

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität
Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-
Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für
psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für
psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems,
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit,

Düsseldorf/Hückeswagen

© *FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen*

Ausgabe 09/2003

Integrative Traumatherapie – ein leibtherapeutischer Ansatz nicht-exponierender Therapie

Hilarion G. Petzold, Amsterdam/Düsseldorf/Krems, Zorica Josić, Belgrad**

* Aus dem Studiengang „Psychotraumatologie“ (Univ.-Prof.Dr.H.Petzold), Donau-Universität Krems (Zentrum für Psychosoziale Medizin, Leitung, Prof. Dr. med. Anton Leitner), dem „Postgradualprogramm Integrative Leib- und Bewegungstherapie“, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam, und der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ in der Trägerschaft des Fritz Perls Instituts, Düsseldorf/Hückeswagen.

* Klinische Psychologin, Lehrtherapeutin für Integrative Therapie. „Zentrum für Traumatherapie“ SUSRED der „Association for Integrative Therapy, Trauma Therapy and Psychosocial Intervention“, Belgrad.

1. Der Kontext:

Das Thema „Traumatherapie“ hat in den vergangenen Jahren eine immer größere Beachtung erfahren, nachdem besonders die „man made disaster“ aus vielfältigen kulturellen Gründen, mit denen wir uns an anderer Stelle (*Petzold* 1985m, 1996j, 1999i, idem et al. 2001, 2002) auseinandergesetzt haben, zu den ausgeblendeten, vermiedenen, verleugneten, dissoziierten Themen in der Psychotherapie gehörten, obgleich im Bereich der Psychiatrie seit den Zeiten von *J. Ch. Reil* (1803), *Charcot* (1878, 1892) und *Janet* (1889) das Traumathema Aktualität hatte (*Micale, Lerner* 2001). Wir praktizieren in Projekten der humanitären Hilfeleistung und im klinischen Setting in der Arbeit mit traumatisierten Menschen, sowie in der Weiterbildung und Supervision von Helfern „Traumatherapie“ in Jugoslawien und in den Ländern des ehemaligen Jugoslawien seit Beginn des Krieges (*Josić, Petzold* 1995) und über die gesamte Nachkriegszeit mit dem Verfahren der Integrativen Therapie, ein Ansatz, in dem seit seinen Anfängen mit traumabelasteten Menschen in der Tradition *Janets*, dem Begründer einer „*Integrativen Psychologie*“, und *Ferenczis*, dem Begründer der „*mutuellen Analyse*“ gearbeitet wurde (*Petzold* 1969c, 1974j, 1986b, 2004l, 2007b). So konnten allmählich in der Verbindung von psychotherapeutischen, körper- und bewegungstherapeutischen sowie kreativtherapeutischen und sozial- bzw. Netzwerk- und familientherapeutischen Ansätzen (*Petzold, Josić, Ehrhardt* 2003) spezifische Wege der Behandlung von Aktualtraumatisierungen und *PTBS* entwickelt werden. Sie wurden und werden erforscht und sind verschiedentlich dargestellt worden (*Petzold, Wolf* et al. 2000, 2002). Derzeit sind die Themen Trauma und *PTBS* immer noch derart *en vogue* – obwohl der Zenit dieser Welle überschritten scheint –, dass posttraumatische Belastungsstörungen völlig „overdiagnosed“ sind. Häufig werden Traumatisierungen *monokausalistisch* als zentrale Ursache von Pathogenese gesehen, was schon *Ferenczi* (1932), dieser Pionier psychodynamischer Traumatherapie (vgl. *Petzold* 2006w) kritisch sah, obwohl er sich gegen *Freuds* Verleugnung der Traumatisierung durch Missbrauch wandte (vgl. *Meyer* 2005; *Schlagmann* 2005). Zwischen Verleugnung und Überdramatisierung muss man einen besonnenen, forschungsgestützten, klinisch angemessenen und für PatientInnen engagierten Weg suchen. *Fritz Perls'* Auffassung kann nicht gelten, wenn er „frühkindliche Traumatisierungen“ als „Fälschung“ bezeichnete (*Perls* 1969, 43): „All the so called *traumata*, which are supposed to be the root of neurosis, are an invention of the patient to save his self-esteem. None of these traumata has ever been proved to exist. I haven't seen a single case of infantile trauma that wasn't a falsification. They are all lies to be hung onto to justify one's unwillingness to grow ... Psychoanalysis fosters the infantile state by considering that the past is responsible for the illness“ (ibid.). Genauso wenig kann die Auffassung Bestand haben, dass jedes Trauma lebenslange Folgen habe: „Fürs Leben geschädigt“ (*Rensen* 1992). Wir möchten dieser Tendenz folgende These entgegenstellen:

Der Mensch ist von seiner evolutionsbiologischen Entwicklung her dafür ausgerüstet und ausgestattet, Traumata zu überwinden und zu verarbeiten. Seine höchst funktionale Traumaphysiologie läßt dies erkennen. Der Mensch ist aber bei seriellem Stress, Hyperstress – etwa bei Polytraumatisierungen – verbunden mit Hilflosigkeit und Entbehrungen/Mangelzuständen durchaus vulnerabel (vgl. *Petzold* 2001m)

Aber „*PTBS* is rather the exception than the rule“ (*McFarlane* 2000). Traumatische Erfahrungen sind für den Menschen der Evolutionsgeschichte schlimme, aber „normale“

*Der Beitrag wurde 2003 geschrieben und 2005 und 2007 um neue Literatur ergänzt, ist aber ansonsten in seiner ursprünglichen Form belassen worden.

Erfahrungen, besonders für Menschen, die in "wilden" Kontexten gelebt haben bzw. leben, die als Jäger und Sammler in einer feindlichen, überwältigenden, übermächtigen Umgebung für ihr Überleben, ihren Lebensunterhalt zu sorgen hatten - und das über Millionen von Jahren, denn wir stehen als *Homo sapiens sapiens* am Ende einer langen evolutionären Kette - nach neuesten Funden 7 - 9 Millionen Jahre Geschichte der Hominiden. Wenn wir einen Blick auf diese Kette werfen, dann sehen wir, dass auch wir genauso wie im Bereich der Tiere vom Kampf um das Überleben als einer permanenten Kondition lebender Wesen bestimmt sind. Für diesen "Kampf um das Überleben", die „Überwindung von Schwierigkeiten“ haben wir in der Evolution eine optimale psychophysiologische Ausstattung erhalten. Wir sind die Nachkommen von erfolgreichen „Überwindern“.

1.1 Traumatherapie als Überwindungsarbeit

Es liegt bei vielen PraktikerInnen die häufige *Fehlannahme* vor, das Erleben eines traumatischen Ereignisses sei immer oder häufig gleichbedeutend mit einer *Traumaerfahrung*, die pathogen wirke bzw. *pathologische Nachwirkungen* habe. Traumata können aber auch als bewältigte „kritische Lebensereignisse“ zur Ausbildung von *Resilienzen* und *Überwindungserfahrungen* führen.

Traumaerfahrungen müssen also keineswegs eine psychische Traumatisierung bedeuten, die regelhaft spätere Neurosen oder Psychosomatosen im Sinne "später Folgen" hervorbringt oder gar eine "Posttraumatische Belastungsstörung", eine chronifizierte Veränderung der Physiologie - eine "traumatic stress physiology" (*van der Kolk* 1994) und der Persönlichkeit bewirke. Sofern man einen Regelfall oder eine große Häufigkeit annimmt, ist das eine falsche Annahme. Die Mehrzahl der Menschen verarbeiten ihre Traumata. Es ist davon auszugehen, dass heute in den Tzunami-gebieten, in den pakistanischen Erdbebenregionen, den zentralafrikanischen Bürgerkriegsregionen, in den kaukasischen Kriegsgebieten, Afghanistan, dem Irak, in den Palästinensergebieten (anders als in Israel), den Kurdengebieten, den mittelamerikanischen Hurrikanregionen, den Terrorregionen um Dafour usw. also in fast allen hochtraumatisierten Populationen der Welt 99,9% der Menschen mit schweren Traumaerfahrungen ohne Traumatherapie auskommen müssen, nur gestützt von ihren Familien, Nachbarn, Dorfgemeinschaften, traditionellen Heilern. Nur eine kleine Zahl von Betroffenen bilden ein *PTBS* aus. Und auch von ihnen überwinden viele das Trauma durch die „natürlichen Therapien“, der „wechselseitigen Hilfeleistung“. Es ist durchaus die Frage zu stellen, ob die professionellen Traumatherapeuten hier gegenüber solcher „Selbsthilfe“ bessere Resultate bringen, zumal es ja auch ein nicht unerhebliches Retraumatisierungsrisiko z. B. durch Expositionsmethoden gibt. Aus der Psychotherapieforschung wissen wir: LientherapeuteInnen und Selbsthilfegruppen haben genauso gute Effektstärken, wie professionelle Therapien. Für den Traumbereich in den „high risk environments“, in denen kein Platz für „Überdramatisierungen“ ist - anders als in hochzivilisatorischen Wohlstandsgesellschaften - kann man sicher Ähnliches annehmen: zwischenmenschliche Hilfe ist höchst effektiv. *Perls* würde auf den „wisdom of the organism“ vertrauen, *Goodman* auf die wechselseitige Hilfeleistung (etwa in der Tradition *Kropotkins*). Beide hätten sich wohl kaum für besondere Methoden der Traumatherapie ausgesprochen. Sieht man in die Realität traumatisierter Menschen in den Notgebieten in aller Welt, und auf die hohe Kompetenz wechselseitiger Hilfeleistung, um gemeinsam Probleme und Katastrophen zu überwinden, dann ist es durchaus angesagt, auf solche Überwindungskompetenz zu setzen, neben den elaborierten Techniken moderner Traumatherapie. Wir haben solche

Überwindungsprozesse beobachtet und versucht, ihre Elemente konzeptuell zu fassen, um sie auch in der Therapie anzuwenden und haben in ihnen durchaus eine „**Weisheit**“ im Umgang mit Schwerbelastungen als „**Überwindungsarbeit**“ gefunden: Beruhigung, Förderung von Ruhe und Gelassenheit, Akzeptanz von Unabänderlichem, Trauen auf Mitmenschlichkeit – trotz Erfahrungen von Unmenschlichkeit, Mitleid und Trost, Menschenliebe. Das alles bildet oft genug die Basis dafür, mit Schicksalsschlägen und Belastungen fertig zu werden, sie stellen Kraft, Hoffnung und Zuversicht bereit, persönliche Katastrophen zu überwinden, um aus solchen Überwindungsleistungen weitere Hoffnung und Stärke, metareflexive Überschau, Weisheit und Klarheit zu gewinnen, die wiederum besonnenes, für Menschen engagiertes Handeln bekräftigen.

„**Überwinden** ist die Aktivität eines Menschen, Hindernisse – innere und äußere - in seinem Lebenskontext und Lebensvollzug *wahrzunehmen*, zu *bewerten*, um sie ggf. zu beseitigen, zu umgehen, hinter sich zu lassen auf dem Weg zu einem *Besseren*: im Vertrauen auf sein Können, unter Einsatz aller seiner Kräfte, Ressourcen und Potentiale, durch Mobilisierung seiner Vernunft und seines Willens, durch die Bereitschaft, die Hilfe seiner Freunde zu suchen und anzunehmen, durch das *Wollen* einer Veränderung, auch wenn sie schmerzliche Einschnitte oder Verzicht notwendig macht. *Überwindung* ist, einen unmöglich erscheinenden Schritt an einen anderen Ort zu tun, um eine andere Position und eine größere Souveränität zu gewinnen, verlorene Integrität wieder herzustellen. *Überwindung ist Ü b e r s c h r e i t u n g*. Gelingt sie, gelang die Überwindung, mißlingt sie, wird ein neuer Anlauf notwendig, der die wichtige Erfahrung des Mißlingens – und das ist kein endgültiges Scheitern – nutzt“ (Petzold 1969c).

Aus solchen „Überwindungserfahrungen“ wird Lebenklugkeit, zuweilen Lebensweisheit gewonnen. Deshalb muss das in Therapien auch angestrebt werden. Wir müssen auf die Weisheitsfähigkeit von Menschen setzen. Ihre Überwindungsfähigkeiten müssen angestrebt, unterstützt und gefördert werden. Um „**Überwindungsarbeit**“ zu leisten, kann man nachstehendes Prozessmodell verwenden, dass auf der Grundlage von Beobachtungen und der Beghadlung von PatientInnen aus Traumakontexten im Jugoslawienkrieg gewonnen wurde und aus der Auswertung der Praxen eines *Seneca*, *Epiktet*, *Marc Aurel*, deren Weisheiten wir in der Arbeit mit PatientInnen immer wieder eingesetzt haben:

„**Überwinden** ist ein Prozeß, an dem das Subjekt in seiner Ganzheit als *Körper-Seele-Geist-Wesen* beteiligt ist, indem es *das zu Überwindende* (eine Kränkung, einen Schicksalsschlag, ein Trauma, eine Schwäche, ein Begehren, eine böse Absicht, eine Verstrickung, eine Angst, eine Schuld) in und mit seinem Kontext **wahrnimmt**, einschließlich des Ortes, der Position, von der aus das Wahrnehmen und Betrachten erfolgt. In der Wahrnehmung beginnt alles! Das Wahrgenommene mit seiner *Resonanz* auf der Körperebene, „im Leibe“, wird im *eigenleiblichen Spüren* in der *Selbstempfindung* **bewußt gemacht** genauso wie die bestimmenden Situationsfaktoren. Beides wird *emotional (valuation)* und *kognitiv (appraisal)* **bewertet** und damit im bewußten Sinne „für wahr genommen“ (adsensio). Diese Bewertung wird verbunden mit einer Reflexion, woher die Maßstäbe der Bewertung kommen, und inwieweit sich darin die Bewertungen Anderer niederschlagen. In einem Akt der *Selbstempathie* wird dieses alles zusammengeschaut (*synopsis*), um die eigene Position zu bestimmen, sein Selbstvertrauen, seine **persönliche Souveränität**, d.h. die Verlässlichkeit seiner Fähigkeiten/Wissen (Kompetenzen) und seiner Fertigkeiten/Können (Performanzen) zu überprüfen, und zu einem Entschluß zu

kommen – was ggf. erneute Reflexions-, Klärungs- und vor allem Antizipationsarbeit notwendig macht. Die klärt, welcher Verzicht durch die Entscheidung ansteht, was verlassen, hinter sich gelassen wird, und welcher Gewinn erwartet werden kann, was das Kommende im Sinne eines Besseren ist, denn nur dann lohnt sich die Überschreitung.

Ist der Entschluß klar, wird der Wille angespürt und geprüft, ob er stark genug ist, den Entschluß umzusetzen. Es werden erneut die Konsequenzen dieser Umsetzung in den Blick genommen, wodurch eine letztendliche Klarheit darüber erreicht wird (und das kann das Klarwerden einer Unsicherheit, einer nicht zu beseitigenden Unwägbarkeit sein), wie groß das Wagnis sein wird, wie einschneidend und umfassend die Transgression von einem biographischen Ort zu einem anderen werden wird, darin liegt auch ihre Potential – und um solche Überschreitungen geht es, in denen Souveränität und Integrität wieder miteinander verbunden werden. – Es wird dann geprüft, ob alle Ressourcen (Freunde, materielle Mittel, professioneller Rat) genutzt wurden und bereit stehen. Dann erst soll man den Schritt wagen! Mißlingt er, beginnt eine erneute Reflexion und Metareflexion, wird erneut Rat eingeholt, wird untersucht, inwieweit ein bekanntes Muster des Scheiterns und der Selbstverhinderung zum Tragen kommt, ob Willensentschluß und Willenskraft nicht ausreichend tragfähig waren, Potentiale nicht richtig eingeschätzt wurden, und was noch – für einen nächsten Versuch – im Bereich des Durcharbeitens und was im Bereich des Übens, beides gilt es zu differenzieren, geleistet werden muß in der Arbeit an sich und mit sich selbst.“ Solche Prozesse wieder und wieder durchlaufen und durchlebt, mit Überprüfen und Wagen, mit Gelingen und mit Scheitern, hilft Menschen, „**Weisheitskompetenz**“ aufzubauen, „weisheitsfähiger“ zu werden, „**Gewissensarbeit**“ immer fundierter und sorgfältiger zu Leisten, um in Souveränität, Klarsicht und Menschlichkeit (*hominité*) zu wachsen. Dann wird es immer wieder gelingen, Belastendes abzulegen und zu überwinden und ermutigt (*empowered*), Überschreitungen (*transgressions*) in Angriff zu nehmen, einen „Neubeginn“ (*Balint* 1988) zu wagen, sich selbst zu verändern, das Leben neu zu beginnen. Diese Philosophie oder Grundeinstellung der „Übewundungsarbeit“ und der natürlichen Bewältigungskompetenzen liegen unserer traumatherapeutischen Arbeit als „unspezifische Traumabehandlung“ zugrunde, auch wenn wir spezifische traumatherapeutische Techniken einsetzen, wie sie in dieser Arbeit beschrieben werden. Immer gelten letztlich die nachstehenden Sätze des *Marc Aurel*

„Von dir selbst hängt es ab, ein neues Leben zu beginnen. Betrachte nur die Dinge von einer anderen Seite, als du sie bislang angesehen hast. Das nämlich heißt: ein neues Leben beginnen“ (*Marc Aurel* VII, 2). – Und:
„Schäme dich nicht, dir helfen zu lassen“ (*ibid.* VII, 7).

1.2 Risiken, riskante Methoden und und Risikogruppen in der Traumatherapie

Die verhältnismäßig eingegrenzte Gruppe Schwersttraumatisierter, besonders solche mit einem Migrationshintergrund und mit zerbrochenen Netzwerken, enturzelt und ohne die zwischenmenschlichen Stützsysteme allerdings bedürfen spezifischer Hilfen. Vor allem im Bereich der Versorgung und Sicherung (Fragen des Asyl- und Bleiberechts), Unterstützung im Umgang mit den kulturellen Brüchen, mit den Unrechtserfahrungen durch Verletzungen der Menschenrechte (*Petzold* 2001m). Sie brauchen materielle, soziale, juristische und moralische Hilfe und Unterstützung, „normatives Empowerment“, wie *Regner* herausgearbeitet hat (*Petzold, Regner* 2006)

¹ »**Normatives Empowerment** (NE) ist die von professionellen Helfern oder von Selbsthelfern erfolgende Förderung der Fähigkeit zu normativen Entscheidungen durch Menschen, die von Problem- und Belastungssituationen betroffenen sind, auf einer möglichst umfassend informationsgestützten Basis,

und dann bei entsprechender Indikation auch Psychotherapie.

Heute kann man mit einer etwas größeren Abständigkeit auf das Traumathema schauen. Es liegt in bestimmten Bereichen mehr an Forschung vor, in anderen Bereichen – etwa in der Arbeit mit schwersttraumatisierten im Migrationskontext – gibt es nach wie vor keine soliden Daten. Auch hier kann man nüchterner schauen als vor noch einigen Jahren. Die hohen Versprechungen des EMDR haben sich relativiert – die meisten Formen der modernen Traumatherapie haben ähnliche Effektstärken, wobei die behavioralen und kurzzeittherapeutischen Maßnahmen dominieren und *alle Ansätze* schwache oder keine guten Wirkungen mit komplexem Trauma, DESNOS, und problematischen, chaotischen Lebenssituationen, Netzwerkverlust, Migrantenschwierigkeiten haben. Allein der oft massive Ressourcenmangel wirft kaum zu überwindende Probleme auf und erfordert oft Langzeitbetreuungen, Hilfeprogramme, wo traumaspezifische Psychotherapie nur ein kleines Element einer notwendigen, traumaspesifischen Soziotherapie (*Petzold 1997c*) und eines „sophisticated case managements“ ist.

Auch in weiteren Fragen ist man noch nicht wirklich weitergekommen: der Frage der *Retraumatisierung* durch exponierende Traumatherapie, was diagnostische Vorabschätzung des Risikos, effektive Notfallinterventionen bei solchen entgleisenden Prozessen und was eventuellen Negativwirkungen auf das Immunsystem durch Expositionsmethoden anbelangt. Weiterhin was die Fragen einer wirklich greifenden, PTBS-prophylaktischen Frühintervention betrifft.

Im Moment gibt es noch keine Formen der Notfalltherapie bei Akuttraumatisierten die eine postraumatische Belastungsstörung verhindern können – allen Wirksamkeitsbehauptungen von Vertretern des „Debriefings“ in Akutsituationen zum Trotz, wobei hier z. T. auch „financial interests of those who provide acute interventions“ (*Litz, Gray, Bryant, Adler 2002*) gesehen werden müssen. Aber von einer gesicherten PTBS-präventiven Wirkung ist eben nicht auszugehen, da hat sich die Situation seit den Studien von *Bisson, McFarlane, & Rose (2000)*, *Gist & Woodall (2000)*, die selbst negative Effekte des Debriefings beobachten konnten, nicht geändert. Wir wissen über die Zeitfenster von „early interventions“ besonders in traumaspezifischer Zupassung noch viel zu wenig oder über die Wirkungsebenen Psychologisches Wohlbefinden durch ein *Debriefing* kann durchaus mit einer Verschlechterung des Immunstatus einhergehen oder negative psychologische Langzeiteffekte zeitigen. Die Übersicht von *Rose & Bisson (1998)*, ihre Untersuchung (*Rose, Wessely, & Bisson, 1998*) und ihr Follow-Up (*Rose, Bisson, & Wessely 2001*) stimmen zu Recht bedenklich und auch hier zeigt keine Verbesserung der Wissenstände. Aber es verdienen ja auch sehr viele Personen und Organisationen immer noch an den „Debriefings“, obwohl auch hier der Boom abklingt. In ganz ähnlicher Weise ist die Retraumatisierungsgefahr zu sehen. Zwar wird allenthalben vor dieser Möglichkeit gewarnt. Es wird auf die möglichen Belastungen des Immunsystems durch Expositionstechniken hingewiesen, aber es fehlt bislang immer noch, obwohl von uns schon seit langem angemahnt (*Petzold, Wolf et al. 2000*), weitgehend an Untersuchungen zu diesen Risiken, vor allen solchen, die physiologische Parameter erheben. Es wird betont, vorsichtiges Vorgehen sei erforderlich, ohne dass überzeugend dargetan wird, was das denn sei.

Die Notwendigkeit von Expositionen wird wissenschaftlich immer noch überzeugend

ausgerichtet an generalisierbaren, rechtlichen und ethischen Positionen (Grundrechte, Menschenrechte, Konventionen zu Natur- und Artenschutz etc.). NE vermittelt ein Bewusstsein für das „Recht, Rechte zu haben“ (*H. Arendt*), sensibilisiert für die „Integrität von Menschen, Gruppen, Lebensräumen“ (*H. Petzold*), baut Solidarität, Assertivität, Zivilcourage auf, erschließt Möglichkeiten der Informations- und Ressourcenbeschaffung, so dass die Betroffenen als Einzelne und als Kollektive die Kompetenz und Kraft gewinnen, normativ-ethische Entscheidungen für sich, andere Betroffene, das Gemeinwesen zu fällen, ihre Umsetzung zu *wollen* und für ihre Durchsetzung einzutreten« (*Petzold 2006n, Petzold, Regner 2006*).

nicht begründet. Für „Habituationseffekte“ gibt es keine wirklichen Nachweise. Was ein „reprocessing“ denn sei, „on the brain level“, wird eher vage umschrieben, als dass es stringente Modelle oder Nachweise gäbe. Man bleibt bei Modellvorstellungen. Überprüft im klinischen Kontext sind sie nicht. Augenbewegungen sind ja für die EMDR-Behandlung nicht zwingend erforderlich (Eschenröder 1997; van Etten, Taylor 1998). Ähnliches ist übrigens vom „Durcharbeiten“ zu sagen – in der Traumatherapie im Speziellen, in der Psychotherapie im Allgemeinen. Was heißt „Durcharbeiten“ neurowissenschaftlich „on the brain level“ und immunologisch mit Blick auf eine PTBS-Physiologie (Yehuda 2001)? Mit kognitiver Restrukturierung ist es wohl nicht getan bei einer dysregulierten Physiologie mit chronifizierten Hyperarousal-Numbing-Symptomatiken. Die Modelle einer Integration dissoziierter Erlebnisinhalte folgen immer noch dem psychoanalytischen Konzept der „Bewusstmachung“ – und das ist nur eine Modellvorstellung, die nicht dem Faktum Rechnung trägt, dass es im Gehirn doch wesentlich um „unbewusste Informationsverarbeitung“ geht, wie die derzeitige Willensdiskussion in den Neurowissenschaften zeigt (Petzold, Sieper 2007). Warum, bei einer so ungeklärten Forschungslage Menschen durch Expositionen führen, treiben, – belastende, angst- und schmerzvolle – wenn es auch sanfter geht? Warum muss Verdecktes, Dissoziiertes, „Verdrängtes“ (was ist das neurophysiologisch?) zu Bewusstsein gebracht werden, wenn doch andererseits schon früh betont wird, dass sich mit jeder intrusiven Wiederholung das Trauma sich tiefer in das Gehirn ätzt (van der Kolk 1994)? Diesen Fragen muss diskursanalytisch (Foucault) und dekonstruktivistisch nachgegangen werden, denn es könnte doch sein, dass „aufdeckendes Durcharbeiten“ ein kryptoreligiöser jüdisch-christlicher Diskurs im Gewande der Psychotherapie ist: Altes und Neues Testament sind voll davon, dass „Verborgenes offenbar werden müsse“, dem Herrn nichts verborgen bleiben dürfe, keine geheimen Gedanken oder Herzensregungen. Aber muss das für die Psychotherapie, die Traumatherapie gelten. „Denn da ichs wollte verbergen, verschmachtetete meine Gebeine“ (Ps. 32, 3ff, Sprüche 28, 13 usw. usw.). Bekenntnis, Offenbarung des Geheimen, das Herausschreien der Sünde, der Missetaten, bringt Barmherzigkeit, erquickt das Gebein, macht an Leib und Seele gesund (Ps. 30, 3, Sprüche 3, 8). Derartigen dekonstruktivistischen Untersuchungen sollte mehr Zeit gewidmet werden (Petzold, Orth 1998).

Was sicher, was gefährlich in der Traumatherapie ist? Meistens wird affirmiert, die Lege-Artis-Anwendung des eigenen Verfahrens sei „sicher“. Aber jede Exposition belastet das Immunsystem und man soll doch nicht glauben, dass eine „safe place“-Technik ein in der Exposition ausgelöstes Hyperarousal stoppen könnte, oder dass die ohnehin dysregulierten „Selbstregulationskräfte“ der belasteten PTBS-Patientinnen mit ihrer Hyperreagibilität auf z.T. schon geringe „Trigger“ der Expositionsstimulierung durch die Therapie etwas entgegenzusetzen hätten. Auf sie kann man – anders als vielfach behauptet – eben nicht setzen! Ernsthafte Mahner vor Expositionstechniken (Miltenburg, Singer 1997), die zeigen, es geht auch ohne Exposition, finden kaum Gehör. Aber insgesamt fehlt es ja in der Psychotherapie und Körpertherapie an Untersuchungen über Risiken, Nebenwirkungen, Schädigungen (Märtens, Petzold 2002), an Nachweisen (neben denen von Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit) zur „**Unbedenklichkeit**“ (Petzold 2002b) von therapeutischer Arbeit. Medikamente würden auf einer so schwachen Basis von Sicherheits- bzw. Unbedenklichkeitsnachweisen und bei solchen Nebenwirkungsrisiko (Petzold, Märtens 2002) kaum zugelassen. *Auch das ist als ein Kontext, der bei der gegenwärtigen massenhaften Anwendung von Expositionsverfahren kritisch gesehen und berücksichtigt werden muss, wenn man die Würde und die Sicherheit von PatientInnen (patient security, patient dignity) ernst nimmt und „für PatientInnen engagiert“ ist* (vgl. Petzold 2006n):

Körpertherapie, Psychotherapie, Traumatherapie können als solche schon ein beachtliches Nebenwirkungs- und Schadensrisiko haben und selbst traumatisierend und retraumatisierend sein.

Forschungsgestützter weitgehender Ausschluß von Risiken, kann derzeit in der Körpertherapie und in Sonderheit der Traumatherapie von keinem Verfahren nachgewiesen und beansprucht werden – und hier geht es nicht etwa um durchaus immer wieder geschehenden Missbrauch (*Petzold 1977*) sondern um die Routinepraxis. Vor diesem Hintergrund der Unwirksamkeit und des Nebenwirkungsrisikos ist von Expositionsverfahren in *post event debriefings* und *early interventions* abzuraten, sondern es sind vielmehr soziotherapeutische und psychoedukative Maßnahmen der Information, Maßnahmen der Stützung der „supportiven Valenz“ von familialen, amikalen und kolligialen Netzwerke (*Hass, Petzold 1999*), die Vermittlung von traumaspezifischen Entspannungsverfahren und die Bereitstellung sozialer Angebote – also sozialpädagogische/sozialarbeiterische Maßnahmen zu empfehlen, auch *stützende* Psychotherapie und nicht-evokative Leibtherapie/Körperpsychotherapie. Sollte sich trotz dieser Maßnahmen ein PTBS entwickeln – dann erst ist es Zeit, PTBS-spezifische Behandlungsformen einzusetzen. Zumindest ist das eine durchaus vertretbare Position.

1.3. Riskiosensible und kontextbewußte Arbeit in der Traumatherapie

In der Traumatherapie, insbesondere in der PTBS-Behandlung ist das Paradigma des „Aufdeckens“ und „Durcharbeitens“ wegen der Retraumatisierungsrisiken u. E. nicht indiziert, sondern Stützung, Beruhigung, Klärung und Strukturierung der Lebenssituation, Ressourcenaktivierung und lösungs- und zukunftsorientierten therapeutischen Maßnahmen ist – weil vollauf ausreichend - der Vorzug zu geben.

Vygotsky hat in seinen frühen Arbeiten mit traumatisierten Kriegswaisen und „stray kids“ nach der Revolution mit guten Gründen einen solchen „supportive and developmental approach“ und auf die Bewältigungs- und Entwicklungspotentiale von Menschen bauenden Ansatz vertreten (*Miltenburg, Singer 1997, 1999*). Die „Traumatherapeuten“ der Antike – Seneca, Epiktet – hatten „Beruhigung, Aushalten Lernen, Ablenkung und wertegeleitetes, sinnvolles Tun für das Gemeinwohl“ als Behandlungsstrategien empfohlen und praktiziert (vgl. hierzu, *Petzold 2001m*)

Ein weiteres Problem des Kontextes in der aktuellen Psychotherapie ist die Bewertung von Traumaerfahrungen: Bei dem hohen *lifetime risk*, einem Traumageschehen ausgesetzt zu sein (60%-90% der Amerikaner, *Breslau et al., 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995*), finden wir in dem National Comorbidity Survey 8% von Menschen, die vorübergehend *PTBS*-Symptome zeigen (*Kessler et al., 1995; Breslau et al. 1998* fand 9%). Eine deutsche Studie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen fand Prävalenzraten von ml. 0, 4 % und wbl. 2, 2 % (*Perkonig, Wittchen 1999*). Es zeigen sich demnach drastische kulturelle Unterschiede, offenbar determiniert von kognitiven (*appraisal*) und emotionalen (*valuation*) Traumabewertungen auf *individueller* und *kollektiver* Ebene bei den PatientInnen, was auch Auswirkungen auf die Traumabewältigung und auf Traumadiagnose und -therapie haben dürfte. Medizinanthropologische Untersuchungen zeigen, das das *PTBS*-Konzept massiv vom psychiatrischen Krankheitsmodell euroamerikanischem Provenienz bestimmt ist. Der „*export of trauma programmes*“ in Dritt- und Viertweltregionen wird

inzwischen von Experten, (die nicht an diesen Programmen verdienen!) bezweifelt. Hier liegen offenbar Risiken. „We have had experience of the negative effects of such programmes and have witnessed at first hand the ‘cultural aftershocks’, which are never recorded in conventional trauma research“ (Bracken, Petty 1998, 7). Ähnliche Effekte haben wir auch bei PatientInnen im ehemaligen Jugoslawien und in Jugoslawien beobachtet, die in Programmen ohne Berücksichtigung des soziokulturellen Kontextes von „*expatriate experts*“ betreut wurden, Experten, die zum Teil noch nicht einmal die Landessprache beherrschten und die die Direktiven für die einheimischen, bislang nicht traumaspezifisch ausgebildeten MitarbeiterInnen vorgaben. Das wog besonders schwer bei Formen traumatisierender sexueller Gewalt gegenüber Frauen.

Der soziokulturelle Befund aus unterschiedlichen Traumaereignissen (*man made* und *natural disaster*, Petzold 2000c), Situationen bzw. Lebenslagen (Kriegs- und Friedenszeiten) hat sowohl für die individuelle Therapie als auch für Gruppen-, Familien- und Netzwerktherapie Bedeutung (Petzold, Josić, Erhard 2003), denn es geht keineswegs nur um die „Therapie einer traumaspezifischen Psychopathologie und Pathophysiologie“ mit der Methode X oder Y (von Psychoanalyse bis EMDR). Es geht wesentlich auch um die Arbeit mit im Rahmen von Enkulturations- und Sozialisationsprozessen „*inkorporierten*“ kulturellen Werten, kulturspezifischem Umgang mit Gefühlen, mit dem Körper etc., mit Mustern des Denkens, Fühlens, Wollens, Handelns, Kommunizierens, die „verkörpert“, „eingeleibt“ wurden. Therapeutische Methoden und Strategien müssen deshalb entsprechen zugepaßt werden, dürfen nicht „dekontextualisiert“ eingesetzt werden – etwa bei Menschen, die weder wissen, was Körpertherapie oder auch Psychotherapie ist, weil sie in ihrem kulturellen Rahmen, ihrer Schicht, ihrem Milieu nicht bekannt sind. Insgesamt ist also in jeder Hinsicht ein **risikosensibles** Vorgehen angezeigt, was die Betroffenen und ihre Kontexte anbelangt.

2. Grundkonzepte für einen „Integrative Traumatherapie“ als Arbeit mit dem „Informierten Leib“

Eine Behandlung von Traumata und Traumfolgen ist immer Therapie des „Menschen in seiner Ganzheit in Kontext und Kontinuum“ und kann deshalb nicht nur Traumasymptome fokussieren, sondern muss auf eine umfassende anthropologische Sicht und auf eine differenzierte Gesundheits-/Krankheitstheorie umfassen, wie sie die Integrative Therapie vorgelegt hat (Petzold 1992a, 2001a, 2003a; Sieper, Orth, Schuch 2007). Auf einige Dimensionen seien in diesem Zusammenhang von Traumatherapie verwiesen.

2.1 Organismus, informed body, Leib-Subjekt – Körper-Seele-Verhältnisse aus integrativer Sicht

Eine Traumatherapiekonzeption muss zwingend eine *Somatheorie* umfassen, denn in Traumasatisierungen werden häufig somatische Strukturen beschädigt, biologisch-organismische Prozesse dysreguliert. Sie muss weiterhin unverzichtbar eine *Nootheorie* von (νοῦς gr. Geist) einbeziehen, die die Bereiche des Sinnes, der Werte und Normen umfasst (Petzold, Orth 2005), denn Traumata, besonders „man made disaster“ bedrohen und beschädigen persönliche Sinnsysteme. Mit dieser Problemkonstellation steht man mitten in der Problematik des **Körper-Seele-Problems** und damit des Verhältnisses von Natur- und Geisteswissenschaften, Tiefenpsychologie/Humanistischer Psychologie und Behavioral Medicine/Neurowissenschaften. Das „body-mind-problem“ ist bei der Mehrzahl der Therapieverfahren des nicht-behavioralen Paradigmas nicht solide bearbeitet und wird nicht explizit gemacht. Unsere Position, die u. a. an die russische psychophysiologische

Schule (Anokhin, Bernstein, Lurija, vgl. Petzold, Sieper 2007) anschließt, kann in diesem Kontext nicht in der erforderlichen Breite dargestellt werden (vgl. für die Integrative Therapie Petzold 2002j; Petzold, Sieper 2007).

LEIB ist im Sinne eines „*differentiellen, interaktionalen Monismus*“ (Petzold 1988n) das Zusammenspiel von *anorganisch-materieller* (philosoph. „stofflicher“) und *organismisch-materieller* (philosoph. „belebter“) sowie *transmaterieller*² (philosoph. „bewusster“ bzw. „bewusstseinsfähiger“) Wirklichkeit.

Die **Leiblichkeit** des Menschen wird in diesem Modell der Körper-Seele-Verhältnisse als ein Synergem von materiellen und transmateriellen Prozessen gesehen. Der Ansatz eines *differentiellen, interaktionalen Monismus* bietet für das Verständnis von Pathogenese und Salutogenese, von psychosomatischen bzw. somatoformen Phänomenen ein nützliches Modell, wenn auch noch keine letztgültige Erklärung. Der menschliche Organismus, der Mensch, dieses „**multisensorische Wesen**“ (Petzold 1988n, 196ff; 205r; Orth, Petzold 1993), braucht „**multiple Stimulierung**“ im „interpersonalen Kontakt“, d. h. *Informationen* durch sensorischen Input von allen Sinnen, die zerebral verarbeitet werden, ein Prozess in dem Sinn und Bedeutungen emergieren. Er wird so zum „informierten Leib“ (idem 2002j) wird – von Säuglingszeiten an. Bei „**Überstimulierung**“ (Trauma, Hyperstress wie Burn-Out, Mobbing etc. Weibel, Petzold 2007) können Schädigungen eintreten. Der Leib produziert auch „**multiexpressives Verhalten**“ mit all seinen Ausdrucksmöglichkeiten, und auch die werden als „*movement produced information*“ aufgenommen und gespeichert und tragen zur eigenleiblichen Informationsfülle, aufgehoben im Leibgedächtnis, bei. Bei traumatischen Erlebnissen sind es traumatische Erfahrungen, die mit ihren Archivierungen natürlich auch Auswirkungen haben können, etwa wenn die biologischen exterozeptiven und propriozeptiven Informationsströme, von „*affordances*“ (Gibson 1979), die im „Leibgedächtnis“ (Sieper, Petzold 2002) gespeichert werden und aus ihm z.T. abgerufen werden können (intrusive Flashbacks), zuweilen aber, wie im akuten Traumaschehen, auch blockiert werden und im PTBS zu Numbing-Reaktionen führen.

Eine solche **biopsychosoziale** Theorie hat natürlich in vielfältiger Hinsicht für eine moderne Traumatherapie Relevanz, die neurobiologisch, soziotherapeutisch und lebenssinnorientiert (Petzold, Orth 2005; Sieper, Orth, Schuch 2007) ausgerichtet sein muss. Wichtige Positionen seien herausgearbeitet:

2.2 Dynamische Regulation als Steuerungsprinzip

² Meine Differenzierung (Petzold 1988n; 2003a) **materiell** im Sinne des Paradigmas der klassischen Physik (Festkörper-, Teilchenphysik, gefüllt mit physikalischer *Information*) und der anorganischen Chemie, **transmateriell** im Sinne der Biologie (Lebendiges) und Psychologie (Mentales) und **immateriell** im Sinne der Theologie und Metaphysik (Geistiges, Göttliches) erlaubt die Aussage, dass naturwissenschaftlich-reduktionistisch nur im Paradigma des materialistischen Monismus konzeptualisiert werden kann und **Immaterielles** jenseits des wissenschaftlichen Weltbildes und wissenschaftlich begründeter medizinisch-klinischer Praxis liegt. Als eine Sache des Glaubens (z. B. an eine unsterbliche Seele) ist es zu respektieren und kann als subjektive Wertsetzung mit aus ihr erwachsenen Problemen – Wertekonflikte, Glaubenskrisen z. B. – durchaus Thema therapeutischer Arbeit werden (idem 2005b). **Transmaterielles** (Qualia, Gedanken, Gefühle, Bewusstsein, gefüllt mit transmaterieller *Information*) hat immer das Materielle als Bedingung, als *neuronale Voraussetzung*. Wirkungen des Materiellen in Transmaterielles finden wir bei psychotropen Substanzen wie Alkohol oder Canabinol. Wirkungen von Transmateriellem in Materielles wird bei meditativen Praktiken und allen Formen der mentalen Selbsterfahrung und intentionalen Selbstverwirklichung und Selbstmodifikation, also auch bei Psychotherapie, angenommen. Auch wenn in bildgebenden Verfahren Wirkungen verbaler Psychotherapie auf cerebralem Niveau nachgewiesen werden, bleibt damit das Problem ungeklärt und man verbleibt auf der Ebene des Korrelativen, die für klinische Heuristiken schon ganz vorteilhaft ist.

Die Leibgedächtnistheorie eröffnet eine Lerntheorie (*Petzold, Sieper 2002*), bietet Erklärungen für Störungen und damit für störungsspezifische Therapien. Beim Traumageschehen wird z. B. deutlich, dass das Blockieren des Hippocampus und des expliziten, des verbalen Gedächtnisses durch eine amygdaloide Übererregung durchaus als ein „*protektives Moment*“ gesehen werden kann und man lediglich eine Generalisierung des dissoziativen Mechanismus verhindern muss – also eine andere Sicht als die, mit der gemeinhin auf Dissoziationen geschaut wird, nämlich als ein pathologisches Geschehen. Dissoziationen müssen einen Nutzen haben, sonst hätte sich diese Reaktion evolutionsbiologisch nicht ausgebildet. Die Evolution produziert keine regelhaften Dysfunktionalitäten. Schon *Perls* hatte erkannt, dass die sogenannten Abwehrmechanismen durchaus auch nützliche Potentiale haben (ohne Projektion, keine Kreativität, ohne Introjektion kein Aushalten, ohne Konfluenz keine Exstase). PsychotherapeutInnen müssen hier stärker mit einer evolutionsbiologischen und -psychologischen Logik denken (*Buss 2004; Kennair 2006; Petzold 2006j*) und derartige Prozesse nicht voreilig und generalisierend pathologisieren. Natürlich kann es auch okkasionelle Dysregulierungen durch Traumatisierungen geben und mit denen müssen wir umgehen lernen. *Perls* (1948, 1973) würde von der Störung der „organismischen Selbstregulation“ in der Herstellung der für den Organismus notwendigen „Homöostasen“ sprechen. Das war in seiner Zeit im Bezug auf *Goldstein* eine sehr fortschrittliche Position, aber die Forschung ist weiter gegangen. Nicht ausgeglichene Homöostasen, sondern „dissipative Strukturen“, „chaotische Systeme“, „Katastrophen“, „geregelte Ungleichgewichte“ (*Ilya Prigogine, René Thom*) rückten ins Interesse. *Anokhin, Bernstein* und *Lurija*, die ja auch mit *Goldstein* Kontakt hatten (aber auch mit *P. Janet, H. Wallon, K. Lewin, Kurt Koffka*, der an *Lurijas* Usbekistanexpedition teilnahm), hatten die neurobiologische Grundlagenforschung in anderer Weise vorangetrieben. Durch die Erforschung von Bewegungsverhalten, Aphasien, kriegesbedingten Hirnverletzungen, entwickelten sie eine Theorie funktionaler, nicht-linearer Systeme, lange bevor amerikanische Psychophysiologen wie *Turvey, Kugler* oder *Kelso* (1995) den „non-linear systems approach“ oder *H. Haaken* (1983) seine „Synergetik“ ausgearbeitet hatten. Heute werden diese Forschungsströme – etwa die von *Bernstein, Kelso* und *Haaken* – in der modernen Neuromotorik zusammengeführt – wie an meiner Abteilung an der Freien Universität Amsterdam. Auf allen Ebenen des komplexen Menschenwesens-in-der-Welt spielen sich dynamische Regulationsprozesse ab.

» Als **dynamische Regulation** bezeichnen wir den *Operationsmodus im Regulationsgeschehen von komplexen, lebenden Systemen*, durch den Systemfunktionen auf allen ihren Ebenen optimal wirksam werden können: *intrasystemisch* auf der physiologischen, emotionalen, kognitiven, volitionalen, *intersystemisch* auf der sozialen und ökologischen Ebene in variablen Umwelten mit wechselnden Kontext/Kontinuum-Bedingungen (Belastungen, Anforderungen und Chancen, affordances). Das schließt auch ihre optimierende Entwicklung, Veränderung, Neuorganisationen ein, die geschieht, wenn z. B. durch „*reafferente Progressionen*“, durch anregende Rückwirkungen (Reafferenzen) Entwicklungen angestoßen werden oder wenn durch „*multiple Stimulierung*“ aus der Systemumwelt oder durch „*multiple Konnektivierungen*“ (von intra- und intersystemischen Elementen, Prozessen) neue Lösungen, Verhaltensmöglichkeiten, ja ggf. neue Regulationsprinzipien sich spiralig-prozedierend entwickeln oder auch spontan *emergieren*. « (*Petzold 1982d*, vgl. *Petzold, van Beek, van der Hoek 1994*)

Für theoretisches Verstehen von Lebensvorgängen, für die Steuerungs- und Selbststeuerungsprozesse von Menschen ist dieses Modell von größter Wichtigkeit und auch für die Erarbeitung von Strategien der Behandlung und für die Entwicklung von Behandlungsmethoden.

» Der Begriff „**dynamische Regulation**“ ist von zentraler Bedeutung im Integrativen Ansatz. Er stammt aus der *Biologie* und ist aus der Beobachtung lebendiger *biologischer* Systeme hergeleitet, die durch Regulationsprozesse Wirkungen *multipler Stimulierung* (Petzold 1975 e, 1988f) aus den Umweltsystemen und dem eigenen organismischen Binnensystem ihre Funktionsfähigkeit aufrechterhalten, optimieren, entwickeln können. Er wurde in der russischen Physiologie und Neurobiologie von *Anokhin, Bernstein, Lurija* grundgelegt mit Konzepten wie „Steuerung, funktionelle Organisation“ oder findet sich bei *Goldstein* als „organismische Selbstregulation“. Heute wird er oft auch mit dem aus der *Physik* stammenden Prinzip der „Selbstorganisation“ verbunden (Es wird in der IT am Regulationsbegriff festgehalten, weil der biologische und der physikalische Systembegriff nicht vollends gleichgesetzt werden können, denn sie sind durch einen nicht übergehbaren Parameter unterschieden: *Leben*). Mit „dynamischer Regulation“ und „Selbstorganisation“ werden die spontan auftretenden Prozesse der Bildung bzw. Veränderung räumlich und zeitlich geordneter Strukturen/Formen in offenen, dynamischen Systemen bezeichnet, die durch das Zusammenwirken (die „Synergie“, Petzold 1974j) von Teilsystemen zustande kommen. Die nichtlineare Systemdynamik offener physikalischer Systeme fern vom thermodynamischen Gleichgewicht (*Prigogine*) ermöglicht durch Nutzung von Energie aus dem Umfeld *Selbstorganisation*. „Dynamische Regulation“ ermöglicht die Erklärung von Veränderungs- und Entwicklungsprozessen als Zustandsübergänge, wie sie seit der Antike mit Begriffen wie „Metamorphose/Gestaltwandel“ oder „Krisis“ (Petzold 1990b) beschrieben wurden und heute Gegenstand der Theorie der „dissipativen Strukturen“ (*Prigogine*), der „Katastrophentheorie“ (*Thom*) oder der „Synergetik“ (*Haaken*) sind. « (Petzold 2000h)

Diese Konzepte wurden im Kontext meiner neuro- und psychomotorischen Forschungs- und Behandlungsarbeit „in der Lebensspanne“ an meiner Abteilung für klinische Bewegungstherapie an der FU Amsterdam entwickelt, wo u. a. mit Säuglingen, Psychiatrie- und GerontopatientInnen gearbeitet wird (*Salvesbergh* 1993; *Dröes* 1991) und motorische und zerebrale Prozesse untersucht werden (vgl. die Arbeiten von *Frank et al.* 2000 oder von *Beek et al.* 1995; *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994). Sie gelten insgesamt für das Entwicklungsgeschehen lebender Organismen, so auch für Entwicklungen des Gehirns im biosozialen Kontext – besonders, wenn man eine ökologische bzw. **ökopsychosomatische** Perspektive bezieht (vgl. *Petzold* 2006p, t). Stimulierung aus den ökologischen Gegebenheiten und aus gesellschaftlichen Aktivitäten mit ihren jeweiligen Niveaus an Komplexität wirken auf das Gehirn und beeinflussen seine Entwicklung, andererseits ermöglichen die zerebralen Entwicklungen in ihrer Differenziertheit das Entstehen gesellschaftlicher Komplexität und geben Impulse für Fortschritt (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994).

» In **Regulationssystemen** mit „**dynamischen Regulationsprozessen**“ verstehen wir unter „**Regulationskompetenz**“ die Steuerprogramme von Regulationsprozessen (also die Narrative/Strukturen, die „software“) und unter „**Regulationsperformanz**“ verstehen wir den Vollzug von Regulationsprozessen nach diesen Programmen (also die Ablaufmuster). Beides ermöglicht im **Regulationssystem** die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus bzw. des aus dieser biologischen Basis emergierenden Subjektes, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu steuern – von der *intrasystemischen/-personalen* Ebene, etwa der biochemischen, über die Ebene endokrinologischer Abläufe (z. B. HPA- Achse), emotionaler und kognitiver Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ des gesamten Regulationssystems, zu dem auch die Steuerung von *intersystemischen/-personalen* Regulationsvorgängen und immer auch Entwicklungsprozesse und -perspektiven gehören. Steuerprogramme für die Regulationskompetenzen, welche Performanzen auf unterschiedlichen Ebenen kontrollieren, werden *Narrative* (Schemata, Muster, Scripts) genannt. «(Petzold 2000h)

Regulation ist abhängig von multiplen innersomatischen und extrasomatischen Stimulierungen, die den Leib mit Informationen speisen.

» **Stimulierung** wird verstanden als komplexe erregende *exterozeptive*, außenweltbedingte und *propriozeptive*, innersomatische Reizkonfiguration mit spezifischem **Informationswert** - z.B. durch die Amygdala als 'gefährlich' oder 'ungefährlich' bewertet [emotionale *valuation*] und durch den Hypocampus und den präfrontalen Cortex aufgrund archivierter Erfahrung eingeschätzt [kognitives *appraisal*]. Durch die stimulierungsausgelösten mnestischen Resonanzen im Gedächtnis des 'informierten Leibes', des 'Leibgedächtnisses', einerseits sowie durch die Qualität des weiterlaufenden und aufgenommenen Stromes von stimulierender Information andererseits, werden Regulationsprozesse beeinflusst und die psychophysiologische Erregungslage des Menschen (Organismus und Leibsubjekt zugleich!) intensiviert, weiter erregt (up regulation, kindling, hyperarousal, z. B. durch adverse Faktoren) oder abschwächt, beruhigt, gehemmt (down regulation, quenching, relaxation, z. B. durch protektive Faktoren), was mit dem entsprechenden neurohumoralen Geschehen verbunden ist und Bahnungen bestärkt oder schwächt. Das hat für die Konzipierung konkreter Interventionspraxis erhebliche Bedeutung, denn der Therapeut und das therapeutische Setting müssen entsprechende Stimulierungskonfigurationen bereitstellen können, um die Prozesse **dynamischer Regulation** adäquat zu beeinflussen. « (Petzold 2000h)

Hier werden natürlich vertiefte Bezüge zur Integrativen Theorie „komplexen Lernens“ und zu ökologischen Lernmodellen der **Kontextualisierung** und **Dekontextualisierung** erforderlich (Sieper, Petzold 2002; Petzold 2006t).

2.3 Regulationstheoretische Konzepte im Kontext Integrativer Traumatherapie

Traumatische Stimulierung/Überstimulierung ist immer mit vorübergehender Dysregulation (akute Traumaphysiologie) verbunden – und birgt die Gefahr, langwirkender Dysregulationen (PTBS), für die klinische Formen der Behandlung zur Anwendung kommen müssen. In dieser Arbeit wird in Sonderheit auf ein spezifisches Behandlungsformat im integrativen Ansatz, das **IDR-T**, die „Integrative und Differentielle Regulation im Traumaformat“ eingegangen, das im Rahmen einer übergeordneten, umfassenden Behandlungskonzeption zum Einsatz kommen muss. Diese wurde an anderer Stelle dargestellt (Petzold 1999i, Petzold, Wolf et al. 2000), so dass hier die spezielle Methodik im Vordergrund steht, die aber im Kontext des **biopsychosozialen** Ansatzes integrativer Theragnose (ibid. 477 – 497) gesehen werden muss, d.h. der Diagnose und Behandlung für Menschen in destruktiven bzw. „**prekären Lebenslagen**“ (idem 2000h), womit eine individualisierende Betrachtung überschritten wird. *Netzwerkperspektiven* (Hass, Petzold 1999; Petzold, Josić, Ehrhardt), individuelle und kollektive Lebensnarrationen (idem 2001b) und soziotherapeutische Arbeit (idem 1997c) werden einbezogen. Das muss als Hintergrund der dargestellten Methodik im Blick behalten werden. Leitend bei allen traumatherapeutischen Maßnahmen müssen u.a. wegen der *Retraumatisierungsgefahr* und der besonderen Probleme der „man made disaster“ (Folter, Mißhandlung etc.) ethiktheoretische Leitprinzipien sein, die für die nachstehend beschriebenen Ansätze maßgeblich sind: *informed consent*, der Patient muss über jede Maßnahme aufgeklärt werden und ihr zustimmen; *client welfare*, *patient security*, *best practice*, Wohlergehen und Sicherheit des Patienten, sind unabdingbar zu gewährleisten, die Interventionen sollen forschungsgestützt auf den besten Stand des Wissens sein; *client dignity* (Märtens, Petzold 2002), die Würde des Patienten steht, eben weil sie antastbar ist, bei vielen Opfern angetastet wurde, an oberster Stelle bei jeder Maßnahme.

Die *Integrative Traumatherapie* hält aufgrund ihrer Betonung des Aspektes der **psychophysiologischen Dysregulation** bei PTBS und der biopsychosozialen und immunologischen Dimensionen von psychischen und somatoformen Störungen ganz

allgemein - man denke an die Psychophysiologie der Depression (Nemeroff 1996; 1999) – die Berücksichtigung dieser Dimensionen in der Therapie für unverzichtbar. PTBS als ein „multisystem disorder“ (Southwick et al. 1997, 136), bedarf multipler Behandlungsstrategien. Sie ist in ökologischer Sicht als eine Überforderung des Menschen mit seinem Kontext (Petzold 2006 p) und seinen Bewältigungsmöglichkeiten in seinem Gesamtsystem zu sehen, als eine Überbelastung seines sozialen Netzwerkes bzw. Konvois, zumeist verbunden mit einer „**prekären Lebenslage**“ (Petzold 2000h). In solchen Lebenslagen besteht dann in besonderer Weise die Gefahr, dass Überforderungen eintreten, die, wenn sie zeitextendiert zur Wirkung kommen, nachhaltige Schädigungen zur Folge haben können.

*Traumata sind externe (z.B. Verletzung, Misshandlung) und/oder interne (z.B. Krankheit, Vergiftung) Überstimulierungen, die abhängig von Intensität und Dauer, zu nachhaltigen pathologischen Folgen führen können. „Wir fassen unter den Begriff **Traumatisierung** eine zuweilen außergewöhnlich kurze Stimulierungssituation, welche sich aber auch sequentiell verlängern kann, die für den Organismus bzw. das ‚personale System‘, die Persönlichkeit, derart bestandsbedrohende Wirkung hat, dass sie zu bleibenden Strukturschäden führt (z.B. durch einen übersteuernden Generalisierungseffekt, aufgrund dessen etwa alle Kontaktsituationen als existenzbedrohend eingestuft werden). Traumatisierungen können durch extreme Über- oder Unterstimulierungen gesetzt werden, wie z.B. Unfälle, Krankheiten, Überfall, akute Deprivation: Sie sind niemals ‚n u r psychisch‘, sondern immer auch intensives körperliches Erleben mit Folgen innerhalb des Leibes (z.B. psychosomatische Reaktionen, Störungen der Atem- und Tonusregulation), die nur auf der Ebene des Leibes angegangen werden können. Dabei ist der Leib auch immer ‚social body‘. Er ist kulturell geprägt aufgrund von *représentations sociales*, als ‚Männer- und Frauenkörper‘ in Außen- und Selbstbewertung sozial qualifiziert, eingestuft. Der Leib inszeniert sich – als Held, hart wie Kruppstahl, als here Heldenmutter, stark im Leiden und Erdulden – auf sozialen Bühnen. Die Traumatisierung ist **sozial bewertete** Psychophysiologie, d.h. auf persönlich-individueller und auf kollektiver Ebene bewertet“ (Petzold 1970c, 37, vgl. 1977a, 267, 1988n, 361).*

Diese frühe Konzeption hat sich über die Jahre prinzipiell nicht verändert. In ihr wurde und wird die **physiologische** Ebene (damals orientiert an der Russischen Schule A. Ukhomsky, N. Bernstein, A. Lurija, heute sind A. Damasio, G. Edelman, J. LeDoux u.a. hinzugekommen) verbunden mit der **sozialpsychologische** Ebene (mit L. S. Vygotsky und den „*représentations sociales*“ von S. Moscovici 1961, 2001) über das integrative Konzept „komplexen Lernens“ (vgl. Sieper, Petzold 2002), das diese Ebenen zwingend verbindet.

»Soziale mentale Repräsentationen als kollektive Kognitionen, Emotionen, Volitionen und Performanzmuster durchfiltern die individuelle Leiblichkeit in Mimik, Gestik, Bewegungsabläufe und prägen sie bis in die Physiologie« (vgl. Petzold 2003a)

Vygotsky (1978) betonte, dass das „*Intramentale*“ Niederschlag des „*Intermentalen*“ ist.

»Intermentales, geteilte „mentale Repräsentationen“, können sich nur durch „interkorporalen Austausch von Informationen“, durch komplexe Ausdrucks- und Austauschprozesse und Synchronisationsleistungen bilden: Erlebte Berührung/dialogue tonique, getauschte Blicke/échange des regards, Wechselrede/polylogue, mitvollzogene Bewegung/commotricité etc. (Petzold 1970c, 34).«

„**Interkorporale Informationsvermittlung**“ wurde für die Integrative Therapie als Konzept durch das Studium der von Pierre Janet inspirierten und von Henry Wallon begründeten „*psychomotricité*“ prägnant und das Konzept des „*dialogue tonique*“, des Tonusdialogs zwischen Mutter und Kind von Julian de Ajuriaguerra (1962), Kinderpsychiater und Neurologe. Später kamen durch Petzolds psychomotorische Säuglingsforschung an Caregiver-infant-Dyaden Konzepte wie „gazing dialogues“, „vocal tennis“ etc. hinzu (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994j). Heute wird es noch durch die Entdeckung von der „Spielgelneuronen“ (Rizzolatti et al. 1996; Gallese 2001) gestützt, die eine gute neurowissenschaftliche Basis für die Erklärung des „*Imitationslernens*“ (A. Bandura) und der motorischen und mentalen (d.h.

kognitiven, emotionalen, volitiven) „komplexen Synchronisationsleistungen“ (H. Petzold) bietet. Leibtherapie zentriert in sozialer Interaktion.

Integrative Therapie ist leibtherapeutisch ausgerichtet im Rahmen eines *biopsychosozialen Modells* (idem 1974j, 2000h) das Formen von Psycho- und Soziotherapie, ggf. Medikation und Formen psychophysischer Therapie verbindet, wie wir sie etwa als *Methoden* der Atem-, Bewegungs-, Entspannungs- und Sporttherapie seit den Anfängen unseres Verfahrens zielgruppen- und störungsspezifisch (Petzold 1970c, Berger 1971; Petzold, Berger 1973, 1978b) entwickelt haben und die empirisch als erfolgreich evaluiert wurden (van der Mei, Petzold, Bosscher 1992; Bosscher 1991; Heintz 1997; Petzold, Bloem, Moget 2003). Leiborientierte Integrative Therapie wurde u.a. in der Arbeit mit Folteropfern, Flüchtlingen (idem 1986b, Petzold, Iturra 1996) und Kriegstraumatisierten in den jüngsten Balkankriegen (Josić, Petzold 1995, 2000) eingesetzt und zwar im Rahmen des Konzeptes *bimodaler* bzw. *multimodaler* Behandlungen (Petzold 1993p, 1974j, 304), in denen diese Ansätze, etwa die „Lauftherapie“ oder Methoden *aktiver* und *passiver* Entspannung (ibid. 341ff, 349f) von Integrativen TherapeutInnen seitdem verwandt werden, insbesondere die „Integrative und **Differentielle Relaxation**“ (**IDR**) – auch „**Iso-Dynamische Regulation**“ (**IDR**) genannt, im traumaspezifischen Format **IDR-T** (Petzold 1985f, 2000g), weil sie auf eine ausgeglichene, ausgewogene (ισος, ισοϋ) psychophysiologische *Selbstregulation* des Menschen gerichtet ist. Es sind in der Regel „sanfte Stimulierungen von Seiten des Therapeuten, die zu einem sanften Umgang mit sich selbst führen sollen“ (Petzold 1970c, 38). All diese Maßnahmen haben das Ziel „einer ‚lockeren‘ Spannung, die weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhaltet, sondern eine wache, energiegelade Gelöstheit darstellt“ (idem 1974k, 341). Heute haben wir das Prinzip der „sanften Stimulierung“ mit dem Term „low-level stimulation“ (vgl. infr.) verbunden. Für die Therapie des Traumageschehens und der *PTBS* mit ihren Aus- und Nachwirkungen wurde der Ansatz in einem störungsspezifischen *Traumaformat* zugeschnitten, das in Kürze dargestellt wird.

Dabei ist immer im Blick zu behalten, dass die körpertherapeutischen Behandlungsteile immer eingebunden sind in komplexere Behandlungsprogramme, wie sie für Schwersttraumatisierte unverzichtbar sind, besonders bei Migranten, Kriegsopfern, Folteropfern u.a. sei es „vor Ort“ in den betroffenen Ländern, sei es in Situationen nach Flucht und Vertreibung – Asyl oder Exil. Familien- und Netzwerkarbeit, social programming, Alltagshilfen in situations- und *kulturspezifischer Zupassung* sind *notwendig* für erfolgreiche Traumabehandlungen (Petzold, Josić, Erhardt 2006, Hass, Petzold 1999), die eben nie auf eine „Methode“, ein „Verfahren“ – Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie usw. – selbst nicht auf eine Methodenkombination (Butollo et al. 1999) abgestellt werden können, sondern etwa narrative und kreativtherapeutische Interventionen (Petzold 1999q, 2001b), sinn- und werteorientierte (idem 2001m), soziotherapeutische, netzwerktherapeutische (idem 1997p, idem et al. 2003) verbinden müssen. – Körpertherapie allein kann ein schweres *PTBS* genauso wenig erfolgreich behandeln wie ausschließlich psychotherapeutische Maßnahmen.

3. Stresstheoretische und traumaphysiologische Rahmenkonzeption

Traumata – *man made disaster* zumal - sind oft genug an destruktive zwischenmenschliche Konstellationen gebunden: Kriege, Pogrome, Misshandlungen. Für biologische und pathophysiologische Aspekte des Traumageschehens sei auf van der Kolk (1994), Yehudas, McFarlane (1997; Yehuda 2001) und Petzold, Wolf et al. 2000, 463ff) verwiesen. In *integrativen Modellen* der „Stresserfahrung“ (Weiner 1992) werden **psychologische** und **sozialpsychologische** Konzeptionen (Lazarus,

Folkmann 1984), z.B. der Stressbewertung (Schwarzer 1993), mit **physiologischen** Perspektiven verbunden (Ursin, Olff 1992; Hüther 1996; Yehuda 2001). Sie müssen für interventive bzw. therapeutische Maßnahmen umgesetzt werden. Die Integrative Therapie unternimmt solche Umsetzungen mit der Differenzierung von **kulturbestimmten** kognitiven *appraisals* und emotionalen *valuations* sowie genetisch disponierten, aber auch durch soziales Lernen geprägten stressphysiologischer Markierungen. Das „Zentrale Adaptationssyndrom“ von Hüther (1996, 1999) bietet für eine solche integrierende Berachtungsweise eine gute Basis und für das **IDR-T** folgende stressphysiologische Konzeption:

*Wahrnehmung einer Reizkonstellation → wird als bedrohlich eingestuft durch präfrontalen Cortex, assoziative Cortexareale, limbisches System, hier besonders die Amygdala (Markierung mit affektiver Qualität) → Nucleus Paraventricularis des Hypothalamus → Sekretion von Noradrenalin und weiterer Stimulierung der **HPA-Achse**: Hypothalamus (CRH, ACTH, Vasopressin), Hypophyse (ACTH, GH, TSH, β -Endorphin), Nebenniere (Cortisol, Noradrenalin, Adrenalin).*

*Das im Rahmen der als **k o n t r o l l i e r b a r / r e g u l i e r b a r** klassifizierten Aktivierungsreaktion ausgeschüttete NA und GH begünstigt den strukturellen Um- und Ausbau von neuronalen und synaptischen Verschaltungen im Sinne einer Bahnung und Stabilisierung all jener Verschaltungen – und zwar lebenslang –, die zur Bewältigung der betreffenden Herausforderung aktiviert und benutzt werden können. Greifen diese erworbenen Strategien nicht mehr, wird die Situation **u n k o n t o l l i e r b a r**, wird sie **d y s r e g u l i e r t** kommt es zu einer langanhaltenden, schweren neuroendokrinen Stressreaktion, die mit Übererregbarkeit (hyperarousal) und/oder Hilflosigkeit, Resignation, Vermeidung (avoidance), Abstumpfung, Apathie (numbing) einhergeht (Traue, Schwarz-Langer, Gurriss 1997). Diese entgleiste „stress physiology“ destabilisiert durch ihre neurotoxischen Effekte, u.a. durch dysregulierte Cortisolausschüttung (Hyperstress < Cortisolübersteuerung; Traumatischer Stress > Cortisoluntersteuerung) die im Gehirn bereits etablierten neuronalen Verschaltungen (Sapolsky 1992, 1996; ggf. Verlust von Hippokampusvolumen) und kann zum Zerfall der bisherigen gebahnten Copingmuster führen (vgl. Hüther 1996, 1999; Yehuda 1997; Gottlieb 1997; Griffin et al. 1997).*

Die Folgen sind erhöhte Reagibilität (Orr et al. 1997) für traumarelevante oder traumaähnliche Reize. Durch die dauerhafte Noradrenalinübersteuerung steigen bei Auslösereizen Herzrate, Blutdruck und subjektives Stresserleben an (McFall et al 1990). Die Dysregulation des endogenen Opiathaushalts (van der Kolk 1989) kann sozialen Rückzug begünstigen (Panksepp et al. 1989). Die Konsequenz einer solchen Sicht muss sein: „to devise strategies to reduce or prevent neuronal damage“ (McEven, Margarinos 1997, 280). Und hier steht man immer noch am Anfang. Viele Forscher stimmen darin überein, dass „repeated severe stressors appear to be associated with more pernicious forms of the illness“ (Post et al. 1997, 285). Es entsteht eine Sensibilisierung (*kindling*) und eine solche „*kindling response*“ ist auch bei vielen Patienten durch intrusive Wiederholungen, z.B. in Albträumen und Ruminationen, anzunehmen oder auch bei intensiven oder „prolongierten Expositionen“ in Therapien (Foa et al. 1997; Ehlers 1999; Shapiro 1995) zu befürchten, ja selbst schon bei „*indirekter Exposition*“ (wenn man z.B. von Traumatischem, von der schlimmen Zeit spricht etc.) oder bei der von mir und meinen Mitarbeiterinnen entwickelten Strategie und Praxis „*moderater Exposition*“, wenn sie indiziert ist. Bei dieser werden Erinnerungen mit Körperresonanzen und ggf. Bildern (allerdings möglichst ohne große Vertiefung) aufgerufen, um „*aktivierte Strukturen*“ (vgl. Petzold, Wolf et al. 2000, 505ff) zu erhalten. Man „inszeniert“ gleichsam eine traumatoforme psychophysiologische Situation, indem man sie aus dem „Leibgedächtnis“, dem „informierten Leib“ (ibid.) abrufft. Hier nun sollen „*korrigierende psychophysiologische Erfahrungen*“ – das

Konzept von *F. Alexander* erweiternd – eingebracht werden. In praxi wird das in den integrativen Entspannungsverfahren, z.B. der **IDR**, seit fast dreißig Jahren (*Berger* 1971; *Petzold* 1970c) therapeutisch umgesetzt durch das *relaxierende Strecken und Dehnen in einem Zustand psychophysiologischer Angeregtheit bzw. emotionaler Berührtheit*. Die von *Post* (et al. 1997) und Mitarbeitern (*Weiss* et al. 1995, 1997) vorgelegten Forschungen und Modellvorstellungen über neurophysiologische Anregung bzw. Sensibilisierung (*kindling*) cerebraler Areale, z.B. der Amygdala, und „*kindled memory traces*“ und über Tierversuche, in denen *quenching effects*, eine Löschung oder Unterdrückung des *amygdala kindlings* erreicht werden konnten, also die Verhinderung des Sensibilisierungsvorgangs, legt nahe, in diese Richtung auch bei der Entwicklung von Therapieformen zu gehen.

„... man könnte spekulieren, ob eine Kombination von Behandlungsmodalitäten nicht höchst effektiv sein könnte im Versuch, die traumatischen Gedächtnisspuren im PTBS vorbeugend zu verhindern, zu hemmen oder teilweise zu löschen. Zum Beispiel in der Psychotherapie könnten prolongiertes, intensives Trösten, Stützen und Halten nach einem traumatischen Angriff einigen der optimalen Parameter des Quenchings ähnlich sein“ (*Post* et al. 1997, 291).

Man muss sich natürlich darüber klar sein, dass es sich hier noch um eine *analogisierende Konzeptualisierung* handelt, die durch Forschung mit TraumapatientInnen bestätigt werden muss. Das ist aber nur möglich, wenn entsprechende Methoden entwickelt werden, oder vorhandene, wie **IDR-T**, den konzeptuellen Entwurf aufnehmen. Dann werden Fragen wie die des Zeitfensters wesentlich. Muss das *Quenching* kontingent zur sensibilisierten Reaktion erfolgen? Vieles spricht dafür. Bringen Expositionstechniken eine traumatoforme Reaktion, die dann für ein *Quenching* Effekte haben kann? – Auch dafür sprechen Forschungsbefunde (*Shalev* 1997, 381, idem et al. 1993; *Pitman* et al. 1987). Generalisiert der für eine Exposition erreichte *Quenching*-Effekt sich für andere Auslösesituationen oder wie kann dies erreicht werden? Das ist nicht sicher, wahrscheinlich müssen verschiedene Situationen mit *Quenchings* bearbeitet werden, das legen zumindest unsere klinischen Erfahrungen mit beruhigendem **IDR** nahe. Viele Fragen sind hier offen und nur durch eine Kombination von Grundlagenforschung und klinischer Forschung zu beantworten.

Die von *Post* (et al. 1997) angesprochenen Praxisvorschläge sind in Integrativer Bewegungstherapie und **IDR** ein durchaus typisches Vorgehen für die übungszentrierte oder erlebniszentrierte Behandlungsmodalität (vgl. *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994, Abb. 30 – 37), denn sie praktizierte stets zwei mögliche Strategien: Bei Übererregung/hyperarousal – etwa in der *Agitationsphase* des Überforderungserlebnisses, bei Flashbacks, intrusiver Hyperaktivität – wird Abwärtssteuerung (*down-regulation*) z.B. durch sanft aktivierende, beruhigende Bewegungsübungen und Relaxtechniken angestrebt. Bei Antriebslosigkeit/numbing – etwa in der *Resignationsphase*, depressiven Verstimmungen wird Aufwärtssteuerung (*up-regulation*), z.B. durch anregende Bewegungsübungen (*Hausmann, Neddermeyer* 1996) angestrebt. Ziel ist bei beiden Vorgehensweisen eine „moderate Angeregtheit“, ein „Eutonus“, eine „balancierte isodynamische Lage“ durch Behandlungsangebote, die u.a. angeregt von Erfahrungen mit der *Ferenczi*-Technik des liebevollen Haltens (*Ferenczi* 1932; *Petzold* 1969b), dem Prinzip der „sanften Stimulierung“ (idem 1970c), aber auch aufgrund von Feldbeobachtungen zum Schutz- und Bergeverhalten bei Menschen und Tieren in Gefahrensituationen, Unterstützungsverhalten nach Belastungen³, und aus den Parenting-Strategien unserer Säuglingsforschungsprojekte (idem 1994j) von uns entwickelt wurden (*Petzold* 1970c, 1992a, 766-786).

Unter Verweis auf einen Bericht von *Foa* und *Riggs* (1993) meinen *Post* (et al. 1997, 291): „when a rape victim is acutely assaulted verbally, psychically, and physically, the therapist and a friend or a spouse can engage in soothing reassurance and physical holding and stroking in an attempt to counter the acute characteristics of the traumatic event with more chronic, *low-level stimulation*, and minimize the potential for longer-term evolution of the *PTBS* syndrome. Perhaps such processes combined with

³ Vgl. das „*grooming*“ von Primaten nach Kämpfen oder Belastungssituationen. *Hüther* (1998, 52) berichtet von Primatenexperimenten, in denen in der experimentellen Belastungssituation der durch einen Hund bedrohte Affe, durch das Hinzusetzen eines zweiten Tieres aus seiner Gruppe, durch einen „Freund“ also, seinen erhöhten Stresshormanspiegel abbaute. Gemeinsam waren die beiden Tiere gegen den Streß „gepuffert“, sie hatten füreinander eine *Schutzschildfunktion*.

appropriately timed and targeted pharmacotherapies can ultimately reduce the incidence of posttraumatic syndromes in many emergency rooms“ (meine Hervorhebung). Natürlich gilt dies nicht nur für „emergency rooms“, die im europäischen Raum noch kaum vorhanden sind und wo ein deutlicher Handlungsbedarf besteht, sondern muss insgesamt für traumatherapeutische Situationen gesehen werden. Unsere Arbeit mit kriegstraumatisierten Menschen in Jugoslawien und ehemaligen Jugoslawien (*Josić, Petzold 1995; Pantic, Petzold 2000*) und mit Flüchtlingen und Folteropfern (idem 1986b; *Petzold, Iturra 1996; Jordi 2000; Koop 2000; Petzold, Wolf et al. 2002*) vermittelt körperorientierter Behandlungsmethoden der Integrativen Therapie bestätigt diese Erfahrungen vollauf. Die Menschen des Konvois oder die professionellen Helfer übernehmen eine „Schutzschildfunktion“ (*Petzold 1995a, 200*) und dieses „*shielding*“ hat eine mächtige, stresspuffernde Funktion. Sie tragen dazu bei, eingetretene **Dysregulationen** wieder in optimal funktionierende „*dynamische Regulationsprozesse*“ zu überführen (*Petzold, Orth, Sieper 2005*), **Regulationskompetenz** und **-performanz** zu restituieren. Nur dann wird es möglich, eine Chronifizierung der traumatisch-dysregulierten Stressphysiologie zu verhindern.

4. Der entspannungstherapeutische Ansatz der IDR

Unter der Vielzahl der entspannungstherapeutischen Methoden (*Poppen 1998; Stockvis, Wiesenhütter 1979; Vaitl, Petermann 1993*) lassen sich große *Orientierungen* ausmachen z.B.:

1. *mentale Entspannung* (wie z.B. das Autogene Training von *I.H. Schulz* und imaginative Ansätze, *Vaitl 1993*), die „*top-down* from mind to muscle“ vorgeht;
2. *muskuläre Entspannung* (wie z.B. das sogen. Jacobson-Training, meist in irgendeiner adaptierten Form, vgl. *Hamm 1993*), die „*bottom up* from muscle to mind“ vorgeht;
3. *respiratorische Entspannung* (wie z.B. die *Middendorf*-Arbeit), die „*bottom up* from breathing to mind and muscle“ vorgeht;
4. *physikalische Entspannung* (wie Methoden der Krankengymnastik, Wärme- und Kältepackungen, der Hydro- und Balneotherapie, der Massage, insbesondere *low-level stimulation* durch bekräftigende Stützberührung und beruhigende Streichberührung etc.) „*bottom up*“;
5. *Biofeedback-Entspannung - bottom up und top down*;
6. *substanzierte Entspannung* (wie pharmakotherapeutische oder phytotherapeutische Substanzen, z.B. Valeriana, Passiflora, Hypericum, Tilia oder aromatherapeutische mit Bergamotte, Oregano, Sandel etc.; vgl. *Vroon et al. 1996; Lawless 1991; Tisserand 1998*) „*bottom up*“.

In der **IDR** verwenden wir – indikationsspezifisch gewichtet – eine originäre Kombination der *Orientierungen* 1 – 3, wobei gelegentlich 4 – 6 beigezogen werden. Grundsätzlich gehen wir zu Anfang „*bottom up*“ vor, da viele Menschen „nicht abschalten“ können und damit 1 oft nicht greift. Bei 2 verwenden wir *nicht* die gängigen Post-Jacobson-Methoden (vgl. *Hamm 1993*), da sie überwiegend mit *Agonistenbeugung* arbeiten, oft zu hart anspannen lassen und verspannte/überspannte PatientInnen eher noch in einen zusätzlichen Streß geraten oder doch nicht richtig entspannen können. Wir zentrieren auf *atemgestütztes Stretching* (*Petzold 1974k; Carlson, Curan 1994; Osterbrink 1998*) der Antagonisten und „*soft activation*“ der Agonisten, wiederum begleitet von Atemtechniken - *Relaxatmung*: ein tiefes Ausatmen durch den Mund, die Spitzen der gespreizten Finger in Brusthöhe leicht gegeneinander gedrückt, danach tiefe Einatmung, Zunge gegen den Gaumen gestellt (*Middendorf 1984*) oder *Mikrostretching*: Recken des Nackens bei leichter Rechts-Linksrotation des Kopfes, langsames Spreizen der Hände, langsames Reiben der Hände etc. Das sind Techniken, die man üben und unmittelbar in Belastungssituationen einsetzen kann. Insgesamt steht die **IDR**-Arbeit in der Zielsetzung, die auch im originären *Jacobson*-Ansatz leitend war (*Jacobson 1938*), für Verspannungen zu sensibilisieren, ihren Aufbau wahrzunehmen und *rechtzeitig* mit Streckung und Atemdehnung gegenzusteuern, ja bestehende Restspannungen feinspürig abzubauen. 2 und 3 sind in dieser Weise kombiniert. Unterstützend können noch entspannende Phantasiebilder (z.B. entspannende Landschaft, spielende Kinder), die im Sinne des „Mentalen Trainings“ mit dem Patienten erarbeitet wurden, aufgerufen werden und zwar *mit offenen Augen*, um Kontrollverlust und hypnoiden Effekten mit Konfluenz- und Intrusionsrisiken vorzubeugen. Dieser „*positive recall*“ wird auf die begleitenden Leibempfindungen ausgedehnt. Menschen lernen so, angenehme „Leibatmosphären“ (*Schmitz 1989*) und Entspannungszustände zu evozieren. Kurzwirkende Evokationstechniken (Mikrostretching, Quick-Relax) werden für den Alltag eingeübt (z.B. Handspreizen, Recken, Gähnen mit Entspannungslandschaft oder

positiven Bildern als „Mentalclips“). Das „angenehme Klima“, dass der Therapeut/die Therapeutin in der Behandlungsstunde aufbaut, ist dabei eine wichtige Voraussetzung. Er muss ein aktuell erlebbarer, positiver und *entspannter* Beistand und Begleiter sein, um ggff. als ein „innerer Beistand“ (Petzold 1985) internalisiert werden zu können. Da emotionale Atmosphären „ansteckend“ sind, ist hier ein wichtiges Moment zu sehen, denn Entspannung zentriert in der **IDR** in der „emotionalen Lage“, in Gefühlen des Wohlbefindens an Stelle von „Überforderungsgefühlen“ (Petzold 1992b, 833). Eine *Haltung des Wohlfühlens* wird erarbeitet, mit „recalls“ verbunden. Sie wird mit positiven Erinnerungen gleichsam „aufgeladen“⁴ und muss leicht abrufbar sein. Das kann in zwei bis drei Sitzungen erreicht werden. Eine psychophysiologische Basisumstellung ist damit natürlich nicht erreicht! Ein solches „rebalancing“ bedarf wochen-, ja monatelanger regelmäßiger Übung des **IDR** und ist dann für den Kliniker ohne großes physiologisches Assessment hinlänglich objektivierbar durch die über den Behandlungsverlauf beobachtbare Veränderung des Tonus in den großen Muskelgruppen, der Verkürzung des Erholungsverhaltens bei Lauf- oder Ergometerbelastung, insgesamt die Absenkung des Ruhepulses. Ähnlich wie für das Jacobson-Trainig, für das (in seinen Post-Jacobson-Formen) eine „generelle Reduktion der Aktivität des sympathischen Teils des autonomen Nervensystems [...] mit gleichzeitig parallel verlaufenden Veränderungen in allen entsprechenden Effektorsystemen [...] bisher in keiner der Grundlagenstudien nachgewiesen werden“ konnte (Hamm 1993, 254), fehlen noch empirische Nachweise. *Situative* Entspannung ist für das Post-Jacobson-Training (ibid.) und auch für das Stretching (Carlson, Curan 1994) und für Kombinationsverfahren (Poppen 1998) gut nachgewiesen. Für *Grundumstellungen* des Muskeltonus machen allein die in der Regel vorfindlichen Verkürzungen der Myofaszie bei chronisch verspannten Menschen langwierige Dehnarbeit notwendig. In der Kombination von **IDR** und Lauftraining (van der Mei et al. 1997) als mittelfristige therapeutische Maßnahme, die auf eine Integration von Entspannungs- und Ausdauertraining (Laufen, Schwimmen usw. oder – höchst effektiv – Tae Bo) in den *Lebensalltag* abzielen, können solche grundsätzlichen Umstellungen erreicht werden. Dabei ist das Grundprinzip *moderaten Übens* als *low-level stimulation* zu beachten, weil Überlastung beim Lauftraining immunsuppressiv wirken kann und ein erhöhter Aktivitätslevel die Ausschüttung von peripheren Epinephrin anregt (McGauch 1995), was als potentiell die Traumaphysiologie verstärkend, nicht erwünscht ist. Eine *specified practice* ist also angesagt (van der Mei et al. 1997). Durch die Annahme eines *bewegungsaktiven, spannungssensiblen Lebensstils* wird es Menschen ermöglicht, zwischen den Polen einer *hohen Anspannung* (high stress) - wie bei Arbeitsanforderungen oft unumgänglich und prinzipiell auch nicht schädlich - und einer *tiefen Entspannung* eine *ausgewogene Selbststeuerung* zu erlangen, ein *isodynamisches* Schwingen zwischen einer guten Spannung und Entspannung, die genügend Toleranz für Spitzen hat. Oft wird mit dem **IDR** noch ein emotionales Training im Sinne thymopraktischer⁵ „emotionaler Differenzierungsarbeit“ vorgenommen (Petzold 1970c/1992a, 841-854), indem Körperzustände mit ihren korrespondierenden Affekten differentiell modelliert werden (*emotional modeling*), ein Ansatz, der inzwischen durch psychophysiologische Modellbildung und Forschung gute Unterstützung erfährt (Traue 1998) und die biologischen und kognitiven Selbstregulationstheorien (Boekaerts et al. 1999) konnektiert.

5. Integrative und Differentielle Relaxation - Traumaformat (IDR-T)

Für das **IDR-T**, die Behandlung im traumatherapeutischen Kontext (Josić, Petzold 1995) wird der Patient über das Verfahren, sein Rational, seine Wirkungen und eventuellen Nebenwirkungen informiert und seine Zustimmung (informed consent) eingeholt. Zentriert wird auf das Erlernen von Entspannung und Regulationsmöglichkeiten, um mit *PTBS*-Symptomatik besser umgehen zu können und im Lebensalltag Bewältigungshilfen zu erhalten. Um traumatische Erfahrungen bearbeiten zu können, ist zunächst nur die Evokation eines Zustandes der Entspannung und des Wohlfühls wesentlich (was für die Langzeitpraxis von **IDR** durchaus motiviert). Hierzu verwenden wir *emoting* durch „facial-postural feedback“. Wir fordern den Patienten auf, „Mimik aufzusetzen“ und die zugehörigen Haltungen einzunehmen, das entsprechende Atemmuster einzustellen (Petzold 1970c, 1992b, 844) und die damit verbundene Stimmung (*bottom up*, Bloch, Lemeignan 1992) aufkommen zu lassen, eine Prozedur, deren Wirksamkeit empirisch gut belegt ist (Döring-Seipel 1996). Gut eignet sich z. B.

⁴ In den von uns entwickelten Kriseninterventionstechniken ist dies ein durchgängiges Prinzip. So werden in der Kunsttherapie „Zeichen der Kraft“, mit den Patienten aus dem „recall“ guter biographischer Erfahrungen erarbeitet, wie ein heraldisches Wappen verdichtet, dass man als „Schutzbild“ mit sich tragen kann (idem 1987b).

⁵ *Thymopraktik* ist eine körpertherapeutische Methode mit Interventionen direkter therapeutische Körperberührung in der Integrativen Therapie (Petzold 1970c, 1975e, 1977a, 1992b etc.). Sie will den „thymos“, die leiblich-affektiven Regungen beeinflussen.

ein *emoting* von *Freundlichkeit* (auch Heiterkeit, Gelassenheit, Zärtlichkeit sind potente „irenische“, d.h. friedliche *emotions*, aber bei TraumapatientInnen in der Regel im Initialprozess nicht einzusetzen, denn sie haben anderes im Gemüt). Als Hilfe wird die Erinnerung an einen Menschen aus der Biographie oder dem aktuellen Lebenskontext aufgerufen, der wirklich freundlich war, mit dem ein wahrhaft freundliches Zusammensein, „Konvivialität“ – eine zentrale Qualität der Traumatherapie, der Psychotherapie schlechthin, vgl. Orth 2002) möglich war. Durch die freundliche Haltung, Mimik und Stimme des Therapeuten, der Therapeutin, wird außerdem ein *coemoting* für den Patienten unterstützend wirksam. *Freundlichkeitsemoting*, *Gelassenheitsemoting* und *Neugieremoting* aktivieren drei emotionale Lagen, die besonders eingeübt und beherrscht werden müssen, um als Gegensteuerung (*counterbalancing*) eingesetzt werden zu können. Dann, wenn z.B. die Stimmung der Freundlichkeit eindeutig erlebt wird, wird die Entspannungshaltung eingenommen (liegend oder im Relaxstuhl) und mit den Streckungs-Übungen begonnen – zuerst sanftes, langsames Strecken beider Arme mit allmählichem Spreizen der Hände (5-7 Sek.). Dann Loslassen, wobei eine Hand (nach Wahl des Patienten) leicht gespannt bleibt, so dass ein *Bereich in der bewussten Kontrolle* verbleibt. Dies ist bei TraumapatientInnen deshalb zu empfehlen, weil bei generalisierten Tiefenenspannungen, d.h. bei Reduktion der Ich-Kontrollen oft Angstgefühle oder Intrusionen aufkommen. Das wird über diesen Kunstgriff der partiellen Kontrolle gut erreicht. Der „*locus of control*“ bleibt internal. Deshalb ist auch fremdhypnotische Einflußnahme nicht erwünscht, da hier – strukturell homolog – eine Situation des Ausgeliefertseins gegeben ist (ein Strukturproblem vieler Expositions- bzw. Konfrontationstechniken).

Das **IDR-T** hat zwei Kernelemente: I. *Supportive low-level Stimulierung (SLS)* und II. *Emotionale Modellierung (EM)*

I. Supportive low-level Stimulierung und Holding-Training

In der Traumatherapie hat die Unterstützung von PatientInnen durch supportive Berührungen (*bodily support*) eine große Bedeutung, handelt es sich hier doch um transkulturell vorfindliche, natürliche Muster der Hilfeleistung, die allerdings *kulturspezifisch* ausgeprägt sind, was z.T. unüberwindliche Akzeptanzgrenzen aufrichtet, die man nicht überschreiten sollte, denn wo „Überzeugungsarbeit“ schließlich doch zu einer „*compliance*“ führt – ein höchst problematischer Begriff übrigens (er bedeutet: Gehorsam, Willfährigkeit, Unterwerfung „*undue submission*“) - oder auch zu einer „*cooperation*“, kommt es zu Rückschlägen, weil ein „*consent*“ nicht wirklich vollzogen wird oder werden kann. Man beugt sich der Autorität, aber die „*représentations sociales*“ sind fast immer stärker, und die Maßnahmen werden im Netzwerk häufig nicht mitvollzogen oder akzeptiert, was zu erheblichen Problemen führen kann. Genderperspektiven, ethnische Besonderheiten sind unbedingt zu beachten. Intimitätsräume müssen respektiert werden. Sie sind nicht einfach „umzustellen“. Würde, Scham, Schuld, Ängste usw. sind hier in ihren kulturellen Eigenheiten zu sehen, sonst wird keine wirkliche Akzeptanz erreicht und werden keine Affiliationen möglich, Dimensionen, die sich in der traumatherapeutischen Literatur kaum erwähnt finden und in der Praxis allzuhäufig vernachlässigt werden (siehe aber die Arbeiten bei *Bracken, Petty* 1998; *Moser, Neyfelder, Verwey* 2001). Das Studium solcher transkulturellen Muster in ihrer kulturspezifischen Ausprägung war stets eine wichtige Quelle für das Interventionsrepertoire der Integrativen Therapie. Deutlich wurde: Was in der einen Kultur, Ethnie, Religionsgemeinschaft geht, geht in der anderen nicht. IDR-T ist bei muslimischen Patientinnen aus dem südslawischen Raum und der Türkei nur von Therapeutinnen, zu denen gute Affiliationen vorliegen, welche auch Netzwerkangehörige der Betroffenen einbeziehen, durchzuführen, in Anwesenheit von Freundinnen und weiblichen Angehörigen (ggf. des Mannes oder Bruders, wenn der

insistiert, und hier liegen auch schon Grenzen der Machbarkeit). Das gilt nach unseren Erfahrungen genauso für EMDR oder CBT oder ähnliche Ansätze. Es ist aber möglich, in der Behandlung von Frauen Schwestern, Freundinnen u.a. weibliche Angehörige als „Hilfs-Ich“ (*Moreno*) einzusetzen, weil ja **natürliche Gesten und Laute des Trostes** und der Unterstützung verwendet werden, gemeinsame Prozesse der Klage und Trauer in ihren kulturspezifischen Ausprägungen genutzt werden können, wie ich sie für den Bereich ost- und südslawischer Klagen untersucht habe (*Petzold* 1970, 1982f). Hier kommt die von mir entwickelte „**Trostarbeit**“ (idem 2004l) zum Tragen, die unbedingt Trauerarbeit ergänzen muss. Trauer, Leid, Klage sind Expressionverhalten bei amygdaloidem Hyperarousal, die Beistand, Beruhigung, Trost von Helfern herbeirufen sollen, die diese dysregulierte Überregung herunterregulieren (down regulation) sollen, um einer Chronifizierung des Kindlings der Stressachse gegenzusteuern. Etwa durch die „Trodstimme“, die durch den entspannten Laryngs-Tonus eine tiefe Prosodik hat, durch die sich das übererregte Opfer über die Spiegeneuronen (Stamenov, Gallese 2002) mit der Entspannung des Trösters synchronisieren kann und ruhiger wird. Es ist ohnehin die Frage, warum die **Trauerarbeit** in der Psychotherapie (in Psychoanalyse und Gestalttherapie) so beachtet und die **Trostarbeit** (2005d) so vernachlässigt wurde, obgleich sie im Altertum eine hohe Bedeutung hatte.

Interventionen sind: „*Stützberührung*“ an der Schulter („Halt geben“), „*Streichberührung*“ am Rücken im oberen Kreuz (den „Rücken stärken“), „*Handberührung*“ („an die Hand nehmen“, „sicher führen“), „*Halteberührung*“ („Festhalten“ und „Bergen“). Den PatientInnen (und eventuell mitwirkenden Angehörigen) wird das Berühren erklärt. Ihr Einverständnis (*informed consent*) wird eingeholt. Dann wird sanfte oder kräftige Schulterberührung gezeigt und in der Regel von den PatientInnen gut angenommen. Die sanfte, beruhigende Streichberührung wird in gleicher Weise eingeführt, ausprobiert, so dass sicher ist, dass sie auf den Patienten die intendierte Wirkung hat (*client welfare*) und der Effekt *prolongierter „low-level stimulation“* erreicht werden kann, denn er ist bei Expositionen in der **IDR-T** systematisch anzuwenden. Das „Halten und Bergen“ wird als Möglichkeit angeboten und als „ganz natürliche Reaktion von Menschen“ erklärt, die sich in belastenden Situationen an einen anderen Menschen anklammern. Kontraindikationen für dieses Vorgehen bei bestimmten Folter- oder Missbrauchsoffern werden in diesen explorativen Gesprächen und in der Diagnostik deutlich und müssen strikt beachtet werden (*patient security*). Die praktizierenden TherapeutInnen müssen mit körper- und bewegungstherapeutischen Methoden erfahren sein und die Übertragungs-Gegenübertragungs-Dimension gut im Blick haben. Sie sollten mitwirkende Hilfs-Iche gut führen können und natürlich die Sprache der PatientInnen ausreichend verstehen und sprechen.

Bei diesen Wegen der Behandlung sollte man nicht mit rigiden Abstinenzvorstellungen argumentieren. Die „Abstinenz“⁶ liegt in der Integrität, Eindeutigkeit, Klarheit und Öffentlichkeit der Berührung. Das Holding-Training muss von den PatientInnen gewünscht sein (*client dignity*). In Gruppen mit Integrativer Bewegungstherapie (*Höhman-Kost* 2000; *Hausmann, Neddermeyer* 1996) ist dies in der Regel problemlos einzuführen und hat beeindruckende Wirkungen, zumal hier eine *Wechselseitigkeit der Schutzerfahrung* (Schutz geben, Schutz erhalten) möglich wird, die ein Empowerment bietet und zur Ausbildung von *Resilienz* (*O’Connell Higgins* 1994) beitragen kann, denn „schützende Inselerfahrungen“ (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993) gibt es nicht nur in der Kinderbehandlung.

Bei den Berührungen und Gesten des **Trostes** (*Petzold* 2004l) und der Stütze, beim Streicheln,

⁶ Wir ziehen die Begriffe „*Sorge um Integrität*“ und „*integre Haltung*“ dem begriffsgeschichtlich aus der christlichen Sittenlehre kommenden, nicht unproblematischen Abstinenzbegriff vor (*Petzold, Orth* 1999a, 369, 387f), der keinen Anschluss an die relevanten Ethiktheorien hat.

Anklammern und Halten, liegen offenbar evolutionäre alte (auch bei Tieren zu findende) Muster vor, deren *kulturspezifische Ausprägungen* – das ist von zentraler Wichtigkeit für Akzeptanz und Wirkung - wir gezielt nutzen, um Beruhigungs- und Quenchingeffekte zu erreichen. Mütter regulieren den Tonus ihrer Säuglinge und Kinder durch beruhigende Tonusdialoge (*dialogue tonique*, *Ajuriaguerra* 1962; *Papou'sek*, *Papou'sek* 1992; *Petzold et al.* 1994). Der Mororeflex ist ein alter Klammerreflex, worauf der ungarische Analytiker der *Ferenczi-Schule Imre Hermann* (1936, 1972) aufmerksam gemacht hat. Wir praktizieren das „*holding*“ leiblich-konkret (im Unterschied zur metaphorisch gebrauchten „*holding function*“ in der Tradition *Winnicotts*) seit bald dreißig Jahren als differentielle Parenting-Strategie (vgl. *Petzold, Orth* 1999a, 137ff, 998ff mit kritischen Spezifizierungen; idem, *van Beek, van der Hoek* 1994) mit großem Gewinn. Im traumatherapeutischen Kontext erscheint es uns als *Möglichkeit* unverzichtbar, damit nicht wieder Betroffene in höchster Not – und die kann bei Flashbacks oder Expositionen eintreten – allein gelassen werden ohne bergenden konkret-leiblich erlebten Schutz. Aus unseren jüngsten Beobachtungen in Serbien und eigenen Erfahrungen unserer jugoslawischen KollegInnen bei den Bombardierungen Belgrads hat das wechselseitige Anklammern und Halten (besonders, wenn ein Partner nicht-panisch und stabil ist) einen äußerst beruhigenden und offenbar *PTBS-präventiven* Effekt. Nach solchen Extrembelastungen führt Halten zu Entspannung.

Ist das Holding-Training – wo es mit Blick auf eventuelle Arbeit mit „moderaten Expositionen“ indiziert war – durchgeführt worden und konnte im **IDR** Entspannungsfähigkeit gut erreicht werden (*patient security*), so kann man mit der eigentliche Arbeit im **IDR-Traumaformat** beginnen. Sie hat folgenden Aufbau (*Petzold* 1992a, 882ff; *Josi'c, Petzold* 1995):

II. **Emotionale Modellierung**

- *Konstellierung (constellating)*: Wir bitten den Patienten/die Patientin um ein *Freundlichkeits-Emoting*, Aufsetzen eines Lächels, wir lächeln mit (*coemoting*).

- *Einstimmung (induction)*: Dann bitten wir sie, sich Situationen aus der persönlichen Biographie vorzustellen (Augen offen als „mentale Anmutung“, nicht als Bild!), indem er gleichzeitig über sie berichtet, Situationen, die schwierig waren, belastend gar, aber *nicht traumatisch*. Dabei soll er die Empfindungen und Körperresonanzen aufkommen lassen. Es kann *Stützberührung* an der Schulter oder beruhigende *Streichberührung* am Rücken als low-level Stimulierung angeboten oder vom Patienten angefragt werden.

- *Feinstimmung (dosing)*: Alles soll so dosiert werden, dass die Empfindungen gut aushaltbar sind, gegebenenfalls ist durch Mikrostretchings oder Relaxatmung zu steuern. Die Erzählung geht dabei weiter oder es werden Passagen wiederholt.

- *Ausstimmung (distancing)*: Auf Anweisung wird das Belastungsgefühl zurückgenommen. „*Bitte lockern, dehnen, recken, strecken, ausklingen lassen!*“ – Aus der „exzentrischen Position“ wird der Prozess betrachtet und evaluiert.

- *Erneuter Durchgang*, jetzt mit einem *Gelassenheitsemoting* und low-level Stimulierung dorsal: Beim Feinstimmen wird jetzt das *dosing* intensiviert, um dann in einen Emotionswechsel zu gehen.

Umstimmen (shifting): Es wird geübt, von dem aufgekomenen Belastungsgefühl wieder wegzukommen (*shifting*) und aktiv das Entspannungs- und Wohlfühl wieder aufzurufen, die Stimmung der Freundlichkeit, der Heiterkeit usw. Jedesmal wird die entsprechende Mimik „aufgesetzt“, da diese „*movement produced information*“ auch eine physiologische Umstimmung ermöglicht (*Damasio* 1997; *Döring-Seipel* 1996), die unmittelbar anhand des Muskeltonus der Gesichtsmimik kontrollierbar ist.

Besondere Wichtigkeit hat in dieser Arbeit die Verankerung des *Neugieremotings*, das Aufrufen des Gefühls von Neugier und Interesse, durch Aufsetzen einer „Neugiermimik“ (Heben der Brauen, Runzeln der Stirn, Augen weit offen) mit der Haltung (*posture*) der Aufrichtung, Zugewandtheit, dem Bewegungsimpuls des Hingehens. Wenn immer nämlich Ängste und Unbehagen aufkommen, kann die gut verankerte und aufrufbare *Neugier-Response* eine mächtige Gegensteuerung sein (begleitet von Neugiergedanken: „Ist ja interessant, was da abläuft. Das muss ich mir ansehen etc.). Sie ermöglicht zugleich eine distanzierende Position, die nicht affektlos ist, sondern engagierte Distanz, Exzentrizität im Kontakt (mit sich selbst, mit den Anderen, mit der Umgebung, mit traumatische Erinnerungsinhalten etc.). Gerade für das Bewältigen

von *PTBS*-Symptomen im Alltag ist dies ein nützlicher Ansatz, der noch durch Positionswechsel, Bewegungen oder durch *Distraktoren* bzw. Distraktionshandlungen („Das schreib ich mir auf!“) unterstützt werden kann oder durch Mikrostretching oder Relaxatmung.

Auf diesem Hintergrund kann dann, sofern gewünscht oder im Therapieprozess als notwendig erarbeitet, mit „*indirekter*“ oder „*moderater*“ *Exposition*, d.h. in *aktivierten Strukturen* gearbeitet werden, um Stress- und Immunbelastung gering zu halten. Im Zustand eines *Gelassenheitsemotings* wird über die traumatischen Erfahrungen gesprochen, in einem **natürlichen, anteilnehmenden Gespräch**, das nichts mit den habituellen Exposition- oder Konfrontationstechniken zu tun hat, in einem **narrativen Klima**, wie es gute „Erzählgemeinschaften“ kennzeichnet (Petzold 2001b). Der Patient/die Patientin kommt mit der schlimmen Geschichte in *Kontakt*, wird *berührt, bewegt, vielleicht aufgewühlt, erschüttert*. Der Therapeut läßt sich *berühren, wird bewegt* und hält sich auf diesem Niveau, um *in Bezogenheit* Stütze und Anteilnahme, Gesten – sofern angezeigt und abgesprochen (*informed consent, client dignity*) – auch Berührungen des Trostes, des Supports und des Beistandes zu geben. In dieser Narration, wird in das Weinen vielleicht eine Atemstütze gegeben („Bitte ruhig weitererzählen und immer wieder durch den Mund tief ausatmen! Versuchen Sie die Anspannung wegzustrecken – Relaxatmung, Mikrostretching. Bei starker Berührtheit wird auch beruhigender Körperkontakt angeboten: „Nehmen Sie meine Hand. Halten Sie sich gut fest!“). So kann ein leibliches Umlernen *eingefleischter* Verspannungsmuster im *aktualen Prozess* stattfinden – ein kontingentes *Quenching* (Post et al. 1997; Weiss et al. 1997). Wird die Belastung zu stark, kann der „Rettungsanker“ der Neugier-Response eingesetzt werden. Das alles hat in der *moderaten Exposition*, nichts vom Üben von „narratives“ (Foa et al. 1997). Der Patient weiß um die Behandlungsstrategie, weiß, dass es um „Umleiben“, leibliches Neulernen oder Wiedererlernen *in Bezogenheit* geht, und so bleiben die Narrationen ungestört – stockend vielleicht, aber immer mehr einen Fluss gewinnend. Dieses Vorgehen ermöglicht *aktivierte Strukturen* im Sinne unseres Modells (vgl. auch Grawe 1998; Traue 1998) und bietet deshalb Möglichkeiten der Veränderung auf der *kognitiven Ebene (reappraisal)*, auf der *emotionalen Ebene (revaluation)*, und auf der *körperlichen Ebene (rebalancing)* – dort durch eventuell erfolgreiches *Quenching*- oder physiologische Readaptationsprozesse.

Nach solchen „*moderaten Expositionen*“ wird noch ein kurzes, intensiviertes **IDR** durchgeführt, so dass der Patient in einer ausgewogenen, lockeren Spannung, einer guten *isodynamischen Lage* seine Arbeit beendet. Traumaergebnisse haben viele Facetten und bedürfen *bei Indikation* mehrfacher *moderater Expositionssitzungen*. Da man Hinweise auf Belastungen für die physiologische Ebene durch *Debriefings* festgestellt hat (Griffits, Watts 1992; Rose, Bisson 1998), müssen diese Effekte zunächst einmal auch bei Expositionstechniken unterstellt werden. Bei der hier angewandten Methodik **moderater Exposition** mit gleichzeitig angewandter low-level Stimulierung oder counterbalancing ist allerdings – bei guter Vordiagnostik mit Blick auf etwaig vorhandene Vulnerabilitäten - die Gefahr der Überbelastung und Retraumatisierung mit möglichen immunologischen Folgen als gering einzustufen.

Um einen Eindruck von unserer praktischen Arbeit zu vermitteln, greifen wir auf ein Beispiel aus unserer familien- und traumatherapeutischen Praxis zurück (Petzold, Josić, Erhardt 2003) zurück, für das wir jetzt eine vierjährige Katamnese haben:

5: Prozessbeispiel* :

Es geht um die Beratung eines Ehepaars – serbische Kraina-Vertriebene, als Mehrgenerationenfamilie mit den Großeltern in einem Haushalt lebend – d. Thema ist das Alkoholproblem des Ehemannes, das den Fortbestand der Ehe gefährdet. Schon im Erstkontakt wird deutlich, dass der Mann an einer PTBS (DSM-IV 309.81/F43.1) leidet. Die intrusive Symptomatik (Kriterium B) ist ausgeprägt: Immer wieder kommen in seinem Alltagsleben bedrängende Bilder aus dem Krieg auf, weiterhin propriozeptive Schmerzintrusionen an einer gut verheilten Wunde. Nur des Nachts, selten auch am Tage, kommt es zu akustischen Flashbacks. Er hört Schwerverwundete schreien. Ansonsten imponiert abgestumpfte Passivität (Kriterium C, numbing reaction). Angstzustände und schwere Depressionen machen das Zusammenleben mit ihm kaum noch aushaltbar. Die Familie wohnt mit den Eltern des Mannes zusammen, die auch für den Lebensunterhalt sorgen. Es wird deshalb zu einer Familienkonferenz geraten, die von den Großeltern unterstützt wird. So kommt die gesamte Familie in das Behandlungszentrum (Großvater 68, Großmutter 62, Vater/Ehemann/Patient 41, Mutter/Ehefrau 36, Tochter/Enkelin 11, Sohn/Enkel 9 – die familialen Rollen werden in der „Integrativen Familientherapie“ auch *in praxi* immer explizit benannt, vgl. *Petzold* 1995b; 2006v). Die Großmutter/Mutter des Vaters und die Ehefrau klagen wegen der Belastungen des Lebenskampfes. „Es reicht kaum zum Überleben“ – so die Großmutter – und: „Ich kann die Angstanfälle meines Sohnes kaum noch aushalten. Der arme Junge, ich kann ihm nicht helfen, wie soll ich ihm helfen ...?!“ Es folgen Vorwürfe an die Schwiegertochter, die ihrerseits nicht mit Vorwürfen spart, bis der Großvater – ein großer, ruhiger Mann - ein Machtwort zu Gunsten seiner Schwiegertochter spricht. Die beiden Frauen sind „aufgerieben“ (scheinen um den Großvater zu rivalisieren). Die Kinder sind stumm und verängstigt. Das Mädchen kaut Nägel. Die Familie ist am Rande ihrer Kräfte. Das System steht vor dem Kollaps: family burnout. Nur der Großvater, eine beeindruckende Erscheinung, wirkt ruhig und gefasst. Er werde die Familie schon durchbringen. Mit der Familie wird ein Konsensus erarbeitet, die Probleme gemeinsam zu meistern. Es wird ein „*gemeinsamer fester Wille*“ explizit gemacht. Solle „kollektive Volitionen“ (*Petzold, Sieper* 2007) stützen die Willensbemühungen jedes einzelnen Familienmitglieds, indem sie die Synchronisationsfunktionen der Spiegelneuronen – etwa über die intrafamiliale nonverbale Kommunikation – nutzen (*Petzold* 2002j, 2004h).

Mit dem Ehemann/Vater wurde eine Integrative Traumatherapie (*Petzold, Wolf et al.* 2002) begonnen. Er war bei einer bewaffneten paramilitärischen Einheit in Kämpfe verwickelt, erlitt bei einem Gefecht eine Verwundung (Oberarmdurchschuß), wohingegen einer seiner Kameraden unmittelbar neben ihm unter schwerem Feuer seinen Verletzungen (Bauchschuss) nach schlimmem Todeskampf erlag. Diese Bilder und das Schreien seines Freundes verfolgten ihn seitdem. Der Alkohol helfe ihm da, betäube ihn. Der Vater zeige ihm gegenüber kein Verständnis. Er habe im Zweiten Weltkrieg als junger Mann Schlimmeres erlebt. Er trage jetzt die ganze Last des Lebenskampfes. (Seine Tüchtigkeit schwächt, wie in der Therapie deutlich wird, das Selbstwertgefühl des Sohnes). Die sozialökologische Exploration ergibt: in der sehr lauten Wohnung an einer Durchgangsstrasse (das Elternschlafzimmer liegt zu Strasse) werden beständig Intrusionen ausgelöst, besonders, wenn morgens um fünf die LKWs vorbeifahren, die ihn an Militärfahrzeuge erinnern (negative affordances, sensu *Gibson*). Die Großeltern und die Kinder schlafen in einem durch eine Pappwand geteilten Zimmer zum Hof („Die Kinder müssen schlafen und der Großvater, denn der muss für uns alle hart arbeiten“ – so die Schwiegertochter). Es wird auf Vorschlag der Therapeutin abends eine Matratze in die zum Hof gerichtete Küche gelegt, um für die Schlafsituation Entlastung zu bieten. Zusätzlich zu dem von einem Allgemeinpraktiker verschriebenen Schlafmittel (Benzodiazepin), bei dem schon eine Abhängigkeit entstanden ist (wobei ein späterer Entzug von uns angedacht ist), wird wegen der massiven Depressionen einer SRI-Medikation begonnen und eine kombinierte integrative Gesprächs- und traumaspezifische Entspannungstherapie durchgeführt - Integrative und Differentielle Relaxation Traumaformat (IDR-T) genannt (vgl. *Petzold, Wolf, Landgrebe, Josić* 2002, 173-192). Da die Intrusionen ohnehin die schlimmen Bilder aufkommen lassen, wird vorgeschlagen, mit IDR-T gestützten „moderaten Expositionen“ zu arbeiten (durch Stretchingentspannung abrufbare Relaxationresponse, keine Detail-Vorstellungen des Traumageschehens, was mit einem geringen Retraumatisierungsrisiko verbunden ist, vgl. *ibid.* 182ff). Der Vorschlag allein löst bei dem Patienten schon Angstgefühle aus. Er wünscht die Anwesenheit seiner Frau bei der Behandlung und diese willigt nach einem Paargespräch ein. Sie halte ihn ohnehin, wenn er des nachts seine Angstanfälle bekomme. Auf diese Weise kann auch das Moment der „zwischenleiblichen Beruhigung“ des IDR-T durch konditionierte Entspannungsresponse und stützenden Körperkontakt ohne Probleme eingesetzt werden. Die ersten Sitzungen verlaufen gut, das Erregungsniveau bleibt gering. Die Partnerin hat einen sehr beruhigenden Einfluss und ist auch im Nachgespräch stützend. Selbst verkraftet sie das Geschehen gut. In der expositiven Imagination schaut der Patient auf Anweisung der

· Wegen des verdinglichenden Charakters des Begriffes „Fall“ und in Betonung des Faktums, dass die TherapeutInnen auch Teil des Therapieprozesses sind, verwenden wir den Begriff „Fallbericht“ nicht, sondern sprechen stattdessen von „Prozessbericht“ oder „Prozessbeispiel“. Das Prozessbeispiel ist gründlich anonymisiert.

Therapeuten nicht zum verwundeten Freund herüber sondern ins Gelände. Er hält die Hand seiner Frau. Die Erregung ist aushaltbar, klingt schnell ab. Der Patient fühlt sich nach der Exposition ruhig. Er erhält **IDR-T-Übungen** als tägliche „Hausaufgaben“ im Sinne einer Hilfe für sein generalisiertes hohes Spannungsniveau. Seine Frau, auch belastet durch die Situation und unter hypertoner Muskulatur im Schulter-Nacken-Bereich und oberen Kreuz leidend, macht die Übungen zu Hause morgens und abends mit. Das unterstützt den Behandlungsverlauf und zeigt, dass IDR auch ein nützliches Gesundheitstraining ist. Nach einer Behandlungssitzung tauchen zu Hause Unruhezustände mit hohem Erregungsniveau auf, die zwar durch den Körperkontakt mit der Partnerin und Aufrufen der im **IDR-T** eingeübten Relaxationsresponse schnell abklingen, aber beim Patienten erneut „Angst vor weiteren Intrusionen“ und „Angst vor der Angst“ aufruft – eine durchaus häufige und in Therapien selten beachtete Reaktion. Auf Nachfragen erinnert sich der Patient daran, an diesem Tag eine Zeitungsnotiz über den Krieg gelesen zu haben. Wir sprechen das durch, erklären kognitiv eine mögliche Triggerwirkung dieses Artikels. Dennoch besteht der Patient auf weiteren Expositionssitzungen, weil er meint, dass das erneute Auftauchen von Intrusionsbildern davon wegginge. (Wir hingegen befürchten weitere bzw. erneute Bahnungen des Traumatrajekts und raten vorsichtig ab, vergeblich). Auch die Familie ist beunruhigt. Bei der nächsten Sitzung kommen die Eltern mit. Sie wollen Informationen über die Behandlung und erhalten sie. Der Vater schlägt vor, er wolle mit in die Sitzung gehen, denn er wolle seinen Sohn „in seiner Not nicht alleine lassen“. Der Patient stimmt dem Angebot seines Vaters zu. Bei der Exposition kommt es – erstmalig in der Behandlung - zu einer akustischen Intrusion, wie er sie auch in seinen Träumen hat. Er hört das Schreien seines Kameraden. Die Exposition wird zweimal über Stretching-Relaxationresponse zurückgenommen. Beim dritten Angang beginnt der Patient plötzlich stark zu zittern und zu wimmern, und hier springt der Vater spontan hinzu, nimmt seinen Sohn fest in die Arme und hält ihn gemeinsam mit seiner Schwiegertochter. Der Patient beruhigt sich und beide Männer weinen miteinander. Beim Nachgespräch wird von dem Patienten auch die Mutter hinzu gebeten und die Familie [ohne die Kinder] *erfasst*, was mit dem Patienten geschehen ist. Sie beginnt das PTBS als Krankheitsbild zu *verstehen*. Der Vater sagt, er wolle bei der nächsten Sitzung „als Sanitäter“ zu dem schwerverwundeten Freud gehen: „Du warst ja selbst verwundet, und konntest doch nichts tun. Und da war ja kein Arzt oder Sanitäter da!“ – Wir sehen das als einen sehr guten Vorschlag für eine „korrektive Phantasie“ an. Man ist immer wieder erstaunt, wie PatientInnen oder Angehörige gleichsam „intuitiv“ die Wirkprinzipien von Therapie verstehen. Es werden noch zwei IDR-T-Sitzungen mit der Familie durchgeführt, die ruhiger verlaufen. Die akustischen Intrusionen tauchen nur in der ersten Sitzung auf, in der dann der Großvater/Vater spontan ruft: „Los, bring Dich in Sicherheit, ich gehe zu ihm!“ In der Nachbesprechung werden nochmals die Schuldgefühle des Sohnes Thema, Schuld darüber, dass er überlebt hat und sein Freund nicht, dass er nicht helfen konnte, dass er jetzt seiner Familie so zur Last falle. Die versichert ihn. „Dazu sind wir da!“ Der schützende Rahmen der Familie stützt enorm. In der folgenden, ruhig verlaufenden Sitzung kommen keine Intrusionen auf. Insgesamt nimmt die PTBS-Symptomatik in den folgenden Wochen ab. Der Patient hat seinen Alkoholkonsum nachhaltig eingeschränkt und kann ihn in der Folge, gestützt von seiner ganzen Familie, völlig aufgeben. Auch das Antidepressivum zeigte allmählich eine gewisse Wirkung. Die Depressionen nahmen ab, ohne ganz zu verschwinden. Der Behandlungserfolg ist seit einem halben Jahr stabil.

Wir hatten mit dieser Familie einen Kontakttermin für eine Jahreskatamnese vereinbart, der Jahr um Jahr verlängert werden könne, bekamen aber unaufgefordert jedes Jahr Post von beiden Familien (Großeltern und Elternfamilie). In diesem Jahr [2006] haben wir erneut ein katamnestisches Gespräch geführt und erfahren in dieser Vierjahreskatamnese, dass der Patient gänzlich stabil und symptomfrei ist. Er hat Arbeit, die Ehe ist gut. Mit den Kindern gibt es keine Probleme. Die Familie hat zwei ordentliche Wohnungen. Die Großeltern arbeiten immer noch und sind vital. Der Großvater drückt noch einmal seinen Dank aus. Diese Therapie habe das Familienleben bereichert. Der ehemalige Patient und seine Frau berichten, dass das, was sie in der Therapie gelernt hätten, nämlich offen Probleme auszusprechen und gemeinsam daran zu gehen, sie zu bewältigen, ihnen über so manche Schwierigkeit hinweggeholfen habe. Auch von ihnen kommt ein Strom von Dankbarkeit zu uns. Diese Menschen haben noch eine „Kultur des Dankes“.

Integrative Traumatherapie im IDR-T-Format mit einem Traumapatienten als Integrative *Familientherapie* durchzuführen, wie in dem Prozessbeispiel gezeigt, ist bei entsprechender Indikation (Ausschluss von PTBS bei den übrigen Familienmitgliedern und gute Belastungsfähigkeit) durchaus sinnvoll und hoch effektiv, weil hier familiäre Schutzprogramme, „Schutzschildfunktionen“ (*shielding*, Petzold 1995a), *protektive Reaktionen* (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Müller 2004) aufgerufen werden und durch situative „affordances“ zur Wirkung kommen. Sozialökologische Mechanismen und genetisch disponierte Programme der Hilfeleistung für „primär Vertraute“, des „sensitive caregiving“ (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994) kommen hier offenbar zum Tragen. Wo keine Familienmitglieder „greifbar“ sind, arbeiten wir mit

der imaginalen „Familie im Kopf“ (Petzold 2006v), weil wir in der Integrativen Therapie ohnehin das Konzept sogenannter „Einzeltherapien“ zur Idee der „dyadischen Therapie“ überschritten haben und auch in diesem Zweiersetting von Patientin und Therapeutin immer auch mit der „virtuellen Familie“, dem virtuell präsenten „sozialen Netzwerk im Kopf“ (Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004) arbeiten. In den Sitzungen werden dann positive Familienmitglieder oder „beste Freundinnen“ bzw. „gute Freunde“ als „innere Beistände“ imaginal herbeigerufen, um Prozesse zu unterstützen.

Viele der im spezifischen Traumaformat der **IDR-T** zum Tragen kommenden Prinzipien finden sich auch in der *generellen Fokaltechnik* der „Integrativen Therapie“ in unspezifischer Weise. Sie zeigte in der Behandlung von *PTBS*-Patienten in einer empirischen Untersuchung (N = 27, Petzold, Wolf et al. 2000, 543ff) gute Ergebnisse. Das spezifische Behandlungsformat des **IDR-T** erfordert ein sorgfältiges, spezifisches Training der TherapeutInnen, wenn *client welfare* und *client dignity* gewährleistet werden sollen, und es muss in ein gutes, therapeutisches Basisgeschehen eingebettet sein, damit es prozessorientiert zum Tragen kommt und nicht nur als eine „Therapietechnik“ eingesetzt wird, und es mit dem Blick auf die Lebensspanne die Entwicklungsprozesse von Menschen unterstützt und fördert.

Zusammenfassung

Theoretische Begründung und praktisches Vorgehen Integrativer Traumatherapie in ihrer spezifischen Methodik der Integrativen und **Differentiellen Relaxation-Traumaformat (IDR-T)** werden kompakt vorgestellt. Dabei wird besonderer Wert auf die soziokulturelle Einbettung gelegt. Die Hyperstressreaktion mit ihrer traumaspezifischen Streßphysiologie wird im Rahmen eines Modells der Arbeit in „prekären Lebenslagen“ mit Rückgriff auf neurophysiologische Modelle der Beruhigung (*quenching effect*) und auf spezielle Methoden der Relaxation und – falls indiziert – moderaten Expositionen in der umfassenden Behandlungskonzeption des Integrativen Ansatzes therapeutisch angegangen.

Summary

Theoretical rational and practical procedure of Integrative Trauma Therapy is presented concisely with its specific methodology of Integrative and **Differential Relaxation-Traumaformat (IDR-T)**. Special emphasis is given to the sociocultural context. The hyperstress reaction with its traumaspecific physiology is treated within the framework of a model how to work in „precarious life situations“. Drawing from neurophysiological models of *quenching* the traumaphysiology by special methods of relaxation and – if indicated – with ways of „moderate exposure“ the patient is treated within the complex treatment concept of the integrative approach

Key words: Integrative Therapy, trauma therapy, trauma physiology, Integrative and Differential Relaxation (IDR)

Literatur

- Ajuriaguerra, J. de (1962): Le corps comme relation. *Revue de psychologie pure et appliquée* 2, 137-157.
- Beek, P.J., Peper, C.E., Stegeman, D.F. (1995): Dynamical models of movement coordination. *Human Movement Science* 14 (1995) 573-608.
- Beek, P.J., Schmidt, R.C., Morris, A.W., Sim, M.-Y., Turvey, M.T. (1995): Linear and nonlinear stiffness and friction in biological rhythmic movements. *Biol. Cybern.* 73 (1995) 499-507.
- Berger, A. (1971): Relaxative Organgymnastik und psychologische Gruppenarbeit im System einer „totalen Gymnastik“ nach Prof. Petzold. *Atem und Mensch* 3, 8-13 und 4, 13-19.
- Bisson, J.I., McFarlane, A.C., Rose, S. (2000): Psychological Debriefing. In E.B. Foa, T.M. Keane, & M.J. Friedman (Eds.): *Effective treatments for PTBS*. New York: The Guilford Press.
- Bloch, S., Lemeignan, M. (1992): Precise respiratory-posturo-facial patterns are related to specific basic emotions. *Bewegen & Hulpverlening* 1, 31-39.
- Boekaerts, M., Pintrich, P.P., Zeidner, M. (1999): *Handbook of self-regulation*. London: Harcourt.
- Bosscher, R.J. (1991): *Runningtherapie bij depressie*. Amsterdam: Thesis.
- Bowlby, J. (1980): *Loss: Sadness and depression (Attachment and loss, Vol. 3)*. New York: Basic Books.
- Bracken, P.J., Petty, C. (1998): *Rethinking the trauma of war*. London: Free Association Books.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., Andreski, P. (1998): Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry* 55, 626-632.
- Buss, D.M. (2004): *Evolutionäre Psychologie*. München: Pearson Studium. 2te aktualisierte Auflage.
- Butollo, W., Hagl, M., Krüsmann, M. (1999): *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Carlson, C.R., Curan, S.L. (1994): Stretch-based relaxation training. Review article. *Education and Counseling* 23, 5-12.
- Charcot, J.-M. (1878): De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale. *Progrès médical* 6, 335-338.

- Charcot, J.-M. (1892): Clinique des maladies du système nerveux. M. Le Professeur Charcot. Leçons du Professeur, Mémoires, Notes et Observations 1889-1890 et 1890-1891. 2 Bde. Paris: Bureau du Progrès Médical. Babé & Cie. 1892-1893.
- Damasio, A. (1997): Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: dtv.
- Döring-Seipel, E. (1996): Stimmung und Körperhaltung: Eine experimentelle Studie. Weinheim: PVU.
- Dröes, R.M. (1991): In beweging. Meppel: Krips Repro.
- Ehlers, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.
- Eschenröder, C.T. (1997): Entwicklung und gegenwärtiger Status der EMDR – Ein Überblick. In: *Eschenröder, C.T.* (Hg.): EMDR: Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Tübingen: dgvt-Verlag. 11-65.
- Ferenczi, S. (1932/ 1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt: Fischer.
- Foa, E.B., Meadows, E.A. (1997): Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology* 48, 449-480.
- Foa, E.B., Riggs, D.S. (1993): Posttraumatic Stress Disorder and rape. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* 12, 273-303.
- Frank, T.D., Daffertshofer, A., Peper, C.E., Beek, P.J., Haken, H. (2000): Towards a comprehensive theory of brain activity. Coupled oscillator systems under external forces. *Physica D* 144 (2000) 62-86.
- Fuhr, R., Sreckovic, M., Gremmler-Fuhr, M. (1999): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Fuhr, R., Sreckovic, M., Gremmler-Fuhr, M. (2006): Das Menschenbild der Gestalttherapie von Frederick S. Perls, Laura Perls und Paul Goodman. *Integrative Therapie* 1/2 (2006) 117-155.
- Gallese, V. (2001): From Grasping to Language: Mirror Neurons and the Origin of Social Communication. *Towards a Science of Consciousness Section 4: Vision and Consciousness -- Introduction. CogNet Proceedings.*
- Gibson, J.J. (1979): The ecological approach to visual perception. Boston: Houghton Mifflin; dtsh. (1982): Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung. München: Urban & Schwarzenberg.
- Gist, R., Woodall S. (2000): There are no simple solutions to complex problems. In: *Violanti, J.M., Douglas, P.* (Eds.): Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives. Springfield, IL: Charles C Thomas. S 81-95.
- Gottlieb, B.H. (1997) (Hg.): Coping with chronic stress. New York: Plenum Press.
- Gottlieb, B.H. (1997) (Hg.): Coping with chronic stress. New York: Plenum Press.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen/Bern/Toronto: Hogrefe Verlag.
- Griffin, M.G., Nishith, P., Resick, P.A., Yehuda, R. (1997): Integrating Objective Indicators of Treatment Outcome in Posttraumatic Stress Disorder. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 388-409.
- Griffiths, J., Watts, R. (1992): The Kempsey and Grafton bus crashes: The aftermath. East Lismore (Australia): Instructural Design Solutions.
- Haaken, H. (1983): Advanced synergetics. Berlin: Springer.
- Hamm, A. (1993): Progressive Muskelentspannung. In: *Vaitl, Petermann* (1993) 245-271.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, Märten* (1999a) 193-272.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R. (1996): Bewegt sein, Integrative Bewegungs- und Leibtheapie in der Praxis. Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Heinl, H. (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome. *Integrative Therapie* 3, 316-330.
- Hermann, I. (1936): Sich-Anklammern - auf Suche-gehen. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 22, 349-370.
- Hermann, I. (1972): L'instinct filial. Paris: Denoel.
- Höhmman-Kost, A. (2000): Bewegung ist Leben. Graduierungsarbeit an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf/Hückeswagen: EAG/FPI.
- Hüther, G. (1996): The central adaptation syndrome. Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology* 48, 569-612.
- Hüther, G. (1998): Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *International Journal of Developmental Neuroscience* 16, 297-306.
- Hüther, G. (1999): Die Evolution der Liebe. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2000): Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Vortrag auf dem 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTBS-Forschung, „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. 2. 2000, Bad Zwesten.
- Jacobson, E. (1938): Progressive Relaxation. Chicago: University of Chicago Press.
- Janet, P. (1889): L'automatisme psychologique. Paris: Alcan .
- Jordi, A. (2000): Physiotherapie und klinische Bewegungstherapie in der Arbeit mit Traumaopfern. 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTBS-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Josić, Z. (2000): Imaginative Verfahren in der Arbeit mit Traumaopfern. Vortrag auf dem 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTBS-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Josić, Z., Petzold, H.G. (1995): Kriegstraumatisierung, posttraumatischer Streß - diagnostische und therapeutische Dimensionen. Belgrad: Zentrum für Kriegsoferhilfe (in serb. Sprache).
- Kelso, J.A.S. (1995): Dynamic patterns. The self-organization of brain and behavior. Cambridge, Massachusetts: MIT.
- Kennair, L.E.O. (2006): Evolutionspsychologie, Lebens-Geschichts-Theorie und Psychotherapie-Integration. *Integrative Therapie* 1/2 (2006) 25-61.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E.J., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 1048-1060.

- Koop, I.I. (2000): Integrative Leib- und Bewegungstherapie in der Arbeit mit traumatisierten Folteropfern und Flüchtlingen. Vortrag auf 1. Bad Zwesterer Symposium für Traumatherapie und PTBS-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesteren.
- Lawless, H. (1991): Effects of odors on mood and behaviour: Aromatherapy and related effects. In: Laing, D.G., Doty, R.L., Breipohl, W. (eds.): The human sense of smell. Berlin: Springer.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Litz, B.T., Gray, M.J., Bryant, R., Adler, A.B. (2002): Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9, 112-134.
- Lurija, A.R. (1992): Das Gehirn in Aktion: Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Lurija, A.R. (1993): Romantische Wissenschaft: Forschungen im Grenzbezirk von Seele und Gehirn. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- McEwen, B.S., Magarinos, A.M. (1997): Stress Effects on Morphology and Function of the Hippocampus. In: Yehuda, McFarlane (1997) 271-284.
- McFall, M., Murburg, M.M., Ko, G., Veith, R.C. (1990): Autonomic response to stress in Vietnam combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 27, 1165-1175.
- McGauch, J.L. (1995): Emotional activation, neuromodulatory systems and memory strength. In: Schacter, D. et al. (1995): Memory distortion. Boston: Harvard Univ. Press. 255-273.
- Meyer, C. (2005): Le Livre Noir de la Psychanalyse. Vivre, Penser et Aller Mieux sans Freud. Paris: Édition des Arènes, 830 Seiten, 2005.
- Micale, M. S, Lerner, P. (2001): Traumatic past. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930. Cambridge MA: Cambridge University Press.
- Middendorf, I. (1984): Der erfahrbare Atem. Paderborn: Junfermann.
- Mierke, K. (1955): Wille und Leistung. Göttingen: Hogrefe.
- Miltenburg, R., Singer, E. (1997): The (ab)use of Reliving Childhood Traumata. *Theory & Psychology* 7 (5) 605-628.
- Miltenburg, R., Singer, E. (1999a): Culturally Mediated Learning and the Development of Self-Regulation by Survivors of Child Abuse: A Vygotskian Approach to the Support of Survivors of Child Abuse. *Human Development* 42, 1-17.
- Moscovici, S. (1961): La psychanalyse, son image et son public. Paris: Presses Universitaires de France. 1976².
- Moscovici, S. (2001): Social Representations. Explorations in Social Psychology. New York: New York University Press.
- Moser, C., Neyfelder, D., Verwey, M. (2001): Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluß des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Zürich: Seismo.
- Nemeroff, C.B. (1996): The Corticotropin-Releasing Factor (CRF) Hypothesis of depression: New Findings and Directions. *Molecular Psychiatry* 1 (4) 336-342.
- Nemeroff, C.B. (1999): Neurobiologie der Depression. *Spektrum der Wissenschaft. Dossier* 3, 24-31.
- O'Connell Higgins, G. (1994): Resilient Adults. Overcoming a Cruel Past. San Francisco: Jossey-Bass.
- Orr, S.P., Solomon, Z., Peri, T., Pitman, R.K., Shalev, A. (1997): Physiological responses to loud tones in Israeli war veterans of the 1973 Yom Kippur War. *Biological Psychiatry* 41, 319-326.
- Orth, I. (2002): Weibliche Identität und Leiblichkeit. Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung. Überlegungen für die Praxis. *Integrative Therapie* 3/4 (2002) 119/303-140/324.
- Osterbrink, J. (1998): Tiefe Atementspannung. Bern: Huber.
- Panksepp, J., Sirey, S.M., Normansell, L.A. (1989): Brain opioids and social emotions. In: Reite, M., Field et al. (Hrsg): The psychology of attachment and separation. Orlando: Academic Press.
- Pantic, Z., Petzold, H.G. (2000): Familienbezogene Therapie mit Traumaopfern im ehemaligen Jugoslawien. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1992): Early integrative and communicative development: Pointers to humanity. In: Emrich, H.M., Wiegand, M. (eds.): Integrative biological psychiatry. Berlin: Springer. 45-60.
- Perkonig, A., Wittchen, H.-U. (1999): Prevalence and comorbidity of traumatic events and posttraumatic stress disorder in adolescents and young adults. In: Maercker, A., Schützwohl, M., Solomon, Z. (1999) (eds.): Posttraumatic Stress Disorder. A Lifespan Developmental Perspective. Seattle u.a.: Hogrefe. 113-136.
- Perls, F.S. (1948): Therapy and technique of personality integration. *American J. of Psychotherapy* 4 (1948) 565-586. Dtsch. in: Perls (1980) 27-50. Perls, F.S. (1980): Gestalt, Wachstum, Integration. Paderborn: Junfermann, 1987³.
- Perls, F.S. (1969b): Gestalt Therapy Verbatim, Lafayette: Real People Press; dtsch. (1974): Gestalttherapie in Aktion, Stuttgart: Klett.
- Perls, F.S. (1973): The Gestalt approach, eye witness to therapy. Ben Lomond: Science and Behaviour Books; dtsch. (1976/1986): Grundlagen der Gestalttherapie. München: Pfeiffer.
- Petzold, H. G. (2007): Die im Text zitierten Arbeiten von Petzold und MitarbeiterInnen finden sich unter: „Gesamtbibliographie Hilarion G.Petzold 1958 – 2006. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 1/2006. Es wird hier nur eine Auswahl von Titeln aufgeführt.
- Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD. *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- Petzold, H.G. (1974j) (Hg.): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann. 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G. (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold (1974j) 285-404; revid. in Petzold (1988n) 59-172.
- Petzold, H.G. (1975e): Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 2/3, 115-145; erweiterte Fassung in: Petzold (1977n), revid. in Petzold (1988n) 341-406.

- Petzold, H.G.* (1977i): Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie. Risiken und Gefahren bioenergetischer, primärtherapeutischer und thymopraktischer Körperarbeit. *Sensus-Kommunikation* 3, 3-7; auch in: *Petzold* (1977n) 478-490.
- Petzold, H.G.* (1977n) (Hrsg.): Die neuen Körpertherapien, Paderborn: Junfermann; dtv, München 1992, 2. Aufl. 1993.
- Petzold, H.G.* (1985m): Neue Körpertherapien für den bedrohten Körper. Leiblichkeit, Zeitlichkeit und Entfremdung. In: *Petzold, H.G., Scharfe, H.* (1985) (Hrsg.): Kreative Aggression. Festschrift für George Bach. Paderborn: Junfermann. 131-158; repr. (1986a) 223-250.
- Petzold, H.G.* (1986a) (Hrsg.): Psychotherapie und Friedensarbeit. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1986b): Was nicht mehr vergessen werden kann. Psychotherapie mit politisch Verfolgten und Gefolterten. In: *Petzold* (1986a) 357-372; auch in: *Integrative Therapie* 3/4, 268-280.
- Petzold, H.G.* (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. 1. Paderborn: Junfermann. (3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a).
- Petzold, H.G.* (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik. In: idem (1992a) 789-870.
- Petzold, H.G.* (1993g): Die Krisen der Helfer. In: *Schnyder, U., Sauvant, Ch.*, Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber. 157-196.
- Petzold, H.G.* (1994j): Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1995a): Weggeleitet, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt - Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: *Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H.*, Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie. Bd. I. Paderborn: Junfermann. 169-280.
- Petzold, H.G.* (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, "Kulturarbeit" - Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlaß der Tagebücher von *Victor Klemperer*, dem hundertsten Geburtstag von *Wilhelm Reich* und anderer Anstöße. *Integrative Therapie* 4, 371-450.
- Petzold, H.G.* (1999p): Psychotherapie der Zukunfit - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie* 4, 338-393.
- Petzold, H.G.* (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388; auch in *Petzold, Wolf et al.* (2002).
- Petzold, H.G.* (2000l): Body narratives – Traumatische und posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der Integrativen Therapie (Teil 2). *Energie & Charakter* 22 (2000) 26-43.
- Petzold, H.G.* (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G.* (2006n): Für PatientInnen engagiert - Werte, Grundregeln, Ethikprinzipien für die PsychotherapieSchulenübergreifende, integrative Perspektiven. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Krammer Verlag: Wien 2007.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J.* (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 173-266.
- Petzold, H.G., Märtens, M.* (1999a) (Hg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Orth, I.* (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (1993): Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann. 2 Bde. 2.Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (2007a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. Bielefeld: Sirius, Aisthesis (im Druck).
- Petzold, H.G., van Beek, Y., Hoek, A.-M. van der* (1994): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold* (1994j) 491-646.
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josi'c, Z., Steffan, A.* (2000): „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *van der Kolk et al.* (2000) 445-579.
- Pitman, R.K., Orr, S.P., Foa, D.F., de Jong, J.B., Claiborn, J.M.* (1987): Psychophysiology of PTBS imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry* 44, 970-975.
- Politzer, G.* (1974): Kritik der klassischen Psychologie [orig. 1929]. Köln: Europäische Verlagsanstalt.
- Poppen, R.* (1998): Behavioral Relaxation: Training and Assessment. London u.a.: Sage.
- Post, R.M.* (1992): Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 149, 999-1010.
- Post, R.M., Weiss, S.R.B., Smith, M., Li, H., McCann, U.* (1997): Kindling versus Quenching. Implications for the Evolution and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 285-295.
- Reil, J.Ch.* (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung. Halle.
- Rensen, B.* (1992): Fürs Leben geschädigt. Stuttgart: Trias.
- Ricoeur, P.* (2004): Gedächtnis, Geschichte, Vergessen. München: Wilhelm Fink Verlag. Original: (2000): La mémoire, l'histoire, l'oubli. Paris: Éditions du Seuil.
- Ricoeur, P., Changeux, P.* (1998): Ce qui nous fait penser. La nature et la règle. Paris: Odile Jacob.

- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L., Premotor cortex and the recognition of motor actions, *Cognitive Brain Research* 3 (1996) 131-141.
- Rose, S., Bisson, J. (1998): Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of literature. *Journal of Traumatic Stress* 11, 679-710.
- Rose, S., Bisson, J., Wessely, S. (2001): Psychological debriefing for preventing Posttraumatic Stress Disorder (PTBS) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library 3. Oxford: Update Software.
- Rose, S., Wessely, S., Bisson, J. (1998). Brief psychological Interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and prevention of Posttraumatic Stress Disorder (Cochrane Review). In: The Cochrane Library 2. Oxford: Update Software.
- Salvesbergh, G.J.P. (1993): The development of coordination in infancy. North Holland: Elsevier Science Publishers.
- Sapolsky, R.M. (1992): Stress, the aging brain, and the mechanisms of neuron death. Cambridge: MIT Press.
- Sapolsky, R.M. (1996): Why stress is bad for your brain. *Science* 273, 479-750.
- Schlagmann, K. (2005): Ödipus – komplex betrachtet. Männliche Unterdrückung und ihre Vergeltung durch weibliche Intrige als zentraler Menschheitskonflikt. Saarbrücken: Verlag der Stammbaum und die 7 Zweige.
- Schmitz, H. (1989): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Paderborn: Junfermann.
- Schwarzer, R. (1993): Streß, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart: Kohlhammer. 3. erw. u. überarb. Aufl.
- Shalev, A.Y. (1997): Treatment Failure in Acute PTBS. Lessons Learned about the Complexity of the Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 372-387.
- Shalev, A.Y., Orr, S.P., Pitman, R.K. (1993): Psychophysiologic assessment of traumatic imagery in Israeli civilian patients with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 150, 620-624.
- Shapiro, F. (1995): Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press.
- Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, Heft 3/4 (2006) 393-467
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (Hg. 2007): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag
- Southwick, S.M., Morgan, C.A., Bremner, A.D., Grillon, C.G., Krystal, J.H., Nagy, L., Charney, D.S. (1997): Noradrenergic Alterations in Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 125-141.
- Stamenov, M.I., Gallese, V. (2002) (eds.): Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language. Amsterdam, the Netherlands: John Benjamins Publishing Co.
- Stocvis, B., Wiesenhütter, E. (1979): Handbuch der Entspannung. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Tisserand, R. (1998): Aromatherapy. London: Penguin.
- Traue, H.C. (1989): Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Stress: Verhaltensmedizin myogener Kopfschmerzen. Göttingen: Hogrefe.
- Traue, H.C. (1998): Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmung. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Traue, H.C., Schwarz-Langer, G., Gurriss, N.F. (1997): Extremtraumatisierung durch Folter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 18, 41-62.
- Ursin, H., Olf, M. (1992): The stress response: In: Stress: From Synapse to Syndrome. London. 3-22.
- Vaitl, D. (1993): Biofeedback. In: Vaitl, Petermann (1993) 272-315.
- Vaitl, D., Petermann, F. (1993) (Hg.): Handbuch der Entspannungsverfahren. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Van der Kolk, B.A. (1989): The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America* 12, 389-411.
- Van der Kolk, B.A. (1994): The body keeps the score. *Havard Review of Psychiatry* 1, 553-565; dtsh. In: van der Kolk et al. (2000) 195-220.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (2000): Traumatic Stress Grundlagen und Behandlungsansätze. Erweiterte deutsche Ausgabe hrsg. von Märten, M., Petzold, H.G.. Paderborn: Junfermann.
- van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Streß, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie* 3 (1997) 374-428.
- van Etten, M.L., Taylor, S. (1998): Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 5, 126-144.
- Vroon, P., Amerongen, A. van, de Vries, H. (1996): Psychologie der Düfte. Wie Gerüche uns beeinflussen und verführen. Zürich: Kreuz.
- Vygotsky, L.S. (1978): Mind and society: a development of higher psychological processes. Cambridge: Harvard University Press.
- Weiner, H. (1992): Perturbing the organism. The biology of stressful experience. Chicago.
- Weiss, S.R.B., Li, X.-L., Noguera, E.C., Heynen, T., Li, H., Rosen, J.B., Post, R.M. (1997): Quenching: Persistent alterations in seizure and afterdischarge threshold following low-frequency stimulation. In: Corcoran, V.M., Moshe, S. (eds.): Kindling. New York: Plenum Press.
- Weiss, S.R.B., Li, X.-L., Rosen, J.B., Li, H., Heynen, T., Post, R.M. (1995): Quenching: Inhibition of development and expression of amygdala kindled seizures with low frequency stimulation. *Neuro Report* 6, 2171-2176.
- Yehuda, R. (1997): Sensitization of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 57-75.
- Yehuda, R. (2001): Die Neuroendokrinologie bei posttraumatischer Belastungsstörung im Lichte neuroanatomischer Befunde. In: Streek-Fischer, A., Sachsse, U., Özkan, I. (2001): Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik, Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 43-71
- Yehuda, R., McFarlane, A. C. (1997): Psychobiology of traumatic stress. New York: New Academy of Science.

