

# NLPt bei Bindungstrauma: Traumasensible Therapiegestaltung und Interventionen

## Einleitung

Ein Bindungstrauma oder Entwicklungstrauma entsteht nicht durch ein einzelnes Schockereignis, sondern durch wiederholte Verletzungen von Sicherheit, Verbundenheit und emotionaler Versorgung in frühen Beziehungen. Viele Betroffene erinnern sich an keine dramatischen Erlebnisse, leiden aber unter tiefgreifender Scham, Beziehungsangst, innerer Leere oder chronischer Selbstabwertung, die mit klassischen PTBS-Konzepten nur unzureichend beschrieben werden.

Für Psychotherapeut:innen und NLP-Praktizierende ist es daher bedeutsam zu verstehen, wie sich Bindungstrauma von Schocktrauma unterscheidet und weshalb rein symptomorientierte Kurzinterventionen hier oft an ihre Grenzen stoßen. Der Beitrag zeigt, wie Neuro-Linguistische Psychotherapie (NLPt) bei Bindungstrauma wirksam eingesetzt werden kann, wenn sie mit den Überlebensstilen nach Heller, dem NLPt-Konzept der Guten Absicht und einer traumasensiblen, körperorientierten Arbeitsweise verbunden wird. Im Fokus stehen dabei der Beziehungsaufbau, die behutsame Erweiterung der inneren Landkarte und die Wiedergewinnung von Handlungsmacht im Alltag.

## Unterschiedliche Traumaformen

Traumatische Erfahrungen können sehr unterschiedlich verlaufen. Für die Planung einer NLPt-Behandlung ist es hilfreich, zwischen Schocktrauma und Bindungs- bzw. Entwicklungstrauma zu unterscheiden und zugleich die Schnittstellen zur komplexen PTBS im Blick zu behalten (Maercker & Eberle, 2022).

## Schocktrauma

Schocktrauma bezeichnet ein oder wenige zeitlich klar begrenzte, überwältigende Ereignisse wie Unfälle, Gewalttaten oder Naturkatastrophen, die das Nervensystem abrupt überfluten. Typisch sind eine akute Phase von starker Erregung oder Erstarrung und später Symptome wie Intrusionen, Vermeidung und anhaltende Bedrohungswahrnehmung, wie sie in den Diagnosesystemen bei der posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben werden (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013). Das grundlegende Selbst- und Weltverständnis bleibt dabei häufig relativ intakt, sodass Interventionen, die direkt auf die traumatische Schlüsselszene fokussieren, oft rasch zu einer Reduktion der Symptomatik führen, etwa Exposition oder spezifische NLP-basierte Traumaprotokolle wie RTM oder EMI (Beaulieu, 2003) (Gray & Liotta, 2012).

## **Bindungs- und Entwicklungstrauma**

Der Begriff Bindungstrauma ist keine offizielle Diagnose, hat sich in der psychotherapeutischen Praxis jedoch als hilfreich erwiesen, um die Folgen chronischer Beziehungsverletzungen zu beschreiben. Im englischsprachigen Raum wird häufig von Developmental Trauma gesprochen, Bessel van der Kolk und Kolleg:innen haben dafür die Diagnose „Developmental Trauma Disorder“ vorgeschlagen, die bisher nicht in die offiziellen Klassifikationssysteme aufgenommen wurde (Van der Kolk, 2015). Gemeint sind wiederholte, oft subtile Verletzungen in Beziehungen mit primären Bezugspersonen: emotionale Vernachlässigung, beschämende Interaktionen, unvorhersehbares oder überforderndes Fürsorgeverhalten, aber auch körperlicher, sexueller oder emotionaler Missbrauch.

Im Zentrum steht nicht ein einzelnes „schlimmes Ereignis“, sondern die chronische Störung von Sicherheit, emotionaler Versorgung und dem Gefühl, wertvoll und willkommen zu sein, während sensibler Entwicklungsphasen (Heller, 2012). Diese frühen Erfahrungen hinterlassen nicht nur belastende Erinnerungen, sondern prägen die grundlegende Selbstorganisation: Affektregulation, Selbstbild, Beziehungsfähigkeit und Körpererleben. Viele Betroffene berichten keine spektakulären Traumata, erleben aber anhaltende innere Leere, Scham, Beziehungsangst oder Selbstabwertung, die in ihrer Lebensführung stark einschränkend sind.

## **Komplexe PTBS nach ICD-11 und Bindungstrauma**

Die ICD-11 führt mit der komplexen PTBS (kPTBS) eine Diagnose ein, die über die klassische PTBS hinausgeht und die Folgen langandauernder, zwischenmenschlicher Traumatisierungen erfassen soll. Zusätzlich zu Wiedererleben, Vermeidung und anhaltender Bedrohungswahrnehmung beschreibt kPTBS dauerhafte Störungen in drei Bereichen: Affektregulation, Selbstbild und Beziehungsfähigkeit (Maercker & Eberle, 2022). Typischerweise liegt eine Geschichte wiederholter Gewalt, Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen vor, häufig in engen Beziehungen.

Viele Menschen mit Bindungstrauma erfüllen die Kriterien einer komplexen PTBS, insbesondere wenn zusätzlich Schocktraumata, Gewalt oder massiver Missbrauch vorlagen. Andere zeigen ein klinisch relevantes Leiden mit ähnlichen Mustern von Scham, Identitätsunsicherheit und Beziehungsschwierigkeiten, ohne jedoch unter den typischen kPTBS-Symptomen, wie Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal zu leiden. In der Praxis ist der Begriff Bindungstrauma daher ein hilfreiches, beschreibendes Konzept das sowohl der behandelnden als auch der behandelten Person Orientierung und Verständnis bietet.

## **Überlagerung von Schock- und Bindungstrauma**

Schock- und Bindungstraumata treten häufig nicht isoliert, sondern überlagernd auf. Menschen mit frühen Bindungsverletzungen reagieren auf spätere Unfälle, Erkrankungen oder Gewalterfahrungen oft empfindlicher und zeigen komplexere Verläufe mit Dissoziation, chronischer Dysregulation und Beziehungsproblemen. Früh gestörte Bindung und Autonomieregulation verengen die Resilienzspanne: Das Nervensystem verfügt über

weniger Spielraum, um neue Belastungen zu integrieren, sodass spätere Schockereignisse eher zu kPTBS-ähnlichen Verläufen führen.

Für einen NLPt-Ansatz bedeutet dies, dass bei der Therapieplanung sowohl traumatische Einzelszenen als auch die langfristigen Beziehungsmuster berücksichtigt werden müssen. Während bei isoliertem Schocktrauma häufig ein stärker fokussiertes Arbeiten mit EMI oder RTM im Vordergrund stehen kann, erfordert Bindungstrauma – insbesondere in Verbindung mit komplexen Verläufen – einen breiteren Fokus auf Selbstkonzept, Überlebensstile und die aktuelle Gestaltung von Beziehungen (Schütz et al., 2001).

## **Entstehung und Dynamik von Bindungstrauma**

### **Grundbedürfnisse nach Bindung und Autonomie**

Für das Verständnis von Bindungstrauma ist die Perspektive grundlegender psychischer Bedürfnisse hilfreich. Gerald Hüther beschreibt zwei biologisch verankerte Grundbedürfnisse: das Bedürfnis nach Verbundenheit und Bindung sowie das Bedürfnis nach Wachstum und Autonomie, die bereits vor der Geburt angelegt sind (Renz-Polster & Hüther, 2022). Ein Kind kann sich nur dann wirklich autonom entwickeln, wenn sein Bedürfnis nach verlässlicher Bindung ausreichend erfüllt ist. Es braucht Bezugspersonen, die emotional zugewandt sind, sein Erleben spiegeln und ihm ermöglichen „Nein“ zu sagen und eigene Impulse auszudrücken, ohne Angst vor Liebesentzug oder Beschämung haben zu müssen.

In der Realität können Eltern diese Bedürfnisse nie vollständig erfüllen. Sie bringen ihre eigene Lebensgeschichte, Belastungen und Begrenzungen mit, und vieles gelingt, anderes nicht. Problematisch wird es, wenn wichtige Bedürfnisse über längere Zeit grundsätzlich unbefriedigt bleiben oder wenn zusätzlich Angst, Scham, Schuld oder altersunangemessene Verantwortung das Kind dauerhaft belasten. Dann entsteht nicht nur punktueller Stress, sondern ein Beziehungsklima, in dem das Kind wiederholt erlebt, dass es mit seinem authentischen Selbst keinen sicheren Platz hat.

### **Bindungstrauma als chronische Beziehungsdynamik**

Bindungstrauma entsteht weniger durch einzelne spektakuläre Ereignisse als durch wiederholte, oft subtile Verletzungen in frühen Beziehungen. Dazu gehören emotionale Vernachlässigung, beschämende Interaktionen, unvorhersehbares, überforderndes oder instrumentalisierendes Fürsorgeverhalten ebenso wie körperlicher, sexueller oder emotionaler Missbrauch und abrupte Trennungen von Bezugspersonen. Entscheidend ist die Erfahrung, dass Sicherheit, emotionale Versorgung und das Gefühl, wertvoll und willkommen zu sein, in kritischen Entwicklungsphasen nicht verlässlich gegeben sind.

Für das Kind ist es existenziell bedrohlich zu erkennen, dass die Eltern nicht in der Lage sind, ihm verlässliche Liebe und Schutz zu geben. In dieser Lage ist es oft psychisch „sicherer“, die eigene Liebeshwürdigkeit in Frage zu stellen, als die Unzulänglichkeit der Bezugspersonen zu sehen. Viele Betroffene entwickeln frühe Überzeugungen wie „mit mir stimmt etwas nicht“, „ich bin zu viel“ oder „ich bin eine Belastung“. Indem das Kind die Schuld bei sich sucht, schützt es das Bild der Eltern und bewahrt sich die Illusion, durch

Selbstoptimierung die ersehnte Liebe doch noch gewinnen zu können. Die Kosten sind jedoch hoch: Scham, Selbstabwertung und eine brüchige Identität, die bis ins Erwachsenenleben hinein wirksam bleiben.

## **Adaptive Überlebensstile als Lösung für den Bindungskonflikt**

Kinder sind auf Bindung angewiesen und können ihre Lebensbedingungen nicht verlassen. Wenn zentrale Bedürfnisse dauerhaft frustriert werden, entwickeln sie Strategien, um die Bindungsbeziehung zu schützen und innerlich zu überleben. Heller beschreibt dies als adaptive Überlebensstile: Muster von Fühlen, Denken und Verhalten, die in einer bestimmten Entwicklungsphase entstehen und an die dort erlebten Dilemmata angepasst sind. Ein Kind, das Nähe als gefährlich erlebt, zieht sich in den Kopf zurück; ein anderes, das nur über Leistung Bestätigung bekommt, verknüpft seinen Wert mit Perfektion.

Diese Überlebensstile sind zunächst hochintelligente, nicht pathologische Lösungen. Sie sichern Bindung, reduzieren innere Konflikte und ermöglichen es dem Kind, in einer schwierigen Umgebung funktionsfähig zu bleiben. Langfristig verfestigen sie sich jedoch zu stabilen Mustern, die auch dann weiterlaufen, wenn die ursprüngliche Gefahr längst vorbei ist. In der Sprache des NLPt könnte man sagen: Das Nervensystem greift automatisch auf eine damals bewährte Strategie zurück, auch wenn sie im heutigen Kontext einengend oder selbstschädigend wirkt. Die therapeutische Aufgabe besteht nicht darin, diese Muster zu „brechen“, sondern ihre Entstehung zu verstehen, ihre Gute Absicht zu würdigen und sie behutsam zu flexibilisieren.

## **Überlebensstile und die innere Landkarte im NLPt**

Die von Lawrence Heller beschriebenen Überlebensstile bieten eine präzise Sprache für diejenigen Muster, mit denen Menschen auf chronische Beziehungsverletzungen reagieren. Sie beschreiben nicht Diagnosen, sondern intelligente Anpassungen des Nervensystems an eine Umgebung, in der grundlegende Bedürfnisse nach Bindung und Autonomie nicht ausreichend erfüllt wurden (Heller, 2012). Aus Sicht des NLPt bilden diese Stile einen zentralen Teil der inneren Landkarte, also jener subjektiven Struktur, mit der Erfahrungen gefiltert und gedeutet werden (Schütz et al., 2001).

Diese Filter bestimmen, welche Reize wahrgenommen, welche ausgeblendet und wie sie interpretiert werden. Überlebensstile können als traumageprägte Spezialform dieser Filter verstanden werden: Sie sorgen dafür, dass vor allem jene Informationen hervorgehoben werden, die zum damaligen Überlebensmuster passen, während andere kaum Beachtung finden.

Diese Muster sind nicht „falsch“, sie waren in der damaligen Lebenssituation sinnvoll und oft überlebensnotwendig.

## **Typische Überzeugungen und Wahrnehmungsfiler**

Jede Überlebensstrategie ist mit charakteristischen Grundüberzeugungen verknüpft, die die Wahrnehmung und das Beziehungserleben prägen:

Die **Kontakt-Überlebensstrategie** ist eine Reaktion auf die Erfahrung, dass Nähe, Verbundenheit und körperliches Dasein nicht sicher sind. Ein typischer Glaubenssatz ist „Ich habe kein Recht da zu sein“ oder „Ich gehöre nirgends dazu“. Die Person zieht sich innerlich zurück, vermeidet Blickkontakt und erlebt sich als grundsätzlich „falsch“.

Die **Einstimmungs-Überlebensstrategie** entwickelt ein Kind, wenn erlebt, dass es nur durch die Antizipation und Erfüllung der Bedürfnisse anderer geliebt wird. Es wird zum „Therapeuten“ der Familie, hypervigilant, immer aufmerksam für die Emotionen anderer. Die eigenen Bedürfnisse werden hintangestellt und irgendwann gar nicht mehr wahrgenommen. Typischer Glaubenssatz: „Meine Bedürfnisse sind zu viel oder falsch.“ oder „Ich muss kämpfen, damit meine Bedürfnisse erfüllt werden“.

Die **Vertrauen-Überlebensstrategie** ist eine Reaktion auf die frühe Erfahrungen von Betrug oder Manipulation, die das Kind gelehrt haben, dass Vertrauen nicht sicher ist. Es bleibt skeptisch, distanziert, kontrollierend. Die Fähigkeit wechselseitige Abhängigkeit in Beziehungen zuzulassen ist eingeschränkt. Typischer Glaubenssatz: „Andere benutzen mich für ihr Glück“ oder „Ich muss die mir zugedachte Rolle spielen, um Anerkennung zu bekommen.“

Die **Autonomie-Überlebensstrategie** sichert die Bindungsbeziehung, wenn dem Kind Selbstbestimmung und authentischer Selbstausdruck verwehrt wurde. Typischer Glaubenssatz: „Ich darf nichts Eigenes wollen“ oder "Ich bin falsch, wenn ich die Erwartungen von anderen nicht erfülle". Angemessene Grenzen zu setzen und die eigene Meinung zu sagen, wird als Bedrohung der Beziehung erlebt.

Die **Liebe-Sexualitäts-Überlebensstrategie** entwickelt ein Mensch, der in der Kindheit oder Jugend erfahren hat, dass er nur durch sexuelle oder romantische Verfügbarkeit Liebe bekommt, oder dass Intimität gefährlich oder beschämend ist. Er versucht, sich selbst zu perfektionieren in der Hoffnung, durch sein Aussehen oder seine Leistung die Liebe anderer zu gewinnen. Typischer Glaubenssatz: "Ich muss hart an mir arbeiten, um endlich perfekt zu sein".

Diese Überzeugungen sind keine irrationalen Gedanken, sondern verdichtete Zusammenfassungen zahlreicher früher Erfahrungen. Sie helfen zu verstehen, warum Menschen in heutigen Situationen immer wieder ähnlich reagieren, obwohl es objektiv andere Möglichkeiten gäbe.

## **Die Gute Absicht als Brücke**

Im NLPt wird problematisches Verhalten unter dem Konzept der Guten Absicht betrachtet: Hinter jedem Muster steht auf einer tieferen Ebene eine positive Funktion, etwa Schutz, Zugehörigkeit oder Orientierung (Andreas, 2003). Hellers Überlebensstile präzisieren diese Haltung entwicklungspsychologisch und neuroaffektiv: Die Gute Absicht besteht häufig darin, Bindung zu sichern, psychisches Überleben zu ermöglichen oder ein Mindestmaß an innerer Kohärenz aufrechtzuerhalten, wenn die Umwelt nicht regulierend zur Verfügung steht.

Therapeutisch hat dies zwei wichtige Effekte:

Erstens wird eine **Versöhnung mit jüngeren Selbstanteilen** möglich: Wenn eine Klient:in erkennt, dass sie als Kind auf eine Weise reagiert hat, die ihr Überleben bzw. ihre Bindungsbeziehung gesichert hat, kann sich toxische Schuld in Mitgefühl verwandeln.

Zweitens entsteht eine Grundlage für **Handlungsmacht** in der Gegenwart. Die Gute Absicht des alten Musters wird anerkannt und bewahrt, während die konkrete Strategie schrittweise aktualisiert wird. In NLPt-Begriffen bedeutet dies, einschränkende Glaubenssätze und Verhaltensweisen zu verändern, ohne den damals sinnvollen Schutz zu entwerten. So entsteht eine Brücke zwischen tiefer biografischer Verständigung und realer Wahlfreiheit im Heute.

## Therapieplanung im NLPt

Die Therapieplanung im NLPt unterscheidet sich je nach Art des Traumas. Bei Schocktrauma steht meist ein klar umrissenes Ereignis im Vordergrund, während ein Bindungstrauma vor allem in gegenwärtigen Beziehungsmustern, Identität und Affektregulation sichtbar wird. Für eine traumasensible Planung ist es daher wichtig, zunächst zu klären, welche Anteile des Leidensdrucks auf Schockereignisse und welche auf chronische Beziehungsverletzungen zurückgehen.

## Behandlung von Schocktrauma im NLPt

Bei Schocktrauma kann ein NLP-basierter Ansatz wie Eye Movement Integration (EMI) oder das Reconsolidation of Traumatic Memories Protocol (RTM) nach einer kurzen Phase der Stabilisierung sinnvoll eingesetzt werden. EMI arbeitet mit geführten Augenbewegungen und zielt darauf ab, fragmentierte traumatische Erinnerungen neuronal besser zu verknüpfen, sodass die Erinnerung erhalten bleibt, der affektive Schock jedoch deutlich nachlässt (Beaulieu 2014). RTM ist ein manualisierter, auf NLP-Techniken basierender Ansatz mit minimaler Exposition, der visuelle Dissoziations- und Reframing-Prozesse nutzt, um Traumabilder zu verändern. In Studien mit Veteraninnen und Veteranen zeigte RTM deutliche Reduktionen von PTSD-Symptomen in wenigen Sitzungen, bei gleichzeitig guter Verträglichkeit (Gray & Liotta 2012, Stipancic et al. 2010).

Trigger und Intrusionen können im Rahmen dieser Behandlung mit ressourcenorientierten NLP-Formaten begleitet werden. Dazu gehören Ankerarbeit, die Entwicklung sicherer innerer Orte und die Veränderung innerer Bilder durch Submodalitäten, sodass aktuelle Auslöser weniger automatisch mit dem Schockereignis gekoppelt werden. Flashbacks lassen sich mit bildbezogenen NLP-Formaten und dissoziativen Techniken so bearbeiten, dass der Zugang zur Erinnerung möglich bleibt, die unwillkürlichen Wiedererlebenszustände jedoch deutlich seltener und weniger intensiv auftreten.

## Spezifika bei Bindungstrauma

Bei Bindungstrauma genügt dieser direkte Fokus auf einzelne Schlüsselszenen meist nicht, da sie sehr oft zunächst nicht bewusst sind. Menschen mit Bindungstrauma kommen selten mit der Formulierung „Ich habe ein Bindungstrauma“, sondern mit Symptomen wie Ängsten, depressiven oder dissoziativen Zuständen, Beziehungsproblemen, Übergewicht oder chronischer Erschöpfung. Die dahinterliegenden Themen von verzerrter Identität,

toxischer Scham, dysfunktionalen Beziehungsmustern und chronischer Dysregulation treten meist erst nach und nach zutage.

Die Behandlung ist deshalb eher längerfristig angelegt und stärker beziehungsorientiert. Die therapeutische Beziehung wird zu einem wichtigen Erfahrungsraum, in dem Muster wie Rückzug, Überanpassung oder Misstrauen sichtbar und verstehbar werden.

Ziel ist es nicht nur, einzelne Symptome zu reduzieren, sondern die innere Landkarte behutsam zu erweitern, sodass mehr Wahlfreiheit im Erleben und Handeln entsteht (Schütz 2002).

## **Beziehungsgestaltung und erste Interventionen**

Im Erstgespräch stehen Sicherheit und Orientierung im Vordergrund. Im NLPt wird dies als Aufbau von Rapport verstanden, der durch Pacing unterstützt wird: Die Therapeutin nimmt Tempo, Sprachmuster und Körpersprache der Klient:in auf, um deren innere Landkarte besser zu erfassen. Besonders bei Bindungstrauma ist es wichtig, Rahmenbedingungen, Erwartungen und Ablauf transparent zu machen, da überraschende Interventionen leicht alte Erfahrungen von Kontrollverlust aktivieren können.

Bindungstraumatisierte Menschen erleben Beziehung oft als ambivalent: Nähe ist gleichzeitig ersehnt und bedrohlich. Manche sprechen ununterbrochen, andere wirken abwartend und orientieren sich stark an der Therapeut:in, wieder andere bleiben emotional „nicht ganz da“. Erste Interventionen sind entsprechend zurückhaltend und ressourcenorientiert. Anstatt früh mit konfrontativen Fragen zu arbeiten, können einfache, erlebensnahe Fragen helfen, den Kontakt zu sich selbst zu stärken, etwa: „Woran merken Sie, dass es im Moment gerade ein bisschen zu viel wird?“ oder „Wo im Körper spüren Sie einen Hauch von Erleichterung, wenn Sie darüber sprechen?“.

## **Problembestimmung und Funktionsanalyse**

Menschen kommen nicht in Therapie, weil sie einen bestimmten Überlebensstil haben, sondern weil sie unter dessen Folgen leiden. Für die Problembestimmung im NLPt ist es daher zentral, das präsentierte Problem im Kontext der Lebensgeschichte und der aktuellen Beziehungen zu verstehen. Symptome werden nicht vorschnell als „Fehler“ behandelt, sondern als sinnvolle Reaktion auf frühere oder gegenwärtige Belastungen gerahmt.

Die Frage, welche Gute Absicht ein Symptom oder ein Beziehungsmuster erfüllt, wird im Prozess immer wieder neu gestellt und beantwortet, da meiner Erfahrung nach immer wieder neue Aspekte auftauchen und tiefere Schichten sichtbar werden. Wichtig dabei ist, dass die Antworten weniger durch Nachdenken evoziert werden als durch Erleben der eigenen unwillkürlichen Reaktionen in den verschiedenen Wahrnehmungskanälen.

Die Funktionsanalyse ist also ein zirkulärer Prozess, der sich der inneren Wahrheit stetig annähert. So kann zB die Tatsache, dass eine Person im Gespräch immer wieder auf Distanz geht zunächst einmal als Schutz vor emotionaler Überflutung gesehen werden; im späteren Verlauf wird klar, dass sie sich schon als Kind immer wieder innerlich distanziert hat, um die Mutter nicht noch mehr zu belasten, die mit ihrem jüngeren Bruder schon sehr gefordert war. In einer noch späteren Sitzung taucht die Erinnerung auf, dass sie sich in

verschiedenen familiären Situationen oft „muksmäuschenstill“ um den cholerischen Vater nicht zu reizen.

Die Überlebensstile nach Heller bieten ein hilfreiches Raster für die Hypothesenbildung. Sie ermöglichen differenzierte Überlegungen dazu, wie eine Person Beziehung gestaltet, Nähe und Distanz reguliert und mit eigenen Bedürfnissen umgeht. Je besser die zugrunde liegende Schutzfunktion verstanden und gewürdigt wird, desto realistischer und stimmiger lassen sich Veränderungsziele formulieren.

## **Zielsetzung als Prozess**

Wenn Bindungstrauma vorliegen ist auch die Zielbildung als therapeutischer Prozess anzusehen. Wenn eigene Wünsche lange unterdrückt wurden stehen sie auf der inneren Landkarte noch nicht zur Verfügung. Oder es gibt grundlegende Bedürfniskonflikte (zB zwischen sich abgrenzen und geliebt werden), die erst bewusst werden müssen. Wir erkennen sie z.B. daran, dass nach der Ausformulierung eines Ziels, keine positive Physiologie erkennbar ist. Bei der Frage nach den Kosten, die die Zielerreichung mit sich bringen würde oder beim systemischen Ökologie-Check können die inneren Konflikte zutage treten. Häufig braucht es aber weitere Exploration und Begleitung, teilweise auch über Monate hinweg.

Viele Klient:innen können anfangs nur formulieren, was sie nicht mehr wollen, etwa „ich möchte mich nicht mehr selbst hassen“ oder „ich möchte keine Panikattacken mehr haben“. Klug et al. (in Schütz 2001) beschreiben, wie wichtig es ist, schwer depressive Menschen nicht zu überfordern, indem sie mit positiven Zielvorstellungen, und damit auch positiven Gefühlen, konfrontiert werden. Ähnliches kann für Bindungstraumatisierte gelten, deshalb ist achtsames, langsames Vorgehen wichtig und eine behutsame Erweiterung der inneren Landkarte durch Anwendung des NLP-Metamodells, bevor Ziele mehr und mehr erweitert und konkretisiert werden können.

Zu Beginn sind vielleicht nur kleine, konkrete und erreichbare Schritte vorstellbar, zum Beispiel: „einen Moment länger Blickkontakt halten, ohne den Kopf zu senken“ oder „einmal pro Woche eine kleine Handlung der Selbstfürsorge bewusst bejahen“. Solche Mikro-Ziele sind überprüfbar, überfordern nicht und signalisieren dem Nervensystem, dass Veränderung möglich ist.

Gerade bei stark schambesetzten Themen kann es zunächst hilfreicher sein, Haltungen zu formulieren statt detaillierte Verhaltenspläne, zB: „freundlich zu mir sein, wenn etwas nicht gelingt“. Hier können sogenannte Haltungs- bzw. Motto-Ziele im Sinne des Zürcher Ressourcenmodells hilfreich sein, also bildhafte, persönlich formulierte Metaphern, die eine gewünschte innere Haltung beschreiben, zum Beispiel „Mit Bärenruhe gehe ich meinen Weg“ oder „Ich bin wie ein Baum mit tiefen Wurzeln“, ohne bestimmtes Verhalten schon festzulegen. Diese Metaphern werden sowohl imaginiert als auch verkörpert (Storch & Krause, 2014).

Ein so entwickeltes Ziel passt gut ins NLPt-Modell, weil es emotional stimmig ist, persönlich maßgeschneidert, ressourcenorientiert und einen guten Anker darstellt, der langfristig in verschiedenen Kontexten wirken kann.

Ein übergeordnetes Therapie-Ziel für viele bindungstraumatisierte Menschen ist der Aufbau einer wohlwollenden Beziehung zu sich selbst und die Stärkung des Erwachsenen-Ichs, das sich um jüngere, verletzte Anteile kümmern kann.

## **Ressourcenaufbau und Körperorientierung**

Ressourcenaufbau und ein traumasensibler Körperzugang sind zentrale Bausteine in der NLPt-Behandlung von Bindungstrauma. Viele Klient:innen haben gelernt, eigene Bedürfnisse und Körperempfindungen abzuwerten oder abzuspalten, weil Spüren mit Überforderung, Scham oder Zurückweisung verbunden war. Der therapeutische Fokus liegt daher auf behutsamer Stärkung von Sicherheit, Selbstwirksamkeit und Wahlfreiheit im Umgang mit inneren und äußeren Reizen.

## **Ressourcensuche und Stabilisierungsübungen**

Bei Bindungstrauma empfiehlt sich eine besonders kleinschrittige Ressourcensuche. Zu Beginn stehen äußere und zwischenmenschliche Ressourcen im Vordergrund, etwa Menschen, Orte und Tätigkeiten, die ein Minimum an Sicherheit, Verlässlichkeit oder Freude vermitteln. Im Gespräch können solche Ressourcen „nebenbei“ sichtbar gemacht und durch kurze NLPt-Interventionen verstärkt werden, zum Beispiel durch Ankern oder die Verkörperung einer sicheren Situation in einer bestimmten Körperhaltung.

Kurze Stabilisierungsübungen unterstützen das Nervensystem dabei, zwischen Anspannung und Entspannung zu unterscheiden und im Hier und Jetzt zu bleiben. Dazu gehören etwa: langsame Orientierung im Raum mit den Augen, bewusstes Wahrnehmen von drei oder vier Dingen, die gesehen, gehört oder berührt werden können; leise stimmliche Vibrationen wie Summen oder ein „Mmmm“ auf dem Ausatmen; kleine, selbst initiierte Bewegungen wie Wiegen oder Dehnen; rhythmisches Zählen oder Sprechen. Solche Übungen sind klar strukturiert, aktiv steuerbar und können vor, während oder nach intensiveren Gesprächsphasen eingesetzt werden.

## **Traumasesensitiver Körperzugang**

Viele Menschen mit Kontakt-Überlebensstil berichten, dass klassische Körperwahrnehmungsübungen sie eher destabilisieren. Schon wenige Atemzüge mit geschlossenen Augen können Übelkeit, Schwindel, Panik oder das Gefühl auslösen, „wegzufliegen“. Dies ist kein Widerstand, sondern ein Hinweis darauf, dass Interozeption – also das Spüren innerer Körpersignale – eng mit früher Überforderung oder Dissoziation verknüpft ist. Der Körper hat gelernt, dass „hineinspüren“ gefährlich ist.

Das traumasensitive Yoga nach Dagmar Härle kann als Inspiration dienen, wie Klient:innen langsam wieder einen neutralen Zugang zu ihrem Körper finden. Härle hat mit ihrer Arbeit zur körperorientierten Traumatherapie einen eleganten Weg gefunden, Körpererfahrung sicher zugänglich zu machen (Härle, 2015). Der Schlüssel liegt darin, den Fokus von inneren Körpersignalen (Atmung, Herzschlag, Magengefühl, etc.) auf äußere Bewegungs- und Haltungswahrnehmung zu verschieben: durch einfache Yogapositionen im Sitzen Muskelspannung spüren, ohne sie zu bewerten; Gelenkstellung wahrnehmen, indem die Hand in verschiedene Positionen gebracht wird; Haltungsveränderung erleben durch

aufrecht oder zusammengekauert sein und beobachten, was sich damit verändert. Entscheidend ist, dass die Klientin jederzeit stoppen, verändern oder verweigern darf. So werden erste positive Erfahrungen mit Körperwahrnehmung möglich, ohne Überflutung zu riskieren.

Diese Herangehensweise lässt sich wunderbar mit NLPt kombinieren, da beide Ansätze auf Selbstwahrnehmung, Wahlfreiheit und Ressourcenaufbau abzielen.

## **Verarbeitung und Vertiefung im NLPt**

### **Was ist passiert – was hat gefehlt?**

In der Arbeit mit Bindungstrauma genügt es selten, nur aktuelle Symptome zu bearbeiten. Für viele Betroffene ist es entlastend und strukturierend, zu verstehen, wie sich heutige Muster aus früheren Beziehungserfahrungen entwickelt haben. Im NLPt bedeutet dies, gemeinsam zu erkunden, welche Bedürfnisse in der Kindheit nicht ausreichend erfüllt wurden und welche inneren und äußeren Lasten das Kind übernommen hat, um die Bindungsbeziehung aufrechtzuerhalten.

Diese biografische Vertiefung ist nicht gleichzusetzen mit einer regressiven „Rückführung“. Der Fokus liegt auf verstehender Einordnung: Welche Situationen wiederholen sich, welche Botschaften wurden direkt oder indirekt vermittelt, wie hat sich daraus die heutige innere Landkarte geformt? Die Vergangenheit wird nicht endlos rekonstruiert, sondern nur so weit betrachtet, wie es für das Verstehen der aktuellen Schutzmuster und ihrer Guten Absicht hilfreich ist.

### **Perzeptionswechsel und Entlastung von Schuld und Scham**

Ein zentrales Ziel der Vertiefung ist die Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen, die viele Menschen mit Bindungstrauma begleiten. Ein wirksames NLPt-Format ist der Perzeptionswechsel über verschiedene Wahrnehmungspositionen: Zunächst schildert die Klientin eine belastende Kindheitsszene aus der damaligen Ich-Perspektive, anschließend betrachtet sie dieselbe Situation aus einer mitfühlenden Beobachterposition und gegebenenfalls aus der Perspektive einer wohlwollenden, erwachsenen Instanz.

Aus der Beobachterposition wird oft sichtbar, wie begrenzt die Handlungsmöglichkeiten des Kindes waren und wie stark es versucht hat, sich anzupassen, um nicht verlassen oder beschämt zu werden. Anstatt „ich habe versagt“ kann sich die Perspektive zu „ich habe mit den Mitteln eines Kindes eine unlösbare Situation bewältigt“ verschieben. Diese Entlastung ist kein kognitiver Trick, sondern eine neue emotionale Erfahrung: Das damalige Verhalten erscheint nicht mehr als Beweis für persönliche Defekte, sondern als notwendige Antwort auf reale Überforderung.

### **Arbeit mit der Guten Absicht und Glaubenssätzen**

Auf dieser Basis kann die Gute Absicht der Überlebensstrategie explizit gewürdigt werden. Die Therapeutin benennt, welche Funktion das Muster damals erfüllt hat, zum Beispiel „deine Überanpassung hat dir geholfen, Nähe zu deiner Mutter zu behalten“ oder „deine

Distanz hat dich vor noch mehr Verletzung geschützt“. Diese Würdigung richtet sich nicht nur an das kognitive Verständnis, sondern auch an jüngere Selbstanteile, die oft noch im Modus „du musst so bleiben, sonst wird es gefährlich“ feststecken (Andreas, 2003).

Einschränkende Glaubenssätze werden dann im Kontext dieser Guten Absicht betrachtet. Statt sie direkt zu „widerlegen“, werden alternative Haltungen entwickelt, die sowohl Schutz als auch mehr Freiheit erlauben. Ein Satz wie „ich darf nichts Eigenes wollen“ könnte etwa ergänzt werden zu „damals war es oft gefährlich, etwas Eigenes zu wollen – heute gibt es Beziehungen, in denen ich vorsichtig ausprobieren darf, was ich möchte“. NLPt-Formate zur Glaubenssatzarbeit und Teile-Arbeit unterstützen diesen Prozess, indem sie Dialoge zwischen dem schützenden Anteil und einem erwachsenen, fürsorglichen Anteil ermöglichen.

## **Zukunftsorientierung und milder Future-Pace**

Verarbeitung im NLPt endet nicht beim Verstehen der Vergangenheit. Entscheidend ist, wie neue Erfahrungen im Alltag verankert werden. Future-Pacing wird bei Bindungstrauma bewusst klein dosiert eingesetzt: es werden konkrete nächste Schritte in vertrauten Situationen imaginiert, etwa ein etwas anderes Antwortverhalten im Gespräch mit der Partnerin oder ein kleiner Akt der Selbstfürsorge nach einem anstrengenden Tag.

Die Klient:in stellt sich vor, wie sie in einer typischen Triggersituation minimal anders reagiert, und bemerkt, wie sich das innerlich anfühlt. Diese inneren Proben werden im Anschluss mit realen Alltagsexperimenten verknüpft: „Was wäre ein kleiner, realistischer Schritt in der kommenden Woche?“ Wichtig ist, dass auch Rückschritte oder Ambivalenz ausdrücklich Platz haben. So entsteht Schritt für Schritt das Erleben, dass die alte Überlebensstrategie nicht abgeschafft werden muss, sondern ergänzt werden darf. Handlungsmacht zeigt sich dann nicht darin, nie mehr in alte Muster zu fallen, sondern darin, früher zu bemerken, was passiert, und mehr als nur eine Antwortmöglichkeit zur Verfügung zu haben.

## **Phasen der Behandlung mit Fallvignetten**

Die Behandlung von Bindungstrauma im NLPt folgt in der Regel einem phasenorientierten Vorgehen. Diese Phasen verlaufen nicht linear, sondern überlappen sich, werden individuell angepasst und können im therapeutischen Prozess mehrfach durchlaufen werden. Dabei erweist sich eine grobe innere Landkarte als hilfreich – sowohl für die Therapeut:in als auch für die Klient:in, da sie Orientierung bietet und damit ein Gefühl von Sicherheit unterstützt.

### **Phase 1: Beziehungsaufbau und Stabilisierung**

Zu Beginn der Psychotherapie stehen Sicherheit, Orientierung und der Aufbau innerer und äußerer Ressourcen im Vordergrund. Ziel ist es, einen verlässlichen therapeutischen Rahmen zu etablieren, erste Stabilisierungsübungen einzuführen und gemeinsam zu verstehen, wie sich die aktuellen Symptome in den individuellen Lebenskontext einfügen. NLPt-Interventionen wirken in dieser Phase vor allem stützend und strukturierend: Rapport und Pacing, behutsame Ankerarbeit sowie einfache Übungen zur Erdung,

Selbstwahrnehmung und Regulation des Nervensystems, ergänzt durch alltagstaugliche Tools.

**Anton, ein erfolgreicher Geschäftsmann Mitte vierzig**, sucht aufgrund seit etwa eineinhalb Jahren auftretender Panikattacken psychotherapeutische Hilfe. Die Anfälle zeigen sich sowohl in beruflich exponierten Situationen als auch im privaten Umfeld. Sein Anliegen ist es, in diesen Momenten gelassener bleiben zu können, um ein Leben, mit dem er grundsätzlich zufrieden ist, freier zu genießen.

Er beschreibt sich als sehr gewissenhaft, leistungsorientiert und perfektionistisch. Psychoedukation über Panikattacken erweist sich als zentral, um Vertrauen und ein gemeinsames Verständnis zu fördern. Im therapeutischen Dialog entsteht die Sichtweise, dass die Panikattacken weniger als „Störung“, sondern vielmehr als Signal einer chronischen Überlastung zu verstehen sind – als Hinweis darauf, dass sein System dem permanenten inneren Leistungsdruck nicht länger gewachsen ist. Bevor dysfunktionale Glaubenssätze vertieft bearbeitet werden, werden gezielt Werkzeuge zur Selbstberuhigung in akuten Paniksituationen entwickelt. Antons Körperwahrnehmung differenziert sich zunehmend, sodass er frühe Warnsignale besser erkennt und regulierend eingreifen kann. Die Erfahrung innerer Sicherheit wird durch verschiedene NLP-Interventionen schrittweise gestärkt.

**Maria, eine 38jährige Architektin**, kommt mit Suizidgedanken sowie dem Gefühl in Therapie, „wie durch Glas von anderen getrennt“ zu sein. Sie beschreibt innere Leere, Erschöpfung und ein ausgeprägtes Depersonalisationserleben. Aktueller Auslöser ist die Trennung von einem Mann, der sie über längere Zeit schlecht behandelt hat. Ihr Wunsch nach Lebensfreude und einer zukünftigen Beziehung ist vorhanden, erscheint ihr jedoch derzeit unerreichbar.

In Phase 1 liegt der Fokus auf behutsamer Stabilisierung. Erste Ressourcen werden in Momenten gefunden, in denen Maria sich zumindest ansatzweise verbunden erlebt, etwa beim Sport oder in der Natur. Körperwahrnehmung löst rasch Unbehagen aus, was therapeutisch als sinnvolle Schutzfunktion verstanden und entsprechend respektiert wird. Imaginationsübungen wie der „sichere Ort“ werden zwar angenommen, bleiben jedoch emotional weitgehend neutral.

Zentral ist für Maria zunächst die Erfahrung, gehört und ernst genommen zu werden. Erinnerungen an ihre emotional wenig zugewandten Eltern werden angedeutet; bei vertiefender Annäherung treten jedoch starke Angstreaktionen auf. In den ersten Monaten erweist sich Psychoedukation über das innere Alarmsystem als entlastend. Ergänzend werden Übungen zur sanften Beruhigung des Nervensystems erarbeitet, etwa das gleichzeitige visuelle Fixieren eines Punktes im Raum und das bewusste Spüren der Füße am Boden. Später kommen minimale Bewegungsimpulse hinzu, begleitet von der achtsamen Wahrnehmung von Unterschieden. Ziel ist die korrigierende Erfahrung, dass Körperwahrnehmung in kleinen, kontrollierbaren Dosen möglich ist. Nach mehreren Monaten können erste Szenen aus der traumatisierenden Beziehung – zunächst in doppelter Dissoziation – bearbeitet werden, die mit intensiven Gefühlen von Schmerz und Scham verbunden sind.

Nach einigen Monaten können nach und nach Szenen aus der traumatisierenden Beziehung - zunächst in doppelter Dissoziation - bearbeitet werden, die mit sehr viel Schmerz und Scham verbunden sind.

## **Phase 2. Verständnis und Versöhnung mit den Überlebensstilen**

In dieser Phase rückt das Verständnis der adaptiven Überlebensstile und ihrer Guten Absicht in den Mittelpunkt. Psychoedukation, Perspektivenwechsel und biografische Einordnung tragen dazu bei, Scham und Schuld zu entlasten und bisherige Bewältigungsmuster als einst sinnvolle, heute jedoch einengende Lösungen zu würdigen.

Bei **Anton** kristallisiert sich im weiteren Prozess der zentrale Glaubenssatz heraus: „Wenn ich mich verletzlich zeige, werde ich abgelehnt.“ Konkrete Erinnerungen an Zurückweisung fehlen jedoch gänzlich. Er berichtet von Lob für schulische Leistungen und einer Rolle als angepasstes „Vorzeigekind“. Erst die hypothetische Frage nach möglichen Reaktionen bei Misserfolg oder Regelverstößen eröffnet neue Einsichten. Der emotional wenig zugängliche, stark leistungsorientierte Vater wird als innere Referenz deutlich – mit der impliziten Angst, bei Versagen an Wert zu verlieren.

Aus der Beobachterposition wird sichtbar, wie sehr der kindliche Anton versuchte, über Leistung Beziehungssicherheit herzustellen und Abwertung zu vermeiden. Die Gute Absicht der Perfektionsstrategie kann als Schutz und Bindungssicherung gewürdigt werden. Elemente von Autonomie- und Einstimmungsstrategien werden erkennbar: Bedürfnisse werden zurückgestellt, Selbstversorgung betont, Nähe über Leistung organisiert. Dieses Verständnis ermöglicht Anton einen deutlich freundlicheren Blick auf sich selbst und seine Symptome.

**Maria** zeigt sich zunehmend stabiler, erlebt jedoch weiterhin soziale Situationen als Trigger für Dissoziation und inneren Rückzug – Hinweise auf eine Kontakt-Überlebensstrategie. Ihre Überzeugung, nicht liebenswert zu sein, wird immer wieder aktiviert. In der Arbeit mit NLP-Traumaformaten können zunächst belastende Erfahrungen aus der Jugend, etwa Mobbing, bearbeitet werden. Später folgen familiäre Szenen, insbesondere abwertende Kommentare des Vaters zu ihrem Aussehen. Da sie als Kind die Eltern nicht infrage stellen konnte, verfestigte sich die Überzeugung „Ich bin falsch“.

Die Unterdrückung von Gefühlen und Körperempfindungen sowie das Abgleiten in gedankliche Welten erweisen sich rückblickend als überlebensnotwendige Strategien im Umgang mit Scham, Einsamkeit und Enttäuschung. Im weiteren Verlauf wird die Arbeit mit dem inneren Kind möglich, das Maria zunehmend annehmen und „nachnähren“ kann.

## **Phase 3. Flexibilisierung der Muster und Integration in den Alltag**

In dieser Phase wird der therapeutische Prozess durch konkrete Verhaltensänderungen im Alltag ergänzt: die Modifikation einschränkender Glaubenssätze, vorsichtige Exposition mit neuen Verhaltensweisen, ein behutsamer Future-Pace sowie die Integration neuer Erfahrungen in das Selbstbild.

**Anton** beginnt, zunächst im privaten Umfeld kleine Experimente mit begrenzter Offenheit zu wagen, etwa Nervosität zu benennen. Parallel wird an einem weniger rigiden Leistungsverständnis gearbeitet. In einem vertrauten beruflichen Kontext erlaubt er sich minimale Formen von Verletzlichkeit, beispielsweise indem er eine Aufgabe als herausfordernd bezeichnet oder gezielt um Unterstützung bittet. Die korrigierenden Beziehungserfahrungen – stabile Resonanz bei ausbleibender Abwertung – werden verankert, sodass sie in zukünftigen Belastungssituationen leichter abrufbar sind. Zugleich lernt Anton, frühe Anzeichen innerer Überflutung wahrzunehmen und bewusst auf Stabilisierung und Selbstfürsorge umzuschalten, anstatt Panikattacken „durchzustehen“. Die Symptome nehmen deutlich ab, während sich ein neues Narrativ seiner Lebensgeschichte entwickelt: Perfektionismus wird nicht länger als reine Pflicht erlebt, sondern als ehemals notwendige Schutzstrategie, die heute ergänzt werden darf. So entstehen neue Spielräume, in denen Leistung und Beziehung nicht mehr im Widerspruch stehen, sondern koexistieren können.

Auch **Maria** erweitert ihren Handlungsspielraum im Alltag. Sie verankert einfache Übungen für Momente innerer Distanz und erkennt in typischen Trigger-Situationen zunehmend den aktivierten Kindanteil. Immer häufiger gelingt es ihr, im Erwachsenen-Ich präsent zu bleiben. Nach einiger Zeit berichtet sie, dass Phasen ausgeprägter Fremdheit seltener und kürzer werden und Selbstfürsorge deutlich leichter zugänglich ist als früher.

## Zusammenfassung

NLPt bei Bindungstrauma bedeutet, chronische Beziehungsverletzungen als Hintergrund aktueller Symptome mitzudenken und die Behandlung entsprechend anzupassen. Die Unterscheidung von Schocktrauma und Bindungstrauma, ergänzt um die Kategorie der komplexen PTBS, bietet dabei eine hilfreiche Orientierung, ersetzt jedoch nicht die individuelle Analyse von Biografie, Schutzmustern und aktueller Lebenssituation.

Die Überlebensstile nach Heller liefern eine praxisnahe Landkarte, mit der Symptome nicht als Defekte, sondern als intelligente frühe Anpassungen verstanden werden können. Im Zusammenspiel mit dem NLPt-Konzept der Guten Absicht entsteht so ein Rahmen, in dem Schuld und Scham sich in Mitgefühl verwandeln und alte Strategien nicht bekämpft, sondern gewürdigt und behutsam flexibilisiert werden. Beziehungsgestaltung, ressourcenorientierte Stabilisierung, traumasensible Körperarbeit und kleinschrittige Zukunftsorientierung bilden dabei den roten Faden der Behandlung.

Ziel ist nicht die „Korrektur“ einer schwierigen Kindheit, sondern die Erweiterung der inneren Landkarte hin zu mehr Wahlfreiheit und Selbstverbundenheit. Wenn Klient:innen verstehen, warum sie bestimmte Muster entwickelt haben, und im therapeutischen Setting neue Erfahrungen mit Nähe, Autonomie und Selbstfürsorge machen, kann sich Handlungsmacht im Alltag Schritt für Schritt wieder aufbauen. NLPt bietet hierfür einen integrativen Rahmen, in dem biografische Tiefe, systemische Perspektive und konkrete Veränderungsarbeit miteinander verbunden werden.

Mag. Martina Weissenböck ist Psychotherapeutin (NLPt, DG) und Klinische Psychologin sowie Mitbegründerin des Instituts für Traumaverarbeitung

## Literatur

- Andreas, S. (2003). *Transform your self: Becoming who you want to be*. Real People ; Airlift.
- Beaulieu, D. (2003). *Eye movement integration therapy: The comprehensive clinical guide* (1. publ). Crown House Publ.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed). (2013). American psychiatric association.
- Gray, R. M., & Liotta, R. F. (2012). PTSD: Extinction, reconsolidation, and the visual-kinesthetic dissociation protocol. *Traumatology*, 18(2), 3–16.  
<https://doi.org/10.1177/1534765611431835>
- Härle, D. (with Emerson, D.). (2015). *Körperorientierte Traumatherapie: Sanfte Heilung mit traumasensitivem Yoga* (1st ed). Junfermann.
- Heller, L. (with LaPierre, A.). (2012). *Healing Developmental Trauma: How Early Trauma Affects Self-Regulation, Self-Image, and the Capacity for Relationship*. North Atlantic Books.
- Maercker, A., & Eberle, D. J. (2022). Disorders Specifically Associated With Stress in ICD-11. *Clinical Psychology in Europe*, 4(Spec Issue), e9711.  
<https://doi.org/10.32872/cpe.9711>
- Renz-Polster, H., & Hüther, G. (2022). *Wie Kinder heute wachsen: Natur als Entwicklungsraum. Ein neuer Blick auf das kindliche Lernen, Fühlen und Denken. Überarbeitete, aktualisierte Neuausgabe* (6. Auflage). Julius Beltz GmbH & Co. KG.
- Schütz, P., Schneider-Sommer, S., Gross, B., Jelem, H., & Brandstetter-Halberstadt, Y. (2001). *Theorie und Praxis der neuro-linguistischen Psychotherapie (NLPT): Das wissenschaftliche Fundament für die Europa-Anerkennung von NLPT*. Junfermann.
- Storch, M., & Krause, F.-L. (2014). *Selbstmanagement - ressourcenorientiert: Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM)* (5., erw.vollst. überarb. Aufl). Huber.
- Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.