

# SUPERVISION

## Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift  
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. **Hilarion G. Petzold**,

Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung, Hückeswagen,  
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märten**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

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, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. (emer.) **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen. Supervision ISSN 2511-2740.

[www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision)

## SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 11/2022

**Krise, Trauma, Trauer, Trostarbeit –  
Materialien, Konzepte und Entwicklungen von *Hilarion G. Petzold*  
aus der Integrativen Therapie, Beratung und Supervision**

*Hilarion G. Petzold*, Hückeswagen (2022n) \*

---

\* 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>.

Der Text hat die Sigle 2022n. Die Zusammenstellung und Redaktion der Materialien erfolgte durch *Ulrike Mathias-Wiedemann*.

Im nachfolgenden Paper sind auf Anfragen von TeilnehmerInnen aus Kriseninterventions- und Traumatherapie-Seminaren, Veranstaltungen zu den Themen „Krise, Trauma, Trauer, Trost, Trostarbeit“ von H. G. Petzold Materialien und Konzepte aus seinen verschiedenen Veröffentlichungen zu diesen Themen aus der Zeit 1968 bis 2022 zusammengestellt worden. Sie sollen eine schnelle Orientierung zu konzeptuellen Grundlagen bei diesen Fragen für Psychotherapie, Beratung/Soziotherapie, Supervision, d.h. für die ganze Breite kreativtherapeutischer und naturtherapeutischer Methoden des Integrativen Ansatzes ermöglichen, weil diese Themen in all diesen Methoden zum Tragen kommen.

### Leitidee:

**Der Mensch ist von seiner evolutionsbiologischen Entwicklung her dafür ausgerüstet und ausgestattet, Krisen zu bewältigen und Traumata zu verarbeiten. Seine höchst funktionale Traumaphysiologie, die er mit vielen höheren nicht-humanen Tieren teilt, lässt dies erkennen (Petzold, Wolf 2002).**

In die Krise kommt der ganze Mensch mit seinem sozialen Netzwerk und oft auch mit seinem ökologischen Kontext, wenn durch kritische Lebensereignisse und Belastungsfaktoren (Petzold 2016n; Petzold, Orth, Sieper 2021) eine prekäre oder desaströse **Lebenslage** entsteht. Die Lebenslage (ders. 2006p) bestimmt die Persönlichkeit – „Selbst, Ich, Identität“ (ders. 2012q) – im Positiven wie im Negativen.

**Lebenslage** – Das sozialwissenschaftliche Konstrukt der *Lebenslage* versucht, „die materiellen und immateriellen Anliegen und Interessen eines Menschen zu erfassen und damit die *Lebensverhältnisse in ihrer Gesamtheit bzw. Interdependenz* zu sehen. Sie fragt also nach äußeren Rahmenbedingungen und Anliegen der Betroffenen gleichermaßen und berücksichtigt explizit ihre wechselseitige Bedingtheit, bezieht also objektive gesellschaftliche Gegebenheiten wie deren subjektive Verarbeitung auf der Ebene der Befindlichkeit von Individuen mit ein“ (Bäcker, Naegele 1991, meine Hervorhebung).

„**Prekäre Lebenslagen** sind zeittextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als *‘bedrängend’* erleben und als *‘katastrophal’* bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer (sowie ökologischer und ökonomischer) Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung *‘protektiver Faktoren’* gekommen ist. Die Summationen *‘kritischer Lebensereignisse’* und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion* der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, sodass eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner *‘supportiven Valenz’* und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine *destruktive Lebenslage* eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen *‘Verbesserung der Lebenslage’* durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität *dauerhaft* beseitigen und von Morenos (1923) Fragen ausgehen: *‘Was hat uns ins diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?’*“ (Petzold 2006p)

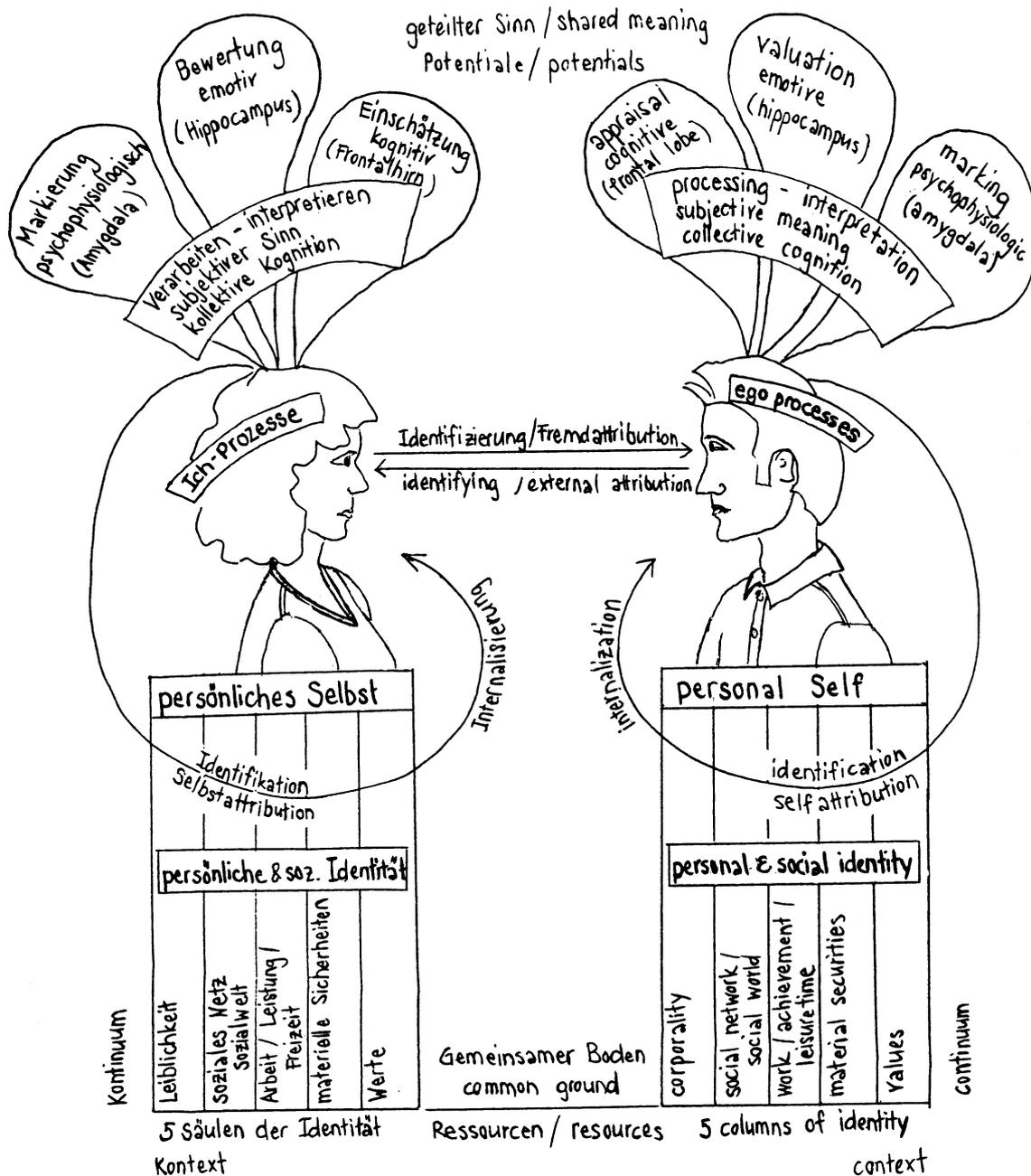


Abb. 1: Das Integrative Identitätsmodell (Petzold 2012q)

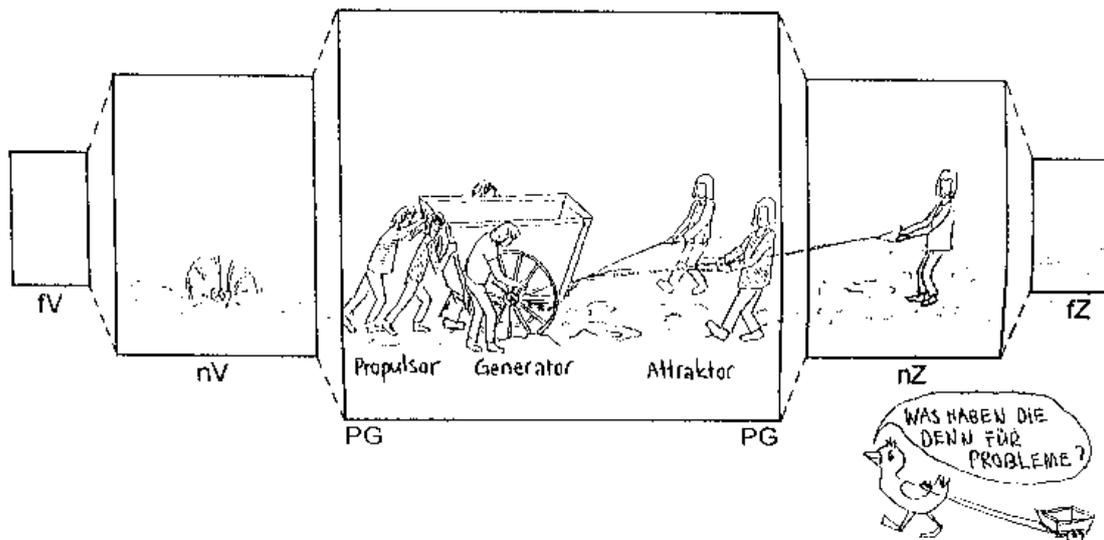
Wenn Identität, ja die ganze Persönlichkeit erschüttert und sogar das soziale Netzwerk mitbetroffen, vielleicht mittraumatisiert ist (Petzold, Josić, Ehrhardt 2006), reichen psychotherapeutische Maßnahmen oft nicht, sondern es müssen soziale Hilfen, soziale Unterstützung in die Interventionen mit einbezogen werden. Mit dieser in konkreten Projekten gewonnenen Erkenntnis wurde Mitte der 1960er Jahre von Petzold (1965) der Begriff „Soziotherapie“ in das klinische und sozialarbeiterische Feld eingeführt und über die gesamte Zeit der Entwicklungsarbeit am Integrativen Ansatz theoretisch und praxeologisch ausgearbeitet (Petzold, Petzold 1993; Petzold, Sieper 2008; Sieper, Petzold 2011b) und in Gerontotherapie, Suchttherapie, Jugendlichentherapie usw. eingesetzt (Petzold 1985a; Petzold, Schay, Scheiblich 2006). Integrative Soziotherapie wird bis heute in Weiterbildungscurricula an der EAG gelehrt (Petzold 1974h; Petzold, Schay, Sieper 2006;

*Petzold, Sieper, Orth 2006*). Es wurde damit die „Soziotherapie Sucht“ inauguriert (*Petzold 1974b*), ein Feld, wo in hohem Masse schwere Traumatisierungen zu finden sind und eine Verbindung von Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik (Psychoedukation) unerlässlich ist. Sie wurde in dieser Weise im Ansatz der Integrativen Therapie erstmalig entwickelt (*Petzold 1971c; Scheiblich 2008*).

## Das Lebensgefährt im Konvoi

Im Lebensverlauf, auf der Lebensstrecke, widerfahren uns gute und schlimme Ereignisse, treffen uns Risikofaktoren und Belastungen „Traumata, Konflikte, Defizite, Störungen“ (*Petzold 2003a, b*), aber auch Schutzfaktoren, Ressourcen, erhalten wir Trost, Beistand, Geschenke des Lebens.

Abb. 2: Das Lebensgefährt (*Petzold 2012q*)



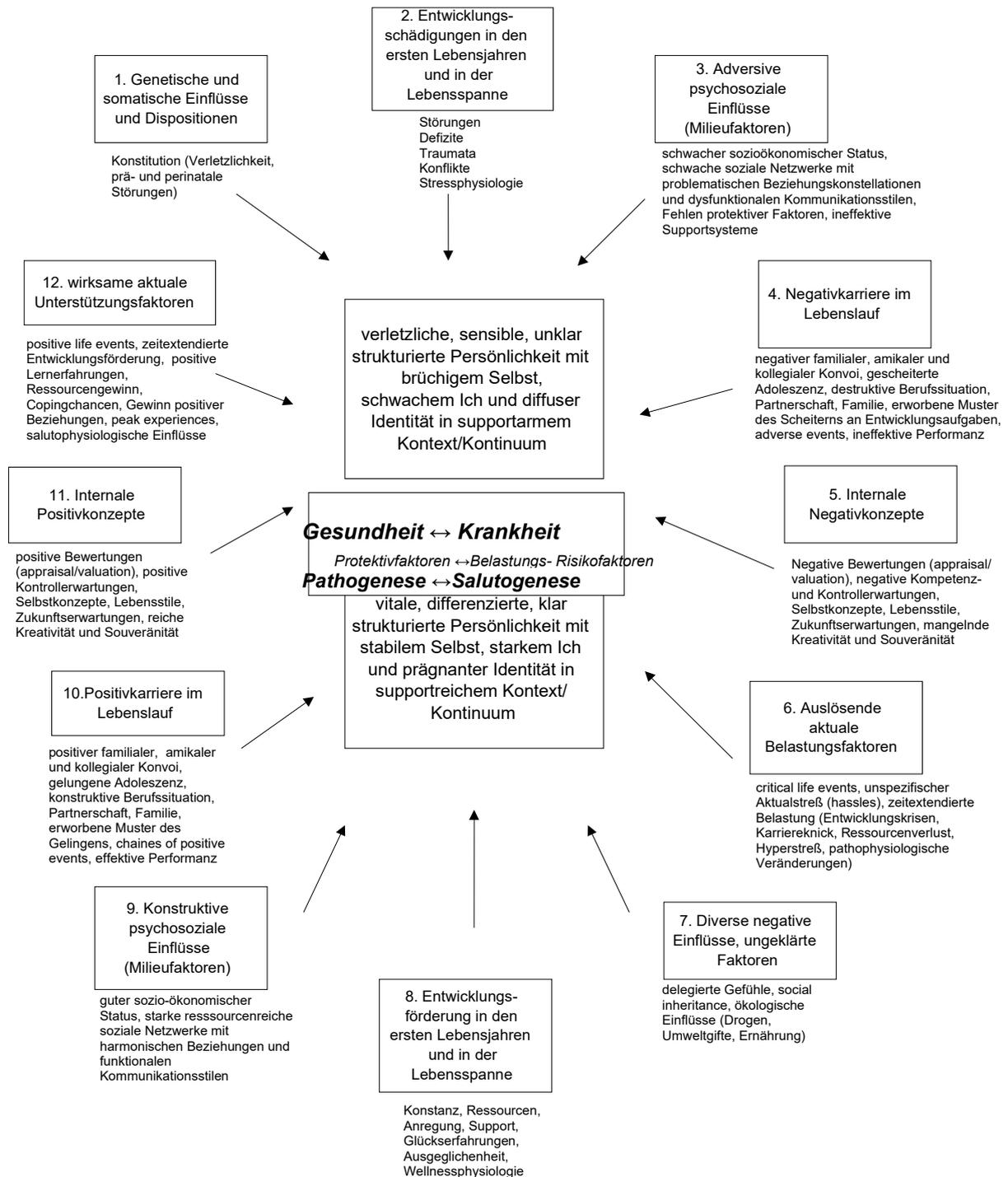


Abb. 3: Das Integrative Modell der Patho- und Salutogenese in der Lebensspanne (Petzold 2003a)

**Pathogenese** wird im Integrativen Ansatz immer multifaktoriell und in Interaktion mit **Salutogenese** gesehen. Deshalb verlangt diese komplexe Situation komplexe „Wege der Heilung **u n d** Förderung“, wie sie im Integrativen Ansatz entwickelt wurden. Das Weglassen des „**und** Förderung“ blendet damit die gesamte Salutogenese und Lösungs- und Ressourcenorientierung aus, Es fixiert alles Geschehen im medizinisierten pathologiezentrierten Blick, ein Problem, das den Grossteil der psychotherapeutischen

Diagnostik und Therapeutik kennzeichnet. Der Mensch wird nur auf seine Defizite, Traumata und Beschädigungen hin betrachtet, ohne seine heilen Bereiche, Kompetenzen, Ressourcen und Potentiale in den Blick zu nehmen, Wert zu schätzen und sie zu nutzen ggf. auch zu bewahren (mit Ziel von *harm reduction*). Diese generalisierende, pathologiefixierte Betrachtung muss als ein schwerwiegender, struktureller Mangel des gesamten klinisch-psychologischen bzw. psychiatrischen Feld gesehen werden

**Abb. 4: Die „Vier WEGE der Heilung u n d Förderung“**

	<b>Erster WEG</b>	<b>Zweiter WEG</b>	<b>Dritter WEG</b>	<b>Vierter WEG</b>
<b>Ziele</b>	<b>Bewusstseinsarbeit ►</b> <b>Einsicht, Sinnfindung,</b> <b>kognitive Regulation:</b>  <i>„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen“</i>	<b>Nach-/Neusozialisation ►</b> <b>Grundvertrauen, Selbstwert,</b> <b>emotionale Regulation:</b>  <i>„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“</i>	<b>Erlebnis-/Ressourcen-</b> <b>aktivierung ►</b> <b>Persönlichkeitsgestaltung,</b> <b>Lebensstiländerung:</b>  <i>„Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“</i>	<b>Exzentritäts-, Solidari-</b> <b>tätsförderung ►</b> <b>Metaperspektive,</b> <b>Solidarität, Souveränität:</b>  <i>„Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, gemeinsam Zukunft gewinnen“</i>
<b>Inhalte</b>	Lebenskontext/kontinuumsanalyse, Problem-, Ressourcen-, Potential-, Lebenszielanalysen, Biographie- u. Identitätsarbeit, Zukunftsplanung, Sinn- u. Wertefragen, Neubewertungen (appraisal), Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch <i>korrigierende kognitive Einsicht</i>	Stärkung von Grundvertrauen u. Selbstwert, Restitution beschädigter Persönlichkeitsstrukturen, des emotionalen Spektrums, der empathischen Kompetenz, der Beziehungsfähigkeit, Neuwertungen (valuation), Änderung emotionaler Stile durch <i>korrigierende emotionale Erfahrungen</i>	Erschließung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale, Kreativitätsförderung, Netzwerk-Enrichment, Aktivierung Hemmung dysfunktionalen Verhaltens, Lebensstiländerung durch <i>alternative kognitive/emotionale Erfahrungen u. Performanzen</i> .	Exzentrische, mehr- u. metaperspektivische Betrachtung von Lebenslage, Entfremdungsproblemen, Lebens-/Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen, Identitätsarbeit, Lebensstiländerung durch <i>gemeinsame kognitive/emotionale Erfahrungen u. Performanzen</i>
<b>MethodeT echnik</b>	Narrative Praxis, Beziehungsarbeit, Sinngespräch, tiefenhermeneutisches Verstehen u. Durcharbeiten, Metareflexion, cognitive modelling, Problemlösung	Emotionale Differenzierungsarbeit im Beziehungsprozess, Regressionsmethoden, bottom-up/ top-down emoting, Hemmung durch Alternativemoting, Netzwerk-/Konvoiarbeit	Kreativ-, Sport-, Bewegungstherapie, Rollenspiel, positives Emoting, Freizeitaktivierung, Performanztraining, Netzwerkpflege, Natur- u. ästhetische Erfahrungen, kreative Medien, Hausaufgaben, Tagebuch	Netzwerk- u. Projektarbeit, Gruppentherapie, Case Management, assertives Training, Kontrolltraining, Sozialberatung, Empowerment Training, Exchange Learning, Co-Counseling, Selbsthilfe, Bildungsarbeit
<b>Modalität</b>	<b>III.</b> konfliktzentriert/störungsspezifisch, einsichtsorientiert, ggf. <b>VI.</b> medikamentengestützt	<b>III.</b> konflikt-/störungsspezifisch, <b>II.</b> erlebniszentriert/emotionsorientiert, ggf. <b>V.</b> netzwerk- u. <b>VI.</b> medikamentengestützt	<b>II.</b> erlebnis- u. <b>I.</b> übungszentriert, <b>V.</b> netzwerkorientiert, <b>IV.</b> supportiv, ggf. <b>VI.</b> medikamentengestützt	<b>V.</b> netzwerkorientiert, <b>IV.</b> supportiv, <b>II.</b> erlebnis- u. <b>I.</b> übungszentriert, ggf. <b>VI.</b> medikamentengestützt

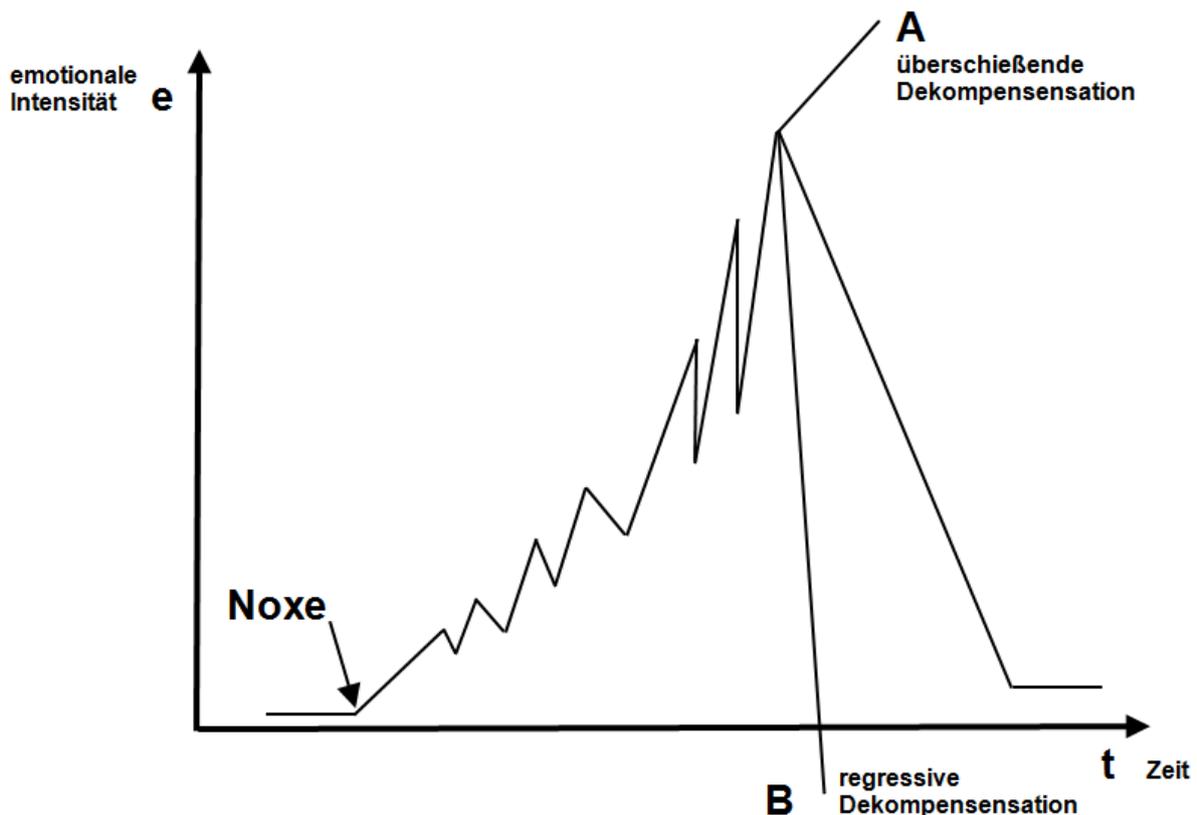
Abb. 4: Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ (Petzold 2003a)

**Die Synergie der „Vier WEGE“ schafft „vielfältigen Sinn“  
Das optimale Zusammenspiel der „Modalitäten“ schafft vielfältige  
Heilungs- und Entwicklungschancen**

I. übungszentriert-funktionale Modalität, II. Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität, III. Konflikt- und störungszentrierte Modalität, IV. Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität, V. Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität, VI. Medikamentengestützte Modalität.

### **Krisen, Verluste – kurz: Belastungen brauchen soziale Unterstützung**

Krisen können zu riskanten Labilisierungen des „personalen Systems“ führen, die klinische psychotherapeutische **Hilfen** erforderlich machen und meist auch soziotherapeutische **Hilfestellungen**, wie Maßnahmen sozialer Unterstützung. Für beides wurden in der IT Modelle entwickelt



**Abb. 5: Krisenverlauf nach Petzold 1977f**

» **Überforderung** tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, zureichende äußeren und inneren 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. « (Petzold 1968a, 42)

» **Krise** ist die *Labilisierung* eines Systems durch eintretende Noxen in einer Weise, dass seine habituellen Bewältigungsleistungen (coping) und kreativen Gestaltungspotenziale (creating) nicht mehr greifen und seine Ressourcen sich erschöpfen. Seine dynamischen Regulationsprozesse werden damit schwerwiegend beeinträchtigt, so dass das System in *Turbulenzen* gerät und überschießend oder regressiv zu dekompensieren droht, können nicht Ressourcen und Copinghilfen von außen herangeführt und genutzt werden, um den Krisenprozess zu beruhigen und eine Neuorientierung zu ermöglichen. « (Petzold 1977i)

» **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 Entlastungen, 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. « (idem 1992a, 834)

» Wir fassen unter den Begriff **Traumatisierung** eine zuweilen außergewöhnlich kurze Stimulierungssituation, welche sich aber auch sequentiell verlängern kann, die für den Organismus bzw. das ‚personale System‘, die Persönlichkeit, derart bestandsbedrohende Wirkung hat, dass sie zu bleibenden Strukturschäden führt (z.B. durch einen übersteuernden Generalisierungseffekt, aufgrund dessen etwa alle Kontaktsituationen als existenzbedrohend eingestuft werden). Traumatisierungen können durch extreme Über- oder Unterstimulierungen gesetzt werden, wie z.B. Unfälle, Krankheiten, Überfall, akute Deprivation: Sie sind niemals ‘n u r psychisch’, sondern immer auch intensives körperliches Erleben mit Folgen innerhalb des Leibes (z.B. psychosomatische Reaktionen, Störungen der Atem- und Tonusregulation), die nur auf der Ebene des Leibes angegangen werden können .als Folge von **Traumata** als externe (z.B. Verletzung, Misshandlung) und/oder interne (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. « (Petzold 1970c, 37, 1977a, 267, 1988n, 361, 2003b)

## Das Integrative Modell Sozialer Unterstützung (Petzold, Petzold 1993)

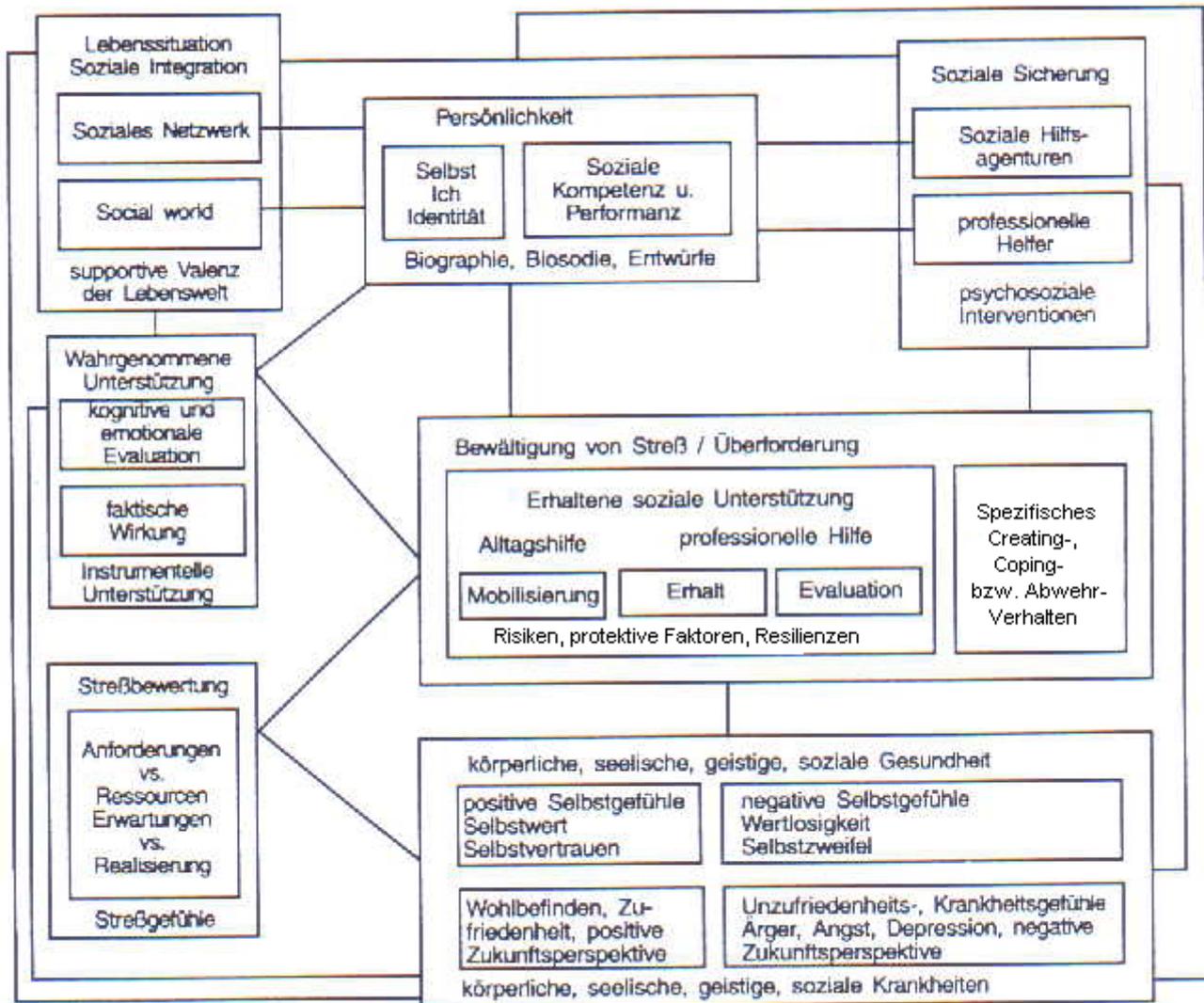


Abb. 6: Soziale Unterstützung (Petzold, Petzold 1993, Petzold, Sieper 1993)

## Traumata, Verluste, Belastungen, Trost

Materialien aus: (Petzold 2004)

Verluste und Belastungen können spezifische Prozesse und Verläufe auslösen, denen man mit unterschiedlichen Strategien begegnen muss:

### 1. Prebriefing – Preparedness – Seelenstärke

Die philosophische Therapeutik und Übung bereitet als „praktische Weisheit“ (*prudentia*, Lebensklugheit, *Seneca*, ep. 113, 19) den, der sie praktiziert, auf sein weiteres Tun vor, sie „übt fürsorglichen Weitblick aus“ (ibid.). „Denn, was ist Philosophie? Ist es nicht ein Sich-Vorbereiten auf alle Ereignisse?“ (*Epiktet* III, 10, 6) „Krankheit gibt es, Gefangenschaft,



schlechten Zeiten indes ging es darum, den Betroffenen in Schwierigkeiten mit Rat und Tat und in der Trauer als „Tröster“ beizustehen.

## 2. Trauer und „Trauerarbeit“

In Traumasituationen geht es oft um schwere Verluste: Verluste an Gesundheit durch Unfall, Verwundung, Folter, an persönlicher Integrität durch Mißhandlung, Demütigung, Entwürdigung, Verlust geliebter Menschen, von Eigentum, Haus und Hof, Heimat und Vater/Mutterland, Verlust von Werten und Glaubensüberzeugungen. Besonders hart trifft der Verlust an Vertrauen, wenn man – vielleicht von Verwandten, Freunden, Nachbarn, Volksgenossen - „im Stich gelassen“, „verraten und verkauft“ wurde, wenn man von den eigenen Eltern misshandelt oder missbraucht wurde. Solche Erfahrungen sind traumatisch. Selbst wenn sie kein PTSD im Gefolge haben, bedürfen sie einer spezifischen Verarbeitung, die seit *Freud* (1915) mit dem Begriff der „Trauerarbeit“ belegt wird. Diese betrifft im integrativen Verständnis, das hier weiter greift als *Freuds* Ansatz, nicht nur einen „Objektverlust“, auch nicht nur „intrapyschische“ Vorgänge – Trauer hat eine immens soziale Dimension – und es geht keineswegs nur um Ausdruck und Milderung des Schmerzes.

„**Trauer** ist ein komplexer, in unterschiedlicher Intensität und Dauer ablaufender Prozess, der das „Leibsubjekt“, d.h. den Menschen als „Ganzen“, in seinen biologisch-physiologischen, psychologisch-emotionalen, kognitiv-geistigen und sozial-kulturellen Dimensionen betrifft. Er tritt in der Regel auf Grund von Verlusten von persönlich bedeutungsvollen Menschen und materiellen und ideellen Gütern ein, Werten mit denen man verbunden war, und die verloren oder beschädigt wurden, so dass eine Trennung erfolgte oder Sinnfolien zerfallen (*Petzold, Orth* 2004). Trauer ist nicht nur ein *Gefühl* sondern ein *Synergem vielschichtigen Erlebens und Verhaltens*. Sie ist von Lebensalter, Lebenserfahrung, Gender und sozialen Regeln, „kollektiven mentalen Repräsentationen“ (*Petzold* 2003b), z. B. religiöser oder weltanschaulicher Art, die in den „subjektiven mentalen Repräsentationen“ (*ibid.*) Niederschlag finden, maßgeblich bestimmt! In ihrer *emotionalen Dimension* kann Trauer ein Spektrum von Empfindungen und Gefühlen umfassen (Betroffenheit, Schmerz, Leid, Gram, Verzweiflung, Empörung, Wut, Bitterkeit, Ergebenheit, Trost, Versöhntheit); in ihrer *kognitiven Dimension* eröffnet Trauer ein weites Feld von Gedanken und Überlegungen (Suche nach Zusammenhängen, Erklärungen, Ursachen, Blick auf Folgen, Konsequenzen, Versuche des Verstehens und des Herstellens von Sinnhaftigkeit oder der Absage an Erklärungen und Sinn usw.); in ihrer *sozialen Dimension* kann Trauer vielfältige Formen zeigen (gemeinsames Trauern, Trösten, Erzählen, Rituale, normative Verpflichtungen, Hilfeleistungen, Unterstützung, gemeinschaftliche Überwindungsarbeit usw.); in der *physiologischen Dimension* ist Trauer mit spezifischen Erregungs- und Stressreaktionen oder auch mit Beruhigungs- und Entlastungsreaktionen verbunden, abhängig von den aktuellen Kontextbedingungen und den vorgängigen Verlust-, Trauer-, Trost und Überwindungserfahrungen.“

Feste Phasenabläufe, wie sie früher vielfach vertreten wurden, lassen sich wissenschaftlich nicht belegen. Man findet höchst individuelle Trajektorien, Trauerverläufe, die vom Lebensalter, Kontext, Lebenslage usw. bestimmt sind.

Ich habe aufgrund von dreißig Jahren der Beobachtung und Dokumentation in der Psychotherapie und Krisenhilfe (*Petzold* 1970c; 1977k, 1982f, *Petzold, Wolf et al.* 2000) folgenden Verlaufsheuristik eines „*integrativen Trauer- und Bewältigungstrajektes*“ nach Verlust- und schweren Belastungserfahrungen mit Aufweis möglicher Negativentwicklungen herausgearbeitet:

**Trauma, Verlust, Belastung** → trifft auf die *Persönlichkeit* (Selbst, Ich, Identität - stabil bzw. vulnerabel) in gegebenen *Kontext/Kontinuum* (mit Problemen, Ressourcen, Potentialen) und führt zu **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 fühl eh 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, Trost und Beistand, Verhaltensklischees, die Notwendigkeiten des Alltags und die Potentiale sozialer Unterstützung, Ressourcenzufuhr 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;

3c Ausbruch in Schmerz → Fixierung: Depression, 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, Trost/Selbsttröstung, Aussöhnung/Versöhnung [Petzold 1988n, 224f, 231f];

4b Kognitive Überschau über die verbleibenden Möglichkeiten;

4c Situationsinterpretation, Bewußtwerden der daraus folgenden Konsequenzen;

4d Willensentscheidung zur Neuorientierung und deren Umsetzung.

### **Diagramm: Verlaufsheuristik von Belastungsverarbeitungs- und Trauerprozessen (Josic, 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 akzentuiert oder weniger ausgeprägt auftreten oder zum Teil ganz fehlen. Die Bewertungen der einzelnen Phänomene – Trauer, Aggression, Konflikte, Klage - muss mit den Betroffenen unter Berücksichtigung ihrer subjektiven Theorien und kulturellen Eigenheiten, den sogenannten kollektiven mentalen Repräsentationen (Petzold 2003b), 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 pathologischen Verläufe in der Turbulenzstrecke könnten ein *Abschied-nehmen* - das ist ein *Nehmen*, Hineinnehmen der Erfahrung in die Lebens-, Welt- und Selbstinterpretation des Subjekts - verhindern. „Kathartische Abreaktion“ ist allenfalls ein kurzzeitig wirksames Moment.

„**Trauerarbeit** ist aufgrund der Komplexität der Trauerphänomene und des Trauerprozesses selbst ein höchst komplexes Geschehen der Verarbeitung des Verlustes bzw. der Beschädigung und ihrer Folgen auf einer *biologischen, emotionalen, kognitiven* und *sozialen* Ebene. Sie ist die Arbeit des Subjekts mit seinen relevanten Mitmenschen, die belastenden Ereignisse und ihre Konsequenzen in das persönliche Sinn- und Wertesystem, das Selbst- und Identitätserleben zu integrieren und seine emotionalen und leiblichen Regulationsprozesse zu stabilisieren, so dass Neuorientierung möglich wird und es zu keinen pathologischen Trauerverläufen kommt (Schmerz, der in Somatisierungen, Leid, das in Depression, Verzweiflung, die in Verbitterung chronifiziert). Ziele von Trauerarbeit sind: Beruhigung psychophysischer Übererregtheit durch Annahme von Trost und Strategien der Selbstberuhigung und Selbsttröstung, Reinstallierung der ordnenden Vernunft, Wiederherstellen eines breiten Spektrums emotionaler Schwingungs- und Ausdruckfähigkeit, Aussöhnung mit seinem Leben, ggf. Versöhnung mit negativ involvierten Menschen, Abschiednehmen als Integrationsleistung, Eröffnung neuer Hoffnungshorizonte, Zielfindungen, Entscheidung zur erneuten Partizipation am Leben sowie Mut und Kraft, sein Leben wieder kreativ/kokreativ zu gestalten.“

Gerade in schweren Verletzungen und traumatischer Beschädigung durch nahestehende Menschen kommt *differenzierter Trauerarbeit* in der Traumatherapie große Bedeutung zu: 1. Trauer um mich als Opfer, darüber, was mir als Betroffenen - z. B. durch meinen älteren Bruder als „perpetrator“ - widerfahren ist (*Simplex-Trauer*), 2. Trauer um das damalige Unvermögen dieses Bruders (*Duplex-Trauer*), seine Schwester „brüderlich“ zu lieben. 3. Die (ggf. nicht ausgedrückte) Trauer des Bruders zu erspüren (*Triplex-Trauer*). Vielleicht ist „*Versöhnung*“ möglich, eine Heilung der zerstörten Beziehung, vielleicht aber auch nicht, und die traumatischen Fakten bleiben ohne Klärung mit dem Täter. Auf jeden Fall muß versucht werden, eine „*Aussöhnung*“ (wir unterscheiden das von *Versöhnung*, vgl. *Petzold* 1988n, 221ff) mit seinem „Schicksal“, mit seinem Leben, wie es gelaufen ist, zu erreichen: durch die Entscheidung, das Schlimme hinter sich zu lassen, ihm keine Macht mehr über das Leben zu geben, sich Gutem zuzuwenden, selbst Dinge anders zu tun, sich gegen Zerstörerisches zu engagieren. „Trauerarbeit“ wird dann trostgestützte „**Überwindungsarbeit**“, die sich nicht in Klagen erschöpft und meint mit karthartischer Entlastung, die Schmerzen des Verlustes und die Faktizität eines veränderten Lebens zu bewältigen, sondern sie ist eine umfassende Auseinandersetzung mit dem einschneidenden Lebensereignis.

Die antiken Traumatherapeuten und Seelenführer hatten hier klare Strategien für die Betroffenen:

„Lasse die Vorstellungen schwinden, und es schwindet die Klage, daß man dir Böses getan. Mit der Unterdrückung der Klage: ‘Man hat mir Böses getan’, ist das Böse selbst unterdrückt“ (*Marc Aurel* IV, 7).

Das ist keine Vermeidung, das ist aktive „**Überwindungsarbeit**“, die auf ein Umwerten des kognitiven und emotionalen Kontextes abzielt:

„Fasse die Dinge nicht so auf, wie sie der Beleidiger auffaßt oder von dir aufgefaßt haben will; sehe sie vielmehr so an, wie sie *in Wahrheit* sind“ (ibid. IV, 11). Denn: „Der Zorn und das Leid das wir durch die Taten der Menschen empfinden, sind härter für uns als diese Handlungen selbst, über die wir uns erzürnen und uns betrüben (XI, 18).

Zumindest ist dies oft so. Eine solche Praxis greift, aber nur wenn sie von einer Sinnhaftigkeit des Daseins und von der von Überzeugung der Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz getragen sein kann. „**Das Gute und Rechte ist bei mir**“ (VII, 42). Eine derartige Haltung führt unabdingbar in die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen, und die nimmt – wenn sie nicht von Therapeuten, die diesen Bereich aus eigener Unsicherheit und Ungeschultheit blockieren, verhindert wird – in der Traumatherapie einen gewichtigen Platz ein. Sie erfordert allerdings auch eine eigene ethische Position und eine gewisse „*Lebensphilosophie*“. Die stoische Philosophie bietet hier Leitlinien, die keine allzu

dogmatischen Festlegungen implizieren und in der Patientenarbeit eine hohe Akzeptanz finden.

„Zeige Gemütsruhe den Dingen gegenüber, die von äußerern Ursachen herkommen, und Gerechtigkeit bei denen, die von deinem eigenen Tun bewirkt werden, das bedeutet, dein Streben und Tun soll kein anderes Ziel haben als das allgemeine Beste; denn das ist deiner Natur gemäß“ (*Marc Aurel IX, 31*).

„Viele unnötige Anlässe zu deiner Beunruhigung, die nur aus deiner falschen Vorstellungen beruhen, kannst du dir aus dem Weg schaffen und dir damit sofort einen weiten Spielraum eröffnen; umfasse das Weltall mit deinem Geiste und betrachte seine ewige Dauer und dann wieder die rasche Verwandlung jedes einzelnen Dinges. Welch kurzer Zeitraum liegt doch zwischen dem Entstehen und Vergehen der Geschöpfe. Wie unermeßlich ist die Zeit, die ihrer Entstehung voranging, wie unendlich aber auch die Zeit, die ihrem Vergehen folgen wird“ (*ibid. IX, 32*).

Eine solche Lebenssicherheit und innere Gewißheit ist auch ein guter Hintergrund für Trost, Trostarbeit, Selbsttröstung und sie hilft dabei, innere Ruhe und Gelassenheit zu finden. Bei der tiefen inneren Beunruhigung einer selbstunsicheren Persönlichkeit, die durch serielle Traumatisierungen im Lebensverlauf und Entwicklungsgeschehen nie eine selbstgewisse, gefestigte Persönlichkeit ausbilden konnten und dazu noch, nach einer „**Erosion der persönlichen Tragfähigkeit**“, einen Hyperstress-bedingten „**personality burnout**“ oder Traumatic-stress-bedingten PTSD entwickelt haben, kann man davon ausgehen, dass irgendeine Kurzzeit- oder Schnell-Therapie keine nachhaltigen Wirkungen zeitigen kann. Man wundert sich über derartige Ansprüche in der Literatur, und fragt sich, was das denn für YAVIS-Trauma-PatientInnen gewesen sein mögen? Die DESNOS-PatientInnen, die ich im Auge habe, kommen auch nicht unbedingt in die Ambulanz eines Forschungsinstituts. Mit Schwertraumatisierten in schlechten Lebenslagen braucht man langfristige geplante Lebensumstellungen, in denen neue Praxen der Lebensführung eingeführt werden: Regelmäßige Spaziergänge mit Naturbetrachtung, um die „ökopsychosomatische“ Wirkung von Natur zu nutzen, beruhigende und erfreuende Musik, wenn möglich, einfache Formen meditativer Praxis (*Huth 2000; Petzold 1983d*). Soche Behandlung von PTSD in nicht-exponierender Weise verlangt einen „Weg der Übung“. Sowohl die tägliche Praxis von Entspannungsverfahren (*Petzold, Wolf et al. als 2000*) oder die Ausübung eines therapeutischen Ausdauer- Budo-Sports (*Bloem et al. 2004*) als auch ein konsequentes Üben der Unterbrechung negativer, traumabezogener Gedanken/Ruminationen und ihr Ersetzen durch positive Gedanken und Stimmungen oder Gedanken der „Selbsttröstung“ und „Selbstberuhigung“ (durchaus im Sinne *Senecas* Schrift „Vom glückseligen Leben“) oder das Üben positiver Gesichtsmimik – Freundlichkeit, Gelassenheit, Neugier (s. u. *Petzold 1999q*), um „movement produced information“ (*idem 2000j*) bei der „Umbahnung“ von dysfunktionalen Affektmustern zu nutzen, stützt auf eine „übungszentriert-funktionale Modalität“ (*idem 1988n*) in der Behandlung neben den konfliktzentrierten Prozessen des Aufarbeitens und Bearbeitens traumabezogener Inhalte. Auch stoische Therapeutik hatte viele übende Elemente, was den Körper, die Affekte, den Geist bzw. die Vernunft anbelangt, und der Integrative Ansatz hat hier wichtige Anregungen erhalten (*Rabbow 1954*). Vieles ähnelt einer Art „kognitiver Verhaltenstherapie“ – ist nur nicht so reduktionistisch wie diese, denn *Seneca* oder *Marc Aurel* betten die Übung ein in einen reichen und bereichernden Gedankenentwurf über die „*conditio humana*“, in eine „Sinnorientierung für das Leben“, in eine humanistische Vision von Weltbürgertum (*Marc Aurel IV, 4*) und in eine Ethik der Gemeinwohlorientierung, in eine praktische, praktikable Weisheit, die durch *Wollen, Streben* und *Üben* gewonnen werden kann. Sie zeigen, wie man ein Kybernetes, ein „Steuermann“, seines eigenen Geschicks zu werden vermag, um „wie ein Schiffsreisender bei günstigem Fahrtwind“ im Leben zu *navigieren* (zu diesem Konzept *Petzold, Orth, Sieper*

2000). Das Üben wird in einen Rahmen gestellt. Dabei muß man sich natürlich klar sein, dass der Rahmen des *Zenon*, des *Seneca*, des *Epiktet*, des *Marc Aurel* nicht unser Rahmen heute ist, er muss durch die Transformationen der Aufklärung und der transversalen Moderne (ebenda, *Welsch* 1987, 1996). Wir müssen die stoischen Ideale der *Apathie* (frei sein von Affekten, was nicht heißt, ohne Gefühl und Mitgefühl), der *Athaumasia* (des Sich-nicht-Wunderns), der *Ataraxie* (Seelenruhe), der *Chara* (innerer Frieden), der *Eudämonie* (Glückseligkeit), der *Autarkie* (Selbstgenügsamkeit), dem εὐ ζῆν (dem mit der Natur übereinstimmenden guten Leben) *in unserer Zeit und für unseren Lebenskontext* interpretieren – mit jedem Klienten neu. Wieder kann man an *Epiktet* anschließen:

„Das nun ist Philosophieren: die Maßstäbe [κανόνες] prüfen und festsetzen, sie aber auch anwenden, nachdem sie erkannt worden sind ...“ (*Epiktet*, *Diatriben* 2, 11).

### 3. Überwindungsaufgaben, Trost und „Trostarbeit“

In der antiken Therapeutik, das ist bemerkenswert, stand nicht der emotionale Ausdruck von „Trauer“, eine *karthartische* „Trauerarbeit“ im Zentrum der Praxis des Umgangs mit Belastungen und Traumata (de *Botton* 2000; *Petzold* 2001m), sondern die „Überwindungsarbeit“ zum Meistern des trauerauslösenden oder Beunruhigung schaffenden Ereignisses (traumatischer Verlust, Verletzung, Erniedrigung etc.), Arbeit, die zu Ruhe und *Selbstberuhigung*, Besänftigung und *Selbsttröstung* führen soll. Das wurde gestützt durch Trost und „Tröstungsarbeit“. Man wusste nämlich: auch wenn Trauer und Gram sich über „unfassbaren Schmerz“ in aller Intensität zeigen, nutzt das in der Regel wenig, um sich wieder zu fassen, wie *Seneca* in der Trostschrift für *Marcia* ausführt (ad *Marciam* c. 6, *Fink* 1992, 326). Zwar „ist es durchaus natürlich, die Seinen zu vermissen. Wer bestreitet das, solange es indes mit Maßen geschieht“. Aber man soll „das Boot nicht dem Sturm überlassen“, den aufwühlenden, überflutenden Emotionen, sondern soll sich gegen die Gefühle des Schmerzes, gegen das Leid, der Verzweiflung stellen und das „Steuer fest in der Hand behalten“ (ibid.). Das Leben zu meistern, auch in schlechten Zeiten, mit „klarem Urteilsvermögen“ und der „bestmöglichen Geisteshaltung“ (*habitu optimaie mente*) stiftet Sinn, ermöglicht Beruhigung, führt zum Ende der Trauer, zu „unerschütterlicher Seelenstärke, Voraussicht, Feinsinnigkeit, geistiger Gesundheit und innerer Freiheit, Eintracht und Schönheit“ (*Seneca*, *de vita beata* 9, 26).

Eine solche „philosophische Therapeutik“ (*Kühn*, *Petzold* 1991; *Petzold* 2001m), die auch für das integrative Behandlungskonzept der Traumatherapie *ein* Weg – neben anderen – ist, empfiehlt *Beruhigung*, *Trost*, *Aushalten-Lernen*, *körperliche Aktivität in der Natur*, *Sport und Spiel und wertegelitetes, sinnvolles Tun für das Gemeinwohl*. Dies alles ist aber keineswegs als verdrängende Ablenkung zu sehen, „denn wenn der Schmerz überspielt und durch Unterhaltung oder Beschäftigung verdrängt wurde, flammt er wieder auf“ (ad *Helviam* c. 17, *Fink* 1992, 331). Ihm muss durch geistige Arbeit, Einsatz der *Willenskräfte* – ein vernachlässigter Bereich der Psychotherapie (*Petzold* 2001i; *Petzold*, *Sieper* 2003) - begegnet werden. Belastende Vergangenheit wird angeschaut, um gelungene Bewältigungsleistungen und Überwindungserfahrungen aufzurufen (ad *Helviam* c. 3, *Fink* 284). „Altes Leid habe ich in Erinnerung gerufen, damit du weißt, dass auch die neue Wunde heilbar ist ...“ (ad *Marc.1*, 312). Aber erst wurden Kompetenzen und Lebensleistungen ins Gedächtnis geholt (ibid. 311; vgl. ad *Helviam* c. 2, 284, wo Belastungs-Coping-Sequenzen in Erinnerung gerufen werden). Das eigentliche Traumaereignis wird im „geweiteten Blick“ *sub specie aeternitatis* betrachtet, und **nicht in exponierenden Details**, sondern im Sinnzusammenhang eines zu meisternden Lebens, das der „Natur des Lebens“ entspricht. Das Ziel: dich „kurze Zeit einer

sanften, unvermeidlichen Trauer hingeben, um dich dann wieder aufzurichten“ (ibid. c. 17, 327f). *Trost* und *körperliche Nähe* emotional bedeutsamer Menschen wird als Pharmakon eingesetzt, hier die Schwester der *Helvia*, „*solacium, quo reficiaris* – Trösterin, die dich wieder aufrichten kann ... von ihr lasse dich ganz fest in die Arme nehmen“ (ibid. c. 19, 336). *Trost*, *Beruhigung*, *Ermütigung* *Überwindungsaufgaben anzugehen* und auch *Beratung* bzw. *Anleitung*, wie das zu tun sei, und *Begleitung* in diesem Bemühen und Tun, das sind die Strategien einer Traumatherapie, die kein aufwühlendes Hyperarousal riskiert, sondern auf *begleitete „Überwindungserfahrungen“* – so der Term integrativer Traumabehandlung - setzt (Petzold 2001m). Sie hilft Labilisierungen zu stabilisieren, verhindert ein weiteres Einbrechen von Ich-Leistungen oder vermindert das Risiko der „Retraumatisierungen“ und unterbindet dysfunktionale neurophysiologische Bahnungen. „Klage nicht mit anderen und gerate auch sonst nicht in heftige Erregung“ (Marc Aurel V, 43). Auch *Seneca* betont: „Auch im eigenen Unglück gilt es sich so zu verhalten, dass du dem Schmerz nur so viel zugestehst, wie die Natur fordert, nicht die Gewohnheit“ (De tranquillitate 15, 6). Dass hier nicht Überspielen, nicht Repression im Sinne einer Verdrängung das Ziel ist, sondern *willensgestützte Regulation* (Petzold, Sieper 2003), ein Niederhalten und Kontrollieren überschießender Affekte als „Überwindungsaufgabe“, ist der Tenor der antiken Traumatherapeutik:

„Wie alle Fehlverhalten, wenn sie nicht bei ihrem Aufkommen unterworfen werden [*dum surgunt, oppressa sunt*] sich tief einnisten, so gibt auch das, was traurig und elend macht und gegen sich selbst wütet der eigenen Verbitterung [*acerbitas*] Nahrung, und so wird der Schmerz zur schlechten Lust der unglücklichen Seele“ (Seneca, ad Marc. 1, 314).

Verzweiflung, Verbitterung, Harm, Verhärmung – Phänomenen, denen wir überall begegnen, wo Leid, Verelendung, Hoffnungs- und Chancenlosigkeit in traumatisierenden und posttraumatischen Kontexten herrschen – erfordern materielle Hilfen der Notlinderung, aktive Zuwendung, parteiliches Engagement, damit die bestehenden Probleme überwunden werden, die „Überwindungsaufgaben“ gemeistert werden können, sie erfordern aber auch Beruhigung und *Trost*, damit sich nicht „Fehlsteuerungen“ einnisten, einschleifen.

**Trost** ist für uns nicht nur auf Grund der voranstehend kurz aufgezeigten historischen Quellen, sondern auch aus klinischen und neurobiologischen Überlegungen und aus Sichtungen von transkulturellen, ethnologischen Materialien (Petzold 1982f) zu Trauer-, Verlust-, Traumaerfahrungen eine zentrale Größe. Das hat sich für uns auch auf Grund unserer praktischen Erfahrung (Josić, Petzold 1995; Petzold, Josić 2003; Petzold, Josić, Erhardt 2004) bestätigt, sodass wir „**Trostarbeit**“ für viele TraumapatientInnen als unverzichtbaren Teil der Behandlung sehen.

**Trost** ist eine erlebte *emotionale Qualität*, die *Linderung* von verlust- oder traumabedingtem seelischem Schmerz/Leid bewirkt, eine *Beruhigung* von psychophysiologischem Aufgewühlt- und Erschüttert-Sein und ein Ordnen und Reorientieren im gedanklichen Chaos unterstützt: durch „**Trösten**“ und „**Trostarbeit**“, d. h. die Hilfe und empathische Zuwendung eines Tröstenden an einen Trostbedürftigen. **Trost** ermöglicht eine persönliche Konsolidierung des Betroffenen: nach *innen* (z. B. Wiedergewinn von „seelischem Gleichgewicht“ und „stabilem Identitätserleben“, Aussöhnung/ mit sich Selbst an Stelle von Resignation, Schuldgefühlen, Verbitterung – und nach *außen* (z. B. Wiederherstellen von Beziehungsbereitschaft, erneuter Hinwendung zum Anderen oder Aussöhnung/Versöhnung mit Menschen an Stelle von Rückzug, Selbstisolation, Unversöhntheit, Hass).

Das spontane „**Trösten**“, das als Beispringen, Hinwenden, Beruhigen, „Trostspenden“ aufgrund des „Aufforderungscharakters“ von Ausdrucksverhaltens des Schmerzes, der Verzweiflung, der Trauer geschieht, ist von „**Trostarbeit**“ als einem kontinuierlichen

Beistehen, einem Begleiten in einer längerfristigen Unterstützung bei Verarbeitungs- und Konsolidierungsprozessen zu unterscheiden.

**Trösten** und *Beruhigen* sind transkulturell vorfindliche und deshalb wohl genetisch disponierte Handlungsmuster des sorgenden Umgangs von Helfern in hinlänglicher Selbst- und ggf. Situationskontrolle mit verletzten, verschreckten, traumatisierten, entsetzten, aufgewühlten Mitmenschen, deren „Übererregung“ durch diese Muster zu *Tröstung/Trost* und zu *Beruhigung/Ruhe* führen. Deshalb sollten derartige Muster mit ihrer „evolutionary wisdom“ auch zur Grundlage der Traumahilfe, Krisenintervention und PTSD-Behandlung gemacht werden.

Es scheint indes, dass das spontane „Trösten“ und die Kunst der „Trostarbeit“ offenbar einer kollektiven Skotomisierung des psychotherapeutischen Feldes zum Opfer gefallen ist (der Begriff *Trost* taucht in der therapeutischen Fachliteratur praktisch nicht auf, von „Trostarbeit“ einmal ganz zu schweigen), und dabei ist *Trost* vielleicht wesentlicher als kartharsisorientierte „Trauer“, deren Bedeutung durch neuere Forschungen zumindest relativiert werden muss (*Stroebe et al. 1993; Bonanno 1999*).

Die Traumaerfahrung ist in der Regel mit Angst, Schrecken, Entsetzen, Schmerzen, Ohnmacht, Trauer verbunden, alles Erlebensweisen, die deutlichen Ausdruck in Mimik, Gestik, Haltung, Bewegung finden und für die Umwelt sichtbar werden. Für Menschen, die ihre so betroffenen Mitmenschen in solchen emotionalen, ja existenziellen Zuständen erleben, die aber selbst "Situationskontrolle" haben, über ihre Kräfte und Fähigkeit verfügen, sind diese Notzustände eine starke Motivation, beizuspringen, zur Hilfe zu eilen, Unterstützung zu geben, *Trost* zu spenden.

In ihnen werden durch das Miterleben der leiblich-emotionalen Äusserungen Mitbetroffenheit, Mitgefühl, Mitleid aufgerufen, das zum Handeln zwingt. Not ruft nach Hilfe, Gefahr nach Rettung, Leid ruft nach Linderung, Trauer nach *Trost*, Furcht nach Versicherung, Aufgebrachtsein nach *Beruhigung*. Es entsteht eine Reziprozität der Affekte und Affekthandlungen zwischen den Menschen in solchen "emergency situations", für deren Begründung sich Mechanismen wie die der "emotionalen Affektibilität" (Gefühle "stecken an") und neurobiologische Funktionen – die der Spiegelneuronen (*Rizzolatti et al. 1996; Stamerov, Gallese 2002*) – heranziehen lassen. Diese in der humanbiologischen Grundausrüstung liegenden Fähigkeiten und das Faktum ihrer transkulturellen Vorfindlichkeit verweisen darauf, dass es sich um evolutionsbiologisch ausgebildete Eigenschaften von Hominiden (und anderer höherer Primaten, bei denen wir ähnliche Reaktionen finden) handelt, und diese haben eine klare, überlebenssichernde Logik. Beispringen bei Blutungen kann vor Verbluten schützen, Unterstützung bei Atemnot vor Erstickern, *Beruhigung* bei Aufgewühltsein, *Trost* bei Trauer. Trauer – eine komplexe Emotion mit vielfältigen Ausdrucksformen – hat damit u.a. das Ziel, spontane *Tröstung auszulösen*, um das Aufgewühlt- und Aufgelöstsein des Trauerzustandes/-prozesses wieder in einen Zustand/Prozess ausgeglichener "normaler" Reguliertheit zu bringen. Und das ist sinnvoll und notwendig, denn die traumatischen und belastenden Zusammenhänge – z.B., Hyperstresssituationen -, die mit Trauerereignissen oft verbunden sind, führen zu Stressphysiologien (*Yehuda 2000*), die, wenn sie zeitextendiert zur Wirkung kommen, negative Effekte haben (*Sapolsky 1996*). Da es aber bei sehr schweren Verlusten oder massiven Traumatisierungen mit einem einmaligen, ja mehrmaligen Spenden von *Trost* nicht getan ist, wird durch Freunde, Verwandte oder professionelle Helfer „Trostarbeit“ erforderlich.

**Trostarbeit** ist eine Form *intersubjektiver Beziehungsarbeit*, eingebettet in die Dauer eines verlässlichen (familialen, amicalen, professionell-therapeutischen) Beziehungsprozesses. Sie soll einem von Verlusten, Leid, Trauma, Schicksalsschlägen betroffenen und erschütterten Menschen in seiner „Überwindungsarbeit“ unterstützen, seinen Bemühungen, mit Furchtbarem fertig zu werden, dadurch, dass ein *empathisch kompetenter* Beistand/Begleiter/Tröster immer wieder im Verlauf des Trauer-, Verarbeitungs-, Überwindungsprozesses Hilfe, Rat und Trost spendet und damit Annahme, Halt, Linderung, Sicherheit, Beruhigung, Klärung vermittelt und einen positiven Hoffnungshorizont eröffnet: damit der Betroffene/die Betroffene aus der Erschütterung und Beunruhigung zur Ruhe kommen, sich selbst wieder beruhigen kann und aus der Aufgewühltheit in Schmerz, Verzweiflung und Leid wieder zu einer Ausgeglichenheit findet, sich selbst wieder **Trost** zu geben vermag, Gedanken und Gefühle ordnet und neue Hoffnung und Zuversicht zu entwickelt. Durch die **Tröstungen** und die **Trostarbeit** eines empathischen, ermutigenden, Hoffnung gebenden Helfers/Trösters kann sich ein verletzter und beschädigter Mensch wieder sich selbst zuwenden und annehmen, er kann sich den Anderen, der Welt, dem Leben gegenüber wieder öffnen durch das Beispiel, die Unterstützung, die Wertschätzung des Tröstenden der mit ihm zusammen die Arbeit der Tröstung, des Gewinns von Trost, der Konsolidierung und Neuorientierung unternimmt.

Spezifisch zielt **Trostarbeit** im Verein mit anderen Maßnahmen der Hilfeleistung und Unterstützung darauf ab

- auf der *physiologischen* Ebene Erregungszustände (*hyperarousal, kindling*) zu beruhigen (*quenching, down regulation*), eine Hypersensitivierung des HPA-Systems, dysfunktionale Genregulationen und die damit verbundenen neurohumoralen Fehlsteuerungen (s.u.) und ihre Folgen – z. B. für die unbewusste und bewusste Informationsverarbeitung, die Gedächtnissysteme, das Emotions- und Willenssystem - zu vermeiden;
- auf der *psychologischen* Ebene Überforderungsgefühlen/Stress-Emotionen (Panik, Furcht, Aggression, Gewaltimpulse, Hass, Verzweiflung, Verbitterung, Ohnmacht etc.) sowie negativen *Kognitionen* (Selbstzweifel, Selbstentwertung, negative Selbstattributionen, Hilflosigkeit, Abwertung Anderer, Fehlbewertungen sozialer Situationen etc.) und der Schwächung von *Volitionen* (Entscheidungsfähigkeit, Willenskraft) und ihrer chronifizierenden Fixierung gegenzusteuern, damit die Breite des emotionalen Spektrums und der volitionalen und kognitiven Flexibilität des Betroffenen erhalten werden kann;
- auf der *sozialen* Ebene die Ausbildung dysfunktionalen Sozialverhaltens (generalisierende Negativierung anderer Menschen, Kontakt- und Beziehungsunfähigkeit, Rückzug aus der sozialen Partizipation, Selbstisolation, Misstrauen, soziale Aggressivität und Gewaltbereitschaft, Devianz und Anomie) etc. zu verhindern.

Trost und Beruhigung in ihrer leiblichen Verankertheit (in Form von Berührungen, Zuspruch, beruhigenden Lauten) führen zu einer "down-regulation" des physiologischen "Hyperarousal", was auf der psychologischen Ebene mit einem Abflachen der Stressaffekte zu ruhigeren emotionalen Lagen verbunden ist. Trost geht aber über diese Funktionen hinaus. In beruhigend-tröstendem *Zuspruch* wird oft vom anderen, der als "Beistand" tätig wird, "Unfassliches" *erklärt* und fassbar gemacht, Irrsinn, Abersinn in Sinnzusammenhänge gestellt. Es werden also auch sinnstiftende Möglichkeiten der kognitiven Einordnungen aufgezeigt.

Unter einer solchen Perspektive erscheint Trost eine höchst wichtige Funktion zu haben, und es ist deshalb sehr verwunderlich, wie gering die Bedeutung von Trost in der klinisch-therapeutischen Fachliteratur praktisch aller Psychotherapieschulen ist – er ist praktisch nicht vorhanden. Das sagt natürlich etwas über die neuzeitliche Psychotherapie aus, denn in der antiken "Seelenführung" war – anders als in der tiefenpsychologischen und "humanistischen" Psychotherapie heute mit ihrer exklusiven Orientierung auf Trauer und Trauerarbeit oder in der Verhaltenstherapie mit ihrem weitgehend fehlenden Sensorium für solche Regungen - stand *Trost* im Zentrum des therapeutisch-begleitenden Handelns (*de Botton* 2000). Trost ist, wie Zuwendung und Beziehungsfähigkeit, eine fundamentale menschliche Qualität und als solche ein therapeutischer Wirkfaktor.

Auch den nach Belastungssituationen, weil ja oft wirkliche, existenzielle Sorgen da sind (*Petzold* 1985a, 520 f), häufig aufkommenden „kreisenden Gedanken“, den Ruminationen (*Wyer* 1996), gilt es keinen Raum zu geben (ad Marc. 19, 360), denn sonst kann es zu einer

Vereinseitigung der Lebenssicht und „erlernter Hilflosigkeit“ (Seligman 1979) kommen: „Besseres wird vergessen, nur das nimmt man vom Schicksal wahr, was schlechter ist“ ... „Bei ruhiger See braucht es keiner Steuermannskunst ... also lasse dich nicht unterkriegen, sondern stelle dich unerschütterlich zum Kampf“, so rät *Seneca* der *Marcia* (ibid. c. 5, 324) und er lässt sie bei diesem Kampf - das ist zentral - nicht allein. Er gibt *empathisch* Rat und Hilfen für den Umgang mit der Situation, mit dem Alltagsleben, dem sozialen Netzwerk in sehr konkreter Weise, zeigt sich dabei auch selbst, erzählt aus seinem Leben, seiner Erfahrung, praktiziert keine zurückgenommene „Abstinenz“, allerdings eine *integere Klarheit*. Eine solche therapeutische/menschliche Haltung kennzeichnet *Marc Aurel*:

„Gewöhne dich, auf die Rede eines anderen genau zu achten und versetze dich so intensiv wie möglich in die Seele des Sprechenden“ (*Marc Aurel* VI, 53). Aber nicht genug damit:

„Suche Zugang zum Inneren eines jeden Menschen zu finden, aber gestatte auch jedem anderen, in deine Seele zu blicken“ empfahl *Marc Aurel* (VIII, 61).

Hier ist das Prinzip einer persönlichkeitskräftigenden Intersubjektivität aufgezeigt, die Partnerschaftlichkeit (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999) und persönliche Würde zum Prinzip der „therapeutischen Beziehung“ macht wie sie sich mit der Begegnungsphilosophie von *Emmanuel Levinas* oder mit *Gabriel Marcel* und seiner „neosokratischen“ Beratungspraxis oder mit der Mutualitätskonzeption des späten *Ferenczi* (Nagler 2003) vergleichen lässt. Meisterung des konkreten Lebens stiftet Sinn und dieser ist deshalb kein abgehobener, er hat seinen „Sitz im Leben“. Solche Traumatherapie hilft, entgrenzte Affekte wieder zu kontrollieren, den „locus of control“ (Flammer 1990) im Leben wieder zu gewinnen, eingeschliffenen „numbing“ Phänomenen entgegenzuwirken, verlorene Orientierung wieder auszurichten und zerstörte Sinngefüge zu restituieren. Solche Behandlungsstrategien haben wir aufgenommen und praktizieren sie in der Kombination mit modernen Ansätzen klinischer Traumatherapie (vgl. hierzu, Petzold 2001m). Sie sind als „Wege der Heilung und Förderung“ in der Arbeit mit Traumapatienten höchst indiziert und für ein integratives Vorgehen charakteristisch. Letztlich sind wahrscheinlich alle, von der Therapieforschung herausgearbeiteten (unspezifischen) Wirkfaktoren solche Qualitäten „guter Zwischenmenschlichkeit“ und „menschengerechter Umgangsformen“ (Märtens, Petzold 1998). Spezifisch werden sie indes durch ihren systematischen und reflektierten Gebrauch in der Psychotherapie, bei dem sie ihre menschlich-mitmenschliche Qualität allerdings nicht verlieren dürfen. Die Gefahr besteht. „Manualisierter“ Trost – ein grauenhafter Gedanke! Therapeuten als „Mitglieder auf Zeit“ im „sozialen Netzwerk“, im „Konvoy“ des Patienten (Hass, Petzold 1999) werden so zu „protektiven Faktoren“, „significant caring others“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Müller Petzold 2003) im Therapiegeschehen und sollten sich als solche verstehen. Das aber erfordert *Beziehungsbereitschaft* und *Engagement*, zuweilen *Parteilichkeit*. Für die Traumatherapie sind das Kernqualitäten, denn mit zurückgenommener „Abstinenz“ oder „wohlwollender Neutralität“ kommt man – besonders in der Arbeit mit Folteropfern, Flüchtlingen, Kriegstraumatisierten - nicht weiter (Petzold 1986b, 1999k, 2000c; 2001m, Petzold, Josić, Erhard 2003). Man braucht die klare Position einer anthropologischen „Intersubjektivitätstheorie“ als eine differenzierte „Theorie des menschlichen Miteinanders“ zu „Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit“ (idem 2003a). Wir haben sie u.a. im Anschluss an *Gabriel Marcells* „Die Menschenwürde und ihr existenzieller Grund“ (1967), *Emmanuel Levinas*’ „Die Spur des Anderen“ (1983) und *Paul Ricœur*s „Das Selbst als ein anderer“ (1996) erarbeitet und entwickeln sie beständig vertiefend weiter (Petzold 1980g, 1991b, 1996k, 2004 d, f, Hässig, Petzold 2004). Wir sehen den Menschen als

Bezogenen und sich vielfältig Beziehenden in den fortwährenden *POLYLOGEN*, den „Gesprächen nach vielen Seiten“ (*Bakhtin* 1981) in seinem sozialen Netzwerk, der Matrix seiner Identität, im „*Du, Ich, Wir seines Lebenskontextes und Kontinuums*“. Die tendenzielle Dyadologie in *Bubers* Dialogik wird hier überstiegen. In der Traumatherapie brauchen wir das Netz des „WIR“, die Priorität des „DU“ und die Bescheidenheit und den Respekt des „Ich“ (*Sennett* 2002).

Intersubjektive Beziehungstheorie und Beziehungspraxis ist gerade in der Verbindung mit klinisch-psychologischen und neurobiologischen Wissensständen für die Traumatherapie und für psychotherapeutische Arbeit insgesamt nach integrativem Verständnis unverzichtbar, denn Beziehungsqualitäten beeinflussen unsere Neurobiologie, unser Transmittergeschehen und unser Immunsystem nachhaltig (*Bauer* 2002; *Petzold* 2002j; *Schiepek* 2003). In solchen *beziehungsorientierten Therapien* haben Themen wie „Gerechtigkeit, Menschenwürde, Trost, Sinn“ eine zentrale Stellung (idem 2001m, 2003d, *Petzold, Orth* 2004). Sie gewinnen in der praktischen Umsetzung der konkreten therapeutischen Arbeit die Qualität „protektiver Faktoren“.

## **Integrative Traumatherapie als Arbeit mit „protektiven Faktoren“ und „Resilienzen“**

(*Petzold, Wolff* et al. 2000, 2002; *Petzold* 2004l)

*Vygotsky* hat in seinen frühen Arbeiten mit traumatisierten Kriegswaisen und „stray kids“ nach der russischen Revolution mit guten Gründen einen „supportive and developmental approach“ vertreten (*Miltenburg, Singer* 1997, 1999), der ressourcenorientiert auf die Bewältigungs- und Entwicklungspotentiale von Menschen baut, die miteinander in „Zonen der Nächsten Entwicklung“, die zugleich oft „Zonen optimaler Proximität“ (ZOP) sind „Probleme bewältigen“ (*Petzold, Sieper* 2004). Er hat damit wohl de facto „protektive Faktoren“ und „Resilienzfaktoren“ „lösungsorientiert“ eingesetzt, die Widerstandskräfte der Betroffenen *in nicht-exponierenden Behandlungsansätzen* genutzt und gestärkt und auf die Fähigkeiten von Menschen zu „komplexen Lernens“ (*Sieper, Petzold* 2003) gesetzt, und dieses Konzept übersteigt ein behavioristisch-reduktionistisches Verständnis von Lernprozessen. *Vygotsky* (1931, 1932) sieht Menschen – wie belastet auch immer - als kompetente, kreative und mutige Problemlöser (so *Hurrelmann*), die in wechselseitiger Unterstützung in „Zonen optimaler Proximität“ gemeinsam kreative Bewältigungsleistungen bringen können, eine zu *Freuds* anthropologischen und kulturtheoretischen Pessimismus kontrastierende Position, in deren Hintergrund die Weisheit von *Spinoza* steht (*Vygotsky* 1931/33). Der große russische Psychologe hat „damit Wege gewiesen, die wir heute in der „Integrativen Traumatherapie“ gezielt verwenden (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Müller, Petzold* 2003; *Petzold, Müller* 2004). Er hat seine Klienten befähigt und darauf vorbereitet, „wieder im Leben zurecht zu kommen“.

Ich erwähnte schon: wenn Menschen auf Schlimmes, auf Gefahren, auf Herausforderungen vorbereitet sind, über eine gewisse „*preparedness*“ verfügen, sind sie bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben besser dafür ausgerüstet, sie zu meistern (*mastery preparedness*), und bei traumatischen Ereignissen weniger gefährdet, ein PTSD auszubilden, als Menschen, die die Ereignisse unvorbereitet treffen (*Başoglu* 1997, 1998). Wissen und „*preparedness*“ können als „protektive Faktoren“ wirken - das wußten schon, wie gezeigt wurde, die antiken Traumatherapeuten. Durch „*preparedness*“ kann man seine Ressourcen planen, weiß um seine Risiko- und Schutzfaktoren, seine Vulnerabilität und seine Stärken. Protektive Faktoren wirken insgesamt so, dass die Gefahr gravierender Zusammenbrüche

gemindert wird und aus „Überwindungserfahrungen“ Copingkapazität, Belastungsvermögen, Krisenfestigkeit, Assertivität, Widerstandskraft – kurz, denn der Begriff umfasst all dieses – „Resilienz“ aufgebaut werden kann und gestärkt wird.

Mit "Resilienz" bezeichnet man die psychologische bzw. die psychophysiologische Widerstandsfähigkeit, die Menschen befähigt, psychologische und psychophysische Belastungen (stress, hyperstress, strain) unbeschädigt auszuhalten und zu meistern. Da Resilienz für unterschiedliche Belastungen differentiell ausgebildet wird, sprechen wir im Plural von Resilienzen.

"Widerstandskräfte/Resilienzen können aufgrund submaximaler, bewältigbarer Belastungssituationen, welche ggf. noch durch protektive Faktoren abgepuffert wurden, ausgebildet werden. Sie haben eine Art 'psychischer Immunität' gegenüber erneuten, ähnlich gearteten Belastungssituationen oder kritischen Lebensereignissen zur Folge und erhöhen damit die Bewältigungskompetenz und -performanz des Subjekts bei Risiken, bei 'stressful life events' und Hyperstress." (vgl. *Petzold et al. 1993a*).

Das Auffinden von allgemeinen Merkmalen oder auch Merkmalskombinationen, die *Resilienz* definieren sollen, ist sicher nützlich, wenn auch nicht ausreichend, um die Phänomene, die unter dem Begriff „Resilienz“ bei einem spezifischen Menschen gesehen werden müssen, zu erklären. Ich spreche bei diesen Phänomenen von "*Resilienzfaktoren*", wie sie in "*Resilienzprozessen*" differentiell - d.h. je nach Belastungssituation und persönlicher Lebenslage - zur Wirkung kommen. Damit werden die „Faktoren“ konsequent in ein prozessuales Geschehen gestellt, in dem sie gleichsam als „Dimensionen“ in den *hochkomplexen Interaktionen mit der Umwelt* zum Tragen kommen.

Man findet:

1. Eine hereditäre Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet,
2. die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen,
3. die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen,
4. die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz/Performanz unter akutem Stress und in Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten,
5. die Fähigkeit, sich an Belastungssituationen so anzupassen, dass die Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,
6. die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren" (aus *Petzold 1995a, 194*).

Die persönlichen Ausprägungen dieser und ggf. anderer „Resilienzfaktoren“ und die Wirkung von „Schutzfaktoren“ versuchen wir in einem spezifischen klinischen Interview zu erfassen, um damit diese Faktoren und Prozesse gezielter interventiv nutzen zu können. (Wir arbeiten derzeit daran, einem von uns erarbeiteten Fragebogen für verschiedene Zielgruppen zuzupassen: *PMFR – Petzold/Müller - Fragebogen zur Erfassung von Resilienz und protektiven Faktoren*, vgl. *Müller, Petzold 2003*).

Wie kommt es nun zur Ausbildung der Faktoren 2 – 6 solcher Widerstandskräfte?

„Schutzfaktoren“ (*protective factors*, *Rolf et al. 1990*) haben hier eine kardinale Bedeutung. Ich habe sie wie folgt definiert:

„*Protektive Faktoren/-prozesse* sind externe Einflüsse (z. B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen) und interne Einflüsse (z. B. kognitive und emotionale Kompetenzen, Wissensressourcen), die im -*Entwicklungsgeschehen* und *Lebensverlauf* ein optimales Funktionieren der Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke (d.h. auch der damit verbundenen kognitiven, emotionalen, volitionalen Muster/Schemata) gewährleisten. Sie puffern neurophysiologisch und immunologisch belastende/überlastende Außeneinflüsse (z.B. Hyperstress) ab bzw. unterstützen Bewältigungsleistungen (*coping*) und/oder das Finden/Gestalten neuer Lösungen (*creating*), so dass sich keine dysfunktionalen Bahnungen ausbilden, sondern

vielmehr Genregulationen und neuronale Netzwerkverbindungen ausgeprägt werden (d.h. auch damit entstehende kognitiv-emotional-volitionalen „Landkarten“ und Prozessmuster/Narrative), durch die eine besondere *Belastungsfähigkeit (robustness)* oder effektive *Bewältigungsmuster (coping ability)* bzw. eine besondere *Gestaltungskompetenz (creating potential)* gewonnen wird. Ein solches komplexes Ergebnis protektiver Einwirkungen kann aus neurobiologischer Sicht als 'Resilienz' bezeichnet werden, die dann als ein internaler 'protektiver Faktor' zur Verfügung steht und die Effekte schon vorhandener internaler und hinzukommender externaler Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt.“(2000h).

Den Prozessen, in denen externe und interne Schutzfaktoren und Resilienzen zusammenspielen, ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Wir sehen aufgrund unserer klinischen Beobachtungen und Forschungen einen „protective factor → resilience cycle“, zirkuläre bzw. spiralförmig progredierende Prozesse mit kleinen kontextbedingten Variationen bei *krisenhaften Belastungen*, aber auch – zusammen mit ihnen oder ohne solchen Konnex oder in Sequenzen mit wechselnden Schwerpunkten - bei den Herausforderungen (challenges) von *Entwicklungsaufgaben (Havighurst 1948, 1963)*. Auf beides kann mit Coping- oder Creating-Mustern bzw. in einer Kombination von beidem reagiert werden, wie in der folgenden Mustersequenz ersichtlich:

"Belastung/Überlastung → externe protektive Faktoren → erfolgreiches coping/buffering → Resilienz/internaler Schutzfaktor → Optimierung der Nutzung externaler Ressourcen und protektiver Prozesse → Resilienzen" → Entwicklungsaufgaben → externe protektive Faktoren → erfolgreiches creating → usw.

In dieser Sicht von *Resilienzen* auf der *neurobiologischen Ebene* werden sie als funktionales Äquivalent des Konzeptes "internaler protektiver Faktor" aufgefasst. Neurobiologische Vorgänge führen natürlich zu Einflüssen auf der *psychologischen* bzw. *mentalen Ebene* und wirken damit auch auf *Kompetenzen*, d.h. in kognitiven, emotionalen und volitiven Prozessen (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003) und auf die behaviorale *Performanz*, z. B. im sozial-kommunikativen Geschehen. Optimales Fungieren des *Gyrus Cinguli* in seiner Interaktion mit dem präfrontalen Cortex und dem limbischen System, zentral für die Selbst- und Identitätsprozesse des Menschen, wohlreguliertes Fungieren der *Amygdala*, wesentlich für die "emotionale Intelligenz" bzw. „sinnliche Reflexivität“ (Heuring, Petzold 2003), die ungestörte Arbeit der präfrontalen Zentren, das alles ermöglicht vielfältige protektive Prozesse im seelischen Geschehen: angemessene und positive *kognitive* Ereigniseinschätzung (*appraisal* / Frontalhirn), angemessene bzw. positive *emotionale* Ereignisbewertung (*valuation* / limbisches System) bzw. *physiologische* Ereignisklassifizierung (*marking* / Amygdalae), angemessene und nachhaltige *volitionale* Unterstützung (*volition* / cingulärer Gyrus).

Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Souveränität, erlebte und integrierte Selbstwirksamkeit, positive Kontrollüberzeugungen (Flammer 1990) können dann als "interne Schutzfaktoren" bzw. Resilienzqualitäten auf der *psychologischen Ebene* verstanden werden.

*Externale protektive Faktoren* und *Ressourcen* sind als Begrifflichkeiten nicht scharf abzugrenzen, weil sie weitgehend unabhängig voneinander in unterschiedlichen wissenschaftlichen Bereichen - Entwicklungspsychologie und sozialpsychologische und psychotherapeutische Ressourcentheorie - entwickelt wurden (vgl. Petzold 1997p), so dass vielfach Begriffe bzw. Konzepte funktional äquivalent sind, sich aber auch immer wieder Unterschiede finden. Es empfiehlt sich deshalb, die Diskurse nicht zu vermengen, sondern jeweils auf das entwicklungspsychologische oder ressourcentheoretische Herkommen zu verweisen und die Funktionalität des Begriffes jeweils spezifisch zu fassen.

In jedem Fall müssen *externale* protektive Faktoren und Ressourcen immer auf zwei Ebenen betrachtet werden:

1. auf der Ebene "objektiver Verfügbarkeit" (die hoch sein kann) und
  2. auf der Ebene der "subjektiven Wahrnehmung und Bewertung" (die gering sein kann).
- Perceived resources* müssen - das heben wir aus integrativer Perspektive hervor - kognitiv eingeschätzt (*appraisal*) und emotional bewertet (*valuation*) werden. Hier findet sich eine ähnliche Situation wie bei der „Ereignisbewertung“ von „traumatic events“. Deshalb wird es zuweilen notwendig, an den Bewertungsparametern eines Klienten zu arbeiten, um Schutzfaktoren überhaupt als solche zum Tragen kommen zu lassen oder wahrgenommenen Hyperstress, der anhält, obwohl die bedrohlichen Stressoren schon längst keine aktuelle Wirkung mehr haben, herunter zu regulieren.

Die *hyperstressmoderierende* Funktion und Wirkung von protektiven Faktoren und Resilienzen muss auf jeden Fall in der Traumatherapie in den Blick genommen und konkret interventiv genutzt werden.

Hyperstress kann nicht nur Gene, die neuronales Wachstum fördern, behindern (vgl. die Arbeiten von *Sapolski* 1996; *Bauer* 2002; *Schiepek* 2003; *Rüegg* 2003), er kann auch zu Sensibilisierungen (*kindling*) des limbischen Systems führen und zu einer erhöhten Alarmbereitschaft der Amygdala beitragen (z.B. bei einer posttraumatischen Belastungsstörung, PTSD; *Petzold, Wolf et al.* 2000, 2002). Schmerzerfahrungen (Operationen, Gewalterfahrungen) können die Genregulation des Schmerzgedächtnisses fehlkonditionieren, so dass eine übersteuerte Schmerzreagibilität – so häufig bei PTSD-Patienten zu finden - die Folge ist. Die neurobiologische Entwicklungsforschung hat für die Ausbildung von Schmerzerkrankungen, Depressionen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen eine Fülle von Forschungsergebnissen für diese Zusammenhänge erbracht (*Bauer* 2002).

## **Stresstheoretische und traumaphysiologische Rahmenkonzeption**

Eine Behandlung von akuten und chronifizierten Traumafolgen ist – das dürfte bis hierher als unsere Position deutlich geworden sein - immer eine Therapie und Begleitung eines prinzipiell kompetenten und kreativen „Menschen in seiner Ganzheit in Kontext und Kontinuum“. Sie kann mit einem *Vygotskyschen* Hintergrund deshalb nicht nur Traumasymptome fokussieren, sie muss die Lebenslage, die Netzwerksituation (*Petzold et al.* 2003), die psychische und somatische Verfassung, die *Sinndimension* – es wurde auf sie kurz eingegangen -, die Ressourcen und die kreativen Potentiale der Betroffenen berücksichtigen (idem 1997p, 2001m). Es wird deshalb im Sinne des biopsychozialen Ansatzes der „Integrativen Therapie“ (*Petzold* 1974j, 302, Diagramm III, 2001a) mit dem Menschen als „leibhaftig“ sozialisiertem Wesen gearbeitet, mit seinem „soziokulturell“ geprägten, geformten, zugerichteten Leib, der immer – neben und mit seiner biologisch-organismischen Realität - „social body“ ist (*Petzold* 1988n) und dessen *intramentale* Situation von der *intermentalen* bestimmt ist.

Die *Integrative Traumatherapie* hält aufgrund ihrer Betonung der *Leiblichkeit* und der *Sozialität* unter der Perspektive von „Problemen, Ressourcen, Potentialen“ (PRP, vgl. idem 1997p) die Berücksichtigung dieser bio-psycho-sozialen Dimensionen oder Ebenen in der Therapie bei psychophysiologischen Dysregulationen für unverzichtbar: das gilt spezifisch bei PTSD, aber auch mit Blick auf die sozioökologischen und immunologischen Aspekte von psychischen und somatoformen Störungen ganz allgemein - man denke an die Psychophysiologie der Depression (*Nemeroff* 1996; 1999; *Heim, Nemeroff* 1999). Konkrete

Interventionen müssen auf diesen drei Dimensionen/Ebenen geplant und umgesetzt werden.

PTSD als ein „multisystem disorder“ (Southwick et al. 1997, 136), bedarf multipler Behandlungsstrategien unter Berücksichtigung der „prekären Lebenslage“ (Petzold 2000h). All diese Perspektiven müssen in das Konzept von Trauma und Traumatisierung eingehen, dass man seiner Behandlungskonzeption zugrunde legt, denn die unverzichtbaren – indes auf Gender- und Ethniespezifität kritisch reflektierten – ICD-10 und DSM-IV-Kriterien allein reichen nicht aus.

„Wir fassen unter den Begriff Trauma bzw. Traumatisierung eine extreme Stimulierungssituation (zuweilen außergewöhnlich kurz, zuweilen sequentiell verlängert), die für den Organismus bzw. das ‚personale System‘, die Persönlichkeit, derart existenzbedrohende, ohnmächtig machende, überwältigende und überlastende Wirkung hat (Hyperstress), dass sie zu bleibenden Strukturschäden führen kann (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, ‚experiencing or witnessing atrocities‘, akute Deprivation, ‚long term shelter‘, extreme Isolationshaft etc.

Traumatisierungen sind niemals ‚nur psychisch‘, subjektives Erleben, sondern immer auch intensive körperliche Prozesse mit Folgen innerhalb des gesamten Leibes (verstanden als Synthesebegriff für Körper, Seele, Geist): z.B. psychosomatische Reaktionen, Störungen der Atem- und Tonusregulation, Dysregulationen des neurohumoralen und immunologischen Systems, mit den damit einhergehenden Gefühlen/Stimmungen, Gedanken, Willensimpulsen).

Belastungen, Probleme, Störungen können deshalb immer nur auf der Ebene des ‚Leibes im Kontext‘ insgesamt angegangen werden: durch Reduktion der Belastungen, Beseitigung von Risikofaktoren, Bestärkung von Resilienzen sowie Bereitstellung von protektiven Faktoren und Ressourcen. Dabei ist der Leib nie nur ‚my body‘ sondern immer auch ‚social body‘. Denn er ist kulturell geprägt aufgrund von ‚représentations sociales‘, als ‚Männer- und Frauenleib‘, er ist in Fremd- und Selbstbewertung sozial qualifiziert, eingestuft, ggf. stigmatisiert. Die Traumatisierung ist sozial bewertete Psychophysiologie, d. h. sie ist auf persönlich-individueller und auf kollektiver Ebene bewertet“

Traumata – *man made desaster* zumal - sind oft genug an destruktive zwischenmenschliche Konstellationen gebunden: Kriege, Pogrome, Folter, Misshandlungen, Mobbing, Quälereien. Für biologische und pathophysiologische Aspekte des Traumageschehens sei auf die einschlägige Literatur verwiesen (van der Kolk 1994; Yehuda, McFarlane 1997; Yehuda 2001; Hüther 2001; Petzold, Wolf et al. 2000, 463ff). In *Integrativen Modellen der „Stresserfahrung“* (Weiner 1992) werden psychologische und sozialpsychologische Konzeptionen (Lazarus, Folkmann 1984), z.B. der kognitiven Stressbewertung (Schwarzer 1993) und der emotionalen (Frijda 1986; Martin, Tesser 1996; Oatley, Jahanson-Laird 1996; Petzold 1995g), mit physiologischen Perspektiven verbunden (Hüther 1996; LeDoux 1996; Morris et al. 1998; 1999; Shalev 2000; Ursin, Olf 1992; Yehuda 2001). Diese verschiedenen Sichtweisen müssen für interventive bzw. therapeutische Maßnahmen berücksichtigt und in ihnen umgesetzt werden.

Die Psychoendokrinologie des Stressgeschehens hat die Zusammenhänge des cerebrohumoralen Geschehens hinreichend aufgeklärt (McEwen 1996), so dass man sie für integrative therapeutische Maßnahmen nutzen kann, die ein Spektrum von der verbalen Beratung, Stütze, Klärungsarbeit, sinnorientierter Gespräche und Erzählarbeit, kreativtherapeutische Aktivitäten (Petzold 1999q, 2001b) bis zu entspannungs- und sporttherapeutischer Arbeit interventiv einbeziehen können (vgl. van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Bloem, Moget, Petzold 2004a, b; Schay, Petzold et al. 2004). Dem Funktionieren der „Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse“ kommt hier eine zentrale Position zu. Schematisiert läuft folgender Prozeß ab:

Ein STRESSEREIGNIS/Stressor → geht über das Sensorium → zum Thalamus, wird an die → Amygdalae weitergeleitet und dort als bedrohlich eingestuft und markiert → geht einerseits ans Striatum/zentrales Höhlengrau und andererseits an den Hypothalamus weiter, der das Hormon Kortikoliberin CRH freisetzt, um → in der Hypophyse die Ausschüttung des Hormons Kortikotropin ACTH anzuregen und dann → in Nebennierenrinde/Nebennierenmark die Cortisolproduktion anzuwerfen, die auf → die Effektorsysteme (z. B. kardiovaskuläres und Muskelsystem) wirkt.

Im „sympathikoadrenalen System“ wird parallel die Stressbotschaft weitergeleitet:

vom Hypothalamus an das → Rückenmark → und von dort (mit einer Seitenlinie an die Nebennierenrinde) an die Effektorsysteme

(Vgl. *Birbaumer, Schmidt 1999, Kandel et al. 1996; Schandry 2003; Schedlowski 1994*).

Im Stressgeschehen läuft ein im Verlaufe der Evolution bei den höheren Säugern entwickeltes hochfunktionales und -effektives System der Lebens-/Überlebenssicherung ab – sowohl in der prädatorischen *Aggression* und der Konkurrenzaggression (*Bloem, Petzold, Moget 2004b; Shalev 2000*), als auch in der Defensiv- bzw. Irritationsaggression (*Morris et al. 1999; Petzold 2003c*, aber auch im *Fluchtverhalten*. Wir sind also für Stress, ja Hyperstress durchaus von unserer Biologie her ausgelegt. Dem zu den Glucocorticoiden zählenden Hormon Cortisol kommt in diesen ganzen Prozessen eine besondere Bedeutung zu. Es beeinflusst den Glukosestoffwechsel – beschafft sozusagen die „Energie“ für Kampf und/oder Flucht (Mobilisierung von Glukose in den Vorräten der Leber, Förderung der Lipolyse, des Abbaus von Fett, Verstärkung der blutdrucksteigernden Funktion des Noradrenalins usw.). Cortisol wirkt zweiwertig, katabol, abbauend, und mobilisierend. Die Aktivierung des Körpers wird durch seinen Beitrag „hochgefahren“, es trägt dann aber auch zur „down regulation“ bei, vorausgesetzt, die Stresssituation macht einen Abschwung möglich. Ist das nicht der Fall und chronifiziert die Belastungssituation (*zeitextendierter Stress, Petzold 2003a*) kommt es zu Fehlsteuerungen und schließlich zu Fehlbahnungen von physiologischen Prozessen. Die *Genregulationen* werden dysfunktional verändert. Mit Cortisol besetzte Proteinmoleküle bewegen sich aus dem Plasma zum Zellkern und verändern bestimmte regulatorische DNS-Sequenzen und ihre Aktivität z. B. in der Produktion von erforderlichen Botenstoffen. Das genregulatorische System ist im hohen Maße plastisch und muss es sein, um in Stresssituationen physischer und psychischer Art in die Steuerung des Organismus und seiner Funktionen eingreifen zu können.

Stresssituationen sind in eminenten Weise auch Lernsituationen, wenn nicht Hyperstress, extreme Furcht – wie sie in Traumasituationen überflutend auftauchen kann - Lernen auf der kortikalen Ebene blockiert und auf der Ebene des limbischen Systems generalisierend festschreibt (*Cahil et al. 1995*): zum Wiedererkennen und Handhaben von Gefahrensituationen evolutionsbiologisch funktional, im zivilisatorischen Kontext in der Regel dysfunktional.. Erfolgreiche Stressbewältigung trägt zur *Assertivität*, Selbstwirksamkeit, zu Selbstbehauptung und Durchsetzungsvermögen bei (*Flammer 1990, Schwarzer 1987, 1992*), damit auch zu positivem Selbstwertgefühl und Identitätserleben, vor allem aber zur Ausbildung von *Resilienz* bei (siehe oben u. *Müller, Petzold 2003, 2004*). Misserfolge können zu Niedergeschlagenheit, Depressionsgefühlen und „erlernter Hilflosigkeit“ sensu *Seligman (1979)* führen mit erheblichen Negativauswirkungen (u. a. Schwächung des Immunsystems, Schädigung des Hippocampus und damit unserer erfahrungsgegründeten Gedächtniskompetenz sowie unserer Lernfähigkeit). Durch biographische Negativerfahrungen (Traumata, Konflikte) können spezifische und auch generalisierte *Stresssensitivitäten* erworben werden, die sich zu vielleicht schon vorliegenden genetischen Sensitivitäten/Vulnerabilitäten (*Meany et al. 1993*) hinzuaddieren. Derartige Sensitivitäten führen auch zu einer erhöhten Suchtgefährdung, wo zentralberuhigende Drogen oder Alkohol zur „Downregulation“ verwandt werden (*Finn et al. 1990*).

Cortisolfehlsteuerung – chronisch im Blutspiegel erhöht oder erniedrigt - oder Veränderungen in der Zahl von Glucocorticoidrezeptoren (*Yehuda 1997, 2001*) durch biographische Belastungen sind an auslösende Erfahrungen gekoppelt. Positive, im Hippocampus abgespeicherte Bewältigungs-/Kontrollerfahrungen können durch Wirkung auf den Hypothalamus Stressereignisse abpuffern und

die CRH-Produktion herabregulieren und damit auch die Cortisolkonzentration im Blut senken. Sensitiviertere Menschen aber sind durch die gestörte Cortisolregulation und eine hohe cerebrale CHR-Konzentration „stressanfällig“, and that's „bad for your brain“ (Sapolsky 1996; Bremner 1999). Die Arbeiten von Sapolsky und Mitarbeitern haben unser Wissen in ganz bedeutendem Maße erweitert und geben auch Hinweise (Sapolsky et al. 2000), wie stresspuffernde Maßnahmen aussehen können. Auf jeden Fall ist chronifizierendem Stress und seinen potentiell schädigenden Wirkungen auf den Hippocampus (McEwen, Magarinos 1997; Sapolsky 1996a) entgegen zu wirken. Bei chronifizierten PTSD-Patienten wurde Verlust von Hippocampusgewicht durch Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren nachgewiesen (vgl. besonders die Arbeiten von Bremner [et al. 1995, 1997] und seiner Arbeitsgruppe, die auch die Langzeitnachwirkungen von traumatischem Stress nachgewiesen haben, z. B. Bremner et al. 1997, 1999). Außerdem wird die Amygdala fehlkonditioniert und hypersensibilisiert, d. h. es erfolgt ein „kindling“ (Corcoran, Moshe 1997; Post et al. 1995, 1997) und sie tendiert zu Hyperarousal-Reaktionen aufgrund von Fehlbewertungen von situativen Reizen (Canli et al. 2000). Für die Indikation der Bearbeitung von Traumaereignissen im therapeutischen Gespräch bedeutet das: sie müssen in einem Klima durchgesprochen werden, das keine unkontrollierbaren arousals evoziert, sondern in einer warmherzigen, beruhigten, besonnen – also keineswegs emotionslosen, (wohlwollend)neutralen oder gefühlsarmen - Atmosphäre ablaufen, wie sie uns beispielhaft bei Seneca in seiner „philosophischen Therapeutik“ entgegentritt. Für leibtherapeutische Maßnahmen, wie Lauftherapie, therapeutisches Budo und andere sporttherapeutischen Angebote und vor allem für die Qualität ihrer Durchführung gilt: submaximale Belastung (Bloem, Moget, Petzold 2004; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Schay, Petzold et al. 2004). Das hat erhebliche Bedeutung. Im traumatischen Stress bzw. in Hyperstress sind es vor allem die Bedrohung körperlicher Unversehrtheit, Verletzungs- und Todesgefahr und die damit verbundenen Erfahrungen von Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Ohnmacht, die überschießende Physiologien auslösen (Petzold, Wolf et al. 2000; Shalev 2000; van der Kolk et al. 2000). Solche Situationen, die bei Expositionssitzungen häufig aufkommen oder bei leistungsbetonter Sporttherapie auftreten, müssen also unbedingt vermieden werden. Im Gegenteil, Erfahrungen von Situationskontrolle müssen in angemessener „Dosierung“ bereitgestellt werden. Das sanfte, geruhsame Klima im Schutz des traumatherapeutischen Settings (das oft den mächtigen, beunruhigenden Einfluss der Krankenhausituation appuffern muss) bietet in der Regel eine solche Situation, in der statt der Übererregtheit des „Kindlings“ eine Beruhigung, Dämpfung, Kontrolle, Meisterung – ein *quenching* (Weiss et al. 1995, 1997) - zur Wirkung kommt, das der existierenden Perfomanz keine Spielraum gibt sondern sie unterdrückt – es sei an das obige Seneca-Zitat (*oppressa sunt*) erinnert. Diesen Effekt haben wir uns in der Integrativen Traumatherapie zu Nutze gemacht (Petzold 2000g) durch Verwendung spezifischer leiborientierter Entspannungsverfahren (IDR, *ibid.*) u. a. auch durch Grounding- und Zentrierungsübungen aus dem Budo. In moderatem, therapeutischen Laufen oder Walken (Schay, Petzold et al. 2004) können „Erfahrungen des Gelingens“, der „Situationskontrolle“ gemacht und verankert werden. Sie werden „ins Gedächtnis eingeschrieben“ (vgl. die Arbeiten in Williams, Banyard 1999) eben auch ins „implizite“ Leibgedächtnis von Amygdala und Hippocampus. Diese so wichtigen Zentren erhalten so einen „Vorrat“ von Erfahrungen, die die Bedeutung vorgängiger Erfahrungen abmildern und neue Situationen „im Abgleich“ mit biographischen Erfahrungen einerseits nicht so aussichtslos und unbewältigbar erscheinen lassen, und andererseits damit auch das Triggern einer Stressphysiologie verhindern, die sich ansonsten von Mal zu Mal tiefer bahnt (van der Kolk 1994). Durch das Erleben, Einüben und Umwerten von Situationen, wie sie das gemeinsame Tun in Gesprächs- und Erzählgruppen, aber auch in bewegungs- und sportherapeutischen Gruppen bietet, können so Neukonditionierungen der Amygdala möglich werden, indem Situationsbewertungen als „nicht mehr gefährlich/kontrollierbar“ eingestuft werden (Canli et al. 2000) und über Wirkungen von GABA (Gamma-Aminobuttersäure) Hyperarousalreaktionen eingedämmt werden (vgl. den tierphysiologischen Befund von Wilensky et al. 2000). Das kann aber nur gelingen, wenn ein sehr hohes Maß von Sicherheit durch den/die Leiter und die Gruppe vorhanden ist und dann durch ein narratives und spielerisches Klima, durch „korrigierende alternative Erfahrungen“ (Petzold 2003a, 695f) andere Konnotationen gegeben sind. Die „bimodale“ Verbindung von narrativer Therapie (McLeod 1997; Pennebaker 1993; Petzold 2003g)

sporttherapeutischen Angeboten und Netzwerkinterventionen bietet hier hervorragende Möglichkeiten (Petzold, Josić, Petzold 2003). Das hypersensibilisierte „Amygdala-Screening“ von Situationen kann sich ggf. so normalisieren. In ganz ähnlicher Weise muss der Hippocampus als *Situationsgedächtnis* Neues lernen. Akil et al. (1999) haben argumentiert, dass der Hippocampus eine „Komparator-Funktion“ wahrnimmt. Es werden aktuelle Situationen mit vorgängigen verglichen, indem der Hippocampus mit seinen Cortisolrezeptoren den Cortisolspiegel im Blut bzw. Gehirn anmisst und in der Bewertung des vorfindlichen Status ggf. dämpfend reagiert, indem er über die interneuronale „Information“ den Hypothalamus, dessen GABA-Produktion anregt, die die Ausschüttung von CRH bremst und damit den Cortisolspiegel im Blut herabsenkt. Eine solche „Umprogrammierung“ darf man sich nicht einfach vorstellen, denn Stressantworten von Menschen sind höchst individualisiert und die „Eingrabungen“ ins Stressgedächtnis sind tief und nachhaltig, sollen sie doch das Lebewesen vor erneuten Gefahrensituationen bewahren. Deshalb gilt es Wege „personalisierter Psychotherapie“, spezifisch für jeden Patienten zu entwickeln. Nur über den Weg eines je spezifischen kontinuierlichen und ausdauernden „Übens“ – in der Integrativen Therapie sprechen wir hier von der „übungsorientierten Modalität“ (Petzold 1988n/1996a, 45, 254; 2003a, 907ff) und preisen den Wert der „Übung“ (Hömann-Kost, Siegele 2004) können wirklich tiefgreifende Veränderungen bis auf das physiologische und neuroanatomische Niveau erreicht werden.

Eine solche Konzeption oder ähnliche wie die „Zwei-Wege-Theorie“ von LeDoux (1994, 1996) oder des „Zentralen Adaptationssyndroms“ von Hüther (1996, 1999) bieten für eine integrierende Betrachtungsweise eine gute Basis und für die Methode der „Integrativen und Differentiellen Regulation in der Traumabehandlung“ (IDR-T, Petzold 2000g), eine solide, offenbar risikoarme Handlungsheuristik. Dabei ist noch wichtig für die *stressphysiologische* und *stresspsychologische* Konzeption – beides muss in der Psychotherapie hinlänglich konsistent verbunden werden, und da sind noch viele offene Fragen - ob nämlich die *Wahrnehmung* einer Reizkonstellation, die als *bedrohlich* eingestuft wird, als „kontrollierbar“ oder „unkontrollierbar“ gewertet wird: einerseits durch den *präfrontalen Cortex*, *assoziative Cortexareale*, ich spreche hier von *kognitiver Einschätzung*, von „*appraisal*“, andererseits durch das *limbische System*, ich spreche hier von *emotionaler Bewertung*, von „*valuation*“, für die die Mandelkerne (Amygdalae), die eine Event-Markierung mit basalen affektiven Qualitäten und entsprechender physiologischer Reaktion eine besondere Rolle spielen (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Petzold 2003a, 432, 546, s. u) nämlich in der weiteren Verarbeitung der Stressinformation und weiterer Stimulierung der HPA-Achse<sup>2</sup>. 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, die zur Bewältigung der betreffenden Herausforderung aktiviert und benutzt werden können. Greifen diese erworbenen Strategien nicht mehr, wird die Situation „unkontrollierbar“, kommt es zu einer langanhaltenden, schweren neuroendokrinen Stressreaktion, die mit Übererregbarkeit (*hyperarousal*) und/oder Hilflosigkeit, Resignation, Vermeidung (*avoidance*), Abstumpfung, Apathie (*numbing*) einhergeht (Traue, Schwarz-Langer, Gurriss 1997; Hüther 2001). Die Dysregulation des endogenen Opiathaushalts (van der Kolk 1989) kann überdies sozialen Rückzug begünstigen (Panksepp et al. 1989), die des Cortisolsystems vielfältiges, als pathologisch oder problematisch attribuiertes Sozialverhalten (Hüther 2001, 85).

---

<sup>2</sup> Hypothalamus (CRH, ACTH, Vasopressin), Hypophyse (ACTH, GH, TSH,  $\beta$ -Endorphin), Nebenniere (Cortisol, Noradrenalin, Adrenalin).

Die entgleiste „stress physiology“ destabilisiert durch ihre neurotoxischen Effekte, u.a. durch dysregulierte Cortisolausschüttung (Hyperstress < Cortisolübersteuerung; chronifizierter Traumatischer Stress > Cortisoluntersteuerung) die im Gehirn bereits etablierten neuronalen Verschaltungen 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). Das kann durchaus neues Lernen von Mustern ermöglichen, die die unkontrollierte Stresssituation wieder kontrollierbar machen, die Aktivierung der HPA-Achse unterbinden bzw. eindämmen, wie das in guten zwischenmenschlichen Beziehungen der „liebvollen Zugewandtheit“ (Freundschaft, aber auch empathisch stimmige und tragfähige therapeutische Beziehung) geschieht (Petzold, Mathias-Wiedemann 2019a). In solchen Beziehungen wird das oxytocinerge System mit seinen heilenden Wirkungen aktiviert und es wird Vasopressin ausgeschüttet, das die Erregbarkeit der Amygdala dämpft. Die gefundenen wohlwollenden emotionalen und behavioralen „Lösungen“ mikrogruppaler Kontexte werden hier wichtig, selbst wenn sie für die „normativen“ sozialen Bewertungen anderer Gruppen, Gemeinschaften, der Gesellschaft als „seltsam, nonkonform, exzentrisch-überspannt, verrückt“ usw. erscheinen können. Was aber zählt, sind die subjektiven organismischen Bewertungen im Bezug auf eine erfolgreiche Kontrollierbarkeit und die sozialen Bestätigungen in Nahraumkontexten, die die Oxytocin-/Vasopressinwirkungen ermöglichen und die subjektiven Bewertungen unterstützen bzw. bestätigen. Dabei spielen die phylogenetisch (und auch ontogenetisch) „alten“ Regionen des limbischen System (cingulärer Cortex, Hippokampus, Hypothalamus, Amygdala) die entscheidende Rolle, verbunden mit Strukturen im Hirnstamm, im Striatum, paralimbischen und neokortikalen Arealen. Die hochkomplexe Verschaltung auf der *neurophysiologischen Ebene* entspricht der Komplexität der bewussten und unbewussten/vorbewussten affektiven/emotionalen, motivationalen, volitiven und kognitiven Prozessen auf der *psychologischen Ebene*, die es aufgrund äußerer Einflüsse und innerer Resonanzen auf diese inneren Zustände und ihre Wirkung ins Außenfeld zu regulieren gilt. Die Aktivierung und Abstimmung „lokaler“ und „weitreichender“ Prozesse in den Netzwerken des ZNS mit ihren Projektionen von unterschiedlicher Reichweite, den von ihnen eingesetzten Botenstoffen (Catecholamine, Serotonin, Azetylcholin, Peptide, Histidin) wird erst allmählich verstanden (vgl. Spont 1992, Jacobs, Azmitia 1992; Mesulam 1990; für das noradrenerge System Cole, Robins 1992). Ihre Funktion ist u.a. „Lernen“ auf einem physiologischen und psychologischen Niveau (Spitzer 2002) und „Regulation“ zur Sicherung des Lebens/Überlebens. Beides ist miteinander verbunden, evolutionär „alt“ und erfordert die Regulation von Stabilität/Stabilisierung und Flexibilität/Flexibilisierung. Das Gehirn und damit der Mensch haben eine *experience-dependent plasticity*, d.h. Lernfähigkeit (Sieper, Petzold 2002), die auf der individuellen wie auf der kollektiven Seite unser Überleben sicherte. Die damit verbundenen emotionalen Systeme von Angst/Stress (Hüther 1997), Aggression/Stress (Maes, Coccaro 1998) und ihre Interaktion gilt es für die Bewältigung von Hyperstresssituationen (Kampfstress, Fluchtstress, Täterstress, Opferstress) zu verstehen, um zu einer optimalen therapeutischen Beeinflussung ihrer funktionalen und dysfunktionalen Lernergebnisse in einer Kombination von medikamentösen (z.B. Verabreichung von Betablockern zur „down regulation“), psychotherapeutischen (z.B. „talk down“ bzw. supportiven Gesprächen) und sozialtherapeutischen Strategien (z. B. durch Lebenshilfe oder Netzwerktherapie) zu kommen. Und natürlich wird es darum gehen, die Versuche einer therapeutischen Beeinflussung in ihren Wirkungen/Nebenwirkungen und deren Nachhaltigkeit zu evaluieren. Hier sind wir erst auf dem Wege, halbwegs gesichertes Wissen zu gewinnen, besonders was belastende Wirkungen in einem *longitudinal* betrachteten *psychobiologischen Entwicklungs-*

prozess bedeuten, in einer Sicht der „lifespan developmental psychobiology“.

Ein immenses Problem, das hier entsteht – z. B. für die PTSD-Diagnostik und Traumatherapie – ist die hohe individuelle Variabilität, was die Differenzen in der genetisch bedingten Vulnerabilität, spezifischen Polymorphismen, dem sehr wesentlichen Ausmaß der biographischen „Belastungsgeschichte“ bzw. der Vorschädigungen und Sensitivierungen, der unterschiedlichen Kontextbedingungen und sozialen Bewertungsparameter (z. B. ethnischer und genderspezifischer) anbelangt, die für die Traumabewältigung bzw. die Entwicklungen eines PTSD maßgeblich sind, nicht zu reden von den Wirkungen und Aus- und Nachwirkungen der verschiedenen Traumabelastungen (Unfall, Folter, Vergewaltigung etc.) und der Wirkung von Interventionen in unterschiedlichen Zeitfenstern. Das alles macht eine *sichere* Einschätzung über die Indikation, darüber wie z. B. exponierende bzw. eventkonfrontierende Behandlungsstrategien anschlagen, kaum möglich (ich möchte hier nochmals auf den Vergleich mit der Medikamentensicherheit und -zulassung verweisen).

Die Folgen von Hyperstress, besonders solcher, der als „unkontrollierbar“ eingestuft wurde, sind erhöhte Reagibilität (Orr et al. 1997) für traumarelevante oder traumaähnliche Reize. Durch die dauerhafte Noradrenalinübersteuerung steigen bei Auslösereizen – so auch bei Expositionen bzw. Event-Konfrontationen - Herzrate, Blutdruck und subjektives Stresserleben an (McFall et al. 1990). Ob die Habituation durch therapeutische Expositionen z. B. im Forschungskontext eines klinischen Labors an stereotyp dargebotene Traumaskripts (sie werden dem Patienten nach seiner Originalphrasierung vorgelesen) und eine damit einhergehende Senkung der Herzrate (Sack et al. 2003) auch eine Veränderung anderer physiologischer Reaktionen im neurohumoralen Bereich zur Folge hat (z. B. auf die Cortisolsteuerung, die Zahl der Glucocorticoidrezeptoren etc.) wissen wir nicht. Wir wissen auch nicht, ob sich eine solche Wirkung auf andere Triggersituationen generalisiert. Es ist eher nicht zu erwarten, denn physiologisches Lernen ist in der Regel höchst spezifisch. Ohne die empirische Überprüfung dieser Fragestellungen können Untersuchungsergebnisse „überdehnt“ werden. Sie können auch nicht, wie oft versucht, durch „klinische Beobachtungen“ und „Erfahrungen“ validiert werden, denn die Ebene der Neuromodulatoren ist dem „klinischen Blick“ auf offenes Verhalten nicht zugänglich (ansonsten riskiert man einen Ebenenfehler). Unser derzeitiges Wissen über Hyperstress, über die *Bahnung* von Hyperreagibilität (sensitization, kindling) auf der neuronalen und humoralen Ebene, Bahnungen in der Interaktion der verschiedenen Hirnzentren, der Regulation der verschiedenen Neuromodulatoren und Transmitteraktivitäten und der damit verbundenen Genregulation legt es nahe, extreme Belastungen, Überlastungen und die damit verbundenen Übersteuerungen zu vermeiden: um nicht schon vorhandene Vulnerabilität weiter zu belasten, vorgängige Sensibilisierungen zu (re)aktivieren oder gegenwärtige „stressful life events“ zu verstärken.

Auf eine solche Ausrichtung verweisen auch entwicklungspsychobiologische Forschungsbefunde, die zeigen, dass schwere Belastungen bzw. Traumatisierungen in der Kindheit (ich möchte hinzufügen: auch im Jugendalter wegen seiner aufgrund psychobiologischer und sozialer Umstrukturierungen erhöhten Vulnerabilität) zu einer Sensitivierung des HPA-Systems führen können (Heim et al. 1999; Hüther 1998). Aber Vorsicht! Keine voreiligen Pathologisierungen im Sinne der Folgerung „Frühe Schäden, späte Folgen!“ (Petzold 1993c). Die Untersuchungspopulationen sind zu klein und nicht breit genug *longitudinal* begleitet worden, d.h. wir wissen nicht, wie viele der Betroffenen unter welchen Umständen in welchen Kontinuitäten - einem „continuum of casualties“ in „labeled environments“ oder in einem „continuum of caretaking“ in „safe environments“ mit vielen protektiven, resilienzfördernden Faktoren (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Müller, Petzold

2003; Petzold, Müller 2004; Rolf et al. 1990) – welche Pathologien oder effektiven Lebenskompetenzen/-performanzen und Resilienzen ausgebildet haben. Die festgestellten Sensitivierungen dienen unter evolutionsbiologischer Perspektive höchst funktional der *Gefahrensicherung* und führen nicht zwingend zu Störungen mit Krankheitswert, ja eine erhöhte Furchtsensitivität darf nicht ohne weiteres als „pathologisch“ betrachtet werden. Eine derartige Schlussfolgerung geben die Arbeiten der Gruppen um *Nemeroff* und *Hüther* nicht her und sie sollte deshalb auch nicht gezogen werden. Die Betroffenen wurden einerseits besser für die Gefahrenidentifizierung und Gefahrenvermeidung ausgestattet (auch ihr spezifisches, bewältigungsunterstützendes, weil leicht zu triggerndes Erinnerungsvermögen für solche gefährlichen Situationen), andererseits sind sie auch für erneute Belastungen durch traumatischen Stress, Hyperstress in „unkontrollierbaren“ Situationen sensibel (ggf. auch Stress durch Debriefing und Expositionen, wobei man die Patientenbewertung von Krankenhausituationen nicht unterschätzen darf, denn für sie sind das oft genug keine kontrollierbaren „safe environments“; hier neigen Therapeuten häufig zu Attributionsfehlern).

Wir haben Problemen Typ-A-Probleme im Sinne kontrollierbarer/bewältigbarer „Entwicklungs-Aufgaben“ und „Herausforderungen“ (*challenge*), die lösbar und bewältigbar sind und bei erfolgreicher Bewältigung (*coping*) oder Neugestaltung (*creating*) von Challenge-Situationen funktionale Bahnungen stabilisieren, unterschieden von Typ-B-Problemen, im Sinne von unkontrollierbaren/katastrophenhaften Belastungen, die ohne Hilfe von außen und Ressourcenzufuhr nicht zu bewältigen sind und potentiell pathophysiologische und psychologisch dysfunktionale Folgen haben (zumindest von Außenbetrachtern oft in dieser Weise bewertet): die Destabilisierung von synaptischen Verbindungen und neuronalen Netzwerken, was die Veränderung von Wahrnehmungs- Handlungs-Routinen bis hin zur Gefährdung von persönlichen Sinnsystemen, die sich (scheinbar oder real) als lösungsuntauglich erwiesen, zur Folge haben kann (Petzold 2001k, 2003b, vgl. Hüther 2001, 82). Eine Diagnostik der Stressreaktionen, der damit verbundenen Glucorticoid-Spiegel, des noradrenergen Systems (Tsunda, Tanaka 1985) und anderer relevanter Parameter, auch auf der Verhaltensebene (Smith et al 1995; Wimersma, Rigter 1989), wird erforderlich, um ein adäquates Bild zu erhalten und die richtigen Maßnahmen zu treffen: etwa der flankierenden Absicherung solcher Sensitivierungen durch protektive Faktoren oder durch alternative Erfahrungen, in denen erlernt werden kann – bis auf die neurophysiologische Ebene -, dass bislang als „unkontrollierbar“ eingeschätzte Situationen doch „kontrollierbar“ sind oder auch durch Arbeit an „Umbewertungen“ auf der Ebene der *emotionalen Bewertung* (limbische „*valuation*“), der *kognitiven Einschätzung* (präfrontales „*appraisal*“), bis zur Ebene der physiologischen Neukonditionierung erforderlich sind (amygdaläres „*marking*“, Ereignisse werden von den Amygdalae anders „markiert“ als durch Hyperarousal, d. h. durch vermehrte noradrenerge Ausschüttung, womit sich auch andere Folgen im psychologischen Gesamtsystem ergeben, etwa zum HPA-System hin).

Vieles spricht dafür, dass *emotional-kognitiv-leiblich* ansetzendes Selbstsicherheitstraining (Assertiveness-Training), psychologische Lauftherapie, therapeutisches Budo, „Prebriefings“ im Sinne eines Vorbereitungstrainings auf gefährliche oder als gefährlich eingestufte Situationen, wie modernes, bei Polizei-, Feuerwehrkräften, Katastrophenhelfen eingesetztes „Gefahrkontrolltraining“, zu solchen Effekten genauso beitragen können (Bloem, Moget, Petzold 2004a, b; Phaf, Hamel, Raaijmakers 2001), wie die Stabilisierung und Neuorientierung persönlicher Sinnsysteme durch eine „philosophische Therapeutik“ – am besten wird beides verbunden (Petzold 2001m, Bloem et al. 2004a), denn beides hängt

zusammen.

Für die in Gruppen lebenden höheren Säuger gehören „sozialer Stress“ und die verschiedenen Formen „sozialer Aggression“ zu den besonders belastenden Ereignissen (Sapolsky 1996a, b, 1999). Hier gilt es adäquate Strategien *präventiver Art* für gefährdete Menschen, die aufgrund biographischer Belastungen ohne erfolgreiches Coping oder durch Fehlen protektiver Faktoren keine *Resilienzen* ausbilden konnten (Müller, Petzold 2003), sondern nur sensitiviert blieben, zu entwickeln und bereitzustellen und natürlich spezifische Maßnahmen *kurativer Art* einzusetzen, die bei eingetretener Entgleisung des HPA-Systems und ggf. einer Ausbildung von PTSD bestrebt sind, diese Prozesse aus einem differentiellen Verständnis der pathophysiologischen Mechanismen, der sozialen und ökologischen Situationen (Lebenslagen) und der psychologischen Musterbildung (dysfunktionale Schemata, maligne Narrative) reversibel zu machen oder durch Versuche, mit Patienten, die psychoedukativ über ihre Situation und ihr Störungsbild informiert wurden und insgesamt ein *empowerment* erhielten, zu umfassenden Neuorientierungen in ihrem Leben zu kommen (und da ist es mit amygdalären Umkonditionierungen allein nicht getan). Das ist mit einer gemeinsamen „Überarbeitung“ ihres psychophysiologischen Stressverhaltens und ihrer kognitiven und emotionalen Bewertungssysteme und Sinnfolien und denen ihres engeren sozialen Netzwerkes als „joint venture“ verbunden (Petzold, Josić, Ehrhardt 2003).

### **Der regulations- und entspannungstherapeutische Ansatz der IDR**

(Petzold 2000g)

Die Konsequenz der bisher dargestellten Sicht muss sein: „to device strategies to reduce or prevent neuronal damage“ (McEven, Margarinos 1997, 280). Und hier steht man noch ziemlich am Anfang. Und wenn „repeated severe stressors appear to be associated with more pernicious forms of the illness“ (Post et al. 1997, 285), so muss alles getan werden, um eine Sensitivierung (*kindling*) zu vermeiden, sondern im Gegenteil, Sicherheit und „*assertiveness*“ aufzubauen. Ob Expositionen das leisten, ist unklar, denn sie bieten eine Wiederholung, wie wir sie auch bei vielen Patienten durch Intrusionen, z.B. in Alpträumen und Ruminationen, erleben. Deshalb wollen wir – wie die Ausführungen dieser Arbeit hinlänglich deutlich gemacht haben dürften – **nicht** das Risiko eingehen, durch intensive oder „prolongierte Expositionen“ in Therapien (Foa et al. 1997; Ehlers 1999; Shapiro 1995) eventuell zu retraumatisieren und eine „*kindling response*“ auszulösen. Es ist auch an andere unerwünschte Effekte der Abstumpfung, ja Verrohung zu denken. Unsere PatientInnen sollen sich nicht an Traumatisches „gewöhnen“ müssen. Wir haben immer wieder festgestellt: Selbst schon bei „*indirekter Exposition*“ (wenn man z.B. von Traumatischem, von der schlimmen Zeit spricht etc.) oder bei der von mir und meinen Mitarbeiterinnen neben dem Ansatz „*expositionsfreier Traumabehandlung*“ entwickelten Strategie und Praxis „*moderater Exposition*“ ergeben sich durchaus Be- bzw. Überlastungsrisiken. Die Entwicklung einer solchen „moderaten“ Praxis ist notwendig geworden, weil manche Patienten auf einer Vergegenwärtigung traumatischer Erinnerung bestehen, wobei wir die Kontraindikation einer „trauma addiction“ im Sinne der zwanghaften Wiederholung von Traumaerinnerungen (van der Kolk et al. 1985) prüfen. Die Patienten *wollen* die traumatische Situation „bearbeiten“, zumeist angeregt durch popularisierte Informationen zur Traumabehandlung. Bei moderater Exposition werden Erinnerungen mit Körperresonanzen und ggf. Bildern (allerdings möglichst ohne große Vertiefung) aufgerufen,

um „aktivierte Strukturen“ (vgl. *Petzold, Wolf et al. 2000, 505ff*) zu erhalten. Man „inszeniert“ gleichsam eine traumatoforme psychophysiologische Situation, indem man sie aus dem „Leibgedächtnis“, dem „informierten Leib“ (*Petzold 2002j*) abrufen. Hier nun sollen „korrigierende psychophysiologische Erfahrungen“ – das Konzept von *F. Alexander* erweiternd – eingebracht werden. In praxi wird das in den integrativen Entspannungsverfahren, z.B. der IDR, seit fast dreißig Jahren (*Berger 1971; Petzold 1970c*) therapeutisch umgesetzt durch das *relaxierende Strecken und Dehnen in einem Zustand psychophysiologischer Angeregtheit bzw. emotionaler Berührtheit*. Die von *Post* (et al. 1992, 1997) und Mitarbeitern (*Weiss et al. 1995, 1997*) vorgelegten Forschungen und Modellvorstellungen über neurophysiologische Anregung bzw. Sensibilisierung (*kindling*) cerebraler Areale, z.B. der Amygdala, und „*kindled memory traces*“ und über Tierversuche, in denen *quenching effects*, d.h. 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. Für ein solches Vorgehen gibt es starke Argumente: die genetisch disponierte *Affektibilität*, d.h. der Prozess „emotionaler Ansteckung“, die ggf. durch Spiegelneuronen unterstützten Synchronisierungstendenzen des Organismus (*Petzold 2002j*) und die mitmenschlichen Zuwendungspotentiale. Sie ermöglichen, dass Tröstung zu Trost und dass Beruhigung auch zu Ruhe führt. Dieses Prinzip steht als Hintergrund der spezifischen traumatherapeutischen Arbeit in der Integrativen Therapie:

*Beruhigen* und *Trösten* sind transkulturell vorfindliche und deshalb wohl genetisch disponierte Handlungsmuster des empathisch-sorgsamem Umgangs von Helfern (*Petzold, Mathias-Wiedemann 2019a*) in hinlänglicher Selbst- und ggf. Situationskontrolle mit verletzten, verschreckten, traumatisierten, entsetzten, aufgewühlten Mitmenschen, deren „Übererregung“ durch diese Muster zu *Tröstung/Trost* und zu *Beruhigung/Ruhe* führen. Deshalb sollten derartige Muster mit ihrer „evolutionary wisdom“ auch zur Grundlage der Traumahilfe, Krisenintervention und PTSD-Behandlung gemacht werden.

**Zusammenfassung: Krise, Trauma, Trauer, Trostarbeit – Materialien, Konzepte und Entwicklungen von Hilarion G. Petzold aus der Integrativen Therapie, Beratung und Supervision**

In diesem Paper sind Materialien aus verschiedenen Veröffentlichungen und Seminaren von *Hilarion G. Petzold* zum Thema **Krise, Trauma, Trauer, Trost – Materialien** auf Wunsch von SeminarteilnehmerInnen zusammengestellt worden, um eine schnelle Orientierung zu konzeptuellen Grundlagen zu ermöglichen.

**Schlüsselwörter:** Krise, Trauma, Trauer, Trostarbeit, *Integrative Therapie*

**Summary: Crisis, trauma, grief, consolation work – materials, concepts and developments by Hilarion G. Petzold from Integrative Therapy, Counseling and Supervision**

In this paper, materials from various publications and seminars by *Hilarion G. Petzold* on the subject of crisis, trauma, grief, consolation have been compiled at the request of participants of his training seminars, to enable a quick orientation to conceptual foundations.

**Keywords:** crisis, trauma, grief, consolation work, *integrative therapy*

## Literatur:

*Petzold, H.G.* (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-19; [https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold\\_petzold-1965-gragogie-nouvelle-approche-de-lducation-pour-la-vieillesse-et-dans-la-vieillesse.pdf](https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1965-gragogie-nouvelle-approche-de-lducation-pour-la-vieillesse-et-dans-la-vieillesse.pdf); dtsh. (1972i): Geragogik ein neuer Weg der Bildungsarbeit für das Alter und im Alter, als Vortragsversion von idem 1965 auf dem „Studientag Marie Juchacz“, 2. Mai 1972. Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf Eller, Altenheim Eller repr. in: *Petzold, H.G.*, 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 11-30; erw. Neuaufl., Pfeiffer, Klett-Cotta 2004a, 86-107; <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1985b-angewandte-gerontologie-als-bewaeltigungshilfe-fuer-das-altwerden-das-alter-im-alter.pdf>.

*Petzold, H.G.*(1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen. In: G. *Birdwood*, Willige Opfer, Rosenheimer Verlag, Rosenheim. S. 212-245.

*Petzold, H.G.*, (1974b): Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen, Paderborn: Junfermann/Hoheneck; 3. Aufl. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, 1983, 4. Aufl. 2003.

*Petzold, H.G.*(1974h): Programmatische und curriculare Überlegungen zur Ausbildung von Suchtkrankentherapeuten und -betreuern. In: *Petzold* (1974b) 473-502.

*Petzold, H. G.* (1975m): Ein Kriseneinterventionsseminar - Techniken beziehungsgestützter Krisenintervention, Aufbau eines „guten Konvois“, „innerer Beistände“ und „protektiver Erfahrungen“ in Integrativer Bewegungstherapie (IBT), Integrativer Therapie (IT), Gestalttherapie (GT). Seminarnachschrift aus dem Seminar IBT-Krisenintervention. Knechtsteden 17. - 21. Mai 1975. Redaktion *Johanna Sieper*. Textarchiv Hilarion Petzold Jg. 1975. [http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/pdf\\_petzold\\_1975m-kriseneinterventionsseminar-techniken-beziehungsgegstzter-kriseninterventio.pdf](http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/pdf_petzold_1975m-kriseneinterventionsseminar-techniken-beziehungsgegstzter-kriseninterventio.pdf).

*Petzold, H.G.*(1985a): Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotheapie, Soziotherapie, München: Pfeiffer.

*Petzold, H.G.* (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für postraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388; auch in *Petzold, H.G, Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z.* (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2000g-integrative-traumatherapie-integrierende-und-differentielle-regulation.html>.

*Petzold, H.G.* (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.

*Petzold, H.G.* (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift 01/2003; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-2003b-01-2003-petzold-h-g.html>

*Petzold, H.G.* (2004l): INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND „TROSTARBEIT“ – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: [www.fpi-publikation.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm) – POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 03/2004. Gekürzt in: *Rommel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W., Strauß, B.* (2006): Handbuch Körper und Persönlichkeit: Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart/New York: Schattauer. 427-475;

<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2004-2004I-pezold-h-g-integrative-traumatherapie-und-trostarbeit.html>

*Petzold, H. G.* (2016n): „14 plus 3“ Einflussfaktoren und Heilprozesse im Entwicklungsgeschehen: Belastungs-, Schutz- und Resilienzfaktoren – Die 17 Wirk- und Heilfaktoren in den Prozessen der Integrativen Therapie – A preliminary report (unter Mitarbeit von I. Orth und J. Sieper 2014). <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/31-2016-pezold-h-g-orth-i-sieper-j-2014d-2016n-14-plus-3-einflussfaktoren-und-heilprozesse-im-entwicklungsgeschehen-belastungs-schutz-und-resilienzfaktoren/> auch in: *Beratung Aktuell*, 3/21. - <http://beratung-aktuell.de/wp-content/uploads/2021/10/BA-3-2021.pdf> . Ersch. erweitert als *Petzold, H. G., Sieper, J., Orth, I.* POLYLOGE 2, 2022)

*Petzold, H. G.* (2020e): „Integrative Trauer- und Trostarbeit“, das „neue TROSTPARADIGMA“ – Zur Neurobiologie und Oikeiose empathischer „Trostarbeit“, einige Revisionen zu Petzold 1982f „Gestalt drama, Totenklage, Trauerarbeit“. In: POLYLOGE 2020, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=pezold-2015h-2020e-integrative-trauer-trostarbeit-neue-trostparadigma-mit-1982f-polyloge-14-2020.pdf>

*Petzold, H.G., Josić, Z., Ehrhardt, J.* (2006): Integrative Familientherapie als „Netzwerkintervention“ bei Traumabelastungen und Suchtproblemen. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 119-157. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-03-2003-pezold-h-g-josic-z-erhardt-j.html>

*Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U.* (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Motalität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. POLYLOGE 3/2019, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=pezold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-polyloge-03-2019.pdf>

*Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J.* (2021b): Integrative Therapie der „Dritte Welle“ in einer „prekären, transversalen Moderne“. Wege „personalisierter Psychotherapie“ als PRAXEOLOGIE der „17 Wirkfaktoren“ und differentieller „Bündel von Maßnahmen“ – eine Übersicht. Hückeswagen: Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung. [\(ersch. auch POLYLOGE Jg. 2022.](#)

*Petzold, H.G., Petzold, Ch.*(1993a): Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 459-482; repr. Bd. II, 3 (1993a) S. 1263-1290; (2003a) S. 927 - 946. <https://www.fpi-publikation.de/e-books/pezold-h-g-sieper-j-hrsg-1996-integration-und-kreation-strukturen-methoden-organisation-band-2/>

*Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): Integrative Suchtarbeit. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

*Petzold, H.G., Schay, P., Sieper, J.* (2006): Das Weiterbildungscurriculum „Sozialtherapie Suchtkrankenhilfe“ im Verfahren „Integrative Therapie“ und seiner Methoden psychologischer Psychotherapie, Gestalttherapie, Entwicklungstherapie. In: *Petzold, Schay, Scheiblich* (2006) 589-625.

*Petzold, H.G., Sieper, J.* (2008b): Integrative Soziotherapie - zwischen Sozialarbeit, Agogik und Psychotherapie. Zur Konnektivierung von Modellen der Hilfeleistung und Entwicklungsförderung für optimale Prozessbegleitung. Bei [www.fpi-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 25/2008. – <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2008-pezold-h-g-sieper-johanna-integrative-soziotherapie.html>

*Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I., (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ und „Selbsterfahrung“.* In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 627-713, und e-version in *POLYLOGE 2/2005*, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-02-2005-petzold-h-g.html>

*Petzold, H. G., van Wijnen, H. (2010): Stress, Burnout, Krisen - Materialien für supervisorische Unterstützung und Krisenintervention*, in: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - Jg. 11/2010 [http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/petzold-van-wijnen-stress\\_burnout\\_krisen.-supervision-11-2010.pdf](http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/petzold-van-wijnen-stress_burnout_krisen.-supervision-11-2010.pdf)

*Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“.* In: *van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.: Traumatic Stress. Erweiterte deutsche Ausgabe von M. Märtens und H.Petzold.* Paderborn: Junfermann. 445-579.

*Petzold, H.G, Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie.* Paderborn: Junfermann. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2000g-integrative-traumatherapie-integrierende-und-differentielle-regulation.html>

*Ratermann, C. (2017): Kriseninterventionen in der Team-Supervision - Methoden und Modelle im Integrativen Verfahren.* In: *Supervision. Theorie – Praxis – Forschung, Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift.* 11/2017. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/11-2017-ratermann-ch-kriseninterventionen-in-der-team-supervision-methoden-und-modelle-im.html>.

*Scheiblich, W. (2008): Integrative Therapie als angewandte Praxis der Humanität - Dargestellt anhand der Entwicklung und Praxis moderner Suchttherapie.* *Integrative Therapie Jubiläumsheft 3*, 419-441. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/integrative%20therapie/it-2008-4-kulturelle-evolution-und-psychotherapie.pdf>.

*Sieper, J., Petzold, H. G. (2011b): Soziotherapie/Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in „prekären Lebenslagen“.* Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 3/ 2011*, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-03-2011-sieper-j-petzold-h-g-2011a.html>.