



www.inter-uni.net > Forschung

Die emotionale Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der Physiotherapie Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)

Chris Bierstedt

Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2008

Einleitung

Hintergrund - die Erfahrungen am eigenen Leib

Frau T. kam initial mit starken Schmerzen im Bereich des linken Hüftgelenks in meine Praxis. Anamnestisch und pathomorphologisch konnten ihre Beschwerden ihrer kongenitalen Hüftdysplasie und der daraus entstandenen muskulären Dysbalancen und Arthrose zugeschrieben werden. Frau T. arbeitete als selbständige Kursleiterin für Qigong Kurse, war verheiratet und hatte zwei Kinder. Immer wieder erzählte sie mir von ihrer Begeisterung für die traditionellen chinesischen Therapien. Gleichzeitig war sie sehr unglücklich über ihre Beschwerden, die sich während meiner physiotherapeutischen Interventionen immer weiter ausdehnten. Rückenschmerzen, Schulterblattschmerz, Spannungskopfschmerz und sogar ein Lagerungsschwindel kamen nach und nach zum Vorschein. Schon zu Beginn der Therapie wurde ich das Gefühl nicht los, dass es ein „Mismatch“ gab zwischen ihrer Leidenschaft für die langsamen und ruhigen Bewegungen des Qigong und der sehr offensichtlich unruhigen, verkrampften und kämpferischen Art und Weise mir zu begegnen. Genau registrierte sie jede Bewegung, Mimik, sogar Augenbewegungen und kommentierte sie: „Geht es Ihnen gut mit mir?“, „Wir haben bestimmt nicht mehr viel Zeit?“ oder „Ich bin sicher keine einfache Patientin, es ist wirklich nicht so leicht mit mir“. Je öfter sie zu mir in die Therapie kam, desto mehr spürte ich Ärger, Wut und sogar Aggression in mir aufsteigen. Ihr kontrollierender Blick, ihre chronische Unruhe oder die ständigen ruckartigen Bewegungen während meiner manual- und physiotherapeutischen Techniken zogen meine Aufmerksamkeit immer wieder an. Ihre stetige Lenkung der Aufmerksamkeit auf das Ende der Therapieeinheit steckte mich förmlich an. Ich nahm an, das ich für sie keine adäquate Hilfe bezüglich Ihre Symptome sein kann, doch überraschender Weise lud sie mich zum Frühstück in ihr Haus ein, wollte mit mir Tischtennis spielen, brachte mir gesammelte Heilkräuter zur Beruhigung mit und bot mir sogar an, ihr Gesellschaft bei einigen ihrer Qigong-Kurse zu leisten. Mein Gefühl der Wut wich allmählich dem Gefühl einer gewissen Ohnmacht. Irgendwie schienen die Rollen getauscht, war sie plötzlich die Therapeutin und ich der Patient?

Die Erfahrung am eigenen Leib war Motivation zur Hinterfragung der alleinigen Qualitätssicherung durch „expert based“ und „evidend based medecin“ des strukturellen Schwerpunkts in der

Physiotherapie. Die grundlegenden Wechselwirkungen emotionaler Beziehungsaspekte, sowie interpersonale Wirkungen zwischen Patient und Therapeut innerhalb der Physiotherapie und deren Einflüsse auf die physiotherapeutische Prozessqualität sind Forschungsgegenstand dieser Arbeit im Rahmen einer Pilotstudie zu diesem Thema. In folgendem Text wird im Allgemeinen die männliche Form von Bezeichnungen wie Patient, (Physio-)Therapeut oder Arzt benützt. Es sollen natürlich gleichzeitig ebenfalls die weiblichen Formen der genannten Begriffe eingeschlossen sein.

Stand des Wissens

Primäres therapeutisches Ziel in der Physiotherapie ist die Wiedererlangung und die Erhaltung von symptomfreier Bewegung und Funktion. Der Therapeut soll in der Lage sein die Bedürfnisse des Patienten zu eruieren, um „eine möglichst kosteneffiziente und qualitativ hochwertige Therapie zu gewährleisten“ (Kisner/Colby 1997, S. 3) Die befundorientierte Behandlung aus dem einfachen Rückkopplungskreislauf: Bedürfnisse feststellen und untersuchen, Behandlungen planen, Behandlungen durchführen, Behandlungen auswerten und wieder Bedürfnisse feststellen, bestimmt den physiotherapeutischen Alltag. (Kisner, Colby 1997) Kisner und Colby sprechen in diesem Zusammenhang von einer „Schwäche“, wenn es zu einem Verlust von physischer, psychischer oder auch anatomischer Struktur und Funktion kommt. Diese „Schwäche“ verursacht wiederum eine funktionale Einschränkung, die den Patienten in der Bewältigung seines Alltags beeinträchtigt. Das Hauptaugenmerk in der physiotherapeutischen Behandlung wird aber de facto auf die körperliche funktionale Einschränkung gelegt. Es entspricht dem traditionellen Wesen der westlichen Medizin dem diagnostischen und Interventionswert, gemäß den naturwissenschaftstheoretischen Erkenntnissen, eine größere Bedeutung beizumessen, als die Betrachtung des Beziehungsaspektes zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patient. (Kerbs 2001) Trotzdem wird immer wieder auch auf die emotionalen und psychischen Wirkungen in Beziehung zur körperlichen Gesundheit hingewiesen. Beispielsweise wird im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem chronischen unteren Rückenschmerz (LowBackpain/LBP) der UK Occupational Health Guidelines Review auf den großen Einfluss von psychosozialen Faktoren auf den Rückenschmerz aufmerksam gemacht:

„There is strong evidence that individual and work-related psychosocial factors play an important role in persisting symptoms and disability, and influence response to treatment and rehabilitation.“ (Bogduck und Mitarbeiter 2002, S.90)

Fehlannahmen vom Einfluss von psychosozialen Aspekten auf Schmerz prägen auch den ärztlichen und therapeutischen Alltag. Nilges (2006) benennt die wichtigsten Fehlannahmen, die durch fehlende somatische Ursachen und Interventionen verursacht werden.

„Schmerz hat immer eine somatische Ursache, man muss nur lang genug danach suchen, Schmerzen ohne Befund sind „psychisch bedingt“, psychisch bedingt heißt psychopathologisch“ (Nilges 2006, S. 23)

In der modernen Schmerzlehre ist eine Abkehr von der Trennung von somatischem und psychischem Schmerzverständnis erkennbar. Egloff (2007) bezieht neben dem modifizierten kartasianischen Schmerzmodell, welches pathophysiologische Schmerzverstärkung auf peripherer, spinaler und zentraler Ebene integriert, auch Modelle aus der Freudschen Lehre ein. Dabei spielen somatosensorische Vorerfahrungen des Kortex, so genannte „Geigereffekte“ und dysfunktionale Schmerz- und Affektprägungen in der Kindheit, zur Anlegung von Schmerz-Affekt-Gedächtnissen, so

genannte „Pain Prone Effekte“ eine wesentliche Rolle. (Egloff 2007) Ist dieses Schmerzgedächtnis einmal durch Vernachlässigung, körperliche oder seelische Gewalt gebahnt worden, entsteht ein potentieller Schmerzverstärker für ein späteres Schmerzereignis. Hier ist durchaus ein nozizeptives Geschehen gemeint, welches nun durch eine frühere Beziehungserfahrung potenziert wird. Egloff nennt dieses Phänomen den „Offline-Schmerz“. (Egloff 2007) Im Erwachsenenalter, in Verbindung mit emotionaler Parallelbelastung und peripherer Nozizeption, werden im limbischen System diese infantil geprägten Schmerzmuster aktiviert und damit der subjektiv erlebte körperliche Schmerz verstärkt. Nun sind Physiotherapeuten per se keine qualifizierten Experten für intrapsychische Leiden, können sich aber sehr wohl an Richtlinien und Hypothesenkategorien zur Bestimmung von psychosozialen Einflüssen auf das somatische Krankheitsbild halten. Das Kategoriensystem der „Clinical Flags“ ist ein wichtiges Instrument zu eben jener Einflussbestimmung, wo unter anderem iatrogene Faktoren, Glaube, Distress, Krankheitsverhalten und -strategien untersucht werden. (Main/Williams 2002) Doch auch hier „blendet“ sich der Therapeut quasi als neutrales und außenstehendes „Objekt“ aus, versucht zu analysieren, untersuchen und zu objektivieren. Dem gegenüber steht das Hilfesuchen und Offenbaren des Patienten, das Subjektive spricht den Therapeuten als Einheit an, Experte und Freund, eine emotionale Beziehung und Übertragung scheint unausweichlich. Nathan stellt die Rolle des Objektes in der therapeutischen Sachlage ebenfalls in Frage. Seine Überlegungen zielen auf das „Behandlungsobjekt“, also den Körper des Patienten. Wenn der Körper des Patienten wahrnimmt und seitens des Therapeuten wahrgenommen wird, wenn er handelt und gleichzeitig behandelt wird, so kann keine genaue Objektivierung des Körpers vorgenommen werden, da „Wahrnehmen und Handeln subjektive Phänomene sind“. (Nathan 2001, S.37) 1968 prägte Balint den Begriff der „patientenzentrierten Medizin“, in dem er neben der pathomorphologischen Betrachtung einer Krankheit, ebenso die Erforschung der Persönlichkeit des Patienten forderte. „Selektive Aufmerksamkeit“ oder „selektive Vernachlässigung“, also was der Patient sagt und was er eben nicht sagt, sind nach Balint Ansätze für ein holistisches Gesamtbild des Patienten. (Balint 1976) Somit kann der Arzt und auch der Therapeut zu einer so genannten „Gesamtdiagnose“ oder einem „Gesamtbefund“ gelangen und der tatsächlichen Patientenrealität näher kommen. Ein weiterer wissenschaftlicher Ansatz zur Betrachtung ganzheitlicher biosozialer Faktoren in der Medizin ist die Verhaltensmedizin. Ehlert (2003) definiert dabei die Verhaltensmedizin als interdisziplinäres Arbeitsfeld für einen dualistischen Umgang mit psychosozialen verhaltensbezogenen und biomedizinischen Aspekten. Beispielsweise ist dabei Compliance kein stabiles Persönlichkeitsmerkmal eines Patienten, sondern vielmehr Ausdruck eines Entwicklungsprozesses innerhalb der Therapie, beeinflusst vom kooperativen und emotionalen Arbeitsbündnis von Therapeut und Patient. Auch umgekehrt ist mangelnde Mitarbeit des Patienten keine primäre Einstellungs- und Verhaltensproblematik des Patienten, sondern ein Produkt einer ungenügend an den Patientenbedürfnissen orientierten Therapiesituation. (Ehlert 2003) Bauer fordert in der Betrachtung jeder menschlicher Beziehung ein komplementäres Weltbild:

„Jede Beziehung sollte ein zweisepuriger Weg sein“ (Bauer 2007, S. 194)

Zweisepurigkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, die Wechselseitigkeit und die daraus entstehende ausbalancierte Beziehung zwischen zwei Menschen. Insbesondere in Arbeitsbeziehungen der Medizin, in der sich der Patient mit einer Bedrohung von Leib und Seele konfrontiert sieht, ist das Verstehen von Motiven anderer ohne sich selbst auszublenden, ein zentrales Kriterium einer vertrauensschaffenden Atmosphäre zwischen Patient und Therapeut. Dadurch kann die

gesundheitsstabilisierende Wirkung durch aufrichtige Zuwendung seitens des Arztes oder Therapeuten wirken.

„Der gute Arzt ist also zweifach wirksam: zum einen durch sein fachliches Können und die durchgeführten medizinischen Maßnahmen, zum anderen durch sein Auftreten, seine Zuwendung und durch das Vertrauen, das sich aus einer guten Arzt-Patient-Beziehung ergibt.“ (Bauer 2007, S. 220)

Forschungsfrage

In der vorliegenden Arbeit wird die emotionale Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der Physiotherapie im Rahmen einer Pilotstudie untersucht.

Methodik

Design

In dieser Arbeit wird mit Hilfe offener leitfadengestützter Interviews eine Befragung der Versuchspersonen, hier Physiotherapeuten, zu ihren persönlichen Einstellungen zum Thema der emotionalen Beziehung zwischen Patient und Therapeut durchgeführt. Durch Befragung bzw. Interviews kann nach Zimbardo ein „Zugang zu Informationen über Glauben, Gefühle, Motive und die Persönlichkeit von Menschen“ (Zimbardo 1999, S. 29) erreicht werden. Die Idee der vorliegenden Forschungsarbeit ist, quasi einen unvorbereiteten Erstkontakt mit Fragen über die emotionale Wirkung und Intersubjektivität der Arbeitsbeziehung herzustellen und die zu befragenden Physiotherapeuten mit eben diesen „ungewöhnlichen“ und nichtfachlichen Themen zu konfrontieren. Daher beschränkte sich die Vorinformation der Befragten nur auf die Bekanntgabe des Interviewthemas: „Die emotionale Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der Physiotherapie“. Um die psychosoziale Wirklichkeit zu erfassen, oder um Theorien oder Hypothesen zu generieren, hat sich in den letzten Jahren die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring etabliert. Die Inhaltsanalyse zielt dabei, gestützt auf einem im Zentrum der Analyse stehendem Kategoriensystem, auf die Erfassung von komplexen humanen Gefühls- und Handlungsmechanismen. (Mayring 2007) Der Corpus des Materials umfasst die Interviews mit diplomierten Physiotherapeuten. Dabei sind fokussierte Befragungen im Rahmen eines Leitfadeninterviews eingesetzt und aufgezeichnet worden. Die Fragen aus dem vorliegenden Interviewleitfaden sind zur Bestimmung von Erfahrungen und Befindlichkeiten der Physiotherapeuten aus ihrem täglichen Praxisalltag gewählt worden, um Hinweise auf emotionale Wechselbeziehungen aufzuspüren und zu hinterfragen. Die Fragen des Interviews stehen im Kontext der Definitionen von Übertragung und Gegenübertragung, psychologischen Hintergründen von Berührung, sowie sozialpsychologischer Aspekte therapeutischer Beziehungen. Die Regelgeleitetheit wird durch die strikte Beibehaltung des Ablaufmodells induktiver Kategorienbildung nach Mayring gewährleistet. (Mayring 2007) Bezug nehmend auf die Forschungsfrage bedeutet dies, einzelne „bedeutsame“ Textstellen aus den individuellen Antworten der Interviewten mittels Kategorieneinordnung auszuarbeiten und mit den Prinzipien von Übertragung und Gegenübertragung, psychologischen Hintergründen von Berührung, sowie sozialpsychologischer Aspekte therapeutischer Beziehungen zu vergleichen.

TeilnehmerInnen und Durchführung

Es wurden 7 Physiotherapeutinnen und 3 Physiotherapeuten interviewt. Die Länge der Interviews variierte zwischen 25 und 45 Minuten. Mit Hilfe eines soziodemographischen Erfassungsbogens, welcher zu jedem Interview erfragt wurde, sind folgende Daten der Probanden ermittelt worden: Das Alter der Versuchspersonen reichte von 27 bis 50 Jahre. Der Median beträgt 29,5. Die Probanden waren sowohl im Angestelltenverhältnis, als auch freiberuflich tätig. Die Spannweite der Berufserfahrung reichte von 5 bis 28 Jahre. Der Median hierzu beträgt 6,5. Von den Versuchspersonen gaben 7 an, bereits Fortbildungen oder Seminare zum Thema Kommunikation oder Psychologie im weitesten Sinn absolviert zu haben. 3 Probanden gaben an, keine Erfahrungen in diesem Bereich zu besitzen. Den Probanden wurde im Vorfeld des Interviews nur das Thema der Forschungsfrage genannt. Alle Interviews fanden in der gleichen Lokalität statt. (Praxis für Physiotherapie Chris Bierstedt, Schmiedgasse 15, 8010 Graz)

Schlussfolgerung

Diskussion der Einzelergebnisse

Im folgendem sind die Häufigkeitsverteilungen der Nennungen zu Kategorie 1 differenziert nach Abstraktionsniveaus dargestellt:

Farblegende:

Verarbeitungsebene/Kernaussagen 1.Abstraktionsniveau		Handlungsebene 2.Abstraktionsniveau	
kognitiv	emotional	eigene	patientenbezogen

Kernaussagen Kategorie 1:
Einfühlen, Einrasten, Einschwingen, Vertrauen - die gemeinsame Ebene von Patient und Therapeut

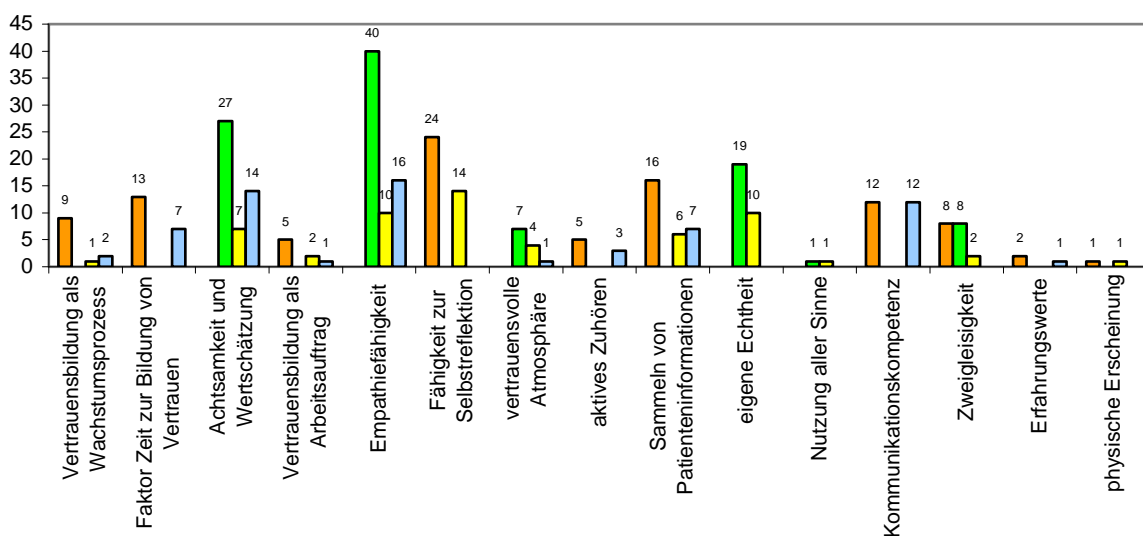
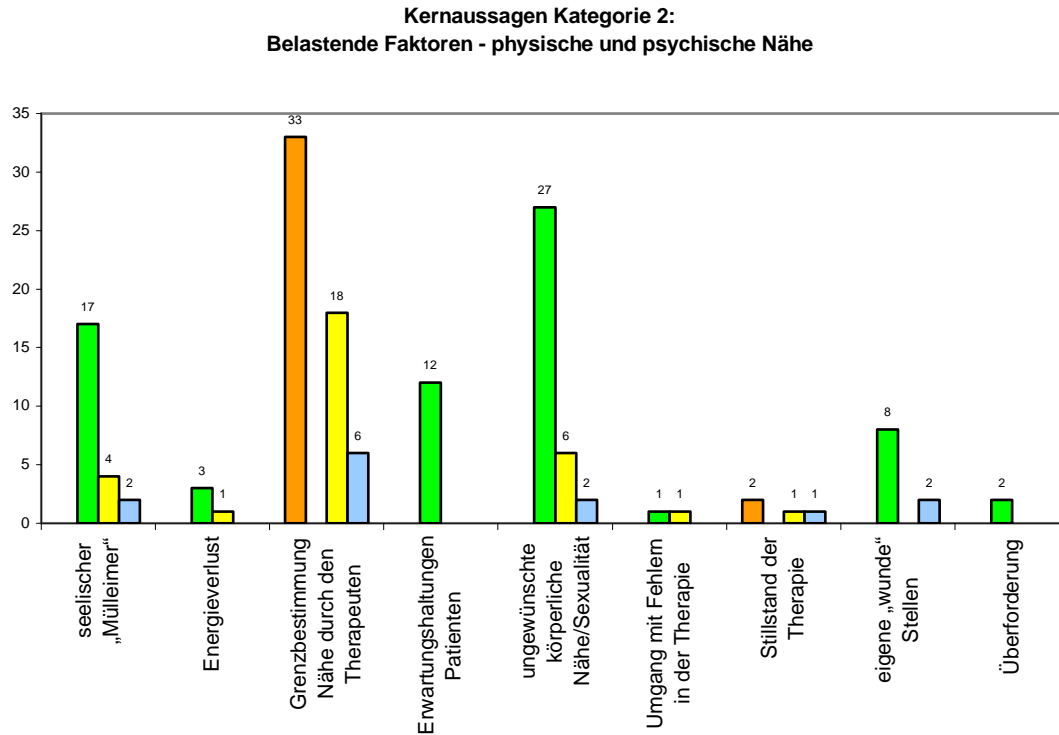


Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der Nennungen zu Kategorie 1 differenziert nach Abstraktionsniveaus

Im folgendem sind die Häufigkeitsverteilungen der Nennungen zu Kategorie 2 differenziert nach Abstraktionsniveaus dargestellt:



:

Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der Nennungen zu Kategorie 2 differenziert nach Abstraktionsniveaus

Im folgendem sind die Häufigkeitsverteilungen der Nennungen zu Kategorie 3 differenziert nach Abstraktionsniveaus dargestellt:

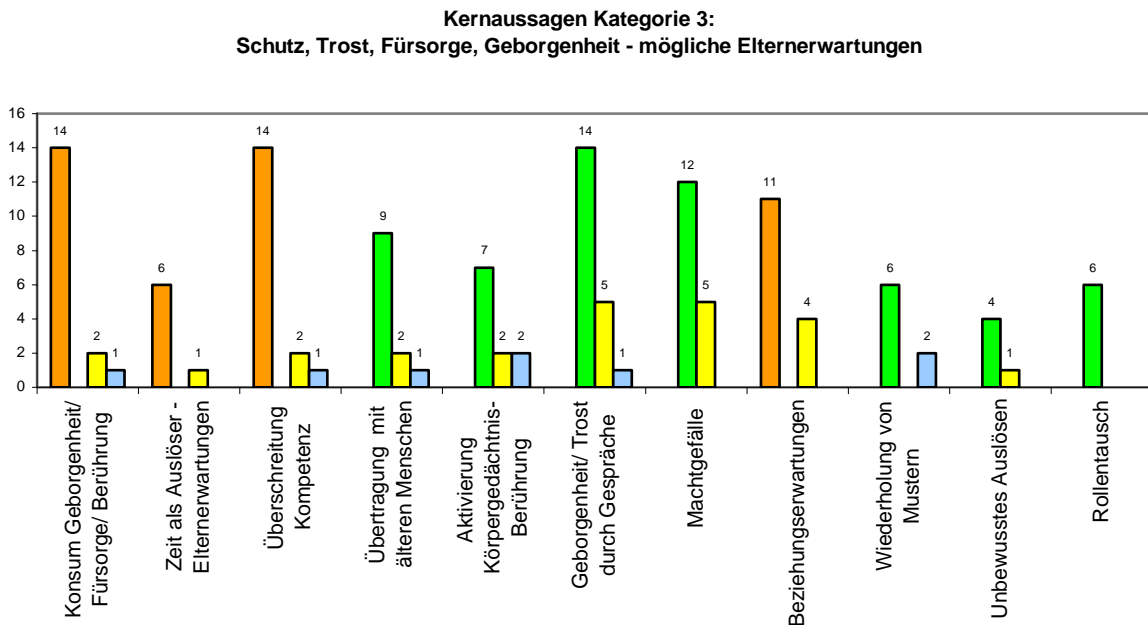


Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung der Nennungen zu Kategorie 3 differenziert nach Abstraktionsniveaus

Im folgendem sind die Häufigkeitsverteilungen der Nennungen zu Kategorie 4 differenziert nach Abstraktionsniveaus dargestellt:

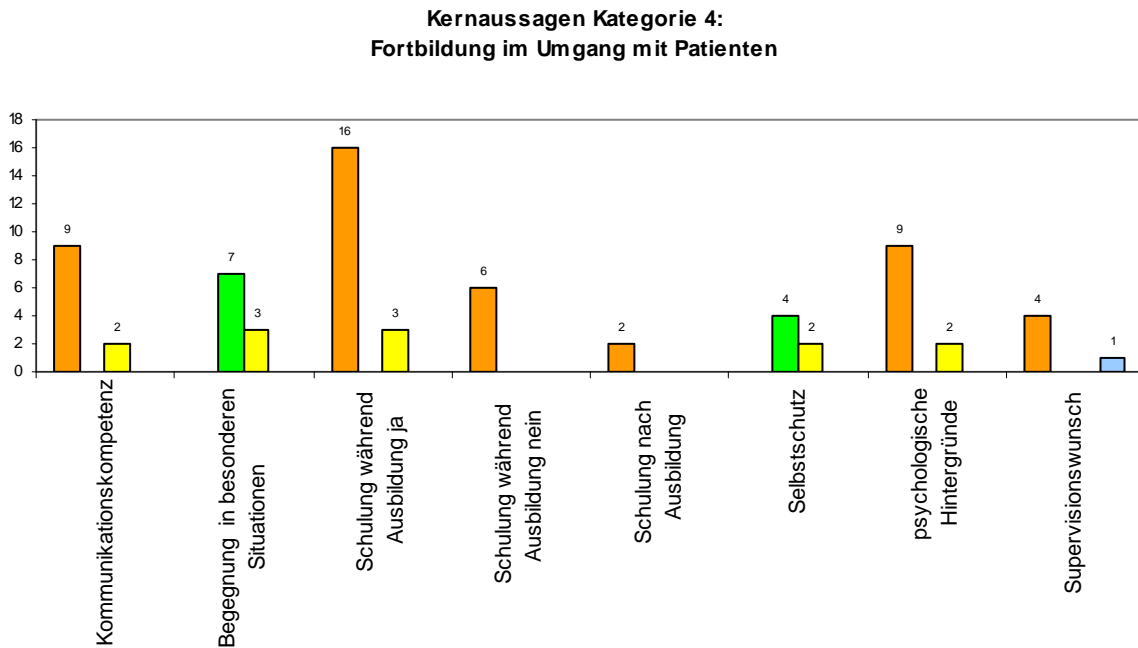


Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung der Nennungen zu Kategorie 4 differenziert nach Abstraktionsniveaus
Im folgendem sind die Häufigkeitsverteilungen der Nennungen nach Kategorien und Abstraktionsniveaus dargestellt:

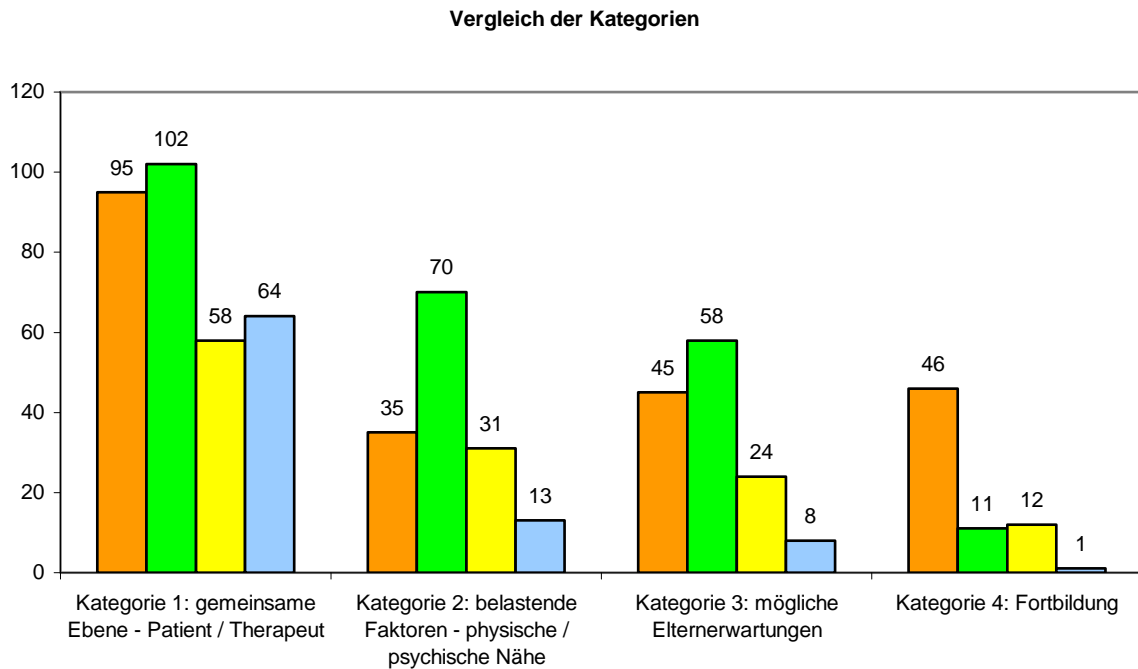


Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Nennungen nach Kategorien und Abstraktionsniveaus

Ableitung der Theorie und Vergleich zur Forschungsfrage

Bezug nehmend auf die Eingangsfrage des Interviewleitfadens scheinen die Probanden sich der Wirkung des ersten Eindrucks bewusst zu sein. („Blinktheorie“, Gladwell 2007) Dennoch fehlen überwiegend Handlungskompetenzen, um sich mit diesen initial einströmenden inneren und äußeren Informationen und die daraus entstehenden emotionale Beurteilungen auseinanderzusetzen.

In der Betrachtung der Gesamtsummen der kognitiven und emotionalen bzw. eigenen und patientenbezogenen Nennungen aller Kategorien, verzerrt sich das Bild der Auswertung, da die Ergebnisse nicht im Bezug zu ihren Kategorien und deren Kernaussagen stehen. Deshalb werden die Ergebnisse in ihrem Bezug zu den jeweiligen Kategorien diskutiert.

Die Kategorie 1 scheint eine stark emotional besetzte Kategorie zu sein. Eine scheinbar große emotionale Sensibilität der Versuchspersonen herrscht dabei bei den Fassetten Empathiefähigkeit, Achtsamkeit und Wertschätzung bzw. eigene Echtheit im Kontext emotionaler Verarbeitung vor. Dies entspricht der von Nathan beobachteten, eher aufgeschlossenen bzw. humanistischen Einstellung von Physiotherapeuten gegenüber psychologischen Aspekten besonders emotionaler Natur. (Nathan 2001) Hinweise auf die starke subjektive emotionale Bewertung kann gerade in der ersten Kategorie gefunden werden. Bauer betont ebenfalls, dass alle gelingenden sozialen Gemeinschaften durch Anerkennung, Zuwendung oder Zuneigung gekennzeichnet sind. (Bauer 2007) Diese Attribute finden sich in der ersten Kategorie „Einfühlen, Einrasten, Einschwingen, Vertrauen – die gemeinsame Ebene von Patient und Therapeut“ wieder.

In der zweiten Kategorie wird die Dominanz der emotionalen Bemessung noch deutlicher. Belastende Faktoren, darunter besonders ungewünschte psychische und physische Nähe bzw. Sexualität, der Therapeut als seelischer „Mülleimer“ oder auch Erwartungshaltungen der Patienten, werden in ihrer Gesamtheit als emotional besetzt interpretiert. Nach Meriaux-Kratochvilla können Mängel an sozialer und emotionaler Kompetenzen bei Absolventen der Physiotherapie gefunden werden. (Meriaux-Kratochvila 2006) Dieses Bild kann in dieser Kategorie wieder gefunden werden, da es offensichtlich eine Diskrepanz zwischen den Nennungen auf der Seite der Verarbeitungsebene und den Nennungen auf der Seite der Handlungsebene gibt.

Ob Prinzipien von Übertragung und Gegenübertragung im Umgang von Physiotherapeuten wirken, sollte mit der Kategorie 3 „Schutz, Trost, Fürsorge, Geborgenheit – mögliche Elternerwartungen“ untersucht werden. Häufige emotionale Wertungen sind vorwiegend bei den Kernaussagen Geborgenheit und Trost durch Gespräche, Machtgefälle in der Therapie, sowie Übertragung in der Therapie mit älteren Menschen zu finden. Anzeichen auf die „Bühne der Übertragung“ (Pass 2005), sowie der Gegenübertragung scheint es angesichts der emotionalen Nennungen hier zu geben. Besonders bei Geborgenheit und Trost, aber auch im Umgang mit älteren Patienten tauchen immer wieder emotionale Regungen der Probanden auf. Die Nennungen zur Kernaussage „Machtgefälle in der Therapiesituation“ können einerseits mit den sozialpsychologischen Rollenannahme der Therapeuten, als auch mit der von Schmidbauer beschriebenen „verborgenen narzisstischen Bedürftigkeit“ im Kontext der direkten Gegenübertragung des Therapeuten in Verbindung gebracht werden. (Schmidbauer 2005)

Die Versuchspersonen äußern in der vierten Kategorie **ihre Wünsche nach Ausbildung während der Ausbildung bzw. des Studiums**, was auch den Ergebnissen der Untersuchung Meriaux-Katochvila entspricht (Meriaux-Katochvila 2006). Der Wunsch nach dem emotionalen Verstehen, welches nach

Balint genau so im Rüstzeug des Arztes bzw. des Therapeuten verankerte sein sollte, wie das rationale Verstehen, scheint Ausdruck nach mehr sozial-kommunikativen Kompetenz bzw. nach mehr Wissen um psychologische Hintergründe zu sein. (Balint 1965)

Es können deutliche Anzeichen in dieser Arbeit gefunden werden, dass Physiotherapeuten ein emotionales, aber auch des kognitiven Bewusstseins in der täglichen Arbeit im Umgang mit Patienten haben. Demnach scheint das emotionale Geschehen innerhalb der physiotherapeutischen Behandlung einen wichtigen Platz einzunehmen, auch wenn Handlungsstrategien bezüglich der eigenen und patientenbezogenen Arbeit insgesamt mangelhaft anmuten.

Eigenkritisches und Ausblick

Um die Forschungsfrage und deren Ergebnisse wissenschaftlich abzusichern, wären in weiterer Folge eine größere Stichprobe zu diesem Thema, sowie Konkordanzanalysen bzw. -studien sinnvoll. Nathans Feststellung, dass Physiotherapeuten ungenügende Aufmerksamkeit zur Erforschung psychologischer Hintergründe in ihrer Arbeit aufweisen, könnte damit entgegengetreten werden. (Nathan 2001) Damit wären weitere Schritte getan, die Physiotherapie vom Ruf einer reinen Handlungswissenschaft zu befreien. (Walkenhorst 2006) Fallrekonstruktion und die wissenschaftliche Reflexion sind weitere Aspekte eines Professionalisierungsverständnisses des heutigen Gesundheitssystems. (Walkenhorst 2006)

Auszüge des Literatur und Quellenverzeichnis

Balint, M. (1965): Die therapeutische Funktion des Arztes. Nedelmann C. Ferstl. H.: Die Methode der Balintgruppe. Klett-Cotta, Stuttgart 1989
Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was du fühlst. Heyne, München 10/2006
Bogduk N., Adams, M., Burton, K., Dolan. P. (2002): The Biomechanics Of Back Pain. Churchill Livingstone, an Imprint of Elsevier Limited, 2002 – 2004
Ehlert, U. (2003): Verhaltensmedizin. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2003
Freud, S. (1909): Über Psychoanalyse – Fünf Vorlesungen gehalten zur 20jährigen Gründungsfeier der Clark University in Worchester Mass.. Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1919
Kast, V. (2007): Die Tiefenpsychologie nach C.G. Jung. Kreuz, Stuttgart 2007
Kisner, C., Colby L. A. (1997): Vom Griff zur Behandlung., Thieme, Stuttgart, New York 1997
Mayring, P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz, Wernheim und Basel 2007
Nathan, B. (2001): Berührung und Gefühl in der manuellen Therapie. Verlag Hans Huber, Bern 2001
Pass, P.F. & EU-team@inter-uni.net (2005): Tiefenpsychologische Grundlagen – Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit, Graz 2005
Racker, H. (2002): Übertragung und Gegenübertragung. 6. Auflage, Reinhard(2002), München
Zimbardo P. G., Gerrig. R. J. (1999): Psychologie. 7. Auflage, Springer, Leipzig 1999

