

***Guided Imagery and Music nach Helen Bonny (GIM) in der psychotherapeutischen Arbeit  
mit Menschen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung***

*Vortrag 19. Ulmer Werkstatt für musiktherapeutische Grundlagenforschung*

*Universitätsklinikum Ulm, Februar 2007*

*Carola Maack*

Im Folgenden werde ich auf drei Fragen näher eingehen: 1. Was ist komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)? 2. Was ist GIM? 3. Wie können GIM und seine Adaptionen in Traumatherapie mit Menschen mit komplexer PTBS eingefügt werden und diese ergänzen?

**Was ist komplexe PTBS?**

Menschen, die über lange Zeit immer wieder traumatisiert wurden, oft mit Beginn in der frühen Kindheit, zeigen ein deutlich anderes, komplexeres Störungsbild, als Menschen, die erst im Erwachsenenalter und nur einmal traumatisiert wurden. Symptome von Intrusionen (z.B. Alpträume oder Flashbacks) und Vermeidung, wie sie im ICD-10 (WHO 1993) und im DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) unter posttraumatischer Belastungsstörung beschrieben werden, kommen bei beiden Personengruppen vor. Jedoch finden sich bei Menschen mit wiederholten Traumatisierungen eine Reihe weiterer, oft sehr störender Symptome, die zuerst von Herman (1998) beschrieben und als komplexe PTBS benannt wurden. Sie beinhaltet einzelne Symptome aller unten aufgeführten Symptomgruppen (außer gestörte Wahrnehmung des Täters, die vorhanden sein kann aber nicht muss):

1. Störung der Affektregulation:

- Anhaltende Dysphorie
- Chronische Suizidgedanken

- Selbstverletzendes Verhalten
- Aufbrausende und / oder extrem unterdrückte Wut
- Zwanghafte und / oder extrem gehemmte Sexualität

## 2. Bewusstseinsveränderungen:

- Amnesie oder Hypermnesie in Bezug auf traumatischer Ereignisse
- Zeitweilig dissoziative Phasen
- Depersonalisation / Derealisation
- Wiedererleben des traumatischen Geschehens (Flashbacks oder Grübeln)

## 3. Gestörte Wahrnehmung des Täters:

- Ständiges Nachdenken über die Beziehung zum Täter (incl. Rache)
- Unrealistische Einschätzung des Täters

## 4. Beziehungsprobleme:

- Isolation und Rückzug
- Gestörte Intimbeziehungen
- Anhaltendes Misstrauen
- Wiederholt Unfähigkeit zum Selbstschutz

## 5. Veränderung des Wertesystems:

- Verlust fester Glaubensinhalte
- Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung

## 6. Somatisierung:

- Verdauungssystem
- Chronische Schmerzen
- Atmungsorgane
- Konversionssymptome
- Krankheiten des Urogenitalsystems

Auf zwei Bereiche möchte ich an dieser Stelle genauer eingehen, nämlich auf Dissoziation und auf den Bindungsstil.

### *Dissoziation*

Dissoziation ist eine Art, Informationen zu organisieren, in der Erfahrungen zerteilt werden (Luxenburg, Spinazzola & van der Kolk 2001a). Van der Kolk, van der Hart & Marmar (2000) beschreiben unterschiedliche Dissoziationsphänomene:

1. Sinnliche und emotionale Elemente der traumatischen Erfahrung können nicht in das persönliche Gedächtnis und die persönliche Identität integriert werden. Sie bleiben vom normalen Bewusstsein isoliert, können nicht mit Worten beschrieben werden, sondern treten als Flashbacks, Alpträume und Intrusionen auf.
2. Dissoziation in ein beobachtendes Selbst und ein erlebendes Selbst. Gefühl, den Körper zu verlassen, und aus der Entfernung zu beobachten.
3. Getrennte, unterschiedliche Identitäten oder Persönlichkeiten mit jeweils eigener Kognition, Affekten und Verhaltensmustern.

### *Bindung*

Durch wiederholte zwischenmenschliche Traumatisierungen im Kindesalter, kann ein ängstlicher und desorientierter Bindungsstil ausgebildet werden. Dieser Bindungsstil findet sich auch bei Kindern von Eltern, die selber einen solchen Bindungsstil haben. (Schore 2001, Siegel 1999) Ein ängstlicher und desorientierter Bindungsstil zeichnet sich aus durch:

- Chaotisches, ängstliches, beängstigendes, dissoziiertes und / oder desorientiertes Verhalten
- Paradoxe Anweisungen (z.B. „Komm her und geh weg“)
- Mangel an innerer Kohärenz

- Intrusive emotionale Erinnerungen
- Plötzliche Wechsel des Gemütszustands
- Klare Trancezustände als Reaktion auf Stress
- Schwierigkeiten mit Affektregulation (Siegel 1999)

### *Komorbidität*

Zum Abschluss dieses Teils möchte ich noch auf sehr häufig vorkommende Komorbidität bei komplexer PTBS hinweisen. Sie wird in der Literatur immer wieder beschrieben (s. z.B. Herman 1998, Huber 2003) und ist durch zahlreiche Studien belegt (s. z.B. Van der Kolk, Roth, Pelcovitz et al. 2005). Besonders häufig kommen Depression, Alkoholismus und andere Suchtkrankheiten, Persönlichkeitsstörungen, Sexualstörungen, Schlafstörungen, Zwangsstörungen, Angst- und Panikstörungen und Essstörungen vor. Insgesamt haben wir es also mit einem sehr vielschichtigen und komplizierten Störungsbild zutun.

### **Was ist GIM?**

GIM wurde von Helen Bonny entwickelt und wird definiert als eine Form der Einzelpsychotherapie, die einen Prozess spontaner Imaginationen (innere Bilder, Körperempfindungen, Gefühle, Erinnerungen, Gedanken) des Patienten im entspannten Zustand zu einer vom Therapeuten getroffenen und auf den Therapieprozess des Patienten bezogenen Auswahl meist klassischer Musik beinhaltet. Der Patient beschreibt seine Imaginationen während des Musikhörens. Der Therapeut benutzt dabei nondirektive und nicht analysierende verbale Interventionen (z.B. Pt.: „Ich sehe ein Haus.“ Th.: „Wie sieht das Haus aus?“ *nicht* Th.: „Gehen Sie doch mal in das Haus rein.“). GIM-Sitzungen bestehen aus folgenden Teilen:

#### 1. Vorgespräch (ca. 15 – 30 Minuten)

- Wie geht es dem Patienten?

- Wie hat die letzte Sitzung nachgewirkt?
- Thema der Sitzung

## 2. Induktion (ca. 3 – 5 Minuten)

- Körperliche Entspannung
- Fokus

## 3. Musikhörphase (ca. 25 – 50 Minuten)

- Imaginieren
- Verbaler Kontakt zwischen Patient und Therapeut
- Aufgaben des Therapeuten: unterstützen, vertiefen, Sicherheit geben

## 4. Nachgespräch (ca. 15 – 30 Minuten)

- Was war besonders wichtig für den Patienten?
- Was bedeuten die symbolischen Imaginationen?
- Wie kann das ins Leben des Patienten integriert werden?

Vor- und Nachgespräch finden stets im Sitzen statt; während Induktion und Musikhörphase kann der Patient entweder sitzen oder liegen. GIM kann auch als Gruppenpsychotherapie genutzt werden, worauf ich hier aber nicht näher eingehe. Leser, die an Gruppen-GIM in der Traumatherapie interessiert sind, verweise ich auf Körlin (2004).

Da traditionelle GIM-Sitzungen sehr lang (1 ½ - 2 Stunden) und sehr offen in Bezug auf den Imaginationsprozess sind, sind sie nur anwendbar mit Patienten, die eine relative große Ich-Stärke haben. Um die Methode auch für Menschen mit weniger Ich-Stärke, bzw. in kürzeren Therapiesitzungen nutzen zu können, kann folgendes geändert werden: die Sitzungsfrequenz, die Musik und das therapeutische Begleiten während des Musikhörens. Die Sitzungsfrequenz kann verändert werden, indem man nur sehr wenige GIM-Sitzungen in eine reguläre Psychotherapie oder in eine andere künstlerische Therapie einfügt. Je weniger Ich-Stärke beim Patienten vorhanden ist, desto mehr Zeit sollte man sich für das Gespräch nehmen. Die

Musik kann verändert werden, indem man weniger Musik in einer Sitzung verwendet, oder indem man Musik ausgewählt, die keine starken Veränderungen aufweist. Das therapeutische Begleiten während der Musikphase muss bei Menschen mit wenig Ich-Stärke oft deutlich direkter sein, als im herkömmlichen GIM, z.B. um zu lernen, mit dem sich entwickelnden Material umzugehen. Statt bedrohliche Situationen näher zu erkunden, können Fragen wie „Gibt es etwas, was Ihnen helfen könnte?“ oder „Gibt es einen Ort, an dem Sie jetzt lieber sein möchten?“ wesentlich hilfreicher sein. (Goldberg 2002, Körlin 2002, Maack 2004a) In folgender Tabelle werden GIM und unterschiedliche Adaptionen von GIM zusammengefasst:

<i> Methode (therapeutische Ebene)</i>	<i> GIM (konfliktzentriert, Neuordnung der Persönlichkeit)</i>	<i> Musik- imagination (fokal)</i>	<i> Musik- imagination (stützend)</i>
<b>Elemente</b>			
<b>Musik</b>	Beziehung des Klienten zur Musik ist treibende Kraft der Therapie	Hält den Klienten in seinem Thema, um mit seinem Bild (positiv oder negativ) zu arbeiten.	Hält den Klienten in seinem Thema, um mit seinem Bild (ausschließlich positiv) zu arbeiten; positives ästhetisches Erlebnis.
<b>Imagination (des Klienten)</b>	Beziehung des Klienten wird durch Imagination ausgedrückt. Innere Erlebnisse werden in handhabbare Stücke geteilt.	Hält konstante innere Objekte bereit, mit denen er arbeitet und eine Beziehung zum Therapeuten herstellen kann (positiv und konflikthaft).	Stellt Verbindung zwischen Klient und seiner inneren Welt her. Hält positives inneres Erlebnis bereit, auf das er sich beziehen kann.
<b>Therapeut</b>	Unterstützt Reaktionsfähigkeit des Klienten auf Musik durch Begleiten seines Imaginationserlebnisses.	Treibende Kraft der Therapie. Hilft innere Welt in handhabbare Stücke zu teilen.	Treibende Kraft der Therapie. Hält Rahmen für positive Erlebnisse bereit und bestärkt sie. Hilft dem Klienten, Kontakt zu Ressourcen aufzunehmen.

Imaginationen werden in GIM und ihren Adaptionen in Abgrenzung zu anderen  
Therapieverfahren, die mit Imaginationen arbeiten, wie folgt genutzt:

- Imaginationen haben unterschiedliche Bedeutungsschichten. In GIM kann eine Imagination mehrere und unterschiedliche Bedeutungen gleichzeitig haben. Alle Bedeutungen werden gleichermaßen wertgeschätzt.
- Imagination bietet Zugang zu bewusstem und unbewusstem Material. Die Bewusstmachung unbewussten Materials mit Hilfe von Imagination spielt in GIM eine wichtige Rolle.
- Entspannung und Konzentration werden als Zugang zu Imagination genutzt.
- In GIM unterstützt der Therapeut den Imaginationsprozess des Klienten, aber er leitet ihn nicht. (Meadows 2002)

Die Musik in GIM und ihren Adaptionen hat unterschiedliche Funktionen. Bonny (in Grocke 2002) beschreibt folgende Funktionen:

- Musik kreiert Spannung und Entspannung.
- Musik gibt der Imaginationserfahrung des Patienten Halt.
- Musik stimuliert Fluss und Bewegung der Imaginationen.
- GIM-Musik sollte variabel genug sein, um die Imaginationen des Patienten anzuregen. Sie sollte aber auch nicht zu variabel sein, ansonsten wird sie vom Patienten als chaotisierend erlebt.
- Die Stimmung der Musik ist wichtig für das Erleben der Imaginationen.

Bruscia (2002a, 44) beschreibt Musik als Transformation wie folgt: „Der Klient steigt in die Strukturen und Prozesse ein, die sich von Augenblick zu Augenblick in der Musik entfalten, und fängt an, mit ihnen zu leben und Imaginationen und innere Erfahrungen zu generieren, die direkt aus der Musik kommen. Und indem er in diesen musikalischen Strukturen und

Prozessen lebt, während sie sich ständig selbst transformiert, werden der Erlebende und das Erlebnis gleichzeitig transformiert.“

### **Traumatherapie und GIM für Menschen mit komplexer PTBS**

Sowohl die Arbeit mit Imagination, als auch die Arbeit mit einem Phasenmodell in der Traumatherapie mit Menschen mit komplexer PTBS wurden in der entsprechenden Literatur immer wieder empfohlen (s. z.B. Fischer & Riedesser 1999; Herman 1998; Reddemann 2004; van der Hart, Nijenhuis & Steele 2006).

#### *Phasenmodell der Traumatherapie*

Beim Phasenmodell der Traumatherapie ist zu beachten, dass die einzelnen Phasen nicht linear durchlaufen, sondern dass immer wieder ein Wechsel zwischen den Phasen stattfindet und stattfinden sollte. Die erste Phase der Traumatherapie ist die Phase der Stabilisierung. Sie nimmt in der Regel den größten Raum in der Traumatherapie ein und sollte immer am Anfang stehen. Für Patienten mit sehr wenig Ich-Stärke oder mit sehr wenig Sicherheit im Außen ist es möglicherweise auch die einzige Phase der Therapie. In dieser Therapiephase wird eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut, an Sicherheit im Innern und im Außen des Patienten gearbeitet, und der Patient wird über Trauma und Traumafolgen informiert. Zur Arbeit an der Sicherheit im Innern des Patienten gehören das Lernen von Affektregulation, Selbstberuhigung, Kontrolle des traumatischen Materials, Grenzen und Selbstfürsorge und, wenn nötig, ein Suizidvertrag. Es wird hauptsächlich daran gearbeitet, innere Ressourcen zu entdecken bzw. aufzubauen. Imagination bietet hier viele Möglichkeiten, z.B. das Erstellen eines inneren sicheren Ortes, innerer Helfer, Fürsorge für innere Kinder usw. Beispiele hierfür gibt Reddemann (2001). Die Rolle der Musik in dieser Phase kann vielfältig sein, z.B.:



- Einbeziehen aller Sinne, sodass die Imaginationen deutlicher und besser zugänglich werden.
- Sicherheit und Halt geben.
- Zum Lernen von Affektregulation kann vorsichtig mit kleineren Spannungen und Entspannungen in der Musik experimentiert werden.
- Kräftige Musik kann als Helfer im Kampf gegen Böses und als Beschützer eingesetzt werden.

Die zweite Phase der Traumatherapie ist die Phase der Traumakonfrontation. Hier gilt es, ein Traumanarrativ zu entwickeln, was sowohl den äußeren Ablauf des Traumas, als auch die Körperempfindungen, Gedanken und Gefühle des Patienten zu dem Zeitpunkt beinhaltet. Sinn der Traumakonfrontation ist es, Intrusionen und Vermeidung zu reduzieren. Für eine Traumakonfrontation sollte der Patient genügend Ich-Stärke haben und kein Täterkontakt mehr vorhanden sein. Kurze Phasen der Traumakonfrontation sollten sich immer abwechseln mit Phasen der Stabilisierung. Die Rolle von Musik in der Traumakonfrontation kann folgendes beinhalten:

- Halt und Sicherheit geben.
- Musik bietet eine Erinnerung an die gegenwärtige äußere Situation. Sie war während der ursprünglichen Traumatisierung nicht vorhanden, kann also dazu beitragen, Flashbacks zu verhindern. An dieser Stelle möchte ich ausdrücklich warnen vor dem Gebrauch von Musik, die während Traumatisierungen gespielt wurde. Sie löst mit Sicherheit Flashbacks aus! Das gilt für alle Phasen der Traumatherapie.
- Ein gehender Grundrhythmus der Musik kann helfen, störende Dissoziation zu verhindern und im Erzählen weiterzugehen. Das ist insbes. hilfreich für Patienten, die während des Erzählens immer wieder lange verstummen und offensichtlich an einzelnen Stellen im Trauma feststecken.

- Die Musik kann abgespaltene Affekte und Körpererinnerungen evozieren, die dadurch bewusst werden und mit dem Rest der Erinnerungen verbunden werden können.

Die dritte Phase der Traumatherapie ist die Phase der Integration. Hier geht es um Integration von möglichen Teilpersönlichkeiten, Arbeit an Intimität, Sexualität und Beziehungen zu anderen Menschen. Die Rolle der Musik ist hier wie im klassischen GIM.

### *Störende therapeutische Haltungen oder Therapietechniken*

Birck (2001) arbeitete in ihrer Studie zur Verarbeitung sexualisierter Gewalt in der Kindheit folgende störende therapeutische Haltungen oder Therapietechniken heraus:

1. Der Therapeut vermeidet das Trauma, zweifelt es an oder bagatellisiert die Auswirkung des Traumas. Das führt zu Rückzug des Patienten.
2. Neutrale Haltung gegenüber Gewalt oder Schweigen als Reaktion auf Traumaberichte werden als beängstigend wahrgenommen.
3. Hinlegen oder den Therapeuten nicht sehen können.
4. Gefühle von Ambivalenz des Patienten werden nicht gewürdigt.
5. Versuche zum Kern des Traumas vorzudringen, bevor die therapeutische Beziehung sicher genug ist.
6. Dem Patient wird nicht erlaubt, sich zurückzuziehen oder das Thema zu wechseln, wenn Erinnerungen überwältigend werden.
7. Vom Patienten verlangen, Mitgefühl mit dem Täter zu haben.

Zwar halte ich all diese Punkte in jeder Traumatherapie für wichtig, jedoch kommen den Punkten 3 – 6 für die Arbeit mit GIM besondere Bedeutung zu.

*Zu 3.:* Dem Patienten sollte freigestellt werden, ob er während der Musikhörphase sitzen oder liegen möchte, wobei das eine nicht als besser als das andere dargestellt werden sollte. Wenn der Patient liegen möchte, sollte er vor der Arbeit mit Musik einmal ausprobieren, wie das ist,

und ob das wirklich gut wäre. Der Patient sollte außerdem explizit die Erlaubnis bekommen, die Augen während der Musikhörphase aufzulassen oder sie so häufig zu öffnen, wie er will. Der Therapeut sollte so sitzen, dass er vom Patienten stets gesehen werden kann.

*Zu. 4.:* Zum Würdigen von Ambivalenz bietet die Arbeit mit Musik eine besondere Bereicherung. Zum einen können unterschiedliche Stimmen, Klangfarben, Rhythmen usw. gleichzeitig einzelne ambivalente Gefühle oder Gedanken repräsentieren. Zum anderen können unterschiedliche ambivalente Gefühle oder Gedanken zusätzlich zum Therapeuten auch auf die Musik und die Imaginationen projiziert werden. Der Therapeut muss also nicht alleinige Projektionsfläche für alles sein. Mehr hierzu s.u.

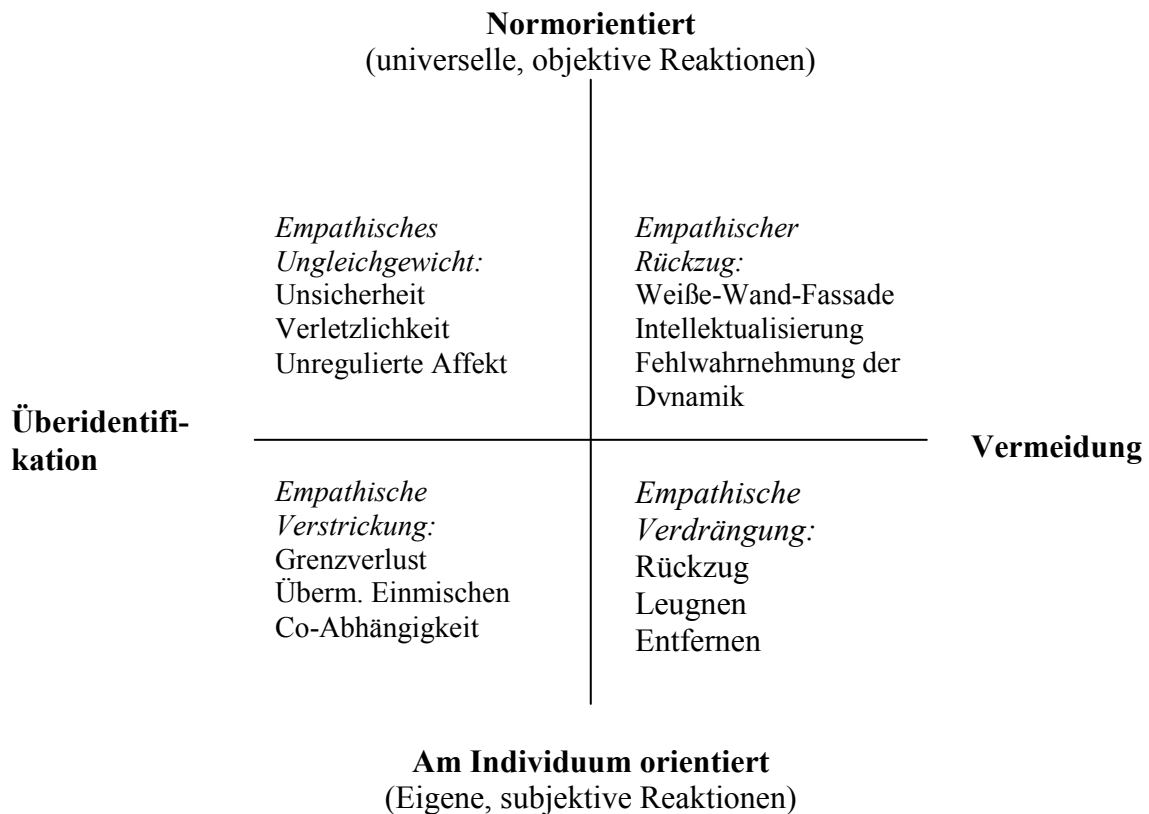
*Zu 5. und 6.:* Einige Therapeuten werben damit, Musik zu nutzen, um Traumatisierungen aufzudecken. Ich halte dieses Vorgehen für gefährlich und unnützlich. Musik kann, wenn sie nicht sorgsam eingesetzt wird, zu viel traumatisches Material zu schnell an die Oberfläche bringen. Am Anfang der Therapie ist deshalb ein sehr vorsichtiges Experimentieren mit kurzen Musikstücken nötig. Sobald intrusive Imaginationen auftreten, sollte die Musikhörphase entweder ganz beendet werden, oder die Musik gewechselt werden. Es könnte z.B. die Musik des sicheren Ortes des Patienten gewählt werden, um die Intrusionen zu stoppen und eine Ressource des Patienten zu aktivieren. Hierzu wäre es jedoch wichtig, dass der sichere Ort dem Patienten gut zugänglich ist, und dass er geübt ist in der Arbeit mit seinem sicheren Ort. Der Patient sollte auch ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass er die Imaginationen jederzeit ändern kann, bzw. wenn er das nicht alleine schafft, den Therapeuten bitten, ihm dabei zu helfen.

### *Übertragung und Gegenübertragung*

Fischer & Riedesser (1999) beschreiben Übertragung in der Traumatherapie als einen Prozess, traumatisch gestörte Beziehungen wieder aufzubauen. Patienten, die lang andauernde

und wiederholte Traumatisierungen beginnend in der Kindheit erleiden mussten, und die einen ängstlichen und desorientierten Bindungsstil entwickelt haben, bringen das in die therapeutische Beziehung. Sie bieten dem Therapeuten eine Beziehung im Rahmen von Täter, Opfer und Retter an, wobei hier rasche Wechsel möglich sind. Es wird davor gewarnt, die gesamte Traumaübertragung allein in der therapeutischen Beziehung auszuleben (Moser 1995, Reddemann 2004). Die Arbeit mit Musik und Imagination bietet die Möglichkeit von Übertragung auf den Therapeuten, auf die Musik und auf die Imaginationen, wobei Übertragung auf die Musik bzw. die Imaginationen wiederum eine verkappte Übertragung auf den Therapeuten sein kann, aber nicht sein muss. Es ist also möglich, dass der Therapeut weiterhin als sicher und haltend gesehen werden kann, die Musik aber als aggressiv und böse. Oder dass der Patient einen Täter imaginiert und die Musik ihm hilft, diesem Täter zu entkommen oder gegen ihn zu kämpfen. (Bruscia 2002b, Maack 2004b, Summer 1998)

Für den Therapeuten ist es wichtig, empathisch zu bleiben. Therapeuten vermeiden eine empathische Haltung, indem sie sich entweder in Überidentifikation verstricken oder sich vermeidend vom Patienten zurückziehen. Sowohl Überidentifikation als auch Vermeidung können jeweils eher normorientierte oder eher am Individuum orientierte Komponenten haben. Bei all dem handelt es sich um störende Gegenübertragungsreaktionen (Wilson & Lindy 1999). Das folgende Bild von Wilson & Lindy (1999, 528) bietet einen Überblick:



### *Therapieresultate*

In der Literatur werden folgende Bereiche genannt, in denen GIM und ihre Adaptionen erfolgreich eingesetzt wurden:

- Traumatische Imaginationen werden in symbolische Imaginationen umgewandelt
- Herstellen kognitiver Erinnerungen und kognitiven Verständnisses
- Integration diskursiver Symbole mit analogen Symbolen und Affekt (Körlin 2002)
- Ressourcen finden und ausprobieren (Körlin 2002, Pickett 1992, Pickett & Sonnen 1993)
- Steigerung des Selbstbewusstseins (Blake 1994, Körlin 2002, Pickett 1992)
- Mit Gefühlen und Emotionen in Kontakt kommen und sie durcharbeiten (Blake 1994, Tasney 1993)
- Wiedererlangen von Hoffnung
- Entspannung

- Verminderte Hypervigilanz (Blake & Bishop 1994)
- Reduktion intrusiver Gedanken (Blake & Bishop 1994, Körlin 2002)
- Verminderung von Gefühlstauheit (Körlin 2002)
- Verbesserung der Affektregulation
- Vermindertes Suchtverhalten (Pickett 1995)

Abschließend sei bemerkt, dass die Arbeit mit Musik in imaginativer Traumatherapie eine Kunst ist, die nur mit entsprechender Aus- oder Weiterbildung in hilfreicher und für die Patienten sicherer Weise eingesetzt werden kann.

### **Literaturangaben:**

American Psychiatric Association (1994). Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV. Washington: American Psychiatric Association.

Birck, A. (2001). Die Verarbeitung sexualisierter Gewalt in der Kindheit bei Frauen in der Psychotherapie. Berlin: Behandlungszentrum für Folteropfer.

Blake, R.L. (1994). Vietnam Veterans with Post Traumatic Stress Disorder: Findings from a Music and Imagery Project. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 3, 5-18.

Blake, R.L. & Bishop, S.R. (1994). The Bonny Method of Guided Imagery and Music in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder with Adults in the Psychiatric Setting. *Music Therapy Perspectives*, 12, 125-129.

Bruscia, K.E. (2002a). The Boundaries of Guided Imagery and Music and the Bonny Method. In: K.E. Bruscia & D.E. Grocke (Hg.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Bruscia, K.E. (2002b). A Psychodynamic Orientation to the Bonny Method. In: K.E. Bruscia & D.E. Grocke (Hg.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). Lehrbuch der Psychotraumatologie, 2. Auflage.  
München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Goldberg, F.S. (2002). A Holographic Field Theory Model of the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). In: K.E. Bruscia & D.E. Grocke (Hg.), Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond. Gilsum: Barcelona Publishers.

Herman, J.L. (1998). Trauma and Recovery : From Domestic Abuse to Political Terror.  
London: Pandora.

Huber, M. (2003). Trauma und Traumabehandlung Teil 1: Trauma und die Folgen.  
Paderborn: Junfermann Verlag.

Körlin, D. (2002). A Neuropsychological Theory of Traumatic Imagery in the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). In: K.E. Bruscia & D.E. Grocke (Hg.), Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Körlin, D. (2002). A Neuropsychological Theory of Traumatic Imagery in the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). In: K.E. Bruscia & D.E. Grocke (Hg.), Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Körlin, D. (2004). The Spektrum Group GIM Therapy. In: I. Frohne-Hagemann (Hg.), Rezeptive Musiktherapie: Theorie und Praxis. Wiesbaden: Reichert Verlag.

Luxenburg, T., Spinazzola, J. & van der Kolk, B.A. (2001a). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis Part One: Assessment. Directions in Psychiatry, 21, 373-392.

Maack, C. (2004a). Rezeptive Musiktherapie als Psychotherapie für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. In: T. Timmermann (Hg.), Empfinden – Hören – Sehen: Welche

Zugänge wählen nonverbale Psychotherapien? Am Beispiel der Diagnose:

Persönlichkeitsstörung. Wiesbaden: Reichert Verlag.

Maack, C. (2004b). Kulturelle Aspekte in der Arbeit mit rezeptiver Musiktherapie am Beispiel von Guided Imagery and Music nach Helen Bonny (GIM). In: I. Frohne-Hagemann (Hg.), *Rezeptive Musiktherapie: Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert Verlag.

Meadows, A. (2002). Distinctions between the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) and Other Imagery Techniques. In: K.E. Bruscia & D.E. Grocke (Hg.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Moser, T. (1995). Psychoanalyse und Macht: Über das Auftauchen von NS-Zeit, Stalinismus und Krieg in der Therapie. In: C.J. Schmidt-Lellek & B. Heimannsberg (Hg.), *Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Pickett, E. (1992). Using Guided Imagery and Music with a Dually Diagnosed Woman Having Multiple Addictions. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 1, 55-67.

Pickett, E. (1995). The Bonny Method of Guided Imagery and Music: A Technique for Healing Trauma. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 4, 93-101.

Pickett, E. & Sonnen, C. (1993). Guided Imagery and Music: A Music Therapy Approach to Multiple Personality Disorder. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 2, 49-72.

Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft: Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie: PITT – Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.



Schore, A.N. (2001). The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.

Siegel, D.J. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York, London: Guilford Press.

Summer, L. (1998). The Pure Music Transference in Guided Imagery and Music. In: K.E. Bruscia (Hg.), *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Tasney, K. (1993). Beginning the Healing of Incest through Guided Imagery and Music: A Jungian Perspective. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 2, 35-47.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York, London: Norton.

Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Disorder of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 5, 389-399.

Van der Kolk, B.A., van der Hart, O. & Marmar, C.R. (2000). Dissoziation und Informationsverarbeitung beim posttraumatischen Belastungssyndrom. In: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hg.), *Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Weltgesundheitsorganisation (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinie*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Wilson, J.P. & Lindy, J.D. (1999). Empathic Strain and Countertransference. In: M.J. Horowitz (Hg.), *Essential Papers on Posttraumatic Stress Disorder*. New York & London: New York University Press.