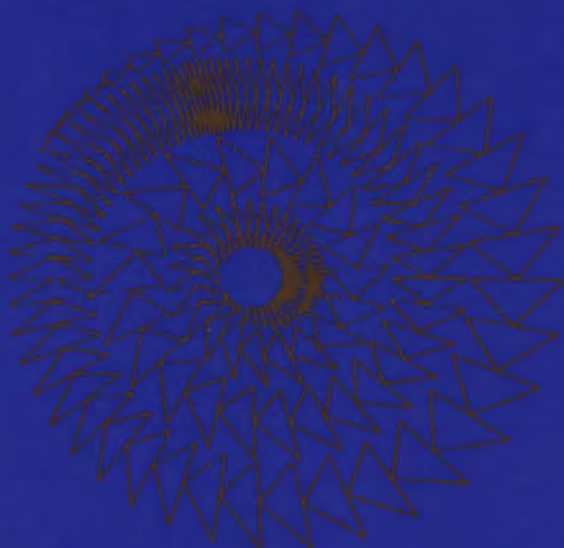


Hilarion G. Petzold, Hans-Ulrich Wolf,  
Birgitt Landgrebe, Zorica Josić

# Das Trauma überwinden

Integrative Modelle der Traumatherapie



Sonderausgabe der Zeitschrift *Integrative Therapie*

Der vorliegende Band befasst sich mit den Themen Trauma, posttraumatische Belastungen, Traumatherapie – aus integrativen Perspektiven, die in Therapie, Beratung, Supervision immer mehr Beachtung finden. Es handelt sich um für die Veröffentlichung bearbeitete Referate, die anlässlich des 1. Bad Zwestener Symposions: „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“ am 25.-27. Februar 2000 gehalten wurden. Das Symposium war gemeinsam von der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) und der psychotraumatologischen Abteilung an der Hardwaldklinik I, „Fritz Perls Klinikum“ organisiert worden.

Das Traumathema zeigt – wie wenig andere Themen – in der Psychotherapie die Notwendigkeit differenzieller, interdisziplinärer Konzeptualisierung und integrativer behandlungspraktischer Arbeit. Es zeigt vor allem unausweichlich, dass das Moment des Zwischenmenschlichen – gekennzeichnet von einer unbedingten Achtung der Würde, Integrität und Andersheit des Anderen (Levinas) – die letztgültige Grundlage aller traumatherapeutischen Maßnahmen ist. Deshalb ist Traumatherapie „Menschenarbeit“, Arbeit mit, für und zwischen Menschen, um Furchtbares, Traumatisierendes zu überwinden. Das heißt in der Mehrfachbedeutung des Wortes, „sich zu überwinden“ im eigenen Festhalten am Traumaereignis, mit dem die Zeit eingefroren und das Leben überschattet wird, weiterhin „das Trauma und seine Nachwirkungen zu überwinden“ und schließlich „traumatisierende Realitäten zu überwinden, sie zu besiegen“, indem man ihnen das Einschreiten gegen Unrecht, den Irrsinn der Gewalt, gegen Not, Leid, Elend entgegenstellt: auf der Makroebene im engagierten Eintreten für Gerechtigkeit und Menschlichkeit, auf der Mikroebene durch effektive Maßnahmen der psychosozialen Hilfeleistung und klinischen Traumatherapie.

Die HerausgeberInnen:

**Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. Hilarion G. Petzold** lehrt Psychologie, Psychotraumatologie und Supervision an der Freien Universität Amsterdam und an der Donau-Universität Krems. Leiter der „Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit“, Hückeswagen, Begründer der Integrativen Therapie und der Integrativen Traumatherapie.

**Hans-Ulrich Wolf** und **Birgitt Landgrebe** sind Psychiater und Psychotherapeuten; leitende Ärzte an der „psychotraumatologischen Abteilung“ der Hardwaldklinik I, Klinikum des „Fritz Perls Instituts“; Lehrtherapeuten für Integrative Therapie.

**Zorica Josić** ist klinische Psychologin und Leiterin des „Zentrums für Traumatherapie“ der „Association for Integrative Therapy, Trauma Therapy & Psychosocial Intervention“ in Belgrad; Lehrtherapeutin für Integrative Therapie.

ISBN 3-87387-509-8



Hilarion G. Petzold, Hans-Ulrich Wolf,  
Birgitt Landgrebe, Zorica Josić (Hrsg.)

# **Das Trauma überwinden**

**Integrative Modelle der Traumatherapie**

Sonderausgabe der Zeitschrift *Integrative Therapie*

Unterstützt von Werner Wicker und den Wicker-Kliniken



Junfermann Verlag • Paderborn  
2002

<i>Hilarion Petzold et al.</i> : Zur Einführung . . . . .	339
<i>Hilarion Petzold</i> : Trauma und „Überwindung“ – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“. ( <i>Trauma and Overcoming – Human Rights, Integrative Trauma Therapy and „Philosophical Therapeutics“</i> ). . . . .	344
<i>Gerald Hüther</i> : Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen aus neurobiologischer Sicht. ( <i>The Experience of Violence and the Processing of Traumatic Memory, seen from a Neurobiological Point of View.</i> ) . . . . .	413
<i>Ingrid Ingeborg Koop</i> : Narben auf der Seele. Integrative Therapie und leibtherapeutische Interventionen in der Arbeit mit Folterüberlebenden. ( <i>Scars on Your Soul. Integrative Therapy and Body Therapy Interventions in the Treatment of Torture Victims.</i> ) . . . . .	425
<i>Annelies Jordi</i> : Integrative Leib- und Bewegungstherapie in der Behandlung von folter- und kriegstraumatisierten Menschen. ( <i>Integrative Body- and Movement Therapy in the Treatment of Victims of War and Torture</i> ) . . . . .	459
<i>Alfred Drees</i> : Intuitive Dialoge mit gewalttraumatisierten Patienten. ( <i>Intuitive Dialogs with Patients Traumatized by Violence</i> ). . . . .	473
<i>Angela S. Reinhard</i> : Integrative Therapie in der Begleitung einer Überlebenden des Holocaust. ( <i>Integrative Therapy with a Holocaust Survivor.</i> ) . . . . .	495
<i>Hilarion G. Petzold</i> : Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen – ( <i>Integrative Trauma Therapy</i> ) . . . . .	509



Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehendung, im Magnettonverfahren oder auf ähnlichem Wege bleiben vorbehalten.

Fotokopien für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens hergestellte oder benützte Kopie dient gewerblichen Zwecken gemäß § 54 (2) UrhG und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG WORT, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München 2, von der die Zahlungsmodalitäten zu erfragen sind.

FPI-PUBLIKATIONEN, DÜSSELDORF  
Junfermann-Verlag Paderborn

## Zur Einführung

# Traumatherapie braucht Integrative Modelle

Die vorliegenden Texte befassen sich mit den Themen Trauma, posttraumatische Belastungen, Traumatherapie – aus integrativen Perspektiven, die in Therapie, Beratung, Supervision immer mehr Beachtung finden (Lapworth 2001, Carroll/Tholstrup 2001). Es handelt sich um für die Veröffentlichung bearbeitete Referate, die anlässlich des 1. Bad Zwestener Symposions: „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“ am 25.-27. Februar 2000 gehalten wurden. Das Symposium war gemeinsam von der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) und der *psychotraumatologischen Abteilung an der Hardwaldklinik I, „Klinikum des Fritz Perls Instituts“* organisiert worden. Der Band wird deshalb neben der Zeitschriftenversion der „Integrativen Therapie“ auch in einer separaten Sonderausgabe unter dem Titel: **„Das Trauma überwinden – Integrative Modelle der Traumatherapie“** erscheinen und hat deshalb eine Doppelpaginierung.

Die Themen „Trauma und Traumafolgen“ finden derzeit große Beachtung, ja haben geradezu Konjunktur. Aber schon *Alkmaion von Kroton*, ein *Pythagoras* nahestehender Arzt des ausgehenden 6. Jahrhunderts, wusste, dass aufgrund von traumatischen Erfahrungen (Alkmaion, Fragment 4, Diels, Kranz 1961) Erkrankungen entstehen können. Gegenwärtig geriert sich jedes Verfahren als „Traumatherapie“ (Winn 1994; Kellermann/Hudgins 2000), oft genug ohne dass Evidenznachweise vorliegen, und um die sollte man bemüht sein (Mace et al. 2000), auch wenn es schwierig ist, TraumapatientInnen unter Forschungsbedingungen zu behandeln. Besonders kontrollierte Studien sind aus forschungsethischen Gründen kaum zu realisieren. Wir haben ein Integratives Modell differentieller Traumatherapie entwickelt und empirisch evaluiert (Petzold et al. 2000) – mit guten Ergebnissen. Wir sind dabei aber auch deutlich an Grenzen gestoßen. Man kann eben TraumapatientInnen nicht in einer Wartegruppe testpsychologisch untersuchen, sorgfältig explorieren und dann die Behandlung aufschieben.

Wie bei allem, was in Mode kommt, die Frühstörungen, die Familiendynamik, der sexuelle Missbrauch, die Aufstellungsarbeit – jetzt Trauma und Posttraumatische Belastungsstörungen – kommt es zu Generalisierungseffekten und damit Vereinseitigungen, entstehen Begründungslegenden und Deutungsmythen (Petzold/Orth 1999; Pohlen/Bautz-Holzherr 1994). Das Feld der Psychotherapie ist, bei aller Vielfalt, Diversität, Zersplitterung offenbar besonders anfällig für solche Phänomene. Gestützt wird das durch die Praxisrealitäten: PTBS ist eine starke Indikation für die Kassenleistung. Mit Blick auf



die Pathogenese wird das Trauma monokausalistisch von vielen zu einer neuen generalisierten Erklärung stilisiert, wo doch die Längsschnittforschung die *multifaktorielle* Verursachung seelischer Erkrankungen, eine deutliche Schichtabhängigkeit und langfristig wirkende Negativerfahrungen bei Abwesenheit von „protektiven Faktoren“ herausarbeiten konnte (Franz et al. 2000). Und die traumatischen (Kindheits-)Erfahrungen? In welcher Biographie *gesunder* Menschen der Weltkriegsgenerationen in Europa findet man die nicht? Dennoch errichtet man eine neue Linearkausalität zur diagnostizierten Störung: weil Trauma → deshalb Persönlichkeitsstörung, Psychosomato- se, Depression usw. (Resik 2001). Kein Zweifel, massiver psychosozialer Stress – nicht nur traumatischer – kann Folgen haben (Mazure 1995; Dohrendend et al. 1995; Traue 1998). Dabei besteht die Gefahr, dass ausgeblendet wird, wie viele schwere Traumatisierungen ohne pathologische Nachwirkungen blieben. Überdies muss man Traumaa- erfahrung und (vermutete) Traumanachwirkung deutlich unter- scheiden. Aber für die klinische Hypothesenbildung vieler Therapeu- tInnen und für das Kausalitätsbedürfnis von PatientInnen zählt of- fenbar das erklärende Moment dieser Diagnose. Die Folge ist, dass das Störungsbild derzeit deutlich als „*overdiagnosed*“ zu sehen ist, mit all den Nebeneffekten der Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, ggf. Fehlbehandlung (vgl. Märtens/Petzold 2002). Seit den Arbeiten von Charcot und Janet Ende des 19. Jahrhunderts ist die pathogene Wir- kung der Traumatisierung erkannt worden, was dann von Breuer und Freud aufgenommen wurde – durch den unmittelbaren Einfluss der beiden großen französischen Psychiater, wie Janet (1919, 214-268) es explizit Freud gegenüber deutlich machen musste, weil er das verschleierte. Seit diesen Konzeptualisierungen gehört Traumatisches in die biographischen Bearbeitungsprozesse von Psychotherapien. Es ist ein klinisches Alltagsgeschäft. Das sollte nicht aus dem Blick gerat- en. Und dennoch hat die intensivierete Auseinandersetzung mit dem Traumathema, insbesondere in den Neurowissenschaften und der psychobiologischen Forschung (vgl. Hüther, dieser Band) für die Psy- chotherapie insgesamt Auswirkungen: sie muss stärkeren Bezug auf Grundlagenforschung nehmen, muss insgesamt forschungsgestütz- ter werden und sie muss *integrativer* werden. Das zeigt sich schulen- übergreifend (vgl. Drees, dieser Band; Lapworth 2001).

Die Mehrzahl traumatischer Erfahrungen wird verarbeitet, über- wunden – durch Versöhnung, Aussöhnung, Verzeihen (Enright/Fitz- gibbons 2001), ohne „Schädigungen fürs Leben“, denn *der Mensch ist von seiner im Verlauf der Evolution ausgebildeten Psychobiologie her ein „Traumaüberwinder“*. Es gibt KollegInnen, die betrachten eine solche Aussage geradezu als Sakrileg: *Irgend etwas bleibt doch immer!* In der Tat! Alt geworden, müssen derart konzeptualisierende TherapeutInnen bei ihren PatientInnen und bei sich selbst dann auf

die „*chains of adverse events*“, auf Ketten der Traumatisierungen und ihre Nachwirkungen blicken. Nur: was denn nachwirkt, was Menschen nachwirken lassen *wollen*, liegt auch im Bereich ihres *Willens* und *Wollens*, ein vernachlässigtes Thema in der Psychotherapie (vgl. Petzold 2001). Es liegt weiterhin bei ihren „*Überwindungsleistungen*“, denn durch diese kann Böses innerlich „zurückgelassen“ und Gutes kann in den Vordergrund gestellt werden. „Die Frucht des Alters aber ist, wie ich oft sagte, der Schatz der Erinnerung an das früher erworbene Gute“ (ante partorum bonorum memoria et copia, Cicero, de senectute, 19,71). Das Böse – eines der wenig beachteten Themen der Psychotherapie (Nelson/Eigen 1984; Sofsky 2002) – wird dabei von Cicero nicht gelehrt (ähnliche Positionen auch bei Seneca, Epictet, Marc Aurel, Autoren, die zur Pflichtlektüre von TherapeutInnen gehören sollten). Indes, es müssen nach Auffassung dieser Meister „praktischer Seelenführung“ bösen, finsternen Gedanken, negativen Gefühlen und Handlungen aktiv Grenzen gesetzt werden: durch Arbeit *an sich selbst* im Sinne des Gewinns einer „Meisterschaft seiner selbst“ (*egkrateia*), durch ein beständiges Bemühen um wachsende „Kenntnis seiner Selbst“ (*gnôthi seauton*) und aus einer Haltung der „Sorge um sich selbst“ (*epimeleia heautou*, Sokrates, vgl. Foucault 2001, 67f), so die „philosophische Therapeutik“ der Antike, die den Willen schätzte. In der Praxis bewähren sich derartige Strategien auch heute, wie die Arbeit der Kollegin Zorica Josić am Zentrum für Traumatherapie in Belgrad zeigt, in dem Konzepte der „philosophischen Therapeutik umgesetzt werden. Aber auch derartige Konzeptionen und Gedanken sind manchen suspekt: *Aber das Unbewusste!* Im Unbewussten sind auch alle Glückserlebnisse, alle Erfahrungen des Beistandes, der Zuwendung aufgehoben, der Freundschaft, des konvivialen Miteinanders (Derrida 2000), der Freude und der Schönheit, die bekanntlich – so der düstere Dostojewsky – „die Welt rettet“, denn *ästhetische Erfahrungen* haben eine heilende Kraft (Petzold 1999p; MacLagan 2001).

Das „Traumatische“ ist nur *eine* Dimension des Lebens (und des Unbewussten), eine bedrückende, die aber nicht den Blick auf das Leben als Ganzes überschatten darf. Das kann als eine zentrale Devise für die Praxis der Traumatherapie gelten! Die bösen Realitäten traumatogener Situationen müssen konfrontiert werden, wahrscheinlich stärker im politischen Engagement der TherapeutInnen (und aller über die Zustände in dieser Welt besorgten, sich sorgenden Menschen) als in den „therapeutischen“ Traumakonfrontationen mit PatientInnen (so sie denn indiziert sind, vgl. mit Vygotsky 1931/1993 kritisch zu Traumaexpositionen Miltenburg/Singer 1997).

Das Traumatheuma zeigt – wie wenig andere Themen – in unausweichlicher Klarheit die Notwendigkeit *differentieller*, interdisziplinärer Konzeptualisierung und *integrativer* behandlungspraktischer Arbeit. Es zeigt, dass der *Leib* als physiologische Grundlage von „Erle-



ben, Verarbeiten und Handeln“ einerseits und als der „ultimative Ort der Gewalt“ (*Foucault*) andererseits in das Zentrum jeder *Kulturarbeit* gehört (*Morris* 1998) und natürlich jeder therapeutischen Arbeit, traumatherapeutischer zumal (vgl. die Arbeiten von *Jordi, Koop* und *Reinhard* in diesem Band). Es macht zugleich auch deutlich, dass das Thema der *Sozialität* – auf der Makroebene weltpolitischer Ereignisse und des Zeitgeistes und auf der Mikroebene der persönlichen *Lebenslage* mit ihren sozialen Verflechtungen (vgl. *Drees, Koop, Reinhard*, dieser Band) – nie aus der Therapie ausgeblendet werden können, weder diagnostisch noch interventiv. Das Traumathema zeigt vor allem unausweichlich, dass das Moment des Zwischenmenschlichen – gekennzeichnet von einer unbedingten Achtung der Würde, Integrität und „Andersheit des Anderen“ (*Levinas*) – die letztgültige Grundlage aller traumatherapeutischen Maßnahmen ist. Deshalb ist *Traumatherapie* „*Menschenarbeit*“, Arbeit mit, für und zwischen Menschen, um Furchtbares, Traumatisierendes zu *überwinden*. Das heißt in der Mehrfachbedeutung des Wortes: „sich zu *überwinden*“ im eigenen Festhalten am Traumaereignis, mit dem die Zeit eingefroren und das Leben überschattet wird, weiterhin „das Trauma und seine Nachwirkungen zu *überwinden*“ (*Başoğlu* 1992) und schließlich „traumatisierende Realitäten zu *überwinden*“, sie zu besiegen, indem man ihnen das Einschreiten gegen Unrecht, den Irrsinn der Gewalt, gegen Not, Leid, Elend entgegenstellt: auf der Makroebene im engagierten Eintreten für Gerechtigkeit und Menschlichkeit, auf der Mikroebene durch effektive Maßnahmen der psychosozialen Hilfeleistung und klinischen Traumatherapie. Wir hoffen, dass die Arbeiten dieses Bandes etwas von diesen Überlegungen und Zielen vermitteln.

Wir danken Herrn *Werner Wicker* und den „Wicker Kliniken“, die durch ihre großzügige Unterstützung das oben erwähnte Symposium ermöglicht und die vorliegende Publikation gefördert haben.

**Hilarion G. Petzold**

Freie Universität Amsterdam und  
Zentrum für psychosoziale Medizin,  
Donau-Universität Krems,  
Postgradual Programm  
Psychotraumatologie

**Hans-Urich Wolf**

**Birgitt Landgrebe**  
Abt. Psychotraumatologie,  
„Fritz Perls Klinikum“  
an der der Hardwaldklinik I,  
Bad Zwosten

**Zorica Josić**

Center for Traumatherapy, Belgrad,  
Association for Integrative Therapy  
Traumatherapy and Psychosocial Interventions

## Literatur

- Baçoğlu, M.: *Torture and its Consequences*. Cambridge: Cambridge Uni. Press.
- Carroll, M., Tholstrup, M. (2001): *Integrative Approaches to Supervision*. London: Jessica Kingsley.
- Cliffors, S., Herrman, A. (1998): *Making a Leap – Theatre of Empowerment. A Practical Handbook for Creative Drama Work with Young People*. London: Jessica Kingsley.
- Derrida, J. (2000): *Politik der Freundschaft*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Diels, H., Kranz, W. (1961): *Die Fragmente der Vorsokratiker*, 3 Bde. Berlin: de Gruyter.
- Dohrenwend, B.C., Shrout, P.E., Link, B.G., Skodol, A.E., Stueve, A., (1995): Life Events and Other Possible Psychosocial Risk Factors for Episodes of Schizophrenia and Major Depression: A Case-Control Study. In: *Mazure* (1995), 43-66.
- Enright, R.D., Fitzgibbons, (2001): *Helping Clients to Forgive*. Washington: APA.
- Foucault M. (2001): *L'Hermeneutique du sujet. Cours au Collège de France 1981-1982*. Paris: Gallimard/Seuil.
- Franz, M., Liebertz, K., Schepank, H. (2000): *Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung*. Wien: Springer.
- Janet, P. (1919): *Les médicaments psychologiques*. Paris: Alcan.
- Kellermann, P.F., Hudgins, M.K. (2000): *Psychodrama with Trauma Survivors. Acting Out Your Pain*. London: Jessica Kingsley Publ.
- Lapworth, P. (2001): *Integration in Counseling & Psychotherapy*. Seven Oaks: Sage.
- Mace, C., Moorey, S., Roberts, B. (2000): *Evidence in the Psychological Therapies*. London: Brunner-Routledge.
- MacLagan, D. (2001): *Psychological Aesthetics. Painting, Feeling, Making*. London: Jessica Kingsley Publ.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2002): *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie*. Mainz: Mathias Grünewald Verlag.
- Mazure, C.M. (1995): *Does Stress Cause Psychiatric Illness?* Washington: American Psychiatric Press.
- Miltenburg, R., Singer, E. (1997): The (ab)use of Reliving Childhood Traumata. *Theory & Psychology* 7 (5), 605-628.
- , — (1999): 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.
- Morris, D.B. (1998): *Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis*. München: Kunstmann.
- Nelson, C.M., Eigen, M. (1984): *Evil, Self & Culture*. New York: Human Science Press.
- Petzold, H.G. (2001i): *Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte*. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- , Orth, I. (1999): *Die Mythen der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Pohlen, M., Bautz-Holzherr, M. (1994): *Psychoanalyse – Das Ende einer Deutungsmacht*. Reinbek: Rowohlt.
- Resik, P.A. (2001): *Stress and Trauma*. London: Psychology Press.
- Sofsky, W. (2002): *Zeiten des Schreckens. Amok, Terror Krieg*. Frankfurt. S. Fischer.
- Traue, H.C. (1998): *Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmung*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Vygotsky, L.S. (1993): *Compensatory processes in the development of the retarded child*. In: *Rieber, R.W., Carton, A.S. (eds.), The collected works of L.S. Vygotsky, Vol. 2: The fundamentals of defectology*. New York: Plenum, 122-138. (orig. 1931).
- Winn, L. (1994): *Post Traumatic Stress Disorder and Dramatherapy*. London: Jessica Kingsley Publ.



# Trauma und „Überwindung“ – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und die „philosophische Therapeutik“ der Hominität

Hilarion G. Petzold; Düsseldorf/Amsterdam<sup>1</sup>

*»Unsere Naturen sind Teil der Gesamtnatur. Daraus ergibt sich als das höchste Ziel das naturgeleitete, d.h. das seiner eigenen wie der Gesamtnatur gemäße Leben«. (Chrysispos von Soloi<sup>2</sup>)*

*»Unsere Biologie hat uns zu Wesen werden lassen, die beständig ihre eigenen psychischen und materiellen Umwelten gestalten ... Was uns also frei macht, ist unsere Biologie«. (Lewontin, Rose, Kamin 1988, 283f)*

*»Der Mensch ist von seiner im Verlauf der Evolution ausgebildeten Psychobiologie her ein „Traumaüberwinder“, für den im Sinne seines evolutionären Überlebensprogramms der Andere, die Gemeinschaft an erster Stelle stehen muss«. (Hilarion G. Petzold)*

*»Die Gewalt ergibt sich aus der spezifischen Menschlichkeit des Menschen. Weil er immer schon außer sich ist, ist er zu jeder Gewalttat in der Lage.« (Wolfgang Sofsky 2002, 15)*

*»Um was anderes geht es, als eine edle Gesinnung und gemeinnützige Werke als Frucht des Erdendaseins in seinem kurzen Leben hervorzubringen« (Marc Aurel, VI, 30)*

## Kulturarbeit als Polylog

Psychotherapie hat neben ihren zentralen Aufgaben der Heilung, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung die nicht minder bedeutsame Aufgabe der „Kulturarbeit“ – so ihr Verständnis im „Integrativen Ansatz“. Kulturarbeit als aktives Arbeiten an der Kultivierung der menschlichen Natur und der menschlichen Gesellschaft auf der individuellen und auf der kollektiven Ebene erfordert „Polylog“. Darunter verstehen wir vielfältige, vielstimmige Diskurse (Petzold [et al.] 2001) nach unterschiedlichen Seiten, in verschiedene Richtungen, so dass es zu keinen Einseitigkeiten, ausschließenden Polarisierungen, Zweiseitigkeiten, dialogischen Zweisamkeiten kommt, die der gegebenen Vielfältigkeit, den vorhandenen Differenzen in einer globalisierten Welt nicht gerecht werden. So erfordert Kulturarbeit eine „Konvivialität der Verschiedenheit“ (Petzold et al. 2001),

freundliches, offenes Miteinander, eine Polyphonie der Äußerungen (Bakhtin 1979, 1981), Meinungen, Visionen, Weltanschauungen. Sie ist ein Unterfangen, das von allen Völkern der Welt, allen Ethnien und Glaubensgemeinschaften, allen Wissenschaften und Künsten, allen politischen und staatsbürgerlichen Aktivitäten, in allen nur denkbaren Bereichen der Weltgesellschaft in Angriff genommen werden muss, von allen und jedem, von mir und dir: Es ist eine *Menschheitsarbeit* für ein menschengerechtes, menschenwürdiges Leben, die über unsere Zukunft entscheiden wird – Arbeit *gegen* die destruktiven, gewalttätigen, bössartigen und traumatisierenden Seiten der menschlichen Natur und für die lebensfreundlichen, schöpferischen, liebenswerten und schönen Seiten des menschlichen Wesens. Psychotherapie, Traumatherapie zumal, kann hier einen kleinen, und für Betroffene *wichtigen* Beitrag leisten, einen Beitrag auch für die „*Menschenarbeiter*“ – wie ich die HelferInnen nenne (Petzold 1969c; Sieper/Petzold 2001) –, denn die meisten von ihnen sind auch in irgendeiner Form Verletzte, tragen eine „*Verwundung vom Biss des Realen*“ (Marcel 1985, 19), sind Überlebende. Das darf nicht vergessen werden, das dürfen sie auch selbst nicht vergessen. Der vorliegende Text steht im *Diskurs* psychotherapeutischer Kulturarbeit und vertritt dezidiert die Auffassung, dass die Therapie von Traumafolgen durch „*man made disaster*“ ohne übergreifende kulturkritische und politische Reflexionen zu kurz greifen muss (vgl. grundlegend Sofsky 1996 und Morris 1998). Er steht in einer Reihe von Arbeiten zu schweren Überforderungen, Belastungen, Entwurzelungen (Petzold 1968a, b), zu Verletzungen der Menschenwürde, der *client dignity* (idem 1985d), zu Folter, Traumatisierung, Bedrohung leiblicher Integrität (idem 1985m; 1986b), zur Begleitung von Menschen in und nach solchen Erfahrungen und zur Behandlung von posttraumatischen Belastungen (1999i). Für diese Situationen haben wir spezifische Behandlungsmethoden – die „*Integrative und differentielle Regulation*“ entwickelt und evaluiert (IDR-Traumaformat, vgl. Petzold et al. 2000). Das Thema hat eine lange Geschichte im Integrativen Ansatz und kann m.E. nur interdisziplinär, methodenübergreifend und *polylogisch* angegangen werden. Es gibt eine lange Erfahrung in der Menschheitsgeschichte dazu, wie man mit traumatischen Belastungen umgehen, Menschen helfen kann, Traumaerfahrungen und schlimme Überlastungen zu überwinden, und auch hier gilt es anzuknüpfen.

Wir hatten für Entwurzelungserfahrungen und psychischen Überlastungen, die wir Ende der sechziger Jahre in der therapeutischen Arbeit mit „*Gastarbeitern*“ fanden, das stresstheoretische Konzept des „*Überforderungserlebnisses*“ (idem 1968a) im Anschluss an Janet (1919) und Mierke (1956) zur Grundlage der Konzeptualisierung gemacht, dabei aber stark auf die Bedingungen der **sozialen Situation** der Betroffenen, auf ihre „*Lebenslage*“ fokussiert (idem 1968b),

auf ihre Entwicklung in der **Lebensspanne** (Oerter et al. 1999; Petzold 1992a, 546ff) und auf dieser Grundlage die Krankheitslehre der Integrativen Therapie (idem 1975e, 120ff; 1992a) und Modelle und Strategien der Behandlung entwickelt:

„Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, zureichende äußere und innere Ressourcen und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so dass die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden. Seine physiologische, psychologische, mentale und soziale Realität wird dysreguliert, wenn in der Überforderungssituation die bisherigen Muster nicht mehr greifen. Es kommt dann im Versuch, die Lage doch noch zu meistern, zu folgendem Prozess (vgl. Mierke 1956): einer **Agitationsphase** der Überaktivität, Überspannung, Alarmiertheit voller Überforderungsgefühle und somatische Akutreaktionen, die, wenn sie scheitert, in eine **Resignationsphase** der Lähmung, Unterspannung, Stumpfheit voller Ohnmachtsgefühle und psychosomatischer Beschwerden abstürzt. Eine **Restitutionsphase** bedarf dann ausreichender Entlastung, Entspannung, Erholung – neuer Möglichkeiten der Selbstregulation, Gefühle des Wohlbefindens“ (Petzold 1968a, 42).

Janet war schon in seinen frühen Arbeiten seit 1882 auf die Erschöpfungszustände seiner PatientInnen aufmerksam geworden und er sah, dass Überlastungen, Traumatisierungen recht unterschiedlich verarbeitet wurden (*Les médications psychologiques* 1919, vol. II, c. III, 204ff), so dass er ein breites Behandlungsspektrum für notwendig hielt und ein solches auch entwickelte (vgl. vol. III) – insbesondere für den Umgang mit „*souvenirs traumatiques*“ (vol. II, 204) und für ein Eindämmen der Überlastungen, was besonders im frühen Stadium der Erkrankung wesentlich ist. Insgesamt ging es ihm um eine „Ökonomisierung“, der Lebensführung, die „*économies psychologiques*“ (ibid. 303), denn die PatientInnen haben in ihrem „*train de vie ordinaire*“ einen verdeckten Verbrauch an Kräften „*trop considérable pour leur ressources*“ (ibid. 304). – Janet bietet hier, in Vielem seiner Zeit voraus, einen ersten ressourcentheoretischen Ansatz in der modernen Psychotherapie. Und hier ergeben sich für mich Anknüpfungspunkte an die Praktiken der antiken „Seelenführung“ (Guillemain 1952-1954; Rabbow 1954; Voelke 1993), der „*philosophischen Therapeutik*“ und ihrer Praxis, ihren Handreichungen (*praecepta*), Übungen (*exercitia*), ihrer „*ascèse philosophique*“ (Foucault 2001, 461ff), die u.a. auf ein gutes, maßvolles Nutzen der eigenen Ressourcen – geistiger, seelischer und materieller Art abzielen. Diese Praktiken werden einen Schwerpunkt des vorliegenden Textes bilden.

Bei der ablehnenden Haltung Freuds und in seiner Folge vieler PsychotherapeutInnen muss hier eine Bestimmung der Philosophie erfolgen, wie sie hier in diesem Text verstanden wird. Rom Harré (2002, 9) hat im Prolog seines Werkes „*1000 años de filosofía*“ formuliert: „Philosophie ist vor allen Dingen eine kritische Überprüfung der Formen menschlichen Lebens“. Foucault (1998) hat die diagnostische Aktivität der Philosophie heute betont und Derrida (1972, 2000) „liest“ mit der

Philosophie Lebensverhältnisse. In diesem Sinne habe ich Philosophie betrieben und betreibe sie noch: um das Leben, die Menschen, die Welt zu verstehen. Ich habe aus eben diesem Grunde mich der Psychotherapie zugewandt und für Sie eine „klinische Philosophie“ (Petzold/1991a) entwickelt. Für die klassischen Texte der späten Stoa waren eigene Lektüre und Übung in Jugendtagen – angeleitet durch meinen Vater – ein erster Anstoß. Meine patristischen Studien in den sechziger Jahren, die u.a. den Einflüssen des *Epiktet*, des *Seneca*, des *Plotin* nachgingen, *Foucaults* Vorlesungen zu den „Praxen der Subjektconstitution“, den „Technologien des Selbst“, der „Hermeneutik des Subjekts“ (Foucault 1988, 2001) am „Collège de France“ 1982-1984, von denen ich etliche hören konnte, regten erneute Lektüre der Quellentexte zur Lebensführung, Lebenskunst, Seelenführung, zur „asklepiadischen Therapeutik“, der altgriechischen Heilkunst (Petzold/Sieper 1990) an. Hier lagen wesentliche Impulse, diese „andere klinische Weisheit“ in therapeutische Praxis umzusetzen, das Verhältnis von Philosophie und Psychotherapie in praxisorientierter Absicht zu explorieren, „Philosophie als Psychotherapie“ – so ein erstes Buch zu diesem Thema (Kühn/Petzold 1991) – einzusetzen. Eine besondere Stellung nimmt hier die jüngere Stoa eines *Seneca* und *Marc Aurel* ein, auf die in dieser Arbeit Bezug genommen wird. Dabei kann es nicht darum gehen, die „Therapeutik der Stoa“ umfassend darzustellen. Es wird weder auf die wichtigen Protagonisten der älteren und mittleren Stoa z.B. auf *Chrysippos von Soloi* (281-208), *Panaitios von Rhodos* (185-109) usf. Bezug genommen noch auf *Epiktet* (Pohlenz 1970, 1972), und aus dem umfangreichen Werk *Senecas* zentriere ich mich hier auf seine „therapeutischste“ Schrift „*De tranquillitate animi*“ („Über die Ausgeglichenheit der Seele“<sup>3</sup>), die er selbst als „*remedium*“, als Heilmittel, bezeichnet (2,5). Die Selbstbetrachtungen von *Marc Aurel* (vgl. Rosen 1997; Rutherford 1989; Hadot 1992) sind natürlich ein Markstein, seine weitgehend unbekannte Korrespondenz mit seinem Lehrer und Freund, dem Rhetor *Marcus Cornelius Fronton*, eine vertiefende Ergänzung.

Nun mag man fragen: Was sollen wir mit den „alten Griechen“, den Römern gar? Um humanistische Nostalgik geht es keineswegs. Ist man erst in die Texte hineingetaucht, kann man nur *Nietzsche* zustimmen: „Wenn wir von den Griechen reden, reden wir unwillkürlich zugleich von heute und gestern. Ihre allbekannte Geschichte ist ein blanker Spiegel, der immer etwas wiederstrahlt, das nicht im Spiegel selbst ist. Sie erleichtern dem modernen Menschen das Mitteilen von mancherlei schwer Mitteilbarem und Bedenklichem“ (Menschliches, Allzumenschliche II, 218).

Von den Schriften und Praxen der antiken „Seelenführung“, der „philosophischen Therapeutik“, erweist sich die „stoische Therapeutik“ für eine *Konnektivierung* mit modernen psychologischen und

neurowissenschaftlichen Perspektiven (Hüther 2001; Yehuda 2001) und mit einer modernen evolutionsbiologischen und -psychologischen Weltansicht (Buss 1999; Weber 2000, Petzold et al. 2001) als besonders „anschlussfähig“. In der Integrativen Therapie als einem **biopsychosozialen Ansatz** (BPS-Modell, Petzold, Wolf et al. 2000) und als Weg **kritischer Kulturarbeit** (Petzold 1994c, Petzold et al. 1999, 2000) – einem interdisziplinären und polylogischen Ansatz also – haben wir uns auf dem Hintergrund unserer philosophischen Studien mit diesen Quellen, der patristischen Seelsorge (idem 1983e; Zenkovsky/Petzold 1969) und der antiken „Seelenführung“, auseinandergesetzt und sie für die Praxis unserer Therapie fruchtbar zu machen gesucht. Denn der Diskurs der **praktischen Weisheitsliebe** (Oelmüller 1989; Kühn/Petzold 1991) lässt sich für eine moderne „**klinische Philosophie**“ (Petzold 1991a) und ihre Anwendung in der „Integrativen Therapie“ durchaus nutzen. Er erweist sich als anschlussfähig an ihre kognitivistischen und biopsychologischen Konzepte mit ihrer Praxis leiborientierter Behandlung (idem 1988n), ihren narrativen und netzwerkbezogenen Vorgehensweisen, die an der Leitmaxime „**Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum**“ ausgerichtet sind (Petzold „et al.“ 2001; 2000h) und die als „kreative Therapie“ (Petzold/Orth 1985, 1990) ein differentielles und integriertes Arbeiten mit Menschen in heilender und fördernder Absicht verwirklichen können. Eine solche „ganzheitliche und differentielle Therapie“ vertreten, praktizieren und lehren wir seit über dreißig Jahren.

## 1. Τραῦμα

**Traumata** – von gr. τραῦμα (*trauma*), Wunde, Verletzung, Gewalt einwirkung in körperlicher oder psychischer Hinsicht – haben Folgen. Sie hinterlassen „Eindrücke“ im Leibgedächtnis, erregende und bedrückende Erinnerungen, die so stark sein können, dass noch nach Jahrzehnten das „kalte Grausen“ aufkommt, wenn man an die Szenen des Entsetzens denkt, für die es „keine Worte gibt“ und die man „*nie wieder vergessen kann*“. Sie können zuweilen pathogen sein und Störungen oder Erkrankungen als Nachwirkungen haben, *sie müssen es nicht*. In der Regel werden derartige Erlebnisse verarbeitet, auch wenn sie entsetzlich sind, denn es handelt sich um Erfahrungen, denen Menschen seit Beginn der Hominisation – durch Naturkatastrophen und Unglücksfälle – ausgesetzt waren oder die sie selbst als Urheber von Grauenhaftem – durch Krieg, Bruder- und Bürgerkriege, Verwüstungen, Pogrome, Folter – *verschuldet* haben; hier trifft der Begriff „Schuld“ in ultimativer Weise. Naturkatastrophen sind furchtbar. Wir können sie in der Regel nicht verhindern, die Orkane, Fluten, Dürren, Feuersbrünste, Erdbeben, Vulkanausbrüche. *Absichtsvoll verursachte man made desaster* – und um *diese ubiquitäre Präsenz men-*

*schenverursachter Traumatisierungen* geht es mir in diesem Text vornehmlich – müssen wir mit aller Kraft in ihren Ursachen und Manifestationen zu verhindern suchen. Sie wüten seit Menschengedenken. Wir zitieren exemplarisch *Homer*, dessen *Ilias* wie auch *Caesars Bellum Gallicum* jedem Absolventen eines humanistischen Gymnasiums – damit vielen Offizieren des Ersten und Zweiten Weltkrieges – bekannt waren. Ich habe diese „klassischen Texte“ als Ausdruck herrlicher antiker Kultur in meiner Schulzeit lesen müssen. Mein Vater gab mir in dieser Zeit die Schriften der Vorsokratiker<sup>4</sup>, wies mich besonders auf *Heraklit* und *Demokrit* hin, schenkte mir „seinen“ *Marc Aurel*<sup>5</sup>. „*De vita beata*“ von *Seneca* – 1960 ein Geschenk von *Johanna Sieper* – kam hinzu. Auch das ist ein Erbe unserer Kultur, das eine genauso große Aktualität hat und eine größere Bedeutung haben sollte, als die hinlänglich bekannten Gemetzel der *Ilias*, die der amerikanische Psychiater *Jonathan Shay* (1998) mit seinem Buch „*Achill in Vietnam*“ mit der Realität der Kriege heute verbunden hat. Er macht die böse Banalität des kontinuierlichen Mordens über die Jahrhunderte, Jahrtausende deutlich – das auch heute fort dauert auf allen Schlachtfeldern und Kriegsschauplätzen von Tschetschenien, Mozambique bis Afghanistan, bis ...

Es trifft die „Streitaxt aus gutem Erz ... über der Nasenwurzel; es krachten die Knochen, die Augen fielen blutend hinab in den Staub bei den Füßen“ (*Ilias* XIII. Gesang 615), ... „stieß in die Weichen das Erz, das schöpfte heraus die Gedärme, sie zerreißend“ (XIV, 517f) ... „stieß ihm den Augapfel aus, der Speer durchborte das Auge bis in das Hinterhaupt ... schlug mit dem Schwerte, dem scharfen, mitten hinein in den Hals und schmetterte nieder zur Erde Haupt und Helm zugleich ... und allen ergriff ein Zittern die Glieder, jeder spähte umher, wohin zu entfliehen dem Verderben“ (XIV, 494f, 506f).

Oft aber gibt es kein Entfliehen und kein Entkommen, und es kommt zu schlimmen Überlastungen. *Einige* tragen „Schäden“ davon, wie schon *Alkmaion von Kroton* wusste, ein *Pythagoras* nahestehender Arzt des ausgehenden 6. Jahrhunderts. Er erklärt die Traumagenese nach *Aethius* (V 30, 1) wie folgt: „Zuweilen entstanden hier [im Blut, Mark, Gehirn sc.] Krankheiten auch durch äußere Ursachen: als Folge der Beschaffenheit des (Trink)wassers, des Landesklimas oder in Folge von Überbelastung oder Folter und dergleichen. Gesundheit beruhe hingegen auf der ausgewogenen Mischung der Qualitäten“ (*Alkmaion* fr. 4, *Diels, Kranz* 1961).

Überlastungen, die die Bewältigungsfähigkeiten und Ressourcen von Menschen hoffnungslos überfordern, „Überforderungserlebnisse“, „*stressfull live events*“ haben ein vielfältiges pathogenes Potential (*Dorenwend et al.* 1995). Darüber besteht ein breiter Konsens unter Klinikern und Forschern (*Mazure* 1995; *Traue* 1998). Aber die Menschen sind auch „*survivors*“. Sie überwinden, verarbeiten Traumata, lernen aus belastenden Erfahrungen, begegnen Gefahren mit Erfindungs-



geist. Sie entwickeln „Wege der Heilung“, Möglichkeiten des Trostes, der **Überwindung**, sie finden Lebensweisheit. Sie hätten sonst die Fährnisse ihrer Evolutionsgeschichte nicht überstanden (Loubotin 1992; Probst 1986; Vialou 1992). Vielmehr sind die Hominiden durch das „evolutionäre Lernen“ ihres Organismus in den etwa zwei Millionen Jahren ihrer Existenz – davon ca. 130.000 Jahre als *homo sapiens* (Wrangham/Peterson 1996) – für den Umgang mit Belastungen und Traumatisierungen gut ausgerüstet worden. In ihnen kommt auch stammesgeschichtliches Lernen zum Tragen, denn die neuroendokrinen Reaktionen der höheren Säuger auf Stress und Hyperstress zeigen eine ganz ähnliche Physiologie und Pathophysiologie wie beim Menschen (vgl. Hüther 2001). Für das unausweichliche „Lebensphänomen Stress“ konnte der Mensch als Körperwesen (d.h. sein Organismus), konnte der Mensch als identisches Individuum (d.h. seine Person), konnte der Mensch als Gruppenwesen (d.h. als Mitglied einer Gemeinschaft) – und diese drei Realitäten sind miteinander verschränkt – im Laufe der Evolution Anpassungs-, Restitutions- und Progressionsleistungen entwickeln. Belastungen sind Herausforderungen für Lebewesen. Bei Menschen stimulieren sie individuelle und kollektive Lernprozesse, um für künftige Gefährdungen besser ausgerüstet zu sein: durch effektivere Coping-Strategien (Zeidner, Endler 1996), intelligenteres Ressourcenmanagement (Petzold 1997p), aber auch durch die Entwicklung wirksamer Aggressions- und Destruktionspotentiale. Es ist durchaus lohnenswert, gerade für das Verstehen von Trauma- und Adaptions- bzw. Bewältigungsphänomenen, eine evolutionsbiologische und evolutionspsychologische Perspektive einzunehmen (Buss 1995, 1999; Gaulin/McBurney 2001; Crawford/Krebs 1998), die deutlich macht, dass menschliches Verhalten auf allen Ebenen (Kognition, Emotion, Physiologie etc.) als eine fortwährende Anpassung an seine natürliche und soziale Umgebung gesehen werden kann. Wilde Zeiten, gefährvolle Kontexte in der Frühzeit der Menschheit haben Anpassungs- und Bewältigungsleistungen für Belastungserfahrungen, für „*adverse events*“ bzw. für Traumata notwendig gemacht und realisiert: auf der Ebene individueller Bewältigungsmöglichkeiten (Hilfesuchverhalten, Dissoziierung, Distraction, Trauer, Reflexion, kreative Aktivitäten usw.) und auf der Ebene kollektiver Bewältigungsformen (altruistische Hilfe und Unterstützung, gemeinsame Trauer, Trost, Zuspruch, soziale Aktivitäten, Rituale etc.). Durch diese Strategien vermögen Menschen als Einzelne oder Gruppen traumatische Belastungen zu überwinden, indem sie sich in die Gegebenheiten einpassen, aber auch, indem sie die Gegebenheiten verändern, beide Strategien können jeweils für sich sinnvoll sein oder können auch kombiniert zum Tragen kommen.

## 2. „An sich arbeiten“ – über „Hominität“ und aktives Engagement für Menschenrechte als Arbeit gegen Traumatisierungen

Wie auch immer die Orientierung ist, adaptiv oder veränderungsgerichtet, immer muss der Mensch – als Einzelner und als Gemeinschaft – *an sich arbeiten, arbeiten wollen*, um eine „edle Gesinnung und gemeinnützige Werke als Frucht des Erdendaseins in seinem kurzen Leben hervorzubringen“, so *Marc Aurel* (VI, 30), der auch ein entsprechendes Arbeitsprogramm vorschlägt: „Mache den illusionären Vorstellungen ein Ende. Hemme den Trieb der Leidenschaften. Behalte die Gegenwart unter deiner Kontrolle [vgl. *locus of control*, Selbstwirksamkeit, *Flammer* 1990]. Mache dich mit dem, was dir oder einem anderen begegnet, vertraut. Differenziere und analysiere jeden Gegenstand auf seine Ursprungskraft und seinen Stoff. Gedenke der letzten Stunde. Lass die Fehler, die von anderen begangen worden sind, da, wo sie geschehen sind“ (VII, 29) – „Liebe das Menschengeschlecht“ (VII, 31).

Das Individuum wird in der Arbeit an sich selbst Subjekt, gewinnt Persönlichkeit, d.h. **Hominität**, entfaltetes Menschenwesen. Die Gemeinschaft/Gesellschaft gewinnt dabei Kultur und eine freie, solidarische und gerechte Grundordnung, d.h. **Humanität**. In der „Integrativen Traumatherapie“ hat das Konzept des „**An sich Arbeitens**“ eine große Bedeutung. Es aktiviert eine Grundfähigkeit des Menschen, die ihn – unter einer evolutionstheoretischen Perspektive betrachtet – zum Menschen macht, denn das kann kein Tier: „*an sich arbeiten wollen*“ – im Wollen liegt das Moment der Freiheit. Das gibt Traumaopfern, die zum Objekt menschenverachtender Gewalt geworden sind, von anderen bestimmt, eingeschüchtert, erniedrigt und hilflos gemacht, den „*locus of control*“ (*Flammer* 1990), Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit wieder, das, was wir im Integrativen Ansatz als „**persönliche Souveränität**“ bezeichnen (*Petzold/Orth* 1998b). Ein Loslassen von dysfunktionalen, illusionären Emotionen, Kognitionen, Vorurteilen (*Gigerenzer* 1991) wird möglich und damit auch der Beginn neuer Initiativen. Etlichen unserer PatientInnen gelingt es mit unserer Unterstützung auch, in Menschenrechtsinitiativen oder anderen altruistischen Initiativen (Umweltschutz, Kinderhilfe, WWF usw.) mitzuarbeiten, sich in Gemeinschaften dafür einzusetzen, dass Zerstörung in der Welt etwas entgegengestellt wird. Das führt aus der Ohnmacht in die Möglichkeit der Gestaltung, erfordert aber eine Überschreitung der eigenen Resignation, Hoffnungslosigkeit und Angst durch *Arbeit an sich selbst und am Gemeinwohl*.

Investition in die *Arbeit* der Selbsterkenntnis, Selbststeuerung, Selbstsorge als zweckgerichtetes Handeln und Gemeinwohlorientierung (*Marc Aurel* XI, 20) und in die *engagierte Arbeit der Gemeinschaft am Gemeinwesen* ist – ein Blick in die Geschichte zeigt dies – *Mensch-*

*heitsarbeit für Menschlichkeit*, denn „wir alle sind füreinander da“ (ibid. XI, 18). Es ist Arbeit, die in grundsätzlichen Rechten Ausdruck findet, „*droits fondamentaux*“, wie sie Graf Mirabeau 1770 aus dem Strom der humanitätsorientierten Tradition des Denkens heraus formuliert und gefordert hat und wie sie am 26. August 1789 von der Nationalversammlung feierlich proklamiert wurden. Allerdings war es nicht die Parole der Französischen Revolution „Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit“ (van den Heuvel 1984; Bott/Schoch 1989; Ozouf 1996), die man feierte, denn die ging nie in ein revolutionäres konstitutionelles Dokument ein, sondern erst in die Verfassung der Dritten Republik (1870-1940).

*Die engagierte Arbeit an Menschenrechten ist eine Arbeit gegen menschenverursachte Traumata*. Sie hat eine bewegte Geschichte, von der wir seit mehr als zweitausend Jahren Zeugnisse haben. Auf einer Ebene von *praktiziertem Altruismus* wird diese Geschichte noch viel älter sein (wir wissen von Hilfeleistung und Wundversorgung aus dem Neolithicum durch Skelettfunde mit verheilten komplizierten Brüchen, wo offenbar längere Pflege gewährleistet war). Die europäischen Traditionen führen uns in die antike Philosophie – man denke etwa an die Altruismus- und Staatslehre des Demokrit (460-370 v. Chr.)<sup>6</sup>, das stoische und sophistische Naturrecht, die christliche Anthropologie –, sie führen zur Lehre von Ockham, des hl. Thomas, zu Dokumenten wie der *Magna Charta* (1225), den „*poor laws*“ (1601) der ersten Elisabeth (1558-1603) bis zu den neuzeitlichen Ansätzen von Menschenrechtskonzepten in der Zeit der Aufklärung und in der Gegenwart. Für den Schutz von „Leib und Leben“, den Schutz vor willkürlichen Gewaltakten, Folter, Einkerkерung gab es einen steinigen Weg mit mühsam erstrittenen Rechten wie dem „Habeas Corpus Amendment Act“ (1679), der willkürlichen Freiheitsentzug abschaffte, dem „Bill of Rights“ (1689) bis zu den modernen Verfassungen im Gefolge der Französischen und Amerikanischen Revolution.

Die Gedanken von Wilhelm von Ockham (1285-1349), von John Milton (1608-1674), von John Locke (1632-1704) mit seiner Forderung nach Gleichheit, Freiheit und Recht auf Unverletzlichkeit von Person und Eigentum als obersten Rechtsgütern, sind in die französischen und amerikanischen Konstitutionen eingegangen: „*Freiheit, Gleichheit, Sicherheit, Eigentum*“ (so die franz. 3. Revolutionsverfassung vom 29. August 1795).

Das Spannungsverhältnis zwischen „Gleichheit“ und „Eigentum“ wurde als Erbe Miltons übernommen. Die „Brüderlichkeit“, die als Puffer oder Mediationselement dienen könnte, hatte es schwer, und doch liegt in ihr, wie Derrida (2000) neuerlich zeigte, ein Schlüssel für jedes friedliche Miteinander. Ich denke allerdings nicht „der“ Schlüssel, denn das würde die **Brüderlichkeit** überlasten, trägt sie doch schwer an der impliziten *Gendergewalt*, die bis heute wütet in offenem und clandestinem *Gendergenozid* bzw. *Femizid* (massenhafte Abtreibung von weiblichen Föten z.B. in Indien und China, lt. UN-Statistik

von 1993 fehlen 60-90 Millionen Mädchen in der Bevölkerungsstatistik, lt. Unicef 1998 etwa 100 Millionen, *Die Zeit* 10.12. 1998). Mit den Massenverstümmelungen von Mädchen durch die große, die „*pharaonische Beschneidung*“ in afrikanischen Ländern, durch Mitgiftmorde (Indien), Säureattentate (Bangladesch, Pakistan), Steinigungen von Frauen (Afghanistan, Iran) – in den westlichen Ländern durch Misshandlungen, Vergewaltigungen – findet sich auf der ganzen Welt ein *Traumamilieu ungeahnten Ausmaßes* von „*man made desaster*“.

**Hominität, das Menschenwesen, hat zwei Geschlechter!** (vgl. Petzold et al. 2001). Die Genderperspektive wurde in der „*offiziellen Psychotherapie*“, z.B. den Richtlinienverfahren, völlig vernachlässigt. Bei der Spezifität der Probleme sollten **Geschwisterlichkeit** (sie suggeriert allerdings eine Einengung auf Verwandtschaftsbande), **Mitmenschlichkeit, Hominität, Konvivialität**<sup>7</sup> den Begriff der „*Brüderlichkeit*“ vor diesem Faktenhintergrund ersetzen bzw. ergänzen. Aber auch diese Leitwerte müssen mit anderen Leitwerten „in Ko-respondenz“ gebracht werden, damit sie „füreinander Korrektive“ sein, situationsspezifisch zugepasst und austariert werden können (Petzold 1991a, 22ff; 1992a, 500ff), denn *Werte konstituieren Spannungsverhältnisse* (z.B. kann „Ehrfurcht vor dem Leben“ als Wert ohne den korrigierenden Wert der „Lebensqualität“ große Probleme aufwerfen). Nur harmonistische Ausblendungen können dieses Faktum negieren. Mit diesem Problem der Werteppluralität und der *differentiellen Wertebewertung* gilt es sich aus „*engagierter Verantwortung*“ für die *Integrität* höchst verschiedener Menschen, Menschen von großer „*Andersartigkeit*“ (Levinas 1983; Petzold 1996j) auseinanderzusetzen, zumal in einer globalisierten Welt, sonst wird es traumatisch, wie der 11. September 2001 paradigmatisch zeigt. Eine *dominante universelle Ethik* europäischer oder amerikanischer Prägung (Elnadi / Rifaat 1992) wird *universelle Geschwisterlichkeit* nicht erreichen (zumal diese bislang ja *explizit*, als Begriff in Verfassungsdokumenten etwa, gar nicht vorgesehen ist). Man wird sich gegen eine westliche Dominanz wehren. Das Konstrukt einer „*vielschichtigen Universalität*“ (Nair 1992) hätte einige Chancen, wird indes permanente *Menscheitsarbeit*, respektvolle Ko-respondenz in Konsens-/Dissensprozessen mit „wertgeschätztem Dissens“ erforderlich machen, will man die ubiquitäre Präsenz von menschenverursachten Traumata eindämmen.

Die frühen Leitwerte der Französischen Revolution waren *Freiheit* (es ging ja zunächst um Befreiung) und *Gleichheit* (es ging um die Beseitigung der Privilegien, wie sie vor 1789 das *Ancien Regime* kennzeichnete). Die Idee der *Brüderlichkeit* tauchte erst später im Verlauf der Revolution auf. Der Ursprung der Formel „*Liberté, Égalité, Fraternité*“ ist nicht gänzlich geklärt. Öffentlich wurde sie zuerst 1791 von dem Buchdrucker *Antoine-François Momoro* von der „*Société des amis des droits de l’homme et du citoyen*“, dem „*Club des Corder-*

liers“ (gegründet am 27. April 1790), propagiert und zum Durchbruch gebracht. (*Momoro*, dieser Verfechter von Menschenrechten, der eine „universelle Brüderlichkeit“ forderte, wurde 1794 unter *Robespierre* guillotiniert!). Die Geschichte der Menschenrechte war oft genug eine blutige, traumatische, schäbige, prekäre Geschichte (*Fitzpatrick* 1994; *Arendt* 1964; *Kimminich* 1973).

Die Brüderlichkeit kommt offenbar immer zuletzt, sofern sie nicht ganz fallen gelassen wird, als Leerformel gebraucht wird oder schon im Aussprechen eine Lüge ist (*Derrida* 2000).

*Jefferson* nahm aus ähnlichen Quellen das *Gleichheitsprinzip* (*created equal*) und die „unalienable rights“, die er – höchst weise – gleichsam beispielhaft und damit ergänzungsfähig aufzählt: „among these“ sind Leben (*life*), Freiheit (*liberty*) und – ein gewaltiger Schritt – das Recht, sein Glück zu verfolgen (*pursuit of happiness*). Ohne den ko-respondierenden und ggf. korrigierenden Wert der *Brüderlichkeit* kann das in Schwierigkeiten führen („Jeder ist seines Glückes Schmied“), denn es muss ja auch Chancen geben, sein Glück zu verfolgen, und zwar nicht auf Kosten und in Ausbeutung Anderer<sup>8</sup>. Von „Recht auf Glück“ wird ja nicht gesprochen. Die „Declaration of Independence“ vom 4.7.1776 aus seiner Feder war, wie *Jefferson* selbst bescheiden und zutreffend ausführte, »Ausdruck des amerikanischen Geistes«, wie er sich zur Zeit der Revolution dargestellt habe. Es ist eine Frage, der sich nachzugehen lohnte, warum das Konzept der „Brüderlichkeit“ in diesem „amerikanischen Geist“ nicht aufscheint oder wie der Konflikt zwischen dem individuellen „pursuit of happiness“ und der weltweiten Armut und der Not angegangen werden kann (von Lösung soll man gar nicht erst sprechen). Hinter dem „Verfolgen des eigenen Glücks“ steht die augustinish-calvinistische Lehre von Prädestination: Gott hat die seinen erwählt und sie mit Erfolg und Prosperität (vgl. Psalm 1) gesegnet, also gilt es, erfolgreich zu sein (vgl. *Max Webers* Protestantische Ethik von 1905). Dafür bot „God’s own Country“ die Möglichkeit, denn man war angetreten, die Welt zu verändern – so beispielhaft 1776 das berühmte Pamphlet von *Thomas Paine*: »Wir haben es in unserer Hand, die Welt von neuem zu beginnen«. Die reichste Nation der Welt mit ihrem hohen Anspruch an die Verwirklichung der Menschenrechte steht – zusammen mit den anderen reichen Industrieländern, die Gleichheit, Menschenwürde (wie Deutschland) und Brüderlichkeit (wie Frankreich) in der Verfassung verankert haben – vor dem „Elend der Welt“ (*Bourdieu* 1997). Dies ist eine Herausforderung, die den demokratischen Kulturleistungen der europäischen und amerikanischen Demokratien (die südamerikanischen Länder gewinnen zunehmend an Gewicht) angemessen wäre, aber nur gemeinsam mit der übrigen Welt (nicht „mit dem Rest“) zu realisieren ist.

Nachhaltige Schritte zu einer *weltweiten und umfassenden Regelung allgemeinverbindlicher Menschenrechte* (*Arendt* 1949) – von ihrer Durch-

setzung sind wir noch weit entfernt – „brauchten“ offenbar erst die Schrecken des Ersten *Weltkrieges* mit seinen Massenschlachten und furchtbaren Gasangriffen und die Gräueltaten des Zweiten *Weltkrieges* mit den gigantischen Zerstörungen durch den modernen Luftkrieg – Neuheiten in der Menschheitsgeschichte – „brauchten“ wohl den Holocaust und die Demonstration des atomaren Vernichtungspotentials durch das Verbrechen der amerikanischen Atomangriffe auf Hiroshima (6.8.1945) und Nagasaki (9.8.45) mit zusammen fast 300 000 Toten, vielleicht auch die für Weitblickende erkennbare globale Bedrohung mit der aufkommenden russischen Atommacht (seit 1949 A-Bomben, seit 1955 H-Bomben). So wurde von den Vereinten Nationen in der Nachkriegszeit die **Allgemeine Erklärung der Menschenrechte**, am 10.12.1948 als Empfehlung verkündet.

*Artikel 1*

Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geist der Brüderlichkeit begegnen.

*Artikel 2*

Jeder hat Anspruch auf die in dieser Erklärung verkündeten Rechte und Freiheiten ohne irgendeinen Unterschied, etwa nach Rasse, Hautfarbe, Geschlecht, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Überzeugung, nationaler oder sozialer Herkunft, Vermögen, Geburt oder sonstigem Stand. Des Weiteren darf kein Unterschied gemacht werden aufgrund der politischen, rechtlichen oder internationalen Stellung des Landes oder Gebiets, dem eine Person angehört, gleichgültig ob dieses unabhängig ist, unter Treuhandschaft steht, keine Selbstregierung besitzt oder sonst in seiner Souveränität eingeschränkt ist.

*Artikel 3*

Jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.

Verbindliche Konventionen kamen erst zwanzig Jahre später, am 19.12.1966, mit dem **Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte** (in Kraft seit 23.3.1976) und dem **Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte** (in Kraft 3.1.1976). Sie stehen als die Kernstücke des internationalen Menschenrechtsschutzes nicht nur auf dem Papier, sondern zeigen einige Konsequenzen – noch viel zu wenige, ist man geneigt zu sagen, wenn man nicht geschichtsbewusst hinschaut. Allerdings sei an *Demokrit* gemahnt: „Das Wort ist nur der Schatten der Tat“ (fr. 145).

Die Realisierung von **Humanität** und **Hominität** für alle Menschen auf der Welt braucht offenbar lange Zeiträume, auch wenn viele Erkenntnisse schon „alt“ sind. „*Ist doch das Vaterland einer edlen Seele der ganze Kosmos*“ (*Demokrit* fr. 247). *Seneca*, der immer wieder – im Unterschied zur sonstigen Tradition der Stoa – den lebenspraktischen *Demokrit* aufgreift<sup>9</sup>, affirmiert: „Nicht bin ich für einen einzigen Winkel



geboren, meine Heimat ist diese ganze Welt (*totus hic mundus*, Ep.ad Luc. 28, 4). Eine solche Sicht muss Konsequenzen haben.

„Haben wir das Denkvermögen miteinander gemein, so ist uns auch die Vernunft gemeinsam, durch die wir vernünftige Wesen sind; ist dem so, so haben wir auch den Logos gemein, der uns sagt, was wir tun sollen und was nicht; ist dem so, so haben wir auch alle ein gemeinschaftliches Gesetz; ist dem so, dann sind wir Mitbürger untereinander und leben zusammen unter derselben Regierung; ist dem so, so ist die Welt gleichsam unsere Stadt; denn welchen anderen gemeinsamen Staat könnte jemand nennen, in dem das ganze Menschengeschlecht dieselben Gesetze hätte?“ (*Marc Aurel IV, 4*).

Unter der Perspektive eines *Weltbürgertums*, wie es sich bei *Demokrit*, *Seneca*, *Marc Aurel* u.a. findet, vom Humanismus und von der Aufklärung aufgenommen wurde (etwa in *Kants* »Idee zu einer allgemeinen Geschichte in weltbürgerlicher Absicht«, 1784) bis in die Gegenwart bei *Russel* (1953), *Foucault* (1981), *Derrida* (1997), ist die „Menschheitsarbeit“ nur langsam vorangekommen. Das Moment der globalen Mobilität, Güter- und Informationsdistribution, die Globalisierung in der Moderne hat indes Möglichkeiten geschaffen, diesem Ziel einer „humanen Weltgesellschaft“ näher zu kommen, was aber nur möglich ist, wenn damit auch das Recht auf humane Lebensverhältnisse, auf ein menschenwürdiges Leben gegeben ist und verwirklicht wird. Es ist dann die Bereitschaft zur Hilfeleistung für alle Menschen angesagt: Auf der Grundlage des Kosmopolitismus (der in der Stoa besonders ausgefaltet wurde) muss das altruistische Handeln (*Demokrit* fr. 255) auf die Menschengemeinschaft ausgedehnt werden: „Wenn die Besitzenden es übers Herz bringen, ihren unbemittelten <Mitbürgern/Mitmenschen> zu leihen, überhaupt zu helfen und Gutes zu tun, so ist das schon Zeichen von Mitleid und dass sie nicht verlassen sind, vielmehr dass sie alle füreinander Genossen sind, einander helfen in Eintracht“. Der *Gleichheitsgrundsatz* ist die klare Konsequenz der Stoa und ist von dort, wie erwähnt, in unsere Konstitutionen gekommen: „Bedenke, dass der, den Du Deinen Sklaven nennst, aus dem gleichen Logossamen<sup>10</sup> entstanden ist, dass er sich des gleichen Himmels erfreut, genauso atmet, lebt und stirbt wie Du“ (*Seneca*, ep. 47, 10). Wenn dem so ist, muss man das auch wollen – und ohne globalen Willen (*Petzold* 2001i) wird nichts geschehen, wird nichts umgesetzt werden, wird man keine menschenwürdigen, keine menschlichen Weltverhältnisse schaffen. Grundvoraussetzung für ein solches „**menschenwürdiges Leben**“, in dem man und durch das man Menschen in ihrer „Identität des Menschseins“ gerecht wird, ist, dass man ein Dach über dem Kopf, Kleidung, genug zu essen, medizinische Versorgung hat, sich in Sicherheit befindet und in seiner Art akzeptiert ist, die Möglichkeit zur freien Entfaltung seiner Talente, Äußerungen seiner Meinung und zur uneingeschränkten Partizipati-

on an den Gütern der Kultur hat, z.B. Zugang zu Bildung, Wissenbeständen, Technik, Aktualinformation. **Das wäre die Basis für ein menschengerechtes Leben** (vgl. auch Russel 1953). Und wo das nicht gewährleistet ist, ist auch Identität gefährdet, so dass Hilfe gebracht, Schutz, Unterstützung, Asyl- und Gastrecht, Entwicklungshilfe gewährt werden muss, Aufklärungs-, Wissens- und Bildungsoffensiven lanciert werden müssen. „Als Gleiche sind wir nicht geboren, Gleiche werden wir als Mitglieder einer Gruppe erst kraft unserer Entscheidung, um gegenseitig Rechte zu garantieren“ (H. Arendt 1949, 776). Es sei nochmal unterstrichen: **Das alles muss man wollen und durch Taten auf einer globalen Ebene umsetzen.**

Die Geschichte der Menschenrechte ist eine Geschichte *kokreativer Gestaltungsarbeit*, in der mutige Menschen sich aktiv gegen Unrecht, Gewalt, gegen die *ubiquitäre Präsenz menschenverursachter Traumatisierungen* gestellt haben und noch stellen. Unter der Perspektive einer „**desillusionierten Anthropologie**“ (Petzold 1996; idem et al. 2001; Russel 1953; Sofsky 2002), die den Menschen als zu Bösem und zu Gutem tendierend sieht, wird das auch für die überschaubare Zukunft so bleiben müssen. Hier sind Menschen nicht *adaptiv*, sie sind offensiv engagiert für die Würde, die Integrität, das Glück des Anderen, weil sie es *können* und weil sie es *wollen*. In dieser Möglichkeit eines „**Wollens**“ von **Humanität** (Petzold 2001i), das eine große Breite gewinnen müsste – und das *kann* gelingen – liegt *Hoffnung*.

### 3. Der evolutionswissenschaftliche Diskurs und das „Programm der Hominität“ durch identitätsstiftende „Arbeit an sich selbst“

Für das Verstehen des Menschen, sein Selbstverstehen, ist die Reflexion seines Herkommens, seiner Geschichte und seines Lebens in dieser Geschichte mit seinen kulturellen Leistungen und seinen Barbareien, seinen Großtaten, Untaten und seinen Banalitäten, ist eine *evolutionswissenschaftliche Perspektive*, wie sie (Human)Biologie, Soziobiologie, Evolutionspsychologie vertreten, die allerdings erkenntniskritisch und reduktionismuskritisch reflektiert werden muss, unverzichtbar. Geschichte wird uns – über die schriftlich und in Kulturmonumenten dokumentierte Überlieferung hinaus – durch die großartigen Leistungen der Paläoanthropologie und der evolutionsbiologischen Forschung immer weiträumiger einsehbar. Die neuen Funde und die Neuinterpretation der schon bekannten wirft indes noch viele Fragen auf, und die Theoreme sind in Entwicklung. Das ist mit all den „*science wars*“ verbunden, den heißen Themen – wie der offenbar durchaus verbreitete Kannibalismus in Frühkulturen (White 2001) – mit sich bringen, ist verbunden mit den Einseitigkeiten, die unver-

meidbar sind, und den Differenzierungs- und Integrationsleistungen, die notwendig werden. Den neodarwinistischen Diskursen kommen – dank *Darwin*, denn seine Idee ist ungebrochen – besondere Verdienste zu (Weber 2000). Sie sind, zu Recht meine ich, *en vogue*, bedürfen aber gerade deshalb der kritischen Betrachtung (vgl. in ungebrochener Aktualität Lewontin et al. 1988) jenseits des Enthusiasmus, den man besonders unter Evolutionspsychologen zuweilen antrifft. Vor dem Hintergrund meiner obigen Überlegungen zu der durchaus kontinuierlichen, wenn auch langsamen Entwicklung von *Menschenrechten* finde ich in der neodarwinistischen Betrachtungsweise das *adaptive* Moment – Menschen passen sich den Verhältnissen an – zu einseitig betont. Natürlich kann man sagen, dass aufgrund der Entwicklung von Massenvernichtungswaffen und ihr allseitiger Besitz, der die totale Vernichtung aller impliziert, eine sehr *prekäre* „Lösung“ gegeben war – die eines „Gleichgewichts des Schreckens“. Die Forcierung der Menschenrechte könnte deshalb als eine evolutionsbiologisch sinnvolle *Adaptation* betrachtet werden (die Menschenrechtsdeklaration von 1948 kam ja unmittelbar nach der Megakatastrophe des Zweiten Weltkrieges). Man kann auch argumentieren – der russisch-amerikanische Schulterschluss nach dem 11. September und vor dem Hintergrund des Tschetschenienkrieges legt das nahe –, dass die soziobiologische Erklärung des „Altruismus aufgrund wechselseitigen Vorteils“ greift. Aber reicht das allein als Erklärung?

Nach meiner Meinung findet damit das *kreative Moment*, das für die Humanevolution im sozialen und kulturellen Bereich bedeutsam ist, zu wenig Beachtung. Im soziobiologischen Diskurs werden die Erklärungskonzepte der „Konkurrenz“ (um Fortpflanzungsmöglichkeiten, Nahrung und andere Ressourcen) und des Proximitätsaltruismus (ich helfe, nepotistisch, den mir Nahestehenden, ich teile mit dem, der auch mit mir teilen wird) – zwei sehr starke und überzeugende Argumentationslinien mit hoher Relevanz für die Psychotherapie in und mit sozialen Systemen – in einer *generalisierenden Einseitigkeit* vertreten, die den Nutzen dieser Modelle wieder einzuschränken droht. Man muss deshalb, wie so oft in naturwissenschaftlichen Diskursen, *reduktionismuskritische* Perspektiven einbeziehen (Lewontin et al. 1984; Sterenly/Griffits 1999; Weber 2000), denn man kann für die Entwicklungsgeschichte von Menschen durchaus sagen, dass die evolutionäre Entwicklung der Hominiden durch das Meistern von Belastungssituationen hindurchgeht, und darin liegt ein Moment von Kreativität und *Kokreativität* (Iljine et al. 1970/1990). Belastungen werden am besten gemeinsam bewältigt, denn „Einigkeit macht stark“ und „geteiltes Leid ist halbes Leid“. Unzweifelhaft ist aus der Perspektive des evolutioswissenschaftlichen Diskurses (des sozialpsychologischen ohnehin) *unsere Intelligenz sozial* (Frank 1988; de Waal 1996).

Das integrative Konzept der *Kokreativität* könnte an das von Ehrlich & Raven (1964) eingeführte evolutionsbiologische Konzept der *Koevolution* anschließen, das in seiner weiteren Ausarbeitung (Durham 1991, Gowdy 1994) durchaus die Möglichkeit sieht, über Anpassung hinausgehend die Umgebung zu formen. Aber unsere Position „Menschen sind ihrer Natur nach koevoluierende Wesen, sie sind Weltgestalter“, ist damit allein nicht zu begründen. Menschen haben über den „creative adjustment“ hinaus, wie ich gegen Perls et al. (1951) stets betont habe, immer auch die Möglichkeit zu „creative change“ – am erfolgreichsten durch gemeinschaftliche Aktivität. Die hierdurch erlebten Erfolge, die wohl auch in dieser Zusammenarbeit wurzelnde „soziale Intelligenz“, die eigenen *erfahrenen kulturellen Leistungen* in Kunst, Wissenschaft, Technik, Wirtschaft – ästhetische Erfahrungen, Sinnerleben, wissenschaftliches Weltverstehen, aktive Weltgestaltung (Petzold 1999q; 2001k) – haben in der Menschheitsgeschichte eine formende Eigenwirksamkeit entwickelt, die auch als evolutionäres Programm eines „*survival by culture*“ gesehen werden kann. Evolution bleibt nicht stehen. Sie kann indes Lebewesen „aus der Serie nehmen“. Die Menschen haben deshalb das Washingtoner Artenschutzabkommen (3.3.1973) eingeführt, und sind wohl in der Lage zu sehen, dass es niemanden gibt, „der sie unter Artenschutz stellt“ (Petzold 1986h). Menschenrechtskonventionen aber allein als „*survival strategy*“ zu interpretieren, hieße, sie reduktionistisch einzustufen. Zum Wesen des Menschen gehört zweifellos das uneindämbare Begehren, sich selbst, das Leben und die Welt zu verstehen: „Ich erforschte mich selbst“, erklärte Heraklit (fr. 101), und macht zugleich „die gemeinsame Vernunft zum Prüfstein von Allem“ (fr. 22 A 16). Zum Wesen des Menschen gehört, sich selbst zu erkennen, auch wenn es ihm nicht angenehm und leicht ist, seine Destruktivität zu erkennen. „Erkenne dich selbst“ und „Beherrsche den Zorn“, „Erleidest du Unrecht, versöhne dich. Aber wirst du misshandelt, so wehre dich“, riet Chilon, einer der „Sieben Weisen“ aus der ersten Hälfte des 6. Jahrhunderts. Thales von Milet weiß: „Schädlich ist Mangel an Selbstbeherrschung.“ Und Pittakos von Mytilene, ein weiterer der Weisen, wagt es auszusprechen: „**Schwer ist es, gut zu sein**“ (bei Capelle 1967, 64f). Die Menschen aller Kulturen wussten schon früh, worum es ging, was sie *von sich* zu erwarten hätten, und **woran sie arbeiten müssten**: „Wenn du dein Inneres öffnest, dann wirst du darin einen reichen Vorrat von bösen Trieben unterschiedlicher Art und viele schlimme Leidenschaften finden“ – so Demokrit (Fr. 149; vgl. 108). Hätten die Menschen nicht beständig **an sich gearbeitet**, an ihrer Gewalttätigkeit, ihrer Herrschsucht, ihren Rachegeleüsten, ihrer Grausamkeit, hätten sie nicht gemeinsam daran gearbeitet, Ordnungen herzustellen, Rechte einzuführen, Xenodochien, Einrichtungen der Hilfeleistung, Spitäler zu gründen, hätten sie nicht versucht, Ethiken und Le-

bensregeln zu ersinnen, Gebote, Gesetze, Menschenrechtskonventionen, sie hätten es nicht geschafft, die Fährnisse der Evolutionsgeschichte, ihre eigene, massenhafte Traumatisierungen verursachende Gefährlichkeit zu überleben. Sie galt und gilt es zu kennen, zu bändigen, zu überwinden, umzugestalten zu einem friedfertigen Menschenwesen mit einer Fülle von schöpferischen, Kultur und Wissen schaffenden Möglichkeiten, die zu aktualisieren die Realisierung des antiken Imperativs bedeutet: „Mensch, werde der du bist!“ und seine Fortführung: „Werde der Du sein könntest!“.

Bei Tieren sehen wir einen „*survival of the fittest*“, was auch „*of the smartest*“ heißen kann, denn manche Lebewesen sind sehr findig, in schwierigen Situationen durchzukommen. Und so sind die „Anpassungsfähigsten“ zuweilen erfolgreicher im Überleben, als die „Stärksten“. Beim „*human animal*“, den Hominiden, kommen all diese Möglichkeiten zusammen, werden aber noch von drei menschen-spezifischen Prinzipien überstiegen: 1. dem des „*survival of the wisest*“ (Salk 1973), womit Besonnenheit, exzentrische Reflexivität bzw. Koreflexivität und – bei den Menschen der Neuzeit – hyperexzentrische Metareflexivität gemeint ist; 2. dem Überleben des „*most creative*“, womit schöpferische Phantasie, Gestaltungswillen, Transgressionsbereitschaft gemeint ist – der Neokortex hat sich entwickelt, weil wir nur durch Intelligenz- und Kreativitätsleistungen bei unserer schwachen physischen Ausstattung überleben konnten; 3. dem „*survival by mutual aid*“, Überleben durch kooperative, gemeinwohlorientierte Leistungen, durch altruistisches, humanes Handeln. Schon Kropotkin (1902) sah: Alleine hätten wir es nicht geschafft! Damit kann man die Verwirklichung von **Hominität** mit der Chance, über sich zu lernen, und der Möglichkeit zu *freier*, ethisch verantworteter Entscheidung und weiterhin die Realisierung von **Humanität** mit der Möglichkeit zu *freiem*, aus Menschenliebe gelebten Altruismus (Monroe 1996; Sober 1998) als **evolutionäres Überlebensprogramm** ansehen. Es ermöglicht, dass der Mensch sich selbst und seine Lebensbedingungen gestaltet – und das scheint bis hin zur Möglichkeit der genetischen Selbstreplikation und Selbstproduktion zu gehen, die in den Bereich des Vorstellbaren und Realisierbaren gerückt sind. Falls es zu dieser Realisierung kommen sollte, wird das eine qualitative Transgression darstellen – eine „Überschreitung“, vielleicht eine „Übertretung“, werden viele sagen, denn die Meinungen werden verschieden sein. Die Folgen sind nicht abzusehen und müssen gerade deshalb antizipiert werden. In der gerade laufenden Debatte zur Nutzung von Embryonen in der Forschung (Fritz-Vannahme 2002) stellt Habermas (2002, 34) zutreffend fest: „Der Mensch ist das Wesen, das nicht nicht lernen kann. Ebenso wenig kann er, was er einmal gelernt hat, mit Absicht wieder vergessen. Mit dem Wissen, wie wir über unsere eigene Natur verfügen können, werden wir fortan leben müssen. Das muss aber

unser Selbstverständnis als moralisch handelnde Personen nicht verändern“.

Der beträchtliche Nicht-Determinismus der Hominiden, den ich als „Möglichkeit zu einer Freiheit mit Anderen, die aus freier Entscheidung gewollt sein muss“, bezeichne, macht den Kern der **Hominität** aus, ist das evolutionäre Überlebensprogramm des Menschen, und in ihm liegt noch mehr: denn Menschen geht es keineswegs nur ums Überleben, es geht ihnen auch um **Kultur**. Sie *können* für ihre Werte und Überzeugungen sterben oder für ihre Freunde oder bei der Rettung eines Kunstwerkes oder anderer Güter ihrer Kultur. Sie *können* einen „kultivierten Altruismus“ entwickeln, eine „Herzenskultur“, eine „Kultur ihrer Selbst“, kurz: **Humanität**. Dieses Programm, und darin liegt seine Spezifik, ist „programmatisch“, folgt keinem unentrinnbarem biologischen Mechanismus, sondern muss in freiem Entscheid *gewollt* werden, erfordert *Selbstüberwindung* und ermöglicht Selbstüberschreitung. Das ist die besondere evolutionäre Logik für die Hominiden. Die Umsetzung oder das Scheitern dieses **Überlebens- und Entwicklungsprogrammes der Hominität** wird über die Zukunft der Menschheit entscheiden.

Biologische Deterministen „verfehlen das Wesen des Unterschieds zwischen der Biologie des Menschen und der anderer Organismen. Unsere Hirne, Hände und Zungen haben uns von vielen einzelnen bedeutenden Merkmalen der Außenwelt unabhängig gemacht. Unsere Biologie hat uns zu Wesen werden lassen, die beständig ihre eigenen psychischen und materiellen Umwelten gestalten und deren individuelle Existenz das Ergebnis einer außergewöhnlichen Mannigfaltigkeit sich überschneidender Kausalbahnen ist. Was uns also frei macht, ist unsere Biologie“ (Lewontin et al. 1988, 238).

Die Realisierung dieses Programms kann in eine Zukunft führen, in der die ubiquitäre Präsenz menschenverursachter Traumatisierungen zumindest auf der Makroebene menschlicher Gesellschaften, der Völker, Nationen und Glaubensgemeinschaften nachhaltig eingedämmt ist und Notsituationen soweit beseitigt sind, dass Verleumdungsverrohung und Verzweiflungsgewalt auf der Mikroebene weitgehend reduziert wird (Russel 1953) – es bleibt dann noch genug an potentiell Gewalttätigem und Traumatischem in der Welt. Denn: „Es bleibt ein unvorhersagbarer Rest, der sich jeder Erklärung entzieht: die Freiheit, Gewalt auszuüben oder zu unterlassen“ (Sofsky 2002, 26).

Die „Produkte“ menschlicher *Koevolution* sind zugleich ihre Motoren: Intelligenz, Kokreativität, Besonnenheit, Hilfsbereitschaft, Altruismus, Solidarität, Gemein Sinn. Sie bieten gute Voraussetzungen dafür, mit belastenden, „prekären Lebenslagen“, überfordernden, ja traumatischen Bedingungen fertig zu werden, auf der individuellen und der kollektiven Ebene – und beide sind oft verschränkt. Die evolutionär argumentierende Soziobiologie in der Folge von Wilson (1975, 1998) – bei allen Problemen, die sie in die Richtung missbräuchlicher Rassismusargumentationen brachte – hat mit dem *Altruismusthema* und dem Thema der *Gruppenselektion* in der auf das „selfish gene“ (Dawkins 1976) zentrierten neodarwinistischen Sicht die kollektiven Dimensionen betont (vgl. Boehm 1997, 1999; Caporela 2001; Bunk/Schaufeli 1999), die beim Thema Trauma und Bewältigung nicht



ausgeblendet werden dürfen. Die so häufige Individualisierung des Traumageschehens wird nämlich der Komplexität der Phänomene nicht gerecht. So werden Familien, soziale Netzwerke traumatisiert, Gruppen, Ethnien, und es werden individuelle und kollektive *Identitäten* durch traumatisierende Angriffe beschädigt (Petzold 1996k). Deshalb wird für die Traumabewältigung individuelle und kollektive „Identitätsarbeit“ (Petzold 1991o) einbezogen werden müssen, die durchaus in einem evolutionstheoretischen Rahmen gesehen werden kann (Caporel/Baron 1997). Identität ist ein spezifisches Ergebnis von Humanevolution. Menschen sind u.a. Menschen durch kollektive Identitätstattributionen von Anderen. In Kriegen, Pogromen, Massenvernichtungen kommt es, wie beim Holocaust, regelhaft zu Dehumanisierungsphänomenen durch Negativattributionen, die im Abstreifen der Humanität („Ungeziefer, Ratten, Tiere, keine Menschen, so die Diktion von Goebbels, Streicher u.a. vgl. Klemperer 1947) kulminieren. Klemperer hat in „*Lingua Tertii Imperii*“ gezeigt, was die Gewalt der Sprache vermag, und deshalb sollte man solche Sprache nicht verwenden (auf dem Boden demokratischer Verfassungen ohnehin nicht), auch schlimmen Gegnern gegenüber nicht, denn durch ihre Dehumanisierung wird antihumane Praxis sich nur noch verschärfen.

Es ist deshalb zutiefst beunruhigend, wenn der Präsident der Vereinigten Staaten in einer Rede zur Lage der Nation am 28.1.2002 in einen solchen Diskurs verfällt (der 11. September rechtfertigt das nicht, und schon hier sprach er von einem „Kreuzzug“). „Die ganze Welt ist unser Schlachtfeld. Heute Abend ist unser Land im Krieg, unsere Wirtschaft befindet sich in der Rezession und die zivilisierte Welt steht beispiellosen Gefahren gegenüber, und doch ist die Lage der Union niemals besser gewesen.“ Er hoffe, dass alle Länder dem Ruf folgen, die „terroristischen Parasiten zu vernichten“ aus der „Achse des Bösen Iran, Irak, Nordkorea“. Wer ist die „unzivilisierte Welt“? Die Welt der Armut, insbesondere des „vergessenen Kontinents“, steht tagtäglich in beispiellosen Gefahren. Wirtschaftsrezession und Schlachtenszenario bilden ein ungutes „Link“. Die Hypostasierung des „Bösen“ unter generalisierender Nennung ganzer Völker ruft eine kryptofundamentalistische Totalitätsqualität auf, die dringend der Aufmerksamkeit (der Europäer zumal) bedarf. Das Faktum der höchsten Popularität, die je ein Präsident hatte – 83% sind mit seiner Amstführung zufrieden, 90 % mit seinem Krieg in Afghanistan –, unterstreicht die Notwendigkeit einer exzentrischen Betrachtung.

Physischer Identitätsvernichtung mit extremen Mitteln und in extremen Ausmaßen geht, wie ich und andere gezeigt haben (Petzold 1996k), eine höchst traumatische soziale Ausgrenzung voraus: „Die gehören nicht mehr zu uns“. Damit wird jeder *Proximitätsaltruismus* (den mir Nahen helfe ich) verhindert, wird jede Möglichkeit zur „von

Eigeninteresse geleiteten Wechselseitigkeit“ blockiert, weil „von denen ja nichts mehr zu erwarten ist“. Die soziobiologischen Altruismusthemen entfallen also und die Geächteten werden unliebsame, gefährliche Konkurrenten, Fremde, Vogelfreie, die eliminiert werden können. *Jane Goodall* hat in ihren beeindruckenden – und für unsere Selbstidealisationen – bedrückenden Forschungen bei Wildschimpansen „Schimpansenkriege“ dokumentiert, die mit einer Bösartigkeit und Gnadenlosigkeit geführt werden, wie man sie „im Tierreich“ nur noch bei den Menschen findet. Sie konnte Strategien der Isolierung und Verfolgung und äußerst brutale Misshandlungen von Tieren angrenzender Gruppen durch „Banden“ männlicher und weiblicher (!) Tiere der dominanten Gruppe beobachten und hat vom Phänomen einer »*Deschimpanisierung*« des Gegners gesprochen. (Schimpansen haben in ihrer genetischen Ausstattung 98% Gemeinsamkeit mit den Menschen). In komplexen menschlichen Kulturen sind die Verhältnisse ohne Zweifel vielschichtiger. Dennoch sind Ethnozentrismus und Fremdenfeindlichkeit als Phänomene durch die Geschichte und in der Gegenwart so ubiquitär, sind die Phänomene der *Dehumanisierung* und gezielten *Identitätsbeschädigung* und *Identitätsvernichtung* weltweit so verbreitet, dass hier eine besondere Aufmerksamkeit in präventiver und interventiver Hinsicht angezeigt ist. Solche Feindseligkeiten, selbst wenn sie nicht mit unmittelbarer physischer Gewalt verbunden sind, sondern auf der Ebene der Bedrohung, des „ethnischen Mobbings“ verbleiben – Äußerungen des Hasses, der Verachtung, Ausgrenzungen, soziale Erniedrigungen und Demütigungen, Schmähungen, Stigmatisierungen, Ridikülisierungen – haben eine traumatische, traumatisierende Qualität und können Identitätsbeschädigungen von Einzelpersonen und Gruppen bewirken.

Deshalb wurde in der **Integrativen Traumatherapie** bei derart Betroffenen und natürlich auch bei Opfern von physischer Gewalt, Misshandlung, Folter, Extremhaft das *Identitätsthema* stets zentral gestellt, zumal dieses Thema bei dem imponierenden Charakter körperlicher Traumatisierungen für die HelferInnen/TherapeutInnen, aber auch für die Viktimisierten selbst, oft in den Hintergrund tritt. In der Literatur zur Traumatherapie (*Fischer/Riedesser* 1998; *van der Kolk et al.* 1996; *Maerker et al.* 1999; *Resik* 2001; *Williams/Banyard* 1999) fehlt es weitgehend. Im Integrativen Ansatz ist dies eines der Spezifika, denn Identität ist ein Scharnier-Konzept, durch das Individuelles und Kollektives verschränkt werden (*Petzold/Mathias* 1983; *Müller/Petzold* 1999). So muss das **Überwinden** der Traumatisierung immer auch an dieser Schnittstelle von „*ego identity*“ und „*social identity*“ erfolgen. Dafür ist es notwendig, dass das unerlässliche Studium von „*survival patterns*“, die Untersuchung von „Bewältigungsstrategien“, die Erforschung von „**Überwindungsleistungen**“ auf der individuellen und kollektiven Ebene ein zentrales Anliegen der **Psychotraumatolo-**

gie wird, die diese Frage bislang vernachlässigt hat (Fischer / Riedesser 1998; Maerker et al. 1999 ), denn für eine interventionsorientierte Disziplin, und als solche muss sie definiert werden, kann das eine hohe klinische Relevanz für die Behandlung von Akuttraumatisierten und Posttraumatischen Belastungsstörungen gewinnen. Leider hat der pathologiefixierte Blick der PsychotherapeutInnen diese Perspektive der „**Überwindungserfahrungen**“ bislang noch kaum aufgegriffen. „*We shall overcome ...*“, dieses Lied hat seine weltweite Popularität gewonnen, weil es Ausdruck einer Menschheitssehnsucht ist. Es muß Ausdruck des *Willens* der Menschheit werden!

#### 4. Und vergessen wir nicht ... die Täter

Wo man mit „menschenverursachten“ Traumatisierungen in Kontakt kommt, gibt es Opfer und Täter. Die Begriffe und die damit verbundenen menschlichen Realitäten sind höchst komplex. Kompliziert sind auch die Beziehungsverhältnisse zwischen „*victims and perpetrators*“. In der Regel sind wir auf die Opfer zentriert, auf die Gefolterten, Misshandelten, Geschändeten. Die Täter sollte man aber in einem *doppelten Sinne* nicht vergessen. Täter werden häufig entindividualisiert, sie dürfen kein Gesicht haben. Das würde sich nämlich dem Gedächtnis einbrennen. Sie wollen selbst oft anonym bleiben. Die anonyme Menge von Tätern bietet ein gutes Versteck. Und wird ein „Großverbrecher“ in einer besonderen Weise bekannt, prägnant als Kriegsverbrecher, Massenmörder, Megaterrorist, wird er zum Prototyp des Bösen stilisiert, wenn man es sich leisten kann und will.<sup>11</sup> Zuweilen verdeckt eine solche sinistre Ikone viele „kleine“ Täter (Reich 1946), in denen sich das ganz gewöhnliche Potential von uns Menschen zum Bösen, zum Grausamen, ja zum Terror wieder einmal gezeigt hat. Die „kleinen Täter“, die Blockwarts, Denunzianten, Lageraufseher, Gefreiten, Bürokraten verstecken sich hinter den Gestalten der „dunklen Führer“, in ihrem Schatten; *und da lassen wir sie oft*, weil wir das generalisierte, banale Böse nicht sehen wollen (Sofsky 2002), denn das *nistet auch in uns* als Potentialität zur Schlechtigkeit (Arendt 1970): „... und wenn du *dich* auch von gewissen Vergehen fernhältst, so hast du zumindest die Anlage dazu“ (Marc Aurel XI, 18, 5). Hier wegzusehen, ist weder barmherzig noch heilsam. *Solche Täter soll man nicht vergessen*, zum einen, weil die Opfer ihre Taten nicht vergessen können (Petzold 1986b), zum anderen, weil sie uns an eigene potentielle Täterschaft mahnen – sind die situativen Verhältnisse nur schlecht genug, denn „viele geschieht auch vermöge eines Zwangs der Umstände“ (XI, 18, 6); zum dritten, weil dieses „*Nicht-Vergessen*“ *auch die Funktion hat, erkennen zu können, wo sich Täter verändert haben*, wo sie einen anderen

Weg eingeschlagen haben, Reue zeigten, Wiedergutmachung praktizierten.

Menschen, die Opfer von Gewalt wurden, aber überlebten, die „*man made disaster*“ entkommen konnten, werden in ihrer Persönlichkeit, ihrem Leibselbst, ihrer Identität, in ihrem Verhältnis zu den anderen Menschen und zur Welt geprägt. Böse Menschen, Verbrecher, Gewalttäter haben sich gegen sie gewendet, Hilfe war nicht da. Man war „von Gott und der Welt verlassen“ wie die verhungerten ukrainischen Bauern (Zlepko 1988), brutalen Tätern ausgeliefert, wie in den Konzentrationslagern oder Gulags. Und solches Tun geschieht sehr oft nicht in Heimlichkeit. Leibowitz (1990) sagte von der Schoah: „Und die Welt hat zugeschaut“ – lange, viel zu lange. Beim Genozid an den Armeniern hat die Welt zugeschaut, bis fast ans bittere Ende (Ohandjanian 1989), in Ruanda, Ost-Timor hat die Welt zugeschaut, nicht willens zu einem schnellen und *überzeugenden* Einschreiten. Völker, Glaubensgemeinschaften, politische Gruppierungen tun einander zuweilen höchst Traumatisches an. Staaten, soziale Gruppen können zu Tätern werden. So können für Völker, religiöse Gruppen, Minderheiten jeder Art „*kollektive Traumatisierungen*“ entstehen als „soziale Repräsentationen“, die konkrete Lebenswelt und die mentale „*social world*“ einer Gruppe und ihrer Mitglieder prägen<sup>12</sup> – bis in die Leiblichkeit hinein, *traumatizing body narratives* (vgl. hierzu ausführlich Petzold 1999i, 1985m; Orth 1994). Diese kollektiv präsenten und (oft im Schweigen) tradierten Geschichten des Grauens – zwischen Russen und Tschetschenen (Unterwerfung durch Nikolaus I, Zwangsumsiedlung 1944), zwischen Kroaten (mit ihrer Ustascha-Geschichte) und Serben (mit der Geschichte der Tschetniki) zwischen Türken und Kurden ...; es gibt unendlich viele scheinbar unendliche Geschichten.

Aber es geht nicht nur um die Makrosphäre. Bei so manchem Überfall gibt es untätige Zuschauer oder die, die eilig weitergehen (Sofsky 1996). Sind das Mittäter? Ist unterlassene Hilfeleistung Täterschaft? Man wird das kaum verneinen können, denn Täter brauchen Grenzen, und wo sie nicht gesetzt werden, entsteht eine subtile Billigung, ja Unterstützung der Grenzverletzer. Es ist schlimm, wenn Hilfe hätte da sein können, aber nicht gegeben wurde, weil weggeschaut wurde, weil Gleichgültigkeit herrschte oder banale Feigheit, ja wenn Profiteure des Unglücks hämisch und hartherzig die letzten Habseligkeiten zu Schleuderpreisen an sich raffen: *dann hat sich die Welt abgewandt*. Auch das ist Täterschaft! Man darf den Begriff nicht zu eng fassen. Diejenigen, die mit weißem Kragen und schmutzigen Händen für Verelendung verantwortlich sind – und das sind gar nicht wenige, das sind auch die Prosperitätstycocoe des Turbokapitalismus – sind Täter, denn sie produzieren Täterschaft mit blutigen Händen.

Dabei geht es nicht – man verstehe es nicht falsch – gegen „die Reichen“, darauf wies schon der reiche Seneca hin. „Niemand hat die

Weisheit zur Armut verurteilt. Es kann der Philosoph großen Reichtum besitzen, aber dieser wird niemandem entrissen sein, auch nicht von fremdem Blute befleckt, ohne Unrecht gegen irgendjemanden erworben, ohne schmutzige Geschäfte ...; schenken wird er ... entweder Guten, oder solchen, die er gut machen kann. (...) Wer ruft die Freigiebigkeit nur für die herbei, die eine Toga tragen? Menschen zu nützen befiehlt mir die Natur, ob diese Sklaven oder Freie sind“ (De vita beata 23, 1 ff, 24, 3f). *Seneca* praktizierte das und hat in seiner Verbannung gezeigt, wie er in äußerst bescheidenen Verhältnissen in heiterer Haltung leben konnte.

Der gnadenlose Bereicherungskapitalismus hat eine andere Qualität. Er geht über Leichen. Menschen, die Opfer in „schmutzigen Kriegen“ wurden – und der Amerika-Afghanistan-Russland-Krieg war ein solcher, einer von vielen –, Menschen, die in Elendsquartieren, in Lagerrostlosigkeit von Stacheldrahtverhauen und Minengürteln umgeben aufwachsen müssen, werden damit von einer „doppelten Täterschaft“ viktimisiert: einer *unmittelbaren*, Verletzungen, Verbrennungen, Verstümmelungen verursachenden und einer *distanten*, oft clandestinen, fern vom Ereignis, Täter, die Landminenfabriken betreiben oder auch „nur“ deren „shareholder value“ einstreichen, und natürlich die Täter, die dem im Dezember 1997 (in Kraft getreten: März 1999) in Ottawa von mehr als 100 Staaten unterzeichneten »Vertrag über die weltweite Ächtung von Landminen« nicht beitreten.

Wenn dieses durchschaut wird und die Opfer der Dritten Welt und die der Vierten Welt, der „least developed countries“, beginnen das zu durchschauen – erzeugt das ein Verzweifeln an der Gerechtigkeit, an den Menschen, befördert das Hass, Aggression, Terrorismus (Petzold 2001d), denn das alles ist von den Betroffenen kaum zu ertragen, und auch von denen nicht, die mit den Betroffenen identifiziert sind: Angehörige der gleichen Ethnie, Sprach- und Glaubensgemeinschaft<sup>13</sup>. Die Einsicht in das ganze Panoptikum menschlicher Gewissenlosigkeit und Grausamkeit ist für viele auszuhalten, wenn sie sich von der Welt abwenden, sich zurückziehen oder *gegen* sie wenden: in Zynismus, Hass, Verdüsterung: „Es ergreift uns nämlich manchmal ein Hass auf das Menschengeschlecht und begegnet uns so viel an geglückten Verbrechen. Wenn du bedenkst, wie selten Aufrichtigkeit ist, wie unbekannt Uneigennützigkeit, man Ehrlichkeit nur da findet, wo sie einen Nutzen zu bringen verspricht (...), dann fühlt sich der Geist in die Nacht gestoßen und eine Verfinsterung breitet sich über ihm aus (*tenebrae oboriuntur*), so als wären alle Tugenden ausgerottet, die man weder erhoffen noch selbst besitzen kann“ (*Seneca*, De tranquillitate animi, 15, 1; Über die Ausgeglichenheit der Seele).

Es kann vor solchem Hintergrund auch zu einer Desperado-, ja Perpetrator-Mentalität kommen, denn das sind durchaus Folgen von Situationen der Extremtraumatisierung und von Extremverelen-

„dung, bei denen *sich die Welt abgewandt hat, über Jahrzehnte – neglect, Vernachlässigung, ist Misshandlung, ja Verbrechen*. Die Abwendung der saturierten Welt von der Welt des Elends, der Armut, der Ungerechtigkeit, der Rechtlosigkeit ist massiv und notorisch: von den palästinensischen Lagern und vom Unrecht an den Palästinensern, von den Elends- und Bürgerkriegsregionen (z.T. als Stellvertreterkriege durch die Machtblöcke über Jahrzehnte des Kalten Krieges missbraucht in Afghanistan, in Somalia, im Sudan, Angola, Sierra Leone), Abwendung von den politisch nicht opportunen Minderheitsaufständen oder Minderheitenunterdrückungen der Kurden, Tibeter, Tschetschenen, und das sind große Minderheiten. Von den Slumgebieten um die Megastädte Mexiko City (das mit seinen mehr als 20 Millionen Einwohnern auf einer erdbebengefährdeten Zone situiert ist), von Manila, Bombay, Kalkutta hat man sich abgewandt, seit Jahren.

In all diesen Regionen und an all diesen Orten werden durch die *prekären, destruktiven, desaströsen Lebenslagen*<sup>14</sup> Opfer in Mengen und auch **Täter** produziert, und oft verwechseln sich die Grenzen, wer was ist. „Es ist eine beunruhigende Fähigkeit des Menschen, sich nahezu an alles anpassen zu können, auch an seine eigene Gewalttätigkeit“ (Sofsky 2002, 33). Was sind die afghanischen *Kriegswaisen* aus der russisch-amerikanischen Afghanistankonfrontation, die als „Taliban“, als Koranschüler, in pakistanischen Koranschulen aufgezogen wurden (denn nach dem Rückzug der Russen haben die Amerikaner keine Waisenhäuser oder Schulen in Afghanistan gebaut), und die dann als junge Männer, als Taliban-Krieger, ein Regime des Schreckens aufrichteten? Was sind das für Täter? Sind Kindersoldaten Täter? Wie werden sie beurteilt, wenn aus ihnen – etwa in Angola – über die Jahre des Krieges junge Männer geworden sind, aus Männern vorgealterte Veteranenwracks, die weiterhin marodieren, denn sie haben „nichts anderes gelernt“ und haben für sich keine andere Möglichkeit der Identität und des Lebensunterhalts als den permanenten Bürgerkrieg? Wo hatten sie je eine Chance, dem „Kontinuum der Traumatisierung“ zu entrinnen?

Zweifelos sind es Täter, *chronifizierte* Täter, wie die vertriebenen Huturebellen, die Rebellen im Südsudan, im Kongo. Solche Soldateska sind grausame Täterhorden bei jedem der traumatischen, traumatisierenden Massaker, an denen sie beteiligt sind. Und zugleich werden sie traumatisierte Opfer bei ihren grauenhaften Taten. Wir haben auf dieser Welt „heute“ viele Regionen mit einem „Dreißigjährigen Krieg“ und seinen desaströsen Lebenslagen von Gewalt, Hunger, Seuchen – und „die Welt schaut weg“, „tut nichts“ oder gibt „Minimalhilfen“, außer, es werden „vitale geostrategische Interessen“ (Öl, Rohstoffe, Handelswege, Absatzmärkte, Einflussphären etc.) der Prosperitätsländer – allen voran Amerika – berührt.

Die Soldaten aller Zeiten, zum Kämpfen, Töten gezwungen, mal werden sie als siegreiche Helden, mal als grausame Schlächter, ruchlose Verbrecher attribuiert. Letzteres geschieht, wenn bekannt wird (weil es nicht mehr vertuscht werden konnte), dass sie vom Sog der Gewalt in den Strudel von Verbrechen gerissen wurden (*Hamburger Institut* 1998): Die palästinensischen Freiheitskämpfer, Märtyrer, Attentäter, Terroristen, als was sie attribuiert werden, ist eine Frage des



Standortes, von dem man blickt. Wie redet man von *Irgun Zwai Leumi*, der rechtsradikalen, terroristische Aktionen ausführenden zionistische Untergrundorganisation in Palästina (gegründet 1931) und von ihren Kämpfern/Terrorspezialisten *W. Jabotinsky, M. Begin*? Wie von dem legendären „Helden“ *Me'ir Har-Zion* und dem *Haganah*-Offizier *Ariel Sharon*, der in der Nacht vom 14. Oktober 1953 Kommandant der Einheit 101 beim Massaker von Kibia an 70 Personen war, darunter Frauen und Kinder, und für die Massaker an den Menschen in den palästinensischen Lagern von Shatila und Sabra am 16. August 1982 als „eiserne Maßnahme der Vergeltung“ die militärische Verantwortung hatte? – Sein Stil hat sich nicht verändert (vgl. zum Ganzen die bedrückenden Dokumente bei *Amnon Katz* 1999 und die Überlegungen von *Leibowitz* 1992).

Für viele dieser „Täter“ im Vorderen Orient findet sich in ihrer persönlichen Entwicklung ein „*continuum of casualties*“, Ketten widriger Ereignisse in „*high risk environments*“ ohne protektive Faktoren (*Richters / Weintraub* 1990; *Petzold et al.* 1993), ohne Schutz, mit Elendssozialisierungen in Lagern, in Gefahr, in Kriegsgebieten, zwischen den Fronten, in Verfolgung und Unterdrückung, chancenlos, Sozialisierungen, die die Täter des Naziregimes nicht hatten. Das sollte man nicht aus den Augen verlieren (wobei man natürlich das „*kollektive Trauma*“ des Ersten Weltkrieges nicht unterschätzen darf und auch nicht die Traumata der Soldaten in den Materialschlachten an der Westfront).

Auf der Mikroebene zeigen sich ähnliche Phänomene in den Steinwüsten der Metropolen, im Großstadtdjungle – man denke an die (überwiegend farbigen) Unterschichtstäter in den USA, unter denen wir die Kinder aus den Slums finden, mit häuslicher Gewalt aufgewachsen, durch Gewalt überlebt, in Gangs, Banden gewalterfahren geworden, sicher in dem Wissen, dass nur die Starken, Rücksichtslosen, die „*coolsten*“ durchkommen, Menschen, die sich verhärtet, gepanzert haben. Diese *polytraumatisierten Täter* – wie verroht, abgestumpft, menschenverachtend sie auch sein mögen – **sie sind dennoch Menschen**. Unsere Sicht hat hier die Möglichkeit (mit den Prinzipien der byzantinischen Kanonistik) zwischen der „Strenge“ (*akribeia*) und der „Nachsicht“ (*oikonomia*) eine Position zu suchen (*Petzold* 1992a, 500ff), zwischen der Gerechtigkeit (*iustitia*) und der Milde (*clementia*), die nicht nur eine des Wesens, sondern die einer praktizierten Güte ist. Sie muss als ein ko-respondierender Wert zur Gerechtigkeit gesehen werden, durch den Korrektive möglich sind und die Vereinseitigung der *Gerechtigkeit* zur Härte und ihre Pervertierung zur Grausamkeit und Unmenschlichkeit verhindert werden. *Cicero* – ein Beispiel moralischer Strenge (vgl. *De legibus*) – vermochte die *clementia* als *humanitas* zu bezeichnen. *Seneca* kommt in seiner, dem jungen *Nero* gewidmeten Schrift „*De Clementia*“ (Über die Güte/Milde), die viel-

leicht schon unter dem Schatten der Ermordung des *Britannicus* steht<sup>15</sup>, zu dem Schluss: „Die Milde/Güte hat die Macht freier Entscheidung, sie urteilt nicht nach einem bloßen Rechtsformalismus, sondern aufgrund des Billigen und des Guten“<sup>16</sup>. Deshalb: *Vergessen wir nicht ... die Täter*. Als Menschen können sie Leid erfahren, können an ihren traumatischen Taten, die Traumaerfahrungen sind, körperlich und seelisch erkranken und durch „*perpetrator traumatization*“ (Petzold 1999i), hinzukommende Ausgrenzung und Stigmatisierung weiter verrohen. Die Prinzipien der Täterbehandlung sind im Integrativen Ansatz den Vorgehensweisen in der Integrativen Traumatherapie ähnlich. Durch Hilfen und Unterstützung besteht die Möglichkeit, dass diese Menschen erkennen, dass ihr Leben der Gewalt, des Drogenkonsums, der Destruktion in der Tat „*nicht nur ein schlechtes Leben, sondern ein langdauerndes Sterben*“ ist (Demokrit, fr. 160). Solche Erkenntnisse bieten die Chance, sich zu ändern. Demokrit hat mit seinem tiefgründigen Satz „Reue über schimpfliche Taten ist Rettung des Lebens“ (fr. 43) Recht, doch für die Traumatisierten, die als Opfer der Vernachlässigung und Gewalt zu *Tätern* geworden sind, für die durch eigene Gewalttaten traumatisierten Täter (*perpetrator traumatization*, Petzold et al. 2000, 478) besteht nur eine Chance, wenn ihnen konkrete Hilfen geboten werden und der Satz des *Seneca* greifen kann: „*Numquam enim usque eos inclusa sunt omnia, ut nulli actioni locus honestae sit* – Niemals sind uns alle Wege derart versperrt, dass nicht Raum für ehrenhaftes Handeln bliebe“ (De tranquillitate 4, 8).

## 5. Opfern beistehen, Überlebende unterstützen: Zuwendung, Trost, Zuspruch „um zu überwinden“ – nootherapeutische<sup>17</sup> Dimensionen Integrativer Traumatherapie

Überlebende von *man made disaster* sind im Leben nach dem Trauma zunächst immer beides: „*victims and survivors*“, und keine dieser Realitäten darf man ihnen nehmen, wie es gewisse Traumatherapeuten tun, die offenbar die Realität von Opfern nicht ertragen können und sie zu einer Survivoridentität unattribuieren müssen (Warner/Feltey 1999), indem sie stereotyp von „Survivern“ sprechen, ohne ihre PatientInnen gefragt zu haben, wie sie sich selbst definieren wollen. Es muss in ihre Entscheidungskompetenz gelegt werden, denn sie wissen am besten, wie wichtig es für sie ist und sein muss, der Welt ihr Schicksal als „Opfer“ zu zeigen, Unrecht deutlich zu machen, vorzuwerfen. Als Opfer hat man Rechte, wenn wieder normale Zeiten herrschen. Ob man sein Recht bekommt oder Wiedergutmachung – rechtzeitige und angemessene gar, man denke an die z.T. beschämenden Geschichten um die Abfindungen der ZwangsarbeiterInnen im Drit-

ten Reich -, ob man mit der Abwendung fertig wird und sich der Welt wieder zuwenden kann, wird davon abhängen, ob Traumaopfer /*survivor* in der Lage sind und durch Beistand und Unterstützung in die Lage gebracht werden, die furchtbaren Erfahrungen, die ihnen an Körper und Seele widerfahren sind, zu *überwinden*, um nicht im „*black hole of trauma*“ (Judith Herman 1993) fixiert zu sein und in ihm gefangen zu bleiben, dem Leben erstorben, denn „ultimum malorum est e vivorum numero exire antequam moriaris. Das größte Unglück ist, aus der Zahl der Lebenden zu scheiden, ehe du stirbst“ (Seneca, De tranquillitate animi 5.5). Durch Traumata aus dem Leben geworfene Menschen wissen – fürs Leben -, was Extremlastung bedeutet, was aber nicht heißt, dass sie „fürs Leben geschädigt“ sind oder sein müssen. Woher weiß Rensen (1992) das so genau? Opfer von extremer Gewalt wissen, was Menschen zu tun in der Lage sind, Folterer aus Lust oder Langeweile („it’s lonesome here, there’s no one left to torture, Leonard Cohn, The Future), Schlächter, die „Holocaust als Handwerk“ (Ziegler 1983, 74 ff) betreiben, Kriegshandwerk, ein legitimer Beruf. „So drängt es sich letztlich geradezu auf, den Krieg vor allem als eine Weise des menschlichen Wirklichseins – eben des Tötens an sich – zu verstehen“ (ibid. 76). Das wissen Kriegsoffer, Opfer von Pogromen, Vertreibung. Das wissen diejenigen, die durch Folter gebrochen werden sollten (Reemtsma 1991; Millett 1993; Peters 1991). Sie kennen die wahnsinnigen, irrsinnigen Seiten menschlicher Wirklichkeit, den „Wirklichkeitswahn“, den „Abersinn“ als Pervertierung jeder Sinnhaftigkeit (Petzold 2001d, k), die „Normalität“ der Gewalt (Sofsky 2002). Das, diese erschlagende Erkenntnis, muss man erst einmal überleben und ihre desaströse Botschaft und Realität muss man *überwinden*. Möglich ist das nur, wenn man eine andere Botschaft dagegen stellt und eine andere Realität *will*, denn sonst bleiben Misstrauen, Angst, Hass, Unversöhnlichkeit und können neue Gewalt gebären, wenn man diese Erlebnisse nicht hinter sich lässt (ohne sie je verlieren zu können und zu sollen), wenn es zu keinen „Überschreitungen“ kommt, *Transgressionen* mit einem großen Schritt (Petzold et al. 2000, 231ff), die es ermöglichen, sich mit Feinden zu *versöhnen* oder – wenn dies aus inneren und äußeren Bedingungen nicht möglich ist – sich mit dem „Schicksal“, mit seinem Leben, mit sich selbst *auszusöhnen* (vgl. zu dieser auch behandlungsmethodisch wichtigen Unterscheidung Petzold 1988n, 234ff), sich mit den Menschen auszusöhnen, ja sich ihnen aktiv und sorgend zuzuwenden. Man kann eben aus solchen bösen Erfahrungen, die einen niedergeschlagen haben, zu Boden geworfen haben, solchem schlimmen Lebenswissen auch eine *Überwindungshaltung und Lebensweisheit* gewinnen. Und wer dazu aus eigener Kraft nicht mehr in der Lage ist, etwa Schwertraumatisierte, braucht Unterstützung.

Um diese geben zu können, ist eine grundsätzliche Bereitschaft des einzelnen Helfers und der Gesellschaft als Solidargemeinschaft zur **Hinwendung** erforderlich. Ein Wegsehen, eine „*Abstinenz von altruistischem Engagment*“, ist nicht mehr möglich. Hilfe muss von denen, die Hilfe geben könnten, eingefordert werden. Der Tatbestand der „unterlassenen Hilfeleistung“ muss ernst genommen und sanktioniert werden. Utopien? Mag sein, zumindest, so lange diese Frage so gestellt wird. Und natürlich ist diese Haltung der Abstinenz und Untätigkeit auch höchst riskant, denn man muss wissen, „dass die Schläge des Schicksals jeden treffen können“ – so *Demokrit* (Fr. 293). „Jeden kann treffen, was irgendeinen treffen kann“, so wird der römische Mimendichter *Publilius* von *Seneca* zitiert (De tranquillitate 11,8). Leiblich-konkrete Orientierung zum Anderen hin ermöglicht erst **Zuwendung**, und diese wird in der Doppelbedeutung des Wortes als körperliche **Hinwendung** und seelische **Zuneigung** zur Grundlage jeder weiterführenden Hilfeleistung. Dann nämlich kann man den Anderen sehen, sein Leiden, sein Menschsein, seine Besonderheit – bei aller mitmenschlichen Verbundenheit –, seine *Andersheit*, die *Levinas* (1983) herausgearbeitet hat. Erst dann erhält der Andere, der sich vielleicht in der Erfahrung der Gewalt und durch die *Abwendung* der Hilfeverweigerer selbst abgewendet hat, die Chance, wenn er sich auf Ansprache und Zuspruch hin umwendet, in ein Anlitz zu schauen, das die Qualität des *Zugewandten* hat. Ohne diese Qualität wird der Niedergeschlagene Angebote des **Zuspruchs** und der Hilfe zur „Aufrichtung der Seele“, der *Epanorthasis*, von welcher der *Aristotelesschüler Aristoxenos von Tarent* (um 370-300 v. Chr.) spricht, nicht auf- und annehmen können.

In der *Integrativen Therapie* und zumal in der *Integrativen Traumatherapie* (Petzold et al. 2000) haben wir uns stets darauf besonnen, dass seelisches Leid und seelische Krankheit über die Menschheitsgeschichte hin auch Menschheitserfahrungen hervorgebracht hat, die es zu nutzen gilt. Man kann einfach nicht hingehen und sagen, dass die Psychotherapie mit *Sigmund Freud* beginnt. Dies wird zwar in breiter Weise getan, ist aber nicht nur historisch falsch, es gilt auch für die neuere Zeit nicht – man denke an *J.Ch. Reil* (1803) oder *P. Janet* (1889) –, sondern wird, wenn so ahistorisch verfahren wird, Ausdruck einer Hybris oder Ignoranz der Psychoanalyse oder eine unglaubliche Geringschätzung gegenüber einem reichen Menschheitswissen. Was kann Psychotherapie nicht von Männern wie *Marc Aurel*, *Seneca*, *Augustinus* (in den *Confessiones* etwa Kapitel 11) lernen!

Im Folgenden soll eine praxeologische Perspektive des komplexen Modells „Integrativer Traumatherapie“ dargestellt werden. Da im Traumageschehen biologische, psychische, soziale und kulturelle Faktoren zusammenspielen, können Theorien der Verursachung nicht monodisziplinär, aus der Sicht einer *Disziplin*<sup>18</sup> – der Psycholo-

gie, der Medizin, Soziologie – argumentieren, ohne zu kurz zu greifen. Und das gleiche gilt für die Praxeologien der Traumabehandlung durch Psycho-, Sozio- und Leibtherapien und agogische Programme. Das gute Zusammenspiel verschiedener Fachleute, *Multiprofessionalität* und *Interdisziplinarität* sind daher eine **Vorbedingung** für die Auseinandersetzung mit dem Traumathema in Theorie, Praxeologie und praktisch-konkreter Hilfeleistung. Das alles wird notwendig, will man Menschen mit einer traumabedingten Schädigung behandeln, begleiten, unterstützen, fördern, „empowern“, damit sie die Traumafahrung und deren Nach- oder Auswirkungen auf ihre Persönlichkeit und auf ihre sozialen Netzwerke bzw. auf ihre Lebenslage durch nachhaltige **Überwindungsleistungen** in positives Lebenswissen und ein Engagement (Bourdieu 1998) für eine humane Welt verwandeln können.

Aus diesen Erfahrungen haben wir therapeutische Strategien gewonnen, die wir mit indikations- und situationsspezifischer Akzentsetzung im komplexen Modell **Integrativer Traumatherapie** einsetzen: Möglichkeiten „*narrativer Praxis*“, um wieder zu einer kohärenten Lebenserzählung zu finden (Petzold [et al.] 2001), Wege *leibtherapeutischer Behandlungen*, um psychophysiologische Dysregulationen, hyperarousal, numbing zu beeinflussen (IDR-Methode, Petzold et al. 2000), *Netzwerktherapie*, um belastete und beschädigte soziale Netzwerke zu restituieren (Hass/Petzold 1999), Formen *künstlerisch-kreativer Arbeit*, Ausdrucks- und Gestaltungsmöglichkeiten, um symbolische Verarbeitungsmöglichkeiten zu bieten, Eigeninitiative, Interessen anzuregen (Petzold 1986b; 1999q). Schließlich **nootherapeutische Wege** der Sinnfindung und Bewältigung, um mit der existentiellen Erschütterung umgehen zu lernen, neue Orientierungen zu finden. Mit diesem letztgenannten Zugang und seinen Hintergründen werde ich mich im folgenden beschäftigen.

Seneca<sup>19</sup>, als „Seelenführer und Berater“ (Guillemin 1952) oder Marc Aurel<sup>20</sup> (Hadot 1992), als Beispiel der „Arbeit an sich selbst“, zuweilen in Form einer „Selbsttherapie“ (Michel 1977), sind mit ihrer „stoischen Therapeutik“ für uns in der praktischen Traumatherapie wesentlich geworden. Schon als Jugendliche haben wir (H. Petzold, J. Sieper) ihre Werke gelesen, und der integrative, ganzheitliche und differentielle Weg unserer anthropologischen Konzeptualisierung (Petzold et al. 2001), die den Menschen als „Körper-Seele-Geist-Wesen in der Lebenswelt“ sieht (Petzold 1965; Petzold et al. 2001), schöpft aus diesem Strom und seiner Tradition: „Körper, Seele, Vernunft – dem Körper gehören die Empfindungen zu, der Seele die Triebe, der Vernunft die Grundsätze“ (Marc Aurel III, 16). Lebensführung *im Angesicht von Prekarität* ist das Anliegen vieler antiker Seelenführer (denn Seelenführung und die Entwicklung des eigenen Selbst in Selbstsorge und Ge-

meinwohlorientierung war die primäre Aufgabe der Philosophie in der Antike).

*Seneca* gibt Hilfen bei Verlusten, traumatischen Erfahrungen, indem er **Zuspruch** gibt – ein aktives Herangehen und Beispringen – und **Trost** spendet – in einer emotionalen Anteilnahme und Zuwendung. *Seneca* lobt *Sokrates*, weil er „die klagenden Väter tröstete, die am Gemeinwesen Verzweifelnden ermutigte und denen, die ihm nacheifern wollten, sein Beispiel vor Augen stellte“ (De tranquillitate 5, 2). Der Berater ruft **Besonnenheit** auf den Plan, indem er der Stimme der Vernunft wieder Gehör zu schaffen bemüht ist. „Vernunft walten zu lassen (*sophronein*) ist die wichtigste Tugend; und Weisheit besteht darin, Wahres zu reden und gemäß der Natur zu handeln, indem man auf sie hört“ (*Heraklit*, fr. 112). Deshalb „bediene dich der Vernunft gegenüber den Schwierigkeiten, dann kann Härte gemildert, Enge geweitet werden und schwere Last drückt den, der sie zu tragen weiß, weniger“ (De tranquillitate 10, 4). *Seneca* gibt **praktischen Rat** und **Lebenshilfe** fern aller abgehobenen Philosopheme. „Man muss dem Geiste Erholung gewähren und ihm immer wieder Muße gönnen, damit auf Spaziergängen unter freiem Himmel und an frischer Luft sich der Geist (*animus*) belebe und erhebe“ (17, 8). Und genau diese Mischung ist es, die bei traumatisierten Menschen dazu führt, dass der **Zuspruch** (*sermo, exhortatio*) anspricht. In seiner Seelenführung ist *Seneca* dialogisch. Er wählt diese in der Antike beliebte literarische Gattung (*Köstermann* 1934; *Pohlenz* 1941), aber er war auch in seiner Praxis als Seelenführer dialogisch (*Guillemain* 1953; *Hadot* 1969) bis hin in die Zwiesprache mit sich selbst (*Michel* 1977). Zu einer positiven inneren Zwiesprache – und die ist ja nichts anderes als die Stimme des „generalisierten Anderen“ (*Mead* 1934) – zu gelangen, ist ein wesentlicher Weg aus der Traumafixierung. *Seneca* leitet zu dialogisierenden Selbstexplorationen an, wie *Serenus*, sein „Patient“ zu erkennen gibt, als er seinem Mentor seine Seelenverfassung zu Beginn von „*De tranquillitate animi*“ darlegt: „Inquirenti mihi in me ..., mich in mir erforschend“ (1,1). Selbsterforschung, begleitete Selbsterforschung, wird als ein Weg gewiesen, wieder zu sich zu finden, wenn man sich verloren hat, um wieder in **eine freundliche Beziehung zu sich selbst** zu kommen, zu einer „εὐθυμία“, zu einer guten Seelenlage zu finden – er verweist auf das so betitelte „ausgezeichnete Werk des Demokrit“ (2, 3) –, und das heißt auch wieder zu anderen, zu Freunden zu finden, denn: „nichts erfreut wohl in vergleichbarer Weise, wie eine Freundschaft in Treue und Liebe. Was an Guten ist doch da, wo Herzen dazu bereit sind, dass gefahrlos jedes Geheimnis denen anvertraut werden kann, deren Mitwissen du weniger fürchten musst als dein eigenes, deren Zuspruch deine Zerknirschung lindert, deren Rede Rat gibt, deren heitere *Freundlichkeit* (*hilaritas*) Schwermut auflöst und deren Anblick erfreut“ (De tranquillitate 7,1), deren Stil

aber auch wahrhaftig ist, so dass der Freund „der Pflicht, die Wahrheit zu sagen“ (*Demokrit*, fr. 225), nachkommt und sagt, was gesagt werden muss und vielleicht auch nur aus der Haltung einer solchen freundschaftlichen Zugewandtheit gesagt werden kann.

Das ist eine therapeutische Haltung erster Güte. So betrieb die stoische Therapeutik „Seelenführung“ und zwar nicht als auf eine „therapeutische Situation“ begrenzte Kunst- oder Spezialform der „Relationalität“, sondern als Beispiel der *wünschenswerten Form „zwischenmenschlicher Praxis in guter Alltäglichkeit“*, die wir auch für den Integrativen Ansatz als die wünschenswerte Form der (therapeutischen) Beziehung ansehen (*Petzold* 1991a, 1047ff), d.h.: als intersubjektives Miteinander (Ko-respondenz) in *Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, inniger Verbundenheit [Konfluenz]*. „Therapie ist das Wiederherstellen von guter Alltäglichkeit und integerer Zwischenmenschlichkeit und hat sich deshalb auch in dieser Qualität zu vollziehen“ (*Petzold* 2000h).

Wohin sind wir nur gekommen unter der Hegemonie ausschließlicher „Übertragungs-Gegenübertragungs-Orientierung“ (*Freud*), der verkürzenden Sicht alleiniger „Kontaktarbeit“ (*Perls*), die die ganze Differenziertheit menschlicher *Relationalität*, alle Affiliationsmöglichkeiten (*Stroebe* et al. 1996, 364ff) kupieren? Die leiblich konkret vermittelte und erfahrbare *Freundlichkeit* und *wahrhaftige Aufrichtigkeit* (*Parrhesie*) ist in der Integrativen Traumatherapie ein Kernelement der Arbeit (*Petzold* et al. 2000, 525), die eine Freundlichkeit sich selbst und eine Wahrhaftigkeit sich selbst gegenüber ermöglichen soll. Die Idee der „Parrhesie“, der *wahrhaftigen Rede*, die sich durch die gesamte Antike zieht – von *Sokrates* und *Diogenes von Sinope*, über *Demokrit* bis *Marc Aurel* und die *Michel Foucault* (1996a) für unsere Zeit als Prinzip politischen Mutes und Grundlage persönlicher Freundschaft aktualisiert hat, haben wir in den therapeutischen Raum übertragen (*Petzold* et al. 1999).

Grundlage der therapeutischen/alltäglichen Interaktion ist ein empathisches Aufeinandereingehen der Kommunizierenden, das von „wechselseitiger Einfühlung“ bestimmt ist, eine Praxis, die die Integrative Therapie im Anschluss an *Ferenczi* und *Iljine* pflegt (*Petzold* 1980f): Sie ist hier anders ausgerichtet als an der „Abstinenz“ des „undurchsichtigen Spiegels“, die der Analytiker nach *Freuds* absurder Idealvorstellung verkörpern sollte<sup>21</sup>, anders auch als *Kohuts* (1971) mutterzentrierte „Einweg-Empathie“ von der Mutter zum Kind hin ohne die „Mutualität des Empathierens“, die jede gelingende Sozialisation braucht, genauso wie jede gelingende Therapie.

„Gewöhne dich, auf die Rede eines anderen genau zu achten und versetze dich so intensiv wie möglich in die Seele des Sprechenden“ (*Marc Aurel* VI, 53). Aber nicht genug damit! „Suche Zugang zum Inneren eines jeden Menschen zu finden, aber gestatte auch jedem an-



deren, in deine Seele zu blicken“, empfahl *Marc Aurel* (VIII, 61). Den Dialogen des Seelenführers *Seneca* ging es nicht darum, jemanden zu verändern, sondern einen Veränderungswilligen zu begleiten und durch Rat und Vorbild zu fördern, bis sein Wesen – in meiner Terminologie: bis seine *Hominität* – immer klarer und prägnanter wird. Im dialogischen Briefwechsel zwischen *Seneca* und seinem Schüler und Freund *Lucilius* wird allerdings auch deutlich, dass sich nicht nur *Lucilius* verändert (Ep. 31, 1), sondern dass sich auch *Seneca* verändert: „Ich erkenne, *Lucilius*, ich bessere mich nicht nur, ich wandle (*transfigurari*) mich“ (ep. 6, 1). Hier findet sich eine „Mutualität“ (*Ferenczi* 1988), wird eine intersubjektive Grundqualität deutlich, von der im Machtdiskurs der psychoanalytischen „Grundregel“<sup>22</sup> nichts, aber auch gar nichts zu finden ist.<sup>23</sup> Zu fördern, war keine einseitige Angelegenheit. „Du ermahnst mich?, sagst Du. Schon hast Du Dich freilich selbst ermahnt, und etwa schon gebessert? So, so, du hast Zeit für die Besserung anderer? – Ich bin nicht so überheblich, dass ich mich, selbst ein Kranker, an Heilversuche heranwage, sondern ich unterhalte mich mit Dir, als ob ich in dem gleichen Krankenhaus (*valitudinario*, Gesundheitszentrum) läge, über unser gemeinsames Leiden und teile mit Dir die Heilmittel“ (*Seneca ad Lucilium*, ep. 27, 1).

Der stoische Therapeut ist *Parrhesiast*, um Wahrhaftigkeit sich selbst und seinem Gesprächspartner gegenüber bemüht und sie auch von ihm erwartend, sie sogar herausfordernd. Und daran ist nichts Moralinsaueres und kein Perfektionismusstreben, sondern *Streben* und ein Wissen um Fehlbarkeit. Wieviele TherapeutInnen haben diesen Mut? Die Psychoanalyse hat ein Bollwerk von Abwehrmaßnahmen erdacht und „theoretisch“ begründet: Widerstand, Abwehrmechanismen, Abstinenz, Spielgemetapher, Chirurgemetapher – ich weiß, dies schreibend, viele KollegInnen werden nicht einmal versuchen zu verstehen, was hier gemeint ist, geschweige, dass sie bereit sein würden, ihre Positionen in Frage zu stellen. Der *Parrhesiast* unterstellt, dass der Andere eine wichtige Wahrheit hat, aufgrund derer er sich revidieren muss. Er ist bereit, nicht nur sich ins Gesicht zu schauen, er schaut in sein Inneres, und weiß, wer er ist, braucht sich nicht vor sich und anderen zu verstecken, denn er hat erkannt, dass man – so sehr man auch vor sich flieht – sich „nicht entkommen kann“<sup>24</sup> (*Seneca*, *De tranquillitate* 2, 14). Deshalb soll man sich auch „vor den Menschen nicht mehr schämen, als vor sich selbst!“ (*Demokrit*, fr. 264).

Der Berater, Lehrer, Freund, Mentor, Therapeut wird zum Modell für Gelassenheit, Freundlichkeit, Beherrschung, Wohltätigkeit. Dass Vorbild- und Modellernen eine hervorragende Kraft hat und von Bedeutung für jede „Seelenführung“ ist, zeigt das ganze erste Buch der „Selbstbetrachtungen“ *Marc Aurels*, wo er jedem seiner Lehrer und Betreuer dankt – und natürlich seinen Eltern – und jeden mit seiner spezifischen Vorbildfunktion hervorhebt. Es sind keine Meister-

Schüler-Verhältnisse, die sich hier zeigen. Das unterscheidet sie wohl tuend von manchen fernöstlichen Modellen, von denen man indes in TherapeutInnenkreisen besonders fasziniert ist. Es sind Seelenführer und Lebenslehrer, die die *Souveränität* derjenigen, mit denen sie in Beziehung treten, fördern wollen – ohne jeden Unterwerfungsgestus. *Seneca* lobte, wie erwähnt, das konkrete, lebendige, zur Nachahmung aufrufende und gedachte Beispiel des *Sokrates*. Eine solche Therapeutik setzt allerdings auch *eine Arbeit an sich selbst* voraus. Deshalb halten wir im Integrativen Ansatz an einer *Lehranalyse* (*Frühmann* 1995) fest, deren *Zentrum* aber nicht im Auffinden unbewusster und unverarbeiteter Traumata und Konflikte besteht (das ist ein durchaus wesentliches Moment, allerdings im Bezug auf moderne gedächtnis- und bewusstseinstheoretische Ansätze; vgl. *Perrig et al.* 1993; *Schacter* 1996; *Edelman/Tononi* 2001), sondern in dem „Sich-selbst-kennen-Lernen“ und „Sich-meistern-Lernen“, in *Bewusstseinsarbeit* (*Petzold* 1993a, 177 et passim), *Gewissensarbeit* (ibid., 512ff), *Identitätsarbeit* (ibid., 368ff) aus einer „Sorge um sich“ (*Schmid* 1995) und – das akzentuieren wir stärker als *Foucault* (1986) – einer „Sorge um den Anderen“ (*Levinas* 1983). Es geht darum zu lernen, „*wie man an sich arbeitet*“. Nichts anderes will *Seneca* als Mentor oder „Coach“ seinem Alumnus, Klienten, Patienten, Partner, *Serenus* – denn das alles ist er – vermitteln, wobei er dessen eigene Entscheidung partnerschaftlich respektiert: „Wie man zu diesem Zustand [der heiteren Ausgeglichenheit, sc.] kommen kann, danach wollen wir allgemein fragen. Du wirst aus diesem Heilungsprogramm, den dir geeigneten Teil herausnehmen“ (*De tranquillitate* 2, 4).

Die grundsätzliche Zielrichtung der stoischen Therapeutik geht in die Richtung einer Lebensqualität, die das „normale Lebensgefühl“ eines gesunden Menschen in menschenwürdigen, guten und gesicherten Lebensverhältnissen kennzeichnet: ein gelassenes, ausgeglichenes Lebensgefühl, das den Menschen und der Welt in einer „*Freude am Lebendigen*“ (*Petzold/Orth* 1998a) zugewandt ist. Es geht um den Gewinn einer *heiteren* (gr. ἡλάρως, lt. *hilaris*) *Lebenshaltung*. Diese zu erlangen, ist das Ziel einer „*Lebenskunst*“, die es zu entwickeln gilt. „Keine deiner Handlungen geschehe aufs Geratewohl, sondern keine anders, als es die Regeln der *Lebenskunst* gestatten“ (*Marc Aurel* IV, 2). Die Bedeutung einer – für unsere Zeit spezifisch zu entwickelnden – *Lebenskunst* hat *Foucault* (1984; vgl. *Schmid* 1999) herausgestellt, indem er das Leben des Menschen als ein „Kunstwerk“ in einer zu gewinnenden „*Ästhetik der Existenz*“ sieht. Wir haben diesen Gedanken im Integrativen Ansatz in seiner kreativtherapeutischen Praxis umgesetzt (*Petzold/Orth* 1990a), in der „das Selbst Künstler und Kunstwerk zugleich“ ist (*Petzold* 1999q). Das hat zu ganz konkreten therapeutischen Strategien geführt: die Gestaltung von Selbstportraits, Selbstplastiken, Selbstentwürfen oder die Gestaltung des eige-

nen Gesichtes, der eigenen Haltung und Bewegung durch die Beeinflussung von Mimik und Gestik (ibid., 126). „Give yourself a smile for a while“, sich selbst, seinen liebenswerten Seiten wieder und wieder am Tage **zulächeln**. Ganz real „ein Lächeln aufzusetzen“ ist eine therapeutische Verschreibung in der Integrativen Therapie, die sowohl auf die stoische Therapeutik als auch auf die neuromotorischen Wirkungen (*movement produced information*) in der Hirnphysiologie Bezug nimmt (ibid., 525 f; Damasio 1995, 196f; Döring-Seipel 1996). Ein gleiches gilt für die „gramgebeugte Haltung“ vieler Traumaopfer, für ihre resignative und depressive, bedrückte und niedergeschlagene Leib- und Lebenshaltung. Diese gilt es wahrzunehmen und zu beobachten, um sie ggf. zu verändern: „Auch dein Körper muss eine feste Haltung haben und darf weder in der Bewegung noch in der Ruhe diese Festigkeit verlieren. Denn wie sich das Innere in deinen Gesichtszügen ausprägt und sich darin dein Nachdenken und deine Ehrenhaftigkeit zeigt, so lässt sich Ähnliches vom ganzen Körper fordern“ (Marc Aurel VII, 60).

Die stoische Therapeutik hatte viele übende Elemente, was den Körper, die Affekte, den Geist bzw. die Vernunft anbelangt. Vieles ist eine Art „kognitiver Verhaltenstherapie“ – nur nicht so reduktionistisch wie diese, denn Seneca oder Marc Aurel betten die Übung in einen reichen und bereichernden Entwurf über die „*conditio humana*“ ein, in eine „Sinnorientierung für das Leben“, in eine humanistische Vision von Weltbürgertum und in eine Ethik der Gemeinwohlorientierung, in eine praktische, praktikable Weisheit, die durch *Wollen*, *Streben* und *Üben* gewonnen werden kann. Sie zeigen, wie man ein Kybernetes, ein „Steuermann“, seines eigenen Geschicks werden kann, um „wie ein Schiffsreisender bei günstigem Fahrtwind“ im Leben zu *navigieren* (zu diesem Konzept Petzold et al. 2000). Das *Üben* wird in einen Rahmen gestellt und dabei muss man sich klar sein, dass der Rahmen des Zenon<sup>25</sup>, des Seneca, des Epiktet, des Marc Aurel nicht unser Rahmen heute ist und sein kann. Wir müssen die stoischen Ideale der *Apathie* (frei sein von Affekten), der *Athaumasia* (des Sich-nicht-Wunders), der *Ataraxie* (Seelenruhe), der *Chara* (innerer Frieden), der *Eudämonie* (Glückseligkeit), dem εὖ ζῆν (dem mit der Natur übereinstimmenden Leben) *in unserer Zeit und für unseren Lebenskontext* interpretieren – mit jedem Klienten neu (z.B. ist unser Begriff der „Natur“ mit dem der Stoa und ihrem Gedanken des Welten-Logos, der Allnatur für den Menschen von heute zunächst nur noch schwer zu verbinden, obgleich sich zu den modernen Kosmologien Brückenschläge herstellen lassen [Florensky 1994]. Oder es müssen der Vernunftbegriff und die Vernunftorientierung geklärt werden, denn es geht ja weder um Rationalisierung noch um Intellektualität, sondern um eine sinnliche, dem sinnhaften Genießen gegenüber durchaus offene Reflexivität, die genau dazu dient, ein „rechtes Maß“ zu gewährleisten. Ich

habe für die Integrative Therapie von einer „sinnlichen Reflexivität“ gesprochen und damit einen anderen Akzent gesetzt als *Dreizel* [1989] mit der Gestalttherapie-inspirierten „reflexiven Sinnlichkeit“.

Dabei haben die Ideale – insbesondere der späten „lebenspraktischen“ Stoa – in einer solchen Neuinterpretation stets noch eine Faszination, in der der alte Gehalt durchscheint. Der von *Demokrit* übernommene, bei *Seneca* so zentrale Begriff der *tranquillitas*, der *Euthymie* (εὐθυμία), der Ausgeglichenheit, Heiterkeit des Gemüts, der heiteren Gelassenheit, wie sie ein ruhiges Meer, die Atmosphäre einer Frühlingswiese, die Stille eines Feldweges (*Heidegger* 1953) kennzeichnet, berühren uns heute genauso, wie zu den Zeiten des großen Seelenführers. Das sind keine Qualitäten der „Abendröte“, des Niedergangs der schwächlich Gewordenen, wie *Nietzsche* (*Die Geburt der Tragödie*, 1) meint. Das sind Qualitäten der „Morgenröte“! Derartige Qualitäten sprechen auch Menschen an, die großes Leid erfahren haben, die ihren Seelenfrieden – so sie ihn je hatten – verloren haben oder nur eine hinlängliche Zufriedenheit erreichen konnten (was schon sehr viel sein kann). Wenn solche Qualitäten mit einer meditativen, leib- und bewegungstherapeutischen, kreativtherapeutischen Praxis verbunden werden (*Orth* 1993; *Petzold* 1983e), mit *Übungen*, die konkrete Erfahrungen vermitteln, Gelassenheit, Gelöstheit wieder erlebbar machen, so können auch schwertraumatisierte Patienten erreicht werden, weil mit der Übung sinnstiftende Konzepte verbunden sind. Sie erschließen einen persönlichen Sinnbezug, eröffnen den Blick für „vielfältigen Sinn“, ermöglichen Überschreitungen zu gänzlich neuem Erleben eines „transversalen Sinnes“, der die traumatische Erfahrung einbezieht in das Lebens- und Weltverstehen. Dabei geben wir – wo angezeigt – durchaus *Senecas* Schriften „De tranquillitate“ (Über die Gelassenheit), „De vita beata“ (Vom glücklichen Leben), „De brevitate vitae“ (Von der Kürze des Lebens) und auch „De providentia“ (Über die Vorsehung) und *Marc Aurels* „Selbstbetrachtungen“ im Sinne einer „Lesetherapie/Bibliotherapie“ (*Petzold/Orth* 1985) als Lektüre, um über diese Texte in der dyadischen Situation oder im *Polylog* der Gruppe in *Sinngespräche* einzutreten. Dabei zeigt sich, dass auch sehr verstörte, traumatisierte Menschen, wenn sie „im Kreis“, in „einem Rund“, einer „Runde“ sitzen – wie die frühen Hominiden ums Feuer (*Petzold* [et al.] 2001) – in ein Erzählklima kommen, eine Erzählgemeinschaft bilden, in der spontan über Probleme gesprochen werden kann, über Traumatisches, was in der dyadischen Situation verschlossen geblieben war. Es werden dabei auch immer wieder Sinnfragen angesprochen. Wenn Menschen „Körper-Seele-Geist-Wesen“ sind, so unsere „anthropologische Grundformel“, dann muss das Geistige auch einen Ort in der Therapie haben. Das „Sinngespräch“, zu dessen Urhebern die vorchristlichen Philosophen *Pythagoras von Samos* (570-500 v.Chr.), *Diogenes von Sinope* (412-323), *Sokrates* (470-

399) zählen, gehört zu den Formen nootherapeutischer Arbeit<sup>26</sup> (Orth 1993; Petzold 1983e), denen gerade auch in der traumatherapeutischen Praxis große Bedeutung zukommt. Die Konzepte der späten Stoa sind wegen ihrer unprätentiösen, naturrechtlichen und humanistischen Argumentation, ohne religiöse Festlegungen und dennoch mit einer klaren Werteorientierung, mit ihrem Humanitätsanspruch und ihrem „Weisheitsideal ohne Abgehobenheit“ u.E. und nach unseren Erfahrungen gut mit einer modernen, wissenschaftlichen Psychotherapie und ihrer „clinical wisdom“ (Petzold 1991a, 395f) zu verbinden.

Innere Ruhe, Gelassenheit und Heiterkeit des Gemüts wird in der stoischen Therapeutik nicht „geschenkt“, sie bedarf der vollzogenen Lebenspraxis, der *Übung* im Denken, Fühlen, Wollen, Handeln. In der Integrativen Therapie und Traumabehandlung kommt deshalb der therapeutisch begleiteten und unterstützten *Übung* seit jeher Wichtigkeit zu – etwa in der übungszentrierten Bewegungs- und Entspannungstherapie (Koop 2001; Orth 1994), der Übung im Denken, der Arbeit an negativen Kognitionen bzw. „kognitiven Stilen“ (Sieper 2001), in der Steuerung des Gefühlslebens in Form der Arbeit an „dysfunktionalen emotionalen Stilen“ (Petzold 1992a, 823ff) und an konkretem Handeln. Man muss eben mancher „Schwäche durch Übung abhelfen“ (Marc Aurel V, 5). Die Integrative Therapie hat seit ihren Anfängen eine starke behaviorale Seite (Sieper 2001). Nicht nur das Ausdrücken, Ausagieren von Schmerz und Leid – der Weg der erlebnisaktivierenden Verfahren (Gestalttherapie, Psychodrama) – hat seine Indikation, auch das Aushalten, Ertragen von seelischen Schmerzen, das Unterbrechen und „Vertreiben“ von finsternen Gedanken, ruhelosem Grübeln (Wyer 1996) und bedrückenden Stimmungen kann therapeutisch wichtig sein. Neue Forschung zu Trauerprozessen (Bonanno 1999; Stroebe et al. 1993) zeigt, dass eine Kontrolle von Trauerreaktionen durchaus positiv für Bewältigungsleistungen zu sehen ist. Sie hilft, Labiliserungen zu stabilisieren, verhindert ein weiteres Einbrechen von Ichleistungen und „Retraumatisierungen“, unterbindet dysfunktionale neurophysiologische Bahnungen. „Jammere nicht mit anderen und gerate auch sonst nicht in heftige Erregung“ (Marc Aurel V, 43). Auch Seneca betont: „Auch im eigenen Unglück gilt es sich so zu verhalten, dass du dem Schmerz nur soviel zugestehst, wie die Natur fordert, nicht die Gewohnheit“ (De tranquillitate 15, 6). In der Trostschrift an seine Mutter betont er die Sinnhaftigkeit öffentlicher Regelungen der Trauer (zehn Monate). „Sie haben die Klagen nicht verboten, sondern beschränkt“ (Ad Helviam matrem de consolatione/Trostschrift an die Mutter Helvia 16, 1). „Endloser Schmerz“ fruchte nicht. „Die beste Art, Pietät und Vernunft miteinander in Einklang zu bringen, besteht darin, den Sehnsuchtswunsch zu spüren und zu unterdrücken (*sentire desiderium et opprimere*)“ (ibid.). Hier

wird keiner billigen Verdrängung das Wort geredet – Trauer, Leid, Gram sollen gespürt (*sentire*) werden – und *Seneca* weiß, dass „kein Affekt gefügig ist, am wenigsten, der, der aus dem Schmerz geboren wird, denn er ist wild und widersetzt sich hartnäckig jedem Heilmittel (*remedium*)“ (ibid., 17, 1). Aber genau deshalb muss er gebändigt werden, gilt es „den Gram in die Schranken zu weisen und zu besiegen (*coercenda comprimendaque*)“, so die Empfehlung an seine Mutter (ibid., 16, 7). Ähnlich rät er in seinem berührenden Trostbrief der *Marcia*, die nach dem unzeitigen Tod ihres Sohnes *Metilheus* in eine dreijährige Trauer mit Krankheitswert versunken war. *Seneca* zeigt genuine Anteilnahmen, konfrontiert aber *Marcia* auch: „Was wir uns fragen müssen ist, ob die Trauer tief oder ob sie *permanent* sein muss“.

## 6. Überwindungsarbeit, Überschreitungen, Überwindungsleistung

Man muss Leid und Schmerz, Zorn und Hass *überwinden*, Angst und Unsicherheit überwinden, denn wenn diese Affekte nicht kontrolliert, die *Gefühle* nicht gesteuert werden, ergreifen sie den Menschen dauerhaft, prägen seine *Grundstimmungen*, bestimmen sein *Lebensgefühl*. Unter der Perspektive eines neuronalen Darwinismus (Edelman 1987, 1995; Edelman/Tononi 2001; Damasio 1995) ist die Gehirnenwicklung auch unter der Perspektive einer Kontrolle des limbischen Systems und seiner Dynamik zu sehen. An durch Auslösereize aufgerufene physiologische Reaktionen des Hypothalamus und an die *hyperarrousal* der Amygdala (LeDoux 1996) ausgeliefert, zwischen überschießender Furcht oder Aggression hin und hergerissen, in dumpfer Verzweiflung, in der Apathie eines *numbing* nach einer Katastrophe versunken, hätten die schwachen Menschenwesen – wir haben dies schon ausgeführt – nicht überleben können. Der Schlüssel dafür lag in der Entwicklung ihres Gehirns und hier in der Kontrolle leiblicher Erregungszustände und der damit verbundenen Thyмосregungen, den Emotionen. *Julian Jaynes* (1988) hat in seinem psychohistorischen Versuch – unter Rückgriff auf die implizite Emotionslehre der *Ilias* – Materialien zusammengetragen, die das Entstehen des reflexiven Bewusstseins, der Vernunft (*voūς*) zur Regulation des Thyмос, des Affektlebens (*θυμός*) aufzeigen. Dabei waren die Affekte der Herzregion zugeordnet, der *Nous* aber dem Gehirn, so *Pythagoras* (*Diogenes Laertius* 8, 30). Sein Schüler, der Arzt *Alkmaion von Kroton*, belegte das anhand seiner Sektionen: „Solange das Gehirn unversehrt ist, solange hat der Mensch auch seinen Verstand. Daher behaupte ich, dass es das Gehirn ist, das den Verstand sprechen lässt“ (fr. 22 A 11 und 17). Das Gehirn steuert also mit dem Verstand die Affekte. Dieses Wissen steht hinter der antiken Strategie der *Regulierung über-*

bordender Affekte durch die Arbeit des Verstandes (so z.T. auch die kognitive Therapie; vgl. Ehlers 1999) und des Willens. Sie müssen durch Übung, Askesis, für diese Arbeit geschult und ausgerüstet werden. So ist die „stoische Therapeutik“ durchaus sinnvoll und auch für eine moderne Therapiekonzeption wegweisend, denn die heutigen Therapieverfahren – die Psychoanalyse, das Psychodrama, die Gestalttherapie, die wissenschaftliche Gesprächstherapie etc. – haben hier wenig zu bieten. Es lässt sich eben nicht alles über „Durcharbeiten“ unbewusster Konflikte lösen oder durch das kathartische Ausdrücken aufgestauter Emotionen oder das In-Kontakt-Kommen mit „unfinished business“. Und auch ein kognitiv-behaviorales Umüben dysfunktionaler Kognitionen ohne Bereitstellung eines übergeordneten Sinnkontextes – als ob einzelne Kognitionen bzw. „Schemata“ (Grawe 1998) von übergeordneten Stilen des Denkens und Sinnzusammenhängen gelöst werden könnten – greift zu kurz. Es ist erschreckend und faszinierend zugleich zu sehen, wie wenig die Psychotherapie der Gegenwart hier anzubieten hat – es fehlt ihr eine *allgemeine Nootherapie* (kleine Schulen wie die von V. Frankl oder M. Boss haben hier Wissensstände erarbeitet, die leider aber wenig Anschluss an die „Allgemeine Psychologie“ oder die klinisch relevanten Sozial- und Biowissenschaften aufweisen). Das Konstrukt eines „sense of coherence“ (Antonovsky 1979, 1987) hat in die Praxis der Therapie noch nicht in dem Maße Eingang gefunden, wie es erforderlich wäre. Eine solche Nootherapie kann natürlich heute keine religiösen Metaerzählungen (Lyotard 1994) anbieten, sondern nur Prinzipien oder Konzepte, über die Menschen in „Begegnung und Auseinandersetzung“ ko-respondieren können (Petzold 1991e), über die sie nachsinnen, meditieren können. Und ihre Richtigkeit erweist sich daran, ob sie aus ihnen ein Erleben von *Trost* und von *Sinn* – Begriffe, die in Psychotherapielehrbüchern fehlen – gewinnen, ein „sense of coherence“ (Antonovsky 1979, 1987) entsteht oder gefestigt wird. Häufig bedingt sich beides: *Trost* ermöglicht *Sinnerfahrung* und *Sinnerfahrung* spendet *Trost* – nicht ohne „Sinn“ werden die *philosophia* und die *consolatio* zusammengespannt. Dabei wird heute von einem „pluralen Sinn“ ausgegangen werden müssen (Petzold 2001k). Die Sinnmatrix, die die späte Stoa – auf dem Boden der klassischen – anbietet, ist ein gelassenes, glückliches/glückseliges Leben, eine heitere Existenz. Das sind Qualitäten, die sich auch dem modereren Menschen erschließen. *Seneca* schreibt an seinen Schüler *Lucilius* in dem berühmten 92. Brief: „Quid est beata vita? Was ist ein glückliches Leben? Freiheit von Sorge und dauerhafte Gemütsruhe. Das ist die Frucht der Seelengröße (*animi magnitudo*) und der Beständigkeit im Festhalten am rechten Werturteil. Wie kommt man an dieses Ziel? Wenn man die Wahrheit ganz erschaut, wenn im Handeln Ordnung, Maß, Anstand, ein uneigenütziges und gütiges Wollen (*innocentia voluntas ac benigna*) gewährleistet sind, das



sich an der Vernunft orientiert und, liebenswert und bewundernswert zugleich, niemals von ihr abweicht“ (ep. 92, 3) (...) „von Störendem befreit, widmet sich der Geist ungehindert der Schau des Universums und nichts lenkt ihn von der Betrachtung (*contemplatio*) der Natur ab“ (92, 6).

Das ist keine weltenthobene *contemplatio*, kein „stumpfer Stoizismus“ – so das Zerrbild – sondern tätiges Beteiligtsein an den Dingen der Welt, orientiert auf das Gemeinwohl aus einer liebevollen, menschlichen Grundhaltung, die für Seelengröße (*magnitudo animi*, vgl. die ausgezeichnete Studie von Knoche 1935) steht. Durch die Seelengröße, die „Großgesinntheit“ (so Knoche 1935, 45), *μεγαλοψυχία*, dehnt sich die Seele aus hin zu Höherem, wie *Thomas Aquino* (*Summa theol.* IIa, IIae, q. 129 a. 1) es formulierte. Im *Wollen des Guten* gelingt ihr eine „Überschreitung“, sie kann über sich hinauswachsen. Damit gewinnt sie eine gewisse Abständigkeit zu den Dingen der Welt, eine *Überschau*, die es ermöglicht, auch mit schwierigen, belastenden Lebenssituationen fertig zu werden. Es ist dies eine Qualität, die in der Integrativen Therapie in der „metahermeneutischen Mehrebenenreflexion“ (*Petzold/Orth* 1999, 112) als „Exzentrizität“ oder – Frucht „philosophischer Kontemplation“ – als „Hyperexzentrizität“ (idem 1998a, 153ff) gewonnen wird. Die Dinge wirklich zu durchschauen bzw. sich einer solchen *Überschau* (*supervisio*) anzunähern, ist ein zentrales Ziel für *Marc Aurel*, *Seneca*, die Stoiker, die Weisheitsliebenden, ist aber auch Ziel jeder Persönlichkeitsentwicklung in und durch Psychotherapie. Man muss zu einer „Exotopie“ (*Bakhtin* 1979) fähig werden, sich neben, über sich stellen können, um den Involvierungen, den Konfluenzen, den überschwemmenden Gedanken und Gefühlen zu entkommen und eine „klare Sicht“, „*clear mindedness*“ zu gewinnen, so dass der *Wille Freiheit* gewinnt. In einer solchen „Exzentrizität“, *Bakhtin* spricht von einer Außenständigkeit, *vnenakhodimost'* (внеаходимость), wird eine *Überschreitung*, eine „Transgredienz“ (трансградненство), erreicht, so dass die Lebenserzählung im Kontext der Vielfalt anderer Lebenserzählungen, im Zusammenhang der Weltverhältnisse gesehen werden kann (vgl. das Werk *Pawel Florensky*, 1937 im Gulag erschossen). Und das gibt Gelassenheit.

Die Rolle des **Willens** wurde in der Psychotherapie völlig ausgeblendet (*Petzold* 2001i). Sie ist für die Selbstentwicklung, für die **Überwindung** der Hindernisse auf dem Wege zu einem glücklichen Leben, für die **Überschreitungen** von Blockaden, die man selbst aufgebaut hat, und für den Gewinn einer gelassenen Freiheit nicht zu unterschätzen. Es bedarf des bewussten **Wollens**, gut zu werden (*Seneca*, ep. 34, 3; 92, 30), sich zu verändern, zuweilen so zu bleiben, „wie man ist“ – d.h. für kurze Zeit gegen den herakliteschen Strom zu schwimmen versuchen, um einzusehen: es ist nicht möglich (wie absurd ist doch die „paradoxe Theorie der Veränderung“, zu „sein, was

man ist und nicht zu werden, was man nicht ist“ [Beisser 1970], die bei Gestalttherapeuten so hochgehalten wird). Es bedarf des Willens, Ordnung in sein Leben zu bringen. Es bedarf des Willens zur **Übung** (*exercitium, askesis*) im praktischen Handeln, im Überdenken des Lebens, seiner Gefühle, Gedanken, Taten – tagtäglich. Die antike Seelenführung hat für solche Übung eine Fülle von Praktiken entwickelt, durch die die „Weisheitsliebe“, die Philosophie, eine „*manière de vivre*“ (Domanaski 1996) wurde, wie Pierre Hadot (2001) es so treffend ausgeführt hat (und für das Leben heute, für sein Leben zeigte). Seine grundlegende Arbeit „*Exercices spirituels et philosophie antique*“ (idem 1981), bietet ein Florilegium, eine wirkliche Blütenlese, an praktischen Übungen aus der antiken philosophischen Tradition. Auf diese Tradition hat die Integrative Therapie in ihrer nootherapeutischen Arbeit (Petzold 1983e), wo sie indiziert ist, dem Bereich in Behandlungen, der sich mit Fragen des Sinnes, der Werte, dem Leben und dem Tod, dem Bösen, dem Religiösen, der Transzendenz befasst, neben Praktiken aus der byzantinischen Tradition, etwa aus der „Philokalie“ (Zenkovsky/Petzold 1969), zurückgeriffen. Erwähnt sei hier nur, weil so zentral, die allabendliche Rückschau – ein *exercitium*, das schon Pythagoras und seine Anhänger betrieben haben sollen. „Erlaube nicht, das der süße Schlaf dir in die Augen kommt, bevor du alle Handlungen des Tages geprüft hast“ (Pythagoras, Die Goldenen Verse). Epiktet (III, 10,1) stellt seine Praxis der Gewissenserforschung in diese Tradition und Seneca (De ira, 3, 36) berichtet ausführlich über seine eigene abendliche Rückschau und über allmorgendliche Tagesvorbereitung (*praemeditatio*). Foucault (Kurs vom 24. März 1982, 2. Stunde, 2001, 462f, vgl. Vorlesung vom 12. März 1980) hat gezeigt, dass es hier um ein Bilanzieren ohne punitive Qualität ging – anders als in der mittelalterlichen christlichen Gewissenserforschungen – mit dem Ziel der besseren Selbststeuerung. Der Mensch wird in dieser Aktivität – so könnte man sagen – sein eigener Supervisor und Mentor, „Coach“.

Das Subjekt kommt hier – auch anders als im Freudschen Diskurs, wo die Autonomisierung, wie Foucault gezeigt hat (Dauk 1989), durch die *Unterwerfung* unter das analytische Setting, die Grundregel nur vermeintlich emanzipatorisch ist und beeinträchtigt wird – durch **eigene Arbeit an sich** zu einer **Souveränität**. Es ist eine hagiographische Zuschreibung, dass Freud eine einmalig zu nennende Seelengröße zu einer *Selbstanalyse* aufgebracht habe (gut, es gibt da noch C.G. Jung, aber auch der wird hagiographisch überhöht). In der Antike war Selbstbetrachtung für die Freunde der philosophischen Lebensweise *Alltagspraxis*, die von Freunden und Lehrern/Mentoren begleitet werden konnte. Es wird dringend Zeit, in der Psychotherapie und jenseits von ihr eine solche Praxis wiederzugewinnen und diesen Mythos, der vom psychoanalytischen **Diskurs** als Machtdiskurs (Fou-

cault 1978) ausgeht, zu dekonstruieren. Er monopolisiert nämlich in subtiler Weise die Möglichkeit der Selbsterkenntnis für die Psychoanalyse, diskreditiert die Möglichkeiten der (philosophischen) Selbstanalyse, indem er mit seinem Faszinosum und durch eine mit universellem Geltungsanspruch auftretenden Einseitigkeit alle anderen Wahrheits- und Weisheitsdiskurse und Erkenntnispraxen als obsolet darstellt. „Die einschneidenden Wahrheiten wurden endlich gehört und anerkannt (...) Es ist bisher noch immer so gegangen, und die unerwünschten Wahrheiten, die wir Psychoanalytiker *der Welt* zu sagen haben, werden das selbe Schicksal finden“ (1910, StA, 129, meine Hervorhebung). „Die Psychoanalyse *Freuds* hat nach dem Ende der Philosophie<sup>27</sup> ihre Antwort darauf [die Frage danach, was der Mensch sei, sc.] gefunden und im Begehren die Wahrheit des Subjekts erkannt“ (Pohlen / Bautz-Holz Herr 2001, 21). Nun, das ist nur *eine* Wahrheit, und die Philosophie ist noch lange nicht zu Ende!

Die philosophische Therapeutik und Übung bereitet als „praktische Weisheit“ (*prudentia*, Lebensklugheit, *Seneca*, ep. 113, 19) den, der sie praktiziert, auf sein weiteres Tun vor, sie „übt fürsorglichen Weitblick aus“ (ibid.). „Denn, was ist Philosophie? Ist es nicht ein Sich-Vorbereiten auf alle Ereignisse?“ (*Epiktet* III, 10, 6, vgl. *Hadot*, *Qu'est-ce que la philosophie antique?* 1995). Wenn man auf die Dinge des Lebens gut vorbereitet ist, kann einen nichts mehr wirklich treffen (und das ist keine oberflächliche Aussage). „Krankheit gibt es, Gefangenschaft, Einsturz und Brand des Hauses, nichts von alledem ist unvorhersehbar“ (*Seneca*, *De tranquillitate* 11, 7). Deshalb ist eine Lebenskunst erforderlich, dazu eine vorbereitende Auseinandersetzung mit kommenden bzw. möglichen Belastungen (*preparedness*), was in der Integrativen Therapie als „Antizipationsarbeit“ (Petzold 1992a, 563) „*prebriefing*“<sup>28</sup> bezeichnet wird, wobei wir u.a. die Technik der „Zukunftsprojektion“ (idem 1979f) verwenden. *Seneca* nennt das „*praemeditatio*“ und gibt in dem Trostbrief für *Marcia* eine Anleitung zur täglichen Praxis: Der Weise „beginnt jeden Tag mit dem Gedanken (...) dass das Glück uns nichts gibt, was wir wirklich besitzen können. Keine Sache, sei sie öffentlich oder privat, ist sicher; die Schicksalsbestimmungen der Menschen, aber auch der Städte, sind unüberschaubar. Jedes Gebäude, für das Jahre des Aufbaus notwendig waren mit unendlichen Anstrengungen und Dank der großen Güte der Götter kann in einem Tag vernichtet und zerstört werden. Nein, derjenige der sagt ‚einen Tag‘, gibt dem schnellen Unglück eine zu lange Zeit: eine Stunde, ein Augenblick genügt für den Fall eines Reiches. Wieviele Städte Asiens, wieviele in Achaia [Griechenland als römische Provinz] wurden durch einen einzigen Erdstoß zerstört. (...) Wir leben mitten in Dingen, die alle dazu bestimmt sind, zu verschwinden. Ihr seid sterblich geboren und gebt Sterblichen das Leben. Deshalb seht alles voraus und bereitet euch auf alles vor“.

Derartige Praemeditationen und die Abendbilanzierung des Tages gehörten zur Lebenspraxis derjenigen, die für sich eine „philosophische Therapeutik“ als *Weg*, als eine Art „Selbsttherapie“ gewählt haben, wobei die Breite des Wortes „*therapeuein*“ im Blick sein muss als „sorgsam umgehen, pflegen, heilen, kultivieren“ – ähnlich dem lateinischen *colere* „dienen, pflegen, bebauen, verehren, heilen“. Es geht also um eine „**Kultur seiner Selbst**“ mit und für die Anderen, das Gemeinwohl, die erworben und gepflegt werden muss. Ihr Ziel ist **Hominität, eine Kultiviertheit des eigenen menschlichen Wesens**. Es geht um eine „**Lebenskunst**“, und eine solche gilt es auch für die Psychotherapie heute – und für eine „ganz normale“ *besonnene Lebensführung* – zu entwickeln und zu nutzen. „Die Lebenskunst hat mit der Kampfkunst mehr Ähnlichkeit als mit der Tanzkunst, insofern man auch auf unvorhergesehene Schläge gerüstet sein und fest stehen muss“ (*Marc Aurel* VII, 61).

Im Unterschied zur Praemeditatio, wie sie *Seneca* empfiehlt, gehen wir heute in der nootherapeutischen Praxis der Integrativen Therapie „prozessual“ vor. Wir erarbeiten mit den PatientInnen unter Rückgriff auf ihre Lebenserfahrungen, auf das, was sie beruhigt, tröstet, stärkt, „Tagesvorbereitungen“. Dabei verweisen wir in einer kleinen Propädeutik durchaus auf die Praxis des *Seneca*, sensibilisieren für den in den „Flussfragmenten“ entwickelten Gedanken des *Heraklit* (fr. 12, 49a, 91) – einer der bedeutendsten Referenzphilosophen im Integrativen Ansatz (*Petzold/Sieper* 1988) –, dass alles fließt, im Fluss ist und nichts bleibt, und dass „das Leben verstehen“ bedeutet, sein Fließen zu verstehen und sich ihm einzufügen. Das ist keineswegs eine Anleitung zum Fatalismus, denn es schließt ein, auf dem Fluss gut zu *navigieren* und in seinen Strömungen besonnen zu steuern, die Ziele überlegt zu formulieren, in den Blick zu nehmen und anzugehen, Tag für Tag. Weiterhin wird darauf geachtet, dass in der Prämeditation das Moment der „**freudigen Gestimmtheit**“, der „**hilaritas**“, Bedeutung hat, eine „**Freude am Lebendigen**“ – wie wir das als Konzept vertreten (*Petzold/Orth* 1998a) und wie wir es in den Naturbetrachtungen aller Völker und Kulturen finden (*Orth* 1993). „Sich des Lebens freuen“, ist eine Freude am Leben, dem wir zugehören, am Lebendigen, an dem wir teilhaben. „Wie anziehend ist es, ein mit verschiedenen Pflanzen bedecktes Stückchen Land zu betrachten, mit singenden Vögeln in den Büschen (...) und sich dabei zu überlegen, dass alle diese so kunstvoll gebauten, so sehr verschiedenen und doch in so verzwickter Weise voneinander abhängigen Geschöpfe durch Gesetze erzeugt worden sind, die noch rings um uns wirken. Es ist wahrlich etwas Erhabenes um die Auffassung, dass der Schöpfer allen Lebens, das uns umgibt, nur wenigen oder gar nur einer einzigen Form eingehaucht hat und dass, während sich unsere Erde bewegt (...) aus einem so schlichten Anfang eine unendliche Zahl der schönsten und wunder-

barsten Formen entstand und noch weiter entsteht“ – so *Charles Darwin* am Schluss der „*Origin of Species*“ (1859). Dieses Leben tritt uns in der Betrachtung einer Landschaft, einer Blume, eines Kindes, in der Selbstbetrachtung entgegen und vermag uns die „*ontologische Erfahrung*“ einer tiefen Verbundeheit mit der Welt des Lebendigen zu vermitteln (*Albert* 1972; *Florensky* 1996), wie uns in der Naturbetrachtung integrativer Nootherapie (*Orth* 1993; *Petzold/Orth* 1998a) von PatientInnen immer wieder berichtet wird, sofern dieser Bezug zum Leben nicht massiv gestört und verschüttet ist. Dann nämlich braucht es die Arbeit, „zu sich“ zu kommen, zu sich zu finden, sich verstehen zu lernen, „sich selbst-verständlich zu werden“, um sich „zu haben“. Es wird die Arbeit eines Selbstgewinns erforderlich, um mit sich „zu sein“.

„Und das Selbstverstehen, das sich in diesem Selbstbesitz bildet, ist nicht einfach das einer beherrschenden Kraft oder einer Souveränität über eine aufrührerische Macht, es ist die Erfahrung einer Freude, die man an sich selber hat. Wer es vermocht hat, endlich Zugang zu sich selbst zu finden, ist für sich ein Gegenstand der Freude“ (*Foucault* 1982, 83). Eine solche Haltung hat als Hintergrund eine „philosophische Therapeutik“, eine Weisheitslehre der Lebenskunst und Humanität, und aus solchen Quellen hat auch *Foucault* (2001) geschöpft, für sich selbst im Umgang mit seiner tödlichen Erkrankung (*Miller* 1995).

„Der erste Trieb eines Lebewesens zielt nach ihnen [den Stoikern] auf die Selbsterhaltung, weil die Natur es von Geburt an sich selbst zugeneigt (*οικειούση*) macht; nach *Chrysipp* ... gilt die erstrangige **Zuneigung** jedes Lebenwesens seinem eigenen Wesen und seinem Bewusstsein davon. Es wäre nämlich unwahrscheinlich, dass die Natur ein Lebewesen mit sich selbst verfremdet oder so geschaffen hat, dass es sich zu sich selbst weder fremd noch zugeneigt verhalte (...) wo immer die Natur für sich selbst das Bedürfnis nach dem ihrem Wesen Angemessenen befriedigt, freuen sich die Lebewesen und blühen die Gewächse“ (*Diogenes Laertios* lib.VII, 85-86, meine Hervorhebung).

Wo diese Zuwendung bzw. Zuneigung zu sich selbst und zur Natur, die „Teil der Gesamtnatur ist, woraus sich als höchstes Ziel das naturgemäße, d.h. seiner eigenen wie der Gesamtnatur gemäße Leben ergibt“ (*ibid.* 88) nicht oder nicht mehr erfolgt, liegt demnach Entfremdung, Störung, Krankheit vor. *Der Mensch ist „sich selbst fremd geworden“, „sich selbst verlorengegangen“*. Die Abstumpfung (*numbing*) und der soziale Rückzug von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen kann unter dieser Perspektive als ein „sich selbst und der Welt fremd werden“ gesehen werden, das nicht „naturgemäß“ ist – und die PatientInnen berichten dies ja immer wieder. Deshalb ist die Wiederherstellung einer naturgemäßen Haltung zum Leben und natursyn-tone Lebensführung eine zentrale Aufgabe. Für TherapeutInnen ist es in diesem Kontext natürlich wesentlich, dass sie sich Gedanken ge-

macht haben, was die „Natur des Menschen“ sei, und fast alle Verfahren haben deshalb auch explizite oder zumindest implizite Anthropologien (eine Übersicht in meinem Werk „Wege zum Menschen“; Petzold 1984a) – nur wenige haben dabei eine Tiefe und dennoch Nüchternheit wie die Stoa. Menschenbilder geben Orientierung (Hagehülsmann 1984), und die brauchen Menschen. In der Therapie sollte an die Menschenbilder der PatientInnen Anschluss genommen, gleichzeitig aber auch eine Möglichkeit geboten werden, diese kritisch auf ihre Bedeutung und ihren Wert zu hinterfragen, um gegebenenfalls hier zu Neuorientierungen und dann zu deren Umsetzung zu kommen. Die „Prämeditationen“ in der integrativen nootherapeutischen Praxis haben deshalb „das Ziel, aus einer ‚Sorge um sich selbst‘ zu einer ‚Freude an sich selbst‘ und zu einer ‚Freude am Lebendigen‘ zu gelangen“ (Petzold/Orth 1998a). Sie haben damit für die Psychotherapie insgesamt und für die Arbeit mit TraumapatientInnen im Besonderen, einen großen Wert und eine gute Wirksamkeit. Sie werden von Patienten gut angenommen, umgesetzt und als hilfreich erlebt, besonders wenn sie mit Rückgriff auf die eigene Lebenserfahrung „in narrativer Praxis“ (Petzold [et al.] 2001; 1991o; McLeod 1997; Pennebaker 1993), in einem Erzählklima erarbeitet wurden („Mein Großvater hatte so eine gelassene Haltung, der war immer heiter“, „Innere Sammlung, das hatte ich früher, das will ich wieder versuchen zu üben“ etc.). Seneca, in einer für seine Zeit ungewöhnlichen Weise Männer wie Frauen gleichermaßen ansprechend (Burck 1969, Balsdon 1979), fand u.a. eine hohe Resonanz, weil er eine lebendige, die ganze Breite des Lebens und Bilder der Natur einbeziehende narrative Sprache hatte (Pohlenz 1941) und vitale Themen wie Glück (Grimal 1978; Michel 1978), Leid und Trost (Coccia 1959; Kassel 1958), sittliches Leben (Krüger 1994), Endlichkeit (Leeman 1971) aufgriff und als ein wirklicher Weisheitslehrer und Seelenführer (Bellincioni 1978; Guillemini 1952-1954; Michel 1977) einen „Mut zum Sein“ vermittelte, wie Tillich (1969) es treffend formulierte. Durch die narrativen Qualitäten, die dialogische Ansprache eines Gesprächspartners, konnte sich der Leser in einen *Polylog* einbezogen fühlen. Dadurch werden Konzepte leichter *ichsynton* und es kann die Sinnhaftigkeit der vorgestellten Lebenspraxis gesehen werden, was Akzeptanz und Umsetzungschancen erhöht. Die Therapie muss dann lediglich versuchen, eine Unterstützung bei der Implementierung dieser Praxis zu geben und eine Habitualisierung der *Prämeditation* zu unterstützen neben dem durcharbeitenden Vorgehen, das weiterläuft.

Moderne psychotraumatologische Forschung unterstützt diese Erkenntnis der traumamoderierenden Kraft einer vorbereitenden Auseinandersetzung mit Schicksalsschlägen, da sie zeigen konnte, dass politische AktivistInnen, Menschenrechtsverfechter, Menschen, die sich mit den möglichen Konsequenzen ihres Engagements auseinander-

gesetzt hatten, mit Erfahrungen von Folter und Misshandlungen besser fertig wurden als andere Opfer (vgl. die Arbeiten der Forschergruppe um *Başoğlu* 1997). Dieses zentrale Erkenntnis der stoischen Therapeutik gewinnt nicht als rationale Einsicht ihre Evidenz, sondern durch erfahrene Lebenspraxis. Sie erhält in und durch Übung ihren therapeutischen, verändernden Wert, wenn sie nämlich in die Lebenspraxis integriert wird, wie wir es aus dem Brief des jungen *Marc Aurel* an seinen Rhetoriklehrer *Fronton* erfahren, in dem er minutiös seinen Tagesablauf beschreibt (ep. IV, *Cassan* 1830, 249ff), um dann zu berichten: „Als ich zu mir nach Hause zurückgekehrt war, bin ich, ehe ich mich auf die Seite drehte, um zu schlafen, mein Tagesgeschehen durchgegangen (*meum pensum explico*)“. Dieses *exercitium*, diese *askesis*, wird zum genuinen Bestandteil einer „Lebenskunst“ aus einer „Sorge um sich“, und genau um eine solche geht es in der Patientenarbeit mit Traumabetroffenen. Sie müssen wieder lernen, für sich Sorge zu tragen. Und das wird ihnen leichter gelingen, wenn ein Begleiter, Mentor, Therapeut sich besorgt zeigt, sich sorgt, dass sie für sich nicht in einer guten Weise sorgen. *Foucault* (1986) hat in seinen zentralen Arbeiten zum „*soucis de soi*“, der Sorge um sich, der sokratischen *epimeleia heautou*, dieses Moment der *Besorgtheit des Anderen*, die Sorge des *Seneca* um die *Marcia*, um den *Serenus*, um *Lucilius*, die des *Fronton* um *Marc Aurel* und des *Marc Aurel* um *Fronton* – ihr Briefwechsel lässt die freundschaftliche Wechselseitigkeit erkennen – m.E. nicht genügend gesehen und gewürdigt. Die Stoiker selbst haben dies, gänzlich auf die Autonomisierung des Subjekts gerichtet, zu wenig gesehen, obgleich die Dialoge ihnen ein bevorzugtes Medium des Umgangs, der Kommunikation, des Lehrens waren (*Marc Aurel* wurde als Knabe unterwiesen, „Dialoge zu schreiben“ I, 6). Die philosophische Therapeutik des *Sokrates* war eine dialogische. *Seneca* entwickelt sein Hauptwerk im Dialog mit *Lucilius*. *Foucault* (2001, 465) stellt mit Recht fest: „Die philosophische Askese muss man, glaube ich, als eine gewisse Weise begreifen, das Subjekt der wahren Erkenntnis (*vrai connaissance*) als Subjekt des rechten Handelns (*d’action droit*) zu konstituieren“. Aber dann muss im gleichen Atemzug gesagt werden, dass dieses „rechte Handeln“ das praktische Tun im und am Gemeinwesen ist, im dialogischen Bezug zu anderen Menschen vor dem Hintergrund des Universums, das von der allumfassenden Vernunft, dem Göttlichen erfüllt ist (vgl. *Whitehead*, *Florensky* 1994).

Auch wenn die Stoa immer wieder vom Göttlichen, von Gott, den Göttern spricht, so sind diese Begriffe Metaphern für ein übergreifendes Prinzip, den Weltenlogos, eine Allvernunft. Der Kosmos ist vom „Feuerhauch“ der Vernunft durchdrungene Materie (hier klingt der „dunkle“ *Heraklit* durch, fr. 63-67, *Petzold/Sieper* 1988b). Heute sagen wir: „Der Mensch ist Sternenstaub [kosmische Urmaterie s.c.], in dem der Kosmos begonnen hat, über sich nachzudenken“ – so der Astro-



physiker *Carl Sagan* (1982). „Die Seele ist ein Funke von der Substanz der Gestirne“, so *Herakleitos* (fr. 22 A 15) – Berührungspunkte zwischen zwei Jahrtausenden. Die späten Stoiker (ebenso wie die Skeptiker in der Tradition des *Heraklit* (ausgehend von *Pyrrhon von Elis* bis zu dem Arzt *Sextus Empiricus*) haben eine Sicht des Lebens und der Welt, eine gleichsam „säkulare Mystik“, die für die säkularen Menschen unserer Zeit etwas bieten kann: Trost, Gelassenheit, Sinn, Wertorientierung, ohne dogmatischen Anspruch, mit einer Zentrierung auf die eigene Verantwortung und auf ein humanitäres Engagement. Diese Seelenführer versprechen keine einfache Gelassenheit, sondern fordern eine **disziplinierte Arbeit an sich selbst**, von der viele Menschen gar nicht mehr wissen, was das ist – und sie ist sicher nicht gleichzusetzen mit einem tiefenpsychologisch orientierten „Durcharbeiten“. Sie kann dieses einschließen, übersteigt es aber in jedem Falle (eine Aussage, die PsychotherapeutInnen bzw. PsychoanalytikerInnen sicher nicht gerne hören werden, aber sie können die Probe auf den Wahrheitsgehalt machen, wenn sie sich nach *ihrem* Seelenfrieden, ihrer Heiterkeit (*hilaritas*) des Gemüts, ihrer *tranquillitas animi*, ihrer *clementia* fragen).

Für die Arbeit mit traumatisierten Menschen hat eine solche „philosophische Therapeutik“ *neben und mit einer klinisch differenzierten und forschungsgegründeten Methodik* der Traumatherapie, die einen klaren Anschluss an die klinische Psychologie und die Neurowissenschaften hat, eine große Bedeutung. Denn im Prozess der klinischen Therapie – von TraumapatientInnen wie auch von TäterInnen – kommt der Punkt, wo es darum geht, das Festhalten an Vorstellungen des Leides, der Schuld, der Schmerzen einmal aufgeben zu müssen, die eindringenden, überflutenden, „intrusiven“ Erinnerungen aktiv abzugrenzen, die Rachege Gedanken loszulassen und zu verändern, Verzweiflung, Negativität und Menschenverachtung bei Seite zu legen, alle lebensfeindlichen Gefühle und Gedanken (und das sind eben auch die Gedanken über die Traumatisierungen oder über eigene schlimme Taten) **zu überwinden**, um einen neuen Zugang zum Leben zu wagen. Das würde – ein wenig versachlichender ausgedrückt – die kognitive Verhaltenstherapie wahrscheinlich auch so sehen. Aber damit bietet sie für diese Menschen noch keine Wege zu einer Neuorientierung ihres Lebens.

„Lasse die Vorstellungen schwinden, und es schwindet die Klage, dass man dir Böses getan. Mit der Unterdrückung der Klage: ‚Man hat mir Böses getan‘, ist das Böse selbst unterdrückt“ (*Marc Aurel IV, 7*). Das ist keine Vermeidung, das ist aktive „**Überwindungsarbeit**“, die auch ein Umwerten (und das ist mehr als ein NLP-Reframing) des kognitiven Kontextes erforderlich macht: „Fasse die Dinge nicht so auf, wie sie der Beleidiger auffasst oder von dir aufgefasst haben will; sehe sie vielmehr so an, wie sie in *Wahrheit* sind“ (*ibid.*, IV, 11). Denn:

„Der Zorn und das Leid, das wir durch die Taten der Menschen empfinden, sind härter für uns als diese Handlungen selbst, über die wir uns erzürnen und uns betrüben“ (XI, 18) – zumindest ist dies oft so. Eine solche Praxis greift, aber nur, wenn sie von einer Sinnhaftigkeit des Daseins und von der von Überzeugung der Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz getragen sein kann.

„Das Gute und Rechte ist bei mir“ (VII, 42). „Zeige Gemütsruhe den Dingen gegenüber, die von äußeren Ursachen herkommen, und Gerechtigkeit bei denen, die von deinem eigenen Tun bewirkt werden, das bedeutet, dein Streben und Tun soll kein anderes Ziel haben als das allgemeine Beste; denn das ist deiner Natur gemäß“ (IX, 31). „Viele unnötige Anlässe zu deiner Beunruhigung, die nur auf deinen falschen Vorstellungen beruhen, kannst du dir aus dem Weg schaffen und dir damit sofort einen weiten Spielraum eröffnen; umfasse das Weltall mit deinem Geiste und betrachte seine ewige Dauer und dann wieder die rasche Verwandlung jedes einzelnen Dinges. Welch kurzer Zeitraum liegt doch zwischen dem Entstehen und Vergehen der Geschöpfe. Wie unermesslich ist die Zeit, die ihrer Entstehung voranging, wie unendlich aber auch die Zeit, die ihrem Vergehen folgen wird“ (IX, 32).

Bei einer solchen Therapeutik, werden die „*Psychodynamik*“ der Seelenunruhe und ihre äußeren Anlässe natürlich nicht außer Acht gelassen. Die stoische Therapeutik ist nicht naiv, denn die Ursachen des Leidens müssen erspürt und erkannt werden. Das ist eine der vornehmsten Aufgaben der Vernunft, denn nur sie kann die rechte Strategie wählen, sich für das richtige Remedium entscheiden. Werden nämlich durch „Menschenscheu quälende Sorgen in unserer Innerstes verdrängt, dann ersticken sich die Leidenschaften, wie in einem engen Kerker eingeschlossen, gegenseitig selber. Daher kommen Trübsinn und Trübsal und unendliches Schwanken des Geistes, das aufkeimende Hoffnungen beseitigt und traurig und mutlos macht“ (Seneca, De tranquillitate 2, 10).

All das hat aber letztlich „nur eine Auswirkung, keinen Gefallen an sich zu finden (*unus effectus ..., sibi displicere*“, *ibid.* 2, 7), denn die Seele wird resonanzlos: sich selbst gegenüber, so dass eine „*philautie*“, ein liebevoller Bezug zu sich selbst, „des Selbstes zum Selbst“ unmöglich wird und in der Folge die Zuwendung/Zuneigung anderen gegenüber eingetrübt wird. Man kann dann „niemanden lieben und wird dann wohl auch von niemandem geliebt“ (*Demokrit*, fr. 103), so dass man vereinsamt: „Wer auch nicht einen einzigen guten Freund hat, dessen Dasein ist nicht lebenswert“ (*idem*, fr. 99). Und damit kommt es zu einer progredierenden „*Lähmung der Seele*“. Ja es kann zu psychosomatischen Reaktionsbildungen kommen wie sie Seneca bei dem gewaltigen „unverwundbaren“ Kämpfer Achill nach dem Tod seines von Hektor erschlagenen Freundes Patroklos (*Ilias* 24, 10f) diagnosti-

ziert, der von Schmerz überwältigt sich ruhelos wälzt, „bald auf der Brust, bald auf dem Rücken liegt und sich in wechselnde Stellungen bringt; quod proprium aegri est, das verrät einen kranken Menschen (Seneca, De tranquillitate 2, 12). Für solche Beschwerden haben die antiken Seelenführer verschiedene Heilmittel (*remedia, praecepta*): gemeinwohlorientierte Aktivität, Arbeit mit jungen Menschen, Aufsuchen seiner Freunde, Betrachtung der Natur etc. (vgl. 3, 2ff). Davor muss aber eine Entscheidung treten, wie Demokrit zeigt (fr. 290): „Einen Kummer, den die <von einem Schicksalsschlag> gelähmte Seele nicht zu bändigen vermag, vertreibe durch die Vernunft“. Was aber, wenn die Vernunft verdunkelt ist und dem Willen nicht raten oder ihn unterstützen kann? Dann geht es nicht ohne Hilfe, weil es das Wesen solcher Lähmung (*contractio, συστολη*) ist, dass man selbst keinen Ausweg mehr findet. Und hier braucht der Wille, der „Wille zum Guten“ (Seneca, ep. 92,3), Unterstützung, finstere Gedanken und Seelenregungen zu **überwinden**, „angestrenktes und unablässiges Sorgen“, denn das schwächt die Seele (De tranquillitate 17, 12).

Dem **Willen**, seiner Pflege, Entwicklung und Unterstützung kommt in der stoischen Therapeutik eine große Bedeutung zu, denn man glaubt an die **Souveränität** des Menschen, seine Fähigkeit zur Selbststeuerung als Ausdruck seiner **Integrität**: „Einen Räuber der Willensfreiheit gibt es nicht“ überliefert Marc Aurel (XI, 36) ein Wort des Epiktet, und durch den Willen und vermittels der Unterstützung durch Therapontes kann man und muss man „an seinem Inneren arbeiten“ (ibid. 59). „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“ (idem VII, 2), und das hat Konsequenzen, muss Konsequenzen haben.

„Du musst in dein ganzes Leben, wie in jede einzelne Handlung Ordnung bringen, wenn du dir nämlich bei allen Handlungen sagen kannst: Ich handelte nach besten Kräften, dann kannst du ruhig sein, denn dass du deine ganze Kraft einsetzt, daran kann dich niemand hindern“ (VIII, 32). Wo man aber selbst zu einem solchen „Reframing“ nicht die Kraft hat, wo man nicht weiter kommt, weil man verletzt oder behindert und geschwächt ist, soll man „die Hilfe eines anderen in Anspruch nehmen“ – „Schäme dich nicht, dir helfen zu lassen“ (ibid. VII, 7).

Die *philosophische Therapeutik* der Antike zeigt Wege, wie mit belastenden und traumatischen Lebenssituationen umzugehen sei, wie sie überwunden werden können, wie Hindernisse, sich dem herakliteschen Strom des „alles fließt“ einzufügen, beseitigt werden können. Sie macht erfahrbar, wie Lebenswissen zu Lebensweisheit führt: zu **einer Liebe zum Leben, einer Freude am Lebendigen und zu Weisheit, dem Wissen um die eigene Hominität und zum Engagement**

**für Humanität.** Was mehr könnten Psychotherapeuten Traumapatienten anbieten? Häufig bieten sie weniger. Dass eine Weisheitsliebe Trost spenden kann – *Boethius* (480-524 n. Ch.) schrieb seine „*consolatio philosophiae*“, zum Tode verurteilt, während seiner Kerkerhaft –, dass sie *Aufrichtung* gibt in Niedergeschlagenheit, Beruhigung in der Unruhe, weich macht in der Verhärtung, Verbitterung vertreibt, Abwendung vom Leben in Lebenszugewandtheit kehrt, zeigt die Wirkung dieses Trostes über die Jahrhunderte (*Kassel* 1959; *Coccia* 1959) bis in die Gegenwart, etwa im anregenden Buch für Menschen von heute von *Alain de Botton* (2001) „*Les consolations de la philosophie*“, ein Buch über die **Überwindungsleistungen** (des *Sokrates*, des *Seneca*, *Montaigne*, *Nietzsche*, *Schopenhauer*) für Menschen, die Schwierigkeiten, die Schweres zu überwinden haben.

Ich habe viele schwerstraumatisierte Menschen kennengelernt, die eine Philosophie, „ihre Philosophie“, als Lebensform gefunden oder in **Überwindungsleistungen** erarbeitet haben. Zumeist war diese Philosophie sehr praktisch, lebenszugewandt, wie beispielhaft in *Marc Aurels* Selbst- und Lebensbetrachtungen (*Hadot* 1992). Oft war sie handlungskonkret und naturnah wie in *Ciceros* Beschreibungen der „*voluptates agricolorum, quibus ego incredibiliter delector*, der Freuden des Landbaus, an denen ich ein unglaubliches Vergnügen finde“, im „unmittelbaren Umgang mit der Erde“, dem Wachsen und Gedeihen (*Cicero*, *De senectute* 15, 51). Und immer war solche Philosophie einfach wie eine stille Landschaft, wie dieser „Feldweg“, dessen „Zuspruch“, Schlichtheit und lebendige Stille *Heidegger* (1953) in einem tröstlichen Text eingefangen hat. Die Stille „reicht bis zu jenen, die durch zwei Welt-Kriege vor der Zeit geopfert sind. Das Einfache ist noch einfacher geworden. Das Selbe befremdet und löst. Der Zuspruch des Feldwegs ist jetzt ganz deutlich (...). Alles spricht den Verzicht in das Selbe. Der Verzicht nimmt nicht. Der Verzicht gibt. Er gibt die unerschöpfliche Kraft des Einfachen“ (idem 1953, 6f).

Dieser Text hat viel Wahres, aber diese Stille und der Frieden des Naturerlebnisses ist nicht unbedroht, denn aus dem Hintergrund taucht *Heideggers* zwiespältiges Engagement im Nationalsozialismus auf (u.a. während seines Rektorats in Freiburg 1933/34 und danach; vgl. *Fariás* 1989). Mit dem Begriff „geopfert“ schiebt sich ein böses Fragezeichen an den Rand des Bewusstseins, und es entsteht eine *Dissonanz*: als wenn die Felder, über die der „Abendfrieden“ am „Feldweg“ niederfällt, Felder sind, wo die Toten liegen und die Verwundeten schreien: das Schnepfenfeld am Don, Kulikowo polje 8.9.1380, das Amselfeld, Kosovo polje 28.6.1389 – Vogelnamen erinnern an verlorenen Landschaftsfrieden –, Culloden Muir 16.4.1746, Gettysburg 3.7.1863, Tannenberg 15.7.1410, 31.8.1914 ..., Schlachtfelder ohne Ende. Wenn man auf die Bucht von Kotor mit all ihrem Zauber schaut und man hört die Marschflugkörper im Hinterland detonieren, dann

kommt es zu einer *existentiellen Dissonanz*, die zutiefst verstört und die schwer zu überwinden ist.

Was nun ist der **Prozess des Überwindens**? Hier ist zu sehen, dass das Wort mehrere – für diesen Kontext durchaus wichtige – Bedeutungen hat. Man kann *im Kampf* einen *Feind überwinden*, einen äußeren Gegner, der einem das Leben schwer macht, einen „inneren Feind“ (Petzold 19851), etwa einen „Täter“, den man nicht vergessen kann. Man kann *etwas überwinden*, eine Krankheit, trübe Gedanken, eine Angst, ein Begehren und man kann *sich selbst, sein Selbst überwinden*, wenn man generalisierte, für die eigene Person charakteristische Wesenszüge zu überschreiten und zu verändern vermag, wenn man eine unliebsame Gewohnheit aufgibt oder eine Verzichtleistung erbringt. In der Therapie soll ein „Widerstand“ überwunden werden – eigentlich eine Arbeit, die der Patient zu leisten hat. Freud indes sah diese Überwindungsarbeit als Aufgabe des Analytikers: „Dieser Kampf zwischen dem Arzt und dem Patienten, zwischen Intellekt und Triebleben, zwischen Erkennen und Agierenwollen spielt sich fast ausschließlich an den Übertragungsphänomenen ab. Auf diesem Felde muss der Sieg gewonnen werden ...“ (Freud, Zur Dynamik der Übertragung 1912, StAG 1982, 167) – Kampfmetaphorik. Es geht um „die Überwindung der beim Kranken bestehenden Widerstände“ (idem, Ratschläge für den Arzt; 1912, *ibid.*, 178). Genau um solche Überwindung geht es in der philosophischen Therapeutik der Stoa (und auch im Integrativen Ansatz) *nicht!* Denn es geht nur um die **Überwindungsleistungen** des Subjektes – hier des Patienten –, dem eine **Überschreitung** gelingen muss. Was braucht es zu diesem Schritt? In der Integrativen Therapie fassen wir das so:

„**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 und Ressourcen, 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 Überschreitung*. 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).

Diese im Kontext der Arbeit mit Drogenabhängigen – z.T. polytraumatisierten jungen Menschen – in einer therapeutischen Wohngemeinschaft aus der Praxis gefundene Position, mit einem Nachhall von Foucaults (1963) „Vorrede zur Überschreitung“, lässt sich in der Feinstruktur wie folgt präzisieren:

»**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, ei-

nen Schicksalschlag, 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. Diese klärt, welcher **Verzicht** durch die Entscheidung ansteht, was verlassen, hinter sich gelassen wird, und welcher **Gewinn** erwartet werden kann, was das Kommen- de 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 Unwäg- barkeit sein), wie groß das Wagnis sein wird, wie einschneidend und umfassend die **Transgression** von einem biographischen Ort zu einem anderen werden wird – 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, ob ein bekanntes Muster des Scheiterns, Selbstverhinderung zum Tragen kam, ob Willensentschluss/Wil- lenskraft nicht ausreichend tragfähig waren, und was noch – für einen nächsten Ver- such – **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.«

Es wird deutlich, dass dieses Konzept des **Überwindens** durchaus Elemente moderner sozial-kognitiver Ansätze (Flammer 1990; Schwar- zer 1992) einbezieht, der Coping-Ansätze (ibid., 39ff), der „*perceived control*“ (ibid., 100ff), der „Selbstwirksamkeit“ (ibid., 3ff), der „Perfor- manz“ (ibid., 92ff), und dennoch greift das Konzept des **Überwin- dens** mit seiner subjekttheoretischen Fundierung breiter und tiefer als die sozialbehavioristische Konzeption des „*copings*“ (Zeidner/ Endler 1996). Es steht näher bei dem Konzept der „Daseinstechniken“ von Thomae (1968/1988). „**Persönliche Souveränität**“ (Petzold/Orth 1998b) ist umfassender als Albert Banduras nützliches Konstrukt der „*self-efficacy*“, und die *egkrateia*, „*maîtrise de soi*“ (Foucault 1986) der an- tiken philosophischen Therapeutik (Foucault 1986), die „Meister- schaft seiner Selbst“ ist als Gedanke tiefer als Susan Harters (1981) „Mastery-Konzept“ – alles Ansätze die im „Souveränitätskonzept“ der Integrativen Therapie durchaus einbezogen werden.

In dem beschriebenen Vorgehen ist vieles in Übereinstimmung mit der stoischen Therapeutik: es setzt bei der Wahrnehmung an. Der Mensch wird „zunächst durch den Eindruck irgendeines Gegenstan-

des angeregt, greift einen Impuls (*impetus*) auf und bestätigt diesen Impuls mit einer Zustimmung (*adsensio*) in einem fürsorglichen Weitblick“ (*Senca*, ep. 113, 18ff). Die *adsensio* ist die Zustimmung zu einer Wahrnehmung, die einen nicht klar bewussten Antrieb in bewusstes Wollen umsetzt, welches ein „Wollen zum Guten“ sein soll (ep. 34, 3) und im Selbstvertrauen auf die Realisierbarkeit (ep. 31, 3) angegangen werden muss, sowie in der Bereitschaft zum Verzicht auf Unwesentliches und Lebensabträgliches.

Das Thema des **Verzichts** in Überschreitungs- und Überwindungsprozessen ist ein zentrales. Eine Aufgabe von Überwindungsprozessen besteht darin, sich zum Verzicht durchzuringen: *Verzicht* auf Hass, Vergeltung, Rache, auch wenn das keine Tabugefühle sind und sie ihre Berechtigung haben. Aber sie fixieren an die destruktive Erfahrung, schaffen bis in die Ebene der eigenen Physiologie Prozesse der Selbstintoxikation (*Sapolsky* 1992, 1996a, b) durch Prolongierung von Zuständen der Übererregung. Ein weiterer *Verzicht* auf das „Festhalten am Unwiederbringlichen“ ist erforderlich, ein Loslassen der Trauer, des Leides, der Bitterkeit, des Verlorenen muss geschehen, dessen unabänderlicher Verlust *angenommen* werden muss. Denn wird diese Frage vermieden, totalisiert sich der traumatische Verlust, die traumatische Gewalt, *die Zeit steht im Erleben still*, auch wenn die Jahre verfliegen und unter dem Schatten des *perpetuierten Traumas* bittere, verdüsterte, verängstigte, verlorene Jahre werden, die, wird der Verlust an Lebenszeit dann endlich – vermeintlich zu spät – realisiert, Nahrung für neuen Hader über die verlorene Zeit geben. Aber: „Quod cuique temporis ad videndum datur, eo debet esse contentus, was einem an Zeit zum Leben vergönnt ist, damit muss man jeweils zufrieden sein“ (*Cicero*, op. cit. 19, 69). Auch darauf, das Leben, die Zeit anzuklagen, über Jahre und Jahre, wird man *verzichten* müssen, will man erfüllte Jahre wiedergewinnen, in dem man sie sich *neu erschafft*, indem man das Buch der reiterierenden *Trauma-Narrative*, der sich endlos perpetuierenden malignen Erzählungen, zuschlägt, den Band archiviert – man kann ihn ja nicht wegwerfen, sollte es auch nicht tun – und mit einer neuen *Narration* beginnt (*Petzold* 1991o), indem man ein neues Buch mit neuen *Erzählungen* zu schreiben beginnt.

## 7. Um diesen „Polylog“ hier vorerst zu beenden

Das Traumathema ist in seiner Breite und Vielschichtigkeit nur interdisziplinär anzugehen und ein Gleiches gilt auch für das Thema der „Überwindung“, das hier schon recht breit behandelt wurde – keineswegs erschöpfend, denn die höchst interessante Dimension der religiösen Überwindungserfahrungen, wie sie sich in der Mystik aller Religionen findet (vgl. *Haas* 1999; *Sölle* 1999), wurde hier nicht aufge-



griffen. Von der Philosophie geht der Blick auf die anthropologische Dimension dieser Themen, von der Biologie bzw. den Evolutionswissenschaften wird der Blick auf die Fragen des adaptiven und kreativen Umgangs des Organismus, aber auch der sozialen Gruppe mit Trauma- und Überwindungserfahrungen gelenkt. Die klinischen Disziplinen fokussieren Perspektiven der Psychopathologie, fehlgesteuerter Kognitionen und Emotionen sowie des „*neuronal functioning*“. Nur im *interdisziplinären* Diskurs der einzelnen Fachgebiete und im *Polylog* der verschiedenen SpezialistInnen, aber auch der Experten-HelferInnen und der Experten-PatientInnen, im Austausch der „doppelten Expertenschaft“ (Petzold 1990i) von Betroffenen und Professionellen, können die einzelnen Wissensstände so konnektiviert werden, dass es zu übergeordneten *transdisziplinären Erkenntnissen* kommt und zu einem *transversalen Wissen*, das die Fülle der menschlichen Erfahrungen durchquert und immer wieder zu neuen Einsichten kommt. Ich hoffe, dass dieser interdisziplinäre Text und seine *Polyloge* einige interessante Perspektiven bieten konnten, die PatientInnen zugute kommen, denn der Frage der „**Überwindungserfahrungen**“ (Petzold et al. 2000, 461) in Traumen und durch Traumaerlebnisse ist bislang in der Forschung und in der klinischen Theoriebildung noch kaum nachgegangen worden und findet erst neuerlich einige Beachtung. Die monodisziplinäre und monomethodische Ausrichtung und die Ferne vom Alltagsleben der Menschen, die viele psychotherapeutische Ansätze kennzeichnet, ist hierfür ein wesentlicher Grund. Man sollte sich jedoch mit Überwindungserfahrungen intensiv befassen, sie entdecken, erkunden, untersuchen, denn hier liegen kostbares Menschenwissen und bewundernswerte Menschenleistungen. Das systematische Studium solcher **Überwindungserfahrungen** durch das Zuhören von Traumaerzählungen, das Begleiten solchen Erzählens wird wesentliche Perspektiven für die Behandlung von PatientInnen mit Traumaerlebnissen bieten. Dokumentationen wie das Projekt von *Steven Spielberg* mit Holocaust-Überlebenden, das Beforschen solcher Materialien, werden von größter Bedeutung sein.

In der gegenwärtigen Psychotherapie mit ihrer zum Teil schon ans Sensationslüsterne grenzenden und dramatisierenden Fokussierung auf die Traumatisierungen und ihre posttraumatischen Folgen, wird übersehen, dass die weitaus größte Zahl von Schwertraumatisierten, etwa die Opfer des Luftkrieges unter der Zivilbevölkerung im Zweiten Weltkrieg – und für solchen Bombenterror gibt es keine ethische Rechtfertigung – diese Schrecken überwinden konnten, in ähnlicher Weise die durch Krieg und Verfolgung Vertriebenen. Diese Menschen haben sich mit ihren traumatischen Erfahrungen auseinandergesetzt oder ließen die Zeit die Wunden heilen oder haben sich dem Zuspruch und Trost ihrer Vertrauten und Freunde anvertraut, um das Belastende und Schreckliche zu „**überwinden**“. Bei TherapeutIn-

nen hören wir mehr vom „Besiegen“ der Traumaerfahrung, vom „Bekämpfen“ ihrer Folgen, das allzuleicht zu einem „Bekämpfen“ des Patienten gerät, indem man das zu bekämpfende Symptom oder das Widerstandsverhalten artifizuell von der Person trennt (und z.B. in Expositionen oder mit Widerstandsdeutungen attackiert). Kampf und „Sieg auf dem Felde“ sind seit Freud (s.o.) beliebte – wenngleich dysfunktionale – Metaphern für Bemühungen, psychische Störungen zu beseitigen. Professionelle TherapeutInnen kommen damit leicht in die Position der „Kämpfer für das Gute“. Und je schwerer die Belastung, desto größer ihre Leistung. Hier liegen Gefahren! Die „Posttraumatischen Belastungsstörungen“ (van der Kolk et al. 1996/2000) eignen sich in besonderer Weise für den Erweis der eigenen Größe. Aber das ist eine zwiespältige Sache bei PTBS-PatientInnen, denn das Ausgeliefertsein in Ohnmacht an *überwältigende* Macht – bis hin zur malignen, wenngleich situativ vielleicht rettenden Identifikation mit dem Perpetrator (Stockholm-Syndrom) – ist ein Kernmoment im Traumageschehen. Deshalb muss die Selbstermächtigung der PatientInnen ein zentrales Ziel der PTBS-Therapie sein, bei dem keine Ziel-Mittel-Divergenzen aufkommen sollten. Die zum Teil brachialen Expositionsmethoden von Seiten mancher Therapieverfahren (z.B. EMDR, Shapiro 1995; Frueh et al. 1996; Foa 1997; Ehlers 1999) bergen da beachtliche Probleme, wie z.B. Miltenburg & Singer (1997, 1999) in ihren Arbeiten zeigen (besonders in „The (ab)use of reliving childhood traumata“). Die Retraumatisierungsgefahr ist erheblich, und Methoden wie „safe place“, „Ort der Kraft“, „positiver Anker“, „innere Beistände“, „Distraktoren“, „imaginale Distanzierung“ etc. – Methoden die ich in den siebziger Jahren für die Krisenintervention entwickelt habe (vgl. z.B. Rahm et al. 1993; Schnyder / Sauvant 1994), und wie sie derzeit in der Traumabehandlung verbreitet werden (Reddemann / Sachsse 1999), vermögen nichts auszurichten, wenn die physiologischen Hyperarousals sich Bahn brechen, über deren potentielle pathophysiologische Neben- und Nachwirkungen noch keine Informationen vorliegen – man hat das einfach nicht beforscht. Es erfolgt eine einseitige Orientierung auf das Traumageschehen mit massiven Tendenzen zum „overdiagnosing“ von PTBS – unterstützt durch die Möglichkeiten einer sicheren Kostenübernahme durch die Kassen. Allerdings ist glücklicher Weise „PTSD ... the exception rather than the rule following exposure to trauma“ (McFarlane 1997, 10). Dieses Faktum gerät bei der fiebrigen Traumawelle in der gegenwärtigen Psychotherapieszene leider nachhaltig aus dem Blick. Es scheint, als ob sich ein untergründiger **Diskurs** (Foucault 1974; Bublitz et al 1999) erzählt, ein kollektives *Narrativ* des Schlimmen in ruhigen Zeiten (zumindest ruhig in den Regionen, in denen die Mehrzahl der TraumatherapeutInnen lebt). Aber vielleicht braucht es ja ruhige Zeiten, weitab von den historischen Traumata, um sich mit den Traumageschichten, den ei-

genen, denen im Hintergrund der eigenen Kultur, der eigenen Familie auseinanderzusetzen, bevor man wirklich neue Erzählungen erzählt, und nicht die alten – und ich habe oft den Eindruck, dass das leider geschieht – im sogenannten „therapeutischen Raum“ mit TraumatpatientInnen reinzeniert (so z.B. *Ehlert-Balzer* 1999, der keineswegs gegen *Reddemann & Sachse* Recht hat), ja dass *strukturell* Gewalttätiges wiederholt wird aus der guten Distanz, die man als Therapeut mit *Situationskontrolle* zu haben glaubt (man muss ja nicht selbst durch „Expositionen“ hindurch). Das ist ein schwieriges Kapitel im gegenwärtigen psychotherapeutischen Feld, dem man mit viel Besonnenheit und Sorgfalt nachgehen muss. Bislang gibt es weder seriöse Untersuchungen darüber, wie Expositionen auf der *psychophysiologischen* bzw. *neuroimmunologischen* Ebene langfristig wirken, noch darüber (Videodokumente müssten hier ausgewertet werden), was ExpositionstherapeutInnen in ihren Sitzungen *wirklich* machen, was sie erleben, was sie antreibt, diese Arbeit *so* zu machen, und welche Auswirkungen es hat, jahrelang so zu arbeiten. Es sind sicher nicht nur (wenn überhaupt) Wirkungen einer „sekundären“ Traumatisierung, wie jetzt vermehrt bestimmte Phänomene bei HelferInnen bezeichnet werden (*Holderegger* 1993; *Pearlman / Saakvine* 1995) – ich spreche lieber von „indirekten traumatoformen Belastungen“ (*Petzold et al.* 2000, 479). Man muss auch über drohende Effekte der Vergleichültigung und Gefahren der Verhärtung sprechen, die **überwunden** werden sollten, um der PatientInnen willen. Dafür müssen sie erst einmal – ganz im Sinne stoischer Therapeutik – wahrgenommen werden.

Überhaupt liegt die Frage, was für Menschen Traumaopfer als TherapeutInnen brauchen, welche Qualitäten diese BehandlerInnen haben müssen, noch völlig im argen und natürlich auch, was konkret TraumatpatientInnen von ihnen brauchen. **Man hat sie bisher nicht gefragt!** Wie man es überhaupt in der Psychotherapieforschung unterlässt, den PatientInnenwillen und die PatientInnenwünsche zu erforschen oder ihre *Überwindungsleistungen*. Den meisten Menschen gelingt es glücklicher Weise aus eigener Kraft, das Trauma zu überwinden „with a little help by their friends“ – wohl dem, der Freunde hat (*Foucault* 1996; *Knoche* 1935)! Und denen, denen es nicht gelingt? Brauchen sie TherapeutInnen, die Traumatisierungen allein oder doch überwiegend in Konzepten der Pathophysiologie, der kognitiven und emotionalen Dysregulationen, der entgleisten Psychodynamik sehen? Brauchen sie TherapeutInnen, die von einer „Philosophie als einer Form des Lebens“ (*Hadot* 2001) wenig wissen, auch wenig von einer „Lebenskunst“ aus einer „Sorge um sich“? *Michel Foucault* machte diese Themen zu einem zentralen Anliegen seines Spätwerkes (*Foucault* 1984, 1986), in dem es ihm gelingt – mit seiner AIDS-Erkrankung schon im Schatten des Todes stehend – zu einer „Ästhetik der Existenz“ zu finden, die mit der integrativtherapeutischen Konzeption vom „Selbst als Künst-

ler und Kunstwerk“ zu einem Leitgedanken für unsere traumatherapeutische Praxis wurde (Petzold 1999q). Brauchen TraumapatientInnen Kliniker, in deren klinischen Lehrbüchern *nichts* von Unrecht und Gerechtigkeit, von Würde und Entwürdigung, von Treue und Verrat steht, *nichts* zu finden ist von Menschenverachtung und Achtsamkeit, *nichts* von Trost und der Heiterkeit des Herzens, von Bösem, *dem* Bösen (evil, Nelson/Eigen 1984; Sofsky 2002) und Gutem, *nichts* von Menschenrechten und Menschenrechtsverletzungen? *Marc Aurel* bietet hier „eine andere Therapeutik“ als die der Expositionen oder die des übertragungszentrierten Durcharbeitens. Er sensibilisiert für die „eigene grundsätzliche Bereitschaft zu Bösem (XI. 18.5), zeigt aber auch die Möglichkeit zum Guten: „Grabe in deinem Inneren. In dir ist die Quelle des Guten, und sie *kann* immer wieder sprudeln, wenn Du gräbst“ (Marc Aurel 1998, 173). Das erfordert oft harte Arbeit!

Die **Polyloge** müssten genau bei diesen Fragen weitergehen und sie werden mit Sicherheit in neue Diskurse führen: desillusioniert und *deshalb* engagiert, denn „Intellektuelle neigen häufig dazu, die Wirkungen von Ideen und Ideologien maßlos zu überschätzen“ (Sofsky 2002, 24). Aber gerade deshalb wird es darum gehen: komplexe Realitäten komplex zu betrachten und *konkret* tätig zu werden – um Menschen gerecht zu werden, die Schlimmes durchmachen mussten, aus einer Haltung engagierter **Humanität** und im Sinne der eigenen **Hominität**.

#### Anmerkungen

- 1 Aus dem „Zentrum für IBT“, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam, der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, Hückeswagen und dem „Zentrum für psychosoziale Medizin“, Donau-Universität, Krems, Programm für Psychotraumatologie.
- 2 Nach *Diognes Laertios*, lib. VII, 88
- 3 Ich benutze die Ausgabe von *Rosenbach* (1971/1989)
- 4 Ich las damals den *Heraklit* in einer alten *Schleiermacher*-Ausgabe. Hier benutze ich *Diels*, *Kranz* 1961 und *Mansfeld* 1987, zuweilen *Capelle* (1968)
- 5 Die *Wittstock*-Übersetzung von 1949, die ich immer noch habe. Hier benutze ich meistens die *Marc Aurel*-Ausgabe von *Nicke* (1968), zuweilen *Hadot* (1998).
- 6 *Demokrit*, fr. 248: „Das Gesetz will dem Leben der Menschen zum Heil sein“, fr. 261: „Dem, welcher Unrecht leidet, muss man nach Kräften helfen, ohne untätig zuzusehen. Denn solches Handeln ist gut und gerecht, das Gegenteil aber ungerecht und feige“. Aber das Gemeinwohl, nicht das Wohl des einzelnen, steht am höchsten: „Von allen Angelegenheiten muss man die des Staates als die wichtigsten ansehen, die Frage nämlich, ob er gut regiert werde. Man darf weder gegen Recht und Billigkeit streitsüchtig sein, noch sich Macht gegen das Gemeinwohl anmaßen. Denn ein wohlregierter Staat ist die höchste Einrichtung. Alles ist darin beschlossen: gedeiht er, gedeiht alles, bricht er zusammen, bricht alles zusammen“ (fr. 252).

- 7 Ich verstehe unter *Konvivialität* (von lat. *convivus*, der mit mir in Hausgemeinschaft Lebende, Gast, „Gastin“) „die Qualität eines freundlichen, ja heiteren *Mit-einanders*, die aufkommt, wenn Menschen bei einem Gastmahl oder in einem Gespräch oder einer Erzählrunde zusammensitzen, wenn sie miteinander spielen, Singen, Lachen und Scherzen den Raum erfüllt oder sie gemeinsam Musik hören oder einer Erzählung lauschen. Die Qualität der *Konvivialität* umfasst Verbundenheit in einer Leichtigkeit des Miteinanderseins, wo jeder so sein kann und akzeptiert wird, wie er ist, wo ein Raum der Sicherheit und Vertrautheit gegeben ist, eine gewisse Intimität, in der man ohne Furcht vor Bedrohung, Beschämung, Beschädigung, ohne Intimidierung zusammen sitzen, beieinandersein kann“ (Petzold 1988t). Wegen dieses bei allen Völkern auf der ganzen Welt und in alle Zeiten, von denen wir wissen, anzutreffenden Qualität, die Menschen zu realisieren suchen, habe ich von einer „*allgemeinen Konvivialität*“ gesprochen“.
- 8 Mit Bezug auf die Philosophie von *Levinas* wird Anderer stets groß geschrieben.
- 9 Das spricht auch für die Echtheit des – von *Diels* als bedenklich gesehene – zitierten Demokritfragmentes 247. Vgl. Auch *Marc Aurel* VI, 44: „Als Antonius ist meine Stadt und Heimat Rom, als Mensch aber die Welt.“
- 10 *Semen* ist das lat. Äquivalent des *λόγος σπερματικός*, des Logossemens des Welten-Logos, womit die Gleichwertigkeit aller Menschen begründet wird.
- 11 Man denke an amerikanische Politik, was sie sich leistete, mit Protegees, Vasallen, Verhandlungspartnern – und sei es nur für einige Zeit der „Opportunität“ oder der CIA-Interessen: die Duvaliers (Papa- und Baby-Doc), Somoza, Marcos, Pinochet, Saddam Hussein (auch der, das sei nicht vergessen). Ähnliches lässt sich für die französische Afrikapolitik sagen, man denke an das beschämende *Intermezzo Bokassa/Giscard D'Estaing*, das den Stoff für einen spannenden Jean-Paul Belmondo-Film hergab.
- 12 In einer *Social world*, unter der eine „gemeinsame Perspektive auf die Welt“ verstanden wird, kommen „soziale Repräsentationen“, d.h. kollektive Muster zum Tragen, die allerdings breiter gefasst werden müssen als bei *Serge Moscovici* (2001), dem Begründer des Konzeptes. Deshalb habe ich es erweitert und definiere: „Soziale Repräsentationen sind polyzentrische Wissensnetze, Sets kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit ihren Mustern des Reflektierens bzw. Meta-reflektierens in polylogischen Diskursen bzw. Ko-responenzen und mit ihren Performanzen, d.h. Umsetzungen in konkretes Verhalten und Handeln. Soziale Welten entstehen aus geteilten Sichtweisen auf die Welt und sie bilden geteilte Sichtweisen auf die Welt. Sie schließen Menschen zu Gesprächs-, Erzähl- und damit zu Interpretations- und Handlungsgemeinschaften zusammen und werden zugleich durch solche Zusammenschlüsse gebildet und perpetuiert – rekursive Prozesse, in denen soziale Repräsentationen zum Tragen kommen, die wiederum zugleich narrative Prozesse *kollektiver Hermeneutik* prägen, aber auch in ihnen gebildet werden“ (Petzold 1999r).
- 13 In allen Revolutionen finden wir Angehörige des Adels, der Bürgerschaft, der Besitzenden, der Intellektuellen, die aus solchen Motiven: einer starken *Identifikation* mit den Leidenden, der Liebe zu ihrem Volk, ihren Glaubensbrüdern, zu einem Engagement für die Armen kommen, an denen der *eigene Stand schuldig wurde*: z.B. *Pjotr Kropotkin*, *Mikhail A. Bakunin*, *Georges Sorel*, im südamerikanischen Raum *Amilcar Carabal*, *Carlos Fonseca*, *Abimael Guzmán*. Nicht selten waren sie Mediziner wie *Frantz Fanon*, *Che Guevara*, *Salvador Allende Gossens*, zuweilen Priester wie *Camillo Torres Restrepo*. Die Biographien der zentralen Köpfe der *Bin Laden-Gruppe* und auch die Profile und Herkunftsfamilien der Attentäter vom 11. September – soweit jetzt bekannt – unter einer solchen Perspektive zu betrachten, ist aufschlussreich.
- 14 Das Lebenslage-Konzept hat für die Diagnostik und Therapie im Integrativen Ansatz eine hohe Bedeutung, weil es die sozialen und ökonomischen Faktoren ins Blickfeld stellt und deshalb der Gefahr unbilliger Psychologisierung entgegensteht: „**Prekäre Lebenslagen** sind zeitextendierte Situationen eines Individuums

mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als ‚bedrängend‘ erleben und als ‚katastrophal‘ bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung ‚protektiver Faktoren‘ gekommen ist. Die Summationen ‚kritischer Lebensereignisse‘ und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion* der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so dass eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner ‚supportiven Valenz‘ und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine *destruktive Lebenslage* eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen ‚Verbesserung der Lebenslage‘ durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität *dauerhaft* beseitigen und dabei von Morenos (1923) Fragen ausgehen: ‚Was hat uns ins diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?‘ (Petzold 2000h). Die Negativwirkungen prekärer Lebenslagen wird durch die Ergebnisse der Mannheim Kohorten-Studie eindrucksvoll bestätigt (Franz et al. 2000)

- 15 Wir wissen nicht, ob *Seneca* bei der Abfassung der Schrift von der verbrecherischen Entgleisung seines Zöglings wusste, es ist eher nicht anzunehmen, denn er war kein feiger Opportunist. Zum Zeitpunkt seines Todes wusste er jedenfalls darum, als er bemerkte, es bleibe *Nero* nichts übrig, „nachdem er Mutter und Bruder getötet habe, als dass er den Mord an seinem Lehrer und Erzieher hinzufüge“ (*Tacitus*, *Annales* 15, 62).
- 16 „*Clementia liberum arbitrium habet; non sub formula, sed ex aequo iudicat*“, *De clementia* II, 7,3.
- 17 **Noothérapie** ist abgeleitet von gr. *nous*: „**Geist/Nous** wird definiert als die Gesamtheit aller aktuellen kognitiven bzw. mentalen Prozesse und der durch sie hervorgerufenen (individuellen und kollektiven) Inhalte nebst der im cerebralen Gedächtnis archivierten Lernprozesse, Erfahrungen und Wissensbestände sowie der auf dieser Grundlage möglichen, antizipatorischen Leistungen und Perspektiven (Ziele, Pläne, Entwürfe), kulturspezifischen *kognitiven* bzw. *mental*en *Stile*. All dieses ermöglicht im *synergetischen* Zusammenwirken Selbstbewusstheit, persönliche Identitätsgewissheit, d.h. **Souveränität** und **Integrität** und das individuelle Humanbewusstsein, als Mitglied der menschlichen Gemeinschaft an der mundanen Kultur und an einem ‚übergeordneten Milieu generalisierter Humanität‘ zu partizipieren, wobei der Geist als bewusst, also reflektierend und reflexionsfähig, als kausal, also begründetes Handeln ermöglichend und dieses wertend, sowie als regulativ, z.B. Bedürfnisse steuernd, gesehen wird“ (Petzold 2002a).
- 18 Das für den Integrativen Ansatz so zentrale Konzept wird wie folgt definiert: „Unter **Disziplin** werden eine ‚community of experts‘ und die von dieser *community* in ko-respondierenden Konsens-Dissens-Prozessen generierten *Wissenstände* verstanden, die in *Konzepten* ausgearbeitet wurden. Diese Konzepte werden in fortlaufenden Diskursen der *community* unter Einhaltung bestimmter Ordnungsprinzipien (*diciplina*) weitergegeben und weiterentwickelt, um in gesellschaftlichen Arbeitsprozessen von Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen genutzt werden zu können. Eine Disziplin ist damit auch ein *gesellschaftlicher Wissensvorrat*, der in Form von ‚sozialen Repräsentationen‘ der Gesellschaft zur Verfügung steht und durch Informationsagenturen (z. B. wissenschaftliche bzw. öffentliche Einrichtungen, Hochschulen, Bibliotheken) und durch Methodologien der *Konnektivierung* und *Distribution* von Wissen (z.B. Bildungsmaßnahmen, Beratung) genutzt wird. Diese Konnektivierungs- und Distributionsprozesse machen individuelles und kollektives Lernen möglich, wobei in ihnen selbst auch wieder Wissen generiert und der Gesellschaft zur Verfügung gestellt wird. Die Einzeldisziplinen können *mono-*

*disziplinär* oder in mehrperspektivischer Weise *multidisziplinär* genutzt werden, sie können sich in *interdisziplinären* Polylogen, d.h. Begegnungs-, Austausch- und Arbeitsprozessen ergänzen und dabei auch durch Emergenzen *transdisziplinäre* Wissenstände hervorbringen, so dass die *gesellschaftlichen Wissensvorräte* durch Wachsen des jeweiligen monodisziplinären Fundus, des durch Multidisziplinarität akkumulierten Wissens, der diskursiv geschaffenen inter- und transdisziplinären Erkenntnisse fortlaufend anwachsen, nicht zuletzt durch das beständige Entstehen neuer Disziplinen aufgrund von Forschungsaktivitäten, Erkenntnis- und Wissensdynamiken. Das lässt *polyzentrische Wissensnetze* in und zwischen Disziplinen, lässt *Metadisziplinen* entstehen, deren Emergenzpotential vom Grad ihrer *Konnektiviertheit* abhängt und den Fähigkeiten der Wissensnutzer, in transversalen Querungen auf den Meeren des Wissens kompetent zu  *navigieren* und wagemutig in die unendlichen Ozeane des Nichtwissens vorzustoßen“ (Petzold 1994q, vgl. 1998a, 27f, 312).

- 19 Das Leben des *Lucius Annaeus Seneca*, des Jüngeren, römischer Dichter, Staatsmann und Philosoph, \*Corduba um 4 v.Chr., † Rom April 65 n.Chr., Sohn von Lucius Annaeus Seneca (Schriftsteller; \*um 55 v. Chr., † um 40 n. Chr.) vollzog sich in einer Zeit der Katastrophen (die Schreckenerrschaft *Caligulas* und *Neros*, die Zerstörung Pompejis, die vernichtenden Feuersbrünste von Rom und Lugdunum), eigene schwere Erkrankung, Bedrohung, Verbannung; dann aber auch als Staatsmann, Lehrer und Mentor des jungen *Neros* großer Erfolg, ein Erfolg, der ihn nicht korrumpierte, denn er hatte den Mut, als Nero unbeeinflussbar dem Caesarenwahn verfiel, sich zurückzuziehen, ihm die Rückgabe seiner Schenkungen anzubieten und sie dann auch zurückzugeben. Seine Arbeit für das Gemeinwohl war vorbildlich, seine Ausfaltung der Stoa war lebensnah und praktisch (Grimal 1978; Maurach 1996; Pohlenz 1970, 1972 Bd. I, 303-327). Als Seelenführer kann er als *der „Therapeut“* der Antike gelten (Bellincioni 1978; Hadot 1969). Seine Lehre ausgewogener Lebensführung wurde von ihm selbst verwirklicht. Sein Sterben im Kreise seiner Freunde – durch Selbsttötung auf *Neros* Geheiß – in einer Haltung der Würde, der Serenität und Menschenliebe (*Tacitus*, *Annales*. 15, 60, vgl. *Veyne* 1993) hat ihn zu einem der großen Beispiele der Menschheitsgeschichte für Humanität und Weisheit gemacht. Dieses Leben ist – und dies halte ich für wesentlich – in *seiner Qualität* paradigmatisch, es steht, wie das Wirken jeden großen Menschheitslehrers, für das Leben und Sterben unzähliger Menschen, die nie bekannt wurden, in einer „Qualität von Würde und Integrität“.
- 20 *Marcus Aurelius Antoninus*, römischer Kaiser, der „Philosophenkaiser“, \*Rom 26.4. 121, † Vindobona/Wien 17. 3. 180. Er übernahm 161 nach dem Tod seines Adoptivvaters *Antoninus Pius* die Herrschaft mit seinem Adoptivbruder *Lucius Verus*, ab 177 mit seinem Sohn *Commodus*.
- 21 „Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird“, *Freud*, S., Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, 1912, Studienausgabe, Fischer, Frankfurt 1982, Ergänzungsband, S. 178.
- 22 „Wir verpflichten ihn auf die analytische *Grundregel*, die künftig sein Verhalten gegen uns *beherrschen* soll ... gelingt es ihm, nach dieser Anweisung seine *Selbstkritik* auszuschalten, so liefert er uns eine Fülle von Material, Gedanken, Einfälle ... die uns also in den Stand setzen, das bei ihm verdrängte Unbewusste zu *erraten* und *durch unsere Mitteilung* die Kenntnis seines Ich von *seinem Unbewussten* zu erweitern“ (Die psychoanalytische Technik, 1940, Studienausgabe 1982, 413, meine Hervorhebungen).
- 23 Siehe zu einer „Integrativen Grundregel“ den Text im Anhang zu diesem Beitrag.
- 24 Diese Prinzip ging in die Regel der von mir 1968 in Paris begründeten ersten Therapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige – viele von ihnen waren polytraumatisiert – ein (nachgedruckt in *Petzold* 2001a, 145).
- 25 *Zenon von Kition* (der Jüngere), Begründer der Stoa, griechischer Philosoph, \* um 335, † um 262 v. Chr.



- 26 Siehe Anmerkung 17.
- 27 Nach persönlicher Mitteilung von *Manfred Pohlen* meint er „der bürgerlichen Philosophie“.
- 28 *Briefing*, das Vermitteln einer Instruktion. *Debriefing* eine Technik der Katastrophenintervention und Militärpsychologie, durch die Verwendung spezifischer Techniken der psychologischen Unterstützung, Hilfen für die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen zu geben (*Mitchell/Everly* 1995), wobei es für die PTBS-präventive Wirkung von *Debriefings* keine empirischen Belege gibt, wohl aber negative Nebeneffekte gefunden wurden, wie z.B. die Metaanalyse von *Rose/Bisson* (1998) zeigte.

### Zusammenfassung

Der Beitrag behandelt Themen der Integrativen Traumabehandlung in einem interdisziplinären „Polylog“. Er entfaltet Traumatherapie vor dem Hintergrund der Menschenrechtsfrage, reflektiert das Thema der Trauma-Bewältigung unter evolutionspsychologischer Perspektiven und entwickelt vor dem Hintergrund der „philosophischen Therapeutik“ der Antike (insbesondere der Stoa) die Konzepte der „Überschreitung“ und „Überwindung“ in der Integrativen Traumatherapie, die breiter greifen will als die Arbeit mit „Coping-Strategien“ und Expositionen, und auf eine Wiederherstellung personaler Integrität und Souveränität abzielt.

#### **Summary: Trauma and Overcoming – Human Rights, Integrative Trauma Therapy and „Philosophical Therapeutics“**

The article is dealing with Integrative Traumatherapy in the framework of an interdisciplinary „polylogue“. It is exposing traumatherapy on the ground of the question of Human Rights, it is reflektiert the overcoming of trauma form the perspective of evolutionary psychology. It is developing on the ground of „philosophical therapeutics“ (particularly of the stoa) the concept of „transgression“ and „overcoming“ in Integrative Traumatherapy, which is broader than just using coping strategies and expositions aiming to restore the integrity and sovereignty of the person.

**keywords:** integrative therapy, trauma, evolutionary psychology, human rights, overcoming

### Anhang

Wenn es in der Integrativen Therapie für die Behandlung freiwillig kommender, kommunikationsfähiger und hinlänglich kognitiv kompetenter Patienten (wir reden hier weder von forensischen Patienten noch von schwer geistig Behinderten, für die besondere Behandlungsbedingungen gelten, vgl. *Petzold* 1993i) eine „Grundregel“ im Sinne zentraler Leitlinien gibt, dann könnte man sie so formulieren, wie dies vor dem Hintergrund integrativer Anthropologie und Intersubjektivitätstheorie im Kontext therapiesupervisorischer Überlegungen von *Petzold* (1999r) versucht wurde:

»Therapie findet im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt: einerseits eine Qualität der *Konvivialität* – der Therapeut/die Therapeutin bieten einen gastlichen Raum, in dem PatientInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können, in dem Affiliationen in *Dialogen, Polylogen* eines „Du, Ich, Wir“ möglich werden. Andererseits ist eine Qualität der *Partnerschaftlichkeit* und *wechselseitigen Empathie* erforderlich, in der beide miteinander die *gemeinsame Aufgabe* der Therapie in Angriff nehmen unter Bedingungen eines geregelten Miteinanders, einer Grundregel, wenn man so will:

- a) *Der Patient* bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich in seiner Therapie mit sich, seiner Störung, ihren Hintergründen und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit dem Therapeuten und seinen Anregungen partnerschaftlich auseinanderzusetzen. Das geschieht in einer Form, in der er – seinen Möglichkeiten entsprechend – seine Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten, seine Probleme und seine subjektiven Theorien einbringt, *Verantwortung* für das Gelingen seiner Therapie mit übernimmt und er die *Integrität* des Therapeuten als Gegenüber und belastungsfähigen *professional* nicht verletzt.
- b) *Der Therapeut* seinerseits bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer *intersubjektiven Grundhaltung* mit dem Patienten als *Person*, mit seiner *Lebenslage* und *Netzwerksituation* partnerschaftlich auseinanderzusetzen, mit seinem *Leiden*, seinen *Störungen, Belastungen*, aber auch mit seinen *Ressourcen, Kompetenzen* und *Entwicklungsaufgaben*, um mit *ihm gemeinsam* an Gesundheit, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten, wobei er ihm nach Kräften mit professioneller, soweit möglich forschungsgesicherter *„best practice“* Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt (Sieper/Petzold 2001).
- c) *Therapeut* und *Patient* anerkennen die Prinzipien der „doppelten Expertenschaft“ – die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange – des Respekts vor der „*Andersheit des Anderen*“ und vor ihrer jeweiligen „*Souveränität*“. Sie verpflichten und bemühen sich, auftretende Probleme im therapeutischen Prozess und in der therapeutischen Beziehung ko-respondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten.
- d) *Das Setting* muss gewährleisten (durch gesetzliche Bestimmungen und fachverbandliche Regelungen), dass Patientenrechte, „*informierte Übereinstimmung*“, *Fachlichkeit* und die *Würde* des Patienten gesichert sind und der Therapeut die Bereitschaft hat, seine Arbeit (die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, im Krisenfall unter seiner Teilnahme) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen.« (Petzold 1999r).

## Literatur

- Albert, K. (1972): Die ontologische Erfahrung. Heidelberg. Academia.
- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping. London: Jossey Bass.
- (1987): Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arendt, H. (1949): Es gibt nur ein einziges Menschenrecht. *Die Wandlung* 4, 745ff.
- (1964): Eichmann in Jerusalem. Ein Bericht von der Banalität des Bösen. Hamburg.
- (1970): Macht und Gewalt. München: Hanser.
- Bakhtin, M.M. (1979): Estetika slovesnogo tvorchestva. Hrsg: S.G. Bocharov. Moscow: Iskusstvo.
- (1981): The Dialogic Imagination: Four Essays. Hrsg. Holquist, Übers. Caryl Emerson and Michael Holquist. Austin: Univ. of Texas Press.
- Baldson, S. (1979): Die Frau in der römischen Antike. München.
- Başoğlu, M. (1997): Torture as a Stressful Life Event: A Review of the Current Status Knowledge. In: Miller, T.W. (ed.), Stressful Life Events. New York: International Universities Press.
- , Mineka, S., Paker, M., Aker, T., Livanou, M., Gök, S. (1997): Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine* 27, Cambridge Univ. Press, 1421-1433.
- Barthel, A. (1991): Die Menschenrechte der dritten Generation. Aachen.

- Beisser, A. (1970): The paradoxical theory of change. In: Fagan, J., Shepherd, I.L. (Hg.): Gestalt Therapy. New York: Harper, 77-80.
- Bellinioni, M. (1978): Educzione alla sapientia in Seneca. *Antichita classica e christiana* 17. Brescia.
- Boehm, C. (1997): Impact of the Human Egalitarian Syndrome on Darwinian Selection Mechanism. *The American Naturalist* 150 (Suppl.), 100-121.
- (1999): Hierarchy in the Forrest. The Evolution of Egalitarian Behavior. Cambridge. Harvard Univ. Press.
- Bonanno, G.A. (1999): The Concept of Working Through Loss: A Critical Evaluation of the Cultural, Historical, and Empirical Evidence. In: Maercker, Schützwohl, Solomon (1999), 221-248.
- Bott, G., Schoch, R. (1989): Freiheit – Gleichheit – Brüderlichkeit – 200 Jahre Französische Revolution in Deutschland. Ausstellungskatalog Germanisches Nationalmuseum. Nürnberg: Nürnberg 1989.
- Botton, de, A. (2000): Les consolations de la philosophie. Paris. Mercure de France.
- Bourdieu, P. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Konstanz Universitätsverlag.
- (1997): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Suhrkamp: Frankfurt.
- (1998): Gegenfeuer. Konstanz: Konstanz Universitätsverlag.
- Bublitz, H., Bührmann, A.D., Hanke, C., Seier, A. (1999): Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults. Frankfurt am Main: Campus.
- Burck, E. (1969): Die Frau in der griechisch-römischen Antike. München.
- Buss, D.M. (1995): Evolutionary psychology. A new paradigm for psychological science. *Psychological Inquiry* 6, 1-49.
- (1999): Evolutionary Psychology. The New Science of the Mind. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- (2000): Dangerous passion. Why jealousy is as necessary as love and sex. New York: Free Press.
- Buunk, A.P., Schaufeli, W. (1999): Reciprocity in interpersonal relationships: an evolutionary perspective on its importance for health and well being. *European Review of Social Psychology* 10, 259-292.
- Capelle, W. (1968): Die Fragmente der Vorsokratiker. Stuttgart. Kröner.
- Caporeal, L.R. (2001): Evolutionary psychology: toward a unifying theory and a hybrid science. *Ann. Review of Psychology* 52, 607-628.
- , Baron, R. (1997): Groups as the mind's natural environment. In: Simpson, J., Kenrick, D. (Hg.): Evolutionary Social Psychology. New York: Lawrence Erlbaum.
- Cliffors, S., Herrman, A. (1998): Making a Leap – Theatre of Empowerment. A Practical Handbook for Creative Drama Work with Young People. London: Jessica Kingsley Publ.
- Coccia, M. (1959): La „consolatio“ in Seneca. *Revista de Cultura Classica e Medioevale* 1, 148-180.
- Crawford, C., Krebs, D. (1998): Handbook of evolutionary psychology. New York: Lawrence Erlbaum.
- Damasio, A. (1995): Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: Paul List, 1997 dtv.
- (2000): The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness. London: Vintage.
- Darwin, C. (1859): On the origin of species. London: Murray.
- Dauk, E. (1989): Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen. Berlin: Reimer.
- Dawkins, R. (1976): The Selfish Gene. New York: Oxford University Press.
- De Waal, F. (1996): Good Natured: The Origins of Right and Wrong in Humans and Other Animals. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Derrida, J. (1972): Positions. Paris: Minuit.
- (1997): Cosmopolites de tous les pays, encore en effort. Paris.
- (2000): Politik der Freundschaft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Diels, H., Kranz, W. (1961): Fragmente der Vorsokratiker, 3 Bde. Berlin: de Gruyter.
- Diogenes Laertius, Vitae philosophorum. Ed. H.S. Long. Oxford: Bibliotheca Oxoniensis. Dtsch. Diogenes Laertius. Leben und Meinungen berühmter Philosophen, übers. O. Apelt, Leipzig 1921; und Leben und Lehre der Philosophen, übers. F. Jüß, Stuttgart 1998.
- Dohrenwend, B.C., Shrout, P. E., Link, B. G., Skodol, A.E., Stueve, A., (1995): Life Events and Other Possible Psychosocial Risk Factors for Episodes of Schizophrenia and Major Depression: A Case-Control Study, in: Mazure (1995), 43-66.
- Domanski, J. (1996): La philosophie, théorie ou manière de vivre? Les controverses de l'Antiqué à la Renaissance. Fribourg/Paris.
- Döring-Seipel, E. (1996): Stimmung und Körperhaltung: Eine experimentelle Studie. Weinheim: PVU.
- Dreitzel, H.P. (1992): Reflexive Sinnlichkeit. Köln: EHP.
- Durham, W.H. (1991): Coevolution: Genes, Culture and Human Diversity. Stanford: Stanford Univ. Press.
- Edelertman, G. (1987): Neural Darwinism. The Theory of Neuronal Group Selection. New York: Basic Books.
- (1995): Göttliche Luft, vernichtendes Feuer. Wie der Geist im Gehirn entsteht. Die revolutionäre Vision des Medizin-Nobelpreisträgers. München: Piper.
- , Tononi, G. (2001): Consciousness. How Matter Becomes Imagination. London: Penguin.
- Ehlers, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.
- Ehrlert-Balzer, M. (1999): Ist die Psychoanalyse Gift für Traumaopfer? Erwiderung auf L. Reddemann und U. Sachse, Welche Psychoanalyse ist für Opfer geeignet? *Forum Psychoanalyse* 15, 81-84.
- Ehrlich, P.R., Raven, P.H. (1964): Butterflies and Plants: a study in coevolution. *Evolution* 18, 568-608.
- Elnadi, B., Rifaat, A. (1992) (Hrsg.): Universalität, eine europäische Vision? Schwepunktheft von Unesco Kurrier 33. Jahrgang, Heft 7/8.
- Enright, R.D., Fitzgibbons (2001): Helping Clients to Forgive. Washington: APA.

- Epiktet (1956/1959): Diatriben. The Discourses as reported by Arian, the Manual, and Fragments. With an English translation by W. A. Oldfather, 2 Bde, London..
- (1992): Handbüchlein der Moral (Encheiridion), übers. und hg. v. Kurt Steinmann, Stuttgart: Reclam.
- Fariás, V. (1989): Heidegger und der Nationalsozialismus. Berlin (aus dem Französischen, vom Autor korrigierte, erweiterte und autorisierte Ausgabe).
- Ferenczi, S. (1932): Journal clinique. Paris (1985). dtsh.: Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt a.M.: Fischer 1988.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: UTB-Reinhardt.
- Fitzpatrick, J. (1994): Human rights in crisis. The international system for protecting rights during states of emergency. Philadelphia, Pa.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Florensky, P. (1994): An den Wasserscheiden des Denkens. Berlin: Kontext Verlag.
- Foa, E.B. (1997): Psychological Processes Related to Recovery from a Trauma and an Effective Treatment for PTSD. In: Yehuda/McFarlane (1997), 410-424.
- , Riggs, D.S., Massie, E.D., Yarczower, M. (1995): The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavioral Therapy* 26, 487-499.
- Fodor, J. (1983): The modularity of Mind. Cambridge: MIT Press.
- Foucault, M. (1963): Vorrede zur Überschreitung. In: Idem: Die Subversion des Wissens, Frankfurt: Ullstein (Ausg. 1978), 32-34.
- (1974): Die Ordnung des Diskurses. München: Hanser.
- (1978): Dispositive der Macht. Berlin: Merve.
- (1981): Face aux gouvernements, les droits de l'homme. In: Foucault, F., Dits et Écrits. Paris: Gallimard.
- (1982): Der Staub und die Wolke, Bremen: Impuls.
- (1984): Eine Ästhetik der Existenz (1984). In: Michel Foucault im Gespräch. Von der Freundschaft der Lebensweise. Berlin: Merve, frz. In: (1994): Dits et Écrits. Paris: Gallimard.
- (1984): L'histoire de la sexualité. 2 L'usage des plaisirs, Paris: Gallimard.
- (1986): Die Sorge um sich. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- (1988): Technologien des Selbst, hg. von Martin, L.H., Gutman, H., Hutton, P. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- (1996): Von der Freundschaft. Berlin: Merve.
- (1996a): Diskurs und Wahrheit: Die Berkely Vorlesungen. Berlin: Merve.
- (1998): Foucault, ausgewählt und vorgestellt von Mazumdar, P. München: Diederichs.
- (2001): L'Hermeneutique du sujet. Cours au College de France 1981-1982. Paris: Gallimard/Seuil.
- Frank, R. (1988): Passions within Reason. The Strategic Role of Emotions. New York: W.W. Norton.
- Franz, M., Liebertz, K. Schepank, H. (2000): Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung. Wien: Springer.
- Fritz-Vannahme, J. (2002): Moral aus der Retorte, *Die Zeit* 5, 24. Januar, 27-28.
- Frueh, B.C., Turner, S.M., Beidel, D.C., Mirabella, R.F. Jones, W.J. (1996): Trauma Management Therapy: A preliminary evaluation of a multicomponent behavioral treatment for cronic combat-related PTSD. *Behavior Research and Therapy* 34, 533-543.
- Frühmann, R. (1995): Die Vermittlung theapeutischer Grundqualitäten im Prozess der Lehranalyse. In: Frühmann, R., Petzold, H.G. (Hg.): Lehrjahre der Seele. Paderborn: Junfermann, 331-364.
- Gaulin, S., McBurney (2001): Psychology. An evolutionary approach.
- Gigerenzer, G. (1991): How to make cognitive ilusions disappear: Beyond 'heuristics and biases'. *European Review of Social Psychology* 2, 83-115.
- Gowdy, J. (1994): Coevolutionary Economics: The Economy, Society and Environment. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Graessner, S. (1996): Folter. An der Seite der Überlebenden. München.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grimal, P. (1978): Seneca. Macht und Ohnmacht des Geistes. Impulse der Forschung, Bd. 24. Darmstadt: Wissensch. Buchges.
- (1978): Sénèque: traité sur la vie heureuse aux Lettres à Lucilius, *Vita Latina* 69, 2-11.
- Guillemin, A.-M. (1952): Sénèque directeur d'âmes. *Revue Études Latines* 30, 202-221; 31 (1953), 215-234; 32(1954), 250-274.
- Haas, A.M. (1999): Visión en azul. Estudios en mística europea. Madrid: Editions Siruela.
- Habermas, J. (2002): Auf schiefer Ebene. *Die Zeit* 5, 24. Januar, 33-34.
- Hadot, P. (1969): Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung. Berlin: de Gruyter.
- (1981): Exercices spirituels et la philosophie antique. Paris. Etudes Augustiniennes; 3. erw. Auf. 1993.
- (1991): Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen in der Antike. Berlin: Gatzka.
- (1992): La Citadelle intérieure. Introduction aux Pensées de Marc Aurèle. Paris: Fayard.
- (1995): Qu'est-ce que la philosophie antique? Paris: Gallimard.
- (2001): La philosophie comme manière de vivre. Entretiens avec Jeannine Carlier et Arnold I. Davidson. Paris: Albin Michel.
- Hamburger Institut für Sozialforschung (1998): „Verbrechen der Wehrmacht.“ Ausstellungskatalog. Überarbeitete Version in Vorber. Hamburg: Verlag Hamburger Edition.
- Harré, R. (2001): 1000 años de filosofía. Madrid: Taurus.
- Harter, S. (1978): Effectance motivation reconsidered: towards a developmental model, *Human Development* 21, 34-68.

- (1981): The development of competence motivation in the mastery of cognitive and physical skills: Is there still a place for joy? In: *Roberts, G.C., Landers, D.M.*: (Hg.): *Psychology of motor behavior and sports*. Campain: Human Kinetic Publisher.
- 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/Märtens* (1998), 193-272.
- Heidegger, M. (1953): *Der Feldweg*. Frankfurt: Vittorio Klostermann, 10. Aufl. 1998.
- Herman, J.L. (1992): *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- (1993): *Die Narben der Gewalt*. München: Kindler. Neuaufgabe bei Junfermann, Paderborn 2002.
- Holderegger, H. (1993): *Der Umgang mit dem Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hunt, M.M. (1992): *Das Rätsel der Nächstenliebe: Der Mensch zwischen Egoismus und Altruismus*. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Hülther, 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.
- (1997): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- (1998): Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *International Journal of Developmental Neuroscience* 16, 297-306.
- (1999): Der Traum vom stressfreien Leben. *Spektrum der Wissenschaft. Dossier* 3, 6-11.
- (2001): Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Vortrag auf dem 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten, in diesem Band.
- Ilijine, V. N., Petzold, H.G., Sieper, J. (1990): Kokreation – die leibliche Dimensio des Schöpferischen – Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen. In: *Petzold/Orth* (1990a), Bd. I, 203-212.
- Janet, P. (1889): *L'automatisme Psychologique*. Nouvelle Édition. Paris: Société Pierre Janet 1989.
- (1919): *Les médications psychologiques*. Paris: Alcan.
- Jaynes, J. (1988): *Der Ursprung des Bewusstseins durch den Zusammenbruch der bikameralen Psyche*. Reinbek: Rowohlt.
- Kassel, R. (1959): *Untersuchungen zur griechischen und römischen Konsolationsliteratur*. München: *Zetemata* 18.
- Katz, A. (1999): *Israel: The Two Halves of the Nation*. New York: Inverted A Inc.
- Kellermann, P.F., Hudgins, M.K. (2000): *Psychodrama with Trauma Survivors. Acting Out Your Pain*. London: Jessica Kingsley Publ.
- Kimminich, O. (1973): *Menschenrechte. Versagen und Hoffnung*. München.
- Kirsch, A. (2001): *Trauma und Wirklichkeit. Wiederauftauchende Erinnerungen aus psychotherapeutischer Sicht*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klempner, V. (1947, 1996). *LTI – Lingua Tertii Imperii*. Berlin: Aufbau-Verlag.
- Knoche, U. (1935): *Magnitudo animi. Philologus. Supplement* 27,3, 1-88.
- (1954): *Der Gedanke der Freundschaft in Senecas Briefen an Lucilius*. Arcetos. *Acta Philologica Fennica* N. Helsinki, 83-96.
- Kohut, H. (1971): *The analysis of the self*. New York: International Univ. Press.
- (1979): *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Koop, I. (2001): Referat auf dem 1. Bad Zwestener Symposium, dieser Band.
- Köstermann, E. (1934): *Untersuchungen zu den Dialogschriften Secas*. Sitzungsberichte der Berliner Akademie der Wissenschaften. Phil.-hist. Klasse 12. Berlin
- Kropotkin, P. (1902): *Mutual aid. A factor of evolution*. London 1902, dtsh. 1904. Neudruck: *Gegenseitige Hilfe*. Berlin: Kramer 1977.
- Krüger, G. (1994): *Seneca über das rechte Leben*. Heidelberg.
- Kühn, R., Petzold, H.G., (1991). *Psychotherapie und Philosophie*. Paderborn: Junfermann.
- Laboutin, C. (1992): *Steinzeitmenschen. Vom Nomaden zum Bauern*. Ravensburg.
- Lapworth, P. (2001): *Integration in Counseling & Psychotherapy*. Seven Oaks: Sage.
- LeDoux, J.E. (1996): *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster; dtsh.: *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. München: Hanser.
- Leibowitz, Y. (1990, 1994): *Gespräche über Gott und die Welt*. Frankfurt: Insel.
- (1992): *Judaism, human values and the jewish state*. Boston: Harvard University Press.
- Levinas, E. (1983): *La trace de l'autre*, Paris 1963; dtsh.: *Die Spur des anderen*. Freiburg: Alber.
- Lewontin, R.C., Rose, S., Kamin, L.J. (1988): *Die Gene sind es nicht. Biologie, Ideologie und menschliche Natur*. München: Psychologie Verlags Union.
- Lyotard, J.-F. (1994 [1978]). *Das postmoderne Wissen. Ein Bericht*. Wien: Passagen Verlag.
- Mace, C., Moorey, S., Roberts, B. (2000): *Evidence in the Psychological Therapies*. London: Brunner-Routledge.
- MacLagan, D. (2001): *Psychological Aesthetics. Painting, Feeling, Making*. London: Jessica Kingsley Publ.
- Maercker, A. (1997): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer.
- , Schützwohl, M., Solomon, Z. (eds.) (1999): *Posttraumatic Stress Disorder. A Lifespan Developmental Perspective*. Seattle: Hogrefe.
- Mansfeld, J. (1987): *Die Vorsokratiker. Griechisch/Deutsch*. Stuttgart: Reclam.
- Marc Aurel (1830): *Lettres inédites de Marc Aurèle et de Fronton*. Hrsg. A. Cassan. Paris: A. Levasser.
- (1998): *Wege zu sich selbst. Herausgegeben von Rainer Nicke (griech./dtsh.)*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft; dtsh.: auch als Selbstbetrachtungen, übers. A. Wittstock, Stuttgart: Reclam 1949; frz. *Écrits pour-lui-même*, hrsg. von P. Hadot, Paris: Les Belles Lettres 1998.

- Marcel, G. (1985): Leibliche Begegnung, in: *Petzold* (1985g), 15-46.
- Mårtens, M., Petzold, H.G. (2002): Therapieschäden. Über Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Maurach, G. (1975): Seneca als Philosoph. Wege der Forschung Bd. 414. Darmstadt: Wissensch. Buchgesellschaft.
- (1996): Seneca. Leben und Werk. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Mazure, C.M. (1995): Does Stress Cause Psychiatric Illness? Washington: American Psychiatric Press.
- McFarlane, A. (1997): The Prevalence and Longitudinal Course of PTSD. Implications for the Neurobiological Models of PTSD. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 10-23.
- McLeod, J. (1997): Narrative and Psychotherapy. London: Sage Publications.
- Mead G.H. (1934): Mind, self and society. University of Chicago Press, Chicago; dtsh. Geist, Identität, Gesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt 1968, 1973, 1975, 1988.
- Michel, A. (1977): Dialogues philosophiques et vie intérieure, Cicéron, Sénèque, Saint Augustin. *Helmantica* 28, 353-376.
- (1978): A propos du bonheur. *Revue des Études Latines* 56, 349-368.
- Mierke, K. (1955): Wille und Leistung. Göttingen: Hogrefe.
- Miller, J. (1995): Die Leidenschaft des Michel Foucault. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Millett, K. (1993): Entmenschlicht. Versuch über die Folter. Hamburg.
- Miltenburg, R., Singer, E. (1997): The (ab)use of Reliving Childhood Traumata. *Theory & Psychology* 7 (5), 605-628.
- , — (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 Develop.* 42, 1-17.
- Mitchell, J.T., Everly, G.S.J. (1995): The critical incident debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In: *Everly, G.S.J., Lating, J.M.* (Hg.): *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum Press, 267-280.
- Monroe, K.R. (1996): The heart of altruism: perceptions of a common humanity. Princeton N.J.: Princeton University Press.
- Moreno, J.L. (1923): Rede über den Augenblick. Wien Anzengruber.
- Morris, D. B. (1998): Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis. München: Kunstmann.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999): Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik – Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie. *Integrative Therapie* 2-3, 187-250.
- Nair, S. (1992): Eine vielschichtige Universalität. *Unesco Kurier* 7/8, 12-14.
- Nelson, C.M., Eigen, M. (1984): Evil, Self & Culture. New York: Human Science Press.
- Nietzsche, F. (1999): Werke. München: Hanser.
- Oelmüller, W. (1989): Philosophie und Weisheit. Paderborn: Schöningh.
- Oerter, R., van Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- Ohandjanian, A. (1989): Armenien: der verschwiegene Völkermord. Wien: Böhlau.
- Orth, I. (1993): Integration als persönliche Lebensaufgabe. In: *Petzold/Sieper* (1993a), 371-384.
- (1994): Der domestizierte Körper. Die Behandlung beschädigter Leiblichkeit in der Integrativen Therapie. *Gestalt* (Schweiz) 21, 22-36.
- (2001): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung. Vortrag Bildungshaus, Maria Trost, Graz.
- Ozouf, M. (1996): Das Pantheon. Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit. Zwei französische Gedächtnisorte. Berlin.
- Pargament, K.I., Thoresen, C.E. (2000): Forgiveness. Theory, Research, and Practice. London: Guilford Press.
- Pearlman, G., Saakvitne, K. (1995): Trauma and the Therapist. New York: Norton.
- Pennebaker, J.W. (1993): Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy* 31, 539-548.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F., Goodman, P. (1951): Gestalt Therapy. New York: Julian Press.
- Perrig, W.J., Wippich, W., Perrig-Chiello, P. (1993): Unbewusste Informationsverarbeitung. Bern: Huber.
- Peters, E. (1991): Folter. Geschichte der peinlichen Befragung. Hamburg.
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-16; dtsh. in: *Petzold* (1985a) 11-30.
- (1968): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD. *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- (1968a): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD, Genese, Diagnose, Therapie, Paris.
- (1969c): Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris, mimeogr.; teilweise dtsh. in: (1974b), 124-129.
- (1974b): Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrung. Paderborn: Junfermann/Hoheneck; 3. Aufl. Fachbuchhandlung für Psychologie. Frankfurt: D. Klotz, 1983.
- (1975e): Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 2/3, 115-145; erweiterte Fassung in: (1988n, 341-406).
- (1980f): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann.
- (1983d): Psychotherapie, Meditation, Gestalt. Paderborn: Junfermann.
- (1983e): Nootherapie und „säkulare Mystik“ in der Integrativen Therapie, in: *Petzold* (1983d), 53-100.

- (1984a): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer..
- (1985g): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- (1985d): Die Verletzung der Alterswürde – zu den Hintergründen der Misshandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals, in: *Petzold* (1985a), 553-572.
- (1985i): Über innere Feinde und innere Beistände, in: *Bach, G., Torbet, W.* (Hg.): Ich liebe mich – ich hasse mich, Rowohlt, Reinbek, 11-15.
- (1985m): Neue Körpertherapien für den bedrohten Körper. Leiblichkeit, Zeitlichkeit und Entfremdung, (1986a) 223-250.
- (1986a): Psychotherapie und Friedensarbeit. Paderborn: Junfermann.
- (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.
- (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I. Paderborn: Junfermann; 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- (1988t): Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen – Überlegungen zu Kernqualitäten des Menschenwesens – , Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988, Fritz Perls Akademie, Hückeswagen.
- (1990i): Selbsthilfe und Professionelle – Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“, Vortrag auf der Arbeitstagung „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe“, 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: *Petzold, Schobert* (1991) 17-28
- (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann; Neuauflage 2002.
- (1991e): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, überarbeitet und erw. von (1978c); repr. (1991a), 19-90.
- (1991o) Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration – Chronosophische Überlegungen, in: (1991a), 333-395.
- (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann; Neuauflage 2002.
- (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann; Neuauflage 2002.
- (1994c): Metapraxis: Die „Ursachen hinter den Ursachen“ oder das „doppelte Warum“ – Skizzen zum Konzept „multipler Entfremdung“ und einer „anthropologischen Krankheitslehre“ gegen eine individualisierende Psychotherapie in: *Gestalt* (Schweiz) 20, 1994, 6-28 und *Hermer, M.* (Hrsg.), Die Gesellschaft der Patienten, dgvt, Tübingen 1995, 143-174.
- (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.
- (1996k): Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349; auch in: *Petzold, Orth* (1999a) 337-360.
- (1997p), Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, *Integrative Therapie* 4 (1997), 435-471
- (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Band I. Paderborn: Junfermann.
- (1999i): Body Narratives. *Integrative Bewegungstherapie* 1-2/1999, 4-30. Erweitert: Body narratives – Traumatische und posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der integrativen Therapie (Teil 2). *Energie & Charakter*, 2000, 22, S. 26-43.
- (1999q): Das Selbst als Kunstwerk – Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145.
- (1999r): Integrative Supervision – Ideen, Modelle, Konzepte, Vortrag gehalten auf dem regionalen Studententag für Supervision an der Hochschule Den Haag, Abt. Supervision, *Forum voorheen supervisors. Nieuwsbrief* 4, September 1999, 21-23.
- (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit.
- (2001a): Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn: Junfermann.
- (2001d): „Goodmansche“ Gestalttherapie als „klinische Soziologie“ konstruktiver Aggression? – 50 Jahre „Goodman et al. 1951“ mit kritischen Anmerkungen zu Blankertz „Gestalt begreifen“ – ein Beitrag aus integrativer Perspektive, *Gestalt* Teil I 40 (Schweiz) 48-66.
- (2001i): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- (2001k): Sinnfindung über die Lebensspanne: Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Abersinn – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, polylogischem SINN. Düsseldorf: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit.
- (2002a): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit.



- [„et al.“] (2001): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge über intersubjektive, narrative Biographiearbeit, collagierende Hermeneutik, Traumabelastungen und Neuorientierung“. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit.
- , 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.
- , Märrens, M. (1999a): Wege zu effektiver Psychotherapie. Opladen: Leske + Budrich.
- , Mathias, U., 1983. Rollenentwicklung und Identität. Paderborn: Junfermann.
- , Orth, I. (1985a): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten. Paderborn: Junfermann.
- , — (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde.. Paderborn: Junfermann.
- , — (1998a): Ökopsychosomatik – die heilende Kraft der Landschaft, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf: FPI/EAG.
- , — (1998b): Wege zu „fundierter Kollegialität“ – innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität. In: Slembek, E., Geissner, H. (1998): Feedback. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag. 107-126.
- , — (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- , —, Schuch, W., Steffan, A. (2001): Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ – Theorienbildung und Praxisstrategien in „polylogischer Konnektivierung“ von Menschenbild, Behandlungsheuristiken und therapeutischer Beziehung (Chartacolloquium II). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit.
- , —, Sieper, J. (1999a): Psychotherapie, Mythen und Diskurse der Macht und der Freiheit. In: Petzold/Orth (1999a), 15-66.
- , —, — (2000a): Transgressionen I – das Prinzip narrativer Selbst- und Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie – Hommage an Nietzsche. *Integrative Therapie* 2/3, 231-277.
- , Schobert, R. (1991): Selbsthilfe und Psychosomatik. Paderborn: Junfermann.
- , Sieper, J. (1988b): Die FPI-Spirale – Symbol des „heraklitischen Weges“, *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 2, 5-33; repr. in (1991a) 413-444.
- , — (1990b): Die neuen – alten – Kreativitätstherapien. Marginalien zur Psychotherapie mit kreativen Medien, in: Petzold / Orth (1990a) II, 519-548.
- , — (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde.. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. 1996.
- , Wolf, U., Landgrebe, B., Josic, Z., Steffan, A. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.: Traumatic Stress. Paderborn: Junfermann, 445-579.
- Pohlen, M., Bautz-Holzherr, M. (2001): Eine andere Psychodynamik. Bern: Huber.
- Pohlenz, M. (1941): Philosophie und Erlebnis in Senecas Dialogen. Nachrichten der der Göttinger Gesellschaft der Wissenschaften. Phil.-hist. Klasse, 55-118.
- (1970, 1972): Die Stoa. Geschichte einer geistigen Bewegung. 2 Bde. Göttingen.
- Probst, E. (1986): Deutschland in der Urzeit. Von der Entstehung des Lebens bis zum Ende der Eiszeit. München.
- Rabbow, P. (1954): Seelenführung. Methodik der Exerzitien in der Antike. München: Kösel.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1998): Welche Psychoanalyse ist für Opfer geeignet? Einige Anmerkungen zu Martin Ehlert-Balzer: Das Trauma als Objektbeziehung. *Forum Psychoanalyse* 14, 289-294.
- , — (1999): Traumazentrierte imaginative Therapie. In: Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Joraschky, P.: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Thieme.
- Reemtsma, J.P. (1991): Folter. Zur Analyse eines Herrschaftsmittels. Hamburg.
- Reich, W. (1946): Rede an den kleinen Mann. Frankfurt a.M.: Fischer 1984.
- Reil, J.C. (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerüttungen. Halle: Curt'sche Buchhandlung.
- Rensen, B. (1992): Fürs Leben geschädigt. Stuttgart: Trias.
- Resik, P.A. (2001): Stress and Trauma. London: Psychology Press.
- Richters, J., Weintraub, S. (1990): Beyond diathesis: Toward an understanding of high-risk environments. In: Rolf et al. (1990), 67-97.
- Rolf, J., Masten, A.S., Cicetti, D., Nuechterlein, K.H., Weintraub S. (1990): Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Rose, S., Bisson, J. (1998): Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of literature. *Journal of Traumatic Stress* 11, 679-710.
- Rosen, K. (1997): Marc Aurel. Hamburg.
- Russel, B. (1953): Wissenschaft wandelt das Leben. München: Paul List.
- Rutherford, R.B. (1989): Meditations of Marc Aurelius. Oxford: Oxford University Press.
- Sagan, C. (1982): Unser Kosmos. München: Knaur, Droemer.
- Salk, J. (1973): Survival of the Wisest. New York: Wiley.
- Sapolsky, R.M. (1992): Stress, the aging brain, and the mechanisms of neuron death. Cambridge: MIT Press.
- (1996a): Why stress is bad for your brain. *Science*, 273, 749-750.

- (1996b): Stress, glucorticoids, and damage to the nervous system: The current state of confusion, *Stress*, 1-19.
- Schacter, D. (1996): Searching for memory. The brain, the mind, and the past. New York: Basic Books. dtsh.: Wir sind Erinnerung, Gedächtnis und Persönlichkeit. Reinbek: Rowohlt.
- Schay, J. (1998): Achill in Vietnam. Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust. Hamburg, Hamburger Edition.
- Schmid, W. (1995): Selbstsorge. Zur Biographie eines Begriffs. In: Endreß, M. (Hg.): Zur Grundlegung einer integrativen Ethik. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- (1999): Philosophie der Lebenskunst. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 3. Aufl.
- Schnyder, U., Sauvant, Ch. (1994): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber.
- Schwarzer, R. (1992): Self-Efficacy. Thought Control of Action. London: Hemisphere.
- Seneca, L.A. (1917): Seneca Opera. Leipzig: Teubner; Studienausgabe dt./lt. von Rosenbach, M. (1989). Darmstadt. Wissenschaftliche Buchgemeinschaft.
- Shapiro, F. (1995): Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press; dtsh.: EMDR – Grundlagen und Praxis, Paderborn: Junfermann.
- Sieper, J. (2001) Das behaviorale Paradigma im „Integrativen Ansatz“ klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik: Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama und Transfertraining, Stressphysiologie, *Integrative Therapie* 1, 105-144.
- , Petzold, H.G. (2001): „Eingreifende Wissenschaft“ für „Menschenarbeiter“, *Integrative Therapie* 1-2, 208-209.
- Sober, E. (1998): Unto others: the evolution and psychology of unselfish behavior. Cambridge, MS: Cambridge University Press.
- Sofsky, W. (1996): Traktat über die Gewalt. Frankfurt a.M.: Fischer.
- (2002): Zeiten des Schreckens. Frankfurt: Fischer.
- Sölle, D. (1999): Mystik und Widerstand. München: Pieper.
- Stereny, K., Griffiths, P.E. (1999) Sex and Death. An Introduction to Philosophy and Biology. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Streek-Fischer, A., Sachsse, U., Özkan, I. (2001): Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik, Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stroebe, M., Stroebe, W. (1991): Does „grief work“ work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 479-482.
- , —, Hansson, R.O. (1993): Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention. Cambridge: Cambridge University Press, 255-270.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Stevenson, G.M. (1996): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Heidelberg: Springer. Engl. Introduction to Social Psychology. London: Basil Blackwell
- Thomae, H., (1968). Das Individuum und seine Welt. Göttingen. 2., neu bearbeitete Aufl. 1988.
- Tillich, P. (1969): Der Mut zum Sein. In: Thomae, H.: Gesammelte Werke. Bd. 11, 22 ff. Frankfurt.
- Traue, H.C. (1998): Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmung. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- van den Heuvel, G. (1988): Der Freiheitsbegriff der Französischen Revolution. Studien zur Revolutionsideologie. Göttingen.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (1996): Traumatic Stress, New York: Guilford. dtsh.: Hrsg. von M.Märtens und H.G. Petzold bei Junfermann, Paderborn 2000.
- Veyne, P. (1993): Weisheit und Altruismus. Eine Einführung in die Philosophie Senecas. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Vialou, D. (1992): Frühzeit des Menschen. München.
- Voelke, A.-J. (1993): La philosophie comme thérapie de l'ame. Études de philosophie hellénistique, Fribourg/Paris: Vrin.
- Vygotsky, L.S. (1993b): Compensatory processes in the development of the retarded child. In: Rieber, R.W., Carton, A.S. (Hg.): The collected works of L.S. Vygotsky, Vol. 2: The fundamentals of defectology. New York: Plenum, 122-138. (orig. 1931).
- Warner, S., Felty, K.M. (1999): From Victim to Survivor: Recovered Memories and Identity Transformation. In: Williams/Banyard (1999), 161-174.
- Weber, T.P. (2000): Darwin und die Anstifter. Die neuen Biowissenschaften. Köln: Dumont.
- White, T. (2001): Menschenfresser in der Altsteinzeit. *Spektrum der Wissenschaft*, 11, 38-45.
- Williams, L. M., Banyard, V L. (1999): Trauma & Memory. London: Sage.
- Wilson, E.O. (1975): Sociobiology: The new synthesis. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- (1998): Consilience. New York: Knopf.
- Wimm, L. (1994): Post Traumatic Stress Disorder and Dramatherapy. London: Jessica Kingsley Publ.
- Wrangham, R., Peterson, D. (1996): Demonic males. Boston: Houghton Mifflin.
- Wyer, R.S. (1996): Ruminative thoughts. Mahwah: Erlbaum.
- Yehuda, R. (1997): Sensitization of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda/McFarlane (1997), 57-75.
- (2001): Die Neuroendokrinologie bei posttraumatischer Belastungsstörung im Lichte neuroanatomischer Befunde. In: Streek/Fischer (2001), 43-71.
- , McFarlane, A.C. (1997): Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. New York: The New York Academy of Sciences.
- Zahn-Waxler, C., Cummings, E.M., Iannotti, R. (1991): Altruism and aggression: biological and social origins. Cambridge: Cambridge University Press.

- Zeidner, M., Endler, N.S.* (1996): Handbook of Coping: Theory, Research, Applications. New York: Wiley.
- Zenkovsky, B., Petzold, H.G.* (1969): Das Bild des Menschen im Lichte der orthodoxen Anthropologie. Marburg: Rainer Edel.
- Ziegler, A.J.* (1983): Wirklichkeitswahn. Die Menschheit auf der Flucht vor sich selbst. Zürich: Schweizer Spiegel Verlag, Raben-Reihe.
- Zlepko, D.* (1988): Der ukrainische Hunger-Holocaust: Stalins verschwiegener Völkermord 1932/33 an 7 Millionen ukrainischen Bauern im Spiegel geheimgehaltener Akten des deutschen Auswärtigen Amtes. Eine Dokumentation aus den Beständen des politischen Archivs im Auswärtigen Amt, Bonn. Sonnenbühl: Wild.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr.Dr.Dr. Hilarion Petzold  
c/o EAG - FPI  
D - 42499 Hückeswagen

# Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen aus neurobiologischer Sicht

*Gerald Hüther, Göttingen*

## 1. Neuronale Netzwerke, globalisierende Transmittersysteme und neuronale Plastizität

Seit Beginn der 90er Jahre zeichnet sich in der neurobiologischen Forschung und im Verständnis zentralnervöser Verarbeitungsprozesse ein Paradigmenwechsel ab. Insbesondere die Einführung und der Einsatz bildgebender Verfahren hat entscheidend dazu beigetragen, die bisher an unterschiedlichsten Modellsystemen gewonnenen Erkenntnisse über die Struktur und Funktion neuronaler Netzwerke, über die Rolle globalisierender Transmittersysteme, über die Bedeutung emotionaler Aktivierungsprozesse und über die Plastizität neuronaler Verschaltungen auch oder ganz besonders im menschlichen Gehirn zu einem Gesamtbild zusammenzufügen.

So wird die Informationsverarbeitung im ZNS heute als ein gleichzeitig seriell und parallel ablaufender Prozess der Aktivierung bzw. Hemmung multifokaler, eng miteinander verschalteter neuronaler Netzwerke verstanden. Jedes dieser Netzwerke besitzt strukturell festgelegte Verschaltungsmuster mit anderen Netzwerken, die im Verlauf der Individualentwicklung herausgebildet und zeitlebens durch die Art ihrer Nutzung umgeformt und überformt werden („*experience-dependent plasticity*“).

Von besonderer Bedeutung für die Verarbeitung und Verankerung emotionaler Erlebnisse sind die Verschaltungen zwischen den für die Entstehung emotionaler Erregungen zuständigen neuronalen Netzwerken in den ontogenetisch und phylogenetisch älteren limbischen Hirnregionen und den für kognitive Verarbeitungsprozesse zuständigen neocortikalen Netzwerken. Intensive reziproke Verschaltungen bestehen zwischen den limbischen Gebieten (cingulärer Cortex, Hypothalamus, Hippocampus und Amygdala) und einer Vielzahl anderer Hirnstrukturen (im Hirnstamm, im Striatum, im paralimbischen und neocortikalen Regionen; vgl. *Carmichael/Price* 1995; *Pandya/Yeterian* 1996). In Tierversuchen konnte gezeigt werden, dass diese komplexen Verschaltungen entscheidend an der Regulation motivationaler, affektiver und emotionaler Reaktion beteiligt sind

(Rolls 1990; Dias et al. 1996). Sie bilden offenbar auch beim Menschen das neurobiologische Substrat, das für die Integration äußerer und innerer Zustandsbilder verantwortlich ist und die gleichzeitige sensorische, kognitive und autonome Verarbeitung und Verankerung emotionaler Erfahrungen ermöglicht (Tucker et al. 1995; Damasio 1996).

Die Aktivität und die Effizienz der in verschiedenen Bereichen des ZNS operierenden, lokalen Netzwerke wird durch „überregionale“ Systeme mit weitreichenden und z.T. überlappenden Projektionen beeinflusst und aufeinander abgestimmt („harmonisiert“, vgl. Übersicht in Mesulam 1990; Spoon 1992). Diese Systeme unterscheiden sich – aufgrund der unterschiedlichen Reichweite ihrer Projektionen – durch das Ausmaß der von ihnen erzeugten „globalisierenden“ Wirkungen sowie – aufgrund der unterschiedlichen Wirkungen der von ihnen benutzten Signalstoffe (Azetylcholin, Catecholamine, Histidin, Peptide, Serotonin), auch hinsichtlich der von ihnen jeweils ausgelösten Effekte. Manche dieser überregionalen, harmonisierenden Transmittersysteme sind tagsüber ständig aktiv und kaum durch äußere Faktoren beeinflussbar (z.B. serotonerges System, vgl. Übersichten in Jacobs/Fornal 1991; Jacobs/Azmitia 1992). Andere werden erst mit der Wahrnehmung neuartiger Reize aktiviert (noradrenerges System, vgl. Übersichten in Cole/Robbins 1992).

Neben ihrer Funktion als Modulatoren der in weit auseinanderliegenden lokalen Netzwerken generierten neuronalen Aktivität haben diese großen, globalen Transmittersysteme eine weitere trophische, stabilisierende Funktion: Die in den distalen Projektionsgebieten ausgeschütteten Transmitter stimulieren die Produktion und Freisetzung von Wachstumsfaktoren durch benachbarte Astrocyten und nachgeschaltete Nervenzellen und tragen in jeweils charakteristischer Weise zur Stabilisierung bzw. Bahnung der in den und zwischen den lokalen Netzwerken angelegten synaptischen Verschaltungen bei.

Sowohl die Ausformung der reziproken cortikolimbischen Verschaltungen als auch die Ausreifung dieser globalisierenden Transmittersysteme ist in besonderem Maße während der frühkindlichen Entwicklung, aber wohl auch noch im erwachsenen Hirn durch verschiedene Faktoren beeinflussbar. Eine besondere Rolle spielen hierbei psychosoziale Belastungen, die sowohl mit einer Aktivierung emotionaler limbischer Netzwerke wie auch bestimmter globalisierender Transmittersysteme einhergehen und über die Stimulation einer neuroendokrinen Stressreaktion entscheidend an der adaptiven Modifikation und Reorganisation neuronaler Verschaltungen beteiligt sind (Hüther 1996, 1998).

Diese Vorstellungen über die Bedeutung von Gefühlen und individuellen Bewertungen auf zentralnervöse Verarbeitungsprozesse sowie über die Rolle globalisierender Transmittersysteme für die inte-

grative Regulation der in regionalen Netzwerken generierten neuronalen Aktivitäten markieren ein neues Denken, das sich innerhalb der neurobiologisch orientierten Psychiatrie auszubreiten beginnt. Am besten lässt sich dieser neue Denkansatz anhand der neurobiologischen Auswirkungen psychischer Belastungen und traumatischer Erfahrungen verdeutlichen.

## 2. Auslöser von Angst und Stress

Die stammesgeschichtlich älteren Anteile und Mechanismen der neuroendokrinen Stressreaktion des Menschen sind weitgehend mit denen aller anderen Säugetiere identisch. Die Wahrnehmung neuartiger und durch assoziative Verarbeitung als bedrohlich eingestufteter Reizkonstellationen geht mit der Generierung eines unspezifischen Aktivitätsmusters in gedächtnisspeichernden, assoziativen kortikalen und subkortikalen Strukturen einher. Eine besondere Rolle spielt hierbei der präfrontale Cortex, eine Region die insbesondere für die Interpretation sensorischer multimodaler Eingänge und für antizipatorische Phänomene verantwortlich ist. Die Aktivierung dieser assoziativen Cortexareale bewirkt die Generierung eines charakteristischen Aktivierungsmusters im limbischen System. Innerhalb des limbischen Systems ist die Amygdala von besonderer Bedeutung, da hier die eingehenden Erregungsmuster durch Aktivierung angeborener, phylogenetisch alter neuronaler Netzwerke mit einer affektiven Qualität versehen werden (Davis 1992). Durch absteigende Projektionen insbesondere zu den noradrenergen Kerngebieten im Hirnstamm kommt es zur Aktivierung noradrenerger kortikaler, limbischer und hypothalamischer Projektionen und zur Stimulation des peripheren sympathischen und adrenomedullären Systems (Lachuer et al. 1991; Zigmond et al. 1995). Aufsteigende Fasern dieser noradrenergen Neurone verstärken die Aktivierung im Bereich der Amygdala und der hypothalamischen Kerngebiete, sowie – über Aktivierung mesokortikaler dopaminergischer Projektionen – im Bereich des präfrontalen Cortex. Auf diese Weise entsteht ein sich aufschaukelndes Erregungsmuster zwischen Cortex, limbischem System und den zentralen noradrenergen Kerngebieten, das – wenn es nicht durch andere Eingänge unterdrückt wird – zur Aktivierung der neurosekretorischen Zellen im Nucleus paraventricularis und damit zur Stimulation der HPA-Achse führt (Chrousos/Gold 1992; Cullinan et al. 1995).

Zu langanhaltenden Aktivierungen der HPA-Achse und zu langfristigen Erhöhungen zirkulierender Glucocorticoidspiegel kommt es immer dann, wenn die Stressbelastung sich als unkontrollierbar erweist, d.h. wenn keine der vorhandenen Verhaltens- (incl. Verdrängungs-)strategien auch nur ansatzweise geeignet ist, das ursprüngli-

che Gleichgewicht wiederherzustellen. Bei Versuchstieren beobachtet man unter diesen Bedingungen ein Phänomen, das „*behavioural inhibition*“ genannt wird. Die wiederholte Konfrontation mit verschiedenen unkontrollierbaren Stressoren führt zu einem Zustand von „*learned helplessness*“ und dient als Tiermodell für depressive Erkrankungen (Katz et al. 1991).

Gegenüber diesen unkontrollierbaren Stressbelastungen zeichnen sich kontrollierbare Belastungen dadurch aus, dass zwar Verhaltens- (incl. Verdrängungs-) Strategien zur Vermeidung oder Beseitigung des Stressors verfügbar sind, die Effizienz der vorhandenen Kompensations- und Regelmechanismen jedoch (noch) nicht ausreicht, um die Aktivierung einer neuroendokrinen Stressreaktion zu verhindern. Unter diesen Bedingungen kommt es zu einer präferentiellen Aktivierung des zentralen noradrenergen und des peripheren SAM-Systems und (wenn überhaupt) nur zu einer kurzzeitigen Stimulation der HPA-Achse (Hüther 1996; Hüther et al. 1996).

Vieles spricht dafür, dass die an Versuchstieren gewonnenen Vorstellungen über die Mechanismen der zentralnervösen Aktivierung der neuroendokrinen Stressantwort in ihren Grundzügen auch für den Menschen gelten. Die Besonderheiten der Stressreaktion beim Menschen ergeben sich aus der enormen Ausdehnung des assoziativen Cortex und der daraus resultierenden Fähigkeit zur langfristigen Speicherung äußerst komplexer Gedächtnisinhalte, zur Bewertung und Kontrolle von Emotionen und zur Steuerung situationsgerechten Verhaltens. Wichtige, die Stressantwort bestimmende Faktoren, die von der tierexperimentellen Stressforschung erst in den letzten Jahren erkannt wurden, etwa die Bedeutung der Vorerfahrung eines Individuums mit einem bestimmten Stressor, das Ausmaß der von einem Individuum empfundenen Kontrollierbarkeit eines Stressors, oder der Einfluss von sozialen Faktoren („*social support*“, „*social status*“) auf die Stressantwort spielen beim Menschen eine weitaus größere Rolle als bei Versuchstieren und sind entscheidend für die enorme interindividuelle Varianz seiner Stressantwort. Eine Frage, mit der sich die experimentelle Stressforschung bisher kaum beschäftigt hat, ist die nach den normalen Auslösern und der Häufigkeit der Aktivierung der Stressreaktion unter den jeweiligen, artspezifischen Lebensbedingungen. Bei allen sozial organisierten Säugetieren und insbesondere beim Menschen ist psychosozialer Konflikt die wichtigste und häufigste Ursache für die Aktivierung der Stressreaktion. Vor allem unkontrollierbarer Stress spielt im Leben des Menschen eine besondere Rolle. Besonders exponiert sind Individuen mit einem unzureichend entwickelten Repertoire an sozialen Verhaltens-(Coping-) Strategien. Aber auch rasche, unerwartete Veränderungen des sozialen Rahmens, für den erfolgreiche Coping-Strategien entwickelt wurden, etwa Veränderungen des sozialen Beziehungsgefüges durch



Verlust eines Partners oder durch einen raschen Wandel kultureller und sozialer Normen sind Ursachen für unkontrollierbare Belastungen der betroffenen Personen. Eine weitere häufige Ursache für unkontrollierbaren Stress ist die Unerreichbarkeit von vorgestellten Zielen und die Unerfüllbarkeit von als zwingend empfundenen Bedürfnissen und Wünschen innerhalb des gegebenen soziokulturellen Kontexts. Ebenso wie ein Defizit an relevanter Information die Ursache für inadäquates Verhalten und damit psychosozialen Stress darstellt, kann auch ein Informationsüberschuss zu Handlungsunfähigkeit und damit einhergehenden unkontrollierbaren Stressbelastungen führen, weil es nicht gelingt, die vorhandenen Informationen hinsichtlich ihrer aktuellen Relevanz zu klassifizieren. Schließlich ist nur der Mensch aufgrund seiner assoziativen Fähigkeiten in der Lage, sich ein Szenario vorzustellen, das eine Stressbelastung nicht nur beinhaltet, sondern die entsprechende neuroendokrine Reaktion tatsächlich auslöst. Da das furchterregende Szenario nur in der Vorstellungswelt existiert, ist keine adäquate Reaktion möglich und eine unkontrollierbare Stressreaktion unausweichlich.

### 3. Folgen von Angst und Stress

Der Nachweis von Kortikoidrezeptoren im Gehirn hat den Blick für ein Phänomen geschärft, das bisher in der Stressforschung kaum beachtet wurde: Das Gehirn ist nicht nur der Ausgangspunkt, sondern auch das wichtigste Zielorgan der Stressreaktion. Mit der schrittweisen Aufklärung der an der Auslösung der neuroendokrinen Stressreaktion beteiligten Mechanismen ist darüber hinaus deutlich geworden, dass die durch einen Stressor im ZNS ausgelösten Reaktionen (z.B. verstärkte Katecholaminausschüttung im Zuge der Aktivierung noradrenerger Kerngebiete, vermehrte Ausschüttung von CRF und Vasopressin durch intra- und extrahypothalamische Axone, Stimulation der Endorphinausschüttung z.B. durch ACTH produzierende Zellen der Adenohypophyse) in der Lage sind, die im Verlauf der Stressreaktion ablaufenden zentralnervösen Verarbeitungsprozesse auf vielfältige Weise zu beeinflussen. Auch die stressinduzierte Stimulation des sympathischen Nervensystems und der Ausschüttung von Noradrenalin und Adrenalin aus dem Nebennierenmark hat eine ganze Reihe direkter und indirekter Effekte auf das ZNS (Gold/McCarty 1995). Sie reichen von Änderungen der Hirndurchblutung über die vermehrte Bereitstellung von Substraten für den Energiestoffwechsel bis hin zu Änderungen der Verfügbarkeit von Vorstufen für die Katecholamin- und Serotoninsynthese. Durch ansteigende Spiegel zirkulierender Glukokortikoide kommt es nicht nur zu einer direkten Aktivierung von Glukokortikoidrezeptoren im

ZNS mit weitreichenden und oft langfristigen Konsequenzen für die Funktion der betreffenden Nerven- und Gliazellen (Duman 1995; Joels/DeKloet 1992; McEwen et al. 1993). Auch indirekte, Glukokortikoid-vermittelte periphere Effekte (Abfall der Sexualhormonspiegel, Suppression der Synthese und Ausschüttung von Mediatoren der intrazellulären Kommunikation wie Prostaglandine und Zytokine, Änderungen der Substratversorgung etc.) können zu langfristigen Veränderungen der Struktur und Funktion neuronaler Verschaltungen im ZNS führen (McEwen/Sapolsky 1995).

Welche dieser Mechanismen im Zuge einer Stressbelastung aktiviert und welche langfristigen Veränderungen dadurch ausgelöst werden, hängt von der Art der Belastung ab, der sich eine bestimmte Person ausgesetzt sieht, also von der individuellen Bewertung der Kontrollierbarkeit des Stressors. Zu einer kontrollierbaren Stressreaktion kommt es immer dann, wenn die bisher angelegten Verschaltungen zwar prinzipiell zur Beseitigung der Störung geeignet, aber einfach noch nicht effizient genug sind, um diese vollständig und gewissermaßen routinemäßig zu beantworten. Eine derartige Stressbelastung ist besser mit dem Begriff „Herausforderung“ zu beschreiben. Sie beginnt, wie jede Reaktion auf einen psychischen Stressor, mit einer unspezifischen Aktivierung kortikaler und limbischer Hirnstrukturen, die zur Stimulation des zentralen und peripheren noradrenergen Systems führt („arousal“). Sobald im Zuge dieser unspezifischen Aktivierung eine Möglichkeit zur Lösung der betreffenden Anforderung gefunden wird, so kommt es mit der Aktivierung der an dieser Verhaltensreaktion beteiligten neuronalen Verschaltungen zum Erlöschen der initialen unspezifischen Aktivierung. Vor allem die verstärkte Ausschüttung von Noradrenalin in den initial aktivierten kortikalen und limbischen Hirnregionen führt zu einer ganzen Reihe von funktionellen und metabolischen Veränderungen in Nerven- und Gliazellen, die direkt oder indirekt dazu beitragen, dass es zu einer Stabilisierung und einer Verbesserung der Effizienz der in die Antwort involvierten neuronalen Verschaltungen kommt (Boyesson/Krobert 1992; Cole/Robbins 1992; Stone et al. 1992). Wiederholt auftretende, kontrollierbare psychosoziale Belastungen (oder besser: Herausforderungen) führen so zu einer sukzessiven Stabilisierung, Bahnung und verbesserten Effizienz der in die Antwort involvierten neuronalen Netzwerke und Verschaltungen. Dieser zentralnervöse Anpassungsprozess ist in gewisser Weise vergleichbar mit peripheren Anpassungen an physische Stressoren, etwa der durch Kältebelastung induzierten Verdichtung des Haarkleides. Sehr komplexe, verschiedenartige und vielseitige kontrollierbare Belastungen sind offenbar notwendig, um die individuellen genetischen Möglichkeiten zur Strukturierung eines entsprechend komplexen Gehirns nutzen zu können.

Wenn eine Belastung auftritt, für die eine Person keine Möglichkeit einer Lösung durch ihr eigenes Handeln sieht, an der sie mit all ihren bisher erworbenen Reaktionen und Strategien scheitert, so kommt es zu einer sog. „unkontrollierbaren Stressreaktion“. Sie ist durch eine langanhaltende Aktivierung cortikaler und limbischer Strukturen sowie des zentralen und peripheren noradrenergen Systems gekennzeichnet, die sich wechselseitig so weit aufschauelt, dass es schließlich auch zur Aktivierung des HPA-Systems mit einer massiven und lang anhaltenden Stimulation der Cortisolausschüttung durch die Nebennierenrinde kommt. Solche *unkontrollierbaren* Belastungen haben andere, weitreichendere Konsequenzen auf die im Gehirn angelegten Verschaltungen als die soeben beschriebenen kontrollierbaren Stressreaktionen. Beobachtungen an Versuchstieren deuten darauf hin, dass vor allem die aus unkontrollierbaren Belastungen resultierenden massiven und langanhaltenden Erhöhungen der Glucocorticoid-Spiegel zur Destabilisierung der bereits angelegten synaptischen Verbindungen und neuronalen Netzwerke führt (Uno et al. 1989; Sapolsky 1990; Fuchs et al. 1995). Im Zuge unkontrollierbarer Belastungen wird die Noradrenalinausschüttung vermindert (Tsu-da/Tanaka 1985), der cerebrale Energieumsatz gehemmt (Bryan/Lehmann 1988) und die Bildung neurotropher Faktoren unterdrückt (Smith et al. 1995). Halten derartige Belastungen länger an, so kann es sogar zur Degeneration noradrenerger Axone im Kortex (Nakamura et al. 1991) und zum Absterben von Pyramidenzellen im Hippokampus (Sapolsky et al. 1985) kommen. Verhaltensbiologische Untersuchungen zeigen in diesem Zusammenhang einen sehr interessanten Effekt: Hohe Spiegel von Glucokortikoiden, wie sie physiologischerweise bei unkontrollierbarem Stress erreicht werden, fördern die Auslöschung von erlernten Verhaltensreaktionen und führen zur Elimination vor allem solcher Verhaltensweisen, die für eine erfolgreiche Beendigung des Stress-Reaktionsprozesses ungeeignet sind (van Wimersma-Greidanus/Rigter 1989).

Die Aneignung neuer Bewertungs- und Bewältigungsstrategien, grundlegende Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln werden durch die vorangehende Destabilisierung und Auslöschung unbrauchbar gewordener Muster erst ermöglicht. Es ist in diesem Zusammenhang bezeichnend, dass vor allem Umbruchphasen wie die Pubertät, die zu psychosozialen Neuorientierungen zwingen, besonders häufig mit langanhaltenden, unkontrollierbaren psychischen Belastungen einhergehen. Damit tragen beide Arten von Stressreaktionen, also die kontrollierbaren Herausforderungen wie auch die unkontrollierbaren Belastungen, in jeweils spezifischer Art und Weise, zur Strukturierung des Gehirns, d.h. zur Selbstorganisation neuronaler Verschaltungsmuster im Rahmen der jeweils vorgefundenen äußeren, psychosozialen Bedingungen bei: Herausforderungen stimu-

lieren die Spezialisierung und verbessern die Effizienz bereits bestehender Verschaltungen. Sie sind damit wesentlich an der Weiterentwicklung und Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale beteiligt. Schwere, unkontrollierbare Belastungen ermöglichen durch die Destabilisierung einmal entwickelter, aber unbrauchbar gewordener Verschaltungen die Neuorientierung und Reorganisation von bisherigen Verhaltensmustern.

Die von unkontrollierbaren Belastungen getriggerten, langanhaltenden neuroendokrinen Reaktionen können offenbar über die von ihnen ausgelöste Destabilisierung neuronaler Verschaltungsmustern in limbischen und kortikalen Hirnregionen zu u.U. sehr grundsätzlichen Veränderungen des Denkens, Fühlens und Handelns einer Person führen. Das Ersetzen eines alten, unter dem Einfluss bisheriger Anforderungen stabilisierten assoziativen Verschaltungsmusters durch ein neues kann dazu führen, dass bisher unkontrollierbare psychosoziale Konflikte kontrollierbar werden. Ein derartiger Reorganisationsprozess ist jedoch immer mit dem Risiko der Entgleisung und des unkompensierbaren Verlustes bestimmter Fähigkeiten im Bereich des Denkens, Fühlens oder Handelns behaftet (Hüther et al. 1999; idem 1997).

#### 4. Ursachen und Folgen psychischer Traumatisierung

Wenn ein Mensch in eine Situation gerät, die in krassem Widerspruch zu all seinen bisher erworbenen Erfahrungen steht und an der er mit all seinen bisher angeeigneten und bisher erfolgreich eingesetzten Bewältigungsstrategien scheitert, so kann es zu einer psychischen Traumatisierung kommen. Sie stellt den Extremfall einer unkontrollierbaren Belastung dar, den ein Mensch erleben kann. Besonders häufig tritt sie bei Opfern sexueller Übergriffe, bei Holocaust-Überlebenden und bei Soldaten im Fronteinsatz auf.

Wenn es einem Menschen nach einer solchen traumatischen Erfahrung nicht gelingt, diese unkontrollierbare Stressreaktion irgendwie anzuhalten, so ist er verloren, denn die dadurch ausgelösten Destabilisierungsprozesse können lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Jeder traumatisierte Mensch spürt das, und er wird deshalb mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln versuchen, die traumatische Erfahrung und die posttraumatisch immer wieder aufflammenden Erinnerungen an das erlebte Trauma unter Kontrolle zu bringen. Bewährte Strategien, die er – so wie andere Menschen – bisher zur Bewältigung seiner Ängste eingesetzt hat, wurden angesichts des erlebten Traumas *ad absurdum* geführt. Auf psychosoziale Unterstützung kann er sich nicht mehr verlassen. Der Glaube an eine fremde, göttliche Macht ist ihm ebenso verlorengegangen wie der Glaube an seine

eigene Kraft. All sein Wissen und Können, sein Einfluss, sein Reichtum und seine Macht haben sich als nutzlos erwiesen. Die einzige Strategie, die ihm nun noch Linderung verschaffen kann, ist die *Abkoppelung* der traumatischen Erfahrung aus dem Erinnerungsschatz, ihre Ausklammerung durch eine gezielt veränderte Wahrnehmung und assoziative Verarbeitung von Phänomenen der Außenwelt. Er ist gezwungen, mit diesen Strategien gegen die immer wieder aufflackernden Erinnerungen an das Trauma anzurennen. Falls er eine Strategie findet, die es ihm ermöglicht, die traumatische Erinnerung und die damit einhergehende unkontrollierbare Stressreaktion kontrollierbar zu machen, hört der Destabilisierungsprozess auf, und es werden nun all die neuronalen Verschaltungen gefestigt und gebahnt, die zur „erfolgreichen“ Bewältigung seiner, durch die traumatischen Erinnerung ausgelösten Ängste aktiviert werden. Auf diese Weise entstehen zunächst kleine, durch ihre wiederholte „erfolgreiche“ Nutzung aber schließlich immer breiter und effektiver werdende zentralnervöse „Umgehungsstraßen“ und „Umleitungen“, „Verbotzonen“, „Rastplätze“ und die dazugehörigen „verkehrsregelnden Leiteinrichtungen“.

Gefunden werden diese Lösungen mehr oder weniger rasch und meist intuitiv, aber bis die dabei benutzten Verschaltungen hinreichend effektiv gebahnt sind, können Monate und Jahre vergehen. Die dabei ablaufenden Bahnungsprozesse können offenbar so tiefgreifend und weitreichend werden, dass bei manchen Personen die Erinnerung an das traumatische Erlebnis schließlich nicht mehr abrufbar ist. Bei manchen wird die gesamte emotionale Reaktionsfähigkeit und damit auch die basale Aktivität und die Aktivierbarkeit der HPA-Achse permanent unterdrückt. Bei manchen können bizarr anmutende oder gar selbstgefährdende Bewältigungsstrategien bis zur Zwanghaftigkeit gebahnt werden. Immer ist es die subjektive Erfolgsbewertung einer zunächst meist unbewusst gefundenen Strategie, die zur Aktivierung einer nunmehr kontrollierbaren Stressreaktion und damit zur Bahnung der dabei benutzten Verschaltungen führt. Zwangsläufig sind all diese gebahnten Abwehrstrategien daher individuelle Lösungen, die sich deutlich von den „normalen“ Bewältigungsstrategien nicht traumatisierter Menschen unterscheiden. Damit geraten solche traumatisierten Menschen in ein „soziales Abseits“ und werden oft als persönlichkeitsgestört oder antisozial attribuiert, was aus der hier vorgestellten Sicht eine Fehldiagnose ist. So schließt sich ein fataler *circulus vitiosus*, aus dem Betroffene aus eigener Kraft oft nicht mehr herausfinden.

## Zusammenfassung

Bildgebende Verfahren über globalisierende Transmittersysteme, neuronale Netzwerke und ihre Plastizität tragen zu der Vorstellung bei, dass die Informationsverarbeitung im ZNS als ein seriell und parallel ablaufender Prozess der Aktivierung bzw. Hemmung multifokaler, eng miteinander verschalteter neuronaler Netzwerke verstanden wird. Dieser neue Denkansatz wird anhand der neurobiologischen Auswirkungen psychischer Belastungen und traumatischer Erfahrungen verdeutlicht. Die individuellen Stressreaktionen beim Menschen ergeben sich aus der enormen Ausdehnung des assoziativen Cortex und der daraus resultierenden Fähigkeit zur langfristigen Speicherung äußerst komplexer Gedächtnisinhalte. Neuronale „Herausforderungen“ (Normalentwicklung, z.B. in der Pubertät) werden unterschieden von „unkontrollierbaren Stressreaktionen“ (Traumata, keine Kontrollierbarkeit des Stressors). Traumatisierungen führen die bislang erfolgreichen neuronalen Bewältigungsstrategien *ad absurdum*. Das Individuum muss neue Strategien suchen oder die traumatischen Gedächtnisinhalte vermeiden. Diese Verarbeitung läuft zumeist unbewusst, die Erfolgsbewertung von neuen neuronalen Strategien auch. Diese Abkoppelung führt zu neuronalen „Umgehungsstraßen“ und „Verbotszonen“, damit oft zu Zwanghaftigkeit und Phänomenen ähnlich denen der Persönlichkeitsstörungen.

**Summary:** *The Experience of Violence and the Processing of Traumatic Memory, seen from a Neurobiological Point of View*

Image giving procedures contribute to the assumption that the processing of information in central nervous system consists of a serial and parallel working course of activation and inhibition of narrow operating neuronal networks with high plasticity. This approach is illustrated by showing the neurobiological effects of psychic strain and traumatic experience. Individual stress reactions are the result of the enormous extension of the associative cortex and the capability of long term memory. Neuronal „challenges“ (f.e. the development in puberty) and „uncontrollable stress reactions“ (trauma experience) are differentiated. Traumatic experiences are reducing successful coping strategies. New strategies will have to be created or the traumatic memory will have to be split off. This process mainly takes place unconsciously, also the evaluation of success of strategies. This leads to neuronal „bypasses“ and „areas of prohibition“, s.t. to compulsive behaviour and phenomena similar to personality disorders.

**keywords:** traumatic stress reaction, neuronal plasticity, experience of violence, neurobiology, PTSD

## Literatur

- Boyeson, M.G., Krobert, K.A. (1992): Cerebellar norepinephrine infusions facilitate recovery after sensorimotor cortex injury. *Brain Res. Bull.*, 29, 435-439.
- Bryan, R.M., Lehmann, R.A.W. (1988): Cerebral glucose utilization after aversive conditioning and during conditioned fear in rat. *Brain Res. Bull.*, 444, 17-24.
- Carmichael S.T., Price J.L. (1995): Limbic connections of the orbital and medial prefrontal cortex in macaque monkeys. *J. Comp. Neurol.*, 363, 615-641.
- Chrousos, G.P., Gold, P.W. (1992): The concepts of stress and stress system disorders. *J. Am. Med. Ass.*, 267, 1244-1252.
- Cole, B.J., Robbins, T.W. (1992): Forebrain norepinephrine: Role in controlled information processing in the rat. *Neuropsychopharmacology*, 7, 129-141.

- Cullinan, W.E., Herman, J.P., Helmreich, D.L., Watson jr., St. (1995): A Neuroanatomy of Stress. In: Friedman, M.F., Charney, D.S., Deutch, A.Y. (Hg.): Neurobiological and Clinical Consequences of Stress. New York: Lippincot-Raven, 3-26.
- Damasio A.R. (1996): The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, 351, 1413-1420.
- Davis, M. (1992): The role of the amygdala in conditioned fear. In: Aggleton, J.P. (Hg.): The Amygdala. Neurobiological Aspects of Emotion. Memory and Mental Dysfunction New-York: Wiley, 255-306.
- Dias R., Robbins T.W., Roberts A.C. (1996): Dissociation in prefrontal cortex of affective and attentional shifts. *Nature*, 380, 69-72.
- Duman, R.S. (1995): Regulation of intracellular signal transduction and gene expression by stress. In: Friedman et al. (1995), 27-44.
- Friedman, M.F., Charney, D.S., Deutch, A.Y. (1995): Neurobiological and Clinical Consequences of Stress. New York: Lippincot-Raven
- Fuchs, E., Uno, H., Flügge, G. (1995): Chronic psychosocial stress induces morphological alterations in hippocampal pyramidal neurons of tree shrew. *Brain Res.*, 673, 275-282.
- Gold, P.E., McCarty, R.C. (1995): Stress regulation of memory processes: Role of peripheral catecholamines and glucose. In: Friedman et al. (1995), 151-162.
- Hüther, G. (1996): The Central Adaptation Syndrome: Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Prog. Neurobiol.*, 48 569-612.
- (1997): Biologie der Angst: Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: V & R.
- (1998): Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *Int. J. Devl. Neuroscience*, 16, 297-306.
- , Doering, S., Rüger, U., Rüter, E., Schüßler, G. (1996): Psychische Belastungen und neuronale Plastizität: Ein erweitertes Modell des Stress-Reaktions-Prozesses als Grundlage für das Verständnis zentralnervöser Anpassungsprozesse. *Z. psychosom. Med.*, 42 102-127.
- , Doering, S., Rüger, U., Rüter, E., Schüßler, G. (1999): The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal networks. *Psychiatry Res.*, 87, 83-95.
- Jacobs, B.L., Azmitia, E. (1992): Structure and function of the brain serotonin system. *Physiol. Rev.*, 72, 165-229.
- , Fornal C.A. (1991): Activity of brain serotonergic neurons in the behaving animal. *Pharmacol. Rev.*, 43, 563-578.
- Joëls, M., DeKloet, E.R. (1992): Control of neuronal excitability by corticosteroid hormones. *Trends Neurol. Sci.*, 15, 25-30.
- Katz, R.J., Roth, K.A., Carrol, B.J. (1981): Acute and chronic stress effects an open field activity in the rats. Implication for a model of depression, *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 5, 247-251.
- Lachuer, J., Gaillet, S., Barbagli, B., Buda, M., Tappaz, M. (1991): Differential early time course activation of the brain stem catecholaminergic groups in response to various stress. *Neuroendocrinology*, 53, 589-596.
- McEwen, B.S, Sapolsky, P.M. (1995): Stress and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiol.*, 5, 205-216.
- , Cameron, H., Chao, H.M. (1993): Adrenal steroids and plasticity of hippocampal neurons: Towards an understanding of underlying cellular and molecular mechanisms. *Cell. Molec. Neurobiol.*, 13, 457-482.
- Mesulam, M.M. (1990): Large-scale neurocognitive networks and distributed processing for attention, language and memory. *Ann. Neurol.* 28, 597-613.
- Moore, R.Y., Bloom, F.E. (1979): Central catecholaminergic neuron systems: anatomy and physiology of the norepinephrine and epinephrine systems. *Ann. Rev. Neurosci.*, 2, 113-168.



- Nakamura, S., Kitayama, I., Murase, S. (1991): Electrophysiological evidence for axonal degeneration of locus coeruleus neurons following long-term forced running stress. *Brain Res. Bull.*, 26, 759-763.
- Pandya, D.N., Yeterian, E.H. (1996): Comparison of prefrontal architecture and connections. *Philos Trans R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, 351, 1423-1432.
- Rolls, E.T. (1990): A theory of emotion, and its application to understanding the neural basis of emotion. *Cognition & Emotion*, 4, 161-190.
- Sapolsky, R.M. (1990): Glucocorticoids, hippocampal damage and the glutamatergic synapse. *Prog. Brain Res.*, 86, 13-23.
- , Krey, L., McEwen, B.S. (1985): Prolonged glucocorticoid exposure reduces hippocampal neuron number: Implications for aging. *J. Neurosci.*, 5, 1222-1227.
- Smith, M.A., Makino, S., Koehnansky, R., Post, R.M. (1995): Stress and glucocorticoids affect the expression of brain-derived neurotrophic factor and neurotrophin-3 m-RNAs in the hippocampus. *J. Neurosci.*, 15, 1768-1777.
- Spoont, M.R. (1992): Modulatory role of serotonin in neural information processing: implications for human psychopathology. *Psychol. Bull.*, 112, 330-350.
- Stone, E.A., John, S.M., Bing, G.Y., Zhang, Y. (1992): Studies on the cellular localization of biochemical responses to catecholamines in the brain. *Brain Res. Bull.*, 29, 285-288.
- Tsuda, A., Tanaka, M. (1985): Differential changes in noradrenaline turnover in specific regions of rat brain produced by controllable and uncontrollable shocks. *Behav. Neurosci.*, 99, 802-817.
- Tucker D.M., Luu, P., Pribram, K.H. (1995): Social and emotional self-regulation. *Ann NY Acad. Sci.*, 769, 213-239.
- Uno, H., Tarara, R., Else, J., Suleman, M., Sapolsky, R. (1989): Hippocampal damage associated with prolonged and fatal stress in primates. *J. Neurosci.*, 9, 1705-1711.
- van Wimersma-Greidanus, T.B., Rigter, H. (1989): Hormonal regulation of learning. In: F.R. Bush, F.R., Levine, S. (Hg.): *Psychoendocrinology* San Diego: *Academic Press*, 271-306.
- Zigmond J.M., Finlay, J.M. Sved, A.F. (1995): Neurochemical Studies of Central noradrenergic responses to acute and chronic stress: Implications for normal and abnormal behaviour. In: *Friedman et al.* (1995), 45-60.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Gerald Hüther  
 Georg-August-Universität Göttingen  
 Abt. Psychiatrie  
 Robert-Koch-Straße 40  
 37075 Göttingen/Weende

## Narben auf der Seele

### Integrative Therapie und leibtherapeutische Interventionen in der Arbeit mit Folterüberlebenden

Ingrid Ingebrog Koop, Bremen\*

#### 1. Zur Diagnostik

##### 1.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Der medizinische Begriff des Traumas ist in den letzten Jahrzehnten auch auf Störungen im psychischen Bereich übertragen worden. Seit 1980 hat dieses Störungsbild als „Posttraumatic Stress Disorder“ (PTSD) Eingang in das Klassifikationssystem des DSM gefunden. Laut DSM versteht man unter Traumen folgendes: „Potentielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Versehrtheit bei sich oder anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird“ (American Psychiatric Association 1994). Seit Anfang der 90er Jahre ist diese Diagnose auch in der ICD-10 als „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) zu finden. In der ICD-10 werden Traumen definiert als „kurz- oder langanhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (Weltgesundheitsorganisation 1994).

So begrüßenswert es ist, dass Symptome und Konsequenzen traumatischer Erfahrungen Eingang in der medizinisch-psychotherapeutischen Fachwelt und den entsprechenden Diagnosesystemen gefunden haben, greift das PTSD-Konzept in der Arbeit mit Überlebenden von Folter und anderen extremen traumatischen Erfahrungen oft zu kurz. Im Rahmen der Arbeit mit traumatisierten Menschen hat sich eine Einteilung bewährt nach:

- a) kurzfristigen traumatischen Ereignissen versus länger andauernden und wiederholten Traumen und

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, Düsseldorf/Hückeswagen.

b) insbesondere einer Unterscheidung nach:

- „*man made disasters*“, d.h. menschlich verursachten Traumen (wie politische Haft und Folter, Massenvernichtung, z.B. in Lagern, Kriegserlebnisse, Gewalterlebnisse wie z.B. Überfall und Geiselnahme, körperliche und sexuelle Misshandlungen und Vergewaltigungen)
- Katastrophen wie Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwemmungen etc.) und technische Katastrophen (z.B. atomare und Giftgaskatastrophen, Flugzeugabstürze etc.)
- Unfall- und berufsbedingten Traumen (z.B. Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle, berufsbedingte Traumen wie bei Polizei oder Militär); zur Diagnose und Klassifikation von Traumen vgl. *Maercker* (1997).

Überlebende von politischer Verfolgung und Folter sind meistens über einen längeren Zeitraum und mehrfach extremen Stresssituationen ausgesetzt. In ihrem Heimatland haben sie zum Teil Jahre der Verfolgung, einmalige oder mehrere Haftzeiten mit andauernder oder wiederholter Folter erlebt. Die Traumatisierung endet oft nicht mit dem Verlassen der Heimat, sondern setzt sich auf der Flucht fort mit zum Teil extrem traumatisierenden Fluchtumständen. Auch bei der Ankunft im Exil ist die vermeintliche Sicherheit nur relativ. Durch Kulturschock und schwierige Lebensumstände im Exil kann es zu einer Fortsetzung des Traumas bzw. zu einer Retraumatisierung kommen. Setzt sich der traumatische Stress fort, besteht eine „sequentielle Traumatisierung“ (*Keilson* 1979). Auch die Häufung der traumatisierenden Ereignisse spielt eine große Rolle. Hier greift das Konzept der „kumulativen Traumatisierung“ (*Khan* 1963).

Menschen, die von anderen Menschen verursachte, länger andauernde und/oder gehäufte Traumen erlebt haben, zeigen eine Reihe zusätzlicher Symptome, die über das Konzept des PTSD hinausgehen. In der Fachliteratur wurden in den letzten Jahren weiterreichende Konzepte erarbeitet:

- die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Complex PTSD; *Herman* 1993) greift insbesondere folgende Symptomatiken auf: gestörte Affekt- und Impulsregulation, dissoziative Tendenzen, Somatisierungsstörungen und körperliche Erkrankungen, beeinträchtigtes Identitätsgefühl, interpersonelle Störungen, Neigung zur Opferhaltung und allgemeinen Sinnverlust (nach *Herman* 1993 und *Maercker* 1997).
- Störungen durch Extrembelastungen (Disorders of Extreme Stress, DES; *van der Kolk* et al. 1992). Das DES-Profil versteht sich als Ergänzung des PTSD-Konzeptes und der Erweiterung der komplexen PTSD. Hier wird darauf hingewiesen, dass neben den PTSD-Symptomen zumeist weitere klinische Auffälligkeiten auftreten (Komorbidität). Für die Diagnose von Folterüberlebenden werden

u.a. folgende Symptomatiken benannt: Schwierigkeiten bei der Impulsregulation, impulsives Risikoverhalten, selbstdestruktives und suizidales Verhalten, psychosomatische Schmerzen und chronische Schmerzzustände, Idealisierung der Täter, Übernahme von Werten und Teilen der Weltanschauung der Täter, Unfähigkeit, sich selbst und anderen zu vertrauen, Tendenz zur Opferhaltung, Neigung, andere Menschen zu Opfern zu machen. Es wird auch auf eine Reihe von Erkrankungen hingewiesen, die durch das PTSD-Konzept nicht abgedeckt sind, jedoch als komorbides Verhalten gelten können, z.B.: anhaltende Depression, Panikanfälle, Zwangsverhalten, psychogene Essstörungen, Suizidrisiko, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, Suchtverhalten allgemein, Somatisierung (Übersetzung von nicht gelebten Gefühlen und Empfindungen in körperliche Beschwerden, Schmerzzustände und psychosomatische Erkrankungen; vgl. *van der Kolk et al. 1993*, nach *Graessner et al. 1996*).

## 1.2 Das Konzept der Extremtraumatisierung

Der Begriff der „Extremsituation“ wurde von *Bettelheim* 1943 eingeführt als Reflexion seiner Konzentrationslagererfahrungen. Diese Extremsituation ist gekennzeichnet durch Faktoren der Unausweichlichkeit, der ungewissen Dauer, der Unvorhersagbarkeit, der permanenten Bedrohung und der Ohnmacht und Hilflosigkeit dagegen. Die Betonung liegt hier weniger auf der Quantität, sondern auf der Qualität der Erfahrungen: Es ist etwas, das Menschen von anderen Menschen angetan wurde (vgl. *Bettelheim* 1943). Besonders lateinamerikanische Kolleginnen und Kollegen haben die Bedeutung der allgemein menschlichen und damit politischen Dimension der Misshandlung durch Folter und der Konsequenzen für die Therapie mit Folterüberlebenden herausgearbeitet. Will man die Opfer politischer Repression psychologisch verstehen, so muss man sich, wie *Vidal* (1990, 121) betont, auf eine Gratwanderung begeben zwischen Psyche und politischer Praxis. Politische Repression und Folter „kann nicht als eine isolierte Tat oder als krankhafter Ausdruck von willkürlichem Machtmissbrauch einer sadistischen Autorität betrachtet werden, (sie) ist Ausdruck einer Repressionspolitik: Sie ist (...) rationell durchdacht und entspricht den Interessen und Bedürfnissen der herrschenden Gruppen“ (*ibid.*). Der Unterschied zu anderen psychopathologischen Problemen besteht nach *Vidal* in der Ebene der menschlichen Erfahrung, auf der der Konflikt entsteht. Es handelt sich weder um intrapsychische noch um zwischenmenschliche Konflikte, sondern es sind soziale Konflikte, makrosoziale, deren Entstehung den Willen irgend eines individuellen Subjekts übersteigt. Das Spezifische dieser Pro-

bleme ergibt sich aus der Ambivalenz, die weder allein vom psychologischen noch vom ausschließlich soziologischen Standpunkt aus angegangen werden kann. Nach *Amati* (1990, 25) ist Folter „für die Opfer das größte Trauma, das zu einem tiefen und vielleicht unumkehrbaren Verlust der Illusion über die menschliche Natur“ und zur Zerstörung des menschlichen Grundvertrauens führt.

Aus diesen Überlegungen heraus wird Extremtraumatisierung folgendermaßen definiert: „Extremtraumatisierung ist ein Prozess von zeitlicher Dauer, Intensität und der Interaktion zwischen sozialen und psychologischen Strukturen. Es ist ein individueller und kollektiver Prozess in Bezug auf und in Abhängigkeit von einem gegebenen sozialen Kontext“ (*Becker/Calderon* 1990). Extremtraumatisierung ist also immer beides: individuelle Zerstörung und soziopolitischer Prozess. Die Autoren führen weiter aus: „(Extremtraumatisierung) (...) beschreibt eine oder mehrere katastrophale Erfahrungen, die in einem sozio-politischen Kontext stattfinden. Diese (...) wirken auf das Subjekt so ein, dass dessen Grundstruktur beschädigt bleibt. Die traumatischen Erfahrungen können wegen ihrer Qualität und wegen ihres Ausmaßes nicht von der psychischen Struktur des Individuums verarbeitet und assimiliert werden. Die folgende psychische Entstrukturierung bedeutet, dass alle Versuche, die Psyche zu reorganisieren, bleibend von dem zugefügten Schaden geprägt sind. Das Trauma bleibt in der Zeit erhalten, manchmal wird es sichtbar, manchmal bleibt es unsichtbar. So entwickeln die Opfer von Extremtraumatisierung existentielle psychosoziale und klinische Ausdrucksformen, manchmal erst viele Jahre nach den Ereignissen selbst“ (*ibid*, 77).

In diesem Zusammenhang soll erwähnt werden, dass die Kritik an der Unzulänglichkeit des PTSD-Konzeptes nicht nur klinischer Art ist, sondern auch politischer, da es die Rechtfertigung der Täter unterstützt, die ihre Opfer als „anormal“ oder „gestört“ sehen (möchten). Im Sinne einer Restrukturierung und ressourcenorientierten Arbeit sprechen wir daher nicht oder nicht nur von Folteropfern, sondern von Überlebenden der Folter.

### *1.3 Pathogenese und Trauma in der Integrativen Therapie*

Die Integrative Therapie geht von einem Modell multifaktorieller Genese von Krankheit aus. Dabei ist nicht nur die Suche nach krankheitsbedingenden Einflüssen (Pathogenese) im Blick, sondern gleichzeitig die Salutogenese, die – vorhandenen oder fehlenden – Bedingungen für Gesundheit und Wohlbefinden (Ressourcen, Wellness), d.h. der Einbezug von protektiven Faktoren und Ressourcen ist eine unabdingbare Notwendigkeit im Verständnis psychischen und psy-

chosomatischen Befindens und muss in der psychotherapeutischen Arbeit mit einbezogen werden (Petzold 1993). Pathogenese und Salutogenese werden jeweils im Kontext eines lebenslangen Entwicklungskontinuums betrachtet. Damit ist auch zu jedem Zeitpunkt der Biographie Erkrankung möglich, nicht nur in der Kindheit. Pathogenese, Salutogenese und Defizitgenese sind eingebettet in den Ablauf von Entwicklungsprozessen, die wiederum dem Einfluss positiver und negativer Stimulierungen ausgesetzt sind (Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen, Petzold 1992a). Die schädigenden Stimulierungen können Defizite (Erfahrungen der Unterstimulierung), Traumata (Überstimulierung), Störungen (inkonstante Stimulierung) oder Konflikte (antagonistische Stimulierung) sein. Besonders im Erwachsenenalter ist anhaltender Stress als eine der Hauptursachen von Pathogenese anzusehen (Integratives Modell der Pathogenese als zeittextendierte, multifaktorielle Be- bzw. Überlastung in der Lebenskarriere, *ibid.*). Hier kommen psychische und psychophysiologische Auswirkungen zum Tragen. Vor allem wenn es sich um traumatischen Stress handelt, ist neben der verbalen Therapie eine leiborientierte Aufarbeitung und eine Berücksichtigung des sozialen Kontextes notwendig. Schließlich können Vernachlässigungen, negative Ereignisse und insbesondere Traumata zu Impulszurücknahme, Retroflexion, Selbstanästhesierung (*numbing*) und Abspaltung (*dissociation*) als dysfunktionale Bewältigungsstrategien mit spezifischen psychophysiologischen Konsequenzen (Repressions- und Dissoziationsmodell der Pathogenese, *ibid.*) führen. Die leiblichen Ausdrucksimpulse (bei Traumatisierung neuronaler Art – *hyperarousal* – sowie hormoneller Art – anhaltende Veränderung des hormonellen Systems; vgl. *van der Kolk* 1994) werden „in den Leib zurückgedrängt“ (Petzold 1996, 293), es erfolgt eine „psychophysiologische Repression“ (*ibid.*). Aufgrund der Unfähigkeit der geschädigten Person, die traumatischen Erfahrungen zu integrieren, findet eine „mentale Dissoziation“ gegenüber den traumatischen Erinnerungen statt. Diese Arten von Repression und Dissoziation haben Konsequenzen für die Behandlung, bei der Leiblichkeit, Emotionen und kognitive Vorstellungen und Selbstkonzepte reintegriert werden müssen.

## Exkurs

Petzold (1992a, 566) benennt sieben Faktorengruppen, die im Lebensverlauf pathogen auf das Individuum einwirken können:

- Genetische und somatische Einflüsse und Dispositionen
- Entwicklungsschädigungen in den ersten Lebensjahren (Defizite, Traumata, Störungen, Konflikte)
- Psychosoziale Einflüsse (Milieufaktor)

- Internale Negativkonzepte (Negativbewertung, Selbstkonzepte, Lebensstile, Zukunftserwartungen)
- Negativkarriere im Lebensverlauf
- Auslösende Aktualfaktoren (Aktualstress, zeittextendierte Belastungen wie Entwicklungskrisen, critical life events, Ressourcenverlust)
- Diverse Einflüsse und ungeklärte Faktoren (z.B. delegierte Gefühle, Drogeneinflüsse, social inheritance)

Ein Zusammenwirken dieser verschiedenen Faktorengruppen im Negativfalle führt zu einer verletzlichen, sensiblen, unklar strukturierten Persönlichkeit mit brüchigem Selbst, schwachem Ich und diffuser Identität in supportarmem Kontext und Kontinuum. Psychische Dekompensation oder andere schwere Erkrankungen können die Folge sein.

## 2. Die therapeutische Beziehung

Grundlegend in der Begegnung mit hilfeschenden Menschen ist das Eingehen von Kontakt und die Schaffung einer Vertrauensbasis. Dies gilt im besonderen Maße für traumatisierte Menschen, für die aufgrund ihrer Erfahrungen der Ohnmacht und Hilflosigkeit Gefühle des inneren Getrenntseins von sich selbst und von anderen Menschen zentral sind; für Überlebende von Folter, die „das Vertrauen in die Menschheit“ ganz oder teilweise verloren haben. Bereits in den ersten Stunden sind dies Themen in der Arbeit. In einer Therapie müssen im Beziehungsverlauf oder bei retraumatisierenden Einflüssen von außen (z.B. drohende zwangsweise Rückführung) Kontakt und Vertrauen immer wieder neu hergestellt werden. Gefolterte Menschen sind unter der Folter ihres Subjekt-Seins beraubt, zum Objekt der Folterer gemacht worden. Sie haben extreme Demütigungen erlebt und erfahren, dass ihre Würde als Mensch nicht (mehr) gilt. In der Bundesrepublik Deutschland als Exilland geht der Prozess der Entwürdigung teilweise weiter, z.B. in der Behandlung durch Behörden, im Wohnheim u.ä.

*Beispiel:* Frau Z. kommt aus einem afrikanischen Land, wo sie mehrere Monate inhaftiert war und während dieser Zeit mehrfach gefoltert wurde. In den ersten Stunden spricht sie vor allem über ihre Situation im Wohnheim und zeigt sich empört und verzweifelt über die Tatsache, dass sie nur ein Stück Seife im Monat zugeteilt bekäme. Sie empfindet dies als entwürdigend, fühlt sich zudem diskriminiert mit dem Vorurteil, als Afrikanerin brauche sie sich sowieso nicht so oft zu waschen. Durch die Rationierung der Seife sind erneut ihre Intimität und Würde verletzt worden.

Bei der Herstellung von Kontakt und Vertrauen in den ersten Stunden ist zunächst die kognitive Ebene wichtig. So erkläre ich immer, mehr oder weniger ausführlich, wer ich bin und in welchem Zusam-



menhang die Behandlung steht. Da Flüchtlinge meist vorwiegend in Kontakt mit Behörden und staatlichen Stellen sind, sich dort auch oft „beweisen“ und rechtfertigen müssen, mache ich z.B. bei der Arbeit im Behandlungszentrum für Flüchtlinge zunächst deutlich, dass diese Organisation keine staatliche Einrichtung ist. Manchmal enttäuscht dies die Erwartungen der Flüchtlinge, denn dies bedeutet auch, dass die Organisation über keine staatliche Entscheidungsgewalt verfügt. Der große Vorteil ist jedoch, die Unterstützung unbürokratisch, bei Bedarf anonym und an den Bedürfnissen des Flüchtlings orientiert anbieten zu können. Menschen, die ihre Subjektivität ganz oder teilweise verloren haben und die durch die deutschen Behörden eine andere Behandlung gewohnt sind, können dies zunächst nicht immer nachvollziehen oder glauben. Ich versuche, ihnen nicht das Misstrauen zu nehmen, sondern ermutige sie, dieses Gefühl ernstzunehmen und dem nachzugehen, sich z.B. eingehend bei anderen Leuten über das Behandlungszentrum zu erkundigen.

Kontakt und Vertrauen entwickeln sich nicht nur über die kognitive Ebene. Das Angebot von Kontakt vollzieht sich auch auf der non-verbalen, leiblichen Ebene. Dies beginnt damit, dass es für manche Patienten wichtig ist, mir den Vortritt in das Behandlungszimmer zu lassen, um so über ein Minimum an Höflichkeit und Selbstbestimmtheit verfügen zu können. Es geht weiter mit einer offenen Sitzanordnung, beim Arbeiten mit einer Dolmetscherin oder einem Dolmetscher sitzen wir zumeist in einem gleichschenkligen Dreieck. Zentral ist das Eingehen von Blickkontakt, wobei gerade bei der Arbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern sowohl im verbalen wie auch im zwischenleiblichen Kontakt eine Dreierbeziehung hergestellt werden muss. Die Art und Weise des Blickkontaktes hat in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Bedeutung. Aus den Ergebnissen der Säuglingsforschung wissen wir jedoch um die basale Wirkung des Blicks in der Leiblichkeit und Entwicklung eines Menschen (vgl. *Petzold* 1995). Dies ist zu beachten und therapeutisch nutzbar zu machen.

Kontakt und Vertrauen muss auf Seiten der Psychotherapeutin von Anfang an von einer entsprechenden therapeutischen Grundhaltung getragen werden. Auch in der Arbeit mit extremtraumatisierten Menschen ist hier der Gedanke der Intersubjektivität tragend. Mir sitzt ein anderer Mensch, ein Co-Subjekt gegenüber. Die (Wieder-)herstellung von Intersubjektivität ist therapeutisches Ziel und therapeutischer Weg gleichzeitig. Schwierig ist dies bei der Arbeit mit Folterüberlebenden in zweifacher Hinsicht: Zum einen wurde, wie oben beschrieben, unter der Folter die Subjektivität ganz oder teilweise zerstört. Zum anderen ist es eines der möglichen Symptome von Störungen durch Extrembelastung, sich selbst oder andere zum Opfer-Objekt – zu machen. An dieser Stelle wird in der Integrativen Therapie zunächst mit „unterstellter Intersubjektivität“ gearbeitet (zum Konzept

der Intersubjektivität vgl. *Petzold* 1993). Ein großer Teil der ersten Stunden und manchmal des ganzen therapeutischen Prozesses besteht darin, eine Vertrauensbasis bzw. einen würdevollen Kontakt unter Mitmenschen herzustellen. Dies geschieht nach dem Prinzip der Korrespondenz (*ibid.*). Dabei werden Wege und Ziele der therapeutischen Arbeit weder von der Psychotherapeutin noch von dem Patienten oder der Patientin alleine vorgegeben, sondern immer wieder im Prozess gemeinsamen Verständigens, Austauschens und Auseinandersetzens erarbeitet.

Die Arbeit mit Flüchtlingen und gefolterten Menschen hat immer eine politische Dimension. Ein Großteil der Menschen musste ihre Heimat aus politischen Gründen verlassen. Ein Teil war selbst politisch aktiv oder zumindestens interessiert. Hier ist es sowohl für die behandelnde Organisation als auch für die Psychotherapeutin wichtig, einen Standpunkt zu beziehen. Um blinde Flecken soweit wie möglich zu vermeiden und um offen zu bleiben für die Arbeit mit Menschen unterschiedlichster Erfahrungen und Weltanschauungen ist eine parteipolitische Einstellung gleich welcher Art kontraindiziert. Notwendig ist eine politische Haltung z.B. im Sinne humanistischer Werte, für weltweite Ächtung von Folter und engagiertes Eintreten für die Rechte von Flüchtlingen. Der Wechselwirkung zwischen individuellen und politischen Prozessen muss auch in der psychotherapeutischen Grundhaltung Rechnung getragen werden. Chilenische Kolleginnen arbeiten mit dem „*vínculo comprometido*“, d.h. sie gehen bewusst eine engagierte Beziehung und therapeutische Bindung ein. Sie nehmen Abstand vom Prinzip absoluter Abstinenz und folgen einem operationalen Gebrauch der Abstinenzregel, bei der eine aktive und parteiische Haltung nötig ist: aktiv, um den oder die Folterüberlebende(n) ausreichend zu stützen, zu halten und ihr oder ihm die Möglichkeit zu bieten, die eigene Struktur in der Therapeutin wiederzuerkennen und deren Strukturen zu nutzen, um sich (zerstörte) eigene Strukturen (wieder) anzueignen; parteiisch, um dem gefolterten Menschen nicht als Inquisitor zu begegnen, sondern als Mitwissende(r), um mit ihm das zu teilen, was ihm real widerfahren ist und nicht nur ein „persönliches Problem“ darstellt, sondern in Abhängigkeit von politischen Strukturen steht (zum „*vínculo comprometido*“ vgl. *Becker* 1992, 209ff).

*Beispiel:* Als Herr P. zu mir kommt, weist mich der Dolmetscher darauf hin, dass Leute aus seinem Land in der Regel misstrauisch seien und genau nachfragen würden, mit wem sie es zu tun haben. Wir gehen zu dritt ins Behandlungszimmer. Noch bevor wir uns setzen, beginnt Herr P. sturmflutartig zu erzählen, die Hosenbeine hochzuschieben, seinen Pullover aus der Hose zu zerren, seinen Rücken zu entblößen. Er berichtet ohne innezuhalten, wie er gefoltert worden sei, zeigt seine Brandnarben von ausgedrückten Zigaretten vor u.ä. (hier wird gleich zu Anfang ein funktionales, abgespaltenes Körperverhältnis deutlich. Der Körper wird von Herrn P., „hergezeigt“ als eine Art Beweismittel für seine Berichte bzw. eine Art Berechtigungsnachweis, überhaupt hier zu sein; die gegebene Situation oder gar dazugehö-

rige Gefühle sind nicht zugänglich). Ich bitte ihn, sich zu setzen und beginne mit dem Gespräch, indem ich zunächst auf das Thema Misstrauen-Vertrauen ziele. Der Dolmetscher und ich stellen uns ausführlich vor. Ich bitte Herrn P. zu überprüfen, mit wem er es hier zu tun habe, ermutige ihn, über uns und die Organisation Erkundigungen einzuziehen. Einen großen Teil des ersten Gesprächs arbeiten wir daran, Kontakt herzustellen. Dabei fordere ich Herrn P. immer wieder auf, sich im Raum umzuschauen (Raumwahrnehmung), uns beide anzuschauen, wahrzunehmen, wo und mit wem er hier sitze (Wahrnehmung des sozialen Umfeldes). Es dauert eine ganze Weile, bis Herr P. in der Lage ist, kurzzeitig Blickkontakt zu uns aufzunehmen.

Im Laufe des Erstgesprächs spreche ich an, dass er auch ein Überlebender sei, ein „Kämpfer“. Bei dieser Deutung wird Herr P. lebhaft. Zum ersten Mal richtet er sich leicht auf, lächelt, beginnt mit etwas lauterer Stimme zu erzählen und berichtet über seine Stellung innerhalb der politischen Organisation, in der er tätig war. Er kann diese Deutung gut annehmen und sich darin wiederfinden. Gegen Ende der Stunde vereinbaren wir einen neuen Gesprächstermin. Ich betone nochmals die Schweigepflicht und das Prinzip, bei Bedarf auch anonym zu arbeiten, z.B. nicht nach seinem Namen zu fragen. Als ich ihm einen Zettel mit der Terminabsprache gebe, schreibe ich ihm meinen Namen darauf, wie ich es immer tue. Wir sind bereits alle drei im Aufstehen begriffen. Herr P. dreht sich zu mir und bittet, mich unter vier Augen sprechen zu dürfen. Ich bitte den Dolmetscher, draußen vor der Tür zu warten. Alleine mit mir ergreift Herr P. meinen Kugelschreiber und schreibt auf mein Papier, das auf dem Tisch liegt, ein Wort: es ist sein Name. Er macht mir verständlich, dass er nur mir seinen Namen sagen möchte; der Dolmetscher sei ein Landsmann von ihm und solle diesen Namen nicht wissen – an dieser Stelle streicht er seinen Namen wieder aus. Nach einigen weiteren Sitzungen nennt er dann auch dem Dolmetscher seinen Namen.

Herr P. hat durch das Nennen seines Namens einen Vertrauensbeweis geliefert. Neben dem konspirativen Aspekt dieser Handlung, den er aus seiner politischen Tätigkeit kennt, wie auch das Durchstreichen – Vernichten – des Namens nach der Offenbarung möchte ich an dieser Stelle die Bedeutung für die therapeutische Beziehung herausheben: Die Foltererfahrungen wie auch die Behandlung in der Bundesrepublik als Exilland haben Herrn P. dazu gebracht, den Prozess sozialer Distanz und Nähe umgekehrt zu beschreiten. Naheliegender wäre, zunächst seinen Namen zu nennen und im späteren Verlauf Intimeres, z.B. eine körperliche Untersuchung zuzulassen. Im Zuge der Foltererfahrungen hat sich bei Herrn P. ein Prozess der Dekarnation vollzogen. Er hat sich als Person außerhalb seines Körpers gestellt, diesen Körper, der von anderen gefoltert und missbraucht wurde, sozusagen abgegeben und den Folterern überlassen. Durch die Folter sind Gefühle für Intimität und Würde zerstört worden. Herr P. zeigt sich in seiner Sitz- und Körperhaltung als Opfer, als in seiner Identität gebrochener Mensch mit abgespaltenem Körperempfinden und entfremdeten Gefühlen. Er betrachtet seinen Körper nicht mehr als zu sich gehörig. Daher kann er diesen Teil von sich zunächst scheinbar problemlos herzeigen. Einen Rest Intimität wahrt er sich in seinem Namen, der erst nach Schaffen einer gewissen Vertrauensbasis einem anderen Menschen anvertraut wird.

### 3. Therapeutisches Vorgehen in der Integrativen Therapie

In der traumatherapeutischen Literatur der letzten Jahre werden verschiedene phasenorientierte Behandlungsmodelle beschrieben, z.B. das dreiphasige Modell zur Behandlung von Traumastörungen von *Herman* (1993). Zentrale therapeutische Elemente sehen Phasenmodelle u.a. in Sicherheits- und Stabilisierungserfahrungen in einem therapeutischen Arbeitsbündnis, in Phasen der Traumaexposition und Trauerarbeit, in Phasen der Re-Stabilisierung und Wiederherstellung von Beziehung (vgl. *Peichl* 1997).

In der Integrativen Therapie dient das tetradische Modell (Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase, Neuorientierungsphase; vgl. *Petzold* 1993a) zur Beschreibung therapeutischer Prozesse. Orientierungspunkte für das therapeutische Vorgehen ergeben sich auch aus dem Pathogenese- und Salutogeneseverständnis. Grundlegend ist die Berücksichtigung von krankmachenden und schützenden Faktoren und deren Einbettung im Kontext und Entwicklungskontinuum, d.h. ein prozesshaftes Verständnis von Erkrankung und Heilung ist notwendig. Das soziale und sozio-ökologische Umfeld muss berücksichtigt werden. Therapeutische Arbeit muss sich auf Mehrperspektivität (Synopsis) gründen und im Zusammenwirken (Synergie) verschiedener Behandlungsansätze multimodal vorgehen, was sowohl kognitiv-verbales als auch leibtherapeutisches Vorgehen einschließt.

Die folgenden Ausführungen entstanden auf dem Hintergrund von Konzepten der Integrativen Therapie und einer Reihe praktischer Erfahrungen in der Arbeit mit extremtraumatisierten Menschen und Folterüberlebenden, u.a. bei REFUGIO, dem psychosozialen Behandlungszentrum für Flüchtlinge in Bremen. Die dargestellten Überlegungen und psychotherapeutischen Schritte sind weder als vollständig noch als in hierarchischer Reihenfolge zu betrachten. Sie sollen vielmehr zentrale Aspekte anreißen und im Sinne einer Mehrperspektivität in die Diagnostik, Indikationsstellung und Prognose einer Psychotherapie mit einbezogen werden. Ob und in welchem Ausmaß die einzelnen Themenkomplexe in einer Psychotherapie mit Folterüberlebenden zum Tragen kommen, ist im Einzelnen sehr unterschiedlich und muss jeweils für die entsprechenden Probleme, Lebenssituationen und Persönlichkeiten mit ihren Lebensgeschichten ausgewählt und modifiziert werden. Als hilfreiche Leitlinie bei der Auswahl der verschiedenen Ansätze können dabei die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ (*Petzold* 1988) dienen.

## 3.1 Leib und Identität

Foltern zielt nur vordergründig auf das Abpressen von „Geständnissen“. Das determinierte Ziel von Folter – und dies wird auch von diktatorischen Regimen und den Folterern selbst so eingesetzt – zielt auf die Zerstörung der Persönlichkeit. Über den direkten Angriff auf den Leib soll der ganze Mensch in seiner Identität gebrochen werden. Im vorliegenden Kapitel skizziere ich die Auswirkungen von Folterungen auf verschiedene Bereiche der Identität sowie mögliche therapeutische Interventionen. Dabei gliedere ich meine Überlegungen in Anlehnung an *Petzolds* „Fünf Säulen der Identität“: Leiblichkeit, soziale Beziehungen, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit (bzw. sozioökonomischer und -ökologischer Kontext), Normen und Werte (vgl. *Petzold* nach *Rahm* et al. 1993, 155).

### 3.1.1 Leiblichkeit

#### a) Entlastung und Therapie der Symptomatik

Meist bringen die Patienten eine Reihe somatischer und psychosomatischer Beschwerden mit. Körperliche Schmerzen sind untrennbar mit den seelischen Schmerzen verbunden. Sie sind Signale für das Unsagbare, nicht Benennbare. Die Erinnerung an die Grauen der Folter ist durch den Schmerz im Leib eingefleischt, inkarniert. Im Vordergrund stehen Kopfschmerzen, Magen- und Bauchschmerzen sowie Rückenschmerzen bzw. Schmerzen des gesamten Bewegungsapparates. Die Schmerzen stehen oft in direktem Zusammenhang mit den erlebten Folterungen, und zwar damit, wie der Patient oder die Patientin dies subjektiv für sich empfunden hat. Hierbei spielt es zunächst keine Rolle, ob ein organischer Befund vorliegt. Entscheidend ist die Empfindung der Patientin, die quälenden Schmerzen, die Schlaflosigkeit, der Appetitmangel. Es gilt, die Beschwerden ernstzunehmen und neben dem psychotherapeutischen Herangehen auch immer sowohl nötige medizinische Untersuchungen zur Abklärung durchzuführen bzw. zu veranlassen als auch für eine Linderung oder Beseitigung der Schmerzen und eine Wiederherstellung der gestörten Körper- und Bewegungsfunktionen Sorge zu tragen.

#### *Beispiele:*

Herr E., aus dem ehemaligen Jugoslawien, war von Soldaten einen Monat lang gefangengehalten und auf mehrfache Art gequält worden. U.a. war ihm abwechselnd heißes und kaltes Wasser über den Kopf gegossen worden. Neben anderen körperlichen Beeinträchtigungen klagt Herr E. in der Therapie über Ohrenschmerzen. Gelegentlich laufe ihm aus seinem rechten Ohr eine Flüssigkeit heraus, die kein Eiter sei. Die HNO-Untersuchung blieb ohne Befund.

Frau A. war während ihrer mehrmonatigen Inhaftierung in einem afrikanischen Land gefoltert und mehrfach vergewaltigt worden. Im Laufe der therapeutischen Behandlung kommt auch das Problem zur Sprache, sie empfinde ihre Scheide als

„ausgeleiert“. Anders als nach der Geburt ihrer drei Kinder habe sich nicht wieder das Gefühl von Lebendigkeit und Spannkraft eingestellt. Sie wünsche sich eine Operation, bei der die „geweiteten Hautlappen“ zugenäht werden sollten. Bei der Untersuchung durch eine Gynäkologin betont die Patientin nochmals, dass sie gerne operiert und „zugenäht“ werden möchte. Abgesehen von einer kleinen, gut verheilten Dammriss-Narbe ergab sich kein auffälliger Befund. Es konnte nicht geklärt werden, ob diese Narbe von einer der Geburten oder von den Vergewaltigungen stamme. Die Gynäkologin rät aus medizinischer Sicht von einem Eingriff ab. Die Patientin hält jedoch zunächst an der Idee fest, sie müsse „zugenäht“ werden, der alte Zustand der Scheide vor den Vergewaltigungen müsse wieder hergestellt werden. Dies ist ein Versuch, auf der körperlichen Ebene die Unversehrtheit zurück zu erlangen und die Erlebnisse ungeschehen zu machen.

Frau S. kommt aus einem asiatischen Land. Sie wurde während ihrer Haftzeit mehrfach mit Fäusten und Knüppeln auf den Rücken geprügelt. Aus dieser Zeit resultieren starke Schmerzen im rechten oberen Rückenbereich, die auch ihre Bewegungsfunktionen teilweise einschränken. So kann sie z.B. nur auf der Seite schlafen. Die orthopädische Untersuchung ergab eine Schädigung im oberen Wirbelsäulenbereich. Begleitend zur Psychotherapie wurde eine physiotherapeutische Behandlung eingeleitet. In der Psychotherapie konnte die Parallele hergestellt werden, wie die Schläge und Misshandlungserfahrungen auch blaue Flecken und Schmerzen auf der Seele der Patientin hinterlassen haben.

Auf der kognitiven Ebene ist die Aufklärung der PatientInnen wichtig im Sinne einer Psychoedukation. Ich erläutere in einfachen Worten die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung und wie das Trauma, die seelische Erschütterung sich auch leiblich niederschlägt, der Schock und die Angst sozusagen „in den Knochen“ stecken. Weiter führe ich aus, wie Übererregung sich als Dauerzustand etabliert und damit immer wieder Erregung, Verspannungen und Schmerzen hervorgerufen werden. Gerne benutze ich das Modell des Menschen in seiner Ganzheit als Leib-Seele-Geist-Wesen und erläutere die Zusammenhänge zwischen Körperwahrnehmung, emotionalem Empfinden und kognitiven sowie spirituellen Reflexionen.

Die vordergründigen somatischen und psychosomatischen Symptome können mit physiotherapeutischen Behandlungsformen und verschiedenen Atem- und Entspannungsverfahren angegangen werden. Schrittweise können bewegungs- und leibtherapeutische Interventionen und andere Methoden, wie z.B. Phantasiereisen durch den Körper genutzt werden. Für die Behandlung der somatischen und psychosomatischen Symptome ergeben sich verschiedene Zielvorstellungen. Unmittelbare Ziele sind natürlich die Entlastung und Schmerzlinderung, weitergefasste Ziele sind:

- Arbeit an der differenzierten Körperwahrnehmung
- Erhöhung der Sensibilität für Unterschiede in der Schmerzwahrnehmung
- Arbeit am gestörten Körperbild, Zugang zu abgespaltenen Leibregionen (in der Intergrativen Therapie u.a. mit Modifikationen der „Body Chart“-Techniken; vgl. *Petzold/Orth* 1991)

- Erfahren von Körperraum und Körpergrenzen
- Fördern des kognitiven Verständnisses für leib-seelische Zusammenhänge
- Förderung eines positiven und integrativen Körpererlebens (vgl. dazu auch *Karcher 1996, 106f*).

Für die physiotherapeutische Diagnose und Behandlung ist eine interdisziplinäre ärztliche, physiotherapeutische und psychotherapeutische Zusammenarbeit sinnvoll. Eine funktionale Physiotherapie ist oft indiziert, muss jedoch in den Gesamtzusammenhang der therapeutischen Arbeit eingebettet sein sowie die individuellen und kulturellen Voraussetzungen der PatientIn beachten. *Karcher (1996, 108f)* nennt als grundlegende Aufgaben einer physiotherapeutischen Behandlung:

- Eine schmerzlindernde Basisversorgung durch Wärmepackungen, Massagen, Akupressur, u.a.
- Die Beschaffung von Hilfsmitteln wie Einlagen und Lagerungskissen sowie prothetische Versorgung.
- Bewährte funktionale Behandlungsmethoden wie manuelle Therapie, Behandlung nach *Bobath*, funktionelle Bewegungslehre (SBL), propriozeptive neuromuskuläre Facilitation (PNF), Entspannungsverfahren, Atemtherapie, Akupressur, Massage, Fußreflexzonenmassage, Wärme- und Kälteanwendungen.

Zu nennen sind hier auch spezifische Entspannungsverfahren der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie (z.B. *Voutta-Voss 1997*) sowie spezifisch abgestimmtes physiotherapeutisches Vorgehen bei Auswirkungen unterschiedlicher Foltermethoden (*Prip et al. 1995*). Das reiche Spektrum psychomotorischer, bewegungs- und sporttherapeutischer Verfahren kann hier ebenfalls zum Einsatz kommen. Neben dem übungszentriert-funktionalen Vorgehen kommen Methoden zur Anwendung, die sich um ein integratives Vorgehen über den schmerzorientierten Ansatz hinaus bemühen und auf eine allgemeine Sensibilisierung der Körperwahrnehmung zielen: Atemtherapie nach *Middendorf*, *Alexander-Technik*, *Feldenkrais*, *Yoga*, *Qi Gong*. Schließlich werden im Sinne eines kombinierten Vorgehens in der Integrativen Therapie bewegungs- und leibtherapeutische Interventionen eingesetzt, die ggf. auch auf die erlebniszentriert-stimulierende Modalität sowie die konfliktzentriert-aufdeckende Modalität zielen (*van der Mei et al. 1997*)

#### *b) Bewegungs- und leibtherapeutische Interventionen*

In der Integrativen Therapie ist eine umfassende Betrachtung der Pathogenese und Salutogenese im Lebenskontinuum der Patienten erforderlich. Dies gilt sowohl für die diagnostische Vorgehensweise, wo eine prozessuale Diagnostik die gängige klassifikatorische Diag-



nostik (ICD 10, DSM-IV) ergänzt, als auch für die Interventionsplanung. Hier gilt es, nicht „berufsblind“ zu sein und interdisziplinär zu denken und zu handeln. *Petzold* (1996) weist darauf hin, dass Stresssymptome *als solche* ernstzunehmen und unmittelbar zu behandeln sind, was in einem rein psychotherapeutischen Kontext oft nicht beachtet wird. Umgekehrt reicht in der Regel ein klassisches physiotherapeutisches Vorgehen nicht aus, auch nicht, um die somatischen Auswirkungen zu steuern. So trägt meiner Erfahrung nach z.B. eine klassische krankengymnastische Behandlung, wenn sie als einzige oder als isolierte Maßnahme vorgenommen wird, oft wenig Früchte. Es gilt also, eine breite (und dennoch nicht eklektizistische, sondern integrative) Interventionsplanung vorzunehmen. Gearbeitet wird in einem multimodalen Vorgehen. Ein solches Vorgehen hat die übungszentriert-funktionale Modalität, die erlebniszentriert-stimulierende Modalität und die konfliktzentriert-aufdeckende Modalität im Blick und wählt die im Einzelfall erforderliche Kombination aus: „Die Kombination von Modalitäten in bimodalem oder trimodalem Vorgehen ist, wenn sie in einer Hand liegt, also in einem konsistenten ‚therapeutischen Curriculum‘ (*Petzold* 1988n, 208ff) organisiert ist und in guter Kooperation der an der Behandlung beteiligten Therapeuten erfolgt, ein ausgezeichneter Weg, eine ganzheitliche und differenzielle Behandlung zu gewährleisten“ (*van der Mei* et al. 1997, 391).

Bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen wie Folterüberlebenden müssen neben den psychischen auch die stressphysiologischen, d.h. die neuronalen und neurobiologischen Prozesse (z.B. Hormonausschüttung) berücksichtigt werden. Wenn Trauma als eine extreme Überforderung des Individuums verstanden wird, die die Regulationssysteme des Organismus und die kognitiven Möglichkeiten der bewussten Bearbeitung übersteigt, führen *van der Mei* et al. (1997) dazu aus: „Die Prozesse der unbewussten neuronalen Verarbeitung, die im ‚psychischen Tiefenbereich‘, dem limbischen System ablaufen (es arbeitet in mir‘), sind dysreguliert. Es gibt Störzonen im ‚prozeduralen Gedächtnis‘, in dem basale emotionale Erfahrungen und Sicherheitssysteme installiert sind, z.B. die emotionale Markierung wahrgenommener Eindrücke durch die Amygdala (*LeDoux* 1996), die bei traumatischem Stress die Informationsverarbeitung beeinflusst, so dass es zu Überspannungen (*hyperarousal*) und zu Abstumpfungen, Selbstanästhesierung (*numbing*) kommt, zu Unterspannungen und Dauererschläffungen, die chronifizieren können. Das dem Ich unzugängliche ‚impressive Leibbewusstsein‘ nimmt subliminale Wahrnehmungen auf, die in dem Wachbewusstsein ebenfalls unzugänglichen ‚prozeduralen Gedächtnis‘ ausgewertet, bzw. bewertet werden (*valuation*). Dabei sind die emotionalen Markierungen aus der Tiefenschicht der Amygdalareaktion wesentlich, aber auch deren ‚Kontextualisierung‘ im Hippocampus mit Ereigniserinnerungen aus dem

depositiven bzw. Langzeitgedächtnis, das auch Erinnerungen an Emotionen und ihre Kontexte aufbewahrt. Nur dadurch werden differenzierte Gefühle als Verschränkung von physiologischen, emotionalen und kognitiven Komponenten, d.h. als ‚Synergem‘ (Petzold 1992b, 806ff), möglich und damit emotional getönte Bewertungen, Valuationen. Diese werden im wachbewussten Arbeitsgedächtnis bearbeitet, durchgearbeitet, kognitiv abgeglichen und bewertet (*appraisal*) und als einheitliches Erleben und bewusstes Handeln dem Subjekt (d.h. Selbst, Ich, Identität) zugänglich“.

Moderne neurobiologische Modelle gehen davon aus, dass traumatischer Stress in der Übersteuerung der Amygdala eine Stressphysiologie (Adrenalin- und Cortisolausschüttung u.a.) bewirkt: „Zwar kann der Neocortex auf das limbische System kontrollierend einwirken und Furcht regulieren und unterdrücken, es ist damit aber keineswegs gesichert, dass die neurophysiologischen und immunologischen Stressreaktionen damit beseitigt werden“ (ibid., 380).

Expositionstechniken oder eine zentrierte desensibilisierende Behandlung laufen u.U. Gefahr, als Reaktion auf die erneute Herausforderung bzw. Überforderung auch erneut ein „*numbing*“ zu produzieren oder eine Retraumatisierung zu bewirken. In der Integrativen Therapie werden daher psychophysiologische Interventionen wie Entspannungs- und Erholungsmöglichkeiten nach der „Bottom-up-Strategie“ vorgenommen: „um dann in einer Kombination von Bottom-up- und kognitiven Top-down-Strategien eine Gesamtbehandlung durchzuführen, in der durch ein multimodales, integratives Vorgehen eine Umstellung der Stressphysiologie in Richtung Wellnessphysiologie und eine sinnstiftende Bearbeitung der Ereignisse und Ereigniszusammenhänge durch ‚narrative Praxis‘ (Petzold 1992a, 374ff, 851ff) – ein emotional berührendes, integrierendes Gespräch – möglich wird“ (ibid.). So können die komplexen Folgen von traumatischer Überforderung gemildert oder geheilt werden: „Die harmonische Schwingung von Spannung und Entspannung in der körperlich-seelisch-geistigen Dimension kann dann als leiblich-ganzheitliche Qualität von Gesundheit (*health*) Wohlbefinden (*wellness*) und Leistungsfähigkeit (*fitness*) wieder hergestellt werden“ (ibid.).

Die anthropologischen Grundannahmen der Integrativen Therapie gehen aus von dem Menschen als „Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum“. Die menschliche Ganzheit drückt sich auf verschiedenen Daseinsebenen aus, die zueinander im Einklang oder im Widerspruch stehen oder voneinander abgespalten sind. In der Integrativen Therapie wird somit nicht ausschließlich auf eine kognitive Bewertung des Traumas gezielt, sondern multimodal auf

- Berücksichtigung der neurophysiologischen und biopsychologischen Markierung des Erlebten durch Prozesse im limbischen Sys-

tem (vor allem hier setzen übungszentriert- funktionale Methoden an)

- Einbezug emotionaler Bewertungen (*valuation*) des Traumas, d.h. welche spezifischen emotionalen Tönungen und Atmosphären den im Leibgedächtnis eingravierten traumatischen Erfahrungen verliehen werden
- Eine differenzierte kognitive Bewertung und Einschätzung (*appraisal*) zur Verarbeitung auf der rationalen Ebene und Integration (vgl. *van der Mei* et al. 1997, 392f), sowie der spirituellen – sinnstiftenden – Reflexion.

In der therapeutischen Arbeit gilt es, sowohl mit verbalen als auch mit leibtherapeutischen Interventionen alle Ebenen im Blick zu behalten und zu versuchen, einen Kontaktfluss zu erreichen bzw. die Ebenen in Übereinstimmung zu bringen. Kognitionen und Gefühle sollen auf leiblicher Ebene verankert werden – und umgekehrt. Gearbeitet wird mit dem

- *Bottom-up-approach*: Eine belastete Körperlichkeit kann eine Belastung des Gemütes oder Geistes zur Folge haben. Folterüberlebende sind konkret in ihrer Leiblichkeit bedroht und beschädigt worden, was in der Regel zur Ausbildung einer akuten oder chronischen Stressphysiologie führt und Auswirkungen auf den emotionalen und kognitiven Bereich hat. Durch körperliche Entspannung und Aktivierung (Bewegungsübungen, Physiotherapie, Sport etc.) werden Emotionen und Kognitionen beeinflusst, was auch Auswirkungen z.B. auf das soziale Netzwerk hat. Manchmal bringt alleine das Gehen, das Bewegen im Raum eingefahrene Gedanken und erstarrte Gefühle wieder „in Bewegung“: Die äußere Bewegung bewirkt auch eine innere Bewegung.
- *Top-down-approach*: Belastete Gedanken und Vorstellungen können zu belasteter Körperlichkeit führen. Über Imaginationsübungen, formelhafte Vorsatzbildung, Einstellungsänderungen durch Perspektivenwechsel können Gefühle und leibliche Befindlichkeiten beeinflusst werden. Bei Folterüberlebenden kann ein „*reframing*“, eine kognitive Umstrukturierung und Neubewertung des erlittenen Traumas, sowohl den emotionalen Gehalt als auch die körperlichen Empfindungen dazu verändern (zu dem Bottom-up- und Top-down-approach vgl. *Orth* 1996, 48f; *Koop* 1997a).

Bewegungs- und leibtherapeutische Interventionen in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie werden immer prozessorientiert und modalitätengerichtet (funktional, erlebnisorientiert, konfliktzentriert) eingesetzt. Zu Interventionen in der funktional-übungszentrierten Modalität wurden oben bereits Ausführungen gemacht. Für die erlebnisorientierte und die konfliktzentriert-aufdeckende Modalität ist die Prozessorientierung in besonderem Maße wichtig, da es

hierbei kein Arsenal festgelegter Bewegungs- oder Übungssequenzen gibt. Die Interventionen werden jeweils individuell aus der Situation heraus entwickelt und eingesetzt. Als bewegungs- und leibtherapeutische Interventionen sind alle Interventionen zu verstehen, die direkt oder indirekt auf den Leib in seinem Kontext und Kontinuum gerichtet sind. Bei leibtherapeutischen Interventionen ist zu unterscheiden zwischen dem *touching*, dem *self-touching* und dem *non-touching-approach* (vgl. Petzold 1993c, 319).

Im *non-touching approach* wird die Aufmerksamkeit gezielt auf leibliche Empfindungen und Impulse gelenkt, die Wahrnehmung auf die eigene Leiblichkeit fokussiert. Der *self-touching-approach* bezieht die eigenleibliche Berührung ein, der oder die Patientin wird ermutigt, den eigenen Leib selbst zu berühren und zu erkunden. Im *touching-approach* können unspezifische Berührungen im Sinne „emotionaler Alltagsgesten“, z.B. Gesten des Trostes, der Stützung und Versicherung zum Tragen kommen. Spezifische Bemühungen (z.B. zu Atemförderung, die auf tiefenaktivierende Leibarbeit zielen, zur Mobilisierung muskulärer Panzerungen), sind in der Arbeit mit Folterüberlebenden i.d.R. kontraindiziert.

*Beispiel:* Herr T. kommt zur Therapie nach seiner Internierung in einem serbischen Gefangenenlager. Er erzählt bereits im ersten Gespräch mit lebhafter Mimik und Gestik von seinen Erlebnissen und seiner Angst im Lager sowie der anschließenden Deportierung im Bus und dem folgenden Zwang, danach tagelang in einer Kolonne zu marschieren. Am eindringlichsten schildert er eine Busszene, bei der er in dem Busfahrer seinen Nachbarn wiedererkannte und dieser ihm signalisierte: Ich bringe dich um. Herr T. schildert, wie er und seine Mitgefangenen sich im Bus auf den Boden kauern mussten, in gebeugter Haltung, Kopf nach vorne, Arme über Kopf und Gesicht verschränkt. In den folgenden Stunden greife ich die Sitzhaltung von Herrn T. auf, der bei mir im Gespräch auf der vorderen Stuhlkante sitzt, in sich zusammengesunken, Kopf nach vorne, Bauch eingeknickt. Noch immer sitzt er wie im Augenblick größter Gefahr, um sich zu schützen, aber auch, wie sich später herausstellt, um seine große Wut nicht spüren und herauslassen zu müssen. Ich bitte ihn, seine gekauerte Haltung zu verstärken. Er leistet dem Folge, empfindet die Haltung als „sehr angenehm“. Als ich ihn bitte, noch mehr zu verstärken, passiert nichts weiter. Herr T. strahlt in seiner Haltung Anspannung aus, Eingeklemmtsein, stockender Atem, die inneren Organe sind wie eingeschnürt. Diese Atmosphäre des Angespanntseins hat alle im Raum erfasst, auch den Dolmetscher. Ich frage Herrn T. dann, wie eine gegenteilige Haltung aussehen könnte und ob er diese einnehmen möchte. Als der Dolmetscher den Satz übersetzt, richtet er sich unwillkürlich selbst dabei auf, um befreiter atmen zu können (ein Phänomen der leiblichen Resonanz des Dolmetschers auf die verdichtete Atmosphäre). Herr T. versucht, sich etwas aufzurichten, gibt aber schnell auf. Diese Haltung ist ihm unangenehm. Er gibt an, sehr deutlich seinen Gürtel zu spüren, kauert sich wieder etwas zusammen. Er sei froh, dass er sich „zusammenhalten“ könne. Es wird deutlich, dass Herr T. eine Art Schutzgürtel braucht, um nicht „auseinanderzufallen“ und um sich zu schützen. Ich bitte ihn dann, seine Hand auf seinen Bauch zu legen (*self-touching-approach*). Er tut dies und richtet sich dabei unwillkürlich leicht auf. Er kann seinen Atem und seinen Herzschlag spüren. Ich gebe ihm die Rückmeldung, dass er nicht nur einen Körper hat, sondern Leib und Überlebender ist. Er kann dies gut annehmen und mit seinem leiblichen Spüren verbinden, spürt an dieser Stelle unter seiner Hand, wie lebendig er ist (*top-down-Ansatz*). Ich arbeite an seinem leiblichen Begründetsein, im

Vertrauen in seine „primordiale“, d.h. per se mitgegebene Existenz. Mit diesen Interventionen habe ich nicht an seinen Defiziten angesetzt, sondern bin in Richtung „empowerment“ gegangen, hin zu seinen Ressourcen. Als Hausaufgabe schlage ich ihm vor, jeden Tag fünf Minuten bewusst seine Hand auf seinen Bauch zu legen, Kontakt zu diesem Gefühl aufzunehmen und zu spüren: „Ich lebe“ (*bottom-up-Ansatz*). Er nimmt den Vorschlag auf. In der nächsten Stunde erzählt er freudig, dass er diese Übung jeden Tag mache. Er habe sie nicht im Sitzen, sondern im Liegen gemacht (Streckung des Bauchraumes). Er fühle sich jetzt etwas besser. Ein halbes Jahr später, als es Herrn T. wesentlich besser geht und er in verschiedenen Bereichen sein Leben zu regeln beginnt, macht er immer noch regelmäßig die Übungen und kommt damit in Kontakt mit sich und seinen Bedürfnissen.

### 3.1.2 Arbeit mit dem sozialen Netzwerk

Ausgehend von dem Menschen als sozialem Wesen sind die sozialen Beziehungen von extremtraumatisierten Flüchtlingen und Folterüberlebenden ins Blickfeld zu nehmen. Hierbei geht es sowohl um die Quantität als auch um die Qualität sozialer Beziehungen. Familienangehörige von Flüchtlingen mussten oft im Heimatland zurückgelassen werden oder wurden dort getötet. Die Notwendigkeit von Flucht und Exil stellt auch für das soziale Netzwerk von Freunden, Kollegen und sonstigen Kontakten einen abrupten Bruch dar. In der Regel ist im Exil das soziale Netz zunächst sehr ausgedünnt. Hinzu kommen die Schwierigkeiten der Akkulturationsproblematik. Die Kommunikation mit in der Heimat verbliebenen Verwandten und Freunden ist oft schwierig, gefährlich und manchmal mehr belastend als aufbauend.

Es liegen aber nicht nur verlorene oder zwangsweise abgebrochene Sozialbeziehungen vor und die Schwierigkeit, in der Fremde neue Beziehungen aufzubauen, sondern auch die Qualität der Beziehungen sowie die Fähigkeit, diese in differenzierter Form einzugehen, haben sich verändert. Mit der Erfahrung der Folter ist ein Vertrauen in menschliche Beziehungen generell zerstört worden. Fremdheitsgefühle und emotionale Betäubung, Symptome komplexer PTSD, treten sogar gegenüber den engsten Verwandten, z.B. den eigenen Kindern gegenüber auf. Zur Arbeit mit dem sozialen Netzwerk, für „Netzwerktherapie“ gibt es in der Integrativen Therapie eine Reihe von Ansätzen und Techniken, auf die hier nicht weiter eingegangen wird (z.B. Soziogramm, Beziehungspanorama, etc.; vgl. *Hass, Petzold 1999*). Diese helfen dabei, in der individuellen therapeutischen Arbeit das Beziehungsthema zu reflektieren und Anstöße für den Ausbau des sozialen Netzes zu geben. Oft ist beim Transfer in reale Begegnungen Unterstützung nötig, so in Paar- oder Familiengesprächen.

Die Familienangehörigen von Flüchtlingen sind z.T. selbst verfolgt und misshandelt worden. Oft ist eine Sekundärtraumatisierung festzustellen, indem etwa Frau und Kinder wiederholt Zeuge bei Hausdurchsuchungen waren, eine soziale Ächtung der Familie erdulden,

sich auf Schweigen einstellen mussten und unter ständiger Angst lebten. Ist der oder die ehemals Verhaftete und Gefolterte wieder bei der Familie, gar in scheinbarer Sicherheit im Exil, geht die Traumatisierung oft auch für die Angehörigen weiter. Der Vater oder die Mutter haben sich verändert. Themen im Umfeld der Inhaftierung und Folterung sind Tabuthemen. Was an sozialen und emotionalen Bezügen früher galt, ist teilweise auf den Kopf gestellt. Bei der Arbeit mit Folterüberlebenden – in der großen Mehrzahl Männer – geraten Frauen und Kinder oft aus dem Blickfeld, werden „vergessen“, obwohl sie selbst meist ebenfalls traumatisiert sind oder die sekundären Wirkungen der Traumatisierung mittragen. Eine Mitbehandlung bzw. Weiterbehandlung des familiären Umfeldes ist daher dringend notwendig. Das Familiensystem ist als Ganzes traumatisiert; die traumatischen Erfahrungen müssen in das Verständnis und Verstehen der gesamten Familie integriert werden (vgl. *Bittenbinder* 1992).

### 3.1.3 Arbeit und Leistung

Ein Problem, das besonders in der Arbeit mit Flüchtlingen, die noch im Anerkennungsverfahren sind, immer wieder auftritt, ist die erzwungene Untätigkeit. Es besteht ein Arbeitsverbot bzw. eine Arbeitserlaubnis ist nur unter sehr schwierigen und eingegrenzten Bedingungen möglich, ebenso eine Arbeitsstelle zu finden. Es geht nicht nur um einen bezahlten Job. In seiner Tätigkeit und Leistung realisiert sich der Mensch selbst. Die Beschäftigungsmöglichkeiten etwa in Flüchtlingswohnheimen sind eingeschränkt und gehen oft über Stricken oder Fußballspielen nicht hinaus (abgesehen von der mühsamen Arbeit, die Aufenthalts- und Lebensbedingungen in der Bundesrepublik zu sichern, dafür unzählige Behördengänge, zermürendes Warten und erdrückende Unsicherheit in Kauf nehmen zu müssen). Doch selbst wenn es – zum Teil auch sehr sinnvolle – Beschäftigungen gibt, wie z.B. das Angebot eines Deutschkurses, sind traumatisierte Menschen oft nicht in der Lage, dies wahrzunehmen. Die psychosomatischen und depressiven Symptome verringern entscheidend die Motivation, die Konzentrationsfähigkeit und das Durchhaltevermögen. Hinzu kommt oft ein Gefühl der Sinnlosigkeit, gerade wenn die Perspektive, in Deutschland bleiben zu können, mehr als unsicher ist. In der Therapie ist es wichtig, nach noch so kleinen Anknüpfungspunkten zu forschen, die die Möglichkeit einer Tätigkeit zur Gestaltung der Tagesstruktur, zu Erfolgserlebnissen und positivem Selbstwertgefühl bieten.

#### *Beispiele:*

Nach einigen Monaten der Therapie mit Herrn T. (s.o.) kommt erneut das Thema seiner Langeweile und Untätigkeit auf. Er macht bereits regelmäßig Sport und hat sich einem Fußballclub angeschlossen, dies reicht ihm jedoch nicht. Als ich ihn nach

Details aus seinem früheren Beruf frage, beginnen seine Augen zu leuchten. Ausführlich schildert er mir, wieviel Spaß ihm seine Arbeit als Tischler gemacht habe und wie erfolgreich er damit war. In den folgenden Wochen gelingt es, Herrn T. Kontakte zu einer Selbsthilfefachstelle zu vermitteln. Seitdem verbringt er einige Zeit die Woche dort, bastelt, hilft anderen in der Werkstatt und nimmt mit der Zeit sogar kleinere Reparaturen für Bekannte oder andere Bewohner des Wohnheims vor. Es ist für ihn äußerst befriedigend, an seine frühere Tätigkeit anzuknüpfen, wenn auch nur in begrenztem Umfang und ohne Bezahlung. Sein Selbstwertgefühl steigt dadurch erheblich. Zudem hat er in den Augen seiner Bekannten an sozialem Prestige gewonnen. All dies trägt zur Rekonstruktion seiner Identität bei. Die Wiederaufnahme einer Tätigkeit, ein Anknüpfen an seine früheren Kompetenzen und Performanzen, war ein wichtiger Schritt in der Therapie von Herrn T. Seitdem geht es ihm wesentlich besser.

Herr B., Überlebender eines Massakers im ehemaligen Jugoslawien, zeigt sich schwer belastet und mit geringer emotionaler Variationsbreite, ihm sei „alles gleich“. Für Beschäftigungsvorschläge meinerseits, etwa für gemeinsame Aktivitäten mit seinen Kindern, vermag er kaum Interesse aufzubringen. Im Laufe der Therapie hatte Herr B. mehrmals nebenbei von seinem Garten erzählt, den er in seiner Heimat nebst seinem Haus verloren habe, wie sehr ihm das Gärtnern Spaß gemacht habe und wie ihm der Kontakt zur Erde hier in Deutschland fehle. Neben der symbolischen Bedeutung des fehlenden Bodenkontaktes, die ich für die Therapie aufgreife, kann ich Herrn B. an die Pächter einer Parzelle vermitteln, die ihm gegen Mitarbeit im Garten ein eigenes Stück Land dort zur Verfügung stellen. Hier baut Herr B. nun etwas Gemüse für sich und seine Familie an und verwertet das anfallende Gartenobst. Darüber hinaus ist der Garten für ihn ein Ort, in dem er sich in die Natur zurückziehen kann, in dem er alleine sein und sich, wie er es ausdrückt, „abreagieren“ kann, wenn er von einer seiner plötzlichen Wutanfälle (ein weiteres Symptom komplexer PTSD) heimgesucht werde. Schließlich hat er während des Sommers mehrmals die Gelegenheit genutzt, seine Kinder in den Garten mitzunehmen und ihnen einiges über Gartenarbeit zu erklären oder auch mit seiner Familie dort ein Picknick zu veranstalten.

### 3.1.4 Existentielle Sicherheit – die Bedeutung des äußeren Kontextes

Dieser Identitätsbereich umfasst den sozioökonomischen und sozioökologischen Lebenskontext, d.h. die materielle und ökologische Situation des einzelnen. Bei traumatisierten Flüchtlingen und Folterüberlebenden geht es dabei zunächst um die existentielle Sicherheit, vor allem wenn eine Asylanerkennung noch nicht erfolgt oder bedroht ist. Hier werden, z.B. im Fall einer drohenden Abschiebung, therapeutische Interventionen drastisch mit äußeren Realitäten konfrontiert. Der Bedrohung an Leib und Leben im Heimatland entkommen, geraten Flüchtlinge in der Bundesrepublik erneut in eine potentiell gefährliche Situation, solange sie noch keine legale Aufenthalts-



erlaubnis haben und eine erzwungene Rückführung befürchten müssen. Etliche der Patienten kommen in diesem Stadium zur Therapie. Oft können sie nicht begreifen, wieso sie in der vermeintlichen Sicherheit des Exils immer noch nicht zur Ruhe kommen können. Nach dem Modell der sequentiellen Traumatisierung von *Keilson* (1979) bedeutet dies, dass das Trauma noch nicht beendet ist. Nach den traumatischen Erlebnissen im Heimatland und auf der Flucht setzt sich das Trauma im Exil fort. Manchmal ist es so, dass nach einer Phase vermeintlicher Sicherheit, z.B. während einer Duldung, der Aufenthalt plötzlich wieder bedroht ist, was für die Betroffenen massive Ängste und Panik hervorruft und eine Retraumatisierung auslösen kann (zum Thema der Retraumatisierung bei bosnischen Frauen vgl. *Koop* 1997b.) In solchen Situationen sind dies die zentralen Themen in der Therapie. Eine konfliktzentrierte Arbeit ist dann nicht möglich, Krisenintervention und Stabilisierungshilfe sind angezeigt. Obwohl in manchen Fällen – sehr bedingt – seitens der Behörden Rücksicht auf den Gesundheitszustand des Flüchtlings genommen wird, sind der psychotherapeutischen Arbeit hier deutliche politische Grenzen gesetzt.

*Beispiel:* Ein kurdischer Jugendlicher reagierte auf die unmittelbar drohende Abschiebung mit einem Suizidversuch. Er wird einige Tage in einer psychiatrischen Klinik behandelt, bis mich eine Kollegin anruft und bittet, die ambulante Behandlung zu übernehmen. Wir können ansatzweise über seine biographischen Erfahrungen und seine Verfolgung in seinem Heimatdorf sprechen. Ich versuche, mit ihm auch mögliche Alternativen seiner Perspektiven durchzusprechen: Überlegungen bezüglich anderer legaler Wege, zum Abtauchen in die Illegalität, zu den möglichen Konsequenzen bei einer Abschiebung. Er bleibt latent suizidgefährdet. Während dieser als „krank“ definierten Phase wird seine Aufenthaltsduldung jeweils um eine Woche verlängert. Trotz seiner Minderjährigkeit, massiver Interventionen seines Rechtsanwaltes, der weiterhin bestehenden Suizidgefahr und der Bedrohung im Heimatland wird er schließlich unvermittelt abgeschoben. Ich habe nie wieder etwas von ihm gehört.

Die materielle Situation von Flüchtlingen ist in der Regel sehr schlecht. Finanziell erhalten sie meist nur ein bescheidenes Taschengeld, von dem alle über das unmittelbare Wohnen, Essen und Waschen hinausgehenden Dinge, z.B. auch Fahrtkosten, finanziert werden müssen. Jegliche Sonderausgabe muss beantragt und in langwierigem Verfahren bewilligt werden – oder auch nicht. Dennoch versuchen viele Flüchtlinge, von diesem minimalen Geld noch etwas zu sparen und es ihrer Familie ins Heimatland zu schicken. Die Wohnbedingungen der Flüchtlinge sind recht unterschiedlich. Wohnen sie in beengten Verhältnissen in Wohnheimen, z.T. mit mehreren Leuten auf einem Zimmer, birgt dies eine Mehrfachproblematik: Zum einen sind die Bedingungen von Ruhe und Sicherheit, die zur Bearbeitung von Traumata nötig sind, in den Wohnheimen meist so nicht gegeben. Zum anderen resultieren aus der Dynamik der Wohnheimsituation weitere Probleme des sozialen und sozioökologischen Umfelds. Hin-

zu kommt, dass es den Flüchtlingen nicht gestattet ist, solange sie noch im Anerkennungsverfahren sind, z.B. sich selbst eine Wohnung zu suchen. Sie sind räumlich extrem begrenzt, dürfen z.B. auch die Stadt bzw. den Landkreis, dem sie zugewiesen sind, nicht ohne Erlaubnis verlassen. Die räumliche Begrenzung im weiteren Sinne als auch im engen Sinne in den Wohnbedingungen kann Assoziationen zu den traumatisierenden Erfahrungen von Lager und Haft im Heimatland hervorrufen und so retraumatisierenden Charakter haben.

Es haben eine Reihe weiterer Faktoren des sozioökonomischen und sozioökologischen Umfelds Einfluss auf die Lebenssituation von Flüchtlingen, von dem eingeschränkten Zugang zur Krankenversorgung (nur „unmittelbare Schmerzbehandlung“ ist erlaubt) bis hin zu subtilen Diskriminierungen oder offenen fremdenfeindlichen Angriffen in der Öffentlichkeit, bei Behörden usw. Diesen Einflüssen sind alle Flüchtlinge ausgesetzt. Für extremtraumatisierte Menschen und Folterüberlebende liegt die zusätzliche Schwierigkeit darin, dass ihre Frustrationstoleranz, ihre Abwehrkräfte und ihre normalen Bewältigungsstrategien geschwächt oder zerstört sind.

### 3.1.5 Normen, Werte, Spiritualität

Bei dieser Identitätssäule geht es um die Sinndimension des Daseins, die Frage, über welche unbewussten und bewussten Normen und Werte ein Patient verfügt bzw. sich persönlich verbunden fühlt. Ohne die zentrale Bedeutung von Sinnggebung und Spiritualität, von der Notwendigkeit einer „Nootherapie“ (Petzold 1983, 1988a; vgl. „Meditationsübungen“ bei Reddemann / Sachsse 1997) hier breiter auszuführen, möchte ich zwei Aspekte in der Arbeit mit Folterüberlebenden hervorheben. Werte sozialer, politischer, religiös-spirituelle Art sind sinn- und identitätsstiftend, verankern im Dasein. Die Wertesäule der Identität kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Über starke Werteorientierung können andere beschädigte oder zerstörte Säulen der Identität abgefedert oder kompensiert werden. Untersuchungen mit Überlebenden aus Konzentrationslagern der nationalsozialistischen Herrschaft haben gezeigt, dass Inhaftierte mit starken ideologischen Überzeugungen, sei es politischer oder religiöser Art, eher die zerstörerischen Lebensbedingungen des Lageraufenthaltes durchgestanden haben, eher überlebt haben als Menschen ohne feste Überzeugungen (Antonovsky 1997). Hinzu kommt ein weiterer Aspekt: Die subjektive Bedeutung des Widerfahrens. Für das Überleben und Bearbeiten des Traumas ist es von großer Bedeutung, wie der oder die Folterüberlebende das Geschehene in sein Glaubens- und Wertesystem einordnen kann, welchen Sinnzusammenhang für sein Leben er oder sie darin finden kann. In diesem Zusammenhang ist auch die Frage, Folteropfer oder Folterüberlebende zu sein, wich-

tig. Wenn den traumatischen Erlebnissen ein Sinn zugeordnet werden kann, fällt es leichter, das Geschehene als Teil der eigenen Biographie zu begreifen und in das Kontinuum des eigenen Daseins zu integrieren.

Bei dem Thema Normen und Werte sind auch die kulturellen, politischen und religiösen Werte der Psychotherapeutin angefragt. Als Therapeutin muss ich mir immer wieder Klarheit verschaffen, inwieweit meine eigenen Normen und Werte mit der der PatientIn vereinbar sind bzw. kollidieren und was dies für die psychotherapeutische Arbeit bedeutet. Dies gilt in besonderem Maße dann, wenn sich manchmal herausstellt, dass der oder die Folterüberlebende nicht nur Opfer, sondern auch TäterIn gewesen ist.

### 3.2 Entwicklung positiver Ressourcen

Die Integrative Therapie geht vom Konzept der lebenslangen Entwicklung, von pathogenen und salutogenen Einflüssen aus (Antonovsky 1997). Bei der Arbeit mit Folterüberlebenden ist darauf zu achten, nicht bei den Fixierungen oder Narrativen, d.h. festgefahrenen Wahrnehmungen und Haltungen der Patienten bzgl. der Foltererlebnisse stehenzubleiben, sondern den ganzen Menschen in den Blick zu nehmen, mit Schwächen *und* Stärken, mit Verletzungen *und* Kraftquellen, mit einem Lebenskontinuum, in dem es eine Zeit vor *und* eine Zeit nach dem Trauma gibt. Bei extremtraumatisierten Menschen können Ressourcen oft nicht mehr adäquat wahrgenommen, klassifiziert, bewertet und kognitiv eingeschätzt sowie in praktisches Handeln umgesetzt werden. Erlebnisse entlastender und stärkender Art sind nicht oder nur sehr schwer möglich. Vor allem durch traumatischen Stress kann das leibliche Informationsverarbeitungssystem im Gehirn fehlgesteuert werden (van der Kolk 1994). Dies führt dazu, dass auch auf „normale“ Stressereignisse mit extremen Alarmsignalen reagiert wird. Wo Aufmerksamkeit oder Vorsicht reichen würden, erfolgen panikartige Überreaktionen. Stressgefühle und ein permanenter Zustand der Übererregung dominieren das Verhalten. Nicht selten überwiegen Angst und Aggressionen. Gefühle von Freude, Heiterkeit und Glück sind eher selten (vgl. zu diesem Komplex van der Mei et al. 1997, 384). Es geht darum, sowohl innere Kräfte aufzuspüren, die das Überleben ermöglicht haben als auch Entlastungen und Kompensationsmöglichkeiten bei der Traumaverarbeitung zu schaffen. Kathartische Arbeit allein ist nicht sinnvoll, wenn dem traumatischen Erleben nicht Ressourcen als Ausgleich im Hier und Jetzt zur Verfügung stehen. In der Therapie können kleine Quellen von Stärke und Genuss (wieder) entdeckt werden: Übergangsobjekte, Musik, Literatur, Natur. Es kann angeknüpft werden an alten positiven Erfah-

rungen und Stärken: Die Aussage eines serbischen Klienten: „Ich bin nicht der, der ich mal war“ nutze ich z.B., um mir von ihm beschreiben zu lassen, wie er früher war. So kann auch der Blick wieder geöffnet werden für eine Veränderung und Weiterentwicklung eingefahrener oder gebrochener Denk-, Erlebens- und Handlungsweisen.

Aus den vielfältigen Möglichkeiten, entspannungs- und ressourcenorientiert zu arbeiten, will ich die schon in den siebziger Jahren für die Krisenintervention von *Petzold* (1972, 232f) entwickelte Arbeit mit positiven Imaginationsübungen herausgreifen (vgl. z.B. Übungen wie „Sicherer Ort“, „Innerer Tresor“, „innerer Beistand“ etc., bei *Rahm et al.* 1993, *Reddemann/Sachsse* 1997). Diese salutogenen Erfahrungen bieten die Möglichkeit zur Dezentrierung, d.h. die Fokussierung auf die pathogenen Flucht- und Foltererfahrungen für eine Weile zur Seite zu stellen. Ziel ist es, durch das Schaffen positiver innerer Bilder ein Gegengewicht zu den sich aufdrängenden malignen Erinnerungen zu bilden. Dies bildet eine Hilfe bei der Bewältigung von *flashback*-Erlebnissen und kann perspektivisch ein „Umschalten“ zwischen negativen und positiven Erinnerungen ermöglichen, bei dem der Patient oder die Patientin selbst die Erinnerungen steuert, ohne automatisch von ihnen überwältigt zu werden. Gleichzeitig bieten positive innere Bilder Zugang zum inneren Erleben, einen Bereich der Erholung und des Auftankens für Körper und Seele. Eine gute Möglichkeit, alte Ressourcen wieder zu entdecken und in neue zu verwandeln ist z.B. die Arbeit mit „inneren Landschaften“.

*Beispiel:* Herr B. aus Bosnien, von dem oben bereits die Rede war, ist als Überlebender eines Massakers 20 Tage lang durch den Wald geirrt, bevor er sich in Sicherheit bringen konnte. Im Laufe der Therapie kommen wir darauf, dass der Wald für Herrn B. eine besondere Bedeutung hat: Aus einem Wald in der Nähe seines Hauses holte er früher Holz, Waldfrüchte und Pilze. Er suchte den Wald häufig auf, um Sport zu treiben, alleine zu sein oder einfach darin herumzuspazieren. Ich bitte ihn, mir seinen Lieblingsplatz im Wald zu beschreiben. Er schildert, wie er einen Spaziergang macht zu einer Anhöhe, bis er an eine Felswand kommt, von der er eine gute Aussicht hat. Die Sonne scheint, er setzt sich mit dem Rücken zur Felswand und wärmt sich daran. Ich lasse ihn die Farben der Landschaft beschreiben, der Pflanzen, der kleinen Tiere, des Himmels. Er schildert die Geräusche, die er in seiner Phantasie hört, die Vogelstimmen, das Säuseln des Windes. Auf meine Nachfrage hin nimmt er die ihn im Wald umgebenden Gerüche wahr: Die Birken, an denen er vorüber kommt, die Walderdbeeren, die er pflückt, die Pilze, die er sucht (so sind sein inneres Auge beteiligt, sein inneres Ohr und auch der Geruchssinn als eine archaische Sinnesqualität des Menschen. Über Gerüche gelingt besonders gut ein holographischer Zugang auch zu nichtsprachlichen bzw. vorsprachlichen Szenen. Oft kann mit dem Wiederherholen eines Geruches eine ganze Szene holistisch reaktiviert werden). Ich frage auch nach seinen Körperempfindungen (die Verankerung der „inneren Landschaft“ als positive innere Ressource mit den Qualitäten seiner Sinneswahrnehmungen intensiviert die Wirkung der Bilder, hat eine benigne, salutogene Wirkung).

Gegen Ende der Phantasiereise zeigt sich Herr B. zufrieden, ja fast beglückt. Auch die Dolmetscherin meldet zurück, dass ihr die Stunde eine „ganz große Freude“ gemacht habe. Herr B. ist erstaunt darüber, wie er für einige Zeit seine Belastungen vergessen konnte. Wir sprechen darüber, wie er zu Hause üben kann, selbst in

diese positive Szene hineinzugehen. Ein Baumrindenstück auf dem Tisch des Behandlungszimmers, mit dem Herr B. in vorhergehenden Sitzungen gelegentlich gespielt hat, nimmt er nun als Hilfsmittel für diese Übung mit nach Hause. Das Rindenstück wandert noch ein paarmal zwischen den Therapiesitzungen hin und her. Es hat den Charakter eines „Übergangsobjekts“ angenommen. Mit seiner Hilfe gelingt es Herrn B., sich auch ohne die Therapeutin an seinen inneren Lieblingsplatz zu versetzen. Mit der Zeit benötigt er das Holzstück dazu nicht mehr, er kann es alleine.

### 3.3 Konfrontation mit dem Trauma

Traumaerfahrung ist eine Erfahrung namenlosen Entsetzens. In der Therapie geht es darum, die Erfahrungen benennen zu können, ihnen einen Namen zu geben und damit wieder Verfügungsgewalt über sie zu erlangen, sie in sein Lebenskontinuum zu integrieren. Bei der Frage, ob und wie eine Versprachlichung und emotionale Durcharbeitung im Sinne einer Reinszenierung der traumatischen Erfahrung sinnvoll und machbar ist, muss man zunächst die psychobiologischen Zusammenhänge der Traumaerfahrung vor Augen haben.

*Van der Kolk* (1994) geht davon aus, dass die physiologische Reaktion des „Einfrierens“ bzw. gefühlsmäßigen „Eindämpfens“ (*freeze*- oder *numbing*-Reaktionen) und die Reaktionen von Panik im Zusammenhang stehen mit exzessiver Ausschüttung von Hormonen (Opiode, d.h. körpereigene schmerzstillende Mittel und Norepinephrine). Diese Ausschüttungen interferieren mit der Speicherung des Erlebten im expliziten, d.h. sprachlichen Gedächtnis. Es kommt zu Dissoziationsphänomenen, das Erlebte wird zwar physiologisch gespeichert, aber von den Emotionen und der Sprache abgekoppelt. *Van der Kolk* führt aus der Gedächtnisforschung weiter an, dass der emotionale Gehalt des traumatischen Ereignisses mit der Kapazität, das Ereignis in Worte oder Symbole zu fassen, interferiert. Nach *Piagets* These passiert folgendes: Wenn keine sprachliche Speicherung oder Eingravierung im Gedächtnis erfolgt, organisiert sich das Gedächtnis auf einer somatosensorischen oder ikonischen (d.h. bildhaften) Ebene (somatische Empfindungen, Verhaltensausagieren, Alpträume, Flashbacks). Daraus folgt die Dissoziation der inneren von der äußeren Welt. Da die äußere Welt im Gedächtnis nur durch Bilder repräsentiert wird, wird sie vom Unbewussten ohne Widerstand (d.h. ohne Verbindung zu anderen Erinnerungen) assimiliert (*ibid.*, 258).

Aus diesen psychobiologischen Vorgängen, die hier nur in verkürzter und komprimierter Form dargestellt sind, ergeben sich Konsequenzen, die bei der Versprachlichung und Durcharbeitung eines Traumas zu berücksichtigen sind. *Petzold* (1996, 305f) weist darauf hin, dass die Forschung zur Praxis des Wiederdurchlebens von traumatischem Stress keineswegs eindeutige Ergebnisse zeigt. Die Vor-

stellung, es müsse ein verdrängtes bzw. dissoziiertes Trauma um jeden Preis ins Bewusstsein gebracht werden, wird nach *Petzold* zu einer schädlichen Zwangsvorstellung, wenn man nicht auch die Möglichkeit sieht, dass die Vermeidung oder Verdrängung eine sinnvolle, effektive und heilsame Bewältigungsstrategie sein kann. Forciert man die Traumadurcharbeitung, kann es zu einer Verstärkung von pathologischen Hyperarousal-Mustern kommen, die negative Auswirkungen auf das Immunsystem zeigen (vgl. van der Kolk 1994). Symptome des „numbing“ können mit einer unangebrachten forcierten Durcharbeitung eher verstärkt werden: „Sorgfältige prozessuale Diagnostik, flexible Interventionsstrategien und eine differenzierte Behandlungstechnik sind notwendig, um mit traumatischen Erfahrungen und mit Erinnerungen an diese ohne Gefährdung der Patienten zu arbeiten“ (*Petzold*, 1996, 306). Regressive und kathartische Arbeit sind wichtig und hilfreich, aber nicht für jede(n) und in jeder Situation. Es muss vielmehr möglich sein, aus einem breiten Repertoire die richtigen Interventionen auszuwählen. In der traumatherapeutischen Literatur sind inzwischen eine Reihe von Traumexpositionstechniken beschrieben worden, sowie z.T. Bedingungen für den Umgang damit (vgl. z.B. *Gurris* 1996; *Reddemann/Sachsse* 1998). Sie haben zum Ziel, eine Synthese aus Wort, Bild, Affekten und Körpererleben herzustellen, damit das Trauma nicht mehr dissoziiert werden muss.

Bei der Arbeit mit Regression und Katharsis kann es immer nur um situative Regressionen gehen. Bei gegebener Indikation sollte den traumatisierten Menschen ermöglicht werden, sich der traumatischen Situation bzw. den traumatischen Erinnerungen mit der stützenden Begleitung der Therapeutin zu nähern, diese zu benennen. Genauso muss es möglich sein, aus dieser Regression wieder unter der Anleitung der Therapeutin zurückzukehren zu stützenden Erfahrungen und Alltagsbewältigung.

Die Konfrontation mit dem Trauma kann, muss aber nicht, kathartische Wirkung haben. Sie wird oft entlastend sein. Hierdurch kann auch eine „eingefrorene Trauer“ (*Langer* 1986) gelöst werden und die eigentliche Trauerarbeit beginnen. Mit der Versprachlichung des Traumas und der Wiederaneignung der traumatischen Erfahrungen kann die Suche nach dem Sinn eingeleitet werden sowie eine Umdeutung der Symptome stattfinden. Symptome, die vorher nur schmerzhaft und belastend wahrgenommen wurden, können, wenn sie wieder in Zusammenhang mit dem Trauma gesetzt werden, sowohl in ihrem leiblichen als auch in ihrem emotionalen Gehalt als Stärken der PatientInnen gesehen werden, als gesunde Schutz- und Abwehrreaktionen, als „normale“ Reaktionen auf „unnormale“ Verhältnisse.

*Beispiel:* Frau E. wurde Opfer eines Terroranschlags, bei dem sich ein Selbstmordattentäter im Bus in die Luft sprengte. Erst in Deutschland haben sich die Symptome einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung gezeigt. In einer der Stun-

den spricht Frau E. bewegt darüber, wie sie im Bus saß, weint dabei. Während des Erzählens bitte ich sie, auf ihr leibliches Spüren zu achten. Sie spürt zunächst eine Schwere in der Brust. Ich bitte sie, ihre Hand darauf zu legen (*self-touching-approach*). Sie kann die Schwere zuordnen, ihren in der Brust stockenden Atem fühlen (leibliches Spüren). Auf die Frage: „Wie fühlt sich das an?“ arbeiten wir heraus, dass ihr dazugehöriges Gefühl „blankes Entsetzen“ (emotionale Zuordnung) signalisiert. Auf diese Benennung, dem Aus-Druck ihres Ein-Drucks hin, erfolgt eine leibliche Veränderung: Sie spürt ihr Herz klopfen bis zum Hals. Diesmal bitte ich sie, ihre zweite Hand darauf zu legen. Sie spürt intensiv ihr Herz klopfen (leibliche Regung) und bringt dies in Verbindung mit einem klaren Gefühl: Wut. Wut auf den Attentäter, die sie von ihrem moralischen Anspruch her nicht haben darf, weil er sich ja selbst dabei tötete. Dennoch ist diese Wut da; der Attentäter hat geplant oder in Kauf genommen, dass auch sie dabei vielleicht getötet wird. Damit hat er ihr Vertrauen in die Menschen, in die Menschheit, zerstört. Dass es diese zerstörerische Seite gibt, entsetzt sie zutiefst. Gleichzeitig verbietet sie sich eigene Regungen von Hass und Wut, die vermeintlich destruktiv sind.

Mit Frau E. reinszenieren wir die Szene im Bus. Mit Hilfe von Stühlen, Kissen und anderen Gegenständen spielen wir detailliert diese Busfahrt durch. Wir tun dies in mehreren Abschnitten, über mehrere Stunden verteilt. Immer wieder frage ich dabei nach ihren Gedanken, ihren Körperempfindungen, ihren Gefühlen. Es ist für die Patientin äußerst wichtig, mich neben sich zu spüren, sich immer wieder meiner Gegenwart und meiner Aufmerksamkeit zu versichern und, symbolisch gesehen, „an meiner Hand“ noch einen Schritt weiterzugehen. Nach diesen Stunden, in denen wir das Trauma Schritt für Schritt gemeinsam durchgegangen sind, vermag die Patientin, ihre blutbefleckte Kleidung mitzubringen, die sie seit dem Attentat aufbewahrt hatte. Anhand dessen gehen wir noch einmal emotional und kognitiv in der Zusammenfassung die traumatische Situation durch. Das Hervorholen und anschließendes Weglegen der Kleidung symbolisiert eine Integration des Erlebten und ein Verabschieden von den zwangsweisen überwältigenden Erinnerungen daran.

### 3.4 *Gegenwartsverankerung und Zukunftsperspektiven*

Die traumatischen Erfahrungen werden im Prozess der Therapie im Lebenskontext und im Lebenskontinuum verstanden und eingeordnet. Dafür ist es wichtig, die Bedeutung der Zeitdimension, des biographischen Kontinuums (wieder) zu entdecken bzw. sich zu erschließen. Traumatisierte Menschen haften mit ihren physiologischen Reaktionen einem schädigenden Fixpunkt in der Vergangenheit an. Auch emotional und kognitiv kreist das Leben um das Trauma; der „Fluss des Lebens“ ist an dieser Stelle gestaut; es ist weder möglich, Zugang zu den Quellen zu erlangen noch weiter voran zu fließen. Die Vergangenheit ist oft reduziert auf die traumatischen Erlebnisse; andere Erinnerungen werden als wenig gewichtig erachtet angesichts des erlebten Grauens. Die traumatische Vergangenheit soll erinnert, der Schmerz und die Verluste betrauert werden. Aber es soll auch den guten und stärkenden Erinnerungen Rechnung getragen werden. Nur in die schmerzhaften Seiten der Vergangenheit zu schauen hält im Schmerz fest. Es darf nicht nur der negative Teil des Lebens gelten und gelebt werden. In der Therapie können Zugänge



zu Erinnerungen vielfältiger Art gefunden werden, um sich die ganze Lebensgeschichte wieder anzueignen und nicht auf die Identifikation als „Gefolterte(r)“ reduziert zu bleiben.

Oft ist die Gegenwart bestimmt von Schmerz, Leid, großer Unsicherheit und manchmal fortgesetzter Traumatisierung. Die Einflüsse des Traumas auf das gegenwärtige Leben sowie anhaltende Traumatisierungen müssen als solche erkannt und in Zusammenhang gesetzt werden. Der Verlust von Zukunftsperspektiven ist charakteristisch für Menschen in Krisen. In besonderem Maße gilt dies für Flüchtlinge, deren reale Zukunftsmöglichkeiten meist ungewiss sind. Es ist dennoch notwendig, sich der Zukunftsdimension zu nähern, wenn auch in noch so kleinen Schritten. Manchmal umfasst „Zukunft“ in der Unsicherheit der Exilsituation erst einmal nur die nächsten Tage und Wochen. Auch dann kann über Phantasien und Wünsche gesprochen, Pläne gemacht, Möglichkeiten ausprobiert werden, um ein Fenster zur Zukunft wieder zu öffnen. Es braucht die Ermutigung, „Projekte“ wie einen Deutschkurs, eine Ausbildung oder anderes zu beginnen, auch ohne zu wissen, ob sie hier in Deutschland zu Ende gebracht werden können. Neben der persönlichen Dimension der Zukunft kann es gehen um die politische Dimension, so etwa um die Zukunft des Heimatlandes, die für Flüchtlinge eng mit dem eigenen Schicksal und den eigenen Perspektiven verwoben ist.

*Beispiel:* Frau R. kommt aus einem afrikanischen Land, wo sie ein Massaker überlebte, bei dem sie fast alle Familienangehörigen verlor. Beim Gespräch über ihre gegenwärtige Situation kommen wir auf ihr Lebenskontinuum zu sprechen und ich bitte sie, als Symbole für ihre Vergangenheit, ihre Gegenwart und ihre Zukunft jeweils einen Gegenstand aus einer Schale im Therapieraum auszuwählen. Sie nimmt zunächst eine kleine dunkle Glaspolyeder für die Gegenwart, dann eine Muschel für ihre Vergangenheit und ein Baumrindenstück für ihre Zukunft. Sie sieht sich selbst symbolisch auf der Glaspolyeder stehen mit Blickrichtung zur Muschel. Wir können herausarbeiten, wie sie ihre Gegenwart als eine berghohe Last erlebt, als nach außen hin glatt und kühl, nach innen wenig klar und durchschaubar. Sie steht zwar in der Gegenwart, nimmt dies aber kaum wahr, da ihr Blick in die Vergangenheit gerichtet ist. Die Muschel liegt in einigem Abstand zur Glaspolyeder und symbolisiert zunächst mit ihrem Äußeren Ansätze positiver Erinnerungen; sie ist jedoch geschlossen. Das Innere darf nicht näher untersucht werden, es birgt Verletzlichkeit, Schmerz und verborgenes Leid. Das Baumrindenstück liegt weit weg von den anderen beiden Symbolen, aus dem Blickfeld der Patientin. Es wird ihr bewusst, dass sie in ihrer jetzigen Situation die Zukunft völlig ausgeblendet hat. Gleichzeitig hat sie mit der Wahl des Symbols unbewusst den Wunsch nach einer gewachsenen und lebendigen Zukunft ausgedrückt. Mit Hilfe der gewählten Symbole, deren Zuordnung zueinander und dem Gespräch darüber konnte die Patientin einen kognitiven und emotionalen Zugang zur Zeitdimension ihres Daseins gewinnen. Es war auch ein Anstoß für sie, ihre biographischen Erfahrungen zu reflektieren. Sie hat damit begonnen, Teile ihrer Biographie aufzuschreiben und sie sich so wieder anzueignen. Der Prozess des Schreibens hat eine befreiende Wirkung auf sie und hält zur Zeit an.

Zur Verankerung in der Gegenwart und Erschließung von Zukunftsperspektiven ist eine kognitive Umstrukturierung bezüglich

des Traumaerlebens von zentraler Bedeutung. Das Erlittene muss emotional und kognitiv verstanden und eingeordnet werden können. Dem Leid kann subjektiv einen Sinn gegeben werden. Es kann neu bewertet, in einen neuen Zusammenhang gesetzt, als ein Zeichen von Stärke und Überlebensfähigkeit umgedeutet werden („reframing“, vgl. *Montgomery* 1993). Aus der reduzierten Selbstwahrnehmung als Folteropfer eröffnet sich die Möglichkeit, zur Selbstdefinition als Folterüberlebende(r) zu kommen. Ziel der Folter war es, das Selbstwertgefühl und die Persönlichkeit zu zerstören, den gefolterten Menschen in einen Sarg aus Leid, Schmerz und Scham zu stecken. Sich selbst als Überlebende(r) zu begreifen bedeutet unter Umständen auch die Ermutigung dazu, eine besondere Rolle einzunehmen als jemand, der/die damit auch besonders in der Lage ist, anderen Menschen mit ähnlichen Erfahrungen beizustehen. Aus der Tragödie der Folter kommt dem eigenen Leben und Erleben eine besondere Bedeutung zu. Statt die schmerzhaften Erinnerungen zu vermeiden, können sie in das eigene Dasein integriert werden. Die gelebte Erfahrung kann genutzt werden, um anderen zu helfen und einen Heilungsprozess in Gang zu setzen.

### 3.5 *Der Schritt nach außen*

Intersubjektivität in der therapeutischen Beziehung bedeutet nicht nur, die innere Realität der Folterüberlebenden ernstzunehmen, sondern auch die äußere Realität nicht zu leugnen. Die gesellschaftliche Realität der Verfolgung und Folter hatte die Zerstörung des Subjekts zum Ziel. Im therapeutischen Prozess soll die Subjektivität des traumatisierten Menschen wieder hergestellt werden. Dies impliziert erstens (wieder) zwischen innerer und äußerer Realität unterscheiden zu lernen, eine Differenzierung, die unter der Folter oft abhanden gekommen ist. Zweitens muss die äußere Realität als solche benannt und bearbeitet werden. *Becker & Becker* (1987; cit. *Becker* 1992, 234f) gehen davon aus, je stärker die Realtraumatisierung sei, um so bedeutender werde es für den therapeutischen Prozess, nicht nur zwischen Innen und Außen angemessen zu unterscheiden, sondern das Außen direkt durcharbeiten. Sie betonen die Notwendigkeit, die äußere Realität zu benennen, um den Zugang zur inneren Realität zu ermöglichen; eine Bearbeitung der Phantasien, der subjektiven Realität sei nur dann möglich, wenn die objektive Realität zwischen Therapeut und Patient benannt sei und darüber Konsens herrsche. Die Autoren fassen es so zusammen: „Einerseits geht es darum, das Leid als Bestandteil der gesamtgesellschaftlichen Unterdrückungsmechanismen zu begreifen und zu entprivatisieren, andererseits den Raum

wieder herzustellen, in dem Privates auch als Privates anerkannt werden kann“ (ibid., 235).

Die von chilenischen KollegInnen entwickelte therapeutische Strategie des „*testimonio*“ misst der Entprivatisierung des individuellen Leids (und damit auch der Möglichkeit der selbstbestimmten Wiederherstellung von Intimität) einen zentralen Stellenwert bei. *Testimonio* bedeutet Aussage oder Zeugnis. Dabei werden die PatientInnen ermutigt und unterstützt, die an ihnen verübten Verbrechen zu berichten und zu bezeugen, niederzuschreiben oder auf Tonband festzuhalten. Ursprünglich als Unterstützung für die Arbeit der Menschenrechtsorganisationen gedacht, wurde bald die therapeutische Relevanz des *testimonio* entdeckt und diskutiert. Die *testimonios* wirken nicht nur kathartisch, die Betroffenen fühlten sich erleichtert und ihre Symptome besserten sich, sondern es sei auch eine Resozialisierung, eine Zurückführung des erlittenen Leidens in die Gesellschaft, möglich. Das *testimonio* lenkt die Aggression in eine konstruktive Richtung und ist häufig der erste Schritt eines Menschen, wieder aktiv an gemeinschaftlichen Prozessen teilzunehmen. Es ermöglicht dem Individuum, seine Erfahrungen in seine Geschichte zu integrieren, in dem die Emotionen und Phantasien rekonstruiert werden (vgl. Weinstein / Lira et al. 1987). Dabei ist das Entscheidende der Prozess, in dem das *testimonio* entsteht: Der therapeutische Prozess, in dem die Verknüpfung des Geschehenen mit den leiblichen Resonanzen, emotionalen Gehalt und kognitiven Reflexionen möglich ist; der therapeutische Dialog, das Gespräch über Zweifel, Widersprüche, die partielle Integration von privater und öffentlicher Geschichte und die zunehmende Entprivatisierung des individuell erlittenen Leidens.

Das *testimonio* wirkt doppelt resozialisierend: Die traumatische Erfahrung erhält eine andere Form, sie wird versprachlicht, verschriftlicht, veröffentlicht und damit psychisch „externalisiert“. Reemtsma (1997) beschreibt, wie ihm die Niederschrift seiner traumatischen Erlebnisse als entführte Geisel half, die psychischen Konsequenzen des Traumas zu verarbeiten. Er sieht den erzwungenen Kontakt mit seinen Entführern, die ihn in einem Keller festhielten, als eine Zeit aufgezwungener Intimität: „Der Keller wird in meinem Leben bleiben, aber so wenig wie möglich von der mir in diesem Keller aufgezwungenen Intimität soll in meinem Leben bleiben. Das einzige Mittel gegen ungewollte Intimität ist Veröffentlichung“ (ibid., 17).

Die zweite resozialisierende Wirkung besteht darin, dass sich die erlittene Erniedrigung und Zerstörung in eine Anklage gegen die Folter verwandelt, ohne dass sie auf die Betroffenen zerstörerisch zurückwirkt: Dies ist der Schritt, mit dem die Folteropfer auch in der Öffentlichkeit zu Folterüberlebenden werden (vgl. Becker 1992). Ob das Bezeugen und die Herstellung von Öffentlichkeit zunächst (nur) in der Dyade der therapeutischen Beziehung geschieht – und manchmal

dort verbleibt – oder ob weitere Schritte nach außen sinnvoll und möglich sind wie eine Veröffentlichung der Aussage oder eine Anklage der Folterer im eigenen Land oder bei internationalen Gremien: Der Schritt der Externalisierung, den erlebten traumatischen Eindrücken Ausdruck zu geben, sie der Gesellschaft als Problem zurückzuzureichen und die besondere Rolle als Folterüberlebende(r) und Zeuge einzunehmen ist meist ein heilsamer Weg. Die Entindividualisierung des Erlittenen, sich zu öffnen und mitzuteilen, eröffnet die Möglichkeit des „vierten Weges der Heilung und Förderung“ (Petzold 1988), der Solidaritätserfahrung: In therapeutischen Gruppen, in Selbsthilfegruppen von Flüchtlingen aus dem eigenen Land, bei denen es auch um ganz lebenspraktische Aktivitäten geht, im Engagement in Menschenrechtsorganisationen u.a. mehr.

#### 4. Grenzen der Heilung

Die „Wege der Heilung und Förderung“ mit Folterüberlebenden implizieren einen vielfältigen Heilungsbegriff. In der Integrativen Therapie bedeutet Heilung, nicht nur von den Störungen oder Defiziten auszugehen und sie in einer reparativen oder substitutiven Behandlungsstrategie zu bearbeiten. Es wird auch gefragt nach den Coping- oder Bewältigungsstrategien dessen, was nicht mehr restituierbar ist. Gleichzeitig wird interveniert mit dem, was als gesund vorhanden ist und erhalten werden muss (konservierende Behandlungsstrategie) und dem, was noch nicht erschlossen ist und entwickelt werden soll (evolutive Behandlungsstrategie; vgl. Petzold 1993c, 326).

Heilung in der Arbeit mit traumatisierten Menschen beinhaltet nicht, das Trauma ungeschehen zu machen, sondern es in seinen ganzen Konsequenzen zuzulassen und als integralen Bestandteil der Biographie zu bearbeiten und akzeptieren zu lernen. Mit der Therapie ist vielleicht die Befreiung von Symptomen möglich, vielleicht manchmal (nur) eine Linderung. Der Schritt zur Benennung und Klärung der Zusammenhänge des individuellen Leids mit den gesellschaftlichen Gegebenheiten ist besonders für Folterüberlebende wichtig. Die Auseinandersetzung mit den politischen Verhältnissen ist ein heilender Prozess, der – in unterschiedlichem Ausmaß – an die Grenzen realer Reparations- und Veränderungsmöglichkeiten stößt. Auch da gilt es, die Wechselwirkung zwischen veränderndem Eingreifen und realer Begrenzung anzunehmen. Schließlich müssen wir als Psychotherapeuten/innen anerkennen, dass das Trauma immer als Erfahrung bestehen bleiben wird und wir in der Therapie auch an natürliche Grenzen stoßen. Das Leiden teilen statt das Leiden zu heilen, das Ohnmächtige, Unabänderliche anzunehmen und seinen Frieden damit zu machen, ist vielleicht ein angemesseneres Ziel; dies ist der

Schritt, bei dem wir nicht nur therapeutisch gefragt sind, sondern als Mit-Mensch.

### Zusammenfassung

Die psychotherapeutische Arbeit mit Folterüberlebenden wird unter der Perspektive eines Integrativen Ansatzes dargestellt. Diagnostische Kriterien und Definitionsansätze werden vorgestellt; dabei wird unterschieden zwischen dem komplexen Syndrom des PTSD und dem Begriff der Extremtraumatisierung. Das Krankheitskonzept und die Bedeutung der Therapeutischen Beziehung im Rahmen der Integrativen Therapie werden aufgezeigt und münden in die Darstellung der psychotherapeutischen Vorgehensweise. Dabei wird eine Strukturierung in folgende Bereiche vorgeschlagen: Leibtherapie, Netzwerktherapie, Arbeit und Leistungsfähigkeit, Existenzsicherung, Therapie der Sinn- und Wertestrukturen des Individuums, Entwicklung und Bestärkung von Ressourcen. Erst dann sei – wenn überhaupt in jedem Fall nötig – die Konfrontation mit dem Trauma indiziert. Zum Schluss werden Techniken der Gegenwartsverankerung und die Arbeit mit Zukunftsperspektiven vorgestellt. Bemerkungen zu den Grenzen der Heilung beschließen die Arbeit.

### **Summary: *Scars on Your Soul. Integrative Therapy and Body Therapy Interventions in the Treatment of Torture Victims***

Psychotherapeutic work with survivors of torture is shown from the point of view of an integration paradigm. Diagnostic criteria and definitions of PTSD are pointed out, differentiating the complex syndrom of PTSD and the concept of extrem traumatization. The presentation of the integrative concept of disease and the therapeutic relationship leads to the specific psychotherapeutic approach. The following leading structure is suggested: body and movement orientated therapy, network therapy, therapy on vocational capability, securing existence, therapy of meaning and values, developing resourcefulness. After these steps – not necessarily in all cases – the confrontation with the trauma can be indicated. In the end the author describes technics of anchoring the person in reality, therapeutic work with prospects on the future, and refers to the limits of healing in trauma therapy.

**keywords:** integrative therapy, trauma therapy, body and movement therapie, PTSD

### Literatur

- Amati, S. (1990): Psychoanalytische Reflexionen über die Arbeit zur Entfremdungsüberwindung. In: *Riquelme, H.* (Hg.): *Zeitlandschaft im Nebel*. Frankfurt a.M.: Verunert.
- American Psychiatric Association (1994): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV, Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.
- Becker, D. (1992): *Ohne Hass keine Versöhnung*. Freiburg: Kore.
- , Calderon, H. (1990): Extremtraumatisierungen – soziale Reparationsprozesse – politische Krise. In: *Riquelme* (1990).
- Bettelheim, B. (1943): Individual and mass behaviour in extreme situations. J: *Abnormal and Social Psychology*, 38.
- Bittenbinder, E. (1992): Krieg, Verfolgung und Folter überleben. *Systhema* 2/1992, 3-17. Weinheim: Institut für Familientherapie

- Graessner, S., Gurriss, N., Pross, C. (1996): Folter. An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapien. München: Beck.
- Gurriss, N. (1996): Seelisches Trauma durch Folter – Heilung durch Psychotherapie? In: Graessner et al. (1996).
- Hass, W., Petzold, H. (1999): Soziale Netzwerke, Netzwerktherapie, in: Petzold, H. Mär- tens, M., Wege zu effektiver Psychotherapie. Opladen: Leske + Budrich, 197-272.
- Herman, J. (1993): Die Narben der Gewalt. München: Kindler.
- Karcher, S. (1996): Körperpsychotherapie mit Folterüberlebenden. In: Graessner et al. (1996).
- Keilson, H. (1979) Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Enke.
- Khan, M. (1963): The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*. Bd. XVIII, 286-306.
- Kolk, B., van der (1994): The body keeps the score. Memory and the evolving psychobiology of PTSD, *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- , Roth, S., Pelcovitz, D. (1992): Field trials for DSM IV, post traumatic stress disorder II: disorders of extreme stress. Washington: American Psychiatric Association.
- Koop, I. (1997a): Psychosomatik bei türkischen Migrantinnen. Unveröffentlichter Vortrag, Bremen.
- (1997b): Zur Retraumatisierung bosnischer Frauen. Vortrag am 24.06.1997, ASB Bremen.
- Langer, M. (1986): Von Wien bis Managua. Wege einer Psychoanalytikerin. Freiburg: Kore.
- Maercker, A. (1997): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer.
- Mei, S., van der, Petzold, H., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression. *Integrative Therapie*, 3, 374-428.
- Montgomery, E. (1993): Families surviving torture. Vortrag auf der Tagung „Die Vergesenen – Flüchtlingsfrauen und Flüchtlingskinder“, Refugio Bremen.
- Orth, I. (1996): Heilung durch Bewegung. *Integrative Bewegungstherapie*, 2/96.
- Peichl, I. (1997): Psychotherapeutische Techniken bei traumabedingten Störungen – eine Zwischenbilanz. *Persönlichkeitsstörungen* 3/97.
- Petzold, H. (1972): Angewandtes Psychodrama. Paderborn: Junfermann.
- (1983): Psychotherapie, Meditation, Gestalt. Paderborn: Junfermann.
- (1988): Die vier Wege der Heilung in der Integrativen Therapie. In: Petzold, H.: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Bd. I/1. Junfermann: Paderborn, 173-284.
- (1988a): Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewusster und unbewusster Lebenswirklichkeit. In: Petzold, H.: Integrative Therapie Bd. II/1, Paderborn: Junfermann (auch 1991a).
- (1992a): Integrative Therapie Bd. II/2. Paderborn: Junfermann.
- (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotinalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik. In: Petzold, H. Integrative Therapie Bd. II/2. Paderborn: Junfermann.
- (1993): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bde. I, II, III. Paderborn: Junfermann.
- (1993a): Integrative Therapie Bd. II/3. Paderborn: Junfermann.
- (1993c): Integrative fokale Kurzzeittherapie und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, H., Sieper, J. (Hg.): Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann.
- (1995): Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann.
- (1996): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben. *Integrative Therapie* 2-3/1996, 288-319.
- , Orth, I. (1991): Körperbilder in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1-2/1991, 117-146.
- Prip, K., Tived, L., Holten, N. (1995): Physiotherapy of Torture Survivors. Kopenhagen: IRCT.

- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1997): Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen* 3/97.
- , — (1998): Traumaexpositionstechniken. *Persönlichkeitsstörungen* 2/98.
- Reemtsma, J.P. (1997): Im Keller. Hamburg: Hamburger Edition.
- Vidal, M. (1990): Das Gleiche und das Ungleiche bei den durch politische Repression bewirkten psychopathologischen Problemen. In: *Riquelme* (1990).
- Voutta-Voss, M. (1997): Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie*, 1/97.
- Weinstein, E., Lira, E. (1987): Trauma, Duelo y Reparación. Santiago de Chile.
- Weltgesundheitsorganisation (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kap. V. Bern: Huber.

**Korrespondenzadresse:**

Dipl. Psych. Ingrid Ingeborg Koop  
Heidelberger Str. 13  
28203 Bremen  
0421-705501



# Integrative Leib- und Bewegungstherapie in der Behandlung von folter- und kriegstraumatisierten Menschen

*Annelies Jordi, Bern*

## 1. Einführung

Das Therapiezentrum SRK für Folter- und Kriegsopfer ist ein Projekt des Schweizerischen Roten Kreuzes. Seit drei Jahren werden hier in der Schweiz lebende anerkannte Flüchtlinge mit Kriegs- und Foltererfahrungen von einem interdisziplinär arbeitenden Team im ambulanten Setting betreut und begleitet. Neben der Therapiestelle werden am Zentrum eine Vermittlungsstelle für Betroffene, Betreuende und Therapeuten sowie Weiterbildung und Forschung betrieben. In diesem Artikel geht es v.a. darum, einige ausgewählte Aspekte der Bewegungstherapie zu beleuchten und zur Diskussion zu stellen.

Die Physio-, Körper- und Bewegungstherapie ist eingebettet in ein interdisziplinär arbeitendes Team. Dieser Ansatz ist ein wichtiger Teil des Therapiekonzeptes. Deshalb werde ich an dieser Stelle kein eigenständiges Bewegungstherapiekonzept für traumatisierte Menschen vorstellen. Unter Umständen wäre es auch gar nicht sinnvoll, ein solches zu erarbeiten, da nach unserer Erfahrung die Interdisziplinarität geradezu eine Voraussetzung ist, um mit diesen Menschen in eine therapeutische Arbeit einzusteigen. So werde ich in einem ersten Teil die Traumen dieser Menschen und deren Folgen für die einzelnen, deren Familie und Umgebung beschreiben. In einem zweiten Teil werde ich von den allgemeinen ersten Erfahrungen mit Folter- und Kriegsopfern berichten, um dann im dritten Teil auf einige Aspekte der Integrativen Bewegungstherapie einzugehen.

## 2. Das Trauma

Der Traumabegriff hat in den letzten Jahren eine Inflation erlebt, jede und jeder wurde schon einmal „traumatisiert“ und damit ist meist gemeint, was diagnostisch eigentlich als „Kritisches Lebensereignis“ bezeichnet werden sollte (*Holmes/Rahe 1967*). Menschen, die Hilfe und Unterstützung in unserem Zentrum suchen, haben alle „Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung und katastrophalem

Ausmaß“ – wie in der ICD-10 beschrieben – durchgemacht. Zudem handelt es sich um sogenannte „Man Made Disaster“, von Menschen absichtlich und wiederholt zugefügte physische und psychische Misshandlungen oft unvorstellbaren Ausmaßes.

Mit dem Leben im Exil wird diese Kette von Verfolgung, Misshandlung und Unterdrückung meist nicht beendet. Neue kritische Lebensereignisse wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Abhängigkeit, Verfolgung von Angehörigen im Herkunftsland, Diskriminierung und Rassismus erschweren oder verunmöglichen eine einigermaßen befriedigende Auseinandersetzung mit der Traumatisierung. Es ist deshalb wichtig, in der Betreuung und Behandlung dieser Menschen, die Spanne nach den traumatischen Ereignissen von Folter und Krieg und die gegenwärtige Lebenssituation zu berücksichtigen. Inwieweit der Lebensabschnitt vor den einschneidenden, massiven Traumen eine Rolle spielt, ist schwierig abzuschätzen. Wir stellen fest, dass Ressourcen aus der „vortraumatischen“ Zeit oft schlecht zu mobilisieren sind. Die massive Einwirkung auf die Persönlichkeit und die Identität der Traumatisierten scheinen den Zugang zu früheren Quellen, zumindest am Anfang der Therapie, zu verschließen. Zudem waren viele der Gefolterten bereits vor der eigentlichen Folter Verfolgungen ausgesetzt (s. Beispiel 1).

Ein wichtiger Aspekt bei den durch Folter und Krieg traumatisierten Menschen ist die gesellschaftspolitische Dimension. Indem in dem gängigen Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, PTSD) Folter und Genozid anderen Stressoren gleichgesetzt werden, wird deren politische Dimension verschwiegen. So besteht die Gefahr, dass durch Individualisierung und Pathologisierung existierende Ungerechtigkeit und Unterdrückung verschleiert oder gar verleugnet werden (Becker 1997). Ein Therapeut oder eine Therapeutin von Folter- und Kriegsoffern muss demzufolge gesellschaftspolitisch reflektieren und dieses Engagement angemessen auch in die Therapiesituation einbringen können.

Weiter gilt es folgenden Gesichtspunkt bei dieser Art von Traumatisierung zu beachten: Kritiker des PTBS-Konzeptes meinen, dass die Symptome, die nach einer schweren Traumatisierung auftreten können, als normale menschliche Reaktion auf ungewöhnliche, unmenschliche Ereignisse gewertet werden müssen und dass die Festbeschreibung in einem psychopathologischen Begriff die Betroffenen in einer Krankheitsrolle fixiert. Demgegenüber stellen wir bei vielen Betroffenen klinisch sowie testpsychologisch (SCL-90-R nach *Derogatis* 1977) eine ausgeprägte bio-psycho-soziale Symptomatik fest (*Frey* 1998): 85% der bei uns Behandelten zeigen im SCL-90-R überdurchschnittlich erhöhte Werte in der Skala für PTBS (*Valach/Frey* 1998; *Weathers et al* 1996). So bewegen wir uns zwischen „Normalität“ und ausgeprägter Pathologie. Dies ist nur eine von vielen Gegensätzlich-

keiten und scheinbaren Unvereinbarkeiten, in denen wir uns in der Therapie mit traumatisierten Menschen befinden. Polarität und Zerrissenheit scheinen Traumatisierung, traumatisierte Menschen und Menschen, die sich mit Traumatisierung befassen, zu kennzeichnen.

### 3. Die Folgen

Menschen, die im Therapiezentrum Hilfe suchen, zeigen alle mehr oder weniger ausgeprägt folgende Symptome einer komplexen post-traumatischen Belastungsstörung (vgl. *Herman 1992; Maercker 1997; van der Kolk 1996*).

#### A. Störung der Affektregulation

- anhaltende Dysphorie
- aufbrausende oder extrem unterdrückte Wut (ev. alternierend)
- selbstdestruktives Verhalten und chronische Suizidalität
- Sexualität ausschweifend oder extrem gehemmt (ev. alternierend)
- impulsive und riskante Verhaltensweisen

#### B. Bewusstseinsveränderung

- Amnesie (total oder partiell)
- dissoziative Episoden (gedankliche Wiederholung der Traumatisierungen, Depersonalisation, Derealisation)

#### C. Somatisierung

- chronische Schmerzen
- funktionelle Störungen
- Konversionssymptome
- sexuelle Störungen

#### D. Chronische Wesens- und Persönlichkeitsänderungen

- *gestörte Selbstwahrnehmung*: Ohnmachtsgefühle, Lähmung jeglicher Initiative, Scham- und Schuldgefühle, Selbstbeächtigung, Gefühl der Beschmutzung und Stigmatisierung, Gefühl sich von andern grundlegend zu unterscheiden („besonders sein“)
- *gestörte Kognitionen und Emotionen die Täter betreffend*: ständiges Nachdenken (Rache), unrealistische Einschätzung ihrer Macht (anhaltende Bedrohung), Idealisierungen und paradoxe Dankbarkeit, Gefühle einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung zum Täter, Assimilierung derer Überzeugungssysteme
- *Beziehungsprobleme*: Isolation und Rückzug, gestörte Intimbeziehungen, wiederholte Suche nach einem Retter, anhaltendes Misstrauen, Tendenz, wieder Opfer zu werden oder andere zu Opfern zu machen (häusliche Gewalt)

## E. Veränderungen der Wertsysteme

- Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung
- Verlust früherer Glaubensinhalte

Neben körperlichem und psychischem Leiden sind die sozialen Folgen wie Einsamkeit, Gewalt in der Familie und oft massive Konflikte im weiteren Umfeld häufig. 1997 gaben 30% der Menschen, die am Therapiezentrum Hilfe suchten, Eheprobleme, 21% Erziehungsschwierigkeiten und 24% Konflikte im Helfersystem an (Schweizerisches Rotes Kreuz 1997). Sehr komplex sind die körperlichen Phänomene bei Traumatisierungen. *Haefliger* (1998) unterscheidet zwischen primär von der Psychotraumatologie unabhängigen, traumaimmanenten, syndromimmanenten und sekundären Phänomenen.

- Primär von der Psychotraumatologie unabhängige körperliche Phänomene: Körperliche Phänomene jeglicher Art
- Traumaimmanente körperliche Phänomene: Verletzungen des Zentralnervensystems, des peripheren Nervensystems, des Bewegungsapparates, der Genitalorgane, der Haut usw.
- Syndromimmanente körperliche Phänomene: Reaktionen auf neurochemischer Ebene, Reaktionen des autonomen Nervensystems, Reaktionen auf muskulärer Ebene
- Sekundäre körperliche Phänomene: Folgen der primär unabhängigen traumaimmanenten, syndromimmanenten körperlichen Phänomene.

Bei Menschen, die Folter durchgemacht haben, finden sich relativ häufig traumaimmanente körperliche Zeichen wie chronische Schulterschmerzen oder Lähmungen nach Aufhängung oder massive Fuß- und Unterschenkelbeschwerden nach „Falakka“ (Schläge auf die Fußsohlen mit anschließender forcierter Belastung). Oft sind Schäden am Bewegungsapparat oder Folgen von Verletzungen des Zentralnervensystems schlecht von syndromimmanenten Phänomenen wie Reaktionen auf neurochemischer Ebene, des autonomen Nervensystems oder auf muskulärer Ebene zu unterscheiden. Eine der häufigsten körperlichen Symptome sind Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen. Handelt es sich hier um direkte Folgen von Schlägen oder eher um verspannte Muskulatur in Folge einer Stress- und Angststörung? Obschon medizinische Abklärungen oft keine abschließende Antwort auf diese Fragen bringen und eher ein Ausdruck von Hilflosigkeit sind, können sie doch in einzelnen Fällen sehr hilfreich (Hinweise auf Erklärungsmodelle) oder sogar unabdingbar sein, um ernsthafte Erkrankungen zu erkennen und entsprechend behandeln zu können. Am Therapiezentrum veranlassen wir relativ häufig medizinische, nach Möglichkeit nicht-invasive Untersuchungen. Die „Eintrittskarte“ in eine Therapie sind in den allermeisten Fällen körperliche Symptome, die ernst genommen sein wollen.

Auch die Unterscheidung von primär vom Trauma unabhängigen Phänomenen und Krankheiten mit trauma- oder syndromimmanenten Symptomen ist oft, vor allem für die Betroffenen selbst, nicht einfach. So leidet z.B. ein Patient an einer unspezifischen Wucherung des lymphatischen Gewebes. Handelt es sich hier um eine Folterfolge oder um eine primär unabhängige Krankheit, die zu dieser Zeit auftrat? Ein anderer Mann litt an einem plötzlich auftretenden Exanthem mit starker Schwellung an Kopf und Hals, was ihn äußerst ängstigte und was er auf die Folter zurückführte. In einer Untersuchung im Tropeninstitut konnte festgestellt werden, dass dieses Phänomen auf eine Parasiten-Infektion zurückzuführen war. Im Alltagsverständnis gehen wir davon aus, dass Menschen durch das Überwinden von Belastungen „wachsen“ und „stärker werden“. Dies trifft wohl bei üblichen Belastungen zu. Bei einer extremen Häufung von starken Stressoren, z.B. bei Überlebenden des Holocaust, nimmt dagegen die Fähigkeit zu erfolgreichem Coping bei zusätzlichen Belastungen ab (Baider et al. 1992).

Diese, nur marginalen, Beispiele machen deutlich, dass wir es meist mit einer Kombination von primär traumaunabhängigen, traumaimmanenten und syndromimmanenten Zeichen und deren Folgen zu tun haben. Eine klare Unterscheidung ist manchmal nicht möglich, aber doch oft sehr hilfreich und sinnvoll, gerade auch für die Leib- und Bewegungstherapie. Haefliger (1998) macht weiter darauf aufmerksam, dass körperliche Phänomene als Trigger auftreten können (Behinderungen, Schmerzen, u.a.) oder der Vermeidung dienen (Schmerzen, motorische Schwierigkeiten, u.a.). Ganz allgemein gesagt, handelt es sich bei den Erscheinungsbildern und Symptomen nach Traumatisierung um zwei Grundmuster menschlichen Reagierens: die Wiederholung des Traumas oder dessen Vermeidung. So findet sich immer wieder die Polarität von überschwemmt werden oder abgestumpft sein.

#### 4. Allgemeine Aspekte in der Therapie mit traumatisierten Menschen

Der anthropologische Grundsatz der Integrativen Therapie – Körper-Seele-Geist-Einheit im sozialen und ökologischen Kontext und Zeitkontinuum (Petzold 1993) – kommt in der Betreuung und Therapie von folter- und kriegstraumatisierten Menschen in einem besonderen Maße zum Tragen. Am Therapiezentrum SRK fühlen wir uns diesem Ansatz verpflichtet und entsprechend ist auch das Team aus Fachleuten mit verschiedenen beruflichen Hintergründen zusammengesetzt. Neben Ärzten und Ärztinnen aus unterschiedlichen Fachgebieten (Allgemeine und Innere Medizin, Psychiatrie) arbeiten

Psychologen, Sozialarbeiterinnen, Theologen und eine Physio-, Körper- und Bewegungstherapeutin, alle mit zusätzlichen psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungen.

Dieser interdisziplinäre Ansatz ist wahrscheinlich einer der wichtigsten konzeptionellen Grundsätze in der Therapie von traumatisierten Menschen, da Traumatisierung immer in allen Lebensbereichen Folgen zeigt. Erst durch das Einbringen unterschiedlicher Sichtweisen können wir den Patienten gerecht werden. Zudem scheint die Betreuung durch zwei oder mehrere Personen den Menschen, die so grundsätzlich erschüttert sind im Vertrauen zu sich, zu den anderen, zur Welt, mehr Sicherheit zu geben. Die Arbeit im Team ist außerdem eine gute Burn-out-Prophylaxe.

Zwei Grundsätze in der Therapie mit traumatisierten Menschen möchte ich hervorheben: Die Menschen ganzheitlich in ihrem Umfeld zu sehen, zu verstehen und zu unterstützen ist, gerade auch für BewegungstherapeutInnen, unabdingbar. Eine wichtige Diagnose- und Therapiehilfe (Ressourcenmodell; vgl. *Petzold* 1997) sind die fünf Säulen der Identität: (1) Leiblichkeit/Körpererleben, (2) Beziehungen/soziales Netz, (3) Arbeit und Leistung, (4) Materielle Sicherheit, (5) Wertvorstellungen. *Schnyder* (1997) hat deren Anwendung in der Psychotraumatologie ausführlich beschrieben. Eine gute therapeutische Beziehung ist die wichtigste Voraussetzung jeder Therapie. Im Laufe einer Therapie muss immer wieder darum gerungen werden. In der Betreuung und Behandlung von traumatisierten Menschen ist dieser Teil besonders anspruchsvoll und bedarf einer ständigen kollegialen Unterstützung und interner und externer Supervision. Vor allem zwei Dinge sind uns in dieser Arbeit wichtig geworden: Dass wir den Menschen viel Raum und Zeit geben, ihre Selbstbestimmung achten und fördern und dass wir andererseits klare Strukturen anbieten, Leitplanken setzen und offen, sicher und flexibel führen.

## 5. Integrative Bewegungstherapie mit traumatisierten Menschen

Im Folgenden werde ich nicht speziell auf die Behandlung der traumaimmanenten Phänomene, also den direkten Folgen von Verletzungen, eingehen. Sie bedürfen einer gezielten physiotherapeutischen Behandlung. In einer Publikation des International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT 1995) werden spezifische körperliche Folgen von Folter, wie z.B. Falakka, und deren Behandlung beschrieben.

In den folgenden Beispielen wird ersichtlich, dass direkt durch das Trauma bedingte Symptome oft schwer von sogenannten syndromimmanenten Phänomenen zu trennen sind. Deshalb ist eine fundierte

funktionell-physiotherapeutische Ausbildung in Verbindung mit psychotherapeutischem Wissen und Fertigkeiten sicher eine gute Voraussetzung für die Arbeit mit traumatisierten Menschen.

## 5.1 Tonusregulation

Die Wichtigkeit der Entspannung in der Therapie mit Traumatisierten wird in der Literatur (*Vogelsang* 1996) oft hervorgehoben. In der Integrativen Bewegungstherapie werden Entspannungstechniken tonusregulierend eingesetzt, da das Ziel das Erreichen eines Eutonus ist. Dieser wird als eine Voraussetzung angesehen für eine harmonische Gestaltung des Leibes, und Leib ist hier im Sinn des beseelten Körpers zu verstehen. Es geht also neben dem körperlichen auch um ein emotionales und geistiges Entspannt- und Gespannt- sein (*Voutta-Voß* 1997, 1998).

Die Leitsymptome bei der Traumatisierung sind einerseits die Gefahr der Wiederbelebung des Traumas, die Übererregbarkeit (*hyperarousal*) und andererseits die Vermeidung, die Starre und Anästhesierung des Körpers. Meist sind Wiedererleben und Vermeidung gleichzeitig oder in einem mehr oder weniger starken Wechsel vorhanden. Immer haben wir es mit muskulärer Erschlaffung und Verspannung gleichzeitig in unterschiedlicher Ausprägung zu tun. So finden wir bei den meisten Patienten psychomotorische Symptome wie zentraler Hypotonus, d.h. Erschlaffung im Rumpf, überlagert von Hypertonus (meist periphere, d.h. in den Extremitäten, aber auch in Schulter-, Rücken- und Gesäßmuskulatur), unkoordinierte und ungeschickte Bewegungen, Schwierigkeiten mit dem höheren Gleichgewicht (Einbeinstand, Gehen auf einer Linie usw.) und mit der Orientierung im Raum und am eigenen Körper. Diese Zeichen gehören u.a. zu den sogenannten Stresssymptomen (*Petzold* 1997). Geleitet von diesen Symptomen arbeite ich vor allem zu Beginn einer Behandlung in Richtung Tonusregulation:

- Sorgfältige Dehnung der verspannten und verkürzten Muskulatur mit Atemübungen, Massagen und funktionellen Bewegungsübungen
- Zentrierung, zentrale Kontrolle (nach *Bobath*-Konzept), d.h. Tonusaufbau im Rumpf)
- Wahrnehmungsübungen (z.B. Massage mit Noppenball, Atemarbeit nach Middendorf, s. Beispiel 3)
- Gleichgewichtsübungen (z.B. Übungen auf dem Kreisel)
- Koordinationsübungen (rechts/links, Arme/Beine)
- Übungen zur Orientierung im Raum (z.B. Schrittfolgen mit Richtungswechsel)



Übungen und Vorübungen aus der Kampfkunst Aikido eignen sich in idealer Weise, um diese Funktionen zu trainieren. Es handelt sich dabei um einfache und klar strukturierte Übungen, die oft an Bekanntes erinnern. Kampfsportarten und in einem besonderen Maße das Aikido (Roth 1990) beinhalten eine umfassende Schulung von zentraler Kontrolle, Koordination, Gleichgewicht und Orientierung im Raum und am eigenen Körper. Das ganzheitliche und vielfältige Training dieser Übungsform ist wahrscheinlich auch gut geeignet für das „leibliche Umlernen“ bei Stresssymptomen (Petzold 1997). Wird, wie meist im Aikido, zu zweit geübt, so bietet sich in einer späteren Phase die Möglichkeit, den Beziehungsaspekt miteinzubeziehen.

Im Rahmen von Atemübungen, die ebenfalls klar strukturiert sind, kann mit der Stimme gearbeitet werden. In der Verbindung von Bewegung und Stimme entstehen ideale, auch zum „Hausgebrauch“ geeignete Aggressionsübungen. Diese Übungen sind bei den Patienten sehr beliebt und werden oft erstaunlich schnell selbständig zu Hause durchgeführt. Die Menschen berichten spontan, dass sie dabei ruhiger, lebendiger und konzentrierter werden. Es scheint, wie wenn diese klar strukturierten Übungen im Chaos des Traumas Ordnung schaffen würden. Sicher aber haben wir es hier mit einem sogenannten „*bottom up approach*“ zu tun, d.h. es kommt zu einer Beeinflussung des emotionalen, kognitiven und sozialen Bereichs (Orth 1996). Im Gegensatz zu den „Angsthaltungen“ mit hängendem Kopf, hochgezogenen Schultern und fixiertem Becken werden „Kampfhaltungen“ mit sicherem Stand und aufgerichteter Wirbelsäule geübt.

## 5.2 Exkurs

Eine häufig empfohlene Entspannungstechnik ist die Progressive Relaxation nach E. Jacobson (vgl. Krahmnn 1998). Hier wird durch aktive Spannung eher kurzfristige Tonusverminderung erreicht (übrigens auch eine oft angewandte Technik in der Physiotherapie). Diese Behandlungsart hat sich nach meinen Erfahrungen bei extrem Traumatisierten mit Angst- und Stresssymptomatik nicht bewährt, da beim Anspannen der meist sehr hoch tonisierten Muskulatur eine akute, z.T. auch angstmachende Schmerzzunahme erfolgt oder die Gefahr von Wiedererleben oder Flashbacks besteht. Im Integrativen Ansatz kann das Erspüren von Spannungen und in deren Folge auch die Wahrnehmung der dazugehörenden Gefühle und schließlich deren Handhabung ein gewünschtes Vorgehen sein. Als rein funktionelle Entspannungstechnik ist bei Traumatisierten jedoch Vorsicht geboten.

### Beispiel 1:

Herr E., 40 Jahre alt, lebt mit seiner Frau und zwei Kindern seit fünf Jahren als anerkannter Flüchtling in der Schweiz. In seiner Heimat war er 7 Jahre im Gefängnis wegen politischen Tätigkeiten und Teilnahme an Demonstrationen, davon ein Jahr in Isolationshaft. Er wurde mit Schlägen, Elektrizität, abnormen Körperhaltungen, Scheinexekution und Verwirrtechniken gefoltert. Er überlebte diese Zeit dank Hungerstreiks und politischen Aktionen im Gefängnis. In der Einzelhaft halfen ihm innere Dialoge. Nach der Entlassung fühlte sich Herr E. weiterhin bedroht und floh schließlich in die Schweiz. Trotz abgeschlossenen Studiums und den raschen Erlernens einer Landessprache fand er nur eine Beschäftigung als Hilfsarbeiter. Nach dem Umzug in einen anderen Landesteil begegnete er in seinem Dorf einem Mann aus seiner Heimat, den er als Folterer wiedererkannte, was seine traumatischen Erfahrungen wiederbelebte und zu einer ausgeprägten Symptomatik einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung führte. Neben Ein- und Durchschlafstörungen und Alpträumen leidet er unter massiven Angstzuständen und paranoiden, nicht psychotischen Ideen. Wegen Rückenschmerzen musste er seine Arbeit aufgeben. Er zieht sich von fast allen Kontakten zurück, auch innerhalb der eigenen Familie.

Zu diesem Zeitpunkt wird er mit seinem Einverständnis durch das betreuende Hilfswerk im Therapiezentrum SRK angemeldet. Der Ort hier wird nebst seinem eigenen Zimmer zu Hause zu einem einigermaßen sicheren Ort, so dass es möglich ist, ihn zur Teilnahme an einem Arbeitslosenprojekt und einen Deutschkurs zu motivieren. Daneben erweist es sich als sehr schwierig, eine sichere Grundlage zu schaffen für eine traumafocussierte Therapie (Hermann 1993). Auch in der vortraumatischen Zeit gibt es kaum Anknüpfungspunkte: bereits sein Vater war mehrmals im Gefängnis, es gab Hausdurchsuchungen und eine vom Patienten geliebte Lehrerin wurde versetzt und kam ebenfalls in Gefangenschaft. In dieser schwierigen Zeit, die noch akzentuiert wird durch erneute Kämpfe in seiner Heimat mit Angst um Familienangehörige und Meldungen über Geheimdiensttätigkeiten, die ihn sehr erschrecken, bleibt die Bewegungstherapie die einzige Quelle von Lebendigkeit. Wegen seiner Ängste verlässt er das Haus kaum und so hat er auch das tägliche Joggen längst aufgegeben.

Herr E. fällt vor allem durch seine Schläftheit und seine unkoordinierten und gleichzeitig nervös ausfahrenden Bewegungen auf. Hypertonus findet sich bei der paravertebralen Rücken- und Nackenmuskulatur, was die hauptsächliche Ursache der Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen ist. Wir üben strukturierte Atem-, Dehnungs- und zentrierende Übungen aus dem Aikido, von denen er spontan sagt, dass sie ihn beruhigen. Da er die positive Wirkung dieser Bewegungen spürt, ist es ihm auch möglich, diese zu Hause durchzuführen. Seine anfängliche, auffällige Ungeschicklichkeit verbessert sich zusehends. Interessiert macht er auch mit bei verschiedenen Schrittfolgen, was konzentrationsfördernd wirkt. Zusammen üben wir Angriffs-, Ausweich- und Abwehrtechniken aus dem Aikido. Hier kommt etwas von seiner verschütteten Lebensfreude zum Ausdruck: Wir lachen viel und freuen uns an gelungenen und unbeholfenen Schlägen und Kontakten.

## 5.3 Berührung

Von meinem Grundberuf her als Physiotherapeutin bin ich gewohnt, körpernah und mit relativ viel Berührung zu arbeiten. In der Therapie mit Opfern extremer Gewalt wird oft, sicher zu Recht, zu Vorsicht gemahnt, was Berührung anbelangt. Anhand meiner bisherigen Erfahrung mit traumatisierten Menschen, die sich im Austausch mit anderen Bewegungstherapeuten bestätigt haben, habe ich

nicht den Eindruck, dass Berührungen mehr Flashbacks auslösen als zum Beispiel Bewegung, Worte, Bilder und Gegenstände, die sich im Raum befinden. Gleichzeitig stelle ich aber fest, dass unklare und ungeklärte Berührungen äußerst schnell zu Irritationen oder Wiedererinnerungen führen können.

*Beispiel 2:*

Herr R., 34 Jahre alt, lebt alleine getrennt von seiner Familie als Flüchtling in der Schweiz. Er wurde in seiner Heimat systematisch gefoltert: Schläge, Aufhängung, Elektrofolter an Genitalien, Händen und Füßen, Eiswasser, Stehen in der Kälte. Seine Hauptsymptome sind Schlaf- und Essstörungen, totale Vertrauenslosigkeit, Einsamkeit. Er kommt in die Physio- und Bewegungstherapie wegen Schmerzen in der linken Schulter und der ganzen linken Körperhälfte, die er auf die Aufhängungen an den auf den Rücken gebundenen Händen zurückführt. Eine angebliche Lähmung kann ich trotz genauer Muskelfunktionsprüfung nicht bestätigen. Es handelt sich also eher um ein syndromimmanentes Phänomen. Dies bedeutet, dass nicht gezielte Physiotherapie (in diesem Fall Kräftigung), sondern eher Tonusregulation angezeigt ist. Obschon der Patient eher schlaff wirkt und auch wenig Kraft hat, finden sich starke Verspannungen in der Rücken-, Arm- und Beinmuskulatur. Wegen der Schmerzen ist es schlecht möglich, mit aktiven Bewegungen zu üben. Wir einigen uns deshalb auf eine Entspannungstherapie, bei der ich mit Berührung und Fokussierung auf die Atmung arbeite (Atemarbeit nach *Middendorf* 1991). Die erste Stunde verläuft sehr ruhig. Herr R. wählt selber die Lage und die Körperstellen, die er berührt haben möchte. In der nächsten Stunde wählt er wiederum Bauchlage. Er hat Schmerzen in der Nierengegend links und möchte, dass ich meine Hand dorthin lege. Bald darauf wird er unruhig und bedeckt sein Gesicht mit der Hand. Auf Ansprache reagiert er nicht, die Unruhe verstärkt sich. Ich lasse ihn aufsitzen. Nun kann er sagen, dass sein Körper wie gelähmt gewesen sei und er weg war, in seiner Heimat, in einer Foltersituation. Mehr kann er im Moment nicht erzählen. Erst in der nächsten Stunde wird er genauer: Er war in eine Szene versetzt, wo sie ihm schwere Sandsäcke auf den Rücken warfen und er kaum mehr atmen konnte. Da der Patient sowohl bei mir wie beim behandelnden Psychotherapeuten über das Erlebte sprechen konnte, war dieser Vorfall wahrscheinlich ein Schritt zur Integration der Gewalterfahrung.

Dieses Beispiel zeigt sehr schön, dass Berührung nicht gleich Berührung ist, sondern dass die Art der Beziehung, in der Berührung stattfindet, das Wesentliche ist. In seinem Artikel „Berühren aus Berührtsein“ weist *Eisler* (1991) auf die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung hin. Seine Ausführungen sind auch auf Opfer extremer Gewalt anwendbar. Hier geht es um die Berührung im Rahmen der zwischenmenschlichen, therapeutischen Kommunikation. Das obige Beispiel fand jedoch in einer funktionellen Übungsanordnung statt, deren Rahmen zu wenig geklärt war. *Eisler* und in deren Folge auch *Breton & Fuchs-Lustenberger* (1998) zeigen auf, dass sowohl die Berührung wie auch die Beziehung sicher, klar und eindeutig sein muss. Dies gilt für den Modus der Subjektbeziehung, von dem *Eisler* spricht, und für den sachlich-funktionalen Beziehungsmodus (funktionelles Üben, Handeln, Beraten mit einer intersubjektiven Grundhaltung), der in der Physiotherapie und in einem Teil der Bewegungstherapie überwiegt (*Jordi* 1993). Diese Klarheit und Eindeutigkeit in der Berührung und in der Beziehung ist bei Traumatisierten, die mit

Verwirrtechniken gefoltert wurden, ganz besonders wichtig. Der Wechsel zwischen verschiedenen Vorgehensweisen, wie sie in der Integrativen Bewegungstherapie zur Anwendung kommen, erfordert eine große Rollenflexibilität des Therapeuten. Zur Veranschaulichung werde ich anschließend ein Beispiel anführen. Zusammenfassend zum Gesichtspunkt der Berührung möchte ich Folgendes festhalten: Die Sprache ist in der Leib- und Bewegungstherapie sehr wichtig. Wir arbeiten deshalb am Therapiezentrum SRK auch in der Physio-, Körper- und Bewegungstherapie, wenn die sprachliche Verständigung ungenügend ist, immer auch mit Übersetzern. Die Berührungen müssen klar und eindeutig sein und die Therapeutin muss sich sicher fühlen. Bei der Arbeit mit Berührung braucht es vorangehende, kontinuierliche und nachträgliche Klärungen und Erklärungen.

#### *5.4 Verschränkung von funktionaler, erlebnisorientierter und konfliktzentrierter Vorgehensweise*

Im Folgenden nun ein Beispiel, das sowohl den Wechsel der verschiedenen Vorgehensweisen in der Integrativen Bewegungstherapie mit traumatisierten Menschen, wie auch den Teamansatz, wie wir ihn am Therapiezentrum SRK praktizieren, aufzeigt.

##### *Beispiel 3:*

Herr A., ein Mann aus Bosnien, Mitte vierzig, verbrachte ein Jahr in einem Konzentrationslager. Abgemagert, in einem sehr schlechten Allgemeinzustand, kam er in ein Westeuropäisches Land, wo er medizinisch betreut wurde. Ein Foto von ihm als abgemagerter Häftling erschien in der Weltpresse. Mit diesem Bild auf seiner Visitenkarte stellt er sich bei uns im Therapiezentrum vor. Der Mann macht einen erregten Eindruck, gibt als Symptome sich aufdrängende Erinnerungen und wechselnde Schmerzen am ganzen Körper an. Ironische Bemerkungen prägen seinen Umgang mit dem Trauma.

Während längerer Zeit kommt er in lockerer Folge, von weit her in die Gesprächspsychotherapie. Es erweist sich als schwierig, an einem Thema zu bleiben, Träume, die ihn belasten, kann er nicht aufschreiben, da er sie gleich wieder vergisst. In dieser Phase kommt es zu keinen wesentlichen Veränderungen seines Befindens. Im Vordergrund stehen die Beziehungspflege und der Vertrauensaufbau. Auffallend sind die immer wiederkehrenden, wechselhaften Beschwerden am ganzen Körper, so dass ihm der Psychotherapeut eine Konsultation bei der Bewegungstherapeutin vorschlägt.

Beim Erstkontakt in der Bewegungstherapie, der gemeinsam mit dem Psychotherapeuten stattfindet, fällt die Hypersensibilität des Patienten auf. Er berichtet, dass die kleinste Falte im Leintuch ihm Schmerzen bereitet. Er zeichnet auf dem Körperbild (Jordi 1998) Beschwerden an der Brust, am Kopf, an den Armen und Beinen, alles auf der Vorderseite. Sein Eindruck auf mich ist Unkonzentriertheit, Erregung, Irritierbarkeit. Er wirkt schlaff und gleichzeitig unbewegt und starr. Ich schlage ihm deshalb zentrierende, stabilisierende Übungen vor (funktionale Vorgehensweise bei syndromimmanenten Phänomenen). Er beginnt interessiert mitzumachen, verzieht dann beim Hochheben der Arme schmerzhaft das Gesicht. Als Physiotherapeutin interessiert es mich, wie dieser Schulterschmerz zu erklären ist.

Er ist einverstanden, dass ich ihn genauer untersuche. Ich finde äußerst starke Verspannungen der Nacken- und Schultermuskulatur, allerdings auf der rechten Seite, mit ausgeprägteren Verspannungen und Schmerzen, erklärbar durch eine große alte Narbe im Trapezmuskel (primär vom Psychotrauma unabhängiges körperliches Phänomen).

Der Patient leidet sehr (Hypersensibilität) bei dieser Untersuchung, möchte aber, dass ich weitermache. Ich beschreibe genau mein Vorgehen, erkläre ihm den Verlauf der verspannten Muskeln an seinem Körper und an einem Modell. Er wirkt etwas verwirrt, ist aber äußerst interessiert. Zu einem konkreten Schmerz passt eine konkrete Erklärung (funktional-erlebnisorientiertes Vorgehen).

In den folgenden Stunden entdecken wir gemeinsam weiter die schmerzenden Muskeln am Körper. Ich erkläre und mache dehnde Massagen, von denen er sagt, sie tun „weh-wohl“ und bei denen er auch immer mehr entspannen kann. Gleichzeitig machen wir regelmäßig zentrierende Übungen aus dem Aikido. Mit der Aktivierung in der Bewegungstherapie beginnt Herr A. Träume zu erzählen, sieht Zusammenhänge zwischen seinem körperlichen Erleben und den Ereignissen im Lager und erinnert sich wieder an schöne Momente in seinem Leben, was zu Beginn der Therapie nicht möglich war (funktionales Vorgehen führt zu konfliktzentriertem Erleben und Vorgehen mit gleichzeitiger Ressourcenorientierung).

Nach einer Bewegungstherapie stunde, in der wir Schmerzpunkte am Brustmuskel entdecken, verstärken sich die Brustschmerzen. Er möchte nun nicht mehr, dass ich ihn berühre, geht auf Distanz. Die Stimmung in der Stunde wird ernst und traurig. Ein Bild gefällt ihm, gibt eine Erklärung des momentanen Zustandes: er sei gewesen wie ein Stein, der nicht spürt, keine Gefühle hat. Nun sei er erweckt worden zum Leben und spüre alles besser, auch die Schmerzen. Zu diesem Zeitpunkt bemerkt die Übersetzerin im Nachgespräch, dass Herr A. sich verändert habe und erst jetzt echt auf sie wirke.

Danach folgen in der Gesprächs- und in der Bewegungstherapie fast ausschließlich konfliktzentrierte Sitzungen, in denen Trauer und Schrecken thematisiert werden. Die Therapie ist noch nicht abgeschlossen. Das Beispiel zeigt jedoch, dass es in diesen Therapien viel Aufmerksamkeit und Flexibilität braucht, dass es oft abrupte, unerwartete und auch unerschlossene Brüche gibt. Dank den gegebenen Voraussetzungen zu einem kontinuierlichen Austausch unter den Therapeuten ist dieser Wechsel zwischen den verschiedenen Vorgehensweisen und Beziehungsmodalitäten überhaupt möglich. Diese intensive Zusammenarbeit bringt zudem eine große Entlastung sowohl für die Menschen, die zur Behandlung ins Therapiezentrum kommen, wie auch für die Therapeuten und Therapeutinnen.

Unter Fachleuten (*Herman 1993*), die mit Traumaopfern arbeiten, herrscht wohl Konsens darin, dass es in einer ersten Phase der Therapie vorwiegend um Sicherheit und Stabilität geht, und erst bei sicherem Boden die eigentliche Traumaarbeit beginnen kann. Das Beispiel von Herrn A. bestätigt andeutungsweise diese Theorie. Meist gehen aber bereits zu Beginn funktionale, erlebnisorientierte und konfliktzentrierte Arbeit ineinander über. Mir scheint eine konkrete, funktionale Herangehensweise in der Bewegungstherapie mit Traumatisierten angezeigt. Dabei muss der Blick aufs Ganze ständig gegenwärtig sein.

## 6. Schlussfolgerungen

Der Körper ist beim Trauma immer mitbetroffen und verlangt geradezu nach Leibarbeit: „Körper-Seele-Geist-Einheit in Kontext und Kontinuum“; dieser Satz zeigt hier seine Wichtigkeit. Die Arbeit im interdisziplinären Team oder Therapeutennetz, Intervention und Supervision sind geradezu Voraussetzungen, damit diese Arbeit befriedigend für die Beteiligten geleistet werden kann. Die Beziehung ist auch in der Bewegungs- und Leibtherapie ein zentraler Punkt. Die Beziehungsgestaltung als Grundlage und Voraussetzung für eine gelungene Therapie ist mit traumatisierten Menschen wegen des extremen Vertrauensverlusts sehr anspruchsvoll. Eigene Erfahrung mit Grenzen, solidarisches Mitschwingen und eine respektvolle Haltung sind dabei gute Wegbegleiter.

### Zusammenfassung

Durch Folter und Krieg traumatisierte Menschen stellen eine besondere Gruppe in der Psychotraumatologie dar. Neben der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung werden die gesellschaftspolitischen Dimensionen diskutiert. Der Körper/Leib ist in der Psychotraumatologie immer mitbetroffen. Es wird eine Einteilung der verschiedenen Körperphänomene vorgenommen. In einem allgemeinen Therapieteil wird auf die Wichtigkeit der unterstützenden Zusammenarbeit im Behandlungsteam und die Beziehungsgestaltung hingewiesen. Spezielle Aspekte der Leib- und Bewegungstherapie (Tonusregulation, Einbezug der Kampfkunst Aikido, Berührung, Verschränkung von funktionaler, erlebnisorientierter und konfliktzentrierter Vorgehensweise) werden vorgestellt.

### *Summary: Integrative Body- and Movement Therapy in the Treatment of Victims of Torture*

Patients, traumatized by torture and violence are seen as special group in psychotraumatology. Beside the complex symptoms of psychotraumatic stress disorder social and political dimensions are discussed. Psychotraumatic disorders always affect the awareness and health of the body, too. The author shows a classification of body phenomena: phenomena, which don't have any connection with PTSD, trauma immanent phenomena, syndrom immanent phenomena, secondary phenomena. The most important aspects in psychotrauma therapy are: interdisciplinary team work and the creation of a trustworthy relation. Special aspects, such as tonus regulation, Aikido, touch and the integration of functional, experience-, and conflict focussed approaches are pointed out.

**keywords:** integrative therapy, body- and movement therapy, trauma therapy, PTSD, therapy of torture victims

### Literatur

- Baider, L., Peretz, T., Kaplan, D., DeNour, A. (1992): Effect of the Holocaust on coping with cancer. *Soc sci Med*, 34(1), 11-15.
- Becker D. (1997): Prüfstempel PTSD – Einwände gegen das herrschende „Trauma“-Konzept. *Medico Report*, 20, 25-47.

- Breton, A., Fuchs-Lustenberger, S. (1998): Noli me tangere – velim me tangas. Berührung in der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie IBT. Graduierungsarbeit FPI/EAG: Hückeswagen.
- Derogatis L. (1977): SCL-90. Administration, scoring, and procedure manual for the revised version. Baltimore: John Hopkins.
- Eisler, P. (1991): „Berühren aus Berührtsein“ in der Integrativen Leibtherapie. *Integrative Therapie* 1-2/91, 85-116.
- Frey, C. (1998): Die Behandlung von Folter- und Kriegsoffern im Exil. *Schweizerische Ärztezeitung*, 79 (41), 2049-2055.
- Haefliger, J. (1998): persönliche Mitteilung.
- Herman J.L. (1992): Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J. Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- (1992): Trauma and Recovery. New York: Basic Book; dt: Die Narben der Gewalt. München: Kindler 1993.
- Holmes T.H., Rahe, R.H. (1967): The social readjustment rating scale. *Psychosom. Research*, 11, 213-218.
- Jordi A. (1999): Folter- und Kriegsoffer in der Physiotherapie. *Physiotherapie*, 2/99, 11-20.
- (1993): Integrative Bewegungstherapie und Physiotherapie. Graduierungsarbeit FPI/EAG, Hückeswagen.
- Krahmann, H. (1998): Die Progressive Relaxation nach E. Jakobson. *Physiotherapie*, 5/98, 5-8.
- Maercker, A. (1997): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer.
- Middendorf, I. (1991): Der erfahrbare Atem. Junfermann: Padeborn.
- Orth, I. (1996): Heilung durch Bewegung. *Integrative Bewegungstherapie*, 2, 44-54.
- Petzold, H.G. (1993): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Bde. I, II, III. Paderborn: Junfermann.
- (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 3.
- Roth, S. (1990): Aikido – eine Auseinandersetzung auf dem Hintergrund der Integrativen Therapie. Graduierungsarbeit FPI, Hückeswagen.
- Schnyder, U. (1997): Integrative Prävention und Therapie posttraumatischer Störungen. *Gestalt*, 30, 4-11.
- Schweizerisches Rotes Kreuz* (1997): Therapiezentrum für Folteropfer, Jahresbericht 1997.
- Valach, L., Frey, C. (1998): War and torture traumatized refugees in Switzerland. Poster 12th Conference of the European Health Psychology Society EHPS.
- van der Kolk, B.A. (1996): The complexity of adaptation to trauma. In: *Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L.* (Hg.): Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York: Guilford, 182-213.
- Vogelsang, M. (1996): Verhaltenstherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 4.
- Voutta-Voß, M. (1997): Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie*, 1/97, 27 –41 und 2/97, 27 –38.
- Weathers F.W. et al (1996): The utility of the SCL-90-R for the diagnosis of war-zone related posttraumatic stress disorder. *J. Traumatic Stress*, 9,1, 111-128.
- WHO (1997): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber, 2. Aufl. 1997.

#### **Korrespondenzadresse:**

Annelies Jordi  
 Physio-, Körper- und Bewegungstherapeutin (FPI/EAG)  
 Therapiezentrum SRK für Folter- und Kriegsoffer  
 Freiburgstraße 44 a  
 CH-3010 Bern



# Intuitive Dialoge mit gewalttraumatisierten Patienten\*

*Alfred Drees, Krefeld*

## 1. Einführung

Die Behandlung gewalttraumatisierter Patienten hat uns in den letzten Jahren neue Einsichten und Behandlungsstrategien gebracht. Im Mittelpunkt der Neuorientierung stehen Arbeitsformen, die außerhalb klassischer Übertragungs-Vorstellungen angesiedelt sind. Es zeigte sich, dass vor allem extremtraumatische Erlebnisse sich nicht in gewohnte Beziehungsmuster integrieren lassen. Darüber hinaus überfordern übertragungsorientierte Therapien in diesem Feld nicht selten Therapeuten und Patienten. Aus diesem Grund wurden für gewalttraumatisierte Patienten supportive und lerntheoretische sowie musische, körpernahe, imaginative und Gestalt-orientierte Verfahren eingesetzt. Auch die sich in den letzten Jahren erstaunlich rasch ausbreitende *Shapiro* Technik, die EMDR, sieht den Therapeuten als empathischen, übertragungsneutralen Trainer.

Ich möchte eine Gesprächsform vorstellen, die in der Behandlung von Krebskranken und Sterbenden sowie in der Supervision von Therapeuten, Beratern und Laienhelfern in der Sterbehilfe entwickelt wurde. Ihre Weiterentwicklung gelang in der Therapie von psychotischen und gewalttraumatisierten Patienten. Die Bezeichnung „Intuitive Dialoge“ entstand in einem Seminar mit Vietnam Veteranen in Omaha, Nebraska (USA). Im Mittelpunkt der intuitiven Gesprächsorientierung stehen sinnlich imaginative und Stimmungsorientierte bildsprachlich narrative Resonanz- und Austauschprozesse. Therapeuten gewinnen hierbei die Fähigkeit, ihre Empfindungen und ihr Gestimmtsein im Übertragungsprozess in frei schwebenden Phantasieeinfällen zum Ausdruck zu bringen. Patienten können in gleicher Weise ihre Stimmungen und vor allem ihre körperlichen Missempfindungen und Schmerzen in detaillierte Bildbeschreibungen umformen und verringern.

Psychotherapeuten, die den Leidenszuständen gefolterter Patienten gerecht werden wollen, stehen vor der zum Teil unlösbaren Auf-

---

\* Vortrag am 25.2.2000 in Bad Zwesten im Rahmen eines Symposiums über „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“ der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit des Fritz Perls Instituts.

gabe, mit ihren Patienten die Folter erneut zu erleben und durchzuarbeiten, ohne in eigener Abwehr oder in mitleidender Hilflosigkeit fixiert zu bleiben. Wir haben uns die Frage gestellt, weshalb von Folteropfern so selten psychotherapeutische Hilfen gesucht und gefunden werden. Ob vielleicht Opfer von KZ, Folter und Vergewaltigung sich verschließen müssen, da die Aufarbeitung ihres Leidens in Beziehungsgebundenen psychotherapeutischen Verfahren ihre Begrenzung findet und nur unzureichend Entlastung bringt? Gelingt es den Opfern in gesellschaftskritisch orientierten Gruppen mit Gleichbetroffenen erlittene Gewalt besser abzubauen? Die große Anzahl von Frauen, die zum Beispiel nach Vergewaltigung in Frauenhäusern und Frauengruppen Hilfe suchen und finden, könnten das belegen. Auch Beratungs- und Selbsthilfegruppen von Traumaopfern sprechen dafür. Aber auch diese politisch orientierten und religiös getragenen Lösungssuchbewegungen finden ihre Grenzen dort, wo verinnerlichte Gewalt die intrapsychischen Strukturen des Opfers so stark besetzt halten, dass kämpferische und solidarisch-anteilmehmende Hilfen die lähmende Folterfixierung nicht aufzulösen vermögen.

## 2. Die sozio-kulturelle Dimension im therapeutischen Prozess

*Freud*, der bereits früh die Grenzen seines Konfliktmodells erlebte, suchte durch den Rückgriff auf vorgeschichtliche Zeiten Phänomene zu verstehen, die sich mit seinen Konflikt- und Trauma Konzepten nicht einfangen ließen. *C.G. Jung* (1986, 1991) öffnete die beziehungsübergreifenden Bereiche mit Hilfe seiner Kulturen und Zeiträume übergreifenden Archetypen.

Ich suche in Anlehnung an *C.G. Jungs* Amplifikationsvorstellungen, in Form intuitiv gewonnener deutungsfreier Phantasien, traumatische Erlebnisse zu defokussieren und sie aus ihren individualisierten Käfigen zu lösen. Patient und Therapeut begegnen sich hierbei in einem sinnlich-imaginativen Raum, in dem traumatische Erlebnisse in ihren gesellschaftlichen und kulturellen Facetten aufleuchten können und in denen darüber die durch das Trauma blockierte prätraumatische Erlebenswelt des Patienten wieder erlebbar wird.

Die therapeutische Ratlosigkeit angesichts des Leidens extremtraumatisierter Patienten ist das gravierendste Beispiel für die Notwendigkeit einer Erweiterung unserer Behandlungsstrategien. *Martin Bergmann* (1995) hat in einer Studie gezeigt, dass zahlreiche Analysen von Holocaust Opfern in den USA als gescheitert angesehen werden müssten. Das entlastet unser Versagen in Deutschland, wo wir die Naziproblematik für Jahrzehnte aus den Analysen herausgehalten haben. Die Bemühungen für eine Neuorientierung sind jedoch

auch heute noch spärlich. *Tilman Moser* (1973, 1996) sucht seit einigen Jahren mit seinen Vorstellungen zur Internalisierung von Naziverbrechen in den „Dämoniespeichern“ der Kinder ein neues Behandlungsparadigma zu entwickeln. Übertragungsprobleme, im Angesicht nicht übertragungsfähigen Grauens lassen sich dabei zu Gunsten der Hereinnahme von beziehungsübergreifenden soziokulturellen Situationen reduzieren. Den gefühlsstärksten Einblick in die Seelenlage von Kindern Holocaust Überlebender gewann ich in dem Buch. „Siegel der Erinnerung“ von *Dina Wardi* (1997). Die Autorin lässt hierin die zweite Generation von Überlebenden zu Wort kommen, denen von den Familien unbewusst die Aufgabe übertragen wurde, als „Gedenkerzen“ Verbindungsglied zu sein zwischen jüdischer Tradition, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

### 3. Die „Sterbeszene“

Begonnen hatte meine Suche nach neuen Wegen in der Behandlung von gewalttraumatisierten Patienten bereits in den 70er Jahren in der Sterbeszene. Mit Hilfe von spezifischen prismatischen Balintgruppen in den Abteilungen Onkologie und Dialyse der Medizinischen Hochschule Hannover suchte ich den Mitarbeitern dieser Abteilungen zu vermitteln, wie Gesprächsblockaden, vor allem mit Krebskranken und Sterbenden sowie mit Patienten, die an lebenserhaltenden Maschinen hängen, gelöst werden können. Hier ließ sich studieren, wie sich Todesängste von Patienten in Team-Konflikten ihren Ausdruck suchten.

Die hier gewonnenen Erfahrungen ließen sich in den folgenden Jahren in Supervisions- und Trainingsgruppen umsetzen und weiter entwickeln, in der Sterbeszene mit Seelsorgern sowie mit medizinischen und psychologischen Fachkräften und Laienhelfern, in emotionsbelastenden Behandlungs-, Beratungs- und Ausbildungseinrichtungen sowie im Studentenunterricht. Eine interessante Ausformung dieser Arbeitsmethode boten mir Gruppen mit Germanisten und Lehrern, mit denen sich sinnlich metaphorische Textinterpretationen erproben ließen, über die sich emotional bedingte Lernblockaden in der Klasse sowie Kommunikationsblockaden im Lehrerkollegium reduzieren ließen. Schließlich konnten die intuitiven Dialoge in Einzel- und Gruppengesprächen mit Patienten zur Anwendung kommen. Ich habe die sinnlich-metaphorische Arbeitsmethode in prismatischen Balintgruppen, Supervisionen und Therapien ausführlich in meinen Büchern „Freie Phantasien“ (1995), „Folter: Opfer, Täter, Therapeuten“ (1996) und „Innovative Wege in der Psychiatrie“ (1997) beschrieben.

#### 4. Welche psychotherapeutische Möglichkeiten gibt es für Folteropfer?

Wenn Kontaktscheu, Gefühlsleere und Phantasiearmut der Folteropfer als fixiertes Vermeidungsverhalten gegen das Wiedererleben durchlittener unmenschlicher, nicht integrierbarer Beziehungsformen verstanden werden kann, wenn die Scheu vor Detailschilderungen durchlebter Entmenschlichung vergleichbar ist der Unfähigkeit bzw. der unbewussten Abwehr gegen konfliktzentrierte therapeutische Durcharbeitungsstrategien bei psychotischen Patienten, wenn die tiefe Scham, mit der Folteropfer ihre Foltererlebnisse zugedeckt halten, vergleichbar ist der Abwehr psychotischer Patienten, ihre in den akuten Krankheitsphasen durchlebten chaotischen Angstzustände zu besprechen, und wenn schließlich die im Seelenleben der Folteropfer eingebrannte gesellschaftliche Gewalt sich den traditionellen Therapiebemühungen entzieht, dann könnten Behandlungsverfahren erprobt werden, mit denen es bereits in der Behandlung von Psychosen möglich wurde, Patienten in ihren chaotischen Erlebnisfeldern zu begegnen.

In den unstrukturierten Zwischenbereichen menschlichen Erlebens mischen sich individuelle, soziale und kulturelle Phänomene, Vergangenes, Augenblickliches und potentiell Mögliches. Hier lassen sich Erlebenskomplexe, die nicht ins Ich integrierbar sind, bzw. die – wie bei der Folter – die intrapsychischen Strukturen ihrer Opfer umklammert halten, ausfalten, ausleuchten und in den vielfarbigen Facetten sozio-kultureller Geschichte und Geschichten lösen und in Bewegung bringen. Auf diesem Weg lassen sich Trauma fixierende Individualisierungen gesellschaftlicher Gewalt überwinden. Ich habe in diesem Zusammenhang die Folter mit gesellschaftlichen Gewaltviren verglichen, die in die Psyche eines Menschen eindringen und die zunehmend größere Bereiche seiner intrapsychischen Strukturen infizieren und damit seine emotionale Offenheit und Reaktionsfähigkeit blockieren.

Wir müssen davon ausgehen, dass die durchlittene Folter eines Menschen nicht nachvollziehbar ist, nicht verstehbar und auch nicht von unseren mitmenschlichen, empathisch getragenen Gefühlen erreichbar. Deshalb sprechen Gefolterte nicht über ihre chaotischen Erlebnisse, nicht einmal mit ihren nächsten Verwandten. Sie haben Angst, den anderen anzustecken und damit ihre Beziehungen zu gefährden und: sie finden keine Worte und keine übersetzbaren Gefühle für dieses Erleben der Hölle.

*Grubrich-Simitis* (1979, 1995), Psychoanalytikerin aus Frankfurt, hat mir entscheidende Hinweise gegeben für ein besseres Verständnis der Traumaverarbeitung bei Holocaust-Überlebenden. Sie beschrieb 1979 mit ihrer Vorstellung zur „Mehrfachtraumatisierung“ die trau-

matischen Wiederholungsrituale in den Kindern von Überlebenden. In einer späteren Arbeit zeigte sie, wie Holocaust-Überlebende in einer gefühlsentleerten, konkretistischen Weise sich vor den bedrohenden chaotischen Gefühlen des „psychotischen Kosmos der Lagerzeit“ zu schützen suchen. Das durchlittene Trauma umgibt sie dabei wie ein zeitloses Gespinnst, das ihnen kein Vergessen, keine Trauerarbeit und kein Entrinnen ermöglicht.

*Karin Gäßler* (1995) schrieb über Wunden, die nicht verheilen, über Patientenschicksale von Überlebenden, die in ihrer Pubertät dem Naziterror ausgesetzt waren. Sie schildert dabei im Einzelnen, wie bei diesen frühtraumatisierten Patienten das gesamte spätere Leben als ständige Gefahrensituation erlebt wird. *Karin Gäßler* zieht aus ihren zahlreichen therapeutischen Bemühungen die Schlussfolgerung, dass die psychischen Spätschäden von KZ-Überlebenden im Rahmen psychoanalytischer Theorien deshalb nur unzureichend verstanden und behandelt werden können. Sie schreibt, dass Vorstellungen zur Regression und zur projektiven Identifikation hier nicht greifen und dass Verdrängung und Verleugnung der traumatischen Erlebnisse diesen Patienten nicht möglich sei. Die Erinnerung und die Gefühle dieser Erlebnisse seien immer präsent. Sie betont, dass das alltägliche Leben der Überlebenden gerade auf ihre Verfolgungserlebnisse ausgerichtet sei. Diese bildeten nicht nur die materielle, sondern vor allem die emotionale Grundlage ihres neu aufgebauten Lebens. Hier liege auch der Grund für permanent vorhandenes Misstrauen, für die immer spürbaren und deshalb quälenden Angstgefühle sowie für die stete Unsicherheit, die Überaktivität sowie ihr obsessives Festhalten an menschlichen Beziehungen. Für den therapeutischen Prozess schlägt *Gäßler* vor, die Kindheits- und Verfolgungserfahrungen zu entmischen. Damit nähert sie sich unseren Vorstellungen und Erfahrungen zur Defokussierung traumatischer Erlebnisse im Rahmen intuitiver Gespräche.

## 5. Grundgedanken intuitiver Dialoge

Bei der Entwicklung einer Theorie intuitiver Dialoge als eigenständiges Verfahren halfen mir vor allem Erfahrungen aus körperbezogenen, Gestalt- Musik- und kunsttherapeutische Therapien sowie aus Phantasie orientierten Verfahren, wie dem katathymen Bilderleben *Leuners*. Ich wähle jedoch als Einstieg die spielerisch offene Phantasiewelt der Kindheit. Ich möchte dabei an zwei Beispielen aufzeigen, dass wir bereits in der Kindheit erleben konnten, wie sich Konflikte über das Erzählen von Geschichten auflösen lassen. Als Eltern haben wir konfliktlösende Gesprächsformen schätzen gelernt. In der Behandlung von Patienten mit traumatisch bedingten Symptomfixie-

rungen und Kommunikationsblockaden lassen sich diese Erfahrungen einsetzen. Ich lernte dabei – anfangs erstaunt – wie Trauma fixierte Patienten hierüber ihre prätraumatische Erlebensfähigkeit zurückgewinnen können.

Intuitionen sind Stimmungsmelodien einer Welt, aus der sich emotionaler Lärm und rationales Verstehen-Wollen zurückgezogen haben. Spirituelle Großmeister und Schamanen suchen in diesem Bereich ihre Gläubigen. Sie geben ihnen Sinn und zeigen ihnen Heilungswege. Sollten wir deshalb verschämt die eigenen intuitiven Fähigkeiten zurückhalten? Oder lassen sich unsere Verständnis suchenden und wissenschaftlichen Vorstellungen, mit intuitiv gewonnenen Einsichten, auch ohne spirituellen Tiefgang, anreichern? Haben wir sie vielleicht in den Märchen und Spielen unserer Kindheit zurückgelassen? Bevor ich darauf näher eingehe und ihre Anwendung in intuitiven Gesprächsformen beschreibe, möchte ich einige Alltagsbeispiele voranstellen:

#### *Das tapfere Schneiderlein*

Ein etwa 3jähriger Junge schreit mehrfach nein, nein, nein und bekommt vom Vater eine Ohrfeige. Die Mutter nimmt den weinenden Jungen auf den Arm. Sie wiegt ihn und sagt ihm tröstend und humorvoll. „Mein Juju, erinnerst du dich an die Geschichte vom tapferen Schneiderlein, wie der den Riesen besiegt hat ...?“ Die Mutter ist hier liebevolle, Halt gebende und Konflikt lösende Hoffnungsträgerin und gleichzeitig intuitiver Durchgangsort von Geschichte und Geschichten.

#### *Tea please*

Eine vergleichbare Geschichte schildert *Winnicott*: ein kleiner Junge habe ständig Angst vor dem Baden und wehre sich schreiend dagegen. Die Mutter erlebt bei einem erneuten Badeversuch, dass der Junge aus seiner Protestrolle heraus möchte und dass es Teezeit ist. Sie sagt zu dem Kleinen humorvoll: „It is teatime my dear. Could I have a cup of Tea?“ Daraufhin entspannt sich der Kleine. Er hört auf zu schreien, setzt sich würdevoll in die Badewanne und reicht mit hoheitsvoller Geste der Mutter ein Seifenschälchen voll Badewasser mit der Bemerkung: „Here, a cup of Tea, Mam“.

#### *Krokodilsangst*

Der selbstbewusst vor mir sitzende 6jährige *Michael* erzählt, dass jeden Abend unter seinem Bett ein Krokodil auf ihn warten würde. Deshalb kletterte er abends immer ins Bett der Eltern. An Stelle von ödipalen Suchbewegungen lasse ich mir im Detail das Krokodil beschreiben. *Michael* beantwortet meine Wie-Fragen mit einem eigenartigen Kichern, aber sehr gewissenhaft. So beschreibt er die Hautfarbe, die Größe der Füße, die Form der Schuppen, die Rundung der Augen, die Länge des Schwanzes und die abwartende Haltung des Krokodils. Er klärt mich darüber auf, dass die Schuppen weich seien und leicht bemoost und dass es Schwimmhäute zwischen den Zehen habe. Was die Augen des Krokodils ihm sagen wollten, wisse er nicht. Schließlich: eigentlich mache es ihm jetzt gar keine Angst mehr. Tatsächlich waren daraufhin die Angstzustände wie weggeblasen. Die literarische Beschreibung des Angst besetzten Krokodils ermöglichte *Michael*, sich von ihm zu befreien, ohne dabei Beziehungsprobleme ansprechen zu müssen.

Der Rückgriff auf vertraute Kindheitserfahrungen vermittelt uns phantasiegetragene Einsichten in potentielle Möglichkeiten und spielerische Bewältigungsfähigkeiten, die wir zurückgelassen, vergessen oder verloren haben. Als Erwachsene sind wir unseren Kindern Iden-

tifikationsobjekte und gleichzeitig Durchgangsort für Geschichte und Geschichten und damit Hoffnungsträger einer Welt von morgen, in der sich emotionale Blockaden überwinden und Möglichkeitsräume für eine weitere Ich-Entfaltung öffnen lassen. Unser späteres rationales verstehen, erklären und deuten wollen, versperrt uns nicht selten das Tor zu dieser Welt aus Märchen und Geschichten. Die intuitive Orientierung ermöglicht uns, hieran wieder anzuknüpfen.

## 6. Sinnliche Resonanz

Sinnliche Resonanz ist eine Grundhaltung intuitiver Offenheit. Sie beinhaltet die Bereitschaft, sich ganzheitlich, d.h. mit allen Sinnen, auf seinen Gesprächspartner einzulassen und eine gemeinsame Schwingungsebene zu gewinnen. Hierbei treten rationale, erklärende und deutende Gesprächsanteile weitgehend zurück. Emotionale, in Beziehungsmustern gebundene Gefühle, lassen sich dabei ebenso wie die in körperlichen Beschwerden fixierten Gefühle, in Stimmungsbilder und Phantasien umwandeln. Mit dieser Umschaltung geraten verstärkt beziehungsübergreifende, soziokulturelle Bereiche und Sinnfragen in den Blick.

### *Der potentielle Raum*

Hilfreich wurden für mich Vorstellungen Winnicotts (1973, 1984), der die Kulturerfahrungen des Menschen als wichtigste Entwicklungsbühne beschrieb. Winnicott zeigte, wie die kreativen Impulse seiner Patienten sich in den Subjekt-Objekt-freien Spielräumen eines potentiellen Raumes entfalten können. Er fragte ganz prosaisch, „wo sind wir, wenn wir genießen? Was geschieht mit uns, wenn wir eine Symphonie von Beethoven hören, in eine Gemäldegalerie gehen, abends im Bett lesen oder Tennis spielen?“ Er suchte über diese Fragen einen dritten „Erlebens-, Erfahrungs- und Handlungsbereich“ des Menschen einzuführen, den er von dem der inneren psychischen Welt mit ihren internalisierten und projizierten Anteilen sowie von dem der äußeren Realität mit seinen Sachbezügen als einen eigenständigen Übergangsraum abzugrenzen suchte. In seinen Therapie-spielen mit Kindern entwickelte er Phantasie orientierte Behandlungsformen, in denen er bewusst auf Beziehungsdeutungen verzichtete. Er betonte, dass in den Subjekt-Objekt-freien Räumen sich alle kulturellen Einflüsse kreativ entfalten lassen.

### *Michael Balint*

Michael Balint beschreibt eine vergleichbare „area of creation“ (1958), in der sich die schöpferische Eigenständigkeit der Patienten entfalten könne. Hier sei der Patient nicht erreichbar für beziehungsbezogene



Übertragungsarbeit. *Balint* vergleicht dabei Phänomene dieses therapeutischen Bereichs mit der Entfaltung künstlerischer, mathematischer und philosophischer Prozesse im Menschen. Diese Vorstellungen decken sich mit unseren Überlegungen zur kreativ schöpferischen Fähigkeit des Menschen, die sich im Rahmen intuitiver Dialoge zu entfalten suchen.

### *Stimmungsübertragung*

Die Begriffe „Stimmungszentrierte Übertragung“ und „Stimmungsübertragung“ versuchen Phänomene einzufangen, die im dualen Beziehungsrahmen klassischer Übertragung nur unzureichend verstanden und aufgearbeitet werden können. Die stimmungszentrierte Arbeitsbühne, vergleichbar dem potentiellen Raum *Winnicotts*, wird erreicht auf dem Weg einer Transformation von einengenden und blockierenden Beziehungsgefühlen in sinnlich-metaphorische Erlebens-, Gestaltungs- und Kommunikationsformen. Sie ermöglicht die Entfaltung regressionsvermeidender Strategien im Behandlungsfeld. Sie überwindet Kommunikationsblockaden und eröffnet partnerschaftliche Zugangswege zum Patienten. Schließlich erleichtert die Stimmungsorientierung in der Supervision eine Aufarbeitung von Beziehungs- und Team-Konflikten, die als Abwehrform von Subjekt und Beziehungs-überfordernden chaotischen Gefühlsprozessen verstanden werden können. Beziehungsübergreifende institutionelle und soziokulturelle Zusammenhänge geraten damit in den Blick.

In psychoanalytischen Einzeltherapien mit neurotischen und vor allem mit psychosomatischen Patienten ermöglichen stimmung- und phantasiezentrierte Einschübe festgefahrene Übertragungen, chronifizierte Widerstände und körperliche Symptomfixierungen rascher zu lösen. Vor allem in Kurztherapien können sie das Mittel der Wahl werden. Hierbei gelingt es, gesellschaftliche und kulturelle Beziehungen und Sinnfragen sowie kreative Lösungs- und Transformationsprozesse sichtbar zu machen und damit den psychoanalytischen Behandlungsrahmen um den vernachlässigten gesellschaftlichen Kontext zu erweitern. Stimmung als wertvolles Behandlungs-Instrumentarium wird jedoch in den Therapien bisher nur unzureichend gewürdigt. Dabei enthält bereits ihre Prozessierung Lösungsqualität.

### *Deutungsfreie Phantasien*

Deutungsfreie Phantasien spielen eine Sonderrolle in der Vielfalt imaginativer Techniken. *Jerome L. Singer* beschrieb bereits 1974 in einer umfangreichen Studie, die schon damals über zweihundert unterschiedlichen Phantasie-, Tagtraum- und Imaginationstechniken in den Psychotherapien. Er fasste die Heilkraft der Phantasien und ihre Bedeutung für die menschliche Entwicklung so zusammen: „Mensch-

liches Bewusstsein, das sinnreiche Zusammenspiel von dahineilenden Bildern, Wahrnehmungen der unmittelbaren Umgebung, Erinnerungen an längst vergangene Ereignisse und Tagträumereien von zukünftigen oder unmöglichen Aussichten, alles dahingetragen von dem Strom der Gedanken, stellen ein wahres Wunder unserer Erfahrung des Menschseins dar". Wir suchen im Sinne Winnicotts mit deutungsfreien Phantasien einen Subjekt-, Beziehungs- und Symbolfreien Raum weitgehend offen zu halten um, im Vergleich mit künstlerischen Gestaltungen, für Patienten vielfältige Anknüpfungsmöglichkeiten zu öffnen und damit deren kreative Ressourcen zu mobilisieren.

### *Die bildsprachliche Ausformung*

Die bildsprachliche Ausformung von Stimmungen, Phantasien und Einfällen spielt eine entscheidende Rolle im intuitiven Dialog. Im Vergleich zu künstlerischen oder therapeutischen Gestaltungen von Bildern gewinnt die Beschreibung eines Bildes in Worten eine zusätzliche Funktion. Die detaillierte Benennung von Farbnuancen, Strukturen und Stimmungen eines Bildes öffnen einen breiten Wortschatz mit seinen metaphorischen Möglichkeiten und Erinnerungs-Konnotationen. Darüber hinaus erfüllen die vielgestaltigen Begriffe und Adjektiva die Funktion, rationale Deutungen und Symbolisierungen sowie die Suche nach endgültigen Wahrheiten zu minimieren.

### *Prismatische Defokussierung*

Die prismatische Defokussierung ist ein weiteres Grundelement intuitiver Dialoge. Wir können hierbei bereits zusammenfassen: Symptome und Konflikte, Beziehungsfixierung und Egozentrierung werden defokussiert, in dem sie von den Gesprächsteilnehmer intuitiv, d.h. sinnlich resonant in Form ihrer Gestimmtheit und Befindlichkeit erlebt werden und so transformiert, mit Hilfe metaphorisch-bildhafter Sprache in ihren psychischen, sozialen und kulturellen Zusammenhängen sichtbar werden. Prismatisch nennen wir diesen Defokussierungs-Prozess, weil wir einen Vergleich zum Sonnenlicht suchen, das nach dem Durchgang durch ein Prisma sich in seiner ganzen Schönheit entfaltet, damit die Einzelbestandteile seiner Vielfarbigkeit preisgibt und Untersuchungen an den einzelnen Wellenlängen des Lichts ermöglicht.

### *Prismatische Gruppenprozesse*

Es ist überraschend zu beobachten, wie sich das Klima in einer Gruppe ändert, wenn man folgende Gruppenregel einführt: Nach dem Bericht eines Gruppenmitgliedes sind von den übrigen Gruppenmitgliedern nur noch die eigene Befindlichkeit und Gestimmtheit

zu schildern. Das beinhaltet: kein Nachfragen, kein sich Einfühlen in Übertragungsgefühle, keine Gruppendynamik und vor allem keine Deutungen im Verlauf der Gruppenprozesse. Verblüffend lässt sich hierbei erleben, wie rasch sich Gruppenmitglieder auf ihre jeweilige Gestimmtheit und Befindlichkeit einstellen können und wie bilderreich sie hierfür metaphorisch-narrativ ihren Ausdruck suchen. Lediglich versierte Spezialisten tun sich anfangs schwer, ihre gewohnten Deutungsmuster-Suchbewegungen zurückzustellen bzw. zu transformieren in sinnlich-metaphorisches Selbsterleben.

Überlegenswert ist hierbei die Vorstellung, dass sinnliches Resonanzvermögen und phantasievolle Einfalls- und Gestaltungsfähigkeiten als eine spezifische Beziehungs-übergreifende Ich-Qualität verstanden werden kann, mit der sich spielerisch wechselnde Identitätsprozesse ermöglichen lassen. Vor allem für den gewalttraumatisierten Patienten gewinnt diese Orientierung an Bedeutung, weil damit seine Identitätssuche weder auf infantile Beziehungsmuster noch auf nicht übersetzbare und wieder zu erlebende Folterer-Opfer-Beziehungen reduziert wird.

### *Identitätsfindung*

Körperliche wie psychische Störungen führen mehr oder weniger ausgeprägt zu einem Zurücktreten sozio-kultureller Erlebens- und Handlungskompetenzen des Menschen. Der Verlust übergreifender, die Welt und den anderen ausschließender Wahrnehmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten ist generell kennzeichnend für den kranken Menschen. Der Kranke hat, im Sinne *Piaget's* (1969,1979), seine Fähigkeiten verloren bzw. er hat sie nur unzureichend entwickelt, offene Räume zwischen sich und der Welt, zwischen sich und den anderen zu erleben, zuzulassen und zu entfalten. Die Qualität dieses „Zwischen“ bestimmt nach *Martin Buber* (1979) die Erlebensweite, Offenheit und Toleranzfähigkeit des Menschen. Im Zustand einer akuten Erkrankung, Krise oder Bedrohung ist der Rückzug auf das sich einigende Ich als biologisch sinnvoll, als lebensrettendes Prinzip zu verstehen. Bei chronischen Erkrankungen jedoch führt die Symptom und Egozentrierung des Patienten in regressiv fixierte Abhängigkeitshaltungen, die den Arzt vor zum Teil unlösbare Aufgaben stellt und die den psychiatrisch Tätigen therapeutisch-resignative Rückzugshaltungen aufzuzwingen droht.

*Ernst Bloch* (1977) hat die Ich-Einengung als generelles Problem des heutigen Menschen ausgemacht. Er schrieb: „Wir sind uns noch zu nah, deshalb haben wir uns noch nicht“. Und: „Wir müssen uns von uns lösen, um uns zu finden“. Diese paradoxe Aussage findet sich inzwischen in zahlreichen Facetten postmoderner Reflektionen über das Schöpferische im Menschen und über seine im Schöpfungsakt sich ständig neu entfaltende Identität. *W. Welsch* (1987) schreibt hier-

zu, die subjektzentrierte Selbstfindungssuche des heutigen Menschen relativierend: „Der Subjektbegriff ist eigentlich nur noch eine Chimäre, der noch so lange eine notwendige Übergangsfunktion besitzt, wie er den Menschen aus mittelalterlichen Zwängen und Abhängigkeiten von geistigen und weltlichen Mächten Befreiung verspricht“.

Weitere Argumentationshilfe für unsere intuitive Gesprächsorientierung fanden wir bei Schriftstellern, wie *Susan Sontag* (1982) und *Umberto Eco*, bei Sprachforschern, wie *Wittgenstein* (1975, 1984) und *de Man* (1988) sowie bei Philosophen, wie *Gerhard Gamm* (1986) und *Ernesto Grassi* (1979). Letzterer besuchte uns; er war begeistert von unseren „sinnlich-metaphorischen Sprachspielen“. Er zeigte uns die Nähe unserer Arbeit zu *Giambattista Vico*, der die sinnlich öffnende „vollmundige Sprache“ als ganzheitliche und wahrheitsträchtigere der „skelettiert rationalen“ Sprache gegenüberstellte. Wir verglichen unsere sprachliche Orientierung mit den kreativen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie. Musik-, Tanz-, Kunst-, Gestalt- und Gestaltungstherapien in ihren vielfältigen Ausformungen erleichterten uns zu verstehen, wie die Transformation gebundener, in Beziehungsmustern fixierter Gefühle sich über körperlich sinnliche Erlebens- und Gestaltungsformen entfalten lässt.

Die Psychoanalyse ist dabei noch weitgehend an ihren klassischen Subjektvorstellungen gebunden. Freud hatte in seinen späten Schriften „Die Zukunft der Illusion“ (1927) und in „Das Unbehagen in der Kultur“ (1930) die Rolle und Sinnfindung des Menschen im soziokulturellen Raum beschrieben. In einem intensiven Briefwechsel mit *Romain Rolland* (1960) betonte er jedoch, dass er Subjekt und Beziehungsübergreifende Vorstellungen zur Ich-Findung, wie *Rolland* sie im ozeanischen Gefühl zu beschreiben suchte, nicht aufzunehmen vermochte.

## 7. Folteropfer in intuitiv bewegten Behandlungsfeldern

Ich muss gestehen, dass wir längere Zeit zögerten, bis wir den Mut fanden, in Gesprächen mit gewalttraumatisierten Patienten uns intuitiv auf diese einzustellen und deutungsfreie Phantasieeinfälle zuzulassen. War es nicht verletzend, grauenhafte Erlebnisschilderungen eines Patienten defokussierend vielfarbig zu beantworten? Die Ergebnisse jedoch waren verblüffend. Patienten, die ihre Berichte anfangs angstvoll und körperlich verspannt vortrugen, konnten über die farbigen Bildberichte der jeweils anderen ihre angespannte Körperhaltung aufgeben und ihre angstvolle Spannung lösen. In den nachfolgenden Beispielen lässt sich die Anwendungsbreite intuitiver Gespräche für gewalttraumatisierte Patienten aufzeigen:

## 7.1 Einzelgespräch mit einer gefolterten türkischen Patientin

Eine kurdische Studentin, die ein halbes Jahr lang in der Türkei gefoltert wurde, berichtet über massive Beeinträchtigungen durch wechselnde körperliche Beschwerden. Sie beschreibt detailliert ihre Ängste, auf die Straße zu gehen, ihre nächtlichen Panikzustände und ihre Abwehr gegen sexuelle Kontakte zu ihrem Verlobten. Sie sitzt abwehrend und völlig verspannt vor mir und spricht kein Wort deutsch. Über eine Dolmetscherin, die bereit ist, sich in die sinnliche und Phantasiearbeit einzulassen, gelingt es, schreckliche Erlebnis-schilderungen der Patientin mit einer Vielfalt unterschiedlicher Phantasien anzureichern. Verblüfft erlebte ich dabei, wie in mir, nachdem ich mich, sinnlich-intuitiv orientiert, dem empathischen Sog gemeinsamer Verzweiflung zu entziehen vermochte in einer von der Patientin geschilderten, besonders grausamen Szene, eine herrliche Gebirgslandschaft mit weißen Vögeln im wolkenlosem Himmel wach wurde. Die Stimmung veränderte sich augenblicklich. Die verspannte Haltung der Patientin löste sich und sie berichtete erstaunt und beglückt von einer Gebirgswanderung mit ihrer Schwester, die viele Jahre zurücklag. Hiermit und hiernach gelang es zunehmend besser, blockierte prätraumatische Erlebensbereiche wachzurufen und damit gesunde Ressourcen der Patientin zu mobilisieren, mit denen sich dann Foltererlebnisse entemotionalisieren und damit eingrenzen ließen. Ich lernte hierbei, wie kreative Ressourcen eines Patienten im Therapeuten sich wachrufen lassen und wie damit Patienten Zugang zu ihren prätraumatischen Erlebnisfeldern zurückgewinnen können.

Ich war überrascht, wie gut intuitives Kommunizieren auch bei gefolterten Patienten möglich und sinnvoll ist. Traumatische Erlebnisse lassen sich dabei wachrufen, ohne quälende Retraumatisierungen und ohne die notwendige Selbststeuerung des Patienten zu gefährden. Ich selbst fühlte mich abschließend erstaunlich entspannt. Ganz anders, als bei vorher laufenden Versuchen mit vergleichbaren Patienten, bei denen ich mich empathisch in die grauenhaften Erlebnisse einzufühlen suchte. Darüber hinaus ist es für Patient und Therapeut entlastend, diese Arbeitsmethode einzubetten in eine sachliche Besprechung aktueller Probleme. Als ebenfalls hilfreich und notwendig sehe ich die klare politische Stellungnahme des Therapeuten gegen Machtmissbrauch und Folter, ohne dass er sich dabei parteilich mit dem Patienten verbündet. Am Beispiel einer intuitiv orientierten Familientherapie lässt sich die lösende und stabilisierende Funktion von erzählten Geschichten aufzeigen.

## 7.2 Familiengespräch mit einem in der Kindheit gewalttraumatisierten Jugendlichen

Ein 17-jähriger Schüler kommt mit seinen zwei Brüdern und seiner Mutter zur Aufarbeitung eines extremen Gewalt Traumas, das er als 4-jähriger erleiden musste. Er wurde sexuell missbraucht und dabei grausam gequält. Das Thema wurde in der Familie nie besprochen, obwohl alle davon wissen. Peter leidet bis heute unter den Folgen der Gewalttat. in Form von Ängsten und körperlichen Missempfindungen. Die Familie leidet vor allem unter seinen emotionalen Gewaltdurchbrüchen.

Einleitend versuche ich zu vermitteln, dass die Funktion der Familie u.a. als emotionales Verarbeitungssystem zu verstehen sei, in dem außerfamiliäre Belastungen aufgefangen werden können. Diese Funktion würde jedoch überfordert durch emotional nicht integrierbare Erlebnisse. Hierbei suche ich die haltgebende und Grenzen ziehende Funktion der in der Kindheit erworbenen emotionalen Beziehungsmuster verstehbar zu machen. Bei Gewaltopfern würde sich jedoch zeigen, dass die angstvoll abgewehrten Erlebnisse von der Familie nicht aufgefangen werden könnten. Sie würden deshalb in der Regel nicht besprochen und in sogenannten familiären „Dämonien“ abgelagert, aus denen sie unbewusst weiterwirken würden. Als Resümee ließe sich sagen: Alle Familienmitglieder leiden. Auch diejenigen, die das Abgewehrte nicht erlebt haben, die davon nichts wissen und die es doch an ihre Kinder unbewusst weiterreichen. Deshalb sei die Aufarbeitung eines emotional nicht zu verarbeitenden Traumas eines Familienmitgliedes mit der ganzen Familie sinnvoll.

Nach der Diskussion dieser Vorstellungen erläutere ich, dass im Unterschied zu einer beziehungsbezogenen emotionalen Aufarbeitung hier eine sinnlich-imaginäre, eine kulturelle Verarbeitungsform gewählt würde, mit der sich individuelles Erleben poetisch transformieren lasse, ohne dabei die emotionalen Reaktionsmuster der Familie zu mobilisieren und zu überfordern.

Hiernach bitte ich den 17-jährigen Peter, eine Geschichte zu erzählen, in der sein Problem enthalten sei. Die Geschichte möge er jedoch so umformen wie ein Schriftsteller, der sich in eine Geschichte hinein-denkt und wie ein Regisseur, der sie auf die Bühne zur Aufführung bringt. Die übrigen Familienmitglieder bitte ich, sich weder inhaltlich noch emotional auf die Geschichte einzulassen, sondern sich ganz der Stimmung zu überlassen, die durch die Schilderung der Geschichte in ihnen ausgelöst worden sei und dabei zu versuchen, die in ihnen auftauchenden Einfälle und Phantasien ebenfalls bildhaft poetisch auszuformen bzw. umzuwandeln, so dass sie frei bleiben können von emotionalen Reaktionen sowie von Fragen und Deutungsversuchen.

Peter möge sich erst alle Erzählungen der anderen anhören, bevor er sie aufgreife oder kommentiere. Peter beginnt ohne Umschweife, (s)eine Geschichte zu erzählen:

„Da gibt es also einen Raum, der ist dunkel. Da sind hohe Säulen. Also, irgendwie ist das alles kirchlich. Es gibt ein großes Podest, überall weißer Marmor. Da läuft also so'n Typ herum. Dann gehen die Kerzen aus und die Scheinwerfer gehen an. Der Typ ist so 4 oder 6jährig. Er trägt ein rotes Käppi, eine gestreifte Jacke und blaue Hosen. Da läuft noch ein anderer Junge herum. Der ist auch irgendwie ganz bunt. Das ist alles ganz lustig. Der eine zieht einen kleinen Trecker hinter sich her, mit einem gelben Lenkrad. Im Anhänger ist Wasser drin. Der Junge will in den Wald. Auf dem Boden liegen Tannennadeln und Blätter. Aber es gibt auch Blumenstauden. Da ist eine Lichtung und dann kommt der Wolf – ha ha ha – Das ist wohl Rotkäppchen, oder? Also, wieder zurück in die Geschichte. Der Junge sammelt also Laub mit seiner Armbrust auf einen Baum, vielleicht auch auf einen Apfel. Eine Fee fliegt durch das Blau. Der Jäger schießt auf einen bunten Schmetterling. Der stürzt zu Boden. Der Junge will dahin rennen. Er ist fassungslos. Er zieht den Pfeil heraus. Der Junge hat wohl sehr viel Angst. Er ist hilflos. Er geht einen halben Schritt auf den Jäger zu. Er lässt dann den Schmetterling liegen. Jetzt fliegt ein Pfeil auf ihn zu. Er versucht wegzurennen. Der Pfeil fliegt wie ein Vogel immer hinter ihm her, kommt immer näher. Wie von magischer Hand geführt, fällt er dann zu Boden. Der Junge hat noch Blätter auf der Schuppe und geht dann zur Bordsteinkante, wo sein Bruder mit einem Tretroller auf ihn wartet und mit Steinchen wirft. Irgendwie tut es dem Jungen hinten weh. Er geht deshalb schneller nach Haus. Da ist eine riesige Villa oder ein Schloss. Die Mutter wartet da oder die Verwandten. Irgendwie sind da riesige große Fenster. Zwei Etagen tiefer hilft dann ein Butler, den Jungen zu verbinden. Das wirkt alles wie aus dem 19. Jahrhundert. Das war's, also?“

Die übrigen Teilnehmer berichten nun über ihre Einfälle und Phantasien. Sie schildern Tagesereignisse. Einer berichtet über eine ungewohnte Müdigkeit, die ihn gelähmt habe.

Der Bruder berichtet vom gestrigen Schulunterricht. Das sei alles Scheiße. Er habe Erinnerungen an einen tollen Film. Da sei es um Liebe, Sex und Zärtlichkeit gegangen. Ihm falle dazu nur eine Geschichte ein von einem Mädchen, das von zu Hause abgehauen sei, weil sich die Eltern getrennt hätten. Die sei dann mit so einem Motorradtyp abgehauen. Der habe sie geschwängert, dann aber verlangt, sie solle abtreiben. Sie sei also von der Mutter wie vom Freund sitzengelassen worden. Verzweifelt wollte sie sich von der Brücke stürzen. Ein Autofahrer habe sie dann gerettet.

Die Mutter berichtet danach ganz glücklich, dass sie überrascht sei. Ihr Sohn habe bisher noch nie über dieses Erlebnis gesprochen. Ihr falle hierzu *Astrid Lindgren* ein. Mit leicht trauriger Stimme berichtet sie dann von *Ronja Räubertochter* aus der Zeit, als Ronja geboren wurde und der Berg sich spaltete.

Die familiäre Gruppenstimmung ist hiernach gelöst. Auch Peter ist entspannt. Die Sitzung kann ohne weitere Kommentare beendet werden. Nach vier weiteren poetischen Inszenierungen mit jeweils 4 Wochen Abstand hat sich die Symptomatik von Peter deutlich gebessert. Die emotionalen Eruptionen in der Familie haben sich verringert.



### 7.3 Eine intuitiv orientierte klinische Gruppentherapie mit gefolterten Patienten

Ich möchte etwas detaillierter eine Sequenz aus einer 1/2-jährigen, einmal wöchentlich stattfindenden stationären „Phantasierunde“ berichten. Teilnehmer waren teilweise über mehrere Jahre gefolterte chilenische und türkische Patienten. Aus diesen Gesprächsrunden ließ sich die Verzahnung von Ängsten, Beschwerden, Folterberichten und gesellschaftlichen Problemen entnehmen.

*Ausschnitte aus der fünften Behandlungsstunde einer klinischen Gruppentherapie mit Folteropfern:*

Am Beginn schildert eine kurdische Patientin, dass sie in den letzten Tagen ängstlicher geworden sei. Sie habe von Mäusen und Ratten geträumt und habe noch im Halbschlaf auf Ratten herumtrampeln müssen. Ihr falle dazu eine Situation im Gefängnis ein, als plötzlich eine Menge Ratten in den Essraum gestürzt kamen und sie versucht habe, die Ratten abzuwehren, auf sie zu treten. Ein kurdischer Patient schildert daraufhin Erlebnisse aus seiner Gefangenschaft. Es sei nach dem Militärputsch gewesen. Da seien die Foltermethoden besonders brutal gewesen. Jeden Tag E-Schocks, jeden Tag Prügel. Er selbst habe seit dieser Zeit Angst und ekelhafte Abwehr gegen Katzen und Hunde und vor allen Dingen auch gegen Ratten und Mäuse. Es sei ein richtig ekelhaftes Gefühl, das dann in ihm hochkomme. Er sei in einer Einzelzelle gewesen, zusammen mit 5 anderen. Ein Soldat habe ihm eine lebende Ratte gebracht und gesagt, diese Ratte müsste er am Leben erhalten: „Wenn sie stirbt, kriegt ihr nichts mehr zu essen“. Er selbst hätte eine starke Abwehr gehabt, die Ratte nur zu berühren. Er habe jedoch sein Unterhemd zur Verfügung gestellt und man hätte abgestimmt, wer die Ratte versorgen müsse. Nach zwei Tagen sei die Ratte jedoch tot gewesen und sie hätten 10 Tage nichts zu essen gekriegt. Hierauf folgen eine Vielzahl von „Ratten Einfällen“: *Heinrich Heines* fette und hungrige Ratten. Ein Patient schildert daraufhin seine stärker gewordenen Beschwerden in Armen und Beinen. Ein anderer: Eine stark gewürzte Rattenmahlzeit in Nigeria. Der Co-Therapeut bringt das Bild einer rosa popfarbenen Ratte. „Das sei wie eine Leuchtreklame, das blitzte auf. Es ginge immer schneller und schneller, schließlich platze die Leuchtreklame und als Ergebnis gäbe es ein Gefühl von Leere, schwarze, total schwarze Leere, stockfinster, total. Dabei habe er Magenschmerzen, unangenehm“.

Ein chilenischer Patient äußert, er habe wieder das Gefühl, als sei er selbst ein Spiegel dessen, was er da hört. Schmerzen vom Unterleib über den Magen aufsteigend bis in die Zunge hinein. Es sei ihm alles wie zum Kotzen. Die kurdische Patientin beschreibt einen breiten Strand mit vielen Buchten und ein braunes Pferd, das da lang reitet und schließlich die Klippen herunter stürzt. Viele Kinder seien in der Nähe, spielten unter Palmen und würden ganz erschreckt zu dem Platz laufen und traurig sehen, wie das Pferd im Wasser ertrinkt. Der Therapeut schildert daraufhin seine traurig-melancholische Stimmung und seine Phantasie: „Es ist, als wenn ich herunterhängende Augenlider habe, in denen sich jeweils ein See mit Booten und Palmen spiegelt, die durch eine eigenartige Kette zusammengehalten werden, wobei mir hierbei *Trotzki* mit seinem Kneifer einfällt, wie er mit dem Eispickel im Kopf noch ganz souverän dasitzt, die Hand ausstreckt und sagt: *Voila*, so ist das Leben.“

In der Abschlussdiskussion schildert der kurdische Patient seine Einfälle zu den popfarbenen Ratten. Ihm falle sofort ein: „Rote Ratten!“ Und: „Ich bin stolz!“ Der Chilene fügt hinzu: „Die eigentliche Revolution hat noch nicht begonnen“. Dann fiel ihm zu dem Strandbild mit den Kindern ein, dass die sozialen Ideen in den Kindern lie-

gen würden. Das Pferd sei halt zu Tode geritten: „Die Revolution frisst ihre Kinder“. Insgesamt würden jedoch all die Bilder wieder Hoffnung geben. „Es ist nicht alles sinnlos gewesen“. Und, melancholisch: „c'est la vie.“ Die Stimmung ist am Ende der Gruppenstunde entspannt.

#### *7.4 Vergewaltigungen in Bosnien im Stimmungsprozess einer prismatischen Balintgruppe in Deutschland*

Aus dem Frauen-Therapiezentrum in Zenica, Zentral-Bosnien, besuchten uns eine Psychiaterin und eine Psychologin. Sie wollten Arbeitsweisen und Theorieentwürfe in der Therapie von Folteropfern in der psychiatrisch-psychosomatischen Abteilung in Duisburg/Rheinhausen kennenlernen. Im Rahmen dieses Besuches wurde ihnen angeboten, einen typischen oder einen besonders belastenden Fall in unserer hausinternen prismatischen Balintgruppe vorzustellen. Diesem Vorschlag konnten die zwei Kolleginnen aus Bosnien jedoch nur zögernd nachkommen. Sie schilderten, dass ihre Erlebnisse sehr belastend seien.

Der Bericht der bosnischen Kollegin über ihre als quälend erlebte Beziehung zu einer mehrfach vergewaltigten jungen Frau wird von Beginn an von mühsam unterdrücktem Schluchzen begleitet. Die Kollegin aus Bosnien berichtete von einer 17jährigen Patientin, der sie wie hilflos gegenüber stehen würde. Diese sei seit einigen Wochen in ihrem Zentrum, aber es sei nicht gelungen, zu ihr näheren Kontakt zu finden. Diese 17jährige laufe wie eine alte Frau mit einem leeren Blick herum, wie ein Roboter. Dabei könne man sachlich kühl mit ihr durchaus Tagesprobleme besprechen. Trauer habe dieses „alte, junge“ Mädchen wohl nicht mehr zur Verfügung. Die Kollegin schildert jetzt im Einzelnen, dass diese 17jährige mit ihrer 14jährigen Schwester und einer älteren Cousine aus ihrem Dorf geflüchtet seien und in einem Haus Zuflucht gefunden hätten. Dort seien sie jeden Abend von stationierten und vorbeiziehenden Soldaten vergewaltigt worden. Die Kollegin kann das nur mit unterdrücktem Schluchzen berichten. Das schlimmste Erlebnis für die 17jährige sei wohl gewesen, mitzuerleben, wie ihre 14jährige Schwester immer wieder vergewaltigt wurde. Eines Nachts habe sie einen fürchterlichen Schrei gehört. Seitdem habe sie ihre Schwester nie wieder gesehen. Dies habe die Patientin in einem kalten harten Ton, wie abwesend, berichtet. Die Patientin fühle sich schuldig. Über ihre eigene Vergewaltigung habe die Patientin jedoch nicht sprechen wollen. Man könne sie auch nicht in den Arm nehmen und auch nicht trösten. Es sei schrecklich.

Die dramatische Schilderung löst bei den Gruppenmitgliedern eine Vielzahl unterschiedlicher und zum Teil tief betroffener Gefühle,

Missemphindungen und Stimmungen aus. Körperlich werden Magen- und Herzbeschwerden, Erstarrung, Gefühllosigkeit und Apathie, Enge und Kloßgefühle erlebt. Die wechselnden Stimmungen und Gefühle pendeln zwischen spannungsvoll geladen, aggressiv gespannt, resignativ verzweifelt, hoffnungsvoll und tief religiös. Gleichzeitig werden nebeneinander angstvoll traurige und freudig lustvolle Stimmungsgefühle geschildert. Die hierbei frei werdenden Phantasien kreisen um Schilderungen von zerstörten Häusern und von stillen Klöstern und Landschaften. Sie berichten von grausamen Zerstörungsszenarien, von zerfetzten Tieren und menschlichen Körperteilen. Eine geköpfte Madonna. Ein mit dem Schwert geopfertes Lamm wird von Soldaten bewacht in einer Kirche, vor dessen Eingang Leichenberge jeden Zutritt verwehren. Klirrende Kälte in leeren Wüstenregionen und breite Blutströme kontrastieren mit Einfällen zu *Pinocchio* und zu *Jonas* im Bauch des Wals. Abschließend sollte eine Phantasieschilderung wortgetreu zitiert werden, da sie die eigene politische Betroffenheit der Gruppenteilnehmer aufleuchten lässt:

Bei mir ist jetzt alles klar. Ich sehe ein Maschinengewehr, welches auseinandergenommen, gereinigt, eingeölt und wieder zusammengesetzt wird. Feldherrn beugen sich über einen Gartentisch, auf dem die Karte von Jugoslawien eingezeichnet ist. Sie lecken dabei die Karte ab und sagen immer ganz gierig, das ist meins. Durch dieses Ablecken kommen die vielen kleinen Fähnchen, womit sie ihre Stellungen und Greuelthaten einmarkiert haben in die Zunge, so dass auf der Zunge viele kleine Fähnchen eingespießt sind. Dann verwandelt sich das Bild, und ich sehe Panzer und ein Regiment Soldaten und ich habe das Gefühl von Kraft und Stärke und Macht. Eigenartig, ich fühle mich wohl und höre dabei eine Musik aus dem Dritten Reich, die eine erneute Siegesmeldung des deutschen Heeres ankündigt.

Die bosnische Kollegin berichtet im Nachgespräch, dass in den Bildern das Drama ihrer Heimat enthalten sei. Die Verzweiflung, die Aggressionen, die Hilflosigkeit und die körperlichen Beschwerden, die auftürmenden Leichenberge vor der Kirche und das von Soldaten bewachte Opferlamm, insgesamt der unverstehbare Wahnsinn des Ganzen, das alles sei Realität heute in Bosnien. Sie sei jedoch am meisten betroffen von den körperlichen Beschwerden der einzelnen Gruppenmitglieder. So ähnlich ginge es ihr auch im Frauenzentrum mit dieser Patientin. Sie sei erstaunt über die Wirkung, die ihr Bericht in uns ausgelöst habe und dass sie sich jetzt nach all diesen unterschiedlichen Einfällen eigenartig entspannter fühle. Die Mischung aus makabren und humorvollen Szenen habe sie erstaunlich entlastet. Vielleicht würde sie jetzt einen anderen Kontakt zu diesem 17jährigen Mädchen, zu dieser Frau, finden. Die übrigen Gruppenmitglieder reflektieren die Erlebnisbreite ihrer Gefühle und Einfälle. Insgesamt wird der Gruppenprozess als bereichernd bewertet. Er habe eine größere Offenheit und ein Mitfühlenkönnen erzeugt, für das, was da jetzt in Bosnien passiert und was unsere Kolleginnen dort zu leisten haben. Wichtig sei jedoch auch, dass über die Musik und die Siegesmel-

dungen der Deutschen Wehrmacht die deutschen Verbrechen aufleuchten konnten. Zögernd, aber doch offen, wird diskutiert, in welchem Ausmaß deutsche Truppen während des letzten Krieges, auch im damaligen Jugoslawien gewütet haben und, dass unsere eigenen Kriegsverbrechen nur selten erinnert werden, wenn die Medien uns mit Berichten aus Bosnien zu erreichen suchen.

### *7.5 Eine prismatische Balintgruppe in Kuwait*

Abschließend möchte ich am Beispiel einer Balintgruppentagung in Kuwait aufzeigen, dass intuitive Dialoge auch in fremden Kulturen Verständigungsprobleme zu überwinden helfen. Im moslemischen Kulturbereich stoßen Balintgruppen auf spezifische Schwierigkeiten, wenn sie sich nicht den soziokulturellen Besonderheiten des jeweiligen Landes anzupassen vermögen. Ich habe entsprechende Erfahrungen in Kuwait, in Syrien und in der Türkei gewinnen können.

Auf Einladung des Social Development Office of Kuwait konnte ich im Verlauf einer sechstägigen prismatischen Balint-Gruppen-Tagung mit täglich drei Doppelstunden erproben, inwieweit sinnlich-metaphorische Arbeitsmethoden von den kuwaitischen Gruppenteilnehmern verstanden und angenommen werden. Die 15 Teilnehmer waren Psychologinnen, Sozialarbeiter und Krankenschwestern. Ziel war die Aufarbeitung der im Golfkrieg erlittenen gewalttraumatischen Erlebnisse bei Patienten sowie, für mich unerwartet, die der Gruppenmitglieder und ihrer Familienangehörigen. Hierbei ist wichtig zu wissen, dass durch den Golfkrieg etwa 70% der Familien von Trennungen betroffen waren. Fast ein Drittel der Bevölkerung floh ins Ausland. Die übrigen hatten eine Vielzahl von Bedrohungen, Erschießungen, Vergewaltigungen und Folterungen zu erleiden, so dass Ausprägungsformen des Posttraumatic Stress Syndroms (PTSD) in der Bevölkerung sehr häufig zu finden sind.

In der Gruppe wurde englisch/arabisch mit Simultanübersetzung gesprochen. Das Gruppenklima war von Beginn an vertrauensvoll, warm, herzlich und familiär. Die Teilnehmer zeigten sich im Rahmen der sinnlichen und Phantasie orientierten Arbeit offen auch für individuelle und familiäre Probleme. Diskussionen über die Funktion des Glaubens und die Bedeutung einzelner Suren des Koran, vor allem im Sterbeprozess, spielten dabei eine wichtige, die moslemische Identität der Gruppenteilnehmer bestätigende Rolle. Die Reduzierung kritisch hinterfragender und individueller Motivationsuche im Gruppenprozess bildete eine weitere wichtige Voraussetzung.

Als Beispiel kann die Symptomlinderung eines Gruppenmitgliedes gleich zu Beginn der Tagung in Kuwait dienen. Er berichtete, dass er als Sozialarbeiter zahlreiche Patienten betreue, die seit dem Krieg

unter ausgeprägten depressiven und Angstsymptomen sowie unter Schlafstörungen und Antriebslähmungen litten. Er schildert dabei die Qualen einer etwa 50jährigen Frau, die erleben musste, wie vor ihren Augen ihr Mann und ihr 16jähriger Neffe mit dem Beil erschlagen wurden. Das Blut, der Anblick und ihre lähmende Verzweiflung gingen ihr wohl nicht mehr aus dem Kopf. An dieser Stelle beginnt er, stockend in arabischer Sprache von seinem eigenen Leiden zu berichten. Er habe seit vielen Monaten starke Magenschmerzen und Schlafstörungen. Bei ihm sei es wohl der Verlust der Mutter während des Krieges. Darüber wolle er hier jedoch nicht reden. Ihm ging es darum – und jetzt wieder in englischer Sprache – er wolle fit sein für seine Aufgabe. „My job is my life, you know“, und energisch: „you have to know doctor“.

Die Gruppe reagiert betroffen, stellt sich jedoch rasch auf das bereits trainierte sinnliche und Phantasie Setting ein. Lähmende, lustlose und ekelerregende Empfindungen und Stimmungsbilder werden wach. Eine abgeschlagene blutende Hand tanzt durch ein Gewirr von Schiffsmasten, „wie ein Derwisch mit wehendem Schweif. Die Blutstropfen tanzen mit, färben das Meer“. Kopfschmerzen und Magenbeschwerden stellen sich ein. Dann folgen Erlebnisse und Bilder von brennenden Ölfeldern, „die wie Kerzen eine Hochzeitsfeier beleuchten“. Viel Volk, Tanz und lustige Musik. Die Stimmung öffnet sich jetzt für friedliche Kamelkarawanen im Gegenlicht der untergehenden Sonne. Verträumte Meeresstimmungen und zärtliches Wiegen eines Säuglings kontrastieren mit grauen Nebelfeldern. Eine riesige Moschee ragt in den Himmel, in vorbeijagende Wolken, „it's like a sword or a bow of a ship“. „On the trip in a nowhere land“ ergänzt lachend eine Psychologin, die als Religionslehrerin tätig ist.

Der Sozialarbeiter greift die einzelnen Stimmungsbilder auf und sucht sie assoziativ mit eigenen sozio-familiären Erlebnisfeldern zu verknüpfen. Im Sinne prismatischer Selbsterfahrung, in der die Äußerungen weder individuell noch gruppenspezifisch vertieft, hinterfragt oder gedeutet werden, gelingt es dem Gruppenmitglied, das wechselseitig sich tragende Leiden zwischen seiner 50jährigen Klientin und dem eigenen familiären Belastungshintergrund zu verstehen und es im Kontext eines gemeinsamen soziokulturellen und religiösen Eingebundenseins zu mildern. In der letzten Gruppensitzung, vier Tage später, berichtet der Sozialarbeiter, dass seine Magenschmerzen bereits seit Tagen verschwunden seien. „They just flew away“. Wichtig sei ihm jedoch zu berichten, dass er bei seiner Klientin eine ganz neue Gesprächsbasis gefunden habe. Er sei jetzt lockerer und könne mit ihr über familiäre und lebenspraktische Fragen sprechen.

## 8. Abschlussüberlegung

Die Aufarbeitung einer „Folter-Opfer-Beziehung“ in klassischer Übertragung ist meines Erachtens eine Überforderung von Patient und Therapeut. Sie ist wohl auch ein Grund dafür, dass Patienten sich einer therapeutischen Aufarbeitung nicht selten entziehen und dass nur wenige Therapeuten bereit sind, sich dieser Aufgabe zu stellen. Defokussierende sinnlich-imaginative Arbeitsmethoden sind ein Weg, auf dem gefolterte Patienten sich aus ihren Trauma bedingten inneren Käfigen befreien können. Inwieweit intuitive Dialoge den theoretischen und Behandlungsrahmen erweitern helfen, ob hierbei unsere Vorstellungen zu sozio-kulturellen Wirkfaktoren, zur Transformation emotionaler Blockaden, zur Stimmungsübertragung sowie zu beziehungsübergreifenden Ich-Findungs-Prozessen hilfreich sind, bedarf jedoch noch weiterer Neulanderprobungen und Diskussionen.

### Zusammenfassung

Die Behandlung gewaltraumatisierter Patienten ist im übertragungsorientierten Setting oft langwierig und wenig erfolgreich. Darüber hinaus entziehen sich Opfer oft einer solchen Behandlung, Therapeuten bieten sie zu wenig an, weil sie emotional sehr belastend sind. Es wird der Ansatz der „Prismatischen Balintgruppe“ erläutert, in der methodisch auf das von viktimisierten Patienten vorgetragene Material nicht inhaltlich eingegangen wird, sondern mit eigenen sinnlichen Erfahrungen, Stimmungsübertragungen, bildsprachlichen Ausformungen oder imaginativen Erlebnissen. Nach einer theoretischen Einführung zeigen fünf Fallbeispiele, u.a. von Kriegsopfern aus Bosnien und Kuwait, dass „defokussierende sinnlich-imaginative Arbeitsmethoden“ ein möglicher Weg sind, auf dem gefolterte Patienten sich aus ihren traumabedingten Fixierungen lösen können.

### *Summary: Intuitive Dialogs with Patients Traumatized by Violence*

The treatment of patients traumatized by violence in transference orientated settings is lengthy and little successful. Often, victims of violence do avoid these settings, therapists often do not offer them, because they are emotionally very incriminating. The approach of „Prismatic Balint Groupwork“ is theoretically explained. In this method, therapists and other group members do not comply with contents of narratives, but declare their own sensual experience, transference of moods and imaginary, and try to describe their phantasies with words. Five cases, one of them showing the treatment of victims from Bosnia and Kuwait, do illustrate, that this „defocussing“ work is one way to get away from trauma conditioned fixations.

**keywords:** treatment of victim's trauma, Prismatic Balint Groupwork, imagination in psychotherapy, posttraumatic stress disorder.

## Literatur

- Arendt, H. (1986): Eichmann in Jerusalem. München: Piper.
- Balint, M. (1958): The three areas of mind. *Int. J. of Psychoanalysis*, 39, 328-340.
- (1973): Therapeutische Aspekte der Regression. Frankfurt a.M.: Rowohlt.
- Bergmann, M.S., Milton, E.J., Kestenberg, J.S. (1995): Kinder der Opfer – Kinder der Täter. Psychoanalyse und Holocaust. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bloch, E. (1977): Experimentum Mundi. Gesamtausgabe Bd. 15, Edit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Buber, M. (1979): Das dialogische Prinzip. Heidelberg: L. Schneider.
- de Man, P. (1988): Allegorien des Lesens. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Drees, A. (1989): Guidelines for a Short-Therapy of a Torture Depression. *J. of Traumatic Stress*, 2/4, 549-554.
- (1995): Freie Phantasien. Göttingen: V & R.
- (1995): Vergewaltigungen in Bosnien im Stimmungsprozeß einer prismatischen Balintgruppe. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 31/4, 346-357.
- (1996): Folter: Opfer, Täter, Therapeuten. Gießen: Psychosozial.
- (1997): Eine prismatische Balintgruppe in Kuwait. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3.
- (1997): Innovative Wege in der Psychiatrie. Gießen: Psychosozial.
- (1997): Torture and Mood-Oriented Prismatic Balint Groups. *Int. Forum of Psychoanalysis*, 6/4.
- (1998): Prismatische Kommunikation im Behandlungsfeld extremtraumatisierter Patienten. In: Schüssler, A.M., Höhfeld, K. (Hg.): Trauma und Konflikt. Gießen: Psychosozial.
- (1999): Intuitive Dialogues with Victims of Torture. In: Oehmichen, M. (Hg.): Maltreatment and Torture. Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Eckstaedt, A. (1989) Nationalsozialismus in der zweiten Generation. Psychologie von Hörigkeitsverhältnissen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Steffens, M. (1997): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt* 9.
- Freud, S. (1927): Die Zukunft einer Illusion. GW XIII. Frankfurt a.M.: Fischer.
- (1930): Das Unbehagen in der Kultur. GW. XIV Frankfurt a.M.: Fischer.
- (1960): Briefe -1939 Frankfurt a.M.: Fischer.
- Gamm, G. (1986): Wahrheit als Differenz. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gäßler, K. (1995): Wunden, die nicht vergehen. *Psyche*, 49, 41-68.
- Grassi, E. (1979): Die Macht der Phantasie. Königstein.
- (1986) Einführung in philosophische Probleme des Humanismus. Darmstadt.
- Grubrich-Simitis, J. (1979): Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma. *Psyche*, 33, 991-1023.
- (1995): Vom Konkretismus zur Metaphorik. In: Bergmann et al. (1995).
- Jung, C.G. (1975): Über Grundlagen der Analytischen Psychologie, Studienausgabe. Olten: Walter.
- Moser, T. (1996) Übertragung und Inszenierung – Der therapeutische Zugang zu den geschichtlichen Katastrophen. In: Bell, H., Höhfeld, G. (Hg.): Aggression und seelische Krankheit. Gießen: Psychosozial.
- (1997): Oedipus in Panik und Triumph. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- (1996): Dämonische Figuren. Die Wiederkehr des Dritten Reiches in der Psychotherapie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Müller-Hohagen, J. (1988): Verleugnet, verdrängt, verschwiegen. Die seelischen Auswirkungen der Nazizeit. München: Piper.
- Niederland, W.G. (1980): Folgen der Verfolgung. Das Überlebenden-Syndrom, Seelenmord. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Petzold, H. (1979): Psychotherapie und Körperdynamik. Junfermann: Paderborn.
- (1990): Die neuen Kreativitätstherapien. Junfermann: Paderborn.



- Piaget, J.* (1969): *Nachahmung, Spiel und Traum*. Stuttgart: Klett.  
— (1979): *Die Entwicklung des inneren Bildes beim Kind*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.  
*Singer J.L.* (1979): *Phantasie und Tagtraum*. München: Pfeifer.  
*Sontag S.* (1982): *Kunst und Antikunst*. Frankfurt a.M.: Fischer.  
*Vico, G.* (1984): *De Nostris Temporis Studiorum Ratione*. Darmstadt.  
*Wardi, D.* (1997): *Siegel der Erinnerung. Das Trauma des Holocaust – Psychotherapie mit den Kindern der Überlebenden*. Stuttgart: Klett-Cotta.  
*Welsch, W.* (1987): *Unsere postmoderne Moderne*. Weinheim: Beltz.  
*Westernhagen, D.v.* (1987): *Die Kinder der Täter. Das Dritte Reich und die Generation danach*. Frankfurt a.M.: Fischer.  
*Winnicott, D.W.* (1973): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart:Klett.  
— (1984): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt a.M.: Fischer.  
*Wittgenstein, L.* (1984): *Werksausgabe, Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.  
*Wittgenstein, O.G.* (1975): *Sagen, hören, sehen*. Fellbach: Bonz.

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Alfred Drees  
Friedrich Ebert Str. 26, 47799 Krefeld  
Fon: 02151/503922, Fax: 02151/503955  
email: intuitiv.talks@t-online.de

# Integrative Therapie in der Begleitung einer Überlebenden des Holocaust

Angela S. Reinhard, Berlin<sup>1</sup>

„Was die Faschisten uns angetan haben,  
ist durch nichts wiedergutzumachen.  
Man kann viel verzeihen und schwer vergessen,  
dieses kann man nie verzeihen und nie vergessen.“  
(Rita S., Biographische Aufzeichnungen)

## Einleitung

Während meiner dreijährigen Mitarbeit bei Esra e.V. von 1994 bis 1996 gehörte es zu meinen therapeutischen Aufgaben, Überlebende in ihrer Verarbeitung der traumatischen Zeit der Verfolgung zu begleiten und zu unterstützen. Esra wurde 1991 als Beratungsstelle für Überlebende des Holocaust<sup>2</sup> und deren Nachkommen gegründet, nachdem im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums an der Humboldt-Universität im November 1990, veranstaltet von überwiegend amerikanischen Therapeuten und der Amcha-Stiftung in Israel die Dringlichkeit deutlich wurde, sich über die Spätfolgen bei Opfern des Nazi-Terrors auseinanderzusetzen. Judith Kestenbergl leistete mit ihrem Vortrag über Spätfolgen bei verfolgten Kindern dazu einen wichtigen Beitrag. Für mich persönlich bedeutete diese Arbeit bei Esra eine erneute Auseinandersetzung mit meiner jüdischen Familiengeschichte, insbesondere dem Schicksal meiner Großmutter mütterlicherseits, die als „Mischling 1. Grades“<sup>3</sup> sich der Verfolgung – wenn auch unter großer Angst – entziehen konnte. Ganz besonders wichtig wurde für mich während dieser Zeit die therapeutische Begleitung von Rita S. Die Darstellung dieser Arbeit soll etwas von den Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit mit Überlebenden des Holocaust aufzeigen.

- 
- 1 Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Düsseldorf/Hückeswagen.
  - 2 Die verschiedenen Begriffe *Holocaust* (griechisch: Brandopfer) und *Shoa* (hebräisch: Vernichtung) bezeichnen die Verfolgung und Ermordung der europäischen Juden durch die Nationalsozialisten.
  - 3 Die Nürnberger Gesetze vom September 1935 bezeichneten all jene Personen als „Mischlinge 1. Grades“, die zwei „volljüdische“ Großeltern hatten.

## Theoretische Überlegungen: Der Begriff der Extremtraumatisierung

Die Erfahrungen, die Menschen im KZ machen mussten, waren von bislang derart unbekanntem Ausmaß an Massenmisshandlung und Massenmord, dass die bisher verwandten traditionellen Traumakonzepte nicht ausreichten, um das Ausmaß der Schädigungen zu erfassen. Die massive Traumatisierung durch die Verfolgung wurde nicht nur individuell von den Verfolgten selbst verdrängt, die mit der Rückkehr in die Normalität beschäftigt waren, sondern auch von der Wissenschaft als Thema verneint.

Im Unterschied zur bis dahin geltenden Auffassung von Einzeltraumata fand in der Erforschung der Überlebenden, die der Verfolgung in Konzentrations- und Vernichtungslagern ausgesetzt waren, der Begriff der Extremtraumatisierung große Verbreitung. Dieses Konzept beruht auf dem Gedanken der kumulativen Traumatisierung (Khan 1963, s. I. Koop, in diesem Heft), in der die Schädigung nicht als isolierter Reiz, sondern vielmehr in der Gesamtheit der Umweltkonstellation, in der Abfolge wiederholter Traumata zu verstehen war. Keilson (1979) nahm den Gedanken der kumulativen Traumatisierung auf und entwickelte sein Konzept der sequentiellen Traumatisierung. Er unterschied verschiedene Phasen der Traumatisierung und grenzte sie voneinander ab: Die erste Sequenz ist der Beginn der Verfolgung, die zweite Sequenz beginnt mit der Deportation in das KZ, dem Leben im Versteck oder dem Leben unter anderer Identität. Die dritte Sequenz ist die Nachkriegszeit mit allen Schwierigkeiten der Wiedereingliederung. Viele Überlebende bezeichnen diese Phase als die einschneidendste und schmerzlichste ihres Lebens.

In der Integrativen Therapie gelten Traumata u.a. als frühe Schädigungen einer sich entwickelnden Persönlichkeit, die in der Leiblichkeit Spuren hinterlassen haben. „Traumata hinterlassen – je nach Stärke und entlastender Wirkung protektiver bzw. kompensatorischer Einflüsse – oftmals Deformationen der Persönlichkeit: Im Leib-Selbst, das sich z.B. anästhesiert, im Ich, das Blindheiten behält, in der Identität, die ‚Löcher‘ ausbildet“ (Petzold 1993, 577). Es kann zu einer Schädigung des perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes kommen (Petzold 1993; vgl. van der Kolk et al. 1996; Maercker 1997; Fischer/Riedesser 1998).

## *Der Begriff der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD)*

Das komplexe Traumasyndrom, das nach langanhaltendem, wiederholtem Trauma auftreten kann, wurde zur psychiatrischen Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) zusammengefasst, eingegangen in das DSM IV und in die ICD 10. Damit wurde ein Versuch unternommen, die Auswirkungen von traumatischem Stress wie das „man made desaster“ des Holocaust zu kategorisieren. Dabei entsteht die Gefahr, dass die Opfer als beschädigte Persönlichkeiten bezeichnet werden und nicht als Menschen, die versucht haben, mit eben dieser Abwehr und Bewältigungsstrategie zu überleben oder mit aufgetretener und chronifizierter Symptomatik weiterzuleben. Es würde den Überlebenden des Holocaust ein erneutes Unrecht zugefügt, wenn die Auswirkungen dieses „man made desaster“ in eine individuelle Psychopathologie kategorisiert würde.

## *Die Gruppe der Child-Survivors*

Auch heute noch kann man sie finden, die Spuren der Verfolgung. Nach vielen Jahren des Schweigens machen die Überlebenden des Holocaust auf ihr Schicksal in autobiographischen Büchern, Interviews, Fernseh- und Radiosendungen auf sich aufmerksam (z.B. *Wardi* 1997). Überlebende des Holocaust berichten davon, dass die Schrecken der Verfolgung nicht überstanden, sondern Teil ihres alltäglichen Lebens sind. Dazu gehören nächtliche Alpträume, Schlafstörungen, zahlreiche psychosomatische Beschwerden usw. (*van der Kolk* et al. 1996, *Hermann* 1993).

Geblichen ist oft auch ein großes Misstrauen gegenüber den Deutschen der älteren und z.T. der jüngeren Generation und ein Nichtwiederheimisch-geworden-Sein in dieser Welt. Besonders Kinder und Jugendliche waren der Verfolgung und Diskriminierung durch die Nazis wehrlos ausgesetzt. Die ohne Warnung einsetzende Bedrohung stellte einen schweren Einschnitt in ihre kindliche und adoleszente Entwicklung dar. In den letzten Jahrzehnten hat sich die wissenschaftliche Forschung erneut der besonderen Situation der Gruppe der Überlebenden zugewandt, die zum Zeitpunkt der Verfolgung noch Kinder und Jugendliche waren. Diese Gruppe wird als Gruppe der Child-Survivors bezeichnet. Beispielhaft für die Autoren vieler wichtiger Artikel und Bücher ist *Judith Kestenberg* zu nennen, die mit ihrem 1981 gegründeten Projekt „International Study of Organized Persecution of Children“ anhand von Interviews erforschte, welche Verfolgungsschicksale von Kindern die schwersten Auswirkungen auf sie als Erwachsene gehabt haben.

Ein wichtiger Teil der Interviews bestand darin, soweit wie möglich die Lebensgeschichte vor der Verfolgung zu erforschen, um herauszufinden, in welcher Weise das Milieu der Kindheit und die Frühentwicklung einen Einfluss auf das Verfolgungsschicksal und die spätere Entwicklung genommen haben. Die Auswertung der Interviews zeigte, dass die Bedeutung der Traumatisierung jeweils abhängig war vom Alter der Kinder, daneben spielte die Zeit vor der Verfolgung und familiäre Bindungen ebenfalls eine große Rolle (Kestenberg 1993).

### *Eine Kindheit im Versteck*

*Rita S.* kam im August 1995 zu *Esra*, weil sie einen sicheren Ort suchte, wo sie über ihre vielfältigen Ängste und ihr Misstrauen gegenüber der deutschen Umgebung sprechen konnte. Sie hatte aus dem Nachrichtenblatt der Jüdischen Gemeinde in Berlin „Berlin Umschau“ von der Beratungsarbeit von *Esra* Kenntnis erhalten.

*Rita S.* litt unter schweren psychosomatischen Beschwerden. 1993 wurde bei ihr ein großes Nierenkarzinom diagnostiziert, seit 1994 bestanden Magengeschwüre (anderthalb Jahre nach dem Tod ihrer Mutter), 1994 wurde Nierenkrebs, 1995 Blasenkrebs diagnostiziert. Sie wurde chemotherapeutisch behandelt und hatte stets große Ängste vor den alle zwei Monate stattfindenden Untersuchungen.

Auf dem Hintergrund der Verfolgungsgeschichte sind sowohl die chemotherapeutischen Behandlungen als auch die invasiven Untersuchungen erneute traumatische Erfahrungen für *Rita S.*; ihre ständigen nicht fassbaren Ängste waren der Grund, dass sie sich immer mehr von der Außenwelt zurückzog und nur noch in Begleitung ihres Mannes die Wohnung verließ. Sie hatte außerdem große Angst vor Sterben und Tod und wenn sie in der Zeitung etwas über Krebs las, so dachte sie: „Siehste, der ist auch an Krebs gestorben, dann muss ich ja auch ...“.

*Rita S.* beschäftigte sich dauernd mit der Zeit der Verfolgung, der sie als Kind mit ihrer Mutter ausgesetzt gewesen war. Sie konnte nichts über den Holocaust lesen, „das nimmt mir die ganze Lebensfreude“. Gegenüber älteren Deutschen hatte sie ein großes Misstrauen und besonders Angst vor Männern in Uniform, z.B. Polizisten. Sie litt außerdem unter Einschlaf- und Durchschlafstörungen, vorzeitigem Aufwachen und gelegentlichen Alpträumen. *Rita S.* wurde von August 1995 bis Mai 1996 von *Esra* therapeutisch betreut. Es fanden etwa 20 Therapiestunden in einem wöchentlichen Rhythmus statt. Im Juni 1996 starb *Rita S.*

## *Die Verfolgungsgeschichte der Rita S.*

*Rita S.* wird 1935 als Einzelkind in Berlin geboren. Die Mutter (Jüdin) ist von Beruf Verkäuferin, der Vater (nicht jüdisch) ist von Beruf Friseur. Er tritt 1947 zum Judentum über. *Rita S.* wächst im Haushalt der Eltern und Großeltern mütterlicherseits auf. Sie erhält eine liberal-jüdische Erziehung. 1941 Einschulung in die Jüdische Schule in der Kaiserstraße 29/30. Die Schule wird 1942 zwangsgeschlossen. *Rita S.* erhält ein Schulentlassungszeugnis. Ab 1941 mussten *Rita S.*, ihre Mutter und die Großeltern den Stern tragen. 1942 werden die Großeltern mütterlicherseits nach Theresienstadt deportiert und ermordet. Der ältere Bruder der Mutter, seine Frau und Tochter werden nach Auschwitz deportiert. Nur der Onkel überlebt Auschwitz und kehrt 1945 nach Berlin zurück. Der Vater von *Rita S.* wird 1939 zur Wehrmacht eingezogen und bald darauf wegen seiner jüdischen Frau in Unehre entlassen. 1943 muss die Familie in eine Zwangswohnung im Berliner Scheunenviertel umziehen. Da der Vater eine Scheidung ablehnt, wird er als „Rassenschänder“ Ende 1943 in ein Lager der Organisation Todt nach Italien gebracht. Die Mutter wird als Näherin zur Zwangsarbeit verpflichtet, und *Rita S.* muss sich tagsüber in der Wohnung versteckt halten. Die letzten drei Kriegsmonate verstecken sich *Rita S.* und ihre Mutter in einem Keller und erleben dort die Befreiung. Der Vater kehrt 1946 aus der Gefangenschaft zurück. Nach dem Übertritt des Vaters zum Judentum findet eine jüdische Hausrauung der Eltern statt. 1954 heiratet *Rita S.* und bekommt zwei Jahre später einen Sohn. Ihre Schulbildung schließt sie mit der 10. Klasse ab und ist bis zum Ende ihres 46. Lebensjahres als Buchhalterin beim Standesamt berufstätig, danach wird sie als erwerbsunfähig eingestuft und bezieht eine BfA und PrV-Rente.

## *Prozesse der sozialen Ausgrenzung als frühe Traumatisierung*

In besonderem Maße waren Kinder und Jugendliche wehrlos der Verfolgung und Diskriminierung durch die Nazis ausgesetzt. Die Prozesse der sozialen Ausgrenzung, die Kinder und Jugendliche während des Dritten Reiches erlebten, waren langsam schleichende Prozesse – ähnlich einer todbringenden Schlinge – die sich unaufhaltsam fester zuzog (*Dwork* 1994).

Da Kinder und Jugendliche empfindsamer, wehrloser und auch unwissender waren als ihre Eltern, war der Schock, den die plötzlich über sie hereinbrechende Feindseligkeit der Umwelt bei ihnen auslöste, um so größer.

## *Wie sah das Leben vor Beginn der Verfolgung aus?*

Das Leben der meisten jüdischen Kinder unterschied sich nicht vom Leben der anderen Kinder in der Umgebung. Ihre Familien waren integriert in das Leben der sie umgebenden Umwelt. *Rita S.* wird im April 1935 geboren. Sie erzählt, dass sich die Familie zu diesem Zeitpunkt noch über ihre Geburt freuen konnte. Obwohl der stärker werdende Antisemitismus spürbar wurde, waren die Nürnberger Gesetze noch nicht verabschiedet. Als 1941 die Cousine *Gittel* geboren wird, die Tochter des Bruders der Mutter und seiner Frau, lag schon ein dunkler Schatten über diesem Ereignis.

Obwohl *Rita S.* in der Zeit der zunehmenden Verfolgung und Diskriminierung noch ein Kind ist, haben sich gerade emotionale Ereignisse, besonders Demütigungen, Beleidigungen oder gehässige Bemerkungen fest in ihrem Gedächtnis verankert: „...Ja und dann waren auch die Leute, erst waren sie nett noch zu mir, bei uns an der Ecke war ein Markt und wenn meine Mutti, meine Omi mit mir spazieren ging und auf'm Markt einkaufen ging, hab ich auch 'n Würstchen gekriegt, bis dann der Stern kam, dann war es aus mit der Nettigkeit, dann war ich eben die Judengöre nur noch ...“ (S. 2 aus dem Transkript eines am 8.12.1995 durchgeführten Interviews im Rahmen des vom Moses-Mendelssohn-Zentrum Potsdam initiierten Projekts „Archiv der Erinnerung“).

## *Erste antisemitische Erfahrungen*

Jüdische Kinder erlebten den graduellen Prozess der sozialen Ausgrenzung am ehesten in ihrem Alltagsleben im Rahmen von Verschmähungen und Beschimpfungen durch frühere Freunde und Nachbarskinder. Für sie bedeutete die Verschärfung des politischen Klimas direkte persönliche Erfahrungen.

*Rita S.* ist erst sechs Jahre alt, als sie den Stern tragen muss. Bis dahin kann sie sich an keine antisemitischen Erlebnisse erinnern, dann aber trifft es sie ganz brutal, ganz direkt: „...Ja, ich kam zum Beispiel von der Schule mit der Schultasche so um die Ecke. Na, und da haben sie gelauert, müssen mich vorher schon beobachtet haben, hat man mir die Schultasche, äh, vom Rücken gerissen und dann wurde ich eben rechts und links ins Gesicht geschlagen, gestoßen, geschubst, mit'm Fuß getreten und dabei immer beschimpft ‚du Judensau‘ oder ‚Judengöre‘...“ (S. 4 des Transkripts des Interviews).



## *Ausschluss aus öffentlichen Schulen*

Die sukzessive Ausgrenzung jüdischer Schüler/innen aus den deutschen Schulen wurde durch das „Gesetz gegen die Überfüllung deutscher Schulen und Hochschulen“ vom April 1933 vorbereitet (Fehrs 1993). Im Zusammenhang mit den Nürnberger Gesetzen vom September 1935 wurde eine Anweisung zur Durchführung der Rasantrennung an öffentlichen Schulen, vor allem an Volksschulen, erlassen. Im November 1938 wurden jüdische Kinder endgültig vom allgemeinen Schulbesuch ausgeschlossen. Das bedeutete einen tiefen Einschnitt in das alltägliche Leben. Zum Teil mussten weite Schulwege zurückgelegt werden, jahrelange Freundschaften wurden plötzlich auseinandergerissen. Die nicht erwartete Diskriminierung und Ausgrenzung war unübersehbar.

*Rita S.* wird als sechsjährige in die Jüdische Schule in der Kaiserstraße 29/30 eingeschult. 1941 durften Juden nur noch öffentliche Verkehrsmittel mit einer besonderen Bescheinigung für den Arbeitsweg benutzen und dann auch nur stehend auf dem vorderen Perron der Straßenbahn. Die Eltern von *Rita S.* hielten das für zu gefährlich und sie musste den ganzen Weg zur Schule laufen. Da beide Eltern zur Zwangsarbeit verpflichtet waren, läuft sie den Schulweg allein: „... Das war die Kaiserstraße, da musste ich laufen, die ganze Greifswalder Straße über'n Alexanderplatz, damals war ja da noch Straßenbahn, der Rundverkehr und dann bis zur Kaiserstraße, das war noch hinterm Alex, aber ich weiß nicht, es war mal `ne ur-ursprünglich `ne Jungsschule, aber nachher war das die einzige jüdische Schule noch, in der ich dann war ein Jahr und dann bekam ich ein Schulentlassungszeugnis...“ (S. 5 des Transkripts des Interviews).

Da *Rita S.* kurz nach der Einschulung ab September 1941 auch den Stern tragen muss, wird der Schulweg für sie zum täglichen Alptraum: „...Es war mal so, mal so und manchmal haben sie's mit `ner Ohrfeige oder mit `m Schlag auf'n Kopf bewenden lassen, sie haben mir nun nicht jedesmal die Schulmappe runtergerissen ...“ (S. 4 des Transkripts des Interviews); „... Warum die Kinder mich schlugen, warum sie mich beschimpften und bespuckten, das hab ich nicht begriffen ...“ (S. 4 des Transkripts des Interviews). Im Sommer 1942 wurden alle jüdischen Schulen geschlossen.

## *Veränderungen in den Beziehungen zu Freunden, Nachbarn und dem engeren Umfeld*

Die sich langsam verschärfenden Gesetze der Ausgrenzung der Juden mit zahllosen Verboten gestalteten das normale Alltagsleben immer schwieriger und zielten darauf ab, die Juden von ihren nicht-jü-

dischen Nachbarn zu trennen, indem man sie nötigte, nach ganz anderen Gesetzen und Vorschriften zu leben.

Ab Januar 1939 bekamen Jüdinnen den Namen *Sara* in ihren Ausweis geschrieben und ein „J“ hineingestempelt. Die Lebensmittelkarten wurden rationiert und Juden konnten nur an bestimmten Tagen zu einer bestimmten Uhrzeit und in bestimmten Geschäften einkaufen: „... Es war so um die Weihnachtszeit, da gab's Sonderrationen, hatten ja alle nicht viel, nachher Schokolade, na ja und da hat sich eine Nachbarin im Nebenhaus, 'n Mädchen, hingestellt, hat abgebissen und hat mir so hingehalten und hat gesagt: ‚Hej, ätsch, siehste, du kriegst so was nicht, du bist ja auch 'n Jude‘. Na gut, das hat mir meine Mutter rechtzeitig gesagt, *Rita*, wenn dir jemand so etwas tut oder etwas zeigt, du musst ganz stolz darüber hinwegsehen und so tun, als wenn du jeden Tag Schokolade hast. Genauso hab ich's auch gemacht, ich hab nie getan, dass mir's wehtut, hab ich nie gezeigt ...“ (S. 4 des Transkripts des Interviews).

*Rita S.* wuchs als Einzelkind in engem Familienzusammenhang mit den jüdischen Großeltern auf. Deshalb war sie nach deren Deportation 1942 mit sieben Jahren der Verfolgung ungeschützt ausgeliefert und reagierte darauf auch mit intensivem emotionalem Erleben. Besonders nachdem der Vater 1943 zur Zwangsarbeit nach Italien eingezogen wurde, endete *Rita S.* Kindheit abrupt. Ihre Beziehung zur Mutter wurde noch enger, sie klammerten sich aneinander. Früh musste sie verstehen, dass die Mutter tagsüber zur Zwangsarbeit ging, während sie allein in der Wohnung bleiben und sich so leise wie möglich verhalten musste, damit niemand merkte, dass sich jemand in der Wohnung befand.

Um so wichtiger war das Verhalten der Nachbarn und der unmittelbaren Umgebung am Wohnort: „... Und eine ältere Frau, die hat sogar auf mich mal aufgepasst, als ich sehr krank war in dieser Wohnung ...“ (S. 16 des Transkripts des Interviews). *Rita S.* hat sich schon während ihrer Kindheit nie mit der Situation von Verfolgung und Diskriminierung abfinden können, und es entstand bei ihr ein starker Überlebenswille. In den letzten drei Monaten hat ihr das Abnehmen des Sterns im Versteck das Leben gerettet.

### *Erinnerungsarbeit in der Integrativen Therapie*

Besonders mit älteren Menschen, aber insbesondere mit Überlebenden des Holocaust, spielt die Erinnerungsarbeit eine wichtige Rolle. „Vergangenheit erfordert die Auseinandersetzung mit und die Wiederaneignung von Vergangenen, und zwar nicht nur um der Beseitigung von Symptomen willen, wie es das *Freud'sche* Paradigma

suggeriert, sondern für die Entwicklung einer reichen Subjektivität“ (Petzold 1989, 48).

*Heilende Narrationen* sollen entstehen, die die festgefrorenen Bilder des Schreckens und der erlittenen Grausamkeiten in bewusste sprachliche Erzählform mit Sinn und Bedeutungsgebung verflüssigen. Maligne Narrative sollen in verbalen Narrationen verflüssigt werden, um sich dann zu guten Narrativen stützend zu formen.

Narration wird in der Integrativen Therapie wie folgt definiert: Als „den ganzen Text mit der vollständigen Textur einer Rede, wie sie sich in einem zeitweisen Kontinuum und einem gegebenen Kontext, in Szenen und Stücken durch den Sprechenden in verbalen und non-verbalen Leibäußerungen über einen spezifischen Inhalt gegenüber real oder virtuell präsenten Zuhörern einer Erzählgemeinschaft darstellt“ (Petzold/Orth 1985, 78).

Als *Rita S.* mit ihren therapeutischen Gesprächen bei *Esra* begann, brachte sie ein Heft mit Aufzeichnungen ihrer Erinnerungen mit, das 31 Seiten umfasste. Diese autobiographischen Erinnerungen bildeten den Einstieg in die biographische Arbeit mit *Rita S.* Sie las immer wieder wichtige Kapitel aus diesen Aufzeichnungen vor und fügte neue Erinnerungen hinzu.

*Rita S.* hatte auch von dem Video-Projekt des Moses-Mendelssohn-Zentrums in Potsdam erfahren, das zur Dokumentation für das „Archiv der Erinnerung“ Überlebende des Holocaust suchte. Am 8.12.1995 wurde ein fast dreistündiges Interview mit *Rita S.* geführt. Als vom Sender Freies Berlin eine Anfrage an *Esra* kam, eine dreißigminütige Sendung mit Überlebenden des Holocaust zu gestalten, sagte auch hier *Rita S.* gemeinsam mit ihrem Sohn *Danny S.* zu. Am 17.4.1996 erfolgte in der Sendung „Kulturtermin“ auf SFB 3 ein Gespräch mit dem Titel „Vom Unsagbaren reden. *Esra* – psychologische Hilfe für NS-Verfolgte und deren Kinder“. (Leiter der Sendung: *Maximilian Preißler*.)

## *Prozess der Therapie*

„Eine tragfähige Beziehung und empathisches Verständnis für erlebtes Leid, konkrete Hilfen in Problemlagen, Einsicht in die gesellschaftlichen Bedingungsgefüge der Biographie, des aktuellen Lebens und der Zukunftsentwürfe, Bewusstheit für den eigenen Leib sowie Räume für emotionalen Ausdruck und soziales Miteinander, das ist es, was unsere Patienten brauchen, um gesund zu werden, was Menschen brauchen, um gesund zu bleiben, und was die Psychotherapie bereitstellen muss, um wirksam zu sein. Dabei müssen vielfältige kreative Methoden und Medien eingesetzt werden sowie differentielle und integrative „Wege der Heilung und Förderung“ beschritten

werden. Dies ist die Richtung, die wir in der Praxis der Integrativen Therapie eingeschlagen haben“ (Petzold 1993, Vorwort zu Band II, 3).

Auf dem Hintergrund dieser sehr spezifischen therapeutischen Haltung wurden im weiteren Verlauf der therapeutischen Begleitung von Rita S. auch andere Wirkfaktoren der 14 „Healing Factors“ (Petzold 1993) prozessadäquat eingesetzt. Durch *empfindendes Verstehen* fühlte sich Rita S. in ihrer Lebenssituation, ihren Problemen, ihrem Leiden verstanden. Unterstützt wurde dieses Gefühl von Angenommensein durch das Wissen eines gemeinsamen jüdischen Hintergrunds. So war der therapeutische Stil immer wieder durch „selektive Offenheit“ und „partielle Teilnahme“ gekennzeichnet. Durch *emotionale Annahme und Stütze* war es Rita S. möglich, sich mit ihren negativen Gefühlen wie Scham auseinanderzusetzen, z.B. wenn sie von ihrer Angst vor Männern in Uniform berichtete. Hilfen bei der *realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe* beinhalteten ein Einbeziehen von Herrn S. in den therapeutischen Prozess sowie die aktive Ermunterung des Sohnes Danny, an einem Treffen für die zweite Generation teilzunehmen.

Die *Förderung emotionalen Ausdrucks* wurde immer wieder dadurch erreicht, dass Rita S. Passagen aus ihren Lebenserinnerungen vorlas, dadurch über ihre Gefühle sprechen konnte und kathartische Entlastung fand. Durch die Gespräche bei Esra bekam Rita S. immer weitere Einsichten in ihre biographischen Zusammenhänge, so dass dadurch *Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen* sichtbar wurden. Als die Anfrage vom Sender Freies Berlin nach einem Gespräch über ihre therapeutischen Erfahrungen bei Esra kam, sagte sie spontan zu.

Bei Esra hatte Rita S. einen Ort gefunden, an dem sie zum ersten Mal ihre Verfolgungsgeschichte im therapeutischen Kontext und mit anderen Child-Survivors ohne Furcht erzählen konnte. Das machte ihr Mut, so dass sie auch außerhalb dieses geschützten Rahmens von Esra anderen Menschen von ihrer Lebensgeschichte erzählte, z.B. den sie jahrelang behandelnden Ärzten. Das trug zur Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit bei. Da Rita S. aufgrund ihrer akuten Krebserkrankung große Angst vor den häufigen ärztlichen Untersuchungen hatte, wurden zur *Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung* Visualisierungsübungen und Atemarbeit eingesetzt. Die starken Ängste von Rita S. machten es ihr am Anfang der Therapie unmöglich, ohne Begleitung ihres Mannes zu Esra zu kommen. Sie wollte in ihren *Lernprozessen gefördert werden* und war stolz darauf, dass sie nach kurzer Zeit den Weg allein bewältigen konnte. In Kontakt mit ihren  *kreativen Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräften* kam Rita S. durch den weiteren Verlauf der Bearbeitung ihrer Lebensgeschichte mit deren heilungsfördernder Wirkung in Berührung und dies ließ bei ihr deut-

lich den Wunsch entstehen, an dem Interview-Projekt des Moses-Mendelssohn-Zentrums teilzunehmen.

Obwohl *Rita S.* aufgrund ihrer schweren Krebserkrankung so früh sterben musste, konnte sie doch für sich eine *positive Zukunftsperspektive* erarbeiten. Die *Förderung eines positiven persönlichen Wertebezuges* wird am deutlichsten dadurch, dass es für *Rita S.* nicht zu einer Versöhnung mit ihrem Schicksal, jedoch zu einer Aussöhnung mit ihrer Biographie kam (zur Differenzierung der Begriffe Versöhnung und Aussöhnung vgl. *Petzold* 1988).

Der Selbst- und Identitätsbegriff spielt in der Integrativen Therapie eine zentrale Rolle (*Rahm et al.* 1993) und therapeutisches Verhalten, das Identitätsprozesse fördert, wird positiv bewertet. Negative Identitätsattributionen in Form von Stigmatisierungen („du Judensau“, „du Judengöre“) waren *Rita S.* seit frühester Kindheit vertraut, ohne dass es zu einem negativen Selbst- und Identitätserleben kam. Mit ein Grund mag dafür sein, dass sie in der Geborgenheit der familiären Großfamilie aufwuchs und eine jüdische Erziehung erhielt. Durch den Kontakt zu *Esra*, den Therapeuten und anderen Menschen mit unterschiedlicher Verfolgungsgeschichte wurde das bestehende *prägnante Selbst- und Identitätserleben* unterstützt und gefestigt.

Die Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (*Röhrle* 1994; *Nestmann* 1988) spielte auch im Verlauf der Therapie von *Rita S.* eine wichtige Rolle. Sie erzählte immer offener in ihrem Bekannten- und Freundeskreis von ihren Erlebnissen während der Zeit des Nationalsozialismus. Ein wichtiges Ereignis fand für sie statt, als sie das beinahe drei Stunden lange Interview gemeinsam mit Mann und Sohn in engem Freundeskreis ansah. Durch den Kontakt zu *Esra*, die Teilnahme an einer therapeutischen Gruppe sowie das gemeinsame Begehen jüdischer Festtage im Kreise der anderen Child-Survivors wurden *Rita S.* wichtige *Solidaritätserfahrungen* ermöglicht.

### *Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“*

Als *Rita S.* sich wegen therapeutischer Hilfe an *Esra* wandte, waren bei ihr bereits Nierenkrebs und Blasenkrebs festgestellt worden. Natürlich ist nicht sicher, ob es die Verfolgungsgeschichte war, die ihre Spuren im Körper von *Rita S.* hinterlassen hat. „Setzen sich Defizite und/oder Traumatisierungen intermittierend im Verlauf der Entwicklung und Sozialisation fort, so besteht die Möglichkeit, dass die ‚Regression in archaische Körperebenen‘, ihre Fixierung auf der Körperebene (im propriozeptiven, atmosphärischen, präverbale, präsenischen Bereich also) destruktive Wirkungen im Organischen hat“ (*Petzold* 1995, 429).

Nicht verarbeitete Traumata erinnern an ein Vom-Weg-des-Lebens-Gestoßensein. „Therapie bedeutet dann, jemanden auf den Weg zu bringen, ihm einen Weg bereiten ...“ (Petzold 1989, 44). Besonders in der therapeutischen Arbeit mit Holocaust-Überlebenden der ersten Generation und mit Child-Survivors spielen der erste und der vierte Weg von den „Vier Wegen der Heilung und Förderung“ eine besondere Rolle.

Beim ersten Weg führt die *Bewusstseinsarbeit zur Sinnfindung*. Das fortgeschrittene Alter der Überlebenden und der antizipierte baldige Tod lassen die Sinnfindungsarbeit manchmal zu einer Sterbebegleitung werden. Die „mehrperspektivische Einsicht“ ermöglicht kognitive Um- und Neubewertungen lebensgeschichtlicher Zusammenhänge und aktueller Situationen aufgrund einer erweiterten „Sinnerfassungskapazität“ (Petzold/Orth 1994).

Auch die therapeutische Begleitung von Rita S. ist im Nachhinein als ein Prozess der Sterbebegleitung zu betrachten. Durch die erneute Auseinandersetzung mit ihrer Biographie und der aktuellen Situation kam es zu einer Aussöhnung mit der eigenen Geschichte, nicht aber zu einer Versöhnung mit denen, die das Leid verursacht hatten. „In der Begleitung Schwerkranker und Sterbender wird die ‚Aufzeichnung der Lebensgeschichte‘, das Schreiben eines Lebensvermöchnisses zu einem Weg, auf der letzten Strecke des Lebens Hilfen zur Integration zu geben“ (Petzold 1993, 375).

In der Aufarbeitung der Lebensgeschichte von Rita S. wurde deutlich, wie sehr die Eltern und Großeltern als „significant caring adults“ mit ihren protektiven, salutogenen Einflüssen (Petzold/Orth 1994) verinnerlicht und als innere Beistände im Leibgedächtnis archiviert worden waren. Das Erinnern dieser positiven Internalisierungen wurde bewusst durch ein Anknüpfen an der Zeit vor der Verfolgung unterstützt.

Der vierte Weg der Heilung und Förderung führt durch *Solidaritätserfahrung* zu politischem Engagement. „Gerade in Zeiten, wo äußere Faktoren besonders schwerwiegend die individuellen Probleme mitbestimmen, gerade in einer solchen Zeit wird die Aktivierung des Selbsthilfepotentials von Therapie- und Selbsterfahrungsgruppen größte Bedeutung zukommen“ (Petzold 1996).

Rita S. machte bei Esra wichtige Erfahrungen von Solidarität und gegenseitiger Wertschätzung und lernte, sich mit dem „zweiten Realitätsprinzip“ und der „Realität des anderen“ (Petzold 1989, 84) in den therapeutischen Gruppen auseinanderzusetzen. Es gab außerdem die Möglichkeit, sich in vielfältiger Weise bei Esra e. V. zu engagieren. Einen besonders hohen Stellenwert hatte für Rita S. das gemeinsame Feiern von jüdischen Feiertagen mit Therapeuten und Ratsuchenden bei Esra. Hier wurde intersubjektive Korrespondenz gelebt. Esra hat für viele Child-Survivors, darunter auch für Rita S., die Bedeutung ei-

nes Ortes von Vertrautsein, in dem „exchange learning“ und „exchange helping“ (Petzold 1989) möglich ist.

Der therapeutische Prozess mit *Rita S.* war getragen von Berührt-heit und Bewegtheit, ja oft auch Erschütter- und Aufgewühltsein. Ich schätze mich glücklich, *Rita S.* für den Rest ihres Lebens eine Weggefährtin gewesen zu sein.

### Zusammenfassung

Am Beispiel der Therapie mit einer Holocaust-Überlebenden zeigt die Autorin frühe Traumatisierungen im Kindesalter unter dem Naziregime durch schleichende Prozesse der sozialen Ausgrenzung und durch das Untertauchen im Versteck. Der Verlauf der therapeutischen Begleitung wird bestimmt durch intensive biographische Erinnerungsarbeit und verändert sich in eine Sterbebegleitung. Es werden die 14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie in ihrer Bedeutung für den therapeutischen Prozess dargestellt sowie die Wichtigkeit des ersten und vierten Weges der Heilung und Förderung bei der Therapie mit Holocaust-Überlebenden hervorgehoben.

### Summary: Integrative Therapy with a Holocaust Survivor

The author exemplifies in a therapy with a Holocaust survivor the early trauma during the childhood by the slow process of social exclusion under the Nazi-Regime, and during the time in a hiding-place. The process of the therapy is determined by intensive biographical work and changed into a therapy, accompanying the dying process. The 14 healing factors, a concept of integrative therapy, are shown in their meaning for the therapeutic process and exemplify especially the importance of the first and the fourth way of healing and support for the therapy with Holocaust survivors.

**keywords:** early trauma; 14 healing factors; 4 ways of healing; integrative therapy; Holocaust survivors, PTSD

### Literatur

- Bergmann, D., Jucovy, S., Kestenberg, J. (1995): Kinder der Opfer, Kinder der Täter. Psychoanalyse und Holocaust. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Dachauer Hefte, 9, 1993: Die Verfolgung von Kindern und Jugendlichen.
- Dwork, D. (1994): Kinder mit dem gelben Stern. Europa 1933-1945. München: Beck.
- Fehrs, J.H. (1993): Von der Heidereutergasse zum Rosenack. Jüdische Schulen in Berlin 1712-1942. Berlin: Edition Hentrich.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Hardtmann, G. (1992): Spuren der Verfolgung. Bleicher.
- Hermann, J.L. (1993): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler.
- Kestenberg, J.S. (1993): Spätfolgen bei verfolgten Kindern. *Psyche*, 8, 730-742.
- Kolk, B.A., v.d., McFarelane, A.C., Weisaeth, L. (1996): Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society, New York: Guilford Press.
- Maercker, A. (1997): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer.



- Nestmann, F. (1988): Die alltäglichen Helfer. Berlin: de Gruyter.
- Oberlaender, F.A. (1996): „Wir aber sind nicht Fisch und nicht Fleisch“. Christliche „Nichtarier“ und ihre Kinder in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke, Band 1. Paderborn: Junfermann.
- (1988/89): Die vier Wege der Heilung. *Integrative Therapie*, 4.
- (1989): Die Brille von vorgestern. Vergangenheitsprojektion und Zeitreisen in der Erinnerungs- und Antizipationsarbeit der Integrativen Therapie. *Gestalt und Integration*, 2, 43-52.
- (1993): Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 1. Paderborn: Junfermann.
- (1993): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann.
- (1995): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- (1996): „Der Andere“ – der Fremde und das Selbst: Überlegungen anlässlich des Todes von Emmanuel Levinas. *Integrative Therapie*, 2-3.
- (1998): Editorial. *Integrative Therapie*, 2.
- , Orth, I. (1994): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengeschützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie*, 4, 340-391.
- Quindeau, I. (1995): Trauma und Geschichte. Stuttgart: Brandes & Apsel.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Röhrle, B. (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz.
- Rosenthal, G. (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Frankfurt a.M.: Campus.
- Wardi, D. (1997): Siegel der Erinnerung. Das Trauma des Holocaust — Psychotherapie mit Kindern von Überlebenden. Stuttgart: Klett.

**Korrespondenzadresse:**

Dipl. Psych. Angela S. Reinhard  
 Krumme Str. 41/II  
 10627 Berlin

# Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen – „quenching“ the trauma physiology

Hilarion G. Petzold, Amsterdam/Düsseldorf<sup>1</sup>

## 1. Allgemeine Rahmenkonzeption

Das Thema „Traumatherapie“ hat in den vergangenen Jahren eine immer größere Beachtung erfahren, nachdem es aus vielfältigen kulturellen Gründen, mit denen ich mich an anderer Stelle (Petzold 1985m, 1996j, 1999i) auseinandergesetzt habe, zu den ausgeblendeten, vermiedenen, verleugneten, dissoziierten Themen in der Psychotherapie gehörte. Im Integrativen Ansatz wurde seit seinen Anfängen mit traumabelasteten Menschen gearbeitet (idem 1969b, 1974j, 1986b) und konnten allmählich in der Verbindung von psychotherapeutischen, leib- und bewegungstherapeutischen und kreativtherapeutischen Ansätzen spezifische Wege der Behandlung von Aktualtraumatisierungen und PTBS entwickelt werden. Sie wurden und werden erforscht und sind verschiedentlich dargestellt worden. In dieser Arbeit wird in Sonderheit auf ein spezifisches Behandlungsformat, das **IDR-T** 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, indem *Netzwerkperspektiven* (Hass, Petzold 1999), individuelle und kollektive Lebensnarrationen (idem 2000b) und soziotherapeutische Arbeit (idem 1997c) einbezogen werden. 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

1 Aus dem „Postgradualprogramm Integrative Therapie und Supervision“, 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. Der Text ist in leicht veränderter Form in Petzold, Wolf et al. (2000) eingearbeitet worden (Sigle: Petzold g).

me der „man made disaster“ (Folter, Mißhandlung etc.) ethiktheoretische Leiprinzipien 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* (Müller, Petzold 2000), 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. Wir sprechen deshalb von „**Integrativer Therapie**“ oder „**Integrativer Humantherapie**“ (Petzold 1999p), weil es – philosophisch-anthropologisch und biospsychologisch konsequent gedacht – gar keine „rein psychischen“ Erkrankungen geben kann und deshalb der Begriff „Psychotherapie“ zu kurz greift. 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 und seinen Bewältigungsmöglichkeiten in seinem Gesamtsystem zu sehen, als eine Überbelastung seines sozialen Netzwerkes bzw. Konvois, zumeist verbunden mit einer „**prekären Lebenslage**“ (Petzold 2000h). Diese habe ich im Anschluss an das Lebenslagekonzept der soziologischen Ungleichheitsforschung wie folgt charakterisiert:

„**Prekäre Lebenslagen** sind zeitextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als ‚bedrängend‘ erleben und als ‚katastrophal‘ bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung ‚protektiver Faktoren‘ gekommen ist. Die Summationen ‚kritischer Lebensereignisse‘ und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion* der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so dass eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner ‚supportiven Valenz‘ und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, kommt es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen ‚Verbesserung der Lebenslage‘ durch Ressourcenzufuhr und und infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die **Prekarität dauerhaft beseitigen**“ (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:

„Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, zureichende äußere und innere Ressourcen und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so dass die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden. Seine physiologische, psychologische, mentale und soziale Realität wird dysreguliert, wenn in der Überforderungssituation die bisherigen Muster nicht mehr greifen. Es kommt dann im Versuch, die Lage doch noch zu meistern, zu folgendem Prozess (vgl. Mierke 1955): einer **Agitationsphase** der Überaktivität, Überspannung, Alarmiertheit voller Überforderungsgefühle und somatischer Akutreaktionen, die, wenn sie scheitert, in eine **Resignationsphase** der Lähmung, Unterspannung, Stumpfheit voller Ohnmachtsgefühle und psychosomatischer Beschwerden abstürzt. Eine **Restitutionsphase** bedarf dann ausreichender Entlastung, Entspannung, Erholung – neuer Möglichkeiten der Selbstregulation, Gefühle des Wohlbefindens“ (Petzold 1968a, 42).

Diese Konzeption, in arbeitspsychologischen und klinischen Kontexten entwickelt, wurde grundlegend für die Arbeit mit Stresserkrankungen wie Burn-Out<sup>2</sup> (durch Jobstress, Pflege-, Familien- Partnerschaftsstress, Nostalgische Reaktion, idem 1968c, 1989b), PTBS, somatoforme Überlastungsreaktionen im Integrativen Ansatz. Sie bestimmte auch unserer *stimulierungstheoretisch* fundiertes Pathogenese/Saltuogenese-Konzept (vgl. Abb. 1 in Petzold, Steffan, dieser Band) und damit unsere Traumakonzeption:

„**Traumata** sind externe (z.B. Verletzung, Misshandlung) und/oder interne (z.B. Krankheit, Vergiftung) Überstimulierungen. In ihrer Folge kann es wie bei **Defiziten** als Unterstimulierung, **Störungen** als inkonstanter Stimulierung und **Konflikten** als gegenläufiger Stimulierung, abhängig von Intensität und Dauer, zu nachhaltigen pathologischen Folgen kommen. 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 ‚nur 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.“ (Petzold 1970c, 37, 1977a, 267, 1988n, 361).

2 Vgl. unser Burnout-Konzept, das zum PTBS viele Parallelen hat: „**Burnout** ist ein **komplexes Syndrom**, das durch multifaktorielle, z.B. makro-, meso- und mikrosoziale, **zeittextendierte Belastungen** bzw. Überlastung eines personalen oder sozialen Systems bis zur völligen Erschöpfung seiner Ressourcen verursacht wird, besonders wenn ein Fehlen protektiver Faktoren und eine schon vorhandene Vulnerabilität gegeben ist. Sofern nicht durch die Beseitigung von Stressoren und Entlastung, z.B. durch Zuführung von Ressourcen eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit gewährleistet wird, hat Burnout Funktionsstörungen, Fehlleistungen und Identitätsverlust des Systems zur Folge. Bei personalen Systemen führt dies zu Motivationsverlust, emotionaler Erschöpfung, Leistungsabfall, Selbstwertkrisen und psychischen bzw. psychosomatischen, aber auch psychosozialen Symptomen, wie z.B. aggressiver Umgang mit Patienten und Klienten bis hin zu Vernachlässigung und Misshandlung“ (Petzold 1992a, 834).

Die Definition hat sich über die Jahre prinzipiell nicht verändert. Auch deshalb ist „Integrative Therapie“ leibtherapeutisch ausgerichtet, d.h. es gehören in differentielle und ganzheitliche Behandlungen, die an einem *biopsychosozialen Modell* (idem 1974j, 2000h) ausgerichtet sind, einerseits Formen von Psycho- und Soziotherapie, andererseits Medikation und schließlich Formen psychophysischer Therapie, wie wir sie etwa als *Methoden* der Atem-, Bewegungs-, Entspannungs- und Sporttherapie im Rahmen des *Verfahrens* der „Integrativen Therapie“ seit ihren Anfängen 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; Heintl 1997). In Rahmen arbeitspsychologischer Untersuchungen bei emotional durch Relokationen und nostalgische Reaktionen und psychosomatische Beschwerden belasteten ausländischen Arbeitnehmern in den ausgehenden sechziger Jahren hatte ich mit Ausrichtung an Mierke (1955) ein überforderungstheoretisches Modell entwickelt, praktische Interventionsmethoden erarbeitet, mit überforderten, psychosomatisch reagierenden „Gastarbeitern“ eingesetzt und evaluiert (Petzold 1968a,b), in welchem psychophysische sportive Aktivität und Enspannungsarbeit („relaxative Organgymnastik“ Berger 1971) eine wichtige Rolle spielte. Das Modell wurde seit 1969 in der Arbeit mit Burn-Out-Problemen von Mitarbeitern in der Drogentherapie, weiterhin in der Alten- und Krankenpflege (Petzold 1988f, 1993g) eingesetzt und schließlich in der Arbeit mit Folteropfern, Flüchtlingen (idem 1986b, Petzold, Iturra 1996) und Kriegstraumatisierten in den jüngsten Balkankriegen (Josic, Petzold 1995, 2000). Es war eine der Grundlagen für das Konzept *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 (idem 1985f), im traumaspezifischen Format **IDR-T** (Petzold, Wolf et al. 2000), weil sie auf eine ausgeglichene, ausgewogene (ισος, ισον) 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, energiegeladene Gelöstheit darstellt“ (idem 1974k, 341). Heute haben wir das Prinzip der „sanften Stimulierung“ mit dem Term „low-level stimulation“ (vgl. infr.) verbunden. Dabei wird 1. auf die *Selbstregulationskräfte* des Organismus gesetzt: **natura sanat**, 2. auf die *Selbstheilungskräfte* und *Entwicklungspotentiale* des Subjekts: **persona sanat**, 3. auf das heilende und fördernde Potential

der *zwischen- bzw. mitmenschlichen Beziehung*, der Menschenliebe und Humanität: **humanitas sanat**.

## 2. Stresstheoretische und traumaphysiologische Rahmenkonzeption

Für die Therapie des Traumageschehens und der PTBS mit ihren Aus- und Nachwirkungen wurde der Ansatz in einem störungsspezifischen *Traumaformat* angepasst, das in Kürze dargestellt wird.

Für biologische und pathophysiologische Aspekte des Traumageschehens sei auf *van der Kolk* (1994), *Yehuda, McFarlane* (1997) und *Petzold, Wolf et al.* 2000, 463ff) verwiesen. In *Integrativen Modellen der „Stresserfahrung“* (*Weiner* 1992) werden psychologische Konzeptionen (*Lazarus, Folkman* 1984), z.B. der Stressbewertung (*Schwarzer* 1993), mit physiologischen und sozialpsychologischen Perspektiven verbunden (*Ursin, Olff* 1992; *Hüther* 1996). Sie müssen für interventive bzw. therapeutische Maßnahmen umgesetzt werden. Hier steht man noch am Anfang. Die Integrative Therapie unternimmt solche Umsetzungen mit der Differenzierung von kognitiven *appraisals* und emotionalen *valuations* sowie stressphysiologischer Markierungen. Das Modell des „Zentralen Adaptationssyndroms“ von *Hüther* (1996, 1999) bietet hier eine gute Basis. Für **IDR-T** wird von folgender stressphysiologischer Konzeption ausgegangen:

*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,  $\beta$ -Endorphin), Nebenniere (Cortisol, Noradrenalin, Adrenalin).*

*Das im Rahmen der als kontrollierbar 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 unkontrollierbar, 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 Cortisol-ausschüttung (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; Teicher et al. 1997).*

Die Folgen sind erhöhte Reagibilität (Orr et al. 1997) für traumarelevante oder traumaähnliche Reize. Durch die dauerhafte Noradrenlinübersteuerung 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“ (McEwen, Margarinos 1997, 280). Und hier steht man 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 Alpträumen 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. 1992, 1997) und Mitarbeitern (Weiss et al. 1995, 1997) vorgelegten Forschungen und Modellvorstellungen über neurophysiologischen 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 Ausslösesituationen 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 Relaxetechniken 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 Belastungen<sup>3</sup>, und aus den Parenting-Strategien unserer Säuglingsforschungsprojekte (idem 1994) 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 PTSD syndrome. Perhaps such processes combined with 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 trauma-

3 Vgl. das „*grooming*“ von Primaten nach Kämpfen oder Belastungssituationen. Hütcher (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 abbaut. Gemeinsam waren die beiden Tiere gegen den Stress „gepuffert“, sie hatten füreinander eine Schutzschildfunktion.

therapeutische Situationen gesehen werden. Unsere Arbeit mit kriegstraumatisierten Menschen in Jugoslawien und ehemaligen Jugoslawien (Josic, Petzold 1995; Pantic, Petzold 2000) und mit Flüchtlingen und Folteropfern (idem 1986b; Petzold, Iturra 1996; Jordi 2000; Koop 2000) 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.

### 3. Der entspannungstherapeutische Ansatz der IDR

Unter der Vielzahl der entspannungstherapeutischen Methoden (Poppen 1998; Stockvois, 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, Kava Kava, Hypericum, Tilia oder aromatherapeutische mit Bergamotte, Oregano, Sandel etc.; vgl. Vroon et al. 1996; Lawless 1991; Tisserand 1988) „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, langsamen 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, auf-

gerufen 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 aktual erlebbarer, positiver und *entspannter* Beistand und Begleiter sein, um ggf. als ein „innerer Beistand“ (Petzold 1985I) 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“ 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-Training, 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, Curran 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 peripherem Epinedrin anregt (McGauch 1995), was als potentiell die Traumaphysiologie verstärkend, nicht erwünscht ist. Eine spezifische Praxis 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 thymopraktischer<sup>5</sup> „*emotionaler Differenzierungsarbeit*“ vorgenommen (Petzold

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.

1970c/1992a, 841-854), indem Körperzustände mit ihren korrespondierenden Affekten differenziell 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) konnektiviert.

#### 4. Integrative und Differentielle Relaxation – Traumaformat (IDR-T)

Für das **IDR-T**, die Behandlung im traumatherapeutischen Kontext (Josic, Petzold 1995) wird der Patient über das Verfahren, sein Rational, seine Wirkungen und eventuellen Nebenwirkungen informiert und seine Zustimmung 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 Wohlfühlens 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 1998). Gut eignet sich z. B. 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 möglich war. Durch die freundliche Haltung, Mimik und Stimme des Therapeuten 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 Strecking-Übungen begonnen – zuerst sanftes, langsames Strecken beider Arme mit allmählichem Spreitzen 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 Reduk-

tion 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. Das Studium solcher Muster war stets eine wichtige Quelle für das Interventionsrepertoire der Integrativen Therapie. 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 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 Missbrauchsoptionen 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. Man sollte hier nicht mit rigiden Abstinenzvorstellungen argumentieren. Die „Abstinenz“<sup>6</sup> liegt in der Integrität, Eindeutigkeit, Klarheit und Öffentlichkeit der Berührung. Das Holding-Training muß von den PatientInnen

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.

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 und der Stütze, beim Streicheln, Anklammern und Halten, liegen offenbar evolutionäre alte (auch bei Tieren zu findende) Muster vor, die wir gezielt nutzen, um Beruhigungs- und Quenchingeffekte zu erreichen. Mütter regulieren den Tonus ihrer Säuglinge und Kinder durch beruhigende Tonusdialoge (*dialogue tonique*, Ajuriaguerra 1962; Papoušek, Papoušek 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 welchseitige 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; Josic, Petzold 1995):

## II. Emotionale Modellierung

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, Erstaunenslauten, Ausatmen. Das ist genau invers zum Furchtmuster. Wenn immer nämlich Furcht, 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 er-

möglichst 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. Der Patient 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 Readaptionsprozesse.

Nach solchen „moderaten Expositionen“ wird noch ein kurzes, intensives IDR durchgeführt, so dass der Patienten in einer ausgewogenen, lockeren Spannung, einer guten *isodynamischen Lage* seine Arbeit beendet. Traumaereignisse 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 die Gefahr der Überbelastung und Retraumatisierung mit möglichen immunologischen Folgen als äußerst gering einzustufen.

Viele der in 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**, das im klinischen Setting (Traumatherapie-Programm des Fritz-Perls-Klinikum, Hardtwaldklinik I, Bad Zwesten), in der ambulanten Therapie und in Feldinterventionen in Kriegs- und Katastrophengebieten eingesetzt worden ist, erfordert ein sorgfältiges, spezifisches Training der TherapeutInnen, wenn *client welfare* und *client dignity* gewährleistet werden sollen.

### Zusammenfassung

Theoretische Begründung und praktisches Vorgehen Integrativer Traumatherapie in ihrer spezifischen Methodik der Integrativen und Differentiellen Relaxation-Traumaformat (**IDR-T**) werden kompakt vorgestellt. 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**). 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, quenching Integrative and Differential Relaxation (IDR)

## Adresse des Autors

Univ.-Prof. DDDr. Hilarion G. Petzold, EAG,  
Wefelsen 5, Beversee,  
D-42499 Hückeswagen

## Literatur

- Ajuriaguerra, J. de, (1962): Le corps comme relation, *Revue de psychologie pure et appliquée* 2, 137-157.
- 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.
- Bokerts, M., Pintrich, P.P., Zeidner, M. (1999): Handbook of self-regulation. London: Harcourt.
- Bloch, S., Lemeignan, M. (1992): Precise respiratory-posturo-facial patterns are related to specific basic emotions, *Bewegen & Hulpverlening* 1, 31-39.
- 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.
- Carlson, C.R., Curan, S.L. (1994): Strech-based relaxation training. Review article, *Education and Counseling* 23, 5-12.
- 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.
- Ehlers, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.
- Ferenczi, S. (1932/ 1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt: Fischer.
- Foa, E.B. (1997): Psychological Processes Related to Recovery from a Trauma and an Effective Treatment for PTSD, in: Yehuda, McFarlane (1997) 410-424.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. (1997): The validation of self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment* 9, 445-451.
- 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.
- Gottlieb, B.H. (Hg.) (1997): Coping with chronic stress. New York: Plenum Press.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R. (1996): Bewegt sein, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis. Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentwicklung. Paderborn: Junfermann.
- 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
- 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: 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 PTSD-Forschung, „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. 2. 2000, Bad Zwesten.
- Jacobson, E. (1938): Progressive Relaxation. Chicago: University of Chicago Press.
- Jordi, A. (2000): Physiotherapie und klinische Bewegungstherapie in der Arbeit mit Traumaopfern. 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Josic, Z. (2000): Imaginative Verfahren in der Arbeit mit Traumaopfern. Vortrag auf dem 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Josic, Z., Petzold, H.G. (1995): Kriegstraumatisierung, posttraumatischer Stress – diagnostische und therapeutische Dimensionen. Belgrad: Zentrum für Kriegsopferhilfe (in serb. Sprache).
- Koop, I.I. (2000): Integrative Leib- und Bewegungstherapie in der Arbeit mit traumatisierten Folteropfern und Flüchtlingen. Vortrag auf 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- 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.
- 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.: *Memory distortion*. Boston: Harvard Univ. Press, 255-273.
- Middendorf, I. (1984): Der erfahrbare Atem. Paderborn: Junfermann.
- Mierke, K. (1955): Wille und Leistung. Göttingen: Hogrefe.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2000) Patient Dignity? – Riskante Therapie und mögliche Therapieschäden in der Arbeit mit alten Menschen. In: Märtens, M., Petzold, H.G. (Hrsg.): *Therapieschäden*. Mainz: Grünewald (in Vorber.).
- 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'Connel 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.
- 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, Springer, Berlin, 45-60.
- Petzold, H.G. (1968a): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD. Genese, Diagnose, Therapie. Paris: Publ. Institut St. Denis.
- Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- Petzold, H.G. (1968c): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion als pädagogisches Problem an Auslandsschulen. *Der deutsche Lehrer im Ausland* 1, 2-9.
- Petzold, H.G. (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris: Institut St. Denis; auszugsweise dtsh. in: *Petzold* (1988n) 455-491.
- Petzold, H.G. (1970c): Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration, Paris; auszugsweise dtsh. in: (1992b) 841 ff.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1974j): 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. (1977a): Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie. In: *Petzold* (1977n) 252-396; revid. in: *Petzold* (1988n) 341-406.
- Petzold, H.G. (1977n): Die neuen Körpertherapien. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1985f): Bewegung ist Leben – körperliche Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensfreude im Alter durch Integrative Bewegungstherapie, Tanztherapie und Isodynamik. In: *Petzold* (1985a) 428-466; repr. in *Petzold* (1988n) 519-562.
- Petzold, H.G. (1985l): Über innere Feinde und innere Beistände. In: *Bach, G., Torbet, W., Ich liebe mich – ich hasse mich*. Reinbek: Rowohlt, 11-15.
- Petzold, H.G., 1985m. Neue Körpertherapien für den bedrohten Körper. Leiblichkeit, Zeitlichkeit und Entfremdung, in: *Petzold, H.G., Scharfe, H.* (Hrsg.): Kreative Aggression. Festschrift für George Bach. Paderborn: Junfermann, 1985, 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. (1987b): Gong-Singen, Gong-Bilder und Resonanzbewegung als „Sound Healing“. Intermediale Prozesse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 2/3, 194-234.
- Petzold, H.G. (1988f): „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“. In: *Petzold, H.G., Stöckler, M.*, (1988) (Hrsg.). Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, *Integrative Therapie Beiheft* 13 Paderborn: Junfermann, 65-86.
- Petzold, H.G. (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. 1. Paderborn: Junfermann. (3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a).
- Petzold, H.G. (1989b): Belastung, Überforderung, Burnout – Gewaltprobleme in Heimen. *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4, 17-44.

- 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. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340.
- 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. (1996k): Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995), *Integrative Therapie* 2/3, 319-349.
- Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie – ein Beruf ohne Chance? in: Sticht, U. (Hrsg.), Gute Arbeit in schlechten Zeiten – Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg: Lambertus, 57-115.
- Petzold, H.G. (1999i): Body Narratives. *Integrative Bewegungstherapie* 1-2/. 4-30; repr. *Energie & Charakter* 21 u. 22 (2000).
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie* 4, 338-393.
- Petzold, H.G. (2000b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Über intersubjektive, narrative Biographiearbeit, collagierende Hermeneutik, Traumabelastungen und Neuorientierung“, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen; *DGIK-Mitgliederrundbrief* 2 u. 3 (2000).
- Petzold, H.G., Berger, A., (1973): Integrative Bewegungstherapie. *Atem und Mensch* 2, 2-12.
- Petzold, H.G., Berger, A. (1978b): Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3/4, 249-271; erweitert in: Petzold, Bubolz (1979) 379-426.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1979): Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn: Junfermann.
- 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., Iturra, P. (1996): Working with traumatized refugees, an integrated body oriented approach. Postgraduate Programme IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam.
- Petzold, H.G., Märten, M. (Hg.) (1999a): 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., 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 (1994) 491-646.
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josic, 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., Forgue, D.F., de Jong, J.B., Claiborn, J.M. (1987): Psychophysiology of PTSD 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.
- Rose, S., Bisson, J. (1998): Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of literature. *Journal of Traumatic Stress* 11, 679-710.
- 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.
- 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 PTSD. Lessons Learned about the Complexity of the Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 372-387.
- Shalev, A.Y., Orr, S.P., Pitman, R.K. (1993): Psychophysiological 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.
- 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.
- Stocvis, B., Wiesenhütter, E. (1979): Handbuch der Entspannung. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Teicher, M.H., Ito, Y., Glod, C.A., Andersen, S.L., Dumont, N., Ackerman, E. (1997): Preliminary Evidence for Abnormal Cortical Development in Physically and Sexually Abused Children Using EEG Coherence and MRI. In: Yehuda, McFarlane (1997) 160-175.
- 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. (Hg.) (1993): Handbuch der Entspannungsverfahren. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Van der Kolk, B. (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. (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., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (2000): Traumatic Stress Grundlagen und Behandlungsansätze. Erweiterte deutsche Ausgabe hrsg. von Märtens, 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.
- Vroon, P., Amerongen, A. van, de Vries, H. (1996): Psychologie der Düfte. Wie Gerüche uns beeinflussen und verführen. Zürich: Kreuz.
- Weiner, H. (1992): Perturbing the organism. The biology of stressful experience. Chicago.
- 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.
- 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.
- Yehuda, R. (1997): Sensitization of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Post-traumatic Stress Disorder. In: *Yehuda, McFarlane (1997)* 57-75.
- Yehuda, R., McFarlane, A. C. (1997): Psychobiology of traumatic stress. New York: New Academy of Science



Annette Höhmann-Kost

# *Bewegung ist Leben*



## **Integrative Leib- und Bewegungstherapie – eine Einführung**

2002. Etwa 160 Seiten, etwa 30  
Fotografien, Kt € 19.95 / CHF 34.80  
(ISBN 3-456-83812-3)

Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie verbindet körpertherapeutische und psychotherapeutische Methoden. Hier werden wesentliche Grundlagen des Verfahrens dargestellt. Darüber hinaus

wird die praktische Umsetzung dieses komplexen Ansatzes vermittelt, etwa durch die Darstellung der störungsbildspezifischen Behandlung am Beispiel der Depression sowie durch Beispiele aus dem Verlauf von Einzel- und Gruppentherapien. Das Buch bietet Berufstätigen aus der Psychotherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Psychomotorik und Pädagogik fundierte Informationen über die Integrative Leib- und Bewegungstherapie.

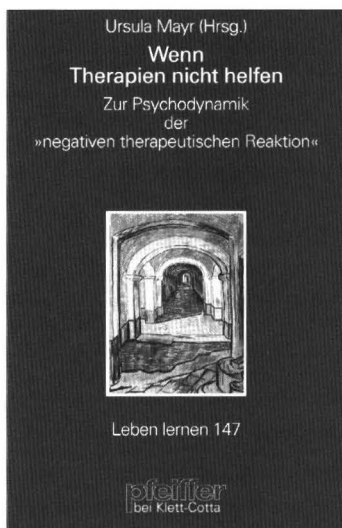
**Einführung in eine körpertherapeutische Methode, die von vielen psychosomatischen Kliniken und Psychotherapeuten ergänzend eingesetzt wird.**

<http://Verlag.HansHuber.com>



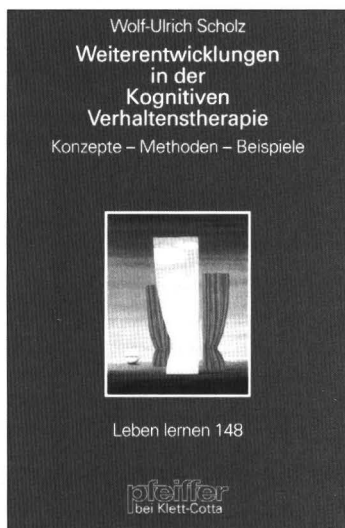
**Verlag Hans Huber**  
**Bern Göttingen Toronto Seattle**

# Neu bei Pfeiffer



283 Seiten, broschiert  
€ (D) 21,50/sFr 38,70  
ISBN 3-608-89698-8

Heute wissen wir, daß vielen seelischen und psychosomatischen Erkrankungen wie Sucht, Eßstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen u. v. m. sehr häufig traumatische Erfahrungen als Ursache oder Mitursache zugrunde liegen. Viele der Betroffenen verfügen – so die Beobachtung der Autorinnen – ansatzweise über erstaunliche Selbstheilungskräfte, die es zu entfalten und zu unterstützen gilt.



407 Seiten, broschiert  
€ (D) 27,50/sFr 48,80  
ISBN 3-608-89696-1

Erstmals werden die jüngsten Weiterentwicklungen in der Kognitiven Verhaltenstherapie ausführlich und praxisnah dargestellt. Das Buch dient der dringend anstehenden methodischen Selbstreflexion einer erfolgreichen Therapie-richtung.

**pfeiffer**  
bei Klett-Cotta  
[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

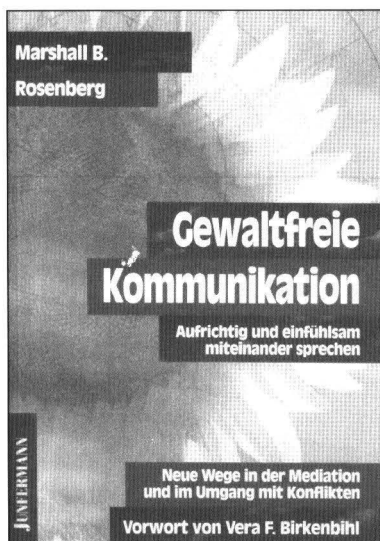


## Worte können Fenster sein...

208 Seiten, kart., € 18,- [D]  
ISBN 3-87387-454-7

Man kennt es aus dem Alltag, sei es im Privatleben oder im Beruf: Ein Streit kann so ausarten, daß man sein Gegenüber mit Worten verletzt – oder daß man selbst verletzt wird. Manchmal dauert es dann sehr lange, bis solche Verletzungen heilen. Wie kann man sich auch in Konfliktsituationen so verhalten, daß man sich seinen Mitmenschen gegenüber respektvoll verhält und gleichzeitig die eigene Meinung vertreten kann – und zwar ohne Abwehr und Feindseligkeit zu erwecken? Geht das überhaupt?

Man kann es lernen – mit dem Modell der Gewaltfreien Kommunikation. Die Methode setzt darauf, eine Konfliktsituation genau zu beobachten, unsere eigenen Gefühle auszusprechen, die Bedürfnisse hinter diesen Gefühlen aufzudecken, und dann den anderen zu bitten, sein Ver-



halten dementsprechend zu überdenken und zu ändern. Ehrlichkeit, Empathie, Respekt und Zuhören-Können stehen dabei im Vordergrund. Mit Hilfe von Geschichten, Erlebnissen und beispielhaften Gesprächen macht Marshall Rosenberg alltägliche Lösungen für komplexe Kommunikationsprobleme deutlich.

**Dr. Marshall B. Rosenberg** ist international bekannt als Konfliktmediator und Gründer des internationalen Center for Nonviolent Communication in den USA. Er lehrt in Europa und den USA und reist regelmäßig in Krisengebiete, wo er Ausbildungen und Konfliktmediationen anbietet.

[www.junfermann.de](http://www.junfermann.de)  
[www.active-books.de](http://www.active-books.de)

**JUNFERMANN • Postfach 1840 • 33048 Paderborn**  
eMail: [ju@junfermann.de](mailto:ju@junfermann.de) • Tel. 0 52 51/13 44 0 • Fax 0 52 51/13 44 44



# Mit Liebe Wunder tun

296 Seiten, kart.

ISBN 3-87387-427-X

Millionen von Kindern erleben zu Hause oder auf der Straße Gewalt, viele andere werden durch Unfälle, Naturkatastrophen, Mißbrauch und Vernachlässigung traumatisiert. Kinder können auch viel harmlosere Vorgänge als bedrohlich erfahren: Ein Unfall auf dem Spielplatz, Schulprobleme, der Verlust des geliebten Haustiers schockieren ein Kind oft viel stärker als einen Erwachsenen.

Diese traumatischen Erlebnisse können die normale gesunde Entwicklung der Betroffenen, ihre Selbstachtung und das Zusammenleben ihrer Familien sehr stark belasten. EMDR ist ein um-



fassender therapeutischer Ansatz, der Patienten in kurzer Zeit hilft, belastende Gedanken und Emotionen, die durch traumatische Erlebnisse entstanden sind, aufzulösen.

Das vorliegende Buch befaßt sich auf sehr ansprechende und eingetragene Weise mit den Möglichkeiten therapeutischer EMDR-Arbeit mit Kindern.

**Joan Lovett, M.D.**, ist verhaltenstherapeutisch orientierte Kinderärztin und arbeitet im San-Francisco-Bay-Gebiet in ihrer Privatpraxis.

[www.junfermann.de](http://www.junfermann.de)  
[www.active-books.de](http://www.active-books.de)

**JUNFERMANN • Postfach 1840 • 33048 Paderborn**  
eMail: [ju@junfermann.de](mailto:ju@junfermann.de) • Tel. 0 52 51/13 44 0 • Fax 0 52 51/13 44 44

Copyright © FPI-Publikationen, Düsseldorf

Zusammenarbeit mit dem Junfermann Verlag, Paderborn 2002

**Dieses Buch ist eine Parallelausgabe vom inhaltlich vollkommen identischen Heft 1/2001 der Zeitschrift „Integrative Therapie“. Die jeweils außenstehenden Seitenzahlen gelten für die Zeitschrift, die jeweils innen stehenden Seitenzahlen für die Buchausgabe.**

in der Deutschen Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**Hilarion G. Petzold, Hans-Ulrich Wolf, Birgitt Landgrebe, Zorica Josić (Hrsg.):**

Das Trauma überwinden – Integrative Modelle der Traumatherapie / Hilarion G. Petzold, Hans-Ulrich Wolf, Birgitt Landgrebe, Zorica Josić (Hrsg.) – Paderborn, Junfermann, 2002

ISBN 3-87387-509-8

ISBN 3-87387-509-8

ISSN 0342-6831