

Die Kreation körperbasierter synthetischer Erinnerungen in „Pesso Boyden System Psychomotor“ (PBSP)

Michael Bachg

Zusammenfassung

Erinnerungen an defizitäre oder traumatische Kindheitserfahrungen der Patientinnen und Patienten treten in fast allen psychotherapeutischen Prozessen auf. In den meisten Fällen enthalten sie unverzichtbare Informationen für das Verständnis der Störungsgenese. Ihre Bearbeitung findet häufig innerhalb der gegenwärtigen therapeutischen Beziehung mit sprachlichen Mitteln statt. PBSP bietet eine zusätzliche Möglichkeit an, wie die Befriedigung solcher Bedürfnisse innerhalb eines klaren theoretischen Rahmens und eines strukturierten Vorgehens in einer hypothetischen Vergangenheit körperbezogen nachgeholt werden kann. Dieser Ansatz wird anhand eines Fallbeispiels praxisbezogen dargestellt und erläutert.

Schlüsselwörter

Pesso Boyden System Psychomotor, Pesso-Therapie, Körpertherapie, Traumatherapie, Gruppenpsychotherapie

Einleitung

Frühe Interaktionserfahrungen des Menschen und ihre Repräsentationen in den verschiedenen Gedächtnissystemen sind von grundlegender Bedeutung für seine biopsychosoziale Entwicklung. Es gibt allseits beobachtbare Initiativen, diese und andere Erkenntnisse der Säuglings- und Bindungsforschung sowie der neurowissenschaftlichen Forschung als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung psychotherapeutischer Konzepte zu nutzen (z. B. Grawe 2004). PBSP geht von der Annahme aus, dass unser gegenwärtiges Bewusstsein sowie unsere Wahrnehmung der Gegenwart im Wesentlichen durch *Erinnerungen* gesteuert und manipuliert werden (Pesso 2005, Edelman u. Tononi 2004, Damasio 1997, 2000), allerdings sind wir uns des Ausmaßes meistens nicht bewusst. Die ersten Beziehungserfahrungen und daraus resultierende Erinnerungen prägen das implizite Modell der interpersonalen Welt und der eigenen Person.

Die primäre Interaktionswelt des Säuglings ist körperlich. Seine automatisierte homöostatische Bioregulation, die sein Überleben sichert, löst im Falle von z. B. Nahrungsmangel Aktivitäten aus, die instinktiv in Suchbewegungen, motorischer Unruhe und bald darauf in Schreien münden. Hört die Mutter diese Laute, nähert sie sich ihrem Kind und gibt ihm im Idealfall die Brust. Während des Stillens füllt sich das Innere des Kindes warm mit der Muttermilch, der Erregungszustand weicht körperlicher Entspannung und sichtbarer Befriedigung. Das Kind erlebt schon früh, dass sein Hunger und damit seine Bedürfnisse nicht grenzenlos, sondern stillbar sind, und die Welt bereit-

hält, was es braucht. Im positiven Fall einer annehmenden, wärmenden, nährenden, versorgenden, unterstützenden, beschützenden, liebevoll eingrenzenden und bestätigenden Umgebung stehen die Chancen für eine gesunde und stabile seelische Entwicklung günstig. Welche therapeutischen Antworten geben wir aber denen, die nicht das Glück hatten, als Kind unter solchen Bedingungen aufzuwachsen, sondern Gereiztheit und Aggressivität vorfanden statt Freundlichkeit, Ablehnung und Kälte statt Annahme, Vernachlässigung statt Nahrung und Versorgung, die Erfahrung von Bedrohung und Erniedrigung statt Sicherheit und Respekt?

Gehen wir einmal davon aus, dass Interaktionserfahrungen nicht verloren gehen, sondern im autobiografischen Gedächtnis (Pesso 2005) oder, um Damasio zu zitieren, in seinem „autobiografischen Selbst“ (Damasio 2000) mit einer Bedeutung versehen abgespeichert und verankert werden, um in späteren, als ähnlich empfundenen Situationen assoziativ abrufbar zu sein und als wichtige Schemata zur Bewältigung einer Situation dienen zu können. Dann stellt sich die Frage, wie die durch frustrierende und ängstigende Interaktionserfahrungen erworbenen und vorwiegend auf unbewussten Erinnerungsprozessen basierenden dysfunktionalen Wahrnehmungen, motorischen Reaktionen, Emotionen und Gedanken in der Gegenwart durch Psychotherapie effektiv und möglichst nachhaltig korrigiert werden können.

Wie kann z. B. umgegangen werden mit irrational erscheinenden Wünschen und Sehnsüchten eines erwachsenen Patienten – so etwa nach Halt, Sicherheit oder Geborgenheit –, die augenscheinlich aus dessen Kindheit stammen? Wenn die

Zeit nicht zurückgedreht und die Vergangenheit nicht neu geschrieben werden kann, besteht dann überhaupt die Möglichkeit, Versäumtes nachzuholen? Oder muss der Patient in der Therapie lernen, anzuerkennen, was gewesen ist, Trauerarbeit leisten und die Fähigkeit entwickeln, erwachsen mit diesen Sehnsüchten umzugehen, indem er akzeptieren lernt, auf ihre Erfüllung zu verzichten? Wären Patienten damit nicht genötigt, so könnte man kritisch anfragen, in der Therapie noch einmal dem Muster zu folgen, das ihnen aus ihrer Vergangenheit bereits vertraut ist, nämlich: ohne ihre Bedürfnisse und Sehnsüchte befriedigende Interaktionen zurechtzukommen zu müssen? Und wie wäre eine solche negative Wiederholung zu bewerten? Wäre Therapie damit schon zu Ende, bevor sie richtig angefangen hat? Müssen Patienten versuchen, das Beste daraus zu machen, oder im Schlechten auch das Gute sehen zu lernen? An diesem Punkt bietet PBSP einen einzigartigen therapeutischen Ausweg, der im Folgenden dargestellt werden soll.

Die symbolische „Als-ob-Ebene“ als Lösung des Problems

Die symbolische „Als-ob-Ebene“ ist vergleichbar mit einem vom Patienten und Therapeuten gemeinsam kontrollierten und gestalteten körperorientierten Rollenspiel, welches in der Regel in einer Gruppe von ca. acht Personen durchgeführt wird. Dieser einzeltherapeutische Prozess in der Gruppe wird **Struktur** genannt (Fischer-Bartelmann 2005). Vergleichbares Vorgehen wurde von Pesso in den letzten Jahren auch für das einzeltherapeutische Setting entwickelt (Bachg 2004, Kniep 2005). Für das folgende Fallbeispiel stellen wir uns ein Gruppensetting vor:

» **Ein Bild von der Realität.** Der PBSP-Therapeut arbeitet mit dem Patienten an der Aufführung eines „Stückes“, welches speziell für ein Publikum gegeben wird. Dieses besteht aus einer einzigen Person – dem Patienten selbst. Hintergrund dieses Vorgehens ist die Erkenntnis, dass für eine befriedigende emotionale Erfahrung keineswegs die Realität notwendig ist, sondern

ein Bild von der Realität ausreicht, um Emotionen und Gefühle zu erleben. So könnte z.B. ein erwachsener Patient, der im Alter von sieben Jahren seine an Krebs erkrankte Mutter verlor, seine todkranke Mutter, die er in seiner Erinnerung vor seinem inneren Auge im Bett des Krankenhauses liegen sieht, durch eine weibliche Rollenspielfigur, die auf einer Decke liegt, im Therapieraum symbolisieren. Der Anblick der Szene und die Parallelität des inneren Bildes seiner kranken Mutter mit dem äußerlich dargestellten Bild berührt ihn tief und lässt ihn diesen Moment noch einmal genauso wie damals erleben. Viele Patienten sind überrascht, wie realistisch sie solche Inszenierungen erleben. Die räumliche Repräsentation einer erinnerten Szene aus dem autobiografischen (episodischen) Gedächtnis aktiviert den für die räumliche Orientierung und die kontextuelle Einordnung situativer Erlebnisse zuständigen Hippokampus. Die Amygdala fügt diesen Inhalten die emotionale Erlebnisdimension hinzu (Sulz 2005).

Geistiger Körper. Der eben genannte Patient mag zu zittern beginnen, und er berichtet, wie allein gelassen und überfordert er sich damals fühlte, da sein Vater so sehr vom eigenen Schmerz überwältigt war, dass er ihn mit seinen Gefühlen und Bedürfnissen kaum wahrnahm. Der PBSP-Therapeut würde erläutern, dass sein Zittern ein Hinweis auf das Ausmaß seiner Emotionen sein könne, die er angesichts der damaligen Erfahrung des Alleinseins erinnert und zu kontrollieren versucht. Für ihn wäre dies ein Hinweis darauf, dass mit der Erinnerung vor dem inneren Auge des Patienten auch dessen „geistiger Körper“ (mind's body, Pesso 2000) erwacht ist. Mit dem geistigen Körper ist die zerebrale Organisation im Sinne Damasio's „as if body“ (Damasio 1997, 2003) gemeint, in der unser Körper repräsentiert ist. Mithilfe des geistigen Körpers ist es uns z.B. möglich, Bewegungen unseres Körpers zu erinnern oder zu planen, ohne uns tatsächlich zu bewegen. Diese zerebrale Organisation enthält Karten und Repräsentationen unseres Körpers auf verschiedenen Altersstufen. Wir erleben einen Wechsel in unserem Bewusstsein über unser Körperbild entsprechend dem Alter, an das wir uns erinnern. In PBSP gehen wir davon aus, dass es möglich ist, heilende körperliche Interaktionserfahrungen direkt an das erinnerte Erleben im geistigen Körper einer früheren

Altersstufe anzuschließen und als neue Erinnerung in dem damaligen Alter zu verankern (Pesso 1999, 2000).

Partialfiguren. Der Therapeut würde nun den Vorschlag machen, eine so genannte Kontaktfigur in Form eines Rollenspielers einzuführen, der oder die den Patienten durch körperliche Nähe und Berührung körperlich wissen lässt, dass er dieses Mal mit diesen Emotionen nicht alleine ist. Ziel dieser Intervention wäre es, dem Patienten zu helfen, seine Emotionen weniger zu unterdrücken, sondern stärker zulassen zu können. Die Botschaft der Kontaktfigur lautet: „Ich helfe dir, mit deinen Gefühlen von Trauer, Schmerz, Wut o.Ä. im Zusammenhang mit dem Tod deiner Mutter umgehen zu lernen. Ich kann damit umgehen, es ist nicht zu schwer für mich“. Diese Möglichkeit ist für den Patienten neu. Es öffnet sich eine neue Perspektive. Zum ersten Mal kann er sich vorstellen, dass er mit diesen Emotionen und Gefühlen nicht allein fertig werden muss, sondern dass es ein Gegenüber geben kann, das bereit und in der Lage ist, ihm zu helfen. Der Patient platziert den Rollenspieler sitzend nah an seine linke Seite und ergreift seine Hand. Ein wenig überrascht, aber vor allem erleichtert stellt er fest, wie sehr ihn dieser Kontakt beruhigt. Die Anspannung weicht sichtbar aus seinem Körper. In dieser Phase unterstützt der Therapeut den Patienten darin, bewusst zu verarbeiten, welche Hilfestellung ihm diese Person nun in der Gegenwart gibt, während er erinnert, was er erlebt hat. Der Therapeut stärkt damit die Selbststeuerung des Patienten, in dem er ihn darauf aufmerksam macht, dass seine Emotionen und Gefühle **erinnerte Emotionen und erinnerte Gefühle** sind, ausgelöst durch Ereignisse in einer lange zurückliegenden Vergangenheit. Er hilft dem Patienten, eine klare zeitliche Dimension einzuführen und die Entstehung seiner emotionalen Probleme auf der Zeitachse klar zu lokalisieren. Die Selbststeuerung, in PBSP **Pilot** genannt, bleibt fest in der Gegenwart verankert. Diese Differenzierung ist wichtig, da es PBSP nicht darum geht, regressive Prozesse zu fördern. Im Gegenteil ist das Ziel vielmehr, dem Patienten zu helfen, eine **stereoskopische Perspektive** einzunehmen. Damit ist gemeint, dass der Patient die Fähigkeit entwickelt, zu erkennen, dass sich seine Wahrnehmung einerseits auf die gegenwärtige Umgebung bezieht, während er gleichzeitig vor seinem inneren

Auge Ereignisse seiner Kindheit visuell erinnert und körperlich auf diese Erinnerungen reagiert. Der Therapeut würde in einem nächsten Schritt den Patienten einladen, sich vorzustellen, wie es für ihn gewesen wäre, wenn ihm dieser Helfer nicht nur heute in der Gegenwart, sondern damals, im Alter von sieben Jahren in diesem Krankenzimmer, in dem er seine Mutter liegen sah, beigestanden hätte.

Die Idee, durch Raum und Zeit zurückzugehen, ist physikalisch betrachtet gar nicht möglich. Bei unseren Erinnerungen handelt es sich aber um **Repräsentationen** von Raum und Zeit und nicht um wirklichen Raum oder wirkliche Zeit. Innerhalb dieser Repräsentationen ist es sehr wohl möglich, die physikalischen Gesetze von Raum und Zeit zu überwinden und jeden beliebigen Ort zu jeder beliebigen Zeit aufzusuchen, in der Vergangenheit ebenso wie in der Zukunft.

Entwicklung einer heilenden Gegenerfahrung in einer hypothetischen Vergangenheit. Nun eröffnet sich für unseren Patienten erneut eine neue und unerwartete Perspektive mit für ihn immensen Folgen, die er augenblicklich erfasst. Er könnte antworten: „Dann wäre für mich alles anders gewesen, eine völlig andere Geschichte. Ich wäre nicht alleine gewesen mit meinem Schmerz, jemand wäre da gewesen, um mich zu trösten und mir zu helfen, diesen Schicksalsschlag zu verarbeiten“. Dies sind dann die Worte, die der Rollenspieler zu dem Patienten erwidern würde, nachdem der Therapeut diese Intervention mit dem Patienten abgestimmt hätte und dieser sein Einverständnis dazu gegeben hat. Er würde ihm sagen, während er noch immer die Hand des Patienten hält und ihn freundlich anschaut: „Wenn ich damals da gewesen wäre, als du sieben Jahre alt warst und deine Mutter so krank wurde, dass sie sterben musste, dann wärest du nicht alleine gewesen mit deinem Schmerz, und ich wäre da gewesen, um dich zu trösten und um dir zu helfen, diesen Schicksalsschlag zu verarbeiten.“ Der Patient sieht nun die Kontaktfigur mit tränenunterlaufenen Augen lange an, nickt dann stumm und sagt: „Ja, so wäre es gewesen.“ Die Kontaktfigur erwidert: „Ja, so wäre es gewesen.“ Der Patient atmet tief durch und ist erleichtert. Nach einer Pause fährt der Patient fort: „Dann hätte ich auch nicht immer in der Schule plötzlich weinen müssen und die Vormittage allein in der Bibliothek verbracht.“ Die Kontaktfigur würde

erneut nach vorheriger Abklärung zwischen Therapeut und Patient erwidern: „Wenn ich damals da gewesen wäre, dann hätte ich mit deinen Lehrern gesprochen, und wir hätten eine andere Lösung gefunden.“ Der Patient nickt erneut bestätigend. Er wirkt beruhigt, schaut dann plötzlich zu der Rollenspielerin hinüber, die auf einer Matratze liegend die todkranke Mutter symbolisiert, und sagt mit schmerzerstickter Stimme: „Und ich hätte mich von meiner Mutter verabschieden können.“

Ausdruck von Emotionen. Das Zittern kommt zurück. Der Therapeut schlägt ihm vor, dieses nun symbolisch nachzuholen. Der Patient sieht ihn ablehnend und fast flehend an und sagt, er habe große Angst davor. Der Therapeut erinnert den Patienten daran, dass er es nicht allein tun müsse, und weist auf die Kontaktfigur hin. Der Patient schaut die Kontaktfigur an, und diese erwidert auf Nachfrage des Patienten: „Du musst es nicht allein tun, ich helfe dir.“ Der Patient nickt und weint einen kurzen Moment. Dann blickt er plötzlich auf, schaut den Therapeuten an und sagt: „O.k.!“. Behutsam nähert sich der Patient in Begleitung der Kontaktfigur der todkranken Mutter an. Dabei wird das Zittern erneut stärker. Die letzten Zentimeter sind nur in kleinen Schritten mit zwischenzeitlichen Pausen zu überwinden. Dabei versichert die Kontaktfigur, die nun mit der einen Hand den Patienten umarmt und mit der anderen Hand dessen Hand hält: „Ich bin bei dir, wenn du fühlst, wie überwältigend weh es tut, wenn du daran denkst, dich von deiner Mutter zu verabschieden. Ich fürchte mich nicht, ich kann damit umgehen.“ Alle diese hier beispielhaft wiedergegebenen Aussagen der Partialfigur werden zuvor gemeinsam mit dem Patienten entwickelt und auf Stimmigkeit für ihn hin untersucht. Erst nach seiner Einwilligung werden die Sätze vom Rollenspieler gesprochen, ohne eine Silbe zu verändern.

Dicht am Bett der Mutter angekommen, sagt der Patient, er wolle die Hand der Mutter berühren. Da er es allein nicht wagt, führt die Kontaktfigur nach Rücksprache und Einwilligung des Patienten dessen Hand zu der Hand der Rollenspielerin. Der Patient umfasst die Hand, und augenblicklich bricht aus ihm der angestaute Schmerz heraus. Die Kontaktfigur ist nahe bei ihm und hält ihn. Immer wieder überwältigen und schütteln ihn herzerreißende

Weinkrämpfe, während die Kontaktfigur ihn hält und immer wieder versichert, dass sie da ist, ihm hilft, seine Gefühle auszudrücken, und ihn darin bestärkt, dass er es sehr gut macht. Der Patient möchte alle seine liebevollen Gefühle, die er seiner Mutter gegenüber damals empfand, aber ihr nicht zeigen konnte, nun ausdrücken. Er streichelt zärtlich über ihren Kopf und ihr Gesicht. Schließlich legt er seinen Kopf auf ihren Bauch und beginnt erneut heftig zu trauern. Nach einer ganzen Weile ebbt die immer wieder aufsteigenden heftigen Schmerz- und Trauergefühle mehr und mehr ab und weichen einer ruhigen Stimmung. Der Patient schaut schließlich die Kontaktfigur an, als wolle er sagen, er sei fertig. Gemeinsam entfernen sie sich vom Bett der Mutter und gehen zu dem Platz zurück, an dem der Patient zuvor mit der Kontaktfigur saß. Immer noch im Arm der Kontaktfigur, schaut der Patient nun ruhig auf die von der Rollenspielerin symbolisierte sterbende Mutter und nickt zustimmend zu ihr hinüber, als könne er sie nun gehen lassen.

Idealer Vater. Der Therapeut fragt nun den Patienten, wie es wäre, sich vorzustellen, die Rolle der männlichen Kontaktfigur zu erweitern in die Rolle eines idealen Vaters, wie er ihn damals gebraucht hätte. Hintergrund dieser Intervention ist, dass in PBSP darauf geachtet wird, dass korrigierende Erfahrungen nicht nur in der richtigen Zeit, nämlich in der hypothetischen Vergangenheit, sondern möglichst auch mit der vom Patienten als richtig antizipierten Person im passenden Verwandtschaftsverhältnis, in unserem Fall wohl am ehesten mit einem idealen Vater, erlebt werden.

Der Patient ist sofort einverstanden, und es folgt nun die Verankerung dieser Interaktion in einer hypothetischen Vergangenheit mit der Kontaktfigur als idealem Vater, wie er ihn damals gebraucht hätte, als er sieben Jahre alt war. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, dass diese auf den Sinneskanälen eingehenden aktuellen Empfindungen – kinästhetisch, taktil, auditiv, visuell, olfaktorisch – nicht nur im erwachsenen Körper des Patienten ankommen, sondern mit den wachgerufenen **erinnerten Körperempfindungen** des siebenjährigen Jungen von damals verbunden werden. Dann und nur dann können diese neuen Interaktionserfahrungen im geistigen Körper erfahren und dort als neue synthetische Erinnerungen verankert werden.

Fazit

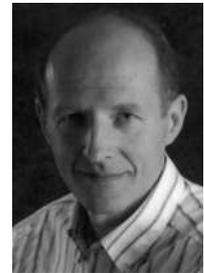
Defizitäre Kindheitserfahrungen können auf symbolischer Ebene erfolgreich bearbeitet und Folgen traumatischer Erfahrungen in der Kindheit entscheidend gelindert werden (Perquin u. Pesso 2005). Es kommt jedoch darauf an, dass dies nicht allein top-down durch Einsichtsförderung und ausschließlich mit sprachlichen Mitteln versucht wird, sondern vor allem bottom-up, d. h. mithilfe körperorientierter Interventionen wie z. B. mittels Berührung und Körperkontakt, die die Aktivität des Vagusnerv einbeziehen. Bessel van der Kolk (2005) spricht in diesem Zusammenhang humorvoll von „Vagusnervtherapeuten“. Ein solcher körperorientierter Zugang kann Ressourcen und Entwicklungspotenziale reaktivieren und den Pa-

tienten aufgrund neu hinzugewonnener Erfahrungen und Perspektiven zu mehr **Hoffnung** veranlassen auf eine bessere Zukunft mit Freude, Befriedigung, Sinn und einem gestärkten Gefühl der Zugehörigkeit. **Abb. 1** fasst den paradigmatisch aufgezeigten Ablauf und den therapeutischen Wirkungszusammenhang des Vorgehens grafisch zusammen.

Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen mögen sich fragen, ob und wie PBSP auch in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen effektiv eingesetzt werden kann. Erste sehr interessante und viel versprechende Erfahrungen konnten auf einem Kongress in den USA unter dem Titel „Feeling-Seen“ (Bachg 2005) vorgestellt werden.

Zum Autor

Michael Bachg
geb. 1959, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Psychoanalytischer Paar- und Paartherapie, zertifizierter PBSP-Therapeut und Supervisor.



Arbeitsschwerpunkte: PBSP in Einzel-, Paar-, Gruppen- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Supervision.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Michael Bachg
Am Sunderbach 5
49205 Hasbergen/Osnabrück
E-mail: Thole-Bachg@t-online.de

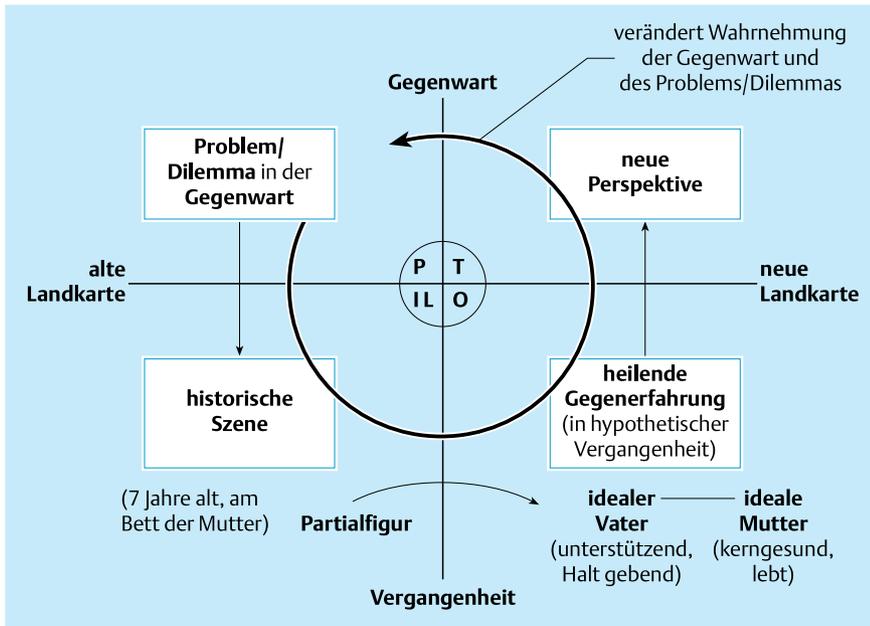


Abb. 1 Das psychotherapeutische Wirkungsmodell der Veränderung in PBSP (nach Perquin 2004).

Ausblick: Ideale Mutter. Nun wäre es denkbar, dass die therapeutische Arbeit mit der Integration der Bedeutung dieser Interaktion zwischen dem Patienten und seinem idealen Vater abgeschlossen ist. Er kann nun mit der Erinnerung an den Verlust seiner Mutter besser umgehen, da er seine bisher nicht in Prozess gebrachten Emotionen und Gefühle hat ausdrücken können und nun einen idealen Vater dazu erinnern kann, der ihm auf die erfahrene Weise geholfen hätte, Abschied zu nehmen. Der Patient hat aber immer noch diesel-

be Lebensgeschichte insofern, dass seine Mutter erkrankte und verstarb, als er sieben Jahre alt war. Er musste von da an lernen, ohne eine Mutter auszukommen. Um seine Perspektive auf die Auswirkungen dieser Geschichte positiv zu beeinflussen, bieten wir ihm im weiteren Verlauf der Struktur an, zu erfahren, wie das Leben mit einer anderen, körperlich kerngesunden Mutter gewesen wäre, die nicht gestorben wäre, als er sieben Jahre alt war, sondern tagtäglich bei ihm gewesen wäre, solange er sie gebraucht hätte. ◀

Literatur

- 1 Bachg M. Microtracking in PBSP: Brückenglied zwischen verbaler und körperorientierter Psychotherapie. Psychotherapie 2004; 9: 283 – 293
- 2 Bachg M. Feeling-Seen: Ein neuer Ansatz in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Workshop auf dem 5. Internationalen PBSP Kongress. Minneapolis, USA: 2005
- 3 Damasio AR. Descartes Irrtum. München: List, 1997
- 4 Damasio AR. Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München: List, 2000
- 5 Damasio AR. Der Spinoza-Effekt. München: List, 2003
- 6 Edelman G, Tononi G. Gehirn und Geist. Wie aus Materie Bewusstsein entsteht. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2004
- 7 Fischer-Bartelmann B. Einführung in die Pesso-Therapie. In: Sulz S, Schrenker L, Schrickler C (Hrsg): Die Psychotherapie entdeckt den Körper. München: CIP-Medien, 2005: 277 – 301
- 8 Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 2004
- 9 Kolk B van der. Frontiers of trauma treatment. Vortrag auf dem 5. Internationalen PBSP Kongress. Minneapolis, USA: 2005
- 10 Kniep U. PBSP in der Einzeltherapie. In: Sulz S, Schrenker L, Schrickler C (Hrsg): Die Psychotherapie entdeckt den Körper. München: CIP-Medien, 2005: 421 – 446
- 11 Perquin L. Das psychotherapeutische Wirkungsmodell der Veränderung in PBSP. Vortrag im Rahmen der PBSP-Ausbildung. Osnabrück: 2004

- 12 Perquin L, Pesso A. Die Behandlung der Folgen von sexuellem Missbrauch mit der Pesso-Psychotherapie. In: Sulz S, Schrenker L, Schrickler C (Hrsg): Die Psychotherapie entdeckt den Körper. München: CIP-Medien, 2005: 395 – 418
- 13 Pesso A. Stages and Screens: Psychoanalyses Revisited. Grand Rounds Lecture at Boston University Medical School, Department of Psychiatry. Boston: 1999
- 14 Pesso A. Vortrag auf dem ersten Kongress der Niederländischen Vereinigung für Pesso-Therapie. Amsterdam: 2000
- 15 Pesso A. Die Bühnen des Bewusstseins. In: Sulz S, Schrenker L, Schrickler C (Hrsg): Die Psychotherapie entdeckt den Körper. München: CIP-Medien, 2005: 303 – 314
- 16 Sulz S. Gehirn, Emotion und Körper. In: Sulz S, Schrenker L, Schrickler C (Hrsg): Die Psychotherapie entdeckt den Körper. München: CIP-Medien, 2005: 3 – 22