante These war, alle Anwesenden müßten Kräfte haben, sonst wären sie nicht mehr am Leben, ergo, wer am Leben und hier ist, hat Kräfte, auch wenn sie ihm erst einmal nicht bewußt sind. Wenn jeder intensiv danach sucht, dann wird er auch Kräfte finden.

Alle sind ganz stolz darauf, daß sie dann doch Kräfte und Kraftquellen gefunden haben. Allerdings schauen sie ihr eigenes Bild und die Bilder der anderen noch etwas „ungläubig“ an. Darauf angesprochen äußern einige, daß sie nicht so recht wissen, was sie jetzt damit anfangen sollen. In der nächsten IBT Gruppenstunde wollen wir uns weiter damit beschäftigen.

Am nächsten Tag geschieht etwas, was wir (die Bezugstherapeutin und ich) im Zusammenhang mit diesen Bildern sehen. Morgens in der Bezugsgruppe spricht eine der traumatisierten Patientinnen zum ersten mal in der Gruppe über ihr selbstverletzendes

Verhalten und, daß sie das als eine Schwäche von sich ansieht. Es entwickelt sich schnell eine Atmosphäre von Offenheit und gegenseitigem Verständnis, in der alle über ihre Schwächen sprechen können.

Es scheint, daß in dem Moment, in dem die eigenen Kräfte für den Einzelnen selbst und für alle anderen sichtbar zutage getreten sind, daß es dann für alle leichter ist, auch die eigenen Schwächen öffentlich zu machen. Die Gruppe wird mehr als Gemeinschaft erlebt.

Am Nachmittag ist die Gruppe wieder bei mir in der IBT. Wir nehmen die Bilder wieder vor, und ich stelle verschiedene Möglichkeiten dar, wie wir damit weiter verfahren können. Die Gruppe wählt folgende Möglichkeit: Jeder Einzelne stellt sein Bild vor, beschreibt welche Kräfte er dargestellt hat, wann er diese Kräfte einsetzt und wie es ihm damit ergeht. Dann gibt es Rückmeldungen, Ergänzung und Bekräftigung aus der Gruppe. Außerdem ist es der Gruppe ganz wichtig, Kräfte zu nennen, die der Betreffende nicht in seinem Bild dargestellt hat, die sie aber schon an ihm bemerkt haben.

Die Gruppe ist sehr fürsorglich und achtet genau darauf, daß für jeden genügend Zeit und Raum da ist. Meine Funktion beschränkt sich streckenweise auf die eines Moderators. Nur an manchen Stellen werde ich als Therapeutin tätig. Zum Beispiel als eine Patientin, die ihre Hände in kräftigem Grün gemalt hat und jetzt davon spricht, daß sie immer wieder viel Gutes und Sinnvolles tut, aber immer nur für andere und nie für sich selbst. Ihre Bewegung mit den Händen ist dabei die Geste des Gebens, des Von-sich-weg-gebens. Ich bitte sie, die Geste so zu machen, daß sie sich selbst etwas gibt. Das tut sie auch, ihr Gesicht ist dabei allerdings ein einziges Fragezeichen. Die Gruppe lacht und bekräftigt sie: „Ja, Du darfst Dir selbst etwas geben“ und „Ja, Du darfst es auch nehmen“. Von der Gruppe unterstützt, macht die Patientin die Geste noch ein paar mal, bis sie wirklich das Gefühl hat, sie darf sich selbst etwas geben, und sie darf es auch annehmen, und das ist gut so.

Es entsteht eine Atmosphäre von Vertrauen, gegenseitiger Unterstützung und Achtung vor dem anderen. Die Stunde ist für alle sehr bewegend und sie sind sich einig darin, daß sie so eine Stunde vor einer Woche noch nicht für möglich gehalten haben.

Vom Bild der Kräfte und Kraftquellen möchte ich zwei Beispiele von traumatisierten Patientinnen zeigen.

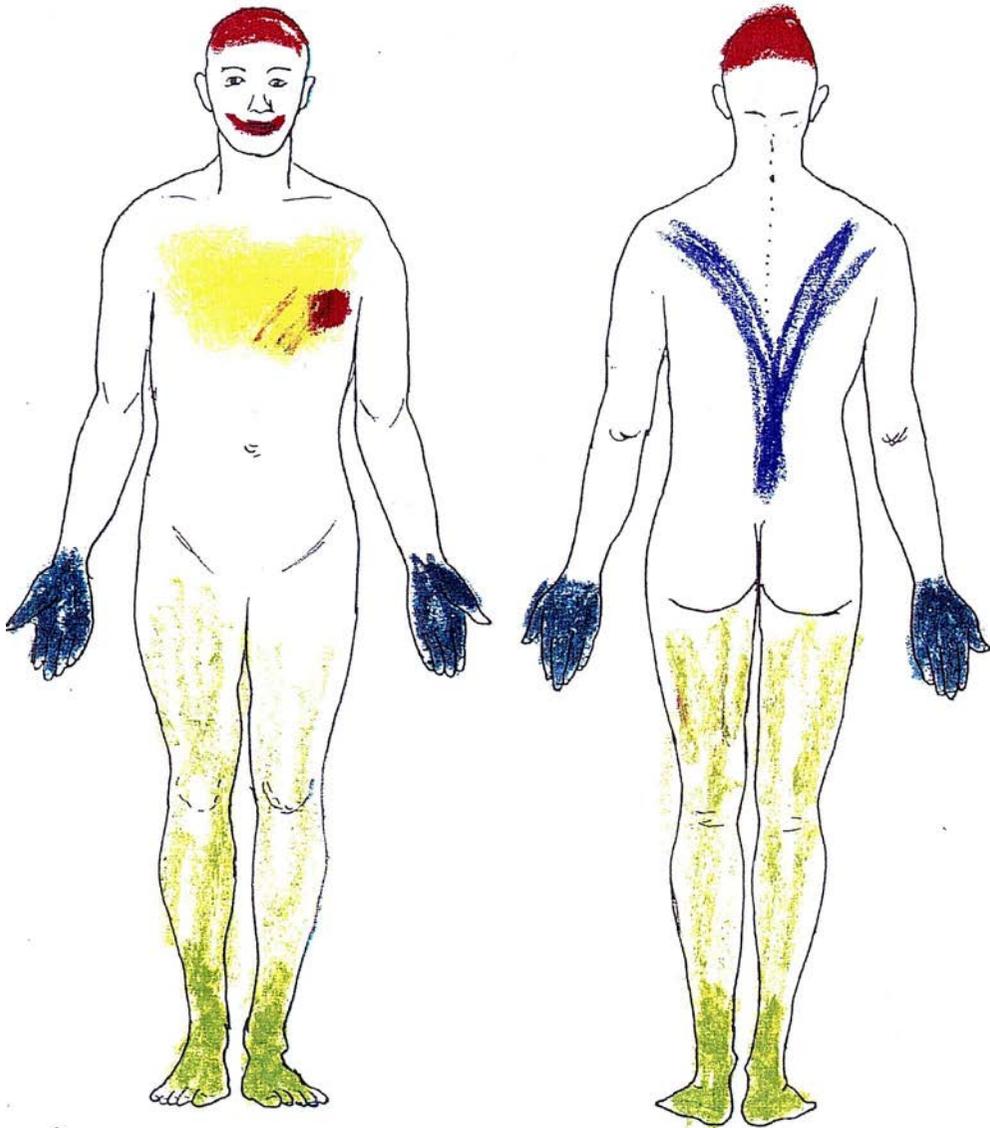
1. Beispiel:

Bild der Kräfte und Kraftquellen von Frau T., einer 34jährigen Patientin. (Abb. 7, S. 40)
Sie nennt ihr Bild „Mein inneres Ich“.

2. Beispiel:

Bild der Kräfte und Kraftquellen von Frau J., einer 21jährigen Patientin. (Abb. 8, S. 40)
Sie nennt ihr Bild „Stärke“.

MAH
Das innere Ich



40

Abb. 7, Bild der Kräfte und Kraftquellen von Frau T.

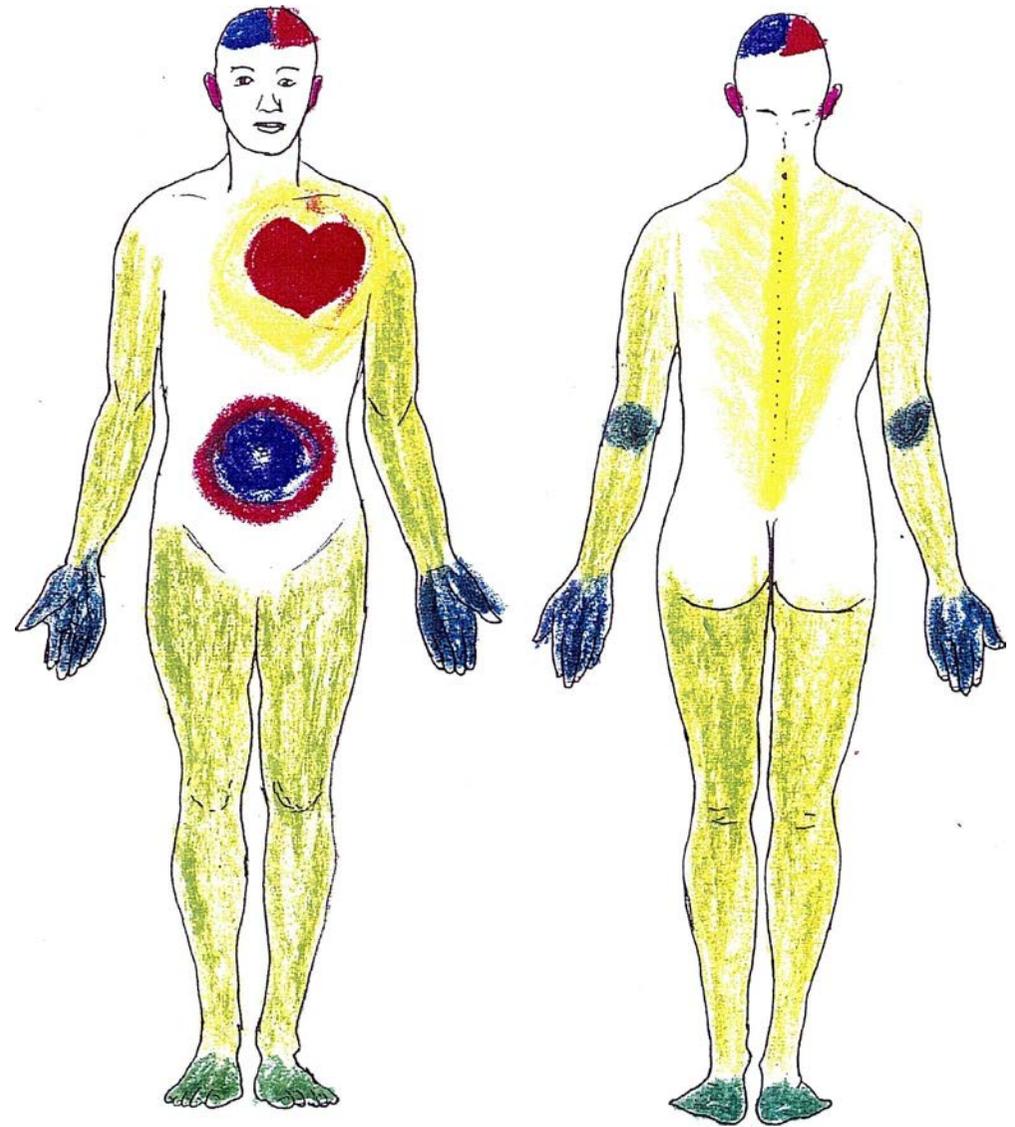


Abb. 8, Bild der Kräfte und Kraftquellen von Frau J.

2. Körperorientierte Einzeltherapie unter Einbeziehung von Körperbildern

Bei den mir für die Einzeltherapie zugewiesenen Patientinnen handelt es sich in der Regel um diejenigen, bei denen die Traumatisierung vor allen Dingen auf der körperlichen Ebene stattgefunden hat (vor allem Frauen mit Mißbrauchserfahrungen und Frauen und Männer, die als Kind mißhandelt und gequält wurden). Somit habe ich in der Einzeltherapie mit einer Auswahl von Patientinnen zu tun, bei denen intrusive und irritierende Körpergefühle psychovegetative und psychosomatische Störungen im Vordergrund stehen.

Bei welchen Patientinnen und zu welchem Zeitpunkt in der Therapie der Einsatz der Körperbilder sinnvollerweise erfolgt muß sehr genau betrachtet werden. Gerade für traumatisierte Patientinnen gleicht die Aufgabe, sich mit den Mißempfindungen ihres Körpers zu beschäftigen einer Konfrontation mit allen schlimmen Geschichten, die ihnen widerfahren sind. Es ist jeweils zu prüfen, ob die Patientin stabil genug ist, bzw. Stabilisierungstechniken wie z.B. Immaginationsübungen wirkungsvoll anwenden kann, so, daß sie in der Konfrontation nicht auf frühere, sich selbst schädigende Bewältigungsmechanismen wie z.B. selbstverletzendes Verhalten oder Dissoziieren zurückgreifen muß. Bei traumatisierten Patientinnen verwende ich die Körperbilder (Schmerzbild und Bild der Mißempfindungen) deshalb nur in der Einzeltherapie.

Für die Erstellung lasse ich den Patientinnen in der Regel mehrere Tage Zeit. Ich bitte sie, sehr genau auf ihre Stabilität zu achten, und die Arbeit an den Körperbildern lieber öfter zu unterbrechen, sie auf mehrere Tage zu verteilen oder sie gar zu unserem nächsten Termin „unfertig“ mitzubringen. Diese Anweisungen haben einen eindeutig entlastenden Charakter, die Patientinnen fühlen sich verstanden und sind erleichtert.

Zum ersten Gespräch über die Körperbilder gehört in jeden Fall, daß ich mich ausführlich erkundige, wie es der betreffenden Patientin bei der Bearbeitung der Körperbilder ergangen ist, mir manchmal gar im einzelnen schildern lasse, wie die Patientin es gemacht hat, ihre Stabilität zu bewahren, worin ich sie dann stärke.

Für diejenigen Patientinnen, die über ihre körperlichen Mißempfindungen nicht bzw. nur andeutungsweise sprechen können sind die Körperbilder eine Art Zwischenschritt. Mit Hilfe der Bilder wird ein Gespräch über ihre körperliche Befindlichkeit erst möglich, wobei die erste Aufgabe ist, in der Benennung der Mißempfindungen immer konkreter zu werden und eine wohlwollende, akzeptierende Betrachtungsweise zu üben. Im weiteren Verlauf kann dann gar eine liebevolle Betrachtungsweise des eigenen Körpers geübt werden und es kann ein Zusammenhang hergestellt werden zwischen der körperlichen Befindlichkeit der Patientin bzw. des Patienten und seinen traumatischen Erlebnissen.

Die Anamnese wird vom Bezugstherapeuten erhoben und liegt in der Regel noch nicht schriftlich vor wenn die Patientinnen zu mir kommen. Von den relativ kurzen schriftlichen und den mündlichen Mitteilungen des Bezugstherapeuten merke ich mir anfangs nur ein paar der wichtigsten Fakten, wie Art und Zeit der Traumatisierung, derzeitige soziale Beziehungen, manchmal auch, was seither geschehen ist und was der momentane Anlaß

für den Klinikaufenthalt ist. im Kontakt mit der einzelnen Patientin gewinne ich einen eigenen Eindruck, den ich dann mit den Eindrücken des Bezugstherapeuten, der Bezugsschwester und des zuständigen Oberarztes vergleiche.

In der Regel setze ich nicht direkt bei den Punkten an, die sich durch die Körperbilder anbieten, sondern greife das auf, was die Patientinnen dann in der jeweiligen Situation anbieten, ich habe allerdings die Bilder und die sich daraus ergebenden Ansatzpunkte im Hinterkopf. Ich arbeite im Hier und Jetzt und mit dem was hier und jetzt aus dem Leibgedächtnis der einzelnen Patientin auftaucht und sichtbar wird.

2.1 Vorstellung der Arbeit mit Frau E.

Die Vorstellung der Einzeltherapien beginne ich mit Frau E, deren erstes Körperbild, das „Entweder - Oder“ Bild, ich schon vorgestellt habe. (Abb. 3, S. 30)

Frau E., ist eine 30jährige Patientin, die wegen folgender Diagnosen in unserer Abteilung behandelt wird: Posttraumatische Persönlichkeitsstörung. Zwangsstörung. Anorexia nervosa. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit latenter Suizidalität. Zu Beginn der Behandlung haben wir folgende Informationen von der Patientin:

„Ihre Beschwerden bei der Aufnahme:

Frau E. klagt über starke Verspannungen mit Kopfschmerzen und Schmerzen im Nackenbereich. Sie kann sich nicht entspannen und richtig durchschlafen. Ihren Körper kann sie nicht leiden, haßt sich, schlägt sich selbst und fühlt sich von ihrem Körper entfremdet. Sie kontrolliert ihr Essen stark (wenig essen - Eßattacken) und wiegt sich mehrmals täglich. Sie berichtet über Putzzwang und Kaufsucht mit hoher Verschuldung. Einzig bei der Arbeit bekommt sie Anerkennung, sie ist hyperperfekt und arbeitet auch an den Wochenenden und abends. Sie kann das Leben nicht genießen, hat oft Selbstmordgedanken und hält nur noch durch.

„Ihre therapeutische Vorerfahrung:

Frau E. macht seit 6 Jahren, mit Unterbrechungen, ambulante Psychotherapie. Vor 2 Jahren hatte sie einen stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik. Seit dieser Zeit ist sie bis jetzt in ambulanter Therapie bei ihrer jetzigen Therapeutin. Die verhaltenstherapeutisch orientierte Therapie hat ihr in Bezug auf ihre Kontrollzwänge Besserung gebracht. Im Ganzen hat sie aber das Gefühl, auf der Stelle zu treten.

„Ihre jetzige Situation:

Frau E. lebt zur Zeit allein in einer kleinen Wohnung. Ihre Erfahrungen mit Partnerschaften sind negativer Art. Ihr erster Partner war gewalttätig und hat sie bedroht, wenn sie ihm nicht zu Willen war. Er hat sie physisch und psychisch mißhandelt und die Polizei mußte gerufen werden. Mit ihrem zweiten Partner gab es keine Gewalttätigkeiten, allerdings entstand bei ihr großer Ekel und Haß, wenn es um Sexualität ging.

Ihre Geschichte:

Sie ist die jüngste von 3 Schwestern und ist für ihre Eltern die letzte Hoffnung auf einen Sohn gewesen. Die mittlere Schwester ist schon als Jugendliche wegen psychischer Erkrankungen in therapeutischer Behandlung gewesen und hat mehrere Suizidversuche gemacht. Zur Zeit ist sie in stationärer psychiatrischer Behandlung. Sie beschuldigt den Vater, sie mißbraucht zu haben und hat deshalb den Kontakt zu den Eltern abgebrochen. Die ältere Schwester leidet an Depressionen, hat jedoch nie eine Therapie gemacht.

Die Atmosphäre in der Familie war durch emotionale Kargheit gekennzeichnet. Zärtlichkeit und Zuwendung hat es von beiden Eltern nicht gegeben. Fraulichkeit wurde sowohl von der Mutter unterdrückt, als auch vom Vater ironisch kommentiert, „Mädchen zählen nicht“. Identitätsfindung erfolgte über extreme Leistungsorientierung.

Ihre Ziele für die jetzige Therapie

Stimmungsaufhellung, Förderung von Entspannungs- und Genußfähigkeit, eventuell Bearbeitung der Beziehungsproblematik.

Das IBT Programm für Frau E.:

Das Therapieprogramm für Frau E. war für die 12 Wochen ihres Aufenthaltes in der Klinik nach unserem Ansatz der Integrativen Traumatherapie, mit Schwerpunkt auf der Stufe I, Stabilisierung, gestaltet. Hier stelle ich nur den Aufbau ihres IBT Programms im Einzelnen dar:

1. Woche	2. Woche	3. Woche	4. Woche	5. Woche	6. Woche
Aufnahme in die Bezugsgruppe, noch keine speziellen IBT Angebote	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.
		Einzel. K.	Einzel. K.	Einzel. K.	Einzel. K.
			1. K.-Bild	2. + 3. Bild	
					IBT-Bez. Gr.

Alle begonnenen Maßnahmen wurden bis zu ihrer Abreise am Ende der 12ten Woche weitergeführt.

Erläuterungen zu den Abkürzungen:

IBT-Stabi.-Gr.	Teilnahme an der IBT — Stabilisierungsgruppe, 1x wöchentl. 60 Min.
Einzel. K.	Körperorientierte Einzeltherapie, 1x wöchentl. 30 — 50 Min.
1. K.-Bild	Erstes Körperbild (Abb. 3, S. 30, „Entweder — Oder“ Bild)
2. + 3. Bild	Schmerzbild und Bild der Mißempfindungen (Abb. 9, S. 46 und Abb. 10, S. 47)
IBT-Bez. Gr.	Teilnahme an der IBT ihrer Bezugsgruppe, 2x wöchentl. je 90 Min.

1. Einzeltermin

Die äußere Erscheinung von Frau E. ist perfekt: perfekt gekleidet, frisiert und geschminkt. Im Kontakt ist sie sehr beherrscht und kontrolliert, dabei gleichzeitig freundlich und zugewandt. Da sie weiß, daß sie bei mir zur Körpertherapie angemeldet ist, beginnt sie sogleich über ihren Körper zu sprechen: sie „haßt“ ihren Körper und empfindet ihn als ein „lästiges Anhängsel“. Sie berichtet weiter von ihren Tendenzen zum „Waschzwang“, „sich

zu schlagen" und „sich weh zu tun". Außerdem berichtet sie, ihre Schwester habe ihr erzählt, sie seien beide von ihrem Vater mißbraucht worden, sie selbst kann sich aber an nichts erinnern. Ihre Schwester hat den Kontakt zu den Eltern deshalb abgebrochen, sie selbst besucht ihre Eltern immer wieder, fühlt sich aber zugleich von der Art und Weise wie sie von ihnen behandelt wird, gedemütigt. Dies berichtet sie alles ohne erkennbare Emotionen.

Je länger Frau E. von ihrem Körper spricht, desto wahrnehmbarer wird für mich die Diskrepanz zwischen ihrer gewandten sprachlichen Ausdrucksweise und ihrer Art, wie sie ihren Körper, in ihr Ausdrucksverhalten, nicht mit einbezieht. Ihr Körper wirkt tatsächlich wie ein Anhängsel. Mit meiner Zwischenfrage, wie sie denn ihren Körper jetzt im Moment wahrnimmt, kann sie erst überhaupt nichts anfangen und fährt in ihrer Rede fort. Ich muß die Frage abgewandelt noch ein paar mal stellen, bevor sie in der Lage ist, darauf einzugehen. Schließlich kann sie auf die Frage, wie denn ihr Körper reagiert wenn wir über ihn sprechen, eingehen. Sie sagt, daß sich ihr der Hals zuzieht und daß ihr der Atem stockt. Schnell will sie wieder in ihrer bisherigen Redeweise fortfahren. Ich muß sie richtiggehend „stoppen" um ganz vorsichtig die Frage aufzuwerfen, ob es denn sein könnte, daß der Körper gute Gründe hat, den Hals zuzuziehen und den Atem zu stocken, wenn wir über ihn reden.

Eine solche Betrachtungsweise, die die Äußerungen des eigenen Körpers respektiert und gar als sinnvoll ansieht, ist Frau E. erst einmal vollkommen fremd. Zum Abschluß sagt sie: „Meinen eigenen Körper zu respektieren, ist mir eine ganz neue Vorstellung, ich will mich darin üben."

Was die Aufgabe betrifft, die Körperbilder zu malen, kündigt sie an, daß das für sie eventuell „zum Streiß" werden könnte. Ich schlage ihr vor, die Bilder in Etappen zu malen, und zum nächsten Mal unfertige Bilder mitzubringen.

Erstes Körperbild

Noch vor dem nächsten Termin bekomme ich von Frau E. das erste Bild (Abb. 3, Seite 30) mit schriftlichen Erläuterungen. Sie drückt in dem leeren Umriß, in dem nur die Augen eingezeichnet sind („Etwas schaut durch meine Augenhöhlen") und dem vollständig geschwärzten Körper ihr „grundlegendes Körperempfinden", daß ihr Körper entweder nicht da, oder lästig ist, aus. Mein Eindruck aus unserem ersten Gespräch, daß sie bis jetzt keinen Zugang zu ihrem Körper hat, sondern ihn nur in seiner Funktion als Fassade, die sie herrichtet, sieht, wird bekräftigt.

2. Einzeltermin

Zuerst sprechen wir darüber, wie es Frau E. bei der Bearbeitung ihres Körperbildes ergangen ist. Sie schildert ihr Empfinden, ähnlich wie sie es schon in den schriftlichen Erläuterungen zum Bild getan hat, allerdings wird ihr Haß und ihre Verachtung für ihren Körper noch viel deutlicher. Heute kann sie als körperliche Reaktionen neben dem schon aus dem ersten Termin bekannten Zuziehen des Halses und Atemstocken große Anspannung im oberen Brustbereich wahrnehmen.

Die schon begonnene respektierende Betrachtungsweise des Körpers vertiefen wir in unserem Gespräch. Frau E. tut sich damit sehr schwer. Durch die Art, wie ich über ihren und meinen Körper, und „wie der Körper von Menschen so ist und reagiert", spreche,

schaffe ich eine annehmende, wohlwollende und liebevolle Atmosphäre. Diese Atmosphäre wiederum ermöglicht es ihr erst, eine in Ansätzen annehmende und wohlwollende Betrachtungsweise ihres eigenen Körpers an den Tag zu legen.

Großes Erstaunen, etwas Verwirrung und Verwunderung stellt sich bei Frau E. ein, als sie bemerkt, daß durch die wohlwollende Art, in der wir heute gemeinsam über ihren Körper gesprochen haben, die anfänglich festgestellte Anspannung im Hals und oberen Brustbereich sich nach und nach auflöst. Die Sichtweise, daß es offensichtlich ihrem Körper gut tut und er mit Entspannung reagiert, wenn sie ihn wohlwollend statt verachtend betrachtet, fällt ihr noch schwer.

Zweites und drittes Körperbild

Eine Woche später gibt Frau E. das Schmerzbild (Abb. 9 mit den Erläuterungen der Patientin, S. 46) und das Bild der Mißempfindungen (Abb. 10 mit den Erläuterungen der Patientin, S. 47) ab. Sie hat vielfältige Beschwerden eingezeichnet.

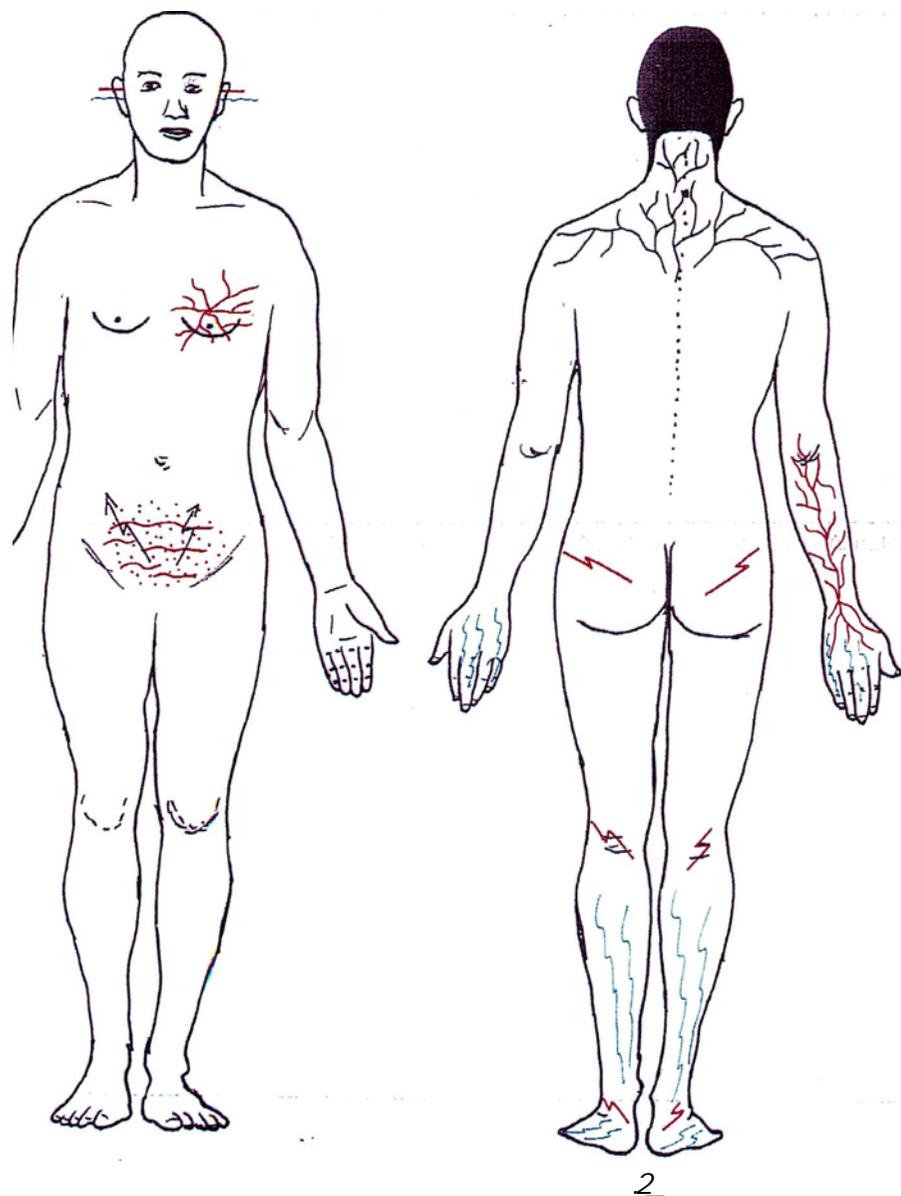
Ihre Erläuterungen zum Bild der Mißempfindungen sind sehr typisch für Patientinnen mit Mißbrauchserfahrungen, werden allerdings selten so genau in Worte gefaßt.

Nachdem es Frau E. gelungen war, vom „Nicht spüren“, das sie in ihrem ENTWEDER - ODER Bild (Abb. 3, S. 30) ausdrückt zum „Spüren“ zu kommen, schildert sie vielfältige Beschwerden. Als Ansatzpunkte für die körperorientierte Einzeltherapie sehe ich ihren starken Selbsthaß und die Verachtung für ihren Körper, sie werden noch deutlicher. Als Körperregion ist der obere Brustbereich zu beachten, sie schreibt von „starken Verkrampfungen im Herzbereich sowie Stechen“, bei „seelischen Streßsituationen“, vom Brustbereich, der „wie abgeschnürt“ ist und einem „Kloß im Hals“, an dem der „Atem stecken bleibt“. Auch der Bauch ist eine wichtige Region, im Schmerzbild sind da Blitze und im Bild der Mißempfindungen ist da ein dick rot umrandetes schwarzes Loch. Sie schreibt dazu von „unendlichere Wut“, „innerlich auffressender Magensäure“, von „Hilflosigkeit, Ohnmacht, „Ausgeliefertsein“, Machtlosigkeit“ und „dort sind alle Gefühle, die ich lieber verdränge“. Die Körperbilder von Frau E., im Zusammenhang mit den ausführlichen Erläuterungen bekräftigen und vervollständigen meine Vorstellung von ihrer körperlichen Befindlichkeit. Sie bestätigen mich darin, die Richtung, die ich in meinen ersten Schritten in der körperorientierten Therapie mit ihr eingeschlagen habe, weiterzugehen.

Weitere Einzeltermine

Im weiteren Verlauf der Therapie mit Frau E. bleibt das anfängliche Thema, „den eigenen Körper wohlwollend anschauen“, als Leitthema bis zum Schluß, erhalten. Im Folgenden will ich einzelne Facetten, die sich dabei ergeben haben, schildern.

Mit meiner Unterstützung übt Frau E. immer wieder den annehmenden, wohlwollenden und liebevollen Blick auf ihren eigenen Körper. Auf der Suche nach wohlwollenden Blicken von anderen auf sie, sprechen wir auch über die Art und Weise, wie sie von ihrer Mutter und ihrem Vater früher als Kind angeschaut wurde, und wie sie jetzt als Erwachsene von ihnen angeschaut wird. Wir sprechen auch darüber, wie sie von ihrem Partner angeschaut wurde, wie sie von mir angeschaut wird und wie sie sich selbst anschaut. Dabei wird deutlich, daß sie eher den abschätzigen, verächtlichen Blick auf ihren Körper kennt und der wohlwollende Blick etwas ganz Neues für sie ist, was sie erst jetzt bewußt erlebt und noch „üben“ muß.



Erläuterungen von Frau E. zu ihrem Schmerzbild:

Zu 1:

„Ohrdruck, -stechen, geht meist über in „wie Flüssigkeit durch das Ohr abfließen“. Von kurzer bis mehrere Stunden anhaltender Dauer bzw. in diesem Zeitraum immer wiederkehrend.

Tritt bei äußerem und vor allem innerem Streß und Druck auf.
Starke Verkrampfungen im Herzbereich sowie Stechen.

Tritt unmittelbar in seelischen Streßsituationen auf und hält einige Minuten an.
im Unterbauch - Unendliche Wut und vor allem starke, wie mich innerlich auffressende Magensäure. Hält Stunden bis zu mehreren Tagen an.

Ist verbunden mit Gefühl der Hilflosigkeit, Ohnmacht, „Ausgeliefertsein“, Machtlosigkeit.“

Zu 2:

„Stechender Schmerz oder starkes Druckgefühl in Hüfte, Knie- und Fußgelenken. Kann teilweise nur unter Schmerzen aufstehen, die Beine strecken, auftreten ect. Halten meist nur einige Minuten, selten mehrere Tage an.

Treten beim Gehen, Laufen, Treppensteigen, nach längerem Sitzen, Tanzen, bei bestimmten Sitzpositionen etc. auf. Ist auf schiefe Hüfte und intensiven Sport bis zur Pubertät zurückzuführen; dies verursachte eine Rotationsfehlstellung der Beine sowie Abnutzungserscheinungen in den Gelenken.

Sehr schmerzhafte Krämpfe in Waden, Füßen, aber auch Händen.

Treten täglich auf, bis zu einer halben Stunde, teilweise immer wiederkehrend.
Vermehrt nach streßreichem Tag, bei starker innerer Anspannung, aber wohl auch durch schlechte Ernährung verursacht?

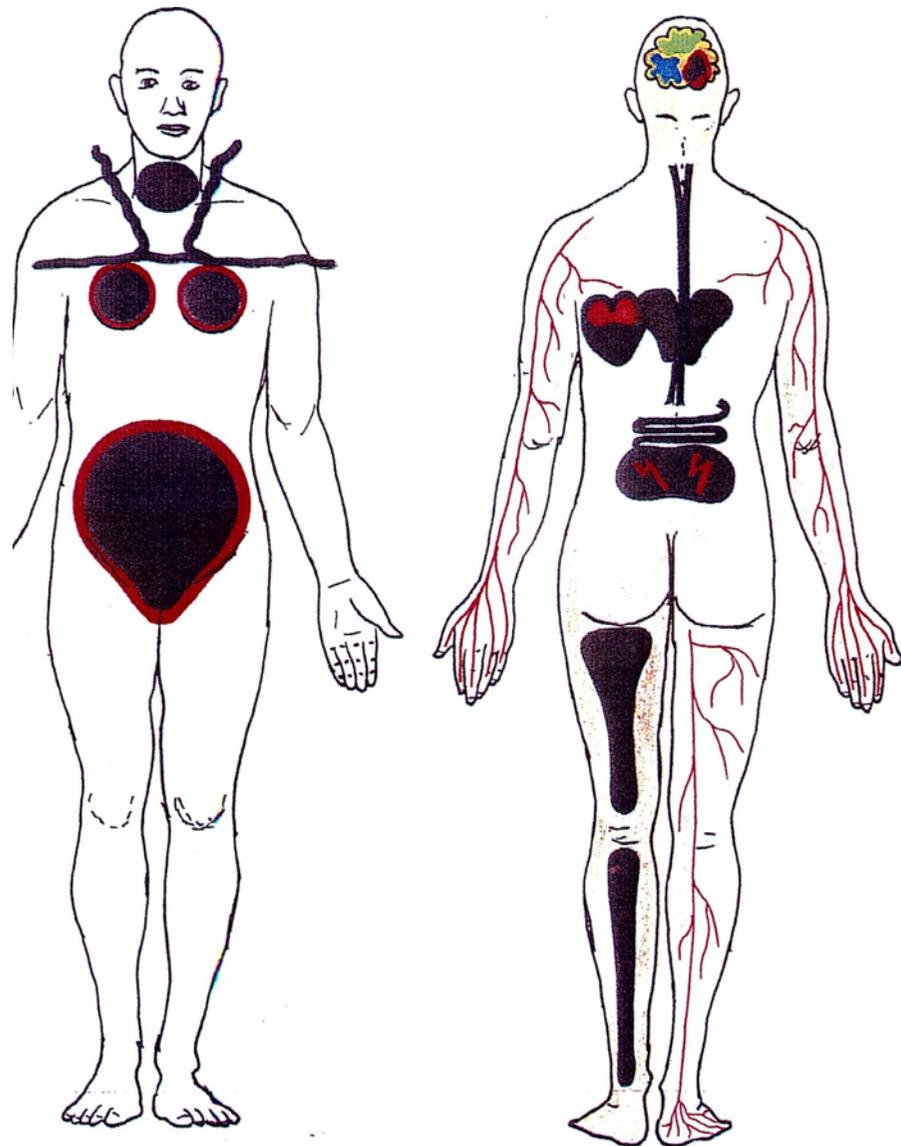
Helmartige oder einseitige Kopfschmerzen von dumpf oder unerträglich stechend bis hin zur Migräne. Treten mindestens einmal wöchentlich auf, halten mehrere Stunden bis zu 2 Tagen an.

Verursacht durch Streß, Verspannungen, zuviel Denken, Planen, Organisieren ...?
Nacken- und Schulterverspannungen. Dauerhaft, oft so stark, daß ich schlecht schlafen kann.

Verursacht durch Streß bzw. Anspannungen, krummen Rücken - möchte mich gern klein machen, verkriechen, Problematiken drücken und ziehen an mir herum.

Hand- und Armverspannungen bzw. -verkrampfungen. Häufig und lange anhaltend, bis zu mehreren Tagen. Nach extremer Belastung, aber vor allem durch innere Anspannung bei der Ausführungen aller Tätigkeiten, es muß ja immer alles perfekt sein.“

Abb. 9, Bild der Schmerzen von Frau E.



Erläuterungen von Frau E. zu ihrem Bild der Mißempfindungen:

„Dauerhafte Mißempfindungen

Zu 1:

Brust, Bauch und Intimzone sind für mich wie Fremde, bewirken bei mir feindliche, abwehrende Gefühle.

Mein Atem kommt nur bis zum Brustbereich, dieser ist wie abgeschnürt, der Bauch angespannt und eingezogen, wie verkrampft. Sobald mir diese Art des Atmens bewußt gemacht wird oder ich über die genannten Bereich sprechen soll, bekomme ich einen Kloß im Hals und der Atem bleibt bereits dort stecken.

Brust. Jede Berührung (durch den Partner oder unbeabsichtigt durch Dritte) läßt mir den Atem stocken, ist für mich Besitzergreifung, macht mich aggressiv, hilflos haßerfüllt und ohnmächtig.

Bauch. Ich möchte ihn gern „wegdrücken“; kann/will meine „Mitte“ nicht spüren. Mit dem Bauch verbinde ich Fraulichkeit (Rundungen/FETT), desweiteren befinden sich dort alle Gefühle, die ich lieber verdränge. Beides spüren, also ertragen zu müssen, lähmt mich bzw. löst bei mir Angst, Trauer, Wut, Panik, Anspannung, Leere, Depression aus.

Intimzone. Berühre mich dort nur zwecks Hygiene und nicht länger als notwendig; habe dabei Schamgefühle. Gewisse Sitzpositionen oder andere Umstände, die mir diesen Bereich bewußt werden lassen, ändere oder vermeide ich unverzüglich. Berührungen des Partners ertrage und erdulde ich nur aus reiner Pflichterfüllung Den Geschlechtsverkehr möchte ich „schnell hinter mich bringen“. Er ist nie mit Lust oder Genuß verbunden, sondern mit Schmerzen, Ekel, Abscheu, HASS, Wut, Würgegefühlen, Machtlosigkeit.

Zu 2:

Sehe diesen Körper als reine Fleisch- und Wassermasse, durchzogen von Adern, voller Knochen, Organe, in Haut gefüllt. Er ist zwar ein komplexes, hochentwickeltes Wunderwerk. Aber bei allen Menschen gleich, wie eine Maschine, eben nur „beseelt“, so leicht zu verletzen und zu zerstören.

Er ist wie Ballast, aber Gott sei dank vergänglich und austauschbar bzw. schnell „zu entledigen“.

Zusammenhang ?, Suizidgedanken und —gefühle, Fehlender Bezug zum Hier und Jetzt, „Sinn des Lebens!???“

Abb. 10, Bild der Mißempfindungen von Frau E.

Einmal fühlt Frau E. sich sehr unsicher, auf Nachfrage äußert sie, daß sie sich wie ein kleines Kind von 8 bis 10 Jahren fühlt. Sie sagt: „ich wackele“. In dieser Situation wünscht sie sich „Schutz“. Ich biete ihr „Schutz“ an, in Form einer Decke oder körperlich als „schützendes Halten“. Sie traut sich aber nicht dies anzunehmen.

Einmal bringt Frau E. einen großen Stoffbären, den sie von ihrem Bezugstherapeuten bekommen hat, zur Therapie mit. Sie hat den Bären auf dem Schoß sitzen, als wäre er ihr Kind. Sie hält ihn im Arm und während des Sprechens streichelt sie ihm mit der anderen Hand immer wieder über den Kopf. Als ich anspreche, daß ich wahrnehme wie sie sich dem Bären liebevoll zuwendet, sagt sie: „der Bär hilft mir, mich zu mögen und nicht nur kritisch mit mir zu sein“.

Als in die Bezugsgruppe von Frau E. zwei neue Männer aufgenommen werden, berichtet sie, daß sie sich durch die Männer beobachtet und beeinträchtigt fühlt. Weiter berichtet sie, daß sie dieses Gefühl nicht nur hier, sondern sonst auch kennt. Es wird schnell klar, daß die jeweiligen Männer nichts besonderes machen, sondern daß sie sich beeinträchtigt fühlt, weil sie sich nicht traut, die Männer anzuschauen. Sie äußert, daß das wohl auch der Grund dafür sein könnte, daß sie sich immer Partner wählt, die sie dann quälen und verachten. Ich rege sie an, sich einen ihr bekannten Mann vorzustellen, ihn zu betrachten und mir zu erzählen, was sie alles an ihm wahrnimmt. Sie traut sich zuerst nicht, ich muß sie etwas ermuntern. Als sie sich dann traut bekommt sie zunehmend Spaß an dieser Aufgabe und beginnt zu kichern. Ich frage wie eine neugierige Freundin und wir kichern immer wieder gemeinsam wie zwei junge Mädchen.

In Anbetracht der Tatsache, daß Frau E. bei ihrer Partnerwahl immer wieder nicht genau hinschaut, gebe ich ihr folgende Aufgabe: Sie soll sich immer wieder einen Mann anschauen, egal wo, ob hier in der Klinik, in ihrer Gruppe, im Speisesaal oder draußen, im Supermarkt, an der Tankstelle oder wo auch immer. Das, was sie bei den jeweiligen Männern wahrnimmt, soll sie bei sich überprüfen, ob sie möchte, daß ihr zukünftiger Partner so ist, oder ob sie das lieber nicht möchte. Dies soll sie ausgiebig tun, mit dem Ziel, daß sie mit der Zeit ein Gespür dafür bekommt, worauf sie bei der Partnerwahl schauen muß.

Zum Abschluß der Therapie überrascht mich Frau E. mit einem Postkartenbüchlein unter dem Titel „Zärtlichkeit“. Darin sind Bilder und Sprüche die von zärtlicher Hinwendung zu Kindern, Tieren und Pflanzen geprägt sind. Sie bedankt sich dafür, daß sie durch meine Hilfe die Zärtlichkeit für sich gewonnen hat.

Frau E. in den Gruppen

Die Teilnahme an der IBT Stabilisierungsgruppe ist für Frau E. besonders wichtig. Es ist wichtig für sie, wahrzunehmen, daß „ich nicht allein mit meinen Problematiken und Empfindungen bin“ und „meinen eigenen Entwicklungsstand relativieren kann“. Zum Abschluß betont sie, daß sie froh ist, daß sie so lange in dieser Gruppe bleiben konnte, die, „in ganz eigener Weise, Gefühle, Erkenntnisse, Wahrnehmungen und Erinnerungen hervorgebracht hat“.

In der IBT der Bezugsgruppe kommt Frau E. immer wieder in Konflikte mit Gruppenmitgliedern und fühlt sich dann leicht als „Sündenbock“. In dem Maße wie sie mit sich selbst mehr in Kontakt kommt und sich selbst besser annehmen kann, werden diese Überforderungssituationen weniger. Im vertrauten Rahmen der Bezugsgruppe kann sie sich immer besser am Gruppengeschehen beteiligen.

Ihr Körperempfinden am Ende der Therapie

In der Zeit ihres 12 wöchigen Aufenthaltes in der Klinik hat sich für Frau E. in ihrem Körperempfinden, ihrem Bild von sich selbst und von ihrem Körper grundlegendes geändert. In der letzten Woche ihres Aufenthaltes, 8 Wochen nach dem ersten Körperbild mit dem „Entweder - Oder“ schreibt sie:

„Meine „Ausblendung“ ist fast durchgängig (bis auf Rückfälle) aufgehoben, die „Wahrnehmung“ geschult.
Habe „Körperrespekt“ gewonnen — anstatt gegen alles anzukämpfen, kann ich vieles zulassen und spüren (trotz aller Ablenkung), allerdings meistens sehr schlecht ertragen... Aber so wurde die Basis/Voraussetzung zur Arbeit mit dem „inneren Kind“ geschaffen. Für mich noch immer unglaublich...
Achte verstärkt darauf, wie ich gehe, sitze, stehe, auf Anspannungen, löse letztere auf das erforderliche Minimum;
kann bewußt in die schmerzenden, beengten, mißempfundenen Stellen atmen, und mich davon befreien, zwischenzeitlich sogar dort ANFASSEN, und sei es unter Tränen, z.B. die Hand zum Nachspüren oder Beruhigen auf den Bauch legen...!
Für 2 Minuten BEWUSST atmen; durch Handauflegen den Atem dort hinleiten, wo er nicht zu spüren ist, ihm Raum geben, neue Verhaltensmuster einschleifen!“

Abschließende Bemerkungen zur körperorientierten Einzeltherapie

In der körperorientierten Einzeltherapie habe ich mit Frau E. hauptsächlich daran gearbeitet, „den eigenen Körper anzunehmen, ihn wohlwollend und liebevoll anzuschauen und über ihn zu sprechen“. Auf diese Weise konnte sie sich einen neuen Zugang zu ihrem Körper erarbeiten und ein Verständnis für ihre Gefühle, Empfindungen und Reaktionsweisen entwickeln.

Da Frau E. sich an Mißbrauchserfahrungen nicht erinnern kann, bin ich in der Arbeit mit ihr darauf nicht besonders eingegangen. An manchen Stellen, vielleicht 2 oder 3 mal im gesamten Verlauf, als sie von ihren besonderen Schwierigkeiten mit körperlicher Nähe in der Partnerschaft spricht (siehe auch, die Erläuterungen zu ihrem Bild der Mißempfindungen), stelle ich einen Bezug dazu her. Sie ging jeweils darüber weg. Deshalb habe ich das zu diesem Zeitpunkt nicht vertieft. Auch hängt sie sehr an ihren Eltern, hat weiter Kontakt zu ihrem Vater und ließ bisher nicht erkennen, daß sie den durch ihre Schwester gesetzten Zweifel auf den Grund gehen und etwas ändern möchte.

Von Berührungen sah ich bei Frau E. zur Zeit gänzlich ab. Ihr Körper signalisierte, sie auf keinen Fall zu berühren. Das habe ich verschiedentlich angesprochen, sie hat es jeweils bestätigt und keinen Wunsch auf Änderung geäußert.

Zum Therapieverlauf und dem Therapieergebnis im ganzen zitiere ich aus dem ärztlich/psychologischen Abschlußbericht.

Zum Therapieverlauf

„Frau E. hat sich hervorragend motiviert und mit Ausdauer auf unsere therapeutischen Angebote eingelassen. ... Auch außerhalb der Gruppenangebote hat sie die Psychoimmaginationen sehr regelmäßig geübt. ... Über die ganze Aufenthaltsdauer hinweg hatte Frau E. zahlreiche Gelegenheiten, der eigenen extremen

Leistungsorientierung entgegen zu steuern, die Grenzen der eigenen Belastbarkeit wahrzunehmen und respektieren zu lernen. Ein weiteres sehr wichtiges Lernfeld für Frau E. war die Körper- und Bewegungstherapie. Hier haben sich neben den Gruppenangeboten auch Einzelstunden als notwendig erwiesen. Frau E. lernte in kleinen Schritten, die eigene Körperlichkeit nicht mehr nur als bedrohlich und beschämend zu erleben. Unvermeidlich war, daß in diesem Zusammenhang Erinnerungen und Gefühle mit schweren Traumatisierungen aktiviert wurden. Auch im Gruppenprozeß kam es während unvermeidlicher Konfliktsituationen zu Kränkungen, die traumatische Erlebnisse reaktivierten. Die dadurch eingetretenen Destabilisierungen waren aus therapeutischer Sicht durchaus wünschenswert, bedurften aber aufgrund der fragilen Persönlichkeitsstruktur einer engmaschigen Begleitung zur notwendigen Restabilisierung. Dabei hat sich gezeigt, daß die Traumatisierungen der Patientin schwerwiegender waren, als zunächst angenommen. ..."

Therapieergebnis

„Trotz der anfänglich zu hohen Erwartungen an die Therapie äußert sich Frau E. im Abschlußgespräch sehr zufrieden über den Behandlungsverlauf. Es wurde ein befriedigendes Niveau psycho-physischer Stabilisierung erreicht. Die Patientin berichtet von einer neuen und sehr viel freundlicheren Beziehung zu ihrer Körperlichkeit. Die Stabilisierungsübungen seien ihr zu einem vertrauten Werkzeug geworden. Die Zwangssymptome und die Magersucht seien zwar nach wie vor vorhanden, aber spürbar gemildert. Am wichtigsten sei ihr, daß sie einen Zugang zu ihrem „inneren Kind“ bekommen habe. Zum ersten Mal im Leben habe sie ein Mittel gefunden, ihrer Verachtung gegen sich selbst zu begegnen.“

Eine ambulante Fortsetzung der Therapie wird ihr dringend empfohlen. Sollte eine traumaspezifische Behandlung in einem ambulanten Setting nicht möglich sein oder es zu einer erneuten Dekompensation kommen, wäre eine weitere stationäre Behandlung indiziert.

2.2 Vorstellung der Arbeit mit Frau R.

Frau R., ist eine 37 jährige Patientin, die wegen Posttraumatischer Persönlichkeitsstörung in unserer Abteilung behandelt wird.

Ihre Beschwerden bei der Aufnahme:

Frau R. leidet zunehmend unter körperlichen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Verspannungen, Gliederschmerzen, Rückenbeschwerden und Übelkeit. Außerdem leidet sie unter massiven Schlafstörungen mit Alpträumen und Angstzuständen in der Nacht. Häufig hat sie sehr aggressive Gefühle und wird von ihren Mitmenschen auch als aggressiv erlebt. So kommt sie in vielen Alltags-, vor allem aber in beruflichen Situationen, im Kontakt mit Klienten, nicht mehr zurecht.

Sie stellt gleich den Zusammenhang mit ihrer persönlichen Geschichte her. Sie ist vom 5. bis 12. Lebensjahr von ihrem Vater mißbraucht worden und im 12. Lebensjahr von einem fremden Mann vergewaltigt worden.

Ihre therapeutische Vorerfahrung:

Vor dem jetzigen stationären Aufenthalt hatte sie 8 Termine ambulanter Psychotherapie.

Ihre jetzige Situation:

Frau R. ist verheiratet und fühlt sich von ihrem Mann unterstützt. Ihr Ehemann ist eher unbeholfen im Umgang mit Frauen und hatte vor der Ehe keine Erfahrung mit Sexualität, so ist ein vorsichtiges Aufeinanderzubewegen möglich gewesen.

Von Seiten ihres Arbeitgebers ist sie erheblichem Druck ausgesetzt, Veränderungen einzuleiten.

Ihre Geschichte:

Frau R. hat einen 2 Jahre älteren Bruder. Ihr Vater ist mit der Mutter grob umgegangen, hat Frauen verachtet, in Schimpfworten und Gossensprache über sie gesprochen. Die Mutter ist eher ängstlich, extrem arbeitssam und wollte immer, daß es den anderen gut geht. Die Atmosphäre im Elternhaus war eng, geschlossen, von Bewegungslosigkeit und dem Gesamtgefühl der Bedrückung gekennzeichnet.

Vom 5. bis 12. Lebensjahr wurde sie von ihrem Vater mißbraucht. Sie nimmt an, die Mutter müßte was gemerkt haben, aber daß es ihr wahrscheinlich „recht“ war. Im 12. Lebensjahr wurde sie vergewaltigt, was sie als lebensbedrohlich empfunden hat. Sie machte dann einen Suizidversuch und litt über längere Zeit an Bulimie. Auch als junge Erwachsene hatte sie noch über längere Phasen immer wieder Suizidgedanken. Der Glaube hat ihr darüber hinweg geholfen.

Ihre Ziele für die jetzige Therapie

Stabilisierung und Aufarbeitung ihrer Geschichte stehen oben an. Frau R. möchte Freude an körperlichem Empfinden und der Sexualität erlangen, sie will eine „normale“ Frau werden. Außerdem möchte sie ihre Gefühle wieder integrieren.

Das IBT Programm für Frau R:

Das Therapieprogramm für Frau R. war für die 10 Wochen ihres Aufenthaltes in der Klinik nach unserem Ansatz der Integrativen Traumatherapie, mit Schwerpunkt auf der Stufe I (Stabilisierung), Stufe II (Traumaexposition) und Stufe III (Leben nach dem Trauma), aufgebaut. Hier stelle ich nur den Aufbau ihres IBT Programms im Einzelnen dar:

1. Woche	2. Woche	3. Woche	4. Woche	5. Woche
Aufnahme in die Bezugsgruppe, noch keine speziellen IBT Angebote	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.
				Einzel. K.
				1. K.-Bild

6. Woche	7. Woche	8. Woche	9. Woche	10. Woche
IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.
Einzel. K.	Einzel. K.	2 x Einzel. K.	Einzel. K.	Einzel. K.
				2. K.-Bild

Erläuterungen zu den Abkürzungen:

IBT-Stabi.-Gr.	Teilnahme an der IBT — Stabilisierungsgruppe, 1x wöchentl. 60 Min.
Einzel. K.	Körperorientierte Einzeltermine, 1x wöchentl. 50 Min.
1. K.-Bild	Erstes Körperbild, Bild mit Schmerzen und Mißempfindungen (Abb. 11, S. 55)
2. K.-Bild	„Nachher“ — Bild mit Schmerzen und Mißempfindungen (Abb. 12, S. 55)

1. Einzeltermin

Frau R. kenne ich schon aus der IBT - Stabilisierungsgruppe. Sie ist leicht untersetzt und ist mir immer wieder durch ihren gleichförmigen Gesichtsausdruck und ihre Stimme aufgefallen. Wenn sie über unangenehme Körperempfindungen spricht, ist in ihrer Stimme von dem Unangenehmen nichts zu hören, sie ist eher „geschäftsmäßig“, unberührt.

Sie zeigt jetzt in der Einzelsituation, deutlicher als in der Gruppe, ihr großes Leid mit ihrem Körper, indem sie erst einmal „nonstopp“ ihre Empfindungen und den Mißbrauch schildert.

Die Art, wie sie über sich und ihren Körper spricht ist eher verbittert bis zynisch, was sich an Äußerungen zeigt wie: „Mein Vater schwang frauenfeindliche Reden und klärte mich durch Begrabschen auf. Learning by doing.“ Außerdem drückt sie ihren starken Wunsch und die Hoffnung aus, daß sie in ihren Empfindungen verstanden wird und daß ihr die Körpertherapie Erleichterung bringt.

Langsam beruhigt sie sich etwas und schildert einige ihrer Körperwahrnehmungen etwas ruhiger. Ich frage nach, sie erläutert genauer, ich frage wieder, vergleiche und wir sind darüber jeweils so lange im Austausch, bis sie das Gefühl hat, daß meine Vorstellung von ihrer körperlichen Befindlichkeit ihrem Empfinden so nahe wie möglich kommt. Es ist für sie sehr wichtig, genau zu artikulieren und sich genau zu vergewissern, daß ich sie verstehe.

Sorgfältig und genau sprechen wir auch darüber, was sie möchte, was sie nicht möchte, wo die Grenzen sind und wie wir mit den Grenzen umgehen wollen.

Erstes Körperbild von Frau R. (Vorher-Bild)

Das Bild (Abb. 5, S. 33 und Abb. 11, S. 55) zeigt Schmerzen und Mißempfindungen noch auf einem Blatt, dadurch ist es ziemlich unübersichtlich. Frau R. beschreibt ihre Schmerzen hauptsächlich als „Stiche“ oder „stechend“ bis „krampfartig“. Mißempfindungen beschreibt sie als „taub“, „Fremdheitsgefühl“, „Anspannung“, „Wundsein“ und als „Gefühl der Leere“. Je kräftiger die Farbe ist, desto größer ist die betreffende Beeinträchtigung. Mit dem Gelb, das den ganzen Körper bedeckt zeigt sie, daß sie sich insgesamt in ihrem körperlichen Empfinden beeinträchtigt fühlt. Auf der Rückseite des Bildes drückt sie ihr Empfinden in Gedichtform aus:

„Schwierige Stunden am Samstag
Ich bin aus meinem Körper ausgestiegen und
habe mich wieder hineingezwungen
in meine Hülle voller Schmerz,
in mein inneres Gefängnis.

Mein Körper, der mir nicht gehört
ist ohne Ausweg
zugebunden
in Ohnmacht gebunden
gesunken
Ich lasse mich nicht
ich segne mich denn

Warum wirft man mich
nicht in einem Plastiksack weg ?

Wem gehört mein Körper?
Ich halte das nicht mehr aus"

Als Ansatzpunkte für die körperorientierte Einzeltherapie sehe ich zuerst die Körperregionen an, in denen sich Frau R. am meisten beeinträchtigt fühlt. Da sind erstens die Hände, bei denen sie „stechende Schmerzen, Zittern und Fremdheitsgefühl“ sowohl an den Innen- als auch an den Außenseiten eingezeichnet hat. Zweitens ist da der Schulter- und Nackenbereich im Zusammenhang mit der Vorderseite der linken Schulter, wobei hinten die „Verspannung und Verhärtung“ sitzt und vorne der „stechende Schmerz“. Drittens und viertens ist da der untere Rücken und der Kopfschmerz. Den Bauchbereich mit seinem Fragezeichen und dem „Gefühl der Leere“ betrachte ich auch als einen wichtigen Ansatzpunkt, werde ihn aber vorerst zurückstellen, es sei denn Frau R. rückt ihn selbst in den Vordergrund (ich vermute dort all die schlimmen Gefühle, die sie überfluten würden, wenn sie zutage träten).

2. Einzeltermin

Frau R. berichtet, daß es ihr sehr schwer gefallen ist, das Körperbild zu malen. Als sie die Mißempfindungen alle wahrgenommen hat, mußte „meine Seele den Körper verlassen“, genau wie damals, wenn „mein Vater zu mir ins Bett gekommen ist“. Das Gedicht ist in der Situation, als sie sich wieder in ihren gepeinigten Körper gezwungen hat, entstanden.

Frau R. spricht jetzt ihr grundlegendes Körpergefühl an, das was auf dem Bild in Gelb erscheint. Sie schildert, daß sie ihren Körper als fremd empfindet, nicht zu ihr gehörend. Besonders unangenehm empfindet sie das an den Händen. Wenn sie einen Gegenstand anfaßt oder jemandem die Hand gibt, ist es immer ein merkwürdiges Gefühl der Unsicherheit. Unsicherheit darüber, wer berührt jetzt den Gegenstand oder den anderen Menschen?

Wir arbeiten mit den Händen: Ich gebe ihr meine Hand - sie nimmt meine Hand - sie drückt meine Hand - sie löst den Druck - sie spürt ihre Hand im Kontakt mit meiner Hand und auch ohne Kontakt; sie gibt mir ihre Hand - ich nehme ihre Hand - ich drücke ihre Hand - ich löse den Druck - sie spürt ihre Hand im Kontakt mit meiner Hand und auch ohne Kontakt; wir drücken beide gleichzeitig - lösen beide den Druck usw. - mal mit der rechten Hand - mal mit der linken Hand - mal mit beiden Händen gleichzeitig. Diese Arbeit mit den Händen machen wir mit kleinen Unterbrechungen in vielen Variationen bis zum Ende der Stunde und sprechen dabei immer wieder über ihre Empfindungen. Das Empfinden der Hände ändert sich deutlich, rechts mehr als links, vom Fremdheitsgefühl hin zu dem Gefühl, „das ist meine Hand“.

Durch die Arbeit mit den Händen ist es Frau R. gelungen, sich ihre Hände, wenigstens ansatzweise, wieder anzueignen. Sie äußert ihren großen Wunsch und ihre, durch die eben gemachten Erfahrungen genährte Hoffnung, daß sie sich ihren Körper Stück für Stück wieder aneignen kann. Zum Abschluß sagt sie: "ich sehe meine Hände jetzt freundlich an".

3. Einzeltermin

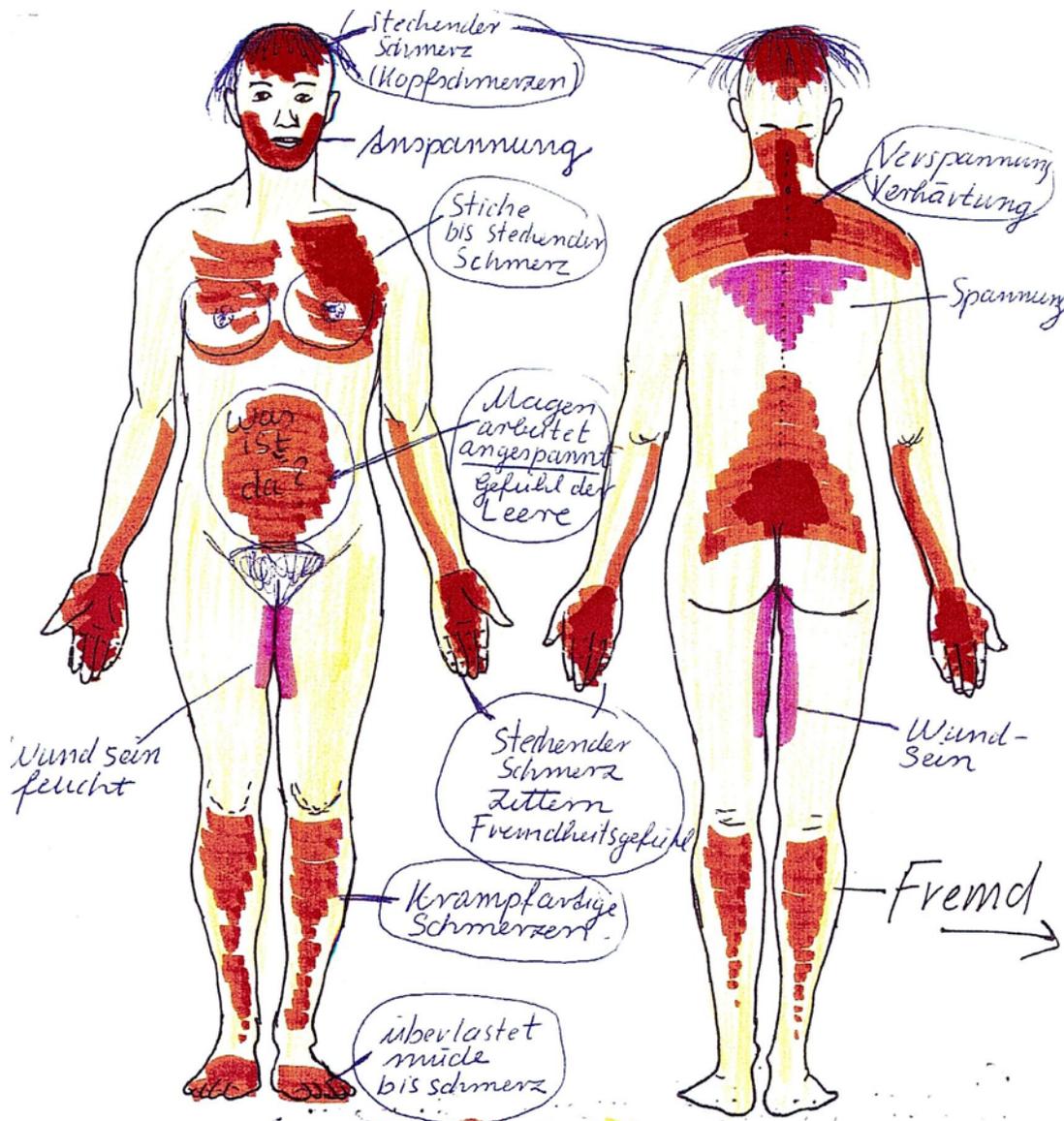
Frau R. empfindet heute ihre beiden Körperhälften sehr verschieden. Vor allen Dingen fühlt sie sich auf der linken Seite im Schulter- und Armbereich so eingeschränkt. Wir arbeiten an der linken Schulter mit Druck und Gegendruck: ich drücke von hinten ihre Schulter nach vorn, und sie drückt mit ihrer Schulter meine Hand nach hinten. Dabei entsteht das Thema „sich wehren“. Sie wehrt sich gegen meinen Druck, ihre eigenen „wehrhaften“ Kräfte werden geweckt und die Aggressionen bekommen eine Richtung. Mit klarem, geradem Blick geht sie am Ende der Stunde.

4. und 5. Einzeltermin

Frau R. ist in einer Krise. Sie fühlt sich schuldig und fragt sich, ob es ihr wirklich gut gehen darf. An eine Körperarbeit, wie wir sie bisher gemacht hatten, ist in dieser Situation nicht zu denken. Es geht jetzt erst einmal um Stabilisierung, darum, die Wertschätzung ihrer selbst wieder aufzubauen.

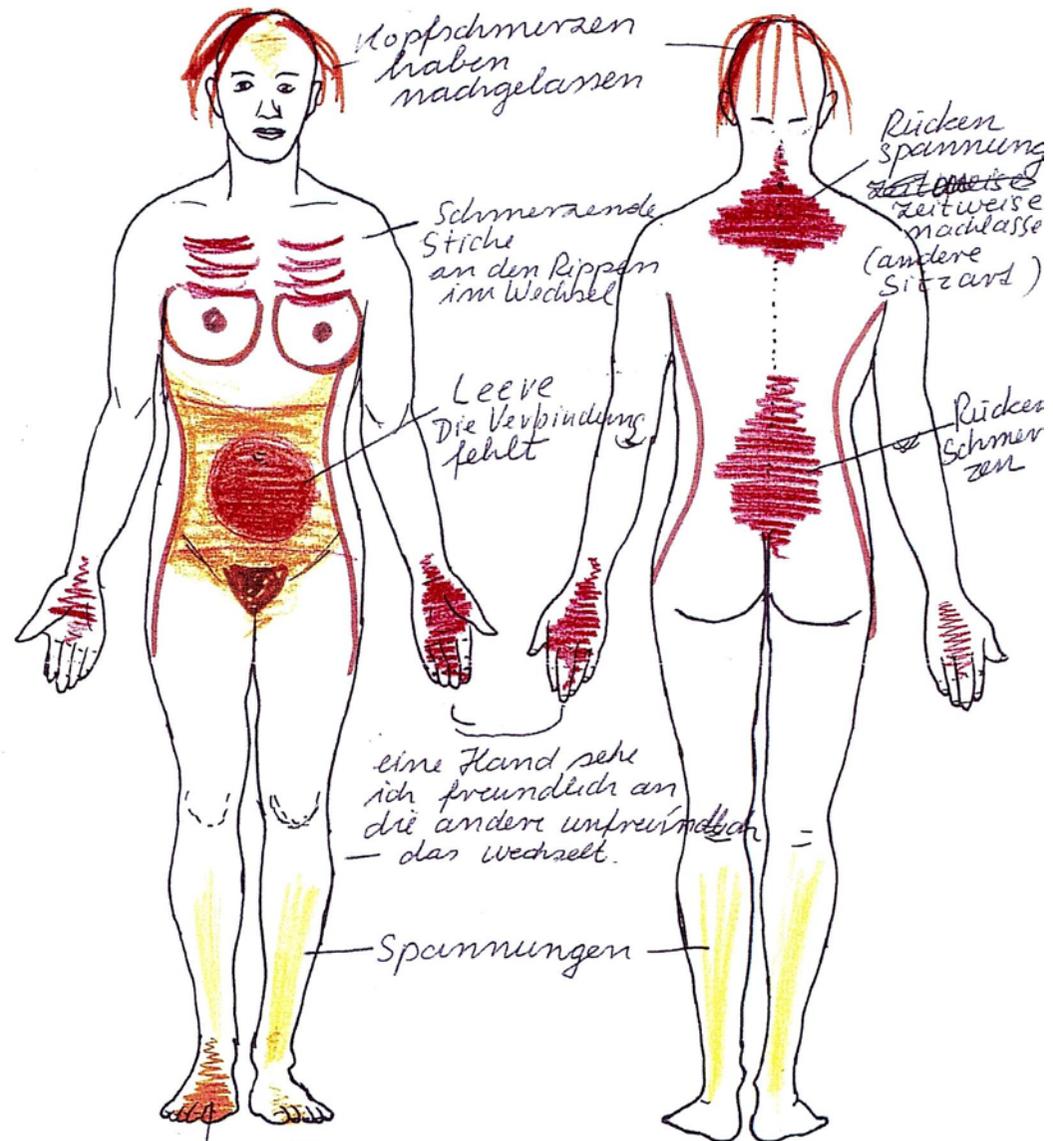
6. und 7. Einzeltermin

Frau R. klagt über stark angespannten Rücken- und Schulterbereich. Am Rücken spürt sie eine Stelle, „wie ein Apfel, der eine faule Stelle hat“. Durch Berührung kann die „faule Stelle“ kleiner werden und dann ganz verschwinden. Durch „vornüberhängen“ kann sich der Rücken- und Schulterbereich entspannen. Dann sitzen wir Rücken an Rücken. Im Kontakt mit meinem Rücken kann sich ihr Rücken weiter entspannen. Zum Abschluß bedankt sie sich und betont, „gerade für Frauen, die Opfer sexueller Gewalt wurden, ist Bewegungstherapie elementar wichtig“.



Beeinträchtigung. ① ② ③ ④
 Schmerz körperl. Mißempfindung
 stechend/stumpf taub Druckgefühl

Abb. 11, Erstes Körperbild von Frau R. („Vorher“-Bild)



nach Übungen mit Teelball
 bessere Beweglichkeit und Durchblutung
 Schmerz nicht mehr ausgeprägt

Abb. 12, Zweites Körperbild von Frau R. („Nachher“-Bild)

Zweites Körperbild von Frau R. (Nachher-Bild)

Das zweite Körperbild (Abb. 12, Seite 55) von Frau R. ist 5 Wochen nach dem ersten Bild entstanden. Trotz der relativen Unübersichtlichkeit ist deutlich der Unterschied zwischen dem „Vorher-“ und dem „Nachher- Bild“ und die Verbesserung ihrer Beschwerden zu erkennen. Der Bauchbereich ist jetzt deutlich der Bereich, der als nächstes „dran“ ist.

Frau R. in den Gruppen

In der IBT der Stabilisierungsgruppe fühlt sich Frau R. wohl. Sie nimmt viele Anregungen mit und hebt immer wieder hervor, daß sie viele Übungen auch außerhalb der Gruppe für sich allein weitermacht.

Abschließende Bemerkungen zur körperorientierten Einzeltherapie

In der Einzeltherapie hat Frau R. nacheinander die Körperregionen angeboten, die auch auf ihrem Bild als Ansatzpunkte zu erkennen sind. Daraus entsteht die Arbeit mit den Händen, die Arbeit an der Schulter und dem „sich wehren“ und dann die Arbeit mit dem Rücken.

Frau R. hat relativ klare Körpergrenzen. Klar definierte Berührungen sind ihr hilfreich, sich selbst besser zu finden. Gleichzeitig gibt es auch bei ihr die Befürchtung, sich in der Berührung zu verlieren, wenn diese nicht so ganz klar definiert ist. Als sie in ihrer Krise den Eindruck eines kleinen einsamen Mädchens auf mich macht, biete ich ihr an, meinen Arm als Schutz um sie zu legen. Sie lehnt ab, obwohl sie gleichzeitig betont, daß sie das jetzt gut gebrauchen könnte. Statt dessen sucht sie Trost, Schutz und Unterstützung im Gespräch.

In unseren Interaktionen hat Frau R. immer wieder erfahren, daß nichts geschieht, was sie nicht möchte. Sie hat jeweils selbst bestimmt mit welchen Körperregionen wir uns beschäftigten.

Bei der abschließenden Betrachtung der beiden Körperbilder (Abb. 11 + 12, Seite ??) sind die Verbesserungen auf der körperlichen Ebene deutlich sichtbar. Allerdings ist auch klar, daß noch eine Menge zu tun ist.

Zum Therapieverlauf und dem Therapieergebnis im ganzen zitiere ich aus dem ärztlich/psychologischen Abschlußbericht.

Zum Therapieverlauf

In der Auseinandersetzung mit sich selbst und ihrem innerpsychischen Erleben standen zunächst Gefühle wie Wertlosigkeit, Scham und Ohnmacht im Vordergrund, im weiteren Verlauf dann aggressive Gefühle, während der dritten Phase war Frau R. vor allem mit der Integration ihrer Sexualität und ihrer sexuellen Phantasien beschäftigt.

Therapieergebnis

Vor allem über die kreativtherapeutischen Verfahren gelang es Frau R., ihrem inneren Erleben Ausdruck zu verleihen und letztendlich eine bessere Akzeptanz ihres Gefühlserlebens aber auch ihrer Körperlichkeit zuzulassen. Wenngleich vor allem im Bereich der Körperakzeptanz erhebliche Fortschritte erzielt wurden, so bleibt hier doch auch noch ein erhebliches Defizit. Diese Entwicklung ging einher mit einer Reduktion der schmerzhaft empfundenen Körperpartien.

Eine weitere traumaspezifische Therapie ist unbedingt notwendig. Eine längerfristig angelegte ambulante Psychotherapie oder eine erneute stationäre psychotherapeutische Behandlung ist dringend erforderlich.

2.3 Vorstellung der Arbeit mit Frau P.

Frau P., ist eine 38jährige Patientin, die wegen folgender Diagnose in unserer Abteilung behandelt wird: Akute Dekompensation einer chronisch komplexen posttraumatischen Belastungsstörung.

.Ihre Beschwerden bei der Aufnahme:

Frau P. leidet seit ca. 1/2 Jahr verstärkt unter schweren Alpträumen, immer wieder auftretenden Flashbacks, Depersonalisations-, Derealisationen und inneren Panikgefühlen. Sie ist unfähig sich zu entspannen und fühlt sich am Ende ihrer Kraft. Aus ihrer Überforderung heraus haben sich auch Partnerschaftsprobleme entwickelt.

Sie stellt Zusammenhänge mit ihrer beruflichen und privaten Situation her. Als Psychologin wurde durch die Arbeit mit traumatisierten Klientinnen ihre eigene Geschichte immer wieder aktualisiert, Bilder und Erinnerungen tauchten immer wieder auf und sie konnte immer weniger damit umgehen. Außerdem ist ihre Tochter jetzt in dem Alter (1 1/2 - 2), in dem sie selbst als Kind traumatisiert wurde.

.Ihre therapeutische Vorerfahrung:

Wegen einer Bulimie war sie vor 15 Jahren erfolgreich in einer stationären psychosomatischen Behandlung. Anschließend 4 Jahre ambulante Psychotherapie, seither unregelmäßig stützende Gespräche.

.Ihre jetzige Situation:

Frau P. ist verheiratet und hat eine Tochter. In der, ansonsten guten Beziehung zu ihrem Mann, gibt es immer wieder, zuletzt vermehrt, Schwierigkeiten in der Sexualität.

.Ihre Geschichte:

Sie ist ein „nicht gewolltes“ Kind, die jüngere von zwei Schwestern. Der Vater war aufbrausend und aggressiv, bestrafte hart, auch mit Schlägen. Die Mutter war eher chaotisch, diffus und „hatte immer recht“. Anerkennung gab es bei beiden nur über Leistung. Die Atmosphäre in der Familie war dunkel, erdrückend, unberechenbar, es gab keine klaren Regeln. Durch Familienangehörige wurde sie als Kind sexuell traumatisiert. Die wichtigste Person war eine Oma, bei der die Patientin als Kind viel Zeit verbrachte.

.Ihre Ziele für die jetzige Therapie

Frau P. möchte für sich klären was wohin gehört, was zum inneren Kind und was zur Erwachsenen. Sie möchte sich nicht mehr den Flashbacks, den Intrusionen und Wahrnehmungsverzerrungen ausgesetzt fühlen. Sie möchte den Paarkonflikt angehen und erkennen, was sie ändern muß, um sich nicht überfordert zu fühlen.

Das IBT Programm für Frau P.:

Das Therapieprogramm für Frau P. war für die 10 Wochen ihres Aufenthaltes in der Klinik nach unserem Ansatz der Integrativen Traumatherapie aufgebaut. Sie durchlief die Stufe I (Stabilisierung), Stufe II (Traumaexposition) und Stufe IV (Vorbereitung auf das häusliche Umfeld). Hier stelle ich nur den Aufbau ihres IBT Programms im Einzelnen dar.

1. Woche	2. Woche	3. Woche	4. Woche	5. Woche
Aufnahme in die Bezugsgruppe, noch keine speziellen IBT Angebote	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.
	Einzel. K.	Einzel. K.	Einzel. K.	Einzel. K.
	1.+ 2. K.-Bild			

6. Woche	7. Woche	8. Woche	9. Woche	10. Woche
IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.	IBT-Stabi.-Gr.
Einzel. K.				
			3.+ 4. K.-Bild	
			IBT-Bez. Gr.	IBT-Bez. Gr.

Erläuterungen zu den Abkürzungen:

IBT-Stabi.-Gr.	Teilnahme an der IBT — Stabilisierungsgruppe, 1x wöchentl. 60 Min.
Einzel. K.	Körperorientierte Einzeltermine, 1x wöchentl. 50 Min.
1.+ 2. K.-Bild	Schmerzbild und Bild der Mißempfindungen (Vorher-Bilder, Abb. 13+14, S. 61+62)
3.+ 4. K.-Bild	Schmerzbild und Bild der Mißempfindungen (Nachher-Bilder, Abb.15+16, S. 64+65)
IBT-Bez. Gr.	Teilnahme an der IBT ihrer Bezugsgruppe, 2x wöchentl. je 90 Min.

1. Einzeltermin

Bei unserem ersten Einzeltermin sitzt mir Frau P. sehr angespannt und mit weit aufgerissenen „Angstaugen“ gegenüber. Die Anspannung ist hauptsächlich in ihrem Gesicht, aber auch in ihrer Körperhaltung sichtbar. Sie berichtet: sie hat schon viel Körperarbeit der verschiedensten Therapierichtungen gemacht, im Nachhinein empfindet sie viel von dem, was sie gemacht hat als Übergriffigkeit, ja sogar als Retraumatisierung.

Ihr Körperempfinden beschreibt sie so: sie kann von außen sehr wohl ihre Haut sehen, aber von innen her mit ihrer Wahrnehmung nicht bis zur Haut kommen, sie hat das Gefühl, ihren Körper von innen her nicht ausfüllen zu können, es gibt einen Zwischenraum, von dem sie nicht weiß, wem der eigentlich gehört.

Wir sprechen ausführlich über Grenzen: ihre Grenzen, meine Grenzen, wie wir es denn gemeinsam mit den Grenzen halten wollen, wer denn für die Einhaltung und Sicherheit der Grenzen verantwortlich ist, wieviel Verantwortung bei ihr liegt und wieviel bei mir, wie wir es mit Berührung halten sollen, wie wir denn verfahren wollen, wenn sie erst im Nachhinein merkt, daß ihre Grenze überschritten ist und dergleichen mehr.

Zum Ende der Stunde drückt sie ihre große Erleichterung darüber aus, daß ich so großen Wert auf die Wahrung ihrer Grenze/Integrität lege, denn sie hatte befürchtet, in der Körpertherapie könne ihr nur geholfen werden, indem ihre Integrität erneut verletzt würde.

Ich gebe ihr die Vorlagen für das Schmerzbild und das Bild der Mißempfindungen und bitte sie, mir die Bilder vor unserem nächsten Termin zu geben. Noch am gleichen Tag zeichnet sie die Bilder und gibt sie mir schon am nächsten Tag.

.Körperbilder von Frau P.

Das erste Körperbild von Frau P. ist das Bild der Schmerzen (Abb. 13, Seite 61). Das zweite Körperbild von Frau P. ist das Bild der Mißempfindungen (Abb. 14, Seite 62). Beide Bilder sind zu Beginn der Therapie gemalt, also die „Vorher“- Bilder.

Anhand ihrer Körperbilder sehe ich, für die Einzel-Körpertherapie mit Frau P. drei mögliche Ansatzpunkte. Als erstes den Bauchbereich, die Punkte 1, 3 und 4 ihrer Körperbilder beziehen sich darauf. Zum zweiten die schon im Erstgespräch erwähnte Unklarheit mit ihrer Körpergrenze, die im Bild unter Punkt 2 an Armen, Beinen und Kopf eingezeichnet sind. Als drittes das unter Punkt 5 und 6 gezeichnete „Loch“, das offensichtlich in der Mitte der Brust, durch den Körper hindurch, bis zum Rücken reicht.

.2. Einzeltermin

Beim zweiten Termin sagt Frau P.: „Ich fühle mich wie ein kleines Baby, das allein gelassen ist und dem kalt ist“. Ich gebe ihr eine Decke, um sich darin einzuhüllen, da sie nicht möchte, daß ich die Decke um sie lege. Ich bitte sie, die Decke fest um sich zu nehmen.

Als ich ihr die Decke gebe, komme ich ihr ziemlich nahe und sie weicht kaum merklich vor mir zurück. Ich bitte sie, zu bleiben und statt dessen, mich so weit wegzuschicken, bis für sie der Abstand stimmt. Die Angst steht ihr sofort wieder im Gesicht. Als ich ihr sage, daß ich es für besser und für sie als wichtig erachte, daß sie bleibt und ich zurückgehe, und daß sie bestimmt, wie weit ich gehen soll, beruhigt sie sich wieder. Frau P. bleibt an ihrem Platz stehen und schickt mich, mit mehrmaligem Überprüfen, immer weiter weg, so weit, wie es die Größe des Raumes erlaubt (ca. 4 Meter). Sie steht, in die Decke eingewickelt und macht eine etwas erstaunte Miene, sie bemerkt: „so ist es besser für mich, es ist warm und ich kann mich besser spüren“.

Nach einer Weile des Erstaunens äußert Frau P.: „ich fühle mich schwach“. Ich biete ihr an, sich zu setzen oder zu legen. Sie legt sich sofort, immer noch eingewickelt in die Decke, auf den Boden und geht in die Embryohaltung. Da ich immer noch stehe, frage ich sie, ob ich stehen bleiben soll, oder ob ich mich setzen soll. Auf ihre Anweisung hin, setze ich mich auf den Boden. Die nun entstandene Szene und Atmosphäre lasse ich auf mich wirken. Für mich ist es, wie am „Krankenbett“ zu sitzen, helfen zu wollen, und gleichzeitig zu wissen, daß jedes „Näherkommen“ und jedes „Tätigwerden“ nur die Angst wieder auf den Plan ruft und steigert. In dieser Situation fange ich an, mit der „kleinen Jutta“ liebevoll und anteilnehmend zu sprechen, so wie eine gute Mutter (oder Oma) am Bettchen ihres kranken Kindes mit der „Kleinen“ spricht. Frau P. geht auf mein Angebot ein, sie gibt als

„kleine Jutta“ Laute von sich, und es entsteht ein „Gespräch“ zwischen „Mutter und Kind“. In dieser Konstellation und bei unserem Gespräch bleiben wir eine ganze Weile.

.Dazwischen mache ich immer wieder Pausen, um zu sehen, ob Frau P. evtl. andere Impulse setzt. Nach einiger Zeit setzt sie sich auf und sagt: "Ich bin jetzt nicht mehr so klein und ich spüre mich jetzt auch besser." Sie wird zusehends erwachsener. Wir sprechen als zwei Erwachsene darüber, was sie eben in der Szene erlebt hat, wie es ihr ergangen ist und wie sie wieder „groß" werden konnte. Auch sprechen wir darüber, wie sie als Mutter mit ihrer

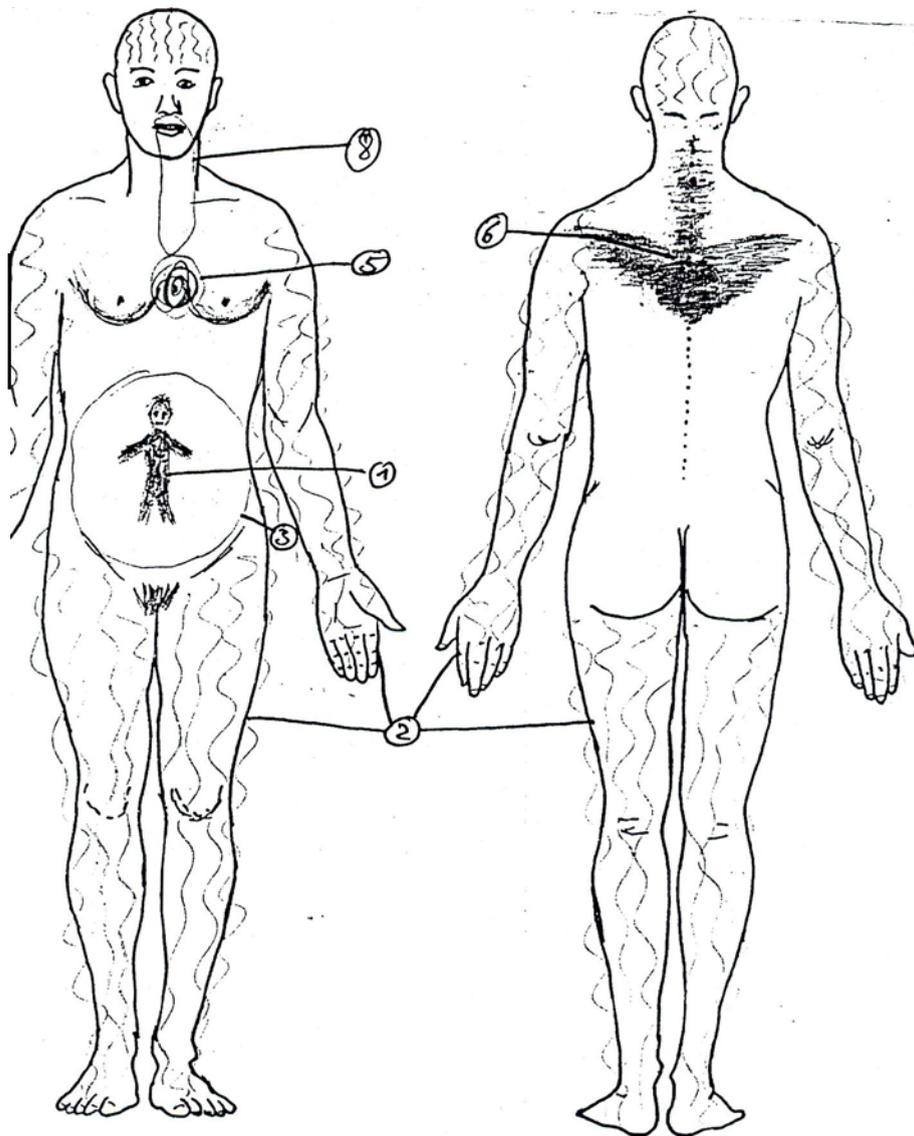


Abb. 14, Bild der Mißempfindungen von Frau P. („Vorher“-Bild)

3. Mein Bauch/Unterbauch — Bereich fühlt sich wie ein Ballon an:
ich denke dabei an unterernährte Kinder in der 3. Welt, die diese Wasserbäuche haben und gleichzeitig verhungern.
täglich, geht für kurze Zeit weg;
Wenn Gefühle in mir aufsteigen, bläht sich mein Bauch auf, wenn ich Energie von anderen aufnehme, wird es immer mehr.
4. Druckschmerz, Faust im Unterleib, 1 x/Tag, deckt sich etwas mit 3 aber geht in Richtung schmerzhaft.
5. ungeschützt, verletzlich, wie ein Loch dort;
6. ähnlich wie 5;
bei der Vorstellung, daß mich jd. dort berührt habe ich Angst zusammenzubrechen; alles wird fest und fester.
7. Wie ein Eisenband, fest, drückt — Druck; Häufigkeit, Dauer ?; wenn ich innerlich unter Druck komme.
8. ständige Übelkeit, Taubheitsgefühl im Mund/Zunge"

kleinen Tochter umgeht, und daß sie sehr wohl liebevoll und mütterlich sein kann, bloß nicht für sich selbst.

Aus diesem Gespräch ergibt sich für Frau P. eine Aufgabe für die nächste Zeit: Die „erwachsene Jutta“ kümmert sich liebevoll und mütterlich um die „kleine Jutta“, z.B., wenn ihr kalt ist.

3. Einzeltermin

Beim nächsten Termin sitzt Frau P. wieder mit großen ängstlichen Augen vor mir und wieder ist das ganze Gesicht angespannt. Sie berichtet, daß sie ihren Körper so wenig spürt, das Gesicht noch am besten. Ich frage sie, was sie in ihrem Gesicht wahrnehmen kann. Es dauert eine Weile, sie tut sich offensichtlich schwer, dann benennt sie die Anspannung um die Augen und daß dort die Angst sitzt. Die Angst kann sie sonst nirgends in ihrem Körper spüren.

Frau P. äußert, daß sie sich oft und leicht schämt, jetzt in dieser Situation auch. Normalerweise geht sie dann. Jetzt in der Sitzung wendet sie sich ab. Sie äußert weiter, daß sie sich nackt fühlt, und ein Blick der sie auszieht, ist im Raum. Auf meine Nachfrage, ob der Blick von mir käme, sagt sie eindeutig nein. Sie kann ihn auch sonst niemanden zuordnen, er bleibt aber atmosphärisch im Raum. Ich gebe ihr als Schutz vor diesem Blick eine Decke, in die sie sich, auf dem Stuhl sitzend, einhüllt. Als ich sie auf den Abstand zwischen uns anspreche, dirigiert sie mich wieder so weit weg, wie es der Raum erlaubt. Bei der Überprüfung, ob es für sie so stimmig ist, stellt sie fest, daß die Situation noch nicht stimmt. Sie bittet mich (es ist Sommer und ich habe kurze Ärmel an), mich auch in eine Decke einzuhüllen, außerdem soll ich mich umdrehen. Erst als meine „nackten Arme“ unter der Decke verschwunden sind und ich ihr den Rücken zuwende, sie nicht mehr anschaut, ist die Situation für sie in Ordnung. Aus der Entfernung spreche ich wieder mit der „kleinen Jutta“ wie eine gute Mutter oder Oma, die ihr ängstliches Kind beruhigt. Die Angst der „kleinen Jutta“ weicht langsam, sie wird „größer“ und wir können uns beide wieder umdrehen. Im abschließenden Gespräch geht es um die Angst und Scham der „kleinen Jutta“ und wie die „große Jutta“ ihr beistehen und sie beruhigen kann. Zum Schluß sagt sie: "Es ist für mich eine heilsame Erfahrung, Kontakt in der Distanz zu meinen Bedingungen haben zu können".

4. 7. Einzeltermin

Im weiteren Verlauf der Therapie entstehen immer wieder Atmosphären, in denen sich Frau P. wie ein kleines Kind fühlt, das sich ganz in sich zurückgezogen hat, dort allein ist und nicht mehr aus eigener Kraft herauskommen kann.

In einer Stunde ist Frau P., schon zu Beginn, den Tränen nahe und hat große Angst, darin wegzuschwimmen und sich zu verlieren. Sie lernt, sich selbst zu beruhigen: das gelingt ihr, indem sie mit ihren Händen ihre Füße anfaßt und die Zehen leicht bewegt. Als es ihr gelingt, „sich selbst nicht zu verlieren“, kann sie sich auch in kleinen Schritten öffnen und Kontakt mit der Welt aufnehmen. Zuerst kann ihr Fuß Kontakt mit einem Igelball aufnehmen. Den Igelball möchte sie am Ende der Sitzung mitnehmen. Im weiteren Verlauf ihres Aufenthaltes auf unserer Abteilung hat sie

den Ball fast immer bei sich. Am Ende nimmt sie ihn sogar mit nachhause und läßt einen Ersatzball da: Sie sagt, der Igelball hilft ihr, „sich nicht ganz in sich zurückzuziehen und auch in Kontakt mit der Welt zu gehen“.

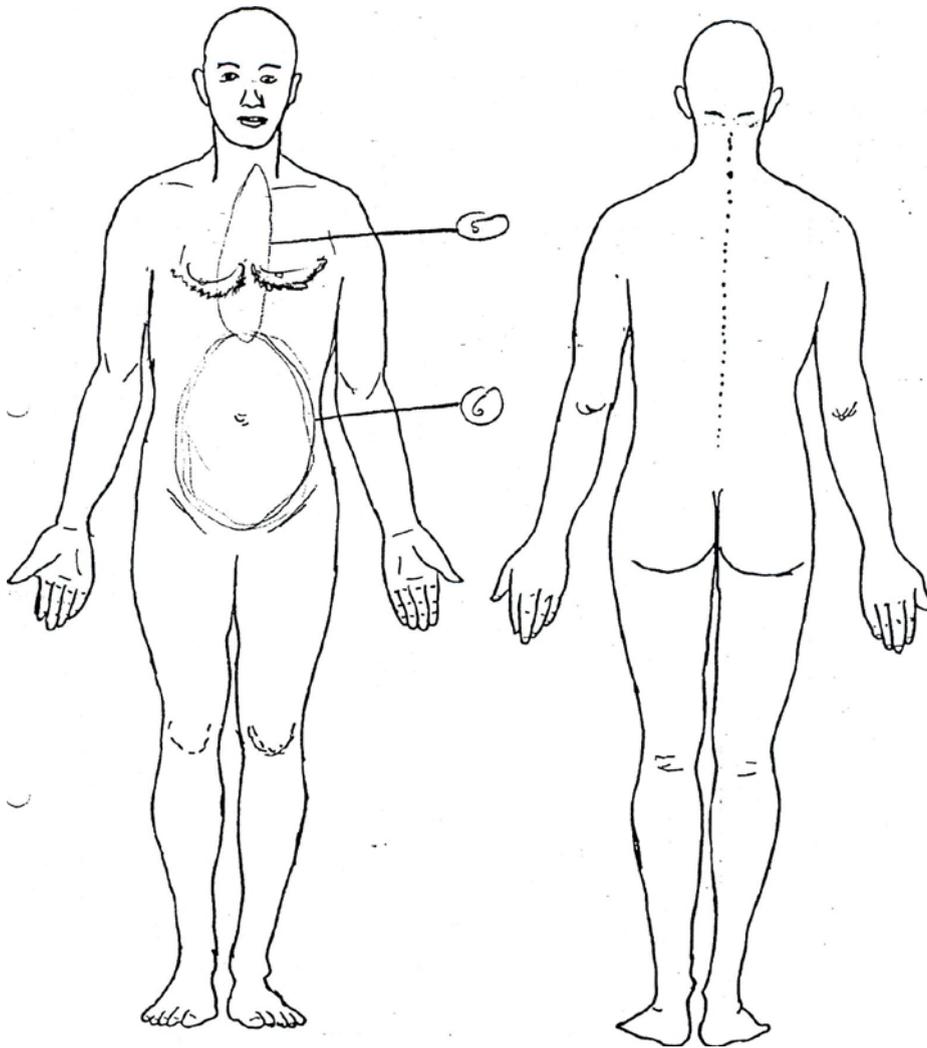


Abb. 16, Bild der Mißempfindungen von Frau P. („Nachher“-Bild)

Erläuterungen von Frau P. zu ihren Körperbildern zum Ende der Therapie, 6 Wochen nachdem sie die Anfangsbilder gezeichnet hat:

1. Druck im Kopf,
bei Streß, Anspannung, wieder zunehmend.
2. steckender Schmerz bis tauber Schmerz,
bei Anspannung kommen Gefühle von Ohnmacht u. Hilflosigkeit hoch
3. Magenschmerzen bei Berührung,
fühlt sich wie roh an, immer Kreuzbein/Lendenwirbelsäule instabil; bei Belastung stechender Schmerz, muß aktiv stabilisiert werden.
4. Übelkeit, wieder verstärkt in der letzten Woche der Therapie,
bei Entspannungsübungen, Gruppensituationen, 1x tägl.
5. ganzer Bauch — Becken — Raum, wie geschwollen, aufgedunsen, fremd,
6. immer „Gefühle von Ablehnung und Haß“

Körperbilder von Frau P.

Frau P. klagt immer wieder über die verschiedensten Beschwerden und ist immer wieder sehr angespannt, so bitte ich sie in der vorletzten Woche, noch einmal ein Schmerzbild und ein Bild der Mißempfindungen (Abb. 15 und 16 mit den Erläuterungen der Patientin, Seite 64 und 65) mit dem aktuellen Stand, zu zeichnen. Diese Bilder sind zum Ende der Therapie, 6 Wochen nachdem sie die Anfangsbilder gezeichnet hat entstanden, es sind also die „Nachher“- Bilder.

Frau P's. Bilder zeigen eine deutliche Verbesserung, was sie auch sehen kann, allerdings betont sie, daß sie sich noch nicht geheilt fühle.

8. + 9. Einzeltermin

In den beiden letzten Stunden vor ihrer Abreise sprechen wir über die Erfahrungen, die sie in den letzten Wochen mit der „kleinen Jutta“ gemacht. Sie berichtet, daß sie sich oft wie die „kleine Jutta“ fühlt, daß sie das früher immer ganz verwirrt hat und sie sich nicht mehr zu helfen wußte. Jetzt kann sie die Gefühle der „kleinen Jutta“ erkennen und die „große Jutta“ weiß jetzt, wie sie die „Kleine“ beruhigen und trösten kann. Auch sagt sie: „die Auflösungsgefühle sind jetzt eher situativ da, nicht mehr als Grundgefühl“. Auf diesem Hintergrund erarbeiten wir gemeinsam Strategien für ihren weiteren Umgang mit ihren Grenzen in unterschiedlichen Lebenssituationen.

Frau P. in den Gruppen

Die IBT Stabilisierungsgruppe war eine ständige Herausforderung für Frau P.. Die räumliche Nähe mit den anderen Gruppenmitgliedern führte sie oft an die Grenzen dessen, was sie verkraften konnte. Sie wählte immer einen Platz in meiner Nähe, anfänglich verließ sie die Gruppe auch einmal vorzeitig und war oft sehr angespannt. Diese Schwierigkeiten bewältigte sie im Laufe der Zeit immer besser.

Als Frau P. ab der neunten Woche auch an der IBT der Bezugsgruppe teilnimmt, ist sie soweit stabilisiert, daß sie Nähe und Distanz gut regeln kann. Teilweise distanziert sie sich von dem Geschehen, indem sie sich in eine Ecke zurückzieht, kommt aber auch wieder hervor, um mit den anderen etwas zusammen zu machen. Sie sagt: "Ich komme wieder an meine Kräfte".

Abschließende Bemerkungen zur körperorientierten Einzeltherapie

In der Einzeltherapie hat Frau P. immer wieder das angeboten, was sie in ihrem ersten Bild der Mißempfindungen unter Punkt 1 beschrieben hat („Ich fühle mich kleiner als in Wirklichkeit, hilflos, ausgeliefert, gelähmt;“). Szenen mit der „kleinen Jutta“ stiegen immer wieder, aus ihrem Leibgedächtnis auf, und sie setzte sie in Szene. Ich fädelt mich als „gute Mutter, Oma“ in diese Szenen ein, und half so, die Szenen umzuschreiben und sie verständlicher, begreifbar zu machen.

Hat eine Patientin so unklare Körpergrenzen wie Frau P., bin ich mit Berührungen äußerst zurückhaltend, sie werden schnell als Übergriffigkeit empfunden. Frau P. habe ich nie berührt, trotzdem haben wir die ganze Zeit an ihrer Grenze gearbeitet. Indem ich sie immer wieder aufforderte, den Abstand zu mir zu regulieren und den stimmigen Abstand

zu erspüren und zu finden, konnte sie für ihre eigene Körpergrenze immer mehr Gespür entwickeln.

Weiter hat Frau P., indem sie mich dirigiert hat, immer wieder am eigenen Leib erfahren, daß es für sie nicht nur die Hilflosigkeit gibt, sondern daß sie selbst wirksam werden kann und etwas für ihre Sicherheit tun kann. Sie hat erlebt, daß sie nicht nur Opfer und ausgeliefert ist, sondern daß sie auch tätig werden kann. Ihre neuen Fähigkeiten diesbezüglich zeigen sich sehr deutlich, als sie in die IBT der Bezugsgruppe kommt. Dort bestimmt sie im Kontakt mit den anderen über sich selbst.

In der körperorientierten Einzeltherapie habe ich mit Frau P. hauptsächlich in drei Bereichen gearbeitet: mit der Angst und Scham der „kleinen Jutta“, an der Verdeutlichung ihrer Körpergrenzen und an der Umwandlung ihres Gefühls von Ohnmächtigkeit in ein Gefühl der „Selbstmächtigkeit“.

Bei der abschließenden Betrachtung der Körperbilder, der „Vorher- und Nachher Bilder“ (Abb. 13 und 14, S. ?? und ?? und Abb. 15 und 16, S. ?? und ??) kann man feststellen, daß die Verbesserungen in der körperlichen Befindlichkeit von Frau P. sich hauptsächlich im Bauchbereich — es beziehen sich jetzt nur die Punkte 3 und 6 darauf — und bezüglich ihrer Körpergrenze — die sie jetzt überhaupt nicht mehr erwähnt — ergeben haben. Weiter erwähnt sie auch das „Loch“ in der Mitte der Brust nicht mehr, es sitzt allerdings noch etwas im Rücken, was sie jetzt unter Punkt 2 erwähnt.

Die Verbesserungen, die sich in Frau P.'s körperlicher Befindlichkeit auf den Körperbildern zeigen, sind schwerpunktmäßig in den Bereichen sichtbar, an denen wir gearbeitet haben. Die weiteren Verbesserungen betrachte ich eher als Begleiterscheinungen der allgemeinen Verbesserung.

Zum Therapieverlauf und dem Therapieergebnis im ganzen zitiere ich aus dem ärztlich/psychologischen Abschlußbericht.

Zum Therapieverlauf

„In unserem integrativen Traumatherapiesetting arbeiteten wir zunächst stabilisierend mit Frau P.. Hierbei ging es zunächst um die Identifizierung von Triggern, deren Neutralisierung bzw. Vermeidung und das Erarbeiten von Coping-Strategien zur Abwendung oder Bewältigung schwerer dissoziativer Zustände. Neben der Arbeit an diesen Ich-Funktionen stand auch die therapeutische Beziehung immer wieder im Fokus, da es Frau P. ihrer Geschichte gemäß sehr schwer fiel, sich vertrauensvoll auf eine solche Beziehung einzulassen, da ihre Grunderfahrung gewesen ist, im Stich gelassen zu werden und alleine für sich sorgen zu müssen. Hierbei war es ihr möglich, sich ganz allmählich und durch wiederholtes Überprüfen auf eine therapeutische Beziehung einzulassen, die sich als tragfähig erwies und sie auch diesbezüglich emotional korrigierende Erfahrungen machen konnte.... Zum Abschluß der hiesigen stationären Therapie konnte sie ansatzweise beginnen, die stattgefundenen Traumatisierungen zu betrauern und sich zu reorientieren.“

Therapieergebnis

„Insgesamt gesehen konnte Frau P. vom hiesigen Aufenthalt sehr gut profitieren. Sie konnte sich stabilisieren, ihre Ich-Funktionen erweitern, es war eine Traumaexposition

möglich, wodurch ein deutlicher Rückgang der posttraumatischen Symptomatik bewirkt werden konnte."

Eine ambulante traumamodifizierte Psychotherapie wird Frau P. dringend empfohlen, evtl. auch eine erneute stationäre Therapie.

Schlußbemerkungen

Die Arbeit mit traumatisierten Patientinnen hinterläßt verschiedene Spuren bei den Therapeutinnen. Dies konnte ich im Laufe der Zeit sowohl bei mir selbst als auch bei Kolleginnen und Kollegen feststellen.

Besonders unangenehm ist die Tatsache, daß durch die intensive Arbeit mit traumatisierten Patientinnen und die Sensibilisierung für Traumata eigene, schon „vergessene“ traumatische Erlebnisse, öfter unvermittelt wieder auftauchen. Nachdem ich diesen Mechanismus bei mir selbst beobachtet hatte, befragte ich etliche Kolleginnen, alle hatten ähnliche Erfahrungen. Das kann z. B. so aussehen, daß Erinnerungen an einen weit zurückliegenden Verkehrsunfall beim Autofahren plötzlich da sind und die Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Solche Erinnerungen, die früher vielleicht einmal in zwei Jahren kamen, können jetzt gehäuft auftreten, bis mehrmals an einem Tag. Es scheint so, daß die tägliche Beschäftigung mit der menschlichen Verletzlichkeit auch die eigene Verletzlichkeit mehr ins Bewußtsein bringt. Wir fragen uns, wie lange kann Frau oder Mann diese Arbeit machen ohne selbst Schaden zu nehmen. Unter diesem Gesichtspunkt wünsche ich mir bei der weiteren Entwicklung der Traumatherapie eine stärkere Berücksichtigung der Psychohygiene für die Therapeutinnen.

Auf der anderen Seite ist in der Arbeit mit traumatisierten Patientinnen immer wieder sehr genau zu schauen und mit den Patientinnen auszuloten, was sie in welchem Moment wie tun können, um ihre Selbstkontrolle und ihre Selbstbestimmung zu bewahren oder wiederherzustellen. Dies schärft den Blick der Therapeutinnen für die Selbstbestimmtheit und die Autonomie der Patientinnen, was sich auf die Arbeit mit den „anderen“ Patientinnen auswirkt. Sie wird jetzt oft als „leichter“ empfunden.

Die bewußte Arbeit im Spannungsfeld zwischen der menschlichen Verletzlichkeit auf der einen Seite und der menschlichen Autonomie auf der anderen Seite bringt für die Therapeutinnen auch einen ganz persönlichen Gewinn mit sich. Wir lernen dieses reale Spannungsfeld, in dem wir alle leben, besser kennen, können uns dann bewußter darin orientieren und besser darin leben. Wir werden realistischer.

Verzeichnis der Abbildungen

mit den dazugehörigen Erläuterungen der Patientinnen

AAb. 1	Kopfschmerz und Halsdruck	3
Abb. 2	Körperbild von Frau S.	29
Abb. 3	Erstes Körperbild von Frau E.	30
Abb. 4	Körperbild von Frau V.	32
Abb. 5	Erstes Körperbild von Frau R.	33
Abb. 6	Körperbild von Frau G.	35
Abb. 7	Bild der Kräfte und Kraftquellen von Frau T.	40
Abb. 8	Bild der Kräfte und Kraftquellen von Frau 1	40
Abb. 9	Bild der Schmerzen von Frau E.	46
Abb. 10	Bild der Mißempfindungen von Frau E.	47
Abb. 11	„Vorher“- Bild von Frau R.	55
Abb. 12	„Nachher“- Bild von Frau R.	55
Abb. 13	Bild der Schmerzen von Frau P., „Vorher“- Bild	61
Abb. 14	Bild der Mißempfindungen von Frau P., „Vorher“- Bild	62
Abb. 15	Bild der Schmerzen von Frau P., „Nachher“- Bild	64
Abb. 16	Bild der Mißempfindungen von Frau P., „Nachher“- Bild	65

ANHANG

Aufgaben und Vorlagen für die Patientinnen - Bild der Schmerzen

- Bild der Mißempfindungen

Körperbild

Bild der Schmerzen

Mit Hilfe der Körperbilder können Sie „Landkarten“ Ihrer körperlichen Befindlichkeit und Ihrer Beschwerden erstellen. Gestalten Sie Ihr Körperbild wie eine Landkarte durch Linien und Zeichen unterschiedlicher Art und Stärke ebenso wie durch Farben, die Ihnen passend erscheinen.

Sie haben eine Körperbild - Vorlage, für eine bestimmte Sichtweise auf Ihren Körper.

Bild der Schmerzen

Zeichnen Sie Ihre Schmerzen in die Umrißzeichnung wie in eine Landkarte ein.

Nummerieren Sie die eingezeichneten Stellen. Was Sie am meisten beeinträchtigt, bekommt die Nummer 1, das Nächste die Nummer 2 usw.

Geben Sie zu jeder Nummer in Ihrem Bild eine kurze Erläuterung über:

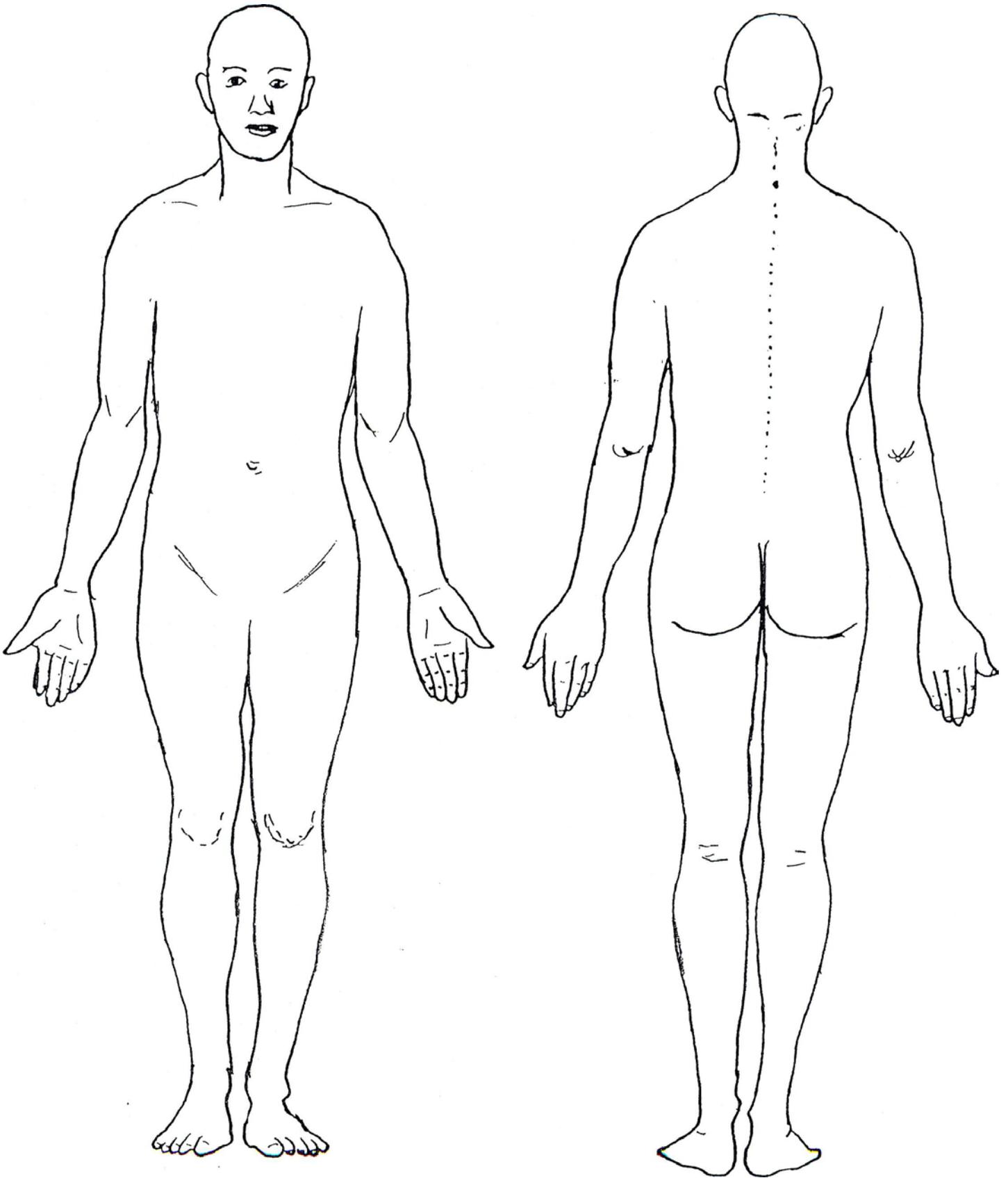
Art des Schmerzes, z.B. stechender oder stumpfer Schmerz oder

.... -> Häufigkeit des Auftretens, z.B. täglich oder 2 mal in der Woche.

--> Zeitdauer des Auftretens, z.B. mehrere Stunden oder den ganzen Tag.

Zusammenhang des Auftretens, z.B. wenn ich unter Menschen bin oder wenn ich
..... denke oder mache.

Schmerzen



Name: Datum:
Vervollständigen Sie bitte die Zeichnung Ihrem Geschlecht entsprechend.

Körperbild

Bild der Mißempfindungen

Mit Hilfe der Körperbilder können Sie „Landkarten“ Ihrer körperlichen Befindlichkeit und Ihrer Beschwerden erstellen. Gestalten Sie Ihr Körperbild wie eine Landkarte durch Linien und Zeichen unterschiedlicher Art und Stärke ebenso wie durch Farben, die Ihnen passend erscheinen.

Sie haben eine Körperbild - Vorlage, für eine bestimmte Sichtweise auf Ihren Körper.

Bild der Mißempfindungen

Zeichnen Sie Ihre körperlichen Mißempfindungen in die Umrißzeichnung wie in eine Landkarte ein.

- Numerieren Sie die eingezeichneten Stellen. Was Sie am meisten beeinträchtigt, bekommt die Nummer 1, das Nächste die Nummer 2 usw.

Geben Sie zu jeder Nummer in Ihrem Bild eine kurze Erläuterung über:

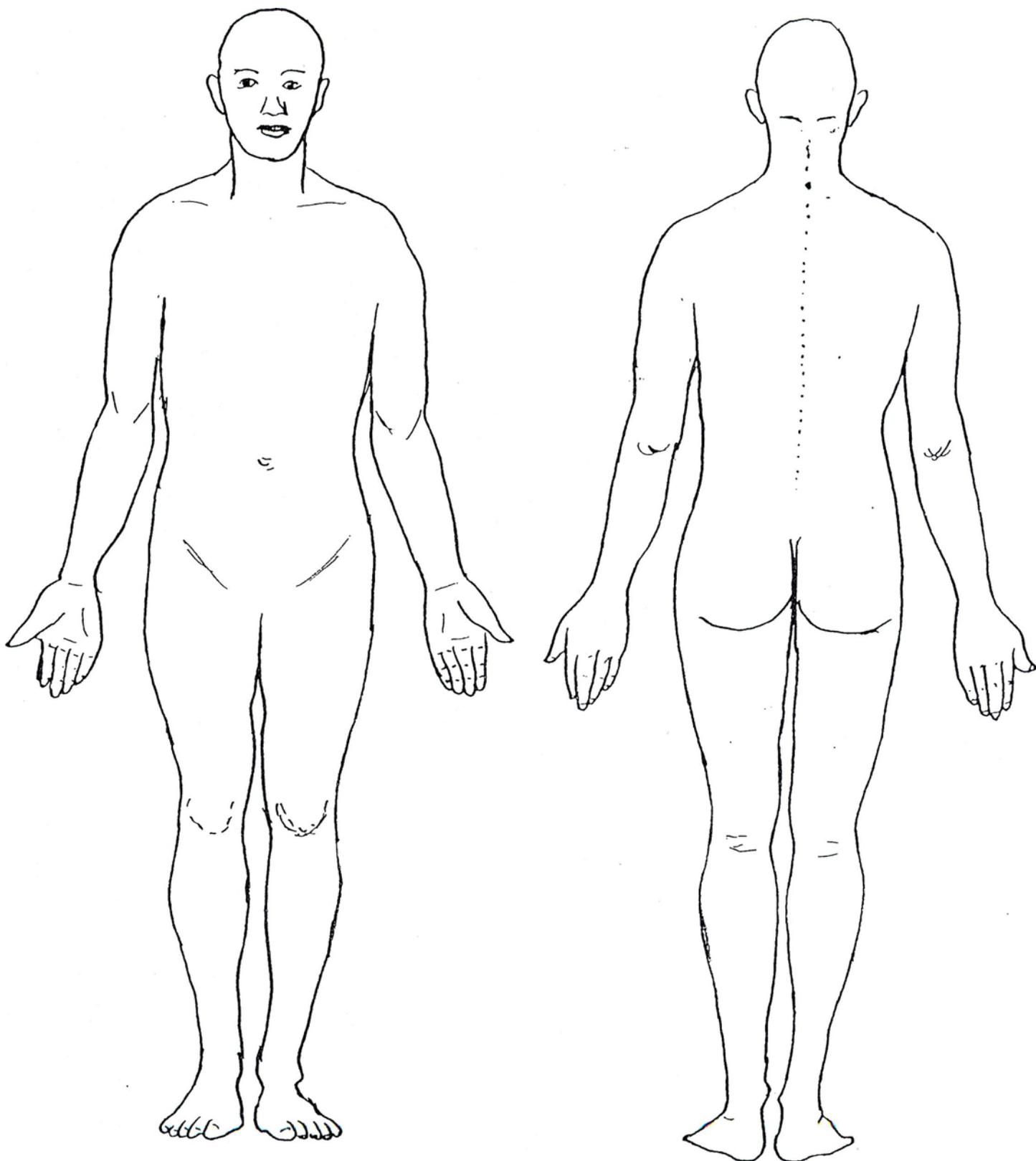
→ Art der Mißempfindung, z.B. fühlt sich taub an, verkrampft sich oder

→ Häufigkeit des Auftretens, z.B. täglich oder 2 mal in der Woche.

→ Zeitdauer des Auftretens, z.B. mehrere Stunden oder den ganzen Tag.

→ Zusammenhang des Auftretens, z.B. wenn ich unter Menschen bin oder wenn ich denke oder mache.

Mißempfindungen



Name: Datum:

Vervollständigen Sie bitte die Zeichnung Ihrem Geschlecht entsprechend.

Zusammenfassung: Integrative Bewegungs-Therapie und Körperbilder bei der Behandlung von Traumapatienten in der Psychosomatischen Klinik

Die Arbeit stellt die Behandlung von Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Rahmen einer psychosomatischen Klinik vor mit der Methode der Integrativen Traumatherapie. Dabei wird eine kreative Prozesstechnik eingesetzt, die von *Hilarion Petzold* entwickelt und mit *Hildegund Heinl* und *Ilse Orth* weiter ausgearbeitet wurde: die Körperbilder/Body Charts. Theorie und Praxis dieser Arbeitsform werden detailliert anhand von Patientenbeispielen vorgestellt.

Schlüsselwörter: Integrative Traumatherapie, Posttraumatische, Psychosomatik, Leibgedächtnis, Body Charts

Summary: Integrative Movement Therapy and Body Charts in the treatment of trauma patients in a psychosomatic clinic

This paper presents the treatment of patients with a posttraumatic disorder (PTSD) in the context of a psychosomatic clinic with the method of Integrative Trauma Therapy. A creative process method is applied which has been developed by Hilarion Petzold and further elaborated with *Hildegund Heinl* and *Ilse Orth*: Body Paintings/Body Charts. Theory and practice of this form of treatment are presented in detail using examples from patients.

Keywords: Integrative Trauma Therapy, Post-traumatic Disorder, Psychosomatics, Body Memory, Body Chart

Literatur Teil I (Hübner)

Betz, O.: Der Leib als sichtbare Seele. Kreuz Verlag 1991

Heinl, H.: „Therapie vom Leibe her“ — körperbezogene Behandlung in der Praxis. In Petzold, H., Sieper, J. (Hrsg.): Integration und Kreation Band 1. Junfermann 1993

Heinl, H.: Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychtherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome des Bewegungssystems. In Integrative Therapie, Heft 3/1997

Middendorf, I.: Der Erfahrbare Atem, Eine Atemlehre. Junfermann 1991

Milz, H.: Der wiederentdeckte Körper. Artemis & Winkler 1992

Petzold, H.: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Bd. I/1+2, Junfermann 1988

Petzold, H.: Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bd. II 1-3, Junfermann 1993

Petzold, H. Wolf, U. et al.: Integrative Traumatherapie — Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. In van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic Stress. Junfermann 2000

Petzold, H., Orth, I.: Körperbilder in der Integrativen Therapie. In Integrative Therapie, Heft 1-2/1991

Reddemann, L. u. Sachse, U.: Traumazentrierte Psychotherapie — Stabilisierung. In Persönlichkeitsstörungen,

Theorie und Therapie, Heft 3/97

.Shalev, A. Y.: Belastung versus traumatische Belastung. Von homöostatischen Akutreaktionen zur chronischen Psychopathologie. In van der Kolk, B., Mc Farlane, A., Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic Stress. Junfermann 2000

van der Kolk, B.: Der Körper vergißt nicht. Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In van der Kolk, B., Mc Farlane, A., Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic Stress. Junfermann 2000

van der Kolk, B., Mc Farlane, A.: Trauma — ein schwarzes Loch. In van der Kolk, B., Mc Farlane, A., Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic Stress. Junfermann 2000

van der Kolk, B., Mc Farlane, A. & van der Hart, O.: Ein allgemeiner Ansatz zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In van der Kolk, B., Mc Farlane, A., Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic Stress. Junfermann 2000

Wirtz, U.: Seelenmord, Inzest und Therapie. Kreuz, 1989

Wolf, H. U.: Gestalttherapeutische Arbeit mit traumatisch geschädigten Patienten. In Gestalt Therapie, Heft 1/98

Weitere Literatur zum Thema:

.Biesold, K.-H.: Psychotrauma, Wenn nichts mehr ist wie früher... In Extracta psychiatrica, Heft 3/2000 Brooks, Ch.: Erleben durch die Sinne, Sensory Awareness. dtv 1991

.Butolle, W. et al.: Leben nach dem Trauma. Pfeiffer 1998

.Butollo, W.: Trauma und Selbst-Antwort. In Gestalt Therapie, Heft 1/98

.Goodman, P., Perls, F.: Schöpferische Anpassung. In Petzold, Orth (Hrsg.) : Die neuen Kreativitätstherapien Bd. I, Junfermann 1990

.Hahn, A.: Grundsätzliche Überlegungen zu einem ganzheitlichen Verständnis von Trauma. In Gestalt Therapie, Heft 1/98

.Hausmann, B. u. Meier-Weber, U. : Kreative Medien, Bewegung und bildnerisches Gestalten in der Integrativen Kurztherapie mit psychotischen Erwachsenen. In Petzold, Orth (Hrsg.) : Die neuen Kreativitätstherapien Bd. II, Junfermann 1990

.Hausmann, B., Neddermeyer, R.: Bewegt sein — Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis. Junfermann 1996

.Heinl, H.: Körper und Symbolisierung. In Integrative Therapie, Heft 3-4/1985

Huber, M.: Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Fischer 1996

Hüther, G.: Biologie der Angst. Vandenhoeck & Ruprecht 1997

.Iljine, V. N.: Kokreation — die leibliche Dimension des Schöpferischen — Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen. In Petzold, Orth (Hrsg.) : Die neuen Kreativitätstherapien Bd. I, Junfermann 1990

.Jansen, A. et al: „Der informierte Leib“ — Körper als Gedächtnis. Free University of Amsterdam 1998

.Kernberg, O. F.: Aggression, Trauma und Haß in der Behandlung von Borderline-Patienten. In Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, Heft 1/97

.Kernberg, O. F.: Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. In Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, Heft 3/99

.Krause, R.: Trauma und Erinnerung. In Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, Heft 2/98

.Krietsch, S. u. Heuer, B. : Schritte zur Ganzheit — Bewegungstherapie mit schizophrenen Kranken. G. Fischer

1997

.Lowen, A.: Der Verrat am Körper. Rowohlt 1982

.Middendorf, I.: Der erfahrbare Atem und seine Möglichkeiten für die Integration des Leiblichen in die menschliche Gestalt. In Integrative Therapie, Heft 3-4/1985

.Osterbrink, J.: Tiefe Atementspannung. Verlag Hans Huber 1999

.Peichl, J.: Psychotherapeutische Techniken bei traumabedingten Störungen — eine Zwischenbilanz. In Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, Heft 3/97

.Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P.: Gestalttherapie, Grundlagen. dtv/Klett-Cotta 1991

.Perls, F., Hefferline, R., Goodman, P.: Gestalttherapie, Praxis. dtv/Klett-Cotta 1991

.Petzold, H.: Psychotherapie & Körperdynamik. Junfermann 1977

.Petzold, H. (Hrsg.): Die neuen Körpertherapien. Junfermann 1977

.Petzold, H. (Hrsg.): Leiblichkeit. Junfermann 1985

.Petzold, H.: Konfluenz, Kontakt, Begegnung und Beziehung als Dimension therapeutischer Korrespondenz in der Integrativen Therapie. In Integrative Therapie, Heft 4/1986

.Petzold, H.: Die „vier Wege der Heilung“ in der „Integrativen Therapie“. Teil I: Anthropologische konzeptuelle Grundlagen. In Integrative Therapie, Heft 4/1988. Teil II: Praxeologische Grundkonzepte, dargestellt an Beispielen aus der Integrativen Bewegungstherapie. In Integrative Therapie, Heft 1/1989

.Petzold, H. (Hrsg.): Frühe Schädigungen — späte Folgen? Junfermann 1993

.Petzold, H. (Hrsg.): Die Kraft liebevoller Blicke. Junfermann 1995

.Petzold, H.: Body narratives — Traumatische und Posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der Integrativen Therapie. In Integrative Bewegungstherapie, Heft 1-2/1999

.Petzold, H., Goffin, J., Oudhof, J.: Protektive Faktoren und Prozesse — die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In Petzold, H., Sieper, J. (Hrsg.): Integration und Kreation Band 1. Junfermann 1993

.Petzold, H., Orth, I. (Hrsg.): Die neuen Kreativitätstherapien, Band I + II. Junfermann 1990

.Reddemann, L.: Trauer und Neuorientierung: „Es ist was es ist“. In Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, Heft 2/98

.Reddemann, L. u. Sachse, U.: Kritisches zur traumazentrierten Psychotherapie: „Zu Risiken und Nebenwirkungen...“. In Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, Heft 2/98

.Sachsse, U.: Selbstverletzendes Verhalten, Psychodynamik — Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, 1995

.Sachsse, U.: Traumasyntese durch Traumaexposition. In Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, Heft 2/98

.Schad, Ch.: Berührung und Berührtheit. In Integrative Bewegungstherapie, Heft 1/1997

.Schubbe, O.: Spezifische Elemente der Traumatherapie. In Gestalt Therapie, Heft 1/98

.Turner, S., McFarlane, A. & van der Kolk, B.: Der therapeutische Rahmen und neue Entwicklungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic Stress. Junfermann 2000

.van der Kolk, B.: Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit. In van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic Stress. Junfermann 2000

van der Kolk, B.: Trauma und Gedächtnis. In van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic Stress. Junfermann 2000

Velzeboer, J.: Es gibt mehr zwischen Haar und Sohle als dein Kopf weiß. In Integrative Therapie, Heft 3 - 4/1985

v. Uexküll, T., Fuchs, M. et al (Hrsg.): Subjektive Anatomie, Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Schattauer, 2.Auf1. 1997

Wolf, H. U.: Gestalt in der Klinik. In Gestalt Therapie, Heft 2/99

Literatur Teil II (Petzold)

Baltes, P.B., Brim, O.G. (1984): Life-span development and behaviour, New York: Academic Press.

Bartelt, B. (2011): Emotionsdifferenzierung in der Integrativen Bewegungstherapie unter Berücksichtigung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse. *POLYLOGE*. 9/2011.

<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-09-2011-bartelt-brid.html>

Brandstädter, J., Lindenberger, U. (2007): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

Decety, J. (2012): Empathy from bench to bedside. Cambridge: MIT Press.

Decety, J., Cacioppo, J.T. (2011): Handbook of Social Neuroscience. New York: Oxford University Press.

Decety, J., Ickes, W. (2009): The social neuroscience of empathy. Cambridge MA: MIT.

Decety, J., Smith, K. E., Norman, G. J., Halpern, J. (2013): A social neuroscience perspective on clinical empathy. *World Psychiatry* 3, 233-237;

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20146/pdf>.

Decety, J., Svetlova, M. (2012): Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy. *Dev. Cogn. Neurosci.* 2, 1 - 24

Ferenczi, S. (1932/1985): Journal clinique. Paris: Payot; dtsh. (1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt: S. Fischer.

Freitas-Magalhães, A. (2010): Emotional Expression: The Brain and the Face. Bd. I (2009), Bd. II (2010). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Häusle-Paulmichl, G.: Der tätowierte Leib Einschreibungen in menschliche Körper zwischen Identitätssehnsucht, Therapie, Kunst. Wiesbaden: Springer VS (im Druck).

Heinl, H. (1993): „Therapie vom Leibe Her“ – körperbezogene Behandlung in der Praxis. In: *Petzold, Sieper* (1993) 141-150.

Hickok, G. (2015): Warum wir verstehen, was andere fühlen: Der Mythos der Spiegelneuronen. München: Carl Hanser Verlag.

Hübner, L. (2001): Integrative Bewegungs-Therapie und Körperbilder bei der Behandlung von Traumapatienten in der Psychosomatik-Klinik, Graduierungsarbeit, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen.

Kornhuber, H.H., Deecke, L. (2008): Wille und Gehirn. In: Petzold, H.G., Sieper, J. (2008): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. Bielefeld: Sirius, Aisthesis.

Lamacz-Koetz, I. (2009): Neurobiologische Konzepte und ihre Bedeutung für die Integrative Therapie. Polyloge 6/2009. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-06-2009-lamacz-koetz-i.html>

Leitner, E., Petzold, H.G. (2005/2010): Dazwischen gehen – wo Unrecht geschieht, Integrität gefährdet ist, Würde verletzt wird. Ein Interview mit Hilarion Petzold zum Thema „Engagement und Psychotherapie“ und Integrativen Positionen. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer, S. 279 – 366 und POLYLOGE, Ausgabe 10/2010, http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/leitneri-petzold_dazwischengehen_polyloge_10_2010a.pdf

Leitner, L., Sieper, J. (2008): Unterwegs zu einer integrativen PsychosomatikDas bio-psycho-soziale Modell des Integrativen Ansatzes. Polyloge Ausgabe 34/2008; <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/34-2008-leitner-a-sieper-j-unterwegs-zu-einer-integrativen-psychosomatik-das-bio-psycho-soz.html>

Marcel, G. (1985): Leibliche Begegnung. In: Petzold, H.G. (Hg.) (1985g): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann, 15-46.

Orth, I. (1994): Der „domestizierte Körper“. Die Behandlung beschädigter Leiblichkeit in der Integrativen Therapie, *Gestalt* (Schweiz) 21 22-36. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-02-2015-ilse-orth.html>

Orth, I.; Petzold, (1991): Integrative Leib- und Bewegungstherapie mit erwachsenen Patienten. *Energie and Character* 1, 1991 und 2/1991; auch revid. in Petzold 1993a, *Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann, Bd. III850-884.

Petzold, H. G. Die Arbeiten von H. G. Petzold und MitarbeiterInnen, die hier nicht aufgeführt werden, finden sich in der wissenschaftlichen Gesamtbibliographie von Petzold POLYLOGE 1/2016 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/26.html>

Petzold, H.G.(1975c): Masken und Märchenspiel in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1, 44-48

Petzold, H.G.(1975d): Die Arbeit mit Puppen und Großpuppen in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 4, 197-207.

Petzold, H.G.(1975e): Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie.

Integrative Therapie 2/3, 115-145; erweiterte Fassung in: *Petzold* 1977n; revid. Bd. I, 2 (1996a [S.341-406]).

Petzold, H.G.(1975f): Psychophysische Körper- und Bewegungstherapie - eine Literaturübersicht. *Integrative Therapie* 2/3, 156-164.

Petzold, H.G.(1975g): Ich bin o.k. - Du bist so là là. Die Transaktionsanalyse Eric Bernes. *Psychologie Heute* 9, 35-45.

Petzold, H.G.(1976e): Die Verbindung von Transaktionaler Analyse, kreativer Medien und TA-Psychodrama. Beispiele aus der Paartherapie. *Partnerberatung* 3, 119-124; 4, 173-191, gekürzt in (1982a) 262-284.

Petzold, H.G.(1981f): Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf. *Gestalt-Bulletin* 1/2, S. 54-69

Petzold, H.G.(1982g) Theater - oder das Spiel des Lebens, Frankfurt: Verlag für Humanistische Psychologie, W. Flach.

Petzold, H.G.(1985g): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G.(1987b/2017): Gong-Singen, Gong-Bilder und Resonanzbewegung als "Sound Healing". Intermediale Prozesse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 2/3, 194-234; repr. (1989c). In: Die Heilkraft der Sprache Jg. 2017. <http://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/heilkraft-der-sprache/index.php>

Petzold, H.G. (1992e): Integrative Therapie in der Lebensspanne, repr. Bd. II, 2 (1992a) S. 649-788; (2003a)

Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib.html> und in *Petzold* (2003a): Integrative Therapie Bd. III, 1051-1092.

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* 1 (Graz) 20-33. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psycho-ph.html>

Petzold, H. G. (2015k): Integrative Therapie aktuell 2000 – 2015. Transversale und mundane Hominität. Den Menschen „von der Welt und der Natur her“ denken – Klinische Kompetenz & soziales Engagement, ökologischer Naturbezug & kritische Kulturarbeit. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-20-2015-hilarion-g-petzold.html>

Petzold, H. G. (2016q): Kulturtheoretische und neuropsychologische Überlegungen zu Fundamentalismusproblemen, Migration und prekärer Identitätsbildung in „unruhigen Zeiten“ am Beispiel dysfunktionaler neurozerebraler Habitualisierung durch Burka, Niqab, Genital Mutilation *POLYLOGE* 21/2016, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/21-2016-petzold-h-g-2016q-kulturtheoretische-und-neuropsychologische-ueberlegungen-zu.html>

Petzold, H.G. (2018c): Ökopsychosomatik und ökologische Neurowissenschaften – Integrative Perspektiven für die „Neuen Naturtherapien“ und das Engagement „Pro Natura!“ *Grüne Texte* 2/2018. <https://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/grueneTexte/petzold-2018c-oekopsychosomatik-oekologische-neurowissenschaften-pro-natura-gruene-texte-02-2018.pdf>

Petzold, H. G (2018e): Naturtherapeutische Überlegungen zu offenen Fragen in der „tiergestützten Therapie“: Mensch-Hund-Beziehung, Menschenbild, Tierbild und andere Entwicklungsaufgaben. Hückeswagen: Europäische Akademie für Biopsychosoziale Gesundheit, ersch. *Grüne Texte* Jg. 2018 <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/2.html>

Petzold, H.G., Beek, Y, van, Hoek, A.-M. van der (1994a/2016): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G.* (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2.: Paderborn: Junfermann, 491-646. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-beek-hoek-1994a-grundlagen-intime-kommunikation-intuitive-parenting-polyloge-02-2016.pdf>

Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J.(1991): Protektive Faktoren - eine positive Betrachtungsweise in der klinischen Entwicklungspsychologie, Faculty of Human Movement Sciences, Dep. Movement Education, Clinical Movement Therapy, überarb. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 173-266 und in: *Petzold* (1993c) 345-497. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-goffin-oudhof-1993-protektive-faktoren-entwicklungspsychologie-praxis-polyloge-08-2013.pdf>

Petzold, H.G., Hass, W., Märtens, M., Steffan, A. (2000): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis -Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie* 2/3, 277-355. Textarchiv 2000: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-hass-w-maertens-m-steffan-a-2000-wirksamkeit-integrativer-therapie-in-der.html>

Petzold, H.G., Heintz, H.(1980a): Körper- und Leibtherapie. *Gestalt-Bulletin* 2/3, 13-18.

Petzold, H.G., Orth, I. (1991a): Körperbilder in der Integrativen Therapie - Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch "Body Charts" als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik. *Integrative Therapie* 1, 117-146; repr. Bd. II, 3 (1993a) S. 1201-1230; (2003a) S. 885 – 904.

Petzold, H.G., Orth, I. (1993a/2012): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153; auch in: *Frühmann, Petzold* (1993a) 367-446 und *Petzold, H.G., Sieper, J.*(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., 2. Auflage 1996.Paderborn: Junfermann S. 125-171. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-26-2012-petzold-hilarion-g-orth-ilse.html>

Petzold, H.G., Orth, I.(1993e): Integrative Leibtherapie - Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl, Weiterbildung am Fritz Perls Institut und an der EAG. In: *Petzold, H.G., Sieper, J.*(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, S. 519-536.

Petzold, H.G., Orth, I.(1993f): Curriculum für die Ausbildung von Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 667-680.

Petzold, H.G., Orth, I. (1993g/2015): La thérapie intégrative du corps et du mouvement. In: *Meyer, R., Liénard, G.*, Les somatothérapies. Historique - Classification - Présentation. Paris: 96

Simep, 89-129. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/09-2017-petzold-h-g-orth-i-1992-2017-la-therapie-integrative-du-corps-et-du-mouvement.html>

Petzold, H.G., Orth, I. (1994a/2012): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoenlichkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html>

Petzold, H. G., Orth, I. (2014): Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - "Fundierte Kollegialität" in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. In: www.fpi-publikation.de/materialien.htm Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2014. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2014-petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoenlicher-souveraenitaet.html>

Petzold, H. G., Orth, I. (2017a): Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“. *POLYLOGE* Jg. 2018 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>

Petzold, H. G., Orth, I. (2017b): Epitome. POLYLOGE IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE: „Mentalisierungen und Empathie“, „Verkörperungen und Interozeption“ – Grundkonzepte für „komplexes Lernen“ in einem intermethodischen Verfahren „ko-kreativen Denkens und Schreibens“. In: *Petzold, H. G., Leiser, B., Klemm, E.* (2017): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth, Bielefeld: Aistheis. S. 885-971. Ersch. auch in *POLYLOGE*. *Polyloge* 31/2017. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/31-2017-petzold-h-g-orth-i-2017b-epitome-polyloge-in-der-integrativen-therapie.html>

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2017): POSITIONEN – 50 Jahre Integrative Therapie und transversale Kulturarbeit. Einige Überlegungen zu „Hominität, Integrität und Engagement“ zum Jahreswechsel 2016/2017; <https://www.eag-fpi.com/wp-content/uploads/2016/12/Weihnachtsbrief.pdf>

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2018): Naturentfremdung, ökologische Bedrohung, Internetsucht – Was können gesellschaftlicher „Green Turn“ und die „Neuen Naturtherapien“ zu ökopsychosomatischen Heilungsprozessen beitragen? Ersch. in *Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R.* (2018): Die neuen Naturtherapien. - Handbuch der Garten-, Landschafts-, Wald- und Tiergestützten Therapie Green Care und Green Meditation, Bd. I. Bielefeld: Aistheis. Im Druck. Und in: *Grüne Texte* Jg. 2018 <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/2.html>

Petzold, H.G., Sieper, J. (2012a): "Leiblichkeit" als "Informierter Leib" embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: *Petzold, H.G.* (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, 243-321. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-sieper-2012a-leiblichkeit-informierter-leib-embodied-embedded-konzepte-polyloge-21-2012.pdf>

Petzold, H. G., Sieper, J. (2012e): Über sanfte Gefühle, Herzensregungen, „euthyme Erfahrungen“ und „komplexe Achtsamkeit“ in der „Integrativen Therapie“. Überlegungen

anlässlich 40 Jahre FPI und 30 Jahre EAG. *Gestalt und Integration* 73, 23 – 43.
<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/28-2012-petzold-h-sieper-j-2012e-ueber-sanfte-gefuehle-herzensregungen-euthyme-erfahrung.html>

Reichel, R., Hintenberger, G. (2013): Die Praxis der Integrativen Therapie. Österreichische Perspektiven. Wien: facultas.

Ricœur, P. (1990): *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; dt.: (1996): *Das Selbst als ein Anderer*. München-Freiburg: Wilhelm Fink.

Ricœur, P. (2000): *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris: Seuil; dt.: (2004): *Gedächtnis, Geschichte, Vergessen*. München: Fink.

Rizzolati, G., Sinigaglia, C. (2008): *Mirrors in the Brain*. New York: Oxford University Press.

Rosa, H. (2012): Resonanz statt Entfremdung: Zehn Thesen wider die Steigerungslogik der Moderne, http://www.kolleg-postwachstum.de/sozwgmedia/dokumente/Thesepapiere+und+Materialien/Thesepapier+Krise+_Rosa.pdf (11.12.2016)

Rosa, H. (2016): *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*, Berlin (surkamp)

Sieper, J. (2005): Zum Andenken an Hildegund Heidl 27.12.2005, *Polyloge* 13/2005, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/13-2005-sieper-j-prof-dr-zum-andenken-an-hildegund-heidl-27-12-2005.html>

Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, 3-4, 393-467 und erg. in: *Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (2007) (Hrsg.): *Neue Wege Integrativer Therapie*. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag, S. 393-467. -. In: *POLYLOGE* 14/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html>

Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: . www.fpi-publikation.de/materialien.htm - *POLYLOGE*: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>

Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): *Neue Wege Integrativer Therapie*. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – *Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie*, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.

Sieper, J., Petzold, H. G. (1975/2017): Über die Platane des Hippokrates und Baumerlebnisse als „korrektive ökologische“ Erfahrungen in einer integrativen Ökopsychosomatik und Naturtherapie. Eine Nachlese zum *Gestalt-Kibbuz Dugi-Otok* 1975. Düsseldorf: Fritz Perls Institut. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php> und *Grüne Texte* <https://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/grueneTexte/sieper-petzold-1975-platane-hippokrates-korrektive-oekologische-erfahrungen-gruene-texte-35-2017.pdf>