

Der Körper als Ressource in der Traumabehandlung

Ich stelle hier einen körperorientierten und phasenspezifischen Ansatz vor, in dem ich verschiedene traumatherapeutische Verfahren (u.a. Somatic Experiencing, EMDR, Arbeit mit Imagination, Ego-States und das Wissen um dissoziative Prozesse) integriere und dessen Interventionen den unterschiedlichen Zielen der drei Phasen einer Traumatherapie entsprechen: Stabilisierung, Konfrontation und Verarbeitung. Die Phasen verlaufen nicht linear (vgl. auch Willach-Holzapfel, 2013b; Willach-Holzapfel & Dressler-Bellmund, 2017; 2009).

Ich gehe dabei von der Grundannahme aus, dass umso früher und häufiger die traumatischen Erfahrungen gemacht werden und je abhängiger der Mensch von seinen traumatisierenden Bindungspersonen ist, desto prägender die Auswirkungen auf die Gehirnreifung, auf die Entwicklung eines (Körper)Selbst, auf die Emotionsentwicklung und auf die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit sind.

Erkenntnisse, die Stephen Porges in der Polyvagal-Theorie (Porges, 2010, 2017) zusammengefasst hat, verdeutlichen die Notwendigkeit, den Körper in die Traumatherapie zu integrieren. Diese Theorie beschreibt das Autonome Nervensystem nicht mehr als duales System von Parasympathikus und Sympathikus, sondern als drei hierarchisch organisierte Kreisläufe, die den Kontakt mit der Außenwelt regulieren und die physiologischen Zustände entsprechend modulieren. Diesen unbewussten Regulationsvorgang nennt Porges „Neurozeption“.

Solange wir uns sicher fühlen, ist der phylogenetisch jüngste, ventral-vagale Zweig des Parasympathikus aktiv, der v. a. durch Blickkontakt, angenehmen Tonfall und freundliche Mimik aktiviert wird. Porges nennt diese Ebene SES (Social Engagement System).

Im nicht-bedrohlichen Kontext reguliert das Social Engagement System das sympathische Nervensystem und hilft, uns auf die Umgebung einzulassen, positive Bindungen und soziale Beziehungen zu entwickeln und zu erhalten.

Wenn Gefahr droht, dominiert dann das sympathische System, und wir reagieren mit zwei ganz instinktiv ablaufenden Verhaltensweisen: Wir versuchen zu fliehen bzw. suchen Schutz, oder wir kämpfen.

Wenn das nicht gelingt, kommt es über die Aktivierung des ältesten Teils des ANS, dem dorsal-vagalen Zweig des Parasympathikus, zum Zustand des „Freeze“ bis hin zur völligen

Schreckstarre. Der Organismus reagiert so aus Selbstschutz. In der Immobilisation kommt es zu einem Gefühl des Getrenntseins vom eigenen Körper. Wenn der Mensch nach der traumatischen Erfahrung in diesem Zustand bleibt, geht das Körpergefühl teilweise oder vollständig verloren.

Das traumatische Erleben wird anders als andere Erlebnisse in unverarbeiteter und ungeordneter Form gespeichert, das macht die Erinnerung besonders verwirrend. Die spezielle Arbeitsweise des Gehirns unter traumatischem Stress - wenn u.a. der Hippocampus seine ordnende Aufgabe des Einordnens und Abspeicherns nicht erfüllen kann - führt dazu, dass Körperempfindungen, Gefühle, Gedanken und Bilder bruchstückhaft gespeichert und nicht in eine kohärente Geschichte eingeordnet werden. Die einzelnen hoch geladenen Erfahrungselemente der traumatischen Situation werden dabei dissoziativ voneinander getrennt und unbewusst, unzusammenhängend und unverarbeitet im Gehirn und im Körper gespeichert. Sie können jederzeit unbewusst durch ähnliche Wahrnehmungen im aktuellen Erleben getriggert werden und zu Reaktionen führen, die für die Akutsituation vorgesehen und ursprünglich sinnvoll waren. Später ist es oft schwierig, die Trauma bedingten körperlichen Prozesse von Aktivierung einerseits (Sympathikus) und Erstarrung/Dissoziation andererseits (dorsaler Vagus) wieder zu erkennen und zu regulieren. Aus den mit der traumatischen Erfahrung verbundenen körperlichen Erregungsmustern können sich vielfältige Symptome entwickeln, die dem traumatischen Geschehen u. U. nicht mehr zugeordnet werden können. In diesen Symptomen (z.B. Ängste, Übererregbarkeit, Depression, Bindungsunfähigkeit, chronische Schmerzen, vielfältige körperliche Symptome, u.v.m.) wird sozusagen die Erinnerung an den erlebten Schrecken mit seiner immensen Erregung aufbewahrt, oft verbunden mit der Überzeugung, nichts dagegen machen zu können. Der Körper wird dann vielleicht nur mehr als Objekt wahrgenommen oder gar zum Feind. Der Kontakt zum Körper kann als bedrohlich und beängstigend empfunden werden. Sich in der Therapie dem Körper wieder zuzuwenden, der die traumatischen Erinnerungen trägt, kann zu Beginn beunruhigend oder noch nicht möglich sein. Das braucht Psychoedukation, Zeit, Geduld, Herz, Kreativität, Achtsamkeit und auch u.U. den Einsatz anderer, nicht körperorientierter Methoden.

In der 1. Phase , der Stabilisierungsphase-geht es darum, in einer Situation relativer Sicherheit, Stabilisierung auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene zu erforschen. Die Entwicklung der sicheren therapeutischen Beziehung als wesentliche Ressource ist hier

besonders wichtig. Hilfreich ist auch die Vermittlung von Wissen, um das eigene bedrohliche innere Erleben verstehen zu können.

Die trotz oder auch wegen schlimmer Erlebnisse das Leben bereichernden und erleichternden Fähigkeiten, Stärken, Beziehungen, Lebensumstände werden als Ressourcen wertgeschätzt und anerkannt. Die Ressourcenaktivierung kann auch körperlich erfahren und verankert werden, wenn die Annäherung an den Körper schon möglich ist.

Die Verbesserung der Körperwahrnehmung durch Erforschung von allem, was sich schon im und mit dem Körper gut anfühlt und dem wiederholten und übenden Erspüren und Erleben von Körperressourcen wie Kraft, Erdung, Grenzen und Zentrierung kann eine wichtige Basis für die Entwicklung von mehr Stabilität und Sicherheit sein.

Durch die Erkundung der Ebene der Körperempfindung kann sich hier bereits die Fähigkeit entwickeln, die durch die Notfallreaktion des Körpers ausgelöste Über- oder Untererregung zu erkennen. So können wir beginnen, mit der Regulation dieser Erregungsmuster zu arbeiten.

Dem Nervensystem mag es so gelingen, sich wieder flexibler zwischen Übererregung und Untererregung und innerhalb einer Zone mittlerer Erregung, dem „Toleranzfenster“, einzupendeln. Das subjektive Toleranzfenster vergrößert sich dadurch.

In dieser Phase werden auch Methoden zur Distanzierung von bedrohlichen inneren Prozessen und zur Entwicklung eines beobachtenden Bewusstseins genutzt, die den Körper beruhigen, aber weniger Angst und Körperabwehr auslösen, wie z. B. der „Sichere Ort“, das „Innere Team“, der „Innere Beobachter“, der „Tresor“, die „Bildschirmtechnik“ und imaginativ „Verletztes in Sicherheit bringen“. (vgl. Reddemann, 2004 ; Hantke, L. & Görge, H.-J. , 2012 u.a.).

In der **2. Phase, der Traumakonfrontation**, entwickelt der Patient durch die wiederentdeckten oder neu gefundenen Ressourcen, die verbesserte Körperwahrnehmung und die sichere therapeutische Beziehung, die Stabilität zur Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen oder den Symptomen, die darauf hindeuten.

Die besondere Ressource der von der Körperwahrnehmung ausgehenden Traumaverarbeitung (bottom up) im Unterschied zu eher kognitiv arbeitenden, Einsicht und Verstehen fördernden Traumatherapieansätzen (top down) besteht u.a. darin, die Empfindungsebene, den sogenannten *Felt sense*“ zu nutzen. Eugene Gendlin beschreibt den von ihm entwickelten (und u.a. von Peter Levine genutzten) Begriff wie folgt: „ Ein *Felt sense*

ist keine geistige, sondern eine physische Erfahrung, ein körperliches Wahrnehmen einer Situation, einer Person oder eines Ereignisses.“ (Gendlin, 1978, S. 41)

Indem ich die bewusste Wahrnehmung der Empfindungsebene einlade, ermögliche ich einen Zugang zum impliziten Gedächtnis, das ich mit kognitiver Herangehensweise nicht erreichen kann. „Empfindung ist die Sprache, die das Stammhirn versteht.“ (Levine, 2010, S.110)

„Man kann kaum genug betonen, dass der Felt Sense des Körpers einen physiologischen Zugang zu prozeduralen Erinnerungen ermöglicht. Diese sind die entscheidenden impliziten Erinnerungen, die bei kognitiven Herangehensweisen schlichtweg nicht ins Spiel gebracht und bei kathartischen Ansätzen regelmäßig übergangen und niedergewalzt werden.“ (Levine, 2016, S.95)

Auf der Grundlage der Konzepte des *Somatic Experiencing* nach Peter Levine benutze ich hier das Pendeln als wesentliches Handwerkszeug.

Pendeln wird als natürliche, angeborene Fähigkeit zum Rhythmus zwischen Kontraktion und Expansion betrachtet, der uns hin und her führt zwischen belastenden Empfindungen, Emotionen und Bildern und den im oder außerhalb des Körpers gefundenen Ressourcen. Im Pendeln zwischen den traumatischen Erfahrungen/Symptomen und den vorhandenen Ressourcen wird die immense im Körper zurückgebliebene, teilweise in Erstarrungsprozessen dissoziierte und fragmentierte „Überlebensenergie“ kleinschrittig und bewusst, „titriert“, entladen bzw. wieder assoziiert – z.B. als Reste von unvollendeten Kampf- und Fluchtbewegungsimpulsen oder als Zittern, Gähnen, Frieren, Darmperistaltik, emotionalem Ausdruck, plötzlichen Erinnerungen, Gedanken, Erkenntnissen u. a.. Die unvollendeten Kampf- u. Fluchtimpulsen gilt es v.a. zu entdecken und zu versuchen, sie zu vollenden und neue und effektive Abwehrbewegungen zu finden. So kann vorsichtig ein bewusster Zugang zu dem Repertoire von Bewegungen wieder gefunden werden, mit denen frau/man sich schützen, kämpfen, fliehen und sich damit wieder als stark und selbstwirksam erleben kann.

Allmählich können so Wege gefunden werden aus der traumabedingten Unter- und Übererregung und der Starre der Immobilität.

Wenn der Zustand der Immobilität mit intensiver Angst einhergegangen ist, können Menschen aus Angst vor der Angst in eine traumatische Feedbackschleife geraten. Angst und Immobilität müssen wieder entkoppelt werden, um das Trauma aufzulösen.

„Wir können die Angst ,die Immobilität zugrunde liegt, grob betrachtet, in zwei Ängste unterteilen: die Angst, sich in die Immobilität hineinzubegeben, die gleichbedeutend ist mit der Angst vor Gelähmtheit, In-der-Falle-sitzen, Hilflosigkeit und Tod; und die Angst, aus der Immobilität herauszukommen und damit vor der intensiven Energie der auf Wut basierenden Empfindung des Gegenangriffs“ (Levine, 2010, S.111).

Indem die überaus starken beängstigenden Gefühle und Erinnerungsinhalte ganz bewusst entkoppelt werden von den dazu gehörenden Empfindungen, erleben wir diese als weniger bedrohlich. „Wenn wir imstande sind Abstand zu gewinnen, zu beobachten und die Heftigkeit unserer Empfindungen und Emotionen zu mildern, bietet sich uns die Möglichkeit, auch die überlebenssichernden Reaktionen selbst zu wählen und zu modifizieren“ (Levine, 2016. S. 177).

Hierfür helfen Fragen wie z.B.: Wie spürt sich das (bedrohliche Gefühl, die Erinnerung etc.) im Körper an? Welche Empfindung gehört zu Angst, Wut, Ekel usw.? Was verändert sich, wenn Sie dahin spüren? Was geschieht mit dem Gefühl, wenn Sie die dazugehörige Empfindung wahrnehmen? Was nehmen Sie weiter wahr? Was geschieht dann/noch?

Wenn wir wissen, dass sich bedrohliche Gefühle und Empfindungen hin zu Bewegung, Fluss, Öffnung, Weite und Flexibilität ändern können, empfinden wir sie als weniger beängstigend.

„Gerade dissoziative Klienten sind immer wieder fasziniert, wenn sie ohne zu bewerten spüren können, dass ihr Körper lebt, dass sich in ihrem Körper etwas bewegt, strömt, zittert, piekst, rast, friert, entlädt usw. und sie sich dadurch erleichtert, befreit und mitunter auch erschöpft fühlen. Die Möglichkeit, im Körper zu bleiben und den Körper zu spüren, anstatt gewohnheitsmäßig »auszusteigen«, wird damit geübt.“ (Willach-Holzapfel, A.& Dressler-Bellmund, M., 2017, S. 129).

Der Prozess kann ein ausschließlich körperlicher sein, kann aber auch bedeuten, dass sich die Fragmente wieder zu Bildern, Gedanken, Erkenntnissen und konkreten Erinnerungen zusammenfügen und dann als bewusste und verarbeitete Vergangenheit abgespeichert werden können.

Wenn der Organismus sich auf diese Weise beruhigt und gleichzeitig flexibler wird, können Hippocampus und Neocortex möglicherweise die traumatische Erfahrung verarbeiten und die fragmentierten, impliziten Erinnerungsstücke zusammensetzen. Die körperliche, emotionale, zeitliche, sprachliche und sinnhafte Verknüpfung ist dann vielleicht wieder möglich. „Es ist vorbei“. Das Erlebte DARF, MUSS aber NICHT bewusst erinnert werden.

Das körperliche Erleben von Energie, Standvermögen, Aggression, lustvoller Kraft, Beweglichkeit, aber auch von Wohlgefühl, Entspannen, Atmen, Lachen, Spiel, Freude, Tanzen, angstfreiem Kontakt, hilft dem betroffenen Menschen, dass sein Körper aus der traumabedingten Starre, der großen Angst, der ständigen Kampf- und Fluchtbereitschaft, der Über- oder Untererregung wieder in größere Flexibilität findet und sich so ein Weg aus dem Traumazustand ebnet.

In der Phase der Traumakonfrontation mit Menschen mit frühen und komplexen Bindungs- und Beziehungsverletzungen ist auch die behutsame Arbeit mit den traumabedingten dissoziativen Prozessen und den dadurch entstandenen inneren Anteilen, v. a. Täterintrojekten und den verletzten kindlichen Anteilen wesentlich.

„Als hilfreich für das Verständnis für diese Prozesse hat sich das Konzept der strukturellen Dissoziation (van der Hart et al., 2008) erwiesen. Nach hochgradig belastenden Ereignissen dienen offenbar einer oder mehrere Teilbereiche der Persönlichkeit dazu, im Alltag weiter zu funktionieren (anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil – ANP). Um das tun zu können, muss der ANP die traumatischen Erinnerungen von sich fernhalten. Auf der anderen Seite entwickeln sich dann Teilbereiche der Persönlichkeit, die die schrecklichen Erinnerungen ganz oder in Fragmenten enthalten (emotionaler Persönlichkeitsanteil – EP). Bei anhaltender schwerer Traumatisierung bilden sich mehrere ANP und EP, die zum Teil nichts voneinander wissen. Abhängig vom Entstehungszeitraum werden diese Anteile zudem auch nur im Körpergedächtnis und nicht bewusst erinnert. In der stärksten Ausprägung entsteht so die sogenannte multiple Persönlichkeit (dissoziative Identitätsstörung – DIS). Ein Kind, das fortlaufend Gewalt, Missbrauch und Angst vor Vernichtung und Überwältigung erlebt, entwickelt also für sein Überleben und den Erhalt der lebensnotwendigen Bindung die Fähigkeit zu dissoziieren. Diese Fähigkeit wird in der Therapie wertgeschätzt und nicht als »Widerstand« oder »Abwehr« konfrontiert oder gar bekämpft.“ (Willach-Holzapfel, A. & Dressler-Bellmund, M., 2017, S. 129).

Die abgespaltenen inneren Anteile werden im therapeutischen Prozess achtsam eingeladen, sich wieder bewusst zu verkörpern und miteinander in Kontakt zu treten. Es geht darum, sie in ihrer Bedeutung für das innere Selbstsystem zu verstehen und wertzuschätzen. „Der erste Schritt auf dem Weg einer solchen Zusammenarbeit besteht darin, dem inneren System zu versichern, dass alle Anteile willkommen sind und dass sie alle – sogar die suizidalen oder destruktiven - entstanden sind, um das Selbstsystem als Ganzes zu schützen, auch wenn sie

aktuell den Eindruck erwecken mögen, es zu bedrohen“ (van der Kolk, 2015, S. 335).

Entsprechend ihres biografischen Alters mit den dazugehörigen Bedürfnissen und Reifeschritten, die sogenannten „inneren Kinder“, können auch diese dissoziierten Anteile wieder in ein Körper- und Selbstbewusstsein integriert werden. Hierfür ist die Erfahrung von Sicherheit in der therapeutischen Bindung eine wesentliche Ressource!

Der/die Psychotherapeut*in wird in einer Traumatherapie ganz besonders als sichere Bindungsperson gebraucht für die – verkörperte- Erkundung und Heilung der Bindungsverletzungen und –traumatisierungen der „inneren Kinder“.

Traumaverarbeitung in der Phase 3 bedeutet, das Erlebte wieder in dem gesamten Lebenszusammenhang betrachten zu können, zu betrauern, was geschehen ist und zu fühlen und zu wissen, dass es vorbei ist. Manche traumatischen Erfahrungen lassen sich aber in ihrem existenziellen Schrecken weder erinnern noch komplett verarbeiten, hier kann vielleicht nur eine tragfähige Stabilisierung erreicht werden.

In dieser Phase wird es v.a. um Betrauern, Neugestaltung, Sinnsuche gehen. „Wie will ich leben und arbeiten, wie kann ich fürsorglicher mit meinem Körper umgehen, was ist mir wirklich wichtig, wie kann ich trotz und mit diesen belastenden und traumatischen Erfahrungen weiterleben?“ Das sind Fragen, auf die jetzt Antworten gesucht und gefunden werden können.

Jetzt ist auch wieder „normale“ körper- und konfliktorientierte psychotherapeutische Arbeit möglich und sinnvoll, um destruktive Überzeugungen zu verändern, Gefühle wie Scham-, Schuld, Wut, Verzweiflung und Trauer zu verarbeiten, den Körper zunehmend kennen zu lernen und wertzuschätzen und schließlich die eigene Geschichte anzunehmen.

Die therapeutische Beziehung kann dabei ein geschützter Raum sein für Experimente mit Ausdruck, Nähe, Distanz, Grenzen, Konflikten, für das Erproben neuer Handlungsmöglichkeiten und für das Erfahren eines positiveren Körpergefühls. Der betroffene Mensch kann lernen, sich so wieder verstärkt der Gestaltung eines lebenswerten Alltags und der Verbesserung seiner Beziehungen zuzuwenden.

„Das Wissen, eine traumatische Erfahrung überlebt zu haben, kann zu einer tieferen Wertschätzung des (verkörperten) Lebens und des Lebendig-seins führen. Zu erfahren, dass Leid zum menschlichen Leben dazugehört und Vertrauen und Hoffnung dennoch bewahrt *oder* wiedergewonnen werden können, ist ein herausfordernder Entwicklungsschritt für jeden betroffenen Menschen.

Die Beschäftigung mit Sinnfragen und die Öffnung für spirituelle und religiöse Themen können hier eine neue Orientierung und ein Halt für das tief verunsicherte Lebensgefühl werden“ (Willach-Holzapfel, A.& Dressler-Bellmund, M. ,2017, S. 129).

Ich möchte enden mit einem Zitat von Bessel van der Kolk:

„Eine der klarsten Lektionen der heutigen Neurowissenschaften ist, dass unser Selbstempfinden in unserem Körper verwurzelt ist. Wir lernen uns erst dann wirklich kennen, wenn wir unsere Körperempfindungen spüren und deuten können; wir müssen sie wahrnehmen und auf sie eingehen, um sicher durch das Leben gehen zu können. (.....) Traumatisierte müssen erkennen, dass sie ihre Empfindungen ertragen, sich mit ihrem inneren Erleben anfreunden und neue Handlungsmuster entwickeln können“ (van der Kolk, 2015, S.324)

Literatur

Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2013). *Traumabedingte Dissoziation bewältigen*.

Paderborn: Junfermann.

Emerson, D. & Hopper, E. (2011). *Trauma-Yoga. Heilung durch sorgsame Körperarbeit*.

Lichtenau: Verlag G.P. Probst.

Gendlin, E.(1978). *Focusing*. Salzburg:Otto Müller Verlag

Hantke, L. & Görges, H.-J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz*. Paderborn: Junfermann.

Heller, L & LaPierre, A. (2012). *Entwicklungstrauma heilen*. München: Kösel.

Huber, M. (2007). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Band 1*.

Paderborn: Junfermann.

Huber, M. (Hrsg.). (2011). *Viele Sein. Ein Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

Kahn, G. (2010). *Das Innere-Kinder-Retten*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Levine, P.A. (1998). *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers*. Essen: Synthesis.

Levine, P.A. (2007). *Vom Trauma befreien*. München: Kösel.

Levine, P.A. (2010). *Sprache ohne Worte*. München: Kösel.

Levine, P.A. (2016). *Trauma und Gedächtnis*.München: Kösel.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2010). *Trauma und Körper*. Paderborn: Junfermann.

Peichl, J. (2008). *Innere Kinder, Täter, Helfer & Co*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Porges, S.W. (2010). *Die Polyvagal-Theorie – Neurophysiologische Grundlagen der Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Porges, S.W. (2017). *Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit*. Lichtenau: Probst
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT- Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung*. Essen: Synthesis.
- Sack, M. (2010). *Schonende Traumatherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, S. (2008). *Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation: Die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B. (2015). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau: G.P. Probst Verlag.
- Vogt, R. (2007). *Psychotrauma, State, Setting*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Willach-Holzapfel, A. & Dressler-Bellmund, M. (2017). Der Körper – Feind und Ressource. Traumapsychotherapie nach sexueller Gewalt. In T.Harms & M. Thielen (Hrsg.), *Körperpsychotherapie und Sexualität*(S. 67–82). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Willach-Holzapfel, A. (2013a). Körper – Gruppe – Trauma. Versuch einer Integration. In M. Thielen (Hrsg.), *Körper– Gruppe – Gesellschaft* (S.67–82). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Willach-Holzapfel, A. (2013b). Der Körper als Ressource. *körper– tanz – bewegung. Zeitschrift für Körperpsychotherapie und Kreativtherapie, 03/2013, 127–134*.
- Willach-Holzapfel, A.& Dressler-Bellmund, M. (2009). Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Beispiele aus ambulanter und stationärer Praxis. In M.Thielen (Hrsg.), *Körper– Gefühl – Denken* (S.287–298). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Anna Willach-Holzapfel, geb.1957, Berlin. Körperpsychotherapeutin (HPG) und Traumapsychotherapeutin, arbeitet seit 1983 in eigener Praxis. Einzel-u. Gruppentherapie, Supervision, langjährige Fortbildungstätigkeit. Mitglied des Vorstands der DGK.