

Der integrative körperorientierte Ansatz nach Paula Diederichs als gemeinsame methodische Grundlage des Rückhalt-Vereins im Bereich Babytherapie, Krisenintervention und früher Hilfen

Ingo Jungclaussen (Erster Vorsitzender von Rückhalt e.V.)

Inhalt:

Einleitung:	1
Was ist das Charakteristikum des Ansatzes von Paula Diederichs?	2
Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Zertifizierung und Vernetzung des Ansatzes	3
Leitfragen:	3
Wer sucht unsere Hilfe?.....	3
Weitere Interventionsansätze im Überblick	4
Zehn grundlegende Eckpunkte und Leitlinien des integrativ körperorientierten Ansatzes nach Paula Diederichs (im Vergleich anderer Ansätze)	4
1. Alles Trauma oder was? – Körperpsychotherapeutisches Verständnis frühkindlicher Regulationsstörungen im engen Kontext einer differenzierten Geburtstrauma-Hypothese (<i>Ätiologie</i>)	4
2. Wir fassen unsere Klienten an – Aspekte der Indikation körperbezogener Interventionen (<i>Indikation</i>)	7
3. Was wirkt wie? Wirkungsweise des körperpsychotherapeutisch-biodynamischen Anteils (Massagen) als bottom-up-Vorgang (<i>Informationsverarbeitungsstil</i>)	7
4. Grundmerkmale und Struktur der Krisenbegleitung – Das 3-Säulen-Prinzip (<i>Setting</i>).....	7
5. Hilfe zur natürlichen Selbstregulation des Kindes und mütterlicher Intuition – Spüren statt Lernen: Erweiterung des Bindungs-Paradigmas mit dem Intuitions-Paradigma (<i>Interventionsziel</i>).....	10
6. Ohne Erdung scheitert jede Empathie – Die Haltung des Therapeuten (<i>Rollenverständnis</i>).....	11
7. »Mothering the Mother« – Hohe Bedeutung des pränatalen Halts (<i>Prävention</i>)	13
8. Wie geht's Deinem inneren Kind? – Hoher <i>Selbsterfahrungsanteil</i> in der Weiterbildung zum Krisenbegleiter	13
9. Wesen der Krisenintervention – Wichtige Hinweise zu <i>Möglichkeiten und Grenzen</i> des Settings	14
10. Erwachsene besser verstehen – Hoher Aufschluss körperorientierter Therapien (<i>Transfer</i>)	15
Resümee und Ausblick	16
Literatur	17

Einleitung:

Der vorliegende Beitrag richtet sich vor allem an wissenschaftliche **Fachkollegen**, mit dem Ziel den spezifischen körperorientierten Ansatzes in der Babytherapie/Krisenintervention nach Paula Diederichs – Gründerin des Rückhalt Vereins und seit 1994 Leiterin der Berliner SchreiBabyAmbulanzen www.schreibabyambulanz.info fachlich vorzustellen. Der Ansatz von Paula Diederichs – in den alle Rückhalt-Mitglieder von Paula Diederichs und Gerd Poerschke fort- und weitergebildet wurden- stellt somit das grundlegend verbindende methodische Glied aller Rückhalt-Mitglieder dar.

Paula Diederichs (Jg. 1957, Mutter einer Tochter, Dipl.-Soz. Päd., Körperpsychotherapeutin) hat ihre Anfangsjahre der Körperpsychotherapie in den 80er-Jahren (Biodynamik und Boadella etc.) verbracht, sie war Schülerin, Assistentin und später enge Vertraute von Eva Reich, welche in den USA punktuell mit Schwangeren begonnen hat zu arbeiten. Durch Eva Reich wurde Paula Diederichs für die Arbeit mit Babys inspiriert. 1994 kam es zur Gründung der ersten Berliner SchreiBabyAmbulanz.

Der vorliegende Text ist eine Modifikation des Artikels „Zwölf Jahre Berliner SchreiBabyAmbulanzen- eine Positionierung körperpsychotherapeutischer Krisenintervention und früher Hilfen“ von Diederichs & Jungclaussen aus dem Jahr 2009 im Sammelband von Thielen (Hrsg.) „Körper- Gefühl- Denken – Körperpsychotherapie und Selbstregulation.“ Fachkollegen mit vertieftem Interesse werden auf den vollständigen Artikel verwiesen: Hier finden Sie die erste grundlegende Standortbestimmung des körperorientierten Ansatzes von Paula Diederichs in der Krisenbegleitung und der frühen Hilfen von Schwangeren, Babys, Kleinkindern und deren Eltern im Kontext des breit gefächerten Feldes heutiger Erkenntnisse der Säuglings-, Bindungs- und Hirnforschung. Im Artikel werden die Grundlagen der körperpsychotherapeutischen Babytherapie nach einer über zehnjährigen erfolgreichen deutschen Praxis ausführlich dargestellt und in der Auseinandersetzung mit anderen Disziplinen kritisch reflektiert und verortet.

Was ist das Charakteristikum des Ansatzes von Paula Diederichs?

Das besondere Charakteristikum des Ansatzes nach Paula Diederichs liegt darin, dass dieser nicht nur körper-, sondern auch im psychodynamischen Sinne ausdrücklich beziehungsorientiert ist. Während der Ansatz nach Paula Diederichs u.a. von einem explizit psychologischen Ursachenverständnis ausgeht, folgen beispielsweise rein craniosacrale Behandlungen einem eher monokausalen und einseitigen körperlichen Ursachenverständnis (Blockade > Blockade lösen > Kind gesund). Somit setzt sich der Ansatz von Paula Diederichs einerseits deutlich von den rein körpertherapeutischen Behandlungen (Craniosacral, physiotherapeutisch, Osteopathie u.a.) und der »reinen« Biodynamik älterer Prägung ab, da diese letztgenannten Ansätze ihr Augenmerk vorrangig jenseits der Beziehung auf die Aktivierung körperbezogener, innerorganismischer Prozesse lenken und bindungstheoretische oder psychodynamische Aspekte in der therapeutischen Begegnung stark vernachlässigen bzw. gar nicht berücksichtigen. Der Ansatz nach Paula Diederichs bezieht aber im Besonderen bindungstheoretisches und psychoanalytisches Beziehungsverständnis nachdrücklich mit ein. Da der Ansatz nach Paula Diederichs die Klienten körperlich anfasst, setzt er sich wiederum auch von »reinen« psychoanalytischen Ansätzen (z.B. Cierpka oder Ludwig-Körner) in der Babytherapie ab, für die es undenkbar wäre, ihre Klienten durch Massagen oder Halteübungen anzufassen. Somit besteht das Spezifikum des körperpsychotherapeutischen Ansatzes der Krisenintervention und frühen Hilfen für Babys und ihre Eltern nach Paula Diederichs in einer besonderen Integration und Berücksichtigung körperorientierter sowie psychodynamisch orientierter Interventionsformen. Durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Erkenntnisse aus benachbarten Therapiemethoden und wissenschaftlichen Disziplinen handelt es sich um einen **interdisziplinär** ausgerichteten Ansatz.

Wie der Name körperorientiert oder körperpsychotherapeutisch bereits zu verstehen gibt, **fassen** Körperpsychotherapeuten oder körperorientierte Krisenhelfer ihre Klienten (Baby, Kind oder Eltern) **an**.

Unserem Verständnis nach lässt sich nicht nur aus den Befunden der Neurobiologie/Hirnforschung (Damasio, 1997; Bauer 2005, 2010) sowie Säuglings- und Bindungsforschung (Beebe & Lachmann, 2004);, sondern auch aus Sicht der Traumaforschung (Madert 2003, 2007, Reddemann 2008) und insbesondere mit Blick auf die aktuelle »Kaiserschnitt-Debatte« (fehlender Verkörperungsakt des Säuglings sowie die Bedeutung des Fehlens des Bindungs-Hormons Oxytocin, vgl. English 1997; Odent 2005; Diederichs 2006) unmittelbar die **Zweckmäßigkeit und Stichhaltigkeit körperpsychotherapeutischer Interventionen in Krisenlagen** ableiten. Die Befunde und Sichtweisen verschiedener neuer Disziplinen »liefern« stichhaltige Argumente für körperpsychotherapeutische Interventionen insbesondere auch im Bereich früher Hilfen. Neurobiologische Studien bestätigen eindrucksvoll, dass durch körperpsychotherapeutische Techniken die dem Verhalten und Erleben zugrundeliegenden neuronalen Muster und ihre biografische Entstehungsgeschichte innerlich aufgerufen und in Folge differenzierter erlebt sowie schließlich einer korrigierenden und integrierenden (körperlichen) Neuerfahrung zugeführt werden können (vgl. Gottwald 2007). Gottwald beschrieb dies treffend mit dem Bild des Körpers als »Ausdrucksorgan« und »Empfangsorgan« (Gottwald 2005, S. 141). Somit hat sich innerhalb der letzten über zwölf Jahre, seit Bestehen der Berliner SchreiBabyAmbulanzen, viel ereignet.

Zentrale Grundannahme körperorientierter Vorgehensweisen (sei es im Erwachsenen oder Baby-Bereich) ist –wie unten ausführlicher beschrieben wird- die Vorstellung eines „**Körpergedächtnis**“ (s. Bauer, 2010), in dem bereits vorgeburtliche Erfahrungen implizit und prozedural nonverbal abgespeichert werden; ebenso wie die Vorstellung innerorganismische Blockierungen und energetischer Zusammenhänge zwischen dem psychologischen und physiologischen Geschehen im Körper. Das Ziel besteht auf körperlicher Ebene darin, den pulsatorischen Strom des Babys und seiner Bezugspersonen so zu fördern, dass die Selbstregulationsprozesse des Kindes gefördert werden.

Darstellung körperpsychotherapeutischer Grundannahmen, die die Arbeit von Paula Diederichs nachhaltig geprägt haben, finden Sie in den Arbeiten von Boadella (1983, 1991); Kurtz (1986); Reich (1989); Rosenberg, Rand und Asay (1996); Emerson (1997); Reich und Zornanszky (1997) sowie Janus und Haibach (1997).

Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Zertifizierung und Vernetzung des Ansatzes

Die **Wirksamkeit** des vorzustellenden Ansatzes nach Paula Diederichs ist nicht nur unter den Klienten seit Jahren akzeptiert, sondern auch durch evaluative Studien empirisch nachgewiesen (Röseler 2000; Dräger/Werner 2000). Insbesondere mit Blick darauf, dass der Ansatz von Paula Diederichs als besonders frühzeitige Hilfen zu werten ist, verhindert dieser gerade die häufig mit Schreistörungen in Verbindung stehenden späteren Folgestörungen, wie z.B. ADHS u. ä. Somit handelt es sich um eine besonders **wirtschaftliche** Hilfe: Die Kosten für einige wenige Kriseninterventions-Sitzungen nach der Methode von Paula Diederichs sind wirtschaftlicher, als die Folgekosten einer ADHS – Störung, beispielsweise durch zahlreiche und jahrelange kinderärztlicher Konsultationen, Schulversagen, Beratungseinrichtungen, spätere psychopharmakologische oder stationäre bzw. ambulante psychotherapeutische Behandlungen uvm.

Die Weiterbildung in der Methode nach Paula Diederichs ist fachlich mit Fortbildungspunkten der Psychotherapeutenkammer Berlin zertifiziert. Kooperationen mit Fachhochschulen und neuere Evaluationsinitiativen des Ansatzes existieren innerhalb des Rückhalt Vereins. Es existieren bereits europaweiten Weiterbildungsgruppen, deren Vernetzung sich der Rückhalt Verein zur Aufgabe gemacht hat.

Leitfragen:

Folgende *Leitfragen* werden uns im Laufe des Beitrags beschäftigen:

- Was ist das *Spezifikum* körperpsychotherapeutischer Interventionen, insbesondere im Vergleich zu originär bindungstheoretisch geprägten Ansätzen in der frühen Eltern-Kind-Beratung-/Therapie?
- Welchen Beitrag leisten körperpsychotherapeutische Methoden zur heilsamen Verknüpfung der biologischen mit der psychologischen Selbstregulation bei Mutter und Kind angesichts einer Krise?
- Wie bilden sich affektmotorische Handlungsschemata, RIGs (Stern 1992), Motivationssysteme (Lichtenberg et al. 2000) sowie frühe Mentalisierungsprozesse (Fonagy et al. 2004) in körperorientierter Baby-Eltern-Therapien konkret ab?
- Welche Möglichkeiten und Grenzen bietet ein körperbezogenes »regressives Vorgehen« insbesondere im Bereich früher Hilfen?
- Welche Rolle spielt der körperpsychotherapeutische Energiebegriff noch heute?

Im Folgenden werden zehn zentrale Eckpunkte körperpsychotherapeutischer Krisenbegleitung von Schwangeren, Babys sowie Kleinkindern postuliert. Durch diese zehn Axiome sollen die Besonderheiten und Spezifika der körperpsychotherapeutisch orientierten Baby-Eltern-Arbeit verdeutlicht werden. Vorab empfiehlt es sich, zum besseren Verständnis mit einem Einblick in unsere Klientel sowie einer kurzen Übersicht über andere bestehende Beratungsansätze auf dem Gebiet der Eltern-Kind-Arbeit zu beginnen.

Wer sucht unsere Hilfe?

Der Großteil der zu behandelnden Kinder, die den Weg zu uns in die Sprechstunde finden, leiden unter sog. frühkindlichen Regulationsstörungen, in Form von Schreistörungen (»Schreibabys«), Schlaf- und Fütterstörungen. Als Hauptklientel begegnen uns in der Arbeit Mütter, die z.B. aufgrund des exzessiven Schreiens ihrer Babys unter schweren Erschöpfungssyndromen, Schlafstörungen, Identitätskrisen und den damit einhergehenden familiären Problemen leiden. Im Folgenden wird der Einfachheit halber nur von Müttern die Rede sein, selbstverständlich wird in unserer Arbeit auch die väterliche Seite mit einbezogen! Als weiterführende Literatur zu wichtigen väterlichen Aspekten im genannten Kontext

wird auf den 2008 erscheinenden Artikel von Gerd Poerschke verwiesen, welcher u.a. die Krisenarbeit aus eigener männlichen Helfer-Sicht, die Rolle des Vaters sowie verschiedene Vätertypen in den Sprechstunden beschreibt (Poerschke 2008). Die oben genannten Mütter fühlen sich ohnmächtig, schuldig, hilflos und niedergeschlagen und neigen aufgrund der andauernden physischen wie psychischen Belastung teilweise sogar zu Gewaltfantasien gegenüber ihrem Kind. Gerade dieser Aspekt verdeutlicht die Dringlichkeit der Krisenintervention zur Abwehr von körperlichen Schäden der Babys. So ist festzuhalten, dass Schreistörungen die häufigsten Gründe für kinderärztliche Konsultationen sind und Mütter von bestehenden Hilfsangeboten nur sehr unzureichend, selektiv und zeitlich zu spät erreicht werden (Rohr 1989; Piha 1997; Schreiner-Kürten 1997; Pohl 1999; v. Voss 2004).

Weitere Interventionsansätze im Überblick

Auch wenn in der Praxis die Grenzen zwischen den verschiedenen Ansätzen fließend sind und oft ein integratives Vorgehen vorherrscht, lassen sich aus einem übergeordneten Blick in der Eltern-Kind-Beratung-/Therapie neben körperpsychotherapeutischen im Wesentlichen analytisch, verhaltenstherapeutisch und interaktionszentriert orientierte Beratungs- und Therapieansätze voneinander unterscheiden. Während originär verhaltenstherapeutisch orientierte Programme (Wolke 1993, 1997, 2000; Kast-Zahn/Morgenroth 2002) primär durch Schlaf- oder Verhaltenstraining (»Stärkung internaler Verhaltenskontrollen«) von außen das »dysfunktionale« Verhalten der Kinder zu regulieren versuchen, setzen analytisch orientierte Ansätze besonders an den »projektiven Bedeutungszuschreibungen« des kindlichen Verhaltens durch die Eltern an (vgl. Barth 2000; Cierpka/Windaus 2007). Denn Mutter oder Vater zu werden, reaktualisiert die eigene Kindheit, und Eltern projizieren oft eigene biografische Probleme, unbewusste Wünsche und eigene Beziehungserfahrungen auf ihre Kinder (»Gespenster im Kinderzimmer«; Fraiberg 1975), was zu folgenschweren Problemen führen kann. Durch eine verbal vorgenommene korrigierende Bearbeitung dieser unbewussten Anteile der Eltern wird von analytischen Ansätzen eine kindgerechtere und weniger projektiv verzerrte Eltern-Kind-Interaktion erreicht. Diese klärungsorientierte analytische Vorgehensweise fließt – wie später deutlich werden wird – auch in die Prozesse unserer körperpsychotherapeutischen Arbeit mit ein. Unter dem interaktionszentrierten Ansatz verstehen wir im Wesentlichen das integrative »Münchener Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie« Papoušek'scher Prägung. Eingebettet in einem interaktions- und kommunikationszentrierten Vorgehen (Videoanalyse) zeichnet sich dieser integrative Ansatz durch eine differenzierte Einbeziehung analytischer und systemischer sowie teils verhaltenstherapeutischer Sichtweisen aus. Eine umfangreiche Darstellung, besonders der beispielhaften Papoušek'schen Forschungsarbeiten, findet sich bei Papoušek, Schieche und Wurmser (2004). Unberücksichtigt bleiben in der o.g. Auflistung manualtherapeutische Ansätze wie Krankengymnastik, Osteopathie und Craniosacral-Therapie sowie die Psychomotorik oder Ähnliches.

Zehn grundlegende Eckpunkte und Leitlinien des integrativ körperorientierten Ansatzes nach Paula Diederichs (im Vergleich anderer Ansätze)

Die folgenden zehn Punkte/Axiome dienen der Charakterisierung und theoretischen Präzisierung der körperpsychotherapeutischen Krisenbegleitung und früher Hilfen, unter besonderer Berücksichtigung der Aspekte Ätiologie, Indikation, Informationsverarbeitungsstil, Setting, Ziele, Rollenverständnis als Therapeut, Präventionsbedeutung, Ausbildungssituation, der Transfer für die Erwachsenentherapie sowie Grenzen des Settings. Die Auflistung dient neben der eigenen Standortbestimmung auch als Diskussionsgrundlage einer vergleichenden Auseinandersetzung mit anderen Ansätzen.

1. Alles Trauma oder was? – Körperpsychotherapeutisches Verständnis frühkindlicher Regulationsstörungen im engen Kontext einer differenzierten Geburtstrauma-Hypothese (Ätiologie)

Um im Folgenden Methodik, Struktur und Zielrichtung der zu beschreibenden Arbeit genauer zu verstehen, bedarf es kurzer Anmerkungen über ätiologische Grundannahmen frühkindlicher Regulationsstörungen, insbesondere aus körperpsychotherapeutischer Sicht. Übereinstimmend mit anderen Ansätzen verstehen wir exzessives Schreien ganz grundlegend – gewissermaßen rein formal – als gestörte Fähigkeit des Babys, sich selbst in seinen affektiven und vegetativen Grundfunktionen regulieren zu können, z.B. selbst in den Schlaf zu finden. Die berühmten Dreimonatskoliken

im Sinne gastro-intestinaler Störungen sind hingegen nur bei einem verschwindend geringen Teil der Schreibabys (max. 5%) die alleinige Ursache für Schreistörungen (Ziegler et al. 2004). Zu einem Forschungsüberblick zum Schreibabysyndrom wird auf Papoušek, Schieche und Wurmser (2004) verwiesen. Im Wesentlichen sind sich alle theoretischen Ansätze mehr oder weniger über den ätiologischen Begriff der Selbstregulations-Störung einig. Unterschiede herrschen vielmehr darüber, wo der »Hebel« zur verbesserten Selbstregulationsfähigkeit angesetzt werden soll: Aus analytischer, aber mehr noch aus verhaltenstherapeutischer sowie aus der Sicht Papoušeks, soll die Regulation des Babys letztlich über die Ko-Regulation, also über die Regulation des Erwachsenen gesteuert werden. Somit steht bei diesen Ansätzen auch der Aufbau besserer ko-regulierender Interaktion folgerichtig im Mittelpunkt der Therapie (z.B. Videobeobachtung, Interaktionstraining, äußere Verhaltensregeln der Eltern oder Schlafrtraining zum Aufbau verbesserter »interner Verhaltenskontrollen« usw.). Aus diesem Denken wird die Selbstregulationsfähigkeit, die psychische Entwicklung also primär durch die elterliche Interaktion abgeleitet, sodass der Erwachsene wie Thielen (2007) kritisch anmerkt, selbst zum alles entscheidenden »Modell für Selbstregulation« wird (vgl. Thielen 2003, 2005, 2008). Im Mittelpunkt der körperpsychotherapeutischen bzw. bioenergetischen Überlegungen, vor allem der durch Harms (1999, 2000, 2008) weiterentwickelten Denkansätze neo-reichianischer Prägung, auf die wir uns beziehen, steht hingegen demgegenüber die konträre Annahme und Betonung, dass das Kind *selber* eine biologisch-organismische Einheit mit eigenen inner-organismischen, vegetativen Funktionsrhythmen mit eigenen (zyklischen, pulsatorischen) Gesetzmäßigkeiten bildet. Diese in der körperpsychotherapeutischen Literatur ausführlich beschriebenen Überlegungen können hier nur sehr verkürzt und pointiert wiedergegeben werden: In Anlehnung an Davis (1993, S. 9) unterscheidet Harms (1999) in seinem Regulationsmodell (»Pulsationsmodell«), das Wechselspiel zwischen einem nach innen (sich ausruhen, sammeln) und nach außen (Exploration, sich ausdehnen) gerichteten »Energiefluss«, welcher entweder »Instroke« (nach innen) oder »Outstroke« (nach außen) genannt wird (stroke = Bewegung).

»Aus einer bioenergetischen Perspektive ist auffällig, dass die Phasen, in denen die Babys die Umwelt kontaktieren und erkunden [sprich Outstroke, Anm. d. Verf.] im Vergleich zu den Schlafzeiten [sprich Instroke, Anm. d. Verf.] relativ kurz sind. Schnell ziehen die Säuglinge ihre Aufmerksamkeit und Energie von der belebten und unbelebten Umwelt ab. Der Öffnung in Richtung zur Welt folgt eine längere Phase, in der die Babys einschlummern oder sich ruhigen Wach- und Dämmerzuständen überlassen. Die Aufmerksamkeit ist primär auf den eigenen Körper gerichtet. Es ist die Phase, in der das Baby beginnt, energetisch nach innen zu fließen. Wir bezeichnen diesen inwärts gerichteten Prozess der lebendigen Pulsation als »Instroke«. [...] Wunderschön lässt sich der Instroke beobachten, wenn Babys nach einem befriedigenden Stillkontakt auf dem Bauch der Mutter einschlummern. Ein unendlich friedvoller Zustand zwischen Schlafen und Wachen. Nach einer kurzen, intensiven Reise in die Welt kehrt es nun zu sich zurück. Das Baby ist ganz mit sich. Eine große Stille und Entspannung breitet sich im Raum aus. Ist die Instroke-Phase abgeschlossen, kehrt sich die Bewegungsrichtung der Energie um. Es beginnt der expressive, auswärts gerichtete Prozess des Organismus. Das Baby macht erste Bewegungen der Arme und Beine, es sucht nach Augenkontakt und fordert die Interaktionspartner zum Spiel auf. Mit steigender Erregung beginnt es, Töne zu produzieren und zu strampeln. Die Phase bleibt jedoch kurz. Schnell ermüdet das Baby. Es zieht seine Energien aus der Umgebung ab und überlässt sich der erneuten Sammlungsbewegung. Mit dem Inwärtsstrom nimmt es Lebensenergien aus seiner Umgebung auf. Es organisiert und strukturiert seine Erfahrungen. Hier haben wir die beiden Grundaspekte des Lebendigen: Instroke und Outstroke« (Harms 1999, S. 218f.).

Durch körperliche oder psychische Verletzungen (z.B. Geburtstrauma) ist dieses dialektische Wechselspiel (»Pulsation«) zwischen Ausruhen und Explorieren, der Fluss zwischen innen und außen, gestört. Diese gestörte Selbstregulation zeigt sich darin, dass sich das Kind von selbst nicht mehr beruhigen kann und sich

»schmerzhaft zusammen [zieht], der Fluss nach innen ist behindert. Er kehrt quasi auf dem halben Weg nach innen wieder um. Das beeinträchtigt auch den Fluss nach außen. Als ob ein schaukelndes Kind während des Rückschwunges einen Schrecken bekommt. Es kommt aus seinem gleichmäßigen Schwingen; die Vorwärtsbewegung ist ebenso eingeschränkt und unharmonisch wie die Rückwärtsbewegung« (Harms 1999, S. 8).

Dabei lassen sich diese Überlegungen auch in die Begrifflichkeit der Säuglingsforschung übersetzen:

Im Verständnis der fünf Motivationssysteme nach Lichtenberg et al. (2000) würden wir unter »Instroke« das Grundbedürfnis nach Regulierung physiologischer Bedürfnisse bzw. Rückzug und unter »Outstroke« den Wunsch des Kindes nach Exploration und Selbstbehauptung verstehen.

Der mit den körperpsychotherapeutischen Ätiologie-Verständnis am engsten verknüpfte Terminus *technicus* ist der Begriff des Körpergedächtnisses, in welchem (bereits in der Schwangerschaft) bis auf zelluläre Ebene, gute wie negative Erlebnisse gespeichert und die Regulation dieser inner-organismischen Funktionen gestört oder blockiert werden können. Neurowissenschaftlich können wir das Körpergedächtnis als implizites bzw. prozedurales Gedächtnis abbilden, was inzwischen als neurowissenschaftlicher Konsens anzusehen ist (vgl. Damasio 1997, 2000, 2005; Schore/Siegel/Hüther et al.). Auch Stern spricht bereits 1992 davon. Auch auf der Ebene des Körpergedächtnisses wird von einem Pulsationsprinzip zwischen Expansion und Kontraktion der Lebensenergie ausgegangen, die alle körperlichen Systeme, bis zur Zelle (vgl. »zelluläre Selbstregulation«) durchdringt. Zur genaueren Vertiefung wird auf Harms (1999, 2000, 2008) verwiesen, der diese Aspekte insbesondere aus Sicht der neo-reichianischen Babytherapien ausführt. Zusammenfassend wird vor dem Hintergrund dieser Ausführungen die große Bedeutung deutlich, die wir körperlichen Prozessen zuschreiben. Dies ist nicht selbstverständlich: Mit Blick auf die Säuglingsforschung konstatiert Thielen, dass der Körper darin »zwar immer wieder erwähnt, aber nicht in seiner Tiefe begriffen« wird (Thielen 2005, S. 18).

Ganz gleich, ob wir der alten reichianischen Energie-Terminologie folgen (die außerhalb der Körperpsychotherapie häufig kontrovers erlebt wird) oder ob wir von Temperaments-Unterschieden sprechen, können wir übergeordnet gemeinsam sagen, dass das Kind von Anfang an durch unterschiedliche negative (Stress) oder positive (guter Halt) Einflüsse während der Schwangerschaft, Geburt oder auch postnatal in seiner wie auch immer gearteten (z.B. vegetativen, inner-organismischen) Regulationsfähigkeit unterschiedliche Voraussetzungen mit auf die Welt bringt. Dies kann sich im negativen Fall in Form von Unterbrechungen der Selbstregulationsfähigkeiten auf psychischer, vegetativer oder muskulärer Ebene niederschlagen. Der negative Einfluss pränataler Faktoren (vor allem psychosozialer mütterlicher Stress während der Schwangerschaft) als Risikofaktor zur Ausbildung einer Schreistörung gilt aus wissenschaftlicher Sicht als hinlänglich belegt. Umfangreiche Belege finden sich bei Papoušek, Schieche & Wurmser (2004). Dabei hat die Vorstellung, dass Zeugung, Befinden der Schwangeren während der Schwangerschaft sowie Beziehung zu dem Embryo/Fötus eine sehr wichtige Rolle spielen, bereits Einzug in allgemeine bekanntere Wissenschaftsmagazine (*Gehirn & Geist Serie*) genommen (Reinberger 2007). Der körperpsychotherapeutische Begriff des Körpergedächtnisses (sei es wortwörtlich oder als Heuristik gemeint) scheint hier besonders gut geeignet, um die genauen Zusammenhänge von prä- und perinatalem Stress und dessen negative Auswirkungen zu erklären.

Geburts-Trauma: Vor dem Hintergrund des Körpergedächtnisses werden körperpsychotherapeutische Babytherapien besonders mit der Geburtstrauma-Hypothese (vgl. Emerson 1997) in Verbindung gebracht, die kontrovers diskutiert wird. Von einigen Autoren wurde der Körperpsychotherapie entgegengehalten, dass in den entsprechenden »repräsentativen Stichproben [...] keine signifikante Häufung von perinatalen Belastungsfaktoren« vorzufinden seien und dies somit gegen die »Geburtstrauma-Hypothese« spreche (Ziegler et al. 2004, S. 134f.). Bei dieser Einschätzung spielt die Perspektive eine wichtige Rolle. Kriterien, die in der (bioenergetischen) Körperpsychotherapie die Qualität eines Traumas haben, müssen für andere Disziplinen nicht hinreichend sein. Dies zu betonen ist wichtig, um die sensible, spezifische (ätiologische) Perspektive der Körperpsychotherapie auf diesem Gebiet deutlich zu machen.

Abweichend von einer, nennen wir sie »konservative Geburtstrauma-Hypothese«, die bei fast jedem Kind ein Geburtstrauma attestiert (Emerson 1997) sowie die Art der Geburt als für das spätere Leben allumfassend und kompromisslos prägend ansieht, wollen wir vielmehr unter Einbezug der Resilienzfaktoren der Mutter eine klinisch praxisnahe »differenzierte Geburtstrauma-Hypothese« einnehmen. Soll heißen: Eine traumatische Geburt *kann* eine hinreichende, aber muss nicht zwingend eine notwendige Ursache für z.B. eine Schreistörung sein. Zudem kommt es bei der Ausprägung einer Regulationsstörung immer darauf an, ob die Schwangere/Gebärende bzw. junge Mutter selbstbewusst und sicher eingebunden ist oder ob sie sehr unsicher ist, womöglich noch ein schlechtes soziales Umfeld besitzt und keine empathischen Geburtshelfer etc. hatte (Ausmaß des Resilienzfaktors). Nichtsdestotrotz schenken körperpsychotherapeutische Baby-Therapien der Schwangerschaft und den Geburtsabläufen besondere Aufmerksamkeit.

2. Wir fassen unsere Klienten an – Aspekte der Indikation körperbezogener Interventionen (Indikation)

Nachdem das körperpsychotherapeutische Ursachen-Verständnis von Schreistörungen grundlegend vorgestellt wurde, komme ich jetzt zum Interventionsbereich. Das in Abgrenzung zu anderen Ansätzen sicherlich charakteristischste Merkmal körperpsychotherapeutischer Interventionen in der Eltern-Kind-Therapie wie auch in der Erwachsenentherapie ist der Umstand, dass wir als Therapeuten/Krisenhelfer den Körper unserer Klienten sowohl aus diagnostischer Sicht als auch therapeutisch-interventionsbezogen aktiv mit einbeziehen. Wir fassen unsere Klienten an. Diese körperorientierte Herangehensweise wird, obgleich sie für körperorientierte Psychotherapeuten selbstverständlich scheint und zunehmend auch Einzug in verschiedene Therapieformen hält (bis hin zur Verhaltenstherapie, vgl. Langlotz-Weis 2006), noch vielerorts von rein verbal arbeitenden Babytherapeuten kritisch kommentiert. Der alte Grundsatzstreit zwischen

analytischen Therapeuten traditioneller Art (Anfassverbot/Abstinenz) und Körperpsychotherapeuten in der Frage der Zulässigkeit des Körperkontaktes in der Erwachsenentherapie zeigt sich auch hier.

Um die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit dieses Vorgehens insbesondere im Kontext der Krisenarbeit mit Babys, Kleinkindern und deren Eltern auch in der Auseinandersetzung mit Fachkollegen außerhalb der Körperpsychotherapie zu belegen, empfiehlt sich – wie eingangs angemerkt – eine grundlegende Herleitung der Gründe körperbezogenen Arbeitens. Dies kann leider aus den oben genannten Gründen im vorliegenden Rahmen nicht erfolgen. Es wird auf eine nachfolgende Publikation verwiesen, in der wir die Indikation für körperbezogene Interventionen aus der Sicht der Säuglingsforschung, Neurobiologie, Geburtsmedizin (Kaiserschnitt) sowie der Traumapsychotherapie ausführlich herleiten. Ein zwar nicht explizit auf frühe Hilfen bezogener, aber grundlegend körperpsychotherapeutischer Rekurs auf die Säuglingsforschung und Neurowissenschaften findet sich zudem bei Geißler, Geuter und Thielen in diesem Band.

2. Wir fassen unsere Klienten an – Aspekte der Indikation körperbezogener Interventionen (*Indikation*)

Auf diesen Punkt wurde bereits oben eingegangen (s. o.)

3. Was wirkt wie? Wirkungsweise des körperpsychotherapeutisch-biodynamischen Anteils (Massagen) als bottom-up-Vorgang (*Informationsverarbeitungsstil*)

Zur Klärung der Wirkungsweise körperbezogener Interventionen und zur Verdeutlichung dessen, was den Ansatz von Paula Diederichs ausmacht, bedienen wir uns, in Anlehnung an den Neurobiologen Damasio (2005), des Konzepts der Unterscheidung von bottom-up- und top-down-Prozessen.

Das körperpsychotherapeutische Vorgehen verfolgt die Wirkungsrichtung, zu Beginn der Krisenintervention schwerpunktmäßig nicht die verbalen Kanäle und Schichten (top), sondern die erlebnisbezogenen, organismischen, biologischen, kurz die körperbezogenen Strukturen, anzusprechen. Grundüberlegung ist dabei durch körperbezogene Interventionen, wie Massage, Atem- oder Entspannungsübungen in die Tiefe (bottom), also in die Regulation des gestressten Organismus korrigierend einzugreifen, ihn in Richtung Entspannung »runterzufahren«, um einer entglittenen Selbstregulation entgegenzuwirken und zum Aufbau einer neuen Selbstregulationsfähigkeit zu verhelfen. »Generell gesehen fördern diejenigen Methoden, welche »nach innen«, also auf die eigene Körperwahrnehmung ausgerichtet sind, eine parasymphatische, beruhigende Wirkung. Mehr »nach außen«, auf den Kontakt mit anderen Menschen und die Umwelt gerichtete Methoden wirken sympathisch, aktivierend« (Milz 2005, S. 29). Bottom-up-Prozesse gibt es viele und sie setzen an unterschiedlichen, tiefen bottom-up-Stellen an. Körperpsychotherapeutische Ansätze reichianischer Prägung scheinen m. E. dabei eine besonders nachdrückliche Form eines bottom-up-Prozesses zu sein, da sie quasi an der tiefsten aller Stellen, an der organismischen Ebene, ansetzen. Die Ausführungen machen den Unterschied des körperpsychotherapeutischen Ansatzes gegenüber bindungsforschungsgeprägten Ansätzen deutlich. Dieser lässt sich als bottom-up- versus top-down-Unterschied formulieren. Worin liegen nun die Gemeinsamkeit und der Unterschied? Gemeinsam ist beiden Ansätzen die zu erreichende Zielrichtung: der Aufbau einer guten, sicheren Bindung zum Kind als Ausgangspunkt einer haltgebenden, liebevollen und funktionierenden Beziehung zwischen Mutter und Kind. Der Unterschied liegt in der Art und Weise, wie diese hergestellt werden soll: Das körperpsychotherapeutische Arbeiten versucht, Veränderung mehr über die bottom-up-Schleife und die rein bindungstheoretisch orientierten Eltern-Kind-Beratung-/Therapieansätze mehr über die Top-down-Schleife herzustellen. Letztere versuchen ausgehend vom Denken und der Sprache (top) über ein verändertes Verhalten zu einem neuen Fühlen und Erleben »in der Tiefe« (down) zu gelangen, hier in der Folge z.B. in Form einer besseren Bindungsqualität. Diese Ansätze setzen somit auf einer zwar empathischen, aber im Wesentlichen verbal gestützten und kognitiv beteiligten, höheren Ebene (top) an. Erst später ergeben sich also Folgewirkungen auf einer tieferen Ebene (verbesserte Selbstregulation). So finden Mutter und Kind vom Denken zum Handeln über veränderte Selbstregulationsmöglichkeiten zur besseren Bindung (top-down). Das top-down- versus bottom-up-Bild dient dazu, den Unterschied zwischen dem körperpsychotherapeutischen und dem originär bindungstheoretischen Vorgehen anschaulich zu illustrieren.

4. Grundmerkmale und Struktur der Krisenbegleitung – Das 3-Säulen-Prinzip (*Setting*)

Nach den o. g. grundlegenden Ausführungen über mögliche Ursachen von Schreistörungen aus körperpsychotherapeutischer Sicht (kurz: im Körpergedächtnis gespeicherter Stress verhindert die Selbstregulation) sowie

den Gründen und dem Wirkungsprinzip (bottom-up) körperorientierten Vorgehens, werden im Folgenden die Merkmale der Settingstruktur in der Krisenbegleitung von Schwangeren, Babys, Kleinkindern und deren Eltern vorgestellt.

DIE RAUMSITUATION

Um eine entspannende Situation zu gestalten, erfolgt die Arbeit in einem mit Matten, Decken und Kissen ausgestatteten Raum. Eltern, Kind und Therapeut nehmen auf den am Boden liegenden Matten Platz.

DIAGNOSTISCHES VORGEHEN UND BEZIEHUNGSGESTALTUNG

Die diagnostische Anfangssituation, in der der Therapeut eine Vielzahl von sachlichen und affektiv bezogenen Informationen über die momentane Krisensituation erfährt, ist von der ersten Minute an durch ein beziehungs- und ressourcenorientiertes Vorgehen geprägt: Das bedeutet auch, dass der Therapeut zu Beginn die Situation und ihre möglichen Auswirkungen weder zu dramatisieren noch zu beschwichtigen versucht, sondern die Realität annimmt. Das Defizitäre (eine möglicherweise krisenhafte Geburt) wird dabei nicht abgespalten, die Frau wird jedoch immer wieder in ihren Ressourcen und dem, was sie geleistet hat, gestärkt.

STRUKTURELLES VORGEHEN

Körperpsychotherapeutische Krisenbegleitung bei Babys, Kleinkindern und deren Eltern nach Paula Diederichs erfolgt nach einem dreigliedrigen Säulen-Prinzip:

- a) Die Arbeit am Organismus des Kindes (beziehungsorientierte Körperarbeit), *bottom-up-Anteil*
- b) Das beraterisch-therapeutische Gespräch mit der Mutter (klärungs- und bewältigungsorientiert), *top-down-Anteil*
- c) Die Arbeit am Organismus der Mutter (beziehungsorientierte Körperarbeit), *bottom-up-Anteil*

a) Arbeit am Organismus des Kindes

Die erste zentrale Säule der Arbeit umfasst die »handfeste« Intervention am Organismus des Kindes (Körperarbeit), bei Schreibabys meist in Form von verschiedenen und modifizierten Massagen neo-reichianischer Prägung (Occiput¹-, Rückenstrecker- oder Kaiserschnittmassagen) sowie Halte- und Beruhigungsübungen in Anwesenheit der Mutter. Detaillierte Beschreibungen der erwähnten Körper-Techniken finden sich u.a. bei Harms (2000, 2008), Diederichs (2000) und Diederichs/Olbricht (2002). Meist sind die beteiligten Mütter froh, das Kind abgeben und seit langer Zeit einmal wieder – entspannt an ein Kissen gelehnt – ausruhen und durchatmen zu können. Für die erste Kontaktaufnahme mit dem Kind ist es dabei wichtig, dass diese vom Kind ausgeht. Geschieht dies nicht, erfolgt eine spielerisch-lustvolle, aber respektvolle und grenzenwahrende Kontaktaufnahme mit dem Kind. Im Sinne eines guten affekt-motorischen Handlungsdialogs (Stern 1992, 1998) werden die gefühlsmäßigen und motorischen Regungen des Kindes zum Aufbau eines guten Affekt-Tunings angemessen gespiegelt und zurückgegeben. Dabei sollte stets eine doppelt schwebende Aufmerksamkeit auf Mutter und Kind gerichtet sein.

b) Das beraterisch-therapeutische Gespräch mit der Mutter

Die zweite Säule umfasst den Aufbau einer haltgebenden, verständnisvollen Helferbeziehung zu der Mutter, von der aus wichtige Aspekte der Problemlage mit dem Ziel eine z.B. ambivalente in eine sichere Bindung zu bearbeiten. Im Fokus steht dabei noch nicht primär die Beziehungsfrage zwischen Mutter und Kind, sondern die Mutter *selbst* und das, was sie als individuelle Person »mitbringt« (Mutter im Gespräch mit Therapeut). So können beispielsweise anhand eines Schlafproblems tief sitzende Ängste als hiermit in Verbindung stehende Ursache einer unbewussten Ablöseproblematik thematisiert und bearbeitet werden. Durch die klärungsorientierte, tiefenpsychologisch ausgerichtete Thematisierung der eigenen Mutterrolle sollen Zusammenhänge in der Mutter-Kind-Interaktion aufgezeigt werden. Es wird also in Übereinstimmung mit anderen Ansätzen hier letztlich an der ko-regulierenden Funktion der Mutter angesetzt. Diese Phase, mit multimodalem, integrativem Vorgehen, umfasst neben tiefenpsychologisch-analytischen auch gesprächspsychotherapeutische, systemische sowie psychoedukative und verhaltenstherapeutische Elemente.

c) Arbeit am Organismus der Mutter

Die Zustimmung der Mutter vorausgesetzt, geht die zweite in die dritte Säule über, bestehend aus der Arbeit am Organismus der Mutter in Form von Halte-, Atemübungen oder ressourcenorientierter Massagen, mit dem Ziel der

¹ Das paarige Hinterhauptsbein (lat. *Os occipitale* oder kurz *Occiput*) ist der am Halsübergang gelegene Teil des Hirnschädels. Es bildet den hinteren Abschluss der Schädelhöhle und mit dem Atlas das erste Kopfgelenk.

Entspannung, Beruhigung, eigener Körperwahrnehmung, verbesserter »Selbstbindung« und Autonomiestärkung. Durch eine spezielle Rückenstreckermassage erleben die Mütter ihren eigenen Zustand differenzierter, sowohl Müdigkeit und Erschöpfung als auch eine ressourcenspendende Vitalisierung werden spürbar. Die Massagen wirken auf die Mütter entspannend und wohltuend und so sind sie gerne bereit, diese selbst zu erlernen, um ihrem Kind durch deren Anwendung etwas Gutes tun zu können. Wenn man so will, haben die Massagen deshalb auch einen didaktischen Effekt: Denn für das Erlernen der Massagen ist es indes immer am besten, wenn die Mütter diese nicht nur gesehen und erklärt bekommen (top-down-Verarbeitung), sondern an sich selbst, am eigenen Organismus erfahren haben (bottom-up-Verarbeitung). Dieses »didaktische« Argument erlaubt es im Übrigen auch einer Untergruppe von erschöpften, aber um Autarkie bemühten Müttern, das eigene Empfangen der Massage vor sich zu rechtfertigen. So benötigen sie gewissermaßen das sachliche Didaktik-Argument, um ihren regressiv-entspannenden Zustand vor ihrem Über-Ich zu rechtfertigen. Zudem können sie das Loslassen external attribuieren; dadurch verhindert dieses Vorgehen, dass sie aufgrund ihrer Schwäche beschämt werden.

Die Körpererfahrung durch die Massage bringt die Mutter schließlich mehr zu sich selbst, zu einer Bindung nach innen (Selbstbindung). Die erfolgte Verbesserung der Körperwahrnehmung und die Entspannungserfahrung werden von den Müttern als sehr wohltuend erfahren.

Nicht alles kognitiv verarbeiten zu müssen, sondern am eigenen Leib erfahren zu dürfen und dennoch etwas gelernt zu haben, entlastet besonders kognitiv-verbal fixierte Mütter mit hoher verinnerlichter Leistungserwartung (»verkopfte« Mütter). Auch hier untermauert die Hirnforschung das beschriebene Vorgehen insofern, als dass unterschiedlich repräsentiertes Wissen – körperlich erfahren und kognitiv verstanden – im Gehirn am besten verankert ist (Damasio 1997, 2000, 2005; Bauer 2005).

HALTEARBEIT UND SELBSTREGULATION

Selbstregulationsprozesse können auch als Bedürfnis des Körpers und der Seele verstanden werden miteinander in Balance zu sein. Dies verdeutlicht besonders der Blick auf das autonome Nervensystem, mit seinen beiden Antagonisten Sympathikus (zuständig für Erregung, Aktivität, Flucht) und Parasympathikus (Entspannung). Diese beiden Teile sollten ausbalanciert sein. Tagsüber sind der Sympathikus und nachts der Parasympathikus aktiver. Bei einer Entgleisung, z.B. bei Stressüberhäufung während der Schwangerschaft, ist der Sympathikus stark dominant. Die Stresshormone haben den Embryo und Fötus so mit Adrenalin und Cortisol überhäuft, dass es dem Organismus nicht mehr möglich ist, von alleine in diese Balance zu kommen. Das Kind ist permanent unruhig. Es bedarf der Hilfe von außen. Zentraler Punkt in dieser Hilfe von außen ist sog. Haltearbeit, mit ihrer sich über die bottom-up-Schleife vollziehenden Körpererfahrung. Die Haltearbeit führt diese Stress-Reagibilität Stück für Stück in Richtung einer verbesserten Selbstregulation; die Entgleisung wird somit sukzessive rückläufig. Wann die Selbstregulation letztendlich wieder in Takt ist, hängt von der Summe der vorherigen Stressoren ab.

In biodynamischer bzw. bioenergetischer Terminologie ist die Rede von der »Wiederherstellung der natürlichen Zirkulation der Lebensenergie«. Eine umfassende Darstellung dieser theoretischen Überlegungen findet sich u.a. bei E. Reich (1997), W. Reich (1933, 1994) und Harms (1999, 2000, 2008).

Hierzu ein Beispiel aus der Berliner SchreiBabyAmbulanz:

Eine an ein Polster angelehnte, erschöpfte Mutter beginnt in der Sprechstunde ihre Zentrierungs- und Entspannungsübungen. Der Therapeut nimmt das Schreikind auf den Arm und geht mit hörbaren, tief brummen, beruhigenden Lauten im Raum ruhig umher. Bei der therapeutischen Beruhigung eines Schreibabys ist es wichtig, sich nicht von den aufwallenden, explosionsartigen Vitalitätsaffekten (Stern 1992) des Schreibabys mitreißen zu lassen, sondern dem Kind im ruhigen stimmlichen und visuellen Ausdruck mit fließenden, harmonischen Bewegungen andere korrigierende und haltgebende Vitalitätskonturen zu geben. Ziel ist, es dem Kind so den nötigen Halt zu geben, sich etwas mehr in die Entspannung zu begeben und die selbstregulatorischen Kräfte im Organismus der Mutter und des Kindes wieder zu verstärken. Mit jeder weiteren Stunde macht das Kind im Sinne eines affekt-motorischen Handlungswissens bzw. von RIGs die Erfahrung, dass Entspannung nicht bedrohlich ist, sodass es immer mehr und besser selbst zur eigenen Ruhe und Entspannung kommen kann.

VERGLEICH MIT ANDEREN ANSÄTZEN (MANUALTHERAPIE, OSTEOPATHIE, PSYCHOMOTORIK)

Mit Blick auf den hohen »manualtherapeutischen« Charakter der beschriebenen Interventionen (z.B. in Form von Massagen usw.) lässt sich die Frage stellen, was den vorliegenden körperpsychotherapeutischen Ansatz qualitativ von Krankengymnastik, Osteopathie, Psychomotorik oder Craniosacral-Therapie und Ähnlichem unterscheidet. Die Antwort liegt ganz eindeutig in den zusätzlich neben der Körperarbeit fokussierten psychologischen bzw. bindungstheoretischen Fragestellungen, deren Analyse und Veränderungsprozesse in eine haltgebende, empathische Beziehungsgestaltung

zwischen Klient und Therapeut eingebettet sind (»therapeutische Beziehungsebene«), in eine vertrauensvolle, wertfreie Arbeitsbeziehung, ähnlich einer therapeutischen Beziehung. Das dem unseren Ansatz auf den ersten Blick am nächsten kommende Vorgehen scheint die craniosacrale Behandlung von Babys und Kleinkindern zu sein, welche ebenso »sanfte Berührungen« anwendet, um z.B. auch Schreibabys bei der Bewältigung von physischen Schwierigkeiten zu helfen und indessen auch von bioenergetisch ausgebildeten Therapeuten angewandt und publiziert wird, so z.B. von Peirsman/Peirsman/Gerbert (2007). Doch nennen diese Ansätze sich selbst zu Recht »Körpertherapie« und nicht Körperpsychotherapie. Eben auf diese psychologische Perspektive kommt es an. Hierauf bezieht sich eben auch der kleine, aber zentrale Namensunterschied in der Terminologie zwischen Körpertherapie und Körperpsychotherapie. Denn aus unserer klinischen Erfahrung wissen wir, dass es nicht ausreicht, eine Blockade mit craniosacral-therapeutischen Berührungen zu beheben, sondern dass eine verantwortungsvolle Unterstützung des Mutter-Kind-Systems nie ohne eine fundierte psychologische Beratungs- und Behandlungsstrategie auskommen darf. Zusätzlich wissen wir auch, dass sich Bindungsstörungen auch ohne jede Form von Blockaden beim Kind rein über eine psychische oder psycho-soziale Belastung der Mutter manifestieren können. Ebenso wissen wir andererseits, dass gute mütterliche Resilienzfaktoren eine Blockade aufseiten des Kindes auch kompensieren können, sodass es zu keiner nennenswerten Beeinträchtigung in der biologischen wie psychologischen Regulationsfähigkeit kommen muss. Der Unterschied eines körperpsychotherapeutischen Vorgehens gegenüber craniosacralen, manualtherapeutischen bzw. physiotherapeutischen Ansätzen ist somit die für die Körperpsychotherapie zentrale Berücksichtigung der »Bindungsfrage« (*Zielrichtung*), der therapeutischen Beziehung (*Methodik/Setting*) sowie ein multifaktorielles Ursachenverständnis (*Diagnostik/Ätiologie*), was von den o.g. Ansätzen m. E. nicht hinreichend berücksichtigt wird. Was unterdessen die Beziehung der Körperpsychotherapie zur Psychomotorik anbetrifft, räumte die Lehrstuhlinhaberin für Psychomotorik Amara Renate Eckert an der Hochschule Darmstadt, Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und soziale Arbeit ein, dass aus ihrer Sicht in den sinnverstehenden Zugängen der Psychomotorik besonders in der Richtung Aucouturiers, viele reichianische Elemente wiederzufinden seien (Eckert 2008, pers. Mitteilung). Der dialogische Aspekt, wie er in dem von der Psychomotorik beschriebenen Begriff des »tonischen Dialogs« zum Ausdruck kommt, ähnelt dabei stark dem dialogischen Vorgehen zwischen Körperpsychotherapeut und Baby. Dieses originär körperpsychotherapeutisch interaktive Vorgehen, bei welchem der Körperpsychotherapeut mit seinem Körper interaktiv (z.B. durch Massage) in Kontakt zum Körper des Kindes tritt, wurde kürzlich von Kappes (2008, pers. Mitteilung) wie ich finde, treffend mit dem Begriff des »physischen Dialogs« zwischen Therapeut und Baby beschrieben. Zusammenfassend sei betont, dass das vorgestellte 3-Säulen-Prinzip aufgrund seiner Integration von verbalen und prozesshaft-körperlichen Anteilen im Besonderen den von Grawe (1994) beschriebenen vier grundsätzlichen Wirkmechanismen von Psychotherapie folgt:

- der Bewältigungsorientierung (verbal; Säule 2)
- der Klärungsorientierung (verbal; Säule 2)
- der Ressourcenaktivierung (verbal und körperlich/bioenergetisch aktivierte Ressourcen; Säulen 1, 2 und 3)
- der Problemaktivierung (schwerpunktmäßig körperlich; Säulen 1 und 3)

Insbesondere die Problemaktivierung nach Grawe erfolgt in körperbezogenen Interventionen über das, durch die Körperberührungen aktivierte implizite, prozedurale Körperwissen, durch das, defizitäre körperliche Kernselbst-Anteile angesprochen, zugänglich und korrigierend bearbeitet werden können, sowohl auf Mutter und Kind bezogen. (s. der Körper als Empfangs- und Ausdrucksorgan, Gottwald 2005)

5. Hilfe zur natürlichen Selbstregulation des Kindes und mütterlicher Intuition – Spüren statt Lernen: Erweiterung des Bindungs-Paradigmas mit dem Intuitions-Paradigma (*Interventionsziel*)

Wie unter den o.g. Punkt deutlich wurde, besteht das auf das Kind bezogene Interventionsziel darin, die entglittene natürliche Selbstregulationsfähigkeit des Kindes wieder herzustellen (verbesserte Schlaf-Wach-Zyklen, Affektregulation, Verdauung usw.).

BEDEUTUNG DER INTUITION

Der Erfolg jedweder Verhaltensratschläge, die an die Mutter herangetragen werden, ist m. E. auf zentrale Weise von den Eigenschaften abhängig, welche die Mutter mitbringt (ihr »Bauchgefühl«, ihre Einstellungen, unbewusste Ängste, Fantasien, Erwartungen, Konflikte, Schuldgefühle, Leistungsdruck, Ansprüche und Körperwahrnehmung). Der emotionale Hintergrund, auf welchen diese Ratschläge treffen, die Kriterien, nach denen die Mutter dies abwägt, nennen wir die mütterliche Intuition. Nach der Auffassung des Ansatzes von Paula Diederichs steht und fällt der Erfolg aller Interventionen, auch die, die an die Ko-Regulationsfunktion der Mutter appellieren, somit mit deren Intuition. Oberste

Priorität hat, dass alles im Einklang mit der inneren Haltung, mit der Intuition der Mutter geschieht, da es eben diese zu stärken gilt. Top-down-Hilfestellungen sollten nicht aufgesetzt sein, die Mutter sollte sich mit ihnen identifizieren können und authentisch fühlen. Sie sollten in Abstimmung mit dem, was die Mutter emotional verkraften und standhalten kann, erfolgen. Die Lern- und Motivationspsychologie sowie Attributionsforschung (vgl. Schlag 1995) bestätigt dabei dieses Vorgehen: Nur ein internal attribulierter Erfolg ist der beste Garant für ein erfolgreiches nachhaltiges Lernen, und ein mittleres Anstrengungsniveau ist optimal motivierend. Wir sehen diesen Intuitions-Aspekt von bindungstheoretisch operierenden oder verhaltenstherapeutischen Hilfsangeboten nicht im hinreichenden Maße berücksichtigt: Ein Feinfühligkeits-Training oder ein Schlaftraining (Kast-Zahn/Morgenroth 2002) kann nur fruchten, wenn die mütterliche Intuition dem Vorgehen authentisch folgen kann und die Ratschläge von der Intuition bestätigt und mitgetragen werden. Diese zu stärken ist ein eigener Vorgang, der seines eigenen Raums und seiner eigenen Zeit bedarf. Ziel der Krisenintervention ist nicht das »kopfgesteuerte« Erarbeiten eines Bindungsstils oder Schlafprogramms, sondern die Wiederherstellung und Stärkung der mütterlichen Intuition als Grund-Voraussetzung, von der weitere Maßnahmen aus erfolgen können, mit dem Ziel einer sicheren Bindung, natürlich auch unter Einbeziehung des Intellekts. Diese Prozesse können sich nur in einem empathischen, wertfreien Raum individuellen Verstehens ereignen. Somit plädieren wir für eine Erweiterung der bindungspsychologischen Perspektive, indem dem Bindungsparadigma das grundlegendere Intuitionsparadigma »vorgesaltet« sein sollte. Intuitionsparadigma meint hier die Stärkung der (meist entglittenen) mütterlichen Intuition. Das Gemeinsame von bindungsforschungsgeprägten Eltern-Kind-Beratungen/-Therapien auf der einen und körperpsychotherapeutischer Krisenbegleitung auf der anderen Seite ist ihr Anliegen, sichere stabile Bindungsstrukturen zwischen Mutter und Kind aufzubauen. Der Unterschied liegt vielmehr in der Art und Weise, im Dreh- und Angelpunkt wie dieser Bindungsaufbau hergestellt werden soll. In körperorientierten Methoden liegt der Schwerpunkt dabei eher auf der Stärkung der Intuition und des Selbsthaltes durch einen bottom-up-basierten Erfahrungsrahmen. Dies sind gewissermaßen die Grundierung und die Basis, auf der weitere Bindungsarbeit geleistet werden kann. Es sei angemerkt, dass dieses Vorgehen neben seinen theorie-immanenten Ansprüchen (Bioenergetik, Biodynamik u.a.) darüber hinaus selbstverständlich auch Setting-immanente, sprich Klienten-bezogene, also rein praktische Gründe hat. Denn die sich in die SchreiBabyAmbulanz begebenden Mütter sind meist äußerst erschöpft, ausgelaugt und »gehen quasi auf dem Zahnfleisch«. Diese sind und wären weder in der Lage, Verhaltens- oder Schlaftrainings noch Videoanalysen zu bestreiten und bedürfen zunächst einmal eines Refugiums des Durchatmens und der Ruhe. So »fahren wir den unter Stress stehenden Organismus von Mutter und Kind zunächst runter«, durch die im Vordergrund stehenden Techniken wie Massage, Atmung auf der einen, sowie Zentrierung und Erdung auf der anderen Seite. Ziel ist es, dass die Mütter ruhiger werden, »vom Kopf in den Bauch kommen«, um so mit sich selbst besser und sicherer gebunden zu sein und von dort aus eine Bindung zum Kind eingehen. Körperpsychotherapeutisches Vorgehen unterstützt die Mütter nicht vorrangig intellektuell (»das machen Sie richtig« usw.), sondern unterstützt sie zunächst darin, wieder eine Bindung zu sich und ihrem eigenen Körpererleben bzw. ihrem Kernselbst herzustellen, um von dort aus organismisch eine sichere Bindung zu ihrem Kind aufzunehmen. Dieses körperpsychotherapeutische Vorgehen kann somit als »das Vorgelagertste aller Vorgehensweisen« angesehen werden. Rein praktisch kann die Eigenwahrnehmung durch Körperübungen erzielt und verstärkt werden, indem die Therapeutin der Mutter hilft, ihren Fokus vom Kopf auf ihren Bauch/unteren Rücken zu lenken. Diesen Punkt beschreibt die Traditionelle Chinesische Medizin als den sogenannten Hara-Punkt (»Hara« bedeutet Körpermitte, Zentrum, von dem alle Energie ausgeht). Im therapeutischen Kontakt legt die Therapeutin ihre Hand (mit dem Einverständnis der Frau) am Rücken der Mutter genau auf diesen Hara-Punkt, und die Mutter wird aufgefordert, ihr Bewusstsein und den Atem zu diesem Bereich zu lenken. Die Hand im Rücken erleichtert eine Veränderung in der Selbstwahrnehmung. Ihrem inneren Hin- und Hergerissensein (überall aber nirgends klar zu sein – Ambivalenz) wird durch dieses Vorgehen (»Zentrierung«) entgegengewirkt, d.h. sie konzentriert sich entweder einen Atemzug auf sich selbst und im nächsten Atemzug auf das Kind (mit Blickkontakt). Dadurch erfolgt eine Veränderung in der Wahrnehmung aus der eine andere Beziehungsstruktur erwachsen kann, sie lernt in kleinen Schritten im therapeutischem Halt und Begleitung von einem ambivalenten Bindungserleben in ein klareres und sicheres Bindungsempfinden zu wechseln, was auf das Alltagserleben transferiert wird. Somit wird das Kernselbst der Mutter aufgebaut und das Selbstbewusstsein gestärkt. Um Missverständnisse zu vermeiden: Demgegenüber sind Ratschläge dann klar indiziert, wenn Grenzen-Setzen vom Entwicklungszeitpunkt des Kindes eindeutig indiziert sind, die Mutter aber keine Vorstellung davon hat, ob sie das darf und wie sich eine konkrete Umsetzung vollzieht.

6. Ohne Erdung scheitert jede Empathie – Die Haltung des Therapeuten (*Rollenverständnis*)

Folgende Merkmale, Eigenschaften und Leitlinien der therapeutischen Haltung innerhalb der Klient-Therapeut-Beziehung sind für uns von zentraler Bedeutung:

1. EMPATHIE

Empathisches Vorgehen ist besonders für Mütter wichtig, die mit Ratschlägen, Schlafprotokollen und Verhaltenstipps nicht weitergekommen sind, um sich selbst zu verstehen. Das Gefühl, durch einen Zweiten in seiner ganzen Innerlichkeit gesehen zu werden – sei es in seiner inneren Ambivalenz, Zerrissenheit, Verzweiflung oder Ohnmacht – ist ein sehr tiefgehendes, ganz zentrales Moment in jeder Form therapeutischen Arbeitens, durch das sich ein neuer intersubjektiver Raum ausbreitet, von dem aus eine Selbstöffnung und Weiterentwicklung ausgeht. So erfolgt die Kommunikation innerhalb der Krisenintervention *nicht* nach dem Motto: »Ich weiß, was richtig ist, ich werde es dir beibringen!«, sondern sie gestaltet sich vielmehr von Mensch zu Mensch auf gleicher Wahrnehmungsebene. Die Wichtigkeit und Wirkungsweise empathischer Prozesse in der Therapie werden zunehmend durch die Säuglingsforschung (self-with-other, Stern 1992), die Hirnforschung (Spiegelneurone, Bauer 2005) sowie die neueren Konzepten der Mentalisierung (Fonagy et al. 2004) eindrucksvoll bestätigt.

2. WERTFREIHEIT: (GEGEN DAS SCHULDGEFÜHL)

Häufig haben Mütter, die sich zu uns in die Sprechstunde begeben, bereits eine »Odyssee« hinter sich und eine Vielzahl unterschiedlicher Helfer mit häufig widersprüchlichen Ratschlägen konsultiert, was die Verwirrung perfekt macht. Hinzu kommen meist hohe Selbstzweifel sowie Schuldgefühle, keine gute Mutter zu sein usw. Ein wertfreies Vorgehen ist insbesondere im Kontakt mit meist Säuglings- und Bindungsforschung belesenen (Akademiker-)Müttern von hoher Bedeutung, denn diese sehen die Ursache für die Störung aufgrund der Fachlektüre häufig einseitig bei sich selbst, z.B. nicht ausreichendes frühes Bonding, fehlerhafte Mutter-Kind-Interaktion usw. Hier vertreten wir gegenüber der Mutter die schuld- und Über-Ich-entlastende Auffassung, dass die Zusammenhänge häufig so komplex sind, dass es nicht immer eine klar lokalisierbare Ursache zur Erklärung einer frühkindlichen Regulationsstörung geben muss, erst recht nicht aufseiten der Mutter. Stattdessen geht es um ein wertfreies Annehmen und Verstehen der Mutter und eine Stärkung dessen, was ihr größter naturgegebener Schatz, ihre größte Ressource ist: Die Stärkung ihrer natürlichen mütterlichen Intuition.

3. ERDUNG/ZENTRIERUNG

Zentrieren und Erden stellen grundlegende körperpsychotherapeutische Basisbestandteile des Therapeuten in der Arbeit, vor allem in der Arbeit mit einem lauten, exzessiv schreienden Schreibaby dar. Ausführliche Darstellungen des Konzepts der Erdung und Zentrierung finden sich bei Lowen (1990) sowie Boadella (1991). Ist der Therapeut nicht geerdet, überträgt sich die Unruhe und der Stress des Schreibabys auf ihn, das Baby spürt die Unruhe, wird unruhiger, und das System eskaliert in Gestalt eines »Teufelskreises negativer Gegenseitigkeit« (Papoušek 2004, S. 100). Im Hinblick darauf, dass wir unsere Klienten körperlich anfassen, soll nicht unerwähnt bleiben, dass unsere innere Haltung, in der wir dies tun, aus Klarheit im Tun und aus Abstinenz besteht. Dies hat auch viel mit Erdung/Zentrierung zu tun. Abstinenz meint hier, dass wir nicht zur Befriedigung sekundärer Interessen (z.B. Helfer-Narzissmus, eigenes Macht-, Nähe-, Kontakt oder Erotikbedürfnis) berühren: Wir berühren in einem heilenden Auftrag und strahlen dies nach außen unmissverständlich aus, um Irritationen oder eine womöglich erotisch-sexuell gefärbte Interpretation dieses Körperkontakts zu verhindern. Je klarer der Therapeut dies ausstrahlt, desto weniger Irritationen gibt es. Auch Madert weist im Zusammenhang der erwachsenen Traumapsychotherapie auf die Bedeutung einer stabilen, geerdeten Therapeutenposition hin, wenn er sagt:

»Wenn der Körper des Therapeuten auch nur subliminal im Schreck erstarrt, wird auf der Körperebene die Botschaft an den Patienten sein: ich/du/wir halten das Schreckliche nicht aus. Wie sich die organismische Gestimmtheit tief unbewusst körperlich bildet, hat Damasio eindrucksvoll beschrieben und auch experimentell am Einzelfall evaluiert« (Madert 2007, S. 348).

4. AUTHENTISCH

Der Helfer/Therapeut sollte in seiner eigenen Persönlichkeit authentisch sein. Er ist als Individuum spürbar. Dies vermittelt der Mutter ein Gefühl von Echtheit – unverbogen, urwüchsig und ungekünstelt. Auf diese Eigenschaft sprechen die Säuglinge und Kinder im Übrigen besonders gut an. Das Authentische. Das Rollenverständnis des Therapeuten erinnert hier an zentrale Prinzipien der Gesprächspsychotherapie nach Rogers (vgl. Empathie, Authentizität).

5. RESSOURCENORIENTIERT/REFLEKTIERT

Wie bereits oben deutlich wurde, besteht eines der obersten Prinzipien in einem ressourcenorientierten Vorgehen. Ebenso wichtig ist ein hohes Maß an Selbstreflexion, um angesichts unterschiedlicher Mutter-Typen nicht in eine der vielen »Übertragungsfällen« zu geraten. Hier bedient sich das Vorgehen klar eines psychotherapeutisch orientierten Professionalitäts-Anspruchs.

6. GLEICHSCHWEBENDE AUFMERKSAMKEIT AUF MUTTER UND KIND

Die »duale« Arbeit mit Mutter und Kind verlangt dem Therapeuten eine auf beide Personen gerichtete besondere Aufmerksamkeit und Konzentration ab. Es gilt sowohl das Befinden und die inneren Prozesse der Mutter als auch die des Kindes zu verstehen und in seinem therapeutischen Vorgehen immer wieder aufs Neue zu erkennen und zu berücksichtigen. Dies wird bei der Berücksichtigung von paar-therapeutischen Prozessen umso komplexer. Dies verlangt dem Therapeuten ein besonderes Maß an Erfahrung und Kompetenz ab.

EXKURS: THERAPEUT ALS KONKURRENT?

Um ein mancherorts verbreitetes Vorurteil zu klären: Das oft sehr praktisch anmutende körperpsychotherapeutische Vorgehen soll nicht dahingehend missverstanden werden, dass der professionelle Helfer durch sein Verhalten (z.B. Massagen, Kind auf den Arm nehmen usw.) gegenüber der Mutter (im Sinne einer besseren Mutter) in Konkurrenz treten soll. Wir wissen aus der Spiegelneuronenforschung, dass durch das »Vormachen« einer Handlung (Helfer spricht und geht mit Baby empathisch um) im Beobachter (Mutter) die gleichen neuronalen Netze dieses Prozesses angeregt werden (hier Empathie). Selbst der anerkannte Neurobiologe und Psychotherapeut Joachim Bauer antwortete mir am Rande der Lindauer Psychotherapiewochen 2008 in einem persönlichen Gespräch auf die Frage angesprochen, ob körperpsychotherapeutische Schreibaby-Beruhigungstechniken eine Konkurrenzsituation zur Mutter auslösten, indem er treffend meinte: »Nein, zu glauben etwas zu können, ohne es einmal zu sehen, ist wie ›wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass.« Auch vor diesem Hintergrund bestätigen zusammenfassend die Befunde der Neurowissenschaften das mitunter sehr aktive und beherzte Einbeziehen des Körpers, insbesondere des Babys.

7. »Mothering the Mother« – Hohe Bedeutung des pränatalen Halts (*Prävention*)

Die Körperpsychotherapie ist aus ihrer Sicht darum besorgt, dass sich frühe negative Erlebnisse bereits auf zellulärer Ebene im Körpergedächtnis niederschlagen können, so wird folglich den pränatalen Prozessen und einem möglichen fehlenden Halt der Mutter in dieser Zeit eine sehr hohe Bedeutung beigemessen.

Hier folgt Ansatz von Paula Diederichs im Wesentlichen den Überlegungen der Pränatalpsychologie, besonders Janus'scher Prägung (Janus/Haibach 1997). Neben den offensichtlichen Formen pränataler Traumata, wie Drogen-, Nikotin- oder Alkoholkonsum oder Unfälle zählen wir hierzu u.a. ärztlich verordnetes Zwangsliegen, Ambivalenz – ablehnende mütterliche sowie väterliche Haltung – gegenüber dem Kind, mütterlicher Stress in der Schwangerschaft (Partnerprobleme, Existenzsorgen, Umzüge), Angst um den Verlust des Kindes bzw. pränataldiagnostische Befunde, die auf eine Behinderung schließen ließen, sich aber nicht bestätigt haben (Diederichs/Jungclaussen 2007). Nach Auffassung der Methode von Paula Diederichs ist es immens wichtig, dafür zu plädieren, dass die wichtigen Befunde der Bindungsforschung von jungen Müttern nicht dahingehend missverstanden werden dürfen, auf perfektionistische Weise einem bindungstypischen Idealbild nachzueifern. Denn dieses »kopfgesteuerte Denken«, quasi Top-down-Vorgehen, erzeugt Leistungsdruck, entfremdet die Mutter von sich und ihrer mütterlichen Intuition und erzeugt schlussendlich keine gute Bindungsqualität, die wir alle zu erzielen versuchen. Es ist wichtig, dass wir bereits in der Schwangerschaft ein Helfersystem schaffen, in dem die häufig durch widersprüchliche Ratschläge von verschiedenen Seiten verunsicherte Schwangere emotional gut aufgehoben und dort respektvoll mit ihr umgegangen wird.

8. Wie geht's Deinem inneren Kind? – Hoher Selbsterfahrungsanteil in der Weiterbildung zum Krisenbegleiter

Der ohnehin in jeder psychotherapeutischen Weiterbildung wichtige Anteil der Selbsterfahrung und Supervision erfährt in der Weiterbildung zum körperpsychotherapeutischen Krisenbegleiter im Bereich früher Hilfen einen besonders hohen Stellenwert. Denn insbesondere der Kontakt zu unterschiedlichen Themen von Mütterlichkeit und Kindsein in der Helfersituation provoziert stets unweigerlich »eigenes frühes Material«. Damit diese Wiederbelebung in der

therapeutischen Praxis als positive Ressource genutzt werden kann, ist ein Verständnis der eigenen Geschichte und der Übertragungsprozesse in der Therapie von sehr großer Bedeutung. Des Weiteren ist eine hohe Gewissenhaftigkeit und Professionalität im Umgang mit regressiven Prozessen erforderlich. Bei falscher Anwendung können körperliche Techniken schnell zum schmalen Grad zwischen Ressourcenaktivierung und Retraumatisierung werden. Nur wenn man eigene regressive Prozesse am eigenen Leib erfahren hat (bottom-up), sei es durch meditative Techniken, Massagenerlernen, Begegnung mit dem inneren Kind oder durch regressiv fokussierte Fragestellung der eigenen Kindheit (Focussing), weiß man um deren besondere Bedeutung.

9. Wesen der Krisenintervention – Wichtige Hinweise zu Möglichkeiten und Grenzen des Settings

Bei der beschriebenen vorliegenden Interventionsform handelt es sich trotz einiger psychotherapeutischer Ansätze und Elemente (hier vor allem die therapeutische Haltung und Professionalität) um eine ressourcenorientierte Krisenintervention. Von der Krisenintervention klar abzugrenzen sind ärztlich-medizinische sowie manualtherapeutische Behandlungen, ebenso wie eine reine Psychotherapie. Dies gilt es stets fest im Blick zu halten. Der Unterschied zum rein manualtherapeutischen Vorgehen ist in besonderer Weise die Einbettung körperorientierter Techniken in psychologische Fragestellungen auf der Basis einer haltgebenden, empathischen therapeutischen Beziehung. Eine hohe therapeutische Professionalität ist auch aufgrund der starken gefühlsauslösenden Wirkung und Bedeutung körperpsychotherapeutischer Methoden dringend geboten. Zu starke regressive Elemente gilt es zu verhindern. Diese würden die willentliche Abwehr unterlaufen, das Vertrauen in die alltäglichen Problemlösefähigkeiten gefährden oder im »schlimmsten« Falle bei unerkannten Traumata stark re-traumatisierend wirken, die Mutter somit noch mehr schwächen und damit das Ziel unterlaufen. Bei der Anwendung körperpsychotherapeutischer Elemente in der ressourcenorientierten Krisenintervention und frühen Hilfe gilt es also ein »Hineintappen in die regressive Falle« zu verhindern. Nur so werden körperorientierte Interventionen zum ressourcenorientierten Vorgehen. Die Trennlinie zwischen Krisenintervention und Psychotherapie verläuft somit auch entlang der Frage des Regressionsanteils: Tiefere Regressionserfahrung gehört in die körperpsychotherapeutische (Langzeit-)Therapie, in der diese Erfahrungen adäquat aufgefangen, reflektiert und integriert werden können und nicht in eine ressourcenorientiert ausgelegte Krisenintervention, in der regressive Anteile vorrangig dem Ziel der Entspannung, der Autonomiestärkung und dem Auftanken von Kräften und somit der Ressourcenaktivierung dienen.

Dem folgend weisen Koemeda-Lutz/Steinmann (2004, S. 94) zurecht auf die Notwendigkeit eines professionellen Umgangs hin, indem sie konstatieren, dass

»erfahrungsgemäß körperbezogene Techniken (wie etwa Massage, Atemarbeit) manchmal heftige Gefühle aus[lösen], häufig ohne dass die BehandlerInnen über die notwendigen psychotherapeutischen Kompetenzen verfügen, um das normalerweise unter Abwehrstrukturen Verborgene einer Bearbeitung und Integration zuzuführen. Wir sind deshalb der Auffassung, dass der Körper nicht einfach an Körperspezialisten zu delegieren sei, sondern dass Körper und Seele als Einheit aufgefasst [werden].«

Ferner muss vor Beginn der Krisenintervention durch einen Arzt sichergestellt sein, dass für die vorliegenden Probleme des Kindes keine medizinische Ursache verantwortlich ist (ebenso keine EEG-Auffälligkeiten).

Die durchschnittliche Anzahl der Kriseninterventions-Stunden liegt in den Berliner SchreiBabyAmbulanzen bei ungefähr fünf bis sechs Stunden. Wird ein tiefergehender Hilfebedarf oder eine eindeutig andere Indikation deutlich, wird entsprechend verwiesen: entweder zu einer ambulanten bzw. stationären Psychotherapie (z.B. bei einer schweren postpartalen Depression), zu einem Facharzt (medizinisch-organisches Problem) oder in eine Paartherapie (tieferliegendes Paarproblem).

Abschließend sollte die häufig aufkommende Frage nicht unbeantwortet bleiben: Wie erfolgt eine Einwilligung zu körperlichem Kontakt, und was geschieht mit Müttern, die sich explizit nicht anfassen lassen wollen? Was das Baby oder das Kleinkind anbetrifft, bekommen wir die nonverbale Einwilligung über die Beantwortung der spielerischen Kontaktaufnahme durch das Kind. Bei älteren Kindern bedarf es zuerst einer therapeutischen Bindungsbeziehung, auf deren Basis diese Fragen dann in einem freiwilligen Klima geklärt werden. Der ausdrücklich von Erwachsenen ausgesprochene Wunsch, nicht berührt zu werden, wird nachdrücklich respektiert. Häufig wird sich dann auf die verbale Arbeit konzentriert, auf die Arbeit am Organismus des Kindes, und die Mutter wird eingeladen, die Entspannungsübungen für sich alleine zu machen. Die körperlichen Grenzen werden gewahrt und nicht hinterfragt. Ebenso wichtig ist es, dass wir als Krisenhelfer erkennen müssen, wann unser Auftrag beendet ist. Dies ist dann der Fall, wenn sich die beiderseitigen Regulationsfähigkeiten verbessern und das Bindungsband zwischen Mutter und Kind wieder fester zu wachsen beginnt. Dann haben wir als Helfer zwischen Mutter und Kind nichts mehr zu suchen.

10. Erwachsene besser verstehen – Hoher Aufschluss körperorientierter Therapien (*Transfer*)

Folgende Punkte haben wir aus der Krisenbegleitung von Schwangeren, Babys, Kleinkindern und Eltern für die (körper-) psychotherapeutische Praxis als Erwachsenen-TherapeutIn gelernt:

1. OBERSTE PRIORITÄT EINER SICHEREN, HALTGEBENDEN, THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG

Schreibabys sind meist ganz besonders präzise und sensible Seismografen für negative oder sich ändernde Reize im unmittelbaren Umfeld. Wenn diese Säuglinge auch im therapeutischen Raum leisen Stress oder Angstregungen bzw. eine Irritation in der Bindungsqualität wahrnehmen, kann die Situation schnell in eine neue Schreiattecke kippen. Hierdurch leitet sich in der Babyarbeit die Anforderung ab, dem Kind immer wieder das haltgebende Vertrauen in feste Sicherheit und Aufmerksamkeit zu geben. Durch diese Sensibilisierung für die Bedeutung des sicheren Halts, weisen wir (übertragen auf das Gebiet der Erwachsenentherapie) dem Aufbau einer haltgebenden therapeutischen Beziehung den höchsten Stellenwert zu. Durch die Psychotherapieforschung, welche die Beziehungsgestaltung als einen der zentralsten Wirkfaktoren ansieht (vgl. Grawe 1994) sieht sich die Methode nach Paula Diederichs in diesem Ansatz bestätigt. In diesen Implikationen liegt auch eine große Bedeutung der Schreibbabyarbeit für die Erwachsenentherapie.

2. RESPEKT VOR DER BIOGRAFIE SOWIE FRÜHSTEN BIOGRAFIE ALS WICHTIGSTES DIAGNOSTIKUM

Im körperpsychotherapeutischen Umgang ist das Verstehen der frühen Biografie für einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Klienten von besonderer Bedeutung.

3. ZEITLICH SENSIBLERES UND INHALTLICH PRÄZISERES THERAPEUTISCHES VORGEHEN

Eng mit dem o.g. diagnostischen Punkt ist auch ein körperpsychotherapeutisch inhaltlich präziseres und zeitlich sensibleres Vorgehen verbunden: Während die Körperpsychotherapie älterer Prägung möglicherweise früher noch angenommen haben, dass man für den o.g. Nabelschnur- geburts-traumatisierten Patienten »schweres regressives therapeutisches Geschütz« auffahren und ihn im Rebirthing-Sinne kathartisch durch den Geburtskanal »jagen« müsse, geht die Körperpsychotherapie (jetzt) anders vor. Verantwortungsvolle Körperpsychotherapie drängt den Patienten nirgendwo hin: Im haltgebenden therapeutischen Setting (auch körperliche Haltearbeit ist gemeint) und in sicherer Bindung wird der Patient gebeten, sich innerpsychisch in den trauma-assoziierten Bewusstseinszustand (umschlingende Nabelschnur) zu bringen. Die Wichtigkeit des sicheren Halts in der Traumaexposition ist hier zentral. Sie gilt in allen gängigen Traumabehandlungen als grundlegendes Element (s. EMDR, Shapiro 1998; »sicherer Ort«, s. Reddemann 2008). Unter Befragung und im sicheren Halt mit viel Zeit wird mit dem Patienten gemeinsam der Ort der Angst fokussiert: Sitzt sie in der Kehle, im Solarplexus oder ist sie in den Bauchraum gerutscht? Diese körperlich gespeicherte traumatisierte Stelle verlangt eine körperliche Beantwortung, sodass wir diesen jeweiligen Ort dann mit der Hand halten (Haltearbeit). Dies führt beim Patienten zu einem neuen Selbstverständnis von dem was in ihm ist und in ihm war. Dadurch, dass sich das traumatische Körpergedächtnis unter sicherem Halt öffnen und prozesshaft verändern kann, kommt es zu den erforderlichen (körperlichen) Integrationsprozessen. Jene Leser, die sich für die Bedeutung neurobiologischer Aspekte in diesem Vorgehen interessieren, verweisen wir auf die lesenswerten Artikel von Madert (2003, 2007), in dem die Traumatherapie aus körperpsychotherapeutischer Sicht ausführlich beschrieben ist. Somit hat die Krisenbegleitung mit Schwangeren, Babys, Kleinkindern und deren Eltern dazu verholfen, eine noch klarere diagnostische Sicht für frühe Ursachen späterer Konflikte sowie ein zeitlich sensibleres und inhaltlich präziseres Vorgehen im therapeutischen Prozess zu entwickeln.

4. ERWEITERUNG DES THERAPEUTISCHEN REPERTOIRES

Eine weitere »Errungenschaft« aus der jahrelangen praxisnahen Arbeit mit Babys und vor allem deren Eltern ist, dass der Ansatz von Paula Diederichs auch durchaus psychoedukative oder verhaltenstherapeutische Interventionsschritte integriert, da man erkannt hat, dass auch diese Elemente gute Erfolge erzielen können. Paula Diederichs ist als Psychotherapeutin noch neoreichianisch sozialisiert und geprägt worden. Wenn man jedoch merkt, dass man Müttern ihre diffusen Ängste und Sorgen auch durch psychoedukative Hilfestellungen und verhaltenstherapeutische Orientierungshilfen nehmen konnte, wurde die zunächst strenge reichianische Identität gelockert und flexibilisiert. Die Anforderungen der Mütter und die Sachlage ist zu komplex und individuell, als dass man immer und überall mit seiner Allheilvorstellung körperpsychotherapeutischer Methoden Recht haben kann. Wenn die Geburt problematisch war, können wir diese auch

bioenergetisch nicht mehr »gut machen«, wie bioenergetische Kollegen mancherorts noch oft annehmen. Stattdessen geht es häufig auch nur auf der Sachebene, um ein Annehmen, Realisieren, Verstehen und Aussöhnen dessen, was passiert ist. Wenn dies angenommen werden kann, ergeben sich oft eine neue Klarsicht und ein tieferes Verständnis aufseiten der Mutter, woraus sich wiederum neue Lösungswege eröffnen können. Die Wirksamkeit und Effizienz nicht originär körperpsychotherapeutischer, also »fachfremder« Methoden in den Anfangsjahren zu erkennen, war ein wichtiger persönlicher Schritt auch für Paula Diederichs. Von der hiermit verbundenen interdisziplinären Ausweitung des therapeutischen Repertoires lässt sich auch in der Erwachsenentherapie nachhaltig profitieren. Es gilt derzeit zu Recht als allgemein anerkannt, dass es durch den Beitrag der Säuglingsforschung einfacher geworden ist, sich aus klinisch-therapeutischer Sicht die frühe Geschichte erwachsener Patienten genauer vorzustellen. So schreiben Beebe und Lachmann: »Die Psychoanalyse hat unseren Zugang zur Säuglingsforschung beeinflusst und umgekehrt die Säuglingsforschung unser Verständnis der Psychoanalyse« (Beebe/Lachmann 2004, S. 11). Letzteres liegt vor allem daran, dass das Wissen über nonverbale und implizite Interaktionsprozesse zwischen Mutter und Kind immer größer, differenzierter und bedeutender geworden ist. Dabei ist es aber verkürzt anzunehmen, dass das Implizite auf den Interaktionsprozess beschränkt ist. Aus körperpsychotherapeutischer Sicht ist implizites frühes Beziehungswissen auch immer ein körperlich verankertes. Zusammenfassend kann somit gesagt werden, dass auch eine Diskussion der Säuglingsforschung ohne Berücksichtigung der körperlichen Dimension zu kurz greift, quasi auf halber Strecke stecken bleibt.

Resümee und Ausblick

Über die Darstellung der vorgestellten zehn Eckpunkte im Sinne leitgebender Axiome konnten Sie grundlegende Prinzipien körperpsychotherapeutischer Krisenbegleitung und frühen Hilfen für Schwangere, Babys, Kleinkinder und deren Eltern kennenlernen. Ich hoffe, mit dem vorliegenden Beitrag, angesichts einer zurecht immer wichtiger werdenden theoretischen Fundierung verschiedener Interventionsansätze, im Spannungsfeld verschiedener Behandlungsansätze und Erkenntnisse das Spezifikum des Ansatzes nach Paula Diederichs verdeutlicht zu haben: seine integrative Zwischenstellung zwischen Beziehungs- und Körperorientierung, ohne einerseits rein analytisch oder andererseits rein körpertherapeutisch zu sein. Die methodische Hinwendung zu einer größeren Beziehungsorientierung in unserer Arbeit mit Eltern und Kindern verlief dabei parallel der Hinwendung zu einem Beziehungsmodell innerhalb der Körperpsychotherapie als Ganzes. Nicht alle Aspekte (praktische Fallbeispiele, genaue Beschreibung der Entspannungs-, Atem- und Massagetechniken sowie Haltearbeit und eine Diskussion der unterschiedlichen Begriffe körperpsychotherapeutisch, bioenergetisch bzw. biodynamisch, insbesondere vor dem Hintergrund früher Hilfen), konnten, wie es wünschenswert gewesen wäre, behandelt werden.

Für den interessierten Leser stehen im ersten Sammelband von Harms (2000) umfangreiche Beiträge körperpsychotherapeutischer Babytherapien aus verstärkt neo-reichianischer Sicht zur Verfügung, wobei sich die klinische Arbeit Harms sowie der neuere Band (Harms 2008) auch unter Berücksichtigung des Wissens der modernen Psychotherapieforschung, sowie Bindungs- und Präventionförderung, »doch recht weit von der ursprünglichen Denkweise entfernt [hat]. Die Arbeit fokussiert jetzt sehr viel stärker auf den Informationsprozess und die intrapsychischen Dimensionen des Krisenerlebens von Eltern« (Harms 2008, pers. Mitt.).

Unterdessen hat auf dem Gebiet der körperpsychotherapeutischen Erwachsenentherapie seit geraumer Zeit (verstärkt unter ärztlichen Körperpsychotherapeuten) eine begrüßenswerte und stark impulsgebende Beschäftigung mit neurobiologischen Befunden – als Argument für den Einsatz körperorientierter Verfahren in der Psychotherapie – Einzug genommen (vgl. Hüther 2003, 2005; Madert 2003, 2007; Hellmann 2003; Koemeda-Lutz/Steinmann 2004; Gottwald 2005, 2007).

Neuere Befunde der Psychotherapieforschung, der Neurowissenschaften sowie die zuweilen allseitig anmutende Entdeckung des Körpers in der Psychotherapie (bis hin zur Verhaltenstherapie, vgl. Langlotz-Weis 2006) bestätigen den körperorientierten Ansatz nach Paula Diederichs auf ihrem Weg, den Körper in die Krisenbegleitung mit einzubeziehen. Auch ein Aufflammen der Intuitionsforschung (Spiegelneurone, »Bauchgehirn«) bestärkt die Methode in ihrem Vorgehen, in dem häufig die Intuition als Entscheidungsgeber („was mache ich wann, wie?“) geschult werden soll. Hier ist mit Blick auf die Mentalisierungskonzepte (Fonagy et al. 2004) vor allem das empathische Begleiten des Säuglings in seinem Stress durch verstehende Kommentare zu nennen, was ähnlich den Überlegungen von Fonagy vom »affektiven Spiegeln« (Markierung von Affekten, »mind minded comments«, ebd.) folgt und eine wichtige Grundlage der frühen Mentalisierung des kindlichen Selbst darstellt.

Eine weitergehende, vertiefende empirische Forschung, insbesondere hinsichtlich der speziellen Wirkungsweise und Effizienz körperpsychotherapeutischer Verfahren im Bereich früher Hilfen für Babys, Kleinkinder und deren Eltern wäre wünschenswert, vor allem anhand unterschiedlicher Störungsbilder und Ätiopathogenese. Dabei wäre es spannend zu untersuchen, ob und wie hoch körperpsychotherapeutische Interventionen empirisch messbare Stärken bei prä- und/oder perinatal traumatisierten Babys (z.B. Kaiserschnittkinder) im Vergleich zu anderen Therapieformen haben. Aus der Theorie sowie aus der klinischen Praxis ist dies zu konstatieren.

Unser Dank gilt dabei an dieser Stelle neben den Berliner Nachbarschaftszentren und dem Berliner Senat auch besonders der Charlotte-Steppuhn-Stiftung, ohne deren aller langer finanzielle Förderung diese wichtige Arbeit nicht zu realisieren war und ist. Dabei folgt Arbeit nach Paula Diederichs nicht zuletzt dem bereits bei Wilhelm Reich angelegten präventiven Gedanken, dass zur Verhinderung späterer Störungen und damit einhergehender Therapien, frühe Hilfen und Interventionen wichtig sind; vgl. *Children of the Future* (Reich 1984).

Literatur

- Barth, R. (2000): »Baby-Lese-Stunden« für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen- das Konzept der »angeleiteten Eltern-Säuglings- Übungssitzungen«. In: Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49, 537–549.
- Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg (Hoffmann und Campe).
- Bauer, J. (2010): Das Gedächtnis des Körpers: Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern
- Beebe, B.; Lachmann, F. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Boadella, D. (1983): Wilhelm Reich. Leben und Werk des Mannes, der in der Sexualität das Problem der modernen Gesellschaft erkannte und der Psychologie neue Wege wies. Frankfurt/M. (Fischer).
- Boadella, D. (1991): Befreite Lebensenergie. Einführung in die Biosynthese. München (Kösel).
- Cierpka, M.; Windaus, E. (2007) (Hg.): Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie: Konzepte – Leitlinien – Manual. Frankfurt/M. (Brandes & Apsel).
- Damasio, A. R. (1997): Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München (dtv).
- Damasio, A. R. (2000): Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München (List).
- Damasio, A.R. (2005): Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen. München (List).
- Davis, W. (1993): Points and Positions. In: bukumatula 93 (1), 6–22.
- Diederichs, P. (2000): Der friedvolle Weg – Von der Anspannung in die Entspannung- Erfahrungen aus der Schreibaby-Ambulanz und ihre Bedeutung. In: Harms, Thomas (Hg.): Auf die Welt gekommen. Die neuen Babytherapien. Berlin (Ulrich Leutner Verlag), S. 231–259.
- Diederichs, P.; Olbricht, V. (2002): Unser Baby schreit soviel! Was Eltern tun können. München (Kösel).
- Diederichs, P. (2006): Ist es egal, wann und wie wir geboren werden? Über emotionale Auswirkungen der modernen Geburtspraktiken. In: Hebammeninfo 5, 31–33.
- Diederichs, P.; Jungclaussen, I. (2007): Schlaf- und Halt- Der Beitrag körperpsychotherapeutischer Techniken zur Behandlung frühkindlicher Schlafstörungen. In: Frühe Kindheit, Ausgabe 01/2007, 36–39.
- Dräger, J.; Werner, C. (2000): Evaluation einer Krisenambulanz für Eltern mit Kleinkindern. Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft, Psychologie und Sportwissenschaft, Prof. Dr. M. Hildebrand-Nilshon. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Eckert, A.R. (2008): pers. Mitteilung. [10.03.2008].
- Emerson, W. R. (1997): Geburtstrauma: psychische Auswirkungen geburtshilflicher Eingriffe. In: Janus, L.; Haibach, S. (Hg.): Seelisches Erleben vor und während der Geburt. (LinguaMed-Verlag), S. 133–168.
- English, J. (1997): Physische und psychosoziale Aspekte der Kaiserschnittgeburt. In: Janus, L.; Haibach, S. (Hg.): Seelisches Erleben vor und während der Geburt. (LinguaMed-Verlag), S. 121–132.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V. (1975): Ghost in the nursery. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 14, 387–422.

- Geißler, P. (2001): Präverbale Interaktion. Die Videomikroanalyse als Basis für neue körperpsychotherapeutische Konzeptbildungen. In: Psychotherapie Forum 9, 99–111.
- Geißler, P. (2002a): Prä- und nonverbale Interaktion: Die Videomikroanalyse als Basis für neue körperpsychotherapeutische Konzeptbildungen. Seminar-Vortrag, 21. Juni 2002 bei den 3. Münchner Tagen für körperorientierte Psychotherapie (adaptierte Version): Internetquelle: http://home.arcor.de/volker.knappdiederichs/Geissler_Präverbale%20Interaktion.pdf [12.08.2008].
- Geißler, P. (2002b): Der präverbale Handlungsdialog. Videomikroanalyse der frühen Interaktion als Ausgangspunkt für eine erweiterte Betrachtung unbewusster Prozesse. Internetquelle: http://home.arcor.de/volker.knappdiederichs/Geissler_Mikroanalyse.pdf [12.08.2008].
- Geißler, P. (2003): Vom Körper zur Interaktion: Zum dialogischen Verständnis des Körpers. In: v. Poscheschnik, G. (Hg.): Psychoanalyse im Spannungsfeld von Humanwissenschaften, Therapie und Kulturtheorie. Wissen und Praxis, Band 16. Frankfurt/M. (Brandes & Apsel).
- Geißler, P. (2006): Psychoanalyse und Körperpsychotherapie: Im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. C1-Vorlesung im Rahmen der 56. Lindauer Psychotherapiewochen 2006. Internetquelle: <http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2006/geissler.pdf> [12.08.2008].
- Gottwald, C. (2005): Bewusstseinszentrierte Körperpsychotherapie-Angewandte Neurobiologie? Sulz, S.; Schrenker, L.; Schricker, M. (Hg.): Die Psychotherapie entdeckt den Körper – oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit? München (Cip-Medien).
- Gottwald, C. (2007): Von Neurobiologie inspirierte Erweiterung der psychodynamischen Praxeologie durch bewusstseinszentrierte Körperpsychotherapie. In: Psychotherapie Forum 15, 73–77.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession. Göttingen (Hogrefe).
- Harms, T. (1999): Die Bedeutung des Instroke für die frühe Säuglingsentwicklung. In: Lassek, H. (Hg.): Die Wissenschaft vom Lebendigen. Berlin (Simon Leutner).
- Harms, T. (2000): Emotionale erste Hilfe. In: Harms, T. (Hg.): Auf die Welt bekommen. Die neuen Babytherapien. Berlin (Ulrich Leutner Verlag), S. 189–229.
- Harms, T. (2008a): Emotionale Erste Hilfe: Bindungsförderung Krisenintervention Eltern-Baby-Therapie. Berlin (Ulrich Leutner Verlag).
- Harms, T. (2008b): [Re: Artikel] E-Mail von T. Harms [17.08.2008].
- Hellmann, R. (2003): Säuglingsforschung, Bindungstheorie, Neurobiologie – Was bedeuten sie für den psychotherapeutischen Alltag? In: v. Poscheschnik, G. (Hg.): Psychoanalyse im Spannungsfeld von Humanwissenschaften, Therapie und Kulturtheorie. Wissen und Praxis, Band 16. Frankfurt/M. (Brandes & Apsel).
- Hüther, G. (2003): Die nutzungsabhängige Reorganisation neuronaler Verschaltungsmuster. In: Schiepek, G. (Hg.): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart (Schattauer).
- Hüther, G. (2005): Mein Körper – das bin doch ich. Neurobiologische Argumente für den Einsatz körperorientierter Verfahren in der Psychotherapie. Psychoanalyse & Körper, Bd. 4, Heft 7, 7–24.
- Hüther, G. (2006): Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Jaenicke, C.; Vorspohl, E. (2006): Das Risiko der Verbundenheit – Intersubjektivitätstheorie in der Praxis. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Janus, L.; Haibach, S. (1997): Seelisches Erleben vor und während der Geburt. Neu-Isenburg (LinguaMed-Verlag).
- Kappes, J. (2008): pers. Mitteilung. [23.02.2008].
- Kast-Zahn, A.; Morgenroth, H. (2002): Jedes Kind kann schlafen lernen. Düsseldorf (Oberstebink Verlag).
- Koemeda-Lutz, M. (2002): Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT). In: Psychotherapie Forum 10, 106–107.
- Koemeda-Lutz, M.; Steinmann, H. (2004): Implikationen neurobiologischer Forschungsergebnisse für die Körperpsychotherapie unter spezieller Berücksichtigung der Affekte. In: Psychotherapie Forum 12, 88–97.
- Kurtz, R. (1986): Körperzentrierte Psychotherapie. Die Hakomi-Methode. Essen (Synthesis Verlag Siegmund Gerken).
- Langlotz-Weis, M. (2006): Der Körper in der Verhaltenstherapie. In: Psychotherapie im Dialog. PiD 2, 7. Jg., 127–131.
- Lichtenberg, J.; Lachmann, F.; Fosshage, J. (2000): Das Selbst und die motivationalen Systeme. Zu einer Theorie psychoanalytischer Technik. Frankfurt/M. (Brandes & Apsel).
- Lowen, A.; Lowen, L. (1977): Bioenergetik für jeden. Das vollständige Übungshandbuch. München (Peter Kirchheim Verlag).
- Lowen, A. (1990): Die Spiritualität des Körpers: Innere Harmonie durch Bioenergetik. München (Verlag Wilhelm Heyne).

- Madert, K.-K. (2003): Bioenergie: Neurobiologische Aspekte am Beispiel Psychotrauma. In: Forum für Bioenergetische Analyse 1, 31–49.
- Madert, K.-K. (2007): Behandlung Traumatisierter mit Körperpsychotherapie. In: Analytische Psychologie. Heft 38. Band 4, 336–359.
- Milz, H. (2005): Körpertherapie – an Leib und Seele genesen. In: Psychologische Medizin 3, 16. Jg., 22–30.
- Odent, M. (2005): Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt. Düsseldorf, Zürich (Walter/Patmos).
- Orange, D. M.; Atwood, G. E.; Stolorow, R. D.; Vorspohl, E. (2001): Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt/M. (Brandes & Apsel).
- Papoušek, M. (1997): Entwicklungsdynamik und Prävention früher Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen. Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie 28, 5–30.
- Papoušek, M., Schieche, M.; Wurmser, H. (2004) (Hg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern (Hans Huber).
- Papoušek, M. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern (Hans Huber), S. 77–111.
- Peirsman, E.; Peirsman, N. & Gerbert, S. (2007): Mit sanfter Berührung – Craniosacral-Behandlung für Babys und Kleinkinder. München (Kösel).
- Piha, J. (1997): The status of child and adolescent psychiatry in EU and EFTA countries. In: European Child and Adolescent Psychiatry 6 (2), 116–118.
- Poerschke, G. (2008): Die Rolle des Vaters in der Eltern-Kind-Beratung und -Therapie am Beispiel der Berliner SchreibabyAmbulanz. In: Schäfer, E.; Abou-Dakn, M.; Wöckel, A. (Hg.): Vater werden ist nicht schwer? Zur neuen Rolle des Vaters rund um die Geburt. Gießen (Psychosozial-Verlag).
- Pohl, P. (1999): Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. Report Psychologie 3, 217–221.
- Reddemann, L. (2008): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie: PITT – das Manual. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Reich, W. (1933): Charakteranalyse. Köln (Kiepenheuer & Witsch).
- Reich, W. (1984): Children of the Future: On the Prevention of Sexual Pathology. New York (Farrar Straus & Giroux).
- Reich, W. (1994): Die Entdeckung des Orgon II, Der Krebs. Köln (Kiepenhauer & Witsch).
- Reich, E.; Zornanzky, E. (1997): Lebensenergie durch Sanfte Bioenergetik. München (Kösel).
- Reinberger, S. (2007): Sensible Schreihälse. In: Gehirn & Geist. Serie Kindesentwicklung, Nr 1. Heidelberg (Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft), S. 38–43.
- Rohr, M. (1989): Der unruhige Säugling in der kinderärztlichen Praxis. In: Pachler, M. J.; Straßburg, H. M. (Hg.): Fortschritte der Sozialpädiatrie, Bd. 13. Lübeck (Hansisches Verlagskontor), S. 270–279.
- Röseler, D. (2000): Evaluation einer Krisenintervention der Schreibabyambulanz im Nachbarschafts- und Selbsthilfezentrum der Ufa-Fabrik. Freie Universität Berlin Fachbereich Erziehungswissenschaft, Psychologie und Sportwissenschaft. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. M. Hildebrand-Nilshon. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Rosenberg, J. L.; Rand, M. L.; Asay, D. (1996): Körper, Selbst und Seele. Ein Weg zur Integration. Paderborn (Junfermann).
- Schlag, B. (1995): Lern- und Leistungsmotivation. Opladen (Leske & Budrich).
- Schore, A. (2007): Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Schreiner-Kürten, K. (1997): Psychologie und Therapie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Pulverich, G. (Hg.): Psychologie und Therapie bei Kindern und Jugendlichen. Bonn (Deutscher Psychologen-Verlag), S. 11–22.
- Shapiro, F. (1998): EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn (Junfermann).
- Siegel, D. (2006): Wie wir werden, die wir sind: Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens und die Entwicklung des Menschen in Beziehung. Paderborn (Junfermann).
- Stern, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Stern, D. (1998): Die Mutterschaftskontellation. Eine vergleichende Darstellung von verschiedenen Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Trautmann-Voigt, S. (2008): Bindungsforschung in Bewegung. Das Bonner Modell zur Interaktionsanalyse (BMIA). In: Vogt, R. (Hg.): Körperpotenziale in der traumaorientierten Psychotherapie. Aktuelle Trends in körperorientierter Psychotraumatologie, Hirnforschung und Bewegungswissenschaften. Gießen (Psychosozial-Verlag), S. 258–269.

- Thielen, M. (1994): Zwischen Röhrentierchen und Bewusstseinswesen – das Menschenbild in der Körperpsychotherapie. In: VIB e.V. (Hg.): Körperpsychotherapie zwischen Lust- und Realitätsprinzip. Oldenburg (Transform-Verlag).
- Thielen, M. (2003): Bausteine einer körperbezogenen Entwicklungspsychologie. Vortrag zur Eröffnung des 2. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie in Berlin, unveröff.
- Thielen, M. (2005): Trauma, Krise, Chance, Entwicklung, Neubeginn: Körperpsychotherapie bei narzisstischen Selbstwertkrisen. In: Trauma und Kränkung (10 Jahre GBP e.V.), Beiträge der 9. Fachtagung der Gesellschaft für Biodynamische Psychologie/Körperpsychotherapie (GBP e.V.), in Schermau 01.–03.10.2004, S. 7–33, Linden 2005.
- Thielen, M. (2007): Die Bedeutung der Säuglingsforschung für die Körperpsychotherapie. Vortrag DGK-Kongress Berlin. Audio-CD. Zell am See (Verein Carpe Diem).
- Thielen, M. (2008): Körperpsychotherapie – Dialektik zwischen Beziehungs- und Körperarbeit. In: Vogt, Ralf (Hg.): Körperpotenziale in der traumaorientierten Psychotherapie. Gießen (Psychosozial-Verlag), S. 240–258. insbes. S. 243–251.
- Voss, H. v. (2004): Frühe Prävention von emotionalen und sozialen Entwicklungsstörungen als interdisziplinäre Aufgabe. In: Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern (Hans Huber), S. 389–401.
- Wolke, D. (1993): Die Entwicklung und Behandlung von Schlafproblemen und exzessivem Schreien im Vorschulalter. In: Petermann, F. (Hg.): Verhaltenstherapie für Kinder. Therapieforschung für die Praxis 13. München (Gerhard Röttger), S. 145–199.
- Wolke, D. (1997): Die Entwicklung und Behandlung von Schlafproblemen und exzessivem Schreien im Vorschulalter. In: Petermann, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen. Hohengehren (Schneider), S. 154–203.
- Wolke, D. (2000): Interventionen bei Schreibabies. In: Petermann, F., Niebank, K.; Scheithauer, H. (Hg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen (Hogrefe), S. 359–361.
- Ziegler, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R. S.; Papoušek, M. (2004): Exzessives Schreien im Säuglingsalter. In: Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern (Hans Huber), S. 111–143.