

Предварительные результаты нескольких исследований проведенных на небольшой выборке в Украине, во время тренингов TRE (упражнения для снятия стресса и травмы по Д. Берсели) на различных уровнях

Андреас Герольд, Хилдегард Нибель (Швейцария)

Заключение

Упражнения для снятия напряжения, стресса и травматического опыта (TRE) состоят из семи упражнений, служащих для стимулирования нейрогенного дрожания. Целью этого дрожания является уменьшение симптоматики посттравматических синдромов стрессовых расстройств ПТСР и последующих жалоб, вызываемых стрессом. В данной статье описывается исследование – могут ли семь простых физических упражнений с целью вызывать тремор улучшить качество жизни. Это можно проследить в различных субгруппах украинских психиатров и психотерапевтов, сообщающих о больших жалобах на здоровье, в сравнении с общей популяцией работающих. Показатели уменьшения жалоб, связанных со здоровьем является статистически значимым.

Ключевые понятия

TRE (упражнения для снятия напряжения, стресса и травмы) на различных уровнях, травма, стресс, ПТСР, физические упражнения, исследование, жалобы на здоровье, обращение за лечением

Введение

На сегодняшний день посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является более актуальным, чем когда-либо прежде. Новости в газетах, по телевизору или в сети интернет постоянно сообщают о стихийных бедствиях, таких как землетрясения, наводнения, цунами, тайфуны и т.д. В дополнение к этому, совершаются акты насилия, вызванные людьми, такие как насилие в семье, жестокое обращения и насилие с детьми, изнасилования, военные действия, терроризм, пытки, политические интернирования и т.д. Несчастные случаи и медицинские процедуры также могут иметь травматическое воздействие.

Согласно определению МКБ-10 травма является "исключительной угрозой" или "катастрофического уровня стрессом, наиболее вероятно сопровождаемая глубоким ощущением безисходности" (МКБ-10/ICD-10: F 43.1, стр. 207ff.). Событие, которое у одного человека вызывает травматическое расстройство, может вызвать иную реакцию у другого человека, который может восстановиться после определенного

времени и возможно проявление лишь нескольких или ни одного из симптомов ПТСР. Травматическое событие не следует рассматривать лишь с точки зрения события ((сложность тип I – единичное травматическое событие), тип II – множественная травма (Меркер 2009, стр 138ff.)), но и с точки зрения личности и субъективной реальности (генетика, история жизни, социальная интеграция, устойчивость и т.д.). Субъективное переживание травмирующей ситуации, которая имеет место, «опыт полной беспомощности, бессилия и бытия во власти кого-то / чего-то вне своего контроля является определяющим" (Вёллер 2006, стр 11ff.).

У некоторых людей, которые поддаются влиянию травматического события, развиваются симптомы ПТСР, которые являются чрезвычайно изнурительными и ограничивают человека от возможности жить нормальной, полноценной жизнью: в частности навязчивые мысли, тревожные сны / кошмары, воспоминания, симптомы диссоциации и онемения, наличие острых триггеров, гипервозбужденность или вялость, нарушения сна, избегание ситуаций и нежелательных мыслей и других симптомов, таких как депрессия, тревога, компульсий и навязчивые мысли (Меркер 2009, стр.17ff., Захссе 2004, стр. 53ff.).

Каждая большая школа психотерапии разработала свой собственный подход к лечению посттравматического стрессового расстройства: когнитивный подход (Горовиц МЙ 2013), психодинамический, имагинативный подход (ПИТТ Реддеманн, 2008, TRИВМ Шпангенберг 2015), гештальт-терапия (Бутолло и др. 2002, Бутолло & Карл 2014), комбинированные методы, такие как EMDR (Шапиро, 1998) и Brainspotting (Гранд 2014), подход ориентированный на ресурсы (Зак 2010), майндфулнесс-ориентированный подход (Фолетте и др. 2015), телесно-ориентированная терапия (Somatic experiencing SE (соматический опыт), Левин 1998, 2004), сенсомоторная терапия (Огден и др. 2010), телесно-ориентированная терапия по Ротшильду (Ротшильд 2000), йога (Эмерсон & Хоппер 2012) и подход, представленный здесь (Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises - Упражнения, для снятия напряжения, стресса и травмы (TRE) по доктору Дэвиду Берсели (Berceli 2010, 2012, 2014, Герольд 2015).

С нейробиологической точки зрения, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) может рассматриваться в качестве расстройства обработки стресса. На английском языке, ПТСР обозначает посттравматическое *стрессовое* расстройство. Взаимодействие между системами обработки информации в мозгу (сенсорных ассоциативных полей неокортекса, ствола мозга, базальных ганглиев, таламуса, лимбической системы) становится ограниченным (Рюэгг 2011). Исследования показывают (Ван дер Колк 2000, стр. 200ff.), что нарушения существуют на уровне психофизиологических эффектов (перевозбуждение и потеря

способности ограничения стимула), нейрогормональных эффектов (повышенный уровень норадреналина, большие колебания в концентрации кортизола (Захссе 2004, стр. 48ff.), снижение концентрации серотонина, повышение концентрации опиоидов) и нейроанатомических эффектов (уменьшается объем гиппокампа, хроническая активация миндалины, снижается активация центра Брока во время флешбеков (Бенедетти 2002)). Во время травматического события, в качестве реакций выживания активируются следующие: психофизическая система (вегетативная нервная система (АНС), симпатическая и парасимпатическая ветви) и нейрогуморальная система (активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГП, англ. НРА). Они приводят к реакциям борьбы, бегства и оцепенения. Борьба или бегство (перевозбуждение) срабатывает при активации психофизической (АНС) и нейрогормональной системы. Ступор, оцепенение (физиологическое) и диссоциация (когнитивный, ментальный уровень) организуются при одновременной активации обоих (парасимпатического и симпатического) отделов АНС (Левин 2010, стр. 71ff., Скаер 2014, стр 81ff.).

В ситуациях угрозы импульсы нервной системы передаются опорно-двигательному аппарату, активируя реакции борьбы, бегства или оцепенения. Определённая последовательность сокращения мышц соответствуют определённой реакции. Если на протяжении протекания травматического события человек не может совершать соответствующие действия, происходит непроизвольные сокращения мышц, приводимые в действие процедурной памятью (Скаер 2014, стр. 67ff.), которые причиняют боль. "Миофасциальная боль очень часто связана со стрессом. Любое движение тела, которое связано каким-либо образом с предыдущими неудачными защитными реакциями, весьма вероятно активирует рефлекторное напряжение "(Скаер 2014, стр. 277ff.). Мышечные спазмы возникают, в частности, в мышечных группах головы, шеи, плеч, мышц, выпрямляющих позвоночник, бедр и ног. Следует подчеркнуть значимость подвздошно-поясничной (illio-psoas) группы мышц, так как они подвержены рефлекторным сокращениям в ситуации угрозы (Берсели 2012, стр. 29ff.). Часто также вовлечены мышцы суставов стоп, икроножные мышцы, четырехглавые мышцы, приводящие мышцы, диафрагма, грудино-ключично-сосцевидные мышцы и жевательные мышцы (Берсели 2014).

Современная Поливагальная Теория (Поржес, 2011) более точно описывает возможные паттерны реакций постулируя два способа защитных реакций при взаимодействии с окружающей средой. Один из них - хорошо изученная стрессовая реакция или реакция «борьбы-бегства», которую впервые постулировал Селье (1976). Гораздо меньше внимания было уделено реакции оцепенения, когда человек подавлен событием в ситуаций угрозы. Эта реакция встречается не так часто, как

стрессовая реакция, но довольно часто возникает в катастрофических событиях, спровоцированных человеческим фактором, таких как войны или ситуации домашнего физического и психологического насилия; и также под воздействием влияния окружения: если человек находится под угрозой в одиночку, и если он не может вернуться в нормальное состояние на протяжении нескольких часов после события, посттравматический стресс является гораздо более вероятным.

Дэвид Берсели, бывший католический священник, имеющий ступень доктора (PhD) в области клинической социальной работы и сертифицированный биоэнерготерапевт, имеющий опыт работы в многочисленных зонах конфликтов, таких как Израиль / Палестина, Судан, Уганда, Кения, Йемен, Египет и Ливан. Он многократно пребывал в зонах боевых действий. Берсели сообщает (Берсели 2010b, Берсели DVD), что во время взрыва гранат на войне в Ливане он вместе с восемью другими людьми разной национальности укрылся в подвале. Во время бомбардировки он заметил, что все сжимались в позу эмбриона. В ситуации угрозы у всех наблюдались одинаковые автоматические рефлексорные движения. "Во время любого травматического опыта действие разгибающих мышц подавляется, приводится в действие сокращение сгибающих мышц" (Берсели 2010b, стр. 149). Это положение помогает защитить внутренние органы и может создать чувство безопасности. Как уже было сказано выше, в первую очередь участвуют следующие мышцы: икроножные мышцы, четырехглавые мышцы, аддукторы, диафрагма, мышцы шеи и жевательные мышцы. Основные группы мышц, сокращающиеся в ситуации угрозы: подвздошно-поясничные мышцы, туловище, в том числе мышцы таза и ног. Подвздошно-поясничные мышцы сокращаются, когда мы принимаем позицию плода. Компенсаторная реакция мышцы, выпрямляющая позвоночник приводит к хронической боли в спине у большого количества травмированных людей, так как хронически возрастает напряжение в подвздошно-поясничной мышце.

Берсели заметил, что многие травмированные люди используют спонтанный тремор. Многие пытаются подавить эту реакцию. Дети дрожат спонтанно. Взрослые часто блокируют реакцию тремора в присутствии детей, так что дети не интерпретируют этот тремор как беспокойство взрослых (Берсели 2010, стр. 47ff.). "Дрожание по существу является естественной реакцией тела, позволяющей разрядить высокий уровень напряжения и высокую концентрацию химических веществ, которые перегружают организм в момент травматического инцидента. Процесс дрожания разряжает тело от избытка энергии и возвращает в состояние покоя и релаксации. На самом деле способность избавиться от травмы посредством дрожания является одним из наиболее древних животных механизмов реакции

человеческого тела (Берсели 2012, стр. 33). Питер Левин, основатель метода Somatic Experiencing, также описывает ситуацию, когда после аварии, в которой он был сбит автомобилем, он был "переполнен спонтанным тремором, который выделяет огромное количество энергии для выживания" (Левин 2010, стр. 34) (...)", что он научился принимать и приветствовать первичный тремор, дрожание и спонтанные движения тела, вместо того, чтобы бояться и подавлять их" (Левин 2010, стр. 38).

Поведенческая биология учит нас, что после опасных для жизни ситуаций (нападение хищника), млекопитающие стряхивают с помощью тремора накопившуюся во время реакции бегства или реакции оцепенения энергию. Есть много видео на YouTube, дающих изображение этого тремора. Это естественный механизм, который помогает млекопитающим разрядить сжатую энергию после угрозы и позволяет им продолжать жить «нормальной» жизнью. Млекопитающие в дикой природе не поддаются угрозе ПТСР, потому что после того, как возникает реакция оцепенения в результате нападения на добычу, они всегда развивают эту соответствующую реакцию тремора. У Питера Левина (Левин 1997, 2010 (Somatic experiencing (SE), метод освобождения накопившейся энергии является центральным подходом в лечении ПТСР. «Симптомы травмы не вызваны внешним событием. Они развиваются, когда избыточная энергия не освобождается из тела. Эта энергия остаётся в ловушке в нервной системе и может оказывать разрушительное воздействие на тело и ум» (Левин б.г., лист 4).

Субъективный эффект тремора, вызванного посредством семи упражнений TRE, ощущается почти всеми в качестве ощущения покоя и расслабления, уменьшения чрезмерного возбуждения, улучшения восприятия тела, возросшей способности переносить (контейнировать, англ. Containment) аффекты, и увеличения «Окна Толерантности» (Огден и др. 2010, стр. 67ff.).

Согласно Скаер (2007, ст. 19ff.) (Берсели 2010а, стр. 3ff.), механизм тремора может уменьшить или ингибировать активность миндалины, так что нейронные сети с содержанием травмы постепенно стираются в процедурной памяти. Нейрогенный тремор может снизить интенсивность отрицательных аффектов, связывая их посредством положительных воспоминаний о безопасности и позитивных социальных контактов.

Упражнения TRE могут быть использованы в группах, в индивидуальной терапии, и как метод самопомощи самостоятельно в домашних условиях.

Метод

Поскольку упражнения TRE - довольно новое явление в терапии травмы, есть очень мало исследований эффективности метода (Берсели 2010а, Нибель 2014). На сегодняшний день проведено лишь несколько исследований эффективности воздействия с целью изучения влияния упражнений TRE на стрессовые реакции борьбы / бегства и оцепенения. Для этой цели мы использовали опросник, разработанный Немецким Агентством Труда для отслеживания изменений в трудовой жизни работников. В период индустриализации в западных странах учёные сосредоточили своё внимание на физических факторах влияющих на трудовые ресурсы и вызывающих расстройства здоровья. Поскольку происходит переход от физического к психическому напряжению, эти более тонкие изменения измеряются с помощью опросника, включая все виды нагрузки, такие как временные сроки, экспозиция воздействию физических и химических факторов, также дефициты организации, состоящие в плохом сотрудничестве с руководителями и коллегами. В качестве зависимой переменной предлагается отмечать 25 различных типов жалоб на здоровье. Более того оцениваются восемь различных аспектов удовлетворённости работой, так как это хорошо известно, что они опосредуют стресс-реакции. Кроме того, были измерены экономическое состояние организации и индивидуальный риск безработицы.

В то же время изменение трудовой жизни является важным вопросом во всех европейских странах. Таким образом, они основали организацию, которая отслеживает качество трудовой жизни каждые пять лет в 27 европейских странах. Наше исследование преследует две цели: с одной стороны, мы хотим показать, что не только физическая нагрузка может вызвать огромные негативные последствия для физического здоровья и благополучия, но и экспозиция психологическому стрессу; то, как психотерапевты страдают от вторичной травматизации (*secondary traumatization*), может уменьшить общее физическое благосостояние в широком масштабе. До сих пор есть твёрдое убеждение среди учёных, исследующих условия труда, что жалобы на физическое здоровье являются проблемой среди синих воротничков или особо требовательных профессий, таких как медсестры или полицейские. С помощью наших данных мы можем показать, что проблемы со здоровьем также являются большой проблемой среди высокопрестижных учёных таких как врачи и психологи / психотерапевты. Таким образом мы исследовали влияние упражнений TRE на благополучие психотерапевтов. Наша гипотеза состоит в том, что TRE может уменьшить количество жалоб относительно здоровья, особенно таких гипотетически выдвинутых аспектов по Поливагальной Теории, так как хроническая боль, состояние / отсутствие бодрости, предрасположенности к инфекциям и трудностям дыхания, нарушений сна, нормализация сердечного ритма

(либо тахикардия или нерегулярное сердцебиение в брадикардии, которая типичная для реакции оцепенения), хроническая усталость, эмоциональное онемение и депрессия. Последовательность тренировок является обязательной: участники должны присутствовать на TRE Модуль I-обучение, прежде чем они могут продолжать обучение TRE Модуль II. Это позволило нам сделать исследование воздействия, измеряя условия труда и состояния здоровья в начале мая 2016 года, и снова в конце августа 2016 года. Исследуемые субъекты были психотерапевтами, либо специалистами со ступенью магистра в области медицины или психологии, которые принимали участие в различных тренингах группы TRE в разных городах Украины в период с марта 2016 года по август 2016 года. Состав групп - примерно от 12 до 30 участников, тренер, опытный психотерапевт (один из авторов), который говорит на местном языке.

Образец

В таблице показано количество участников в различных учебных группах, а также некоторые демографические показатели:

Город	TRE I	TRE II	TRE advanced training	
апрель: Киев (мегаполис, центр Украины)		n = 24 (10ж, 5м) возраст (средний) 43.2года; 8 МА, 2 к.н., 1 тренинг		
март: Харьков (мегаполис, восток Украины)	n= 20 возраст (средний)37.3 12 ж, 8 м 8 МА, 3 к.н., 2 профессиональ- ных тренинга			
май, август: Харьков (мегаполис,	n = 30 (10 ж, 5 м) возраст	n = 20 (19 ж, 1 м) возраст		

восток Украины)	(средний) 43.9; МА 23, к.н. 3, 4 тренинга	(средний) 48.6 5 МА, 3 к.н., 1 другое, 1 н.у.		
июнь: Хмельницкий (город, запад Украины)			n = 16 (10 ж, 5 м) возраст (средний) 39.7; МА 14, 2 другое	

Результаты

Во-первых, мы приводим данные из 71 исследованных субъектов в четырех учебных группах TRE, которые заполняли опросники в начале и в конце тренинга. Наша таблица показывает средства, использованные в различных группах и наиболее важные показатели, такие как удовлетворенность работой, напряжение и реакции на стресс (жалобы на здоровье), боль общего характера и состояние здоровья.

TRE тренинг	Удовлетворенность работой (4-х бальная шкала, 4 макс., 0 мин.)	Напряженная работа (3-х бальная шкала, 0 напряжение отсутствует, 2 сильное)	Жалобы на здоровье (макс. 25, мин 0)	Боль (6 -х бальная шкала мин. 0, макс. 5)	Состояние здоровья (6 -х бальная шкала мин. 0, макс. 5)
март	3.2	.41	6.85	1.35	3.5
апрель	2.96	.40	8.18	2.09	2.82
май	3.23	.46	9.08	1.82	2.95
июнь	2.86	.74	8.19	1.91	2.73
август	2.95	.57	6.65	1.6	3.00

Таблица 1: Среднее значение различных показателей работы и состояния здоровья до различных тренингов TRE (n = 71).

Все показатели качества трудовой жизни сопоставимы с таковыми в западных странах, относительно всего, что касается удовлетворения от работы, напряжения работы или состояния здоровья, за исключением того, что жалобы на здоровье гораздо выше, чем в странах Западной Европы. В среднем жалобы на здоровье там колеблются от 4 до 7 симптомов, в то время как эти же украинские данные варьируются от 6 до 9 симптомов. Более высокий уровень жалоб можно объяснить, по крайней мере, двумя гипотезами: либо общим более высоким уровнем стресса, вызванного политическими изменениями в течение последних 20 лет, социально-экономической нестабильностью, обусловленной конфликтом в Восточной Украине или (см. NZZ, 16.9.2016) вторичной травматизацией как следствие взаимодействия с сильно травмированными пациентами.

Более того, данные подтверждают наши гипотезы:

Напряжение, связанное с работой отрицательно коррелирует с удовлетворенностью работой и состоянием здоровья, но положительно с жалобами относительно здоровья и болью; в то время как удовлетворённость работой коррелирует положительно с жалобами относительно здоровья (-.08 - .29) и болью, но положительно с состоянием здоровья(.15 - .53).

Тренинг TRE	Жалобы относительно здоровья (max 25, min 0)	Боль (6 point scale min 0, max. 5)	Состояние здоровья (6 point scale min 0, max. 5)
Март	2.06	1.35	3.32
Апрель	1.91	1.91	3.0
Май	2.52	1.48	3.45
Июнь	1.94	1.93	3.07
Август	3.58	1.29	2.82

Таблица 2: Значение различных индикаторов работы и состояния здоровья после тренингов TRE (n=71).

Мы обнаружили, что увеличились показатели специфических симптомов, характерных для ПТСР (которые являются типичными для травмированных личностей), сравнительно с репрезентативными образцами опроса Европейских условий работы: сердечно-сосудистые заболевания, проблемы с желудком / расстройства пищеварения, нервное истощение, головокружения, расстройства сна.

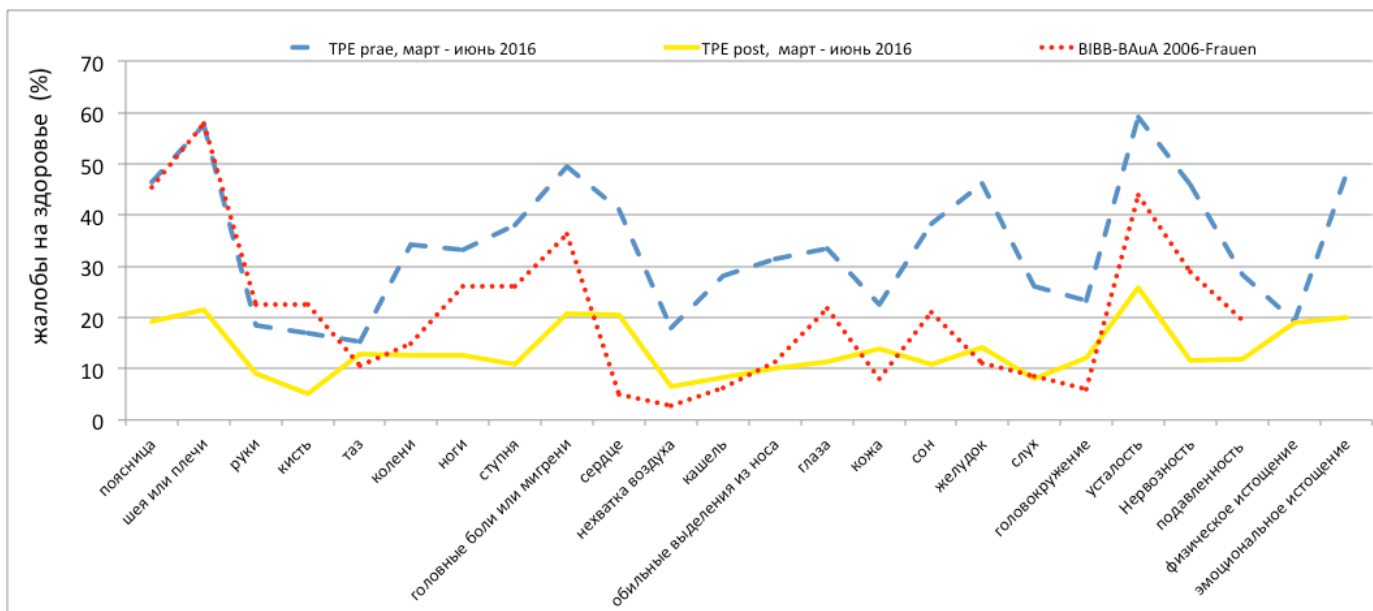


График 1: Частота жалоб на состояние здоровья 12 месяцев до и частота жалоб после различных тренингов TRE у всех субъектов.Выборка немецкие женщины 2006

Исследование влияния интервенции

12 субъектов участвовали в начале мая 2016 в тренинге TRE модуль I и в августе TRE модуль II. Таким образом мы можем сравнить влияние тренинга TRE на различные факторы здоровья. Мы также можем утверждать, что рабочие условия и экономическая ситуация являлась стабильной, таким образом изменения не могут быть связаны с изменением общих условий жизни. Данные указывают ожидаемое уменьшение всех показателей в ожидаемом направлении. Со всех критических точек зрения, это уменьшение показателей является впечатляющим, особенно относительно улучшения специфических симптомов, таких как боль в коленях, головокружения, депрессивное настроение и эмоциональное истощение. В общей

картине, уменьшение показателей 3 симптомов с 10.3 до 7.1 безусловно указывает на улучшение благосостояния субъектов.

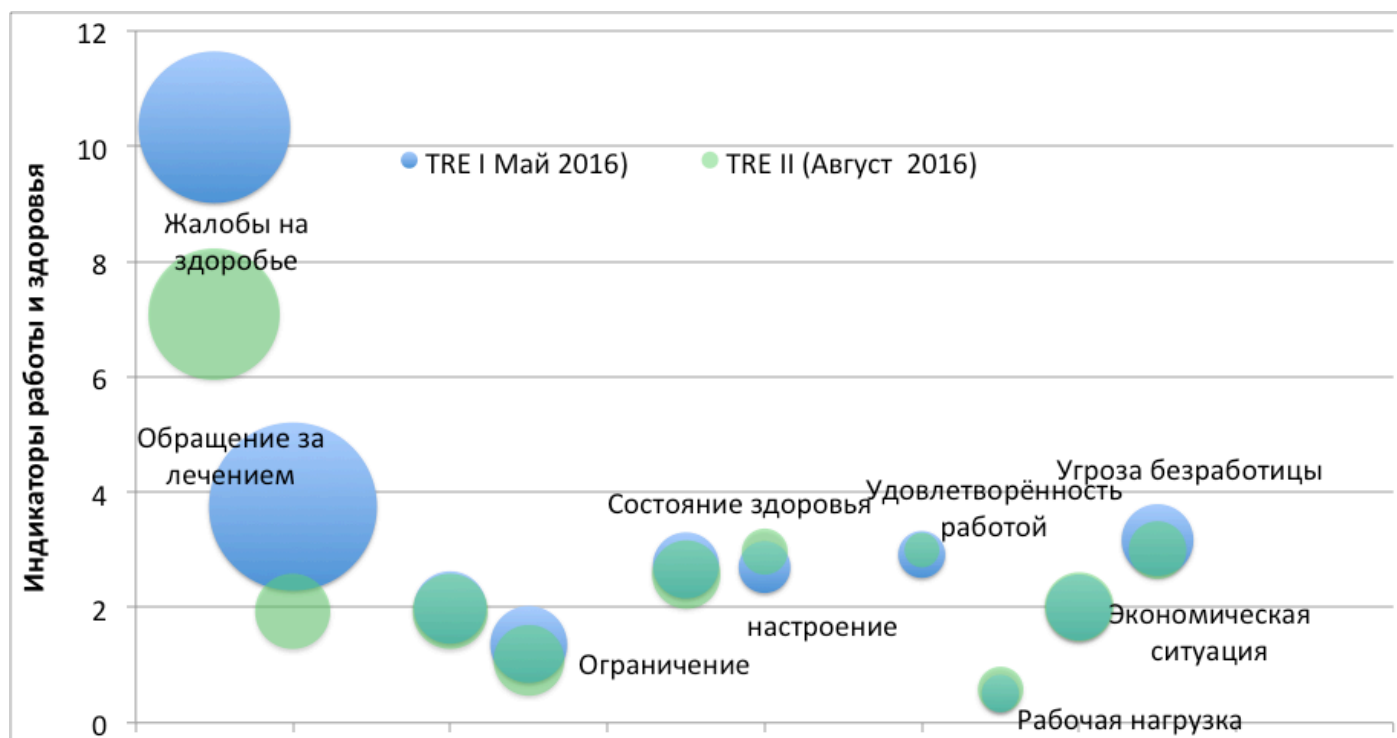


График 2: Измерение до-и-после нескольких показателей здоровья в исследуемой группе (n=12), Размер точек соответствует стандартному отклонению.

Более того, показатель обращения за лечением симптомов уменьшился почти наполовину. Это может быть интересным посылом нашей системе здравоохранения. Возможно, улучшение состояния здоровья уязвимой группы с помощью очень простых мер.

Параллельно с количественными показателями улучшения общего настроения субъекты спонтанно сообщали о качественном улучшении их качества жизни, в частности энергичность, лучшее восприятие тела и ослабление физического и психологического напряжения в целом. В терминах теории стресса и Поливагальной Теории – это освобождение реакции оцепенения, которая характеризуется онемением, диссоциацией, напряжением мышц, поверхностным дыханием, сплощением аффектов и т.д.

Дискуссия и выводы

Нашей целью являлось исследовать – могут ли семь простых физических упражнений с целью вызывать тремор улучшить качество жизни. Это можно проследить в различных субгруппах психиатров и психотерапевтов, сообщающих о больших жалобах на здоровье, в сравнении с общей популяцией работающих. Более того, можем предполагать наличие типичных групп симптомов, таких как сердечно-сосудистые заболевания, расстройства пищеварения, расстройства сна и общая усталость, которые можем объяснить с помощью Поливагальной Теории. Эти результаты исследований особенно интригуют в свете того, что эти субъекты не поддаются влиянию тяжелых физических условий труда. Их трудовая нагрузка связана с работой с негативными эмоциями их клиентов.

Хотя только показатель уменьшения жалоб, связанных со здоровьем является статистически значимым, мы делаем выводы из этих данных, что стоит далее исследовать TRE как многообещающую технику исцеления для помощи тяжело травмированным личностям, для которых положительное влияние различных психотерапевтических техник является ограниченным. Дополнительно, можем утверждать, что обращение за лечением в систему здравоохранения уменьшилось на 50%. Мы считаем эти данные по крайней мере клинически достоверными. Безусловно, технику TRE стоит также исследовать в других условиях, и также в сравнительном анализе с традиционным медицинским и психотерапевтическим лечением для того, чтобы найти ограничения и возможности улучшения качества жизни наших пациентов.

Литература

Ahn, H. & Wampold, B.E. (2001), Where oh where are the specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology* 48 (3), 251-257.

Benedetti, F. (2002), How the Doctor's Words Affect the Patients Brain. *Evaluation & the Health Professionals*, 25 (4), 369-386.

Berceli, D. (2010), *The Revolutionary Trauma Release Process*, Vancouver: Namaste.

Berceli, D. (2010a), *The Effects of Neurogenic Tremors on the Human Body*, Manuscript.

- Berceli, D. (2010b), Neurogenes Zittern. Eine Körperorientierte Behandlungsmethode für Traumata in grossen Bevölkerungsgruppen, in: Trauma & Gewalt, 4. Jahrgang, Heft 2/2010, S. 149ff.
- Berceli, D. (2012), Körperübungen für die Traumaheilung, Papenburg: Niba-ev.
- Berceli, D. (2014), Powerpoint Modul I.
- Berceli, D. (Hrsg.) (2015) Shake it off Naturally, o.O.: Create Space Independent Publishing Platform.
- Berceli, D. (o.J.) DVD The Revolutionary Trauma Release Exercises, Namaste Publishing.
- Bohne, M. (2014), Reden reicht nicht. Eröffnungsvortrag auf der Tagung "Reden reicht nicht", Heidelberg, 2.-5. Mai 2014.
- Bohus, M. (2014), Wie profitiert die therapeutische Praxis von der neubiologischen Forschung. Das Rätsel der Dissoziation. Vortrag auf der Tagung "Reden reicht nicht", Heidelberg, 2.-5. Mai 2014.
- Butollo, W., Hagl M, Krüsmann M (1998), Leben nach dem Trauma, München: Pfeiffer.
- Butollo, W., Karl R (2012), Dialogische Traumatherapie, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Emerson, D, Hopper, E (2012), Trauma-Yoga, Heilung durch sorgsame Körperarbeit, Lichtenau/Westfalen: Probst.
- Follete, V.M., et al. (2015), Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma, New York, London: Guilford.
- Geller, S. & Porges, S. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. Journal of Psychotherapy Integration, Vol. 24, No. 3, 178–192
- Grand, D. (2014), Brainspotting, Kirchzarten: VAK.
- Grunwald, M. (2014). Reden reicht nicht, in: Bohne M. et al. Reden reicht nicht?!, Heidelberg 2016: Carl Auer Verlag, S. 48-60
- Herold A. (2015), Neurogenic Tremor through TRE Tension , Stress and Trauma Releasing Exercises according to D. Berceli in the treatment of post-traumatic stress disorder, in: Psychological Counseling and Psychotherapy, vol, 2, issue 1-2, Kharkiv National University, Ukraine, 76-84
- Horowitz MJ (2013), Stress Response Syndromes, PTSD, Grief, Adjustment and Dissociative Disorders, Lanham Maryland: Jason Aronson.
- Krummenacher, P. & Gaab, J. (2013) Klinische Nutzung der Placeboreaktion. PSYCHup2date 7, 199-201.
- Levine, P. (1998), Trauma-Heilung, Essen: Synthesis.
- Levine, P. (2010), Sprache ohne Worte, München: Kösel.
- Levine, P. (o.J.), Manuel Somatic Experiencing Training, Das erste Jahr, B1.4.
- NZZ "Kiewer harter Weg über den Berg", in: Neue Zürcher Zeitung, 16.9.2016, S.29
- Ogden, P. Minton K, Pain C (2010), Trauma und Körper, Paderborn: Junfermann.
- Porges, S. (2011). The Polyvagal Theory. Norton & Company, 2011.

- Reddemann, L (2004), Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT – Das Manual, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rothschild, B. (2000), The Body Remembers, New York: Northon.
- Rüegg, J.K. (2011), Gehirn, Psyche und Körper, Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M. (2010), Schonende Traumatherapie, Stuttgart: Schattauer.
- Scaer, R. (2007), The Body Bears the Burden, New York, London: Routledge.
- Scaer, R. (2014), Das Trauma-Spektrum, Lichtenau/Westfalen: Probst.
- Seidler, K. (2006), Geburt, Tod und Wiedergeburt des Dodo-Vogels: Mythen der Psychotherapie und Psychotherapieforschung. Psychotherapieforum14, 146-152.
- Shapiro, F. (1998), EMDR, Grundlagen und Praxis, Paderborn: Junfermann.
- Seyle H (1976), The Stress of Life, New York, Mc Graw-Hill Education.
- Spangenberg, E. (2015), Behutsame Trauma-Integration (TRIMB), Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spitale, I. et al. (2008), Wirksamkeitsvergleich zwischen Hypnotherapie und Körperpsychotherapie. Eine Studie zur Praxisevaluation. Download MEI Tübingen, abgerufen am 28.7.2016 <http://www.meg-tuebingen.de/downloads/2008-04%20Hypnotherapie%20und%20Koerpertherapie%20Zus.pdf>
- Tschuschke, V. (2014), Zur aktuellen Lage der Psychotherapieforschung und ihrer Auswirkungen - Irrwege und Auswege. Vortrag auf dem internationalen Kongress "Reden reicht nicht", Heidelberg, 2.-5. Mai 2014.

Авторы

Andreas Herold, M.Sc.

Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, TRE Local Certification Trainer

Ausbildung in Gestalttherapie/Integrative Therapie (H. Petzold), Atemtherapie nach Middendorf (E. Kemman), Somatic Experiencing SE (P. Levine), Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises TRE (D. Berceli), Brainspotting BSP (D. Grand), PEP Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie (M. Bohne).

Praxis Kreis 6, Universitätstrasse 67 , CH-8006 Zürich, Schweiz. www.andreasherold.ch

Dr. Hildegard Nibel

TRE Provider in Ausbildung, Studium und Promotion in Arbeitspsychologie, Schwerpunkt arbeitsbedingte Gesundheitsstörungen; seit vielen Jahren bei Sozialversicherungen und Versicherungsbrokern im HR Risikomanagement in verschiedenen Funktionen tätig, v.a. Beratung von Einzelpersonen, und Führungskräften, Eignungsdiagnostik, HR-Controlling.