

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

# POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“  
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für  
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

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

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

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

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

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

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

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Hückeswagen)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 22/2021

**Integrative Traumatherapie**  
– Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten  
mit „posttraumatischer Belastungsstörung“ \*

*H.G. Petzold, U. Wolff, B. Landgrebe, Z. Josić, A. Steffan (2000)*

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc), Hückeswagen. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>.

Erschienen in: van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.: Traumatic Stress. Erweiterte deutsche Ausgabe von M. Märtens und H.G. Petzold. Paderborn: Junfermann. 445-579.

**Zusammenfassung: Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“ (2001/2021)**

PatientInnen mit posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörungen, die mit dem generellen Ansatz der *Integrativen Therapie* im Format fokalthérapeutischer Kurzzeittherapie (Petzold 1993p) behandelt wurden, sind nach der Therapie mit dem Ergebnis, dem Verlauf und der Person der TherapeutIn sehr zufrieden. Die „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ hat zugenommen, insbesondere im Bereich der Zufriedenheit mit den Sozialkontakten und des Lebensgefühls. Die Lokalisation emotionaler Probleme und Schmerzen in der Körpersphäre hat im Prä-Post-Vergleich deutlich abgenommen. Es zeigte sich eine klare Reduktion der durch den SCL-90-R gemessenen Belastungen zum Ende der Therapie, die höchste Verbesserung auf der Skala „Depressivität“. Die Postwerte des SCL-90-R unterscheiden sich nur noch kaum von einer Normalpopulation. *Integrative Therapie* in ihrer generellen Form, fokaler Kurzzeitbehandlung“, so kann angenommen werden, eignet sich als Behandlungsverfahren bei posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörungen.

**Schlüsselwörter:** *Integrative Traumatherapie*, posttraumatische Belastungsstörung, fokalthérapeutische Kurzzeittherapie, Körpersphäre, Prä-Post-Vergleich

**Summary: Integrative trauma therapy - models and concepts for the treatment of patients with "post-traumatic stress disorder" (2001/2021)**

Patients with post-traumatic stress and adjustment disorders who were treated with the general approach of Integrative Therapy in the format of focal therapeutic short-term therapy (Petzold 1993p) are very satisfied with the outcome, the course and the person of the therapists after the therapy. The "general life satisfaction" has increased, especially in the area of satisfaction with social contacts and the feeling of being alive. The localisation of emotional problems and pain in the body sphere decreased significantly in the pre-post comparison. There was a clear reduction in the stress measured by the SCL-90-R at the end of therapy, with the highest improvement in the "depressiveness" scale. The post-scores of the SCL-90-R hardly differed from those of a normal population. It can be assumed that integrative therapy in its general form of "focal short-term treatment" is suitable as a treatment method for post-traumatic stress and adjustment disorders.

**Keywords:** *Integrative trauma therapy*, post-traumatic stress disorder, focal short-term therapy, body sphere, pre-post comparison

# B

## **„Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“**

***Hilarion G. Petzold<sup>\*</sup>, Amsterdam, Hans Ulrich Wolf<sup>\*\*</sup>, Bad Zwesten,  
unter Mitarbeit von Birgit Landgrebe<sup>\*\*\*</sup>, Bad Zwesten, Zorica  
Josic<sup>\*\*\*\*</sup>, Belgrad, Angela Steffan<sup>\*\*\*\*\*</sup>, Düsseldorf***

### **1. Traumatherapie im Kontext historischer, philosophisch- anthropologischer und ethiktheoretischer Perspektiven**

Die Auseinandersetzung mit der Therapie traumatischer Erfahrungen und posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) bedarf einer weiteren Sicht als nur die der medizinischen oder psychotraumatologischen (Resnik 2000). Sie muß für den Menschen als „Leibsubjekt in der Lebenswelt“ in Theorie und Praxis die Gesamtperspektive einer „Psychologie des Erwachsenenalters“ (Champion, Power 2000; Petzold 1971i, 1996f) einnehmen und diese in eine an Salutogenese- und Pathogenese orientierte „Psychologie der Lebensspanne“ unter „ökologischer Perspektive“ stellen (Baltes 1979, 1997; Petzold 1981f, 1999b, idem, Orth 1998b; Harvey 1996). Darüber hinaus verlangt sie eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit philosophischen, historischen, kulturkritischen und ethiktheoretischen Fragestellungen, die an dieser Stelle nicht geleistet werden kann, sondern nur durch den Aufweis einiger Perspektiven und Aspekte geschehen soll, welche in anderen Arbeiten vertieft wurden und noch weiter zu vertiefen sind (Petzold 1996 h, j).

Es sei noch darauf verwiesen, daß diese Arbeit auf posttraumatische Belastungen und ihre Behandlung im klinischen, z. T. im ambulanten Setting zentriert und das Thema der Krisenintervention, der Behandlung und des debrie-

---

\* Petzold, Hilarion G., Prof. Dr. Dr. Dr., Lehrstuhl für Psychologie, klinische Bewegungstherapie und Psychomotorik, Freie Universität Amsterdam, Leiter der postgradualen Studiengänge in klinischer und psychosozialer Supervision an der FU Amsterdam und der Donau-Universität Krems. Langjährige Arbeit mit Migranten, Folter- und Traumaopfern. Lehrtherapeut für Integrative Therapie und Lehrsupervisor am Fritz Perls Institut, Düsseldorf.

\*\* Wolf, Hans Ulrich, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Abteilungsarzt, Abt. für Psychotherapie und Psychosomatik, Traumalogieprogramm, Klinikum des Fritz Perls Instituts, Bad Zwesten; Therapeut für Gestalttherapie, Lehrtherapeut für Integrative Therapie.

\*\*\* Josić, Zorica, Mag., Klinische Psychologin, „Association for Integrative Therapy and Psycho-Social Intervention“, Belgrad, langjährige klinische Tätigkeit und Arbeit mit Traumapatienten in Paris und Belgrad, Therapeutin für Integrative Therapie.

\*\*\*\* Landgrebe, Birgit, Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, Oberärztin an der Hardwaldklinik I, Abt. für Psychotherapie und Psychosomatik, Traumalogieprogramm, Klinikum des Fritz Perls Instituts; Therapeutin für Integrative Therapie und Gestalttherapie.

\*\*\*\*\* Steffan, Angela, Diplompsychologin, Psychotherapieforscherin am Forschungsinstitut der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Düsseldorf, und für das „Zentrum für psychosoziale Medizin“, Donau-Universität Krems, Klinische Tätigkeit in der Psychiatrie, Therapeutin für Integrative Therapie.

fings von Akuttraumatisierungen in dieser Arbeit nicht aufgegriffen wird, obgleich hier natürlich wesentliche Fragen der Indikation gegeben sind: Wann und auf welche Art und Weise sollte bei Akuttraumatisierten vorgegangen, wann die Behandlung begonnen werden, wo doch die Vorhersagbarkeit von eventuell nachfolgendem PTBS sehr unsicher ist (Shalev 1997), die Remission im ersten Jahr bei etwa 50% liegt (Kessler et al. 1995)? Zudem zeigen debriefings in kontrollierten Studien keine Auswirkung auf die Entwicklung von PTBS, ja sie haben – auch wenn sie das momentane subjektiv erlebte Wohlbefinden bei debrieften Personen positiv beeinflussen – z.T. negative psychische und immunologische Auswirkungen (vgl. die Übersichtsarbeit von Rose & Bisson 1998).

## 1.1 Einige historische Aspekte

Daß Traumata, belastende Lebenserfahrungen die Ursache für nachfolgende körperliche und seelische Störungen und Erkrankungen sind, ist eine Grund- und Alltagserfahrung von Menschen, die sich in allen Kulturen findet. In unserem Kulturkreis ist seit dem Altertum die Wirkung *überwältigender Erfahrungen* auf Menschen – Verlust geliebter Angehöriger, von Wohnstatt und Heimat, Folter und Verwüstungen, das Erleben entsetzlicher Gemetzel und Schlachten – bekannt und beschrieben worden. *Homers Ilias* ist voll von solchem Grauen: Da trifft die „Streitaxt aus gutem Erz ... über der Nasenwurzel; es krachten die Knochen, die Augen fielen blutend hinab in den Staub bei den Füßen“ (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 durchbohrte 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 entfliehn dem Verderben“ (XIV, 494f, 506f) usw. usw. Vom Leid der Angehörigen erfährt man etwas im vierundzwanzigsten Gesang, vom Elend der Zivilbevölkerung, der Sklaven gar, nichts. Was derartige Erfahrungen bewirken, wußte man wohl. *Alkmaion von Kroton*, ein *Pythagoras* nahestehender Arzt des ausgehenden 6. Jahrhunderts, Begründer der empirischen Sinnesphysiologie (Diels, Kranz 1961, 24 A 25), der Lehre vom Gleichgewicht der Kräfte als Grundlage der Gesundheit in der Medizin (ibid. *Alkmaion* fr. 4, Schumacher 1932, 66f) und Entdecker der zentralen Funktion des Gehirns für Wahrnehmen und Denken (24 A 5, A 11), erklärt die Traumagenese, wie *Aethius* (V 30, 1) berichtet: „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).

Seit undenklichen Zeiten versuchte man, Therapien und Selbsttherapien zu finden, um mit derartigen Belastungen und Überlastungen, denen das Leben des Menschen ausgesetzt ist, umzugehen. Die *Pythagoreer* z.B. „vermieden unausgewogene Lebensweise und ebenso beherrschten sie ihre Seelenlage: sie waren nicht einmal heiter, mal niedergeschlagen, sondern ihr Wesen war gleichmäßig von einer sanften Heiterkeit getragen. Sie mieden Zornesausbrüche, Niedergeschlagenheit [Depressionen, sc.] und Aufregungen. Als Grundsatz galt bei ihnen, daß besonnenen Männern nichts von dem, was Menschen widerfahren könne, unerwartet kom-

men dürfe, man müsse vielmehr auf alles gefaßt sein, was nicht in der eigenen Selbstbestimmung läge“ (bei *Jamblichos*, *Vita Pythag.* 196f; *Diels, Kranz* 58 D 6; *Capelle* 1968, 497). Das galt es zu üben (*Rabow* 1951; *I. Hadot* 1969; *P. Hadot* 1991). Hier finden sich frühe Formen der Handhabung von Kontrollüberzeugungen (*Flammer* 1990) und eine Praxis der „Lebenskunst“ und „Therapie“ (*Voelke* 1993; *Domanski* 1996), die es erlauben sollten, die Schläge des Lebens auszuhalten, wie es zum Grundprinzip stoischer Philosophie werden sollte: „Die Lebenskunst [ἡ βιωτικὴ] ist der Kunst eines Ringers ähnlicher als der Kunst eines Tänzers, insofern sie auf Schläge und nicht vorhersehbare Ereignisse vorbereitet ist und fest dasteht, ohne zu wanken“ (*Marc Aurel*, lib. VII, 61, 1998, 173).

## 1.2 Anthropologische Aspekte

Traumata durch Naturkatastrophen und Kämpfe bzw. Kriege gehören – unter einer menschheitsgeschichtlichen Perspektive – zum Leben der Menschen (*Schulz* 2000), wie prähistorische Funde zeigen (*Bader* 1999; *d’Errico* 1998; *Gaudzinski* 1998). Unter einem evolutionsgeschichtlichen Blick (*Barkow et al.* 1992; *Gould* 1990) kann man auch davon ausgehen, daß wir in der Herausbildung biologischer und sozialer Strukturen dafür ausgerüstet wurden, mit Gefahren, Belastungen „traumatischem Streß“ umzugehen (*Hüther* 1997; *Shalev* 1997, 384; *Pynoos et al.* 1997, 189f), und zwar keineswegs im einseitigen Sinne von *Herbert Spencers* (1820-1903) – darwinistische Positionen pointierenden – Konzeptes des „*survival of the fittest*“, sondern wesentlich auch als Überleben durch optimale *Anpassung, Gemeinsinn, Problemlösen, Kokreativität und die exzentrische Fähigkeit zu beständiger Überschreitung des Erreichten* – „*the survival of the wisest*“ (*Salk* 1973). Extreme Belastungen verlangen keineswegs nur extreme physische Kräfte und Robustheit. Bei Höhlenbären und Säbelzahn Tigern bringt das nicht viel. Intelligente Lösungen sind hier gefragt – auch im Umgang mit Angst und Schmerz (*Nesse* 1991) –, und das macht auch bei Hominiden schwächere Individuen für die Gruppe wertvoll (*Stent* 1978). *Wilson* (1975) hebt in seiner soziobiologischen Argumentation eine genetische Disposition des Altruismus hervor, wie schon *Kropotkin* (1902) in seinem Klassiker „*Mutual aid. A factor of evolution*“, so daß reduktionistische evolutionspsychologische Spekulationen (*Thornhill, Palmer* 2000) – evolutionspsychoanalytische gar (*Badcock* 1999)<sup>1</sup> – in ihrer Einseitigkeit nicht greifen

<sup>1</sup> Eine evolutionstheoretische Betrachtungsweise (*Kauffman* 1993; *McFarland* 1999; *Richardson* 1998; *Barkow et al.* 1992; *Petzold* 1986h) hat für das Verständnis des Menschen, seine Aggression, seine Art zu kämpfen, zu töten, Kinder aufzuziehen und zu lieben (*Miller* 2000), seine Entwicklung (*Butterworth* 1985; *Chasiotis* 1999; *Petzold* 1994j), seine Emotionalität (*Hüther* 1997), Sozialisation (*Rowe* 1997) und natürlich auch für das Verstehen der Prozesse der Traumaverarbeitung viel zu bieten. Das Verständnis der evolutionären Entwicklung des Gehirns (*Edelman* 1987, 1992; *Purves* 1988) wird eine Grundlage der psychobiologischen Betrachtung von Streß- und Traumaprozessen (*Yehuda, McFarlane* 1997; *Hüther* 1997) geben. Die Evolutionspsychologie wie sie von *J.H. Barkow, Leda Cosmides* u.a. (1992) begründet wurde – und natürlich hatte schon *Darwin* (1872) psychologische Perspektiven aufgegriffen – könnte wertvolle Beiträge leisten, wenn sie sich nicht reduktionistisch in Platitüden oder modisch-spekulativ in „steilen Thesen“ verliert. Und – schaut man auf die Arbeiten von *A. Gehlen, A. Portmann, R. Hermegeger* und die soziobiologische Literatur –, sieht man: so originär/originell ist die evolutionary psychology ja nicht.

und therapeutische Konzepte durchaus auf die evolutionstheoretisch gut zu begründenden Anlagen zu prosozialem Verhalten zurückgreifen können, ohne – wiederum reduktionistisch – devolutionäre Destruktionstendenzen (Petzold 1986h; Geen, Donnerstein 1998) des Menschen zu leugnen. Die grundsätzliche Gefährdetheit unserer zerbrechlichen Natur einerseits und das Gefährdungspotential unseres eigenen destruktiven Wesens andererseits, verlangen eine auf die *Sorge um das Gemeinwesen und altruistische Hilfe gerichtete Ethik* und ein „Meistern und Heilen der Leidenschaften“ wie „Zorn und Kummer“ (Anonyme Pythagoreer, Capelle 1968, 497). Jamblichos (Vita Pyth. 174ff) berichtet uns von der Weisheit der Pythagoreer, die meinten, „es müsse sich ein jeder der in seiner Natur schlummernden Gefahren wohl bewußt sein“ (ibid., Capelle 1968, 495). Das Beherrschen, Meistern seiner selbst, blieb aber nicht das einzige Moment eines heilsamen Umgangs mit sich, es verlangte eine Aufrichtigkeit und Wahrhaftigkeit, eine „Parrhesie“ (Foucault 1996; Petzold, Ebert, Sieper 1999) sich selbst – und daraus folgend – auch anderen gegenüber. „Aufrichtige Rede (παρρησια) ist das Kennzeichen der Freiheit; über das Risiko dabei entscheidet die Bestimmung des richtigen Zeitpunkts“ (Demokrit, Fragment 226). Sie ist Ausdruck einer *Sorge um sich* und mündet in eine *Fürsorge für die Mitmenschen*, ein Bemühen, das die gesamte Menschheitsgeschichte in ihrer Dynamik zwischen „Krieg und Frieden“, Herren und Knechten, Arm und Reich in Auseinandersetzung und Umgang mit der „Macht“ bestimmte. Dabei bildete sich über die Kunst der reflexiven Lebensführung, wie sie die Sophisten entwickelten, die Haltung einer „Sorge um sich selbst“ (Foucault 1984; Schmid 1995) heraus, die „*epiméleia heautoû*“, die als ein besonderes Thema von Sokrates in den Zeiten umbrechender Sozialstrukturen auf den Begriff gebracht und zu einer „philosophischen Therapeutik“ (*maieutik*) und Anleitung zur „rechten Lebensführung“ (*dieita*), einer „Lebensberatung“ entwickelt wurde (Böhme 1988; Martens 1992; Kühn, Petzold 1991), ein Weg, der die Menschen auf der Suche nach dem „guten Leben“ (Wolf 1996; Steinfath 1998) durch die Jahrhunderte bis in die Gegenwart führen sollte. Das alte Thema der philosophischen „Lebensberatung“ erfuhr durch „Neosokratiker“ wie Gabriel Marcel (1935) oder Ethiker wie Emmanuel Lévinas (1983) immer wieder eine Aktualisierung genauso wie das der „Lebenskunst“. Das ist gerade in neuerer Zeit zu sehen (Foucault 1978; Deleuze 1986; Pagès 1993; Schmid 1998): stets im Spannungsfeld von Selbstsorge und Sorge für die Anderen, für das Gemeinwohl. Man findet das exemplarisch und beeindruckend in den Schriften des Seneca (ca. 4 vor – 65 n. Chr.), insbesondere den „klinischen“ Schriften, den Trostbriefen (Kuen 1994; Veyne 1993; Neuenschwander 1951) oder in dem großartigen Dokument der Selbstreflexion, Selbsttherapie und Lebenskunst, das uns Marc Aurel (161-180 n. Chr.) hinterlassen hat (Rutherford 1989; Rosen 1997). Wir geben diese und andere Texte, die das Ringen der Menschen um die Bewältigung ihres – oft traumatischen – Daseins dokumentieren, zuweilen in bibliothераapeutischer Zielsetzung (Petzold, Orth 1985, 1998c) unseren TraumapatientInnen (und keineswegs nur den „humanistisch Gebildeten“) als heilsame Lektüre, als selbstreflexiven und ermutigenden Impuls, sich ihrem Selbst und dem Leben wieder zuzuwenden, ihr Leben wieder aktiv zu gestalten, „Freude am Lebendigen“ (Petzold, Orth 1998b) zu finden. Dieser *rezeptive kunsttherapeutische bzw. rezeptiv-produktive*

Zugang (Petzold 1999q) des Lesens von Texten oder Betrachtens von Bildern schließt immer ein gemeinsames erzählerisches Reflektieren solcher Materialien ein im Sinne der von uns als „*narrative Praxis*“ (idem 1970c, 1992a, 374ff, 384 et passim, 1999i, 1999k) im Rahmen unseres Verfahrens, der „Integrativen Therapie“, entwickelten Therapiemethodik, die auch *Traumannarrative* verändern will. Das geschieht sowohl für Sequenzen dyadischer Therapie/Einzelbehandlung als auch für „Gesprächs- und Erzählgemeinschaften“ (Petzold, Petzold 1991), d. h. für Gruppenbehandlungen (Petzold, Schneewind 1986; Heintz 1997) und durchaus auch mit der Ermutigung, selbst Bilder, Collagen herzustellen, Texte zu schreiben (Petzold, Orth 1985, 1993; Gersie 1991), Belastendes auszudrücken, sich „alte Geschichten von der Seele zu schreiben“ und mit anderen darüber zu sprechen (vgl. unsere kreativ- und narrativtherapeutischen Arbeiten mit TraumapatientInnen [idem 1986b] und die Forschungen von Pennebaker [1988, 1993 a,b, idem et al. 1989; Harber, Pennebaker 1992] bei Traumaopfern). Dann können sie vielleicht eine neue *Narration* beginnen, weil sie in der Auseinandersetzung mit derartigen „therapeutischen“ Texten der philosophischen Literatur (Petzold 1991o; Kühn, Petzold 1991), ihren eigenen Texten und Bildern und in den Gesprächen über beides entdecken, daß es in ihnen wie in anderen Menschen *Quellen des Guten* gibt: „Grabe in deinem Inneren. In dir ist die Quelle des Guten, und sie kann immer wieder sprudeln, wenn Du gräbst“ (Marc Aurel 1998, 173). Und natürlich gibt es auch andere, böse Quellen, wenn man „sein Innerstes öffnet, und darin einen reichen Vorrat an bösen Impulsen verschiedenster Art und viele schlimme Leidenschaften findet“ (Demokrit, fr. 149), oder wenn man mit all dem Grauen, den Schreckens- und Leiderfahrungen, den Verletzungen, Wunden, Schäden und Niederlagen – das alles heißt *τραύμα* – in Kontakt kommt, denen man im Leben ausgesetzt war. Aber gerade diese Erfahrungen können auch zu Wegen der „Überwindung“, Anstoßen der Umgestaltung von Erfahrungen werden. An die Stelle der Lebensverachtung kann dann das Erleben einer „Ehrfurcht vor dem Leben“ (Schweitzer 1954) treten, an die Stelle der Verzweiflung über das Leben eine „Freude am Lebendigen“ (Petzold, Orth 1998b) und ein „Engagement für Menschen“ (Sober 1998). Das ist in der Therapie zu nutzen, um traumageprägte Lebenseinstellungen, ja eingefleischte Haltungen in der eigenen Leiblichkeit – der gramgebeugten, niedergeschlagenen, haßzerfressenen – umzugestalten (Petzold 1999i): „Ich will mein Gesicht, meinen Gesichtsausdruck verändern“ – so eine Traumapatientin. Es ist ihr gelungen! (idem 1999q).

### 1.3 Ethische Aspekte

Warum ein philosophiegeschichtlicher und anthropologischer Exkurs am Anfang einer Arbeit über Traumatherapie? Weil Therapeuten einen Standort haben sollten, was Traumata, Traumasgeschehen und seine Kontexte anbelangt, ähnlich wie Sterbebegleiter, Thanatotherapeuten sich mit den Fragen des Todes, Sterbens, des Verlustes, der Trauer auseinandersetzen müssen, wenn sie in diesem Feld arbeiten (Petzold 1994c; 1999l). Die persönlichen Positionen, die Menschen zu solchen Bereichen einnehmen können, sind vielfältig und vielschichtig. Gut ist es, wenn sie nicht eindimensional sind, wie leider vielfach vorfindlich, auf *eine* Modellvorstellung

festgelegt, und wenn derartige persönliche Positionen den Patienten gegenüber offengelegt werden können. Sie schließen an persönliche Glaubens- und Sinnsysteme und ihr biographisches Herkommen, d.h. an das persönliche Schicksal des Therapeuten/der Therapeutin an. Der Frage, was motiviert uns, therapeutisch und mit Traumapatienten zu arbeiten, muß man sich stellen (Petzold 1999i). Es gibt da alte Antworten wie die des *Demokrit* (460-380 v. Chr.): Menschen, die Not oder Unrecht leiden, „muß man nach Kräften helfen und nicht ruhig zusehen“ (fr. 261, Capelle 1968, 456, vgl. fr. 255), oder die des *Marc Aurel* (161-180 n. Chr.): „ἀνθρώπους δε ευ ποιειν και ανεχεσθαι αυτων, Menschen Gutes zu tun und sie auszuhalten [in ihren schlimmen Seiten nämlich, sc.]“, das kann uns helfen (*Marc Aurel*, lib. V, 33, 1998, 116). Mit diesen antiken Protagonisten menschlicher Solidarität und Gemeinwohlorientierung zu antworten ist nicht die schlechteste Position. Uns sagt sie zu, und das hat nichts mit der zumeist flachen und modischen Rede vom „Helfersyndrom“ zu tun. Vor allen Dingen überzeugt sie Patienten, wenn sie fragen: „Warum machen Sie diese Arbeit?“ Man kann diese Position auch überschreiten – und auch damit können wir uns identifizieren – durch die „Transgression“ (Foucault 1963; Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000) der stoischen Grundhaltung in Richtung einer „engagierten Ethik für den Anderen“, wie dies *Emmanuel Lévinas* mit seinem u.E. für TraumatherapeutInnen unverzichtbaren Werk getan hat<sup>2</sup>. Vor dem Hintergrund eigener traumatischer Erfahrungen, in einem traumatisierenden Jahrhundert hat *Lévinas* das „Anlitz des Anderen“ in seiner Not, seinem Ausgeliefertsein zum Ausgangspunkt einer radikalen Ethik der Verantwortung und des Engagements für die Anderen gemacht (Kemp 1997). Neben dem Intersubjektivitätskonzept von *Gabriel Marcel* (1985): der Andere ist in grundsätzlicher Weise für mich Mitsubjekt (Petzold 1980g, 1991a), das „Sorge um seine Integrität“ (ibid. 27f, 502ff) und die „Kultivierung eines engagierten Altruismus“ verlangt, liegt hier die ethiktheoretische Basis der Beziehungsgestaltung in der „Integrativen Therapie“ für die Arbeit mit Traumaopfern und -überlebenden (Petzold 1996 j, h). In der Therapie mit diesen Menschen wird man immer wieder von ihren Gesichtern des Schmerzes und Entsetzens angerührt und von den *Widerspiegelungen* der Fratzen der „perpetrators“, der Mißhandler, Folterer, auf ihren Gesichtern, Tätern, die von eigenen Gewaltim-

---

<sup>2</sup> *Marc Aurel* (lib XII, 25 und 26, 1998, 310 f) betont. Er hat eine für Traumakontexte – die der PatientInnen und der TherapeutInnen – bedenkenswerte Sicht – 25: „Distanziere dich von dem bloßen Aufnehmen [*hypolepsis*, d.h. der nicht die wirklichen verursachenden Zusammenhänge berücksichtigenden Sicht der Welt, vgl. XII, 8] und du bist gerettet. Wer kann dich denn daran hindern, dich davon zu distanzieren? 26: Wenn dich etwas dysphorisch macht, hast du vergessen, daß alles im Sinne der Natur des Weltganzen geschieht, daß die Übeltaten nicht deine Schuld sind und weiterhin, daß alles, was geschieht, schon immer so geschah und geschehen wird und im Augenblick überall geschieht, aber auch, wie eng die Verwandtschaft des einzelnen Menschen mit dem ganzen menschlichen Geschlecht ist, denn das ist keine Gemeinschaft [*κοινωνία*] des Blutes oder des Spermas, sondern des Geistes.“ ... 29: „Das Heil unseres Lebens beruht darin, daß wir das Wesen jeder einzelnen Sache zu durchschauen suchen, worin ihre Substanz besteht, was sie verursachte. Von ganzer Seele das Rechte zu tun und wahrhaftig zu sprechen, was bleibt sonst noch, als das Leben zu genießen, indem man ein gutes Tun an das andere knüpft (*συναιποντα*), so daß auch nicht der kleinste Zwischenraum bleibt?“ Denn durch ethisches, solidarisches Handeln (lib. VII, 67) kann man – auch bei belastenden Situationen – eine lebensfreundliche Einstellung gewinnen, eine Haltung „heiteren Herzens“, wie *Marc Aurel* zum Schluß seiner Selbstreflexionen (lib. XII, 36, 1998, 318) noch einmal unterstreicht.

pulsen überflutet sind oder aus innerer Leere seelenlos quälen „its lonesome here there is no one left to torture“ (Leonard Cohen 1992). Dies auf den Gesichtern der Opfer und in Gesichtern von Tätern, mit denen man als Traumatherapeut immer wieder auch arbeiten muß, zu sehen, das ist, wenn man diese Erfahrung an sich heranläßt, eine „Heimsuchung“:

„So bedeutet die Anwesenheit des Anlitzes eine nicht abzulehnende Anordnung, ein Gebot, das die Verfügungsgewalt des Bewußtseins einschränkt... Die Heimsuchung besteht darin, sogar die Ichbezogenheit des Ich umzustürzen, das Anlitz entwaffnet die Intentionalität, die es anzielt... Alle Selbstgefälligkeit würde die Direktheit der ethischen Bewegung vernichten... Die Infragestellung des Selbst ist nichts anderes als das Empfangen des absolut Anderen ... ist Anlitz, in dem der Andere mich anruft und mir durch seine Nacktheit, durch seine Not, eine Anordnung zu verstehen gibt. Seine Gegenwart ist eine Aufforderung zur Antwort“ (Lévinas 1983, 224).

Es ist uns wichtig, gerade im Sinne einer „integrativen“ Position, in einem Kontext, in dem das Thema Traumatherapie – wie im vorliegenden Buch – aus der Perspektive der Physiologie, klinischen Psychologie, Psychiatrie, empirischen Psychotherapieforschung angegangen wird, diese *existenzielle Ebene* herauszustellen, diese philosophische Perspektive, welche „Ethik als erste Philosophie“ (Lévinas 1961) sieht, „antithèse absolue de toute politique de violence [absolute Antithese gegenüber jeder Politik der Gewalt]“ (Kemp 1997, 95). Sie bildet die Grundlage dafür, in Fürsorge und Respekt mit Menschen umzugehen: *somatotherapeutisch*, den Körper betreffend, *psychotherapeutisch* auf das *Seelische*, *nootherapeutisch* auf den *Geist*, Sinn, Werte gerichtet und *sozialtherapeutisch* mit Netzwerk und Weggeleit (*convoy*) zu arbeiten: *kurativ*, *gesundheits- und persönlichkeitsfördernd*, *kulturrkritisch* (so weit fassen wir den *Therapiebegriff!* vgl. Petzold 1992a; Petzold, Steffan 1999b), mit Menschen, die schreckliche Verluste, Verletzungen ihrer Integrität erfahren haben. Manche mußten Vergewaltigung, Raub, Folter (Graessner, Gurriss, Pross 1996) erleiden, Morde ihrer Angehörigen ansehen, die Zerstörung ihres Heims und ihrer Lebensgrundlagen durch Kriege oder Naturkatastrophen erleben, grauenhafte Unfälle, schlimmen Mißbrauch, Vergewaltigung mit der Folge der Zerstörung ihrer *physischen, psychischen, mentalen, sozialen Gesundheit* (so weit fassen wir den *Gesundheitsbegriff!* vgl. Petzold 1992a, 552ff). Hier ist eine nur versachlichende Position, ist „wohlwollende Neutralität“ nicht angebracht, vielmehr ist eine *engagierte Haltung* unverzichtbar, die nicht nur individualisierend ein Einzelschicksal betrachtet, sondern auch Zusammenhänge, die wir als Menschen *verantworten* müssen und eine „*Therapie im Dienste der Gerechtigkeit*“, „*just therapy*“ erfordert (Petzold et al. 2000; Waldgrave 1990; Derrida 1994).

Traumata sind überwältigende, den ganzen Menschen und zumeist seinen Kontext existenziell ergreifende Ereignisse, die „*aufserhalb der üblichen menschlichen Erfahrung*“ liegen, wie es der DSM III-R (APA 1989, 304) noch formulierte und offenbar damit umschreibt, was umgangssprachlich mit „*unaussprechlichem*“ Schrecken oder Grauen (*unvoicable horrors*) gemeint ist. Natürlich liegen derartige Ereignisse – leider – *innerhalb* der menschlichen Erfahrung, besonders in wilden Zeiten und an entsetzlichen Orten.

Neben *natural desaster* wie Erdbeben, Flutwellen, Wirbelstürmen, Hungersnöten und Seuchen, neben Unfällen und Brandkatastrophen, neben persönlichen Schicksalsschlägen, die

traumatische Auswirkung haben können, sei für die durch *Menschenhand verursachten Desaster* (*man made*) eine okkasionelle und zugleich exemplarische Aufzählung gegeben: die bis auf die Auslöschung des letzten Mannes geführte Schlacht der israelischen Stämme gegen die Amalekiter, die Eroberung Babylons durch die Assyrer, das brennende Rom *Neros*, die Erstürmung Jerusalems durch die im Blute der Muslime watenden christlichen Kreuzfahrer, die Greuel des Dreißigjährigen Krieges, die Massaker der Belgier an der Bevölkerung des Kongo, der alltägliche Terror in den deutschen Konzentrationslagern und den stalinistischen Gulags (*Sofsky* 1993; *Solschenizyn* 1978) bis zu den jüngsten „man made desaster“ in den Gebieten des ehemaligen Jugoslawien, des Sudans, Tschetscheniens ...

Die Genozide<sup>3</sup> in unserer Zeit der modernen, aufgeklärten, demokratischen „Kulturvölker“ wiegen besonders schwer. Die *anthropologische Dimension* traumatischer Ereignisse, das ist unsere Position, muß von seiten der TherapeutInnen und immer wieder auch in Therapien mit PatientInnen bedacht und, wo angezeigt, thematisiert werden, denn es sind konkrete Menschen. Gender- und altersgruppenspezifisch gesprochen sind es Männer und Frauen, Hochbetagte und Kinder, die von Traumaereignissen betroffen wurden, von Unfällen, Naturkatastrophen, Kriegen, Verbrechen. Als „*Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld*“, als „*Leibsubjekt in der Lebenswelt*“ – so die anthropologischen Grundformeln in der „klinischen Philosophie“ der „Integrativen Therapie“ (*Petzold* 1991a, 1992a) – wird das Subjekt und seine Persönlichkeit als Ganzes von traumatischen Ereignissen betroffen: die *körperlich-physiologische*, die *seelisch-emotionale*, die *geistig-mentale* Dimension des Menschen mit seinen *sozialen* Bezügen (Netzwerk, social world, vgl. *Hass, Petzold* 1999) und seiner *ökologischen Einbettung* (Wohnung, Quartier, vgl. *Petzold, Orth* 1998b) wird getroffen und zuweilen beschädigt. Dabei werden unter der existentiellen, der „geistig-mental Dimension“ nicht nur die spezifisch *kognitiven Operationen*, sondern auch Sinn- und Wertfragen, das Problem von Schuldgefühlen, eines Verlustes von existentieller Sicherheit und Vertrauen, des „Glaubens an das Gute im Menschen“ oder religiöser Orientierungen und persönlicher Lebensphilosophien usw. gesehen, was „Nootherapie“ (*idem* 1983e; *Orth* 1993), Arbeit mit Sinn- und Wertfragen, existentiellen Themen erforderlich macht. Diese Themenbereiche wurden bislang in Therapien und Studien kaum beachtet (*Rothbaum, Foa* 1997, 109). Sie gewinnen aber zunehmend Bedeutung (*Schaefer, Moss* 1992; *Park, Folkman* 1997; *Tedeschi, Calhoun* 1995; *Park* 1999). Deshalb muß man aus einer solchen breiten, hier nur kurz aufgewiesenen, anthropologisch und ethiktheoretisch fundierten Sicht in Diagnostik und Therapeutik einen weitgreifenden Ansatz vertreten, um Menschen, die von schweren Schicksalschlägen betroffen wurden, gerecht zu werden. Man kann und darf sich nicht allein auf die – wesentliche – Beseitigung somatischer und psychischer Symptomatik beschränken, denn Traumaopfer und Patienten mit einer *posttraumatischen Belastungsstörung* brau-

3 Vgl. *Kuper* (1981); *Rose* (1999); *Gerlach* (1998); *Benz* (1998); *Ternon* (1996); *Zülch* (1993); *Gust* (1993); *Ohandjanian* (1989); *Zlepko* (1988); *Barron* (1979); *Schneider* (1999); *Förster* (1999); *Berding* (1998); *Grosser* (1990); *Dabag* (1998).

chen mehr als das, was in der ICD-10- und der durchaus prägnanten DSM-IV-Diagnostik erfaßt wird und in einer allein am medizinischen Modell oder einer ausschließlich *behavioral* orientierten Strategie der Behandlung (Steil, Ehlers, Clark 1997; Foa et al. 1995) angeboten wird, bei aller Anerkennung der auf diese Weise erzielten Behandlungserfolge auf der symptomatischen Ebene (Sherman 1998; Ehlers 1999; Frueh et al. 1996). Die angesprochene Position einer therapeutischen „philosophy“ und ihrer Anthropologie und Ethik hat als Konsequenz, PatientInnen als Mitsubjekte und als *PartnerInnen* ernst zu nehmen, und ein intersubjektives, dialogisches Arbeits- und Behandlungssetting anzubieten und herzustellen, das wirkliche Mitwirkung der Betroffenen bei der Therapie im Sinne eines „*empowerments*“ (Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1998; Petzold, Orth 1999, 156, 293) ermöglicht, so daß an die Stelle traumatisierender Ohnmachtserfahrungen wieder der Aufbau „*persönlicher Souveränität*“ – ein Kernkonzept der Integrativen Therapie (Petzold, Orth 1997b) – treten kann. Eine weitere Konsequenz ist, daß der körperlichen Realität der PatientInnen durch Formen *somatischer Therapie* – Medikation, „*Körpertherapie*“ (Atem-, Bewegungs-, Entspannungs-, Sporttherapie, Petzold 1988n; Sammer 1999) – Rechnung getragen wird, traumaspezifische Formen der „*Psychotherapie*“ für ihre *seelischen Belange* zum Einsatz kommen (idem 1986c; Butollo et al. 1999), Fragen aus dem geistigen Bereich zu Lebenssinn und Werten in der „*Nootherapie*“ etwa durch künstlerische und meditative Angebote (Petzold, Orth 1990, idem 1983e, 1999q) aufgegriffen werden. *Soziale Probleme*, die oftmals schwerwiegend sind (z.B. bei Migranten), weil der Konvoi (Antonucci, Kahn 1980), das schützende Weggeleit des sozialen Netzwerkes (Petzold 1995a), beeinträchtigt oder zerstört wurden, erfordern „*Soziotherapie*“, z.B. familien- und netzwerktherapeutische Maßnahmen (Röhrlé et al. 1998; Hass, Petzold 1999), handfeste Sozialarbeit. Auch „*ökologische Interventionen*“ können bei Problemen der Entwurzelung und Beheimatung notwendig werden, durch Hilfen bei der Gestaltung eines Wohn- und Lebensraumes, durch Gewährleistung eines ansprechenden Kliniksettings und der Nutzung von Umgebungsfaktoren und -ressourcen (hierauf wurde und wird in den Wicker-Kliniken stets besonderer Wert gelegt, vgl. Wicker 1998). Die Berücksichtigung von Prinzipien therapierelevanter *ökologischer Psychologie* (Gibson 1979; Reed 1988) und Ökopsychosomatik (Saup 1993; Petzold, Orth 1998b) wird hier sinnvoll. Eine breit greifende, die Lebenssituation der betroffenen Menschen in den Blick nehmende „*anthropologische Diagnostik*“ auf dem Hintergrund einer *entfremdungstheoretisch* begründeten „*anthropologischen Krankheitslehre*“ (Petzold, Schuch 1992) ist notwendig. Sie kann und sollte eine umfassende, allgemeine „*klinische Diagnostik*“ (z.B. in integrativer Ausrichtung auf dem Hintergrund einer „*klinischen Krankheitslehre*“, Petzold 1992a; Osten 2000) und natürlich die „*traumaspezifische Diagnostik*“ (Schützwohl 1997; Stamm 1996) ergänzen (vgl. 3.2), um verkürzenden Behandlungskonzeptionen, wie man ihnen immer wieder begegnet, gegenzusteuern. Die z.T. eingeschränkten Möglichkeiten der klinischen Realität und der Notlagen vor Ort in Katastrophensituationen dürfen nicht zu einer *Einschränkung des Blickes* führen, denn dies würde auch riskieren, daß die Patienten einen eingegrenzten Blick für ihre Situation erhalten und für das, was eigentlich geschehen müßte und was sie selbst noch unternehmen könnten und müß-

ten. Dabei Unterstützung zu bieten über das hinaus, was eine Klinik, eine ambulante Therapie oder eine professionelle Intervention vor Ort, z.B. in Krisengebieten, leisten können und das, was in die Selbsthilfepotentiale der Betroffenen (Petzold, Schobert 1991) und ihrer Netzwerke gelegt werden muß, zu fördern, das ist eine wesentliche Aufgabe *Integrativer Traumatherapie*.

### 1.4 Historische Aspekte zur Psychotraumatologie

Die Geschichte moderner Psychotraumatologie und Traumatherapie ist verschiedentlich dargestellt worden (dieses Buch Kapitel 3; Fischer, Riedesser 1998, 28ff), wenngleich den Fragen *kollektiver Traumatisierung*, kollektiven Gedächtnisses und kollektiver Verarbeitungs- oder Dissoziations- bzw. Verdrängungsprozesse kaum noch nachgegangen worden ist. Die zögerliche Rezeption der amerikanischen Entwicklungen in der deutschen Psychotherapie- und Psychiatrieszene muß durchaus auch vor geschichtlichem Hintergrund gesehen werden, denn gerade in Psychologie und Psychotherapie findet sich eine in Deutschland besonders sensible Schnittstelle (Geuter 1983, 1984; Lundgreen 1985; Harrington 1996) von Opfer- und Täter-Geschichten, die bis ins Mittelalter zurückgehen, um in unserer Zeit grausam zu kulminieren: Geschichten der Vertreibung, massenhaften Tötung und Existenzzerstörung, fixierte, repetitive kollektive *Narrative der Identitätsvernichtung* durch barbarische, verbrecherische Täterschaft, aber auch durch die „quasilegitimierte“ Täterschaft von Militärs (Hochhuth 1995), die die schutzlose und in der Regel unbeteiligte Zivilbevölkerung feindlicher Staaten zur strategischen Zielscheibe von Belagerungen, Beschießungen, verbrannter Erde machten. Zum Teil opferten sie die eigene Bevölkerung (Zlepko 1988), wie die jüngsten Ereignisse auf dem Territorium des ehemaligen Jugoslawien, die Endphase des Dritten Reiches, ja viele Beispiele in der Geschichte zeigen – es sei nur an den verheerenden, von *Rostopschin* veranlaßten Brand Moskaus erinnert (vgl. von Soltyk 1837/1979), mit dem er Napoleon die Kriegsbasis entziehen wollte. Militärs verursachten durch Minenfelder (Lauer 1997), Bombenteppiche (Ledig 1999)<sup>4</sup> – man denke an die jüngsten Bombardierungen jugoslawischer und tschetschenischer Städte (Rüb 1999, Siegl 2000) – oder in Feuerstürmen wie die von Hiroshima und Nagasaki (Alperovitz 1995; Hida 1989; Nagai 1953), durch Giftgasangriffe (Kunz, Mütler 1990; Martinatz 1996; Zecha 1999), biologische Kampfstoffe (Clarke 1969), chemische Waffen (Krause, Mallory 1993; Stäudel 1992) – siehe den Einsatz von Geschossen mit angereichertem Uran im Kosovo (FAZ 22.3.2000, 2) – massenhaften Tod, Verstümmelung, Erkrankungen, Entsetzens-, Leid- und Katastrophenerfahrungen, Traumatisierung von Unschuldigen, deren Thematisierung, Offenlegung und Bearbeitung vielfach noch aussteht: Der **Diskurs zwischen Militärs und Zivilisten** über diese grauenhaften Fakten steht in der Tat aus, ein ko-respondierender Diskurs (Habermas 1971; Petzold 1978c, 1991e), der bislang praktisch inexistent ist. Er kann weder mit Philosophemen und Theologoumena vom Kampf als *ordo naturalis*, vom „gerechten Krieg“ gar (Augustinus Ep. 138, 13f,

<sup>4</sup> Vgl. weiterhin Brunswig 1994; Forte 1998; von Lang 1988.

189, 6; *Thomas Aquino*, *Summa theol.* 2 II q. 40; *Luther*, „iure bellare“ CA XVI, 2; vgl. *Steck* 1958; *Wright* 1942) geführt werden, noch mit der Diskriminierung von Pazifisten, noch mit militant-pazifistischen Stigmatisierungen von Soldaten als Mördern.<sup>5</sup> Das Fehlen dieses *Diskurses* – etwa zu den Fragwürdigkeiten, zum Dilemma, zur Absurdität einer Rettung von Menschenwürde durch militärische Verletzung von Menschenwürde, wie sie im letzten Balkankrieg im Kosovo wieder einmal deutlich wurden (*van Gent* 2000a) – wiegt unendlich schwer. Solche *Diskurse* dürfen keine Sache der Politiker bleiben. Sie müssen Soldaten und Zivilisten, Sieger und Besiegte und damit auf einer fundamentalen Ebene *Opfer und Opfer an einen Tisch bringen* (denn was sind junge Soldaten mit „*Kampftrauma*“, verwundet und geschockt, aber auch durch ihre entsetzlichen Taten traumatisiert [*Schay* 1998], anderes als Opfer einer versagenden Politik? *van Gent* 2000 b). Es ist das Gespräch der Kriegsoffer angesagt, die sich austauschen darüber, wie es ist, Bomben werfen zu müssen, und wie es ist, im Bombenhagel im Keller zu sitzen (*Brunswig* 1994; *Ledig* 1999). „*War Victims International*“ als institutionalisierter *Diskurs* und als Aktionsgemeinschaft aller Betroffenen oder künftig Betroffenen, eine solche Initiative könnte vielleicht den Beginn neuer kollektiver *Narrationen* ermöglichen, lebendiger, gemeinschaftlich gestalteter Geschichte und Zukunft in vielen Bereichen – z.B. im Zusammenleben von Juden und Deutschen, Palästinensern und Juden oder in der noch kaum begonnenen Versöhnungsarbeit zwischen Russen und Deutschen. Ein solcher Beginn müßte sich ausdehnen und in einer neuen, für die Gewährleistung von Menschenrechten engagierten *Weltgesellschaft* realisieren, einem Weltbürgertum, von dem *Immanuel Kant* 1795 in seiner Schrift „Zum ewigen Frieden“ geschrieben hatte, einer „internationalen Bürgerschaft“, die – wie *Foucault* (1984, 22) ausführte –, „jedem Machtmißbrauch, von wem auch immer begangen, wer auch immer seine Opfer sein mögen“ entschieden entgegentritt. Das muß in all der Radikalität geschehen, die *Lévinas* (1983, 326) meint, wenn er affirmiert, daß Mensch-Sein, daß Ich-Sein bedeute, „verantwortlich sein, ehe man etwas begangen hat“ (vgl. auch *ibid.* 224; *Petzold* 1996 k). Das muß „*Zivilgesellschaft*“ meinen, das erfordert „*Gewissensarbeit*“ (*Petzold* 1992a, 512ff), wie sie *Hannah Arendt* (1970; *Saner* 2000) als „kritisches Gespräch mit sich selbst“ und als Gespräch miteinander engagiert gefordert hatte<sup>6</sup>. Als Therapeuten, die mit von „*man made disaster*“ traumatisierten Menschen zu tun haben, ist es deshalb für uns undenkbar, unpolitisch zu arbeiten, weil hier Therapie immer auch *Friedensarbeit* sein muß (*Petzold* 1986a). In der Integrativen Therapie wurde solchen Fra-

---

5 Oder unbilligen Generalisierungen, z.B. statt Verbrechen *in der Wehrmacht* „Verbrechen der Wehrmacht“ [*Hamburger Institut für Sozialforschung* 1998]), wobei man Krieg natürlich insgesamt als ein Verbrechen sehen kann und dann gilt Kardinal *J. Ottaviani*s berühmtes Diktum: *Bellum omnino interdicendum esse* [Jeder Krieg muß verboten werden]. Aber wie setzt man das Verbot durch? Man kommt dann wieder bei *Augustin* an: „Frieden zu haben erfordert den Willen dazu, Krieg ist eine Sache der Notwendigkeit – *Pacem habere debet voluntas, bellum necessitas*“ (Ep. 189, 6, cf. *Contra Faustum* 22, 74f; vgl. zum Problem z.B. *Reagnay* 1958).

6 Vgl. die vierten *Hannah Arendt*-Tage in Zürich zum Thema „Gut und Böse und die Politik“, *Neue Zürcher Zeitung*, 91 (2000) 41 17. April, „Wenn Werte wieder diskutiert werden“. **Diskurs** im Fettdruck kennzeichnet den Gebrauch des Begriffes im Sinne *Foucaults*, *Diskurs* kursiv den Gebrauch im Sinne von *Habermas*.

gen deshalb wieder und wieder metakritisch und praktisch Aufmerksamkeit geschenkt (Heimannsberg, Schmidt 1995; Petzold 1996h, 1999).

Die Geschichte der Traumatherapie kann von den Hintergründen der Produktion von traumatisierenden Situationen durch Menschen nicht abstrahiert werden, d.h. von menscheitsgeschichtlichen Fragen, der Geschichte von Krieg und Frieden, von Siegern und Besiegten (Hassis 1984), von Helden, Führern und dem „kleinen Mann“ (Reich 1946), der Geschichte – Natur- und Sozialgeschichte, Psychobiologie und Sozialpsychologie – der menschlichen Aggression (Geen, Donnerstein 1998), denn diese Hintergründe konstituieren die anonymem **Diskurse**, Dispositive der Macht und Techniken der Selbstkonstitution (Foucault 1998; Dauk 1989; Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000). Sie bestimmen die bewußten und überwiegend unbewußten kollektiven Kognitionen, Emotionen, Volitionen (*représentations sociales*<sup>7</sup>, Moscovici 1984), welche sich auch in den Konzepten und Theoremen der Psychotherapie finden, die ihrerseits in derartige **Diskurse**, d.h. kulturelle Traditionen und Gedächtnisse eingelassen ist. Sie ist deshalb *wie kaum eine andere wissenschaftliche Disziplin von Mythen und kulturspezifischen Wertungen bestimmt* (Petzold, Orth 1999). Das findet sich auf allen Ebenen in der Psychotherapie allgemein und in der Traumatherapie im besonderen: in der Dominanz von Bewußtsein, Ich, Sprache bei der Konzeptbildung und Praxis zu Lasten der Emotionalität und Nonverbalität, in der Vorstellung der Einheitlichkeit von Person und Identität – so zentral in vielen Traumatherapien – gegenüber einem „pluralen Selbst“ und einer vielfazettigen, „transversalen Identität“ (Petzold 1998h; Craib 1998; Rowan, Cooper 1999; Müller, Petzold 1999) oder in der Pathologieorientierung unter Vernachlässigung der Gesundheitsperspektive, in der Ausrichtung auf die frühe Kindheit und Frühstörungen unter Vernachlässigung des Erwachsenenlebens und -leides und des Alters (Feeny, Noller 1996; Knight 1996; Petzold 1985a; Petzold, Petzold 1991)? Warum finden sich keine geschlechtsspezifischen Diagnose- und kaum gendersensible Therapiekonzepte und dominieren Individuumszentrierung unter Hintanstellung von Gemeinwohlperspektiven und gesellschaftlichen Themen? Alles offene Fragen mit Konsequenzen für die Behandlung! Warum wurde das Kriegstraumathema allgemein und in Deutschland im besonderen so spät aufgegriffen? Es wird deshalb eine **diskursanalytische** (sensu Foucault) und dekonstruktivistische Sicht (sensu Derrida) notwendig (Fish 1999; Parker 1999; Petzold, Sieper, Orth 2000), denn diese Probleme finden sich auch in relevanten Fragen der Traumatherapie: Welche Theorien und Konzepte haben sich in der Traumabehandlung durchgesetzt und warum? Warum Freud, warum nicht Janet? Warum sind *Konfrontationstherapien*, Methoden der Traumaexposition im Feld so stark – es ist geradezu *common believe* quer durch die Therapieschulen, daß es ohne Wiedererleben und „Durcharbeiten“ bzw. „Verarbeiten“ der traumatischen Ereignisse nicht gehe

<sup>7</sup> Wir fassen dieses, auf Emile Durckheim zurückgehende, von Moscovici sozialpsychologisch ausgearbeitete und beforschte, äußerst wesentliche Konzept, das mit Vorstellungen zum „kollektiven Gedächtnis“ (Assmann 1999; Halbwachs 1992) verbunden ist, weiter als nur *kognitivistisch*, denn es gibt auch „kollektiven Willen“ zum Bösen: „Wollt ihr den totalen Krieg?“, kollektive Emotionen, wie Fremdenfeindlichkeit, Ehrbegriffe, Vorstellungen von Männlichkeit etc.

(Steil et al. 1997; Horowitz 1997; Butollo et al. 1999; Ehlers 1999). Anfang der 90er Jahre meinten 25% ausgebildeter amerikanischer und britischer TherapeutInnen, daß Heilung von einem Auffinden traumatischer Erinnerungen abhängt, und 71% verwandten Techniken, die den Survivors von sexuellem Mißbrauch helfen sollten, ihre Erinnerungen wiederzufinden (Poole et al. 1995). Warum findet die Kritik dieser Konzeptionen (vgl. z.B. Miltenburg, Singer 1997, 1999; Noam 1996) so wenig Beachtung?

*Konfrontationstherapien*, insbesondere von akuten und posttraumatischen Belastungsstörungen, sind vor dem Hintergrund kollektiver Ideologien zu sehen: *Man muß das eben aushalten!* – „Hart wie Kruppstahl!“. Diese Ideologie *scheint* sich gewandelt zu haben. Man billigt Menschen – auch Landsern und Marines, PolizistInnen und Feuerwehrleuten, weniger noch bombengeschädigten Zivilisten – inzwischen traumatische Belastungen, die Folgen haben, zu. Lang hat es gedauert, bis man aufhörte, Kriegstraumatisierte als Feiglinge, Minderwertige, Simulanten und Kriegsneurotiker zu stigmatisieren (vgl. Freud in seinen Schriften zur Behandlung StA 1975, 249, 262, 312), sie mit Starkstromschocks (Wagner-Jauregg, vgl. Freuds Gutachten 1920/1972, 939ff) zu „behandeln“ oder mit disziplinarischen Maßnahmen, wie ein „verlottertes Bataillon“ (so Bion 1941/1971, 8f). Allein an der Geschichte der PTBS-Diagnostik und -Therapie wird die Problematik deutlich. Aber ist der Wandel tatsächlich da? In der Psychotherapie hatte Freuds „Grundregel“ die Konfrontation in „voller Aufrichtigkeit“ auch bei Dingen, die „aus irgendeinem Grunde unangenehm“ (Freud 1913, StA, 195) sind, festgeschrieben.<sup>8</sup> In Traumatherapien kommen diese Ideologien, den Dingen ins Auge zu sehen (wie ein tapferer Soldat und rechter Mann), durch die Hintertür wieder herein – wahrscheinlich waren diese Ideologien nie wirklich verschwunden. In „von Männern geprägten“ Berufen, wie bei Polizisten, „wo es noch heute oft als Schwäche gilt, Ängste offen zu zeigen ... findet ein Kulturwandel statt“ (Millius 2000, 37), denn „immer mehr Polizeibeamte hätten erkannt, daß es mutiger sei, *den eigenen Ängsten ins Gesicht zu sehen*, statt sie zu verdrängen“ (ibid.). Dieser subtilen Umwertung (unter Abwertung von Verdrängung als Copingstrategie), die Männer jetzt dem „inneren Schweinehund“ ins Auge sehen läßt, kommen Konfrontationstherapien vollauf entgegen, sofern sie nicht die eigenen Konzepte auf verdeckte **Diskurse** der (Selbst)disziplinierung (Foucault 1998) untersuchen, die mit einer „Sorge um sich“ wenig zu tun haben. Die Entwicklung spezifischer Modelle zur Diagnostik, Ätiologie und Therapie von Traumata haben einen langen Weg genommen, der unter dekonstruktivistischer Perspektive (Parker 1999; Petzold, Orth, Sieper 2000) – die hier nur angedeutet werden konnten – analysiert werden müßte:

Von den ersten Beschreibungen von Symptomatiken bei Unfallopfern im 19. Jahrhundert als „traumatischen Neurosen“ (Oppenheim 1888) war es ein Schritt zu den ersten *ätiologischen* Vermutungen etwa Charcots (1887), der für die hysterische Symptomatik seiner PatientInnen Traumaerfahrungen annahm, hin zu den systematischen Arbeiten zu Diagnostik und Behandlung von TraumapatientInnen durch seinen Mitarbeiter und Kollegen Pierre Janet (1887,

8 Mit dem problematischen Diktum: „Die psychoanalytische Behandlung muß sich über alle Rücksichten hinaussetzen, weil die Neurose und ihre Widerstände rücksichtslos sind“ (Freud 1913, 1975, StA 195).

1889, 1909). *Janet* hatte keine Zweifel an der *Realität* pathogener Traumata, z. B. auch des Mißbrauchs, aufgrund seiner von ihm über die Jahre hin untersuchten und z.T. behandelten, beeindruckenden Population von 591 PatientInnen (*Croca, Le Verbizier* 1989), bei der er für 257 einen traumatischen Hintergrund annahm. *Realer* Mißbrauch war und blieb für *Janet* ein relevanter Traumahintergrund. Nicht so bei *Freud*, der mit *Breuer* zunächst auch Realtraumen betonte. *Breuer* (1893a) war einer der Pioniere der Traumabehandlung mit seiner Entdeckung der Symptombeseitigung durch kathartisches Aussprechen, die *Freud* vertiefend weiterentwickelte, u. a. nach seinem Besuch in der Salpêtière 1885, wo er zu *Breuers* Ideen Konzepte zur traumatischen Verursachung von Hysterien und so manches andere von *Janet* für die Psychoanalyse übernahm (was immer noch zu wenig gewürdigt wird, vgl. *Ellenberger* 1973). Er verfolgte aber *Janets* bedeutende Entwicklungen und Arbeiten zum Verständnis mentaler, kognitiver und emotionaler Prozesse nicht, sondern entwickelte seinen eigenen Ansatz unter Aufgabe der Verführungstheorie und damit Leugnung oder zumindest Relativierung der Realität des Kindesmißbrauchs (*Rusch* 1977, 1980; *Masson* 1984; *Miller* 1979, 1980). Das machte seine Theorie weniger anstößig und sozial akzeptabler: eine Theorie verdrängter kindlicher Sexualität, der Triebkonflikte und -schicksale, der intrapsychischen Konflikte, der Ich-Affekte und der damit zusammenhängenden klinischen Phänomene von Widerstand und Abwehr (*Nemiah* 1998). Er zentrierte auf die Abreaktion und das Bewußtmachen der traumatischen Erfahrungen und ihrer pathologischen Verarbeitungsformen und nahm die Konzepte der *Janetschen* Theorie der Realtraumata nicht auf (vgl. *van der Kolk, Weisaeth, van der Hart*, dieses Buch). Diese Entwicklung ist mit *Freuds* eigener Biographie, seiner Selbstanalyse, seinem Frauenbild (*Appignanesi, Forrester* 1994) und der Dynamik seiner Herkunftsfamilie in Zusammenhang gebracht worden (*Masson* 1986, 1991; *Krüll* 1992) und dies ist bedenkenswert. Die Vermeidung oder unangemessene Gewichtung eines Themas aus psychodynamischen Gründen macht auch vor bedeutenden Psychotherapeuten nicht halt. Wenig beachtet ist, daß *Freud* als kleines Kind die Beschneidung seines Bruders *Julius* erlebte, der kurz darauf verstarb, für *Freud* ein höchst belastendes Ereignis (z. B. Brief an *Fließ* vom 3. 10. 1897, *Masson* 1986). Er war offenbar „significantly traumatized“, so *Colman* (1994), die hieraus Einflüsse für dysfunktionale Theorienbildung mit Blick auf Kastrationskomplex und psychosexuelle Entwicklung ableitet (ibid. 622ff, vgl. auch *Petzold, Orth* 1999, 97f). Wichtiger noch scheint, daß die „psychoanalytic community“ *Freud* in der Aufgabe der Verführungstheorie und der Hintanstellung der Traumatheorie folgte – jedenfalls von wenigen Ausnahmen abgesehen. *Ferenczi* z. B. betonte belastende Lebensumstände und sexuelle Traumatisierung in ihrer pathogenen Wirkung immer wieder, beschrieb sie z. T. differenziert – etwa Dissoziationsphänomene – und ging sie behandlungstechnisch mit seiner elastischen Technik an (*Ferenczi* 1927/28, 1931, 1932, 1985). Diese Arbeiten werden bis heute vernachlässigt (*Cremerius* 1979, 1983; *Schuch* 1998). Sie haben aber immer noch Bedeutung und werden in der Integrativen Therapie auch genutzt (*Petzold* 1969b, 1992a, 766f; *Schuch* 1994). Diskursanalytisch und dekonstruktivistisch muß gefragt werden: Warum wurde der Realität sexuellen Mißbrauchs von Kindern und sexueller Gewalt vornehmlich gegen Frauen bis in die jüngste Zeit (die z. T. horrenden Zahlen erkennbar werden ließ, vgl. *Kessler et al.* 1995) im **Diskurs** weitgehend männerdominierter psychodynamischer Psychotherapie (*Rush* 1980; *Miller* 1980; *Appignanesi, Forrester* 1994) doch wenig Beachtung geschenkt?

Einer weiteren wichtigen Frage müßte diskursanalytisch zur Aufhellung von Hintergründen des Umgangs mit dem Traumathema in der Psychotherapie nachgegangen werden, dem Faktum, daß die psychoanalytische „community“ der Gründergeneration überwiegend aus jüdischen Analytikern bestand (*Blumenberg* 1996; *Yerushalmi* 1992). Gerade unter einer Mehrgenerationenperspektive wäre hier die Frage zu stellen, welche Rolle das kollektive Schicksal von Verfolgung und Pogromen für die frühe Theorienbildung spielte und für die Zentrierung auf das Traumathema bei Vernachlässigung, ja Ausblendung von Salutogeneseperspektiven, ohne daß diese kollektiven Hintergründe näher reflektiert würden. Wie entwickelte sich das Traumathema in der Psychoanalyse nach dem Holocaust? Diese Katastrophe hatte auch eine Wende in der Betrachtung der Thematik mit Konsequenzen bis in die Theorie- und Methodenentwicklung

bewirkt, denn dem „Erinnern“ ist nicht zu entkommen – das gilt auf vielen Ebenen, insbesondere auf der kollektiven (Friedländer 1979; Yerushalmi 1988). Kollektives Gedächtnis und kollektive Erinnerungen (Halbwachs 1992; Assmann 1999) und die mit ihnen verbundenen Monumente (Assmann, Hölscher 1988) und Traditionen mündlicher Weitergabe (Niethammer 1985) spielen sowohl für die kollektive Verarbeitung des Traumathemas in Alltagszusammenhängen als auch für die „wissenschaftliche“ Bearbeitung eine bedeutende Rolle, besonders für Völker, die eine höchst traumatische Geschichte zu bewältigen haben – als Opfer und z.T. als Täter und Opfer –, und das ist für die Mehrzahl der europäischen Völker gegeben. Diese Erkenntnis schlägt in unserem Ansatz bis in die Behandlungen in „dyadischen Settings“ (wir ziehen diesen Begriff dem der „Einzeltherapie“ vor) durch, wo zeitgeschichtliche Zusammenhänge immer wieder auch thematisiert werden, nicht zuletzt weil sie die PatientInnen einbringen und besprechen wollen.

## 2. Konzeptueller Zugang

Für die Behandlung akuter traumatischer Belastungen und posttraumatischer Belastungsstörungen haben sozio- und psychotherapeutische Modelle – neben ihrer anthropologischen und ethiktheoretischen Verortung und neben der *allgemeinen* Orientierung am Fundus der empirischen Psychologie, den klinisch relevanten Bio-, Neuro- und Sozialwissenschaften (Grawe 1998; Jacobi, Poldrak 2000; Petzold 1999p) – sich auf *spezifische* psychotraumatologische Wissenbestände (Fischer, Riedesser 1998; Foa, Rothbaum 1998; Maercker 1998; van der Kolk, McFarlane, Weisaeth et al. dieses Buch; Willams, Banyard 1999; Yehuda, McFarlane 1997) zu beziehen: *epidemiologische* Befunde, *ätiologische* Überlegungen, *diagnostische* Modelle, *klinische* Forschungen und Erfahrungen. Sie sind für die Indikation und das Prozedere in einer traumaorientierten Therapie – jeweils *ökologisch kontextualisiert*, das ist unsere Position (Petzold, Orth 1998b; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Hobfoll 1989, 1991; Harvey 1996) – grundlegend, besonders, wenn störungsbildspezifische und symptomorientierte Behandlungsstrategien einen wichtigen Teil des Therapierationales ausmachen. Auf diese genannten Wissenbestände kann natürlich im vorliegenden Text nur in Kürze eingegangen werden. Weiterhin ist darauf zu verweisen, daß bei der gegenwärtigen höchst produktiven Forschungsaktivität, nicht zuletzt im Bereich der für die Psychotraumatologie relevanten psychobiologischen und neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung, aber auch bei den klinischen Studien, ein derart hoher Wissensumschlag erfolgt, aus dem sich z.T. gravierende Konsequenzen für die Praxis ergeben, daß ein beständiges „updating“ erforderlich wird, für Therapien, die den „**client welfare**“ als Leitprinzip zentral stellen.

Dabei sind für die PTBS-Behandlung traditionelle Therapiekonzeptionen obsolet geworden: nicht nur das psychoanalytische Modell des „*Erinnerns, Wiederholens, Durcharbeitens*“, weil es in seiner Modellbildung und Methodik mit den vorhandenen Forschungsergebnissen nicht zu vereinbaren ist (Reddemann, Sachse 1998; Ehlert-Balzer 1999), sondern auch die katharsisorientierten bzw. erlebnisaktivierenden Modelle sogenannter humanistisch-psychologischer Therapieformen in ihren *klassischen Ausrichtungen*, z.B. Gestalttherapie (Perls 1969) und Psychodrama (More-

no 1959; Petzold 1982a) – es sei denn, sie werden nachhaltig erweitert und adaptiert (Butollo et al. 1999). Problematisch sind auch die an ihnen orientierten kreativen Behandlungsmethoden wie z.B. Formen der aktiven Musiktherapie (Hegi 1998) oder tiefenpsychologischer Kunsttherapie (Riedl 1997), weil sie in der modelltheoretischen Ausrichtung keinen Anschluß an den psychotraumatologischen Wissenstand haben und sie mit den bei traumatisierten PatientInnen eingesetzten Behandlungstechniken (vgl. Hegi 1998, 163ff) ein nicht unbeträchtliches Retraumatisierungsrisiko bergen. Aber auch „moderne“ und populäre Ansätze, wie das *Debriefing* müssen aufgrund der Forschungslage kritisch in den Blick genommen werden (Rose, Bisson 1998).

## 2.1 Epidemiologische Perspektiven im sozio-kulturellen Kontext

Epidemiologische Forschungsergebnisse können nicht vom sozio-kulturellen Kontext, von Regionalräumen und von den Strömungen des Zeitgeistes losgelöst betrachtet werden. Nur so werden sie *ökologisch valide* und für Interventionen relevant. Zunächst muß – mit Blick auf die derzeitige, zuweilen hysterioforme Traumawelle einer nicht unbeträchtlichen Psychotherapiezone, die immer wieder von Mythen und Moden bestimmt wird (Petzold 1999i; Petzold, Orth 1999a) – hervorgehoben werden: „PTSD is the exception rather than the rule following exposure to trauma“ (McFarlane 1997, 10). Verschiedene Risiken, die es diagnostisch abzuklären gilt, und nicht nur die Art des Traumas, sind als Prädiktoren für PTBS und andere traumabezogene Störungen in den unterschiedlichen Studien aufgefunden worden. Dabei zeigen sich erhebliche zeit-, kultur- und genderspezifische Differenzen. Vor 1980 geben Untersuchungen noch eine Lebenszeitprävalenz von 1-2% nach DSM-III-Kriterien [1980] für die amerikanische Allgemeinbevölkerung an (Helzer et al. 1987; Davidson et al. 1990). Dann zeigt die *US National Comorbidity Study NCS* (Kessler et al. 1995) nach DSM-III-R-Kriterien einen erheblichen Anstieg: 5% bei Männern [aufgrund von Kampfeinsatz, Erleben von Tod und schweren Verletzungen], 10,4% bei Frauen [wobei Vergewaltigung und sexuelle Belästigung herausragende Faktoren waren]. Von den Männern hatten 60,3% traumatische Stressoren erlebt, dagegen 50,3% bei den Frauen. 48,4% der Vergewaltigungsopfer entwickelten ein PTBS gegenüber 10,7% der Männer, die Zeugen von Tod und schlimmen Verletzungen wurden. Frauen hatten nach dieser Studie ein doppelt so hohes Risiko, ein PTBS zu entwickeln, als Männer, so auch die Studie von Breslau et al. (1998), was zu der erhöhten Inzidenz von Angststörungen und Depressionen bei Frauen paßt und auf besonders hohe Traumarisiken verweist (z.B. Vergewaltigung mit psychophysiologischen Auswirkungen, vgl. z.B. Resnik et al. 1995). Die NCS zeigt ebenso wie Studien von Resnik et al. (1993), Breslau & Davis (1992), Breslau et al. (1998) die Bedeutung von vorgängigen Störungen und familiären Belastungen (Connor, Davidson 1997). Stein (et al. 1997) fanden nach DSM-IV-Kriterien, daß 81% der Männer und 74% der Frauen traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren. Die Untersuchung von Norris (1992) zeigt gleichfalls erhebliche Geschlechter-, Rassen- und Altersdifferenzen: z.B. hatten „black man“ die höchste Rate an Traumaexpositionen und Jugendliche die höchsten PTBS-Raten (Giaconia et al. 1995). Breslau et al. (1991) geben für junge Erwachsene ein Gesamtrisiko von 24% und neuerlich (Breslau et al. 1997) für Männer 13%, für Frauen 30% Risiko an. Stellt man eine neuere deutsche Studie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Prävalenzraten von 0,4% (ml.) und 2,2% (wbl.) dagegen

(Perkonig, Wittchen 1999), so zeigen sich drastisch kulturelle Determinierungen der kognitiven (*appraisal*) und der emotionalen (*valuation*) Traumabewertung auf individueller und kollektiver Ebene bei den PatientInnen einerseits – was auch Auswirkungen auf die Traumabewältigung haben dürfte – und der diagnostischen Bewertungen der amerikanischen [ggfl. mit und ohne familiären Holocaustbackground] und deutschen TherapeutInnen und ForscherInnen andererseits. Wie sind die hohen Prävalenzraten (15,6% Inzest bei Frauen in den Niederlanden) in der auf einem Höhepunkt der öffentlichen Debatte durchgeführten Studie von *Draijer* (1990) zu werten? Kam hier ein sensibilisiertes Problembewußtsein zum Tragen? Sind Verarbeitungsprozesse (Vergangenheitsbewältigung, wie unzureichend auch immer, vgl. *Petzold* 1996j) und/oder Verdrängungs- bzw. Dissoziationsverhalten (die ja durchaus auch als Copingstärken gewertet werden können) bei den unmittelbar im eigenen Lande kriegs- und nachkriegsbetroffenen Deutschen bzw. Europäern anders entwickelt als bei den US-Bürgern? Wie schlagen die Kriegseinsätze der Amerikaner und die Unsicherheit ihrer Städte zu Buche? Fragen über Fragen, die weitere, feinkörnigere Forschung verlangen. Gerade mit Blick auf die bis in die jüngste Zeit<sup>9</sup> in der öffentlichen Diskussion kaum bearbeiteten, massiven individuellen und kollektiven Traumatisierungen breiter Bevölkerungsgruppen durch die Bombenangriffe auf die europäischen, in Sonderheit deutschen Städte stellt sich die Frage nach differenzierenden epidemiologischen und klinisch-sozialpsychologischen Studien zum Bewältigungs- und Verarbeitungsverhalten. Solche Untersuchungen bei der jetzt noch erreichbaren Population der älteren Betroffenen – etwa durch narrative Interviews nebst der Analyse der verschiedenen literarischen Verarbeitungsversuche (*Sebald* 1999, *Nossak* 1996, *Mulisch* 1995) – könnten auch klinisch höchst wertvolle Aufschlüsse über Verarbeitungsprozesse, Epikrisen, *Aus- und Nachwirkungen* (*Hunt et al.* 1999), Krankheitsphasen, Copingmuster, *Überwindungserfahrungen* etc. bieten, die für die Entwicklung einer *life span developmental diagnostic* und für bewältigungsorientierte therapeutische Strategien große Bedeutung haben dürften. Bei der exorbitanten Zahl der hier von schwersten seriellen Polytraumatisierungen Betroffenen (vorwiegend Frauen und Kinder der Zivilbevölkerung) ist mit Blick auf die offenbar unauffälligen Prävalenzen die Frage zu stellen: Welche *Aus- und Nachwirkungen* sind aufgetreten? Wie sind Menschen mit diesen Erfahrungen fertig geworden? Gerade in der Psychotherapie mit alten Menschen (*Petzold, Bubolz* 1979; *Petzold* 1985a) gehen wir derartigen Fragen nach, besonders wenn diese Themen im Senium mit zunehmender Vulnerabilität, Aktivierung des Altgedächtnisses und erneuten Traumaerfahrungen aufkommen (*Petzold, Müller* 2000; *Hunt et al.* 1999). Über Verläufe von PTBS wissen wir noch immer sehr wenig. Die Angaben bei *Kessler (et al. 1995)* aus der NCS besagen, daß in den ersten 12 Monaten die größte Remissionschance besteht, aber ein Drittel der PTBS-Betroffenen auch nach vielen Jahren nicht symptomfrei sind (auch die, die Behandlungen durchlaufen hatten). Andererseits kann es auch noch nach vielen Jahren der Symptomfreiheit zum Aufbrechen eines PTBS kommen, wie Studien bei Holocaustüberlebenden, Veteranen und Alterspatienten

<sup>9</sup> Vgl. die ZDF-Sendung zum Horror und Terror der Bombardierung deutscher Städte vom 28.3.2000: „Tabu Vergeltung“.

zeigen (Niederland 1968; Kulka et al. 1990; Hunt et al. 1999). Schließlich kann auch bei Fortfall der PTBS-Symptomatik nach DSM-IV-Kriterien (und bei manchen Betroffenen ist sie nie in der Form eingetreten, Orr 1997) eine *chronifizierte Traumastreßphysiologie* vorliegen, die sich mit somatoformen, depressiven, obsessiv-kompulsiven u.a. Störungsbildern – Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, dissoziative und Borderlinestörungen – maskiert. Deshalb ist der Frage der Komorbidität (Kessler et al. 1995; Andreski et al. 1998) besondere Beachtung zu schenken (auch unter der Perspektive der Fehldiagnosen!). Für die Behandlung akuter traumatischer Belastungen und posttraumatischer Belastungsstörungen haben sozio- und psychotherapeutische Modelle – neben ihrer *allgemeinen* Orientierung am Fundus der empirischen Psychologie, den klinisch relevanten Bio-, Neuro- und Sozialwissenschaften (Grawe 1998; Jacobi, Poldrack 2000; Petzold 1999p) – sich auf *spezifische* psychotraumatologische Wissensbestände zu beziehen: *epidemiologische* Befunde, *ätiologische* Überlegungen, *diagnostische* Modelle, *klinische* Forschungen und Erfahrungen für die Indikation und das Prozedere in der Therapie, besonders, wenn symptomorientierte Behandlungsstrategien einen wichtigen Teil der Therapiestrategie ausmachen, weil diese Wissensbestände therapeutische Rationale maßgeblich bestimmen. Auf diese genannten Aspekte kann natürlich im vorliegenden Text jeweils nur in Kürze eingegangen werden.

## 2.2 Ätiologische Perpektiven als Grundlage therapeutischer Konzepte

Wie für die meisten psychischen Störungen im Blick psychotherapeutischer Schulen finden sich in der Traumatherapie und Psychotraumatologie verschiedene Modelle zu Ätiologie und Krankheits- bzw. Störungsverlauf, die je für sich genommen noch in der Diskussion stehen und insgesamt bislang wenig verbunden sind. Sie erhellen indes unterschiedliche Aspekte des Störungsbildes und ermöglichen in der *Synopse* (Petzold 1974k, 301f) ein umfassenderes Verständnis als die Einzelperspektive. Sie machen überdies deutlich, daß eine vorschnelle Festlegung auf *ein* Modell oder *eine* Sicht beim derzeitigen Stand der Forschung, Theorie- und Modellbildung nicht angezeigt ist, sondern *konnektivierende* bzw. integrative Sichtweisen – wie auch in anderen Bereichen „angewandter Humanwissenschaften“, der Psychotherapie oder Supervision (Grawe 1998; Petzold 1992a, 1998a) – gefragt sind. Solche Ansätze, die eine breite Sicht in der Ätiologie favorisieren, werden in der Traumatherapie zunehmend erarbeitet (Butollo et al. 1998, 1999; Horowitz 1998; Jonas, Barlow 1995; Josic, Petzold 1995; Petzold 1999i; Maercker 1998; Miltenburg, Singer 1999; Pennebaker, Harber 1993; Tedeschi, Calhoun 1995; Graessner et al. 1996).

Derzeit unterscheidet man *biologische/physiologische*, *psychologische* und *integrative* Ansätze (Poldrack, Znoj 2000, 286f).

### 2.2.1 Biologische/physiologische Modelle – traumatic stress physiology

Diese Modelle der Ätiologie verweisen auf die Möglichkeit genetisch disponierter Vulnerabilität bei PTBS (Comings et al. 1996; True et al. 1993; Connor, Davidson 1997). Zahlreiche Untersuchungen haben Befunde zu physiologischen Prozessen und biochemischen Veränderungen vorgelegt (Yehuda, McFarlane 1997; van der Kolk 1994 und dieses Buch; van der Kolk, Burbridge, Suzuki 1997; Steven et al. 1997; Krystal et al. 1998; Stein et al. 1997), die allerdings noch zu keiner kohärenten Theorie verbunden sind, obgleich sich eine solche abzuzeichnen beginnt (Murburg 1997; Foa 1997; Hüther 1997, 2000).

Rasante Fortschritte der neuro- und kognitionswissenschaftlichen (Decety 2000), der biologischen und physiologischen Forschung durch die bildgebenden Verfahren einerseits und die Erschließung der molekularbiologischen Ebene andererseits haben für die Psychopathologie ganz allgemein (Nathan et al. 1995) und für die Psychotraumatologie im besonderen (Yehuda, McFarlane 1997) Entwicklungen eingeleitet, deren Konsequenzen – auch und gerade für die Therapie von Traumabelastungen und ihren *Nachwirkungen* (etwa auf der hirnphysiologischen und auf der immunologischen Ebene) noch nicht absehbar sind. Auch was die *Auswirkungen* (etwa für das Sozialverhalten, das Meistern des Alltagslebens, die Struktur von sozialen Netzwerken) anbelangt, sind diese Ergebnisse wichtig, wenngleich hier sozialwissenschaftliche und klinische Forschungen stärker gefordert sind. Trotz der beständigen Generierung neuer Ergebnisse lassen sich für die Psychobiologie des Traumas und des PTBS wesentliche Fakten schon umreißen (vgl. van der Kolk, dieses Buch; Yehuda 1997), obwohl die Wirkungen traumatischer Erlebnisse auf der *neurophysiologischen* und der *immunologischen* Ebene noch weiterer intensiver Forschung bedürfen. Das gilt besonders für *traumatoforme* Erfahrungen – z.B. intrusives Nacherleben, aber auch evoziertes Nacherleben durch Traumakonfrontations- bzw. Expositionstechniken, die von vielen Ansätzen der Traumatherapie (Butollo et al. 1999; Ehlers 1999; Foa, Rothbaum 1998; Lamprecht 2000; Shapiro 1995 u.a.) verwandt werden und physiologische Auswirkungen haben (Pitman et al. 1990). **Sie müssen bis zum Nachweis, daß keine Nebenwirkungen und Spätauswirkungen auftreten, mit einem Vorbehalt gesehen werden** und machen Longitudinalforschung und auf jeden Fall in Zukunft vermehrt die Erhebung immunologischer Parameter bei Behandlungsevaluationen notwendig. In Kürze einige Materialien:

Die physiologischen Auswirkungen von extremem Stress sind seit langem aus tierexperimentellen Studien (Rasmusson, Charney 1997) bekannt. Auch bei Traumaopfern/-überlebenden mit PTBS zeigt sich eine deutlich veränderte Physiologie, eine „*stress physiology*“ mit spezifischen neurophysiologischen und immunologischen Reaktionen (Chrousos et al. 1995; Gottlieb 1997; Schedlowski, Tews 1996), die in vielem mit den bekannten Stressmechanismen (Fink 2000) übereinstimmt, gegenüber den Befunden bei Traumaüberlebenden ohne PTBS und Menschen mit hohen Stressbelastungen aber auch Besonderheiten aufweist: „... many of the biological findings, particularly the neuroendocrinic observations, also support the idea that PTSD is a specific type of adaptation to stress that does not necessarily reflect classic or typical responses to

stress“ (Yehuda 1997, 57). Markant gegenüber der adrenocortikalen Aktivierung mit folgender Dysregulation und dann erneuter Down-Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse (HPA-Achse) bei normalem akutem Streßerleben bleibt bei PTBS als *prolongierte* Belastungsreaktion die HPA-Achse hochsensibilisiert, verstärktes negatives Feedback stört die Regulation, der basale Cortisolspiegel ist niedrig bei erhöhter Sensibilität der Glucocorticoid-Rezeptoren und CRF Hypersekretion. Für Akutstres ist ansonsten ein hoher Cortisolspiegel kennzeichnend (Chrousos et al. 1995). Streßreaktionen sind zunächst einmal als evolutionsbiologisch sinnvolle und funktionale Überlebensmuster zu sehen. Das ist auch für die Besonderheiten traumatischer und posttraumatischer Streßreaktionen anzunehmen, die unter einer solchen Perspektive erforscht und verstanden werden müssen. Dabei sind genetische Dispositionen (True et al. 1993; Shalev et al. 1996), belastende Vorerfahrungen bzw. -schädigungen (Heim et al. 1997; Nemeroff 1999), wie Longitudinalstudien zeigen (Putnam, Trickett 1997), als einflußreiche Größen für nachfolgende Traumaerfahrungen im Sinne von *adaptiven Reaktionen* zu betrachten, die allerdings auch pathologische Formen annehmen und dysfunktional werden können, wenn lebensrettende Akutreaktionen prolongiert zur Wirkung kommen, wie z.B. Cortisolübersteuerung (bei Depressionen, Nemeroff 1996) oder -untersteuerung bei PTBS (Yehuda 1997; Griffin et al. 1997). Der Schlußfolgerung von Murburg (1997, 352) ist dabei vollauf zuzustimmen: „if traumatic experiences can induce neurobiological changes that produce pathology, it is not incomprehensible that other experiences may result in neurobiological changes that may mitigate or compensate for those induced by stress. Exploring what these mitigating experiences might be could create new and effective methods for treating PTSD.“

Die Sensibilisierung der HPA-Achse bei Traumaopfern, bei Eltern von chronisch schwerkranken Kindern (Friedman et al. 1963) – eine durchaus traumatische Belastung – oder bei Krankenschwestern in streßreichen, verantwortlichen Positionen (Hellhammer, Wade 1993) – und auch das kann traumatische Qualitäten und eventuell böse Folgen haben (Petzold 1993g)<sup>10</sup> – und der mit dieser prolongierten Belastungssituation verbundene *Hypocortisolspiegel* sollte diagnostisch genutzt werden und müßte therapeutische Angriffspunkte bieten (Griffin et al. 1997; Orr et al. 1997). Die Dysregulation der zentralen und peripheren catecholaminergen Systeme (Murburg 1990; Southwick et al. 1997), typisch für viele – wenn auch nicht für alle – Traumapatienten, ja Patienten, die PTBS-Symptome rückgebildet haben (ibid. 115f), führt gleichfalls zu Symptomen wie Hypervigilanz, Schlaflosigkeit, Erregungszuständen, Flashbacks, Intrusionen, motorischer Hyperaktivität, also alle Zeichen einer „*stress physiology*“. Die Hyperaktivität, die die Ausschüttung von peripherem Epinephrin fördert (McGaugh 1995), kann dazu beitragen, daß

---

10 So ist es nicht auszuschließen, daß die bedrückend hohe Zahl von Gewalthandlungen und Patiententötungen (Beine 1998; Meyer 1998) durch Pflegepersonal – fast ausschließlich im intensivmedizinischen und gerontopsychiatrischen Bereich vorkommend (z.B. nie in der Pädiatrie) –, mit schweren traumatisierenden Erfahrungen dieses Personals durch das Erleben schweren Leidens und Sterbens mitbedingt ist (Petzold 1985d, 1991j).

sich traumatische Körpererinnerungen festschreiben (McFall et al. 1990). Die Sensibilisierung der HPA-Achse und der niedrige Cortisolgrundspiegel führen zu einer hohen *Responsivität* gegenüber Belastungen, Umweltstimulierungen (Geräusche, Gerüche, abrupte Bewegungen, körperliche Belastungen, vgl. z.B. Hammer et al. 1994; McFall et al. 1990; Orr et al. 1997) und zu „traumatic reminder“ bei potentiell gefährlichen Kontexten, was in „wilden Zeiten“ bei zahlreichen traumatisierenden Vorerfahrungen durchaus adäquate Reaktionen sind. Sind die Zeiten aber wieder normalisiert, sind ein Fortschreiben dieser Reagibilität, eine unzureichende Diskriminierung von gefährlichen und ungefährlichen Situationen und eine beständige Alarmbereitschaft dysfunktional und unökonomisch. Deshalb müssen neue Einregulierungen und Readaptierungen erfolgen. Ähnliches kann für die „verkürzte“ Informationsverarbeitung durch die Amygdala-Reaktion auf bedrohliche Information unter partieller Ausblendung der höheren Verarbeitungsprozesse im Hippokampus und präfrontalen Cortex (LeDoux 1996; van der Kolk, dieses Buch; Rauch, Shin 1997) gesagt werden. Sie erhöht die Reaktionsfähigkeit gegenüber Umweltherausforderungen, verhindert aber die kohärente sprachliche und autobiographische Kontextualisierung (van der Kolk et al. 1997; Harber, Pennebaker 1992) und damit die Integration der Erfahrung in das personale Selbst und die *Identität des Subjekts*. Damit geht der situative Nutzen, der im Traumakontext, in der „emergency reaction“, vorhanden war, verloren. Der Betroffene muß *wahrnehmen, erfassen und verstehen* (Petzold 1991a, 123ff), daß die „wilden Zeiten“ vorüber sind. **Sein Körper muß umlernen.** Die Cortisoluntersteuerung bei PTBS könnte sogar eine *protektive* Funktion gegenüber dem für akuten Hyperstreß typischen hohen Glucocortikoidspiegel mit seiner neurotoxischen Wirkung haben. Der Preis der Hypersensibilität ist aber für „Friedenszeiten“ zu hoch. Die bei PTBS-PatientInnen gefundene Hemmung der Noradrenalinausschüttung ins Plasma mindert die sympathikoaktiven Wirkungen (McFall et al. 1990), „ökonomisiert“ also die Reaktionen des Organismus, schränkt aber den natürlichen Wechsel von Anspannung und Entspannung (Petzold 1968b) ein, so daß auf eine „stress physiology“ kein wirkliches Erholungsverhalten folgt, in dem sich eine „wellness physiology“ einstellen kann. Yehudas (1997, 69) Bemerkung, von „posttraumatic sensitization disorder rather than a posttraumatic stress disorder“ zu sprechen, hat einiges für sich. Insgesamt ist aus derartigen Befunden die Schlußfolgerung von Murburg (1997, 356) zu unterstreichen, daß „at least some types of experiences have a salutary, and perhaps even compensatory, effects on the ‚traumatized‘ nervous system.“ In der Tat ist die Sicht der Kliniker und der Forscher bislang überwiegend pathologieorientiert und noch zu wenig auf *protektive* (Petzold et al. 1993) und *resilienzfördernde* Faktoren (O’Connell Higgins 1996) gerichtet, die therapeutisch zum Einsatz kommen könnten. Hier muß ein Schwerpunkt weiterer Forschung und klinischer, psychotherapeutischer, soziotherapeutischer und leib- und bewegungstherapeutischer Experimentation und Methodenentwicklung liegen (vgl. infr. 4.2.1).

Die große Bedeutung *neurophysiologischer* und *immunologischer* Prozesse bei PTBS verweist darauf, daß eine einseitige *psychologische* Orientierung von Traumatherapien nicht ausreicht, sondern daß beide Paradigmata der Betrachtung zusammengeführt werden müssen, denn auch in

den neurowissenschaftlichen und psychobiologischen Veröffentlichungen findet sich eine Vernachlässigung psychologischer Erkenntnisse.

### 2.2.2 Psychologische Modelle

Bei den psychologischen Modellen der Traumabehandlung findet sich als eines der frühesten der Ansatz von J. Breuer, der in der Behandlung der *Anna O.* 1880 und 1882 mit ihr und durch sie das Prinzip der „kathartischen Abreaktion“ durch Aktivierung des Affektes mit anschließender Verbalisation entdeckte<sup>11</sup>. Der zugrundeliegende *Konflikt* (nach Freud eine Abwehrreaktion des Ich), die verdrängten Erinnerungen und Emotionen, sollten durch ihren Ausdruck und ihre Verbalisation verändert werden. Dieses Modell blieb grundlegend für die psychoanalytische Traumatherapie. Im Rückgriff auf traditionelle lerntheoretische Modelle (Keane et al. 1985, 1992) – z.B. Mowrers (1947) klassisches und operantes Lernen verbindendes Zwei-Faktoren-Konzept der Koppelung von bedrohlichen und neutralen Stimuli – wurden über die Verhaltenstherapie hinaus für die Erklärung von Traumaerfahrungen und -nachwirkungen spezifische *kognitive Modelle* entwickelt wie die von Resnick, Schnicke (1993), Brewin (et al. 1996), Horowitz (1976, 1997), Janoff-Bulman (1995), Meichenbaum (1994), welche auf die Erschütterung habitueller Interpretations- und Regulationsschemata und das Ausbilden von dysfunktionalen kognitiven Schemata sowie auf die daraus resultierenden Einstellungs- und Verhaltensänderungen zentrieren. Kohärenzsinn (Antonovsky 1987), Unverletzbarkeitsannahmen (Horowitz 1993), positive Kontrollüberzeugungen (Flammer 1990), Kognitionen über die Sinnhaftigkeit der Welt werden durch die Traumaerfahrung erschüttert (Janoff-Bulman 1989, 1995; Filipp 1999). Die dadurch entstehenden Dissonanzerlebnisse gegenüber der habituellen Erfahrung des Menschen führen zu unangenehmen Emotionen, die – so Horowitz – vermieden werden, was einen Abschluß der traumatischen Erfahrung verhindern und eine Aktiviertheit der Erinnerung mit einer Perpetuierung von Intrusionsphänomenen bewirken soll. Intrusion (dazu sind auch gewisse *ruminations* [Martin, Tesser 1996; Tait, Silver 1989] zu zählen), Vermeidung und sogenannte Abwehrformen stellen damit einen zirkulären Prozeß dar, der eigentlich einem Verarbeitungsgeschehen dient, aber auch pathologisch entgleisen kann, wenn die „*completion tendency*“, die Tendenz, die Traumaerfahrung durch einen mehrphasigen, verschiedene „*mental states*“ durchlaufenden Prozeß abzuschließen, nicht realisiert werden kann (Horowitz 1982, 1993). Ein weiteres kognitives Modell ist das von Ehlers und Clark (1999, nach Ehlers 1999, 12ff). Sie gehen zutreffenderweise davon aus, daß PTBS-Betroffene oftmals Gegenwartswahrnehmungen wie vergangene Erfahrungen (hier traumatischer Art) erleben, nämlich als schwere Bedrohung. Ähnliches faßt die Psychoanalyse unter dem Begriff der Fixierung oder wird in der

11 „Wir fanden nämlich, anfangs zu unserer größten Überraschung, daß die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Heligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affekt wachzurufen, wenn dann der Kranke den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affekt Worte gab“ (Breuer, Freud 1895, 85).

Zeit- und Biographietheorie der Integrativen Therapie mit Merleau-Ponty (1966, 107) als *Überschreibung* einer Gegenwart durch ein *Narrativ/Skript* der Vergangenheit erklärt (Petzold 1991o, 364, 905ff). Anders als Ehlers und Clark, die Unterschiede in der „Interpretation des Traumas und seiner Konsequenzen“ und individuelle Unterschiede in der Art des Trauma-Gedächtnisses und seiner Verbindung zu anderen „autobiografischen Erinnerungen“ (Ehlers 1999, 13) als ausschlaggebend ansehen, nehmen wir die Fixierung (*marking*) einer *Traumaphysiologie* als maßgeblich für die Gedächtnisprozesse an, wobei kognitive (*appraisal*) und emotionale (*valuation*) Bewertungsprozesse, z.B. Kausalattributionen (Stroebe et al. 1992, 113ff; Jones, Barlow 1995; Joseph et al. 1993, 1995) natürlich eine Rolle spielen. Traumatische Ereignisse können von den Betroffenen oft nur bruchstückhaft und ungeordnet erinnert werden (Amir et al. 1998), deshalb wird eine Reorganisation der Erinnerungen und ihre Neubewertung erforderlich, wie es u.a. im Ansatz von Ehlers (1999) ausgearbeitet wurde, um der PTBS-Symptomatik, vor allen den Intrusionen zu begegnen. Die seien „hauptsächlich visueller Art“ (ibid. 14; Ehlers, Steil 1995). Diese wohl der kognitivistischen Perspektive zuzuschreibende Auffassung können wir aufgrund unserer – natürlich Leibphänomene besonders aufmerksam explorierenden – Ausrichtung nicht bestätigen und ist aufgrund der bei Intrusionen jeweils aktivierten „*stress physiology*“, deren Manifestationen (Herzklopfen, Transpiration, Tonusreaktionen, Orr et al. 1997; Pitman et al. 1990) im „eigenleiblichen Spüren“ wahrnehmbar sind, nicht wahrscheinlich. Zumindest begleiten sie stets imaginale Phänomene<sup>12</sup>. Psychologische Modelle, die aufgrund ihrer ätiologischen Annahmen die kognitive Perspektive betonen, müssen dysfunktionale Ereignis- und Selbstbewertungen beeinflussen, d.h. kognitive Umstrukturierungen anstreben, die weiterhin die Diskrimination von Auslösereizen und Realsituationen fördern. Dabei werden oftmals Formen der Exposition erforderlich – unserer Auffassung nach allerdings in „*moderater*“ und Retraumatisierung und *kindling* (Post et al. 1997) vermeidender Form –, wobei man über Zeitfenster, Intensitäten und Dauer reden muß. Aber sind Expositionen für eine effektive Traumatherapie unverzichtbar (so Ehlers 1999; Foa 1997)? Die einzelnen ForscherInnen und PraktikerInnen beschreiten hier unterschiedliche Wege (Miltenburg, Singer 1997). Die Vielfältigkeit ihrer Erkenntnisse müssen deshalb in integrative Modelle Eingang finden.

---

12 Insofern gibt es keine „Emotion ohne Erinnerung“, bei der „Personen mit PTB teilweise körperliche Reaktionen oder Emotionen aus dem traumatischen Ereignis erleben“, wie Ehlers (1999, 16) annimmt. „Die sensorischen Eindrücke werden erlebt, als würden sie gerade im gegenwärtigen Moment geschehen, und nicht als Erinnerungen an eine vergangene Erfahrung.“ (ibid. 14). Wir sehen Erinnerungen *nicht* als „sensorische Eindrücke“ (sie können aber auf der propriozeptiven Ebene z.B. solche auslösen), sondern als „mentale Ereignisse“, die keineswegs „die gleichen wie während des Traumas“ (ibid. 15) sein können, sondern nur ähnlicher Art, werden sie doch jeweils durch die Transmitteraktivität *neu* geschaffen (Damasio 1995, 2000). Es geht damit *nicht* um eine Veränderung der Erinnerungen, sondern um die Veränderung des *mnestischen Processing* gegenwärtiger Wahrnehmung, hinter dem, wie auch hinter den von Ehlers und Clark angenommenen „starken assoziativen Gedächtnisverbindungen“ und „primings“ (Ehlers 1999, 17f), unserer Auffassung nach die hypersensibilisierte HPA-Achse und die dysregulierten katecholaminergen Systeme (Southwick et al. 1997) stehen, die beeinflusst werden müssen, was Auswirkungen auf das therapeutische Procedere hat.

### 2.2.3 Integrative Modelle

Die Multidimensionalität des Traumageschehens und seiner Folgen macht eindimensionale Erklärungsmodelle obsolet, sondern erfordert eine komplexe physiologische, psychologische, psychosoziale und ökologische Perpektiven verbindende Ätiologie. Daraus folgend ist für komplexe Maßnahmen der Therapie und Hilfeleistung *Mehrperspektivität* der Betrachtung (Petzold 1965, 4 Abb. 1; 1994a, 250 Abb. 5; 1998a, 29, Abb. 1) und *Multimodalität* der Interventionen unabdingbar (idem 1974k, 302 Abb. III; 1993a, 1276 Abb. 1). *Multidisziplinäre Arbeit* ist Voraussetzung, *interdisziplinäre Zusammenarbeit* ist absolutes Erfordernis, denn nur so werden *transdisziplinäre* Qualitäten emergieren können (vgl. zu dieser Systematik Petzold 1998a, 26f, 238f Abb. 1), wie sie in der Psychotraumatologie erforderlich sind und in der rasanten Entwicklung dieser Disziplin auch erkennbar werden (van der Kolk et al. dieses Buch; Bremner, Marmar 1998; Maercker et al. 1999; Williams, Banyard 1999).

Schon in einem der frühesten Werke der Psychiatrie und Psychotherapie, Reils (1802) „psychischer Curmethode“, wird ein integrativer Ansatz der Erklärung und Behandlung von „Geisteszerrüttungen“ dargestellt, der chemische (pharmakologische), physikalische (körpertherapeutische) und psychische (psychotherapeutische) Ansatzpunkte verbindet. Er bietet eine Vielzahl von aktivierenden Techniken, psychischen „Heilmitteln“ (ibid. 23f) und integriert in höchst moderner Weise drama- und kreativitätstherapeutische Wege, um die körperliche, kognitive und emotionale Seite der Patienten zu beeinflussen: „Die Fantasie mit Nachdruck und den jeweiligen Zwecken gemäß zu erregen, die Besonnenheit zu wecken [...] Furcht, Schrecken, Staunen, Angst, Seelenruhe usw., also entgegengesetzte Leidenschaften als Heilmittel erregen und der fixen Idee des Wahnsinns begegnen zu können“ (ibid. 209f, vgl. Petzold 1972a, 24f; Sponsel 1997). Hier wurden für die Integrative Traumatherapie Anregungen zum Konzept des „emotional modeling“ gewonnen, der Arbeit mit evozierten, gegensteuernden Emotionen und emotionaler Differenzierungsarbeit (Petzold 1992a, 842ff, 851ff), wie sie noch dargestellt wird (vgl. 4.2.1.3). Emotional expressives Verhalten ist ja in vielen Psychotherapieformen ein zentrales Wirkprinzip (Petzold 1995g; Kemmler et al. 1991; Traue 1998, 333ff), das in zahlreichen empirischen Untersuchungen bestätigt wurde (Traue 1989, 1998; Scheff 1972, 1983).

Ein erstes, spezifisch traumatherapeutisches integratives Modell mit einem reichen Arsenal an Behandlungstechniken, „*médications psychologiques*“, wurde schon im ausgehenden 19. Jahrhundert beginnend durch Pierre Janet (1889, 1898, 1919), dem Begründer systematischer Traumatherapie (Nemiah 1989, 1998; van der Kolk, van der Hart 1989, 1991), inauguriert, das neojanetianische Modelle der Traumatherapie anregte (van der Hart et al. 1993, 1997, 1999; van der Kolk, van der Hart 1991). Janet (1927, 1936, 1937) war gleichfalls Urheber einer „*psychologie integrative*“, von der die „Integrative Therapie“ wichtige, allerdings kritisch gesichtete Anregungen erhielt (Petzold 1970c, 1993a, 1501). Janet (1889) zentrierte, wie erwähnt, anders als Breuer und Freud mit ihrer Verdrängungsannahme, auf das Konzept der Dissoziation, indem er – Ergebnisse moderner Bewußtseins- und Gedächtnisforschung (Emmelkamp 1990; Metzinger

1995; Schacter 1999) vorwegnehmend – annahm, daß das Bewußtsein eines Menschen mehrere dissoziierte Bewußtseinströme umfassen kann, jeweils mit einem Spektrum an Gedächtnisinhalten, Wahrnehmungen, Affekten, Volitionen, die durch das personale Selbst gemeinhin in einer gut integrierten *Synthese* verbunden sind und Grundlage für eine konsistente *Identität* bilden. Durch das Trauma werden seiner Auffassung nach in einer *misère psychologique*, einem krisenhaften Zusammenbruch der Integrationsleistung, belastende Erfahrungen nicht mehr in das bewußte Selbst integriert, sondern dissoziiert, so daß sie autonom und störend in Form von Intrusionen und psychosomatischen Symptomen fungieren (*Janet* 1889/1989, 412ff; vgl. *James* 1902, 234). *Janet* bleibt damit in einem *Traumamodell*, in dessen Linie wir später ein „Überlastungs- bzw. Überforderungsmodell“ ausarbeiteten (*Petzold* 1968a,b, 1975e, 120, 1988n, 361, vgl. infr. 4.2.1), in dem die Integrationsfähigkeit des *Selbst* überlastet wird – es ist also kein *ego-deficit model*, wie *Nemiah* (1998, 15) das annimmt. Im Unterschied dazu werden im Konfliktmodell von *Freud* durch das *Ich* die traumatischen Erinnerungen und Gefühle verdrängt, um sie nicht erleben zu müssen. Solche Kraft hat das *Ich* schwersttraumatisierter Menschen nicht. *Janet* versuchte konsequenterweise, das *Selbst* traumatisierter Menschen zu stärken und die dissoziative Wirkung der Traumaerfahrungen zu mindern z.B. durch „*substitution*“ von Gedächtnisinhalten mittels hypnotischer Induktion positiver Szenen<sup>13</sup>.

*Edna Foa* (1997) und MitarbeiterInnen (*Foa, Kozak* 1986; *Foa, Rothbaum* 1998; *Foa, Meadows* 1997) haben in langjähriger Arbeit, den ursprünglichen kognitivistischen Rahmen überschreitend, ein sehr komplexes Modell entwickelt, das als „Netzwerkmodell“ einen integrativen Charakter hat. Es fokussiert

- *kognitive* Dimensionen des Traumas und der traumabezogenen Ereignisse,
- *emotionale* Dimensionen als Ereignisbewertungen und
- *physiologische* Dimensionen.

Wie schon *Reil*, *Janet* und *Freud* betont sie: „... That *emotional engagement* with traumatic memory is a necessary condition for successful processing of the event and resultant recovery“ (*eadem* 1997, 411, unsere Hervorheb.). Sie kommt auf die schon von *Janet* entwickelte Idee zurück, die Traumageschichte (*trauma narrative*) zu reorganisieren bzw. zu restrukturieren und dysfunktionale, traumabedingte Grundannahmen („Ich [das Opfer] bin extrem inkompetent“ – „die Welt ist extrem gefährlich“, *ibid.* 417) zu verändern. Verschiedene Formate wurden von ihr in einer empirischen Untersuchung verglichen, das „Exposure Treatment“ (PE) und das „Stress Inoculation Treatment“ (SIT, ursprünglich von *Meichenbaum* [1994] entwickelt) sowie eine Kombination von SIT und PE, wobei gegenüber der Wartegruppe und allen anderen Formaten sich PE als der überlegene Ansatz erwies (*ibid.* 416), was durch andere Untersuchungen bestätigt wird (*Ehlers* 1999; *Foa et al.* 1999; *Marks et al.* 1998; *Tarrier et al.* 1999). Interessant wird es allerdings, wenn man *Foas* (et al. 1991) zentrales Behandlungsprogramm betrachtet:

---

<sup>13</sup> Vgl. Anmerk. 41.

„Education about common reactions to trauma; breathing retraining; prolonged, repeated exposure to the trauma memory (reliving); and repeated in vivo exposure to situations the client is avoiding because of assault-related fear“ (Foa 1997, 416).

Die Wirkungen der einzelnen Komponenten eines solchen vielfältigen Programms sind natürlich schwer auszumachen. Es wirkt *in seiner Gesamtheit*, was die Reduktion der PTBS-Symptomatik anbelangt, und hat damit auch „Streuwirkungen“ zu anderen Dimensionen der Lebenssituation hin. Diese kommen aber durch die Symptomzentrierung bei Foa, die auch die Situation vor der Erkrankung, protektive Faktoren und die Netzwerksituation nicht ausreichend in den Blick nimmt, in diesen Ansätzen zu kurz.

Auf weitere als „integrativ“ zu bezeichnende Ansätze kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Erwähnt werden soll das *biopsychosoziale* Modell von Jones und Barlow (1990, 1995), das auf dysfunktionale Alarmiertheit (*true or false alarm*) abstellt, wobei durch die PTBS eine Übersensibilität entsteht, die Hypervigilanz zur Folge hat mit neuen Alarmierungen: ein Teufelskreis. Joseph, Williams und Jule (1990, 1995) betonen sozialpsychologische Aspekte: die kognitive Bedeutungszuschreibung gegenüber der Traumaerfahrung, die Bewertungen des sozialen Kontextes, die aus beidem resultierenden emotionalen Zustände und Copingstrategien. Am umfassendsten konzipiert ist das Modell einer „mehrphasigen Integrativen Traumatherapie“ von Butollo und Mitarbeiterinnen (1999). Sie beziehen sich auf „Grundannahmen der Humanistischen Psychologie“ (ibid. S. 183), wobei sie allerdings keine konkrete Referenz benennen, die apolitischen und ahistorischen Seiten dieser Orientierung (Bühler, Allen 1974; Quittmann 1985) aber zu überschreiten scheinen: die therapeutische Beziehung sei wichtigster Wirkfaktor, der gesamte Lebenszusammenhang müsse berücksichtigt werden, Selbstaktualisierungs- und Wachstumstendenzen von Menschen seien zu unterstützen, Ressourcenorientierung statt Defizitorientierung gelte es zu beachten genauso wie die gesellschaftspolitische und soziale Dimension psychischer Krankheit. Im wesentlichen werden – indikationsabhängig als Kurzzeitbehandlung oder Langzeittherapie – Behandlungsstrategien der Gestalttherapie favorisiert, ergänzt durch „Interventionshilfen aus dem kognitiven und behavioralen Spektrum“ (ibid. 184) und kreativtherapeutischen Ansätzen, denn es sieht sich dieser „Behandlungsansatz dennoch als schulenübergreifende Methode“ (ibid. 187). Hier wird der von Petzold, Heintz, Orth, Sieper u.a. entwickelte Integrationsansatz (Petzold, Osterhues 1972; Petzold 1974k; Petzold, Orth 1990; Petzold, Sieper 1993; Petzold, Heintz 1980) z. T. nachvollzogen [ohne Quellenangabe!], wobei Leiborientierung, Netzwerkzentrierung und *lifespan developmental approach* bei Butollo et al. (1999) nicht ausgeprägt sind. Der Ansatz ist empirisch noch nicht untersucht, was bei seiner komplexen Anlage und durch die Probleme der Einsatzfelder [z.B. Bosnien] auch Schwierigkeiten aufwirft (ibid. 172 f). Aber ein solches Konzept ist interessant, weil nicht nur auf die DSM-Kriterien geschaut wird, sondern die Betroffenen in ihrer Ganzheit als Person gesehen werden, und nicht nur auf das Trauma zentriert wird, sondern auf die Potentiale des Menschen. Das wird *nicht* ressourcentheoretisch (Petzold 1997p), sondern mit der Orientierung an

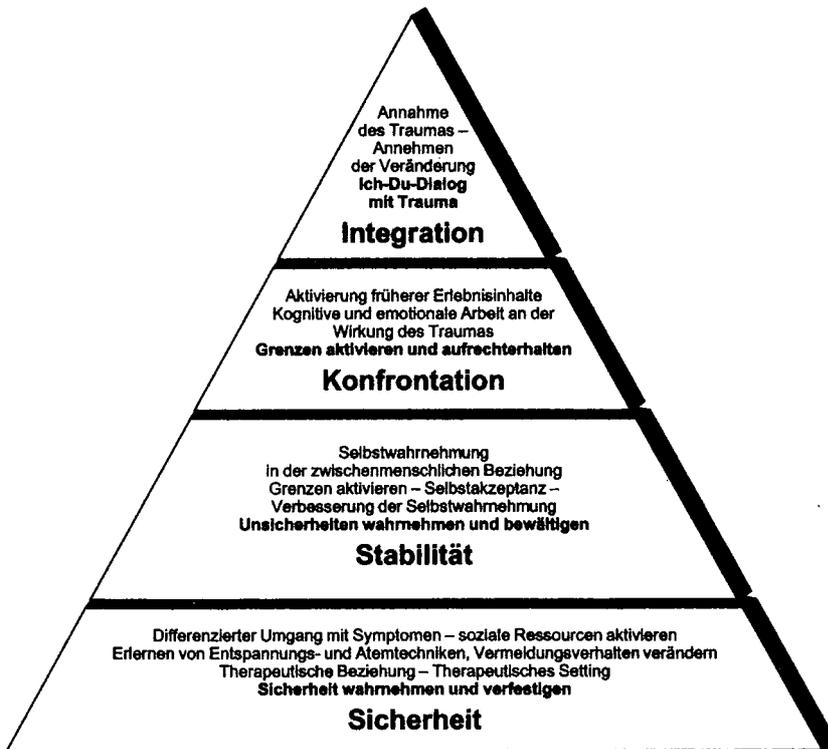


Diagramm 1: Phasen der therapeutischen Behandlung (aus: Butollo et al. 1999, 185)

Harveys (1996)<sup>14</sup> ökologischer, multidimensionaler Definition von Heilung begründet (Butollo et al. 1999, 170) und in einem *Mehrphasenmodell* vorgestellt (vgl. Diagramm 1).

„Grundsätzlich wird in diesem Modell davon ausgegangen, daß eine umfassende Traumabehandlung die Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen und den traumatischen Veränderungen beinhalten sollte. Diese Konfrontation fördert zum einen die Habituation an traumarelevante Stimuli, zum anderen kann eine emotionale Konfrontation mit den unwideruflichen Auswirkungen der traumabedingten Änderungen – deren Integration fördern“ (ibid. 185). Für die *Habituationsannahme gibt es bislang keine empirischen Nachweise*. Die neurobiologische Betrachtungsweise würde eher ein weiteres Einschleifen der dysfunktionalen Prozesse nahelegen. Weiterhin halten wir den – immer wieder in der Literatur auftauchenden – Terminus „Konfron-

<sup>14</sup> Harvey (1996) sieht ein positives Therapieergebnis in der Traumabehandlung durch die Berücksichtigung von 7 Faktoren gegeben: 1. Authority over the remembering process, 2. integration of memory and affect, 3. affect tolerance, 4. symptom mastery, 5. self-esteem and self cohesion, 6. safe attachment, 7. meaning making. – Interventionspraktische bzw. therapeutische Umsetzungsstrategien und ihre Evaluation wären für dieses nützliche Modell wünschenswert.

tation“ nicht für glücklich, der dekonstruktivistisch untersucht werden sollte. Die Phasenstruktur wird wohl im Sinne einer Heuristik zu verstehen sein (vgl. infr. 4.1.2).

Diese Darstellung einer *Auswahl* von Modellen – und sie ließen sich leicht vermehren – zeigt, daß hier ein Feld entstanden ist, das sehr in Bewegung ist und eine hohe Dynamik entwickelt hat. Sie macht auch deutlich, daß noch vieles im Fluß und in der Erprobung ist und starre Festlegungen sich deshalb verbieten. Es müssen in verantwortlicher Weise verschiedene Wege erprobt werden, allein schon, weil sich hierbei unterschiedliche Möglichkeiten für unterschiedliche Populationen, Subformen der PTBS, Settings und Situationsbedingungen herauskristallisieren können.

### 3. Diagnostische Modelle und Konzeptionen

Diagnostik bei PatientInnen mit einer Traumabelastung wird immer die Gesamtsituation der Betroffenen klinisch zu erfassen (Osten 2000) und ein Assessment der Lebenslage vorzunehmen haben. Neben diese generelle Perspektive tritt die traumaspezifische Diagnostik. Weiterhin kommen je nach theoretischer Orientierung der TherapeutInnen und ForscherInnen und nach Therapieschulenzugehörigkeit besondere Diagnoseperspektiven hinzu. Damit wird eine sehr große Komplexität geschaffen, die allerdings auch die Chance einer vielfältigen, mehrperspektivischen Sicht bietet, aber auch Strategien der Komplexitätsreduktion erforderlich macht. Im folgenden sollen einige dieser Perspektiven dargestellt werden.

#### 3.1 Allgemeine Perspektiven „spezifischer“ und „unspezifischer“ PTBS-Diagnostik

Die Diagnostik von traumabedingten „abnormen“ Erlebnisreaktionen, Verhaltensweisen und traumabedingten Folgestörungen ist natürlich abhängig vom Wissens-, Erfahrungs- und Forschungsstand der Traumalogie bzw. Psychotraumatologie (Everly, Eating 1995; Fischer, Riedesser 1998) und das heißt auch von den Wissenständen, die über *spezielle Traumatypen* (z. B. Typ I-Trauma von kurzer Dauer, Typ II mit multiplen, längerdauernden Einwirkungen, vgl. Terr 1989) oder spezifische *Zielgruppen* vorliegen: Unfallopfer, Folterüberlebende, Mißbrauchsopfer, Kriegstraumatisierte – aus der Zivilbevölkerung oder dem Militär, Katastrophenbetroffene als local residents oder Helfer vor Ort usw. Weiterhin geht es um Wissen über *Altersgruppen*: Kinder (Jungen, Mädchen), Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen, Frauen, Männer; denn die Sex-role- und Genderperspektive sind immer noch vernachlässigt, trotz ihrer Wichtigkeit. Frauen nämlich werden oft anders mißhandelt als Männer, und Männer werden anders gefoltert als Frauen. Es geht auch um ethnische Gruppen, deren unterschiedliche Kulturmerkmale (Werte, religiöse und politische Orientierungen, Genderfragen), aktuelle Ressourcenlage (Dritt- und Viertweltpopulationen, Armutssituationen) genauso berücksichtigt werden müssen wie ihre gegenwärtige Lebenslage (Migration, Flucht, Lager, Rechtsstatus im Heimat- bzw. im Aufnahmeland) und Geschichte (verfolgte oder unterdrückte Minderheiten, kollektive

Traumatisierungen). Hier wächst das Wissen allmählich, aber man ist noch weit von der erforderlichen detaillierten Kenntnis entfernt, die für differentielle Indikationen erforderlich wäre. Eine sorgfältige phänomenologische und prozessuale Diagnostik in einem „integrativen“ Ansatz (Osten 2000; Petzold, Osten 1998) ist erforderlich, die in breiter Weise *belastende* und *protektive* Faktoren, *Risiken* und *Resilienzen* (Masten et al. 1990; Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold 1995a; Rutter 1990), Mangel und Ressourcen (Petzold 1997p) in den Blick nimmt, also einen pathogenese- und salutogeneseorientierten Ansatz sowohl auf der Ebene des *Individuums* als auch auf der seines relevanten *Konvois* bzw. *sozialen Netzwerkes* (Hass, Petzold 1999) vertritt.

Eine immer größere Rolle in der Diagnostik spielen die „cognitive neurosciences“ (Schacter et al. 1999; Palmer et al. 1999; Bremner 1999) bzw. die Psychobiologie und Psychophysiologie (Yehuda, McFarlane 1997). „... psychophysiological assessment holds great promise for classifying individuals with PTBS objectively“ (Griffin et al. 1997, 390). Dieser aufgrund der Durchsicht zahlreicher Studien getroffenen Feststellung und in der Tendenz sich weiter bestätigenden Aussage ist zuzustimmen. In Zukunft wird deshalb in noch weitaus intensiverer Weise der Einbezug psychophysiologischer Parameter in die Diagnostik zu betreiben sein (Friedman 1997; Hüther 2000; Lamprecht 2000; Lating, Everly 1995; Yehuda 1997; Stein et al. 1997). Durch den Einbezug von Befunden bildgebender Verfahren (van der Kolk et al. 1997; Scott et al. 1997; Krystal et al. 1998) können nähere Aufschlüsse über die Art psychophysiologischer Stressreaktionen (z.B. Cortisolunter- oder -übersteuerungen) und pathomorpher Veränderungen durch Chronifizierungseffekte gewonnen werden, was für die Indikation und Wahl der Behandlungsstrategie und nicht zuletzt für eine adäquate Medikation (Friedman 1997) von Bedeutung sein kann. Hier ist noch viel an Arbeit zu leisten, aber es darf für die Zukunft auch viel erwartet werden.

Nachdem die traumatischen bzw. posttraumatischen Belastungen in die Diagnostik des DSM-III, III-R und mit Verfeinerungen den DSM-IV Eingang gefunden hatten, bringt der ICD-10 eine Differenzierung durch eine weitere Kategorie der besonders schweren und langanhaltenden Traumaeinwirkungen. All das zeigt immer noch eine Breite und Unschärfe des Störungsbildes, die weiterer Präzisierung bedarf, wozu eine Reihe von klinischen Interviews (DIPS, Margraf et al. 1994; SKID, Wittchen et al. 1997; PTBS-I, Watson et al. 1991) und psychometrischen Instrumenten beitragen kann, die entwickelt und erprobt wurden (IES-R vgl. Impact of Event-Scale-Revised, Ferrig, Filipp 1991, 1994; PDS – Posttraumatic Diagnostik Scale, Foa et al. 1997; Steil, Ehlers 2000, in Vorber.). So kommt die Situation der **spezifischen PTBS-Diagnostik** bzw. Differentialdiagnostik nach und nach – auch was das Erfassen von Komorbidität angeht (Schützwohl 1997; Boscarino 1997; Breslau et al. 1997) – voran. Allerdings wird der **unspezifischen PTBS-Diagnostik**, die die Gesamtsituation des Patienten zu erfassen sucht, die die supportive Wirkung von protektiven Faktoren oder die kompensatorische von Resilienzen (Petzold et al. 1993; 1995a; 1993ff; O’Connell Higgins 1994) erhebt, besonders aber die die *Auswirkungen* und *Nachwirkungen* traumatischer Erfahrungen auf die allgemeine Lebenssituation, auf

die existentielle Dimension der Menschen, die Kompetenzen und Performanzen in ihrem Lebensvollzug, ihr Gestaltungs- und Copingverhalten, ihre Netzwerk- und Ressourcenlage, ihre Rechts- und Aufenthaltssituation (bei Flüchtlingen) erfassen muß, noch viel zu wenig Beachtung geschenkt. Hier liegen aber oft die schwierigsten Probleme für die Betroffenen – in ihrer Familien-, Wohn- und Arbeitssituation und ihrer ökonomischen Lage. Für diese Schwierigkeiten scheinen viele PsychotherapeutInnen sich nicht zuständig zu sehen – das soll wohl eher Sache der SozialarbeiterInnen oder SoziotherapeutInnen (Petzold 1997c) sein – und sie liegen offenbar auch nicht im Interessenfokus der Traumatherapieforscher, sieht man auf die wenigen Studien, die diese Fragen berücksichtigen. Auch dem Aspekt der *Wachstumsmöglichkeiten* durch Traumaerfahrungen<sup>15</sup> – wir haben auch von *Überwindungsleistungen*, *Souveränitätsgewinn*, einer „*neuen Freude am Lebendigen*“ gesprochen (Petzold, Josić 1995; Petzold, Orth 1998b; idem 1999i) – wurde und wird in der Diagnostik noch zu wenig Beachtung geschenkt. Das gilt natürlich auch für die Berücksichtigung dieser Perspektiven in die Therapie, was praktische Interventionen anbelangt.

Jeder traumatherapeutische Ansatz wird aus seinen spezifischen ätiologischen Hintergrundannahmen, seinen psychotraumatologischen Positionen und seinen als wirksam angesehenen Behandlungsstrategien neben einem *generellen* traumadiagnostischen Vorgehen, das bestimmte, allgemein verbreitete Traumaklassifikationen aufnimmt (Terr 1989, 1991; Herman 1992) und die erwähnten Standardinstrumente verwendet (DSM-IV, ICD-10, DIPS, PTBS-1, IES-R, SCL-90-R)<sup>16</sup>, auch *verfahrensspezifische* diagnostische Klassifikationen, Folien und Erhebungsinstrumente einzusetzen haben (vgl. 3.2). Dabei muß betont werden, daß die Diagnostik sich immer noch sehr in der Veränderung befindet und von den Entwicklungen in der Erforschung der Pathophysiologie und der differentiellen Verlaufsdynamik unterschiedlicher Varianten der Traumaverarbeitung bestimmt ist: von verschiedenen Formen der PTBS (Brett, dieses Buch; Herman 1992), der Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer dissoziativen Identitätsstörung, einer [sekundären, als Selbstmedikation zu verstehenden] Suchterkrankung, sowie von Varianten der Komorbidität – major depression, generalisierte Angststörung, Panikstörung, somatoforme Störungen, nicht zuletzt Alkoholismus (Kofoid et al. 1993) und polytoxikomaner Medikamentenabusus. Zudem sind, wie prospektive Studien zeigen – und nur diese sind zuverlässig – die Fragen des *diagnostischen Zeitpunktes* und damit des prädiktiven Wertes der gewonnenen Informationen noch weitgehend ungeklärt. Verschiedene „Zeitfenster“ sind offenbar zu beachten. Spezifische Trauma- und allgemeine Angstfragebögen (sie unterscheiden sich, eine Woche bzw. einen Monat nach dem Ereignis eingesetzt, nicht in ihrem prädiktiven Wert) lassen zwar in begrenzter Weise Aussagen zu, welche Patienten *kein* PTBS

---

15 Vgl. Maercker 1997; Miltenburg, Singer 1997; Park et al. 1996; Park 1999; Park, Folkman 1997; Petzold, Josić 1995; Tedschi, Calhoun 1995; 1996.

16 und natürlich auch zielgruppenspezifische Instrumente – z.B. für Kriegsbedingungen die WZ-PTDS Skala (Weathers et al. 1996), Opfer von Verbrechen die CR-PTBS Skala (Saunders 1990) etc.

entwickeln, jedoch ist der positive Voraussagewert noch sehr ungenau. An der Konklusion von Shalev (1997, 379) aus der Durchsicht der relevanten Studien und aufgrund seiner eigenen Untersuchungen hat sich bislang wenig geändert: „... our ability to predict PTBS on the basis of early symptoms is limited. Most importantly, these results question the specificity of the relation between PTBS-like symptoms that follow a trauma and the neurobiological processes that actually lead to PTBS.“ Vorausgehende Krankheits- und Belastungsgeschichte (sie muß deshalb sorgfältig exploriert werden), Ressourcenlage und vorhandene Resilienzen resp. Vulnerabilitäten sowie offenbar zur Wirkung kommende genetische Dispositionen (True et al. 1993; Shalev et al. 1996), all das sind Größen, die zeigen, „that the syndrome of PTBS is far more than an extension of the normative stress response“ (McFarlane 1997, 20) und auch keine Prolongierung der unmittelbaren Traumareaktion. Prospektive Longitudinalstudien mit komplexen und zuverlässigen Designs (Schützwohl, Maercker, Manz 1999; Andreski et al. 1998) liegen noch nicht in ausreichender Zahl vor, wie überhaupt eine *lifespan developmental perspective* und Konzepte der Entwicklungspsychopathologie (Achenbach 1982; Lewis, Miller 1992; Chicetti, Cohen 1995) und klinischen Entwicklungspsychologie (Rolf et al. 1990; Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Oerter et al. 1999) mit Bezug auf die Longitudinalforschung (Rutter 1988; Mayer, Baltes 1996; Thomae, Lehr 1986; Schroots 1993) im Feld der Psychotraumatologie erst neuerdings in Angriff genommen wurden – etwa in der für dieses Feld wichtigen Arbeit von Maercker (1999). Diese ist aber eigenartigerweise gekennzeichnet durch eine äußerst schmale Rezeption der reichen, durchaus psychotraumatologisch relevanten Theorienbildung und der Forschungsergebnisse der Psychologie und Soziologie der Lebensspanne und der Entwicklungspsychopathologie (vgl. Hurrelmann 1988; Oerter et al. 1999). Eine Auswertung relevanter Längsschnittstudien (vgl. Lehr, Thomae 1986; Reister 1995; Robins, Rutter 1990; Rutter, Hay 1994; Schroots 1993; Knäup, Schwarzer 1999) fehlt, so daß eher ältere Konzepte aufgegriffen wurden (Maercker 1999, 9ff). Hier steht es ähnlich, wie weitgehend auch in der Psychotherapie, die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne von Ausnahmen abgesehen (Verhofstadt-Denève 1994; Petzold 1981f, 1988n, 199ff, 1990e, 1999 b) noch kaum berücksichtigt, obgleich damit ein Paradigmenwechsel (Petzold 1992d) in der Betrachtung mit bedeutsamen, praxisrelevanten Konsequenzen angesagt ist, besonders wenn eine Verschränkung von entwicklungspsychologischen mit persönlichkeits-theoretischen sowie gesundheits- und krankheitstheoretischen Konzeptbildungen und Forschungen erfolgt (idem 1992a, 649-788; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Osten 2000). Prospektive Studien sind unerlässlich zur Ergänzung und ggf. Korrektur retrospektiver Erhebungen, zumal die letzteren den Moden und den Klimata unterschiedlicher öffentlicher Sensibilisierung unterworfen sind<sup>17</sup> (z.B. den Umbruchereignissen nach der „Wende“, wie in der Untersuchung von Schützwohl [et al. 1999] bei Opfern politischer Gewalt in der vormaligen DDR).

17 Wie bewerten Betroffene ihre Situation nach der Lektüre von Büchern wie „Seelenmord“ (Wirtz 1989) oder „Fürs Leben geschädigt“ (Rensen 1992)? Wie wirken sich – wie in der Befragung von Teegeen (1999) – hoher Bildungsstand (> 50%), Sozialberuf (50%) oder durchlaufene Therapien (68%, *ibid.* 100) und die in ihnen vertretenen Wertungen, Konzepte und Ideologien (für ein Spektrum vgl. Ramin 1993) und die [kaum vermeidbaren] Implikate von Erhebungsinstrumenten

Ergebnisse retrospektiver und prospektiver Längsschnittforschungen betreffen sehr unterschiedliche Traumaereignisse und Zielgruppen (Mißbrauch von Kindern, Vergewaltigungen im Erwachsenenleben, Kampfeinsätze, Katastrophenerfahrungen, Folter und politische Repression, Inhaftierung, Unfälle usw.). Sie sind deshalb so verschieden, z. T. widersprüchlich (Grace et al. 1992; Solomon, Cañino 1990; Solomon, Lavi 1999; Macksoud, Aber 1996; Greenbaum et al. 1992; Klingman 1992), daß man daraus kaum übergreifende oder nur sehr allgemeine Schlüsse ziehen kann. Selbst bei diesen – z. B. eine erhöhte Vulnerabilität von Kleinkindern, Adoleszenten und alten Menschen (Hunt et al. 1999) – ist die Forschungslage alles andere als eindeutig (Solomon, Ginzburg 1999). Bei Kriegstraumatisierungen findet sich „a substantial amount of variance in children’s responses to war“, wie Solomon und Lavi (1999, 92) nach ihrem Forschungsüberblick feststellen. Neben extremen Belastungsfolgen und Schädigungen finden sich auch die Ausbildung von Resilienzen, von prosozialem Verhalten, aktiven Coping-Strategien, erhöhtem Selbstwertgefühl (Baker 1990; Punamaki 1990). Die Konklusion: Traumata können – abhängig von einer Fülle möglicher Einflußgrößen (Intensität, Häufigkeit und Art der Exposition, Alter, Geschlecht, Ethnie, Schicht, Ressourcenlage, elterliche Coping-Stile usw. und vor allem Anwesenheit oder Abwesenheit von „protektiven Faktoren“, vgl. Petzold et al. 1993) – sehr unterschiedliche Folgen haben, was ihre Effekte und Verläufe anbelangt, z. B. multiple Formen von PTBS, andere Störungen, unterschiedliche Komorbiditäten. Dabei müssen die Überschneidung diagnostischer Kriterien bei zahlreichen schweren Störungen (overreporting und Neuerkrankungen aufgrund erhöhter Vulnerabilität durch die Traumatisierung) bei der Erklärung der hohen Komorbiditätsbefunde berücksichtigt werden (Keane, Wolfe 1990; Hyer et al. 1987). Neben Vorschädigungen und vorhandenen Resilienzen können weitere Belastungen und „high risk environments“ (Richters, Weintraub 1990), ein „continuum of reproductive casualty“ (Pasamnick, Knobloch 1960), aber auch nachfolgende Entlastungen und „recovery environments“ durch ein „continuum of caretaking casualty“ (Sameroff, Chandler 1975) eine Rolle spielen. Ein Teil der PTBS-Symptomatik, z. B. intrusive Erinnerungen, kann zurückgehen (Orr 1997), aber so-

---

(Teegen et al. 1992) aus auf die Ereignisbewertungen von CSA und damit auf die Attributionen zur eigenen Situation (Filipp 1999) ggfls. bis hin zu Symptomverschärfungen? Was bedeutet das für die Ergebnisse von Retrospektivbefragungen, ganz zu schweigen von den gedächtnistheoretischen Problemen, die die Erinnerungsforschung für dieses Problemfeld aufgewiesen hat (Schacter 1999; Williams, Banyard 1999)? Die Verwendung von gezeichneten Körperbildern z. B. in der Untersuchung von Teegen (in Form von *body charts*, wie wir sie seit den sechziger Jahren entwickelt haben [Orth 1994; Petzold 1993a, Petzold, Orth 1991a] und therapeutisch einsetzen) bieten nach unserer nunmehr dreißigjährigen Erfahrung mit diesem Instrument keine reliable Möglichkeit, *body image* (Teegen 1999, 103f) oder Körperschema (zur in der Regel unpräzise verwandten Terminologie vgl. Tiemersma 1996) in Forschungskontexten zu erfassen oder gar forschungsrelevante zuverlässige ätiologische Aufschlüsse zu erhalten, obgleich im Einzelfall im Gesamt der anamnestischen und traumadiagnostischen Abklärungen *body charts* und andere *mapping-, charting- und sculpting-Instrumente*, wie sie vom Autor und seinen MitarbeiterInnen für die Integrative Therapie und Supervision erarbeitet wurden und charakteristisch sind (Petzold 1998a, 339-370; Petzold, Orth 1990a; Petzold, Kirchmann 1990; Orth 1994; Heint 1993), sehr nützlich sein können. So wichtig bei der schwierigen Datenlage retrospektive Untersuchungen auch sind, prospektive Longitudinalforschung, für die es noch wenige Beispiele gibt (Andreski et al 1998), können sie nicht ersetzen.

zialer Rückzug steigt an, andere Störungen tauchen neu auf oder vormalige Komorbiditäten imponieren (Keane, Kaloupek 1997) und verselbständigen sich, Vulnerabilitäten werden intensiviert etc. (Mellman et al. 1992; McFarlane, Papay 1992), entwicklungsbedingte und störungsbedingte Probleme kumulieren und führen zu Komplikationen (Maercher 1999, 28ff) usw. Weil daraus differentielle Vorgehensweisen in der Traumatherapie folgen können oder müssen (McFarlane 1994), macht das alles auch **differentielle** und dezidiert **prozessualdiagnostische** Zugeweisen erforderlich. Leider sind solche in Psychotherapie und klinischer Psychologie ganz allgemein und in der Traumabehandlung in Sonderheit bislang noch nicht sehr elaboriert.

### **3.2 Integrativtherapeutische Konzepte zur traumatologischen Diagnostik bzw. Pozeßdiagnostik und zum Assessment von Traumanachwirkungen und -auswirkungen**

In der Integrativen Traumatherapie wurde aufgrund langjähriger psychotraumatologischer Erfahrungen und systematischer Auswertung von Patientensituationen im klinischen Setting (stationär und ambulant) und der Feldarbeit in Katastrophengebieten durch zahlreiche, in diesen Bereichen tätige Kolleginnen und Kollegen sowie durch kontinuierliche, anwendungsorientierte Auswertung der Literatur eine interventionsbezogene Heuristik diagnostischer Betrachtung erstellt, die Zuordnungen erlaubt und das Sammeln spezifischer klinischer Beobachtungen, um die Generierung von Praxiskonzepten, Modellvorstellungen und Forschungsfragen zu ermöglichen (Petzold 1999i, 2000; Stefan 2000).

#### **3.2.1 Heuristik der Klassifikation von Traumasituationen**

Schwerpunkte der Betrachtung von TherapeutInnen liegen auf dem *Aktualbefinden* der PatientIn (Wie geht es ihr mit dem Ereignis und seinen Folgen?), der *Problempäsentation* (Mit welchen Belastungen/Traumatisierungen/Traumafolgen kommt sie?), beim *Hilfeseuchen* (Wo will sie Hilfe?), bei der Problem- bzw. Ereignisbewertung (Wie bewertet sie *events* in kognitiver [*appraisal*] und in emotionaler [*valuation*] Hinsicht)? Eine solche Fragestellung ist einerseits auf eine *individuelle* Dimension *subjektiver* Theorien bzw. persönlicher Handlungsstile/Performanzen, die persönlichen Wertsetzungen im Sinne einer *existentiellen Dimension* (Petzold 1983e; Orth 1993) gerichtet, muß andererseits allerdings immer auch eine *überindividuelle* Dimension berücksichtigen, da stets eine Rückbindung an *kollektive* mentale, emotionale und volitive Repräsentationen (idem 1998a, 362ff) und Handlungsstile besteht: Wie werden die traumatischen Ereignisse und die daraus resultierenden Folgen (d.h. Nach- und Auswirkungen) in der jeweiligen Mikro-, Meso- und Makrokultur bewertet – zum einen von seiten des Patienten/der Patientin (Genderspezifität ist genauso unverzichtbar wie Schicht- und Ethnienpezifität) zum anderen von seiten der TherapeutInnen und der ForscherInnen? Was wird als traumatischer Stressor betrachtet und wie wird er von wem gewichtet? Diesen Fragen wird in der Literatur kaum nachgegangen, sie müssen aber in der praktischen diagnostisch-explorativen Situation mit berücksichtigt werden, sollen die Heuristiken der Ereignisbewertung und Klassifikation nicht zu Arte-

fakten oder Einseitigkeiten zu Lasten der Betroffenen führen. Von besonderer Bedeutung sind hier sozialpsychologische Perspektiven zur Bewertung von Stressoren bzw. Traumaereignissen. *March* (1993) benennt in seiner Übersicht Lebensbedrohung, körperliche Verletzung, Objektverlust, groteske Grausamkeiten. In *Green* (1990, 1993) findet sich neben den genannten Faktoren, bei denen die Verletzung der körperlichen Integrität hoch rangiert, die Absichtlichkeit des zugefügten Schadens, gewaltsamer/plötzlicher Verlust einer geliebten Person, Zeugeschaft von Gewalt gegenüber einer solchen Person, massive Bedrohtheit der eigenen Gesundheit, Schädigung/Tötung anderer Menschen durch eigenes Tun (Soldaten, Polizisten, vgl. *Manolias, Hyatt-Williams* 1993). *Green* (1993) erstellt ein Spektrum von der Naturkatastrophe auf der einen Seite und absichtlich von Menschen zugefügtem Unheil (Mißbrauch, Folter etc.) auf der anderen Seite. Dabei spielen Dauer der Exposition und *Situationskontrolle* oder *Hilflosigkeit* eine wesentliche Rolle. Dies alles kann aber individuell, von der Persönlichkeit der Betroffenen und ihrer vorgängigen Geschichte her (*Resnik* et al. 1995) und von den sozialen Bezugsgruppen her sowie situativ sehr variieren (*Joseph* et al. 1996). Auch die peri- und posttraumatischen Kontextbedingungen können eine erhebliche Rolle spielen. Transparenz hinsichtlich der Konzeptbildung der TherapeutInnen, Einbezug der Betroffenen bei der Bewertung (*valuation, appraisal*) von Ereignissen ist deshalb ein Grundprinzip im integrativen diagnostisch-therapeutischen Ansatz der Traumabehandlung. Sie erarbeitet *ko-respondierend*, was, wann, wie zu beurteilen und zu werten ist. Für diese Arbeit wurden aus dem fachlichen Diskurs heuristische Ordnungsraster übernommen bzw. aus unserem Praxisfundus erarbeitet. So können drei *Traumakategorien* (I, II und III) unterschieden werden:

- I. *Man made desaster* (z.B. Kriegshandlungen, Pogrome, Folter, hier liegt eine größere PTBS-Prävalenz vor, und es finden sich oft schwerwiegenere Störungsverläufe als bei II und III)
- II. *Natural desaster* (z.B. Erdbeben, Flutkatastrophen, Feuersbrunst)
- III. *Technical desaster and other major adverse events* (z.B. Unfälle durch technisches Versagen von Maschinen, Gasexplosionen, Hauseinsturz, Verkehrsunfall, schwere Erkrankung)

Weiterhin wurden vier große Klassen von traumatischen Belastungen (A, B, C, D) differenziert:

A – *Viktinale traumatische Erfahrungen*. Klasse A umfaßt „primäre Traumaerfahrungen“, die Betroffenen durch unmittelbare Bedrohung und direkte Expositionen als Opfer/Überlebende „am eigenen Leibe“ widerfahren sind (z.B. Verwundung, Mißhandlung, Vergewaltigung) und mit einer katastrophenhaften Ereignisbewertung (kognitiver Appraisal, emotionale Valuation) verbunden sind. Das hat eine generelle, aufgrund der allgemeinen psychologischen Belastung, oder eine *spezielle*, durch die Besonderheit der psychologischen Traumabelastung (z.B. Mordandrohung bei Mißbrauch, Bedrohung und Gefährdung naher Angehöriger) unmittelbar eintretende und nachwirkende *Streßphysiologie* zur Folge. Hinzukommen kann eine *spezifische* Streßphysiologie, die aufgrund körperlicher Läsionen (z.B. Verwundung, Verbrennung) bzw. Überlastungen (z.B. Verschüttung, Einschließung) und/oder Vorschädigungen (z.B. Herz-Kreislaufkrankung, Diabetes) auftreten kann. Hier liegt noch ein großer, Differenzierungen ermöglichender und durchaus interventions- bzw. therapierelevanter Forschungsbedarf vor.

Auch *Kampf-* und *Perpetrator-Traumatisierungen* können in diese Klasse eingeordnet werden als *primäre* Traumatisierungen, denn Täter bleiben von ihren Untaten oft nicht unberührt, wenn sie deren Resultate wahrnehmen

(z.B. Blutgeruch) und ihnen „klar“ wird, was sie getan haben (z.B. Tötung eines Feindes als Soldat im Nahkampf [Schay 1998], Erschießen eines Einbrechers, Mord im Affekt, Vergewaltigung im Rausch).

- B – *Partizipative traumatische Erfahrungen*. Klasse B umfaßt „sekundäre Traumaerfahrungen“, wo man Betroffener wird, indem man als Zeuge eines traumatischen Geschehens anwesend ist (z.B. Pogrom, Überfall, Unfall) oder als Hinzukommender eine „Stätte des Grauens“ nach dem Geschehen (Schlachtfeld, Unfallort, Leichenfund) betritt oder als Helfer, z.B. als Sanitäter, *in situ* tätig werden muß, ohne daß es zu unmittelbarer eigener Bedrohtheit und physischen Verletzungen kommt. *Generelle* und *spezielle* Streßreaktionen können auftreten, jedoch sind *spezifische* Streßphysiologien (wie bei Verwundungen) nicht anzunehmen, es sei denn, es liegen vorgängige Schädigungen der Klasse A vor, die aktualisiert werden (Retraumatisierung), oder es findet sich eine extreme Ereignisbewertung (pathologischer appraisal bzw. valuation).
- C – *Indirekte traumatoforme Belastungen*. Klasse C umfaßt belastende „tertiäre Traumainformationen“ (also keine unmittelbaren Traumaerfahrungen), die z.B. ein Freund oder eine professionelle HelferIn in der Nachbetreuung – z.B. ein Psychologe eines Debriefing-Teams oder eine TherapeutIn in der Behandlung – erhält, etwa durch den Bericht eines unmittelbar als Opfer (A) oder Zeuge (B) betroffenen Menschen. Bei C liegt *keine unmittelbare* Erfahrung am „eigenen Leibe“ vor (z.B. Schmerz durch Verstümmelung [Supp 1998], Leichen- oder Blutgeruch am Tat- bzw. Unfallort) und die damit ausgelöste *spezielle bzw. spezifische Streßphysiologie*. Aus diesen Gründen erscheint es problematisch, von einer „Traumatisierung“ von professionellen HelferInnen (z.B. PsychotherapeutInnen) ohne Expositionserfahrungen zu sprechen, wie dies zunehmend geschieht (Holderegger 1993; Pearlman, Saakvitne 1995). Hier müssen die Motive und Kontexte untersucht werden, zumal Therapeuten aufgrund ihres professionellen Trainings wissen sollten, was sie sich zumuten können. Der Begriff *traumatoforme Belastung* ist hier wohl angemessener (Petzold 1999i).
- D – *Kollektive Traumatisierungen*. Klasse D nimmt über die individuellen Traumatisierungen hinausgehende kollektive Traumaerfahrungen in den Blick, wie sie bestimmte Populationen durch Verfolgung, politische Repression (Möller et al. 1999), Pogrome, Genozid erfahren haben (z.B. Armenier in der Türkei, Juden in Deutschland, vgl. Lit. in Anmerk. 3), ganze Generationen in Europa durch Bomben, Deportation, Vertreibung (vgl. Lit. Amerk. 4), was auf der überindividuellen Ebene Spuren hinterlassen hat (Allende 1984; Antunes 1992; Knopp 2000). Diese dürfen bei therapeutischer Arbeit in der Regel nicht übergangen werden, weil sie das subjektive Traumaerleben zu intensivieren vermögen, das „Lebensgefühl“ von Menschen (Petzold 1992b, 823f) so nachhaltig bestimmen können, daß derartige „Grundstimmungen“ zu modifizieren, eine wichtige therapeutische Zielsetzung werden kann (ibid. 823f).

Weiterhin werden vier *Typen der Exposition* (1, 2, 3, 4) unterschieden:

1. das traumatische Einzelereignis,
2. die seriellen Traumaerfahrungen (z. B. jahrelanger Mißbrauch in einem continuum of reproductive casualty),
3. Polytraumatisierungen in traumatischen Kontexten (z.B. in Kriegssituationen mit Flucht, Vergewaltigung, Bombardierung, Hunger, Anblick von Schwerverwundeten, Sterbenden, Toten, Leichen),
4. traumatoforme Evokation durch Expositionstherapie oder traumatic reminders in ungefährlichen Alltagssituationen.

Die aufgezeigten Traumaerfahrungen müssen in ihrer ganzen Vielfalt im Zeitkontinuum/Lebensverlauf, als *kontextuelle* und *sequentielle Einflussfaktoren* (a, b, c, d) betrachtet werden (Dreßing, Berger 1991; Poldrack, Znoj 2000):

- a) *prätraumatische Faktoren* (Lebensalter, Entwicklungsverlauf, Sozialisationseinflüsse, Krankheitsgeschichte, Persönlichkeit, kognitive, emotionale, volitive Stile, Stile des Copings und Creatings, Resilienzen, Vulnerabilitäten, Ressourcenlage [Petzold 1998a, 367], Netzwerksituation)

- b) *peritraumatische Faktoren* (Typ oder Klasse des Traumas, Ressourcenlage, Copingkapazität, Risiken, protektive Interventionen, kognitive und emotionale Ereignisbewertung usw.)
- c) *Faktuale posttraumatische Faktoren* (unmittelbar verfügbare Hilfe und Unterstützung, aktuelle Netzwerksituation [Hass, Petzold 1999], Ressourcenzufuhr, kognitive und emotionale Ereignisbewertung, volitive Kraft, Verarbeitungsbemühungen, Reorientierungserfolge/-mißerfolge, unmittelbare Nach- und Auswirkungen).
- d) *prolongierte posttraumatische Einflußfaktoren* (die längerfristigen Entwicklungen der unter c) aufgeführten Faktoren).

### 3.2.2 Traumasituationen im „lifespan“ – Auswirkungen und Nachwirkungen

Eine differenzierende Betrachtung von Traumasituationen, wie die voranstehend dargestellte, erfordert einen *ökologischen, multiperspektivischen, lifespan-orientierten, prozeßdiagnostischen* und *prozeßtherapeutischen* Ansatz. In der „Integrativen Therapie“ wurde ein solcher diagnostischer Ansatz entwickelt (Petzold 1993p; Petzold, Osten 1998; Osten 2000) und gezielt eingesetzt in dem Bewußtsein, daß Diagnostik in Verbindung mit oder in Vorbereitung von therapeutischen Maßnahmen selbst schon als therapeutische Interaktion und Intervention verstanden wird (in der Arbeit mit Akuttraumatisierten als Teil der Krisenintervention, vgl. Schnyder, Sauvant 1993). Wir sprechen deshalb auch von „*Theragnostik*“ (Petzold 1974k, 312). Es handelt sich zunächst um eine Momentaufnahme und situative Intervention, welche aber immer eine prospektive Dimension hat, was nicht nur mit Blick auf den angesteuerten Behandlungsprozeß gesehen werden sollte, sondern auch mit Blick auf den Lebensweg des Betroffenen.

In der „Integrativen Therapie“ betrachten wir die Persönlichkeit mit ihrem Netzwerk bzw. *Konvoi* (Petzold 1995a; Hass, Petzold 1999) „unter der Perspektive eines **lifespan developmental approach**“, einer Psychologie der Lebensspanne (Baltes 1979; Rutter, Rutter 1992) als ‚Persönlichkeit in der Entwicklung über die gesamte Lebensspanne hin‘ mit ihren Dimensionen **Selbst, Ich** und **Identität**“ (Petzold 1988n, 199). Traumatische Überstimulierung und defizitäre Mangel Erfahrungen bei abwesenden protektiven Einflüssen und Resilienzen können diese Persönlichkeitsdimensionen über das ganze Leben hin beschädigen, genauso wie positive Erfahrungen im Leben zu ihrer Restitution führen bzw. beitragen können. Prozeßdiagnostik verfolgt deshalb *kontinuierlich* den Störungsverlauf bzw. die Krankheitsentwicklung, die Gesundheitsprozesse, den Status der Persönlichkeit, die Netzwerksituation und das Therapiegeschehen *gemeinsam mit den Behandelten*. Dabei werden die PatientInnenvariablen, die TherapeutInnen-, die Beziehungs- und Kontextvariablen gegenwartsbezogen (*aspektiv*), vergangenheitsbetrachtend (*retrospektiv*) und zukunftsgerichtet (*prospektiv*) in den Blick genommen, „*losses and gains*“ (Maercker 1999, 36), Ressourcengewinne und Ressourcenverluste, ihre kognitive Einschätzung (*appraisal*) und emotionale Bewertung (*valuation*) (Petzold 1997p), ihre Ursachen (*causes*) und Gründe (*reasons*) (Buss 1978; Filipp 1999).

**Traumanachwirkungen** zeigen sich im Leben der Betroffenen nicht nur in psychischen Auffälligkeiten, den **spezifischen** PTBS-Symptomen: intrusives Wiedererleben, Übererregung

(*hyperarousal*), Vermeidung (*avoidance*) von Situationen, die an das Ereignis erinnern könnten, oder emotionale Abstumpfung und Resonanzlosigkeit (*numbing*). Diese Muster gehen oft miteinander einher. „Bei extrem niedrigen Schwellen für physiologische Erregbarkeit sind sie oft emotional völlig stumpf und von den eigenen Gefühlen isoliert“ (Traue 1998, 78, vgl. Traue, Schwarz-Langer, Gurriss 1997); In Diagnostik und Therapie geht es in zentraler Weise auch um die **unspezifischen Trauma Auswirkungen** auf die Lebensführung und auf die Lebenssituation der Betroffenen, die bewältigt (*coping*) und gemeistert (*mastery*) werden müssen. Es ist also nicht nur um die Beseitigung der spezifischen Traumasymptomatik zu tun. *Traumanauchwirkungen* und *Trauma Auswirkungen* – und das gilt es zu differenzieren – entwickeln sich unter anderem abhängig von der persönlichen Werteorientierung (existentielle Position), von der Ressourcenlage und von Lebensereignissen sehr unterschiedlich (Solomon et al. 1991). Deshalb hat sich Traumadiagnostik mit dem *Assessment* derartiger Prozesse zu befassen und dabei kommen wesentlich soziodiagnostische und soziotherapeutische Perspektiven (Ressourcenanalyse, Netzwerkkartierung, Erfassung des social support und des ökologischen Mikrofeldes usw; vgl. Hass, Petzold 1999, idem 1997p; Nestmann 1989, 1997; Röhrle et al. 1998; Saup 1993) zum Tragen.

Zudem gibt es in den Verläufen offenbar „sensible Phasen“ oder „Zeitfenster“, über die man noch nicht sehr viel weiß. So wird es notwendig, *neben* Instrumenten der „klassifikatorischen“ Diagnostik (Osten 2000) bzw. Standarddiagnostik (ICD-10, DSM-IV, SCL, SKID, IES-R, PDS etc.) und zu deren Ergänzung diagnostische Ansätze und Assessmenttechniken aus anderen Bereichen, denen der Sozialtherapie, der Managementdiagnostik und der Diagnostik von spezifischen Psychotherapieverfahren (Laireiter 1999), einzusetzen. Das wird u.a. auch wegen der immer wieder erkennbaren, z.T. noch bestehenden Defizite der Standarddiagnostik notwendig<sup>18</sup>. Es werden weiterhin wegen der spezifischen Entwicklungen (Wilson, Keane 1997) des klassifikatorischen Ansatzes in die (im Prinzip durchaus wünschenswerte) Richtung einer hinlänglich *reliablen* Diagnostik – wegen der Komplexität der Patientensituationen, der Vielfalt der Persönlichkeiten mit ihren Konvois und deren Schicksalen – Ergänzungen und ggf. Korrektive erforderlich, um der Gefahr von Reduktionismen gegenzusteuern durch Möglichkeiten höchst individualisierter Erfassung der jeweiligen persönlichen Lage, der spezifischen Ausbildung der Störung und ihrer Symptomatik und der besonderen Kontextbedingungen. Darüber hinaus gibt es wahrscheinlich verschiedene, noch nicht genau erfaßte Subtypen der posttraumatischen Belastungsstörung: „PTBS is a dynamic rather than a static disorder that evolves over time. [...] Therefore, it would be essential to identify these different stages accurately in order to know when to prescribe a neuroleptic, an anticonvulsant, or some other drug“. Das, was Friedman (1997, 386) mit Blick auf eine durch differenziertere Forschungsergebnisse notwendige *differenzielle* medikamentöse Behandlung postuliert, wird in ähnlicher Weise für die soziothera-

<sup>18</sup> Es sei nur an die Ausblendung der Hyperarousal-Symptomatik durch die ursprüngliche IES erinnert (Kudler et al. 1987).

peutische, psychotherapeutische bzw. psychophysiologische Behandlung (etwa durch psychomotorische, sport-, bewegungs-, entspannungstherapeutische Methoden) zu gelten haben.

### 3.2.3 Die „prozessuale Diagnostik“ und ihre Perspektiven

Der *Integrative Ansatz* hat ein reiches Arsenal von Erhebungsinstrumenten erarbeitet (Petzold, Orth 1994; Osten 2000), die im Kontext des Assessments von Traumabelastungen und der PTBS-Diagnostik eingesetzt werden: Instrumente klassifikatorischer Art (FESI zur Identitätsdiagnostik [Kames 1992], EAL als Einschätzungsskalen allgemeiner Lebenszufriedenheit [Hass, Märten, Petzold 1998], Netzwerkkartierungen [Hass, Petzold 1999] usw.). Besonders nützlich wegen ihrer differentiellen Explorationsmöglichkeiten und ihren diagnostisch-therapeutischen Effekten sind Instrumente deskriptiver, semiprojektiver und projektiver Art (Petzold, Orth 1994; Müller, Petzold 1998), da sie auf dem Boden einer sozialwissenschaftlich unterfangenen Phänomenologie und Hermeneutik die jeweils spezifischen Situationen von „Persönlichkeiten in Kontext/Kontinuum“ mit den betroffenen Menschen **wahrnehmen** ⇒ **erfassen** ⇒ **verstehen** ⇒ **erklären** (Petzold 1991a, 123ff). Einige *Prinzipien* dieses Ansatzes, die besonders auch im traumatherapeutischen Kontext bedeutsam sind, seien kurz aufgeführt:

■ *Prozessuale Diagnostik ist komplementierend.* Sie ergänzt die „Momentaufnahme“ der Statusdiagnostik aspekativ durch phänomenologische Kontextanalyse um das Erfassen der Einwirkungen gegenwärtiger, situativer Einflüsse, und sie vertieft die Standarddiagnostik durch eine hermeneutische Kontinuumanalyse um ein retrospektives Betrachten biographischer Einflüsse mit ihren Nachwirkungen und erweitert sie prospektiv um zu erwartende Entwicklungen nach dem Prinzip: ⇒ von den vorfindlichen **Phänomenen** ⇒ zu den dahinterstehenden **Strukturen** ⇒ zu den weiterführenden **Entwürfen**. Die Subjekte reflektieren sich in ihrer Lebensgegenwart, überdenken ihre Lebensgeschichte mit ihren determinierenden, strukturbildenden Seiten, aber auch ihre Zukunft, ihre Pläne, Hoffnungen, Befürchtungen und Chancen der Lebensgestaltung, in denen sich ggf. die **Strukturen** fortschreiben. Das ermöglicht nicht nur für die Initialsituation der Krisenintervention Therapie oder Beratung, sondern auch prozeßbegleitend ein sehr breites Assessment und ein diagnostisches Durchdringen der zumeist höchst komplexen und kaum in eine Typizität zu bringenden Situationen und Schicksale von traumabetroffenen Menschen und Netzwerken mit ihren interagierenden Problematiken und Chancen, bei denen wir – ebenfalls interagierende – **Überlastungen, Defizite, Störungen und Konflikte** differenzieren (Petzold 1996f) sowie zugleich Risikofaktoren, Schutzfaktoren und Resilienzen (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Steffan 2000; für die Kindertherapie idem 1995a, 199f).

■ *Prozessualdiagnostische Arbeit ist informierend.* Sie klärt den Patienten/Klienten/Kunden/Partner (all diese Aspekte finden sich in seinem Rollenrepertoire, Petzold, Petzold, Rodriguez-Petzold 1998) über Situation, Setting, Prozedere und Zielsetzung der Diagnostik umfassend auf und versucht, einen „informed consent“ zu erreichen (Beauchamp, Childress 1989; Koch, Reiter-Theil, Helmchen 1996).

■ *Prozessualdiagnostische Arbeit ist kodiagnostisch,* ein interaktionales und kooperatives Unterfangen zwischen TherapeutIn und PatientIn. PatientInnen werden nicht „Gegenstand“ von diagnostischen Prozeduren, sondern „Kodiagnostiker“. Alle Prozesse werden transparent gemacht, so daß Situationskontrolle gewährleistet und Effekte *struktureller Gewalt*, ein Ausgeliefertsein an die *Macht* der Diagnostiker, der Institution etc., soweit es irgend geht, vermieden werden: aufgrund einer Ethik der Intersubjektivität (G. Marcel, E. Lévinas), aufgrund der integrativen Position „fundierter Partnerschaftlichkeit“ (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1998) in der TherapeutIn-PatientIn-Beziehung, zur Vermeidung von Macht-Ohnmacht-Konstellationen und zur Gewährleistung eines konsequenten „*empowerments*“

(Petzold, Orth 1999, 156, 293), was für die Arbeit mit Traumaopfern bzw. -überlebenden von besonderer Bedeutung ist.

► **Prozessualdiagnostische Arbeit** ist selbst- und identitätsorientiert. Sie ist bemüht, subjektive Theorien (Flick 1991), persönliche Wertung bzw. Bewertungen der eigenen Lebenssituation und der Welt (Filipp 1999, 45ff), des Selbst (Stevens 1996) und der Identität (Petzold 1998h; Müller, Petzold 1999; Craib 1998) zu erfassen und zu berücksichtigen (Petzold, Orth 1994; Janoff-Bulman, Schwarzberg 1991). Dabei respektiert sie im therapeutischen Diskurs die Sicht der Betroffenen, ihre Bemühungen, eine neue, für sie aushaltbare, lebbare Wirklichkeit zu gestalten, und den Patientenwillen, was „appraisal und valuation“, kognitive Einschätzung und emotionale Bewertung (Petzold 1997p) des Traumageschehens und seiner Nachwirkungen, der eigenen Ressourcen und Identitätsattributionen in der Auseinandersetzung mit diesen Themen (reality negotiations, vgl. Snyder 1989) anbelangt. Ob sich z.B. Traumabetroffene als „Opfer“ oder „survivors“ oder als beides definieren, darf keine Angelegenheit der Ideologien von Helfern und daraus resultierender Fremdattributionen sein, sondern wird durch reflektierte Selbstattributionen aufgrund von Ko-responzenzprozessen, d.h. in Begegnung und Auseinandersetzung (Petzold 1991e) bestimmt. Dabei ist es wesentlich, die Qualität *struktureller Gewalt* in solchen attributiven Prozessen zu sehen. Auf dem Hintergrund der „integrativen Identitätstheorie“ (Müller, Petzold 1999; Petzold 1998h; Kames 1992) befassen sich die „Kodiagnostiker“ als diskursfähige, ko-respondierende Subjekte einerseits mit *Identitätsprozessen* – d.h. dem Zusammenspiel von Selbstattributionen, Fremdattributionen aus den relevanten Sozialwelten (vgl. Diagramm 7) und deren kognitiver [appraisal] bzw. emotionaler [valuation] Bewertung – und andererseits mit den zentralen Identitätsbereichen, die durch Traumata, Entwurzelung, Migration in besonderer Weise gefährdet werden. Identitätstheoretischen Perspektiven wurde bislang für die Diagnostik und Therapie von Traumabetroffenen zu wenig Beachtung geschenkt.

► **Pozessuale Diagnostik** ist ökologisch (Bronfenbrenner 1986; Hobfoll 1989, 1991) bzw. lebensweltorientiert (Kiwitz 1991; Schütze 1987). In einer sorgfältigen Lebensweltanalyse mit den Betroffenen setzt sie einen Schwerpunkt in der Betrachtung bei den *sozialen Netzwerken* und *Mikroökologien* (Hass, Petzold 1999) mit ihren **Problemen**, **Ressourcen**, **Potentialen (PRP)**, ihrer supportiven Valenz und ihrer Copingkapazität nach dem Modell einer differenzierten *Ressourcenanalyse* (Petzold 1997p) durch kreative Chartingtechniken wie die „Ressourcenkarten“, „Konfliktfelder“ usw. (idem 1998a, 390ff). Bei vielen Traumabetroffenen ist effektive Therapie und Hilfeleistung ohne eine *ökologisch valide* Planung und Durchführung von Maßnahmen wie Netzwerkinterventionen und Soziotherapie (idem 1997c) nicht möglich.

Prozessuale Diagnostik untersucht spezifische Beobachtungsfelder, um im Kontext von Traumatherapie u.a. durch Vergleich von prä-, peri- und posttraumatischer Situation Aufschluß über Schädigungen und Probleme, Kriterien für Indikationen, Wahl besonderer Methoden, Erarbeitung von Behandlungsstrategien und Festlegung von Behandlungszielen (kurz-, mittel- und langfristigen, Global-, Grob- und Feinzielen) zu ermöglichen (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998; Petzold, Steffan 2000). Wichtige Fragestellungen und *Perspektiven* der Beobachtung (Petzold, Osten 1998, 127ff) seien genannt:

► **Leibliche Perspektive:** Wie ist es um Stresssymptomatik, Entspannungs- und Erholungsfähigkeit, physische Kondition, Ernährungs-, Schlaf-, Sexual-, Gesundheitsverhalten etc. bestellt, um *psychophysiologische Stile* oder Regulationsmuster? Bei einer bei PTBS-PatientInnen häufig anzutreffenden chronifizierten „stress physiology“ (hoher Muskeltonus, zu hoher Blutdruck und Ruhepuls, sehr langsames Abklingen von Belastungsreaktionen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen etc., wo erhebbar, streßtypische physiologische Parameter) werden Entspannungstherapien, z.B. **Integrative und Differentielle Relaxation (IDR, IDR-T)** (Vouta-Voß 1997; Petzold 1990u, 2000c) und sporttherapeutische Maßnahmen, z.B. das moderate Lauftraining der Integrativen Bewegungstherapie (Petzold 1974k, 351ff; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997), schlafregulierende Maßnahmen, Medikation usw. eingesetzt, mit dem

Ziel, Entspannungsfähigkeit, Erholungsverhalten, psychophysiologische Selbstregulation wieder herzustellen, Schlaf und Kondition zu verbessern.

► *Soziale und interaktionale Perspektive:* Wie ist es um die kommunikative Kompetenz und Performanz des Betroffenen bestellt, welche *interaktionalen* bzw. *kommunikativen Stile* finden sich, wie steht es um Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs-, Bindungsverhalten und welche Auswirkungen hatten die traumatischen Erlebnisse in diesen Bereichen? Wie ist die Netzwerksituation, die Supportqualität und Ressourcenlage des Netzwerkes, welche *kollektiven* Kognitionen, Emotionen, Volitionen, welche *believe systems*, Stereotype und Vorurteile (Strangor 2000) – wir fassen all das unter den Begriff „social worlds“ (Müller, Petzold 1998, 1999; Hass, Petzold 1999) – imponieren (z.B. Hoffnungslosigkeit, Resignation, negative Kontrollüberzeugungen, Entscheidungsunfähigkeit, Stigmatisierungen und Selbststigmatisierungen etc.)? Welche Therapieziele sind bei solchen Befunden zu erarbeiten (z.B. bei kommunikativem Rückzug → Förderung von sozialen Situationen, bei defizienten oder destruktiven „social networks“ → Netzwerktherapie, vgl. Hass, Petzold 1999), welche Strategien, Methoden, Techniken und Medien sind zu wählen und einzusetzen (z.B. Einrichtung von social activity programmes, Training von Kommunikationsverhalten, Netzwerkkonferenzen)?

► *Kognitive Perspektive:* In narrativen Interviews wird entlang der erzählten Inhalte und aufgrund der Narrationsperformanz exploriert, welche *kognitiven Stile* imponieren, welche Kontrollüberzeugungen, Attributionen, Kompetenzerwartungen vorliegen. Besonders untersucht werden – in Abgrenzung zu „Intrusionen“ – die „*ruminations*“ (Horowitz 1975, 1982; Martin, Tesser 1989, 1996; Wyer 1996), das „*dwelling on the past*“ (Marshall 1975, 1980; Staudinger et al. 1996) als Möglichkeiten der Bewältigung, Verarbeitung, Differenzierung/Integration, Umwertung – als Daseinstechnik, aber auch als Abwehr. „... it is necessary to adopt a highly differential perspective with regard to who derives profit from ruminating and *under which conditions* this is likely to occur“ (Filipp 1999, 69). Je nach diagnostischer Bewertung (Greenberg 1995, 1264), werden spezifische von uns ursprünglich im thanatotherapeutischen Kontext entwickelte Techniken (Petzold, Lückel 1985) zur Nutzung und Bearbeitung dieser Phänomene eingesetzt: Lebensrückschau, Lebenspanorama, Bilanz etc. (Petzold 1986). Reflexionsniveau, Problemlösungsmuster, Differenzierungs- und Integrationsfähigkeit, negative oder bewältigungsorientierte Kognitionen etc. werden erfaßt, um kognitive Veränderungsprozesse in Gesprächen, Übungsprogrammen, Schreibwerkstätten, narrationstherapeutischen Interventionen (Gersie 1991; McLeod 1997; Pennebaker, Harber 1993; Petzold 1999k) zu initiieren, die „interpretative Kompetenz“ und „Sinnerfassungskapazität“ der Betroffenen zu stärken, um eine „*Hermeneutik des Subjekts*“ zu bekräftigen für die Konstruktion einer neuen Lebenserzählung (idem 1999k) und neuer Selbstbilder bzw. Identitätsfacetten.

► *Emotionale Perspektiven:* Stimmungsqualitäten, affektive Involvierung und Differenzierung, Überforderungs- und Konfliktgefühle, *emotionale Stile* (idem 1995g, 234ff) entlang erzählter Inhalte in „narrativer Praxis“ (idem 1991o) werden fokussiert. Sie erlauben eine Verbindung von Sprache und Affekt, Gefühl und Interaktion (Parrot 2000), Eindruck und Ausdruck (Orth 1996; Traue 1998), *Konfliktlösung* und *Konfliktelastizität*; eine Möglichkeit, welche gerade in der Arbeit mit TraumapatientInnen, die Unvorstellbares, Unfaßliches, Unausprechliches erleben mußten, von großer Bedeutung ist.

► *Volitive Perspektiven:* Der Wille und das Wollen sind in Psychotherapie und Psychologie vernachlässigte Themen (Petzold 2000), obgleich ohne Entschlüsse, Entscheidungen sowie die Bereitschaft und Kraft, diese durchzutragen, keine Veränderungen in therapeutischen Prozessen möglich sind. In narrativer und kreativtherapeutischer Exploration werden die Willenssozialisation und die daraus entfließende aktuelle *Willensperformanz*, werden *volitive Stile*, wie sie in der „persönlichen Souveränität“, im Umgang mit Machtkonstellationen und Freiheitserleben (Petzold, Orth 1994, 1998; Petzold, Orth, Sieper 2000, 1999, 44ff, 54ff, idem 1998a, 349f, 327-346) erkennbar werden, betrachtet. Traumatherapeutisch wird es wesentlich zu sehen, wo „eigener Wille“ gebrochen wurde, keine Willenskraft mehr vorhanden ist, sondern Resignation, Unterwerfung und Apathie vorherrschen, um Möglichkeiten zu erarbeiten,

wieder Entschlüsse zu fassen und Entscheidungen durchzutragen, Ohnmacht durch ein gezieltes „empowerment“ (ibid. 156, 293) zum Aufbau „persönlicher Souveränität“ (ibid. 275ff) zu überwinden.

► *Existenzielle Perspektiven*: Traumaerfahrungen betreffen die Wertewelten, Glaubenshaltungen und Überzeugungen von Menschen als Einzelpersonen und Gruppen in ganz zentraler Weise, indem sie die *existenzielle Dimension* von Menschen (Orth 1993; Petzold 1993e), die Werte-Säule der Identität (vgl. infr.) erschüttern können. Die *Sinndimension* (idem 1991a, 32ff) hat ihre *Enttäuschungsfestigkeit*, die so bedeutsam für ein sicheres Lebensgefühl ist (ibid. 664f, 823f), verloren, was Auswirkungen auf die Fähigkeit, Sinn zu generieren und zu erfassen („*Sinnerfassungskapazität*“, ibid. 489f, 700f), haben kann. Deshalb ist diesem Aspekt in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht – etwa durch Angebote zur „Noothérapie“, d.h. Wegen meditativer und ästhetischer Erfahrung (idem 1983e, 1999q) Beachtung zu schenken (Park 1999; Schaefer, Moos 1992; Tedeschi, Calhoun 1996)

### 3.2.4 Instrumente „prozessualer Diagnostik“ – kreative Medien und semiprojektive Techniken

In der Erhebung diagnostisch-anamnestischer Daten kommt den Techniken, die „kreative Medien“ verwenden, also nonverbale, bildnerisch-gestaltende Elemente einsetzen, wie sie spezifisch in der Integrativen Therapie entwickelt wurden, besondere Bedeutung zu (Petzold, Orth 1994), denn sie machen es möglich, „Unsagbares“, „Unaussprechliches“ – und das sind traumaspezifische Erlebnisqualitäten – in Formen und Farben, in Bildern und Symbolen auszudrücken. Durch szenische Darstellung konkreter biographischer Ereignisse wird einerseits bewusstes Faktenmaterial zugänglich. Durch die Wahl der Farben und Darstellungsformen, das Verwenden von symbolischen Gestaltungselementen kommen andererseits auch bewußtseinsferne oder unbewußte, dissoziierte, verdrängte Geschehnisse zum Tragen. Deshalb wird von *semiprojektiven Techniken* (Müller, Petzold 1998) gesprochen. In der Arbeit mit Traumaopfern haben sich diese Techniken bewährt, nicht zuletzt bei Betroffenen, z.B. Migranten, die die deutsche bzw. niederländische Sprache nicht beherrschen und auch nicht auf eine der Weltsprachen zurückgreifen können, sowie in der Arbeit mit Kindern. Einige Beispiele:

#### 3.2.4.1 Netzwerkkarten

Standardmäßig arbeiten wir mit der Erhebung von „sozialen Netzwerken“ (Hass, Petzold 1999).

Aus dem „social atom model“ von Moreno (1936, 1947) haben wir ein *Dreizonennetzwerk-Chart* (Abb. 1) entwickelt (Petzold 1979c). Es gibt über die aktuelle soziale Situation in der *Kernzone* (Familie, enge Freunde) Aufschluß, in der *Mittelzone* (Bekannte, Kollegen, Nachbarn) und in der *Randzone* (entfernte Bekannte, Sozialbezüge etwa im Quartier als Momente der Vertrautheit, des Beheimatetseins, deren Bedeutung erst durch ihren Fortfall, z.B. bei Flüchtlingen, deutlich wird). Über social support, Ressourcenbestand oder -mangel, Vernetzung, Isolation, *Kotraumatisierungen* (der PartnerInnen, Kinder, Geschwister etc.) wird durch diese Methoden der „Theragnose“ – denn das diagnostische Explorieren dieser „Netzwerkkarten“ ist immer auch ein z.T. nachhaltig wirkendes therapeutisches Geschehen – Information generiert (vgl. Abb. 1 und 2 a-d), ein äußerst wesentlicher, bislang weitgehend vernachlässigter Aspekt. Es werden damit auch die „social worlds“, d.h. die Repräsentation *kollektiver* Kognitionen, Emotionen und Volitionen, Urteile und Vorurteile (was gerade im Kontext von Migration, Rassendiskriminierung oder Minderheitenschicksalen [Strangor 2000] bedeutsam ist) in der Familie oder im amikalen, kollegialen oder nachbarschaftlichen Netzwerk zugänglich (Müller, Petzold 1998): Hilflosigkeit, Angst [Emotionen], negative Kontrollüberzeugungen und unzutreffende bzw. dysfunktionale Kausalattributionen [Kognitionen], Resignation, Unentschlossenheit, Wider-

stand gegen Veränderung [Volitionen]. Durch die Darstellung *sequentieller Netzwerkkarten* (z.B. vor dem traumatischen Ereignis, der Flucht, der Vertreibung oder zu wichtigen biographischen Stationen) wird die Situation des „Konvois“, des Netzwerkes im Zeitverlauf, deutlich (**Abb. 2**). *Netzwerktraumatisierungen* (**Abb. 2 a, b**), *-verluste*, *Netzwerkerosion* (defizitäre Entwicklung durch Einbußen der Tragfähigkeit und Ressourcen, **Abb. 2 b, c**), *Netzwerkkonflikte* und *-störungen* (**Abb. 2 b**) können auf diese Weise festgestellt und in die therapeutischen Maßnahmen durch Formen der Netzwerktherapie (Hass, Petzold 1999) einbezogen werden, so daß von den Betroffenen aktiv an einer Verbesserung der Netzwerksituation gearbeitet werden kann, bewußte *Netzwerkpflege* betrieben wird.

### 3.2.4.2 Lebenspanoramen

Diese integrativtherapeutische Theragnosetechnik (Petzold, Orth 1993) bietet in Form des „*dreizügigen Karrierepanoramas*“ (**Abb. 3**) eine bildnerische Darstellung des Lebensverlaufes.

Er wird mit seinen *Ketten positiver Lebensereignisse* (**Abb. 3 a**), der *chains of adverse events* (**Abb. 3c**) und den *prolongierten Mangelserfahrungen* (**Abb. 3b**) überschaubar. Das bietet eine weitere Möglichkeit, Traumaerlebnisse im *lifespan* (Petzold 1999b), bewußte und dissoziierte ggf. aus dem Bewußtsein verdrängte, aber auch protektive und stützende *life events* erlebniskonkret zu erfassen und diese „bildnerische Narration“ mit ihren durch den Gestaltungsprozeß oft schon integrierenden, heilenden Momenten (idem 1999 f, l, q) in eine sprachlich faßbare *Narration* (idem 1999k) – und das heißt immer auch eine hermeneutisch-interpretativ geordnete – zu transformieren. Dabei können einzelne Elemente der Bildgeschichte im Sinne einer aktiv-konfliktzentrierten Bearbeitung herausgegriffen werden (idem 1999c) oder auch Möglichkeiten rezeptiver ästhetischer Erfahrungen (idem 1999q) als Wege der „Heilung des verwundeten Selbst“ in der Therapie eingesetzt werden.

### 3.2.4.3 Identitätsbilder

Die in der Integrativen Therapie auf der Grundlage ihrer Identitätstheorie (Müller, Petzold 1999) entwickelte „Kartierung wichtiger Identitätsbereiche“ (**Abb. 4 I-V**) mit den tragenden „Fünf Säulen der Identität“ ist von hoher diagnostischer Bedeutung:

**I. Leiblichkeit**, sie wird durch Verwundungen, Verletzungen, Folter, Mißbrauch usw. beschädigt im Sinne *objektiver* Läsionen, deren Narben bleiben. Man verliert seine Gesundheit, seine leibliche Integrität zum Teil äußerlich sichtbar durch Entstellungen oder ein von der Traumaerfahrung „gezeichnetes“ Gesicht (das ggf. durch Therapie verändert werden kann, vgl. Petzold 1999q). Diese sichtbar beschädigte Leiblichkeit kann zu Stigmatisierungen, *Fremdattributionen* (z.B. des Mitleids, der Ablehnung, der Wertlosigkeit) führen. Im Sinne *subjektiver* Erfahrungen, deren Spuren in das Leibgedächtnis (Hermant 1989) eingegraben sind, kommt es aber auch zu *Selbstattributionen*, indes mit sehr unterschiedlichen subjektiven Bewertungen (*appraisal, valuation*), die mit Abstand zum Ereignis, weiteren Lebenserfahrungen, z.B. durch Therapie, sich verändern und sich in Richtung der Selbststigmatisierung und -abwertung oder in die der *Überwindung*, des *persönlichen Wachstums* und des *Souveränitätsgewinns* orientieren. Das kann durch die Exploration der dargestellten Säule diagnostisch erfaßt werden.

**II. Netzwerk**, es kann durch Tod, Vertreibung, Flucht zerissen werden. Familien werden auseinandergerissen, Freunde werden verloren, Nachbarn verschwinden oder werden zu Tätern. Die Säule des Netzwerkes bietet hier – wie eine *network chart* (Hass, Petzold 1999) – diagnostischen Aufschluß über Ressourcen, Support, Erosion, über die *Fremdattributionen* („Der und seine Mischpoke!“ – „Die hat wirkliche Freunde!“ etc.) und die *Selbstattributionen* zum Netzwerk („Selbst meine Freunde haben mich verraten!“ – „Auf meine Familie kann ich mich verlassen!“).

**III. Arbeit/Leistung/Freizeit**, das sind Identitätsbereiche, die durch Trauma- und Katastrophenerfahrungen oft schwer beeinträchtigt werden. Menschen verlieren ihre Arbeit, als Flüchtlinge das Recht und die Möglichkeit zu

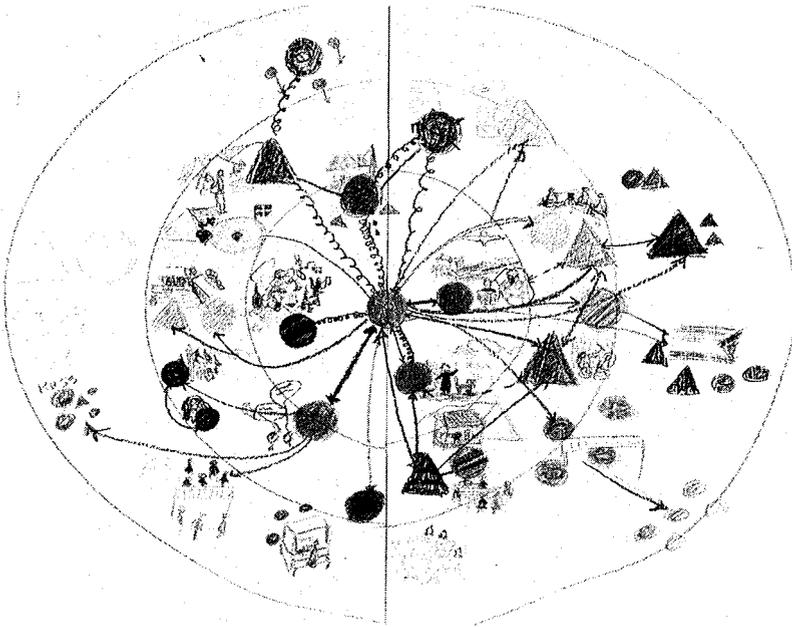


Abb. 1: „Soziales Atom“ – „Dreizonennetzwerk-Chart“ (aus: Petzold 1993p, 289) mit Kern-, Mittel- und Randzone in semiprojektiver Darstellung (vgl. Müller, Petzold 1998)

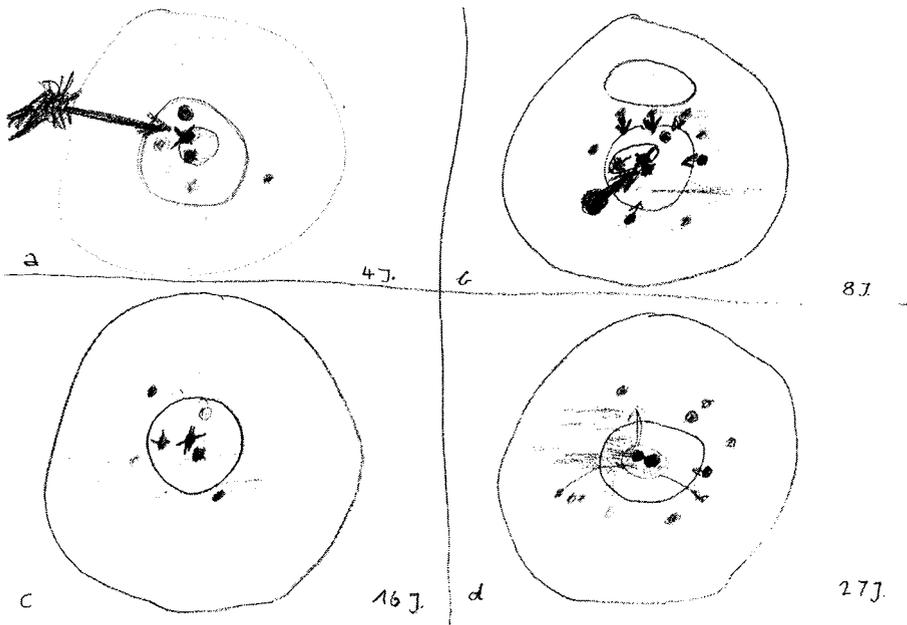


Abb. 2: „Sequentielles soziales Netzwerk“ von Klaus O. als Konvoi-Darstellung zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Lebensstrecke (vgl. Hass, Petzold 1999)



Abb. 3: „Dreizüggiges Karrierepanorama“ von Klaus O. (aus: Petzold 1993p, 289)

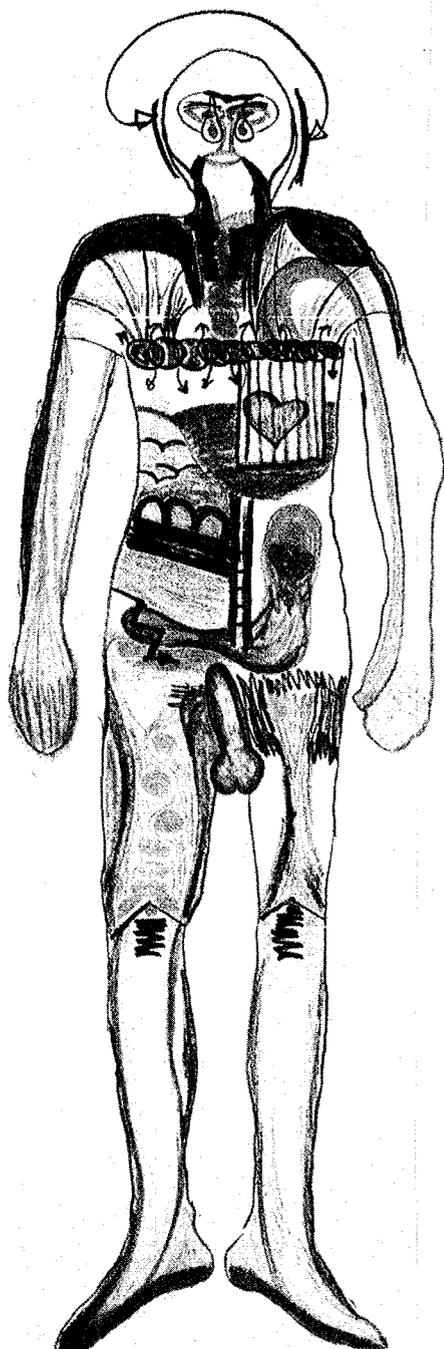


Abb. 5: Body Chart (aus: Petzold 1993, 531)



Abb. 4: „Identity Chart“ von Klaus O. als Darstellung der „Fünf Säulen der Identität“ (aus: Petzold 1993p, 289)

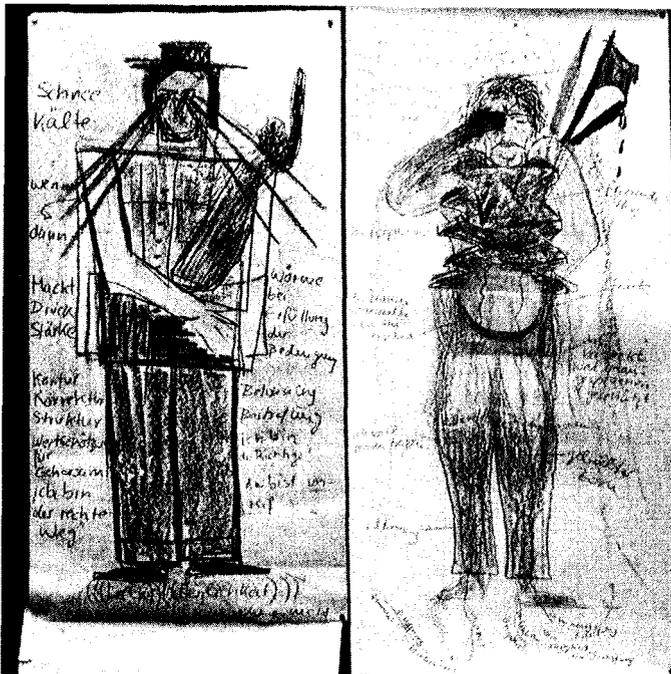


Abb. 6: „Relationales Körperbild“ (aus: Petzold 1993a, 1192)



arbeiten. Freizeit kann nicht genossen werden. Selbstwert- und Identitätserleben können durch arbeitsbezogene negative Selbst- und Fremdattributionen (z.B. Mobbing) schwer belastet werden.

**IV. Materielle Sicherheiten**, sie gehen durch Traumaereignisse häufig verloren. Man verliert „Haus und Hof“, das „Dach über dem Kopf“, sein Vermögen, sein Lebenswerk, seine Heimat, d.h. seinen mikroökologischen Bezug, was schwere Belastungen, z.B. depressive und psychosomatische Reaktionen mit sich bringen kann (Petzold, Orth 1998b), wobei wiederum die Selbst- und Fremdattributionen und die subjektiven Bewertungsprozesse eine große Rolle spielen, um sich neu zu beheimaten oder etwas neu aufzubauen, an Altes anzuknüpfen oder sich umzuorientieren.

**V. Werte**, sie zerbrechen oft durch Traumaerfahrungen, die existentielle Dimension des Sinnes (Park, Folkman 1997), der Boden des Grundvertrauens (Petzold 1992a, 658f) werden erschüttert. Man „glaubt an nichts mehr“, verachtet die Menschen und sich selbst, verliert seine Wertegemeinschaft („Auch die Kirche hat geschwiegen!“ – „Der Kommunismus hat versagt!“ etc.). Die Orientierung geht verloren, eine große, generalisierte Unsicherheit kommt auf. Probleme des „*uncertain mind*“ (Sorrentino, Roney 2000) müssen erfaßt und therapeutisch angegangen werden. Es kann Haß und Verbitterung entstehen oder auch die Möglichkeit des *Verzeihens*, der „*forgiveness*“ (McCullough et al. 2000), die für eine Gesundung und Reorientierung sehr wesentlich sein kann. Deshalb ist der theragnostischen Exploration der Wertesäule große Aufmerksamkeit zu schenken, besonders in einem Verfahren wie der Integrativen Therapie, die der *Sinndimension* große Bedeutung beimißt (Petzold 1991a, 31ff) und hier spezifische therapeutische Wege entwickelt hat (idem 1999p; Orth 1993).

Für TraumapatientInnen, deren Identitätssäulen zumeist sehr beschädigt sind, ist die Notwendigkeit, sich mit diesen Bereichen auseinanderzusetzen, in der Regel unmittelbar „einsichtig“. Durch die semiprojektive Qualität der gezeichneten oder mit Collagematerialien (was zuweilen für manche PatientInnen einfacher ist) erstellten *identity charts* werden immer wieder nichtbewusste oder als unbedeutend bewertete biographische Einflüsse, traumatische, defizitäre, aber auch supportive und protektive deutlich, und die PatientInnen können bewußt daran gehen, problematische Bereiche gezielt zu bearbeiten, *fixierte Narrative* (Petzold 1992a, 906) zu verflüssigen, um – unterstützt durch psychotherapeutische, soziotherapeutische und Empowerment-Maßnahmen (idem 1997c) – neue *Narrationen* zu beginnen, in denen sie an „persönlicher Souveränität“ (Petzold, Orth 1997b) gewinnen (diagnostisch erfaßbar durch „Personal Power-Maps“ und „Souveränitätskartierungen“, vgl. Petzold 1998a, 288, 322).

#### 3.2.4.4 Körperbilder/Body Charts

Diese von Petzold & Orth (idem 1970c, 1981h; idem, Orth 1994) entwickelte integrative Theragnostik macht durch bildnerische Darstellungen des eigenen Körpers (in Lebensgröße mit Wachsfarben auf großen Papierbögen) Erfahrungen *eigenleiblichen Betroffenseins* in sehr eindrücklicher Weise deutlich (**Abb. 5**).

Diese Technik eignet sich *nicht* für die Initialdiagnostik von TraumapatientInnen, denn sie bietet durch ihr hohes Reaktivierungspotential ein Retraumatisierungsrisiko. Hier sind mit den Anamnesefragebögen ausgegebene kleine Körperumrißbilder, auf denen Schmerzzonen und Gefühlsbesetzungen eingezeichnet werden können (vgl. 5.4.3, **Abb. 8**), geeigneter und diagnostisch aufschlußreich (Heinl 1996, 298ff; Petzold, Märten, Steffan 1999). Prozeßdiagno-

stisch nach der initialen Behandlungsphase eingesetzt, hat sie indes eine hohe *theragnostische* Valenz. „In den Körper,verdrängtes Material“ wird deutlich und tritt in der Gestaltung ins Bewußtsein. Durch das Anfertigen von „relationalen Körperbildern“ (Petzold, Orth 1991; idem 1993a, 1189-1198) – z.B. des wahrgenommenen Körpers des Vaters, der Mutter, des Perpetrators o.ä. neben der Darstellung der eigenen Leiblichkeit bzw. in Relation zu ihr (vgl. **Abb. 6**) – werden „Eindrücke“ aus dem Kontext auf den Leib (Zuwendung und Abwendung, Mißhandlung und Fürsorglichkeit) erkennbar und erlebbar. Bei richtiger Indikation und Anwendung kann das durchaus im Sinne einer Expositionssequenz in einer Behandlung (vgl. 4.2.1.3) zum Tragen kommen. Eine solche leibtherapeutische Perspektive in der klinischen Psychologie, Psychotherapie und Gesundheitsförderung (Petzold 1985g, 1996a; Verduin 1998) hat in diagnostischer und behandlungsmethodischer Hinsicht auch für die leib- und bewegungsorientierte und die physiotherapeutische Behandlung von TraumapatientInnen (Petzold 2000f; Jordi 2000; Hübner 2000) Bedeutung. Sie wird nicht zuletzt wichtig mit Blick auf die diagnostische Abklärung (etwa bei Folter- und Mißbrauchsopfern), inwieweit supportive Berührungen im therapeutischen Setting kontraindiziert sind oder auch als „holding“, als „healing touch“ (Older 1982) besonders indiziert sind (Berührungen angstfrei aushalten lernen, vertraut werden etc. vgl. 4.2.1.3), wo vielleicht klinische Probleme aufkommen können und was die ethischen Wertungen des Patienten/der Patientin sind (Hunter, Struve 1998).

Ethische Positionen von PatientInnen müssen bei jeder Form der Intervention – verbaler oder nonverbaler – berücksichtigt werden und damit auch Gegenstand der Diagnostik sein (sie können z.B. bei der Exploration der V. Identitätssäule erfaßt werden, vgl. supr. 3.2.4.3, V).

### 3.2.5 Beispiel fokaler „Theragnostik“:

Um die Ansätze kreativtherapeutisch gestützter Traumadiagnostik zu verdeutlichen, soll auf ein Beispiel aus einer Behandlung von 1989 zurückgegriffen werden (Petzold 1993p, 299-308), für das jetzt eine zehnjährige Katamnese vorliegt.

Klaus O. [1989], 28 Jahre, Schreinermeister mit arbeitstherapeutischer Ausbildung, kommt auf Initiative seiner Freundin wegen diffuser Angstzustände, plötzlich aufgetretener Panikattacken und Kontaktschwierigkeiten in die Therapie. Der Erstkontakt ist schwierig. Als subjektive Begründungstheorie gibt der Patient den plötzlichen Unfalltod seines Vater in seiner frühen Kindheit und die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten und Belastungen in seiner späteren Kindheit und Adoleszenz an. Er schildert seine Angstzustände als körperlich bedrängend, wie „ein Überfall“<sup>19</sup> – *Körperintrusionen* liegen nahe, die im „Körpergedächtnis“, den „Archiven des Leibes“ (idem 1981h) abgespeichert sind. Der „**informierte Leib**“ (idem 1988n, 192, 297, vgl. 4.1.3) speicherte Propriozeptionen und Atmosphären, die bei Klaus O. als „*somatic reenactments*“ (Lindy et al. 1992) aufkommen, wie wir sie seit Anfang der siebziger Jahre beschrieben und therapeutisch genutzt haben (Petzold 1970c, 1975e; Heint 1985, 1993; Orth 1997; Petzold, Orth 1998a), denn der Patient kann sich an keine Bilder oder Szenen aktiv erinnern (*memorize*). Es kämen nur Spannungszustände auf, die er – „seit er denken könne“ – habe, manchmal „ausgelöst durch Kleinigkeiten, ein

<sup>19</sup> Die ausführliche Behandlungsdarstellung mit der Integrativen Fokalthherapie in Petzold (1993p). Texte in Anführungszeichen sind Zitate aus den Sitzungstranskripten.

Geräusch, einen Luftzug“ (hier könnten *retrievals*, Abruferrinnerungen [idem 1992a, 718] aus Traumakontexten durch ähnliche Stimuli, zum Tragen kommen, *traumatic reminders*, wahrgenommen von einem hypervigilanten, alarmierten perzeptuellen und mnestischen System). Das „Leben beißt immer wieder zu“ meinte der Patient und sagte damals von den Panikattacken: „Die Hunde sitzen jetzt in meinem Kopf und überfallen mich“ (ibid. 300). In einem katamnesticen Gespräch 1995, fünf Jahre nach Abschluß der erfolgreichen Behandlung, berichtet der Patient, daß er bei einer Fernsehsendung über Kampfhunde einen Panikanfall bekommen habe mit einer „Flashbackerinnerung“, wie er als Fünfjähriger von zwei streunenden Schäferhunden angefallen worden sei und sich auf einen Holzstapel retten konnte, bis er nach Stunden von seiner Mutter gefunden worden sei. Für einige Tage nach der Sendung seien die Ängste wieder da gewesen. Er habe sie aber mit der in der Therapie erlernten Entspannungstechnik (**IDR**, **IDR-T**, Petzold 1974k, 2000f, vgl. 4.2.1.2) wieder „in den Griff bekommen“. Das Ereignis war in der Behandlung nicht erinnert worden, ja war ihm bis zu dem Fernsehfilm „völlig aus dem Sinn, aber in dem Lebenspanorama, da war das drin, der dritte kleine Hundekopf hinter dem Kreuz meines Vaters!“ (vgl. Abb. 3 c). – Damit zurück zur zweiten Behandlungsstunde: Sie war wie die erste diagnostisch-explorativ ausgerichtet. Dem Patienten wurde nach einer Erläuterung (Petzold, Orth 1994) die Erstellung eines Lebenspanoramas vorgeschlagen mit den Trajekten: „positive Erfahrungen“, „negative Erfahrungen“, „Mangelerfahrungen“. Der Patient nimmt den Vorschlag an. Auf dem „dreizügigen Karrierpanorama“ (Petzold, Orth 1993) stehen die Farben *Gelb* („das Lachen meiner Mutter“) und *Grün* („die Landschaft meiner Kindheit“) für *salutogene* „Ketten positiver Ereignisse“ (**3a**), *Schwarz* und *Violett* („der Tod meines Vaters“) für *pathogene* „Ketten adversiver Ereignisse“ (**3c**). *Grau* („die völlige Öde“) steht für „Ketten von Defiziterfahrungen“, Isolation, Mangel, die Abwesenheit des Vaters (**3b**). Er wurde „vom Tod verschluckt“. Der Tod ist symbolisiert durch den Kopf des Zerberus (Abb. **2a**, **3c**). Die junge Witwe muß zu ihrer Mutter auf ein Dorf ziehen, wo sie und ihr Kind isoliert, gemieden und – nach einer „Affäre“ der Mutter mit einem verheirateten Mann – geächtet werden. Es entwickelt sich bei *Klaus O.* ein „*dysfunktionales Narrativ*“ des Rückzugs (Petzold 1993p, 300, vgl. 1988n, 204, 315ff, 1992a, 386ff, 906), das auch in der Fokusswahl der Behandlung aufgegriffen wird. Ein weiterer Einbruch ist der Tod der geliebten Großmutter (zweites schwarzes Kreuz in Abb. **2b**, **3c**). In dieser Form „semiprojektiver“ Darstellung (Müller, Petzold 1998), werden szenisch memorierbare Erfahrungen – positive wie belastende – offensichtlich. Nicht memorierbare, dissoziierte oder nur atmosphärisch bzw. propriozeptiv erinnerbare Events können – wie das Hundereignis – im projektiven Material auftauchen. In einer der folgenden Stunden wird eine weitere Theragnostetechnik angeboten, ein Charting der *Identitätssäulen* (Abb. **4**, vgl. ausführlich idem 1993p, 302ff). Die *Identitätssäule der Leiblichkeit* (I) zeigt einen sportiven Körper. Genital- und Beckenbereich sind schwarz schraffiert (man denkt an eine Fußballhose). Der Kopf zeigt ein Symbol der Rationalität, das Herz ist verletztlich, von einem Kasten geschützt. Die Hände sind an den Körper gedrückt, ohne Handlungsraum. „Ich bin nur mit Vernunft und Selbstdisziplin mit allem fertig geworden“, so der Patient. Die *Identitätssäule des Netzwerks* (II) ist nicht sehr stabil und läßt die Konvoientwicklung erkennen: am Anfang durchaus reich, in der Kindheit und Jugend auf dem Dorf mager, mit vielen Attacken (schwarze Pfeile), später durch das Netzwerk der Freundin wieder reicher (zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie explorieren wir diese Entwicklung noch einmal genauer mit einem sequentiellen *Netzwerkdiagramm*, Abb. **2a-d**). Die Säule *Arbeit/Leistung/Freizeit* (III) ist dominant, platzgreifend, im Freizeitbereich nicht gefüllt. Die *Identitätssäule materielle Sicherheit* (IV) ist solide, es geht aufwärts. Die *Wertesäule* (V) ist massiv, dokumentiert die strenge, religiös-normative Sozialisation. Bei der Exploration der attackierenden Pfeile in der Kindheit kommt dem Patienten eine Mißbrauchssituation durch einen Landarbeiter auf, deren Darstellung ihm nicht bewußt war, obgleich der phallomorphe schwarze Pfeil sich auch in dem Panoramabild (Abb. **3**, Trajekt **c**) findet, dort aber in der Exploration nicht beachtet worden war. Die schwarze Turnhose bekommt nun einen anderen Sinn. Die Angstsymptomatik wurde seinerzeit mit der Mißbrauchserfahrung in Verbindung gebracht. Der sportive Körper erweist sich als verspannter, gepanzerter Leib. Der „operative Fokus“ in der Therapie zentriert auf der „Beziehung zu Männern“. Gleichzeitig wird im Sinne „*bimodaler Therapie*“ (ibid. 305) neben der Bearbeitung biographischer Belastungen – z.T. von traumatischer Qualität – und von Mangelerfahrungen im *konfliktzentrierten Modus* eine spezifische Entspannungstherapie (**IDR**) im *übungszentrierten Modus* eingesetzt, wie dies für den „multimodalen Ansatz“

(Petzold 1974k, 302)<sup>20</sup> der Integrativen Therapie kennzeichnend ist.<sup>21</sup> Später wurde noch der *erlebniszentrierte Modus* (ibid. 315; 1988n, 437f) mit seiner gezielten Ressourcenarbeit (idem 1997p) hinzugenommen. Dafür wurde, wie erwähnt, eine weitere kreative Exploration des Konvois durch eine sequentielle Darstellung des Netzwerkes (Abb. 2 a-d) vorgenommen. Im ersten rekonstruierten Netzwerk [Alter vier Jahre] imponiert die enge Beziehung zwischen Mutter (gelb) und Sohn (braun). Die Großmutter (orange) und eine Tante (braun/orange) und Freunde der Familie sind im inneren Kreis, den die „freundlichen Farben“ Gelb und Grün kennzeichnen. „Der Tod hat den Vater weggeschnappt!“ Mit acht Jahren werden *Netzwerktraumata* und *-konflikte* deutlich. Vater und Großmutter sind tot, die Mutter und ihr Liebhaber haben Streit, das Dorf ist bedrängend, der Mißbraucher verletzte, Freunde grenzen sich ab (grüne Punkte in einem Oval in **b**), graue Düsternis kommt auf, die das Netz mit 16 Jahren (**2c** – graue Schraffur) völlig überzieht. Es findet sich eine markante *Netzwerkerosion*. Mit 27 Jahren (**2d**) hat sich das Bild sehr gewandelt. Der Patient partizipiert am Netzwerk seiner Freundin, in das er allerdings seine düstere Vergangenheit (grau) einbringt, was ein Grund für den Beginn der Therapie ist und in dieser ein Fokus wird.

Die Behandlung, strikt an der *Integrativen Fokalthherapie* mit den „14 Wirkfaktoren“ (vgl. 4.1.1, idem 1993p, 314-323, *Brumund, Märtens* 1998; *Petzold, Steffan* 2000) orientiert, verlief durchgängig „theragnostisch“. Das Mißbrauchereignis wurde angesprochen („Eine ekelhafte Erfahrung und ich hatte grauenhafte Angst, später Schuldgefühle. *Ich will da überhaupt nicht dran denken!*“ – das Ereignis wurde also „gewußt“). Eine gezielte Bearbeitung im Sinne einer *Exposition* wurde deshalb dezidiert *nicht* vorgenommen. Die Arbeit mit belastenden Erinnerungen, Schuld und Scham einerseits und salutogenen Erfahrungen, „inneren Beiständen“ (die Großmutter), die Stärkung des gegenwärtigen *sozialen Konvois* (*Hass, Petzold* 1999) andererseits – u.a. durch einige Sitzungen mit der Partnerin – waren wesentliche Foci. Das Entspannungstraining zielte auf die Angstattacken/Körperintrusionen und wurde vom Patienten als höchst wirkungsvoll erlebt und in einer ersten Katamnese nach acht Monaten, die den Patienten beschwerdefrei findet, als „die Sache“ (*Petzold* 1993p, 308) herausgestrichen. Die Angstsymptomatik, Panikattacken sind bei Beendigung der fünfmonatigen Kurzzeittherapie abgeklungen. In der Zehnjahreskatamnese bemerkt der Patient: „Die Panikanfälle, das waren die Hunde, da bin ich mir *jetzt* sicher. Diese schmutzige Mißbrauchsgeschichte hat mich anders geprägt, meine Kontaktstörungen, die allgemeine Ängstlichkeit, meine Verspannungen... solche Sachen... Das bin ich los oder ich weiß mir zu helfen, wenn mal was ist.“ – Das Beispiel zeigt zumindest, daß bei *multiplen Belastungen* eindeutige Kausalzuordnungen kaum möglich sind und die selbstreflexive Eigeninterpretation des Patienten, seine „narrative Wahrheit“ (idem 1991o, 374ff), sich über die Zeit wandelt und nicht im Sinne einer „objektiven“ historischen Wahrheit gesehen werden darf (*Schacter* 1999), so daß die *multiplen Nachwirkungen* und *Auswirkungen multipler Einwirkungen* das Zentrum der Therapie ausmachen und eine multimodale prozessuale Behandlung erfordern.

20 Das Konzept wurde unabhängig von *Lazarus* (2000) in der Integrativen Therapie (vgl. *Petzold* 1970c, 1974k, Abb. III auf S. 302) entwickelt.

21 Belastungen und Defizite waren in der semiprojektiven Diagnostik und in der klinisch-psychologischen Exploration (DSM-3-R) deutlich geworden.

#### 4. Integrative Traumatherapie – Behandlungsmodelle und Konzepte

„Integrative Traumatherapie“ ist als Sonderformat im Rahmen der generellen Behandlungsmethodologie der „**Integrativen Therapie**“ entwickelt worden. Dieses Verfahren wurde Mitte der sechziger Jahre von **Hilarion G. Petzold** im „*neuen Integrationsparadigma*“ (idem 1992a; Norcross, Goldfried 1992)<sup>22</sup> der Psychotherapie begründet (Stefan 2000; Schuch 2000; Zundel 1987; Rahm et al. 1993). Es ist ausgerichtet an einem *lifespan developmental approach* klinischer Entwicklungspsychologie und -therapie (idem 1999b; Osten 2000; Oerter et al. 1999) und an einem übergreifenden Verständnis von Psychotherapie als „integrativer Humantherapie“, die *medizinische, gesundheitswissenschaftliche* (Ammann, Wipplinger 1998), *persönlichkeitsbildendagogische* (Sieper, Petzold 1993) und *kulturrkritische Dimensionen* hat (Petzold, Steffan 1999b)<sup>23</sup>. Das kommt in den Behandlungen als Hintergrundverständnis zum Tragen – wie auch in diesem Text immer wieder ersichtlich wird und für die Traumatherapie uns von besonderer Bedeutung zu sein scheint. Das Verfahren wird seitdem von Petzold und seinen MitarbeiterInnen mit spezifischen methodischen Ausprägungen (Petzold, Orth 1990; Petzold, Sieper 1993) zur Anwendung für ein breites Indikationsspektrum weiterentwickelt (Märtens, Petzold 1995, 1999). Dabei wurden neben dem **generellen** Behandlungsansatz (idem 1988n) stets **störungsspezifische** Vorgehensweisen (z.B. in der Behandlung von Alkoholikern, Psychosomatikern, Drogenabhängigen, depressiven Störungen etc.) erarbeitet und praktiziert (Petzold 1971b; Petzold, Scheiblich, Thomas 2000; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Heintz 1997). Und hier wird ein Grundproblem moderner Psychotherapie berührt: die Zentrierung auf störungsbildspezifische Behandlungsformate, was die Beurteilung von wirksamen Behandlungen anbetrifft (Crits-Christoph 1998; Schulte 1996), darf nicht aus dem Auge verlieren, daß diese Formate im Rahmen von Gesamtstrategien der Therapie eingesetzt werden, in denen *allgemeine Wirkfaktoren* (Garfield 1973, 1980, 1992; Märtens, Petzold 1998; Petzold 1993p; Smith, Grawe 1999) und Haltungen zum Tragen kommen (Finke 1999), etwa in der Gestaltung von Beziehungen sowie in Praktiken, etwa in der Handhabung von Prozessen (Kemmler et al. 1991). Dies wird von den VertreterInnen traumaspezifischer Therapieformate z.T. vernachlässigt (Foa 1997, 416). Verfahren wie die wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, die ursprünglich keine störungsspezifischen Sonderformate entwickelt hatten, haben gute Behandlungsergebnisse (Grawe et al. 1994). Gleiches gilt für die systemische Therapie (Schipek 1999) oder die Gestaltherapie (Strümpfel, Goldman 1999). In der Integrativen Therapie setzen wir Sonderformate im **generellen** Rahmen ein, z.B. in der Traumatherapie, weil es gilt, „neue Therapien für den bedrohten

22 Petzold 1982g, 1993g, 1999p; Märtens, Petzold 1995a; Petzold, Märtens 1999; vgl. Chambon, Marie-Cardine 1999; Grawe 1998; van Kalmhout 1991; Norcross 1995; Norcross, Goldfried 1992; Sponzel 1995; Wagner, Becker 1999.

23 Integrative Therapie hat vier Orientierungen: **klinisch**, d.h. kurativ und palliativ; **gesundheitsfördernd**, d.h. einen gesundheitsbewußten und gesundheitsaktiven Lebensstil fördernd und präventiv wirkend; **persönlichkeitsbildend**, d.h. Selbsterfahrung, Selbsterkenntnis, Souveränität und persönliches Wachstum fördernd; **kulturrkritisch**, d.h. die kulturelle Situation kritisch reflektierend, Kulturarbeit leistend (Petzold, Steffan 1999b).

Körper“ (Petzold 1985m) zu finden. Wir gehen dabei aber davon aus, daß der **generelle** Rahmen selbst schon effektiv ist, weil TherapeutInnen das Prozedere indikationsspezifisch, genderspezifisch (Frühmann 1985; Petzold 1998h), schichtspezifisch (Heinl, Petzold, Walch 1983) ohnehin zupassen und die angemessenen Methoden, Techniken, Medien etc. (Petzold 1993h), Langzeit- oder Kurzzeitformate (idem 1993p) auswählen, therapeutische Wirkfaktoren besonders akzentuieren (Brumund, Märtens 1998) oder eben störungsspezifische Sonderformate einsetzen. In der „Integrativen Traumatherapie“ – sowohl im stationären, wie auch im ambulanten Setting – gibt es also verschiedene *Behandlungsformate, -programme, -strategien und -methoden*: multimodale Behandlung mit und ohne Expositionstechniken (z.B. EMDR), ressourcenorientierte Behandlung, Behandlung mit leib- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen (IDR, IDR-T, running therapy, IBT; vgl. van der Mei, Petzold, Bosscher 1997), Behandlung mit *kognitiv-behavioralen* Techniken, z.B. zur Beeinflussung von Attributionsfehlern bei Angst-, Schuld- und Schamgefühlen, (vgl. schon Petzold, Osterhues 1972, 234ff; Ehlers 1999, 57). Welche Kombination eingesetzt wird, ist eine Frage der diagnostischen Erhebung und der Vereinbarung mit dem Patienten/der Patientin sowie der prozeßdiagnostischen Beobachtung des Behandlungsverlaufs. In der vorliegenden Arbeit werden wir die traumatherapeutische Arbeit im **generellen** Ansatz der *Integrativen Therapie* und zwar im Format der „Integrativen fokalen Kurzzeittherapie“ (IFK, Petzold 1993p) vorstellen, deren Wirksamkeit *ohne* die Verwendung von *Sonderformaten* der „Integrativen Traumatherapie“ in einer Untersuchung belegt wird (vgl. 5). Weiterhin werden wir zwei **störungsspezifische** traumatherapeutische Sonderformate, die **Vierstufenbehandlung** und das **IDR-T** vorstellen.

#### 4.1 Rahmenkonzepte der Integrativen Therapie

Von den Rahmenkonzepten der „Integrativen Therapie“ können an dieser Stelle nur die traumarelevanten vorgestellt werden. Für Weiteres muß auf die entsprechenden Veröffentlichungen verwiesen werden (Petzold 1988n, 1992a; Rahm et al. 1993; Osten 2000). Wir haben für die Traumatherapie in Spezifizierung der *generellen* integrativtherapeutischen Praxeologie *Behandlungsstrategien* erarbeitet und umgesetzt, die nicht nur theoriegeleitet sind, sondern auf langjährige Praxiserprobung zurückgreifen können. Es wurden 10 Interventionslinien bzw. Strategien herausgestellt (Josić, Petzold 1995).

1. Grundsätzlich ressourcenorientiertes und lösungszentriertes Arbeiten, Förderung von Ressourcenaktualisierung und -nutzung (Petzold 1997p);
2. Interventionen, die das „soziale Netzwerk“ reorganisieren, Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- und Bindungsfähigkeit stärken (Levy 1999), z.B. Familien- und Netzwerktherapie (Hass, Petzold 1999; idem 1991b), Selbsthilfeinitiativen, Co-Counseling, Exchange-Learning (Petzold, Schobert 1991; Berger 1996);
3. die Handhabung von Symptomatiken und Bewältigungs- (*coping*) sowie Gestaltungsfähigkeiten (*creating*) aufbauen und stärken (Petzold, Orth 1990, idem 1999 f,p);
4. Affektsteuerung, Entspannungsfähigkeit und psychophysiologische Selbstregulation aufbauen durch Entspannungs-, Atem- und Sport-/Lauftherapie (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Petzold 1974k, 2000f; Vouta-Voß 1998);

5. symptomverminderndes Arbeiten (z.B. bei Intrusionen) durch Nutzen von Distraktoren, psychophysiologischen Umstimmungstechniken, Kriseninterventionstechniken wie „Orten der Kraft“, „inneren Beiständen“, „innere Distanzierung“ (Kinoleinwand), ökopyschosomatische Erfahrungen (Petzold 1977i, 1992b; Petzold, Orth 1998b; Rahm et al. 1993);
6. „Bearbeiten“ der Traumaereignisse und ihrer Kontexte zur Integration von Affekten, Kognitionen, Volitionen auf einer *generellen* Ebene, falls gewünscht und indiziert auch auf einer *spezifischen* mit *moderaten* Expositionen unterschiedlicher Dauer und Frequenz (Petzold 2000f), um eine durch Intrusionen und PTBS-Phänomene nicht beeinträchtigte *autobiographische Narration* wiederherzustellen (Petzold, Orth 1993), ggf. unter Verwendung von poesie-, biblio- und narrativtherapeutischen Methoden (dieselben 1985; idem 1999k);
7. Arbeit an der Konsolidierung der existentiellen Dimension, der Sinn- und Wertesysteme, Förderung von Überwindungsprozessen und engagierter Haltung mit meditativen, ökopyschosomatischen und ästhetischen Erfahrungen (Orth 1993; Petzold 1983e, 1999q; Dittmann-Kohli 1995) und mit altruistischen Projekten (Monroe 1996; Sober 1998), praktischer Hilfeleistung<sup>24</sup>;
8. Selbstregulations- und Selbstbehauptungstraining (Boekaerts et al. 1999), Aufbau von positiven Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit, d.h. Bekräftigung von Selbstwert und Förderung „persönlicher Souveränität“ durch behaviorale Rollenspiel- und Imaginationstechniken (Petzold, Osterhues 1972), Empowermentstrategien, Powermaps, Souveränitätscharting (Petzold 1998a, 275-286, 342 ff) etc.;
9. wo nötig unterstützende Medikation (Birchler, Petzold 2000);
10. sozialtherapeutische, netzwerktherapeutische und sozialintegrative Maßnahmen (Hass, Petzold 1999; idem 1997c; Petzold, Petzold 1993a)

Diagramm 2: Strategien der Traumatherapie (aus Josic, Petzold 1995, um Literaturverweise erweitert)

Derartige *Strategien* müssen, wollen sie bloßen Eklektizismus überschreiten, in eine Therapie- und in eine Prozeßtheorie therapeutischer und sozialunterstützender Beziehung eingelassen sein. Eine übergreifende Behandlungstheorie wurde in der Integrativen Therapie im Modell der „*Vier Wege der Heilung und Förderung*“ erarbeitet: 1. *Weg*: kognitive Strukturierung, Einsehprozesse, Sinnkonstitution, 2. *Weg*: emotionale Differenzierungsarbeit, emotionales Beziehungserleben, 3. *Weg*: Erlebnisaktivierung, aktiv-kokreative Lebensgestaltung, 4. *Weg*: exzentrische Lebensüberschau, Solidaritätserfahrungen (Petzold 1988n/1996a, 215-275). Diese Wege verbinden, wie für den Ansatz kennzeichnend, krankheitstheoretische (Petzold, Schuch 1992, idem 1992a, 557ff) und gesundheitstheoretische (ibid. 551ff; Amann, Wipplinger 1998) Perspektiven, die für die Traumatherapie adaptiert werden.

Ähnliche Strategien, wie die aufgeführten 10, wurden in dem Modell von Harvey (1996, vgl. Anmerk. 14) vorgelegt, das von Butollo (et al. 1999) aufgenommen wurde, oder finden sich teilweise bei Foa (1997) und in Lamprecht (2000), so daß sich zumindest für wichtige Bereiche ein Konsens ergibt (in anderen, etwa der Exposition ihrer Frage der Länge und Intensität, nicht).

<sup>24</sup> Ein „kultivierter Altruismus“ (z.B. durch Mitarbeit in Amnesty-Projekten) hilft „Opfern“ oft aus Ohnmachtserfahrungen (Sober 1998) und fördert Verzeihen (McCoullough et al. 2000).

### 4.1.1 Salutogenese- und Pathogeneseperspektive, Belastungs- und Heilfaktoren

Die Situation der PatientInnen wird immer im Gesamtkontext des Lebenskontinuums unter *pathogenetischer* und *salutogenetischer* Perspektive betrachtet mit den potentiell krankheitsverursachenden und gesundheitsfördernden Einflüssen (vgl. *Diagramm 3*), so daß die Traumaerfahrung als *ein* lebensbestimmendes Moment unter anderen gesehen wird.

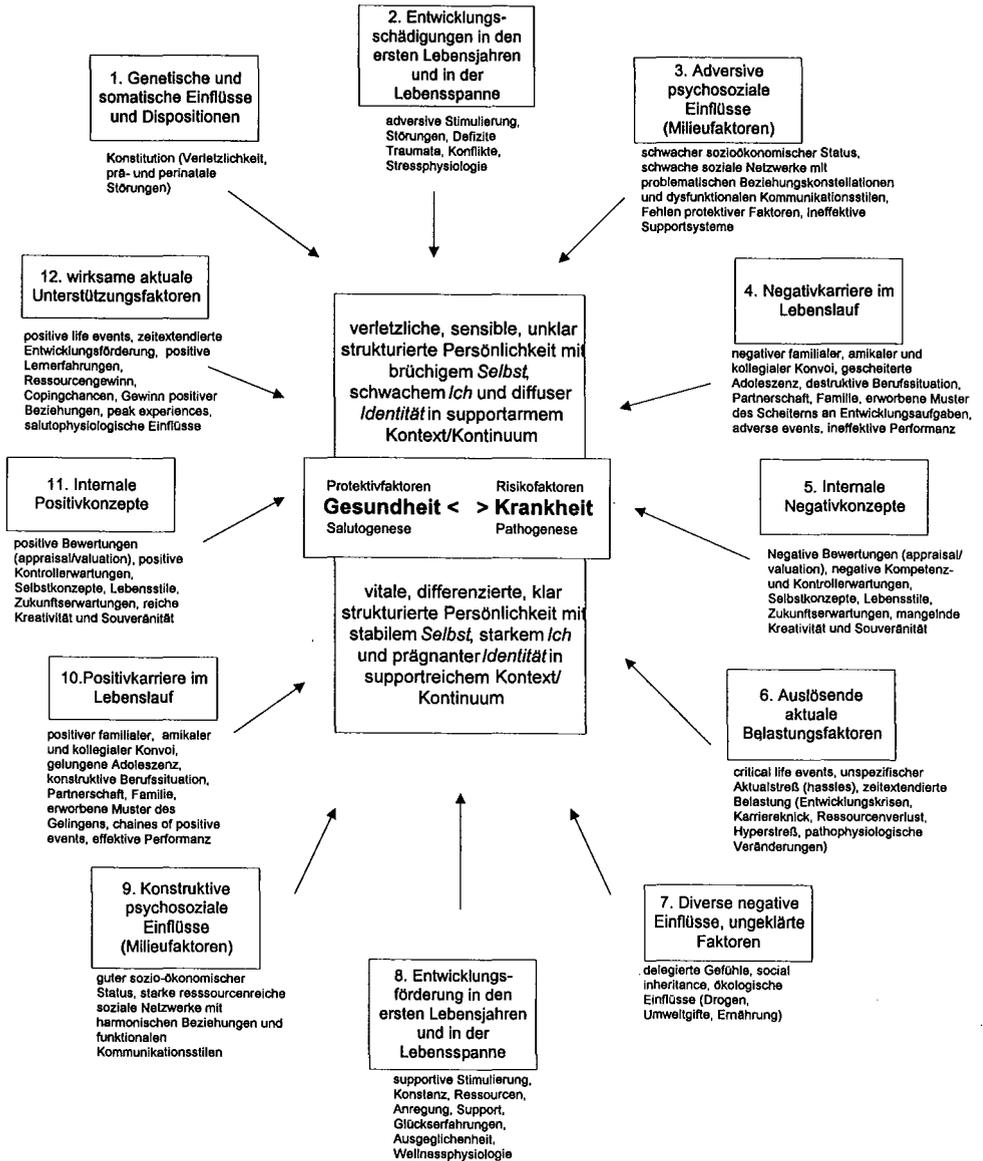


Diagramm 3: Multifaktorielle Genese von Gesundheit und Störungen bzw. Erkrankungen im Konzept der Integrativen Therapie (aus: Petzold, Steffan 2000)

Je nach Einwirkungen dieser Einflußgrößen wird das „therapeutische Curriculum“ (idem 1988n, 208) und werden Ziele (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998; Petzold, Steffan 2000) unter Beteiligung des Patienten/der Patientin als Rahmen konzipiert, wobei besonders darauf geachtet wird, *protektive Faktoren* (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Zeidner, Endler 1996), die identifiziert werden konnten, zu nutzen und Resilienzen (O’Connell, Higgins 1994) zu fördern und Belastungsfaktoren zu kompensieren bzw. Risikofaktoren zu mindern, indem entsprechende Akzentuierungen im Einsatz „therapeutischer Wirkfaktoren“ vorgenommen werden, für die eine spezifische Heuristik erarbeitet wurde (vgl. Diagramm 4). Werden z.B. defiziente „soziale Netzwerke“ und sozialer Rückzug [Diagramm 3–] festgestellt (Hass, Petzold 1999), so wird ein Akzent auf die „Förderung sozialer Netzwerke“ (**TN**) gelegt und auf die „Förderung kommunikativer Kompetenz“ (**KK**). Werden „internale Negativkonzepte“ [5] gefunden, so werden Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte (**PZ**), positive selbstreferentielle Kognitionen und Emotionen (**PI**) usw. gefördert. Dabei kann auf ein reiches Arsenal an *Methoden, Techniken, Modalitäten, Formen, Stile und Medien* (vgl. idem 1993h) zurückgegriffen werden, das in der „Integrativen Therapie“ originär entwickelt wurde (idem 1974k, 1993a; Rahm et al. 1993) oder das aus dem Fundus „psychologischer Heilmittel“ (Janet 1919; Sponzel 1995) bzw. aus dem Arsenal anderer Therapieverfahren, z.B. der kognitiven behavioralen Orientierung (Margarf 1999) kommt oder aus der Gestalttherapie (Fuhr et al. 1999) und den körperorientierten, dramatischen und kunsttherapeutischen Methoden (Petzold 1977n; 1982a; Petzold, Orth 1990).

1. Einführendes Verstehen [protektiv], Empathie [supportiv] (**EV**)
2. Emotionale Annahme [protektiv] und Stütze [supportiv] (**ES**)
3. Hilfen bei der realitätsgerechten [supportiv, konfrontativ], praktischen Lebensbewältigung (**LH**)
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft (**EA**)
5. Förderung von Einsicht [supportiv, konfrontativ], Sinnerleben, Evidenzerfahrung (**EE**)
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (**KK**)
7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (**LB**)
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (**LM**)
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (**KG**)
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte (**PZ**)
11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (**PW**)
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. von „persönlicher Souveränität“ (**PI**)
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (**TN**)
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen [supportiv, konfrontativ, protektiv] (**SE**)

Diagramm 4: Die „Vierzehn Heilfaktoren“ in der Integrativen Therapie (nach Petzold 1993p; idem, Steffan 2000).

Die Verwendung von Wirkfaktoren und Wirkfaktorkombinationen muß theoriegeleitet sein, ausgerichtet an Überlegungen, wann sie in einer Interventionsstrategie *konfrontativ* und/oder *supportiv* oder in einer *protektiven* Art und Weise (Petzold 1980g, 278-284) eingesetzt werden

können, denn das ist bei vielen Faktoren möglich (wie in der Tabelle exemplarisch aufgezeigt). Die Orientierung an einer prozessualen Diagnostik von Stärken und Schwächen, **Problemen**, **Ressourcen**, **Potentialen (PRP)**, Defiziten (idem 1997p; vgl. *Diagramm 3*) wird hier unabdingbar. Das muß auch praktisch in der Therapie zum Tragen kommen: Wie kann der Patient Faktorkombinationen aufnehmen, mit ihnen arbeiten? Man muß die Umsetzung beobachten: Wie kommen die Interventionen beim Patienten an? Dieser wird Kodiagnostiker in seinem Prozeß, wobei ihm die Stundenbögen (Böcker 2000; Petzold et al. 1998, 181) Hilfen geben, den Prozeß zu beurteilen. So entstehen Feedbackschleifen, anhand derer man den Therapieverlauf optimieren kann, der ja eine Synergie der Prozesse der Patientin (wir sprechen von *Viation I*), der Therapeutin (*Viation II*) und ihrer Strategie (*Trajekt*) ist (idem 1988n, 282ff). Derartige auf Prozeßoptimierung gerichtete Strategien und Wirkfaktorenanalysen (Grawe, Regli, Smith, Dick 1999), können gerade auch bei Traumatherapien dazu beitragen, daß die Behandlungen wirksamer werden (Grawe 1999; Dick et al. 1999) und Belastungen, die hier immer wieder auftreten können, optimal aufgefangen werden, denn das *Wohlbefinden* (Graff 1999) ist gerade bei Traumapatienten eine bedeutsame Qualität. Therapien müssen nicht unbedingt „weh tun“ (Smith et al. 1999), und wo sich dies nicht vermeiden läßt – in „moderaten“ Expositionen oder Problemaktivierungen –, gilt es, die Belastungen optimal zu „puffern“, etwa durch Einsatz *supportiver* und *protektiver* Faktoren. Ansonsten gerät die Empfehlung von Konfrontations- und prolongierten oder intensivierten Expositionstechniken (Ehlers 1999; Foa 1997) in die Nähe eines Milgramexperimentes (Milgram 1994), wie es schon für die *Freudsche* Entbehrungsmaxime<sup>25</sup> gesehen werden kann. Die Pflicht des Arztes sei, so meinte *Asklepiades*, „sicher, rasch und angenehm [iucundus] zu heilen“ (Celsus, de medicina III, 4.1). Heute ist aus *ethischen und rechtlichen* Gründen der „client welfare“ wesentlich. Unnötige Belastungen müssen vermieden werden, und dabei können angemessen eingesetzte Wirkfaktoren helfen (Smith et al. 1999). Die von uns verwendete Heuristik der „14 Heilfaktoren“ – das sind positive Wirkfaktoren, denn es gibt natürlich auch schädigende in *iatrogenen Therapien* (Petzold, Orth 1999, 394 ff; Märtens, Petzold 2000) – wurde aus der Analyse von empirischen Untersuchungen zu „common factors“, unspezifischen Wirkfaktoren, weiterhin aus der Analyse von Behandlungsberichten zur Integrativen Therapie und aus entwicklungspsychologischen Longitudinalstudien zu *protektiven* und *Resilienzfaktoren* (Petzold et al. 1993; idem 1995a, 191ff) erarbeitet. Letzteren kommt für die Arbeit mit Traumaopfern/-überlebenden besondere Bedeutung zu. In der Behandlung dieser Population werden die Faktoren 1-3, 6, 13 und 14 besonders in der Anfangsphase der Behandlung fokussiert. Die Faktoren 5, 10, 11, 12 spielen im weiteren Behandlungsverlauf eine größere Rolle. Bei Vorliegen von psychosomatischen Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Verspannungen, Unruhe werden von vielen BehandlerInnen im Sinne einer „bimodalen Therapie“

25 „Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung – Abstinenz – durchgeführt werden ... Wir müssen, so grausam es klingt, dafür sorgen, daß das Leiden des Patienten in irgendeinem wirksamen Maße kein vorzeitiges Ende finde“ (Freud 1919/1975, 244f). Die Begründungen verfangen nicht (vgl. Petzold, Orth 1999, 383ff).

neben der problem- bzw. *konfliktbearbeitenden* Modalität des multimodalen Ansatzes der Integrativen Therapie noch psychophysiologische Entspannungsverfahren (z.B. IDR, *Voutta-Voß* 1998; *Petzold* 2000f) als *übungsorientiert-funktionale* Modalität (idem 1988n, 409ff) eingesetzt. Wo erforderlich, können weitere *Modalitäten*, z.B. eine medikamentös stützende (*Birchler, Petzold* 2000), eine familien- bzw. netzwerktherapeutische (*Hass, Petzold* 1999) eingesetzt werden.

#### 4.1.2 Verlaufsmodelle – konnektivierende Perspektiven

Wirkfaktoren, Strategien, „Wege der Heilung und Förderung“ werden in therapeutischen Prozessen eingesetzt und kommen dann in noch virulenten Traumaprozessen zum Tragen, wirken in die Lebensprozesse der persönlichen Biographien und Konvois (*Noller et al.* 2000) hinein. Diese Perspektive allein schon macht die ganze Komplexität des Geschehens deutlich, und so findet man in der Traumatherapie wie auch in der Psychotherapie unterschiedlichster Ausrichtung eine Tendenz, Lebensgeschehen und Therapiegesehen in seiner prozessualen Komplexität faßbar zu machen, indem man es in *Phasen* oder regelhafte Abläufe gliedert. Natürlich sollten solche Gliederungen nur einen *heuristischen* Charakter haben, Orientierungshilfen bieten für höchst spezifische und individuell zu differenzierende Therapieverläufe. Da diese selbst in sehr differierende Lebensverläufe eingebettet sind (*Rutter* 1988; *Schroots* 1993), können sie niemals in einer standardisierbaren Sequenz ablaufen und sollten deshalb auch nicht in diese Richtung „gestylt“ werden. Aber oftmals betont man feste Regeln und Folgen – sowohl für die Ereignisentwicklung, den Traumaverlauf als auch für Debriefings (*Mitchell, Everly* 1995) oder für Traumatherapien (*Shapiro* 1997) –, die sich an solchen idealtypischen Verläufen orientieren.

Als das bekannteste Modell dieser Art kann das von *Horowitz* (1997, 147) gelten (vgl. weitere Modelle und die Diskussion bei *Filipp* 1999), in dem folgende Séquenz einer „normalen Reaktion“ und einer „pathologischen Reaktion“ angenommen wird:

**Normalreaktion: Ereignis** ⇒ **Aufschrei**: Angst, Trauer, Wut ⇒ **Abwehr**: Vermeidung, sich Erinnerungen zu stellen ⇒ **Intrusionen**: ungebetene Gedanken vom Ereignis ⇒ **Durcharbeiten**: Realität des Geschehens anerkennen ⇒ **Abschluß**: Fortsetzung des Lebensweges.

**Pathologische Reaktion: Überwältigtsein** ⇒ **Panikgefühle oder Erschöpfung** ⇒ **Extreme Vermeidung** ⇒ **Überflutung** ⇒ **Psychosomatische Reaktionen** ⇒ **Persönlichkeitsveränderungen** (*Horowitz* 1997,147).

Derartige Phasenmodelle zu einem „natürlichen Verlauf von Belastungssyndromen“ (ibid. 146) sind problematisch, wenn sie nicht auf umfangreichen und möglichst kulturvergleichenden empirischen Verlaufsuntersuchungen basieren, was bislang beim Modell von *Horowitz* oder anderen Modellen (*McIntosh et al.* 1995) nicht der Fall ist. Dennoch besteht eine Tendenz, solche Phasenmodelle als „natürliche Prozesse“ zu werten (*Butollo, Gavranidou* 1999, 463f) und nicht als grobe Strukturierungsheuristiken, die jeweils nach der individuellen Situation und den Kontextbedingungen verändert werden müssen. Wo immer man auf *Phasenmodelle* (Trauerphasen, Sterbephasen, Therapieprozessphasen) rekurriert – das bekannteste Beispiel sind die „Sterbephasen“ nach *Kübler-Ross* (1969, 1976) – stellt sich bei empirischen Überprüfungen heraus, daß es sich in der Realität um höchst individualisierte, vielfach situativ bestimmte *Trajektorien* handelt (*Glaser, Strauss* 1965a,b, 1968), so daß Phasenmodelle zu Recht kritisch in Frage gestellt worden sind (*Gullo et al.* 1974; *Kastenbaum* 1975; *Pattison* 1978; *Rodabough* 1980; *Spiegel-Rösing, Petzold* 1984; *Weisman* 1974, 1979 a,b). Sie sollten heute sozialpsychologisch untersucht werden, und da ergeben Forschungen

zum Copingverhalten bei Verlusten folgendes: „The view ‚Everyone needs to do grief work‘ is an oversimplification“ (Stroebe, Stroebe 1991, 481; 1993). Bonanno (et al. 1998) kommen aufgrund ihrer großen „San Francisco Study of Conjugal Bereavement“ zu dem Ergebnis: „no support for the assumed necessity of emotional grief work“. Auch mit Blick auf die verbreitete Annahme, Trauer müsse bewußt wahrgenommen und emotional ausgedrückt werden, ansonsten sei mit psychosomatischen Spätfolgen zu rechnen (Canacakis-Canas 1982, 1999; Horowitz et al. 1993; Sanders 1993; Worden 1991), fand sich „keine Evidenz für kumulative oder späte physische Kosten“ durch das Vermeiden emotionalen Ausdrucksverhaltens (Bonanno 1999, 227).

Für ein Modell, wie das von Horowitz (1997) vorgelegte, und die mit ihm verbundenen Annahmen müssen Fragen aufgeworfen werden, was seinen „natürlichen“ Ablaufmodus angeht und seine neurowissenschaftliche Begründung, die bislang nicht versucht wurde. Schließlich sollten derartige Modelle auch historisch rekonstruiert werden: Von der Struktur her handelt es sich einerseits um ein kulturspezifisches abendländisches Trauermodell (Spiegel 1972; Kast 1995), für das wir aufgrund der Analyse von mehr als 1.500 slavischen und griechischen Totenklagen und 480 psychotherapeutischen Trauerprozessen (Canacakis-Canas 1982, 1999; Petzold 1982f) folgenden Verlaufsheuristik eines „integrativen Trauer- und Bewältigungstrajektes“ nach Verlust- und schweren Belastungserfahrungen mit Aufweis möglicher Negativentwicklungen herausgearbeitet haben:

**Trauma, Verlust, Belastung** → trifft auf die *Persönlichkeit* (Selbst, Ich, Identität – stabil bzw. vulnerabel) in gegebenem *Kontext/Kontinuum* (mit Problemen, Ressourcen, Potentialen) und führt zu →

- 1. Schock** (physische und/oder psychische Extremsituation) mit folgenden Möglichkeiten:
  - 1a *Verleugnung*. (Die Faktizität des schmerzauslösenden oder bedrohlichen Ereignisses wird nicht angenommen: „Das kann nicht wahr sein!“) → Negativentwicklung: somatoforme Störungen;
  - 1b *Dissoziation*. (Die Realität oder die emotionale Resonanz auf belastende Ereignisse werden abgespalten, ihre Verarbeitung, Konnektivierung mit anderen Erfahrungen des Selbst, Integration in das Selbst verhindert [Janet 1889; Hilgard 1977; Dweck 2000]: „Das hat mit mir nichts zu tun!“ → Negativentwicklung: PTBS, Dissoziative Störung, MPD);
  - 1c *Übererregung – Hyperarousal*. (Eine Situation permanenter Überforderung [Petzold 1968 a,b] und Übererregung mit psychophysiologischen Streßreaktionen entsteht: „Das ist nicht mehr auszuhalten. Ich dreh durch!“) → Negativentwicklung: psychotische Dekompensation, PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörung;
  - 1d *Apathie – Numbing*. (Ein Zustand der Resignation und Abstumpfung kommt auf: „Mir ist alles egal. Ich fühle nichts mehr!“) Negativentwicklung: → PTBS, chronischer Verlauf.
- 2. Kontrolle** (physisch und/oder psychisch gesteuerte Belastungssituation) mit folgenden Möglichkeiten:
  - 2a Das Individuum versucht, durch Willensanstrengung seine Regungen, Empfindungen, Gefühle und Äußerungen „in den Griff zu bekommen“, den „locus of control“ bei sich zu halten [Flammer 1990] → Negativentwicklung: Somatisierung, Ängste, Depressionen, Zwangsstörungen;
  - 2b es versucht, seine Umgebung zu kontrollieren → Negativentwicklung wie 2a;
  - 2c es versucht, seine Ressourcen zu mobilisieren und zu nutzen → bei Erfolg keine Negativentwicklung;
  - 2d Die äußeren, sozial vorgegebenen Rituale, Verhaltensklischees, die Notwendigkeiten des Alltags und die Potentiale sozialer Unterstützung werden wirksam und können genutzt werden → wie 2c;
- 3. Turbulenz** (physisch und/oder psychisch labilisierte Belastungssituation) mit folgenden Möglichkeiten:
  - 3a Ausbruch in Vorwurf → Fixierung: Hader, Haß, Negativismus;

- 3b Ausbruch in Verzweiflung → Fixierung: Resignation, Verbitterung, Ohnmacht, Hilflosigkeit;
- 3c Ausbruch in Schmerz → Fixierung: Depression, Antriebs- u. Willenlosigkeit, Somatisierung;
- 3d Willensentscheidung, zu überwinden, Abschied zu nehmen → keine Fixierung;
- 4. Restitution** (physisch und psychisch neu regulierte Situation):
- 4a Annahme der Faktizität des Verlustes, emotionaler Vollzug des Abschieds, Aussöhnung/Versöhnung [Petzold 1988n, 224f, 231f];
- 4b Kognitive Übersicht über die verbleibenden Möglichkeiten und ihre Vernetzung;
- 4c Situationsinterpretation, Bewußtwerden der daraus folgenden Konsequenzen, Neuentwürfe;
- 4d Willensentscheidung zur Neuorientierung und deren Umsetzung.

Diagramm 5: Variable Verlaufsheuristik von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen (Josić, Petzold 1995, nach Petzold 1982f, 344)

Dieses Modell eines variablen *Trajektes*, d.h. einer variierbaren Verlaufsbahn, hat natürlich *heuristischen* Charakter. Die einzelnen Trajektstrecken (früher sprach man von Phasen oder Unterphasen) können unterschiedliche Charakteristik aufweisen, stärker oder weniger ausgeprägt auftreten oder zum Teil ganz fehlen. Die Bewertungen der Phänomene muß mit den Betroffenen unter Berücksichtigung ihrer subjektiven Theorien und kulturellen Eigenheiten diskursiv/narrativ erarbeitet werden. Es ist möglich, daß eine *Fixierung* in einer der aufgeführten Trajektstrecken stattfindet, jemand also in der Verwirrung des Schocks bleibt, in der Haltung der Verleugnung, in fixierten Dissoziationsphänomenen, in der emotionalen Lage des Grolls, der Verzweiflung, des Schmerzes, was in eine *chronifizierende* Verbitterung, Resignation, Depression, Somatisierung übergehen kann. Derartige pathologische Verläufe in der Turbulenzstrecke könnten ein *Abschied-Nehmen* – das ist ein *Nehmen*, Hineinnehmen der Erfahrung in die Lebens-, Welt- und Selbstinterpretation des Subjekts – verhindern oder eine *Aussöhnung* mit einem schlimmen Schicksal bzw. *Versöhnung* mit einem Menschen (der erwachsene Sohn mit seinem einstmals gewalttätigen Vater) aufgrund von Versöhnungsarbeit und Durchlaufen spezifischer Trauertrajekte (vgl. Petzold 1988n, 224ff). Eine *Neuorientierung* aufgrund fehlender Konnektivierungs- und Integrationsleistungen kann blockiert werden, was die Perpetuierung von Abspaltungen, malignen Dissoziationen und anderen Symptomen zur Folge haben *kann*, nicht muß. Deshalb ist in diesen Prozessen therapeutische Unterstützung wesentlich, die emotionale und kognitive Bewertungen steuern hilft, Selbst- und Identitätsprozesse konstruktiv zu beeinflussen vermag – und hier hat der Integrative Ansatz zahlreiche Möglichkeiten kreativer und narrativer Arbeit entwickelt (Petzold 1991o, 1999c, k, q; Müller, Petzold 1998, 1999).

Ein solches Modell der *Verarbeitung von Belastungs- und Verlusterfahrungen* mit seinen kognitiven, volitionalen, emotionalen und sozialen Dimensionen in Form eines *Trauerprozesses* zeigt äußerst variable Verlaufsmöglichkeiten, die sehr von kulturellen Mustern und persönlichen Bedingungen, Vulnerabilitäten, Bindungsintensitäten, Copingerfahrungen, kognitiven Problemlösungsmustern, emotionaler Tragfähigkeit und volitionaler Kraft, von sozialer Unterstützung, Ressourcen und Potentialen etc. (Petzold 1997p) bestimmt sind. Die vielfältigen Prozeßvaria-

blen, die in *nonlinearer* Weise in dynamischen Systemen (Haken, Mikhailov 1993; Kelso 1995; Petzold et al. 1994; Schiepek 1999) *konnektiert* sind (Parks et al. 1991; Petzold 1994a; Ellis, Humphreys 1999), eröffnen die Möglichkeit für höchst individualisierte und spezifische Phänomene, Prozesse und Bewertungen. So können *Kontrolle*, *Turbulenz*, aber auch *Verleugnung* oder *Dissoziation* – etwa im Lichte der Neodissoziationstheorie von Hilgard (1992; Spiegel 1994) betrachtet – keineswegs nur oder vorwiegend als pathologische Reaktionen eingestuft werden (Bremner, Vermetten et al. 1998, 372f), sondern können auch in normalen Situationen der Anregung oder des Stresses auftreten. Deshalb sind typifizierende Verlaufsmodelle mit Vorsicht zu betrachten, auch wenn sie in Debriefing-Formularen (Mitchell, Bray 1990), Trauerprozeß- (Lindemann 1944) und Traumaverlaufsmodellen (Horowitz 1997) oder Traumabehandlungsprogrammen (Shapiro 1995) immer wieder vorgetragen werden, in Erklärungs- und Interventionsmodellen also bzw. in ihrer Verschränkung (das eine begründet sich oft zirkulär mit dem anderen). Dabei läßt sich in der Grundstruktur der verschiedenen Ansätze ein dem klassischen Drama, besonders der Tragödie, entstammendes „*dramatisches Krisenmodell*“ (Petzold 1976b) entdecken, in dem auch die aristotelische Katharsistheorie wurzelt:

In den Gegebenheiten des Lebens taucht 1. ein problematisches Ereignis auf (*προτασις*, vgl. *προπεινω*, einer Gefahr aussetzen), z.B. eine Noxe, ein Trauma. Das führt 2.  $\Rightarrow$  zu einer Destabilisierung des Lebens, in Turbulenzen, einen durch hohe Emotionalität, hektische Bewältigungsversuche, Dissoziationen oder Vermeidungen gekennzeichneten krisenhaften Verlauf, der auf einen Höhepunkt bzw. Wendepunkt (*κρσις, περιπετειω*) zutreibt, wo es dann bei gelingender Problembearbeitung und Hilfe 3.  $\Rightarrow$  zu einer rettenden Lösung (*λυσις*) kommt, bei mißlingender Bearbeitung und ausbleibender Hilfe aber zu einer vernichtenden Zerstörung (*καταστροφη*) der Person und ihres Lebens (Petzold 1976b, 1982a, 17f). Ein solcher Verlauf ist häufig, aber keineswegs zwingend.

Janets (1889, 1904, 1909, 1919) integratives Behandlungsmodell des Kontrollierens und Bearbeitens der emotional überflutenden, traumaphobischen und dissoziativen Phänomene, um diese einer „*synthesis*“ zuzuführen (idem 1909, 145), sie zu integrieren, ist von dem *dramatischen Modell* genauso imprägniert wie *Freuds* (1914g) „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“. Dabei darf man die Unterschiedlichkeit der Konzeptualisierung, die *Janet* mit seinem höchst modernen Dissoziationskonzept gegenüber *Freuds* Verdrängungstheorem aufweist (van der Kolk, van der Hart 1989, 1991; Nemiah 1989, 1997), nicht übersehen, denn das Verdrängungsmodell wird durch die moderne Gedächtnisforschung nicht sonderlich gestützt und neu diskutiert (Bremner, Marmar 1998, 114-116; Erdelyi 1994, 1998; Loftus et al. 1994, 1995; Schacter 1993, 1999, 376ff; idem et al. 1995 a, b; Singer 1990; Singer, Salovey 1993).

Das „*dramatisches Krisenmodell*“ und die mit ihm oft verbundenen Theoreme der „*kathartischen Abreaktion*“ (Scheff 1983) sowie der Verluste oder Beschädigungen *durcharbeitenden* „*Trauerarbeit*“ (Freud 1917e; Bowlby 1980), die sich mit der Noxe, dem Verlust, dem Trauma *konfrontiert* und den „*critical life event*“ *losläßt*, finden sich – offen oder verdeckt – in der Mehrzahl der psychologischen Traumatheorien und -therapien (Fischer, Riedesser 1998; Herman 1993; Horowitz 1997; Shapiro 1995). Dabei muß vermerkt werden, daß diese Modelle, wie von verschiedenen

Autoren gezeigt wurde (Bonanno 1999; Petzold 1982f), in hohem Maße kulturspezifisch sind, d.h. von kulturellen Wertungen zu Tod und Trauer abhängen – die Ergebnisse der San-Francisco-Studie mit ihren eher flachen Trauerprozessen (Bonanno et al. 1995), das Dominieren des Momentes der Kontrolle im *integrativen Trauertrajekt* (s.o.) sind durchaus als Phänomene der modernen Technologiegesellschaften mit ihren variablen lifestyles (Müller, Petzold 1999) zu sehen. In Mexiko und Südamerika, China, Südostasien, bei afrikanischen Völkern, aber auch im süd- und ostslawischen Kulturkreis (Gonzales-Crussi 1991; Mandelbaum 1959; Petzold 1970II; Price, Price 1991; Sejn 1896, 1898; Spiegel-Rösing 1992) wird der Tod weniger endgültig gesehen, die Bezüge zu den Verstorbenen bleiben unmittelbarer, Humor, Kreativität, Feier, Lebensorientierung dominieren, die soziale Dimension des Ereignisses und seiner Verarbeitung sind stark ausgeprägt, was zu anderen emotionalen Bewertungen (*valuation*), kognitiven Einschätzungen (*appraisal*) und sozialen Verarbeitungsformen (*collective coping*) in der Bewältigung von Verlusterfahrungen führt.

#### 4.1.3 Der „informierte Leib“ – „Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungszyklen“

In der Integrativen Therapie steht das Konzept der „Leiblichkeit“ zentral (Petzold 1985g). Der Leib wird zugleich als Subjekt und Objekt der Erkenntnis gesehen. „Ich bin der Erkennende und zugleich der Erkannte, der Interpretierende und Interpretierte, konstituiere mich selbst, mein Selbst, im Prozeß des Erkennens, Erkanntwerdens, Auslegens“. Die hiermit verbundenen epistemologischen Probleme erfordern eine metahermeneutische Vernetzung von Wissensbeständen (idem 1998a, 135ff), die Konnektivierung einer „doppelten Perspektive“:

1. Ein *phänomenologisch-philosophisches Verständnis* (G. Marcel, M. Merleau-Ponty, H. Schmitz) sieht den **Leib** des Menschen als eine den biologischen **Körper/Organismus** überschreitende, personale körperlich-seelisch-geistige Ganzheit, als **verkörpertes Subjekt** (*sujet incarné*, Leibsubjekt), das Phänomene [Information] wahrnimmt, dekonstruiert (J. Derrida), hermeneutisch interpretiert (P. Ricoeur), d.h. Information verarbeitet. 2. Ein modernes, *neurobiologisches und psychophysiologisches Verständnis* (K. Goldstein, G. Edelmann, A. Damasio, F. Varela, J.-P. Changeux) sieht den biologischen **Körper/Organismus** des Menschen nicht nur als biochemische und bioelektrische Funktionseinheit, sondern er ist mit seinem Wahrnehmungs-/Handlungs-System, das beständig Information bereitstellt (Decety 1999), seinem Gehirn und dessen präfrontalen Strukturen, die als „Diversitätsgenerator“ (Changeux 1984) beständig Information verarbeiten, ein *verkörpertes Selbst* (*embodied Self*). Dieses geht hervor aus der strukturellen Interaktion zwischen Cerebrum, Soma und Welt im Organismus als einem „Generator von Emergenzen“ (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994, 553ff). In diesen und durch diese „Emergenzen“ (Bunge 1977, 1986; Smolensky 1988; Varela et al. 1992) inkarniert sich in beständigen „transformativen Konfigurierungen“ von Information auf unterschiedlichen Komplexitätsniveaus (Petzold et al. 1994, 555f) *Geist als embodied mind*. Die Aussage von Damasio (1997, 299): „es ist der ganze Organismus und nicht nur das Gehirn oder der Körper allein [der sc.] mit der Umwelt interagiert“, wird damit, das Organismuskonzept überschreitend, *subjekttheoretisch* zugespitzt: der neuronale Apparat ist in der Lage, „Subjektivität hervorzubringen“ (ibid. 322), durch ein „neuronales Selbst“ (ibid. 313ff). Der Sache nach finden wir eine solche Position schon bei einem der Gründerväter einer „embodied cognitive perspective“, Maurice

Merleau-Ponty (1945, vgl. Varela et al. 1992), in dessen Tradition im Integrativen Ansatz konzeptualisiert wird.

Die Verschränkung von Körper/*biology*, Geist/*cognitivity*, Welt/*ecology* unter der aufgezeigten „doppelten Perspektive“ im **Leibsubjekt als „informiertem Leib“** bietet eine gute Grundlage für eine integrierte Position zum „body-mind problem“, vielleicht zum Bewußtseinsproblem (Bunge 1986; Metzinger 1995; Churchland 1994; Dennett 1994). Es eröffnen sich Verbindungen von kognitiver und körperorientierter Sicht (Damasio 1997; Edelman 1988; Kosslyn, Koenig 1992; Johnson 1992; Lakoff 1987) und damit von kognitions- und emotionsorientierter Psychotherapie und körperorientierter Therapie, wie sie uns im Bereich der Psychotraumatologie und Traumatherapie unverzichtbar erscheinen. Es ist ja der leibhaftige Mensch, der schlimme Informationen, Traumatisches als Person „am eigenen Leibe“ erfährt.

Der **Leib** wird im integrativen Ansatz der Traumatherapie als der *ultimate Ort der Gewalt* angesehen, *der Leib*, der gefoltert, mißhandelt, eingekerkert, getötet wird (Petzold 1986b; Foucault 1978, 1998; Dauk 1989). Der Leib ist vor dem Hintergrund der „doppelten Perspektive“ zu sehen als die Verschränkung von *materieller* Wirklichkeit (Körper/Physiologie) und *transmaterieller* Realität (Psyche/Kognitionen, Emotionen, Volitionen, vgl. Petzold, van Beek, van der Hoek 1994, 551-560; idem 1988n, 187-193). Im „memorativen Leib“, im „Leibgedächtnis“ (ibid.) – und das sind neuronale und immunologische Archive (ibid. 191ff; Damasio 1997, 2000) – sind alle *Eindrücke und ihre eigenleibliche Resonanz* aufgezeichnet. Der Schlag trifft den Rücken, er krampft sich zusammen, der Schmerz brandet auf – all das wird archiviert. „The body keeps the score“, der Titel dieses berühmten Textes von B. van der Kolk (1994, repr. dieses Buch) gibt die in der Folge von Merleau-Pontys (1966) Leibbegriff entwickelte Konzeption des „Leibgedächtnisses“ (Petzold 1981h) in der Integrativen Therapie wieder. Das „*sujet incarné*“ gründet im „*informierten Leib*“ (idem 1988n, 192; van den Berg, Schuurbijs 2000; van der Zwaard 2000; Hermant 1989), der autobiographisches Gedächtnis ist (nicht hat!). „Unsere autobiographischen Erinnerungen ... das einzige, was wir von der Wiege bis zum Grabe tragen“ (Schacter 1996, 118). Neuere Entwicklungen einer Annäherung von Psychoanalyse und Kognitionswissenschaften (Leutzinger-Bohleber, Pfeifer 1998) scheinen tentativ in diese Richtung einer „*embodied cognitive sciences*“ zu gehen.

Durch traumatische Einwirkungen kann es zur Ausbildung einer „*traumatic stress physiology*“ kommen, deren Prozesse allmählich immer besser verstanden werden (Yehuda 1997 und insgesamt Yehuda, McFarlane 1997) und die mit anderen Streßzuständen, „*hassles*“ oder „*hyperstress*“ (Chrousos et al. 1995; Hüther 1999; Gottlieb 1997) Gemeinsamkeiten oder auch Unterschiede aufweisen (vgl. supr. 2) und neben physiologischen und immunologischen Wirkungen auch Gedächtnisprozesse nachhaltig beeinflussen (LeDoux 1996; Schacter 1999), insbesondere eine Dissozierung von *prozeduralem* und *deklarativem* Gedächtnis (Petzold 1968b; Williams, Banyard 1999). Van der Kolk u.a. haben diese Prozesse dargestellt, und Ergebnisse aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren (van der Kolk et al. 1997; Rauch, Shin 1997) stützen diese

Positionen. Diese Erkenntnisse haben für die Erarbeitung von spezifischen *Sonderformaten* für die Traumatherapie große Bedeutung und bestätigen unser Behandlungsmodell, zumal sie für den konzeptuellen Rahmen der Integrativen Therapie, insbesondere ihre elaborierte Gedächtnistheorie (idem 1968b, 1992a, 700-722) und ihr Verständnis „autobiographischen Memorierens“ (Petzold, Orth 1993a, 127-133; Conway 1990) als *Lebenschronik* eine hohe Anschlußfähigkeit besitzen und unsere Praxis stützen. Da an anderem Ort (Petzold 2000f) diese Konzepte dargestellt sind, sollen hier die Kerngedanken kurz umrissen werden:

Aus der modernen neurophysiologischen Forschung ist bekannt, daß traumatische Ereignisse einen anderen Verarbeitungsweg im zentralen Nervensystem nehmen als Alltagserlebnisse. Es finden sich (z.B. bei PET-Untersuchungen, van der Kolk et al. 1996, 1997) Hinweise darauf, daß eine Hyperaktivierung des Amygdalabereiches im Limbischen Systems des Gehirns stattfindet (Davidson et al. 1997; LeDoux 1996) und die normale kognitive Verarbeitung über den Hippocampusbereich und den präfrontalen Kortex des Gehirns beeinträchtigt stattfindet. Die Sinnesindrücke des traumatischen Ereignisses scheinen als „zersplitterte“ *Empfindungserinnerungen* und die Ereignisabläufe z. T. als inkohärente *scripts* in den entsprechenden Gedächtnisarealen gespeichert zu werden. Die bei normalem Ereigniserleben übliche Integration ist beeinträchtigt bzw. findet nicht statt. Diese „*traumatic stress physiology*“ macht viele Erscheinungen des Traumas verständlich: die Wortlosigkeit, die Auslösung von *flashbacks* durch bestimmte optische oder akustische Trigger, das plötzliche Auftreten von Schmerzzuständen und Mißempfindungen. Bei chronischem posttraumatischem Streßsyndrom kann es sogar zu neuroanatomischen Veränderungen, z.B. atrophischen Phänomenen des Hippocampus, kommen (Bremner et al. 1995; McEwen 1997; Stein et al. 1997), vermutlich als Folge einer chronischen Verarbeitungsstörung und der physiologischen Dysregulation mit ihren immunologischen Konsequenzen.

Traumatherapie muß daher dazu beitragen, die „*traumatic stress physiology*“ „*bottom-up*“ (z.B. durch Medikation und/oder Körper- bzw. Bewegungstherapie) zu beeinflussen und „*top-down*“ durch kognitives, emotionales und volitives „*modeling*“ die verschiedenen gespeicherten Sinneseindrücke und Scriptfragmente zusammenzuführen, unterbrochene persönliche *Interpretationsprozesse* wieder zu ermöglichen. Wahrscheinlich ist es auch notwendig, daß sie verbalisiert werden, um einer sprachlichen Verarbeitung zugänglich zu werden und in die Erfahrungsbestände des „narrativen Selbst“ (Petzold 1992a, 690f; Nelson 1989, 20; Stern 1989, 318), das „autobiographische Gedächtnis“ (Granzow 1994), einzugehen, damit sie für die Selbst- und Identitätsprozesse des Subjekts zur Verfügung stehen.

Die *Traumaphysiologie* ermöglicht für die extreme Belastungssituation ein effektives  *coping* bzw. *acting*. Sie schaltet langwierige Verarbeitungsprozesse höherer zerebraler Zentren herunter und gibt archaischen und direkt mit Handlungsmöglichkeiten operierenden Notprogrammen Raum. Was „kopflös“ wirkt, ist an sich in der Gefahr vielleicht lebensrettend. Die normalen Regulationsprogramme werden „auf Zeit“ sistiert, sollten aber nach „Entwarnung“ und Erholung wieder operativ werden. Bei PTBS kommt es aber nicht zu einer solchen Restitution.

Die normalen Regulationsprinzipien, wie sie im Modell der Integrativen Therapie konzeptualisiert werden, sollen kurz umrissen werden, denn ihre traumabedingte Dysregulation muß wiederhergestellt werden:

▮ Die Wahrnehmungen von Subjekten sind mit ihren Handlungen unlösbar verschränkt (J. Gibson 1979; Decety 1999). Menschen sind in Kontexte eingebunden, die affordances, Verhaltensmöglichkeiten für sie bereit halten (Reed 1988). Multidimensionales, sinnlich-leibliches (visuelles, akustisches, olfaktorisches, taktiles, propriozeptives etc.) *Wahrnehmen* bildet mit *Verarbeitungs-* und *Handlungsprozessen* und ihren atmosphärischen, szenischen, aktionalen, emotionalen, volitiven und kognitiven Komponenten bzw. Ebenen eine interaktive, synergetische Ganzheit, ein **Synergem**.

▮ Als solche Synergeme werden „**Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Einheiten**“ (WVHs) psychophysiologisch gespeichert, archiviert als „In-formation“ von verschiedenen Organisationsniveaus (Petzold et al., 1994, 554f.), vom biochemischen Erregungsmuster bis zur „mentalen Repräsentation“, die keineswegs nur imaginal oder sprachlich ist.

▮ Aus dem Fundus der Information werden in beständigen Prozessen der „transformativen Konfigurierung“ von Information (ebd., 556ff.) *Strukturen* – man kann auch von *Schemata* sprechen – von unterschiedlicher Komplexität gebildet. Dabei fließt jede Prozeßdimension mit in die Strukturbildung ein – *beides*, Prozeß und Struktur werden archiviert. *Strukturen* sind daher in sich ebenso multidimensional wie die archivierten **Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Einheiten**, aus denen sie hervorgingen. Als Synergeme von multipel vernetzten, nicht scharf trennbaren Dimensionen/Komponenten bilden sie eine *funktionale Einheit*.

▮ *Strukturen/Schemata* als vielfältig vernetzte informationale Operationseinheiten repräsentieren die gesamte gespeicherte Information des Leibes. Informationen sind in jeder Strukturdimension nach nicht-linearen Regelmäßigkeiten (Kelso 1995), Gemeinsamkeiten, Bezügen etc. geordnet. Gespeicherte Information kann via Strukturbildung und -nutzung rasch und effizient handlungswirksam werden. Das weist auf den evolutionsbiologischen Hintergrund, auf dem auch die Multidimensionalität der *Strukturen* verstehbar wird: auf phylogenetisch primitiver Stufe sind es allein molekularbiologisch konfigurierte, genetische *Strukturen*, die Informations-Verarbeitung und damit Verhalten bestimmen. Mit zunehmender Lernkapazität auf höheren Stufen werden aus individuell aufgenommenen und gespeicherten *Informationen* einfache mentale *Strukturen* (Schemata) konfiguriert, die die genetischen ergänzen. Phylogenetisch frühe Schemata steuern das Verhalten auf physiologischer Ebene (Propriozeption, Sensusmotorik, Lokomotion, Orientierung), einem basalen Niveau der Konfigurierung von Information. Erst die Evolution emotionaler und kognitiver Fähigkeiten als *Emergenzien* immer komplexerer Informationsverarbeitungs- und Konfigurierungsprozesse brachte diese Ebenen in die *Strukturen* bzw. Schemata „höherer Ordnung“ (Petzold et al. 1994, 554) hinein. Dabei finden emotionale Bewertungen (*valuations* – keine reflexiven *appraisals*) von Wahrgenommenem auf vielen Ebenen statt: taktil, geruchlich, bildhaft, szenisch, und zwar stark emotional markiert (*marking*), was in der Synergie hochintelligent und intuitiv wirkt. Katzen, Wölfe, höhere Säuger „denken“ emotional (mit dem limbischen System, Ademas 1978, 1991), ja man könnte sagen: *Gefühle sind Arche- oder Paläokognitionen* (Bischof 1987, 87ff). Höhere Kognitionen (z.B. Reflexivität, Metakognitionen) sind aber allenfalls in Ansätzen da, auf jeden Fall weniger als bei Menschenaffen/Schimpanzen (Boesch & Boesch 1984; Premack, Premack 1983). Die Biologie wie auch neuere Forschung zum kognitiven Unbewußten (Perrig, Wippich, Perrig-Chiello 1993) zeigen, wie leistungsfähig die subkognitiven Struktur-Dimensionen sind – auch bei Menschen (vgl. Diagramm 7). Das wird in „emergency reactions“ bei traumatischem Streß deutlich, wo basale Amygdalareaktionen Informationen so *markieren* (*marking*), daß differenziertere *emotive Bewertungen* (*valuations*) im Hippocampus und komplexe *kognitive* und *metakognitive Einschätzungen* (*appraisal*) im präfrontalen Cortex massiv von archaischen Reaktionen beeinflusst werden (LeDoux 1996; van der Kolk 1994; Petzold 1997a, 449f). Die kognitive Strukturebene ist beim Menschen besonders ausgeprägt. Wie die Gehirnanatomie und Psychophysiologie selbst wird die „Anatomie“ und Physiologie der *Strukturen/Schemata* des personalen Leib-Subjekts erst im phylogenetischen Blick verständlich (Edelman 1987, 1996).

- ▶ Neue Umweltangebote an Wahrnehmungen (*affordances*) treffen auf das ganze Set bisheriger Strukturen, so daß dann im **WVH**-Prozeß mehrere Strukturen aktiviert, abgerufen und aktuell wirksam werden (*effectivities*, Michaels 1992). Die „prozessuale Aktivierung“ geschieht über einzelne Struktur-Dimensionen modular und holographisch: z.B. kann die Wahrnehmung eines Geruchs (z.B. Brand-, Blut- und Leichengeruch, Sexualpheromone, vgl. Vroon et al. 1996) – wahrgenommen durch das Riechen – über die „olfaktorische“, d. h. im olfaktorischen Gedächtnismodul (Engelkamp 1990) archivierte Ebene einer Struktur diese als Ganze (als ganze „Szene“) aktivieren, bis hin zu ihren *motorischen Performanzen*, *emotionalen Resonanzen* und *kognitiven Inhalten* (z.B. „Brandgeruch → Feuer → Gefahr! → Lauf zum Teich!“). In Abhängigkeit von der eintreffenden Stimulusvielfalt werden Strukturen simultan in ihren verschiedenen Dimensionen oder durch bzw. in Abfolgen (Induktion) aktiviert, jedoch normalerweise über modulare Aktivierungen (z.B. nur olfaktorisch) hinausgehend, *holographisch als ganze funktionale Einheit*.
- ▶ In allen Dimensionen einer *aktivierten Struktur* laufen Bewertungsprozesse ab: multiple Stimulierung, leibliche und atmosphärische Eindrücke werden leib- und atmosphärenbezogenen bewertet und aktivieren weitere Strukturen bzw. Strukturdimensionen, wenn die Eindrücke als passend (als „matches“) taxiert werden.
- ▶ Fragen wir Patienten bzw. Traumabetroffene mit einer bestimmten (durch eine Intervention oder *in vivo* Exposition) *aktivierten Struktur* nach ihren Bewertungen, Einschätzungen, Befürchtungen, Annahmen und Überzeugungen, so wird für uns in einer auf Verbalisation orientierten Außenperspektive in den Antworten vorwiegend die *kognitive* Strukturdimension erkennbar. Begrenzen wir unseren Blick auf sie (wie bei vielen kognitivistisch orientierten Therapeuten), so entgehen uns die Multidimensionalität der Struktur bzw. der strukturellen Vernetzungen, ihre polyästhetischen Qualitäten und mit ihr die auf anderen, meist basaleren Ebenen interaktiv laufenden Bewertungsprozesse (*marking, valuation, appraisal*, vgl. Diagramm 7), die Einfluß auf die operativen Kompetenzen und Performanzen der Person haben, ihre Selbstprozesse und Identitätsinszenierungen.
- ▶ *Strukturen* sind neurophysiologisch bzw. psychoneuroimmunologisch nicht abgekoppelt von mental archivierten lebensgeschichtlichen Erfahrungen (Damasio 1996, 2000), aus denen sie entstanden sind (vergängerer und aktueller Kontext, Leib- und Persönlichkeitserleben). Bei einer *aktivierten Struktur* ist immer ein Teil dieses Archivs – wir sprechen wie gesagt von „Leibgedächtnis“ – vor-, mit- oder wachbewußt mitaktiviert, das heißt bewußtseinsfähig (Petzold, 1992a, 267) und durch Nachfrage zugänglich: Das Herz klopft wild bei der Erinnerung, Übelkeit oder Atembeklemmung kommen auf „wie damals“ beim Bombenangriff. Das „Leibgedächtnis“ schließt das „autobiographische Gedächtnis“ ein (Conway 1990; Granzow 1994; Schacter 1999), zu dem auch archivierte frühere Selbstbilder, ja Persönlichkeitsschemata gehören. Die subjektive Erfahrung wird bei einer „*aktivierten Struktur*“ nicht durch diese allein und ihren aktuellen „*aktivierenden Kontext*“ (z.B. eine Beziehungskonstellation mit dem Therapeuten) bestimmt, sondern in erheblichem Ausmaß von Erinnerungen (d. h. auch von erinnerten, „*aktivierenden Kontexten*“), die, auch wenn sie subliminal bleiben (wie z.B. bei Übertragungen), mitaktivierend wirken. Bei *dysfunktionalen*, eventuell „*malignen*“ Strukturen (z.B. PTBS-Folgen) wird die Wiederholung der Erfahrungen in allen Einzelheiten befürchtet, bei *funktionalen*, „*benignen*“ Strukturen werden Wiederholungen erhofft. Relevante frühere Erfahrungen, wie besonders traumatische, werden *wie eine Folie* auf die gegenwärtige Situation gelegt, „übertragen“. Scripts werden „überschrieben“ oder „abgelegt“ (nicht gelöscht) und durch neue „ersetzt“ oder ergänzt. So können bedrohliche Ereignisse, Szenen, Personen durch ihre mnestische Aktivierung „unsichtbar gegenwärtig“ sein, zu Realitätsverkennungen führen. *Aktivierte Vergangenheit ist pure Erlebnisgegenwart*, was aber keineswegs heißt, daß das Aktivierte mit der einstmalig erlebten Vergangenheit gänzlich *homolog* ist. Es handelt sich um „Strukturgerüste“ (Arnheim 1978; Petzold 1990b, 680ff) von Erfahrungen, qualitative und strukturelle Ähnlichkeiten.
- ▶ Gespeicherte Erfahrungen nehmen so durch ihre Koppelung mit den *Strukturen in vivo* hier und heute direkten Einfluß auf psychisch *gesundes* und/oder *krankes* Erleben und Handeln. Daraus muß gefolgert werden, daß es neben disponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren auch übergreifende Einflüsse gibt, die stets *mit* eine Rolle spielen.

Die Aktivierung einer dysfunktionalen Struktur und das Wiedererleben relevanter, ungueter Erfahrungen (aus Vergangenheit oder gegenwärtigen Kontexten) allein ist nicht veränderungswirksam. Erst das Zusammentreffen mit *korrektiven bzw. alternativen Erfahrungen* in der „**prozessualen Aktivierung**“, die jetzt, in unmittelbarer Neuerfahrung gemacht werden, bildet neue funktionale Strukturen, die mit den bisherigen in Verbindung (*Konnektierungen*) kommen. Diese Verbindungen können unterschiedlicher Art sein. Alte, nicht mehr funktionale Strukturen können jedoch sowenig „gelöscht“, oder abgebaut werden wie entsprechende Erinnerungen. Auch wenn gute neue Erfahrungen und Strukturen die alten, dysfunktionalen ergänzen oder in ihrer Wirkung abschwächen (*quenching*), haben wir nie eine Garantie gegen Rückfälle. Letztlich heißt das, vorhandene *singuläre Strukturen* können wohl nicht oder kaum nachhaltig verändert werden, wohl aber das im *Netzwerk konnektivierte Struktur-Gesamt* und damit die Intensität von Wirkungen, die Aktivierungsverläufe und unsere Kompetenz, diese zu steuern.

#### 4.1.4 Traumaphysiologie, „Hermeneutik des Subjekts“ und Identitätsprozesse

Vor diesem Hintergrund ist der traumatherapeutische Ansatz der Integrativen Therapie zu sehen. Trotz biospsychologischer Argumentation (vgl. 2.2.1, 4.1.3) und Rekurs auf das Denken Gibsonischer ökologischer Psychologie und *dynamic systems theory* (Haken 1984; Kelso 1995; Vallacher, Nowak 1997) wird hier keiner biologistischen Position das Wort geredet, sondern ein *metahermeneutischer* Standpunkt vertreten (Petzold 1998a, 153), der einer Hermeneutik, die sich in der Konnektivierung von Perspektiven, in Mehrebenenreflexionen – die „Beobachtung des Beobachtens“ (Luhmann 1992) mit der „Interpretation ihres Interpretierens“ *dekonstruktiv* überschreitend (Derrida) – selbst in den Blick nimmt und die neurowissenschaftlichen und biologischen Grundlagen und Voraussetzungen ihres Reflektierens noch mitzureflektieren bereit ist. Es geht um die Wiederherstellung der **Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsprozesse**, wie sie (im folgenden von uns stark schematisiert beschrieben) in normalen und moderaten Belastungssituationen ablaufen – und das sind letztlich auch die zentralen Prozesse der Selbst-, Welt- und Lebensinterpretation, der Konstitution einer persönlichen Biographie, Identität und der kulturellen Arbeit:

Im Prozeß des **Wahrnehmens** gehen perzeptuelle *Informationen* über die Sinnessysteme – wir bezeichnen sie in phänomenologischer Begrifflichkeit als den „*perzeptiven Leib*“ (Petzold 1988n, 191ff) – in den *Thalamus* als Verteilerzentrale, dann in einem Hauptstrom von Information zur *Amygdala* (ein anderer Strom geht zum Präfrontalen Cortex). Die Amygdala ist ein phylogenetisch altes Regulations- und Gedächtnissystem, das die Information einer groben Überprüfung unterzieht, um zu einem **Erfassen** ihrer Qualität zu kommen und sie aufgrund von z.T. atavistischen Kennmerkmalen (Schlangen, Spinnen, Rauch) oder biographisch erlernten Kenngrößen (Habitat, Nahrung, Sozialverhalten) basal-emotional zu klassifizieren (Damasio 1997, 238; 2000) und physiologisch zu markieren (*marking*), z.B. eßbar/nicht-eßbar, gefährlich/sicher. Werden Gefahren erkannt, indem durch die eingehende Information *retrievals*, Wiedererkennungsgreaktionen „aufgerufen“ werden, so werden physiologische Notprogramme angeworfen, die eine selbstverstärkende Reaktion haben, denn es ist Funktionsprinzip unseres Organismus, „die Außenwelt durch die Veränderungen zu repräsentieren, die sie im Körper hervorrufen“ (idem 1997, 306). Der Körper tritt in Aktionen ein (Agression, Flucht, Arbeit), deren

Bewegungen, Mimik, Gestik, Atmung usw. und deren Physiologie weitere neurohumorale Information generieren (*movement produced information*), durch welche das laufende Geschehen intensiviert wird (Hüther 1999). Bei Extremgefahr wird die Informationsweiterleitung an den *Hippokampus* beeinträchtigt, sistiert bzw. blockiert. Der *Hippokampus* bearbeitet ansonsten die von den Mandelkernen weiterbeförderte Information kontextualisierend, indem er sie mit gespeicherten Erinnerungen – auch Erinnerungen an Emotionen – abgleicht und anreichert, so daß auch das Erfassen komplexer wird. Fungierende *Rekognitionen* (*prozedural*) und intentionale Memorationen (*deklarativ*) wirken zusammen (Petzold 1992a, 715ff). Diese komplexen Gedächtnisleistungen von Amygdala und Hippokampus bezeichnen wir als „*memorativen Leib*“ (Petzold 1988n, 191ff): In seine Arbeit gehen immer auch die mitaufgerufenen körperlichen Erregungszustände, „eigenleibliches Betroffensein und Spüren“ (Schmitz 1990) mit ein, „soma-motorische“ Informationen (Damasio 1997, 308), „*movement produced information*“ (Warren 1988; Kelso 1995) aus dem Ausdrucksverhalten, dem „*expressiven Leib*“, was zu weiterem Input aus dem Leibgedächtnis führt. Kognitive und emotionale („*emotive*“) Wertungen, wir nennen sie *valuation*, werden verbunden, so daß ein **Verstehen** möglich wird. Dieses vertieft sich in der Weiterverarbeitung in höheren Informationszentren des präfrontalen Cortex in weiteren deklarativen Memorationen, kognitiven Bewertungen und Einschätzungen (*appraisal*). Es wird weiter mit Wissenbeständen *konnektiviert* und angereichert, reflexiv interpretiert und metakognitiv elaboriert, so daß aus hoher Exzentrizität komplexes **Erklären** als Grundlage „*besonnenen Handelns*“ möglich wird. Wir sprechen hier vom „*reflexiven Leib*“ (Petzold 1988n, 191ff). Kreative Leistungen des Planens und Entwerfens, in die beständig weitere äußere Wahrnehmungsdaten und aus „*somatischen Resonanzphänomenen*“ innere physiologische, basal-emotionale, emotive, metakognitive Informationen einfließen und sich vernetzen (Lasar 1998; Ellis, Humphrey 1999) generieren in diesen *Konnektivierungen* Emergenzen. Der „*reflexive Leib*“ erschafft sich im Reflektieren selbst eine konnektionistische Perspektive (Smolensky 1988; Petzold et al. 1994, 555f; idem 1998a, 45f, 71) und dekonstruiert diese Selbstkonstitution (Foucault 1998, 500; Derrida 1994). Unser grundlegendes Modell (*Diagramm 6*) einer „*hermeneutischen Spirale*“ *leibhaftigen Erkenntnisgewinns* (idem 1991a, 124-146), in der sich der Mensch meta-hermeneutisch (idem 1998a, 153f) in hyperexzentrischer Selbst- und Weltreflexion und in Kulturarbeit übersteigen kann, gründet in der immensen Leistung unserer kontextverbundenen *Gehirn/Leib/Subjekt*-Einheit, in den sich „*perzeptiver, memorativer, expressiver und reflexiver Leib-im-Kontext*“, *somatics/cognition/person/field* verschränken.

In diesem komplexen Prozeß entsteht durch *autobiographisches Memorieren* (Conway 1990; Granzow 1994; Petzold, Orth 1993a) und durch die koreflexive, mit anderen in Korrespondenz stehende **Hermeneutik des Subjekts**, das über sich selbst, sein **Selbst**, über die Anderen und die Welt nachdenkt, mit anderen *kooperativ handelt*, subjektiver und gemeinschaftlicher **Sinn**, persönliche und kollektive *Identität*, Lebensgeschichte in mitvollzogener, dekonstruktiv reflektierter Zeitgeschichte. Wenn durch Traumageschichten Menschen ihr Selbst- und Geschichtsbewußtsein zerschlagen wurde, das Traumanarrativ jede sinnvolle Narration (idem 2000) ab-

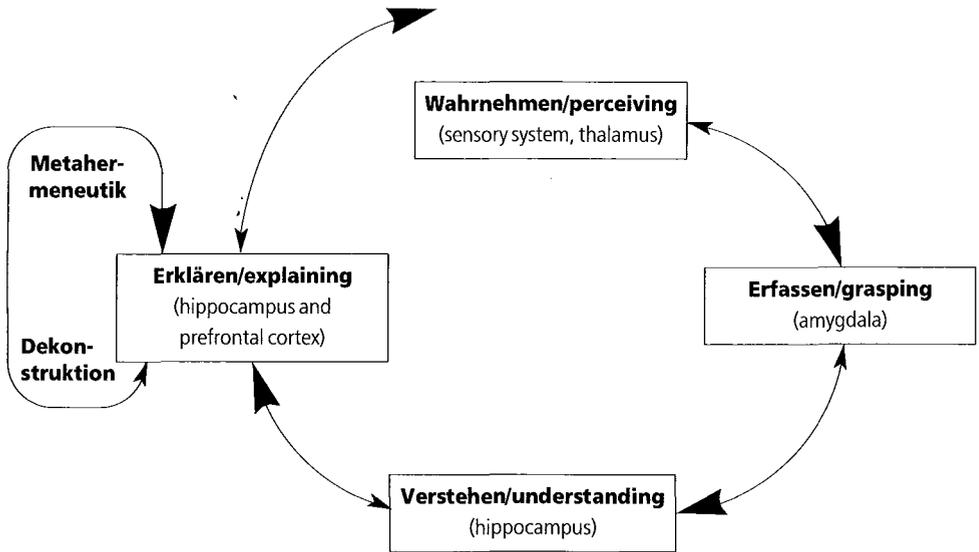


Diagramm 6: Die leibliche Basis der „Hermeneutischen Spirale“ (Petzold 1992a, 489) von **Wahrnehmen** → **Erfassen** → **Verstehen** → **Erklären** in Kontext und Kontinuum – Grundlage „besonnenen Handelns“ und metahermeneutischer Mehrebenenreflexion (**Diskursanalyse**, Dekonstruktion [vgl. idem 1994a]).

surd macht, so ist es nicht damit getan, gestammelten Bericht, *disorganized narratives*, kohärenter erzählbar zu machen (Foa 1997, 419ff; eadem et al. 1995), sondern traumatisierten Menschen die Möglichkeit zu geben, sich und die Welt wieder wahrzunehmen, wieder über sich und die Welt nachzudenken und das „*wahrgenommene Unfaßbare*“ zu **erfassen**, zu **verstehen** und sich und anderen in irgendeiner Weise – wie unzulänglich auch immer – zu **erklären**, um wieder „kritisch“ vertrauen zu können, um wieder handlungsfähig zu werden, um die eigene Identität und das Leben im Sinne persönlicher *Gesundheit*, *Entwicklung* und *Gemeinwohlorientierung* (Petzold, Ebert, Sieper 1999, idem et al. 2000) zu gestalten. Damit erfolgt ein Brückenschlag zur entwicklungs-, gesellschafts- und persönlichkeits-theoretischen Position der Integrativen Therapie, denn die Behandlung von TraumapatientInnen – das sei nochmals betont – muß in den Rahmen eines *therapeutischen Gesamtverständnisses* eingebettet sein. Nur dann können die verschiedenen Wissensbestände auch konnektiviert, d.h. differentiell und integrativ zum Tragen kommen (vgl. Diagramm 7).

Das durch die Traumaerlebnisse in seinen **leiblichen** (d.h. seinen körperlichen, seelischen und geistigen) Grundlagen erschütterte Subjekt muß sich in seinem *persönlichen Selbst* (= *Leibselbst*), seinen vielleicht geschädigten, dysregulierten Selbstprozessen, konsolidieren. Sein belastetes **Ich** ist in seinen Ich-Prozessen bzw. Ich-Funktionen (Fühlen, Denken, Wollen, Memorieren, Synthesieren, Identitätskonstitution etc., Petzold, Orth 1994) vielleicht gestört und desorientiert und muß gestützt und wieder in ein gutes Fungieren gebracht werden. Die **Identität** des Subjekts ist durch die genannten Beeinträchtigungen von **Selbst** und **Ich** einerseits

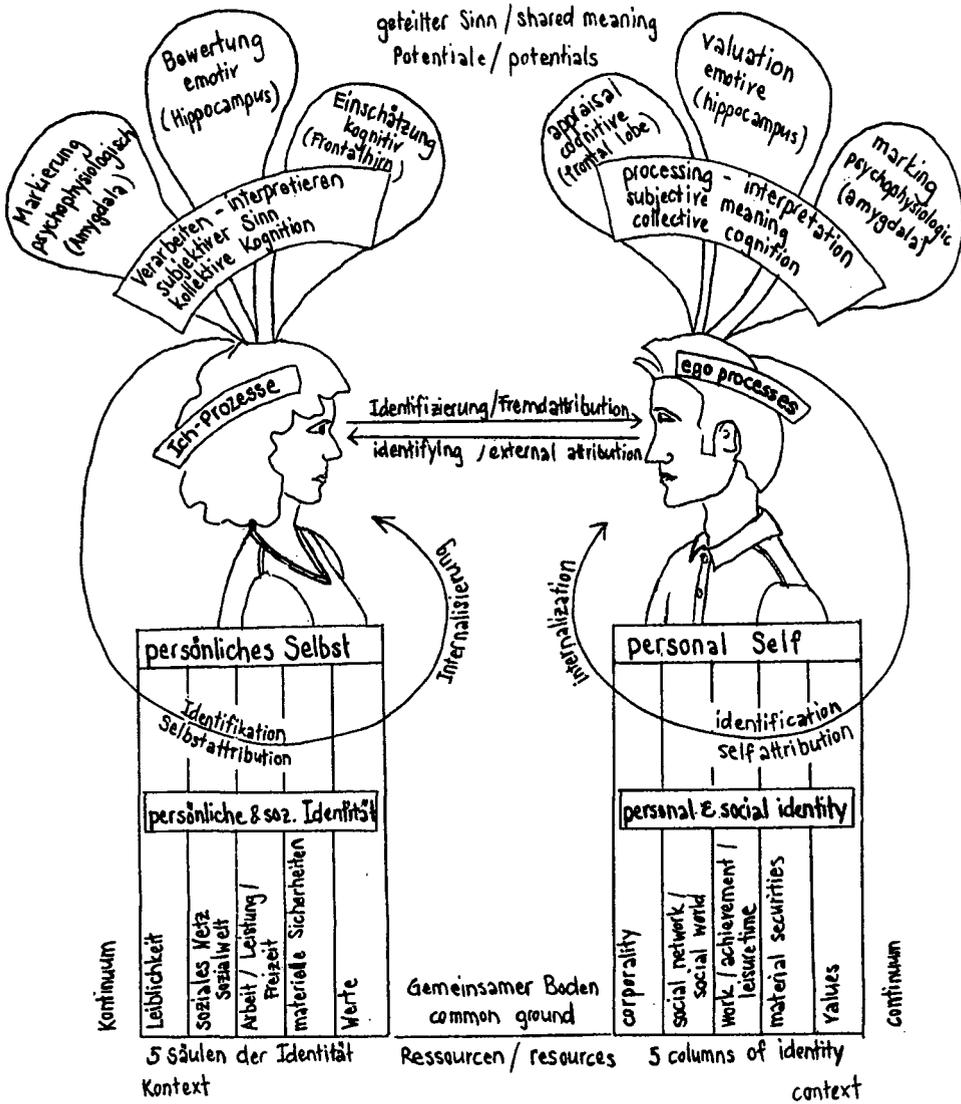


Diagramm 7: Das Subjekt als personales System: **Selbst**, **Ich**, und **Identität** in KONTEXT/KONTINUUM – Intersubjektive Ko-respondenz und Identitätsarbeit (aus: Petzold 1998a, 371, vgl. zur Theorie Müller, Petzold 1999)

und durch eine risikoreiche Umwelt andererseits gefährdet. Negative *Fremdattributionen* (*Identifizierungen*) haben vielleicht zu negativen *Selbstattributionen* (*Identifikationen*) geführt, die z.B. durch kognitive Therapie (Ehlers 1999) und emotionales Modelling (Petzold 1992b) – ggf. durch psychophysiologische Regulationshilfen (*rebalancing* – idem 2000f) – Umwertungen (*revaluation*), Neueinschätzungen (*reappraisal*) erfahren müssen. Die tragenden Identitätsbereiche (5 Säulen, vgl. 2.4.3, Abb. 4) bedürfen, wo sie durch Traumatisierungen und ihre Aus- und Nachwirkungen beschädigt oder beeinträchtigt sind, der therapeutischen Stütze für den Betrof-

fenen und seinen Konvoi: *Leiblichkeit* (I) durch körpertherapeutische Methoden, Netzwerk (II) durch soziotherapeutische Netzwerkarbeit, *Arbeit/Leistung/Freizeit* (III) durch Beratung bzw. Coaching, Hilfsprogramme, *Materielle Sicherheiten* (IV) durch Beratung und Unterstützung, *Werte* (V) durch sinnstiftende Angebote (z.B. narrative Praxis, kreative Medien meditative und ästhetische Erfahrungen).

All das sind Themen und Aufgaben einer „Integrativen Traumatherapie“, die auf einer biopsychologischen und sozialwissenschaftlichen Grundlage und einer dekonstruktiven Metahermeneutik gesellschaftlicher Wirklichkeit, einer „Hermeneutik des Subjekts“ verpflichtet ist und zu den identitätskonstituierenden Prozessen ihrer PatientInnen engagiert beiträgt.

Exemplarisch sei kurz die Arbeit am persönlichen Sinn- und Wertesystem (*Diagramm 2*, Punkt sieben der Strategien, *Diagramm 4*, Faktor 11, *Diagramm 7*, Säule V) aufgegriffen, weil man diesem Aspekt bislang zu wenig Beachtung geschenkt hat trotz höchst relevanter Forschungsarbeiten zu diesem Thema (*Dittmann-Kohli 1995*). Traumaereignisse beschädigen ja oft das persönliche Wertgefüge, das Vertrauen in die Menschen und die Welt, bauen neue Vorurteile und Stereotype auf<sup>26</sup>. Statt auf die Details der persönlichen Traumaerfahrungen zu fokussieren, die oft als belastend erlebt werden, gehen wir die Thematik auf einer generellen Ebene an. Wir sprechen hier von „**indirekten Expositionen**“ z.B. in einem gemeinsamen Überdenken der Gewalttätigkeit im Menschen. Auch „**moderate Expositionen**“ sind möglich: die Szenen werden sehr allgemein angesprochen oder nur in einem „Überblick aus der Distanz“ (Leinwandtechnik *Petzold 1977i*; *Sachsse 1998*) oder mit „innerem Beistand“ angeschaut, nicht im Sinne einer Habitualisierung, sondern hier, um die Frage nach dem Bösen, aber auch die Frage nach dem Guten im Menschen in der „persönlichen Hermeneutik“ anzugehen. Das bietet für den Betroffenen einen hinreichenden und wichtigen Zugang, weil damit die Situation genügend generell bleibt und den Patienten nicht sofort in das Aufbrechen der alten Muster hineinbringt, sondern ihm die Möglichkeit bietet, auf einer übergeordneten Ebene eine *Erfahrung des „Überwindens“* zu machen, Unsicherheiten abzugeben, Sicherheit zu gewinnen<sup>27</sup>, *Vertrauen* und *Sinn* neu zu schaffen, der zu seinem „persönlichen Wachstum“ als Mensch, zu seiner „Souveränität“ beiträgt, zur Dimension des „*Sinnes*“ zur Konsolidierung seiner existentiellen Dimension (*Orth 1993*; *Pennebaker 1990*). Wenn eine „psychological preparedness“, etwa von politisch bewußten und aktiven Menschen (wie die Forschungen von *Basoglu*<sup>28</sup> zeigen), dazu führt, daß sie Foltererfahrungen besser verarbeiten als Menschen, die unvorbereitet und ohne engagierten Hintergrund Folter ausgesetzt waren, dann bestätigt das die Bedeutung therapeutischer Arbeit mit der Wertesäule der Identität.

Ob eine Auseinandersetzung mit Traumaerfahrungen stattfinden soll und kann, ist im Sinne der ethischen und rechtlichen Bedingungen vom „*informed consent*“ der PatientInnen abhängig (*Beauchamp, Childress 1989*; *Koch, Reiter-Theil, Helmchen 1996*). Sie müssen, *was bislang noch kaum beachtet wird*, *sensu strictu* auch aufgrund der *rechtlichen* Situation über mögliche „Risiken und Nebenwirkungen“ (und diese sollten nicht unterschätzt werden, vgl. *Miltenburg, Singer 1997, 1998, 1999*) und über den unsicheren Erfolg der Maßnahme aufgeklärt werden, da sonst bei Zwischenfällen und Schäden nach der einschlägigen Rechtsprechung der Behandler haftet. Weiterhin sollte die Indikation sorgfältig geprüft werden – auch unter der Fragestellung, ob nicht andere Behandlungswege zielführend sein könnten, die ohne *Expositionstechniken* vorge-

26 *Strangor (2000)*

27 *Sorrentino, Roney (2000)*

28 *Basoglu et al. (1998)*

hen (vgl. 5). Bei stark dissoziierenden PatientInnen, die eine besonderen Retraumatisierungsrisiko und Dekompensationsgefahr ausgesetzt sind (Miltenburg, Singer 1997; Abueg, Fairbank 1995), oder bei Patienten, die hohe Angst- und Ekelgefühle erleben und deshalb eine Ablehnung jeder „Rückkehr“ zu den Ereignissen äußern, sind ohnehin andere Wege zu beschreiten, genauso wie bei PatientInnen, die überzeugend deutlich machen, daß sie – z.T. in jahrelanger gedanklicher und emotionaler Arbeit – sich die „schlimmen Erinnerungen“ und intrusiven Gefühlsregungen „aus dem Sinn vertreiben konnten“, wie es eine Patientin formulierte. Hier sollte man nicht von Abwehr, sondern von *Bewältigung* sprechen (Miltenburg, Singer 1997). Viele PatientInnen aber suchen die Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen, besonders, wenn sie intrusiv-bedrängend sind, und dann ist zumeist eine Indikation gegeben. Andererseits sind gerade hier auch ein „Reinszenierungszwang“, eine „Traumaaddiction“ (van der Kolk et al. 1985) als Kontraindikation abzuprüfen. Die allgemeine Belastbarkeit des Patienten und die Tragfähigkeit der Lebenssituation sind zu untersuchen. Grundsätzlich stimmen Kliniker und ForscherInnen im Bereich von traumazentrierter Therapie darin überein, daß vor einer intensiven Auseinandersetzung mit den belastenden Inhalten von traumatischen Erfahrungen eine ausreichende Stabilität in Bezug auf Alltagsfähigkeiten und Alltagssituation vorliegen muß. Der klinische Rahmen bietet hier natürlich einen besonderen Schutz. In unserer Einrichtung wird deshalb besonders sorgfältig mit diesen Fragen umgegangen und in einem strukturierten, und immer wieder „im Prozeß“ mit dem Patienten/der Patientin überprüften „flexiblen Stufenplan“ vorgegangen.

#### **4.2 Die Behandlung psychosomatischer PatientInnen mit Ansätzen der „Integrativen Traumatherapie“ im stationären klinischen Kontext**

Bei der Behandlung von Opfern natürlicher und menschenverursachter Katastrophen, von Unfällen, kriminellen Überfällen, von sexueller und häuslicher Gewalt hat sich herausgestellt, daß durch die Traumatisierung andere Schwerpunkte als in der Psychotherapie von „Konfliktneurosen“ sinnvoll und notwendig sind, um die Besonderheiten der Symptomatik traumatischer und posttraumatischer Belastungsstörungen zu berücksichtigen. Dabei hat man sich zunächst auf die traumatische Verursachung von selbstverletzendem Verhalten, dissoziativer Identitätsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung gerichtet, über die verschiedentlich ausführlich publiziert worden ist (Rhode-Dachser 1995; Sachsse 1995; van der Kolk et al. 1991, 1994, 1996). Weniger Aufmerksamkeit haben bisher die Untersuchung und Behandlung psychosomatischer, psychovegetativer und anderer somatoformer Störungen in der Folge von Traumatisierungen erfahren.

In der allgemeinen psychotherapeutischen Literatur finden sich erst in neueren Darstellungen Hinweise auf die traumatische Verursachung z.B. von chronischem Unterbauchschmerz (Rudolf 1998), chronischen Rückenschmerzen und anderen orthopädischen Erkrankungen

(Heinl 1993; 1997), Schlaflosigkeit und Spannungskopfschmerz (Josić, Petzold 1995). Nach unseren Beobachtungen findet sich im Rahmen von stationären psychosomatischen Behandlungen besonders häufig bei chronischen Schlafstörungen (Alpträume, unruhiges Aufwachen, Einschlafstörungen, Verkrampfungsneigung u.ä.) ein Traumahintergrund. Offensichtlich lockert das „Loslassen“ im Schlaf die dissoziative Abwehr und läßt die „vergessenen“ traumatischen Inhalte in veränderter Form, z. B. in szenischen, aber auch in kinästhetischen Alpträumen aktiv werden. Weitere körperliche Beschwerden sind der schon erwähnte chronische Unterbauchschmerz, der häufig sexuelle Traumatisierungen als Hintergrund hat und sich oft akut verstärkt, wenn tendenziell „übergriffige“, d. h. als grenzverletzend empfundene Situationen erlebt werden. Insgesamt sind psychogene Schmerzzustände und Symptome wie Ohnmacht, Schwindel, Sensibilitätsstörungen, psychogene Lähmungen auf traumatische Genese hin zu untersuchen (wobei man sich hüten muß, Kausalitätssuggestionen zu insinuieren).

Derartige Beobachtungen, die Sensibilisierung für das Traumathe ma und die damit gewonnenen Einsichten in der klinischen Praxis – gerade bei Psychosomatikpatienten – haben zu neuen Behandlungskonzeptionen in klinisch-stationären Einrichtungen und z. T. zu spezifischen „Traumaabteilungen“ geführt.

Seit 1978 besteht in Bad Zwesten im Rahmen der **Wicker-Kliniken** an der Hardtwaldklinik I die Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik (Leitender Arzt: Ulrich Wolf, Konzeptberater und Supervisor: Hilarion G. Petzold), in die das Ausbildungsklinikum des „Fritz Perls Instituts“ integriert ist. An dieser Abteilung werden psychosomatische PatientInnen mit einer Integrativen Psychotherapie behandelt, die tiefenpsychologische Fundierung mit Gestalttherapie (Perls 1979; Petzold 1973a; Fuhr et al. 1999), integrativen leibtherapeutischen (Petzold 1988n; Heinl 1993, 1997; Hausmann, Neddermeyer 1996), kreativtherapeutischen (Hausmann, Meier-Weber 1990; Petzold, Orth 1990a), musiktherapeutischen Methoden (Schróder 1996; Müller, Petzold 1997; Frohne-Hagemann 1999)<sup>29</sup> sowie übend-behavioralen Ansätzen verbindet zu einem *methodenübergreifenden* (Petzold 1992a) und multiprofessionellen (Osborne et al. 2000) klinischen Behandlungskonzept im „**neuen Integrationsparadigma**“ der Psychotherapie<sup>30</sup>. Ein Schwerpunkt der Abteilung liegt in der Arbeit mit psychosomatischen Patienten, deren somatoforme Störungen mit *post-traumatischen Belastungen* in Zusammenhang stehen. U. Wolf (1998, 1990g) und B. Landgrebe (2000) entwickelten ein integratives Konzept der Traumabehandlung an der Abteilung einerseits über die Erfahrung, wie nachhaltig traumatische Ereignisse (Gewalterfahrungen, Mißbrauch, Unfälle, Kriegserlebnisse usw.) in der Lebensgeschichte die Ausprägung von psychischen und somatoformen bzw. psychosomatischen Beschwerdebildern bestimmen, andererseits wurde durch die besondere traumatherapeutische Orientierung der langjährigen Konzeptberater und Supervisoren Hildegund Heinl und Hilarion Petzold [seit 1978] die Aufmerksamkeit in der klinischen Arbeit der Abteilung auf die spezifischen Nachwirkungen von Traumaerfahrungen auf der somatischen Ebene bzw. in psychosomatischer Symptomatik gelenkt. Hildegund Heinl hatte aufgrund ihrer persönlichen und klinischen Erfahrungen, insbesondere in der Arbeit mit Integrativer Leibtherapie (Petzold 1974j; Petzold, Heinl 1980, 1981b; Heinl 1985) schon Anfang der achtziger Jahre Weiterbildungen zu den Themen „Krieg, Flucht, Vertreibung“ durchgeführt und systematisch leiborientierte Behandlungen für traumatisierte PatientInnen mit psychosomatischen Beschwerden entwickelt (Heinl, Spiegel-Rösing 1978). Durch die Verbindung mit der „Integrativen Fokaltherapie“ (Petzold 1974k, 1993p; Petzold, Heinl 1980) und „Integrativen Gruppentherapie“ (Petzold, Schneewind 1986a) wurde sie von ihr zu einer empiri-

29 Wolfgang Schroeder, Bettina Hausmann, Ursula Meier-Weber waren langjährig an der Abteilung tätig.  
30 Vgl. Anmerk. 22.

risch gut evaluierten fokalen Gruppentherapie ausgearbeitet (Heinl 1997), die sich für Behandlung von PsychosomatikpatientInnen mit Traumahintergrund besonders eignet und Grundlage der an der Abteilung praktizierten Gruppentherapie bildet. *Hilarion Petzold* wurde ursprünglich in der Tradition der „Ungarischen Schule“ *Sandor Ferenczis* ausgebildet, der als einer der ersten Psychotherapeuten systematisch – insbesondere Mißbrauchsoffer – traumatherapeutisch behandelt hatte (Ferenczi 1931, 1932, 1934/1988). *Petzold* arbeitet aus dieser Tradition mit traumabelasteten Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen (Petzold 1965; 1969b; 1979c; 1986b; 1999i, 2000f). Er entwickelte besondere Modelle und Techniken der Krisenintervention und Traumabehandlung, wie das Konzept der „inneren Distanzierung“ durch exzentrische Betrachtung und Bearbeitung der belastenden Szenen – wie im Kino auf der Leinwand (idem 1977i, danach *Rahm et al.* 1993, 529f; *Schnyder* 1993). *Sachsse* (1998) hat dies neuerlich als „screen“ Technik bezeichnet. Weitere Techniken von *Petzold*, wie die der „inneren Beistände“, der „Orte der Kraft“, der heilsamen Visualisierungen des Schutzschildes, des Lichtschirms etc., Ansätze der Bilanzierung, des Resourcing, der Zukunftsvision etc. wurden seit 1975 von ihm in weit über 100 Kriseninterventionsseminaren verbreitet (Petzold 1977i, 1985i, danach *Rahm et al.* 1993, 527f) und inzwischen von vielen TraumatherapeutInnen (*Sachsse, Reddeman* 1997; *Sack* 2000) aufgenommen. Sie stellen ein wichtiges Instrumentarium in der Behandlungspraxis der Abteilung dar, deren leitende Ärzte mit ihrem Team ständig bemüht waren und sind, die Behandlungsmethoden und das Konzept zu verbessern. *Werner Wicker*, der Träger der Kliniken, hatte immer ein hohes Engagement für die Leiden belasteter Menschen. Deshalb förderte er stets neue Entwicklungen u.a. durch die Veranstaltung des ersten EMDR-Seminars in Deutschland [1995] an den *Wicker-Kliniken*. Das ermöglichte eine sehr frühe Integration der EMDR als eine von verschiedenen Behandlungsoptionen in der stationären psychosomatischen Therapie mit Gewaltopfern neben Interventionsmethoden aus dem Integrativen Ansatz an unserer Abteilung (Wolf 1998; *Hübner* 2000). Andere Anregungen kamen aus den Konzepten von *J. Herman* (1992), *U. Sachsse & L. Reddeman* 1997, *E. B. Foa (& Rothbaum* 1998; *Foa, Meadows* 1997) und aus der Auseinandersetzung mit der psychotraumatologischen Forschungsliteratur (*Amir et al.* 1998; *Breslau et al.* 1997; *Davidson* 1997; *van Etten, Taylor* 1998; *Foa, Dancu et al.* 1999; *Marks et al.* 1998; *Rose & Bisson* 1998; *Tarrier et al.* 1999). So ist die „Integrative Traumatherapie“ *work in progress*, und bei dem derzeitigen Forschungsstand und -fortschritt kann sie nichts anderes sein, wobei sie keineswegs eklektisch ist, da sie an einem konsistenten Integrationsmodell ausgerichtet ist (Petzold 1993n, 73ff).

Im folgenden sollen zwei „therapeutische Formate“ vorgestellt werden, wie sie im klinischen Rahmen der stationären Behandlung von Patienten mit PTBS eingesetzt werden. Dabei wird ein Format, das **IDR-T**, als methodischer Ansatz vorgestellt und recht detailliert begründet (4.2.1). Ein anderes Format, die „Vierstufenbehandlung“ (4.2.2) wird als Behandlungskonzept vorgestellt, in dem verschiedene methodische Ansätze wie IDR-T oder EMDR usw. für sich oder kombiniert zur Anwendung kommen können. Hierfür werden praktische Beispiele aus der Patientenarbeit gegeben (4.2.3).

#### **4.2.1 „Integrative und Differentielle Regulation – Traumaformat“ (IDR-T) – „quenching“ the trauma physiology**

Die Integrative Traumatherapie hält aufgrund ihrer Betonung des Aspektes der psychophysiologischen Dysregulation bei PTBS und der biopsychologischen 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 von „**Integrativer Therapie**“ oder „**Integrativer Humantherapie**“ (Petzold 1999p), weil es – philosophisch-anthropologisch und biospsychologisch konsequent gedacht – gar keine „rein psychischen“ Erkrankungen ge-

ben 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:

„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, vgl. 1993g).

Diese Konzeption, in arbeitspsychologischen und klinischen Kontexten entwickelt, wurde grundlegend für die Arbeit mit Streßerkrankungen wie Burn-Out<sup>31</sup> (durch Jobstress, Pflege-, Familien- Partnerschaftsstress, Nostalgische Reaktion, idem 1968c, 1989b), PTBS, somatoforme Überlastungsreaktionen im Integrativen Ansatz. Sie bestimmte auch unser *stimulierungstheoretisch* fundiertes Pathogenese/Salutogenese-Konzept (vgl. Diagramm 3) und damit unsere Traumakonzeption:

„Als Folge von **Traumata** als externen (z.B. Verletzung, Mißhandlung) und/oder internen (z.B. Krankheit, Vergiftung) Überstimulierungen 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).

31 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. Nach ihr ist die Integrative Therapie leibtherapeutisch ausgerichtet, d. h. es gehören in differentielle *und* ganzheitliche Behandlungen einerseits Formen von Psycho- und Soziotherapie, andererseits Medikation und schließlich Formen psychophysischer Therapie, wie wir sie etwa als *Methoden* der Atem-, Bewegungs-, Entspannung- 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 z. T. empirisch als erfolgreich evaluiert wurden (van der Mei, Petzold, Bosscher 1992; Bosscher 1991; Heintz 1997). Im Rahmen arbeitspsychologischer Untersuchungen bei emotional durch Relokationen, nostalgische Reaktionen und psychosomatische Beschwerden belasteten ausländischen Arbeitnehmern in den ausgehenden sechziger Jahren hatte der Seniorautor 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 Entspannungsarbeit („relaxative Organgymnastik“ Berger 1971) eine wichtige Rolle spielten. Das Modell wurde dann seit 1969 in der Arbeit mit Burn-Out-Problemen von Mitarbeitern in der Drogentherapie, weiterhin in der Alten- und Krankenpflege (Petzold 1988f, 1969c, 1993g) eingesetzt und schließlich in der Arbeit mit Folteropfern, Flüchtlingen (idem 1986b; Petzold, Iturra 1996) und Kriegstraumatisierten in den jüngsten Balkankriegen (Josić, 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“ genannt (Petzold 1985f, 2000f), weil sie auf eine ausgeglichene, ausgewogene (ισοος, ισοον) 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 *Iso-Dynamik*, d. h. „einer ‚lockeren‘ Spannung, die weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhaltet, sondern eine wache, energiegeloste Gelöstheit darstellt“ (idem 1974k, 341). Heute haben wir das Prinzip der „sanften Stimulierung“ mit dem Term „low-level stimulation“ (vgl. infr. 4.2.1.1) verbunden. Für die Therapie des Traumageschehens und der PTBS mit ihren Aus- und Nachwirkungen wurde der Ansatz in einem störungsspezifischen Traumaformat zugepaßt, das in Kürze dargestellt wird:

#### **4.2.1.1 Streßtheoretische und traumaphysiologische Rahmenkonzeption**

Auf biologische und pathophysiologische Aspekte des Traumageschehens wurde schon kurz eingegangen (vgl. 2.2.1). In *Integrativen Modellen* der „Streßerfahrung“ (Weiner 1992; Fink 2000) werden psychologische Konzeptionen (Lazarus, Folkmann 1984), z. B. der Streßbewertung (Schwarzer 1993), mit physiologischen und sozialpsychologischen verbunden (Ursin, Olf 1993; 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* (vgl. Diagramm 7). Das „Zentrale Adaptationssyndrom“ von Hüther (1996, 1999) bietet hier eine gute Basis. Für **IDRT** 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, Abstumpfung, Apathie (numbing) einhergeht (Traue, Schwarz-Langer, Gurriss 1997). Diese entgleiste „stress physiology“ destabilisiert durch ihre neurotoxischen Effekte, u.a. durch dysregulierte Cortisolausschüttung (Hyperstress < Cortisolübersteuerung; Traumatischer Stress > Cortisoluntersteuerung), die im Gehirn bereits etablierten neuronalen Verschaltungen (Sapolsky 1992, 1996; ggf. Verlust von Hippokampusvolumen) und kann zum Zerfall der bisherigen gebahnten Copingmuster führen (vgl. Hüther 1996, 1999; Yehuda 1997; Gottlieb 1997; Griffin et al. 1997; Teicher et al. 1997).

Die Folgen sind, wie schon erwähnt, erhöhte Reagibilität (Orr et al. 1990) für traumarelevante oder ähnliche Reize. Durch die dauerhafte Noradrenalinübersteuerung steigen bei Auslösereizen Herzrate, Blutdruck und subjektives Streßerleben an (McFall et al. 1990). Die Dysregulation des endogenen Opiathaushalts (van der Kolk 1989) kann sozialen Rückzug begünstigen (Panksepp et al. 1985). Die Konsequenz einer solchen Sicht muß sein: „to devise strategies to reduce or prevent neuronal damage“ (McEven, 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“ (man spricht von Traumatischem, von der schlimmen Zeit etc.) oder bei „moderater Exposition“. Bei dieser werden Erinnerungen mit Körperresonanzen und ggf. Bildern (allerdings möglichst ohne große Vertiefung) aufgerufen, um „aktivierte Strukturen“ (vgl. 4.1.3) zu erhalten. Man „inszeniert“ gleichsam eine

traumatoforme psychophysiologische Situation. Hier nun sollen „korrigierende psychophysiologische Erfahrungen“ – das Konzept von *F.M. 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 neurophysiologische Anregung bzw. Sensibilisierung (*kindling*) cerebraler Areale, z.B. der Amygdala, und „*kindled memory traces*“ und über Tierversuche, in denen *quenching effects*, eine Löschung oder Unterdrückung des *amygdala kindlings* erreicht werden konnten, also die Verhinderung des Sensibilisierungsvorgangs, legt nahe, in diese Richtung auch bei der Entwicklung von Therapieformen zu gehen.

„... Man könnte spekulieren, ob eine Kombination von Behandlungsmodalitäten nicht höchst effektiv sein könnte im Versuch, die traumatischen Gedächtnisspuren im PTBS vorbeugend zu verhindern, zu hemmen oder teilweise zu löschen. Zum Beispiel in der Psychotherapie könnten prolongiertes, intensives Trösten, Stützen und Halten nach einem traumatischen Angriff einigen der optimalen Parameter des Quenchings ähnlich sein“ (*Post* et al. 1997, 291). Man muß sich natürlich darüber klar sein, daß es sich hier noch um eine *analogisierende Konzeptualisierung* handelt, die durch Forschung 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 hervor, die dann für ein *Quenching* Effekte haben kann? – Auch dafür sprechen Forschungsbefunde (*Shalev* 1997, 381; idem et al. 1993; *Pitman* et al. 1987). Generalisiert der für eine Exposition erreichte *Quenching*-Effekt sich für andere Auslösesituationen, oder wie kann dies erreicht werden? Das ist nicht sicher, wahrscheinlich müssen verschiedene Situationen mit *Quenchings* bearbeitet werden, das legen zumindest unsere klinischen Erfahrungen mit beruhigendem **IDR** nahe. Viele Fragen sind hier offen und nur durch eine Kombination von Grundlagenforschung und klinischer Forschung zu beantworten.

Die von *Post* (et al. 1997) angesprochenen Praxisvorschläge sind in Integrativer Bewegungstherapie und **IDR** ein durchaus typisches Vorgehen für die übungszentrierte oder erlebniszentrierte Behandlungsmodalität (vgl. *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994, Abb. 30-37), denn sie praktizierte stets zwei mögliche Strategien: Bei Übererregung/hyperarousal – etwa in der *Agitationsphase* des Überforderungserlebnisses (vgl. supr.), bei Flashbacks, intrusiver Hyperaktivität – wird Abwärtssteuerung (*down-regulation*) z.B. durch sanft aktivierende, beruhigende Bewegungsübungen und Relaxtechniken angestrebt. Bei Antriebslosigkeit/numbing – etwa in der *Resignationsphase*, depressiven Verstimmungen – wird Aufwärtssteuerung (*up-regulation*), z.B. durch anregende Bewegungsübungen (*Hausmann, Neddermeyer* 1996) angestrebt. Ziel ist bei beiden Vorgehensweisen eine „moderate Angeregtheit“, ein „Eutonus“, eine „balancierte isodynamische Lage“ durch Behandlungsangebote, die u.a. angeregt von den Erfahrungen mit der

Ferenczi-Technik des liebevollen Haltens (Ferenczi 1934; 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>32</sup> und aus den Parenting-Strategien unserer Säuglingsforschungsprojekte (idem 1994j) von uns entwickelt wurden (Petzold 1970c, 1992a, 766-786). Unter Verweis auf einen Bericht von Foa und Rigg (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“ (unsere Hervorhebung). Natürlich gilt dies nicht nur für „emergency rooms“, die im europäischen Raum noch kaum vorhanden sind und wo ein deutlicher Handlungsbedarf besteht, sondern muß insgesamt für traumatherapeutische Situationen gesehen werden. Unsere Arbeit mit kriegstraumatisierten Menschen in Jugoslawien und im ehemaligen Jugoslawien (Josić, Petzold 1995; Pantić, 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.

#### 4.2.1.2 Entspannungstherapeutischer Ansatz

Unter der Vielzahl der entspannungstherapeutischen Methoden (Poppen 1998; Stokvis, Wiesenhütter 1977; 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; Petzold 1971c), 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“ oder Kontakt mit Tieren, „pet therapy“ (Fine 1999; Petzold 1969c);
5. *Biofeedback-Entspannung* – bottom up und top down;

<sup>32</sup> Vgl. das „grooming“ von Primaten nach Kämpfen oder Belastungssituationen. Hüther (1998, 52) berichtet von Primatenexperimenten, in denen in der experimentellen Belastungssituation der durch einen Hund bedrohte Affe durch das Hinzusetzen eines zweiten Tieres aus seiner Gruppe, durch einen „Freund“ also, seinen erhöhten Streßhormonspiegel abbaute. Gemeinsam waren die beiden Tiere gegen den Streß „gepuffert“, sie hatten füreinander eine Schutzschildfunktion.

6. *substanziinduzierte 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 Spreitzen der Hände etc. Das sind Techniken, die man üben und unmittelbar in Belastungssituationen einsetzen kann. Insgesamt steht die **IDR**-Arbeit in der Zielsetzung, die auch im originären *Jacobson*-Ansatz leitend war (Jacobson 1938), für Verspannungen zu sensibilisieren, ihren Aufbau wahrzunehmen und *rechtzeitig* mit Streckung und Atemdehnung gegenzusteuern, ja bestehende Restspannungen feinspürig abzubauen. 2 und 3 sind in dieser Weise kombiniert. Unterstützend können noch entspannende Phantasiebilder (z.B. entspannende Landschaft, spielende Kinder), die im Sinne des „Mentalen Trainings“ mit dem Patienten erarbeitet wurden, aufgerufen werden, und zwar *mit offenen Augen*, um Kontrollverlust und hypnoiden Effekten mit Konfluenz- und Intrusionsrisiken vorzubeugen. Dieser „*positive recall*“ wird auf die begleitenden Leibempfindungen ausgedehnt. Menschen lernen so, angenehme „Leibatmosphären“ (Schmitz 1989) und Entspannungszustände zu evokieren. 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“, das der Therapeut/die Therapeutin in der Behandlungsstunde aufbaut, ist dabei eine wichtige Voraussetzung. Er muß ein aktuell erlebbarer, positiver und *entspannter* Beistand und Begleiter sein, um ggf. als ein „innerer Beistand“ (Petzold 1985l) 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“<sup>33</sup> und

33 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).

muß leicht abrufbar sein. Das kann in zwei bis drei Sitzungen erreicht werden. Eine psychophysiologische Basisumstellung ist damit natürlich nicht erreicht! Ein solches „rebalancing“ bedarf wochen-, ja monatelanger regelmäßiger Übung des **IDR** und ist dann für den Kliniker ohne großes physiologisches Assessment hinlänglich objektivierbar durch die über den Behandlungsverlauf beobachtbare Veränderung des Tonus in den großen Muskelgruppen, der Verkürzung des Erholungsverhaltens bei Lauf- oder Ergometerbelastung, insgesamt die Absenkung des Ruhepulses. Ähnlich wie für das Jacobson-Trainig, für das (in seinen Post-Jacobson-Formen) eine „generelle Reduktion der Aktivität des sympathischen Teils des autonomen Nervensystems [...] mit gleichzeitig parallel verlaufenden Veränderungen in allen entsprechenden Effektorsystemen [...] bisher in keiner der Grundlagenstudien nachgewiesen werden“ konnte (Hamm 1993, 254), fehlen noch empirische Nachweise. Situative Entspannung ist für das Post-Jacobson-Training (ibid.) und auch für das Stretching (Carlson, Curan 1994) und für Kombinationsverfahren (Poppen 1998) gut nachgewiesen. Für Grundumstellungen des Muskeltonus machen allein die in der Regel vorfindlichen Verkürzungen der Myofaszie bei chronisch verspannten Menschen langwierige Dehnarbeit notwendig. In der Kombination von **IDR** und Lauftraining (van der Mei et al. 1997) als mittelfristige therapeutische Maßnahme, die auf eine Integration von Entspannungs- und Ausdauertraining (Laufen, Schwimmen usw. oder – höchst effektiv – Tae Bo) in den *Lebensalltag* abzielen, können solche grundsätzlichen Umstellungen erreicht werden. Dabei ist das Grundprinzip *moderaten Übens* als *low-level stimulation* zu beachten, weil Überlastung beim Lauftraining immunsuppressiv wirken kann und ein erhöhter Aktivitätslevel die Ausschüttung von peripherem Epinephrin anregt (McGauch 1995), was als potentiell die Traumaphysiologie verstärkend, nicht erwünscht ist. Eine *sophisticated practice* ist also angesagt (van der Mei et al. 1997). Durch die Annahme eines *bewegungsaktiven, spannungsensiblen 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 der **IDR** noch ein emotionales Training im Sinne thymopraktischer<sup>34</sup> „emotionaler Differenzierungsarbeit“ vorgenommen (Petzold 1970c/1992a, 841-854), indem Körperzustände mit ihren korrespondierenden Affekten und begleitenden Kognitionen differentiell modelliert werden (emotional modeling), ein Ansatz, der inzwischen durch psychophysiologische Modellbildung und Forschung gute Unterstützung erfährt (Traue 1998) und die biologischen und kognitiven Selbstregulationstheorien (Boekaerts et al. 1999) konnektiert.

---

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

### 4.2.1.3 IDR-Traumaformat

Für das **IDR-T**, die Behandlung im traumatherapeutischen Kontext (Josić, Petzold 1995) wird der Patient über das Verfahren, sein Rational, seine Wirkungen und eventuellen Nebenwirkungen informiert und seine Zustimmung 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 *Wohlgefühls* wesentlich (was für die Langzeitpraxis von **IDR** durchaus motiviert). Hierzu verwenden wir *emoting* durch „facial-postural feedback“. Wir fordern den Patienten auf, „Mimik aufzusetzen“ (Kanwisher, Moscovitch 2000) und die zugehörigen Haltungen einzunehmen, das entsprechende Atemmuster einzustellen (Petzold 1970c, 1992b, 844) und die damit verbundene Stimmung (*bottom up*, Bloch, Lemeignan 1992) aufkommen zu lassen, eine Prozedur, deren Wirksamkeit empirisch gut belegt ist (Döring-Seipel 1996). Gut eignet sich z.B. ein *emoting* von *Freundlichkeit* (auch Heiterkeit, Gelassenheit, Zärtlichkeit sind potente „irenische“, d.h. friedliche *emotings*, 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 *Neugiersemoting* 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 Stretching-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 Tiefenentspannungen, d.h. bei Reduktion der Ich-Kontrollen oft Angstgefühle oder Intrusionen aufkommen. Das wird über diesen Kunstgriff der *partiellen Kontrolle* gut gekontert. 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 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 und der Effekt *prolongierter „low-level stimulation“* erreicht werden kann, denn er ist bei Expositionen in der **IDRT** systematisch anzuwenden. Das „Halten und Bergen“ wird als Möglichkeit angeboten und als „ganz natürliche Reaktion von Menschen“ erklärt, die sich in belastenden Situationen an einen anderen Menschen anklammern. Kontraindikationen für dieses Vorgehen bei bestimmten Folter- oder Mißbrauchsoffern werden in diesen explorativen Gesprächen und in der Diagnostik (vgl. 3.2.4.4) deutlich. Die praktizierenden TherapeutInnen müssen mit körper- und bewegungstherapeutischen Methoden erfahren sein und die Übertrags-Gegenübertragungs-Dimension gut im Blick haben. Man sollte hier nicht mit rigiden Abstinenzvorstellungen argumentieren. Die „Abstinenz“<sup>35</sup> liegt in der Eindeutigkeit, Klarheit und Öffentlichkeit der Berührung. Das Holding-Training muß von den PatientInnen gewünscht sein. In Gruppen mit Integrativer Bewegungstherapie (Höhman-Kost 2000; Hausmann, Neddermeyer 1996) ist dies in der Regel problemlos einzuführen und hat beeindruckende Wirkungen (vgl. **Abb. 7**), zumal hier eine *Wechselseitigkeit der Schutz Erfahrung* (Schutz geben, Schutz erhalten) möglich wird, die ein Empowerment bietet und zur Ausbildung von *Resilienz* (O’Connell Higgins 1994) beitragen kann, denn „schützende Inseleerfahrungen“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993) gibt es nicht nur in der Kinderbehandlung (Noller et al. 2000).

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, 1970; 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 metaphorischen „holding function“ in der Tradition Winnicotts) seit bald dreißig Jahren als differentielle Parenting-Strategie (vgl. Petzold, Orth 1999a, 137ff, 148ff mit kritischen Spezifizierungen; idem, van Beek, van der Hoek 1994; Golombok 2000) mit Gewinn. Im traumatherapeutischen Kontext erscheint es uns als *Möglichkeit* unverzichtbar, damit nicht wieder Be-

---

<sup>35</sup> 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.

troffene 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 der jugoslawischen Mitautorin bei den Bombardierungen Belgrads hat das wechselseitige Anklammern und Halten (besonders, wenn ein Partner nicht-panisch und stabil ist) einen äußerst beruhigenden und offenbar PTBS-präventiven Effekt. Nach solchen Extrembelastungen führt „Halten“ zu Entspannung.

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

## II. Emotionale Modellierung

- ▶ *Konstellierung (constellating)*: Wir bitten den Patienten/die Patientin um ein *Freundlichkeits-Emoting*, Aufsetzen eines Lächelns, wir lächeln mit (*coemoting*).
- ▶ *Einstimmung (induction)*: Dann bitten wir ihn, sich Situationen aus der persönlichen Biographie vorzustellen (Augen offen als „mentale Anmutung“, nicht als Bild!), indem er gleichzeitig über sie berichtet, Situationen, die schwierig waren, belastend gar, aber *nicht traumatisch*. Dabei soll er die Empfindungen und Körperresonanzen aufkommen lassen. Es kann *Stützberührung* an der Schulter oder beruhigende *Streichberührung* am Rücken als low-level Stimulierung angeboten oder vom Patienten angefragt werden.
- ▶ *Feinstimmung (dosing)*: Alles soll so dosiert werden, daß die Empfindungen gut aushaltbar sind, gegebenenfalls ist durch Mikrostretchings oder Relaxatmung zu steuern. Die Erzählung geht dabei weiter, oder es werden Passagen wiederholt.
- ▶ *Ausstimmung (distancing)*: Auf Anweisung wird das Belastungsgefühl zurückgenommen. „Bitte lockern, dehnen, recken, strecken, ausklingen lassen!“ – Aus der „exzentrischen Position“ wird der Prozeß betrachtet und evaluiert.
- ▶ *Erneuter Durchgang*, jetzt mit einem *Gelassenheits-Emoting* und low-level-Stimulierung dorsal: Beim Feinstimmen wird jetzt das *dosing* intensiviert, um dann in einen Emotionswechsel zu gehen.
- ▶ *Umstimmen (shifting)*: Es wird geübt, von dem aufgekommenen Belastungsgefühl wieder wegzukommen (*shifting*) und aktiv das Entspannungs- und Wohlgefühl wieder aufzurufen, die Stimmung der Freundlichkeit, der Heiterkeit usw. Jedesmal wird die entsprechende Mimik „aufgesetzt“, da diese „movement produced information“ auch eine physiologische Umstimmung ermöglicht (Damasio 1996; Döring-Seipel 1996), die unmittelbar anhand des Muskeltonus der Gesichtsmimik kontrollierbar ist.

Besondere Wichtigkeit hat in dieser Arbeit die Verankerung des *Neugier-Emotings*, 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. Wann immer nämlich Ängste und Unbehagen aufkommen, kann die gut verankerte und aufrufbare *Neugier-Response* eine mächtige Gegensteuerung sein (begleitet von Neugiergedanken: „Ist ja interessant, was da abläuft. Das muß ich mir ansehen“ etc.). Sie ermöglicht zugleich eine distanzierende Position, die nicht affektlos

ist, sondern engagierte Distanz, Exzentrizität im Kontakt (mit sich selbst, mit den anderen, mit der Umgebung, mit traumatischen 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 *Gelassenheits-Emotions* wird in einem „narrativen Klima“ über die traumatischen Erfahrungen gesprochen, in einem **natürlichen, anteilnehmenden Gespräch**, das wenig mit den üblichen Expositions- 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 – 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 eingesetzt: „Nehmen Sie meine Hand. Halten Sie sich gut fest!“). So kann ein leibliches Umlernen *eingefleischter* Spannungsmuster 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* wenig 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 seine **Narrationen** ungestört – stockend vielleicht, aber immer mehr einen Fluß gewinnend. Dieses Vorgehen ermöglicht **aktivierte Strukturen** im Sinne unseres Modells (vgl. Grawe 1998; Traue 1994) 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, intensiviertes **IDR** durchgeführt, so daß der Patient 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. Durch das Einbringen eines spezifischen Behandlungsformats, das allerdings ein sorgfältiges, besonderes Training der Therapeuten erfordert, sind die recht ordentlichen Behandlungserfolge des Integrativen Ansatzes (vgl. 5) sicher noch zu steigern. *IDR-T* ist im klinischen Setting, in der ambulanten Therapie und in Feldinterventionen in Katastrophengebieten eingesetzt worden und in jeweils zugepaßter Form einsetzbar.

#### **4.2.2 Die „Vierstufenbehandlung“ Integrativer Traumatherapie im stationären Rahmen**

Im folgenden soll die „*Vierstufenbehandlung Integrativer Traumatherapie*“ mit *moderaten Expositionssequenzen*, wie sie an unserer Abteilung häufig bei entsprechender Indikation durchgeführt wird, dargestellt werden. Dabei ist zu beachten, daß dieses *Behandlungsformat* eingebettet ist in den Gesamtrahmen der therapeutischen Maßnahmen an der Abteilung, der *generellen* Ausrichtung eines Integrativen Vorgehens (z.B. an den 14 Heilfaktoren orientiert) und deshalb nicht als isoliertes Element zu sehen ist, wie ja überhaupt im klinischen Rahmen niemals die Wirkung einer Einzelmaßnahme, -methode oder -technik zu bewerten ist, sondern immer die *Gesamtwirkung aller Maßnahmen* der Klinik (z.B. Einzel- und Gruppentherapie, Stationsgruppen, bewegungs-, sport-, entspannungstherapeutische Maßnahmen, Meditations-, Informations- und Freizeitangebote) zum Tragen kommt (Weißig 1995) und sich in Evaluationen niederschlägt. Dadurch ist der Anspruch so mancher „therapieschulenspezifischen“ Wirksamkeitsstudie aus klinischen Einrichtungen in ihrer Zuordnung zu einem Verfahren (der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie) zu relativieren.

Die Initialarbeit in der Klinik ist darauf gerichtet, die PatientInnen optimal zu informieren, ihre Kooperation zu erlangen, ihnen ein Gefühl der Sicherheit und Akzeptanz zu geben, die Eingliederung in die Stationsgemeinschaft zu erleichtern, damit sie ihre TherapeutInnen, das Pflegepersonal und die Mitpatientinnen gut kennen und für ihren therapeutischen Prozeß nutzen können. Das Behandlungskonzept und die therapeutischen Angebote werden vorgestellt. Ein wichtiger Verstehenshintergrund und eine bedeutsame Basis für die Kooperation werden für die PsychosomatikpatientInnen, die z.T. erst einmal das psychogene Moment ihrer Störungen erfassen und verstehen lernen müssen, in der Diagnostik und insbesondere in der Prozeßdiagnostik/Theragnostik erschlossen.

Theragnostisch exploriert wird hier z.B. nach dem Integrativen Modell (vgl. 3.2) mit *body charts* (Petzold, Orth 1991a; Orth 1997) oder mit Körperumrißzeichnungen (Heinl 1997), in die Patienten emotionale Erfahrungen oder Schmerzen, z.B. die Rückenschmerzen (wo sie diese spüren) einzeichnen und mit Farben die Schmerzintensität darstellen (vgl. 5.4.3 u. Abb. 8). Weiterhin werden sie aufgefordert, Schmerzqualitäten und -verlauf genau zu schildern. Anhand der Zeichnung wird anschließend in der Gruppe oder in der Einzeltherapie über die Phänomenologie der Darstellung gearbeitet, z.B. durch Resonanz-, Identifikations- oder Assoziationstechniken („Woran erinnert Sie dieses Bild?“, z.B. wirken diagonal über den Rücken verlaufende Schmerzbereiche manchmal wie Schläge mit dem Stock

o.ä.). Allein über die Phänomenologie dieser Zeichnungen und die damit möglichen Resonanzphänomene (Petzold 1992a, 856 et passim) gelingt bei PsychosomatikpatientInnen oft ein direkter Zugang zu traumatischen Erinnerungen. Zugleich wird ihnen ein Verständnis für die therapeutischen Angebote eröffnet, z.B. die Arbeit mit Integrativer Leib- und Bewegungstherapie (IBT), mit kreativtherapeutischen Methoden, mit Integrativer und Differentieller Relaxationsarbeit, mit EMDR, Gestaltmethoden etc.

Natürlich wird auch das Konzept der „Vierstufenbehandlung“ erläutert. Dieses ist besonders für die zeitbegrenzte stationäre Therapie mit Traumapatienten geeignet, obgleich sich die Folge der einzelnen Schritte auch mit bestimmten Modifikationen im ambulanten Setting umsetzen läßt. Die in der Integrativen Therapie herausgearbeiteten „14 Healing Factors“ für die Wirkung klinisch-therapeutischer und persönlichkeitsfördernder Maßnahmen (vgl. 4.1) kommen dabei in verschiedener Weise zum Tragen.

**Integrative Traumatherapie Stufe 1: Stabilisierungsbehandlung durch vertrauensfördernde Maßnahmen: Selbststeuerung, Begegnungsförderung, Körperaktivierung, Ressourcenaktivierung, Copingstrategien**

Wichtigstes Behandlungsziel bei der posttraumatischen Belastungsstörung ist die Wiedererlangung des Gefühls, sein eigenes Leben steuern zu können (*interner locus of control*), die eigene Wirksamkeit und Kompetenz/Performanz zu erleben (Bandura 1992; Flammer 1990), *persönliche Souveränität* (Petzold, Orth 1997b) wieder zu gewinnen. Durch das Trauma wurde das Gefühl von Vorhersehbarkeit und Steuerbarkeit des eigenen Lebens massiv gestört, und tragende Sicherheits- und Wertesysteme sind zusammengebrochen. Ein sozialer Rückzug ist meist die Folge.

Erster Schritt ist daher, über die Begegnung mit Therapeuten und der Therapiegruppe eine Öffnung zur Außenwelt zu erleichtern und (wieder) Sicherheit im mitmenschlichen Kontakt zu erleben. Durch diesen Kontakt und die Anteilnahme von Mitpatienten wird es oft erstmals möglich, über die Traumatisierung ohne Angst vor Negativbewertung ausführlicher zu sprechen. Als Regel gilt: detaillierte Schilderungen von grauenvollen Einzelheiten sollten in der Gruppe (wegen der Retraumatisierungsgefahr von besonders vulnerablen TeilnehmerInnen) vermieden werden. Stützender körperlicher Kontakt (*supporting, holding*) und gemeinsame Bewegung, also „non-verbale Anteilnahme“, fördern das Gefühl des Angenommenseins. Gleichzeitig findet ein intensives Training in den Entspannungsverfahren statt (z.B. IDR-T), um Kontakt zum eigenen Körper aufzunehmen und ein Gefühl für die Selbststeuerbarkeit des Körpers zu entwickeln. Nur ein Teil der Patienten kann von Entspannungsverfahren profitieren, für viele ist die aktive Bewegung ein besserer Weg, Spannungsmuster aufzulösen.

In der parallel beginnenden körperorientierten Therapie (z.B. der IBT – „Integrative Leib- und Bewegungstherapie“, vgl. Hausmann, Neddermeyer 1996) wird deshalb über Sicherheit gebende Bewegungsarbeit an einem positiven Verhältnis zum „eigenen Leib“ gearbeitet. Moderater Ausdauersport, insbesondere in Gruppen ausgeübte Sportarten, fördern gleichzeitig Kontakt und aktive psychophysiologische Entspannung, so daß chronifizierte „Stressphysiologie“ abgebaut und eine „Wellnessphysiologie“ angesteuert werden kann (van der Mei et al. 1997). Für viele TraumapatientInnen bietet die „Integrative Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien“ (Petzold, Orth 1990a; idem 1999i, q) einen leichteren Zugang als die verbale Psychotherapie: Traumatisierten „fehlen oft die Worte“, eine Beobachtung, die die moderne Neurophysiologie durch die besondere Art der Trauma-Speicherung im Gedächtnis zu belegen scheint (vgl. supr.), was aber auch Arbeit in Richtung von Narrativierung durch „narrative Praxis“ notwendig macht (Petzold, Orth 1985a; idem 1999i; McLeod 1997). Wichtig ist für die psychotherapeutische Arbeit in dieser Phase, daß die Therapiestunden sehr strukturiert durchgeführt werden. In Einzeltherapien und Gruppen sollten lange Schweigephasen vermieden und „themenzentriert“ gearbeitet werden. Wichtige Themen und methodische Zugänge sind dabei:

- ▶ Fürsorge für den eigenen Körper, Vermeidung von Selbstverletzung

- ▶ Entwicklung regelmäßiger Tagesabläufe, insbesondere in bezug auf Schlafen und Essen
- ▶ Erarbeitung von Coping-Strategien: Ressourcenaktivierung, Imagination „innerer Beistände“ (Petzold 1985f, 1997p).
- ▶ Arbeit mit kognitiver und emotionaler Modellierung von Introjekten, Selbstvorwürfen, Selbstbild, Bewertungen, Kontrollüberzeugungen, Kausalattributionen, Zielsetzungen, Plänen (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998).
- ▶ Stabilisierende, Gesundheit fördernde Körperübungen: „grounding“, Zentrierung, Orientierung, Atemrelaxation, Stretching, sportliche Aktivitäten, Physiotherapie und physikalische Therapie (idem 1974j, k; Jordi 2000; Hausmann, Neddermeyr 1996; van der Mei et al. 1997)<sup>36</sup>.
- ▶ Techniken der Gestalttherapie: Hier-und-Jetzt-Übungen, Arbeit mit „awareness“ und Polarisierungen (Perls 1980; Stevens 1975).
- ▶ Arbeit am sozialen Netzwerk (Hass, Petzold 1999).

Die Gruppentherapie sollte vom Leiter so strukturiert werden, daß jeder Teilnehmer in jeder Stunde an die Reihe kommt und ohne „gruppendynamische“ Auseinandersetzungen mit anderen Gruppenmitgliedern seinen Raum erhält. Im Unterschied zu tiefenpsychologischen Gruppentherapien wird in dieser Therapiephase also nicht konfliktorientiert gearbeitet: es geht eher darum, ein Klima von „heilsamer Qualität“ in der Gruppe entstehen zu lassen. Es ist empfehlenswert, die Gruppen über bestimmte Zeiträume jeweils geschlossen zu führen – im halboffenen Setting unserer psychosomatischen Klinik über Zeiträume von 1-2 Wochen, bei ambulanten Traumagruppen über 3-6 Monate.

Die Phase dieser vertrauensbildenden und stabilisierenden Maßnahmen, der Förderung von Kontakten zur Umwelt und zum eigenen Körper dauert unterschiedlich lange, je nachdem wie sehr durch chronische Traumatisierung bei Abwesenheit von protektiven Faktoren unter Umständen auch Persönlichkeitsstörungen aufgetreten sind<sup>37</sup>.

**Integrative Traumatherapie Stufe 2: Arbeit mit intrusiven Phänomenen, Gestaltprozesse in Kombination mit EMDR oder IDR-T**

Für die *Stufe II*, der direkten Arbeit mit verfolgenden, intrusiven Bildern, Körperintrusionen, Flashback-Phänomen und ähnlichem, können die Methoden des EMDR (Shapiro 1998) oder des IDR-T (Petzold 2000f) zum Einsatz kommen. Durch diese Methoden werden gute Strukturierungs- und Selbststeuerungsmöglichkeiten angeboten, die PatientInnen darin unterstützen, sich dem z.T. chaotischen Bereich der überschwemmenden traumatischen Erfahrung anzunähern, wobei die Angst vor erneutem Überschwemmtwerden oder einer Retraumatisierung in Grenzen gehalten und steuerbar gemacht wird, insbesondere dadurch, daß der Patient/die Patientin erlebt: der Prozeß kann immer unterbrochen werden, wenn das gewünscht wird. Die oben erwähnte problematische Dissoziation von Traumahalten und Körpersymptomen kann auf diese Weise integriert werden. Ob über die Traumahalte ausführlich in „moderater Exposition“ oder in eher genereller Art („indirekte Exposition“) zu sprechen ist, ist mit dem Patienten zu klären (ggf. experimentierend, d.h. er muß das „anspüren“) und sollte keine Frage der Ideologie sein. Der *informed consent* ist hier unbedingt einzuholen und zu respektieren.<sup>38</sup>

<sup>36</sup> Vgl. Anmerkung 23.

<sup>37</sup> Im stationären Setting ist mit einer Dauer zwischen einer Woche und der Gesamtzeit eines stationären Aufenthaltes von max. 12 Wochen zu rechnen, in diesem Fall sollte die Traumatherapie ambulant erfolgen und die stationären Behandlungen zur Stabilisierung eingesetzt werden; siehe dazu auch die Überlegungen von Michaela Huber (1995) in Vorträgen, Seminaren und ihrem Buch „Multiple Persönlichkeit“. In der ambulanten Arbeit berichtet Judith Herman von mehrmonatigen geschlossenen Stabilisierungsgruppen (pers. Mitteilung).

<sup>38</sup> Bei PatientInnen mit sehr schweren Störungen, besonders wenn selbstverletzendes Verhalten hinzukommt, ist dies zum Teil sehr schwierig. Bedrängen und Nötigen der PatientInnen (weil sie den Therapeuten in Not bringen, vgl. Sachsse 1997,

Ist die Stabilisierung von Alltagsstruktur und Alltagskontakt zu Umwelt und Mitmenschen – zum Stations- und Klinikleben – erfolgt, kann in der zweiten Stufe über die Behandlung im dyadischen Setting/ Einzeltherapie mit den *eigenisexponierenden Techniken* der „Integrativen Traumatherapie“ (unter Verwendung von EMDR oder IDR-T) eine direkte Arbeit mit intrusiven Symptomen stattfinden, wobei IDR-T besonders für Körperintrusionen eingesetzt werden kann. Auf diese Weise kann nach unseren klinischen Erfahrungen zumeist eine deutliche Reduktion von Flashbacks, Alpträumen, Ruminationen, ständigen Gedanken an das Trauma oder Erleben von traumabezogenen Körperempfindungen und -gefühlen (body intrusions, missensations) erreicht werden und sich die quälende Hauptsymptomatik von Schlafstörungen, Angstzuständen, irritierenden Körpergefühlen, Grübelzwängen und ähnlichem erheblich bessern. Beim IDR-T wird zudem immer auch mit „positive recall“, dem Aufrufen positiver Körperempfindungen und -gefühlen gearbeitet.

Warum die EMDR-Technik wirkt (Carlson et al. 1998; Rothbaum 1997) mit Ergebnissen, die „etwa im Bereich der üblichen verhaltenstherapeutischen Verfahren“ liegen (Poldrack, Znoj 2000, 292; Ehlers 1999, 75; vgl. die Metaanalysen von van Etten, Taylor 1998; Lamprecht et al. 1999), wird sehr unterschiedlich beurteilt (Lohr et al. 1998) und es sind verschiedene Erklärungsmodelle neben dem der Begründerin dieses Verfahrens, Francine Shapiro (1995), in der Diskussion (Lamprecht 2000), wobei Augen- und Fingerbewegung (sie haben vielleicht eine Distraktorfunktion) keinen notwendigen Teil der Behandlung darstellen, wie neuere Studien (Eschenröder 1997; van Etten, Taylor 1998) zeigen. Generell wird die Vorläufigkeit der Erklärungsmodelle betont.

Bei Verwendung der IDR-T-Methode wird die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen eingebettet in eine Maßnahme, die insgesamt auf die Sensibilisierung für Verspannung, auf Entspannungsmöglichkeiten, die isodynamische Selbstregulationsfähigkeit in Belastungszuständen gerichtet ist, also z.T. in den Bereich der Streßbewältigungstechniken fällt, deren traumatherapeutische Wirksamkeit nachgewiesen wurde (Foa, Meadows 1997), aber auch über diese hinausgeht. Aufkommende oder gezielt aufgerufene Gefühle (*emoting*) werden nämlich systematisch verändert – ein „emotional modeling“ (Petzold 1992b, 841ff; vgl. Traue 1998). Erlernte Tiefenentspannung durch Atem- und Stretchingtechniken (Recken, Strecken, Dehnen, Petzold 1974 k, 341ff, 2000f; Carlson, Curan 1994; Bittler 1999) sowie Mimikfeedback – z.B. durch Aufsetzen einer Neugiermimik – (Josić, Petzold 1995; Döring-Seipel 1996; Petzold 2000f, 1992a, 843ff) ermöglichen, beim Aufkommen von Angstgefühlen und Körperintrusionen im Kontakt mit den belastenden Erinnerungen eine Veränderung der Empfindungen und des eigenleiblichen Erlebens in situ herbeizuführen (ibid. 842ff). Das geschieht durch Ausstimmungen (*distancing*), wenn die Gefühle zu intensiv werden, durch Feinabstimmungen (*dosing*) und durch Umstimmungen (*shifting*) – z.B. durch Veränderung der Mimik, Haltung und des Atemmusters (vgl. supr.).

Aus der Sicht der *Gestalttherapie*, die sich besonders mit Prozessen der bewußten Wahrnehmung und Aufmerksamkeit (*awareness*) befaßt, fällt bei traumatisierten PatientInnen auf, daß sie durch die „intrusiven“ Phänomene Mühe haben, ein „continuum of awareness“ (Perls 1969), einen ruhigen Bewußtseinsstrom, aufrecht zu erhalten. Ihre Auf-

---

144ff) ist bei traumatischem Hintergrund besonders kontraindiziert, weil die Gefahr der Retraumatisierung gegeben ist. Die Arbeit mit Distraktoren (z.B. Katas zu Musik, Tae Bo, Lauftherapie, Kaltpackung des verletzungsgefährdeten Körperteils) kann hier situative Hilfen bieten und physiologische Umstellungen induzieren. Selbstverletzungen können als *Körperintrusionen* gesehen werden und sind vielleicht von Cortisoluntersteuerungen (mit)bedingt (Hüther 2000). Physiotherapeutische Ansätze (Jordi 2000) müßten hier stärker auf ihre Nützlichkeit untersucht werden, ohne daß man an den Rückgriff auf das (reichhaltige) Arsenal der frühen Psychiatrie (Reil 1803) – etwa *douche* oder Ganzkörperkaltpackungen (so Ross et al. 1990; Sachsse 1997, 146) – denken sollte, aber Techniken der Linderung, Hydro- und Balneotherapie bieten wahrscheinlich noch manche nicht genutzte Möglichkeit. Überhaupt ist sorgfältiges theoriegeleitetes Erproben verschiedener psychologischer „Heilmittel“ (Janet 1919) angesagt, wie dies in Integrativen Therapien geschieht (Sponsel 1995) und – deren Impulse aufnehmend – auch von unkonventionellen TherapeutInnen aus dem tiefenpsychologischen Bereich (Reddemann, Sachsse 1996, 1997; Sachsse 1997; Sachsse, Reddemann 1997) vorangetrieben wird.

merksamkeit hängt quasi an der „offenen Gestalt“ des Traumas fest. Wegen der mangelnden kognitiven und emotionalen Integration des Traumas ist eine selbstgesteuerte Fokussierung der Aufmerksamkeit gestört<sup>39</sup>. Überdies ist noch ein anderes Phänomen auffällig: Eine häufige Beobachtung ist, daß innere Bilder und inneres szenisches Erleben des Traumas bis direkt vor das eigentliche Trauma reichen und dort abbrechen („Trauma-Lücke“). In der Traumatherapie kann versucht werden, durch „gelenktes komplexes katathymes Erleben“, wie es in der Integrativen Therapie<sup>40</sup> (Petzold 1971c, 1972f; Petzold, Osterhues 1972; Brandau 1986; Katz-Bernstein 1990) entwickelt wurde und auch von anderen hypno-, orneiro- bzw. imaginationstherapeutischen Verfahren praktiziert wird (Butler et al. 1996; Desoille 1961; Frétygny, Virell 1968; Leuner 1955, 1985; Sachsse 1989; Singer, Pope 1986), den Bilder- und Erlebensfluß vor dem Trauma mit Bildern, Szenen, Atmosphären, Erleben nach dem Trauma zu verbinden oder durch das Erfinden einer *rettenden Szene* umzuformen, etwa mit einer Szene von „Sicherheit“ und „Geborgenheit“. Hier kommt die von Pierre Janet schon 1889 beschriebene Technik der „substitution des images“<sup>41</sup> zum Tragen. Dabei muß auf das Risiko maligner Dissoziationen, auf das Shalev (et al. 1996) hinweisen, geachtet werden. Die Beherrschung von Umstimmungstechniken (*shifting*) bietet hier für die Patienten eine Hilfe. In dieser Phase der Therapie kann darüber hinaus auch Kontakt dazu aufgenommen werden, wie sich das Trauma im Körper spürbar macht. Eine wichtige Erfahrung ist nämlich, daß noch häufiger als die verfolgenden, negativen „intrusiven“ Bilder sich derartige *intrusive Körpergefühle* bei Traumapatienten finden, die sich dann klinisch als psychovegetative und psychosomatische Störungen zeigen.

Deshalb stehen in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie (IBT) Wahrnehmung und Ausdruck körperlicher Erinnerungen (Hausmann, Neddermeyer 1996), von Propriozeptionen, Koenästhesien, von „Körperatmosphären“ (Schmitz 1985) im Vordergrund (z.B. ist eine orthopädische relevante Schmerzsymptomatik oft ein Zeichen fixierter Ausweichbewegungen bei Verkehrsunfallerelebnissen oder ein gynäkologisch relevanter Hinweis auf Erfahrungen sexueller Gewalt).<sup>42</sup> Andererseits kann auch mit positiven „recalls“ gearbeitet werden, die die belastenden Körperat-

39 Aufgrund neurophysiologischer Forschungen von LeDoux (1996) u.a. nimmt van der Kolk (1994) an, daß die Erinnerungen an das Trauma rein affektiv über die Mandelkern-Gebiete des Gehirns verarbeitet und dann nach Sinneseindrücken getrennt gespeichert werden. Eine gedankliche und sprachliche Verarbeitung und Integration über die Hippocampusregion und das Broca-Sprachzentrum sei blockiert.

40 Dieser imaginative Ansatz im Integrativen Verfahren (Petzold, Osterhues 1972; Katz-Bernstein 1990) wurde durch die Methoden von P. Janet, L. Daudet, R. Desoille, A. Virell (Frétygny, Virell 1968) inspiriert, die Petzold in Paris erlernt hatte – später kam der Kontakt mit der Methode Leuners (1985) hinzu. Er wurde zunächst in der Arbeit mit drogenabhängigen, und durchweg traumatisierten Jugendlichen (Petzold 1971c, 1972f) entwickelt. Er verbindet die Lenkung des *rêve éveillé dirigé* von Desoille (1945, 1961) mit spontanen katathymen Bildern (Leuner 1985), unterscheidet sich aber etwa von Sachsse/Reddeman (1997) dadurch, daß ein *k o m p l e x e s* Verständnis katathymen Phänomene – wir sprechen von katathymen Erleben – zugrundegelegt wird: Atmosphären, propriozeptive und kinästhetische Erlebnisinhalte werden in einer „leiborientierten“ und „szenischen Konzeption“ der Katathymie (idem 1992a, 900ff) therapeutisch eingesetzt, z.B. mit olfaktorischen oder taktil-kinästhetischen Evokationen, die in Dosierung und Entwicklung durch den Therapeuten gelenkt werden können, wie dies auch in hypnotherapeutischen Traumatherapien (Butler et al. 1996; Spiegel et al. 1994; Bengel & Landji 1996) erfolgt.

41 Janet versuchte, fixierte Scripts aufzuösen und zu reorganisieren „... par le procédé de la ‚dissociation des idées‘ et par celui de la ‚substitution‘. Une idée, un souvenir peut être considéré comme un système d’images que on peut détruire, en séparant les éléments, en les altérant isolément, en substituant dans les composé telle ou telle image partielle à celles qui existaient“ (Janet 1889/1925 I, 404).

42 Im Gegensatz zu früheren Mitteilungen sollte diese traumatherapeutische Körperarbeit in Anlehnung an Judith Herman erst in der zweiten Therapiephase erfolgen, weil in der ersten Phase Stabilisierung und Strukturierung ganz im Vordergrund stehen und die Beschäftigung mit dem Trauma verfrüht sei (Herman, persönliche Mitteilung Workshop Berlin 1998).

mosphären „vertreiben“ (Petzold 1970c, 2000f). Jeder, der „positive Intrusionen“ kennt – etwa bei Verliebtheit, plötzlich auftauchende zärtliche Gedanken an die eigenen Kinder, Heimatgefühle, Sehnsüchte etc. oder Aufkommen von ästhetischen Erfahrungen (ein beeindruckendes Konzert, eine große Landschaft, vgl. Petzold, Orth 1998b, Petzold 1999q) –, weiß um die Kraft derartiger „Intrusionen“. Solche mit dem Patienten aufzufinden, zu aktivieren und zu verankern ist ein besonderes Ziel der **IDR-T**.

### **Integrative Traumatherapie Stufe 3: Abschlussphase – Integration und Zukunftsperspektiven**

In der *dritten Phase der Traumatherapie*, d.h., nachdem die traumatischen Inhalte ausreichend durchgearbeitet wurden und ihren bedrängenden Charakter weitgehend verloren haben, geht es um die Neubestimmung eines „Lebens nach dem Trauma“ und ein Fördern von möglicherweise durch die bisherige Entwicklung zu kurz gekommenen Fähigkeiten der Alltagsbewältigung (Vygotsky 1993b). Dieser letzte Gesichtspunkt hat besonders bei Kindern und Jugendlichen Bedeutung, die früh – meist sexuell – traumatisiert wurden und denen z.T. normale Entwicklungsschritte in Pubertät und jungem Erwachsenenalter fehlen. Die mit dem Therapeuten in Einzeltherapie bearbeiteten Bilder und Körpersymptome müssen auf angemessene Art in die Therapiegruppe eingebracht werden, ohne noch einmal in die einzelnen Inhalte zu gehen. Im Zentrum steht der Aufbau von Zukunftsperspektiven. Das „Leben nach dem Trauma“ muß eine neue Richtung gewinnen:

- ▶ Wie hat sich mein Verhalten nach dem Trauma verändert – bei sexuellen Traumatisierungen oft beim Thema „Grenzsetzung“ – und wie kann ich es neu gestalten?
- ▶ Wie kann ich die Erfahrung des Traumas integrieren, vielleicht sogar als Kraftquelle oder zur Ausbildung von Widerstandskraft (*Resilienz*) nutzen (salutogenetischer Ansatz), z.B. dadurch, daß mir der Wert meines Lebens neu bewußt wird, ich „Freude am Lebendigen“ gewinne? Die Einzel- und vorzugsweise Gruppentherapie können in dieser Phase konfliktorientiert und interaktionell werden. Typische gestalttherapeutische Einzelarbeiten in der Gruppe mit anschließendem *Sharing*, psychodramatische Sequenzen (Petzold 1973a, idem 1982a) und gestalt-experientielle Gruppenarbeit (Stevens 1975) prägen die Vorgehensweise. Die Strukturierung wird mehr den einzelnen Gruppenmitgliedern und dem Gruppenprozeß überlassen (Petzold, Schneewind 1986).

### **Integrative Traumatherapie Stufe 4: Transfervorbereitung, Verhaltensprobe mit Behaviourdrama, Begleitete Neuorientierung**

In der *vierten Phase Integrativer Traumatherapie* wird der *Transfer* der Therapieerfahrungen in das Alltagsleben gezielt vorbereitet, denn es ist nicht so ohne weiteres davon auszugehen, daß das, was etwa im stationären Aufenthalt erfahren, erkannt und erlernt worden ist, sich generalisiert und in den Alltag überträgt. Die „affordances“ (J. Gibson) des häuslichen Milieus, in dem Mißhandlungen stattfanden, der „Aufforderungscharakter“ (K. Lewin) des Weges zum Dienst, auf dem der Überfall passierte, die „ergreifende Atmosphäre“ (H. Schmitz) am Arbeitsplatz, wo das Mobbing stattfand, all das kann zu einem negativen „recall“ und zur Reinszenierung dysfunktionaler Verhaltensweisen führen. Deshalb wird für „recalls“ sensibilisiert, werden problematische Szenen in gelenkten imagiativen Szenen, übdem Rollenspiel, dem sogenannten *Behaviourdrama* (Petzold 1977f; Petzold, Osterhues 1972) im Sinne einer Verhaltensprobe vorbereitet. Es werden Zukunftsszenarios entwickelt, stehen doch für viele PatientInnen grundsätzliche Neuorientierungen z.B. in den sozialen Beziehungen an. Deshalb müssen das „life planning“ und das „network planning“ in der Therapie Raum haben. Eventuelle Rückschläge und Probleme werden antizipatorisch besprochen und Hilfemöglichkeiten werden aufgezeigt. Weiterführende Beratung und/oder Therapie zu Hause wird vorbereitet, weil Umsetzungsschritte oft im unmittelbaren Kontakt mit den alltäglichen Lebenssituationen in einer „begleiteten Neuorientierung“ unterstützt werden müssen, besonders, wenn die natürlichen Stützsysteme des sozialen Netzwerkes noch brüchig sind oder neue supportive und ressourcenreiche Netzwerke erst aufzubauen sind (Hass, Petzold 1999). Ohne diese sind die Rehabilitationschancen schlecht, und es nimmt deshalb Wunder, warum in der psychotraumatologischen Literatur dieser Bereich so wenig dargestellt wird.

### 4.2.3 Behandlungsbeispiele aus der stationären Integrativen Traumatherapie

#### Herr Hansen: Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung

Herr Hansen, ein 59-jähriger U-Bahn-Fahrer von stämmigem Körperbau, verheiratet, Vater von zwei erwachsenen Kindern, der bisher „immer gesund“ gewesen war, litt unter heftigen therapieresistenten Schlafstörungen, starker Müdigkeit und Konzentrationsunfähigkeit, anfallsartig auftretenden Angstzuständen und insbesondere einer unkontrollierbaren Angst auf seinem Arbeitsplatz, die ihn seit Monaten arbeitsunfähig sein ließ. Die Symptomatik war zunächst mit Schlafmitteln und Antidepressiva behandelt worden. Wegen Erfolglosigkeit der Therapie wurde der Patient dann in die psychosomatische Klinik eingewiesen. In der genauen biographischen Anamnese stellt sich heraus, daß der Patient mehrere Suizidanten mit seinem U-Bahnzug überfahren hatte. Insbesondere der letzte Unfall hatte ihn stark mitgenommen, und diese ungewöhnliche Häufung kam ihm beinahe wie ein negatives Schicksal vor. Von Arbeitskollegen hörte er, sicher liebevoll gemeinte, aber von ihm als verletzend erlebte Bemerkungen. Nach den Unfällen hatten jeweils Gespräche mit Vorgesetzten stattgefunden, die nur wenig entlasteten. Einmal war auch eine Psychologin hinzugezogen worden. Unter Arbeitskollegen wurde außer ironisch-freundlichen Bemerkungen nur wenig über die psychische Belastung und die Angst vor der Einfahrt in den nächsten Bahnhof gesprochen. Es herrschte eine Atmosphäre der „harten Männer“, die solche „Personenschäden“ problemlos wegstecken.

Nach dem letzten Suizidereignis wurde Herr Hansen fast jede Nacht von massiven Alpträumen geplagt, in denen ihn die Augen des letzten Suizidanten vorwurfsvoll anschauten. Diese Bilder traten auch während des Tages auf und waren von intensiven Angstgefühlen begleitet. Der Patient reagierte auf jedes stärkere Geräusch mit heftigen Verspannungen und Kopfschmerzen. Wegen der Angstzustände und der Konzentrationsstörungen erfolgte eine mehrmonatige Krankenschreibung. Da intrusive Bilder ohnehin vorhanden waren, schien eine Arbeit mit den Traumbildern und -gefühlen indiziert und soll als Kombination von EMDR- und Ansätzen der Gestalttherapie im folgenden detailliert beschrieben werden:

1. Zunächst wurden mit Herrn Hansen seine Störungen besprochen und ihm mögliche Behandlungswege aufgezeigt. Dann wurde er über die EMDR-Therapie mit Expositionssequenzen, nebst möglicher Nebenwirkungen informiert und um Zustimmung gebeten, diesen Behandlungsansatz als eine Maßnahme im Rahmen des klinischen Gesamtprogramms einmal zu erproben. Dann wird ein Termin anberaumt.
2. Die Technik des „sicheren Ortes“ (vgl. „safe place“, Katz-Bernstein 1996; „schützende Insel“, Petzold et al. 1993, 202ff) wird eingesetzt. Zunächst wurde Herr Hansen aufgefordert, sich ein Phantasiebild von „Sicherheit und Entspannung“ vorzustellen. Er nannte eine Szene aus seinem Wohnzimmer, in der er auf der Couch sitzt und Zeitung liest. Dieses Bild wurde bewußt aufgenommen mit den evozierten begleitenden Körpergefühlen von Entspannung und Wohlgefühl. Die gesamte Szene wurde als „sicherer Ort“ definiert und durch wiederholtes Anspüren verankert.
3. Einschätzung der subjektiven Belastung (SUD): Dann wurde der Patient aufgefordert, wenn es ihm möglich sei, sich das „zentrale schreckliche Bild“ vorzustellen und anzugeben, wie sehr ihn diese Vorstellung belaste. Herr Hansen stellte sich die Augen des letzten Suizidanten vor, den er überfahren hatte und der ihn kurz vor dem Aufprall

angeschaut hatte. Er nannte als Belastung die Stufe 9 (Skala von 1-10), also eine hohe Belastung, was eine Intensivierung der Gegensteuerung mit Safe-place-Gefühlen indizierte.

4. Positive und negative Gedanken über sich selbst: Als nächstes wurde der Patient aufgefordert, nachzuspüren, wie er über sich selbst in bezug auf dieses Bild fühlt und beurteilt. Er sagte: „Ich fühle mich hilflos, ich hätte es verhindern müssen“. Ein positives Urteil über sich selbst: „Ich habe alles getan, was ich konnte“, fühlte sich für ihn unglaublich an.

5. Körpergefühl: Dann wurde das Körpergefühl bei der Vorstellung des Erinnerungsbildes erfragt. Herr Hansen fühlte sich verkrampft, hatte das Gefühl, er wolle sich abstützen und bremsen. Gleichzeitig fühlte er eine Verkrampfung im Brust- und Bauchbereich, wie einen eisernen Ring.

6. Bilderarbeit: Als nächstes wurde er aufgefordert, seine Vorstellung beim oben beschriebenen „schrecklichen Bild“ zu lassen und gleichzeitig mit den Augen den hin- und herbewegten Fingern des Therapeuten zu folgen. Dabei wurde nach kurzen Sequenzen (ca. 25 Hin- und Herbewegungen) eine Pause eingelegt, in der nach Körpergefühlen und Veränderungen des Ausgangsbildes gefragt wurde. Immer wurde ihm die Möglichkeit gegeben, durch Armheben die Arbeit zu unterbrechen. Immer wurde auch nach Veränderungen der subjektiven Belastung gefragt. Während der „Bilderarbeit“ wurde vom Patienten nicht gesprochen – vom Therapeuten aber immer wieder stützend interveniert, denn an der Gesichtsrötung, den Schweißperlen und der Anspannung war die hohe innere Beteiligung deutlich zu sehen.

7. Veränderung: Bei den ersten Durchgängen mit dem zentralen Bild stellte sich heraus, daß Herr Hansen in der Vorstellung auf die Situation kurz vor dem Unglück fokussiert hatte, also sich innerlich hauptsächlich mit der Erwartungsspannung beschäftigt hatte. In einer geleiteten Bilderarbeit wurde der Patient deshalb aufgefordert, sich die gesamte Ausgangsszene wie einen Film vorzustellen, der über den Aufprall des Suizidanten hinausgeht bis zur Einfahrt in den nächsten Bahnhof, Benachrichtigung der Polizei usw. bis zu einer realen Erinnerungsszene mit dem Gefühl von Sicherheit: in diesem Fall die Rückkehr nach Hause (safe place) und die Begegnung mit seiner Partnerin, mit der er aber wenig über seine Erlebnisse sprach. (Überbrückung der „Trauma-Lücke“).

8. Nach vier Durchgängen dieser Art änderte sich der „Film“ in Phantasiebilder großer Höhlen, durch die er wanderte, in denen Augenpaare auf ihn zukamen, aber auch an ihm vorbeiswebten. In einer zweiten Sitzung tauchten Bilder aus der Nachkriegszeit auf (beim Kohlenklaus wurde auf ihn geschossen), dann weitere bedrohliche Kindheitserinnerungen wie ein Beinahe-Ertrinken. Immer waren die Bilder mit hoher körperlicher Verspannung und dem Krampf in Brust und Bauch verbunden. Interessant für den ganzen bisher beschriebenen Prozeß war, daß im Laufe der Durchgänge immer aktivere Phantasien auftauchten („wie reflexhaft schnell ich die Notbremsung der Bahn auslöste, wie geschickt ich mich verstecken konnte, welche gute Fluchtwege ich kannte“). Dieses zunehmende Gefühl von *self-support* und Kontrolle scheint ein gutes Zeichen für das Überwinden der passiven Opferposition zu sein.

9. Insgesamt verteilte sich die Arbeit über drei Einzeltermine von ca. 60 Minuten mit jeweils einer Woche Abstand und führte zu einer Abnahme der subjektiven Belastung bis auf Stufe 1 (von 10). Während am Anfang der Behandlung für zwei Nächte die Alpträume stärker wurden, nahmen sie im weiteren Verlauf dann kontinuierlich ab.

10. Abschlußtechniken: Jeweils am Abschluß der Sitzung und besonders in der letzten Sitzung wurde auf das anfänglich beschriebene Bild des „sicheren Ortes“ mit den damit verbundenen Gefühlen der Geborgenheit fokussiert. Zwischen den Terminen wurden die Traumabilder in einem imaginierten „Tresor“ verschlossen.

11. In der nachfolgenden Gestaltarbeit thematisierte Herr Hansen seine übermäßige Verantwortungshaltung und seine Schwierigkeit, sich Unterstützung zu holen („Ich muß alles Wichtige selbst erledigen, traue anderen Menschen wenig zu“). In der Abschlußphase wagte Herr Hansen zunehmend, seine Betroffenheit durch die Erlebnisse anderen Gruppenmitgliedern mitzuteilen und sich mit seinen Introjekten des „starken Mannes“ und seiner Angst vor Ablehnung durch die *peer-group* auseinanderzusetzen. Als weiteres Thema tauchte die „Begegnung mit dem

Tod“ auf und damit auch eine Bilanz eigener Lebenswerte und deren Realisierung jenseits der Lebensmitte. In der Integrativen Leib-Bewegungstherapie ging es um das ringförmige Spannungsgefühl, um das „Sich-immer-zusammenreißen“, um das Spüren von Spannung und Entspannung, um Gewinn an Regulationsfähigkeit im Sinne der **IDR**.

Durch diese „*Integrative Traumatherapie*“, in der – besonders im Format des Vierstufenmodells – Methoden der Gestalttherapie und der EMDR verbunden wurden, konnte eine Verbesserung der Schlaflosigkeit mit einem deutlich reduzierten Auftreten der Alpträume und der Angstzustände erreicht werden. Der Patient hielt einen Arbeitsversuch für realistisch. Drei Jahre nach der beschriebenen erfolgreichen Behandlung meldete sich der Patient erneut zur stationären Psychotherapie:

Wie verabredet war Herr Hansen an seinen Arbeitsplatz zurückgekehrt und hatte seine Tätigkeit als Fahrer wieder aufgenommen. Schon einige Monate später kam es zu einem erneuten „Personenschaden“ auf seiner Strecke und einige Monate später wiederum zu einem suizidalen Sprung vor seine Bahn. Weitere traumatische Erlebnisse im nur 3jährigen Zwischenraum waren die direkte Beobachtung eines Suizids durch Sprung vor eine entgegenfahrende U-Bahn. Dieses Ereignis war der heftigste Schock gewesen, weil Herr Hansen dabei die Zerstörung eines Menschen noch sehr viel detaillierter miterlebte als bei den Unfällen an seiner eigenen Bahn. Aber es waren noch weitere Unglücke geschehen: Er hatte beobachtet, wie ein ihm unbekannter Passant sich direkt vor seinen Augen durch Sprung von einer Brücke das Leben nahm, nachdem er ihm zuvor noch Feuer für eine Zigarette gegeben hatte. Wieder tauchte für ihn das Thema auf, warum er wohl in so außerordentlich gehäuftem Umfang Unglücke erlebe.

Zunächst hatte er die Belastung kompensieren können, entwickelte dann aber doch erneut Schlafstörungen, innere Unruhe und Anspannung, verbunden mit einer depressiven Stimmungslage. Auch das schon bekannte Druckgefühl in der Brust trat wieder auf. Eine zweite stationäre Behandlung mit EMDR und Gestalttherapie konnte die Symptome wieder deutlich bessern (Reduktion der subjektiven Belastung auf Stufe 2). Für die weitere Zukunft deutet sich aber die Frage an, diesen Arbeitsplatz aufzugeben, was aus finanziellen Gründen aber schwerfällt. Außerdem steht die Pensionierung ohnehin bevor. Weiterer Schwerpunkt der Wiederholungstherapie ist die Suche nach Ressourcen (Petzold 1997p; Spieß-Kiefer 1996) im Leben des Patienten, die helfen können, derart heftige berufliche Belastungen auszugleichen. In dieser Arbeit wurde dann deutlich, daß Herr Hansen seit Jahren in einem Arrangement mit seiner Lebenspartnerin lebt, in dem jeder auf seine eigene Wohnung und seinen Lebensraum sehr viel Wert legt. Dadurch ergab es sich, daß er nach diesen traumatischen Ereignissen oft allein in seiner Wohnung war, statt den Austausch mit seiner Partnerin zu suchen. Um die Partnerschaft nicht zu belasten, hatte er die schlimmen Erlebnisse und auch die Folgestörungen durch das posttraumatische Belastungssyndrom meist nicht ausführlich besprochen, war damit letztendlich völlig allein geblieben. Dieses soziale Verhaltensmuster wurde zentraler Bestandteil der gruppentherapeutischen Arbeit mit der Zielsetzung, mehr Austausch zwischen den Partnern zu fördern.

Um aber die Realität einer ständigen Retraumatisierung nicht aus den Augen zu verlieren, ist es auf solchen Arbeitsstellen mit wiederholter Traumatisierung sinnvoll, eine kontinuierliche Zusammenarbeit des Arbeitgebers mit traumatherapeutischen Kliniken und Praxen zu fördern, wie es in München als Projekt beschrieben wurde (Hell 1993).

Sowohl dieses als auch das folgende Beispiel zeigen, daß ein „klassisches“ isoliertes posttraumatisches Streß-Syndrom außerordentlich selten ist, zumindestens im stationären Rahmen. Fast immer handelt es sich um Beschwerdebilder, die nicht genau in die ICD-Diagnostik hineinpassen. Oft steht eine körperliche Symptomatik zunächst im Vordergrund. Trotzdem kann

durch die beschriebene integrative Arbeit eine gute Besserung der Beschwerden erreicht werden. Um PatientInnen für den Lebensalltag noch bessere Bewältigungshilfen zu geben, kann das Praktizieren von *Lauftherapie* und/oder eines psychophysiologischen Entspannungsverfahrens (IDR, AT, *Jacobson*) gelehrt (*van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Petzold 2000f*) und mit entsprechender Motivationsarbeit in die Alltagssituation transferiert werden.

Während es sich hier um einen vorher symptomfreien Mann im mittleren Lebensalter handelte, bei dem bereits durch die symptomzentrierte Kurzzeit-Therapie eine wiederholte deutliche Symptombesserung möglich war, ist die Situation im Fall von in der Kindheit oder Pubertät sexuell traumatisierten Frauen erheblich komplizierter.

### **Frau Jordan: Chronischer Unterbauchschmerz bei einer posttraumatischen Persönlichkeitsstörung**

Frau Jordan, eine alleinstehende junge Frau Anfang 20, klagte über heftige Unterleibsbeschwerden, die zu häufigen Krankschreibungen geführt hatten. In der vorsichtigen Körperarbeit (*Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Petzold 1988n*) tauchten Erinnerungen an sexuelle Mißbrauchssituationen in der Frühpubertät auf. In einer Einzeltherapiesitzung, in der über die vorher beschriebene EMDR-Technik nach spontan auftauchenden Erinnerungs- oder Phantasiebildern gefragt wurde, erinnerte diese Patientin eine Kindheitsszene, in der sie in ihrem Schlafzimmer allein auf ihrem Bett saß.

Diese zunächst harmlos wirkende Szene ohne jegliche bedrohliche Personen entpuppte sich als Einstiegsbild in einen Erinnerungsstrom von Bildern aus Gewaltsituationen, in denen sie von Eltern und Nachbarn zu sexuellen Handlungen gezwungen worden war. Das Anfangsbild des auf dem Bett sitzenden Kindes enthüllte sich als eine Szene, in der sie den Lärm einer Party im Hause hörte und voller Angst befürchtete, von den zunehmend betrunkenen Eltern herbeigeholt zu werden. In der weiteren Arbeit intensivierten sich diese Bilder erheblich, so daß die Patientin bald unter den auf sie einstürmenden Erinnerungsbildern über die multiplen Mißbrauchssituationen und sexuellen Gewalterlebnisse litt. Immer wieder waren diese Bilder mit unerträglichen Unterbauchschmerzen verbunden. Weil die langjährige sexuelle Gewalt in einer Zeit geschah, in der die Persönlichkeitsstruktur der Patientin noch keine ausreichende Stabilität erreicht hatte, sahen wir eine Indikation für den integrativtherapeutischen Aufbau positiver innerer Selbstbilder und Identitätsattributionen (*Petzold 1992a, 529ff*). Durch Imagination des Verhaltens „guter Eltern“, das sie real nicht erinnerte, konnte die Patientin für sich selbst eine „gute innere Mutter“ entwickeln und sich selbst eine „innere Antwort“ auf die verletzenden und beschämenden Erlebnisse geben. Derartige Strategien des *Selfparentings* stärken die „persönliche Souveränität“ (*Petzold, Orth 1997b*) der Patientin. Sie setzen natürlich eine zugewandte Haltung der TherapeutInnen voraus, die bereit sind, in einer *empathisch-intuierenden Identifikation* (dieselben 1999a, 151) – das Erleben der Patientin zu erfassen, um ihr zu helfen, das „Unfaßliche“ verstehen zu können und damit dem Selbst-Verständnis zugänglich zu machen, die

weiterhin mit einer *sozialperspektivischen Identifikation*, einem Ansatz des „sozialen Sinnverstehens“ (ibid.), die soziale Situation der Patientin und ihres sozialen Netzwerkes zu *erklären* suchen, um Hilfen zu geben, wie man sich in einem derartigen Chaos orientieren kann. Schließlich muß in der TherapeutInnenhaltung eine väterliche/mütterliche Qualität erlebbar werden, *differentielles Parenting* erfolgen (ibid. 141f), das weder parentifiziert, noch unbedingt in ein regressives Milieu abgeleitet, sondern durch Kompetenzunterstellung eine *emanzipatorische Identität* (ibid. 148 und besonders 202f) unterstützt. Bei Frau Jordan war es insbesondere nötig, mit den Selbstvorwürfen und der eigenen Verstrickung zu arbeiten („Ich hätte mich mehr wehren müssen“, „Ich habe da ja auch mitgemacht“), sowohl in *kognitiver* Hinsicht (Gedanken der Wertlosigkeit) als auch in bezug auf ihre *emotionalen* Erfahrungen (Angst und Ekel), ihr *volitives* Erleben (Hilflosigkeit, Ohnmacht, Willenlosigkeit) und ihre *leiblichen* Empfindungen (Widerwillen, Spannung, Verkrampfung).

Hier ist ein langer Prozeß nötig, für den die 6- bis 12wöchigen stationären Behandlungen – wie in diesem Beispiel – oft nur einen ersten Anstoß geben können. Die Patientin mußte sich in der Integrativen Gruppentherapie die Rechtmäßigkeit ihres Ekels und ihrer Abscheu erst erarbeiten, indem sie in ihrer Phantasie das Bild einer „guten Mutter“ aufbaute und für sich selbst phantasierte Verhaltensweisen einer „guten Mutter“ entwickelte. Die Arbeit in der Begegnung mit einem akzeptierenden Gegenüber im Therapeuten und in der Gruppe führte zur Integration dieser Menschen als „innere Beistände“ (idem 1985l). Die individuelle Lösung dieser Patientin bestand darin, daß sie im Rahmen der Therapie für sich das Bild einer Mutter entwickelte, die zu der Gewaltszene dazukommt und als Reaktion das entkleidete Kind auf den Arm nimmt, anzieht und sofort aus der Situation entfernt. Erst als die Patientin den bedrohlichen „intrusiven“ Bildern mit den inneren Worten: „auf den Arm nehmen, anziehen und wegbringen“ begegnen kann, läßt der emotionale Druck nach und eine Verarbeitung der traumatischen Erinnerungen wird möglich. Die positiven inneren Bilder („inneren Beistände“) konnten im weiteren Behandlungsverlauf ihr Selbstwertgefühl, ihre Selbstunterstützung, ihre persönliche Souveränität so weit fördern, daß sich dann auch Wut und Abgrenzung gegenüber den Mißhandlern entwickeln konnte. Besondere Bedeutung hatten dafür das *feed-back* und das Gefühl der Geborgenheit bei den anderen Gruppenmitgliedern ihrer Therapiegruppe durch deren aktive Rollenübernahme im Rahmen von Arbeiten mit dem „leeren Stuhl“, beim Doppeln u.a. *Gestaltmethoden* und *Psychodramatechniken* (Petzold 1973a, 1979k). In der *Integrativen Leib- und Bewegungstherapie* entdeckte sie Geborgenheit in gemeinsamen *Bewegungen* (z.B. Gruppentanz) und die Bedeutung ihrer Unterbauchschmerzen als „Warnsignal“ für „übergreifige Situationen“. Sie übte an einer Verbesserung ihrer Abgrenzungsfähigkeit in für sie verwirrenden Situationen.

Die traumatischen Erinnerungsbilder hatte Frau Jordan weitgehend „dissoziiert“<sup>43</sup>. Sie hatte zu ihnen wenig bewußten Zugang, hatte sich vor ihnen durch „Vergessen“ geschützt. Durch das di-

43 Konzept der Dissoziation im Sinne von Janet (Crocq, Le Verbizier 1989; Nemiah 1998; van der Kolk, van der Hart 1989, 1991).

rekte Ansprechen der Erinnerungsbilder (hier durch EMDR) konnte vermehrte Bewußtheit für die Hintergründe ihrer Symptomatik erlangt werden und eine integrativtherapeutische Verarbeitung war durch die schrittweise Auseinandersetzung mit der dissoziierten Erinnerung in einer akzeptierenden therapeutischen Atmosphäre möglich. Die Veränderung eines dysfunktionalen bzw. malignen Dissoziationsmechanismus wird dabei über die integrierende und Sicherheit gebende Unterstützung von Therapeut und Gruppe gefördert. Die gestalttherapeutische Haltung von prozeßorientiertem *Kontakt*, nicht-wertender *Begegnung* (Polster, Polster 1974) und ihre Vertiefung – wo immer das gelingt – zu einer intersubjektiven, aktiv wertschätzenden *Beziehung*, wie sie die Integrative Therapie vertritt (Petzold 1980g, 1988p), hat dabei eine zentrale Bedeutung.

#### 4.2.4 Erfahrungen

Im folgenden sollen einige Erfahrungen aus der stationären „Integrativen Traumatherapie“ mit traumabedingten oder mitbedingten psychosomatischen bzw. somatoformen Störungen kurzfristig mitgeteilt werden:

► **Keine Katharsis-Orientierung:** Wichtig in diesen Therapie-Prozessen ist der richtige Zeitpunkt und die sorgfältige Dosierung der Arbeit mit den traumatischen Erinnerungen, da es sehr leicht zu einer entgleisenden Überflutung und damit zu einer Retraumatisierung in der und durch die Therapie kommen kann. In einem forcierten, kathartischen Arbeiten kann es zwar zunächst zu einer Entlastung kommen, die dann aber leicht umschlägt in Selbstanklage und Selbstaggression. Dann kommt es zu einer Verschlechterung des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung, oft auch zu einer Verstärkung psychosomatischer Symptome. Besonders deutlich kann man dies bei PatientInnen mit Selbstverletzungstendenzen beobachten. Es steht zu befürchten, daß dadurch eine „*traumatic stress physiology*“ (Baum, Cohen, Hall 1993; Yehuda 1997) mit all den negativen Konsequenzen für das Immunsystem (Gannon, Pardie 1989; Gottlieb 1997; Nemeroff 1996, 1999; Nathan et al. 1995) bekräftigt wird. Wir sind deshalb in der Vorabklärung und Vorbereitung sehr sorgfältig auf die Steuerungsmöglichkeiten von Hyperarousal-Reaktionen gerichtet und geben bei solchen **IDR-T** den Vorzug. Wichtig ist auch, zunächst eine ausreichende Stabilisierung von Alltagsfähigkeiten und Alltagskontakt zu erarbeiten, bevor mit **moderater** Traumaexposition begonnen werden kann.

► **Kein Täter-Rollentausch:** Kontraindiziert sind bei Opfern sexueller und anderer Gewalt gestalttherapeutische Techniken der Identifikation mit dem Täter (z.B. in Rollenspielen). Da eine „Konfluenz“ mit dem Täter bestehen kann (Stockholm-Syndrom), kann dieses Vorgehen verwirren, belasten und führt eventuell sogar zu Dissoziationen und Autoaggressionen.

► **Reden über das Trauma:** Traumatische Bilder können einen „magischen“ Sog ausüben, eine Art „Traumatrance“, sogar einen Imaginierungszwang bewirken oder einen (auch) in der Therapie sich vollziehenden Reizenierungszwang (*trauma addiction*, vgl. van der Kolk 1989, idem et al. 1985). Darauf ist zu achten, weil sich auch durch solche Phänomene die „Traumaphysiologie“ verstärken kann. Zeitbegrenzte, konsequente Arbeit mit strukturierenden Techniken (wie EMDR oder IDR-T) versucht, solche *circuli vitiosi* zu unterbrechen. Sie müssen aber selbst immer wieder kritisch in den Blick genommen werden (Miltenburg, Singer 1997). In der stationären Therapie sind Stationsregeln hilfreich, die ein ständiges Reden über Trauma- und Gewaltsituationen einschränken. Wichtig ist auch, daß die Brücke zu Bildern und Szenen *nach* dem Trauma geschlagen wird, wie im ersten Beispiel beschrieben, es sei denn, es gibt keine guten „Bilder danach“, wie in Kriegssituationen bei sequentiellen Traumatisierungen. Auf der anderen Seite waren viele Patientinnen und Patienten oft bereits in ambulanter Psychotherapie, haben ihren Therapeuten (wie auch engen Freunden und Angehörigen) aber nichts von ihren schrecklichen inneren Bildern erzählen können. Strukturierende Techniken, die eine gemeinsame Erinnerung an die schrecklichen Erlebnisse ermöglichen, ohne Pa-

tient oder Therapeut zu überschwemmen, haben daher eine wichtige Bedeutung; die des *Teilens* von Leid und Bedrückung. Auch das Aufschreiben (und mit dem Therapeuten Durchsprechen) von Erinnerungen ist hilfreich, wenn genügend eigene Steuerung ein unkontrolliertes Abgleiten in die Bilder verhindern kann.

▀ **Täterkontakt.** Natürlich darf auch nicht übersehen werden, ob sich traumatisch geschädigte PatientInnen weiterhin im Täterkontakt befinden – was gar nicht so selten ist. Dann sind zunächst sozialarbeiterische/soziotherapeutische Hilfen notwendig, die ggfls. eine Herausnahme aus dem pathogenen Umfeld zum Ziel haben.

▀ **Verweildauer und „intermittierende“ Begleitung.** Bei ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörungen ist unserer Erfahrung nach eine initiale stationäre Psychotherapie sinnvoll, meist über einen Zeitraum von 6-8 Wochen. Oft können PTBS-Patienten erst im Schutzraum einer psychosomatischen Klinik einen „sicheren Ort“ finden, weil die häusliche Situation ständig Retraumatisierungen auslösen kann. Bei posttraumatischen Persönlichkeitsstörungen sind meist mehrere stationäre „Intervallbehandlungen“ und vor allem eine langfristig angelegte ambulante Psychotherapie indiziert, besonders, wenn es sich um chronifizierte Verläufe handelt. Hier ist das (ursprünglich in der Drogen-therapie entwickelte) Konzept der „intermittierenden Karrierebegleitung“ (Petzold, Hentschel 1991; Petzold, Scheiblich, Thomas 2000) nützlich, wo Klinik und TherapeutInnen der ambulanten Therapie im Kontakt miteinander bleiben, um die Patienten optimal zu betreuen und stationäre Aufenthalte gemeinsam mit ihnen so zu planen, daß es nicht erst wieder zu schweren Einbrüchen kommen muß, ehe der Schutzraum der Klinik eine neue Stabilisierung bietet.

#### **4.2.5 Zusammenfassung zur stationären PTBS-Arbeit**

Im Vordergrund der stationären (wie auch der ambulanten) Traumabehandlung steht die Erfahrung, daß es für viele PatientInnen zunächst einmal außerordentlich wichtig ist, daß sie sich mit ihrem traumatischen Erleben angenommen fühlen. Der respektvolle Umgang des Therapeuten mit der schrecklichen Erfahrung, das deutliche Signal, daß das Trauma als ein bedeutender Faktor für den gegenwärtigen Gesundheitszustand gesehen wird, ist Grundlage eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses, das Sicherheit vermittelt, Vertrauen möglich macht und allmählich an *relationaler Qualität* gewinnt, d.h. von *Kontakt* zu *Begegnung* und *Beziehung* kommen kann (Petzold 1993a, 1147-1188), ohne daß es zu Kollusionen und negativen Konfluenzphänomenen (z.B. „dissoziativen“ oder paranoiden Übertragungen) kommt. Die Fähigkeit des Therapeuten, das „Nicht-Integrierbare“ des Patienten an- und aufzunehmen, ist in der Begegnung – besonders mit dissoziierenden PatientInnen – ein wichtiger Schlüssel zur Integrationsarbeit der betroffenen Menschen.

### **5. Integrative Therapie als „fokale Kurzzeitbehandlung“ im ambulanten Setting bei PatientInnen mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen – empirische Befunde zur Wirksamkeit**

#### **5.1 Bemerkungen zur Forschungslage**

Inzwischen liegen zahlreiche Studien zur Wirksamkeit von Therapien bei PTBS vor. Viele von ihnen beziehen sich auf die Verbesserung oder Beseitigung der spezifischen PTBS-Symptoma-

tik und berücksichtigen die Komorbiditäten oder die unspezifischen Belastungsfaktoren, die besonders bei Flüchtlingen, Katastrophen-, Kriegs- und Folteropfern (Arcel 1994; Graessner et al. 1996) stark ins Gewicht fallen, nicht. Außerdem sind viele Studien sehr stark durch Auswahl und Zielgruppen bestimmt (Veteranen, Opfer von Katastrophen, Vergewaltigungen usw.), so daß für Metaanalysen die ohnehin nicht unbedeutenden Probleme der Vergleichbarkeit verstärkt auftauchen.

Nachstehend einige Ergebnisse. Die Wirksamkeit von Konfrontationsmethoden für die Symptomreduktion kann mit einer durchschnittlichen Effektstärke von *Cohens*  $d = .6$  als erwiesen gelten (Foa, Rothbaum 1998; Frueh et al. 1996). Sherman (1998) gibt in seiner Metaanalyse von 17 kontrollierten Therapiestudien ( $n = 690$ ) einen moderat guten Durchschnittseffekt von  $d = .52$  für die überwiegend kognitiv-behavioralen Behandlungen an. In der Metaanalyse von van Etten & Taylor (1998), die 61 Behandlungsstudien zu PTBS untersuchten, wurde für die kognitive Verhaltenstherapie eine mittlere Effektstärke von  $d = 1.27$  für die PTBS-Symptomatik berichtet. Für EMDR werden  $d = 1.24$  bei selbstbeurteilten PTBS-Symptomen angegeben, für psychodynamische Therapie  $d = .90$ ; für Hypnotherapie  $d = .94$ . Das Feld der Verfahren streut also nicht sehr breit. Eine Ausnahme bildet die Studie von Anke Ehlers (1999, 74), die  $d = 2.6$  und  $2.8$  berichtet. Von den medikamentösen Behandlungen erweisen sich bislang nur die Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRIs) als erfolgversprechend (Davidson 1997). Etten & Taylor (1998) geben hier  $d = 1.38$  an. Über Kombinationsbehandlungen Psychotherapie/Medikation liegen noch keine Studien vor. Es gibt z.T. erhebliche Forschungsprobleme durch Validitätsfragen der PTBS-Diagnose (enggreifend, weitgreifend) mit bestimmten Zielgruppen und Situationen (z.B. in Kriegs-, Katastrophen-, Nachkriegsgebieten, etwa im ehemaligen Jugoslawien). Bei Gewaltopfern begegnet man häufig extremem Mißtrauen von Betroffenen, besonders, wenn sie an einer Kontrollgruppe teilnehmen und zunächst keine Behandlung erhalten sollen. Das macht es in bestimmten Situationen unmöglich, Kontrollgruppen zu bekommen, nicht zu reden von den damit verbundenen forschungsethischen Problemen. All das macht die Forschungslage wenig übersichtlich. Und dann darf die doch eher geringe PTBS-Population selbst in Risikogruppen (Kessler et al 1995) als Hindernis für Forschungsbemühungen nicht unterschätzt werden. Situations- und Kulturspezifität (Marsella et al. 1996) tun ein übriges, so daß Verallgemeinerungen von Ergebnissen und metaanalytischer Effektstärkenangaben mit Vorsicht betrachtet werden müssen und eine sorgfältige, individualisierte und spezifische Diagnostik, Behandlungsplanung, Strategien- und Methodenwahl u.E. unverzichtbar bleiben werden. Feinkörnige Einzelprozeßstudien, Untersuchungen, die nach hoher *ökologischer Validität* für bestimmte Gruppen und Kontexte streben und – wie schon erwähnt – prospektive Longitudinalstudien, die psychophysiologische Parameter mit berücksichtigen, bleiben ein Desiderat. So werden sich unser Wissen über die Ursachen von PTBS, ihre erfolgreiche Behandlung, eventuelle **Nebenwirkungen** oder Spätfolgen solcher Behandlungen und die **Mißerfolge** nur allmählich durch viele Bausteine erweitern. Die nachstehende kleine Untersuchung ist als ein solcher zu sehen.

## 5.2 Die Studie und ihre Rahmenbedingungen

Viele PatientInnen mit traumatischen Erfahrungen und daraus resultierenden Belastungen kommen niemals in eine Klinik, sondern in ambulante Psychotherapien im Rahmen von freien Praxen niedergelassener PsychotherapeutInnen. Sie suchen die Therapien auch oft ohne Bezug auf die traumatische Erfahrung, sondern wegen eines breiten Spektrums an Symptomatiken auf, bei denen z.T. erst im Verlauf der Behandlung ein traumatischer Hintergrund erkennbar wird. Major Depressions oder Angststörungen, somatoforme Störungen imponieren zunächst und werden mit den angezeigten therapeutischen Strategien behandelt. Schaut man auf die Inzidenzraten, so müßte eigentlich die Zahl traumabedingter Psychotherapien höher liegen, als dies in den Praxen gemeinhin der Fall ist. Natürlich nehmen immer wieder auch Patienten wegen ihrer Traumabelastungen Therapien auf.

Im folgenden soll der Behandlung solcher PatientInnen im Rahmen einer Therapiestudie zur Wirksamkeit der „*Integrativen Therapie*“ (Petzold 1992a) im Rahmen der freien Praxis – ein Bereich, für den noch nicht sehr viele Studien vorliegen – nachgegangen werden. Das Forschungsinstitut an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) Düsseldorf, führte ab 1996 eine Evaluationsstudie durch mit dem Ziel der Bereitstellung von Basisdaten über Therapieverläufe und -ergebnisse insbesondere *Integrativer Therapie im fokalen kurzzeittherapeutischen Format (IFK)*, (Petzold 1993p) durch TherapeutInnen, die an EAG/FPI ausgebildet waren (Petzold, Steffan 1999b). Die Behandlung erfolgte mit der **IFK**-Methode, orientiert an der **generellen** Vorgehensweise des Verfahrens mit den „14-Heilfaktoren“ (vgl. *Diagramm 4* und 4.1.1 und 4.1.2), ohne daß spezifische Formate der *Integrativen Traumatherapie* eingesetzt wurden. Das macht diese Studie besonders interessant, weil hier ein Therapieansatz in seiner *generellen* Wirksamkeit ohne Einsatz der störungsspezifischen Sonderformate dokumentiert wird, obwohl in diesem Rahmen auch *spezifische Formate* der Traumabehandlung (die allerdings besondere Schulung erforderlich machen) zusätzlich eingesetzt werden könnten. (Studien hierzu sind in Vorbereitung). Untersucht wurden 58 TherapeutInnen und ihre 211 PatientInnen sowie Angehörige der PatientInnen hinsichtlich Diagnose, Schweregrad der psychischen Erkrankung, Einschätzung der Symptomatik, interpersonellen Problemen, Körperwahrnehmung und Lebenszufriedenheit sowie deren Veränderungen durch die Therapie. Ein Viertel der PatientInnenpopulation erhielt zu *Beginn* der Therapie die Diagnosen „Posttraumatische Belastungsstörung“ (F43.1), „Anpassungsstörungen“ (F43.2) oder „Sonstige Reaktion auf schwere Belastung“ (F43.8). Die drei Diagnosen wurden anhand des gemeinsamen Kriteriums „Vorhandensein eines belastenden Ereignisses, einer Situation oder Lebenskrise“ mit wiederholten Erinnerungen an das Ereignis und nachfolgender depressiver Verstimmung, Angst, Panik und Unfähigkeit, das Leben normal weiter zu leben, mit einer Dauer über mehrere Wochen oder Monate (Dilling, Mombour, Schmidt 1993) mit anamnestischer Traumabelastung zusammengefaßt. Von 27 Personen dieser spezifischen PatientInnengruppe liegt eine Dokumentation bis zur Abschlußerhebung vor, deren Ergebnisse hier dargestellt werden. Im folgenden sprechen wir von *posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörungen*.

## 5.3 Beschreibung der Studie – Design, Erhebungsinstrumente und -zeitpunkte

Die vorliegende Fragebogen-Studie untersucht die Wirkungen der Integrativen Therapie im ambulanten Setting unter alltäglichen Praxisbedingungen im naturalistischen Design. Leider konnten aus ethischen und praktikablen Gründe (freie Praxen) keine unbehandelten Kontrollgruppen untersucht werden. Ein umfangreiches Paket von Erhebungsinstrumenten wurde zu fünf Erhebungszeitpunkten mit dem Ziel einer detaillierten Dokumentation von Therapieprozeß und -ergebnis eingesetzt. Die Auswahl der Erhebungsinstrumente und das methodische Vorgehen orientierten sich weitgehend an den Richtlinien der APA mit dem Kompromiß, sich nicht allzu sehr von den alltäglichen Praxisbedingungen zu entfernen. Nach Bortz & Döring (1995) ist dieses Vorgehen quasiexperimentell als Felduntersuchung angelegt, in der kein komplettes Ausschalten von „Störvariablen“ wie in experimentellen Laboruntersuchungen möglich und damit keine hohe interne Validität gesichert ist. Zugunsten der Wahrung der *ökologischen Validität* und der natürlichen Therapiebedingungen wurde hier dieses Vorgehen gewählt.

Die *Instrumente* sollen „objektive“ Befunde liefern, die die psychische Situation – eine Verbesserung und ggf. auch eine Verschlechterung – und die subjektive Einschätzung aus PatientInnen­sicht erfassen. Eingesetzt wurde (1) die **SCL-90-R-Symptomcheckliste** (Derogatis 1986, dt. Version: Franke 1995) mit 90 Items zur Selbsteinschätzung psychischer Symptome und Belastungen, (2) das **IIP-C-Inventar** zur Erfassung interpersonaler Probleme (Horowitz, Strauss, Kordy 1994) mit der Operationalisierung zwischenmenschlicher Probleme orientiert an Kieslers (1982) Kreismodell und durch vier Pole bestimmt: autokratisch-unterwürfig, streitsüchtig-ausnutzbar, abwesend-fürsorglich, introvertiert-expressiv, (3) ein **Therapeutenfragebogen** (EAG), der soziodemographische Angaben, den Ausbildungshintergrund, die therapeutische Orientierung, Arbeitsweisen, Erfahrungen und Einstellungen der TherapeutInnen erfasst, ein (4) **Therapiebeurteilungsbogen** (EAG), der Diagnose(n) gemäß ICD-10, Einschätzungen zum Therapieverlauf und -erfolg, die Qualität der therapeutischen Beziehung und die „Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit“ (Zufriedenheit mit Persönlichkeit und persönlichen Fähigkeiten, Lebenszufriedenheit, Lebenssinn, Kontakt zu anderen Menschen, Anzahl der Freunde, Freizeit, Arbeit und Beruf, Sexualität, Körperliche Zufriedenheit, Wirtschaftliche Situation, Wohnsituation) in der Fremdbeurteilung erfasst, ein (5) **PatientInnenfragebogen** (EAG), der soziodemographische Daten des Patienten, die Therapieerfahrung, Zugangsweg zum Therapeuten, Einschätzungen zu den Ursachen der Beschwerden, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum, körperorientierte Aspekte, Körperbilder zur Lokalisation der emotionalen Probleme und Schmerzen, subjektive Einschätzungen zum Therapieverlauf, das „Soziale Netzwerk“ und die „Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit“ in der Selbstbeurteilung erfasst. Ein (6) **Angehörigenbogen** (EAG) erfragt die „Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit“ in der Fremdbeurteilung aus der Sicht eines Angehörigen. Diese 6 Instrumente (der Therapeutenfragebogen wurde nur einmalig bei den Therapeuten eingesetzt) wurden wiederholt zu allen 5 Erhebungszeitpunkten verwendet. Erhoben wurde am Beginn der Therapie, nach der 15. Stunde, nach der 30. Stunde, nach Beendigung der Therapie und sechs Monate nach Beendigung der Therapie in einer katamnestischen Befragung. Parallel wurde bis zur 30. Therapiestunde ein Stundenbegleitbogen (EAG) ausgefüllt. Auf diesem wurden die PatientInnen und die TherapeutIn/der Therapeut gebeten, von der 1. bis zur 30. Stunde in einer offenen Frage das für ihn/sie im Vordergrund stehende Thema zu benennen sowie auf zwei Rating-Skalen jeweils subjektive Einschätzungen zur therapeutischen Beziehung und zum Beitrag der Stunden am Erfolg der Therapie zu geben.

Die Auswahl der *Therapieerfolgsindikatoren* und deren methodische Umsetzung erfolgte angelehnt an die Klassifikation von Erfolgsmessungen nach Schulte (1993, 1998) mit der Unterscheidung von subjektiver Beurteilung der Veränderung seit Therapiebeginn (retrospektiv, global), der Differenzwertberechnung (Prä-Post) bzw. durch einen Vergleich mit der Normpopulation und der Berechnung von Effektgrößen zur Bestimmung der klinischen Relevanz des Therapieerfolgs.

### 5.3.1 Fragestellung

Anhand der subjektiven Zufriedenheit der PatientInnen und TherapeutInnen mit der Behandlung, der Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit, der Lokalisation emotionaler Probleme und Schmerz im Prä-Post-Vergleich und der Effektstärken sowie Prä-Post-Unterschiede des SCL-90-R wird die Wirkung der Integrativen Therapie bei posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörungen dargestellt und diskutiert. Aufgrund der geringen Patientenzahl ( $N=27$ ) können die Ergebnisse nur als Tendenzen oder Trends interpretiert werden.

### 5.3.2 Stichproben

*TherapeutInnenstichprobe* ( $N=12$ ): Der Frauenanteil liegt bei 75%, das Durchschnittsalter beträgt 43,1 ( $SD=12,0$ ), die Hälfte sind vom Grundberuf Ärzte oder Diplom-Psychologen, die andere Hälfte Diplom-Pädagogen, Diplom-Sozialpädagogen. Die durchschnittliche Berufserfahrung liegt bei 5,5 Jahren ( $SD=7,7$ ) unter dem der gesamten Therapeutenpopulation ( $N=58$ ) mit 11,8 Jahren ( $SD=7,0$ ).

*PatientInnenstichprobe* ( $N=27$ ): Die PatientInnen sind im Durchschnitt 36,2 Jahre alt ( $SD=11,4$ ), der Frauenanteil liegt bei 96,3%. Gesetzlich versichert sind 66,7% (18), ledig sind 51,3% (14), verheiratet 40,7% (11) und verwitwet

7,4% (2). Von den PatientInnen sind 55,6% (15) berufstätig, 7,4% (2) arbeitslos, 25,9% (7) in Ausbildung und 3,7% (1) in Rente. Auf Eigeninitiative in die Therapie kamen 63,0% (17), 11,1% (3) auf Anraten des Arztes, 22,2% (6) auf Empfehlung von Freunden oder Bekannten (3,7% machten die Angabe „sonstiges“). 29,6% (8) PatientInnen haben bereits Therapieerfahrungen und 77,8% (8) waren vor kurzem wegen körperlicher Beschwerden in ärztlicher Behandlung, davon 44,4% (12) wegen akuter Beschwerden und 26,6% wegen chronischer Beschwerden (25,9% machten hier keine Angabe). Die soziodemographischen Daten dieser Teilstichprobe unterscheiden sich kaum von der Gesamtstichprobe. In die Auswertung sind alle 27 PatientInnen eingegangen. Diese beanspruchten durchschnittlich 26,3 Stunden (SD=18,4; Range: 4-80) und dauerten im Schnitt 14 Monate. 70,4% (19) der PatientInnen haben die Therapie ordentlich beendet, 7,4% (2) auf Veranlassung der TherapeutInnen abgebrochen, 14,8% (4) beendeten die Therapie aus sonstigen Gründen.

## 5.4 Ergebnisse

Im folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse dargestellt:

### 5.4.1 Subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung

Die TherapeutInnen wurden nach einer Veränderung der Probleme, die die Therapieinanspruchnahme begründeten, sowie nach einer Beurteilung der Veränderung der Eingangssymptomatik gefragt. 88,9% (24) der TherapeutInnen gaben hier gegenüber der ICD-10-Eingangsdiaagnose und den prozessualdiagnostisch erfaßten Beschwerden eine Verbesserung an, während 7,4% (2) keine Veränderungen bemerkten. In *keinem Fall wurde eine Problemverschlechterung angegeben*, was bei dem schwierigen Störungsbild und den Möglichkeiten von „Risiken und Nebenwirkungen“ erfreulich gering ist. Bei 18,5% (5) standen zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung andere Probleme im Vordergrund (Mehrfachnennungen waren möglich). Angaben zur Besserung der Eingangssymptomatik (anhand der Haupt- und den zwei Nebendiagnosen: 100% bedeutet hier Unverändertheit der Beschwerden und 0% keine Beschwerden mehr) weisen mit einem Durchschnittswert von 35,4% (SD=26,7%) auf einen klaren Trend in Richtung einer Beurteilung als Besserung: 83,3% der TherapeutInnen gaben hier 50% und weniger an. Als weiterer Indikator des Therapieerfolgs kann die Zufriedenheit der TherapeutInnen mit dem Therapieverlauf betrachtet werden. Vorgegeben war hier eine 0-100%-Skala mit den beiden Polen „nicht zufrieden“ und „sehr zufrieden“. Auf die entsprechende Frage äußerten sich 29,6% als „sehr zufrieden“ und 48,1% als „zufrieden“, 0% als „überhaupt nicht zufrieden“ und 0% als „nicht zufrieden“, während ca. 7,4% unentschlossen waren<sup>44</sup> (14,8% machten keine Angabe). Als Mittelwert der Skala ergab sich ein Prozentwert von 81,3% (SD=14,2%, Range: 50-100). Mit dem Behandlungsergebnis waren 48,1% der TherapeutInnen auf der gleichen Skala „sehr zufrieden“, 29,6% „zufrieden“, 11,1% waren unentschlossen mit der Angabe, keiner äußerte sich als „unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“ mit dem Behandlungsergebnis.

Jeweils mehr als die Hälfte der PatientInnen war mit dem *Ergebnis und dem Verlauf* der Behandlung sehr zufrieden (55,5% resp. 51,8%), weitere 22,2% resp. 29,7% waren zufrieden. Ca. zwei Drittel äußerten sich sehr zufrieden mit ihren TherapeutInnen und 77,8% mit der durch diese erfahrenen Wertschätzung. Ein Vergleich der vier Items zeigt durchweg hohe Durchschnittswerte, wobei die erfahrene Wertschätzung mit 91,1 (SD=12,7) am stärksten hervorgehoben wird. Die durchschnittliche Zufriedenheit mit dem Verlauf der Therapie betrug 83,1 (SD=18,1), die mit der Person der TherapeutIn 89,2 (SD=17,4). Auf das Item „Ich bin sicher, daß die Behandlung mir geholfen hat“ (Skala von 0% ‚trifft nicht zu‘, bis 100% ‚trifft zu‘) gaben 66,7% 90 und 100% an, im Durchschnitt 88,5 (SD=21,3). Der Vergleich mit der Gesamtstichprobe (N=122) zeigt tendenziell eine höhere subjektive Zufriedenheit mit der Therapie.

<sup>44</sup> Die Skalen wurden auf einen Wertebereich von 1-5 rekodiert. Als „unentschlossen“ wurden dabei alle Angaben zwischen 40 und 60 interpretiert.

Auf die Frage „Ich bin sicher, daß die Behandlung ihm/ihr geholfen hat“, antworteten: 83,4% der Angehörigen mit sehr sicher oder sicher, 11,2% antworteten mit weder/noch und 5,6% mit nicht sicher. Die Behandlungszufriedenheit wurde von den Angehörigen mit einem Durchschnittswert von 82,22 (SD=21,57) auf einer Skala von 0 (= überhaupt nicht) bis 100 (= sehr) als sehr gut eingeschätzt.

### 5.4.2 Veränderung der Einschätzung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit

Sowohl in der Eingangs- als auch in der Abschlusserhebung werden unter einer Salutogeneseoperspektive die PatientInnen nach der Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen befragt. Die individuellen Einschätzungen zu verschiedenen Bereichen im Prä-Post-Vergleich spiegeln die subjektiv erlebten Verbesserungen wider. Die Selbsteinschätzung ergab in allen Bereichen einen Zuwachs an Zufriedenheit. Besonders deutlich sind die Verbesserungen in den Bereichen ‚Zufriedenheit mit den Sozialkontakten‘, in der ‚Zufriedenheit mit den Fähigkeiten und der eigenen Persönlichkeit‘ sowie die Zufriedenheit in der augenblicklichen Lebenssituation und mit dem Lebenssinn und in der ‚Zufriedenheit mit Freizeit‘. Die geringsten Veränderungen zeigen sich in der Zufriedenheit mit der Wohnsituation, mit der wirtschaftlichen Situation und mit dem Beruf. Die starke Verbesserung der Zufriedenheit im Bereich der persönlichen Fähigkeiten (Kompetenzen), Sozialkontakte und der Zufriedenheit mit dem Leben deutet draufhin, daß die Integrative Therapie im Bereich der Lebensbewältigung und -gestaltung, dem der zwischenmenschlichen Beziehungen eine besondere Stärke hat und die Behandlung offensichtlich eine erhebliche Verbesserung gerade der Lebenszufriedenheit und des Sinnerlebens fördert (vgl. Diagramm 8).

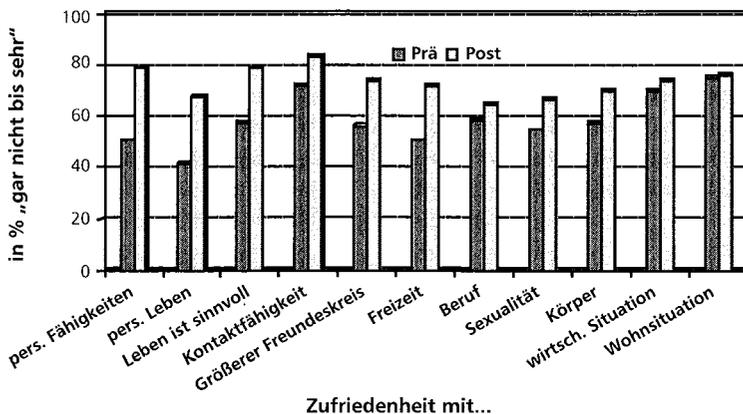


Diagramm 8: Prä-Post-Vergleich der Einschätzungsskalen allgemeiner Lebenszufriedenheit

### 5.4.3 Lokalisation emotionaler Probleme und Schmerz im Prä-Post-Vergleich

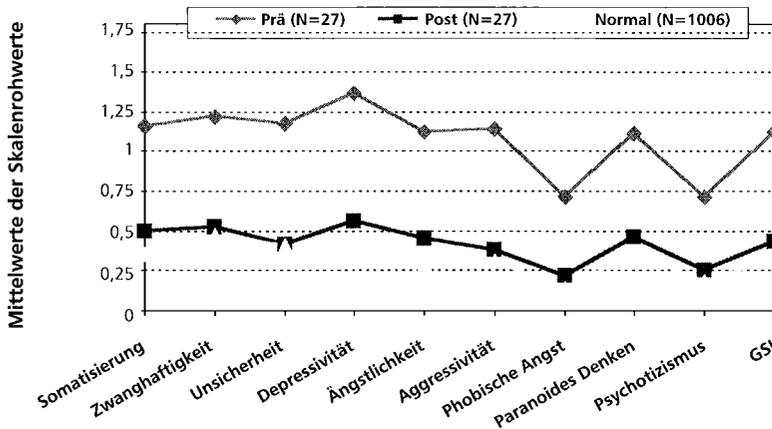
Die PatientInnen wurden aufgefordert, mit Hilfe eines Schemas des menschlichen Körpers (stilisierte Darstellung von vorn und hinten) die Körperregionen, an denen sie ihre Schmerzen und ihre emotionalen Probleme spüren, zu kennzeichnen. Dieses Vorgehen wurde von *Hildegund Heint* für die Schmerzerfassung und 1968 von *H. Petzold* zur Erfassung „emotionaler Besetzungen“ des Körpers (*Petzold, Orth 1993a*) in der Integrativen Therapie entwickelt und ist hier angelehnt an eine von diesen Arbeiten ausgehende Untersuchung zur Schmerzflächenanalyse (*Czagalik, Kirschmann 1994*), einem Verfahren zur graphischen Umsetzung der Schmerzlokalisation. Ausgewertet wurden die Anzahl der Nennungen bei der Lokalisierung der emotionalen Probleme und die Anzahl der Nennungen bei der Lokalisierung der Schmerzen. Die 27 befragten PatientInnen mit einer posttraumatischen Belastungs- oder Anpassungsstörung haben in der Eingangserhebung insgesamt 67 Körperstellen angegeben, an denen sie ihre emotionalen Probleme spüren, und 44 Körperstellen, an denen sie Schmerzen spüren. Am Ende der Therapie waren die Angaben der emotionalen Probleme (36) und der Schmerzen (21) deutlich weniger als am Beginn der Therapie. Die emotio-

nenalen Probleme werden häufiger auf der Vorderseite des Körpers empfunden, und die Schmerzen sind vorn und hinten ungefähr gleich verteilt. Die prozentualen Anteile der Verteilungen auf die einzelnen Körperregionen zeigen, daß Schmerzen prozentual häufiger im unteren Kreuz (Lendenwirbelsäule), am Kopf, im Unterbauch und an den Armen empfunden werden. Die prozentual zu den Gesamtnennungen am häufigsten lokalisierten Körperregionen für emotionale Probleme ist der Hals-, Schulter-, Nackenbereich, der Herz-, Lungenbereich, das obere Kreuz (Schulterblätter) und der obere Bauch (Magenbereich). Am Ende der Therapie reduziert sich die Wahrnehmung der emotionalen Probleme im Herz-, Lungenbereich, am Kopf, im oberen Kreuz, im oberen Bauchbereich und im Hals-, Bronchialbereich. Wenig oder gar nicht verändert sich die Wahrnehmung der emotionalen Probleme im unteren Bauch, im Hals-, Schulter-, Nackenbereich und im unteren Kreuz. Schmerzen nehmen zum Ende der Therapie am meisten im Hals-, Schulter-, Nackenbereich, im oberen Kreuz, im unteren Bauch ab. Das Verfahren läßt insgesamt darauf schließen, daß Integrative Therapie bei psychosomatischen Symptomen und Beschwerden eine positive Wirkung zeigt, wie auch in der Untersuchung von *Heinl* (1997; *Müller, Czogalik* 1995) nachgewiesen werden konnte und die dokumentierte klinische Praxis zeigt (vgl. Abb. 8 und *Hübner* 2000).

#### 5.4.4 Effektstärken und Mittelwertveränderungen SCL-90 und IIP-C

Betrachtet man zunächst die Effektstärke<sup>45</sup> des allgemeinen Kennwertes „Global Severity Index“ (GSI) des SCL-90-R, ergeben sich bei 37% der PatientInnen sehr gute und gute Effekte (Effektstärken größer 0,8), bei weiteren 40% mittlere Effekte (Effektstärken zwischen 0,4 und 0,8) und bei 23% geringe Effekte (Effektstärken zwischen 0-0,4), was eine deutliche Reduzierung der durch den SCL-90-R gemessenen Belastungen aufzeigt. Dieser Trend findet sich auch in den Einzeldimensionen. Die höchsten mittleren Effektstärken finden sich mit Abstand auf den Skalen Unsicherheit (ES=1,3) und Depressivität (ES=1,2), gefolgt von den Skalen Zwanghaftigkeit (ES=0,9), Somatisierung (ES=0,9) Ängstlichkeit (ES=0,9). Der globale Beschwerdeindex des SCL (GSI) zeigt auch einen guten Effekt (ES=1,1).

Ein Prä-Post-Vergleich der durchschnittlichen Rohwerte zeigt auf allen Skalen und im Gesamtwert eine Verbesserung von den Eingangs- zu den Abschlußwerten. Die größte Veränderung wurde auf den Skalen „Depressivität“, „Unsicherheit“ und „Aggressivität“ erreicht. Die Differenz der Postwerte mit denen der Normalpopulation (N=1006, *Franke* 1995) sind minimal (siehe *Diagramm 9*).



*Diagramm 9:* Ergebnisse SCL-90R: Vergleich Prä-Post-„Gesund“ (Normal: N=1006; Prä/Post: N=27; Skalenmittelwerte (Rohwerte))

<sup>45</sup> Nach *Cohen* (Differenz zwischen den Werten vor und nach der Behandlung geteilt durch die gemittelte Standardabweichung der Werte vor und nach der Behandlung), eine Effektstärke von 1 bedeutet, daß die Behandlung zur Besserung um eine Standardabweichung führte.

## 5.5 Effektivität Integrativer Therapie bei Depressiven Erkrankungen und posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörungen

Ein Vergleich der Behandlung Posttraumatischer Belastungs- und Anpassungsstörungen mit den Diagnosegruppen Depressive Episoden und Anhaltende affektive Störungen zeigt deutlich höhere Effekte gemessen auf allen Skalen und im Gesamtwert des SCL-90 bei Posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörungen gegenüber den Anhaltenden affektiven Störungen. PatientInnen mit „Depressiven Episoden“ haben auf den Skalen „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“ höhere Effektstärken als die PatientInnen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen, auf den anderen, insbesondere auf den Skalen „Somatisierung“, „Aggressivität“ und „Paranoides Denken“ liegen die Effektstärken bei den Posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörungen höher. Der Gesamtschwereindex der Symptomatik ist in den Effekten gleich (vgl. Diagramm 10).

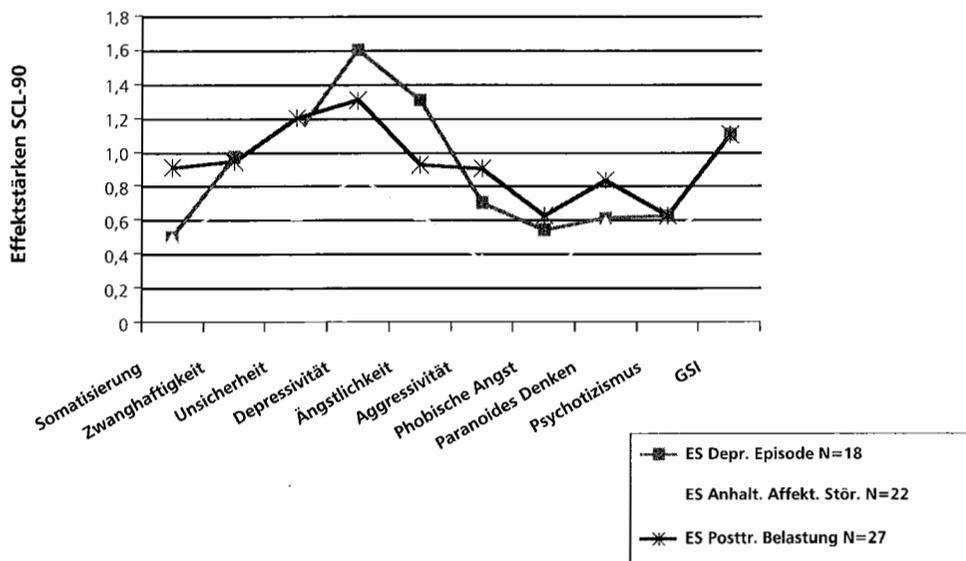


Diagramm 10: Effektstärken SCL-90: Vergleich nach Diagnosegruppen

## 5.6 Zusammenfassung

PatientInnen mit posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörungen, die mit dem **generellen** Ansatz der *Integrativen Therapie* im Format fokaltherapeutischer Kurzzeittherapie (Petzold 1993p) behandelt wurden, sind nach der Therapie mit dem Ergebnis, dem Verlauf und der Person der TherapeutIn sehr zufrieden. Die „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ hat zugenommen, insbesondere im Bereich der Zufriedenheit mit den Sozialkontakten und des Lebensgefühls. Die Lokalisation emotionaler Probleme und Schmerzen in der Körpersphäre hat im Prä-Post-Vergleich deutlich abgenommen. Es zeigte sich eine klare Reduktion der durch den SCL-90-R gemessenen Belastungen zum Ende der Therapie, die höchste Verbesserung auf der Skala „Depressivität“. Die Postwerte des SCL-90-R unterscheiden sich nur noch kaum von einer Normalpopulation. Integrative Therapie in ihrer generellen Form „*fokaler Kurzzeitbehandlung*“, so kann angenommen werden, eignet sich als Behandlungsverfahren bei posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörungen.

## 6. Schlußbemerkung

Wir hoffen, daß der vorliegende Beitrag von seinen metatheoretischen Begründungen, über die spezifischen traumatherapeutischen, psychophysiologischen und klinischen Theorien bis hin zur Praxeologie, Behandlungsmethodik und Forschung, die Notwendigkeit *integrativer Modelle* verdeutlichen und die besondere Charakteristik unseres Ansatzes *Integrativer Traumatherapie* vermitteln konnte.

## Literatur

- Abueg, F.R., Fairbank, J.A. (1995): Verhaltenstherapeutische Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und eines gleichzeitig bestehenden Substanzmißbrauchs. In: Saigh, P.A. (Hg.), Posttraumatische Belastungsstörung. Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Opfern von Gewalttaten und Katastrophen. Bern: Huber, 130-168.
- Achenbach, T.M. (1982): Developmental psychopathology. New York: Wiley.
- Ademac, R.E. (1978): Normal and abnormal limbic system mechanisms of emotive biasing. In: Livingston, K.E., Homykiewicz, O.: Limbic mechanisms. New York: Plenum Press.
- Ademac, R.E. (1991): Partial kindling of the the ventral hippocampus: Identification of changes in limbic physiology which accompany changes in feline aggression and defense. *Physiology and Behav.* 49, 443-454.
- Aggleton, J.P. (1992): The Amygdala: Neurobiological Aspects of Emotion, Memory and Mental Dysfunction. New York: Wiley-Liss.
- Ajuriaguerra, J. de, (1962): Le corps comme relation, *Revue de psychologie pure et appliquée* 2, 137-157.
- Allende, I. (1984): Das Geisterhaus. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Altwater, E. (1999): Menschenrechte und Bomben. *Frankfurter Rundschau* 8.7.1999
- Amann, G., Wipplinger, R. (Hg.) (1998): Gesundheitsförderung. Tübingen: dgvt.
- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M.S., Foa, E.B. (1998): Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress* 11, 385-392.
- Andreshki, P., Chilcoat, H., Breslau, N. (1998): Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research* 79, 131-138.
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antunes, A.Ł. (1996): Die natürliche Ordnung der Dinge. München: Hanser.
- APA (American Psychiatric Association): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-3-R (3. revid. Aufl.). Deutsch von Wittchen, H.-U., Sas, H., Zaudig, M., Koehler, K. Weinheim: Beltz.
- Appignanesi, L., Forrester, J. (1994): Die Frauen Sigmund Freuds. München, Leipzig: List.
- Arcel, L.T. (1994): War victims, trauma and psycho-social care. Zagreb: Nakladništvo Lumin.
- Arcel, L.T., Simunkovic, G. (1998): War violence, trauma and the coping process. Zagreb: Nakladništvo Lumin.
- Arendt, H. (1970): Macht und Gewalt. München: Hanser.
- Arnheim, R. (1977): Zur Kunstpsychologie. Köln: DuMont.
- Arnheim, R. (1978): Kunst und Leben. Berlin: deGruyter.
- Assmann, A. (Hg.) (1991): Weisheit. München: C.H. Beck.
- Assmann, A. (1999). Erinnerungsräume. Formen und Wandlungen des kulturellen Gedächtnisses. München: C.H. Beck.
- Assmann, J. (1999). Das kulturelle Gedächtnis. Schrift, Erinnerung und politische Identität in frühen Hochkulturen. München: C.H. Beck.
- Assmann, J. & Hölscher, T. (1988): Kultur und Gedächtnis. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Atchison, M., McFarlane, A.C. (1994): A review of dissociation and dissociative disorders. *Aust. NZ Journal of Psychiatry* 28, 591-599.
- Badcock, C. (1999): Psychodarwinismus. Die Synthese von Darwin und Freud. München: Hanser.
- Bader, N. (1999): Posdnepaleoliticheskoje posselenije Sungir: Moskva: Nautschny Mir.
- Baker, A.M. (1990): The psychological impact of the Intifada on Palestinian children in the occupied Westbank and Gaza: An exploration study. *American Journal of Orthopsychiatry* 60, 496-505.
- Baltes, P.B. (1979): Life-span developmental psychology: Some converging observations on history and theory. In: Baltes, P.B., Brim Jr., O.G., (eds.), Life span development and behaviour. New York: Academic Press, 255-279.

- Baltes, P.B. (1987): Theoretical propositions of life-span psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology* 23, 611-626.
- Baltes, P.B. (1997): On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist* 52, 366-380.
- Bandura, A. (1992): Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In: Schwarzer, R., Self-efficacy: Through control of action. Washington DC: Hemisphere, 355-394.
- Bang, D., Degener, G. (1996): Sexueller Mißbrauch an Kindern. Weinheim: Beltz.
- Barkow, J., Cosmides, L., Tooby, J. (1992): The adapted mind: evolutionary psychology and the generation of culture. New York: Oxford Univ. Press.
- Baron, J. (1979): Das Massaker: Der erschütternde Bericht über den kommunistischen Völkermord in Kambodscha. Uhltingen: Stephanus-Edition.
- Basoglu, M. (1988): Publications on Torture. Graduate Work, Institute of Psychiatry, University of London.
- Basoglu, 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.
- Basoglu, M. (1998): Behavioral and Cognitive Treatment of Survivors of Torture. In: Jaranson, J.M., Popkin, M.K. (eds.), *Caring for Victims of Torture*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Basoglu, M., Mineka, S., Parker, 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.
- Basoglu, M., Ozmen, E., Sahin, D., Parker, M., Tesdemir, O., Ceyhanli, A., Inescu, C., Sarimurat, N. (1996): Appraisal of Self, Social Environment, and State Authority as a Possible Mediator of Posttraumatic Stress Disorder in Tortured Political Activists. *Journal of Abnormal Psychology* 105 (2), 232-236.
- Basoglu, M., Parker, M., Parker, Ö., Özmen, E., Marks, I., Inescu, C., Sahin, D., Sarimurat, N. (1994): Psychological effects on torture: A comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry* 151, 76-81.
- Basoglu, M., Parker, M., (1995): Severity of Trauma as Predictor of Long-term Psychological Status in Survivors. *Journal of Anxiety Disorders* 9 (4), 339-350.
- Baum, A., Cohen, L., Hall, M. (1993): Control and intrusive memories as possible determinants of chronic stress. *Psychosomatic Medicine* 55, 274-286.
- Baumeister, R.F. (2000): *The Self in Social Psychology*. Hove: Psychology Press.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1989): *Principles of medical ethics*, New York: Oxford Univ. Press.
- Beine, K.-H. (1998): Sehen, Hören, Schweigen. Patiententötung und aktive Sterbehilfe. Freiburg: Lambertus.
- Bengel, J., Landji, Z. (1996): Symptomatik, Diagnostik und Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 44, 129-149.
- Benz, W. (Hg.) (1998): Einsatz im „Reichskommissariat Ostland“: Dokumente zum Völkermord im Baltikum und in Weißrußland 1941-1944. Berlin: Metropol.
- Berding, H. (Hg.) (1998): *Genozid und Charisma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- 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.
- Berger, K. (1996): Co-Counseln: Die Therapie ohne Therapeut. Reinbeck: Rowohlt.
- Berliner, L., Briere, J. (1999): Trauma, Memory, and Clinical Practice. In: Williams, L.M., Banyard, V. (1999), *Trauma & Memory*. London: Sage, 3-18.
- Bion, W.R. (1971): *Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften*. Stuttgart: Klett.
- Birchler, P., Petzold, H.G. (2000): *Medikamentengestützte Psychotherapie in der Integrativen Therapie*. Düsseldorf/Hückeswagen: EAG/FPI.
- Bischof, D. (1989): *Spiegelbild und Empathie*. Bern: Huber.
- Bischof, N. (1987): Zur Stammesgeschichte menschlicher Kognitionen. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie* 46, 77-99.
- Bischof, N. (1998): *Struktur und Bedeutung. Eine Einführung in die Systemtheorie*. Bern: Huber.
- Bittler, B.C. (1999): Op rek gebaseert ontspanningstherapie bij psychiatrische patienten. En zinvol alternatief voor het Jacobson Protocol, Drs.These, Faculteit der Begingstenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Blank, A.S. (1993): The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. In: Davidson J.R.T., Foa, E. (eds.), *Post Traumatic Stress Disorder: DSM IV and Beyond*. Washington D.C.: American Psychiatric Association Press.
- Bloch, S., Lemeignan, M. (1992): Precise respiratory-posturo-facial patterns are related to specific basic emotions, *Bewegen & Hulpverlening* 1, 31-39.
- Blumenberg, Y. (1996): Psychoanalyse – eine jüdische Wissenschaft. *Forum Psychoanalyse* 12, 156-178.
- Boekaerts, M., Pintrich, P.R., Zeidner, M. (1999): *Handbook of Self-Regulation*. London: Hacourt.
- Böhme, G. (1988): *Der Typ Sokrates*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Boesch, C.H., Boesch, H. (1984): Mental map in wild chimpanzees: An analysis of hammer transports for nut cracking. *Primates* 25, 160-170.

- Böcker, K. (2000): Qualitätssicherung durch Prozeßberatung – Evaluation eines Therapiebegleitbogens zur Sicherung der Prozeß- und Ergebnisqualität von Integrativer Psychotherapie im ambulanten Setting. Diplomarbeit. Institut für Psychologie, Technische Universität Braunschweig.
- 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.
- Bonanno, G.A., Keltner, D., Holen, A., Horowitz, M.J. (1995): When avoiding unpleasant emotion might not be such a bad thing: Verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology* 46, 975-989.
- Bonanno, G.A., Siddique, H., Kellner, D., Horowitz, M.J. (1998a): How do repressors and self-deceivers grieve the loss of a spouse? Department of Psychology, Catholic University of America.
- Bonanno, G.A., Znoj, H., Siddique, H., Horowitz, M.J. (1998b): Verbal-autonomic response dissociation and the course of midlife conjugal bereavement. A follow-up at 25 months. Department of Psychology, Catholic University of America.
- Bortz, J., Döring, N. (1995): *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Boscarino, J.A. (1997): Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: Implications for clinical research and medical care. *Psychosomatic Medicine* 59, 605-614.
- 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.
- Brady, K.T. et al. (1995): Sertraline treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychiatry* 56, 502-505.
- Brandau, D. (1986): Imagination in der Gestalttherapie. In: *Singer, J.L., Pope, K.S., Imaginative Verfahren in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann, 431-451.
- Bremner, J.D. (1999): Traumatic Memories Lost and Found: Can Lost Memories of Abuse be Found in the Brain? In: *Williams, L.M. Banyard, V.* (1999), *Trauma & Memory*. London: Sage, 217-228.
- Bremner, J.D., Marmar, C.R. (eds.) (1998): *Trauma, Memory, and Dissociation*. Washington: American Psychiatric Press.
- Bremner, J.D., Randall, J.P., Scott, T.N., Bronen, R.A. et al. (1995): MRI based measurements of hippocampal volume in combat related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 152, 973-981.
- Bremner, J.D., Scott, T.M., Delaney, R.C., Southwick, S.M., Mason, J.W., Johnson, D.R., Innis, R.B., McCarthy, G., Charney, D.S. (1993): Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 150, 1015-1019.
- Bremner, J.D., Southwick, S.M., Johnson, D.R., Yehuda, R., Charney, D.S. (1993): Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry* 150, 235-239.
- Bremner, J.D., Vermetten, E., Southwick, S.M., Krystal, J.H., Charney, D.S. (1998): Trauma, Memory, and dissociation: An Integrative Formulation. In: *Bremner, J.D., Marmar, C.R.* (1998) 365-402.
- Brenneis, B.C., (1994): Belief and suggestion in the recovery of memories of childhood sexual abuse. *Journal of American Psychoanalytic Association* 42 (4), 1027-1053.
- Breslau, N., Davis, G.C. (1992): Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry* 149, 671-675.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. (1995): Risk Factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry* 152 (4), 529-535.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson, E. (1991): Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 48, 216-222.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson, E., Schultz, L.R. (1997): Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 54, 1044-1048.
- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E., Schultz, L. (1997): Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry* 54, 81-87.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., Andreski, P. (1998): Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry* 55, 626-632.
- Breuer, J., Freud, S. (1893a): Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene; Vorläufige Mitteilung. *Neurologisches Centralblatt* 12 (1), 4.
- Breuer, J., Freud, S. (1895): *Studien über Hysterie*. Leipzig, Wien: Deuticke.
- Brewin, C.R., Dalgleish, T., Joseph, S. (1996): A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review* 103, 670-686.
- Briere, J.N. (1992): *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. New York: Sage.
- Bronfenbrenner, U., Recent advances in research on the ecology of human development, in: *Silbereisen, R.K., Eyferth, K., Rüdinger, G.*, *Development as action in context*. Heidelberg: Springer 1986, 287-309.
- Brummund, L., Märtens, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren in der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. In: *Petzold* (1998h) 448-466.
- Brunswick, H. (1994): *Feuersturm über Hamburg*. Stuttgart: Motorbuch-Verlag.

- Bühler, C., Allen, M. (1975): Einführung in die Humanistische Psychologie. Stuttgart: Klett.
- Bunge, M. (1977): Emergence and the mind. *Neuroscience* 2, 501-510.
- Bunge, M. (1984): Das Leib-Seele-Problem. Tübingen: Mohr Verlag. (orig.: The mind-body-problem – a psychobiological approach. Oxford: Pergamon 1980).
- Buss, A.R. (1978): Causes and reasons in attribution theory: A conceptual critique. *Journal of Personality and Social Psychology* 36, 1311-1321.
- Butler, L.D., Blanchard, E.B., Hickling, E.J. (1998): A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy* 36, 1091-1099.
- Butollo, W., Gavranidou, M. Intervention nach traumatischen Ereignissen, in: Oerter et al. (1999), 459 – 477.
- Butollo, W., Hagl, M., Krüsmann, M. (1999): Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Butterworth, G. (Hg.) (1985): Evolution and developmental psychology. Brighton: Harvester Press.
- Buunk, B.P. (1994): Social comparison processes under stress: Towards an integration of classic and recent perspectives. *European Review of Social Psychology* 5, 211-241.
- Cahill, L. (1997): The Neurobiology of Emotionally Influenced Memory. Implications for Understanding Traumatic Memory. In: Yehuda, McFarlane (1997) 238-246.
- Cameron, H.A., Gould, E. (1996): The control of neuronal birth and survival. In: Shaw, C.A. (ed.), Receptor Dynamics in Neural Development. New York: CRC Press, 141-157.
- Canacakis-Canás, J. (1982): Trauerverarbeitung im Traueritual. Essen: Schiborr.
- Canacakis-Canás, J. (1999): Ich begleite dich durch deine Trauer. Stuttgart: Kreuz.
- Capelle, W. (1968): Die Vorsokratiker. Stuttgart: Kröner.
- Carlson, C.R., Curran, S.L. (1994): Strech-based relaxation training. Review article, *Education and Counseling* 23, 5-12.
- Carlson, J.G., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L., Muraoka, M.Y. (1998): Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 11, 3-34.
- Chambon, O., Marie-Cardine, M. (1999): Les bases de la psychothérapie. Paris: Dunod.
- Champion, L.A., Power, M.J. (2000): Adult Psychological Problems. Hove: Psychology Press.
- Changéux, J.-P. (1984): Der neuronale Mensch. Reinbek: Rowohlt.
- Charcot, J.M. (1887): Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière (Vol. 3). Paris: Progress Médical, A. Delahaye & E. Lecrosnie.
- Chasiotis, A. (1999): Kindheit und Lebenslauf: Untersuchungen zur evolutionären Psychologie der Lebensspanne. Bern: Huber.
- Chemtob, C.M., Roitblat, H.L., Hamada, R.S., Carlson, J.G., Twentyman, C.T. (1988): A cognitive action theory of Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorder* 2, 253-275.
- Chrousos, G.P., McCarty, R., Pacak, K., Cizza, G., Sternberg, E.M., Gold, P.W., Kvetnansky, R. (1995): Stress: Mechanisms and Clinical Implications. *Annals of the New York Academy of Science*, vol. 771.
- Churchland, P.S. (1986): Neurophilosophy: Toward a Unified Science of the Mind-Brain. Cambridge.
- Churchland, P.S. (1994): The Engine of Reason. The Seat of the Soul. A Philosophical Journey into the Brain. Cambridge.
- Cicchetti, D., Cohen, D.J. (eds.) (1995): Developmental Psychopathology. Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation. New York: Wiley.
- Cicchetti, D., Toth, S.L. (eds.) (1994): Disorders and dysfunctions of the self, Vol. 5. New York: Univ. of Rochester Press.
- Clarke, R. (1969): Stumme Waffen: chemische und biologische Kriegsführung. Wien: Zsolnay.
- Cohen, J.D., Servan-Schreiber (1992): Introduction to neural network models in psychiatry. *Psychiatry Ann.* 22, 113-118.
- Coleman, P.G. (1986): Ageing and reminiscence process: Social and clinical implications. New York: Wiley.
- Coleman, W. (1994): The scenes themselves which are at the bottom of the story: Julius, circumcisions, and the castration complex. *Psychoanalytic Review* 5, 603-625.
- Comings, D.E., Muhlemann, D., Gysin, R. (1996): Dopamine D-sub-2 receptor (DRD2) gene and susceptibility to post-traumatic stress disorder: A study and replication. *Biological Psychiatry* 40, 368-372.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T. (1997): Family Risk Factors in Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 35-51.
- Conway, M.A. (ed.) (1997a): Recovered memories and false memories. Oxford: Oxford University Press.
- Conway, M.A. (1997b): Introduction: What are memories? In: Conway (1997a) 1-22.
- Conway, M.A. (1990): Autobiographical Memory. An Introduction. Philadelphia: Open University Press.
- Craib, I. (1998): Experiencing Identity. London: Sage.
- Cremerius, J., (1979) Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche* 33, 577-599.
- Cremerius, J., (1983) Die Sprache der Zärtlichkeiten und der Leidenschaft, *Psyche* 11, 988-1015.
- Crits-Christoph, P. (1998): Training in Empirically Validated Treatments: The Devison 12 APA Task Force Recommendations. In: Dobson, K.S., Craig, K.D. (eds.), Empirically Supported Therapies. Best Practice in Professional Psychology. London: Sage, 3-25.

- Crocq, L., De Verbizier, J. (1989): Le traumatisme psychologique dans l'oeuvre de Pierre Janet. *Annales Médico-Psychologiques* 147 (9), 983-987.
- Czagalik, D., Kirschmann, K. (1994): Schmerzflächenanalyse. Unveröffentlichtes Manuskript: Psychologisches Institut, Universität Heidelberg.
- Dabag, M. (Hg.) (1998): Genozid und Moderne, Bd. 1. Opladen: Leske + Budrich.
- Damasio, A. (1997): Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: dtv.
- Damasio, A. (2000): The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness. London: Vintage (in Druck).
- Dauk, E. (1989): Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen. Berlin: Reimer.
- Davidson, A. (1994): Ethics as Ascetics: Foucault, the history of Ethics, and Ancient Thought. In: Goldstein, J. (HG.) Foucault and the Writing of History. Oxford: Oxford University Press.
- Davidson, J.R.T. (1997): Biological therapies for posttraumatic stress disorder: an overview. *Journal of Clinical Psychiatry* 58 (suppl. 9), 29-32.
- Davidson, J.R.T., Hughes, D., Blazer, D.G., George, L.K. (1990): Posttraumatic stress disorder in community: An epidemiological study. *Psychosocial Medicine* 21, 713-721.
- Davis, M. (1992): The Role of the Amygdala in Fear and Anxiety. *Annual Review of Neuroscience* 15, 353-375.
- Davis, M., Walker, D.L., Lee, Y. (1997): Roles of the Amygdala and Bed nucleus of the Stria Terminalis in Fear and Anxiety Measured with the Acoustic Startle Reflex. Possible Relevance to PTSD. In: Yehuda, MacFarlane (1997), 305-331.
- Davis, P.J. (1990): Repression and the inaccessibility of emotional memories. In: Singer, J.L. (ed.), Repression and dissociation. Chicago: University of Chicago Press, 249-261.
- Davis, P.J., Schwartz, G.E. (1987): Repression and the inaccessibility of effective memories. *Journal of Personality & Social Psychology* 52 (1), 155-162.
- Decety, J. (1999): Perception and action. Recent advances in cognitive neuropsychology. Hove: Psychology Press.
- D'Errico, F. (1998): Neanderthal Acculturation in Western Europe? *Current Anthropology* 39, Supplement, 1-44.
- De Kloet, E.R., Azmitia, E.C., Landfield, P.W. (1996): Brain corticosteroid receptors: Studies on the mechanism, function, and neurotoxicity of corticosteroid action. *Annals of the New York Academy of Sciences* vol. 746.
- Deleuze, G. (1993): Das Leben als Kunstwerk (Gespräch mit Didier Eribon, 1986). In: Deleuze, G., Unterhaltungen. 1972-1990. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Demokrit: Fragmente. In: Diels, H., Kranz, W. (1961): Fragmente der Vorsokratiker, 3 Bde., Berlin.
- Dempster, F.N., (1992): The rise and fall of the inhibitory mechanism: Toward a unified theory of cognitive development and aging. *Developmental Review* 12, 45-75.
- Dennett, D.C. (1994): Philosophie des menschlichen Bewusstseins. Hamburg: Rowohlt.
- Derogatis, L.R. (1986): Symptom-Check-Liste (SCL-90-R). In: *Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum* (Hg.): Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Beltz.
- Derrida, J. (1986): Positionen. Graz: Passagen/Böhlau.
- Derrida, J. (1994): Spectres of Marx, *New Left Review* 205, 31-58.
- Dery, M. (1997): Cyber. Die Kultur der Zukunft. Berlin: Volk + Welt.
- Desoille, R. (1945): Le Rêve éveillé en psychothérapie. Paris: P.U.F.
- Desoille, R., (1961): Théorie et pratique du rêve éveillé dirigé. Genève: Edition du Mont-Blanc.
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D., Heim, P. (1999): Was sollte ich tun, wenn...? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2, 253-279.
- Diels, H., Kranz, W. (1961): Die Fragmente der Vorsokratiker, 3 Bde., de Gruyter, Berlin.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hg.) (1991): Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifizierung psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Richtlinien. Bern: Huber.
- Dittmann-Kohli, F. (1995): Das persönliche Sinnsystem. Göttingen: Hogrefe.
- Dobson, K.S., Craig, K.D. (eds.) (1998): Empirically Supported Therapies. Best Practise in Professional Psychology. London: Sage.
- Domanski, J. (1996): La philosophie, théorie ou manière de vivre? Les controverses de l'Antiquité à la Renaissance. Fribourg/Paris.
- Döring-Seipel, E. (1996): Stimmung und Körperhaltung: Eine experimentelle Studie. Weinheim: PVU, Beltz.
- Draijer, N. (1990): Seksuele traumatisering in de jeugd: Gevillen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Amsterdam: Uitgeverij SUA.
- Draijer, N., Langeland, W. (1999): Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry* 156, 379-385.
- Dreffsing, H., Berger, M. (1991): Posttraumatische Streßerkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzeptes. *Der Nervenarzt* 62, 16-26.
- Drugan, R.C. (1999): Coping with traumatic stress interferes with memory of the event: A new conceptual mechanism for the protective effects of stress control. In: Williams, M., Banyard, V. (1999), 245-256.
- Dweck, C. (2000): Self-Theories. Their Role in Motivation, Personality, and Development. Hove: Psychology Press.

- Edelman, G., (1983). Group selection as the basis for higher brain function. In: Schmitt, F.O. et al. (eds.), *The organization of the cerebral cortex*, Cambridge 1983.
- Edelman, G. (1988): *Topobology*. New York.
- Edelman, G. (1995): Göttliche Luft, vernichtendes Feuer. Wie der Geist im Gehirn entsteht. Die revolutionäre Vision des Medizin-Nobelpreisträgers. München: Piper.
- Edelman, R.J. (1987): *The psychology of embarrassment*, Wiley, Chichester.
- Ehlers, A. (1999): *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A., Steil, R. (1995): Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: a cognitive approach. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 23, 217-249.
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H., Foa, E.B. (1996): Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). Oxford: University of Oxford, Warneford Hospital, Department of Psychiatry.
- Ehlert-Balzer, M. (1999): Ist die Psychoanalyse Gift für Traumaopfer? Erwidung auf L. Reddemann und U. Sachsse, Welche Psychoanalyse ist für Opfer geeignet? *Forum Psychoanalyse* 15, 81-84.
- Ellenberger, H.F. (1973): *Die Entdeckung des Unbewußten*, 2 Bde. Bern: Huber. (2. Aufl. Diogenes, Zürich 1985).
- Ellis, R., Humphreys, G.W. (1999): *Connectionist Psychology*. Hove: Psychology Press.
- Engelkamp, J. (1990): *Das menschliche Gedächtnis*, Göttingen: Hogrefe.
- Epiktet: *Diatriben. The Discourses as reported by Arian, the Manual, and Fragments*. With an English translation by W. A. Oldfather, 2 Bde, London 1956 u. 1959.
- Epiktet: *Handbüchlein der Moral (Encheiridion)*, übers. und hg. v. Kurt Steinmann, Stuttgart: Reclam 1992.
- Erdelyi, M.H. (1984): The recovery of unconscious (inaccessible) memories: Laboratory studies of hypermnnesia. *Advances in research and theory* 18, 95-127.
- Erdelyi, M.H. (1998): *The recovery of unconscious memories: Hypermnnesia and reminiscence*. Chicago: Universita of Chicago Press.
- Erdelyi, M.H., Kleinbard, J. (1978): Has Ebbinghaus decayed with time? The growth of recall (hypermnnesia) over days. *Journal of Experimental Psychology, Human Learning and Memory* 4, 275-289.
- Eschenröder, C.T. (1995): Augenbewegungs-Desensibilisierung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen – eine neue Behandlungsmethode. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 3, 341-371.
- Eschenröder, C.T. (1997): Entwicklung und gegenwärtiger Status der EMDR – Ein Überblick. In: Eschenröder, C.T. (Hg.): *EMDR: Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen*. Tübingen: dgvt-Verlag, 11-65.
- Everly, G.S.J., Lating, J.M. (eds.) (1995): *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum Press.
- Feeney, J., Noller, P. (1996): *Adult attachment*. London: Sage.
- Ferenczi, S. (1927/28): Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. *Bausteine zur Psychoanalyse* III, Bern: Huber 1964, 380-398.
- Ferenczi, S. (1931): Kinderanalysen mit Erwachsenen. *Bausteine zur Psychoanalyse* III, Bern: Huber 1964, 490-510.
- Ferenczi, S. (1932): Sprachverwirrungen zwischen den Erwachsenen und dem Kinde. In: *Schriften II*, Frankfurt/M.: Fischer 1972, 303-316.
- Ferenczi, S. (1932): *Journal clinique*. Paris (1985). dtsh.: *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*. Frankfurt/M.: Fischer 1988.
- Ferring, D., Philipp, S.-H. (1994): Teststatistische Überprüfung der Impact of Event-Skala: Befunde zu Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica* 40, 344-362.
- Filipp, S.-H. (1999): A Three-Stage Model of Coping with Loss and Trauma: Lessons from Patients suffering from Severe and Chronic Disease. In: Maercker, Schützwohl, Solomon (1999) 43-80.
- Filipp, S.H. (o.J.): *Subjektive Krankheitstheorien* Göttingen: Hogrefe (in Druck).
- Fine, A. (1999): *Handbook of Animal Assisted Therapy*. London: Harcourt.
- Fink, G. (2000): *Encyclopedia of Stress*. London: Harcourt.
- Finke, J. (1999): *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Reineke/Basel: Reinhardt.
- Fischer, K.W., Anyoub, C. (1994): Affective splitting and dissociation in normal and maltreated children: Developmental pathways for self in relationship. In: Cichetti, D., Toth, S.L. (eds.), *Disorders and dysfunctions of the self*, Vol. 5. New York: Univ. of Rochester Press, 149-222.
- Fischer, K.W., Shaver, P.R., Carnochan, P. (1990): How emotions develop and how they organise development. *Cognition and Emotion* 4, 81-127.
- Fish, V. (1999): Clementi's Hat: Foucault and the Politics of Psychotherapy. In: Parker (1999) 54-70.
- Flammer, A. (1990): *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.
- Flick, U. (Hg.) (1991): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger.

- 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., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., Street, G.P. (1999): A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 194-200.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., Orsillo, S.M. (1999): The Post-traumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment* 11, 303-314.
- Foa, E.B., Feske, U., Murdock, T.B., Kozak, M.J., McCarthy, P.R. (1991): Processing of threat-related information in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 156-162.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D., Perry, K.J. (1995): Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 65 (6), 948-955.
- Foa, E.B., Kozak, M.J. (1986): Emotional processing of fear. Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 1, 20-35.
- 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., Molnar, C., Cashman, L. (1995): Change in rape narratives during exposure therapy for PTSD. *Journal for Traumatic Stress* 8, 675-690.
- Foa, E.B., Riggs, D.S. (1993): Posttraumatic Stress Disorder and rape. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* 12, 273-303.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Gershuny, B.S. (1995): Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152, 116-120.
- Foa, E.B., 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.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O. (1989): Behavioral psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry* 1, 219-226.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O. (1998): Treating the trauma of rape. Cognitive-behavior therapy for PTSD. New York: Guilford.
- Foa, E.B., Zinbarg, R., Rothbaum, B.O. (1992): Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 2, 218-238.
- Förster, S. (Hg.) (1999): Genozid in der modernen Geschichte. Münster: Lit-Verlag.
- Forté, D. (1998): In der Erinnerung. Frankfurt/M.: Fischer.
- Foucault, M. (1963): Vorrede zur Überschreitung. In: idem: Die Subversion des Wissens, Ullstein, Frankfurt 1978, 32-34.
- Foucault, M. (1978): Dispositive der Macht. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1981): Face aux gouvernements, les droits de l'homme. In: *Foucault, F., Dits et Écrits*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1984): Eine Ästhetik der Existenz (1984). In: Von der Freundschaft der Lebensweise. Michel Foucault im Gespräch. Berlin: Merve, frz. In: (1994): Dits et Écrits. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1986): Die Sorge um sich (1984). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1988): Technologien des Selbst. Hg. von *Martin, L.H., Gutman, H., Hutton, P.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Franke, G. (1995): SCL-90-R, Die Symptom-Checkliste von L. R. *Derogatis*, deutsche Version, Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Fréteigny, R. Virell, A. (1968): L'imagerie mentale. Introduction à la l'omirothérapie. Lausanne: Editions du Mont-Blanc.
- Freud, S. (1904): Über Psychotherapie. In *StA*, 1975 EB, 107-119.
- Freud, S. (1914g): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II. In: *StA*, EB 205-216.
- Freud, S. (1917e): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: Die Angst. *StA* Bd I, 383
- Freud, S. (1917/1957): Mourning and melancholia. In: *Strachey, J.* (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 14. London: Hogarth Press, 152-170.
- Freud, S. (1920): Über Kriegsneurosen, Elektrotherapie und Psychoanalyse. *Psyche* 12 (1972), 939-951.
- Freud, S. (1975): Schriften zur Behandlungstechnik, Studienausgabe, Ergänzungsband. Frankfurt: S.Fischer.
- Friedlaender, S. (1979): Wenn die Erinnerung kommt... Stuttgart: DVA.
- Friedman, M.J. (1997): Drug Treatment for PTSD. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 359-371.
- Friedman, M.J. et al. (eds.) (1995): Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaption to PTSD. Philadelphia: Lippincott-Raven Press.
- Friedman, M.J., Yehuda, R. (1995): PTSD and co-morbidity: Psychobiological approaches to differential diagnosis. In: *Friedman et al.* (1995) 429-446.
- Frohne-Hagemann, I. (Hg.) (1999): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Frueh, C.B., 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 chronic combat-related PTSD. *Behavior Research and Therapy* 34 (7), 533-543.
- Frühmann, R. (1985): Frauen und Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Fuhr, R., Sreckovic, M., Gremmler-Fuhr, M. (Hg.) (1999): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Gannon, L., Pardie, L. (1989): The importance of chronicity and controllability of stress in the context of stress-illness relationships. *Journal of Behavioral Medicine* 12, 357-372.
- Garfield, S.L. (1973) Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *J. Consult. & Clinical. Psychol.* 41 9-12.
- Garfield, S.L. (1980): Psychotherapy: an eclectic approach, Wiley, New York; dtsh. Psychotherapie: Ein eklektischer Ansatz, Beltz, Weinheim 1983.
- Garfield, S.L. (1992) Eclectic Psychotherapy: A common factors approach, in: *Norcross, Goldfried* 162-195
- Gaudzinski, S. (1998): Fundstelle Salzgitter-Lebenstedt. Jahrbuch des Römisch-Germanischen Zentralmuseums Mainz 5, 163-220.
- Geen, R., Donnerstein, E. (1998): Human Aggression. Theories, Research, and Implications for social Policy. San Diego: Academic Press.
- Gent, van W. (2000a): Der Westen und der Kosovo – ein Jahr danach. Frohen Herzens in den Schlamassel, *Die Wochenzeitung* 13 (30. März 1990) 9-10.
- Gent, van W. (2000b): Der Geruch des Grauens. Rotpunktverlag, Zürich
- Gergen, K.L. (1988): If persons are texts. In: *Messer, L.A., Woolfolk, R.L. (eds.)*, Hermeneutics and Psychological Theory: Interpretive Perspectives in Personality, Psychotherapy and Psychological Theory. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 28-51.
- Gergen, K.L. (1994<sup>2</sup>): Toward Transformation in Social Knowledge. London: Sage Publications.
- Gergen, K.L. (1996): Beyond life narratives in the therapeutic encounter. In: *Birren, J.E., Kenyon, G.M., Ruth, J.-K., Schroots, J.J.F., Svensson, T. (eds.)*, Aging and Biography. Explorations in Adult Development. New York: Springer, 205-223.
- Gergen, M.M., Gergen, K.L. (1993): Autobiographies and the shaping of gendered lives. In: *Coupland, N., Nussbaum, J.F. (eds.)*, Discourse and Lifespan Identity. London: Sage, 28-54.
- Gerlach, Ch. (1998): Krieg, Ernährung, Völkermord: Forschungen zur deutschen Vernichtungspolitik im Zweiten Weltkrieg. Hamburg: Hamburger Edition.
- Gersie, A. (1991): Storymaking in Bereavement. Dragons fight in the meadow. London: J. Kingsley Publishers.
- Geuter, U. (1983): The uses of history for the shaping of a field: Observations on German psychology. In: *Graham, L., Lepenies, W., Weingart, P.*, Functions and uses of disciplinary histories. Boston, Lancaster: Dordrecht.
- Geuter, U. (1984): Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B. (1995): Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, 1369-1380.
- Gibson, J. (1979): The ecological approach to visual perception. Boston: Houghton Mifflin. dtsh.: Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung. München: Urban & Schwarzenberg, 1982.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1965a): Temporal aspects of dying as a non-scheduled status passage. *American Journal of Sociology* 71, 48-59.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1965b): Dying on time. *Trans-Action* 2, 27-31.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1968): Time of dying. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Goenjian, A.K., Najarian, L.M., Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Manoukian, G., Tavosian, A., Fairbanks, L.A. (1989): Post-traumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *American Journal of Psychiatry* 151, 895-901.
- Gold, S.J. (1990): The Individual in Darwin's World. Edinburgh:
- Goldstein, K. (1934): Der Aufbau des Organismus. Den Haag: Nijhoff. engl.: The organism. New York: American Book, 1939.
- Golombok, S. (2000): Parenting: What really counts. Hove: Psychology Press.
- Gonzales-Crussi, F. (1993): The day of the death and other mortal reflections. New York: Hartcourt Brace.
- Gottlieb, B.H. (Hg.) (1997): Coping with chronic stress. New York: Plenum Press.
- Grace, M.C., Green, B.L., Lindy, J.D., Leonard, A.C. (1993): The Buffalo Creek Disaster: A 14-year Follow-up. In: *Wilson, Raphael* (1993), 441-449.
- Graesner, St., Guris, N.F., Pross, C. (1996): Folter: An der Seite der Überlebenden, Unterstützung und Therapie. München: C.H. Beck.
- Graf, P. (1999): Wohlbefinden durch Psychotherapie. Eine Analyse der psychotherapeutischen Wirkfaktoren und des subjektiven Wohlbefindens. (Unveröffentlichte Diplomarbeit) Universität Bern: Institut für Psychologie.
- Granzow, S. (1994): Das autobiographische Gedächtnis. Kognitionspsychologische und psychoanalytische Perspektiven. Berlin, München: Quintessenz.

- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999): Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2, 185-199.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E., Dick, A. (1999): Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2, 201-225.
- Green, B.L. (1990): Defining trauma: Terminology and generic stressor dimensions. *Journal of Applied Social Psychology* 20, 1632-1642.
- Green, B.L. (1993): Identifying survivors at risk: Trauma and stressors across events. In: Wilson, Raphael (1993) 135-144.
- Green, B.L., Lindy, J.D., Grace, M.C., Leonard, A.C. (1992): Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180 (12), 760-766.
- Green, B.L., Wilson, J.P., Lindy, J.D. (1985): Conceptualizing post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework. In: Figley, C.R. (ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of Post-traumatic Stress Disorder*. New York: Brunner/Mazel, 53-69.
- Greenbaum, C., Erlich, C., Toubiana, Y. (1992): Sex differences in delayed effects of exposure to Gulf War stress by Israeli city settler children. Paper presented at the Ministry of Education Conference on Stress Reaction in Children in the Gulf War, Ramat Gan. *Journal of Personality Assessment* 60, 435-457.
- Greenberg, M. (1995): Cognitive processing of traumas: The role of intrusive thoughts and reappraisals. *Journal of Applied Social Psychology* 25, 1262-1296.
- 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): Instructional Design Solutions.
- Grosser, A. (1990): Ermordung der Menschheit: der Genozid im Gedächtnis der Völker. München: Hanser.
- Gullo, S.V., Cherico, D.J., Shadick, R. (1974): Suggested stages and response styles in life-threatening illness: A focus on the cancer patient. In: Schoenberg, B. et al. (eds.), *Anticipatory Grief*. New York/London, 53-78.
- Gust, W. (1993): Der Völkermord an den Armeniern: die Tragödie des ältesten Christenvolkes der Welt. München: Hanser.
- Habermas, J. (1971): Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Habermas, J., Luhmann, E. (1971), *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie? Was leistet die Systemforschung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Hadot, I. (1969): Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung. Berlin: de Gruyter.
- Hadot, P. (1991): Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen in der Antike. Berlin. Gatzka.
- Haken, H. (1984): The science of structures: Synergetics. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Haken, H., Mikhailov, A. (1993): Interdisciplinary approaches to nonlinear complex systems. Berlin: Springer.
- Halbwachs, M. (1968): La mémoire collective. Dt.: Das kollektive Gedächtnis. Stuttgart: Enke.
- Hamburger Institut für Sozialforschung (Hg.) (1998): „Verbrechen der Wehrmacht.“ Ausstellungskatalog. Hamburg: Verlag Hamburger Edition.
- Hamm, A. (1993): Progressive Muskelentspannung. In: Vaitl, Petermann (1993) 245-271.
- Hammer, M.B., Diamond, B.I., Hitri, A. (1990): Plasma norepinephrine and MHPG responses to exercise stress in PTSD. In: Murburg, M.M. (Hrsg.): *Catecholamine Function in Posttraumatic Stress Disorder: Emerging Concepts*. Washington: American Psychiatric Association Press, 221- 232.
- Harber, K.D., Pennebaker, J.W. (1992): Overcoming traumatic memories. In: Christianson, S. (ed.), *The Handbook of Emotion and Memory. Research and Theory*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 359-387.
- Harley, C.W. (1987): A role for epinephrine in arousal, emotion and learning? *Progr. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 11, 419-458.
- Harrington, A. (1996): „Re-enchanted science“. German holism from Wilhelm II. to Hitler. Princetown: Princetown University Press.
- Harter, S. (1993): Visions of the self: Beyond the me in the mirror. In: Jacobs, J.E. (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1992: Developmental perspectives on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Hartmann, F. (1996): Cyber. Philosophy. Elemente einer Theorie der neuen Medien. Wien: Passagen Verlag.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A. (1998a): The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (3), 507-512.
- Harvey, M.R. (1996): An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress* 9 (1), 3-23.
- Harvey, M.R. (1999): Memory Research and Clinical Practice: A Critique of Three Paradigms and a Framework for Psychotherapy with Trauma Survivors. In: Williams, L., Banyard, V. (1999), *Trauma & Memory*. London: Sage, 19-30.
- 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, Märtns (1999a) 193-272.

- Hass, W., Petzold, H.G., Märtens, M. (1998): Akzeptanzstudie zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten Integrativen Psychotherapie aus Therapeutensicht. In: *Laireiter, A., Vogel, H.* (Hg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie*. Ein Werkstattbuch. Tübingen: dgvt-Verlag, 157-178.
- Hassis, H.G. (1984): *Spuren der Besiegten*, 3 Bde. Reinbek: Rowohlt.
- Hausmann, B., Meier-Weber, U. (1990): Kreative Medien, Bewegung und bildnerisches Gestalten in der Integrativen Kurztherapie mit psychotischen Erwachsenen. In: *Petzold, Orth* (1990a), 1011-1114.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R. (1996): *Bewegt sein, Integrative Bewegungs- und Leibtheapie in der Praxis*. Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Heard, D., Lake, B. (1997): *The challenge of attachment for caregiving*. London: Routledge.
- Heckhausen, J., Dixon, R.A., Baltes, P.B. (1989): Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology* 25, 109-121.
- Hegi, F. (1998): *Übergänge zwischen Sprache und Musik*. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie. Paderborn: Junfermann.
- Heim, C., Owens, M.J., Plotsky, P.M., Nemeroff, C.B. (1997): The Role of Early Adverse Life Events in the Etiology of Depression and Posttraumatic Stress Disorder. Focus on Corticotropin-Releasing Factor. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 194-207.
- Heinl, H. (1985): Körper und Symbolisierung. *Integrative Therapie* 3-4, 227-231.
- Heinl, H. (1993): Therapie vom Leibe her – körperbezogene Behandlung in der Praxis. In: *Petzold, Sieper* (1993pa) 341-350.
- Heinl, H. (1996): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome. Fritz Perls Institut, Düsseldorf, *Integrative Therapie* 3 (1997), 316-330.
- Heinl, H., Petzold, H.G., Walch, S. (1983): Gestalttherapie mit Patienten aus benachteiligten Schichten, in: *Petzold, Heinl* (1983) 267-309.
- Heinl, H., Spiegel-Rösing, I. (1978): Integrative Gestalttherapie und Orthopädie. *Integrative Therapie* 10, 58-65.
- Hell, A. (1993): Das U-Bahnfahrer-Projekt in München. In: *Dokumentation der Münchener Gestalttage*, GFE, Eurasburg.
- Helzer, J.E., Robins, L.N., McEvoy, L. (1987): Posttraumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. *New England Journal of Medicine* 317, 1630-1634.
- Hermann, I. (1936): Sich-Anklammern – auf Suche-gehen. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 22, 349-370.
- Hermann, I. (1972): *L'instinct filial*. Paris: Denoel.
- Herman, J.L. (1992): *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Herman, J.L. (1993): *Die Narben der Gewalt*. München: Kindler.
- Hermant, G. (1986): *Le corps et sa mémoire*, Paris: Doin editions.
- Hilgard, E.R. (1977): *Devised Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*. New York: Wiley.
- Hilgard, E.R. (1992): Dissociation and theories of hypnosis. In: *Fromm, E., Nash, M.R.* (eds.), *Contemporary Hypnosis Research*. New York: Guilford, 69-101.
- Hobfoll, S.E. (1988): *The ecology of stress*. New York: Hemisphere.
- Hobfoll, S.E. (1991): Traumatic stress: A theory based on a rapid loss of resources. *Anxiety Research* 4, 187-197.
- Hochhuth, R. (1995): *Soldaten*. Reinbek: Rowohlt.
- Höhmman-Kost, A. (2000): *Bewegung ist Leben*. Graduerungsarbeit an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf/Hückeswagen: EAG/FPI.
- Holderegger, H. (1993): *Der Umgang mit dem Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Holen, A. (1990): *A long term study of survivors from a disaster. The Alexander L Kielland Disaster in Perspective*. Oslo: Oslo University Press.
- Homer: *Ilias*. übers. von R. Hampe. Stuttgart: Reclam 1999.
- Horowitz, M.J. (1975): Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. *Archives of General Psychiatry* 32, 1457-1463.
- Horowitz, M.J. (1976): *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Aronson (2. Aufl. 1986).
- Horowitz, M.J. (1982): *Stress response syndromes and their treatment*. In: *Goldberger, L., Breznitz, S.* (eds.), *Handbook of Stress*. New York: Free Press, 711-733.
- Horowitz, M.J. (1993): *Stress response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders*. In: *Wilson, J.P., Raphael, B.* (Hg.): *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum, 49-60.
- Horowitz, M.J. (1997): *Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen*. Integrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie. In: *Maercher, A.* (Hg.): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer, 145-178.
- Horowitz, M.J. (1999): *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders*. Northvale: Jason Arosen.
- Horowitz, M.J., Bonanno, G.A., Holen, A. (1993): *Pathological grief: Diagnosis and explanations*. *Psychosomatic Medicine* 55, 260-273.
- Horowitz, M.J., Kaltreider, N.B. (1995): *Brief therapy of the stress response syndrome*. In: *Everly, G.S., Lating, J.M.* (eds.), *Psychotraumatology – key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum, 231-243.

- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994): Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version – Manual. Weinheim: Beltz.
- Huber, M. (1995) Multiple Persönlichkeiten, Frankfurt: Suhrkamp.
- Hübner, L. (2000): Integrative Bewegungstherapie und Körperbilder bei der Behandlung von Traumapatienten in der Psychosomatik. Graduiierungsarbeit an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf/Hückeswagen: EAG/FPI.
- Hüther, G. (1996): The central adaptation syndrome. Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology* 48, 569-612.
- Hüther, G. (1997): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- 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): Der Traum vom stressfreien Leben. *Spektrum der Wissenschaft. Dossier* 3, 6-11.
- Hüther, G. (1999): Die Evolution der Liebe. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Hüther, G., Adler, L., Rütger, E. (1999): Die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 45, 2-17.
- 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. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Hunt, M.M. (1992): Das Rätsel der Nächstenliebe: Der Mensch zwischen Egoismus und Altruismus. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Hunt, L., Marshall, M., Rowlings, C. (1999): Trauma 's uit het verleden. Therapeutisch werk met ouderen in Europees perspectief. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hunter, M., Struve, J. (1998): The Ethical Use of Touch in Psychotherapy. London: Sage Publications.
- Hurrelmann, K. (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (1995): Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim: Beltz.
- Hyer, L., Fallon, J.H., Harrison, W.R., Boudewyns, P.A. (1987): MMPI overreporting by Vietnam combat veterans. *Journal of Clinical Psychology* 43, 79-83.
- Jacobi, F., Poldrack, A. (2000): Klinisch-Psychologische Forschung. Ein Praxishandbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobson, E. (1938): Progressive Relaxation. Chicago: University of Chicago Press.
- James, W. (1892): Psychology: The briefer course. New York: Harper & Row 1961.
- James, W. (1902): The variety of religious experience. New York: Longmans, Green & Co.
- Janet, P. (1889): L'automatisme Psychologique. Nouvelle Édition. Paris: Société Pierre Janet 1989.
- Janet, P. (1889): Névroses et idées fixes. Paris: Alcan, 4<sup>e</sup> édition 1925.
- Janet, P. (1909): Les névroses. Paris: Flammarion.
- Janet, P. (1919): Les médications psychologiques. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1927): La pensée interieur et ses troubles. Paris: Metoine.
- Janet, P. (1936): L'intelligence avant le langage. Paris: Flammarion.
- Janet, P. (1937): Le langage inconsistant. *Theoria* III, 57-71.
- Janoff-Bulman, R. (1985): The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In: Figley, C.R. (Hg.): Trauma and its wake: The study and treatment of Posttraumatic Stress Disorder. New-York: Brunner/Mazel, 15-35.
- Janoff-Bulman, R. (1989): Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. Special Issue: Stress, coping, and social cognition. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Janoff-Bulmann, R. (1992): Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. New York: The Free Press.
- Janoff-Bulmann, R. (1995): Victims of violence. In: Everly, G.S., Lating, J.M. (eds.), Psychotraumatology. New York: Plenum Press.
- Janoff-Bulmann, R., Schwartzberg, S.S. (1991): Towards a general model of personal change. In: Snyder, C.R., Forsyth, D.R. (eds.), Handbook of social and clinical psychology. The health perspective. New York: Pergamon, 488-509.
- Johnson, M. (1987): The Body In the Mind: The Bodily Basis of Meaning, Imagination, and Reason. Chicago: University of Chicago Press.
- Johnson-Laird, P. (1995): Der Computer im Kopf. München: Hanser.
- Jones, J.C., Barlow, D.H. (1995): Ein neues Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung: Folgerungen für die Zukunft. In: Saigh, P.A. (Hg.), Posttraumatische Belastungsstörung. Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Opfern von Gewalttaten und Katastrophen. Bern: Huber, 169-189.
- 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.
- Joseph, S.A., Brewin, C.R., Yule, W., Williams, R. (1991): Causal attributions and post-traumatic stress in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 34, 247-253.

- Joseph, S., Williams, R., Yule, W. (1995): Psychosocial perspectives on posttraumatic stress. *Clinical Psychology Review* 15, 515-544.
- Joseph, S., Yule, W., Williams, R. (1993): Post-traumatic stress: Attributional aspects. *Journal of Traumatic Stress* 6 (4), 501-513.
- Josić, Z. (2000): Imaginative Verfahren in der Arbeit mit Traumaopfern. 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Josić, Z., Petzold, H.G. (1995): Kriegstraumatisierung, posttraumatischer Streß – diagnostische und therapeutische Dimensionen. Belgrad: Zentrum für Kriegsofferhilfe (in serb. Sprache).
- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980a): Convoys of social support: A life course approach. In: Kiesler, I.B., Morgan, J.N., Openheimer, V.K. (eds.), *Aging*. New York: Academic Press, 383-405.
- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980b): Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. In: Baltes, P.B., Brim, O.G. (eds.), *Life-span development and behavior*. New York: Academic Press, 253-286.
- Kames, H., (1992): Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI), *Integrative Therapie* 4, 363-386.
- Kant, I. (1800): *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Königsberg. 2. Aufl. (Akademie-Ausgabe, Bd. 4)
- Kanwisher, N., Moscovitch, M. (2000): The cognitive neuroscience of face processing. Hove: Psychology Press.
- Kast, V. (1995): Abschied heißt nicht Ende. Freiburg: Herder.
- Kastenbaum, R. (1975): Is death a life-crisis? On the confrontation with death in the theory and practice. In: Datan, N., Ginsberg, L.H., *Life-Span Developmental Psychology. Normative Life Crisis*. New York, 19-50.
- Katz-Bernstein, N. (1990): Phantasie, Symbolisierung und Imagination – „komplexes katathymes Erleben als Methode in der Integrativen Therapie mit Vorschulkindern. In: Petzold, Orth (1990a) 883-932.
- Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (1996b) 111-142.
- Kauffman, S.A. (1993): *The Origins of Order: The Doctrins of DNA*. New York: Wiley.
- Keane, T.M., Gerardi, R.J., QuimS.J., Litz, B.T. (1992): Behavioral treatment of posttraumatic stress disorder. In: Turner, S.M., Calhoun, K.S., Adams, H.E. (Hrsg.): *Handbook of clinical behavior therapy*. New York: Wiley 2.Aufl.
- Keane, T.M., Kaloupek, D.G. (1997): Comorbid Psychiatric Disorders in PTSD. Implications for Research. In: Yehuda, McFarlane (1997) 24-34.
- Keane, T.M., Wolfe, J. (1990): Comorbidity in post-traumatic stress disorder: An analysis of community and clinical studies. *Journal of Applied Social Psychology* 20, 1776-1788.
- Keane, T.M., Zimmerling, A.T., Caddell, J.M. (1985): A behavioral formulation of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist* 8, 9-12.
- Kelso, J.A.S. (1995): *Dynamic patterns. The self-organization of brain and behavior*. Cambridge, MS: MIT-Press.
- Kemmler, L., Schelp, Th., Mecheril P. (1991): Sprachgebrauch in der Psychotherapie. Emotionales Geschehen in den Therapieschulen. Bern: Huber.
- Kemp, P. (1997): Lévinas. Une introduction philosophique, La Versanne/Paris: Encre marine.
- Kempowski, W. (1993): *Echolot. Fuga Furiosa*. München: Knaus.
- Kernberg, O. (1996): *Borderlinestörungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E.J., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 1048-1060.
- Kiesler, D. (1982): The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review* 90, 185-214.
- Kinzie, J.D., Goetz, R.R. (1996): A century of controversy surrounding posttraumatic stress -spectrum syndromes: the impact of DSM-III and DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress* 9, 159-179.
- Kiwitz, P. (1991): Das Lebensweltkonzept und seine Bedeutung für die Sozialwissenschaften. In Petzold, Petzold (1991) 2-19.
- Klingman, A. (1992): Stress reaction of Israeli youth during the Gulf War: A quantitative study. *Professional Psychology, Research Practice* 23, 521-527.
- Knäuper, B., Schwarzer, R. (1999): Gesundheit über die Lebensspanne. In: Oerter et al. (1999) 711-727.
- Knight, B.G. (1996): *Psychotherapy with older adults*. London: Sage.
- Knopp, G. (2000): *Hitlers Kinder*. München: Bertelsmann.
- Koch, C., Davis, J.L. (eds.) (1994): *Large-Scale Neuronal Theories of the Brain*. Cambridge, MS: MIT-Press.
- Koch, H.G., Reiter-Theil, St., Helmchen, H. (Hg.) (1996): *Informed consent in psychiatry. European perspectives of ethics, law, and clinical practice*. Baden-Baden. Nomos.
- Kofoed, L. et al. (1993): Alcoholism and drug abuse in patients with PTSD. *Psychiatry Quarterly* 64, 151-169.
- Kompier, M., Cooper, C. (1999): *Preventing Stress. Improving Productivity*. Hove: Psychology Press.
- Koop, I.I. (2000): *Integrative Leib- und Bewegungstherapie in der Arbeit mit traumatisierten Folteropfern und Flüchtlingen*. 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Kosslyn, S.M., Koenig, O. (1992): *Wet Mind: The New Cognitive Neuroscience*. New York.

- Krause, J., Mallory, C. (1993): Chemische Waffen in der Militärdoktrin der Sowjetunion: historische Erfahrungen und militärische Lehren 1919-1991. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Kropotkin, P. (1902): Mutual aid. A factor of evolution. London 1902, dtsh. 1904. Neudruck: Gegenseitige Hilfe. Berlin: Kramer 1977.
- Kropotkin, P. (1920): Ethik: Ursprung und Entwicklung der Sitten. Berlin: Kramer.
- Krüll, M. (1982): Freud und sein Vater. München: C.H. Beck.
- Krystal, J.H. (1996): Neurobiological Aspects of Dissociation and Trauma. Second World Conference of the International Society for Traumatic Stress, Jerusalem, June 9-14.
- Krystal, J.H., Bremner, J.D., Southwick, S.M., Charney, D.S. (1998): The Emerging Neurobiology of Dissociation: Implications for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In: *Bremner, J.D., Marmar, C.R.* (1998) 321-364.
- Kudler, H. et al. (1987): The DST and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 144, 1068-1071.
- Kübler-Ross, E. (1969): Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Klett.
- Kübler-Ross, E. (Hg.) (1976): Reif werden zum Tode. Stuttgart: Klett.
- Kuen, G. (1994): Die Philosophie als „dux vitae“. Die Verknüpfung von Gehalt, Intention und Darstellungsweise im philosophischen Werk Senecas. Heidelberg: Carl Winter.
- Kühn, R., Petzold, H.G. (1991): Psychotherapie und Philosophie, Junfermann, Paderborn.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R., Jordan, B.K., Marmar, C.R., Weiss, D.S. (1990): Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner/Mazel.
- Kuper, L. (1981): Genocide, its political use in the 20th century. Harmondsworth: Penguin.
- Laireiter, A. (Hg.) (1999): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Lakoff, G. (1987): Women, Fire, and Dangerous Things. What Categories Reveal About the Mind. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Lamprecht, F. (Hg.) (2000a): Praxis der Traumatherapie. Was kann EMDR leisten?. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lamprecht, F. (2000b): Spuren im Körper, Erinnerung und EMDR. In: *Lamprecht* (2000a) 36-62.
- Lamprecht, F. (2000c): Evaluation, physiologische Parameter traumatischer und posttraumatischer Störungen und ihre Implikation für die Therapie. Vortrag auf dem 1. Bad Zwestener Symposion für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Lamprecht, F., Lempa, W., Matzke, M., Sack, M. (1999): Event-related potentials (ERP 'S) before and after EMDR procedure in PTSD patients and controls. *Psychosomatic Medicine* 61, 122 (Abstract).
- Landgrebe, B. (2000): Integrative Traumatherapie mit Psychosomatikpatienten – ein stationäres Modell. Graduiierungsarbeit an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf/Hückeswagen: EAG/FPI.
- Lang, J. von (1988): Krieg der Bomber. Berlin: Ullstein.
- Lasar, M. (1996): Netzwerktheorie. Möglichkeiten für die psychiatrische Wissenschaft. Lengerich: Pabst Science Publ.
- Lating, J.M., Everly, G.S. (1995): Psychophysiological assessment of PTSD. In: *Everly, G.S., Lating, J.M.* (eds.), *Psychotraumatology*. New York: Plenum Press, 129-145.
- Launer, E. (1997): Zum Beispiel Landminen. Göttingen: Lamuv-Verlag.
- 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, A.A. (1995): Praxis der multimodalen Therapie. Systematische, umfassende und effektive Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lazarus, A.A. (2000): Multimodale Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lazarus, R.S. (1966): Psychological stress and the coping process. New York.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping. New York.
- Ledig, G. (1999): Vergeltung. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- LeDoux, J.E. (1992): Brain Mechanisms of Emotions and Emotional Learning. *Current Opinion in Neurobiology* 2 (2), 191-197.
- LeDoux, J.E. (1995): In search of an emotional system in the brain: Leaping from fear to emotion and consciousness. In: *Gazzaniga, M.* (ed.), *The cognitive Neurosciences*. Cambridge: MIT Press, 1049-1061.
- LeDoux, J.E. (1996): The emotional brain. New York: Simon & Schuster.
- LeDoux, J.E. (1998): Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. München: Hanser.
- Lehr, U., Thomae, H. (Hg.) (1987): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Stuttgart: Enke.
- Lepore, S.J. (1997): Social-environmental influences on the chronic stress process. In: *Gottlieb, B.H.* (ed.), *Coping with chronic stress*. New York: Plenum Press, 133-160.
- Leuner, H. (1955): Experimentelles katathymes Bilderleben als ein klinisches Verfahren der Psychotherapie, *Zentralbl Psychother.* 5, 185-203, 233-260.
- Leuner, A.C. (1985): Lehrbuch des katathymen Bilderlebens. Bern: Huber.
- Leuzinger-Bohleber, M., Pfeifer, R. (1998): Erinnern in der Übertragung – Vergangenheit in der Gegenwart? Psychoanalyse und Embodied Cognitive Science: ein interdisziplinärer Dialog zum Gedächtnis. *Psyche* 9/10, 884-918.

- Levinas, E. (1983): *La trace de l'autre*, Paris 1963; dtisch. *Die Spur des Anderen*. Freiburg: Alber.
- Lewis, M., Miller, S.M. (1990): *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Lindemann, E. (1944): Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry* 101, 141-148.
- Lindy, J.D., Green, B.L., Grace, M. (1992): Somatic reenactment in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 57, 180-186.
- Lischka, G.J. (1990): *Über die Mediatisierung*. Bern: Huber.
- Loftus, E.F. (1993): The reality of repressed memories. *American Psychologist* 48 (5), 518-537.
- Loftus, E.F. (1998): Creating childhood memories. *Applied Cognitive Psychology* 11 (special issue), 75-86.
- Loftus, E.F., Feldman, J., Dashiell, R. (1995): The reality of illusory memories. In: Schacter et al. (eds.), *Memory distortion: How mind, brains and societies reconstruct the past*. Cambridge: Harvard Univ. Press, 47-68.
- Loftus, E.F., Hoffman, H.G. (1989): Misinformation and memory: The creation of new memories. *Journal of Experimental Psychology* 118 (1), 100-104.
- Loftus, E., Ketcham, K. (1994): *The myth of repressed memory*. Nijhoff, Dordrecht: St. Martin's Press.
- Loftus, E.F., Ketcham, K. (1995): *Die therapierte Erinnerung. Vom Mythos der Verdrängung bei Anklagen wegen sexuellem Mißbrauchs*. Hamburg: Klein.
- Loftus, E.F., Pickrell, J.E. (1995): The formation of false memories. *Psychiatric Annals* 25, 720-725.
- Loftus, E.F., Polonsky, S., Fullilove, M.T. (1994): Memories of childhood sexual abuse: Remembering and repressing. *Psychology of Women* 18, 67-84.
- Lohr, J.M., Tolin, D.F., Lilienfeld, S.O. (1998): Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Implications for behavior therapy. *Behaviour Therapy* 29, 123-156.
- Ludwig, A.M. (1983): The psychobiological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis* 26, 93-99.
- Luhmann, N. (1992): *Beobachtungen der Moderne*, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lundgreen, P. (1984): *Wissenschaft im Dritten Reich*, Suhrkamp, Frankfurt.
- MacFarland, D. (1999): *Biologie des Verhaltens: Evolution, Physiologie, Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Macksoud, M.S., Aber, J.L. (1996): The war experience and psychosocial development of children in Lebanon. *Child Development* 67, 70-88.
- Maercker, A. (1997): *Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift. Dresden: Technische Universität.
- Maercker, A. (1997): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (1999): Lifespan Psychological Aspects of Trauma and PTSD: Symptoms and Psychosocial Impairments. In: Maercker, Schützwohl, Solomon (1999) 7-42.
- Maercker, A., Schützwohl, M., Solomon, Z. (eds.) (1999): *Posttraumatic Stress Disorder. A Lifespan Developmental Perspective*. Seattle u.a.: Hogrefe.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995a): Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen, *Integrative Therapie* 1, 7-44.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995b): Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (1996) 345-394.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2000): *Therapieschäden*. Mainz: Grünewald (in Vorber.).
- Magarinos, A.M., McEwen, B.S., Flugge, G., Fuchs, E. (1996): Chronic psychosocial stress causes apical dendritic atrophy of hippocampal CA3 pyramidal neurons in subordinate tree shrews. *Journal of Neurosciences* 16, 3534-3540.
- Mandelbaum, D.G. (1959): Social uses of funeral rites. In: Feifel, H. (ed.), *The meaning of death*. New York: McGraw-Hill, 189-217.
- Mann, J.J., Kupfer, D.J. (eds.) (1993): *Biology of Depressive Disorder*. New York: Plenum Press.
- Manolias, M.B., Hyatt-Williams, A. (1993): Effects of postshooting experiences on police-authorized firearms officers in the UK. In: Wilson, Raphael (1993) 385-394.
- Marc Aurel (1998): *Wege zu sich selbst*. Herausgegeben von Rainer Nickel. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft.
- Marcel, G. (1935): *Être et avoir*, Alcan, Paris.
- March, J.S. (1993): What constitutes a stressor? The „criterion A“ issue. In: Davidson, R.T., Foa, E.B. (eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 37-54.
- Margraf, J. (2000<sup>2</sup>): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1 u. 2. Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A. (1994): *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen: DIPS*. Berlin: Springer.
- Markowitsch, H.J. (1998): The mnestic block syndrome: Environmentally induced amnesia. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 6, 73-80.
- Markowitsch, H.J., Calabrese, P., Fink, E.R., Dorween, H.F., Kessler, J., Herfling, C. et al. (1997): Impaired episodic memory retrieval in a case of probable psychogenic amnesia. *Psychiatry Research: Neuroimaging section* 74, 119-126.

- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., Trasher, S. (1998): Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. A controlled study. *Archives of General Psychiatry* 55, 317-325.
- Marsella, A.J., Friedman, M.J., Gerrity, E.T., Scurfield, R. (eds.) (1996): Ethnocultural aspects of post-traumatic stress disorders. Issues, research, and clinical applications. Washington: APA.
- Marshall, V.W. (1975): Age and awareness of finitude in developmental gerontology. *Omega* 2, 113-129.
- Marshall, V.W. (1980): Last chapters: A sociology of aging and dying. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Martens, E. (1992): Die Sache des Sokrates. Stuttgart: Reclam.
- Martin, L.L., Tesser, A. (1989): Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In: Uleman, J.S., Bargh, J.A. (eds.), *Unintended thought*. New York: Guilford, 306-326.
- Martin, L.L., Tesser, A. (1996): Some ruminative thoughts. In: Wyer, R.S. (ed.), *Ruminative thoughts*. Mahwah, NJ: Erlbaum, 1-47.
- Masson, J.M. (1986): Was hat man dir, du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie. Reinbek: Rowohlt.
- Masson, J.M. (1991): Die Abschaffung der Psychotherapie. Ein Plädoyer. München: Bertelsmann.
- Masten, A.S., Best, K.M., Garmezy, N., Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity, *Development and Psychopathology* 2 (1990) 425-444.
- Mayer, K.U., Baltes, P.B. (eds.) (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie-Verlag.
- Mayou, R., Blyant, B., Duthie, R. (1993): Psychiatric consequences of road traffic accidents. *Br. Medicine Journal* 307, 647-651.
- Mazumdar, P. (1998): Foucault. Ausgewählt und vorgestellt von P. Mazumdar. München: Diederichs.
- McCullough, M.E., Pargament, K.I., Thoresen, C.E. (2000): Forgiveness. Theory, Research, and Practice. London: Guilford Press.
- McEwen, B.S., Albeck, D., Cameron, H., Chao, H.M., Gould, E., Hastings, N., Kuroda, Y., Luine, V., Magarinos, A.M., McKittick, C.R., Orchinik, M., Pavlides, C., Vaher, P., Watanabe, Y., Weiland, N. (1995): Stress and the brain: A paradoxical role for adrenal steroids. In: Litwack, G.D. (ed.), *Vitamins and Hormones*. San Diego: Academic Press, 371-402.
- 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.
- McFarlane, A. (1994): Individual psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Clin. N. Am.* 17, 393-408.
- McFarlane, A. (1997): The Prevalence and Longitudinal Course of PTSD. Implications for the Neurobiological Models of PTSD. In: Yehuda, McFarlane (1997) 10-23.
- McFarlane, A., Papay, P. (1992): Multiple diagnosis in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180, 498-504.
- McFarlane, A., Weber, D.L., Clark, C.R. (1993): Abnormal stimulus processing in posttraumatic stress disorder. *Biol. Psychiatry* 34, 311-320.
- McGaugh, J.L. (1995): Emotional activation, neuromodulatory systems and memory strength. In: Schacter, D. et al., *Memory distortion*. Boston: Harvard Univ. Press, 255-273.
- McIntosh, W.D., Harlow, T.F., Martin, L.L. (1995): Linkers and nonlinkers: Goal beliefs as a moderator of the effects of everyday hassles on rumination, depression, and physical complaints. *Journal of Applied Social Psychology* 25, 1231-1244.
- McLeod, J. (1997): Narrative and Psychotherapy. London: Sage Publications.
- McNally, R.J. (1997): Implicit and Explicit Memory for Trauma-Related Information in PTSD. In: Yehuda, McFarlane (1997) 219-224.
- McNally, R.J. (1998): Posttraumatic stress disorder. In: Millon, T., Blaney, P.H., Davis, R.D. (eds.), *Oxford textbook of psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- Meichenbaum, D. (1994): A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD). Waterloo, ON, Canada: Institute Press.
- Meichenbaum, D. (1997): Treating post-traumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy. Chichester: Wiley.
- Mellman, T.A. (1997): Psychobiology of Sleep Disturbances in Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 142-149.
- Mellman, T.A., Randolph, C.A., Brawman-Mintzer, O., Flores, L.P., Milanes, F.J. (1992): Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 149, 1568-1574.
- Merleau-Ponty, M. (1945): *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, dtsch. v. Boehm, R., *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter 1966.
- Metzinger, T. (1995): Bewußtsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie, Paderborn: Schöningh.
- Metcalfe, J., Jacobs, W.J. (1996): A „hot-system/cool system“ view of memory under stress. *PTSD Res. Quarterly* 7, 1-3.

- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (Hg.) (1996a): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1, Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (Hg.) (1996b): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- Michaels, C.F. (1992): The reunification of sensory information and coordinated action. Amsterdam: VU Boekhandel, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Middendorf, I. (1984): Der erfahrbare Atem. Paderborn: Junfermann.
- Mierke, K. (1955): Wille und Leistung. Göttingen: Hogrefe.
- Miketta, G. (1994): Netzwerk Mensch. Den Verbindungen von Körper und Seele auf der Spur. Reinbek: Rowohlt.
- Milgram, S. (1974): Das Milgram-Experiment: Zur Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autoritäten. Reinbek: Rowohlt.
- Müller, A. (1979): Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Müller, A. (1981): Du sollst nicht merken. Variationen über das Paradies-Thema. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Müller, G. (2000): The mating mind – how sexual choice shaped the evolution of human nature. New York: Doubleday.
- Millius, S. (2000): „Den eigenen Ängsten ins Gesicht sehen.“ Auswirkung von traumatischen Erlebnissen bei Polizeiangehörigen wird untersucht. *St. Galler Tagblatt*, 20.04.2000, S. 7.
- Miltenburg, R., Singer, E. (1997): The (ab)use of Reliving Childhood Traumata. *Theory & Psychology* 7 (5), 605-628.
- Miltenburg, R., Singer, E. (1999a): Culturally Mediated Learning and the Development of Self-Regulation by Survivors of Child Abuse: A Vigotskian Approach to the Support of Survivors of Child Abuse. *Human Development* 42, 1-17.
- Miltenburg, R., Singer, E. (1999b): A Dissociative Identity Disorder is a Developmental Accomplishment: Reply to Van der Hart and Steele. *Theory and Psychology* 9 (4), 541-549.
- Mitchell, J., Bray, G. (1990): Emergency services stress. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- 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. (eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum Press, 267-280.
- Möller, H.J., Lauter, H., Kampfhammer, H.P. (1998): Somatisierung, Angst und Depression. München: Medizin Verlag.
- Monroe, K. R. (1996): The heart of altruism: perceptions of a common humanity. Princeton N.J.: Princeton University Press.
- Moreno, L.J. (1936): Organization of the social atom. *Sociometric Review* 1, 11-16. repr. in: *idem*: Sociometry, experimental method and the science of society. Beacon: Beacon House 1951, 58-64. auch in: *idem*: The sociometric reader. Glencoe: The Free Press 1960, 55-61.
- Moreno, L.J. (1947): The social atom and death. *Sociometry* X, 1, 80-84: repr. in: *ders.*: The sociometric reader (1969), 52-54.
- Morgan, C.A., Grillon, C. (1998): Acoustic startle in individuals with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals* 28 (8), 430-434.
- Moss, D. (1980): Transient paranoia and the „gift“ in terminal illness. *The British Journal of Medical Psychology* 53, 155-159.
- Mowrer, O.H. (1947): On the dual nature of learning as a reinterpretation of conditioning and problemsolving. *Harvard Educational Review*, 102-148.
- Müller, I., Czogalik, D. (1995): Veränderungen nach einer Integrativen Therapie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen – eine Evaluationsstudie. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1997): Musiktherapie in der klinischen Praxis. Stuttgart: G. Fischer.
- Müller, L. Petzold, H.G. (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen, *Integrative Therapie* 3-4, 396-438.
- Müller, L. Petzold, H.G. (1999): Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik – Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie für die Musiktherapie am Beispiel des Schweizer Volksliedes. *Integrative Therapie* 2-3, 187-250.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2000): Therapieschäden und Probleme in der Behandlung alter Menschen. In: *Märtens, Petzold* (2000) (in Druck).
- Mulisch, H. (1995): Das steinerne Brautbett. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Murburg, M.M. (1997): The Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder: An Overview. In: Yehuda, McFarlane (1997) 352-371.
- Nathan, K.I., Musselman, D.L., Schatzberg, A.F., Nemeroff, C.B. (1995): Biology of Mood Disorders. Washington: APA Press.
- Nelson, K. (1989): Narratives from the crib. Cambridge: Harvard University Press.
- 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.
- Nemiah, J.C. (1989): Janet redevivus: the centenary of l'Automatisme Psychologique. *American Journal of Psychiatry* 146, 1527-1529.

- Nemiah, J.C. (1998): Early Concepts of Trauma, Dissociation, and the Unconscious: Their History and Current Implications. In: *Bremner, J.D., Marmar, C.R.* (1998) 1-26.
- Nesse, R. M. (1991): What good is feeling bad? The evolutionary benefits of psychic pain. *The Sciences* 31, 30-37.
- Nestmann, F. (1989): Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. Berlin: DeGruyter.
- Nestmann, F. (Hg.) (1997). Beratung: Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Neuenschwander, H.R. (1951): Marc Aurels Beziehungen zu Seneca und Poseidonius. Stuttgart: Reclam.
- Niederland, W.G. (1968): The problem of the survivor. The psychiatric evaluation of emotional disorders in survivors of Nazi persecution. In: *Krystal, H.* (ed.), *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press, 8-22.
- Niethammer, L. (Hg.) (1985): Lebenserfahrung und kollektives Gedächtnis. Der Prozeß der „Oral History“. Frankfurt/M.
- Noam, G. (1996): High-risk youth: Transforming our understanding of human development. *Human Development* 39, 1-17.
- Noller, P., Feeney, J.A., Peterson, C. (2000): Relationship across the lifespan. Hove: Psychology Press.
- Norcross, J.C. (1995): Psychotherapie-Integration in den USA. *Integrative Therapie* 1, 45-61.
- Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.) (1992): Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books.
- Norris, F.H. (1992): Epidemiology of Trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 60, 409-418.
- Nossack, H.E. (1996): Der Untergang. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- O'Connel Higgins, G. (1994): Resilient Adults. Overcoming a Cruel Past. San Francisco: Jossey-Bass.
- Oerter, R., van Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- Ohandjianian, A. (1989): Armenien: der verschwiegene Völkermord. Wien u.a.: Böhlau.
- Older, J. (1982): Touching is healing. New York: Stein & Day
- Omer, H. (1993b): Short-term psychotherapy and rise of the life-sketch. *Psychotherapy* 30, 668-673.
- Omer, H. (1996): Three styles of constructive therapy. In: *Hoyt, M.F.* (ed.), *Constructive Therapies*, vol. 2. New York: Guilford Press, 319-333.
- Oppenheim, H. (1888): Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen, welche sich nach Erschütterung des Rückenmarkes, insbesondere Eisenbahnunfällen, entwickeln? *Berliner klinische Wochenschrift* 25, 166-170.
- Orr, S.P. (1990): Psychophysiological studies of posttraumatic stress disorders. In: *E.L. Gilber* (Hrsg.): *Biological Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder*. Washington: Amer. Psychiat. Assn. Press.
- Orr, S.P., Solomon, Z., Peri, T., Pitman, R.K., Shalev, A. (1997): Physiological responses to loud tones in Israeli war veterans of the 1973 Yom Kippur War. *Biological Psychiatry* 41, 319-326.
- Orth, I. (1993): Integration als persönliche Lebensaufgabe. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 371-384.
- Orth, I. (1994): Der domestizierte Körper. Die Behandlung beschädigter Leiblichkeit in der Integrativen Therapie. *Gestalt* (Schweiz) 21, 22-36.
- Orth, I. (1996): Leib, Sprache, Gedächtnis, Kontextualisierung. *Gestalt* (Schweiz) 27, 11-17.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1988): Methodische Aspekte der Integrativen Bewegungstherapie im Bereich der Supervision. *Motorik, Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie* 2, 44-56.
- Osborne, R.E., Lafuze, J., Perkins, D. (2000). Case Analyses for abnormal Psychology. Learning to Look Beyond the Symptoms. Hove: Psychology Press.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. München: Reinhardt (2., neu bearb. und erw. Auflage)
- Osterbrink, J. (1998): Tiefe Atementspannung. Bern: Huber.
- Owens, M.J., Nemeroff, C.B. (1994): The Role of Serotonin in the Pathophysiology of Depression: Focus on the Serotonin Transporter. *Clinical Chemistry* 40 (2), 288-295.
- Pagès, F. (1993): Frühstück bei Sokrates. Philosophie als Lebenskunst. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft.
- Palmer, L.K., Frantz, C.E., Armsworth, M.W., Swank, P., Copley, J.V., Bush, G.A. (1999): Neuropsychological Sequela of Chronically Psychologically Traumatized Children: Specific Findings in Memory and Higher Cognitive Functions. In: *Williams, Banyard, V.* (1999), *Trauma & Memory*. London: Sage, 229-244.
- Pantić, Z., Petzold, H.G. (2000): Familienbezogene Therapie mit Traumaopfern im ehemaligen Jugoslawien. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Panksepp, J., Sirey, S.M., Normansell, L.A. (1989): Brain opioids and social emotions. In: *Reite, M., Field, I.* (Hrsg.): *The psychology of attachment and Separation*. Orlando: Academic Press.
- 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.
- Park, C.L. (1999): The Roles of Meaning and Growth in the Recovery from Posttraumatic Stress Disorder. In: *Maercker, Schützwohl, Solomon* (1999) 249-264.

- Park, C.L., Cohen, L.H., Murch, R.L. (1996): Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality* 64, 71-105.
- Park, C.L., Folkman, S. (1997): The role of meaning in the context of stress and coping. *General Review of Psychology* 1, 115-144.
- Parker, I. (ed.) (1999): *Deconstructing Psychotherapy*. London: Sage.
- Parks, R.W., Long, D.L., Levine, D.S. et al. (1991): Parallel distributed processing and neural networks: Origins, methodology and cognitive functions. *Journal Neuroscience* 60, 195-214.
- Parrott, G. (2000): *Emotions in social psychology*. Hove: Psychology Press.
- Pattison, M.E. (1977): *The Experience of Dying*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Pearlman, G., Saakvitne, K. (1995): *Trauma and the Therapist*. New York: Norton.
- Penn, P., Frankfurt, M. (1994): Creating a participant text: writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process* 33, 217-232.
- Pennebaker, J.W. (1990): *Opening up. The healing power of confiding in others*. New York: Morrow.
- Pennebaker, J.W. (1993a): Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy* 31, 539-548.
- Pennebaker, J.W. (1993b): Social mechanisms of constraint. In: Wegner, D.W., Pennebaker, J.W. (eds.), *Handbook of mental control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 200-219.
- Pennebaker, J.W., Barger, S.D., Tiebout, J. (1989): Disclosure of traumas among Holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine* 51, 577-589.
- Pennebaker, J.W., Harber, K.D. (1993): A social stage model of collective coping: the Loma Prieta earthquake and the Persian Gulf War. *Journal of Social Issues* 49 (4), 125-145.
- Perkonig, A., Wittchen, H.-U. (1999): Prevalence and comorbidity of traumatic events and posttraumatic stress disorder in adolescents and young adults. In: Maercker, Schützwohl, Solomon (1999) 113-136.
- Perls, F.S. (1969): *Gestalt Therapy Verbatim*, Lafayette Real People Press; dtsh.: *Gestalttherapie in Aktion*. Stuttgart: Klett (1974).
- Perls, F. S. (1980): *Gestalt, Wachstum, Integration*. Paderborn: Junfermann.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F., Goodman, P. (1951): *Gestalt Therapy*. New York: Julian Press. auch: New York: Dell, 1965.
- Perrig, W.J., Wippich, W., Perrig-Chiello, P. (1993): *Unbewusste Informationsverarbeitung*. Bern: Huber.
- Pert, A., Post, R.M., Weiss, S.R.B. (1990): Conditioning as a critical determinant of sensitization induced by psychomotor stimulants. In: Erinoff, L. (ed.), *Neurobiology of Drug Abuse: Learning and Memory*, NIDA Research Monograph 97. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 208-241.
- Petermann, F., Kusch, M. (1993): *Imaginative Verfahren*. In: Vaill, Petermann (1993) 217-244.
- Petty, F., Kramer, G.L., Wu, J. (1997): Serotonergic Modulation of Learned Helplessness. In: Yehuda, McFarlane (1997) 538-541.
- Petty, F., Kramer, G.L., Wu, J., Davis, L.L. (1997): Posttraumatic Stress and Depression. A Neurochemical Anatomy of the Learned Helplessness Animal Model. In: Yehuda, McFarlane (1997) 529-532.
- 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.
- 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, mimeogr.; auszugweise dtsh. in: *Petzold* (1988n) 455-491.
- Petzold, H.G. (1969c): *Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique*. Paris, mimeogr.; teilweise dtsh. in: (1974).
- Petzold, H.G. (1970 II): *Die Kerzen sind verlöscht vor den Ikonen. Christliche Elemente im russischen Totenbrauchtum*. *Kirche im Osten* 13, 18-52.
- Petzold, H.G. (1970c): *Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme intégration*, Paris; auszugweise dtsh. in: (1992b) 841 ff.
- Petzold, H.G. (1971b): *Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern*, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3, 268-281.
- Petzold, H.G. (1971c): *Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen*, in: G. Birdwood, Willige Opfer. Rosenheim: 1971, 212-245.
- Petzold, H.G. (1971d): *Rosenheim Verlag. Moderne Methoden psychologischer Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung*, *Erwachsenenbildung* 3, 160-178.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1972a): *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G. (1972f): Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger. Vierstufentherapie. Komplexes katathymes Erleben, Psychosynthese, Gestalttherapie, Psychodrama. Kassel: Nicol.
- Petzold, H.G. (1973a): Gestalttherapie und Psychodrama. Kassel: Nicol.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1974b): Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen. Paderborn: Junfermann.
- 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. (1974l): Konzepte zur Drogentherapie. In: *Petzold* (1974b) 524-529.
- 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. (1976b): Dramatische Therapie. *Integrative Therapie* 4, 178-189; auch in *Petzold* (1982a) 9-12.
- Petzold, H.G. (1977a): Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie. In: *Petzold* (1977n) 252-396; revid. in: *Petzold* (1988n) 341-406.
- Petzold, H.G. (1977f): Behaviourdrama als verhaltensmodifizierende Phase des retradischen Psychodramas. *Integrative Therapie* 1, 20-39; auch in *Petzold* (1982a) 219-233.
- Petzold, H.G. (1977i): Krisenintervention und Krisenprävention. Seminarnachschrift von A. Rauber. Bern, Schule für soziale Arbeit. mimeogr. Auszugsweise in *Rahm et al.* (1993).
- Petzold, H.G. (Hg.) (1977n): Die neuen Körpertherapien. Paderborn: Junfermann und München: dtv 1992 (2. Aufl. 1993).
- Petzold, H.G. (1978c): Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 1, 21-58; revid. und erw. in *Petzold* (1991a) 19-90.
- Petzold, H.G. (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51-78.
- Petzold, H.G. (1979k): Psychodrama-Therapie. „Beihefte zur Integrativen Therapie“ 3, Paderborn: Junfermann (2. Aufl. 1985).
- Petzold, H.G. (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie, in: *Petzold, H.G.: Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung.* Paderborn: Junfermann (1980f), 223-290.
- Petzold, H.G. (1981f): Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf. *Gestalt-Bulletin* 1/2, S. 54-69; repr. in: *Petzold, Stöckler* (1988) 47-64.
- Petzold, H.G. (1981h): Leibzeit, *Integrative Therapie* 2/3, S. 167-178; auch in: *Kamper, D., Wulf, Ch., Die Wiederkehr des Körpers.* Frankfurt/M.: Suhrkamp 1982, 68-81.
- Petzold, H.G. (1982a): Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater. Stuttgart: Hippokrates.
- Petzold, H.G. (1982f): Gestaltdrama, Totenklage und Trauerarbeit. In: *Petzold* (1982a) 335-368; repr. in *Petzold* (1985a) 500-537.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1982g): Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann. (2. Aufl. 1987)
- Petzold, H.G. (Hg.) (1983d): Psychotherapie, Meditation, Gestalt. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1983e): Nootherapie und „säkulare Mystik“ in der Integrativen Therapie In: *Petzold* (1983d) 53-100.
- 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. (Hg.) (1985g): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1985f): Über innere Feinde und innere Beistände. In: *Bach, G., Torbet, W., Ich liebe mich – ich hasse mich.* Reinbek: Rowohlt, 11-15.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1986a): 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. (1986c): Editorial. *Integrative Therapie* 1/2, 1-2.
- Petzold, H.G. (1986f): Über die Bedeutung der Lebensbilanz im Umgang mit alten Menschen und Sterbenden. *Ärztliche Praxis und Psychotherapie* 5-6, 3-10.
- Petzold, H.G. (1986h): Zur Psychodynamik der Devolution. *Gestalt-Bulletin* 1, 75-101.
- 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. (1988d): „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“. In: *Petzold, Stöckler* (1988) 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. (1988p): Beziehung und Deutung in der Integrativen Bewegungstherapie. In: *Petzold* (1988n) 285-340.

- Petzold, H.G. (1989b): Belastung, Überforderung, Burnout – Gewaltprobleme in Heimen. *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4, 17-44.
- Petzold, H.G. (1990b): „Form und Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien – Wege intermedialer Kunstpsychotherapie. In: *Petzold, Orth* (1990a) II, 639-720.
- Petzold, H.G. (1990e): „Entwicklung in der Lebensspanne und Pathogenese“, Vortragsreihe auf der Tagung „Bewegungstherapie und Psychomotorik“, 22.-23.11.1990 an der Freien Universität Amsterdam; erw. als: „Integrative Therapie in der Lebensspanne“ in *Petzold* (1992a) 649-788.
- Petzold, H.G. (1990u): Intégrative Bewegungstherapie als Verbindung funktionaler und psychotherapeutischer Behandlung. *Krankengymnastik* 11, 1238-1241.
- Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1991b): Die Chance der Begegnung. Wiesbaden: Dapo; repr. in *Petzold* (1993a) 1047-1087.
- Petzold, H.G. (1991e): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. Überarbeitet und erw. von (1978c); repr. in *Petzold* (1991a) 19-90.
- Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration – Chronosophische Überlegungen. In: idem (1991a) 333-395.
- 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. (1992d): Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer „mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie“. *Integrative Therapie* 1/2, 1-10.
- Petzold, H.G. (1992g): Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“. In: idem (1992a) 927-1040.
- Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993c): Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I: Frühe Schäden, späte Folgen? Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993g): Die Krisen der Helfer. In: *Schnyder, U., Sauvant, Ch.*, Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber, 157-196.
- Petzold, H.G. (1993h): Grundorientierungen, Verfahren, Methoden, *Integrative Therapie* 4, 341-379.
- Petzold, H.G. (1993n): Zur Frage nach der „therapeutischen Identität“ in einer pluralen therapeutischen Kultur am Beispiel von Gestalttherapie und Integrativer Therapie – Überlegungen (auch) in eigener Sache. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 51-92.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G. (1994a): Mehrperspektivität – ein Metakonzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. *Gestalt und Integration* 2, 225-297.
- Petzold, H.G. (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: *Hermer, M.* (Hg.), Die Gesellschaft der Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag 1995, 143-174.
- Petzold, H.G. (1994j): Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1995a): Wegeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt – Integrative Arbeit mit proaktiven 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. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, Tb. 1 + 2. Paderborn: Junfermann. 3. revid. u. überarb. Auflage von (1988n).
- Petzold, H.G. (1996f) Krankheitsursachen im Erwachsenenleben – Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht. *Integrative Therapie* 2/3 288-318.
- 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. auch in: *Petzold, Orth* (1999a) 337-360.
- Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie – ein Beruf ohne Chance? in: *Sticht, U.* (Hrsg.), Gute Arbeit in schlechten Zeiten – Suchtkrankenhilfe im Umbruch, Lambertus, Freiburg 1997, 57-115.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold* (1998a) 353-394.

- Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 u. 2 Sonderausgaben von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. *Gestalt* (Schweiz) 34, 43-46.
- Petzold, H.G. (1999c): Gong-Singen, Gong-Bilder und Resonanzbewegung – Intermediale Prozesse in der Integrativen Therapie. In: *Frohne-Hagemann, I.* (Hg.), *Musik und Gestalt: Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie*. 2. Auflage Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 192 – 241.
- Petzold, H.G. (1999f): Die Behandlung krebserkrankter Menschen als integrative und kreative Arbeit für die Neugestaltung des Lebens. *Orff Schulwerk Informationen*, Heft 62/1999, 32-37.
- Petzold, H.G. (1999i): Body Narratives. Traumatische und Posttraumatische Erfahrungen aus der Sicht der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 1/1999, 4-30.
- Petzold, H.G. (1999k): „Lebensgeschichten verstehen lernen heißt, sich selbst und andere verstehen lernen – über Biographiearbeit, traumatische Belastungen, Neuorientierung“. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 6, 41-62.
- Petzold, H.G. (1999l): Psychotherapeutische Begleitung von Sterbenden – ein Integratives Konzept für die Thanatotherapie. Vortrag im Rahmen der Vortragsreihe „Umgang mit Sterbenden Heute“, 17. November 1997, Universität Mainz, Schriftenreihe zur Thanatologie; repr. in: *Psychologische Medizin* (Österr.) 2/2000, 20-35..
- 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. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk – rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. *Kunst & Therapie* 1-2/1999 (in Druck)
- Petzold, H.G. (2000a): Der Wille in interdisziplinärer Sicht. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (Bd. I in Vorb.)
- Petzold, H.G. (Hg.) (2000c): Schwerpunkttheft Traumatherapie *Integrative Therapie* 3/2000 (in Vorb.)
- Petzold, H.G. (2000f): Das IDR-System der Entspannung in der Behandlung von TraumapatientInnen – Integrative und Differentielle Relaxation als iso-dynamische Selbst-Regulation. In: *Petzold* (2000c) (in Vorb.)
- Petzold, H.G., *Berger, A.*, (1973): Integrative Bewegungstherapie. *Atem und Mensch* 2, 2-12.
- Petzold, H.G., *Berger, A.* (1977): Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten. In: *Petzold* (1977n) 457-477. revid. in *Petzold* (1988n) 493-518.
- 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., *Ebert, W. & Sieper, J.* (1999): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ – transdisziplinäre, parhesisastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG.
- Petzold, H.G., *Frühmann, R.* (Hg.) (1986a): Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit. 2 Bde., 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* (1993c) und in: *Petzold, Sieper* (1993a) 173-266.
- Petzold, H.G., *Gröbelbaur, G., Gschwend, I.* (1998): Patienten als „Partner“ oder als „Widersacher“ und „Fälle“. Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten – kritische Gedanken und Anmerkungen. *Gestalt* (Schweiz) 32, 15-41 und in: *Petzold, Orth* (1999a) 363-392 sowie in: *Psychologische Medizin* (Österr.) 1/1999 (32-39) u. 2/1999 (30-35).
- Petzold, H.G., *Hentschel, U.* (1991): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in: *Scheiblich, W.*, *Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen*. Freiburg: Lambertus 1994, 89-105.
- Petzold, H.G., *Heinl, H.* (1980): Körper- und Leibtherapie, *Gestalt-Bulletin* 2/3, 13-18.
- Petzold, H.G., *Heinl, H.* (1980): Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt. *Integrative Therapie* 1, 20-57 und in: dies.: *Psychotherapie und Arbeitswelt*. Paderborn: Junfermann 1983.
- Petzold, H.G., *Heinl, H.* (1981b): Körpertherapie. In: *R. Bastine et al.*, *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Weinheim: edition psychologie, 209-211.
- 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., *Kirchmann, E.* (1990): Selbstdarstellungen mit Ton in der Integrativen Kindertherapie. In: *Petzold, Orth* (1990a) 933-974.
- Petzold, H.G., *Leuenberger, R., Steffan, A.* (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: *Ambühl, H., Strauß, B.* (Hg.), *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, erweitert in: *Petzold* (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., *Lückel, K.* (1985): Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas in der Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden. In: *Petzold* (1985a) 467-499.

- Petzold, H.G., Märtens, M. (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Petzold, H.G., Märtens, M. (Hg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Märtens, M., Hass, W., Steffan, A. (1999): Therapeutische Wirksamkeit der Integrativen Therapie. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluationsstudie im ambulanten Setting. Düsseldorf: Fritz Perls Institut. Kurzfassung in *Integrative Therapie* 3 (2000, in Druck).
- Petzold, H.G., Orth, I. (Hg.) (1985a): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1991a): Körperbilder in der Integrativen Therapie – Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch „Body Charts“ als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik. *Integrative Therapie* 1, 117-146; repr. in Petzold (1993a) 1201-1230.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4, 340-391.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1997b): Wege zu „fundierter Kollegialität“ – innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität. *Feedback-ÖAGG* 3 (Wien 1997) 31-37 und *Report Psychologie* 3 (1998) 234-239; erw. in: Slembek, E., Geissner, H., Feedback. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag 1998, 107-126.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1998a): Heilende Bewegung – die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: Illi, U., Breithecker, D., Mundt, S. (Hg.), *Bewegte Schule – Gesunde Schule*. Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB), 183-199.
- Petzold H.G., Orth, I. (1998b): Ökopsychosomatik – die heilende Kraft der Landschaft. Düsseldorf: FPI.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1999a): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie – Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: Petzold, Orth (1999a) 269-334.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000): Transgressionen – das Prinzip der Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie. Zu unserer Arbeit an einem transversalen Verständnis und einer konnektivierenden Praxis therapeutischen Handelns. *Integrative Therapie* 3 (in Vorb.)
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und multiperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Petzold* (1998h) 118-141.
- Petzold, H.G., Osterhues, U.J. (1972): Zur Verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. In: Petzold (1972a) 232-241.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1991a): Lebenswelten alter Menschen. Hannover: Vincentz.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1991b): Soziale Gruppe, „social worlds“ und „narrative Kultur“ als bestimmende Faktoren der Lebenswelt alter Menschen und gerontotherapeutischer Arbeit, in: Petzold, Petzold (1991a) 192-217; repr. in Petzold (1992a) 871-986
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Rodriguez-Petzold, F. (1998): Kundenorientierung in psychosozialen Institutionen und Organisationen – kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem „differenziellen Kundenbegriff“. *Gruppendynamik* 2 (1998) 207-230, und in: Petzold (1998a). 395-454.
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F., Schneider, U. (1998): „Reflexives Management“, Metaconsulting und Kartierung der Managementqualität (MQC) – Konzepte und Wege zur koreflexiven Optimierung von Management als Systemfunktion. In: Petzold (1998a) 213-254.
- Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G. (2000): Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit. In: Uchtenhagen, A., Ziegglänsberger, W., Suchtmedizin. München: Urban & Fischer, 322-341.
- Petzold, H.G., Schneewind, U. (1986a): Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie. In: Petzold, Frühmann (1986) Bd. I, 109-254.
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1991): Selbsthilfe und Psychosomatik. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Schuch, W. (1991): Der Krankheitsbegriff im Entwurf der Integrativen Therapie. In: Petzold, H.G., Pritz, A. (1991), *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann, 371-486.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation. 2 Bde., Paderborn: Junfermann. (2. Aufl. 1996).
- Petzold, H.G., Steffan, A. (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie – Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. In: *Gestalt (Schweiz)* 37 (Februar 2000), 25-65.
- Petzold, Steffan (2000): Gesundheit, Krankheit, Therapieverständnis und Ziele in der „Integrativen Therapie“ und der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“. *Integrative Therapie* 3 (in Vorb.)

- Petzold, H.G., Stöckler, M. (Hg.) (1988): Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers. *Integrative Therapie Beiheft* 13, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Beek, Y. van, Hoek, A.-M. van der (1994a): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold (1994j) 491-646.
- Pitman, R.K. (1988): Posttraumatic stress disorder, conditioning, and network theory. *Psychiatry Ann.* 18, 182-189.
- 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.
- Pitman, R.K., Van der Kolk, B.A., Orr, S.P., Greenberg, M.S. (1990): Naloxone reversible stress induced analgesia in post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 47, 541-547.
- Plutarch: *Moralia*, London 1927ff.; auszugsweise dt. Übers.: *Lebensklugheit und Charakter*, hg. von Rudolf Schottlaender. Leipzig 1979.
- Pohler, G. (1990): *Atemzentrierte Verhaltenstherapie*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Poldrack, A., Znoj, H. (2000): Posttraumatische Belastungsstörung. In: *Jacobi, Poldrack* (2000) 283-302.
- Polkinghorne, D.E. (1988): Narrative Knowing and the Human Science. Albany, NY: State University of New York Press.
- Polkinghorne, D.E. (1991): Narrative and the self-concept. *Journal of Narrative and Life History* 1, 135-153.
- Polkinghorne, D.E. (1996): Narrative knowing and the study of lives. In: *Birren, G.M., Kenyon, J.-K., Schroots, J.J.F., Svensson, T.* (eds.), *Aging and Biography. Explorations in Adult Development*. New York: Springer, 77-99.
- Polster, E., Polster, M. (1974): *Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie*. München: Kindler.
- Poole, D.A., Lindsay, D.S., Memon, A., Bull, R. (1995): Psychotherapy and the recovery of memories of childhood sexual abuse: U.S. and British practitioners' opinions, practices, and experiences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 426-437.
- 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. et al. (1995): Sensitization and kindling: Implications for the evolving neural substrate of PTSD. In: *Friedman, M.J.* et al. (eds.) (1995) 203-224.
- 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.
- Premack, D., Premack, A. (1983): *The mind of an ape*. New York: Norton.
- Price, R., Price, S. (1991): *Two evenings in Saramanka*. Chicago: University of Chicago Press.
- Punamakis, R.J. (1990): Can ideological commitment protect children's well-being in situations of political violence? *Child Development* 67, 55-69.
- Purves, D. (1988): *Body and Brain: A Trophic Theory of Neural Connections*. Cambridge (USA): Cambridge Univ. Press.
- Putnam, F.W., Carlson, E.B. (1998): Hypnosis, Dissociation, and Trauma: Myths, Metaphors, and Mechanisms. In: *Bremner, J.D., Marmar, C.R.* (1998) 27-56.
- Putnam, F.W., Trickett, P.K. (1997): Psychobiological Effects of Sexual Abuse. A Longitudinal Study. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 150-159.
- Quitmann, H. (1985): *Humanistische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Ramin, G. (1993): *Inzest und sexueller Mißbrauch*. Paderborn: Junfermann.
- Rappaport, J. (1995): Empowerment meets narrative: Listening to Stories and Creating Settings. *American Journal of Community Psychology* 23 (5), 795-807.
- Rasmusson, A.M., Charney, D.S. (1997): Animal Models of Relevance to PTSD. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 332-351.
- Rauch, S.L., Shin, L.M. (1997): Functional Neuroimaging Studies in Posttraumatic Stress Disorder. In: *Yehuda, R., McFarlane, A.C.* (1997) 83-98.
- Rauch, S.L., Van der Kolk, B.A., Filsler, R.E., Alpert, M.M. et al. (1996): A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script driven imagery. *Archives of General Psychiatry* 53, 380-387.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1996): Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter PatientInnen. *Psychotherapeut* 41, 169-174.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1997a): Traumazentrierte Psychotherapie I (Stabilisierungsphase). *Persönlichkeitsstörungen* 1, 97-140.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1997b): Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen* 1, 113-147.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1998a): Kritisches zur traumazentrierten Psychotherapie: „Zu Risiken und Nebenwirkungen...“ *Persönlichkeitsstörungen* 2, 104-108.

- Reddemann, L., Sachsse, U. (1998b): Welche Psychoanalyse ist für Opfer geeignet? Einige Anmerkungen zu Martin Ehlerlert-Balzer: Das Trauma als Objektbeziehung. *Forum Psychoanalyse* 14, 289-294.
- Reed, E.S. (1988): Revolution in Perception. The ecological psychology of J.J. Gibson. New Haven: Yale Univ. Press.
- Reed, E.S. (1989): Neural regulation of adaptive behaviour: an essay of neural Darwinism. *Ecological Psychology* 1, 135-158.
- Reganay, P.R. (1958): La guère et la conscience. Paris
- Reich, W. (1946): Rede an den kleinen Mann. Frankfurt/M.: Fischer 1984.
- Reil, J.C. (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerstörungen. Halle: Curt'sche Buchhandlung.
- Reister, G. (1995): Schutz vor psychogener Erkrankung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rensen, B. (1992): Fürs Leben geschädigt. Stuttgart: Trias.
- Resnick, P. (2000): Stress and Trauma. Hove: Psychology Press.
- Resick, P.A., Schnicke, M.K. (1993): Cognitive processing therapy for rape victims. Newbury Park, CA: Sage.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E., Best, C.L. (1993): Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (6), 984-991.
- Resnick, H.S., Yehuda, R., Pitman, R.K., Foy, D.W. (1995): Effect of previous trauma on acute plasma cortisol level following rape. *American Journal of Psychiatry* 152 (11), 1675-1677.
- Rhode-Dachser, C. (1995<sup>2</sup>): Das Borderline-Syndrom. Bern: Huber Verlag.
- Richardson, K. (1998): The origins of human potential: evolution, development and psychology. London: Routledge.
- Riedel, I. (1997): Malthérapie. Eine Einführung auf der Basis der Analytischen Psychologie von C.G. Jung. Stuttgart: Kreuz.
- Robins, L.N., Rutter, M. (1990): Straight and devious pathways from childhood to adulthood. London: Oxford University Press.
- Rodabough, T. (1980): Alternatives to the stages model of the dying process. *Death Education* 4 (1), 1-19.
- Röhrle, B. & Stark, W. (1985). Soziale Stützsysteme und Netzwerke im klinisch-psychologischer Praxis. In: dieselben, (Hg.), Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann, F. (Hrsg.) (1998). Netzwerkintervention. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., Weintraub, S. (eds.) (1990): Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, R. (Hg.) (1999): „Den Rauch hatten wir täglich vor Augen“: Der nationalsozialistische Völkermord an den Sinti und Roma. Heidelberg: Verlag Das Wunderhorn.
- 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.
- Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G.A., Anderson, G. (1990): Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centres. *American Journal of Psychiatry* 147 (5), 596-601.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B. (1997): Kognitive Verhaltenstherapie für posttraumatische Belastungsstörungen. Formen und Wirksamkeit. In: Maercher, A. (Hg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer, 103-144.
- Rowan, J., Cooper, M (1999) (Hrsg.): The plural Self. Multiplicity in Everyday Life. London: Sage.
- Rowe, D.C. (1997): Genetik und Sozialisation. Weinheim: Beltz
- Rudolf, G. (1998): Somatoforme Störungen. Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Rüb, M. (1999): Uneinige Brüder. Gibt es einen panorthodoxen Widerstand gegen die Nato und ihren Luftkrieg? *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 16.5.1999, 16.
- Rurritz, P. (2000): Masken für ein Massaker. Der manipulierte Krieg: Spurensuche auf dem Balkan. München: Kunstmann-Verlag.
- Rush, F. (1980): The Best Kept Secret: Sexual Abuse of Children. Englewood Cliffs: McGraw Hill.
- Rutherford, R.B. (1989): Meditations of Marc Aurelius. Oxford: Oxford University Press.
- Rutter, M. (1988): Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Rutter, M., (1990): Psychosocial resilience and protective mechanism, in: Rolf et al. 181-214.
- Rutter, M. (1994): Continuities, transitions, and turning points in development. In: Rutter, M., Hay, D. (eds.) (1994): Development through life. Oxford: Blackwell.
- Rutter, M., Rutter, M. (1992): Developing minds. Challenge and continuity across the life span. London: Penguin Books.
- Ryle, A. (1994): Projective identification: A particular form of reciprocal role procedures. *British Journal of Medical Psychology* 67, 107-114.
- Sachsse, U. (1987): Selbstbeschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonalen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstbeschädigungen der Haut. *Forum Psychoanalyse* 3, 51-70.

- Sachsse, U. (1989): „Das Bildern macht alles nur schlimmer.“ Grenzen einer Therapie mit dem Katathymen Bilderleben bei Patienten mit strukturellen Ich-Störungen. In: *Bartl, G., Pesendorfer, F. (Hg.)*, Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. Wien: Literas, 169-182.
- Sachsse, U. (1994): „Nie daran denken – nie vergessen.“ Fixierungen auf dem Borderline-Niveau als Folge von Realtraumata. *Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft* 1994, 182-207.
- Sachsse, U. (1994): Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik-Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sachsse, U. (1995): Die Psychodynamik der Borderlinepersönlichkeitsstörung als Traumafolge. *Forum Psychoanalyse* 11, 50-61.
- Sachsse, U. (1999): Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik-Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (5. Auflage).
- Sachsse, U. (1998): Traumaexpositionstechniken. Die Bildschirm-Technik (Screen-Technik). *Persönlichkeitsstörungen* 2, 77-84.
- Sachsse, U., Reddemann, L. (1997): Katathym-imaginative Psychotherapie in der Behandlung traumatisierter PatientInnen. In: *Kottje-Bimbacher, L., Sachsse, U., Wilke, E.*: Imagination in der Psychotherapie. Bern: Huber, 222-228.
- Sachsse, U., Reddemann, L. (1997): Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen* 3, 113-147.
- Sachsse, U., Reddemann, L. (1998): Traumazentrierte Psychotherapie (Traumaexposition/Traumasyntese). *Persönlichkeitsstörungen* 2, 49-96.
- Sack, M. (2000): Die Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen. In: *Lamprecht* (2000a) 63-113.
- Salk, J. (1973): *Survival of the Wisest*. New York: Wiley.
- Sammer, U. (1997): Halten und Loslassen. Praxis der Progressiven Muskelentspannung. Düsseldorf: Walter Verlag.
- Sammer, U. (1999): Entspannung erfolgreich vermitteln. Progressive Muskelentspannung und andere Verfahren. Stuttgart: Pfeifer.
- Sanders, C.M. (1993): Risk factors in bereavement outcome. In: *Stroebe et al.* (1993).
- Saner, H. (2000): Vortrag auf den vierten Hannah Arendt-Tagen. Zürich, Präsidialdepartement der Stadt Zürich.
- 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.
- Saunders, B.E., Arata, C.M., Kilpatrick, D.G. (1990): Development of a crime-related post-traumatic stress disorder scale for women within the Symptom Checklist-90-Revised. *Journal of Traumatic Stress* 3, 439-448.
- Saup, W. (1993): Alter und Umwelt – Eine Einführung in die ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Saxe, G.N., van der Kolk, B.A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J. (1993): Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry* 150, 1037-1042.
- Schacter, D.L. (1993): Fragile power: Explorations of memory. Newton, MA: Newton Art Center.
- Schacter, D.L. (1995a): Memory distortion: History and current status. In: *Schacter, D.L., Coyle, J.T., Fischbach, G.D., Mesulam, M.M., Sullivan, L.E.* (eds.), Memory distortion: How minds, brains and societies reconstruct the past. Cambridge: Harvard University Press, 1-43.
- Schacter, D.L. (1995b): Memory Wars. *Scientific American* 272, 135-139.
- Schacter, D.L. (1996): Searching for Memory. The Brain, the Mind, and the Past. New York: Basic Books.
- Schacter, D.L. (1999): Wir sind Erinnerung. Gedächtnis und Persönlichkeit. Reinbek: Rowohlt.
- Schacter, D.L., Alpert, N.M., Savage, C., Rauch, S., Albert, M.S. (1996): Conscious recollection and the human hippocampal formation: Evidence from positron emission tomography. *Proceed. National Academy of Science* 93, 321-325.
- Schacter, D.L., Koutstaal, W., Norman, K.A. (1999): Can Cognitive Neuroscience Illuminate the Nature of Traumatic Childhood memories? In: *Williams, L.M., Banyard, V.* (1999), Trauma & Memory. London: Sage, 257-272.
- Schaefer, J.A., Moos, R.H. (1992): Life crises and personal growth. In: *Carpenter, B.* (ed.), Personal coping: Theory, research, and application. Westport, CT: Praeger, 149-170.
- Schaffer, R. (1980): Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical Inquiry* 7, 29-53.
- Schay, J. (1998): Achill in Vietnam. Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust. Hamburg: Hamburger Edition.
- Schedlowski, M., Tews, U. (1996): Psychoneuroimmunologie. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Scheff, T. (1983): Explosion der Gefühle. Weinheim: Beltz.
- Schiepek, G. (1999): Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie, Praxis, Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, W. (1991): Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst. Die Frage nach dem Grund und die Neubegründung der Ethik bei Foucault. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Schmid, W. (1995): Selbstsorge. Zur Biographie eines Begriffs. In: *Endreß, M.* (Hg.): Zur Grundlegung einer integrativen Ethik. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Schmid, W. (1999): Philosophie der Lebenskunst. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 3. Aufl.
- Schmidt-Lellek, C., Heimannsberg, B. (Hg.) (1995): Macht und Machtmißbrauch in der Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

- Schmitz, H. (1985): Phänomenologie der Leiblichkeit. In: *Petzold, H.G., Leiblichkeit*. Paderborn: Junfermann, 71-106.
- Schmitz, H. (1989): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Schmitz, H. (1990): Der unerschöpfliche Gegenstand. Bonn: Bouvier.
- Schneider, B. (Hg.) (1999): Erinnerungen an das Töten: Genozid reflexiv. Wien u.a.: Böhlau.
- Schnyder, U. (1993): Ambulante Krisenintervention. In: *Schnyder, Sauvant* (1993) 55-74.
- Schnyder, U., *Sauvant, Ch.* (1993): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber.
- Schroeder, W. (1995): Musik – Spiegel der Seele. Eine Einführung in die Musiktherapie. Paderborn: Junfermann.
- Schroots, J.J.F. (1993): Aging, health & competence. The next generation of longitudinal research. Amsterdam: Elsevier.
- Schuch, H.W. (1994): Aktive Psychoanalyse. *Integrative Therapie* 1-2, 68-100.
- Schuch, H.W. (1998): Sandor Ferenczi (1873-1933). Pionier der modernen tiefenpsychologischen Psychotherapie. *Gestalttherapie* 12 (1), 3-21.
- Schuch, W. (2000): Grundzüge des Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie* 2 (in Druck).
- Schüffel, W. (2000): Salutogenese als Perspektive in der Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen. Vortrag auf dem 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Schütze, F. (1987): Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien, I. Kurseinheit, Fernuniversität Hagen, Hagen.
- Schützwohl, M. (1997): Diagnostik und Differentialdiagnostik. In: *Maercker, A.* (Hg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer, 75-102.
- Schützwohl, M., *Maercker, A., Manz, R.* (1999): Long-Term Posttraumatic Stress Reactions, Coping, and Social Support: A Structural Equation Model in a Group of Former Political Prisoners. In: *Maercker, Schützwohl, Solomon* (1999) 201-220.
- Schulte, D. (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Schulte, D. (1998): Kriterien für die Beurteilung der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren. Vortrag auf der AGPT-Tagung am 7.5.1998 in Köln.
- Schulz, M. (2000): Der Krieg der ersten Menschen. Wie der Homo sapiens den Neanderthaler verdrängte. Todeskampf der Flachköpfe. *Der Spiegel* 12, 240-255.
- Schulz, P. (1999): Wenn Streß chronisch wird. *Spektrum der Wissenschaft Dossier* 3, 12-15.
- Schulz, P., *Schlotz, W.* (1999): Trierer Inventar zur Erfassung von chronischem Stress (TICS): Skalenkonstruktion, teststatistische Überprüfung und Validierung der Skala Arbeitsüberlastung. *Diagnostica* 45, 8-19.
- Schumacher, J. (1963): Antike Medizin. Die Naturphilosophischen Grundlagen der Medizin in der griechischen Antike. 2., verb. Aufl. Berlin: de Gruyter.
- Schwarzer, R. (1993): Streß, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart: Kohlhammer (3. erw. u. überarb. Aufl.)
- Schweitzer, A. (1954): Ehrfurcht vor dem Leben. Bern: Haupt.
- Sebold, W.G. (1999): Luftkrieg und Literatur. München: Hanser.
- Sejn, P. (1896): Materialui dlja isutschenja buita i jasuika ruskago naselenja zvero sapadn. kraja. Sborn. otl. russkowo jasuiik i slow. P. Akad. Nauk., vol. 51, Bd. 1, Abt. 2, Moskau.
- Sejn, P. (1898): Welikorus w swoisch psnjasch, obradasch, obuitschajasch, vrowanijasch, skaskasch. St. Petersburg: Akad. Nauk.
- Seneca (1977): Briefe an Lucilius über Ethik (Epistulae morales ad Lucilium). Stuttgart: Reclam.
- Seneca (1977): Von der Kürze des Lebens (De brevitate vitae). Hg. und übers. von *Josef Feix*, Stuttgart.
- Seneca (1993): Vom Zorn (De ira). In: *Seneca, Philosophische Schriften*. Übers. von *Otto Apelt*, 4 Bde. Hamburg, Bd. 1.
- 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., *Bonne, O., Eth, S.* (1996): Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine* 58, 165-182.
- Shalev, A.Y., *Orr, S.P., Pitman, R.K.* (1993): Psychophysiologic assessment of traumatic imagery in Israeli civilian patients with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 150, 620-624.
- Shalev, A.Y., *Peri, T., Canneti, L., Schreiber, S.* (1996): Predictors of PTSD in recent trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry* 153, 219-225.
- Shalev, A.Y., *Rogel-Fuchs, Y.* (1993): Psychophysiology of the post-traumatic stress disorder: From sulfur fumes to behavioral genetics. *Psychosomatic Medicine* 55, 413-423.
- Shapiro, F. (1995): Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (1998): EMDR – Grundlagen und Praxis, Paderborn: Junfermann.
- Sherman, J.J. (1998): Effects of psychotherapeutic Treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress* 3, 413-435.
- Siegel, D.J. (1995): Memory, trauma, and psychotherapy: A cognitive science review. *Journal of Psychotherapy Practice Res.* 4, 93-122.

- Siegl, E. (2000): Von der Landkarte gelöscht. Die Kellermenschen wagen sich nur langsam ans Licht: Spurensuche in Grosnyj, der Stadt der Toten. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 8. April, S. 9.
- Singer, J. (1990): Repression and dissociation. Implications for personality theory, psychopathology and health. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Singer, J.A., Salovey, P. (1993): The remembered self: Emotion and memory in personality. New York: Free Press.
- Slater, A. (1999): Perceptual Development. Visual, Auditory and Speech Perception in Infancy. Hove: Psychology Press.
- Smith, E., Grawe, K. (1999): Wirkfaktoren. *Psychotherapeuten Forum* 6, 5-8.
- Smith, E., Regli, D., Grawe, K. (1999): Wenn Therapie weh tut. Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2, 227-251.
- Smolensky, P. (1988): On the proper treatment of connectionism. *Behavioral and Brain Sciences* 11, 1-42.
- Snyder, C.R. (1989): Reality negotiation: From excuses to hope and beyond. *Journal of Social and Clinical Psychology* 8, 130-157.
- Snyder, C.R., Irving, L.M., Anderson, J.R. (1991): Hope and Health. In: Snyder, C.R., Forsyth, D.R. (eds.), *Handbook of social and clinical psychology. The health perspective*. New York: Pergamon, 285-309.
- 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/M.: Fischer.
- Solomon, S.D., Canino, G.J. (1990): Appropriateness of DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *Compr. Psychiatry* 31, 227-237.
- Solomon, Z., Benbenishey, R. (1986): The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. *American Journal of Psychiatry* 143, 613-617.
- Solomon, Z., Ginzburg, K. (1999): Aging in the Shadow of War. In: Maercker et al. (1999) 137-154.
- Solschenizyn, A. (1978): *Der Archipel Gulag*. Reinbek: Rowohlt.
- 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.
- Soltys, R. Graf von (1979): Der Brand von Moskau [orig. 1837]. In: Pleticha, H., *Geschichte aus erster Hand*, Bd. II. Würzburg: Arena, 112-119.
- Solomon, Z., Lavi, T. (1999): Children in War: Soldiers Against Their Will. In: Maercker, Schützwohl, Solomon (1999) 81-96.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., Waysman, M. (1991): Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder: The role of life events and social resources. *Journal of Community Psychology* 19, 231-236.
- Solomon, Z., Wiesenberg, M., Schwarzwald, J., Miculincer, M. (1987): Posttraumatic stress disorder among frontline soldiers with combat stress reaction. The 1982 Israel experiment. *American Journal of Psychiatry* 144, 448-454.
- Sorrentino, R.M., Roney, C.J.R. (2000): *The uncertain mind. Individual differences in facing the unknown*. Hove: Psychology Press.
- Southwick, S.M., Morgan, C.A., Bremner, A.D., Grillon, C.G., Krystal, J.H., Nagy, L.M., Charney, D.S. (1997): Noradrenergic Alterations in Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 125-141.
- Spence, D.P. (1986): Narrative soothing and clinical wisdom. In: Sarbin, T.R. (ed.), *Narrative Psychology: the Storied Nature of Human Conduct*. New York: Praeger, 211-232.
- Spiegel, D., Koopmann, C., Classen, C. (1994): Acute stress disorder and dissociation. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 22, 11-23.
- Spiegel, D. (1994): *Dissociation: Culture, Mind, and Body*. Washington, DC: American Psychiatry Press.
- Spiegel, D. (1997): Trauma, Dissociation, and Memory. In: Yehuda, McFarlane (1997) 225-237.
- Spiegel, Y. (1972): *Der Prozeß des Trauems*, 2 Bde. München: Kaiser.
- Spieß-Kiefer (1996): Beim Patienten die gesunden Anteile sehen. *Fortschritt Medizin* 4, 16 – 17.
- Sponsel, R. (1995): *Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie IPPT*. Erlangen: IEC.
- Sponsel, R. (1997): Einführung in eine allgemeine und integrative psychologische Lehre der Heilwirkfaktoren, *Integrative Therapie* 3, 273-288.
- Stäudel, L. (Hg.) (1992): *Biozide: chemische Waffen und Pflanzenschutzmittel*. Marburg: Red.-Gemeinschaft Soz. nat. Stamm, (1996): *Measurement of stress, trauma, and adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Staudinger, U.M., Freund, A.M., Linden, M., Maas, I. (1996): Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In: Mayer, K.U., Baltes, P.B. (eds.), *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie-Verlag, 321-350.
- Steck, K. (1958): *Justum bellum heute? Evangel. Theologie* 18, 521-530.
- Stefan, A. (2000): *Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting*. Dissertation Univ. Leipzig, Institut für Psychol.
- Steil, R., Ehlers, A. (2000, in Vorb.): *Diagnostische Skala für die posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.

- Steil, R., Ehlers, A., Clark, D.M. (1997): Kognitive Aspekte bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In: *Maercker, A.* (1997) 123-144.
- Stein, M.B., Hanna, C., Kaverola, C., McClarty, B. (1995): Neuroanatomic and cognitive correlates of early abuse. *American Psychiatric Association Syllabus Proc. Summary* 148, 113.
- Stein, M.B., Hanna, C., Kaverola, C., Torchia, M., McClarty, B. (1997): Structural Brain Changes in PTSD. Does Trauma Alter Neuroanatomy? In: *Yehuda, McFarlane* (1997), 76-82.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., Forde, D.R. (1997): Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry* 154, 1114-1119.
- Steinfath, H. (1998): Was ist ein gutes Leben? Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Stent, G.S. (Hg.) (1978): *Morality as a Biological Phenomenon*. Berkeley.
- Stern, D.N. (1989): Crib monologues from a psychoanalytic perspective. In: *Nelson* (1989) 309-320.
- Sternberg, E.M., Gold, P.W. (1999): Psyche, Stress und Krankheitsabwehr. *Spektrum der Wissenschaft Dossier* 3, 32-39.
- Stevens, J.O. (1975): Die Kunst der Wahrnehmung. Übungen der Gestalttherapie. München: Chr. Kaiser.
- Stevens, R. (ed.) (1996): *Understanding the self*. London: Sage.
- Stocvis, B., Wiesenhütter, E. (1979): *Handbuch der Entspannung*. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Stout, S.C. et al. (1995): Neuropeptides and stress: Preclinical findings and implications for pathophysiology. In: *Friedman et al.* (1995) 103-123.
- Strangor, C. (2000): *Stereotypes and Prejudice*. Hove: Psychology Press.
- Stroebe W., Stroebe, M. (1987): Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stroebe W., Stroebe, M. (1993): Determinants of adjustment to bereavement in younger widow and widowers. In: *Stroebe, Stroebe, Hansson* (1993) 208-226.
- Stroebe, M., Stroebe, W. (1991): Does „grief work“ work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 479-482.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Hansson, R.O. (eds.) (1993): *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 255-270.
- Strümpfel, U., Goldmann, R. (1999): Contacting Gestalt Therapy. In: *Seeman, J., Cain, D.* (eds.), *Handbook on Humanistic Psychotherapies*. Washington: American Psychological Association.
- Supp, B. (1998): Beschneidung. Der blutige Tag, *Der Spiegel* 10, 174 – 176.
- Tait, R., Silver, R.C. (1989): Coming to terms with major negative life events. In: *Uleman, J.S., Bargh, J.A.* (eds.), *Unintended thought*. New York: Guilford, 351-382.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., Barrowclough, C. (1999): Cognitive and exposure therapy in the treatment of PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 13-18.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1995): *Trauma and transformation*. London: Sage.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996): The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 9, 455-471.
- Teegen, F. (1999): Childhood Sexual Abuse and Long-Term Sequela. In: *Maercker, Schützwohl, Solomon* (1999) 97-112.
- Teegen, F., Beer, M., Parbst, B., Timm, S. (1992): Sexueller Mißbrauch von Jungen und Mädchen. Psychodynamik und Bewältigungsstrategien. In: *Gegenfurtner, M., Keukens, W.* (eds.), *Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen*. Essen: Westarp, 19-31.
- 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, MacFarlane* (1997) 160-175.
- Ternon, Y. (1996): Der verbrecherische Staat. Völkermord im 20. Jahrhundert. Hamburg: Hamburger Edition.
- Terr, L.C. (1989): Treating psychic trauma in children. *Journal of Traumatic Stress* 2, 3-20.
- Terr, L.C. (1991): Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 148 (1), 10-20.
- Thomae, H., Lehr, U. (1986): Stages, crises, and life-span development. In: *Sorensen, A.B., Weinert, F.E., Sherrod, L.R.* (eds.), *Human development and the life course*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 429-444.
- Thomas, L. (1989): *Living morally: a psychology of moral character*. Philadelphia: Temple University Press.
- Thornhill, R., Palmer, C. (2000): *A natural history of rape*. Cambridge: MIT-Press.
- Tiemersma, D. (1989): Body schema and body image. An interdisciplinary and philosophical study. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Tisserand, R. (1988): *Aromatherapy*. London: Penguin.
- Traue, H.C. (1989): Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Stress: Verhaltensmedizin myogener Kopfschmerzen. Göttingen: Hogrefe.
- Traue, H.C. (1994): Aktiviation: Biologische Rhythmen, neuronale Regulation und vegetative Responsespezifitäten. In: *Gerber, W.-D., Basler, H.-D., Tewes, U.*: *Medizinische Psychologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Traue, H.C. (1998): *Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmung*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

- Traue, H.C., Kraus, W. (1988): Ausdruckschmähung als Risikofaktor: eine verhaltensmedizinische Analyse. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2, 89-95.
- Traue, H.C., Schwarz-Langer, G., Gurrus, N.F. (1997): Extremtraumatisierung durch Folter: Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 18, 41-62.
- True, W.R., Rice, J., Eisen, S.A., Heath, A.C., Goldberg, J., Lyons, M.J., Nowak, J. (1993): A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry* 50, 257-264.
- Uno, H., Tarara, R., Else, J., Suleman, M., Sapolsky, R.M. (1989): Hippocampal damage associated with prolonged and fatal stress in primates. *Journal of Neurosciences* 9, 1705-1711.
- Ursin, H., Olff, 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.
- Vallacher, R.R., Nowak, A., (1997) The emergence of a dynamical social psychology, *Psychological Inquiry* 2, 73-99.
- Van den Berg, N., Schuurbijs, M. (2000): *Het geïnformeerde Lijf. Een concept van de Integratieve Therapie ten aanzien van de psychosomatiek*. Abschluss these, Postdoctoraal programma Integratieve Bewegingstherapie. Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam.
- van der Hart, O. (1996a): Ian Hacking on Pierre Janet: A critique with further observations. *Dissociation* 9, 80-83.
- van der Hart, O. (1996b): Discussion of „Metaphors of agency and mechanisms in dissociation“. *Dissociation* 9, 164-166.
- van der Hart, O., Steele, K. (1997): Time distortions in dissociative identity disorder: Janetian concepts and treatment. *Dissociation* 9, 93-105.
- van der Hart, O., Steele, K. (1999): Relieving or reliving childhood trauma? A commentary on Miltenburg and Singer. *Theory & Psychology* 9, 533-540.
- van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., Brown, P. (1993): The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration. *Dissociation* 6, 162-180.
- van der Kolk, B.A. (ed.) (1987): *Psychological Trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B.A. (1989): The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America* 12, 389-411.
- van der Kolk, B.A. (1994): The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of PTSD. *Harvard Review of Psychiatry* 1, 253-265.
- van der Kolk, B.A., Burbridge, J.A., Suzuki, J. (1997): The Psychobiology of Traumatic Memory. Clinical Implications of Neuroimaging Studies. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 99-113.
- van der Kolk, B.A., Greenberg, M., Boyd, H., Krystal, J. (1985): Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of posttraumatic stress, *Biological Psychiatry* 20, 314-325.
- van der Kolk, B.A., Hostetler, A., Herron, N., Fislser, R.E. (1994): Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 17 (4), 715-730.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (1996): *Traumatic Stress*, New York: Guilford. (dtsh.: dieses Buch).
- van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., Herman, J.L. (1996): Dissociation, somatization, and effect dysregulation: The complexity of adaption to trauma. *American Journal of Psychiatry* 153 (Suppl.), 83-93.
- van der Kolk, B.A., Perry, J.C., Herman, J.L. (1991): Childhood origins of self-destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry* 148 (12), 1665-1671.
- van der Kolk, B.A., van der Hart, O. (1989): Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry* 146, 1530-1540.
- van der Kolk, B.A., van der Hart, O. (1991): The intrusive past: the flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago* 48, 425-454.
- van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Streß, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie* 3 (1997) 374-428.
- van der Veer, G. (1998): *Counseling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma*. New York: Wiley.
- van der Zwaard, A. (2000): *Het lijfkoncept van de Integratieve Therapie*. Abschluss these, Postdoctoraal programma Integratieve Bewegingstherapie. Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam.
- van Etten, M.L., Taylor, S. (1998): Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 5, 126-144.
- van Kalmhoudt, M. (1991): *Psychotherapie. Het bos en de bomen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Varela, F.J., Thompson, E., Rosch, E. (1992): *Der mittlere Weg der Erkenntnis. Der Brückenschlag zwischen wissenschaftlicher Theorie und menschlicher Erfahrung*. München: Scherz.
- Verduin, P. (1998): *De vraag naar het lichaam. Filosofie van de Lichamelijkheid in de Gezondheidszorg*. Maarsse: Elsevier.
- Verhofstadt-Denève, L. (1994): *Zelreflectie en persoonontwikkeling. Een handboek voor ontwikkelingsgerichte psychotherapie*. Leuven/Amsterdam: Acco.
- Vermetten, E., Bremner, J.D., Spiegel, D. (1998): Dissociation and Hypnotizability: A Conceptual and Methodological Perspective of Two Distinct Concepts. In: *Bremner, J.D., Marmar, C.R.* (1998) 107-160.

- Veyne, P. (1993): Weisheit und Altruismus. Eine Einführung in die Philosophie Senecas. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Voelke, A.-J. (1993): La philosophie comme thérapie de l'âme. Études de philosophie hellénistique, Fribourg/Paris: Vrin.
- Vonnegut, K. (1972): Schlachthof 5. Berlin: Volk und Welt.
- Voutta-Voß, M. (1997): Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 1, 27-41 und *Integrative Bewegungstherapie* 2, 27-38.
- Vroon, P., Amerongen, A. van, de Vries, H. (1996): Psychologie der Düfte. Wie Gerüche uns beeinflussen und verführen. Zürich: Kreuz.
- Vygotsky, L.S. (1993a): Introduction: The fundamental problems of defectology. In: Rieber, R.W., Carton, A.S. (eds.), The collected works of L.S. Vygotsky, Vol. 2: The fundamentals of defectology. New York: Plenum, 29-51. (orig. 1929)
- Vygotsky, L.S. (1993b): 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)
- Wagner, R. F., Becker, P. (Hg.) (1999): Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen. Göttingen: Hogrefe.
- Waldgrave, C. (1990): „Just Therapy“. *Dulwich Centre Newsletter* 1, 6-46.
- Wamer, S., Feltey, K.M. (1999): From Victim to Survivor: Recovered Memories and Identity Transformation. In: Williams, L.M., Banyard, V. (1999), *Trauma & Memory*. London: Sage, 161-174.
- Warren, W.H. (1988): Action modes and laws of control for the visual guidance of action. In: Meijer, O.G., Roth, K. (eds.) *Complex movement behavior: 'The' motor-action controversy*, Elsevier, Amsterdam, 339-380.
- Watson, C.G., Juba, M.P., Manifold, V., Kucala, T. (1991): The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology* 47, 179-188.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Herman, D.S., Steinberg, H.R., Huska, J., Kraemer, H.C. (1996): The utility of the SCL-90-R for the diagnosis of war-zone related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 9, 111-128.
- Weiner, H. (1992): *Perturbing the organism. The biology of stressful experience*. Chicago.
- Weisman, A.D. (1974): *The Realization of Death. A Guide for the Psychological Autopsy*. New York: Wiley.
- Weisman, A.D. (1979a): A model for psychosocial phasing in cancer. *General Hospital Psychiatry* 1 (3), 187-195.
- Weisman, A.D. (1979b): *Coping with Cancer*. New York: Wiley.
- 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.
- Weißig, N. (Hg.), *Differenzierung und Integration*, Kohelet Press, Köln 1995
- Welsch, W. (1987): *Aisthesis. Grundzüge und Perspektiven der Aristotelischen Sinneslehre*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Welsch, W. (1987): *Unsere postmoderne Moderne*. Weinheim: VCH, Acta Humaniora.
- Welsch, W. (1996): *Vernunft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Wertsch, J.V. (1985): *Vygotsky and the social formation of mind*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Wheaton, B. (1997): The nature of chronic stress. In: *Gottlieb, B.H. (ed.), Coping with chronic stress*. New York: Plenum Press, 43-74.
- Wicker, W. (Hg.) (1998): *Jubiläumsschrift Habichtswald Klinik Ayurveda Kassel Wilhelmshöhe. Neue Wicker Kliniken Ayurveda Bad Nauheim. Klinikmodelle der Zukunft*. Darmstadt: Eigenverlag W.W. Wicker.
- Williams, L. M., Banyard, V. L. (eds.) (1999): *Trauma & Memory*. London: Sage.
- Wilson, E.O. (1975): *Sociobiology: The new synthesis* Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Wilson, J.P., Keane, T.M. (eds.) (1997): *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Wilson, J.P., Raphael, B. (eds.) (1993): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press.
- Wilson, S.A., Becker, L.A., Tinker, R.H. (1995): Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychological traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 928-937.
- Wirtz, U. (1989): *Seelenmord*. Zürich: Kreuz.
- Wittchen, H.U., Zaudig, Fydrich, T. (1997): *SKID. Strukturiertes KLINisches Interview für DSM-IV, Achse 1, deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolf, H.U. (1997): *Evaluation ganzheitlicher Psychosomatik. Graduierungsarbeit an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*. Düsseldorf/Hückeswagen: EAG/FPI.
- Wolf, H.U. (1998): *Gestalttherapeutische Arbeit mit traumatisch geschädigten Patienten – Praxisbericht*. *Gestalttherapie* 1, 69 – 80.
- Wolf, H.U. (1999): *Psychotherapeutische Hilfe bei Trauma und Gewalt*. In: *Fuhr, R., Srecovicz, M., Gremmler-Fuhr, M. (Hg.), Handbuch der Gestalttherapie*. Göttingen: Hogrefe, 827-838.

- Wolf, U. (1996): Die Suche nach dem guten Leben. Platons Frühdialoge. Reinbek: Rowohlt.
- Wolfe, J., Schlesinger, L.K. (1997): Performance of PTSD patients on Standard Tests of Memory. Implications for Trauma. In: Yehuda, McFarlane (1997) 208-218.
- Worden, J.W. (1991): Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer.
- Wright, Q. (1942): Study of War. Chicago: University of Chicago Press.
- Wyer, R.S. (ed.) (1996): Ruminative thoughts. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Yehuda, R. (1997): Sensitization of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 57-75.
- Yehuda, R. et al. (1993): Enhanced suppression of cortisol following dexamethasone administration in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 150, 83-86.
- Yehuda, R., Kahana, B., Schmeidler, J., Southwick, S.M., Wilson, S., Giller, E.L. (1995): The impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in Holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry* 152, 1815-1818.
- Yehuda, R., McFarlane, A.C. (eds.) (1997): Psychobiology of posttraumatic stress disorder. New York: The New York Academy of Sciences.
- Yerushalmi, Y.H. (1988): Zachor: Erinnere Dich! Jüdische Geschichte und jüdisches Gedächtnis, Berlin
- Yerushalmi, Y.H. (1992): Freuds Moses. Endliches und unendliches Judentum, Berlin.
- Zahn-Waxler, C., Cummings, E.M., Iannotti, R. (eds.) (1991): Altruism and aggression: biological and social origins. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zeidner, M., Endler, N.S. (eds.) (1996): Handbook of Coping: Theory, research, applications. New York: Wiley.
- Zlepko, D. (Hg.) (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.
- Zülch, T. (Hg.) (1993): „Ethnische Säuberung“ – Völkermord für „Großserbien“: eine Dokumentation der Gesellschaft für bedrohte Völker. Hamburg: Luchterhand- Literaturverlag.
- Zundel, R. (1987): Hilarion Petzold – Integrative Therapie. In: Zundel, E., Zundel, R. (1987), Leitfiguren der Psychotherapie. München: Kösel.